



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
Centro Regional de Braga

A influência da autoestima, das competências emocionais e dos comportamentos de saúde no bem-estar psicológico do adolescente

Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade
Católica para a Obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde

Marlene Alice Machado Fernandes



Faculdade de Filosofia

Setembro de 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
Centro Regional de Braga

A influência da autoestima, das competências emocionais e dos comportamentos de saúde no bem-estar psicológico do adolescente

Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade
Católica para a Obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde

Marlene Alice Machado Fernandes

Sob orientação da Professora Doutora **Eleonora Costa**



Faculdade de Filosofia

Setembro de 2012

Agradecimentos

Agradeço primeiramente aos meus pais, exemplos de força e dedicação, são a base da minha formação e educação, que com amor se dedicaram ao meu crescimento tanto a nível pessoal como profissional.

À Professora Doutora Eleonora Costa, responsável pela orientação desta dissertação, um obrigada muito especial pelo saber que me transmitiu, pela disponibilidade, apoio e principalmente pelas suas palavras constantes de incentivo para a realização deste trabalho.

Agradeço à Direção e aos Professores da Escola Secundária da Trofa, pela colaboração e disponibilidade, que tornaram este trabalho possível. Ainda agradeço a todos os adolescentes que se dispuseram a participar neste estudo, e sem os quais o estudo não seria possível.

Agradeço ao Professor Dtr. Paulo Santos, ao Professor Dtr. País Ribeiro, ao Professor Dtr. Hélder Fernandes, à Professora Dtra. Luísa Faria e ao Professor Dtr. Lima Santos, autores responsáveis pela validação das escalas utilizadas no presente estudo, o meu obrigada pela Vossa sabedoria e pela atenção e prontidão em responder a todas as minhas solicitações.

Às minhas colegas de trabalho em especial à Dra. Zélia Reis pelo apoio incondicional, incentivo, atenção e simpatia ao longo destes dois anos de Mestrado.

Aos meus amigos, obrigada pela vossa amizade constante ao longo de tantos anos, pelos bons e maus momentos que passamos, por serem bons ouvintes mesmo quando o tema era “pessimismo” e por acreditarem sempre que eu era capaz.

À Carla, colega e amiga de curso, pela partilha, pela troca de ideias e apoio nestes dois anos de Mestrado. Foram tantos os “risos” e as horas de intenso trabalho que passámos juntas!

Às amigas do coração, Patrícia e Sónia, obrigada por viverem comigo cada momento desta caminhada, sofrendo e vibrando. Sempre disponíveis, sempre confidentes, sempre com muita amizade e carinho.

À minha irmã, Sílvia, pela força e pelos momentos de descontração. Por todo o amor e confiança em mim.

Ao meu querido sobrinho, Diogo, pela cumplicidade, alegria, sorrisos e constantes interrupções no meu árduo estudo, proporcionando os impagáveis momentos que me permitiram extravasar nesta fase.

Por fim, agradeço a todas as pessoas que ao longo deste meu percurso, de uma forma direta ou indireta me apoiaram, o meu muito obrigada, por fazerem parte da minha vida.

RESUMO

A procura do bem-estar é o motor do desenvolvimento humano e não se restringe a momentos pontuais da vida do indivíduo, mas sim a aspetos globais de satisfação com a vida. O objetivo deste estudo consiste em verificar em que medida a autoestima, as competências emocionais e os comportamentos de saúde contribuem para o bem-estar psicológico dos adolescentes. Trata-se de um estudo observacional-descritivo, com recurso a uma amostra de 205 adolescentes, estudantes do ensino secundário, com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos, de ambos os sexos. Os dados foram recolhidos numa escola secundária do distrito do Porto, através da aplicação dos seguintes instrumentos de autopreenchimento: Escala de Bem-Estar Psicológico para Adolescentes – EBEP (Fernandes, 2007); Escala de Autoestima de Rosenberg (Santos, 2003); Questionário de Comportamentos de Saúde (Ribeiro, 1993); Questionário de Competência Emocional (Faria & Lima Santos, 2005) e Questionário Sociodemográfico. Os resultados obtidos reforçam a noção da importância das variáveis psicológicas e comportamentais no bem-estar psicológico do adolescente, e em contra partida as variáveis sociodemográficas não explicam de forma significativa os níveis de bem-estar psicológico. Verificou-se que a autoestima é o melhor preditor do bem-estar psicológico, não obstante, as restantes variáveis também possuem uma relação positiva com o bem-estar psicológico do adolescente, sendo os comportamentos de saúde a variável que menor preponderância exerce no bem-estar psicológico. Quanto às variáveis sociodemográficas, verificou-se que o nível socioeconómico dos adolescentes não exerce influência significativa no seu bem-estar psicológico, bem como nas restantes variáveis psicológicas em estudo. Já na variável sexo, obtém-se diferenças significativas apenas ao nível da autoestima e dos comportamentos de saúde dos adolescentes.

Palavras-chave: bem-estar psicológico, autoestima, competências emocionais, comportamentos de saúde, adolescência.

Abstrat

The quest for well-being is the engine of human development and is not restricted to occasional moments of one's life, but is related to general aspects of satisfaction with life instead. The objective of this study is to verify the extent to which self-esteem, emotional competencies and health behaviors contribute to the psychological well-being of adolescents. This is an observational and descriptive study that used a sample of 205 adolescents, secondary school students, aged between 15 and 19 years, of both sexes. Data were collected at a secondary school in the district of Porto with the following self-report instruments: Adolescents Psychological Well-Being Scale - EBEP (Fernandes, 2007); Rosenberg Self-Esteem Scale (Santos, 2003); Health Behavior Questionnaire (Ribeiro, 1993); Emotional Competencies Questionnaire (Faria Lima & Santos, 2005) and Socio-Demographic Questionnaire. The results reinforce the importance of psychological and behavioral variables on adolescents' psychological well-being. On the other hand, socio-demographic variables do not significantly explain the levels of psychological well-being. It was also found that self-esteem is the best predictor of psychological well-being. However, other variables also have a positive relationship with psychological well-being of adolescents. Health behavior is the variable with the lowest preponderance in psychological well-being in adolescents. Regarding socio-demographic variables, results showed that adolescents' socioeconomic status does not have a significant impact on psychological well-being, as well as on other psychological variables. In terms of gender, there were significant differences only in the level of self-esteem and health behaviors.

Keywords: psychological well-being, self-esteem, emotional skills, health behaviors, adolescence.

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização da Amostra - Dados demográficos

Tabela 2 - Caracterização da Amostra - Dados dos Progenitores dos participantes

Tabela 3 - Caracterização da Amostra - Dados do Agregado Familiar

Tabela 4 - Estatística descritiva da média, desvio-padrão, mínimo e máximo para a amostra total das variáveis (autoestima, competências emocionais, comportamentos de saúde e bem estar psicológico)

Tabela 5 - Correlações de *Spearman* entre a autoestima e o bem-estar psicológico

Tabela 6 - Análise de regressão linear múltipla para prever o Bem-estar psicológico, tomando como preditores a autoestima, as competências emocionais e os comportamentos de saúde

Tabela 7 - Correlações de *Spearman* entre as competências emocionais e o bem-estar psicológico

Tabela 8 - Correlações de *Pearson* entre o bem-estar psicológico e os comportamentos de saúde

Tabela 9 - Resultados do Teste *Kruskal-Wallis* para a autoestima, as competências emocionais, os comportamentos de saúde e o bem-estar psicológico em função do meio socioeconómico

Tabela 10 - Resultados do Teste U Mann-Whitney ao nível da autoestima, competências emocionais, comportamentos de saúde e bem-estar psicológico em função do sexo

Tabela 11 - Resultados do teste ANOVA para a EBEP-total em função da idade

Índice de Anexos

Anexo I: Consentimento Informado

Anexo II: Questionário sociodemográfico

Anexo III: Escala de Auto Estima de Rosenberg – EAER (Santos, 2003)

Anexo IV: Questionário de Competência Emocional - QCE (Faria & Santos, 2005)

Anexo V: Questionário de Comportamentos de Saúde - QCS (Ribeiro, 1993)

Anexo VI: Escala de Bem-Estar Psicológico para Adolescentes-EBEP (Fernandes, 2007)

Índice de Quadros

Anexo VII

Quadro 1 - Coeficiente de Consistência Interna de *Cronbach* – EAER

Quadro 2 - Coeficiente de Consistência Interna de *Cronbach* – QCE

Quadro 3 - Coeficiente de Consistência Interna de *Cronbach* – QCS

Quadro 4 - Coeficiente de Consistência Interna de *Cronbach* – EBEP

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS	i
RESUMO	ii
ABSTRACT	iii
ÍNDICE DE TABELAS	iv
ÍNDICE DE ANEXOS	v
ÍNDICE DE QUADROS	vi
ÍNDICE GERAL	vii
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
1.1 Adolescência	6
1.1.1 Conceito de adolescência: fases e dimensões de desenvolvimento.....	6
1.2. Bem-Estar	9
1.2.1 O conceito de bem-estar.....	9
1.2.2 Perspetivas psicológicas sobre o bem-estar (Bem-estar subjetivo e psicológico).....	11
1.2.3 O modelo psicológico do bem-estar de Ryff.....	14
1.2.4 Fatores relacionados com o bem-estar.....	17
1.2.5 Bem-estar e adolescência.....	19
1.2.6 Investigações psicológicas sobre o bem-estar em adolescentes.....	22
1.3 A autoestima e o bem-estar	24
1.3.1 Definição de Autoestima.....	24
1.3.2 Desenvolvimento da autoestima em adolescentes.....	26
1.3.3 Relação entre autoestima e bem-estar psicológico.....	28
1.4 As competências emocionais e o bem-estar	30
1.4.1 Emoções: a importância das emoções no bem-estar.....	30
1.4.2 Competências emocionais: Noção e importância.....	32
1.4.3 Considerações sobre o desenvolvimento das competências emocionais no desenvolvimento humano (adolescente).....	34

2.4.4 A influência das competências emocionais no bem-estar psicológico do Adolescente.....	36
1.5. Os comportamentos de saúde e o bem-estar.....	38
1.5.1.O conceito de comportamentos de saúde.....	38
1.5.2 Comportamentos de saúde nos adolescentes.....	39
1.5.3 A influência dos comportamentos de saúde no bem-estar do adolescente.....	42
CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO.....	45
1. Metodologia.....	46
1.1 Objetivos do estudo.....	46
1.2 Hipóteses.....	46
1.3 Variáveis em Estudo.....	47
1.4 Procedimentos de Recolha de Dados.....	47
1.5 Design.....	48
1.6 Amostra.....	48
1.6.1 Caracterização Sociodemográfica da amostra.....	48
1.7 Instrumentos.....	51
1.7.1 Questionário sociodemográfico.....	51
1.7.2 Escala de Auto Estima de Rosenberg - EAER (Santos, 2003).....	51
1.7.3 Questionário de competência emocional - QCE (Faria & Lima Santos, 2005)...	53
1.7.4 Questionário de Comportamentos de Saúde - QCS (Ribeiro, 1993).....	55
1.7.5 Escala de Bem-Estar Psicológico para Adolescentes - EBEP (Fernandes, 2007).....	57
1.8 Procedimentos de Análise de Dados.....	58
2. Apresentação e Discussão dos resultados.....	60
2.1 Apresentação de Resultados.....	60
2.1.1 Análise Descritiva.....	60
2.1.2 Testes de Hipóteses.....	61
2.1.3 Análises Exploratórias.....	66
2.2 Discussão dos Resultados.....	68
2.2.1 Discussão dos testes de hipóteses.....	68
2.2.2 Discussão das análises exploratórias.....	77
3. Conclusões e Implicações Futuras.....	78

3.1 Limitações do estudo.....	78
3.2 Conclusões e implicações futuras.....	78
4. Referências Bibliográficas.....	81

INTRODUÇÃO

Só recentemente os investigadores e algumas disciplinas científicas se têm dedicado ao desenvolvimento humano positivo. Até então os estudos encontrados apresentam um enfoque nos problemas e patologias das pessoas, dando uma importância desproporcional ao estudo do “mal estar” (*ill-being*) (McCullough & Snyder, 2000; Seligman & Csikzentmihalyi, 2000). Porém a partir do movimento da psicologia positiva, inicia-se uma maior preocupação por identificar os fatores de proteção e de promoção da saúde. A Psicologia Positiva é a disciplina que concentra a atenção nas potencialidades, motivos e capacidades que fazem com que uma grande parte das pessoas se adapte com sucesso nas mais variadas situações e circunstâncias (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Neste sentido, Seligman (2002, cit in Marques, 2010) defende que a psicologia não é somente o estudo da doença e do dano, mas também da força e da virtude e não se refere somente a doença e saúde, mas a trabalho, educação, *insight*, amor, crescimento. De acordo com esta perspetiva, a psicologia clínica começou a procurar incorporar conceitos da psicologia positiva na compreensão dos fenómenos psicopatológicos ou disfuncionais, de forma a aliviar o sofrimento humano, a prevenir o desenvolvimento de patologias e a promover o funcionamento ótimo do indivíduo (Gable & Haidt, 2005, cit in Freire & Tavares, 2011).

Esta nova abordagem trouxe um novo olhar sobre como promover o bem-estar pessoal de todos os indivíduos, levando o estudo do bem-estar a receber uma especial atenção na última década. Bem-estar é o grau em que cada pessoa julga a qualidade da sua vida favoravelmente como um todo (Veenhoven, 1991, cit in Silva, Horta, Pontes, Faria, Souza, Cruzeiro & Pinheiro, 2007). A sensação de bem-estar ou de satisfação com a vida é intimamente ligada à forma como o indivíduo é capaz de lidar e absorver a ocorrência de episódios da sua vida, alguns destes inerentes ao próprio curso da mesma. Uma rutura na sensação de se sentir psicologicamente bem pode estar associada a um mau controlo de situações de *stress* na esfera pessoal, social ou cultural podendo afetar os comportamentos e influenciar na perceção da saúde do sujeito, trazendo sofrimento (Silva et al., 2007).

Segundo Ryan e Deci (2001), a natureza da dimensão do bem-estar tem sido estudada sob duas perspetivas: o bem-estar subjetivo (hedonia) e o bem-estar psicológico (eudaimonia). O bem-estar subjetivo tem sido associado a uma perspetiva hedonia de prazer e tem em Ed Diener o seu principal investigador. Integra a dimensão de afeto (emoções positivas e emoções negativas) e a dimensão cognitiva que diz respeito à satisfação com a vida (Myers & Diener, 1995). O bem-estar subjetivo refere-se ainda à avaliação global que o indivíduo faz da

satisfação com a sua vida. Maior satisfação com a vida parece estar relacionada com indicadores de funcionamento positivo e menor satisfação com a vida tem sido associada à maior sintomatologia depressiva, à rejeição interpessoal e ao comportamento agressivo (Huebner, 2004, cit in Freire & Tavares, 2011). Já o bem-estar psicológico surge com os trabalhos de Ryff, associado a uma perspectiva eudaimónica e centra-se nos desafios do desenvolvimento humano e existencial, sendo visto como o funcionamento positivo global do indivíduo (Keyes, Shmotkin & Riff, 2002). Ryff (1989) considera, contudo, que o estudo do funcionamento positivo dos indivíduos deverá incorporar os conceitos de autorrealização, autonomia, controlo sobre o meio, relações positivas, propósito na vida e desenvolvimento pessoal.

A evidência empírica tem demonstrado que o bem-estar será melhor entendido como fenómeno multidimensional se incluir aspetos de ambas as conceções de bem-estar (Ryan & Deci, 2001, cit in Freire & Tavares, 2011). Será de acordo com esta análise que o presente estudo se incidirá.

São vários os estudos que apontam para as consequências positivas de elevados níveis de bem-estar e satisfação com a vida, principalmente ao nível de grandes áreas, como a saúde física e psicológica, longevidade, emprego, relações sociais e recursos pessoais e sociais (Diener & Ryan, 2009; Diener & Biswas-Diener, 2008; Lyubomirsky, King & Diener, 2005). No entanto, os estudos sobre satisfação com a vida têm sido conduzidos na sua maioria, visando a perspectiva do adulto (Diener & Diener, 1995; Casas, Buxarrais, Figuer, González, Rodriguez & Tey, 2005; cit in Barros, Gropo, Petribú & Colares, 2008). Pesquisas sobre os valores do bem-estar psicológico dirigidas aos adolescentes tem sido escassas, não obstante o interesse crescente nesta faixa etária (Barros et al., 2008). Esta pertinência prende-se com o facto de cada vez mais se estar a adotar a perspectiva, de que a adolescência para além de um período de grandes mudanças e fatores de risco, também é um período de oportunidades, onde é possível atingir uma estabilidade emocional e onde se pode promover o bem-estar psicológico (Sampaio, 1994). Deste modo, selecionou-se para o presente estudo a faixa etária da adolescência por ser um período crucial do desenvolvimento e por existirem ainda poucas evidências sobre o bem-estar psicológico na adolescência (Bizarro, 1999; Dryfoos, 1990, 1997; Dryfoos & Barkin, 2006).

Numa revisão da literatura, Diener (1984) verificou que as variáveis demográficas não explicavam mais do que 15% da variância nos níveis de felicidade. Ferraz (Ferraz, Tavares & Zilberman, 2007), evidencia, na sua revisão da literatura nesse domínio que os estudos revelam que a correlação entre idade e bem-estar é praticamente nula e que o género contribui

menos de 1% para a variação dos índices de felicidade. Perante esses resultados, os investigadores começaram a debruçar-se sobre o estudo das variáveis psicológicas implicadas nesse fenómeno. Deste modo, evidenciou-se a relevância de incidir a presente investigação no estudo de variáveis psicológicas que se possam relacionar com o desenvolvimento saudável dos adolescentes e com um maior nível de bem-estar nos mesmos.

A variável autoestima, incluída no estudo, foi identificada como uma das características mais associadas aos indivíduos mais felizes (Myers & Diener, 1995, cit in Freire & Tavares, 2011), estando de forma significativa relacionada com o bem-estar. A evidência empírica revela que essa característica individual poderá estar associada, quer a resultados negativos como a ansiedade, a depressão e a agressão, quer a indicadores de funcionamento positivo (Mruk, 2006, cit in Freire & Tavares, 2011). A autoestima é um conceito com vários anos de investigação e de debate académico (Plunkett, Henry, Robinson, Behnke & Falcon, 2007) e ainda com fortes ecos no senso comum e nas nossas vivências diárias. O conceito remete para uma atitude global do sujeito em relação a si próprio, uma avaliação das suas características globais (Rosenberg, 1965), que reflete a relação entre aquilo que o sujeito percebe como sucessos e as suas aspirações em relação aquilo que deseja ser e alcançar (Bizarro, 1999).

Outra variável que tem sido associada ao bem-estar é as competências emocionais. A aquisição das competências emocionais e sociais vai ocorrendo desde a infância e são estas que vão permitindo ao sujeito obter o sucesso nas interações com os outros e aumentar o sentido de autoeficácia e autoestima, essenciais ao desenvolvimento saudável e níveis de bem-estar satisfatórios (Matos, 1997; Silva, 2004; Diener & Fujita, 1995). A relação entre as competências emocionais e o bem-estar tem sido, sobretudo, objeto de investigação em populações adultas, daí no presente estudo se propor estudar essa relação na adolescência.

Uma relação positiva também é encontrada entre o bem-estar psicológico do adolescente e a adoção de comportamentos de saúde (Scully et al., 1998, cit in Silva et al., 2007). As abordagens aos comportamentos de saúde surgem direcionadas para uma maior necessidade de mudança de comportamentos individuais, para estilos de vida mais saudáveis (Ribeiro, 1993, 2007). Nas sociedades mais desenvolvidas, a ênfase dada pelos serviços de saúde foca-se na promoção e educação para a saúde, tentando levar os indivíduos a adotar estilos de vida saudáveis, desde as idades mais precoces no sentido de um melhor bem-estar (Gaspar, Pais Ribeiro, Matos & Leal, 2008). Sendo assim, o conceito de comportamentos de saúde, diz respeito a qualquer atividade que um indivíduo adota para prevenir ou detetar uma doença, quer para promover saúde ou bem-estar (Conner & Norman, 1998; Heady, 2006). O tema dos comportamentos de saúde na população adolescente parece particularmente

relevante e atual, atendendo à fase de transição que atravessam e ao conjunto de variadas vulnerabilidades subsequentes que, naturalmente, modificam os hábitos de saúde. Vários estudos indicam que entre as variáveis relacionadas com os comportamentos de saúde dos adolescentes, o sedentarismo, o tabagismo e a ingestão ou abuso de bebidas alcoólicas apresentam associação com pontuações mais baixas de bem-estar psicológico (Silva et al., 2007). Nesta linha, o presente estudo pretende avaliar em que medida os comportamentos de saúde adotados pelos adolescentes influenciam o bem-estar psicológico.

Com base nestes pressupostos, o objetivo deste estudo consiste em avaliar a influência que a autoestima, as competências emocionais e os comportamentos de saúde, enquanto variáveis psicológicas e comportamentais, podem ter no bem-estar psicológico do adolescente. Será também avaliada a influência de duas variáveis sociodemográficas no bem-estar psicológico do adolescente, nomeadamente a variável sexo e a variável nível socioeconómico. A nível estrutural, o trabalho encontra-se dividido em duas partes distintas: a primeira incide sobre a revisão da literatura científica sobre o tema e a segunda parte consiste na descrição metodológica do estudo, apresentação dos resultados e respetiva discussão dos mesmos.

CAPÍTULO I – Enquadramento Teórico

1. Adolescência

1.1 Conceito de adolescência: fases e dimensões de desenvolvimento

A adolescência é conceptualizada como o período de transição no desenvolvimento entre a infância e a vida adulta, sendo que o indivíduo adolescente não é mais uma criança e ainda não é um adulto. A palavra adolescente significa em latim “*crescer*” e indica um período de mudanças, emergindo a noção da existência de um desenvolvimento biopsicossocial (Silva, 2004). Assim, a adolescência é uma fase de vida caracterizada por notáveis alterações sequenciais e interligadas que marcam, sucessivamente, quatro esferas do desenvolvimento: o corpo, o pensamento, a vida social e a representação de si (Claes, 1990).

O reconhecimento desta fase como independente da idade adulta é, reconhecida socialmente como uma etapa do ciclo vital, que apenas ocorreu no último século, devido a alterações culturais, sociais e económicas (Larson & Wilson, 2004, cit in Papalia, Olds & Feldman, 2007). Antes desta época, entendia-se que o indivíduo passava diretamente da infância à idade adulta sem transitar por um estágio intermediário, ou por uma fase com características tidas como diferenciadoras e significativas no plano desenvolvimental (Almeida & Miguel, 2010). As crianças eram tratadas como adultos a partir dos seis ou sete anos, altura em que terminavam a escola e começavam a trabalhar nos campos, em minas ou iam combater em guerras (Salvador & Weber, 2008). Ainda segundo diversos autores, a adolescência só passou a dispôr do estatuto atual a partir da Revolução Industrial (Papalia, Olds & Feldman, 2009) e apesar, deste conceito ser bastante mais recente do que seria de esperar, a adolescência já é objeto de estudo desde a Antiguidade Clássica. Aristóteles afirmava que os jovens eram, “irascíveis, sexualmente emotivos, certos da vitória e autoconfiantes, mas com sentido de solidariedade e entre ajuda” (Medeiros, 2000).

É então somente a partir do século XX que a adolescência se afirma como um fenómeno social relevante, intensificando o interesse científico por esta etapa de vida. A adolescência passa então a ser encarada como um período de desenvolvimento no qual ocorrem importantes transformações a nível físico, cognitivo, afetivo, social e moral, ao nível da construção da identidade e da procura de autonomia (Monteiro & Santos, 1998; Taborda Simões, 2002; Taborda Simões, Vale Dias, Formosinho & Fonseca, 2007).

Quanto à delimitação cronológica do início e do final da adolescência nem sempre apresenta clareza e consenso teórico, visto esta derivar maioritariamente de uma conceção sociocultural (Papalia, Olds & Feldman, 2009). No entanto, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, a adolescência compreende o período entre os 11 e os 19 anos de idade

(OMS, 2009, cit in Cordeiro, 1997), desencadeado por mudanças corporais e biológicas provenientes da maturação fisiológica. O seu início é assim consensual na literatura com o aparecimento da puberdade, já o seu fim revela-se mais controverso, pelo que, mais do que o limite cronológico dos 19 anos ou um critério físico/acontecimento biológico, o final da adolescência é sobretudo definido quando o jovem já terá conseguido concretizar uma série de tarefas, ditas desenvolvimentais, que se expressam no plano intelectual, na socialização, na afetividade e na sexualidade (Cameron, 2004).

Segundo Braconnier e Marcelli (2000), atualmente a adolescência constitui um período mais longo do que no passado, visto que a puberdade surge cada vez mais cedo e a transição para a fase adulta prolonga-se até data indefinida. Isto deve-se a fatores como o aumento da liberalização e da tolerância pelos costumes e o reforço da dependência provocado pelo prolongamento dos estudos e pelo desemprego (Braconnier & Marcelli, 2000).

Retomando aos dados históricos, foi com Stanley Hall, nos EUA em 1904 (cit in Sprinthal & Collins, 1994), que o estudo científico da adolescência nasceu e, deste modo, o autor ficou conhecido como sendo o pioneiro da psicologia da adolescência (Debesse, 1965; Sprinthal & Collins, 1994). Com ênfase na teoria biológica, baseada no desenvolvimento das espécies (filogénese) e na recapitulação do desenvolvimento do indivíduo (ontogénese). Hall define a adolescência como um período confuso, de conflito e sofrimento, mas também como um período de mudança física, social e intelectual (Arnett, 1999).

Autores como Muuss (1976), Sprinthal e Collins (1994) e Ferreira (2007), referem que, Hall (1904) postulava que na adolescência o indivíduo passava por um novo nascimento, marcado por mudanças significativas, que culminavam numa nova personalidade, diferente da personalidade da infância. Considerando que pela segunda vez, dava-se a experimentação dos estádios já superados, embora nesta fase fossem experienciados de uma forma mais complexa.

Sigmund Freud, tal como Hall, também descreve a adolescência como um período confuso e problemático (Gleitman, 2002). Na sua perspetiva, esta confusão na adolescência deriva das transformações ocorridas ao nível psicosssexual (Delaroche, 2006). Deste modo, considera que, sendo um período turbulento, este deve-se às mudanças físicas que ocorrem na puberdade, aumentando os desejos sexuais, o que faz com que o adolescente sinta uma carência de encontrar novos objetos extrafamiliares para investir a sua sexualidade (Medeiros, 2000).

Todas estas transformações que os adolescentes passam ao longo do seu desenvolvimento irão fazer com que este entre numa crise, chamada por Erikson de “crise de

identidade” (Sprinthall & Collins, 1994). Segundo a teoria psicossocial de Erikson (1968), a personalidade desenvolve-se segundo uma sequência de estádios, em que cada um se caracteriza por uma crise ou conflito dominante (Gleitman, 2002). Da resolução de um determinado conflito resultaria a capacidade de avançar, com maior ou menor maturidade para tarefas desenvolvimentais do estádio seguinte. Na adolescência, o conflito dominante, seria a formação da identidade vs. difusão da identidade. Para Erikson (1968), este processo de formação da identidade inclui a integração de identificações infantis precoces com outros aspectos psicológicos e psicossociais. Desta forma, este autor realça também a importância do meio ambiente no desenvolvimento normativo da personalidade do adolescente.

A perspectiva de que a adolescência é um período de grandes turbulências vigorou durante algum tempo, e muito contribuiu para que se efetuassem mais teorias acerca desta fase da vida humana. No entanto, vários antropólogos sociais e culturais, com destaque a Margaret Mead (1970) contradizem as teorias que destacam a adolescência como uma fase conturbada, constatando que era uma fase bastante agradável da vida (Medeiros, 2000; Simões, 2002). Esta conceptualização nem sempre foi aceite tendo sido alvo de algumas críticas. Porém, os seus trabalhos destacaram-se e foram reconhecidos por transmitirem a ideia de que as normas e expectativas culturais são fatores que determinam a natureza da adolescência (Sprinthall & Collins, 1994). Assim adota-se a perspectiva, de que a adolescência para além de um período de grandes mudanças e fatores de risco, também é um período de oportunidades, onde é possível atingir uma estabilidade emocional e onde se pode promover o bem-estar psicológico (Sampaio, 1994).

Ainda numa perspectiva sistémica, e segundo o modelo (Bio) Ecológico de Bronfenbrenner (1999), para compreender o desenvolvimento humano, é preciso incorporar nas análises, não somente o indivíduo e as suas capacidades perceptuais, motoras ou cognitivas, mas também, as interações e os padrões relacionais que se estabelecem em diferentes contextos, ao longo do tempo. Assim, o adolescente é visto como um sujeito ativo, produto e produtor do seu desenvolvimento, que ocorre na interação com o contexto.

Apesar de termos verificado que a conceptualização da adolescência difere de abordagem para abordagem, todas elas convergem num ponto comum, sendo este a autonomia como tarefa desenvolvimental mais importante. Segundo Steinberg (1987), a autonomia, estando ligada ao processo de individualização e separação e à formação da identidade, encontra-se no cerne da reflexão sobre a adolescência.

A adolescência, sendo um período do desenvolvimento que implica mudança e reorganização de estruturas, o adolescente tem de cumprir determinadas tarefas ao longo do

seu percurso, sendo que a passagem, o domínio e a adaptação a estas tarefas são essenciais para um desenvolvimento equilibrado e para o bem-estar psicológico do mesmo (Bizarro, 1999). Assim, as tarefas inerentes a esta trajetória desenvolvimental confrontam o adolescente com algumas dificuldades que poderão traduzir-se em alterações mais ou menos graves do seu bem-estar psicológico (Offer & Schonert-Reichl, 1992, cit in Arnett, 1999). Enquanto desafio às capacidades adaptativas do bem-estar, a adolescência poderá, por si mesma, constituir um fator de risco para o bem-estar, sendo também um período de crescimento e aprendizagem (Bizarro, 1999). Deste modo, torna-se essencial a exploração do conceito de bem-estar na adolescência, dada a sua relação intrínseca com as capacidades do adolescente de se reorganizar e adaptar. Os próximos capítulos do presente estudo irão abordar essa relação, bem como a influência que a autoestima, as competências emocionais e os comportamentos de saúde podem ter no bem-estar psicológico do adolescente.

1.2. Bem-Estar

1.2.1 O conceito de bem-estar

O conceito de Bem-Estar, nas últimas décadas, tem vindo a conquistar atenção na área da investigação científica, predominantemente integrado no âmbito da Psicologia Positiva. Com a Psicologia Positiva surge a perspetiva de promover o que de mais positivo existe na vida humana, atribuindo particular importância às variáveis positivas do comportamento humano, tais como o otimismo, a alegria, a felicidade, o amor, o bem-estar, a esperança, etc. (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Assim, a Psicologia Positiva privilegia o estudo das emoções e dos valores positivos do comportamento e da personalidade (Araújo, Cruz & Almeida, 2007; Ferreira, 2007).

Neste sentido, diversos autores passaram então a abordar a temática do bem-estar, já não apenas centrada no atenuar do sofrimento humano, mas também na compreensão e promoção dos aspetos positivos do funcionamento psicológico, contrariando as décadas de história em que o foco era a patologia e a perturbação (Novo, 2003). Esta perspetiva é de tal forma fulcral que Veit e Ware (1983, cit in Bizarro, 1999) propõem um modelo de saúde mental bidimensional que inclui a dimensão de mal-estar psicológico (sintomas de depressão, ansiedade e perda do controlo emocional e/ou comportamental) e uma dimensão de bem-estar psicológico (emoções positivas, ligações afetivas estabelecidas com os significativos). Esta noção mais vasta de saúde mental tem vindo a prevalecer até aos dias de hoje, sendo que se caracteriza, por um lado, por uma ausência de sintomas e por outro lado, a presença de

indicadores positivos, sendo que o sujeito deverá ter uma percepção pessoal de bem-estar (Birren, Sloane & Cohen, 1992; MacLeod & Moore, 2000).

O conceito de bem-estar enquadra-se, assim, no construto de saúde mental, sendo que apesar de não se assumir como uma medida absoluta para medir a saúde mental, é uma condição essencial para a mesma, tendo sido alvo de inúmeras investigações (Galinha, 2008). Apesar dos diversos estudos sobre o bem-estar, a disparidade de objetivos, definições e métodos avaliativos, encontra-se ainda alguma dificuldade no consenso e uniformidade da definição do conceito (Bizarro, 1999). Deste modo, defendem-se variados vocábulos como bem-estar, saúde mental e bem-estar psicológico, para nomear o mesmo domínio.

O estudo do bem-estar humano iniciou-se como uma preocupação no âmbito da filosofia, face à necessidade de perceber os aspetos que determinam as condições de felicidade (Gonçalves, 2008). A sua origem não é recente e pode-se considerar que o termo bem-estar está ligado à época do Iluminismo, no séc. XVIII, onde o Homem passa a estar no centro da própria humanidade como símbolo de vida. É igualmente remetida para o período da Grécia Antiga, onde filósofos como Aristóteles dedicaram-se a compreender e a explicar os significados da felicidade e prazer, bem como da sua importância na vida do indivíduo (Ryan & Deci, 2001). Só alguns séculos mais tarde o construto começou a ser investigado aprofundadamente. De forma geral, pode-se considerar que bem-estar engloba o “funcionamento psicológico “ótimo” do indivíduo (Deci & Ryan, 2008), no entanto, ao longo da investigação deste construto tem sido controversa a definição do que é uma experiência “ótima” ou uma “boa vida”.

É possível enquadrar este construto à luz de inúmeras teorias, modelos e correntes filosóficas. Segundo Ryan e Deci (2001) existem essencialmente duas perspetivas teóricas de pensamento relativamente distintas, com raízes filosóficas diferentes que, ainda hoje, orientam os modelos relacionados com o bem-estar: bem-estar subjetivo (o *hedonismo*) e o bem-estar psicológico (*eudaimonismo*). Desde a publicação do “*Well-Being: The Foundation of Hedonic Psychology*” (Kahneman, Diener & Schwarz, 1999), que o bem-estar subjetivo tem sido associado a uma perspetiva hedónica de bem-estar que integra as dimensões de afeto e satisfação com a vida (Novo, 2003). O bem-estar subjetivo visa compreender a dimensão afetiva (afetos positivos e afetos negativos) e a dimensão cognitiva (satisfação com a vida) da avaliação subjetiva que o sujeito faz de si e da sua vida (Myers & Diener, 1995).

Já o bem-estar psicológico, objeto de estudo neste trabalho de investigação, surge com os trabalhos de Carol Ryff (1989) associado a uma perspetiva eudaimónica, que conceptualiza o bem-estar a partir das dimensões básicas do funcionamento positivo (Ryan & Deci, 2001). O seu aparecimento dá-se como forma de modificar a perspetiva hedónica de bem-estar que

prevalencia na época (Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002). O modelo do bem-estar psicológico trata-se de um modelo multidimensional e baseia-se em concepções de crescimento pessoal e autorrealização e engloba seis dimensões: autonomia; domínio do meio; crescimento pessoal; relações positivas com terceiros; objetivos na vida e aceitação de si.

Apesar das diferentes perspectivas, evidências recentes mostram que a melhor forma de conceptualizar o bem-estar é olhá-lo como um construto multidimensional, incluindo aspetos tanto da concepção *hedonista* como da *eudaimonista* (Ryan & Deci, 2001).

1.2.2 Perspetivas psicológicas sobre o bem-estar: bem-estar subjetivo e bem-estar psicológico

De acordo com o referido até então, a literatura científica no domínio da investigação da dinâmica psicológica do bem-estar tem procurado estudar este construto sob duas perspectivas: o bem-estar subjetivo (*Subjective Well-Being - SWB*) e o bem-estar psicológico (*Psychological Well-Being - PWB*). Ambos os modelos apesar de partilharem do mesmo objeto de estudo, possuem distintas géneses, percursos e orientações teórico-empíricas.

O modelo de bem-estar subjetivo surge nos anos 60, sustentado por estudos empíricos, com ênfase nos conceitos de felicidade, satisfação e experiências emocionais. Edward Diener (1984) surge como um dos principais investigadores na área do bem-estar subjetivo, tendo este como propósito considerar a avaliação que as pessoas fazem das suas vidas com base nos valores, necessidades e sentimentos pessoais, independentemente dos valores universais ou da qualidade do funcionamento psicológico (Gonçalves, 2008; Novo, 2003; Rodrigues, 2010). Estas avaliações podem ser positivas e negativas, podem incluir julgamentos e sentimentos relacionados com a satisfação com a própria vida, em domínios como o trabalho, as relações, a saúde, eventos positivos ou negativos (Diener & Ryan, 2009).

Na perspectiva do bem-estar subjetivo, predomina a visão *hedonista* da felicidade. Segundo Waterman (1993) a felicidade é uma forma de vivenciar a experiência hedónica, frequentemente ligada à vivência de afetos agradáveis e satisfação de necessidades, sejam estas físicas, intelectuais, psicológicas ou sociais. O bem-estar subjetivo tem sido frequentemente associado ao conceito de felicidade (Diener, 2000), facto que tem suscitado discordância de diversos autores, incluindo Warr (1978) que afirma que “Bem-estar” não é o mesmo que “felicidade”, embora a segunda possa estar incluída na primeira”. Esta dimensão do bem-estar subjetivo enfatiza uma componente mais emocional relativa aos sentimentos de felicidade, à experiência de estados afetivos positivos (e à ausência de estados afetivos negativos) e uma componente mais cognitiva referente à satisfação com a vida e com os seus

diversos domínios (trabalho, família, tempo livre, saúde, finanças, self e o grupo) (Diener, Lucas & Oishi, 2002). A dimensão afetiva, baseada em Bradburn (1969, citin Diener, 1984) representa a avaliação de cada indivíduo relativamente às suas experiências emocionais positivas (afeto positivo) e negativas (afeto negativo). As principais emoções positivas são o contentamento, o orgulho, a felicidade, o encantamento, a alegria e a afeição, enquanto que as emoções negativas mais estudadas são a depressão, o *stress*, a ansiedade, a inveja, a tristeza, a culpa e a vergonha (Galinha, 2008; Novo, 2003). A dimensão cognitiva é constituída por juízos avaliativos em relação à satisfação com a própria vida (Galinha, 2008) e representa o balanço psicológico que cada indivíduo faz da sua vida em geral (Novo, 2003). Assim, tem-se em conta as avaliações individuais e as diferenças culturais na perceção da própria vida (Siqueira & Padovam, 2008).

Bem-estar subjetivo é, assim, definido operacionalmente como a experiência de um elevado nível de afeto positivo e baixo nível de afeto negativo, assim como elevado grau de satisfação com a vida (Deci & Ryan, 2008). Maior satisfação com a vida parece estar relacionada com indicadores de funcionamento positivo e a menor satisfação com a vida tem sido associada à maior sintomatologia depressiva, à rejeição interpessoal e a comportamentos agressivos (Huebner, 2004, cit in Freire & Tavares, 2011).

Ainda relativamente ao bem-estar subjetivo, vários autores de referência neste domínio apresentam alguns modelos explicativos. Os estudos baseados no modelo teórico do temperamento e da personalidade revelaram que a componente genética da personalidade tem muita influência no nível do bem-estar a longo prazo. No entanto, os acontecimentos diários podem diminuir ou aumentar o nível de bem-estar relativamente à “baseline” (Diener, & Biswas-Diener, 2000).

As teorias de *Top-Down vs Bottom-Up*, surgem como outro modelo explicativo (Diener & Ryan, 2009). A teoria *Top-Down* mostra que a tendência interna para o conhecimento do mundo de determinada forma irá afetar o modo como o indivíduo interage e percebe o mesmo. Por outro lado, a teoria *Bottom-Up* refere que a vivência de momentos positivos e negativos irá influenciar a perceção de bem-estar subjetivo. Assim, e segundo Diener e Ryan (2009), um momento positivo fará com que o indivíduo experiencie um maior bem-estar.

Uma última área concetual-empírica a referir pelo seu relevo para a compreensão do bem-estar subjetivo remete para o estudo da forma como a cultura modera as variáveis que influenciam o bem-estar subjetivo. Por exemplo, alguns estudos (Kim-Prieto, Fujita & Diener, 2005, cit in Diener & Oishi, 2005) realizados salientam que as pessoas que estão inseridas numa cultura individualista quando fazem uma avaliação do seu nível de satisfação de vida,

tendem a pensar mais nos seus valores, nos seus sentimentos e na sua autonomia. Pelo contrário, aquelas que vivem numa cultura coletivista tendem a considerar o que é mais apropriado para que fiquem satisfeitas, podendo identificar o bem-estar da sua família como uma dimensão importante para a sua felicidade.

Quanto ao modelo de bem-estar psicológico, conceção que o presente estudo se reporta, este nasce num ambiente teórico, de orientação humanista, e foi originado pela investigadora Carol Ryff (1989), que adotou uma visão relacionada com a perspetiva *eudaimónica* da felicidade. Ryff considera, contudo, que o estudo do funcionamento positivo dos indivíduos deverá incorporar aspetos da vida mais desafiantes e duradouros como ter um propósito na vida, alcançar relações satisfatórias e atingir um sentimento de auto-realização (Freire & Tavares, 2011). Assim, o bem-estar psicológico assenta, na compreensão do desenvolvimento humano e dos desafios existentes no percurso de vida. Este modelo de bem-estar psicológico parte de algumas críticas feitas ao modelo de bem-estar subjetivo, nomeadamente, o facto de este construto ser muito restritivo, pois Ryff (1989) considera que o bem-estar é mais do que satisfação com a vida, afetos positivos e ausência de afetos negativos. Desta forma, Ryff procurou desenvolver uma visão integrativa de bem-estar, introduzindo um modelo multidimensional, tendo partido da revisão dos trabalhos e conceções de Aristóteles sobre a natureza humana, nomeadamente, uma conceção que assenta no potencial e virtude do ser humano. Segundo Ryff(1989) este modelo baseia-se em concetualizações teóricas sobre o funcionamento positivo que incluem o conceito de auto-realização de Maslow, em 1968, a perspetiva do funcionamento psicológico integral de Rogers em 1961, a teoria do desenvolvimento da personalidade e da individualização de Jung, em 1933, a conceção de maturidade de Allport, em 1961, e o desenvolvimento humano de Erickson, em 1959 e Neugarten, em 1973. Ao lado de todas estas vertentes, foram também utilizadas as proposições relativas à saúde mental de Jahoda, em 1958, aplicadas para justificar o conceito de bem-estar como ausência de doença física, fortalecendo o significado de saúde psicológica.

Esta perspetiva propõe ainda que o bem-estar psicológico consiste na realização ou concretização da natureza humana (Waterman, 1993), baseando-se na análise de seis dimensões que definem o bem-estar psicológico de forma teórica e operacional: a auto-aceitação; a autonomia; o domínio do meio; o crescimento pessoal; as relações positivas com os outros e os objetivos de vida (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995). Estas dimensões serão descritas de forma mais aprofundada no capítulo que se segue.

Considerando as anteriores conceitualizações, Keyes, Shmotkin e Ryff (2002) realizaram um estudo em que os resultados confirmam a hipótese de que o bem-estar subjetivo e o bem-estar psicológico representam duas concepções distintas, mas correlacionadas entre si. Enquanto o modelo de bem-estar subjetivo aparece associado à felicidade, ao relaxamento, a sentimentos positivos e a uma ausência de problemas, o bem-estar psicológico encontra-se associado ao ser em mudança, ao exercício do esforço e à procura do crescimento e desenvolvimento pessoal (Waterman, 1993).

Assim sendo, no ser humano, o bem-estar subjetivo e o bem-estar psicológico são, então, duas facetas do seu ótimo funcionamento, ou seja, ambos são promotores do florescimento humano (*human flourishing*), conforme a designação da psicologia positiva (Albuquerque & Lima, 2007).

Neste trabalho de investigação, interessa aprofundar o construto de Bem-Estar Psicológico que seguidamente se passa a abordar.

1.2.3 O modelo psicológico do bem-estar de Ryff

Interessa particularmente, na presente investigação reportarmo-nos ao modelo do bem-estar psicológico desenvolvido por Carol Ryff (1989) e que representa “a avaliação subjetiva que os indivíduos fazem das suas vidas, incluindo conceitos como a satisfação com a vida, a felicidade, as emoções agradáveis, os sentimentos de realização pessoal e de satisfação com o trabalho e a qualidade de vida, em detrimento de sentimentos negativos e desagradáveis” (Ferreira, 2007).

O modelo de bem-estar psicológico assenta sobre dois pressupostos: o reconhecimento que o estudo do sofrimento psicológico e das perturbações psicopatológicas não permitem realçar as causas e as consequências do funcionamento psicológico positivo; e a identificação de que a concepção de bem-estar subjetivo é extremamente restrita (por considerar a felicidade como critério de bem-estar, não está a considerar outras importantes dimensões psicológicas na caracterização do funcionamento positivo) (Novo, 2003). Deste modo, Ryff (1989) criou a base deste novo modelo, formulado e definido a partir da exploração teórica e empírica, orientada em função de três pressupostos fundamentais: a) integrar as características mais essenciais e comuns dos modelos teóricos da personalidade, da psicologia do desenvolvimento e da psicologia clínica; b) contemplar dimensões operacionalizáveis e relevantes no plano empírico e teórico, entendidas como dimensões caracterizadoras das diferenças inter-individuais e com um sentido atual e significativo, face aos valores, crenças e ideais dos adultos a quem se aplicam; c) integrar o bem-estar no âmbito da saúde mental,

entendida numa relação mais ampla e geral da saúde (Ryff, 1989a, 1989b, 1989c; Ryff & Singer, 1998).

O construto de bem-estar psicológico considera a noção de bem-estar numa perspetiva multidimensional, integrando diferentes domínios do funcionamento psicológico positivo, tendo em atenção os aspetos cognitivos e afetivos. Este modelo baseia-se num instrumento de avaliação elaborado especialmente para o efeito e que engloba a análise de seis dimensões: 1) auto-aceitação, que retrata o nível de auto-conhecimento, funcionamento ótimo e maturidade; 2) autonomia que possui como indicador o locus interno de avaliação e a independência das aprovações externas; 3) controlo sobre o meio, ou seja, a capacidade do indivíduo para escolher ou criar ambientes adequados às suas características e a capacidade de controlo de meios complexos; 4) relações positivas, que é a capacidade de estabelecer relação de empatia e afeição com os outros, capacidade de amar e manter amizades; 5) propósito na vida, ou seja, a capacidade de estabelecer objetivos, atribuindo significado à própria vida; e 6) desenvolvimento pessoal, que diz respeito à necessidade constante de crescimento pessoal, vivência de novas experiências e desafios necessários à maximização do seu potencial (Ryff, 1989a, 1989b, 1989c; Ryff & Keyes, 1995).

Ryff e Singer (2008) salientam que as seis dimensões psicológicas, assumem-se de igual importância e magnitude, pelo que a sua análise permite averiguar o bem-estar psicológico que pode ser visto como o funcionamento positivo global do indivíduo. Assim, uma pessoa com alto bem-estar é aquela que apresenta altos índices de auto-aceitação, relação positiva com os outros, autonomia e independência, capacidade de controlo do ambiente, propósito de vida e crescimento pessoal (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995).

Como a formulação da matriz deste modelo de bem-estar, proposto por Ryff (1989) integra diferentes contributos empíricos e teóricos de vários autores, procede-se, de seguida, à apresentação das mesmas, para uma melhor contextualização.

As abordagens humanistas da personalidade de Carl Rogers e Maslow surgem como as que mais contribuíram para o modelo de bem-estar psicológico. Rogers (1961) desenvolveu a sua teoria centrada na compreensão do ser humano (terapia centrada no paciente), enquanto preocupado na atualização sistémica do sentimento de si – funcionamento integral da pessoa. Como Novo (2003) salientou, são os conceitos de funcionamento integral/realização de si, desenvolvimento do *self* em relação à aceitação de si e autodeterminação que Ryff (1989) retomou na sua teoria de bem-estar psicológico. Ryff retoma ainda, a noção de transformação do indivíduo a partir da experiência pessoal de Rogers, podendo reorientar o sentido de vida com base nos objetivos, nas metas e valores, no âmbito da sua própria experiência. A

perspetiva de Maslow (1968), contribui para a reformulação do modelo de bem-estar psicológico através da noção da motivação como algo intrínseco a cada pessoa e como elemento que estimula o comportamento no sentido da satisfação das necessidades básicas, como a aceitação da natureza de cada um, num percurso em direção à unidade e integração (Novo, 2003), para a realização de si, implicando o desenvolvimento pessoal, a expressão do caráter e a maturação.

A teoria de individuação de Jung (1933) também surge como referência para o modelo de bem-estar psicológico em que o seu contributo advém do posicionamento de que o crescimento pessoal constitui uma importante motivação humana (Novo, 2003). O processo de individuação, segundo Jung, é o processo pelo qual cada pessoa se torna única e distinta das demais, sendo em si, uma meta ideal que nem sempre é alcançada (Schultz & Schultz, 2002). Este modelo apresenta como qualidades de funcionamento inerentes ao processo de individuação: a aceitação de si, tanto nos aspetos positivos como negativos, o conhecimento de si, ou seja, das características conscientes e não conscientes; a integração do *self*, pressupondo a harmonia e o equilíbrio entre todos os aspetos do *self*; a expressão do *self*; a aceitação da natureza humana, do desconhecimento e a tolerância.

Para conceber o modelo de bem-estar psicológico, Ryff (1989) encontra, também, fortes fundamentos na teoria da personalidade de Allport (1961), em torno do conceito de maturidade como motivação fundamental para o desenvolvimento da personalidade. Para Allport (1975, 1986) a personalidade é definida pelos traços de cada pessoa e por isso é totalmente singular, sustentando que a competência, a autonomia e a realização pessoal seriam características da motivação humana importantes na construção da personalidade. Destacam-se dois aspetos importantes da perspetiva de Allport para o modelo de Ryff: a noção de personalidade estável, saudável e madura e a noção de desenvolvimento progressivo em diferentes formas e graus, particularmente no que concerne à maturidade. Para o autor, a personalidade saudável compõe-se de um conjunto de critérios de normalidade ou de saúde mental, que conferem unidade à personalidade e às capacidades do indivíduo, no que concerne ao domínio ativo do ambiente e à compreensão do mundo e de si mesmo.

Para além dos autores anteriormente expostos um dos modelos que aparenta evidenciar maior influência preditiva com a teoria proposta por Ryff é a conceção de Jahoda (1958) de saúde mental positiva. Esta compreensão da saúde enquanto algo mais que a ausência da doença constitui um dos marcos de referência acerca do significado do funcionamento psicológico positivo e florescimento humano. O modelo de Jahoda (1958)

define saúde mental como uma componente da saúde no geral, devendo esta ser entendida enquanto um conceito dinâmico e relativo.

Assim, este modelo abre um novo olhar sobre as dimensões da personalidade e da saúde mental, permitindo assim identificar áreas específicas, ao nível da investigação, da avaliação e da intervenção, do tratamento e da prevenção dirigida a grupos específicos, ou da promoção da saúde mental na comunidade em geral (Novo, 2003).

1.2.4 Fatores relacionados com o bem-estar

Sabe-se que são vários os fatores que influenciam o bem-estar, nomeadamente o género (Diener & Suh, 1999), a idade (Bizarro, 1999; Ryff, 1989), o meio socioeconómico (Howell & Howell, 2008), o suporte social (Brunstein, 1993), a personalidade (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999) e as expectativas (Diener & Fujita, 1995), pelo que é essencial atuar em alguns destes fatores de modo a promover o bem-estar. Esta promoção é de extrema importância durante a adolescência, uma vez que este é um período em que ocorrem diversas oscilações do bem-estar (Bizarro, 1999). Apesar de a adolescência por si só ser considerada um período turbulento, este pode ainda ser surpreendido por eventos stressantes que diminuem o bem-estar (Reich & Zautra, 1981, cit in Diener, 1984).

Muitos têm sido os investigadores que se debruçam na procurar de fatores e processos causais ou relacionados com o bem-estar. De entre os muitos fatores encontrados, serão apresentados de seguida aqueles que mais se evidenciaram na relação com o bem-estar.

A maioria das investigações vai no sentido de que não existem diferenças significativas entre homens e mulheres relativamente aos níveis de bem-estar. A única diferença encontrada entre os sexos é ao nível da dimensão afetiva, uma vez que alguns estudos consideram que as mulheres, experienciam níveis mais elevados de afeto negativo e de afeto positivo, de forma mais frequente e mais intensa (Diener & Suh, 1999; Diener & Ryan, 2009). Para a maioria dos autores, a diferença entre os sexos no bem-estar psicológico pode ser explicada em termos dos papéis sociais e das experiências de socialização. Estas diferenças encontradas podem estar relacionadas com os papéis sociais atribuídos a cada género, por exemplo, sabe-se que a expressão de afetos negativos é mais facilmente tolerada e permitida às mulheres (Diener, 1994). No que diz respeito a adolescência, o estudo de Bizarro (1999) refere que as raparigas reportam níveis de bem-estar menores do que os rapazes ao longo de toda a adolescência.

Diferentes teorias levam a previsões diferentes relativamente à relação do bem-estar com a idade. São elas: 1) A teoria do *set point* (Tellegen, Lykken, Bouchard, Willcox, Segal,

& Rich, 1988) propõe a existência de diferenças individuais hereditárias quanto à tendência para sentir afetos positivos e negativos e, conseqüentemente, para avaliar o bem-estar. Segundo os mesmos autores, o que conta é a personalidade, sendo o efeito da idade irrelevante; 2) A perspectiva de indicadores sociais, onde variáveis sociodemográficas, como a idade, gênero, estatuto marital e ordenado, são responsáveis pelas diferenças de felicidades e de bem-estar existentes entre as pessoas (Ryff, 1989). Por exemplo, as pessoas mais jovens são mais felizes do que as mais velhas, pela maior disponibilidade de recursos físicos, psicológicos e materiais. O estudo de Bizarro (1999) evidenciou que existem períodos ao longo da adolescência de maior risco ou vulnerabilidade propício à diminuição do bem-estar. A faixa etária dos 14 e 15 anos e meio, representando o meio da adolescência, apresenta níveis de cognições e emoções negativas muito elevados, assim como níveis de cognições e emoções positivas, percepção de competências e bem-estar global atingem valores muito baixos. Aos 17 anos e meio também se registaram valores críticos, evidenciando-se este como um segundo período de risco ao longo da adolescência; 3) A teoria da seletividade socio emocional, considera que as pessoas aprendem a regular de forma mais eficaz as suas emoções, à medida que ficam mais velhas, o que proporciona maior bem-estar (Carstensen, 1995; Carstensen & Turk-Charles, 1994). Segundo esta perspectiva, as pessoas mais velhas tendem a maximizar os afetos positivos e a minimizar os negativos. Embora não haja um consenso geral quanto à influência da idade, a verdade é que cada faixa etária apresenta as suas especificidades, devendo estas ser tidas em conta para a promoção do bem-estar.

Segundo Howell e Howell (2008), um meio económico favorável contribui positivamente para uma maior satisfação com a vida. No caso dos adolescentes, vários estudos evidenciam que um meio socioeconómico baixo, aumenta as probabilidades de o jovem vivenciar um menor bem-estar (Adler, Boyce, Chesney, Cohen, Folkman, Kahn, & Syme, 1994). Os mesmos autores demonstram que alguns fatores ligados ao estatuto socioeconómico, nomeadamente os rendimentos, o nível educacional dos pais e as atividades de tempos livres influenciam o jovem de forma psicológica, emocional ou cognitiva, o que, sem dúvida, se irá repercutir no seu bem-estar. Para além disto, quando os recursos económicos são baixos, há maior probabilidade de determinadas necessidades básicas não serem satisfeitas, o que poderá levar a uma alteração do bem-estar psicológico dos jovens. Neste sentido, Diener e Suh (1999) concluíram que em países mais ricos onde os níveis de escolaridade são elevados, há mais alimento, mais médicos por número de habitantes e ordenados mais elevados existe uma alta correlação positiva com o bem-estar.

As relações sociais e a existência de uma rede de apoio social tem sido considerado um facilitador central na promoção do bem-estar subjetivo (Brunstein, 1993) e na diminuição dos afetos negativos associados a circunstâncias de vida adversas (Harlow & Cantor, 1996). Estudos demonstram que as pessoas com maior rede de apoio social, contatos sociais e amigos, são as que reportam níveis mais elevados de bem-estar (Bizarro, 1999), desenvolvendo um autoconceito positivo (Silva, 2004). Verifica-se que a delinquência e os vários tipos de perturbação comportamental entre os adolescentes e jovens adultos está intimamente associada à dificuldade de estabelecer relações com os colegas na infância e na adolescência (Silva, 2004), daqui se pode pressupor que este será um fator que pode aumentar a percepção de bem-estar psicológico.

A personalidade é um dos fortes e consistentes preditores do bem-estar subjetivo, tendo esta sido alvo de diversos estudos (Diener, et al., 1999). Um outro aspeto importante da personalidade é a autoestima, sendo esta também um forte preditor do bem-estar (Lucas, Diener & Suh, 1996, cit in Novo, 2003). Os estudos transculturais realizados mostram que esta associação é mais clara nas sociedades ocidentais do que nas sociedades com uma cultura mais “coletivista”, onde a autoestima surge com menor correlação com o bem-estar subjetivo (Diener & Diener, 1995). Por último, a inteligência parece também ser uma variável da personalidade que se relaciona fortemente com o bem-estar, talvez por ser um recurso considerado valioso pela sociedade (Diener, 1984).

1.2.5 Bem-estar e adolescência

Todo o desenvolvimento humano em geral e a adolescência em particular são caracterizados a partir de uma perspetiva biopsicossocial. É do consenso de vários autores que a adolescência é uma etapa da vida humana marcada por profundas transformações fisiológicas, psicológicas, afetivas, cognitivas e sociais vivenciadas num determinado contexto cultural, transformações que tornam vulnerável o equilíbrio psicológico (Antonovsky, 1987). Segundo Sprinthall e Collins (2003), a “agitação psicológica” estará relacionada com o grau de adaptabilidade do adolescente a estas transformações. Nem todos os adolescentes estão preparados para conviver com as exigências desenvolvimentais desta fase da vida, o que poderá refletir-se no seu bem-estar psicológico, conduzindo a consequências nefastas, como alterações do comportamento, emocionais, insucesso escolar, consumos excessivos (Grabber & Brooks-Gunn, 1996).

Deste modo, as questões relacionadas com o bem-estar psicológico na adolescência assumem uma elevada importância, sendo importante estudos que analisem os fatores que

possam influenciar negativa ou positivamente o bem-estar, bem como desenvolver intervenções que promovam esse bem-estar psicológico no adolescente. Contudo, os estudos sobre a satisfação com a vida têm sido conduzidos na sua maioria visando a perspectiva do adulto (Casas, Buxarrais, Figuer, González, Rodriguez & Tey, 2005; Diener & Diener, 1995, cit in Barros, Gropo, Petribú & Colares, 2008). Pesquisas sobre os valores do bem-estar psicológico dirigidas aos adolescentes têm sido escassas, não obstante o interesse crescente nesta faixa etária (Barros, Gropo, Petribú & Colares, 2008). Esta pertinência prende-se com o facto de cada vez mais se estar a adotar a perspectiva, de que a adolescência para além de um período de grandes mudanças e fatores de risco, também é um período de oportunidades, onde é possível atingir uma estabilidade emocional e onde se pode promover o bem-estar psicológico (Sampaio, 1994).

O estudo do bem-estar remete, assim para a reflexão sobre as características desenvolvimentais dos adolescentes e para a relação destas com a adaptação, o ajustamento psicológico e social. Diener e Diener (1996) enfatizam que para a adaptação é crucial um nível de bem-estar positivo, sendo que este se encontra relacionado com o estabelecimento de relações positivas. Vários autores defendem que, de todas as variáveis que influenciam o comportamento adolescente, os contextos sociais são os mais importantes. Destacam-se, neste âmbito, as relações estabelecidas na família (Corsano, Marjorano & Champretavy, 2006; Darling & Steinberg, 1993; Poletto & Koller, 2006), grupo de pares (Poletto & Koller, 2006; Smetana, Campione-Barr, & Metzger, 2006) e na escola (Jose & Pryor, 2010), além dos fatores individuais. Podem ser apontados diversos fatores individuais relevantes para o bem-estar, como a autoestima, autoconceito, autoconfiança e autonomia (Amparo, Galvão, Alves, Brasil & Koller, 2008; Poletto & Koller, 2006; Maia & Williams, 2005; Sapienza, & Pedromônico, 2005).

A nível das mudanças físicas que caracterizam a adolescência e que levam a alterações significativas na imagem corporal, estas pode dificultar a aceitação ou satisfação, sobretudo nas raparigas, que são mais negativamente afetadas pelas alterações físicas na adolescência (Braconnier & Marcelli, 2000), refletindo-se nos comportamentos e atitudes e consequentemente no bem-estar psicológico. Neste sentido, é notado por Bizarro que as raparigas apresentam níveis de bem-estar menores do que os rapazes durante a adolescência.

No que respeita ao desenvolvimento cognitivo na adolescência há uma passagem do pensamento concreto para o pensamento abstrato, em que todos os processos cognitivos que se desenvolvem na adolescência, poderão trazer algumas alterações ao seu bem-estar psicológico. Estas alterações têm estado associadas a um maior isolamento social,

preocupação em ser aceite pelos outros, dificuldade em agir segundo os seus próprios padrões e sobrestimação da importância dos outros (Compas, Connor, & Wadsworth, 1997; Newton, 1995; Vartanian, 2000).

Relativamente ao desenvolvimento social, ocorre uma aprendizagem de padrões sociais apropriados a esta nova fase, tendo em conta os vários grupos sociais a que o adolescente pertence (Bizarro, 1999). O grupo de pares é, pois, essencial no desenvolvimento do adolescente. São vários os autores que evidenciam que as relações com os pares são essenciais para o desenvolvimento de um sentido de identidade e autonomia o que se irá refletir num maior bem-estar psicológico (Newton, 1995). Assim, a aceitação social é fundamental para o bem-estar psicológico dos adolescentes, uma vez que um adolescente que não esteja inserido e integrado num grupo de pares, tenderá a autoavaliar-se negativamente, o que afetará o seu bem-estar psicológico. As relações amorosas seguras nestas idades associam-se a um menor desajustamento durante o período de adolescência e entrada na idade adulta, consistindo um fator protetor (Dulmen, Goncy, Haydon & Collins, 2008). A escola possui também um papel fundamental na socialização, participando na regulação da atenção, emoções, aprendizagem e comportamentos (Poletto & Koller, 2009). A experiência que o adolescente tem no contexto escolar é o fator mais influente, sendo a satisfação com a experiência escolar, o sucesso académico e o ambiente escolar importantes fatores de proteção (Amparo et al., 2008). As relações estabelecidas são fulcrais, salientando-se a relação com professores e colegas.

A nível familiar, o adolescente depara-se com as tarefas de abandonar o seu papel de criança, no entanto, continuar a desempenhar o seu papel de filho, tendo em contato dos os direitos e deveres envolvidos, e tendo em vista tornar-se um adulto autónomo (Newman & Newman, 1984). As questões da autonomia, controlo e valores familiares, são desafios presentes na adolescência, ocorrendo conflitos com os pais quando estes lhes negam a autonomia que pretendem, sendo que as dificuldades dos adolescentes em lidar com tais situações, poderão afetar o seu bem-estar psicológico. Vários são os autores que referem o conflito familiar enquanto fator de risco e a sua ausência enquanto fator protetor (Gaspar, Matos, Ribeiro, & Leal, 2006). É também referida a importância, enquanto fatores protetores, de variáveis familiares como ausência de negligência, estabilidade, supervisão parental adequada, fronteiras bem definidas, definição de papéis (Amparo et al., 2008; Poletto & Koller, 2009; Sapienza & Pedromônico, 2005), afeto, sentido de pertença, reciprocidade (Poletto & Koller, 2009; Sierra & Mesquita, 2006), confiança, e qualidade na comunicação (Maia & Williams, 2005; Poletto & Koller, 2009)

É na adolescência que também ocorre um desenvolvimento emocional. É essencial que o adolescente tenha a capacidade de compreender e conhecer as suas próprias emoções, no entanto tal nem sempre é fácil, dado existirem emoções que nunca foram experimentadas, pelo que o adolescente deverá aprender a regular a sua emocionalidade, segundo padrões socialmente aceites e como contributo para o seu bem-estar psicológico (Labouvie-Vief, Hakim-Larson, Devoe, & Schoeberlein, 1989, cit in Bizarro, 1999). Dificuldades ao nível da regulação emocional terão evidentemente consequências ao nível da relação com os outros e portanto ao nível do bem-estar psicológico. O suporte emocional percebido pelos adolescentes, tem um grande impacto no bem-estar, traduzindo-se enquanto preditor do ajustamento no adolescente (Brasil, Alves, Amparo & Frajorge, 2006). Este suporte emocional pode ser encontrado fora ou dentro do contexto familiar, sendo que, o suporte percebido dentro da família é o mais importante, constituindo-se enquanto fator protetor da auto-estima, autoconceito, satisfação académica, tarefas de desenvolvimento, perceção de competência, relação com os pares e motivação escolar (Connel, Spencer, & Abel, 1994; Peixoto, 2004).

Após o exposto, pretende-se de seguida abordar os diversos estudos realizados no âmbito desta relação entre o bem-estar psicológico e a adolescência.

1.2.6 Investigações psicológicas sobre o bem-estar em adolescentes

Os estudos centrados no bem-estar psicológico dos adolescentes reportam-se ao ótimo funcionamento dos indivíduos. Deste modo, a psicologia positiva tem incentivado estudos ao nível do bem-estar e das potencialidades humanas, com o objetivo de serem identificados os pré-requisitos psicológicos para o ótimo funcionamento, na perspetiva de que este emerge e pode concretizar-se nas vivências quotidianas (Freire, Fonte & Lima, 2007).

Os estudos que se debruçam sobre o tema de bem-estar têm sido em grande parte com indivíduos adultos, sendo pouco estudado a perceção que as crianças e adolescentes têm sobre a sua qualidade de vida e bem-estar (Casas, 2010). Muitos dos estudos que existem com sujeitos jovens têm partido do princípio de que as crianças e os adolescentes são sujeitos “relativamente sem poder” (Andelman, Attkisson, Zima & Rosenblatt, 1999). Com isto, predominam os estudos baseados exclusivamente na opinião dos progenitores, poucos levam em consideração a perspetiva do próprio jovem (Casas, 2010). No entanto têm vindo a crescer o número de investigadores que passam a considerar os adolescentes como sujeitos ativos para definir a sua própria realidade, que não pode ser entendida sem incluir o estudo do seu próprio ponto de vista (Casas, 1998).

As investigações centradas no bem-estar de crianças e adolescentes ora se têm preocupado com a determinação dos níveis de satisfação com a vida e equilíbrio afetivo (e respetivos fatores de influência), ora têm-se centrado numa abordagem psicopatológica (Arteche & Bandeira, 2003; Benjet & Hernández-Guzmán, 2002; Breinbauer & Maddaleno, 2005; Brown, 2004). Outras pesquisas têm revelado que um dos âmbitos mais estudados na população adolescente é a relação desses fatores com a escolaridade e aprendizagem (Casa, 2010), existindo uma relação positiva entre a satisfação escolar e o bem-estar.

Na literatura internacional, há também estudos (Huebner & McCullough, 2000; Joronem, 2005; Matos & Carvalhosa, 2001; Natvig, Albreksten, & Qvarnstrom, 2003; Rask, Astedt-Kurki, Tarkka & Laippala, 2002) que se têm centralizado no domínio escolar, fazendo-nos perceber que a conceção que os estudantes possuem da vida escolar influencia a sua perceção de bem-estar e os comportamentos associados à saúde. Vários autores estudaram em adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos, a relação entre o bem-estar subjetivo, os estilos de vida saudáveis e a satisfação escolar e verificaram uma associação entre a satisfação escolar e a atitude positiva perante a vida, a autoestima, a ausência de estados depressivos, portanto, um nível mais elevado de bem-estar emocional.

Alguns estudos sugerem ainda uma associação positiva entre o apoio social da família, dos professores e os efeitos de bem-estar, incluindo melhor ajustamento emocional, melhores aquisições académicas e comportamentos e menores sintomas psicossomáticos (Bru, Murberg & Stephens, 2001; Natvig, Albreksten & Qvarnstrom, 2003; Wentzel, 1998).

Quanto às variáveis demográficas, estudos têm demonstrado que estas contribuem pouco para a variação do bem-estar, por isso, ao contrário, variáveis como o temperamento e a personalidade mostram uma significativa influência no bem-estar (Giacomoni, 2004). Por outro lado, as alterações ao bem-estar psicológico durante a adolescência podem ser responsáveis por um espectro de perturbações psicológicas que se manifestam nos problemas comportamentais e emocionais determinantes do insucesso escolar (Bizarro, 1999). Numa revisão da literatura, Diener (1984, cit in Freire & Tavares, 2011) verificou que as variáveis demográficas não explicavam mais do que 15% da variância nos níveis de felicidade. Ferraz, Tavares e Zilberman (2007) evidenciam, na sua revisão da literatura nesse domínio, que os estudos revelam que a correlação entre idade e bem-estar é praticamente nula e que o género contribui menos de 1% para a variação dos índices de felicidade.

Em Portugal, é de salientar os trabalhos de Neto (1993) e de Bizarro (1999), pela preocupação que demonstraram em desenvolver instrumentos de avaliação de bem-estar subjetivo em adolescentes. Assim, Neto (1993) utilizou uma amostra de adolescentes

portuguesa (N=217), com idade compreendidas entre os 14 e os 17 anos, e verificou-se que os adolescentes do sexo masculino e com nível sociocultural mais elevado apresentaram níveis superiores de satisfação com a vida. Já em famílias com nível sociocultural médio/baixo constatou-se, em ambos os sexos, existir uma correlação entre a solidão, a ansiedade, a timidez e a satisfação com a vida. Por outro lado Bizarro (1999), que construiu o instrumento de avaliação EBEPA (escala de bem-estar psicológico para adolescentes), e pela análise do bem-estar psicológico, numa amostra (N=562) de adolescentes portugueses, concluiu existirem alterações no bem-estar durante a adolescência, havendo mesmo a tendência para uma diminuição deste com a idade. Concretamente, nas idades situadas entre os 15 e os 17 anos, os valores de bem-estar apresentaram-se mais baixos, sugerindo que estes são períodos de maior vulnerabilidade para alterações ao bem-estar psicológico.

Relativamente ao modelo concebido por Ryff, instrumento usado no presente estudo, este tem sido desenvolvido para a idade adulta e avançada e poucas têm sido as investigações que adequam as escalas de bem-estar psicológico a adolescentes, exceção feita a duas investigações internacionais de Albiéri, Ruini e Fava (2006) e de Casullo e Solano (2000), mencionados por Fernandes (2007), cujos estudos são centrados na aplicação do modelo do bem-estar psicológico na adolescência. Em Portugal, surge o trabalho realizado por Fernandes (2007), com a adaptação das escalas de bem-estar psicológico de Ryff, instrumento que será utilizado no presente estudo.

1.3 A autoestima e o bem-estar

1.3.1. Definição de autoestima

A autoestima constitui um dos constructos mais estudados na Psicologia, ocupando um lugar central em inúmeras áreas da investigação psicológica (Harter, 1983; Rosenberg, Schooler, Schoenbach & Rosenberg, 1995), no entanto ainda apresenta fortes ecos no senso comum e nas nossas vivências diárias. O conceito remete para a avaliação que o indivíduo faz de si mesmo (Coopersmith, 1967, cit in Avanci, Assis, Santos & Oliveira, 2007), para uma avaliação das suas características globais (Rosenberg, 1979). A autoestima expressa uma atitude de aprovação ou de recusa de si e engloba o autojulgamento em relação à própria competência e ao próprio valor (Coopersmith, 1967, cit in Avanci, Assis, Santos & Oliveira, 2007).

Durante muitos anos, os investigadores no âmbito do estudo da autoestima lidaram com a mesma como um conceito psicológico unidimensional, sem atender às diferentes percepções do *self* que o compõem (Bernardo & Matos, 2003; Marsh, 1996; Vallieres &

Vallerand, 1990), enfatizando uma avaliação global do valor que os indivíduos atribuem a si próprios (Blascovich & Tomaka, 1991; Keith & Bracken, 1996; Strein, 1995). Recentemente tem-se verificado o desenvolvimento de modelos multidimensionais hierárquicos da autoestima, que pressupõem uma abordagem do tipo *bottom-up* em que as autoavaliações em domínios específicos estão de algum modo agregadas de forma a delinearem a autoestima global (Fox & Corbin, 1989; Marsh & Shavelson, 1985; Shavelson, Hubner & Stanton, 1976). Com tal, esta componente avaliativa das percepções e descrições de um indivíduo, pode ser empregue para se referir à autoanálise como um todo – autoestima global – ou em relação à avaliação do sentimento de si em determinada situação ou domínio de realização (Rosenberg, Schooler, Schoenbach & Rosenberg, 1995).

Rosenberg (1965,1979) é a autora mais influente no estudo da autoestima, tendo elaborado a escala mais utilizada na avaliação da autoestima global, a *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES; Rosenberg, 1965), instrumento que será utilizado no presente estudo para medir a autoestima da nossa amostra. Rosenberg (1965) definiu autoestima como “uma atitude positiva ou negativa relativamente a um objeto particular, a saber, o *self*”. Considera que a autoestima global representa a soma de juízos de valor que um indivíduo produz acerca de si mesmo, constituindo uma avaliação de caráter geral das várias componentes da autoestima – valor pessoal, respeito por si mesmo, autoconfiança e amor próprio (Rosenberg, 1986). Uma auto-estima elevada, tal como é avaliada pela RSES, indica que os indivíduos se consideram pessoas de valor, respeitadores de si próprios por aquilo que são, não se sentindo, necessariamente, superiores aos outros. Uma baixa autoestima, pelo contrário, traduz uma desvalorização, insatisfação e falta de respeito dos indivíduos relativamente a si próprios (Santos & Maia, 2003). Ainda segundo Rosenberg a autoestima desenvolve-se em função de três fontes de informação: a) o conhecimento momentâneo acerca do eu; b) a informação acerca do *self* proveniente das opiniões/juízos por parte de outras pessoas; e c) a forma como pensamos que as outras pessoas que nos são importantes/significativas nos vêem (Rosenberg, 1979, cit in Fernandes, 2007).

Quando falamos do conceito de autoestima, torna-se essencial remetermo-nos para a abordagem da motivação humana, em que o comportamento era então considerado como estando intimamente ligado às necessidades primárias, inatas e fisiológicas do organismo, que o levam a agir (Hull, 1943, cit in Deci & Ryan, 2000). Abraham Maslow (1943), aquando da sua conceptualização da Teoria da Motivação Humana, sugere que as pessoas têm um conjunto de cinco categorias de necessidades, organizadas por prioridade – fisiológicas, de segurança, sociais, de estima e de realização pessoal – sendo que, quando um nível de

necessidades for satisfeito, passa-se automaticamente ao nível seguinte. Assim, as necessidades de estima são o desejo de respeito próprio, o sentimento de realização pessoal e de reconhecimento por parte dos outros, os quais estão relacionadas com as formas através das quais o indivíduo se vê e se avalia (Maslow, 1943). Segundo este autor, a satisfação da autoestima leva a sentimentos de autoconfiança, valor, capacidade, e ao sentimento de adequação de se ser útil e necessário no mundo. Contudo, a não realização desta necessidade pode produzir sentimentos de inferioridade, fraqueza, dependência e desamparo, que podem levar à total desmotivação do indivíduo (Maslow, 1943).

De entre os demais conceitos existentes de abordagens do sentimento de si – *Self* –, os que mais facilmente se confundem e que obviamente precisam de uma maior delimitação são o autoconceito e a autoestima (Bernardo & Matos, 2003; Vasconcelos-Raposo & Freitas, 1999). Durante muito tempo existiu indefinição e ambiguidade quanto a uma correta e objetiva diferenciação entre estes dois constructos, mas atualmente parece existir um consenso emergente na comunidade científica. Tem sido aceite que a autoestima constitui a componente de avaliação do autoconceito (Blascovich & Tomaka, 1991; Chiu, 1988; Harter, 1993; Rosenberg, 1965). Segundo diversos autores (Fox, 1988; Peixoto, 1996; Vaz Serra, 1988), o autoconceito consiste nas diferentes perceções que o indivíduo tem de si mesmo, ou seja, corresponde à sua auto descrição, contribuindo para a construção da imagem multifacetada que cada indivíduo tem de si próprio, enquanto que a autoestima é a avaliação ou o sentimento do indivíduo acerca da sua imagem (Baumeister, 1994; Fox, 1999; Harter, 1999), isto é, implica um grau de satisfação, ou de insatisfação, consigo próprio.

Contrariamente ao que muitos autores afirmam, a autoestima é construída ao longo de todo o desenvolvimento humano. Duclos, Laporte e Ross (2006) descrevem a autoestima como a perceção de si que, sendo fortemente influenciada pelas transformações sociais, nunca é definitiva. Desta forma, esta componente poder-se-ia mover num continuum de uma elevada autoestima, para outro extremo onde esta fosse praticamente inexistente.

1.3.2 Desenvolvimento da autoestima em adolescentes

O estudo da autoestima na adolescência tem-se revelado importante, pois sendo a adolescência um período crucial para o desenvolvimento é igualmente essencial no que respeita à consolidação da autoestima, pois é nesta fase da vida que cada indivíduo descobre a sua identidade (Duclos, Laporte & Ross, 2006; Pope, McHale & Craighead, 1988). Quando um adolescente está consciente do seu valor pessoal, isto é, da sua autoestima, é-lhe mais fácil afirmar-se, exprimir as suas ideias, as suas opiniões, as suas necessidades e os seus desejos. É

devido à estima que o adolescente tem por si mesmo, que conseguem mais facilmente assumir o seu lugar num grupo e, sobretudo, fazer-se respeitar (Duclos, Laporte & Ross, 2006).

Na adolescência, os domínios com uma importância relevante na construção da autoestima incluem a imagem corporal, a aceitação do grupo de pares, o desempenho escolar, a competência atlética e o comportamento geral (Bizarro, 1999). No entanto, sendo a família o espaço onde se forma, na criança, o sentido inicial de intimidade e valor próprio, e os reforços parentais importantes durante a maioria dos estádios desenvolvimentistas. Vários estudos mostram a conexão entre a autoestima e as transações na família (Ang, 2006; Milevsky, Schlechter, Netter & Keehn, 2007; Rosenberg, 1979). Rosenberg (1979) confirma que os adolescentes que têm relações mais próximas com os pais têm uma probabilidade maior de apresentarem níveis mais elevados de autoestima. Peixoto (2004) declara que as avaliações que os membros familiares criam sobre os adolescentes se relacionam com as avaliações que estes fazem de si próprios. Plunkett e colaboradores (Plunkett, Henry, Robinson, Behnke, & Falcon, 2007) postulam que os adolescentes desenvolvam um sentido de si e de autoeficácia baseado nas qualidades próprias que apercebem no seio da interação com os outros significativos, nomeadamente com os pais. Assim, em parte, a autoestima começa a firmar-se no contexto das interações pais/filhos. Outros fatores podem também afetar a autoestima, tais como, os relacionamentos amorosos durante a pré-adolescência e adolescência (Metalsky et al, 1993), as experiências infantis desagradáveis – como, o medo do castigo, preocupações com as notas escolares –, a separação precoce dos pais (Bowlby, 1973), a hospitalização de um dos progenitores por tempo prolongado, a violência doméstica ou o divórcio (Gleitman, Fridlund & Reisberg, 2003) ou a morte de entes queridos, que podem originar o desenvolvimento de uma baixa autoestima na idade adulta (Kaplan & Pokorny, 1969, cit in Neto, 1998).

A investigação aponta na direção de que pessoas com elevada autoestima caracterizam-se por serem sociáveis e populares com os seus colegas, tendem a confiar mais nas suas próprias opiniões e julgamentos e são mais seguras das perceções de si próprias. São também mais assertivas nas suas relações sociais, mais ambiciosas e obtêm melhores resultados académicos (Campbell, 1990). Os estudos revelam, ainda, que durante o período escolar, os jovens com uma elevada autoestima participam mais em atividades extracurriculares, são mais frequentemente eleitos para papéis de liderança, revelam um maior interesse nos assuntos públicos, tendo também maiores aspirações profissionais. Já os estudantes com uma baixa autoestima envolvem-se menos em discussões na turma e nos grupos formais e geralmente não ocupam cargos de liderança. Revelam-se mais infelizes, menos expectantes

em relação ao futuro, menos esforçados, mais derrotistas e ansiosos, vêem-se a eles mesmos como fracassados (Brockner, 1983, cit in Neto, 1998).

Relativamente ao efeito da idade e do género na evolução da autoestima, Robins e Trzesniewski (2005) afirmam que as crianças apresentam autoestima relativamente elevada, que vai diminuindo ao longo do crescimento, o que pode ser explicado devido à forma positiva irrealista como a criança se vê a si mesma. Com o desenvolvimento da sua cognição, a criança começa a basear as suas autoavaliações no feedback externo e nas comparações sociais, formando uma visão mais equilibrada e realista das suas capacidades sociais, competências académicas e características pessoais (Robins & Trzesniewski, 2005). Assim, na adolescência, a autoestima continua a decrescer, facto que muitos investigadores atribuem à imagem corporal e a outros problemas associados com a puberdade e à capacidade de pensar abstratamente acerca de si e do seu futuro, o que faz com que os adolescentes se confrontem com possíveis cenários de oportunidades perdidas e expectativas falhadas (Robins & Trzesniewski, 2005). Em vários estudos, desde o estudo seminal de Rosenberg (1979), os resultados apontam para que as adolescentes do sexo feminino apresentem níveis de autoestima ligeiramente inferiores aos adolescentes do sexo masculino (Ang, 2006; Williams & Currie, 2000). A autoestima é, assim, mais estável em alguns momentos da vida do que noutros.

1.3.3 Relação entre autoestima e bem-estar psicológico

O desenvolvimento de uma autoestima positiva contribui de forma determinante para a qualidade de vida e bem-estar psicológico. A autoestima tem captado interesse universal e tem ocupado consistentemente uma posição central na explicação do comportamento humano. A autoestima foi identificada como uma das características mais associadas aos indivíduos mais felizes (Myers & Diener, 1995) e é muitas vezes vista como a medida individual mais importante do bem-estar psicológico e tem sido identificada como uma variável de grande potencial para refletir os benefícios psicológicos resultantes de vários fatores comportamentais. A evidência empírica revela que essa característica individual poderá estar associada, quer a resultados negativos como a ansiedade, a depressão e a agressão, quer a indicadores de funcionamento positivo (Mruk, 2006, cit in Freire & Tavares, 2011). Alguns autores (Diener & Diener, 1995) descobriram que a autoestima está relacionada de forma significativa com o bem-estar, mas que essa relação é mais forte em países caracterizados pelo individualismo do que pelo coletivismo (Ryan & Deci, 2001).

Na cultura ocidental, ela é um conceito relacionado positivamente à satisfação de vida (Diener & Diener, 1995) e alguns estudos têm demonstrado que ela se correlaciona negativamente com a depressão (Orth, Robins & Roberts, 2008) e positivamente com indicadores de ajustamento emocional e utilização de estratégias de *coping* apropriadas (Kernis, 2005). De forma geral, altos níveis de autoestima associam-se a humor positivo e à percepção de eficácia em relação a domínios importantes para a pessoa (Branden, 1994). Por isso, a alta autoestima geralmente indica saúde mental, habilidades sociais e bem-estar (Hewitt, 2009), enquanto a baixa autoestima está associada com humor negativo, percepção de incapacidade, delinquência, depressão, ansiedade social (Heatherton & Wyland, 2003), transtornos alimentares e ideação suicida (McGee & Williams, 2000). Assim, pode-se concluir que ter uma visão positiva do *self* (alta autoestima) é algo importante e desejável, uma vez que sujeitos com essas características acreditam viver num mundo onde são respeitados e valorizados (Heatherton & Wyland, 2003). Segundo Hewitt (2009), a alta autoestima surge do reconhecimento positivo por pares e outros considerados significativos como pais e professores. Nesse sentido, intervenções que foquem no aumento de autoestima, por si só, podem ser ineficazes.

No que se refere à relação entre as necessidades psicológicas e a autoestima, Deci e Ryan (2000) propõem que uma autoestima verdadeira ou genuína é consequente à satisfação das necessidades básicas. Assim, o indivíduo experiencia por ele próprio que é merecedor de estima e de valor, não se valorizando em função dos sucessos obtidos ou das falhas cometidas. Para além deste autor, podemos afirmar que a maioria das teorias que surgiram ao longo dos anos, desde Maslow, Epstein, Deci e Ryan, apresentam a autoestima como uma das necessidades a ser satisfeita, descrevendo-a como envolvendo o sentido de adequação, mestria, competência, confiança e independência, levando ao bem-estar psicológico. Carl Rogers (1961) na sua teoria de desenvolvimento da personalidade e tomando por base o seu método da terapia centrada no cliente, postula que é necessário ajudar os indivíduos a tornarem-se mais conscientes e a aceitarem as suas próprias características. Esta forma, a ênfase é posta no modo como cada indivíduo vive e interpreta a sua própria realidade, as capacidades e responsabilidades de cada pessoa para responder às situações e guiar a sua própria vida, no sentido de bem-estar (Novo, 2003). Acrescenta ainda que a necessidade de cada indivíduo manter, realizar e desenvolver as suas características e potencialidades inscreve-se, segundo C. Rogers, numa tendência de realização que tem componentes de crescimento fisiológicas e psicológicas e que contribui para um melhor bem-estar (Novo, 2003).

1.4 As competências emocionais e o bem-estar

1.4.1 Emoções: a importância das emoções no bem-estar

As emoções têm sido alvo de estudo e interesse humano e científico há mais de um século, em diferentes áreas do saber. Na psicologia vários são os modelos sobre as emoções e o desenvolvimento emocional, sendo comum a praticamente todas as teorias atuais, o reconhecimento da função adaptativa das emoções no desenvolvimento e funcionamento psicológico humano. No entanto, nem sempre a sua definição é clara ou consensual, variando consoante a ênfase dado pelas diferentes teorias às suas funções específicas e componentes (Fridja, 2004).

A primeira definição, surge em 1884, com William James: “a minha teoria é que as mudanças corporais derivam diretamente da percepção de factos que provocam ativação, e que o que sentimos decorrente dessas mudanças é a emoção” (Plutchik, 2003). No entanto também Darwin (1872) considerou que a origem das emoções é de natureza primitiva. Reconheceu a componente expressiva das emoções, atribuindo às emoções funções de comunicação social e regulação das experiências emocionais, “ as emoções não se encontram completamente sob o controlo do indivíduo porque, embora ajudem à comunicação entre os indivíduos, indicam a sua origem animal e infantil” (Darwin, 1872).

Já as investigações de Damásio (1996) e LeDoux (1998) tiveram importante papel na busca e na sedimentação de conhecimento neurológico acerca das emoções e sua origem. Damásio (1996), em particular, descreve a correlação existente entre razão e emoção. Este autor sinaliza as emoções e os sentimentos, como aspetos centrais da regulação biológica humana, e a sua função de ligação entre os processos racionais e não racionais. Damásio (1995), postula ainda que existem emoções primárias e secundárias. As emoções primárias envolveriam disposições inatas para responder a certas classes de estímulo, controladas pelo sistema límbico como a felicidade, tristeza, raiva ou medo. As emoções secundárias seriam aprendidas e dependentes da cultura e dos processos sociais de construção de significados, como o orgulho, a vergonha, a indignação ou a culpa/remorso (Johnson-Laird & Oatley, 2004).

Izard (1993, cit in Frijda, 2000) também se debruçou sobre o estudo das emoções e refere que as emoções são definidas como respostas a acontecimentos, destacando-se por sublinhar o carácter inato das emoções, as suas funções motivacionais básicas (Izard & Ackerman, 2004; Izard, 2002) e a relação próxima entre emoções e personalidade (Abe & Izard, 1999).

Falar de emoção e desenvolvimento emocional conduz-nos, quase inevitavelmente, a falar de um conceito muito próximo, ou, segundo alguns, mesmo intrínseco à própria emoção: a regulação emocional (Hoeskma, Oosterlaan & Shipper, 2004). O termo regulação emocional começa a ser utilizado por volta dos anos 80 (Gross, 1999) e descrever os mecanismos psicológicos que presidem à mudança das reações emocionais e aos processos que possibilitam regular a intensidade, para mais ou menos, da experiência emocional (Kopp, 1989). Garber, Braafladt e Zeman (1991) descrevem, numa ótica cognitivista e baseados nas teorias de processamento da informação, uma série de competências implicadas num processo de regulação emocional eficaz, nomeadamente o reconhecimento da ativação de uma emoção e da necessidade de a regular.

O termo emoção, ainda segundo Goleman (2009), refere-se a um sentimento e aos pensamentos dos estados biológicos, dos estados psicológicos e ao tipo de tendências para a ação que o caracterizam. É com este autor que o conceito de inteligência emocional começou a ser debatido, e define-o como a capacidade de a pessoa se motivar a si mesma e registar às frustrações; de controlar os impulsos e adiar a recompensa; regular o seu próprio estado de espírito e impedir que o desânimo subjugue a faculdade de pensar; de sentir empatia e de ter esperança (Goleman, 1995). Destacamos, pois, Goleman (1995), que, com base nos trabalhos de Sternberg e Salovey, indica que existem cinco domínios principais ou aptidões da inteligência emocional: autoconhecimento; administração das emoções; empatia, auto motivação e capacidade de relacionamento pleno. Estas competências serão mais aprofundadas no capítulo que se segue. Para Goleman (2009), a forma com que a pessoa administra as suas emoções e as emoções alheias é mais importante do que qualquer outro componente mental do indivíduo para obter sucesso. Ao enfatizar os dois modos de conhecimento diferentes, o racional e o emocional, diz que uma “mente racional”, é o modo de compreensão, capaz de ponderar e refletir. No entanto, a “mente emocional”, é um sistema de conhecimento impulsivo. Para reforçar o envolvimento desta dinâmica e também para demonstrar que o ser humano não é, exclusivamente, produto dos aspetos lógicos, Goleman (1995), Märtin e Boeck (2004) advogam que somente 20% do sucesso pessoal e profissional depende da cognição ou razão. O restante, aproximadamente 80%, é atribuído a outros fatores, entre eles a emoção.

Apesar do modelo do Goleman ser o mais popular, a verdade, é que o estudo da inteligência emocional iniciou-se antes dos trabalhos deste autor. O conceito, é definido, pela primeira vez, por Salovey e Mayer (1990) que sugeriram que havia uma forma de inteligência social, distinta da inteligência geral, que ainda não tinha sido identificada, uma vez que esta se

situaria na interseção da cognição e da emoção. Esta nova capacidade designa-se por inteligência emocional e segundo os autores é uma habilidade cognitiva que envolve a capacidade de reconhecer as emoções e utilizar tal conhecimento para solucionar problemas, por raciocínio emocional ajustado (Mayer, Caruso & Salovey, 2000). Mayer e Salovey (1997, cit in Cobêro, Primi & Monalisa, 2006) referem ainda que a inteligência emocional não é o oposto da inteligência, mas sim a interseção entre ela e a emoção. Estes autores consideram ser inadequado conceber a emoção sem inteligência, ou esta sem aquela, trazendo o conceito de uma visão integrada da razão e emoção (Cobêro, Primi & Monalisa, 2006).

Também Bar-On e Parker (2002) defendem que a inteligência emocional pode ser entendida como tudo aquilo que não é quociente de inteligência (QI), abolindo as possíveis relações entre razão e emoção.

Atualmente, este é considerado por alguns autores como um dos constructos mais interessantes da Psicologia (Santos & Faria, 2005). O conceito de inteligência emocional combina a emoção com a inteligência e aceita o facto de que a emoção pode fazer com que o pensamento se torne mais inteligente e que se possa pensar de forma inteligente acerca das emoções (Mayer & Salovey, 1997). Neste sentido, a competência/inteligência emocional está associada a diferentes contextos do desenvolvimento das pessoas, tais como: família, escola e trabalho, sendo que esta possibilita a melhoria das competências sociais e favorece o comportamento adaptativo e eficaz (Santos & Faria, 2005), bem como o bem-estar psicológico. A importância das competências emocionais no desenvolvimento humano será seguidamente apresentada.

1.4.2 Competências emocionais: Noção e importância

Após a abordagem sobre a importância das emoções no desenvolvimento humano, o interesse dos teóricos passou a residir na procura de um padrão característico, comum e relativamente estável do desenvolvimento emocional. Transversal a todos os domínios da vida, tanto na infância como na idade adulta, o desenvolvimento emocional e a maturação são essenciais para que os indivíduos possam funcionar de forma adequada e adaptada (Goleman, 1995). No presente trabalho, o conceito de competência emocional será estruturado a partir da conceção teórica de inteligência emocional (Mayer, Caruso, & Salovey, 2000), para procurar compreender a importância que as vivências emocionais têm, sob o ponto de vista psicológico do adolescente, e a sua mais-valia nos processos motivacionais para o seu bem-estar.

O termo competência emocional tem como base conceitual o termo competência, ou seja, ser capaz de executar algo com qualidade. Segundo Goleman (2009), o termo

competência pode ser entendido como uma característica pessoal ou um conjunto de hábitos que leva a um desempenho mais eficaz ou de nível mais elevado. Uma definição sobre competência emocional que envolve os fenômenos relacionados com a inteligência emocional foi apresentada por Saarni (2000). Para Saarni a competência emocional consiste na “demonstração da eficácia pessoal nos relacionamentos sociais que evocam emoção”. Este autor propõe uma visão socio construtivista da competência emocional, enfatizando a criação ativa da experiência emocional pelo sujeito, e integrando esta competência no funcionamento do desenvolvimento cognitivo e na sua experiência social. Fica assim implícito que as reações emocionais estão imbuídas de um significado social: “a competência emocional é inseparável do contexto cultural” (Saarni, 2000, p. 58).

Para o desenvolvimento das competências de inteligência emocional Mayer e Salovey (1997) propõem um modelo constituído por quatro fases onde o sujeito deve em primeiro lugar, identificar os estados emocionais em si e nos outros. Depois compreender esses estados em si e nos outros e como influenciam ou condicionam o comportamento. Seguidamente ser capaz de raciocinar, refletir no momento em que estes estados emocionais ocorrem e finalmente fazer a gestão dos estados emocionais. Bar-On & Parker (2002), no instrumento para avaliar o QE em crianças e adolescentes, avaliam como competências emocionais, a inteligência intrapessoal, a interpessoal, a adaptabilidade, o gestão do stresse, o humor geral e a impressão positiva. Já Shapiro (2002) cita as qualidades emocionais que possuem relação com o êxito, são elas: a empatia, a expressão e compreensão dos sentimentos, o controle do estado de ânimo, a independência, a capacidade de adaptação, a simpatia, a capacidade de resolver os problemas sem forma interpessoal, a persistência, a cordialidade, a amabilidade e, por fim, o respeito.

Goleman (2009), como já referido no capítulo anterior, definiu com precisão o termo competência emocional quando a descreveu como parte da inteligência emocional. Inteligência emocional seria a capacidade de administrar os sentimentos e emoções no plano pessoal e nas relações sociais. Estas envolvem cinco dimensões, em que as três primeiras que se seguem pertencem à inteligência intrapessoal, que é a habilidade de compreender a si mesmo; e as duas últimas competências pertencem à inteligência interpessoal: 1) Conhecer as Próprias Emoções - também denominada de auto percepção é a competência considerada a pedra fundamental do campo da inteligência emocional sobre a qual se fundam todas as outras. Tal competência refere-se à autoconsciência, ou seja, ao reconhecimento de quando uma emoção está a acontecer. 2) Lidar com as emoções - esta aptidão tem relação com o controlo das emoções, por isso é denominada também de autocontrolo. O autocontrolo não

significa a supressão ou o desaparecimento das emoções; significa, sobretudo, a procura do equilíbrio ou do bem-estar emocional (subjetivo), ou seja, a superação dos estados emocionais negativos e o alcance dos estados emocionais positivos; 3) Motivar-se ou auto motivação - indica a potencialidade do indivíduo administrar motivos e interesses, que culminem numa ação; para essa tomada de decisão ele precisa utilizar a sua inteligência emocional. Também está ligada com o sentimento de autoconfiança em se alcançar um objetivo, com a persistência para alcançar estes objetivos desejados e com a postura de positividade, otimismo e esperança, apesar de reveses inevitáveis; 4) Reconhecer emoções nos outros - denominada também de empatia. Tal característica indica a capacidade de traduzir os sinais verbais e não-verbais para interpretações do estado emocional de uma pessoa. Goleman (1995) afirma que a raiz da empatia é a autoconsciência, ou seja, antes de saber reconhecer as emoções nos outros, é necessário, primeiramente, identificar estas emoções em si mesmo. 5) Comportamentos sociais ou lidar com relacionamentos - envolve reconhecer os sentimentos de outra pessoa e, a partir deste reconhecimento, adotar atitudes para moldar os sentimentos dos outros pelas próprias atitudes. A capacidade de lidar com relacionamentos ainda envolve a capacidade de controlar as emoções do outro.

Assim, conhecidas as competências emocionais segundo diversos autores, será exposta a importância do desenvolvimento das mesmas ao longo do desenvolvimento humano, focando essencialmente a fase da adolescência.

1.4.3 Considerações sobre o desenvolvimento das competências emocionais no desenvolvimento humano (adolescente)

O desenvolvimento de competências emocionais em crianças e adolescentes encontra-se intimamente relacionado com o desenvolvimento cognitivo, por um lado, e pelo desenvolvimento cerebral e maturação biológica, por outro (Goleman, 2009). Para Goleman (1999), o nosso nível de inteligência emocional não está fixado geneticamente, nem se desenvolve somente na infância, esta competência cresce no decorrer da vida a partir de nossas experiências. Por isso, destaca uma palavra que resumiria o conceito da competência emocional: maturidade. O desenvolvimento da maturidade passa, em grande parte, pelas aprendizagens escolares, aquilo e como é ensinado nas escolas pode favorecer mais ou menos para que os alunos tenham melhores competências emocionais. Para Fabra e Domèneche (2001, p. 19), é imprescindível que os estudantes desenvolvam a capacidade de vivenciar as aprendizagens de modo mais crítico, ao mesmo tempo em que também saibam comunicar as próprias emoções.

Alguns autores têm sublinhado a centralidade do desenvolvimento emocional no desenvolvimento e organização do *self* (Guidano, 1991) e chamando a atenção para o contributo que esta área específica do desenvolvimento oferece na compreensão de outras dimensões do desenvolvimento humano. Outros autores acrescentam que aquilo que está em causa no desenvolvimento emocional é uma maior capacidade de envolvimento e intimidade com os outros, pois o aperfeiçoamento da capacidade de comunicação de estados emocionais vai contribuir, significativamente, para a construção de intimidade e porque ao longo do desenvolvimento o indivíduo vai sendo aculturado em formas socialmente desejadas de se comportar em relação às emoções (Dunn & Brown, 1994).

Com o reconhecimento unânime da influência que as competências emocionais têm na saúde e por inerência na qualidade de vida dos sujeitos torna-se fundamental que estes procurem técnicas e estratégias de educação emocional para a promoção do seu bem-estar. Saber gerir os estados emocionais em situações de grande tensão exige do sujeito um certo grau de desenvolvimento da autoconsciência para a identificação da emoção, a compreensão da influência desta no seu comportamento e o autocontrolo necessário à gestão das emoções para uma regulação adequada de toda a situação (Arándiga & Tortosa, 2000). Estas estratégias devem proporcionar ao indivíduo a possibilidade de desenvolver a capacidade de controlo emocional que lhe permita dar resposta adequada às exigências de circunstância. A atitude dinâmica e decidida para enfrentar situações difíceis, não só possibilita o desenvolvimento da assertividade e resiliência, como após o episódio crítico, gera bem-estar psicoemocional que promove o autoconceito e a auto-estima, muito importantes para a qualidade de vida do sujeito, quer ao nível profissional, social, assim como da saúde (Arándiga & Tortosa, 2000).

Elias (1991) refere que a promoção e o desenvolvimento de competências emocionais junto da população jovem têm vindo a ser considerados mecanismos eficazes para reforçar fatores de proteção que servirão para contrabalançar alguns dos fatores de risco que desencadeiam efeitos negativos na saúde e bem-estar dos jovens. No Reino Unido, por exemplo, através da criação do *State Secretariat for Children, Schools and Families Department* procurou assegurar a satisfação e a felicidade nas crianças e jovens. Uma das estratégias utilizadas por este departamento foi o movimento nacional *Social and Emotional Aspects of Learning* (SEAL), implementado nas escolas primárias e secundárias, que tem como princípio base a ideia de que os problemas afetivos dos jovens são causados por fatores de risco sociais e emocionais. O movimento SEAL foi desenvolvido através dos princípios dos programas SEL (*Social and Emotional Learning*), originários dos Estados Unidos da América, que defendem que a melhor forma de prevenir problemas sociais e emocionais será

através da implementação do desenvolvimento de competências práticas sociais e emocionais numa atmosfera estimulante e positiva (Weissberg & O'Brien, 2004, cit in Fernández-Berrocal & Ruiz, 2008).

A educação emocional pode, assim, ser entendida como um processo educativo, contínuo e permanente, que pretende potenciar o desenvolvimento emocional como complemento do desenvolvimento cognitivo, sendo ambos essenciais para o desenvolvimento integral da personalidade (Viloria, 2005). Esta implica o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades sobre as emoções com o objetivo de capacitar o indivíduo para enfrentar os obstáculos do dia-a-dia. Todo o processo de educação emocional tem como finalidade aumentar o bem-estar pessoal e social (Bisquerra & Cassá, 2003).

1.4.4 A influência das competências emocionais no bem-estar psicológico do Adolescente

Na literatura científica encontram-se sínteses que evidenciam as relações positivas entre a competência/inteligência emocional e, por exemplo, a liderança, coesão, desempenho académico e profissional, bem-estar, saúde física e psicológica, satisfação em diversos domínios e nos mais variados contextos (Bar-On, 2006; Cherniss, 2004; Cherniss & Goleman, 2001; Latimer, Rench & Brackett, 2008; Maltaby, Day & Macaskill, 2010; Mayer, Roberts & Barsade, 2008; Mayer, Salovey, Caruso & Cherkasskiy, 2011; Meyer & Fletcher, 2007; Meyer & Zizzi, 2007; Nunez, León, González & Martín-Albo, 2011).

Assim, a competência/inteligência emocional apresenta-se, como um importante indicador de sucesso em muitos aspetos da vida do desenvolvimento humano (Goleman, 1995). Reportando esta variável para a fase da adolescência, segundo Freshwater e Stickley (2004, cit in Costa, 2008), as competências emocionais são vistas como um conjunto de capacidades não cognitivas que influenciam a capacidade do adolescente para ter sucesso na vida, revelando-se um fator importante no que respeita ao bem-estar emocional (Spence, Oades & Caputi, 2004). Os jovens que possuem as competências emocionais bem desenvolvidas têm atitudes mais positivas, apresentam uma melhor adaptação, melhores relações sociais (Tischler, Biberman & Mckeage, 2002, cit in Costa & Faria, 2009).

Vários estudos sugerem que sendo a adolescência marcada por uma autonomia progressiva em relação às figuras parentais, por um aumento dos comportamentos de exploração e pelo surgir de medos de avaliação social relacionados com a pertença a um grupo (Westenberg, Siebelink & Treffers, 2000), torna-se essencial o desenvolvimento das competências emocionais, para um bom funcionamento global do adolescente. A regulação

das emoções sociais é muito importante nesta fase de desenvolvimento, devido ao aumento da importância dos pares e outras figuras significativas na vida do jovem (Carvalho, Martins, Neves & Soares, 2009). A capacidade para identificar, reconhecer e expressar emoções sociais, como a raiva e a culpa, complexifica-se e torna-se mais sofisticada na fase da adolescência, sendo este um mecanismo adaptativo ao grupo, minimizando os conflitos sociais (Carvalho, Martins, Neves & Soares, 2009), e contribuindo para o bem-estar do adolescente. No entanto é crucial que, desde cedo, se fomente na criança e jovens a capacidade de tomar decisões e assumir as consequências das decisões tomadas. É necessário criar um clima emocional adequado que permita que as crianças e jovens expressem as suas emoções, ajudando-as também a expressá-las, pois daí deriva uma melhor compreensão do jovem, uma melhor integração do grupo, uma melhor predisposição para a aprendizagem, uma maior harmonia ao nível do sistema de relacionamentos, um crescimento da autoestima e o bem-estar geral.

Um número considerável de investigadores concorda que os jovens emocionalmente inteligentes são capazes de regular, assim como de perceber e gerar emoções de forma precisa, sendo que esta capacidade se desenvolve ao longo do ciclo de vida (Scharfe, 2002). Sabendo que no desenvolvimento “competência precoce tende a gerar competência posterior” (Cicchetti & Cohen, 1995, p.6) e assumindo que as emoções positivas e as competências emocionais facilitam o envolvimento do indivíduo em atividades que podem enriquecer os seus recursos pessoais, faz sentido assumirmos a posição da autora e aceitar os efeitos a longo prazo das emoções positivas. Além disso, Fredrickson tem conseguido reunir dados preliminares de algumas investigações que suportam o seu modelo e que demonstram que indivíduos mais propensos a emoções positivas tendem a ser mais criativos, mais flexíveis, resilientes e mais capazes de gerarem múltiplas formas de lidar com um problema (Fredrickson, 2001, 2000; Fredrickson, Mancuso, Branigan & Tugade, 2000; Tugade & Fredrickson, 2004).

A competência/inteligência emocional, atualmente, tem sido considerada um construto que estabelece uma relação positiva com a satisfação com a vida, com a performance do sujeito nos diversos domínios da vida e com a existência de menos problemas cognitivos. Vários estudos concluíram que os componentes da competência/inteligência emocional são preditores válidos, no que respeita aos índices de saúde mental. Outros estudos concluíram que a competência/inteligência emocional é uma estratégia de *coping* notável, que promove o sucesso, a autorregulação e, por conseguinte, permite o alcance de objetivos (Mayer, Panter, Salovey, Caruso & Sitarenios, 2005).

Deste modo, e em jeito de síntese o conceito de competência/inteligência emocional adquiriu, nos últimos vinte anos um estatuto relevante no meio científico, na medida em os estudos confirmam a importância das emoções no processo de desenvolvimento humano, no bem-estar dos sujeitos e do seu papel enquanto fator crucial, no auxílio ao pensamento para a adaptação do indivíduo às situações de crise, como: conflitos intra ou interpessoais, doenças, acidentes ou catástrofes naturais. Desta forma tornou-se fundamental que o adolescente seja capaz de promover a sua capacidade de interagir com as suas emoções e as dos outros de forma funcional. Não só para a obtenção de sucesso pessoal no meio social e escolar, mas também por motivos de saúde psicoafectiva, à qual é crucial ao bem-estar psicológico e por inerência à qualidade de vida.

1.5. Os comportamentos de saúde e o bem-estar

1.5.1.O conceito de comportamentos de saúde

A partir da segunda metade do século XX, aquando da segunda revolução de saúde (Richmond, 1979), as ligações entre comportamento, saúde e doenças começaram a ganhar notoriedade, pelo que o comportamento humano passou a ser identificado, pelos estudos epidemiológicos, como um importante fator de risco (não no sentido determinista, mas no sentido de aumentar a predisposição para problemas de saúde). Verificou-se uma transformação do conceito de saúde, que se baseava na dicotomia “saúde/doença”, para um âmbito mais lato e presentemente já reconhecido, a “saúde positiva”. Esta nova perspectiva consiste na deslocação do centro das atenções do vetor doença, dominante desde o advento da medicina científica, para o vetor saúde (Ribeiro, 1993). Em consequência destas novas emergências na saúde, a Organização Mundial da Saúde – OMS (1986, 2002) redefine o conceito de saúde “ estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Assim a saúde sendo um direito humano e um dever do estado, deixa de ser apenas uma produção individual e passa a ser uma produção coletiva e política, nas suas rotinas do dia-a-dia e na adoção de práticas promotoras da saúde, pois o significado de saúde/bem-estar varia de grupo para grupo e de cultura para cultura. (Albuquerque & Oliveira, 2002).

A nova “epidemiologia comportamental” reconhece que a maior taxa de doença e mortalidade prematura tem a ver com hábitos tabágicos, consumo de álcool e drogas, e riscos de acidentes, (Richmond, 1979) e aponta que 50% das mortes prematuras têm a ver com doenças do aparelho circulatório e 20% com cancro, que associa potencialmente àqueles comportamentos.

Paralelamente, à nova perspectiva de saúde surge o conceito de comportamentos de saúde, que define qualquer atividade desenvolvida por um indivíduo, independentemente do seu estado de saúde atual ou percebido, com o objetivo de promover, proteger ou manter a saúde, quer esse comportamento seja eficiente ou não, para a obtenção desse objetivo (Nutbeam, 1998). Neste contexto, Nutbeam adverte para a utilidade de distinguir entre comportamentos que são propositadamente adotados para promover ou proteger a saúde daqueles que são adotados independentemente das suas consequências para a saúde.

No Alameda County Study, um estudo longitudinal sobre fatores que associados à saúde, Belloc e Breslow (1972, cit in Matarazzo & Leckliter, 1988) identificaram sete comportamentos altamente correlacionados com a subsequente saúde física e bem-estar do indivíduo: (1) sete ou oito horas de sono diárias; (2) tomar pequeno-almoço quase todos os dias; (3) nunca ou raramente comer entre as refeições (4); dentro, ou próximo, do peso ajustado à altura; (5) nunca ter fumado cigarros; (6) consumo moderado ou ausência de consumo de álcool; (7) exercício físico regular. Os comportamentos de saúde são assim encarados, como sendo frequentemente agrupados em *clusters*, num padrão organizado e mais complexo, de comportamentos inter-relacionados denominado estilo de vida (Nutbeam, 1998). Estilo de vida consiste, então, no modo de vida baseado em padrões identificáveis de comportamentos que são determinados pela interação entre as características pessoais de um indivíduo, as relações sociais e as condições de vida socioeconómicas e ambientais (WHO, 1998).

Desta forma, é necessário promover comportamentos de saúde, tendo em conta as diferentes idades e as suas especificidades biológicas, psicológicas e sociais e ainda os aspetos culturais e educativos entre os quais os hábitos anteriores e o apoio/disponibilidade social e ambiental.

1.5.2 Comportamentos de saúde nos adolescentes

A adolescência, como já abordado anteriormente, é uma etapa do desenvolvimento que implica rápidas modificações físicas, psicológicas, socioculturais e cognitivas, na tentativa de aquisição da autonomia e identidade. Este facto, aliado à multiplicidade de contextos sociais e interpessoais, constitui um conjunto de desafios e de fatores de risco para o adolescente que podem ter consequências na sua saúde e no seu ajustamento social e emocional. A adolescência constitui, por isso, um período crítico para o desenvolvimento de comportamentos e atitudes de responsabilidade perante a saúde (Matos, Simões, Canha & Fonseca, 2000). Dado que muitos dos comportamentos que compõem os estilos de vida dos

jovens podem influenciar direta ou indiretamente a sua saúde a curto ou longo prazo, um vasto leque de variáveis comportamentais, incluindo tanto comportamentos promotores de saúde como comportamentos de risco, têm sido documentadas na literatura na área da saúde (Currie, 2000; Smith, Orleans & Jenkins, 2004). Neste sentido, o levantamento, o monitoramento e a intervenção sobre comportamentos de risco à saúde tornaram-se fundamental e prioritário na saúde pública. Deste modo, espera-se que o presente estudo possa também contribuir com informações sobre a prevalência de comportamentos de risco à saúde e os fatores associados à exposição a esses comportamentos, colaborando para a identificação de grupos de risco, para o monitoramento dos níveis de saúde da população jovem e para auxiliar o desenvolvimento de políticas e programas de promoção da saúde.

No âmbito da investigação dos comportamentos de saúde nos jovens, o estudo *Health Behaviour in School Aged Children Study* (HBSC, Estudo dos comportamentos de saúde dos adolescentes em idade escolar: um estudo transcultural, colaborativo da OMS) é considerado fulcral, na medida em que, para além de monitorizar a saúde e os comportamentos de saúde dos adolescentes ao longo do tempo em vários países, incluindo Portugal, procura compreender quais os fatores que moldam e influenciam a sua saúde e comportamentos de saúde (Currie, Samdal, Boyce & Smith, 2001). Este mesmo estudo também foi concebido como objetivo de desenvolver o conhecimento dos comportamentos de saúde dos jovens em idade escolar, nos contextos reais e relevantes das suas vidas. É um estudo levado a cabo em amostras representativas nacionais, cada 4 anos, na Europa, Israel e América do Norte (King, Wold, Tudor & Harel, 1996; Currie, Hurrelman, Settertobulte, Smith, & Todd, 2000; Matos, Simões, Carvalhosa, Reis & Canha, 2000).

Já nos Estados Unidos da América, o *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) criou um sistema de vigilância para monitorizar os comportamentos de risco entre os adolescentes e jovens adultos, que se desdobra em dois programas. O primeiro é o *Youth Risk Behavior Surveillance System* (YRBSS) e consiste num inquérito nacional, estadual e local que monitoriza os comportamentos de saúde dos jovens do ensino secundário e num inquérito que monitoriza os comportamentos dos jovens entre os 12 e os 21 anos, quer estejam ou não na escola (Brenner, Kann, Kinchen, Grunbaum, Whalen, Eaton, Ross, 2004). O segundo denomina-se *National College Health Risk Behavior Survey* (NCHRBS) e foi criado pelo CDC para examinar os comportamentos de saúde em alunos do ensino superior (CDC, 1997).

A questão dos comportamentos de risco versus comportamentos de saúde durante o período da adolescência, pode ser abordada numa perspetiva dos estilos de vida utilizados pelos adolescentes, tais como, consumo de substâncias (tabaco, álcool e drogas), atividade

física, violência, relação como corpo, sintomas físicos e psicológicos e comportamentos sexuais, tornando-se os problemas mais evidentes quanto mais precoce for o seu início (Aaron, Storti, Robertson, Kriska & LaPorte, 1999). De acordo com Irwin (1993), o tabaco e o álcool representam as substâncias mais predominantemente, utilizadas pelos adolescentes, com valores de 66% e 92% respectivamente. Segundo Carvalho (1990), a maior parte das investigações realizadas na adolescência referem o álcool como a substância mais utilizada pelos adolescentes. Ainda fazendo referência ao Plano Nacional de Saúde 2004-2010, é possível observar-se dados provenientes da Direção Geral de Saúde, que indicam que a percentagem de jovens entre os 15 e os 24 anos que fuma diariamente é de 25.8% para o sexo masculino e 10.5% para o sexo feminino. Por sua vez, 12.9% dos jovens consumiram álcool várias vezes por semana nos últimos 12 meses. No que diz respeito à atividade física, 45.5% dos homens e 64.4% das mulheres afirmam ter preenchido a maior parte do seu tempo livre nos últimos 12 meses com atividades sedentárias (Ministério da Saúde, 2004).

Na adolescência depois da influência inicial da família, a escola tem sido vista como um local de eleição para o estabelecimento de hábitos de vida saudáveis. Tendo em conta que os estudantes com mais recursos desenvolvimentais terão menor probabilidade de se envolverem em comportamentos de risco, como a violência, o abuso de álcool e outras drogas, ou a atividade sexual de risco. Os investigadores do *Search Institute*(2007) concluíram que, quer fatores externos como o suporte familiar, influências positivas dos pares, elevadas expectativas dos pais e uso construtivo do tempo, quer fatores internos como o envolvimento no meio académico, competências sociais, valores positivos e elevada autoestima, podem ter um papel incentivador à adoção de comportamentos de saúde. Num estudo da OMS (OMS, 2002) com dados de 25 países da Europa, em vias de desenvolvimento, identificou-se como comportamentos de saúde/situações protetoras na adolescência, a existência na vida do adolescente de um adulto de referência (pai, vizinho, professor), pessoa da confiança do adolescente a quem ele recorre se tem problemas. Os adolescentes nestas circunstâncias tenderiam com mais frequência a não deixar a escola, a uma alimentação equilibrada, a uma maior atividade física, a menores consumos e a apresentar menos atos de delinquência.

Após o exposto é de referir que é na população adolescente que se deve intervir, por excelência, em termos educativos, sociais, psicológicos para a promoção da saúde. Dada a heterogeneidade da população adolescente, é importante ter em conta as especificidades das potencialidades, dos estilos e hábitos de vida, do contexto cultural e social. Os jovens podem e devem participar, juntamente com as suas famílias e pares, nas decisões e ações respeitantes

à mudança e promoção de hábitos, de comportamentos de saúde e à qualidade de vida. É importante que se criem condições para que os jovens aprendam e desenvolvam as suas competências pessoais e sociais, a sua capacidade de resolução de problemas e tomada de decisões, de gestão de conflitos interpessoais e de comunicação, de forma a facilitar o desenvolvimento da capacidade de escolha de um estilo de vida saudável.

1.5.3 A influência dos comportamentos de saúde no bem-estar do adolescente

A definição de saúde, atualmente, acentua a noção de bem-estar como uma das suas componentes mais importantes (OMS, 2000). O conceito de bem-estar é multifacetado, englobando a ausência de doenças e a presença de estados emocionais/afetivos positivos, bem como, uma componente cognitiva de bem-estar. A perceção de bem-estar tem sido assinalada como um forte indicador de problemas na adolescência uma vez que, na ausência ou fragilidade da perceção de bem-estar, parecem ocorrer com mais frequência situações de depressão, suicídio ou problemas de relacionamento, sendo estes distúrbios muitas vezes revelados por sinais físicos ou psicológicos (Green & Pope, 2000; Hansen, Holstein, Due & Currie, 2003, cit in Matos & Aventura Social, 2010).

Se os comportamentos em que as jovens se envolvem e as circunstâncias em que vivem têm impacto na sua saúde, então a mudança de comportamento pode ser um meio eficaz na melhoria do estado de saúde (Bennett & Murphy, 1999). De facto, a saúde é influenciada por uma multiplicidade de fatores políticos, económicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos, pelo que ter saúde não depende apenas da escolha individual em adotar comportamentos de saúde ou de risco, mas também do meio ambiente no qual os indivíduos estão envolvidos e na capacidade deste meio ambiente permitir escolhas saudáveis. Estudos recentes revelam um largo espetro de esforços preventivos, desde intervenções genéricas destinadas ao aumento do bem-estar psicológico das populações, até intervenções cujo objetivo é a prevenção de problemas específicos, ou relativas a um grupo específico de risco estabelecido, sendo aconselhável uma intervenção precoce, antes mesmo do aparecimento dos primeiros sinais de mal-estar ou desajustamento, nos grupos de risco estabelecido (Matos, 1994; 1998; Spence & Matos, 2000; Matos, Simões & Carvalhosa 2000; Matos, 2002; Matos & Simões, 2003; Matos, 2004).

A promoção da saúde foca-se, deste modo, em todos os fatores modificáveis que possam afetar a saúde, de modo a capacitar as populações para aumentarem o controlo sobre a saúde e melhorá-la. A promoção da saúde pretende obter equidade na saúde, visando reduzir as diferenças no estado atual de saúde e assegurando igualdade de oportunidades e de meios

para possibilitar, a todas as pessoas, atingir o seu potencial máximo de saúde (Matos, Simões, Carvalhosa, & Canha, 2001). Oliveira (2005) ressalta que a expressão “promoção de saúde” foi usada pela primeira vez no Canadá, no ano de 1974, através de um documento que dava ênfase a fatores ambientais e comportamentais nos padrões de saúde; sendo que a estratégia da promoção de saúde abarcaria os dois setores. Esta conceção ganhou força com a Conferência da OMS em Ottawa, no ano de 1986. A Carta de Ottawa -1986 (Heidenann, 2006, p. 64) define promoção de saúde: “o processo de capacita as pessoas para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. As definições de promoção de saúde são reunidas, de acordo com Buss (2002), em dois grandes grupos: o primeiro relaciona-se a ações direcionadas para as transformações dos comportamentos dos envolvidos, centralizando-se em uma proposta educativa, sob controle e ação dos indivíduos. O segundo grupo relaciona-se a ações e políticas públicas, prioritariamente, voltadas para o coletivo de indivíduos e o ambiente (físico, social, político, entre outros), mobilizando sociedade e poder público.

Importa, no entanto, sublinhar que não existe um “estilo de vida ótimo” que possa ser prescrito a todas as pessoas, até porque os significados de “saúde” e “bem-estar” também variam de grupo para grupo e de cultura para cultura. São fatores como a própria cultura, a idade, o rendimento, a estrutura familiar, a capacidade física que tornam certas condições de vida mais atrativas, praticáveis e apropriadas para determinada pessoa (Nutbeam, 1998). Assim, quando se pretendem implementar estratégias e programas de promoção da saúde, deve-se atender às especificidades a nível social, cultural e económico da população alvo. Nesse sentido, o setor da educação não poderá ficar fora deste ambicioso projeto, pois a escola enquanto centro de aprendizagem e desenvolvimento profissional, pessoal e social e local onde os alunos passam grande parte do seu tempo, deverá ser um espaço privilegiado para a promoção da saúde.

Uma vez que a construção do estilo de vida se traduz na construção da identidade, é fundamental pensar que o lazer, ao desempenhar um papel ativo na promoção da saúde, tem também um papel crucial na promoção de um estilo de vida saudável no adolescente (Freire, 1999; Freire, & Soares, 2000). Thorlindsson, Vilhjalmsón e Valgeirsson (1990), verificaram que os adolescentes que tinham uma participação ativa em desportos se mostravam menos ansiosos e deprimidos, e apresentavam menos sintomas psicofisiológicos e níveis mais elevados de saúde e bem-estar do que os adolescentes que não praticavam desportos. Vários são os autores que referem que a satisfação com o lazer contribui, de forma significativa, para

a percepção da qualidade de vida, uma vez que possibilita grandes benefícios para o bem-estar físico e psicológico (Freire, 1998).

Matos, Simões, Carvalhosa, Reis e Canha (2000), num estudo efetuado acerca dos consumos de tabaco, álcool e drogas em adolescentes, verificaram que, relativamente ao consumo de álcool e tabaco, eram os rapazes e os mais velhos que não só mais frequentemente tinham experimentado estas substâncias, como também eram mais frequentemente consumidores regulares e abusivos (Matos, et al., 2003a; Matos et al., 2003b). Estes resultados sugerem, de acordo com os autores, que os jovens que já tinham experimentado, bem como aqueles que eram consumidores regulares de álcool e tabaco, apresentavam um envolvimento mais frequente na experimentação de outras drogas ilícitas, em lutas e situações de violência na escola (Matos et al., 2000). Da mesma forma, afirmavam-se menos felizes e referiam com maior frequência sintomas de mal-estar físico e psicológico do que aqueles que não fumavam nem bebiam (Matos et al., 2000).

A promoção de comportamentos de saúde deverá encorajar a "cultura do sim", em oposição "à cultura do não", isto é, fornecer alternativas positivas aos comportamentos de "não fumar, não beber, não tomar drogas". A manutenção de estilos de vida ativos, enquanto comportamento de saúde, poderá ser uma forma de proporcionar uma cultura alternativa à que está associada aos comportamentos de risco. Se os adolescentes tiverem opções de vida saudáveis e competências pessoais e sociais associadas ao sucesso, mais facilmente resistirão ao envolvimento em comportamentos não-saudáveis. Os comportamentos de risco são mais prováveis em indivíduos que têm expectativas negativas, preocupando-se e investindo menos em termos de longo-prazo. Por conseguinte, o desenvolvimento de competências de vida equivale à promoção de expectativas num futuro mais positivo (Dias et al., 2001).

Após todo em enquadramento teórico segue-se o estudo empírico.

CAPÍTULO II – Estudo Empírico

1. METODOLOGIA

1.1 Objetivos do estudo

Tendo por base a revisão da literatura de investigações empíricas na temática do bem-estar psicológico do adolescente, o estudo a seguir apresentado surge após o levantamento da seguinte pergunta de partida: Haverá uma influência da autoestima, das competências emocionais e dos comportamentos de saúde, sobre o bem-estar psicológico do adolescente? A partir da formulação desta questão e identificando o problema de investigação a ser explorado neste trabalho, definiram-se os seguintes objetivos específicos: **1)** avaliar a relação entre a autoestima, as competências emocionais, os comportamentos de saúde e o bem-estar psicológico no adolescente; **2)** avaliar a associação entre fatores sociodemográficos (sexo, meio socioeconómico) e o nível de bem-estar psicológico do adolescente; **3)** contribuir para uma maior compreensão sobre o bem-estar psicológico na adolescência que poderá impulsionar a criação e implementação de programas de intervenção na área da Psicologia Clínica e da Saúde.

1.2 Hipóteses

Hipótese 1: Espera-se que a autoestima seja o melhor preditor de altos níveis de bem-estar psicológico no adolescente.

Hipótese 2: Espera-se que os adolescentes com mais competências emocionais registem maiores níveis de bem-estar psicológico.

Hipótese 3: Espera-se que a adoção de comportamentos de saúde pelos adolescentes seja indicador de melhores níveis de bem-estar psicológico.

Hipótese 4: Espera-se que existam diferenças significativas nas variáveis psicológicas (autoestima, competências emocionais, comportamentos de saúde, bem-estar psicológico) em função do meio socioeconómico do adolescente.

Hipótese 5: Espera-se que existam diferenças significativas nas variáveis psicológicas (autoestima, competências emocionais, comportamentos de saúde, bem-estar psicológico) em função do sexo do adolescente.

1.3 Variáveis em estudo

As variáveis consideradas pertinentes no presente estudo, dividem-se em:

Variáveis sociodemográficas: sexo; meio socioeconómico; idade; escolaridade.

Variáveis psicológicas: autoestima; competências emocionais; bem-estar psicológico.

Variáveis comportamentais: comportamentos de saúde.

1.4 Procedimentos de Recolha de Dados

Todo o processo de recolha de dados teve subjacente o cumprimento dos requisitos éticos e deontológicos, através do fornecimento de toda a informação acerca da natureza da investigação, como forma de garantir uma participação livre e informada dos participantes e de todos os sujeitos envolvidos.

Deste modo, finalizado o processo de escolha dos instrumentos a aplicar, foram tomados todos os procedimentos inerentes à autorização para a utilização dos instrumentos, contactando todos os seus autores. Pretendeu-se não só formalizar os pedidos de permissão para aplicação, com também, para nos contextualizar acerca dos principais resultados e publicações no âmbito da problemática do bem-estar psicológico durante a adolescência.

Seguidamente, foi solicitado a autorização formal à DREN e à direção do agrupamento educativo, da respetiva escola do ensino secundário, para a aplicação dos questionários a utilizar na investigação. Após a obtenção desse mesmo consentimento, e dado que a amostra é constituída por estudantes com idades inferiores a 18 anos, seguiu-se o pedido de autorização aos encarregados de educação, para a recolha de dados junto dos seus educandos. Através de uma carta endereçada aos mesmos, foi-lhes apresentado uma breve descrição do projeto de investigação e solicitado a sua colaboração, bem como a assinatura do termo de consentimento livre e informado (Anexo I).

Posteriormente, foi pedido a todos os alunos o preenchimento individual e por escrito dos instrumentos, após uma breve apresentação verbal do objetivo do estudo e fornecidas as instruções sobre o correto preenchimento dos questionários, apelando a que respondam com sinceridade. Procedeu-se igualmente à clarificação do anonimato e confidencialidade das suas respostas, de acordo com os critérios éticos da *American Psychological Association* (APA), mencionando que as mesmas destinam-se exclusivamente a tratamento estatístico no seu conjunto.

Este processo decorreu em contexto escolar, num ambiente de sala de aula em que os questionários foram distribuídos e recolhidos pela autora da investigação, entre Maio e Junho de 2012, nas diversas turmas da Escola Secundária da Trofa.

1.5 Design

O estudo assenta numa abordagem quantitativa de natureza observacional–descritivo, sendo que procura desenvolver somente informação acerca da população em estudo. É ainda de carácter transversal, dado que a avaliação foi recolhida num único momento, permitindo fazer associações entre variáveis. Foi realizado um estudo correlacional para determinar o valor preditivo das variáveis, autoestima, competências emocionais e comportamentos de saúde no bem-estar psicológico do adolescente.

1.6 Amostra

Neste estudo, a amostra utilizada segue um processo de amostragem não probabilístico de conveniência, uma vez que os participantes foram selecionados de acordo com a facilidade de acesso a escolas, bem como à disponibilidade e vontade da colaboração dos alunos. A amostra é constituída por 205 alunos, pertencentes à escola de ensino secundário da Trofa, do Distrito do Porto. No que diz respeito aos critérios de inclusão, na amostra constam apenas alunos que frequentam o ensino secundário, com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos de idade, de ambos os sexos. Todos os participantes presentes nas salas de aula aceitaram participar no estudo (taxa de resposta de 100%).

1.6.1 Caracterização sociodemográfica da amostra

Na tabela nº 1 apresentam-se as características sociodemográficas da amostra em estudo. A amostra é composta por 205 adolescentes, sendo 124 do sexo feminino (60.5%) e 81 do sexo masculino (39.5%), com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos de idade (M=16.5; DP=1.09).

Tabela 1: Caracterização da Amostra – Dados demográficos (N=205)

Variáveis sociodemográficas	N	%	Média	DP
Sexo				
Feminino	124	60.5	-	-
Masculino	81	39.5	-	-
Idade				
			16.5	1.09
15 anos	44	21.8	-	-
16 anos	59	28.8	-	-
17 anos	64	31.2	-	-
18 anos	31	15.1	-	-
19 anos	7	3.4	-	-
Ano de Escolaridade				
10.º Ano	92	44.5	-	-
11.º Ano	45	22.0	-	-
12.º Ano	68	33.2	-	-
Residência				
Rural	90	43.9	-	-
Urbana	115	56.1	-	-

Todos os participantes frequentam o ensino secundário, sendo que no 10.º ano de escolaridade encontram-se 92 (44.5%), 45 adolescentes frequentam o 11.º ano (22%) e no 12.º ano de escolaridade encontram-se 68 (33.2%). Podemos ainda caracterizar a amostra quanto à sua residência, a região de proveniência é urbana em 115 (56.1%) e rural em 90 (43.9%) dos adolescentes.

A tabela n.º 2 que se segue permite analisar a caracterização dos progenitores dos adolescentes participantes. De referir que da amostra total, 5 (2.4%) adolescentes mencionam não ter progenitor, por motivo de falecimento ou por ausência do mesmo, e ainda 3 (1.5%) adolescentes não têm progenitora pelos mesmos motivos anteriormente apresentados. A escolaridade dos progenitores varia entre o 1.º ciclo e o ensino superior. Referente ao progenitor (Pai), 39 (19%) possuiu o 1 ciclo, 48 (23,4%) o 2.º ciclo, 51 (24.9%) o 3.º ciclo, 46 (22.4%) tem o ensino secundário e 16 (7.8%) possuem o ensino superior. Quanto à progenitora, 32 (15.6%) têm o 1 ciclo, 52 (25,4%) o 2.º ciclo, 59 (28.8%) o 3.º ciclo, 42 (20.5%) possuem o ensino secundário e 17 (8.3%) o ensino superior.

Tabela 2: Caracterização da Amostra – Dados dos progenitores dos participantes (N=205)

		Progenitores dos Participantes			
		Pai		Mãe	
Características sociodemográficas		N	%	N	%
Habilitações	1.º Ciclo	39	19	32	15.6
	2.º Ciclo	48	23.4	52	25.4
	3.º Ciclo	51	24.9	59	28.8
	Ensino secundário	46	22.4	42	20,5
	Ensino Superior	16	7.8	17	8.3
Pai/Mãe (ausente)		5	2.4	3	1.5
Situação profissional					
	Empregado/a	175	85.4	142	69.3
	Desempregado/a	22	10.7	56	27.3
	Reformado/a	3	1.5	4	2.0
Pai/Mãe (ausente)		5	2.4	3	1.5
Vencimento	≤ 485€	9	4.4	38	18.5
	485€ a 600€	41	20	64	31.2
	600€ a 900€	64	31.2	31	15.1
	900€ a 1200€	33	16.1	18	8.8
	≥1200€	33	16.1	9	4.4
Desconhece		11	5.4	9	4.4
Não se aplica		14	6.8	36	17.6

No que concerne à situação profissional dos progenitores dos participantes, 327 encontram-se profissionalmente ativos, 175 (85.4%) refere-se ao progenitor e 142 (69.4%) à progenitora, no desemprego encontram-se 77, sendo 22 (10.7%) progenitores e 56 (27.3%) progenitoras. Em situação de reforma, temos um total de sete progenitores. Quanto à situação socioeconómica representada pelo vencimento dos progenitores é de referir que 20 dos adolescentes desconhecem o valor de vencimento que os seus pais auferem. Os progenitores que tem vencimento igual ou inferior ao salario mínimo nacional totalizam 48, contrapondo com 42 progenitores que recebem salário superior a 1200€, sendo que a percentagem mais elevada encontra-se no intervalo de 485€ a 600€, para 105 dos progenitores.

No que diz respeito à caracterização do agregado familiar, pode-se analisar algumas características na tabela n.º 3.

Tabela 3: Caracterização da Amostra – Dados do agregado familiar (N=205)

Características do Agregado familiar		N	%	Média	DP
Nº de elementos				3.87	0.75
	2	4	2.0	-	-
	3-4	175	85.0	-	-
	5-6	26	11.7	-	-
N.º de irmãos				1,0	0.8
	0	46	22.4	-	-
	1	127	62	-	-
	2	21	10.2	-	-
	3-4	11	5.4	-	-
Tipo de habitação					
	Casa Unifamiliar	131	63.9	-	-
	Apartamento/andar	70	43.1	-	-
	Parte casa	3	1,5	-	-
	Outro	1	0.5	-	-
Regime de ocupação					
	Própria	179	87.3	-	-
	Arrendada	25	12.2	-	-
	Outro	1	0.5	-	-
Apoio de subsídios					
	Não	175	85.4	-	-
	Sim	27	13,2	-	-

Quanto ao número de elementos que constitui o agregado familiar este varia entre dois e seis elementos (M=3.87; DP= 0.75). O número de irmãos que cada adolescente da amostra apresenta varia entre a ausência de irmãos e os quatro irmãos (M= 1; DP= 0.8). No que concerne ao tipo de habitação, observa-se que a maioria da amostra habita em casa unifamiliar (63.9%) e em regime de ocupação própria (87.3%). Já 70 (43.1%) dos participantes habita em apartamento, três (1.5%) em parte de casa e um (0.5%) noutra situação de habitação. No

regime de ocupação encontramos vinte e cinco (12.2%) adolescentes a habitar em casa alugada.

Ainda outra característica importante na análise do agregado familiar é o apoio social, tendo-se verificado que 175 (85.4%) não usufruí de qualquer apoio de subsídios e que 27 (13.2%) famílias têm apoio de subsídio social.

1.7 Instrumentos

1.7.1 Questionário sociodemográfico

O questionário (Anexo II) foi desenvolvido no âmbito da presente investigação com o objetivo de recolher informação sobre as características sociodemográficas e psicossociais dos adolescentes, com o propósito de caracterizar a amostra em estudo. Num primeiro grupo de questões, obtém-se informação relativa ao sexo, idade, ano de escolaridade, área de residência e a escola que o adolescente frequenta. No segundo grupo, incluíram-se questões referentes ao agregado familiar, meio socioeconómico, escolaridade dos progenitores, situação face ao emprego e profissão dos progenitores, tipo de habitação, agregado familiar, existência e número de irmãos, e tipo de apoios sociais recebidos. É um instrumento constituído por questões de resposta breve e por itens de escolha múltipla.

1.7.2 Escala de Auto Estima de Rosenberg (Santos, 2003) – adaptação, para a população portuguesa, da *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES)

Versão Original

A *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES) foi construída por Rosenberg em 1965, como uma medida unidimensional, com o objetivo de avaliar a autoestima global (Santos, 2008). Esta é uma das escalas mais utilizadas internacionalmente, para avaliar este construto (Ang et al., 2006), onde é reconhecida a qualidade das suas propriedades psicométricas em estudos de variadas populações, incluindo populações psiquiátricas e testadas as correlações com várias dimensões do comportamento humano: orientação para os objetivos, perceção de autoeficácia académica, comportamentos disruptivos, depressão e heteroavaliação, entre outras (Rosenberg, 1965; Ang et al., 2006). Esta estrutura tem sugerido a alguns autores (p. ex., Carmines & Zeller, 1979, cit in Ang, Neubronner, Oh & Leong, 2006), estarmos perante uma escala com dois fatores (autoestima positiva e autoestima negativa), apesar de o RSES ter sido, como já foi dito, construído como um instrumento unidimensional, discussão teórica que

tem, de facto, gerado imenso trabalho psicométrico (p. ex., Tomás & Oliver, 1999; Ang et al., 2006).

A RSES é constituída por 10 itens, 5 de orientação positiva e 5 de orientação negativa. Para cada afirmação existem quatro opções de resposta (concordo totalmente, concordo, discordo e discordo totalmente). Quanto maior o score obtido, que varia entre 10 e 40, maior o índice de autoestima.

O processo de validação original, teve por base um estudo de grande amplitude efetuado com uma amostra de 5024 adolescentes. Verificou-se que a escala tem evidenciado bons níveis de consistência interna e de estabilidade temporal. Estudos apontam que o *Alpha de Cronbach* do instrumento original varia de ,77 (Dobson, Goudy, Keith, & Powers, 1979) a ,88 (Fleming & Courtney, 1984; Nurmi, Berzonsky, Tammi, & Kinney, 1997).

Versão traduzida

A *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES) (Anexo III) foi traduzida, validada e adaptada para a população portuguesa por Santos e Maia (2003) - Escala de autoestima de Rosenberg (EAER). Esta investigação compreendeu três estudos com estudantes do ensino secundário (345, 195 e 44 sujeitos) com idades compreendidas entre os 15 e os 26 anos. Estes estudos analisaram a estrutura fatorial, a estabilidade temporal e a validade da escala. Segundo estes autores, a consistência interna da escala revelou resultados muito satisfatórios, variando entre ,86 e ,92 (*Alpha de Cronbach*) e em termos de validade foi constatado que os resultados na Escala de Autoestima de Rosenberg (EAER) se correlacionam positivamente com outras variáveis teoricamente relacionadas, como o autoconceito, a satisfação com a vida, a aceitação social e a autoeficácia (Santos, 2008; Santos & Maia, 2003). Mais recentemente, foram também analisadas as características psicométricas desta escala para uma amostra de 212 estudantes do ensino superior, sendo que “os resultados do estudo foram globalmente positivos” (Santos, 2008, p. 8), nomeadamente, ao nível da validade, consistência interna e estabilidade temporal.

A EAER é constituída por dez afirmações relacionadas a um conjunto de sentimentos de autoestima e autoaceitação que avalia a autoestima global. Os dez itens são respondidos em uma escala tipo *Likert* de quatro pontos variando entre “concordo totalmente”, “concordo”, “discordo” e “discordo totalmente” e está construída sob a forma de uma frase no positivo e a outra metade sob a forma de uma frase no negativo. Os scores totais desta escala podem variar entre 10 e 40, sendo que os resultados mais elevados evidenciam níveis mais elevados de autoestima e vice-versa (Santos & Maia, 2003).

“Uma autoestima elevada, tal como é avaliada pela RSES, indica que os indivíduos se consideram pessoas de valor, respeitadores de si próprios por aquilo que são, não se sentindo, necessariamente, superiores aos outros. Uma baixa autoestima, pelo contrário, traduz uma desvalorização, insatisfação e falta de respeito dos indivíduos relativamente a si próprios” (Santos & Maia, 2003, p. 254).

Características psicométricas na amostra em estudo

De forma a avaliar as qualidades psicométricas da EAER na amostra em estudo, calculou-se o índice de consistência interna através do *alpha de Cronbach* (Quadro 1 – Anexo VII). Verificou um valor de .87 para a escala total, valor que revela uma consistência interna elevada. Estes dados demonstram ainda a fiabilidade da escala com valores muito aproximados da escala original e da versão adaptada em Portugal.

1.7.3 Questionário de Competência Emocional-QCE (Faria & Lima Santos, 2005)

Versão Original

O Questionário de Competência Emocional (QCE), surge como uma medida de tipo autorrelato, que foi originalmente desenvolvido na Croácia e utilizado em diferentes contextos (académico e laboral) por Taksic (2000), tendo sido apresentado publicamente em 2001, no *7th European Congress of Psychology*. Fundamenta-se no modelo teórico de Mayer e Salovey (1997) e inclui um total de 45 itens, respondidos numa escala de *Likert* de 6 pontos, entre “Nunca” e “Sempre”, apresentando três dimensões ou subescalas – Perceção Emocional (15 itens), Expressão Emocional (14 itens) e Capacidade para Lidar com a Emoção (16 itens).

A amostra envolve um total de 4317 participantes, de sete contextos culturais diferentes, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 16 e os 68 anos, estudantes do ensino secundário e do ensino superior e colaboradores e supervisores de várias organizações. A versão inglesa desta escala foi traduzida para as línguas dos vários países envolvidos no estudo.

Os valores de *alpha* para as três dimensões do QCE nas várias amostras estudadas nos sete contextos culturais, permitem concluir que as dimensões Perceção Emocional e Expressão Emocional são aquelas que apresentam sempre valores de *alpha* mais altos, próximos ou superiores a .80, e que a dimensão Capacidade para Lidar com a Emoção é a que revela sempre o valor de *alpha* mais baixo, entre .64 e .74, tal como se tinha verificado nos

estudos de Tăksié (2000), com várias amostras de estudantes do ensino secundário e universitário de nacionalidade croata.

Versão traduzida

O QCE (Anexo IV) foi adaptado ao contexto português, após tradução, retroversão e reflexão falada, tendo os principais resultados sido apresentados e publicados nos contextos nacional e internacional (Faria & Lima Santos, 2005, 2006; Faria et al., 2006; Lima Santos & Faria, 2005). Destina-se a adolescentes (a partir dos 15 anos) e a adultos. Na adaptação do ESCQ à realidade portuguesa, recolheu-se uma amostra de 730 alunos, em que 61% são do sexo feminino e 39% do sexo masculino. No que respeita à idade, 28,6 % têm 15/16 anos, 36,7 % têm 17/18 anos e 34,2% têm mais de 18 anos.

Este questionário é constituído por um total de 45 itens que são respondidos através de uma escala de *likert* de 6 pontos, entre “Nunca” e “Sempre”. A escala é composta por três dimensões ou subescalas: Perceção Emocional (15 itens), Expressão Emocional (14 itens) e Capacidade para Lidar com a Emoção (16 itens) (Costa & Faria, 2009). A administração do QCE pode ser individual ou coletiva, não tendo tempo limite. Como já referido, cada item é cotado de 1 a 6, indicando 1 “baixa competência emocional” e 6 “elevada competência emocional”. Os valores são somados para cada subescala, obtendo-se assim valores diferentes para cada uma das três dimensões da competência emocional. Maior pontuação em cada subescala indica maior competência emocional.

Os índices de validade interna dos itens são, na sua maioria, superiores a .40 na amostra portuguesa (730 sujeitos), indicando uma boa correlação entre os itens a as três dimensões da Competência Emocional. Os valores da *alpha* para as três dimensões do QCE, permitem concluir que as dimensões Perceção Emocional e Expressão Emocional são aquelas que apresentam valores entre .83 e .84, e que a dimensão Capacidade para Lidar com a Emoção é a que revela o valor de alfa mais baixo, entre .64 e .67. O valor de *alpha* na escala total foi de .89. Quanto à validade fatorial, das análises realizadas, extraíram-se três fatores, que explicavam cerca de 30% da variância total dos resultados. De um modo geral, pode-se afirmar que os valores de *alpha* encontrados sugerem que os itens são consistentes com as dimensões a que pertencem, indicando uma boa consistência interna para as dimensões Perceção Emocional e Expressão Emocional e uma consistência interna aceitável para a dimensão Capacidade para Lidar com a Emoção.

Características psicométricas na amostra em estudo

Na presente amostra para avaliar as qualidades psicométricas do QCE, calculou-se o índice de consistência interna através do *Alpha de Cronbach* (Quadro 2- Anexo VII). No que concerne às subescalas de competência emocional encontramos um *Alpha de Cronbach* de .80 para a dimensão Capacidade para Lidar com a Emoção, já para a dimensão Expressão Emocional, foi encontrado um *Alpha de Cronbach* de .89 e por fim para a dimensão Percepção Emocional verificou-se a existência de um valor de *Alpha de Cronbach* de .91, o que significa que todas as subescalas apresentam uma elevada consistência interna. Para a escala total, apurou-se um *Alpha de Cronbach* de .94, o que significa igualmente uma forte consistência interna para esta escala. Os valores de *Alpha* encontrados na amostra do presente estudo foram ligeiramente superiores aos encontrados quer na escala original quer na traduzida.

1.7.4. Questionário de Comportamentos de Saúde - QCS (Ribeiro, 1993)

Versão Original

Para avaliar os comportamentos de saúde será utilizado o Questionário de Comportamentos de Saúde (Ribeiro, 1993) (Anexo V), constituído por 28 itens, com questões relativas à prática dos diversos comportamentos de saúde, com opções de resposta em formato *Lickert*, de Quase nunca (0) a Quase sempre (4). A cotação varia de 0 a 112 pontos, correspondendo uma nota mais baixa a um estilo de vida mais saudável. A nota final consiste num somatório, fornecendo uma nota global, embora possa ser utilizada como um perfil.

Este instrumento é baseado no *Life-Style Assessment Questionnaire* (LAQ) de Hettler (1982), que é um instrumento de avaliação, componente de um programa de intervenção na promoção da saúde, em vigor na universidade de Wisconsin-Stevens Point. Ribeiro (1993) adotou 25 itens do *Life-Style Assessment Questionnaire* mantendo o formato original e acrescentou 3 itens sobre atitudes sexuais. Trata-se de um instrumento que constitui uma lista de amostras de comportamentos de saúde que pretende avaliar os comportamentos e as atitudes focando os comportamentos que a investigação tem evidenciado constituírem fatores de risco para a saúde geral (Ribeiro, 1993, 2004).

O estudo original (Ribeiro, 1993) foi desenvolvido com 609 indivíduos entre os 15 e os 30 anos. Procedeu-se a uma análise fatorial da qual foram extraídos dez fatores que explicaram 64,20% da variância total e metade dos fatores apresentam consistência interna satisfatória acima de .60, sendo estes os primeiros seis. Um outro estudo realizado por Gonzalez e Ribeiro (2004) em 270 estudantes universitários do género feminino, com idades entre 18 e 30 anos,

foram encontrados oito fatores que explicavam 63,42% do total da variância da Escala. Ao nível da consistência interna, o *Alpha de Cronbach* total é de .81 e os *Alphas* para os oito domínios variam entre .41 (domínio: Comportamento de Proteção da Saúde) e .87 (domínio: Comportamento de Exercício Físico).

Os 28 itens distribuem-se, assim por oito domínios: Comportamento Alimentar (alimentação) que inclui os itens 4, 5, 6, 18 e 22; Comportamento de Evitamento de Poluição (Poluição) que inclui os itens 17, 19, 23, 24 e 25; Comportamento Sexual (Sexo) que inclui os itens 26, 27 e 28; Comportamento de Proteção da Saúde (Proteção) que inclui os itens 2, 14, 15 e 16; Comportamento de Exercício Físico (Exercício) que inclui os itens 1 e 3; Comportamento de Prevenção de Doenças (Prevenção) que inclui os itens 9, 10, 11, 12; Comportamento de Evitamento de Consumos Prejudiciais (Adição) que inclui os itens 20 e 21; Comportamento de Promoção da Saúde (Repouso) que inclui os itens 7, 8 e 13.

Características psicométricas na amostra em estudo

No sentido de avaliar a consistência interna da escala foi calculado o *alpha* de *Cronbach*, para o total da escala e para as respetivas subescalas (Quadro 3 – Anexo VII). Assim, verificou-se que o *alpha* da subescala “alimentação” foi de .80 (elevada consistência interna); o *alpha* da subescala “poluição” foi de .76 (boa consistência interna); o *alpha* da subescala “sexo” foi de .74 (boa consistência interna); o *alpha* da subescala “proteção” foi de .20 (baixa consistência interna); o *alpha* da subescala “exercício” foi de .74 (boa consistência interna); o *alpha* da subescala “prevenção” foi de .68 (baixa consistência interna); o *alpha* da subescala “adição” foi de .68 (baixa consistência interna) e o *alpha* da subescala “repouso” foi de .63 (sem o item 8 - baixa consistência interna). O coeficiente de fidelidade para o QCS-Total foi de .80, revelando uma boa consistência interna desta escala. Este valor é elevado e semelhante ao encontrado no estudo de Gonzalez e Pais Ribeiro (2004).

Foram encontrados itens cuja correlação com o total é menor que .3, no entanto a consistência global é superior a .7. Deste modo manteve-se os itens com uma correlação item-total abaixo de .3, pois de acordo com Pallant (2005), sempre que este facto se verifica, não será necessário considerar a exclusão de itens. Também a fiabilidade da escala mostra não sofrer qualquer alteração significativa na eliminação desses itens. A subescala “proteção” apresenta uma baixa consistência (mesmo com eliminação de itens), deste modo, não foi utilizada nos testes de hipóteses, pois considera-se que não está a medir o que a escala no todo se propõe.

1.7.5. Escala de Bem-Estar Psicológico para Adolescentes - EBEP (Fernandes, 2007)

Versão Original

Scales of Psychological Well-Being – SPWB foi desenvolvida por Ryff, em 1989, e trata-se de um conjunto de seis escalas que se designam de Escalas de Bem-Estar Psicológico. Ryff considera que o bem-estar é uma qualidade do funcionamento psicológico, intrinsecamente associado à saúde mental, havendo, por isso, a necessidade de uma operacionalização do bem-estar. As seis escalas autónomas constituídas por indicadores diferenciados de cada uma das dimensões do modelo de bem-estar psicológico são: aceitação de si; relações positivas com os outros; o crescimento pessoal; os objetivos na vida; o domínio do meio e a autonomia.

A forma original das Escalas de Bem-Estar Psicológico é constituída por um instrumento único de 120 itens, 20 em cada escala, operacionalizada em termos de escores positivos e negativos. Estes itens são compostos por afirmações descritivas, com modalidades de resposta tipo *Likert* com diferentes categorias de resposta, designadamente: 1 – Discordo completamente; 2 – Discordo em grande parte; 3 – Discordo parcialmente; 4 – Concordo parcialmente; 5 – Concordo em grande parte; 6 – Concordo completamente. Estes itens foram administrados a uma amostra de 321 adultos jovens, de meia-idade e idosos. As escalas demonstraram um bom desempenho psicométrico, apresentando medidas de fidedignidade *Alpha* de *Cronbach* entre .86 e .93, e coeficientes de estabilidade temporal (teste - re-teste, $N=117$) entre .81 e .88 (Ryff, 1989).

Posteriormente, versões alternativas e mais breves da Escala de Bem-estar Psicológico (EBEP) foram desenvolvidas. Uma versão de 84 itens (14 por dimensão, Ryff & Essex, 1992), é a mais amplamente utilizada em estudos do grupo de Ryff. Outra versão, de 18 itens (3 por dimensão, Ryff & Keyes, 1995), foi construída para ser utilizada em grandes levantamentos, por questão de brevidade e economia. Por fim uma versão de 54 itens (9 por dimensão) vem sendo utilizada no *Wisconsin Longitudinal Study* pela equipe de Ryff, (van Dierendonk, 2005). Todas as versões da EBEP têm demonstrado bons parâmetros psicométricos e correlações elevadas com a escala original de Ryff (1989).

Versão Traduzida

Será utilizada a versão portuguesa para adolescentes (Anexo VI), adaptada para 30 itens, por Fernandes (2007) das escalas de bem-estar psicológico (*Scales of Psychological Well-*

Being – SPWB) de Carol Ryff. O presente instrumento avalia o construto do bem-estar psicológico, pois integra as seis escalas autónomas, constituídas por indicadores diferenciados de cada uma das dimensões do modelo PWB (Ryff, 1989, 1995): aceitação de si, relações positivas com os outros, crescimento pessoal, objetivos na vida, domínio do meio e autonomia. O conjunto dos 30 itens está distribuído pelas seis dimensões, sendo as suas respostas atribuídas numa escala tipo *Likert* de 5 pontos (1-discordo plenamente a 5-concordo plenamente), que quando somados por total de cada escala permitem analisar a variabilidade por dimensão das Escalas de Bem-Estar Psicológico (EBEP). De acordo com Fernandes (2007), o somatório dos valores das 6 escalas, dão origem a um resultado designado de bem-estar global que se constitui como indicador do conceito base de bem-estar psicológico.

Os valores do coeficiente *Alpha de Cronbach* para a EBEP situam-se no intervalo .85 a .90 quando aferida a consistência interna da medida de bem-estar psicológico global para a amostra total e, relativamente ao coeficiente *Alpha de Cronbach* para cada escala, Fernandes (2007) obteve os seguintes valores: .59 para a escala Autonomia; .59 para a escala Domínio do meio; .68 para a escala Crescimento pessoal; .62 para a escala Relações positivas com os outros; .67 para a escala Objetivos na vida e o valor de .702 para a escala Aceitação de si.

Características psicométricas na amostra em estudo

Realizou-se o estudo de fidelidade com os 30 itens da Escala EBEP obtendo-se um valor de *alpha* adequado de .87 (Quadro 4 – Anexo VII), pelo que a escala apresenta uma boa consistência interna nesta amostra.

Pela análise dos coeficientes de consistência interna de *Cronbach* da EBEP, por subescala), é possível constatar que os valores obtidos são adequados, sendo mais baixos para as subescalas de “Autonomia” ($\alpha=.59$) e “Domínio do Meio” ($\alpha=.54$, sem o item 2), tal como acontece na versão traduzida. As restantes subescalas apresentam *alphas de cronbach* entre .68 e .86, valores estes, que revelam uma consistência interna aceitável das subescalas na amostra em estudo, similares a escala traduzida de Fernandes (2007).

1.8. Procedimentos de Análise de Dados

Tendo em conta a natureza quantitativa da investigação, os dados foram processados pelo programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM-SPSS) para Windows, versão 20.0.

De modo a caracterizar a amostra ao nível das variáveis sociodemográficas e das variáveis psicológicas e comportamentais utilizou-se a estatística descritiva (frequência,

média, desvio-padrão, mínimo e máxima). Seguidamente, por forma a seleccionar o tipo de procedimento estatístico, foi verificado o pressuposto da normalidade da distribuição com recurso ao teste de *Kolmogorov-Smirnov* e aos índices de *curtose* e *assimetria*. Assim, tendo em conta que se obteve uma distribuição normal para umas variáveis e distribuição não normal para outras, foram utilizados testes paramétricos, sempre que se cumpriram os pressupostos subjacentes, e testes não paramétricos, quando os pressupostos da estatística eram violados (Field, 2009; Pallant, 2001).

Ao nível do teste das hipóteses, realizaram-se procedimentos estatísticos variados. Para testar a primeira e a segunda hipótese utilizou-se o Coeficiente de Correlação de *Spearman*, procedendo à análise da associação entre o bem-estar psicológico e as variáveis autoestima e competências emocionais. Na hipótese 3, dado estarem cumpridos os pressupostos da estatística paramétrica recorreu-se ao Coeficiente de Correlação de *Pearson* para análise da associação entre a variável comportamentos de saúde e o bem-estar psicológico. Ao nível da quarta hipótese, de forma a analisar as diferenças entre as variáveis psicológicas em estudo e o meio socioeconómico dos adolescentes foi utilizado o teste estatístico de *Kruskal-Wallis*. Por fim, na hipótese n.º 5 usou-se o teste *U Mann-Whitney* para testar diferenças entre grupos (sexo) nas variáveis psicológicas.

Nas análises exploratórias, relativas ao efeito da variável idade no bem-estar psicológico, foi utilizado o teste paramétrico ANOVA Unifatorial para testar as diferenças do bem-estar psicológico do adolescente em função da idade.

2. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

2.1. Apresentação dos Resultados

A apresentação e a descrição dos resultados dizem respeito às análises estatísticas dos dados recolhidos e estão organizados de forma a dar resposta às questões de investigação que orientaram este estudo. Seguidamente são expostos os resultados descritivos e os resultados dos procedimentos estatísticos realizados, que testam cada hipótese. Por fim, expõem-se as análises exploratórias.

2.1.1. Resultados da análise descritiva

Na apresentação dos dados recolhidos no âmbito da presente investigação, a análise feita engloba a amostra total dos adolescentes. Foram utilizadas medidas básicas de estatística descritiva, nomeadamente a média, o desvio-padrão, mínimos e máximos, bem como as frequências absolutas. Procedeu-se à sumarização da estatística descritiva recorrendo a quadros, de forma a simplificar a compreensão dos dados apurados.

Na tabela que se segue (Tabela 4), evidenciam-se as estatísticas descritivas dos totais dos instrumentos e respetivas subescalas utilizados na investigação.

Da análise dos dados verifica-se uma média para EAER-total de 30.92 (DP=4,78). Nesta amostra, a resposta mínima encontrada foi de 16 e a máxima de 40 (a cotação desta escala varia entre 10 e 40). Relativamente ao QCE - total encontrou-se uma média de 213.27 (DP=24.48) (a cotação deste instrumento varia entre 45 e 270; neste questionário quanto mais alta for a pontuação, melhor competência emocional possui o adolescente). A resposta mínima encontrada nesta amostra foi de 123 e a máxima de 263. As médias das subescalas encontram-se entre 64.89 (Expressão Emocional) e 77.60 (Capacidade para lidar com a Emoção).

No que concerne ao instrumento de QCS-total apura-se uma média de 80.41 (DP=13,73) sendo que a pontuação varia entre 0 e 112. Para as subescalas verificou-se valores médios entre 5.19 (Exercício) e 13.32 (Poluição).

Tabela 4: Estatística descritiva da média, desvio-padrão, mínimo e máximo para a amostra total das variáveis (autoestima, competências emocionais, comportamentos de saúde e bem estar psicológico) (N = 205)

Variáveis	Média	DP	Min	Máx
EAER – total	30,92	4,78	16	40
QCE – total	213,27	24,48	123	263
Perceção Emocional	70,78	9,27	29	90
Expressão Emocional	64,89	9,99	28	81
Capacidade para Lidar com a Emoção	77,60	8,33	47	94
QCS – total	80,41	13,73	21	112
Alimentação	10,04	4,87	0	20
Poluição	13,32	4,77	2	20
Sexo	11,16	2,06	0	12
Exercício	5,19	2,57	0	8
Prevenção	11,79	3,50	0	16
Adição	7,13	1,70	0	8
Repouso	6,09	2,69	0	8
EBEP – total	118,65	11,92	89	144
Autonomia	19,74	2,90	10	25
Domínio do Meio	15,77	2,20	9	20
Crescimento Pessoal	21,93	2,31	13	25
Relações Positivas	20,78	2,74	11	25
Objetivos de Vida	18,87	3,32	10	25
Aceitação de si	19,70	3,44	6	25

Quanto à média e ao desvio padrão das classificações obtidas pelos adolescentes no instrumento EBEP, que avalia o bem-estar psicológico, podemos constatar que, a média é de 118,65 (DP=11.92). A resposta mínima obtida é de 89 e a máxima é de 144, considerando-se as cotações entre 30 e 150. No que se refere às subescalas as médias variam entre 15,77 (domínio do meio) e 21,93 (crescimento pessoal).

Os resultados indicam que, em geral, as médias de todas as variáveis em estudo são altas, existindo pouca variabilidade nas respostas.

2.1.2 Resultados do teste de hipóteses

Hipótese 1 - *Espera-se que a autoestima seja o melhor preditor de altos níveis de bem-estar psicológico no adolescente.*

A relação entre a autoestima e o bem-estar psicológico dos adolescentes que constituem a amostra foi estudada através do Coeficiente de Correlação de *Spearman*. Atestou-se uma

correlação positiva elevada entre os níveis de autoestima e os níveis de bem-estar psicológico ($r=.67$; $p=.00$), o que significa que ocorre uma evolução na mesma direção de ambas as variáveis. Assim, maior nível de autoestima está associado a um maior bem-estar psicológico no adolescente.

De entre as seis dimensões do bem-estar psicológico (EBEP), pode-se ainda verificar na tabela nº 5 que todas apresentam associação positiva com a autoestima ($p<.05$), sendo a dimensão “aceitação de si” ($r=.70$; $p=.00$) aquela que mais influencia o bem-estar psicológico do adolescente.

Tabela 5 – Correlações de *Spearman* entre a autoestima e o bem-estar psicológico (N=205)

	Autoestima – Escala Total	
	r	P
Bem- estar psicológico – EBEP Total	.67	.00*
EBEP Autonomia – Subescala	.42	.00*
Domínio do Meio – Subescala	.39	.00*
Crescimento Pessoal - Subescala	.42	.00*
Relações Positivas – Subescala	.42	.00*
Objetivos de Vida – Subescala	.42	.00*
Aceitação de si - Subescala	.70	.00*

* $p<0,05$; ** $p<0,01$

Para concluir a confirmação da hipótese 1, foram ainda realizadas análises de regressão múltipla com o objetivo de identificar quais as variáveis que eram melhores preditores do bem-estar psicológico dos adolescentes. Nas análises de regressão efetuadas (Tabela 6) utilizámos o método passo-a-passo (*stepwise*), sendo que no modelo da regressão incluímos como preditores as variáveis autoestima, competências emocionais e comportamentos de saúde.

Tabela 6 – Análise de regressão linear múltipla para predizer o bem-estar psicológico, tomando como preditores a autoestima, as competências emocionais e os comportamentos de saúde (N=205)

	Bem-estar Psicológico				
	R ²	R2 Ajustado	Beta	t	p
Autoestima		.59	.57	11.41**	.000*
Competências Emocionais	.77		.32	6.40	.000*
Comportamentos de Saúde			.08	1.90	.059

* $p<0,05$; ** $p<0,01$

Com base na tabela n.º 6 verifica-se que a autoestima explica 57% da variância do bem-estar psicológico dos adolescentes, e a análise do valor de beta revela uma correlação significativa e positiva entre estas duas variáveis ($B = .57, p = .00$), o que indica que são os adolescentes com mais elevada autoestima, os que se consideram com melhor bem-estar psicológico. Segue-se as competências emocionais com 33% de variância e os comportamentos de saúde com 8%, apresentando assim uma correlação positiva no que respeita à predição com o bem-estar psicológico. Assim sendo, a hipótese 1 é confirmada na medida em que a autoestima revelou-se a variável com um valor preditor mais significativo e as três variáveis explicam 77% variância do bem-estar psicológico ($R^2 = .77; R^2_{Aj} = .59; \text{Erro} = 7.60; F(3.20) = 100,19; p < .05$).

Hipótese 2 - *Espera-se que os adolescentes com mais competências emocionais registem maiores níveis de bem-estar psicológico.*

Para testar a hipótese 2 efetuou-se o cálculo do Coeficiente de Correlação de *Spearman*. Verificou-se uma correlação positiva elevada (Palland, 2001) entre as competências emocionais e os níveis de bem-estar psicológico ($r = 0.59; p = .00$), o que significa uma evolução simultânea das mesmas, em que o aumento de uma variável é o aumento da outra.

Tabela 7 – Correlações de *Spearman* entre as competências emocionais e o bem-estar psicológico

	Bem-estar psicológico – Escala Total	
	r	P
Competências emocionais – Escala Total	.59**	.00*
Perceção Emocional – Subescala	.29	.00
Expressão Emocional – Subescala	.47	.00
Capacidade para Lidar com a Emoção - Subescala	.54	.00

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Na Tabela n.º 7 observa-se que estes resultados permitem confirmar a hipótese 2, segundo a qual os adolescentes que detêm mais competências emocionais apresentam melhores níveis de bem-estar psicológico do que os adolescentes com menos competências emocionais.

No que concerne à análise da relação entre a escala de bem-estar psicológico e as subescalas do questionário de competências emocionais (QCE), verificou-se a existência de

relações positivas significativas entre o bem-estar psicológico do adolescente e todos os domínios da QCE. A subescala “Perceção emocional” é aquela que apresenta correlação mais baixa ($r=.29$; $p=.00$) com os níveis de bem-estar psicológico. Em contra partida a subescala que revela elevada correlação com o bem-estar psicológico é a dimensão “Capacidade para lidar com a emoção” ($r=.54$; $p=.00$).

Hipótese 3 - *Espera-se que a adoção de comportamentos de saúde pelos adolescentes seja indicador de melhores níveis de bem-estar psicológico.*

A relação entre as variáveis, comportamentos de saúde e bem-estar psicológico, foi explorada através do Coeficiente de Correlação de *Pearson* tendo-se obtido correlações estatisticamente pouco significativas (Tabela 8). A correlação entre os comportamentos de saúde adotados pelos adolescentes e o seu bem-estar psicológico é positiva ($r=.16$; $p=.03$) no entanto é uma correlação baixa (Palland, 2001). Sugere que, quanto mais os adolescentes adotem comportamentos de saúde, maior serão os seus níveis de bem-estar psicológico.

Tabela 8 – Correlações de *Pearson* entre o bem-estar psicológico e os comportamentos de saúde

	Bem-estar psicológico – Escala Total	
	r	P
Comportamentos de Saúde – Escala Total	.16	.03*
Alimentação – Subescala	.04	.61
Poluição - Subescala	-.11	.11
Sexo - Subescala	-.14	.05
Exercício - Subescala	.14	.04
Prevenção - Subescala	.05	.49
Adição - Subescala	-.01	.84
Repouso - Subescala	-.07	.29

* $p<0,05$; ** $p<0,01$

Na análise da relação entre o bem-estar psicológico e as subescalas do QCS, não se obteve valores significativos que demonstrem existir relações significativas entre os diversos comportamentos de saúde e o bem-estar psicológico do adolescente. Salienta-se apenas o facto da subescala “Exercício” apresentar associação positiva baixa ($r=.14$; $p=.04$).

Hipótese 4 - *Espera-se que existam diferenças significativas nas variáveis psicológicas (autoestima, competências emocionais, comportamentos de saúde, bem-estar psicológico) em função do meio socioeconómico do adolescente.*

Na tabela n.º 9 apresentam-se os resultados do efeito dos três grupos relativos ao nível socioeconómico na autoestima, nas competências emocionais, nos comportamentos de saúde e no bem-estar psicológico do adolescente. O nível socioeconómico foi encontrado através do cálculo da capitação *per capita* do agregado familiar, tendo por referência o limiar de pobreza em Portugal, em que o valor social é de 189€. Assim, definiu-se três grupos de nível socioeconómico: baixo, médio e alto. O número da amostra utilizado para testar a hipótese 3, foi apenas de 182 adolescentes, pois os restantes participantes da amostra total (n=205) não responderam ao item sobre o vencimento dos seus progenitores.

Tabela 9 – Resultados do Teste *Kruskal-Wallis* para a autoestima, as competências emocionais, os comportamentos de saúde e o bem-estar psicológico em função do meio socioeconómico (N=182)

	Nível Socioeconómico			X ² (2)	P
	Baixo (n=24)	Médio (n=98)	Alto (n=60)		
	Ordem média	Ordem média	Ordem média		
EAER – Total	91.23	88.17	97.04	1.1	.60
QCE - Total	97.71	91.15	89.58	.42	.81
QCS - Total	91.75	91.41	91.54	.00	1.0
EBEP - Total	99.81	89.06	92.17	.82	.66

De acordo com os resultados do teste *Kruskal-Wallis*, não existem diferenças significativas entre os três grupos no que respeita às variáveis psicológicas em estudo.

Hipótese 5 - *Espera-se que existam diferenças significativas nas variáveis psicológicas (autoestima, competências emocionais, comportamentos de saúde, bem-estar psicológico) em função do sexo do adolescente.*

De forma a determinar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os sexos nas variáveis psicológicas (autoestima, competências emocionais, comportamentos de saúde, bem-estar psicológico), procedeu-se à aplicação do teste *U Mann-Whitney* para amostras independentes, dado não se verificar distribuição normal das variáveis. Tráves da tabela n.º 10, é possível verificar que há diferenças significativas ao nível da autoestima (Z= -

1.89; $p=.05$) e dos comportamentos de saúde ($Z= -4.76$; $p=.00$) em função do sexo dos participantes. Sendo que os adolescentes do sexo feminino apresentam níveis de autoestima inferiores aos dos adolescentes do sexo masculino, já no que respeita aos comportamentos de saúde há uma maior incidência de adoção de comportamentos saudáveis no sexo feminino do que no sexo masculino. Quanto às diferentes dimensões da escala QCS, na presente amostra revelou-se que a dimensão “Exercício” é a única em que o sexo masculino apresenta melhores comportamentos de saúde. No entanto, nas dimensões “adição” e “prevenção” não se verificaram diferenças significativas.

Tabela 10 – Resultados do Teste U de Mann – Whitney ao nível da autoestima, competências emocionais, comportamentos de saúde e bem-estar psicológico em função do sexo

	Sexo Feminino	Sexo Masculino	Z	P
	(n=124)	(n=81)		
	Ordem média	Ordem média		
EAER – Total	96.68	112.68	-1.89	.05
QCE - Total	100.06	107.50	-.88	.38
QCS – Total	118.95	78.59	-4.76	.00*
EBEP – Total	103.38	102.43	-.11	.91

* $p<0,05$

Quanto às restantes variáveis psicológicas (competências emocionais e bem-estar psicológico), os resultados demonstram que não existem diferenças significativas em função do sexo.

2.1.3 Análise Exploratórias

De forma a completar o presente estudo, foram realizadas análises exploratórias tendo em conta variáveis sociodemográficas importantes para a compreensão do bem-estar psicológico do adolescente. Neste sentido, foi analisado o impacto da variável idade na variável psicológica – bem-estar psicológico. A medida da estatística inferencial utilizada foi o teste paramétrico – ANOVA unifatorial.

Tabela 11 - Resultados do teste ANOVA para a EBEP-total em função da idade (N = 205)

	Idade					F (4,20)
	15 Anos (n = 44)	16 Anos (n = 59)	17 Anos (n = 64)	18 Anos (n = 31)	19 Anos (n = 7)	
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	
EBEP – total	117.14 (11.73)	118.51 (12.53)	119.86 (12.09)	118.87 (11.97)	117.29 (6.32)	.37
Autonomia	19.50 (2.43)	19.47 (3.18)	20.02 (2.69)	20.42 (3.41)	18.00 (1.73)	1.41
Domínio do Meio	16.02 (1.94)	15.71 (2.27)	15.95 (2.21)	15.23 (3.41)	15.43 (1.72)	.78
Crescimento Pessoal	21.77 (2.14)	22.05 (2.15)	22.05 (2.51)	21.77 (2.49)	21.57 (2.37)	.21
Relações Positivas	20.11 (2.69)	20.76 (2.67)	21.34 (2.57)	20.45 (3.21)	21.29 (4.50)	1.51
Objetivos de Vida	18.52 (3.01)	19.20 (3.25)	18.69 (3.70)	19.26 (3.44)	18.40 (1.35)	.50
Aceitação de si	19.39 (3.53)	19.41 (3.70)	19.95 (3.31)	19.94 (3.37)	20.86 (1.95)	.52

Através da tabela n.º 11 é possível verificar que não existem diferenças significativas entre os níveis de bem-estar psicológico do adolescente em função da idade ($F(4,20) = .37$, $p = .83$). Os resultados indicam que o grupo de adolescentes com idade igual a 15 anos é constituído por 44 adolescentes, sendo a média obtida para a variável bem-estar psicológico de 117.14 e desvio-padrão de 11.73. Para os adolescentes com 16 anos, encontra-se 59 adolescentes com uma média de 118.51 e desvio-padrão de 12.53 na variável bem-estar psicológico. O grupo com idade de 17 anos é composto por 64 adolescentes, tendo-se obtido para a variável bem-estar psicológico uma média de 119.86 com desvio-padrão de 12.09. Já os adolescentes com 18 anos, existem 31 e apresentam média de 118.87 (DP=11.97) para a variável bem-estar psicológico. Por fim, há sete adolescentes com 19 anos e este grupo tem uma média de 117.29 (DP=6.32).

Apesar de não existirem diferenças significativas entre nos níveis do bem-estar psicológico e a idade dos adolescentes, observa-se que os níveis de bem-estar psicológico são superiores nos adolescentes com idade de 17 anos em comparação com os restantes. Pode-se ainda verificar que os dois grupos de idade de 15 e 17 anos representam, respetivamente, o pólo inferior e superior do perfil médio do bem-estar global ao longo destas idades.

Com o objetivo de clarificar a diferenciação da variável fase etária relativamente às dimensões do bem-estar, verificou-se ausência de diferenças significativas, o que permitiu concluir que as mesmas não têm um peso significativo, na diferenciação dos grupos. No entanto, é possível observar que para o grupo de 17 anos de idade as dimensões que se revelam mais responsáveis pela diferenciação são o crescimento pessoal e as relações

positivas e conseqüentemente, bem-estar psicológico global, quando confrontados com as restantes idades (embora essa diferença não alcance um significado estatístico convencional).

2.2 Discussão dos Resultados

Após a descrição dos resultados, segue-se a sua discussão e apreciação crítica, integrando os dados obtidos com o conhecimento científico encontrado na revisão da literatura. A discussão de resultados dos testes de hipóteses, será feita pela ordem de apresentação dos mesmos, seguindo por fim a discussão dos resultados nas análises exploratórias.

2.2.1 Discussão dos Testes de hipóteses

Na **Hipótese 1** esperava-se que a autoestima fosse o melhor preditor de altos níveis de bem-estar psicológico no adolescente. De acordo com o previsto, os resultados da autoestima mostraram contribuir significativamente para prever os resultados do bem-estar psicológico, associando-se níveis mais elevados de autoestima a níveis mais elevados de bem-estar psicológico nos adolescentes. Estes resultados vão de encontro à evidência empírica que revela que a autoestima está associada, quer a resultados negativos como a ansiedade, a depressão e a agressão, quer a indicadores de funcionamento positivo (Mruk, 2006, cit in Freire & Tavares, 2011). Ainda segundo o estudo de Hewitt (2009), elevada autoestima nos adolescentes indica saúde mental, habilidades sociais e bem-estar enquanto a baixa autoestima está associada com humor negativo, percepção de incapacidade, delinquência, depressão, ansiedade social (Heatherton & Wyland, 2003), transtornos alimentares e ideação suicida (McGee & Williams, 2000).

No presente estudo também foi verificado que a autoestima está relacionada positivamente com todas as dimensões do bem-estar psicológico, sendo a dimensão “Aceitação de si” a que mais influência exerce sobre o bem-estar psicológico do adolescente. Os resultados do presente estudos vão igualmente de encontro com o modelo proposto por Ryff (1989a, 1989b) que incluiu uma dimensão “Aceitação de si” que ostenta um elevado grau de semelhança teórico-conceitual com o constructo autoestima. Quando se atende às restantes dimensões do bem-estar, Fernandes (2007) no seu estudo também denotou que as inter-correlações entre a autoestima e as subescalas de EBEP tendem a ser inferiores para as dimensões “Autonomia”, “Crescimento pessoal” e “Relações positivas” ($r \leq 0.34$), que usualmente são características basilares da conceção eudaimónica do funcionamento psicológico e saúde mental (Novo, 2003; Waterman, 1993), sendo esta vertente

frequentemente negligenciada e descurada na compreensão do bem-estar durante a adolescência.

Quanto aos resultados da regressão linear, obtidos no presente estudo, estes demonstram-se significativos, na medida em que a variação explicada é grande, apontando para valores de bem-estar psicológico de acordo com o esperado, isto é, níveis elevados de autoestima a predizerem melhor o bem-estar psicológico. Estes resultados estão de acordo com os estudos de Myers e Diener (1995), em que a autoestima foi identificada como uma das características mais associadas aos indivíduos mais felizes, e é muitas vezes vista como a medida individual mais importante do bem-estar psicológico e tem sido identificada como uma variável de grande potencial para refletir os benefícios psicológicos resultantes de vários fatores comportamentais. Também se verifica no estudo de Fernandes (2007) que a autoestima foi aquela que evidenciou maiores coeficientes de correlação com as diversas dimensões do bem-estar, bem como, superior capacidade preditora em relação à sua medida global ($\beta=0.514$). Foram igualmente encontrados resultados equivalentes no estudo realizado por Freire e Tavares (2011), em que constataram que a autoestima prediz 14% da variância dos níveis de felicidade nos adolescentes, o que evidencia ser o melhor preditor do bem-estar psicológico em comparação com as variáveis regulação emocional e género.

Posto isto, os resultados encontrados no presente estudo vão de encontro aos diversos estudos do mesmo âmbito, confirmando assim a nossa hipótese.

Atendendo ao enunciado da **Hipótese 2**, previa-se que os adolescentes com mais competências emocionais registassem maiores níveis de bem-estar psicológico. Assim na associação entre as competências emocionais e o bem-estar psicológico do adolescente, verificou-se uma associação positiva entre as variáveis, confirmando assim a hipótese. Isto é, quanto mais o adolescente é dotado de competências ao nível emocional, melhor é o seu nível de bem-estar psicológico global. Tais resultados são igualmente comprovados por vários estudos e autores que defendem que existe uma relação positiva e significativa entre as competências emocionais e sociais e o bem-estar (e.g. Campbell, Converse & Rodgers, 1976, cit in Argyle & Lu, 1990; Diener & Fujita, 1995). Da mesma forma, o estudo de Brasil, Alves, Amparo e Frajorge (2006) reforça os presentes resultados, quando defende que é na adolescência que ocorre um desenvolvimento emocional, cujos dados indicam que o suporte emocional percebido pelos adolescentes tem um grande impacto no bem-estar, traduzindo-se enquanto preditor do seu ajustamento psicológico.

Em termos mais específicos, das dimensões das competências emocionais, quanto mais elevada é a percepção emocional, a expressão emocional e a capacidade para lidar com a emoção por parte do adolescente, maior é o seu nível de bem-estar psicológico. Para além disto, verificou-se no presente estudo que o domínio “capacidade para lidar com a emoção” é o mais estatisticamente relacionado com maiores níveis de bem-estar psicológico, reforçando os resultados do estudo de Santos e Faria (2001) que obtiveram a pontuação mais alta na dimensão CL (capacidade de lidar com as emoções), com uma média de 72.9.

Os problemas de bem-estar e saúde estão muitas vezes associados a dificuldades em tomar decisões, problemas de comunicação e défices de competências sociais e emocionais, o que pode afetar o comportamento preventivo (Jenkins et al., 2000; Segrin, 2000). Deste modo, a aquisição das competências emocionais e sociais permitem ao adolescente obter o sucesso nas interações com os outros e aumentar o sentido de autoeficácia e de autoestima, essenciais ao desenvolvimento saudável e níveis de bem-estar satisfatórios (Diener & Fujita, 1995; Matos, 1998; Silva, 2004). Os dados do presente estudo vão de encontro à literatura, e indicam o reconhecimento unânime do impacto que as competências emocionais têm na saúde e por inerência no bem-estar dos sujeitos. Deste modo, podemos concluir que se torna fundamental procurar técnicas e estratégias de educação emocional para a promoção do bem-estar psicológico do adolescente.

A **hipótese 3**, diz respeito à influência dos comportamentos de saúde sobre o bem-estar psicológico do adolescente, tendo-se previsto que a adoção de comportamentos de saúde por parte dos adolescentes seja indicador de melhores níveis do seu bem-estar psicológico. No presente estudo, verifica-se que a prevalência da adoção desses comportamentos influencia positivamente o bem-estar psicológico do adolescente, no entanto essa influencia é estatisticamente pouco significativa. Estes dados são consistentes com os obtidos por Nutbeam et al. (1993), que consideram que a percepção que os adolescentes têm do seu bem-estar psicológico está relacionada com a possibilidade de estes integrarem comportamentos de saúde no seu estilo de vida.

A literatura científica aponta para uma correlação positiva entre o bem-estar psicológico e a prática de exercício físico (Scully et al., 1998). Tal evidência foi igualmente verificada no presente estudo, em que a dimensão “exercício” foi a única que apresentou a existência de uma associação positiva com o bem-estar no adolescente. Do mesmo modo, no estudo de Silva et al. (2007) esta relação também se verificou: os resultados revelaram que entre as variáveis relacionadas com os comportamentos de saúde dos adolescentes, o

sedentarismo apresenta uma associação com pontuações mais baixas de bem-estar psicológico.

Ainda segundo os mesmos autores, o tabagismo e a ingestão ou abuso de bebidas alcoólicas ostentam uma relação negativa com o bem-estar psicológico do adolescente. Comparativamente a estes resultados, verificaram-se semelhanças no estudo de Matos, Simões, Carvalhosa, Reis e Canha (2000), em que os adolescentes que fumam e consomem bebidas alcoólicas afirmam-se menos felizes e com maior frequência de sintomas de mal-estar físico e psicológico do que aqueles que não fumam nem bebem.

No presente estudo não se verificou uma relação estaticamente significativa entre as variáveis dos comportamentos de saúde e o bem-estar psicológico. No entanto, os resultados levam a concluir que se os comportamentos em que os jovens se envolvem e as circunstâncias em que vivem têm impacto na sua saúde, então a mudança de comportamento pode ser um meio eficaz na melhoria do seu bem-estar psicológico (Bennett & Murphy, 1999).

Com a **Hipótese 4** pretendeu-se analisar a existência de diferenças significativas no bem-estar psicológico bem como nas outras variáveis psicológicas em estudo (autoestima, competências emocionais, comportamentos de saúde) em função do nível socioeconómico do adolescente. Dos resultados obtidos, e como já referido anteriormente, não foram encontradas diferenças significativas quer ao nível do bem-estar psicológico do adolescente em função do nível socioeconómico, quer ao nível da autoestima, das competências emocionais e dos comportamentos de saúde.

No que respeita ao bem-estar psicológico, estes resultados não estão de acordo com Huurre, Aro e Rahkonen (2003) que, no seu estudo sobre bem-estar psicológico e comportamento saudável em função do nível socioeconómico dos pais, constataram uma maior prevalência de bem-estar psicológico naqueles que se encontram num nível socioeconómico mais alto. Outro estudo semelhante é o apresentado por Silva et al. (2007) que constatou que duas variáveis socioeconómicas mostraram associação com menores níveis de bem-estar psicológico: baixo nível socioeconómico e baixa escolaridade dos pais.

Ao nível dos diferentes domínios da EBEP, no presente estudo, registaram-se apenas diferenças significativas ($Z=7.06$; $p=.03$) ao nível do domínio “Objetivos de vida” em função do estatuto socioeconómico. O mesmo foi corroborado pelo estudo de Fernandes (2007) que constatou a influência dos níveis socioeconómicos como correlato das dimensões “objetivos na vida” ($r=0.113$), “relações positivas” ($r=0.081$) e “aceitação de si” ($r=0.078$), ainda que a magnitude dessas associações não prediga, necessariamente, uma relação consubstancial e

implícita. Deste modo, considera-se que, urge como necessário um refinamento e alargamento da natureza multidimensional desta medida de avaliação, de forma a captar mais precisamente certas especificidades de influência sobre o bem-estar dos adolescentes (Holstein et al., 2004).

Ainda na literatura científica vários estudos evidenciam que um meio socioeconómico baixo aumenta as probabilidades do adolescente vivenciar um menor bem-estar (e.g. Adler, Boyce, Chesney, Cohen, Folkman, Kahn, & Syme, 1994). Um estudo de Adler e colaboradores (1994) vem demonstrar que alguns fatores ligados ao estatuto socioeconómico, nomeadamente os rendimentos, o nível educacional dos pais e as atividades de tempos livres irão influenciar o desenvolvimento do jovem, aumentam a exposição a determinadas situações e contextos, podendo ocorrer interação com modelos desajustados, maior ou menor acesso a determinados recursos pessoais e sociais, sendo que todos estes fatores e interações poderão influenciar de forma psicológica, emocional ou cognitiva o jovem, o que sem dúvida se irá repercutir no seu bem-estar.

Deste modo, a ausência de diferenças significativas encontradas na nossa amostra, pode dever-se às características das variáveis socioeconómicas adotadas para medir essa associação com o bem-estar psicológico, tendo-se escolhido o rendimento familiar. Assim, outros fatores devem ser investigados no que se refere à explicação do bem-estar psicológico, por exemplo, o nível de habilitação dos pais, profissão dos pais, clima cultural familiar e outras variáveis individuais (capacidade, motivação, etc.). Importa salientar, desde já, o facto de esta investigação ter sido realizada na única escola secundária do concelho da Trofa de cariz público, registando-se da população em estudo apenas 24 adolescentes com um nível socioeconómico baixo. Ainda é de referir que no que respeita aos apoios sociais, também só se registaram 27 adolescentes a usufruir desse subsídio de apoio, considerando que a média do nível socioeconómico é nível médio, podendo este facto ser também explicativo, pois a investigação tem mostrado que o facto de existirem baixos recursos económicos pode diminuir a possibilidade de satisfazer determinadas necessidades básicas dos jovens, levando a que muitas vezes as famílias sejam provenientes de zonas periféricas em risco de exclusão social, o que também poderá levar a uma alteração do bem-estar psicológico dos jovens (Klerman, 1993; Zavisca & Hount, 2005). No entanto, de acordo com a revisão da literatura, Diener (1984, cit in Freire & Tavares, 2011) verificou que as variáveis sociodemográficas não explicavam mais do que 15% da variância nos níveis de felicidade.

Quanto às restantes variáveis psicológicas e comportamentais, estas também não apresentam diferenças significativas em função dos diferentes níveis socioeconómicos. Os resultados obtidos para a autoestima vão de encontro ao estudo de Arbona e Power (2003),

que também não encontraram diferenças entre os níveis de autoestima em função do nível socioeconómico. Já outros estudos contrariam o exposto, defendendo que os níveis de autoestima geral dos adolescentes são significativamente superiores no nível socioeconómico baixo, em relação aos restantes (médio e elevado). Bem como, outros estudos que encontram níveis mais altos de autoestima nos estatutos socioeconómicos superiores (Pepi, Faria & Alesi, 2006).

Para a variável competências emocionais e tendo em conta o nível socioeconómico dos adolescentes, os resultados observados não se revelaram significativos. Tais dados não são consistentes com o estudo de Harrod e Scheer (2005), que mensuraram o nível de inteligência/competência emocional de 200 jovens com idades entre os 16 e 19 anos, de ambos os géneros, tendo como objetivo comparar as características demográficas – como idade, género, lar de procedência, níveis de educação e socioeconómico dos pais e localização da residência. Os investigadores concluíram que os níveis de competência/inteligência emocional estão positivamente relacionados com a educação dos pais, o nível socioeconómico e o lar de procedência, destacando que quanto maior o nível de educação e o nível socioeconómico dos pais, maior o nível de competência/inteligência emocional dos jovens.

Na literatura sobre as competências emocional, as fases de desenvolvimento da infância e adolescência também são apresentadas como as fases de aprendizagem emocional que determinam os hábitos, emoções básicas mais recorrentes ou competências ativadas ao longo de toda a vida subsequente (Goleman, 1995). Levando em consideração tais noções, fica clara a existência de um componente genético e de um componente ambiental no desenvolvimento emocional. O componente ambiental normalmente é representado pela família, pela escola e pelo contexto social em que os indivíduos estão inseridos. Assim, podemos concluir que, tendo em conta os dados da amostra em estudo, os fatores psicossociais, com particular relevo para as variáveis ligadas à família, à escola e aos colegas são identificados como fatores importantes no desenvolvimento de competências emocionais.

No que concerne aos comportamentos de saúde, também não se observaram diferenças significativas nos diferentes níveis socioeconómicos. Estes resultados contrariam a literatura, em ciências sociais e humanas, que tem reportado consistentemente uma correlação positiva entre estatuto socioeconómico e comportamentos de saúde e saúde mental, independentemente do indicador de estatuto ser a educação, o rendimento ou a ocupação e independentemente do indicador de saúde mental (Cohen et al., 2006; Steptoe et al., 2007). Apesar de a associação entre estas variáveis ser clara, a direccionalidade ou causalidade permanece um tema controverso. Outro exemplo é o estudo de Farias Júnior, Nahas, Barros,

Loch, Oliveira, De Bem e Lopes (2009), que defendem que os adolescentes que pertenciam a famílias com maior rendimento familiar mensal apresentavam maior prevalência de baixo consumo de frutas/ verduras, já os que pertenciam a famílias com menor rendimento familiar mensal apresentavam maior prevalência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas, consumo de drogas ilícitas e envolvimento em brigas. Outros estudos indicam o contrário (Santos, 2011), referindo que são os alunos de níveis socioeconômicos mais elevados que consomem álcool mais frequentemente e que têm mais episódios de ingestão excessiva (Oksuz & Malhan, 2005; Wicki et al., 2010). Tal poderá dever-se ao maior poder de compra destes alunos em comparação com aqueles vindos de camadas mais desfavorecidas. No entanto, é de referir que os estudos são ambíguos neste domínio.

A **Hipótese 5** diz respeito às diferenças significativas nas variáveis psicológicas (autoestima, competências emocionais, comportamentos de saúde, bem-estar psicológico) em função do sexo do adolescente. Dividindo o grupo dos adolescentes em função do sexo e através da comparação entre esses dois grupos, procurou-se essencialmente perceber se existiam diferenças ao nível do bem-estar psicológico do adolescente, bem como ao nível das outras variáveis psicológicas em análise no presente estudo, nomeadamente a autoestima, as competências emocionais e os comportamentos de saúde. Os dados obtidos demonstraram existirem diferenças significativas apenas ao nível da autoestima e dos comportamentos de saúde, sendo que para o bem-estar psicológico e para as competências emocionais não se observaram diferenças significativas entre os adolescentes do sexo masculino e feminino.

No que respeita aos resultados sobre a autoestima, estes suportam a maioria dos estudos apresentados na literatura científica que apontam para um nível de autoestima geral mais elevado nos adolescentes do sexo masculino, comparativamente com os adolescentes do sexo feminino (Ang, 2006; Plunkett *et al.*, 2007). Encontra-se, frequentemente, um efeito de interferência da insatisfação com a imagem corporal e o peso (Griffiths, Beumont, Giannakopoulos, Russell, Schotte, Thornton, Touyz & Varano, 1999) e a diferença tende a acentuar-se com a entrada na idade adulta (Kling, Hyde, Showers & Buswell, 1999).

Ao nível dos comportamentos de saúde, também se verificaram diferenças de género significativas, sendo que o sexo feminino adota mais comportamentos de saúde comparativamente ao sexo masculino. Os resultados da presente amostra vão no sentido da literatura, em que na grande maioria dos casos o adolescente do sexo masculino apresenta menor prevalência dos comportamentos de saúde. Vários estudos demonstram que esta diferença é devido ao facto das mulheres participam menos ativamente em atividades de

grande risco, como, por exemplo, quando ingerem bebida alcoólica, geralmente não conduzem. Ainda de acordo com o estudo de Carlini-Cotrim, Gazal-Carvalho e Gouveia os estudantes do sexo masculino apresentam maior prevalência de comportamentos de risco. Em alguns casos, como no uso habitual de cigarros, não-utilização de preservativos ou uso de inalantes, encontrou-se igual proporção para os dois sexos. No entanto, os estudantes do sexo feminino apresentaram mais frequentemente tentativas de suicídio e uso de estratégias não saudáveis de controlo de peso.

No que respeita às diferentes dimensões da escala QCS, na presente amostra verificou-se que a dimensão “exercício” é a única em que o sexo masculino apresenta melhores comportamentos de saúde. No entanto, nas dimensões “Adição” e “Prevenção” não se verificaram diferenças significativas. Estes dados são explicados através do estudo de Farias Júnior, Nahas, Barros, Loch, Oliveira, De Bem e Lopes (2009), que revela de igual modo os resultados da presente amostra quando verificam que os adolescentes do sexo masculino apresentam maior prevalência de baixo consumo de frutas/verduras, consumo abusivo de bebidas alcoólicas, consumo de drogas ilícitas e envolvimento em brigas. As jovens do sexo feminino, por sua vez, apresentam maior prevalência de níveis insuficientes de atividade física e comportamento sexual de risco (não utilizar preservativos regularmente nas relações sexuais). Já o tabagismo não apresentou diferenças significativas entre os sexos.

Ao nível das competências emocionais, e tendo em conta a distribuição da amostra em função da comparação por sexo, observou-se que não existem diferenças entre os sexos, pelo que não foram corroborados os estudos quer de Fernandez-Berrocal, Ramos e Extremera (2001), quer o estudo de Veiga-Branco (2004a). Já a revisão literária mostra que são em maior número os adolescentes do sexo feminino que registam valores de competências emocionais acima do moderado, quando comparados com os do sexo masculino. Embora, essa diferença não seja significativa, pelo que, também este resultado já tinha sido encontrado por Mayer e colaboradores (1999) e por Morand (1999), corroborados posteriormente por Fernandez-Berrocal, Ramos e Extremera (2001). Ainda contrariando os resultados da presente investigação, surgem diversos autores (Queroz & Neri, 2005, Petrides, Furnham & Martin, 2004, Sutarso, 1999, Charbonneau & Nicol, 2002, cit in Bueno, Santana, Zerbini & Ramalho, 2006; Mayer, Salovey & Caruso, 2002), que constataram que a competência/inteligência emocional varia em função do sexo, sendo que as mulheres apresentam maiores níveis de competência/inteligência emocional do que os homens. No que concerne às diversas dimensões de competência emocional verificam-se diferenças significativas ao nível do género nas dimensões EE e PE (Vale, 2009). Estes dados podem ser explicados pelas

alterações emergentes do ponto de vista demográfico, em que a dominância do gênero no ensino superior deixou de ser o sexo masculino, prevalecendo uma atitude emocional diferente perante a aprendizagem (Antao & Veiga Branco, 2012). A questão do gênero veio sendo estudada, de forma mais ou menos evidente. Num estudo de Fernandez-Berroca, Ramos e Extremera (2001), sobre inteligência emocional, as mulheres obtiveram níveis mais elevados relativamente ao perfil de competência emocional global, de percepção de emoções, compreensão e gestão emocional, o que segundo estes autores - e corroborando já estudos antecedentes (Mayer et al., 1999; Morand, 1999), comprovou que as mulheres são melhores que os homens na percepção das emoções.

No que se refere à variação do bem-estar psicológico em função do sexo, verificou-se que esta também não varia ao nível dos adolescentes entre o sexo feminino e o sexo masculino. Os resultados do presente estudo, vão de encontro ao estudo de Ferraz, Tavares e Zilberman (2007) que mostram que a variável sexo contribui menos de 1% para a variação dos índices de felicidade. De igual forma, o estudo de Freire e Tavares (2011) corrobora estes resultados, constatando que a contribuição do gênero na variação dos níveis de bem-estar psicológico é reduzida, não explicando mais de 3%. Estes resultados podem ser atribuídos à fase da adolescência, fase de vida em que as modificações somatóticas e as exigências socioculturais atuam de forma mais entoadada e destacada. Assim, enquanto o sexo feminino percebe um conjunto de mudanças biológicas discordantes dos ideais socioculturais (Davison & McCabe, 2006; Hausenblas & Downs, 2001), os rapazes, por sua vez, experienciam alterações físicas mais ajustadas às exigências e estereótipos socioculturais, tais como o aumento da estatura e musculatura corporal (Asci, 1997; Papalia et al., 2004; Ricciardelli & McCabe, 2003; Sprinthall & Collins, 2003).

Esta ausência de equivalência entre sexos suporta a tendência para a demonstração de certas especificidades na determinação do bem-estar, pelo que verificam-se diferenças consistentes, no sentido da superioridade das raparigas na escala “autonomia” e para os rapazes na escala “aceitação de si”. O mesmo foi corroborado no estudo de Fernandes (2007) em que se verificou valores superiores no sexo feminino nas escalas “crescimento pessoal” e “relações positivas”, enquanto o oposto acontece para a escala “aceitação de si”, em comparação com os rapazes. A última dimensão mencionada – aceitação de si – é considerada de modo decorrente, como um aspeto fulcral do funcionamento psicológico positivo, traduzido na atitude de aceitação dos múltiplos aspetos do *self* e das qualidades pessoais negativas ou positivas (Novo, 2003; Ryff, 1989a). Na presente amostra, o valor médio superior reportado por parte do sexo masculino sugere que estes adolescentes tendem a

consolidar de modo mais ótimo as suas auto percepções no decorrer da avaliação e possível aceitação dos seus múltiplos aspetos inerentes à conceção do eu, quer ao nível diferencial (características boas/positivas ou más/negativas), quer ao nível temporal (passado/presente/futuro). Este resultado obtido é concordante com outro idêntico verificado no estudo de Moreira (2001), em jovens universitários viseenses, embora este último tenha apresentado um resultado significativo ($F(1,600)=3.54, p=0.061$). Numa primeira análise, a situação verificada para a dimensão aceitação de si, reflete, em parte e em nosso entender, as exigências socioculturais às quais as raparigas estão mais propensas e que se centralizam primordialmente na aparência corporal durante a adolescência (e.g., Barker & Galambos, 2003; Benjet & Hernández-Guzmán, 2002; Papalia et al., 2004; Tiggemann, 2001b).

2.2.2 Discussão das Análises Exploratórias

Nas análises exploratórias foram analisados os efeitos da idade do adolescente no bem-estar psicológico. Os dados indicam que não existem diferenças significativas entre nos níveis do bem-estar psicológico e a idade dos adolescentes, mas observa-se que os níveis de bem-estar psicológico são superiores nos adolescentes com idade de 17 anos em comparação com as restantes idades. Verificou-se uma certa tendência evolutiva do bem-estar psicológico ao longo que a idade do adolescente avança, entre os 15 e os 17 anos, sendo que a partir desse período há um decréscimo nos níveis de bem-estar psicológico do adolescente. Tais resultados vão de encontro aos dados obtidos por Bizarro (1999), que verificou uma tendência de o bem-estar diminuir com a idade. Todavia, salientamos que a comparação destas duas investigações não pode ser efetuada ao mesmo nível, dadas as diferenças metodológicas prevaletes. Deste modo, a relação entre a idade e o bem-estar psicológico durante a adolescência não se expressa, integralmente, através de um padrão linear, mas sim, através de períodos alternados de menor e maior bem-estar, à medida que a idade dos adolescentes avança.

Já o estudo de Fernandes (2007), verificou a existência de diferenças significativas entre a idade e o bem-estar psicológico e aquando da comparação entre grupos de adolescente entre os 12 e os 17 anos, o bem-estar revela-se com resultados superiores no último grupo. No entanto, o padrão que se verifica, não obstante uma certa tendência incremental, indicia uma evolução não uniforme, apresentando-se períodos alternados de menor e maior bem-estar psicológico, à medida que a idade dos adolescentes avança.

3. Conclusões e Implicações Futuras

3.1 Limitações do Estudo

Os resultados obtidos, no presente estudo, embora concedam informações valiosas sobre o bem-estar psicológico do adolescente, possuem algumas limitações. Neste sentido, destaca-se o facto da amostra ter sido recolhida somente numa única escola na zona norte do país, não podendo ser representativa e generalizada a toda a população de estudantes do ensino secundário portugueses. Assim, no desenvolvimento de estudos empíricos futuros, sugere-se a recolha de uma amostra que possa ser exemplificativa da comunidade adolescente portuguesa.

A transversalidade do estudo é também uma limitação e obriga a uma leitura cuidadosa dos resultados, alertando para a importância de realização de estudos do tipo longitudinal, de forma a poder seguir a evolução dos resultados ao longo da fase do ciclo de vida designada como controversa que é a adolescência.

Ao nível das limitações metodológicas de alguns instrumentos, o baixo valor de Alfa Cronbach da dimensão “*Proteção*” do Questionário de Comportamentos de Saúde impediu a sua utilização. Houve também a necessidade de eliminação de itens na subescala “*Repouso*” (Questionário de Comportamentos de Saúde - QCS) e na subescala “*domínio do meio*” (Escala de Bem-Estar Psicológico – EBEP).

Todos estes fatores poderão ter contribuído, para algum enviesamentos dos dados, não se conseguindo corroborar algumas das hipóteses.

3.2 Conclusão e implicações futuras

A presente investigação procurou compreender as relações entre o bem-estar psicológico dos adolescentes e as variáveis psicológicas – autoestima e competências emocionais e a variável comportamental – comportamentos de saúde. Apesar do seu carácter exploratório, este estudo contribuiu para dar mais um passo no sentido de compreender as questões relacionadas com o bem-estar psicológico, em adolescente entre os 15 e os 19 anos de idade.

De acordo com o referido até então, é com a Psicologia Positiva que surge a perspetiva de promover o que de mais positivo existe na vida humana, atribuindo particular importância às variáveis positivas do comportamento humano, tais como o bem-estar (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). É nesta perspetiva que a presente investigação visou o estudo da

dinâmica psicológica do bem-estar, tendo procurado estudar este construto sob a percepção que os adolescentes têm sobre a sua qualidade de vida e bem-estar psicológico. Para além de serem escassos os estudos nesta faixa etária, por sua vez a adolescência é uma fase do ciclo vital repleta de intrincados processos de maturação, físicos, cognitivos e psicossociais, os quais se repercutem no bem-estar psicológico do adolescente. Deste modo, a conjugação de variáveis psicológicas pode influenciar quer o desenvolvimento da vulnerabilidade do adolescente para a manifestação de mal-estar ou até mesmo de psicopatologia, quer a sua interação com o meio.

Os dados deste estudo revelam que os adolescentes reportaram níveis elevados de bem-estar psicológico, pelo que esse padrão tendeu a refletir uma certa propensão nos adolescentes com 17 anos de idade. De todas as dimensões que constituem o bem-estar psicológico, destaca-se a dimensão “Crescimento pessoal” como sendo aquela que maior influência exerce sobre os níveis de bem-estar psicológico.

Quando efetuadas as análises comparativas do conjunto de variáveis em estudo (autoestima, competências emocionais e comportamentos de saúde) sobre os valores da escala de bem-estar psicológico e sua medida global, denotou-se que todas as variáveis exercem uma influência positiva sobre o bem-estar psicológico do adolescente. É de salientar que a variável autoestima é a característica mais associada e preditiva do bem-estar psicológico, exercendo um efeito diferenciatório significativo em muitas das facetas do funcionamento psicológico positivo do adolescente. Conclui-se assim que, de acordo com o previsto e o formulado, níveis mais elevados de autoestima associam-se a níveis mais elevados de bem-estar psicológico. De entre as variáveis analisadas, seguem-se as competências emocionais como também repercutor do bem-estar psicológico, tendo-se comprovado que os adolescentes que possuem boas competências emocionais apresentam maior bem-estar psicológico. Estes resultados corroboram a revisão literária que defende que as competências emocionais estão associadas a diferentes contextos do desenvolvimento do jovem, sendo que estas favorecem o comportamento adaptativo e eficaz (Lima, Santos & Faria, 2005), bem como o bem-estar psicológico. No que se refere à variável comportamental – comportamentos de saúde – os resultados da amostra em estudo mostraram que esta variável também influencia o bem-estar psicológico do adolescente, mas de forma pouco significativa. Conclui-se, assim, que de todas as variáveis em estudo os comportamentos de saúde são a variável que menor preponderância exerce no bem-estar psicológico.

No que concerne à variável socioeconómica e a sua influência nas variáveis em estudo, não se verificaram diferenças significativas quer ao nível do bem-estar psicológico do

adolescente, quer ao nível da autoestima, das competências emocionais e dos comportamentos de saúde. Deste modo, a hipótese não se confirmou, sendo os resultados obtidos não conclusivos no que se refere à influência do nível socioeconómico dos adolescentes.

Ainda, ao nível das diferenças dos níveis de bem-estar psicológico e das restantes variáveis em estudo, em função das variáveis sociodemográficas, nomeadamente o sexo e o nível socioeconómico, nem todas as formulações de hipótese foram confirmadas. Verificou-se existir diferenças significativas apenas ao nível da autoestima e dos comportamentos de saúde, sendo que para o bem-estar psicológico e para as competências emocionais não se observaram diferenças significativas entre os adolescentes do sexo masculino e feminino. Os dados obtidos apontaram para um nível de autoestima geral mais elevado nos adolescentes do sexo masculino comparativamente com os adolescentes do sexo feminino. Já no que se refere aos comportamentos de saúde, observou-se que o sexo feminino adota mais comportamentos de saúde do que os adolescentes do sexo masculino.

Em síntese, e na sua globalidade, os resultados são concordantes com as interpretações feitas pelos diversos autores e com as conclusões obtidas em estudos anteriores. No seu conjunto reforçam a noção da importância das variáveis psicológicas e comportamentais no bem-estar psicológico do adolescente, e em contra partida indicam que, as variáveis sociodemográficas não explicam de forma significativa os níveis de bem-estar psicológico. Deste modo, na perspetiva da saúde pública, os dados aqui apresentados podem contribuir para subsidiar o desenvolvimento de programas de promoção da saúde no ambiente escolar e clínico, principalmente no que diz respeito aos jovens com maior vulnerabilidade psicológica.

Assim, considera-se essencial o desenvolvimento de programas de promoção da saúde com foco nos recursos pessoais e psicológicos de forma a promover competências psicossociais e emocionais protetoras e promotoras do bem-estar psicológico no adolescente. Considera-se ainda que futuros estudos deverão procurar investigar a influência destas variáveis em populações clínicas.

Deve-se também sublinhar a importância do desenvolvimento de intervenções dirigidas ao aumento da autoestima, porque é esta a característica central na promoção do bem-estar psicológico dos adolescentes, assumindo-se como elemento fundamental numa intervenção clínica positiva e preventiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aaron, D., Storti, K., Robertson, R., Kriska, A. & LaPorte, R. (2002). Longitudinal study of the number and choice of leisure time physical activities from mid to late adolescence: implications for school curricula and community recreation programs. *Archives Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156 (11), 1075-1080.
- Abe, J. A. & Izard, C. E. (1999). A longitudinal study of emotion expression and personality development. *Journal of personality and social psychology*, 77, 3, 566-577.
- Adler, N.E., Boyce, T., Chesney, A., Cohen, S., Folkman, S., Kahn, R.L., et al., (1994). Socioeconomic status and health – The challenge of the gradient. *American Psychologist*, 49 (1), 15-24.
- Albieri, E., Ruini, C. & Fava, G. A. (2006). *The measurement of psychological well-being in adolescence*. Comunicação apresentada na 3ª Conferência Europeia de Psicologia Positiva, Universidade do Minho, Braga.
- Albuquerque, C. M. S. & Oliveira, C. P. F. (2002). Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança. *Millenium*, 25. Disponível em: www.ipv.pt/millenium/millenium25/25_27.htm.
- Albuquerque, L. & Lima, M. P. (2007). *Personalidade e bem-estar subjetivo: Uma abordagem com os projectos pessoais*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Allport, G. W. (1975). *Desenvolvimento da Personalidade: Considerações Básicas para uma Psicologia da Personalidade (3ª ed.)*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda.
- Allport, G. W. (1986). *La Personalidad: Su configuración y desarrollo*. Barcelona: Editorial Herder.
- Almeida, A. & Miguel, I. (2010). Representações Sociais da Adolescência. In A. C. Fonseca (Ed), *Crianças e adolescentes – Uma abordagem multidisciplinar* (pp. 197-222). Coimbra: Almedina.

- Amparo, D. M., Galvão, A. C. T., Alves, P. B., Brasil, K. T., & Koller, S. H. (2008). Adolescentes e jovens em situação de risco psicossocial: redes de apoio social e fatores pessoais de proteção. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 13 (2), 165-174.
- Andelman, R. B., Attkisson, C. C., Zima, B. T. & Rosenblatt, A. B. (1999). Quality of life of children: Toward conceptual clarity. In M. E., Maruish, *the use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment*, 1383-1414. London: LEA.
- Ang, R.P. (2006). Effects of parenting style on personal and social variables for Asian adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 4, 503-511.
- Ang, R., Neubronner, M., Oh, S., & Leong, V. (2006). Dimensionality of rosenberg's self-esteem scale among normal-technical stream students in Singapore. *Current Psychology*, 25(2), 120–131. <http://dx.doi.org/10.1007/s12144-006-1007-3>
- Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass.
- Arándiga A. V. & Tortosa, C. V. (2000). *Inteligencia Emocional: Aplicaciones Educativas*. Madrid: EOS.
- Araújo, L.S., Cruz, J. F. A. & Almeida, L. S. (2007). Excelência humana: Teorias explicativas e papel determinante do professor. *Psicologia, Educação e Cultura*, 11(2), 197-220.
- Arbona, C., & Power, T. G. (2003). Parental attachment, self-esteem, and antisocial behaviors among African American, European American, and Mexican American adolescents. *Journal of Counseling Psychology*, 50(1), 40-51.
- Argyle, M., & Lu, L. (1990a). Happiness and social skills. *Personality and Individual Differences*, 11, 1255–1261.
- Asci, F.H. (1997). Self-concept and body image of Turkish high school male athletes and nonathletes. *Adolescence*, 37 (146), 365-371.
- Arnete, J. J. (1999). Adolescent Storm and Stress, reconsidered. *American Psychologist*, 54, 317-326.
- Arteche, A. X. & Bandeira, D. R. (2003). Bem-estar subjectivo: Um estudo com adolescentes trabalhadores. *Psic. – USF*, 8 (2), 193-201.

- Avanci, J. Q., Assis, S. G., Santos, N. C. & Oliveira, R. V. (2007). Adaptação transcultural de escala de auto-estima para adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (3), 397-405.
- Barker, E.T. & Galambos, N.L. (2003). Body dissatisfaction of adolescent girls and boys: Risk and resource factors. *Journal of Early Adolescence*, 23 (2), 141-165.
- Bar-on, R. & Parker, J. D. A. (2002) — *Manual de Inteligência Emocional: Teoria e Aplicação em casa, na escola e no trabalho*. 1. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of Emotional – social Intelligence (ESI). *Psicothema*, 18, supl., 13-25.
- Barros, L. P., Gropo, L. N., Petribú, K. & Colares, V. (2008). Avaliação da qualidade de vida em adolescentes – revisão da literatura. *J Bras Psiquiatr*, 57(3), 212-217.
- Baumeister, R. F. (1994). Self-esteem. In V. S. Ramachandran (Ed) *Encyclopedia of Human Behavior*.(Vol. 4). San Diego: Academic Press, 83-87.
- Belloc, N. & Breslow, L. (1972). Relationship of physical health status and health practices. *Preventive Medicine*, 1, 409–421.
- Benjet, C. & Hernández-Guzmán, L. (2002). A short – term longitudinal study of pubertal change, gender, and psychological well-being of Mexican early adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31(6), 429-442.
- Bennett, P. & Murphy, S. (1999). *Psicologia e Promoção da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores. 1ª Edição.
- Bernardo, R. & Matos, M.G. (2003). Adaptação portuguesa do Physical Self-Perception Profile for Children and Youth e do Perceived Importance Profile for Children and Youth. *Análise Psicológica*, XXI (2), 127-144.
- Birren, J. E., Sloane, R. B. & Cohen, G. D. (1992). *Handbook of mental health and aging*. London: Academic Press.
- Bisquerra, R. & Cassá, E. L. (2003). *Educación emocional. Programa para 3-6 años*. Barcelona: Praxis.
- Bizarro, L. (1999). *O bem-estar psicológico durante a adolescência*. Tese de doutoramento inédita, Universidade de Lisboa, Departamento de Psicologia Clínica da Faculdade de Psicologia.

- Blascovich, J. & Tomaka, J. (1991). *Measures of self-esteem*. In J. P. Robinson, P. R. Shaver, & L. S. Wrightsman (Eds.), *Measures of personality and social psychological attitudes* (Vol. 1) (pp. 115-160). San Diego, CA: Academic Press.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol 2. Separation*. (Ed. 1998) London: Pimlico.
- Braconnier, A. & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Branden, N. (1994). *The six pillars of self-esteem*. New York: Bantam Books.
- Brasil, K. T., Alves, P. B., Amparo, D. M & Frajorge, K. C. (2006). Fatores de risco na adolescência: discutindo dados do DF. *Paidéia (Ribeirão Preto) vol.16, n.35*, pp. 377-384.
- Breinbauer, C. & Maddaleno, M. (2005). *Youth: Choices and change – Promoting healthy behaviours in adolescents*. Washington DC: Pan American Health Organization – WHO.
- Brener, N. D., Kann, L., Kinchen, S., Grunbaum, J., Whalen, L., Eaton, D. & Ross, J. (2004). Methodology of the Youth Risk Behavior Surveillance System. *MMWR*, 53 (No RR-12), 1-13.
- Brockner, J. (1983). Low self-esteem and behavioral plasticity: Some implications. In L. Wheeler & P. Shaver (Eds.), *Review of personality and social psychology* (pp. 237-271). Beverly Hills, CA: Sage.
- Bronfenbrenner, U. (1999). Environments in developmental perspective: theoretical and operational models. Friedman, S.L.; Wacks, T. D. (Orgs.) *Conceptualization and Assessment of Environment across the life span*, Washington D. C: American Psychological Association, p. 3-30.
- Brown, R. T. (2004). *Handbook of pediatric psychology in school*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Publishers.
- Bru, E., Murberg, T. & Stephens, P. (2001). Social Support, Negative Life Events and pupil misbehaviour among young Norwegian adolescents, *Journal of Adolescence*, 24, 715-727.
- Brunstein, J.C. (1993). Personal goals and subjective well-being: A longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65 (5), 1061–1070.

- Bueno, J., Santana, P., Zerbini, J., & Ramalho, T. (2006). Inteligência emocional em jovens universitários. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22 (3), 305-316.
- Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 5, nº 1, p. 163-177. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232000000100014&script=sci_arttext. Acesso em: 7 fev 2012.
- Cameron, J.L. (2004). Interrelationships between hormones, behaviour, and affect during adolescence. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021, 134–142.
- Campbell, A. (1990). *The sense of well-being in America: Recent patterns and trends*. New-York: McGraw-Hill.
- Campbell, Angus, Philip E. Converse, and Willard L. Rodgers. 1976. *The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations, and Satisfaction*. New York: Russell Sage Foundation.
- Carlini-Cotrim, B., Gazal-Carvalho, C. & Gouveia, N. (2000). Comportamentos de risco entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do estado de São Paulo. *Revista Saúde Pública*, 34(6),636–45.
- Carmines, E. G. & Zeller, R. A. (1979). *Reliability and validity assessment*. Londres: Sage.
- Carstensen, L.L. (1995). Evidence for a life-span theory of socio-emotional selectivity. *Current Directions in Psychological Science*, 4 (5), 151-155.
- Carstensen, L.L., & Turk-Charles, S. (1994). The salience of emotion across the adult life-span. *Psychology and Aging*, 9 (2), 259-264.
- Carvalho, J. (1990). Comportamentos desviantes. In B. P. Campos (Ed.). *Psicologia do Desenvolvimento e Educação de Jovens* (pp. 214-249). Lisboa: Universidade Aberta.
- Carvalho, M., Martins, E., Neves, L. & Soares, I. (2009). Vinculação e emoções. In I. Soares (Coord.), *Relações de Vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e Avaliação*. (pp.159-191). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Casas, F. (1998). Calidad de vida y participación social de la infância: Entre las nuevas culturas y los médios de comunicacion social. In *Infancia. Perspectivas Sociales*. Barcelona: Paidós.

- Casas, F. (2010). El bienestar personal. Su investigación en la infancia y la adolescência. *Encuentros em Psicologia Social*, 5 (1), 58-101.
- Casas, F., Buxarrais, M.R., Figuer, C., González, M., Rodriguez, J.M., Tey, A., et al (2005). Values and their influence in the life satisfaction of adolescents aged 12 to 16: a study of some correlates. *Psychol Spain*, 9(1), 21-3.
- Casullo, M. M. & Solano, A. C. (2000). Evaluación del bienestar psicológico en estudiantes adolescentes argentinos. *Revista de psicologia de la Pontificia Universidad católica de Perú*, 18 (1), 36-68.
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (1997). Youth risk behavior surveillance: National College Health Risk Behavior Survey – United States 1995. *Surveillance Summaries*, 46 (SS-6), 1-54.
- Charbonneau, D., and Nicol, A. A. M. (2002). Emotional intelligence and leadership in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 33, 1101-1113.
- Cherniss, C. (2004). Intelligence, Emotional. In C. Spielberger (Ed.), *Encyclopedia of Applied Psychology* (Vol. 2, pp. 315-321). Oxford, UK: Elsevier.
- Cherniss, C., & Goleman, D. (Eds.) (2001). *The emotionally intelligent workplace*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Chiu, L. H. (1988). Measures of self-esteem for school-age children. *Journal of Counseling and Development*, 66, 298-301.
- Cicchetti, D. & Cohen, D. (1995). Perspectives on developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.) *Developmental Psychopathology. Vol.1 Theory and methods*. (pp.3-20). New York: John Wiley & Sons.
- Claes, M. (1990). *Os problemas da adolescência*. Lisboa: Editora Verbo.
- Cobêro, C., Primi, R., & Monalisa, M. (2006). Inteligência emocional e desempenho no trabalho: Um estudo com MSCEIT, BPR5 e 16PF. *Paidéia*, 16 (35), 337-348.
- Cohen, S., Doyle, W., & Baum, A. (2006). Socioeconomic status is associated with stress hormones. *Psychosomatic Medicine*, 68, 414-420.

- Compas, B. E., Connor, J., & Wadsworth, M. (1997). Prevention of depression. In R. P. Weissberg, T. P. Gullotta, R. L. Hampton, B. A. Ryan, & G. R. Adams (Ed.), *Enhancing children's wellness* (pp.129-174). London: Sage Publications.
- Connell, J. P., Spencer, M. B. & Aber, J. L. (1994). Educational risk and resilience in African-American youth: Context, self, action, and outcomes in school. *Child Development*, 65, 494–506.
- Conner, M. & Norman, P. (Eds.). (1998). *Predicting health behavior: research and practice with social cognition models*. Buckingham: Open University Press.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: Freeman.
- Cordeiro, M. (1997). *Dos 10 aos 15 – Adolescentes e adolescência* (2º Volume). Lisboa: Quatro Margens Editora.
- Corsano, P., Majorano, M. & Champretavy, L. (2006). Psychological well-being in adolescence: the contribution of interpersonal relations and experience of being alone. *Adolescence*, 162 (41), 341-353.
- Costa, M. (2008). *A inteligência emocional no contexto de enfermagem: Estudo exploratório com o Emotional Skills and Competence Questionnaire (ESCQ)*. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal.
- Costa, M. & Faria, L. (2009). *A inteligência emocional no contexto de enfermagem: Estudo exploratório com o Questionário de Competência Emocional (QCE)*. In B. Silva, A. Almeida, A. Barca & M. Peralbo (Orgs.), *Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia* (pp.4467-4475). Braga: Universidade do Minho.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R. & Dias, P. (2010). Versão portuguesa da escala de dificuldades de regulação emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. *Rev Psiq Clín.*, 37(2), 145-51.
- Currie, C. (2000). The international HBSC study: rationale, history and description. In C. Currie, K. Hurrekmenn, W. Settertobulte, R. Smith, & J. Todd (Eds.), *Health and health behaviour among young people: HBSC, a WHO cross national survey, International report*. Copenhagen: WHO.

- Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R., & Todd, J. (2000). *Health and health behaviour among young people*. HEPCA series: WHO.
- Currie, C., Samdal, O., Boyce, W. & Smith, R. (2001). *HBSC, a WHO cross national study: research protocol for the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO.
- Damáσιο, A. (1995). *O Erro de Descartes: Emoção, Razão e Cérebro Humano*. Sintra: Publicações Europa-América.
- Darling, N. & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113, 487-496.
- Darwin, C. R. (1965). *The expression of the emotions in man and animals*. Chicago: University of Chicago Press (Trabalho original publicado em 1872).
- Davidson, T. E., & McCabe, M.P. (2006). Adolescent body image and psychosocial functioning. *The Journal of Social Psychology*, 146, 15-30.
- Debesse, M. (1965). *A adolescência* (3ª Ed.). Lisboa: Publicações Europa – América.
- 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.
- Deci, E., & Ryan, R. (2008). Hedonic, eudaimonic, and well-being: an introduction. *Journal of Happiness Studies*, 9 (1), 1-11.
- Delaroche, P. (2006). *A adolescência: desafios clínicos e terapêuticos* (1ª. Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Delle Fave, A., Brdar, I., Freire, T., Vella-Brodrick, D. & Wissing, M.P., (2011). The eudaimonic and hedonic components of happiness: qualitative and quantitative findings. *Soc Indic Res*, 100, 185-207.
- Dias, C., Cruz, J. & Danish, S. (2001). O desporto como contexto para aprendizagem e ensino de competências de vida: programas de intervenção para crianças e adolescentes. *Análise Psicológica*, 1 (XI), 157-170.
- DiClemente, R., Hansen, W., & Ponton, L. (Eds.).(1996). *Handbook of adolescent health risk behavior*. New York: Plenum Press.

- Diener, E. & Biswas-Diener, R. (2000). New directions in subjective well-being research: the cutting edge. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 27, 21-33.
- Diener, E. & Diener, M. (1996). Most People are happy. *Psychological Science*, 7 (3), 181-185.
- Diener, E. & Oishi, S. (2005). The Nonobvious Social Psychology of Happiness. *Psychological Inquiry*, 16(4), 162–167.
- Diener, E. & Ryan, C. (2009). Subjective well-being: a general overview. *South African Journal of Psychology*, 39 (4), 391-406.
- Diener, E. & Suh, E.M. (1999). National differences in subjective well-being. In D. Kahneman, E. Diener, N. Schwarz, *Hedonic psychology scientific perspectives on enjoyment, suffering, and well-being*. New York: Russel Sage.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychol Bull*, 95(3), 542-75.
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31, 103-157.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43.
- Diener, E. & Biswas-Diener, R. (2008). *Happiness: Unlocking the mysteries of psychological wealth*. Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Diener, E., & Fujita, F. (1995). Resources, Personal Strivings, and Subjective Well-Being: A Nomothetic and Idiographic Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 926-935.
- Diener, E., Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *J Pers Soc Psychol*, 68(4), 653-63.
- Diener, E., Lucas, R. & Oishi, S. (2002). Subjective well-being: the science of happiness and life satisfaction. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.). *Handbook of positive psychology* (pp.63-73). New York: Oxford University Press.
- Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E., & Smith, H.L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125 (2), 276-302.

- Dobson, C., Goudy, W., Keith, P.M., & Powers, E. (1979) 'Further Analysis of Rosenberg's Self-Esteem Scale' *Psychological Reports* 44, 639-641.
- Dryfoos, J. G. (1990). *Adolescents at risk – Prevalence and Prevention*. New York : Oxford University Press.
- Dryfoos, J. G. (1997). The prevalence of problem behaviors: Implications for programs. In R. P. Weissberg, T. P. Gullotta, R. L. Hampton, B. A. Ryan, & G. R. Adams (Ed.), *Enhancing children's wellness* (pp.17 – 46). London: Sage Publications.
- Dryfoos, J. G., & Barkin, C. (2006). *Adolescence: growing up in America today*. Oxford University Press: New York (pp. 272).
- Duclos, G., Laporte, D., & Ross, J. (2006). *A auto-estima dos adolescentes*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Dulmen, M. H. M., Goney, E. A., Haydon, K. C., & Collins, W. A. (2008). Distinctiveness of adolescent and emerging adulthood romantic relationship features in predicting emerging adulthood externalizing behavior problems. *Journal of Youth and Adolescence*, 37, 336 - 345.
- Dunn, J. & Brown, J. (1994). Affect expression in the family, children's understanding of emotions and their interactions with others. *Merrill-Palmer Quarterly*, 40(1) 120-137.
- Elias, M. J. (1991). In M. Colton, & S. Gore (Eds.), *Adolescent stress: Causes and consequences* (pp.261-279). Hawthorne, NY: Aldine de Gruyter.
- Erikson, E. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.
- Fabra, M. L. & Domenech, M. (2001). *Hablar e escuchar: Relatos de professoras y estudiantas*. Barcelona: Editora Paidós.
- Faria, L. & Lima Santos, N. (2006). Competência Emocional: Adaptação do “Emotional Skills and Competence Questionnaire” (ESCQ). In C. Machado, L. Almeida, M.A. Guisande, M. Gonçalves & V. Ramalho (Coords.), *Actas das XI Conferência Internacional e Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 349-356). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Faria, L., & Lima Santos, N. (2005). Adaptation of the Emocional Skills and Competence Questionnaire (ESCQ) to the Portuguese context. Comunicação no Simpósio “ Cross-cultural validation of Emotional Skills and Competence Questionnaire (ESCQ), Organizado por

Vladimir Taksic (Univ. of Rijeka/Croatia), no 9th European Congress of Psychology. Granada/Espanha.

Faria, L., Lima Santos, N., Taksic, V., Rati, H., Molander, B., Holmstrom, S., Jansson, J., Avsec, A., Extremera, N., Fernández-Berrocal, P. & Toyota, H. (2006). Cross-culture validation of the Emotional Skills and Competence Questionnaire (ESQ). *Psicologia*, 20(2), 95-127.

Farias Júnior, J.C., Nahas, M.V., Barros, M.V.G., Loch, M.R., Oliveira, E.S.A., De Bem, M.F.L., Lopes, A.S. (2009). Comportamentos de risco à saúde em adolescentes no Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Revista Panam Salud Publica*, 25(4), 344-52.

Fernandes, H. M. G. (2007). *O bem-estar psicológico em adolescentes, uma abordagem centrada no florescimento humano*. Dissertação de Doutorado. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Fernandez-Berrocal, P., Ramos, N. & Extremera, N. (2001). Inteligencia Emocional, Supresion Cronica de Pensamientos y Ajuste Psicológico. *Boletim de Psicologia*, 70, 79-95.

Fernández-Berrocal, P. & Ruiz, D. (2008). Emotional intelligence in education. *Electronic Journal of Research in Education Psychology*, 6 (2), 421-436. Retirado a 22 de Fevereiro de 2009, de http://www.investigacionpsicopedagogica.org/revista/articulos/15/english/Art_15_25_6.pdf.

Ferraz, R.B., Tavares, H. & Zilberman, M.L., (2007). Felicidade: uma revisão. *Rev Psiq Clín*, 34(5), 234-242.

Ferreira, J. F. (2007). Editorial. *Psicologia, Educação e Cultura*, 11(2), 193-195.

Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS: and sex and drugs and rock'n' rol* (3th ed.). Los Angeles: Sage Publications.

Fleming, J. S., & Courtney, B. E. (1984). The dimensionality of self-esteem: Some results for a college sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 404-421.

Fox, K. H. (1988). *The self-esteem complex and youth fitness*. *Quest*, 40:230-246.

Fox, K. H. (1999). Self-esteem and quality of live in exercise and sport. In Václav Hosek, Pavel Tilinger & Lubos Bílek (Eds) *Psychology of sport exercise: Enhancing the quality of*

life. Proceedings of the 10 th European Congress of Sport Psychology – Part 1. Prague: FEPSAC, 12-19.

Fox, K.R. & Corbin, C. (1989). Physical self-perception profile: Development and preliminary validation. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 11, 408-430.

Fredrickson, B. L. (2000) Cultivating positive emotions to optimize health and well-being. *Prevention & Treatment*, Vol.3. Disponível em <http://www.journals.apa.org/prevention/volume3/pre0030007r.html>, Retirado em 05/11/2002.

Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 3, 218- 226.

Fredrickson, B. L., Mancuso, R. A., Branigan, C., Tugade, M. M. (2000). The undoing effect of positive emotions. *Motivation and Emotion*, 24, 4, 237-258.

Freire, T. & Tavares, D. (2011). Influência da auto-estima, da regulação emocional e do género no bem-estar subjectivo e psicológico de adolescentes. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38 (5), 184-188.

Freire, T. (1998). A experiência de aborrecimento na adolescência: Consequências desenvolvimentais e sociais. In L. Almeida, M. J. Gomes, P. B. Albuquerque, & S. Caires (Eds.), *Actas do IV Congresso Galaico – Português de Psicopedagogia*. Braga: Instituto de Educação e Psicologia.

Freire, T. (1999). *Promover a saúde em adolescentes através do lazer*. Braga: Instituto de Educação e Psicologia.

Freire, T., & Soares, I. (2000). O impacto psico – social do envolvimento em actividades de lazer no processo de desenvolvimento adolescente. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 5 (1), 23 – 40.

Freire, T., Fonte, C., & Lima, I. (2007). As experiências ótimas na vida diária de adolescentes: Implicações para um desenvolvimento positivo. *Psicologia, Educação e Cultura*, 11 (2), 223-242.

Freshwater, D., & Stickley, T. (2004). The heart of the art: Emotional intelligence in nurse education. *Nursing Inquiry*, 11(2), 91-98.

- Fridja, N. H. (2004). The psychologists' point of view. In M. Lewis & J. M. Haviland-Jones (Eds.) *Handbook of emotions*. 2nd. ed.(pp.59-74). New York: The Guilford Press.
- Frijda, N. (2000). The Psychologists' point of view. In Lewis, M., & Haviland-Jones, J. M.(2000). *The Handbook of Emotions* (2nd edition). New York: Guilford Press.
- Gable, S. L. & Haidt, J. (2005). What (and Why) is positive psychology? *Rev Gen Psychol*, 9 (2), 103-110.
- Galinha, I. C. (2008). *Bem-estar subjectivo – factores cognitivos, afectivos e contextuais*. Coimbra: Quarteto.
- Garber, J., Braafladt, N. & Zeman, J. (1991). The regulation of sad affect: An information-processing perspective. In J. Garber & K. A. Dodge (Eds.) *The development of emotion regulation and dysregulation*. (pp. 208-240). New York: Cambridge University Press.
- Gaspar, T., Pais 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.
- Gaspar, T.; Matos, M.; Ribeiro, J. & Leal, I. (2006). Avaliação da percepção da qualidade de vida em crianças e adolescentes. In C. Machado; L. Almeida; A. Guisande; M. Gonçalves & V. Ramalho (Orgs.). *Actas do XI Congresso Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 491-500). Universidade do Minho Edições Psiquilibrios: Braga.
- Giacomoni, C. H. (2004). Bem-estar subjectivo: Em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia da SBP*, 12 (1), 43-50.
- Gleitman, H. (2002). *Psicologia (5ª Ed.)*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gleitman, H., Fridlund, A. & Reisberg, D. (2003). *Psicologia (6ª ed)*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Goleman, D. (2009,). *Inteligência emocional*. 13ª edição. Lisboa: Círculo de Leitores.
- Goleman, D.(1995). *Inteligência Emocional: A teoria revolucionária que redefine o que é ser inteligente*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Gonçalves, J. P. (2008). *Bem-Estar Subjectivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar Social e sua relação com o Bem-Estar do Professores*. 1º Simpósio Nacional de Educação, XX Semana da Pedagogia. Oeste do Paraná - Campus Cascavel: Universidade Estadual.

- Gonzalez, B. & Pais Ribeiro (2004). Comportamentos de saúde e Dimensões de Personalidade em jovens estudantes Universitários. *Psicologia, Saúde & Doença*, 5 (1), 107-127.
- Govender, K. & Moodley, K. (2004). Maternal support and adolescent self-esteem – a comparative study of urban children living in formal and informal housing. *Journal of Children & Poverty*, 10, 37-52.
- Grabber, J. A., & Brooks-Gunn, J. (1996). Transitions and turning points: Navigating the passage from childhood through adolescence. *Developmental Psychology*, 32(4), 768-776.
- Green, C. & Pope, C. (2000). Depressive symptoms, health promotion, and health risk behaviors. *American Journal of Health Promotion*, 15 (1), 29-34.
- Greenberg, M., Weissberg, R., O'Brien, M., Zins, J., Fredericks, L., Resnick, H. & Elias, M. (2003). Enhancing school based prevention and youth development through coordinated social, emotional and academic learning. *American Psychologist*, vol. 58, 67, 466-474.
- Gross, J. J. (1999) Emotion regulation: past, present, future. *Cognition & Emotion*, 13 (5), 551-573.
- Guidano, V. (1991). *The self in process. Towards a post-rationalist cognitive therapy*. New York: The Guilford Press.
- Hall, G. S. (1904). *Adolescence: Its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion, and education*. New York: Appleton.
- Hansen, E., Holstein, B., Due, P., & Currie, C. (2003). International survey of self-reported medicine use among adolescents. (Articles Ahead of Print). Retirado em 6 Fevereiro de 2003 da World Wide Web: www.theannals.com/The Annals of Pharmacotherapy.
- Harlow, R.E., & Cantor, N. (1996). Still participating after all these years: A study of life task participation in later life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71 (6), 1235–124.
- Harrod, N. R. & Scheer, S.D. (2005). An explanation of adolescent emotional intelligence in relation to demographic characteristics. *Adolescence* 40(159), 503-512.
- Harter, S. (1983). Development Perspectives on the Self-System. In E. M. Hetherington (Ed.), *Handbook of Child Psychology*. New York: Wiley.

- Harter, S. (1993). Causes and consequences of low self-esteem in children and adolescents. In Roy F. Baumeister (Ed) *Self-esteem: The puzzle of low self-regard*. New York: Plenum Press, 87-116.
- Harter, S. (1999). *Construction of the self: A developmental perspective*. New York: Guilford Press.
- Hausenblas, H.A. & Downs, D.S. (2001). Comparison of body image between athletes and nonathletes: A meta-analytic review. *J. Applied Sport Psychol*, 13,323-339.
- Heady, S. A. (2006). Health education. In C. L. Edelman, & C. L. Mandle (Eds.), *Health promotion: throughout the life span* (pp. 217-230). Philadelphia, PA: Elsevier.
- Heatherton, T. F. & Wyland, C. (2003). Assessing self-esteem. In S. Lopez and R. Snyder, (Eds.) *Assessing positive psychology* (pp. 219-233). Washington, DC: APA.
- Heidemann, I. T. S. B. (2006). A promoção de saúde e a concepção dialógica de Freire: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família. Ribeirão Preto, 2006. 296 p. *Tese de doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP*.
- Hewitt, J. P. (2009). Self-Esteem. In S. J. Lopez (Ed.), *Encyclopedia of positive psychology* (Vol.2) (pp. 880-886). Malden, MA: Wiley- Blackwell.
- Hoeskma, J., Oosterlaan, J. & Schipper, E.M. (2004) Emotion regulation and the dynamics of feelings: A conceptual and methodological framework. *Child Development*, 75, 2, 354-360.
- Holstein, B., Parry-Langdon, N., Zambon, A., Currie, C. & Roberts, C. (2004). Socioeconomic inequality and health. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal et al. (Eds.), *Young people's health in context: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study - International report from the 2001/2002 survey* (pp. 165-172). Denmark: World Health Organization - Regional Office for Europe.
- Howell, R.T. & Howell, C.J. (2008). The relation of economic status to subjective well-being in developing countries: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 134 (4), 536-560.
- Huebner, E. S. (2004). Research on assessment of life satisfaction of children and adolescents. *Soc Indic Res*, 66, 3-33.

- Huebner, E. S. & McCullough, G. (2000). Correlates of school satisfaction among adolescents. *The Journal of Educational Research*, 93 (5), 331-335.
- Hull, C. (1943). *Principles of Behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Huurre, T., Aro, H. & Rahkonen, O. (2003). Well-being and health behavior by parental socioeconomic status: A follow-up study of adolescents aged 16 until age 32 years. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 38, 249-255.
- Irwin, C. E. (1993). Adolescence and risk taking: How are they related? In N. J. Bell & R. W. Bell (Eds.), *Adolescent risk taking* (pp. 7-28). Newbury Park: Sage.
- Izard, C. E. (1993). Four systems for emotion activation: Cognitive and non-cognitive processes. *Psychological Review*, 100, 60-69.
- Izard, C. E., Ackerman, B. P. (2004) Motivational, organization and regulatory functions of discrete emotions. In M. Lewis & J. M. Haviland-Jones (Eds.) *Handbook of emotions*. 2nd. ed.(pp.253-264) New York: The Guilford Press.
- Izard, C.E. (2002) Translating emotion theory and research into preventive interventions. *Psychological Bulletin*, 128, 5, 796-824.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books.
- Jenkins, M., Langlais, P., Delis, D., & Cohen, R. (2000). Attentional dysfunction associated with posttraumatic stress disorder among rape survivors. *Clinical Neuropsychologist*, 14, 7-12.
- John, O.P. & Gross, J.J.(2007). Individual differences in emotion regulation. In Gross J.J, ed. *Handbook of emotion regulation*. New York: The Guilford Press, p. 351-72.
- Johnson-Laird, P. N. & Oatley, K. (2004). Cognitive and social constructions in emotions. In M. Lewis & J. M. Haviland-Jones (Eds.) *Handbook of emotions*. 2nd. ed.(pp.458-475) New York: The Guilford Press.
- Joronem, K. (2005). *Adolescent' subjective well-being in their social contexts*. Finland: Tampere School of public Health.
- Jose, P. E., Pryor, J. (2010). Does social connectedness lead to a greater sense of well-being in New Zealand adolescents? Findings from The Youth Connectedness Project. *Psychology Aotearoa*, 2(2), 94-97.

- Jung, C. G. (1933). *Modern man in search of a soul*. New York: Harcourt, Brace & World.
- Kahneman, D., Diener, E. & Schwarz, N. (1999). *Well-being: The foundations of hedonic psychology*. New York, NY, US: Russell Sage Foundation.
- Kaplan, H. B. & Pokorny, A. D. (1969). Self-Derogation and Psychosocial Adjustment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 149, 421–434.
- Kate, D., Christodoulou, J., Seider, S. & Gardner, H. (2011). Emotional Intelligence. In R.J. Sternberg & S.B. Kaufman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Intelligence* (pp. 485-503). New York: Cambridge University Press.
- Keith, L. K. & Bracken, B. A. (1996). Self-concept instrumentation: A historical and evaluative review. In B. A. Bracken (Ed), *Handbook of self-concept: Developmental, social, and clinical considerations* (pp. 91-170). New York: Wiley.
- Kernis, M. H. (2005). Measuring self-esteem in context: The importance of stability of self-esteem in psychological functioning. *Journal of Personality*, 73(6), 1569-1605.
- Keys, C. L. M., Shmotkin, D. & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82 (6), 1007-1022.
- Kim-Prieto, C., Diener, E., Tamir, M., Scollon, C., & Diener, M. (2005). Integrating the diverse definitions of happiness: A time-sequential framework of subjective well-being. *Journal of Happiness Studies*, 6, 261–300.
- King, A., Wold, B., Tudor Smith, C., Harel, Y. (1996). *The health of youth: A cross national survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, WHO Regional Publications, European series, n°69.
- Klerman, G. L. & Weissman, M. M. (1993). *New Applications of Interpersonal Psychotherapy*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Koop, C. B. (1989) Regulation of distress and negative emotions: a developmental view. *Developmental Psychology*, 25, 343-354.
- Labouvie-Vief, G., Hakim-Larson, J., DeVoe, M. & Schoeberlein, S. (1989). Emotions and self-regulation: A life span view. *Human Development*, 32, 279-299.

- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Information Canada.
- Larson, R. & Wilson, S. (2004). Adolescents across place and time: globalization and the changing pathways to adulthood. In Lerner, R. M. & Steinberg, L. (Ed.), *Handbook of adolescent psychology*. 2^a ed. (p. 299-331). Hoboken, NJ: Wiley.
- Ledoux, J. (1998). *O cérebro emocional: os misteriosos alicerces da vida emocional*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Latimer, A. E., Rench, T. A. & Brackett, M. A. (2008). Emotional Intelligence: a framework for examining emotions in sport and exercise groups. In M.R. Beauchamp & M.A. Eys (eds.), *Group dynamics in exercise and sport psychology* (pp. 3-21). New York: Routledge.
- Lima Santos, N. & Faria, L. (2005). Inteligência emocional: Adaptação do “Emotional Skills and Competence Questionnaire” (ESCQ) ao contexto português. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da UFP*, 2, 275-289.
- Lucas, R. E., Diener, E., & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 616-628.
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success?. *Psychological Bulletin*, 131, 803-855.
- MacLeod, A. & Richard, M. (2000). Positive thinking revisited: positive cognitions, well-being and mental health. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 7 (1), 1-10.
- Maia, J. M. D., & Williams, L. C. A. (2005). Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. *Temas de Psicologia (Ribeirão Preto)*, 13(2), 91-103.
- Maltby, J., Day, L. & Macaskill, A. (2010). *Personality, Individual Differences and Intelligence* (pp 391-409). (2nd Edition). Harlow: Pearson Education.
- Marques, L. F. (2010). O conceito de espiritualidade e sua interface com a religiosidade e a Psicologia Positiva. *Revista Psicodebate, Psicologia, Cultura y Sociedad*, 10, 135-152.
- Marsh, H.W. (1996). Positive and negative global self-esteem: A substantively meaningful distinction or artifacts? *Journal of Personality and Social Psychology*, 70 (4), 810-819.

- Marsh, H.W., & Shavelson, R.J. (1985). Self-concept: it's multifaceted hierarchical structure. *Educational Psychologist*, 20: 422-444.
- Martin, D. & Boeck, K. (2004). *EQ: Que és Inteligência Emocional*. 2 ed. Madrid: Editorial EDAF.
- Maslow, A. (1968). *Toward a psychology of being* (2ª ed). New York: Van Nostrand Reinhold.
- Matarazzo, J.D. (1984). Behavioral health: A 1990 challenge for the health sciences professions. In J.D. Matarazzo, S.M. Weiss, J.A. Herd, N.E. Miller, & S.M. Weiss (Eds.), *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention* (pp. 3-40). US: John Wiley & Sons, Inc.
- Matarazzo, J.D., & Leckliter, I.N. (1988). Behavioral health: The role of good and bad habits in health and illness. In S. Maes, C.D. Spielberger, P.B. Defares & I.G. Sarason (Eds.), *Topics in health psychology* (pp. 3-19). New York: John Wiley & Sons, Ltd.
- Matos, M & Simões, C (2003). La delinquenza giovanile. In D. Sacchi (ed) *Apprendisti adulti*, pp 235-252, Milano: MacGrowHill.
- Matos, M (2004). *Social adventure in the community, in Reducing inequities in health, European meeting*. Copenhaga.
- Matos, M. (1994). *Corpo, movimento e socialização*. Rio de Janeiro: Sprint.
- Matos, M. (1998). *Comunicação e Gestão de Conflitos na Escola*. Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M. G, (2002). Prevenção na Comunidade, Cidade Solidária. *Revista da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa*, 8, V, 38-45.
- Matos, M. G. & Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde (2003). *A saúde dos 71 adolescentes portugueses (Quatro anos depois)*. Edições Faculdade de Motricidade Humana: Lisboa.
- Matos, M. G. & Carvalhosa, S. F. (2001). A saúde dos adolescentes: ambiente escolar e bem-estar. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (2), 43-53.
- Matos, M. G., Simões, C. & Carvalhosa, S. (Org.). (2000). *Desenvolvimento de Competências de Vida na Prevenção do Desajustamento Social*. Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana/Instituto de Reinserção Social – Ministério da Justiça.

- Matos, M. G., Simões, C., Carvalhosa, S., Reis, C., & Canha, L. (2000). *A saúde dos adolescentes portugueses*. Lisboa: FMH/PEPT.
- Matos, M., Simões, C., Canha, L. & Fonseca, S. (2000). *Saúde e estilos de vida nos jovens portugueses*. Lisboa: FMH/PPES.
- Matos, M., Simões, C., Carvalhosa, S., Reis, C. & Canha, L. (2000). *A saúde dos adolescentes portugueses*. Lisboa: FMH /PEPT-Saúde.
- Matos, M.; Simões, C.; Carvalhosa, S.; Canha, L. (2001). *A Saúde dos Adolescentes de Lisboa*. Faculdade de Motricidade Humana. Gabinete de Prevenção da Toxicodependência da Câmara Municipal de Lisboa: Gráfica 2000.
- Mayer, J. D, Roberts, R. D. & Barsade, S. G(2008). Human abilities: emotional intelligence. *Annu Rev Psychol*, 59,507–36.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997).What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. J. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence.Educational implications*.New York, NY: Basic Books.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1999) — O que é Inteligência Emocional. In: Salovey, P. & Sluyter, D. J. *Inteligência Emocional na Criança: Aplicação na Educação e Dia-a-Dia*. São Paulo: Editora Campus, pp. 15-45.
- Mayer, J. D., Salovey, P & Caruso, D. (2000). Emocional intelligence as *zeitgest*, as personality, and as mental ability. In R. Bar-On.& J. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. R. &Cherkasskiy, (2011). Emotional Intelligence. In Mayer, J., Caruso, D., & Salovey, P. (2000). Emotional Intelligence Meets Traditional Standardsfor an Intelligence. *Intelligence*, 27 (4), 267-298.
- Mayer, J., Panter, A., Salovey, P., Caruso, D., & Sitarenios, G. (2005). A Discrepancy in Analyses of the MSCEIT- Resolving the Mistery and Understanding it`s Implications: A reply to Giganac Emotion. *Emotion*, 5 (2), 236-237.
- McCullough, M. E. & Snyder, C. R. (2000). Classical Sources of Human Strength: Revisiting an old home and building a new one. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 1-10.

- McGee, R. & Williams, S. (2000). Does low self-esteem predict health compromising behaviours among adolescents? *Journal of Adolescence*, 23, 569–582.
- Mead, M. (1970). *O Conflito de gerações*. Lisboa: Publicações D. Quixote.
- Medeiros, M. T. (2000). *Adolescência: Abordagens, Investigações e Contextos de Desenvolvimento*. Direcção Regional da Educação. Centro de Apoio Tecnológico à Educação.
- Meyer, B. B & Fletcher, T.B. (2007). Emotional Intelligence: A Theoretical Overview and implications for Research and Professional Practice in Sport Psychology. *Journal of Applied Sport Psychology*, 19 (1), 1-15.
- Meyer, B. B. & Zizzi, S. (2007). Emotional intelligence in sport: conceptual, methodological, and applied issues. In A.M. Lane (Ed.), *Mood and Human Performance: Conceptual, Measurement, and Applied Issues* (pp. 131–54). London: Nova Science Publishers.
- Milevsky, A., Schlechter, M, Netter, S. & Keehn, D. (2007). Maternal and paternal parenting styles in adolescents: associations with self-esteem, depression and life-satisfaction. *Journal of Children and Family Studies*, 16, 39-47.
- Ministério da Saúde. (2004a). *Plano Nacional de Saúde 2004/2010*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. Recuperado de http://www.dgsaude.minsaude.pt/pns/media/pns_voll.pdf.
- Monteiro, M. & Santos, M. (1998). *Psicologia*. Porto: Porto Editora.
- Morand, D. A. (1999). Family size and Intelligence revisited: the role of Emotional Intelligence. *Psychological Reports*, 84, 643 - 649.
- Moreira, J.J.P. (2001). *Estudo da relação entre prática de actividade desportiva, bem-estar psicológico e satisfação com a vida em estudantes do ensino superior do concelho de Viseu*. Tese de Mestrado, Porto: FCDEF-UP.
- Mruk, C.J., (2006). *Self-esteem research, theory, and practice: toward a positive psychology of self-esteem*. 3rd ed. New York: Springer Publishing Company.
- Muuss, R. (1976). *Teorias da adolescência*. Belo Horizonte: Interlivros.
- Myers, D. G. & Diener, E. (1995). Who is happy? *Psychol Sci*, 6 (10), 17.

- Natvig, G. K., Albreksten, G. & Qvarnstrom, U. (2003). Associations between psychosocial factors and happiness among school adolescents. *International Journal of Nursing Practice*, 9 (1), 166-175.
- Neto, F. (1993). The satisfaction with life scale: psychometrics properties in adolescence sample. *Journal of Youth and Adolescence*, 22 (2), 125-134.
- Neto, F. (1998). *Psicologia Social (Volume 1)*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Newman B., & Newman, P. (1984). *Development through life: A psychosocial approach*. Illinois: The Dorsey Press.
- Newton, M. (1995). *Adolescence: Guiding youth through the perilous ordeal*. New York: Norton.
- Novo, R.F. (2003). *Para além da eudaimonia: O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian/Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Nunez, J., León, J., González, V. & Martín-Albo, J. (2011). Propuesta de un modelo explicativo del bienestar psicológico en el contexto Deportivo. *Revista de Psicología del Deport*, 20 (1), 223-242.
- Nurmi, J.-E., Berzonsky, M. D., Tammi, K., & Kinney, A. (1997). Identity processing orientation, cognitive and behavioral strategies and well-being. *International Journal of Behavioral Development*, 21, 555-570
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13 (4), 349-363.
- Nutbeam, D., Smith, C., Moore, L., & Bauman, A. (1993). Warning! School can damage your health: Alienation from school and its impact on health behaviour. *Journal Pediatric Child Health*, 29 (suppl.), 825-830.
- Offer, D.& Schonert-Reichl, K. A. (1992). Debunking the myths of adolescence: Findings from recent research. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31, 1003-1014.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde (2ª ed.)*. Lisboa: Climepsi.

- Oksus, E., & Malhan, S. (2005). Socioeconomic factors and health risk behaviors among university students in Turkey: questionnaires study. *Croatian Medical Journal*, 46 (1), 66-73.
- Oliveira, D.L. (2005). A “nova” saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005 maio-junho; 13(3):423-31. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a18.pdf>. Acesso em: 5 mai 2011.
- OMS (1986). Carta de Ottawa para a promoção da saúde, Versão portuguesa "Uma Conferência Internacional para a Promoção da Saúde com vista a uma nova Saúde Pública", 17-21 Novembro, Ottawa, Canada, Lisboa: DGSaúde.
- OMS (2002). Rapport sur la santé dans le monde "Réduire les risques et promouvoir une vie saine": Genève: OMS.
- Organização Mundial de Saúde – OMS (2009). Child and adolescent health and development. Genebra: OMS. Retirado em 09/09/2011 de <http://www.who.int/child-adolescent-health/>.
- Orth, U., Robins, R. W. & Roberts, B. W. (2008). Low self-esteem prospectively predicts depression in adolescence and young adulthood. *Personality Processes and Individual Differences*, 95, 695-708.
- Pallant, J. (2001). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for windows*. Buckingham: Open University Press.
- Papalia, D. E., Olds, S. W. & Feldman, R. D. (2009). *O Mundo da criança* (10.^a Ed.). São Paulo, Brasil: Mcgraw-Hill Editora.
- Peixoto, F. (1996). Auto-conceito(s), auto-estima e resultados escolares: A influência da repetência no(s) auto-conceito(s) e na auto-estima dos adolescentes. In *Actas do IX Colóquio de Psicologia e Educação: Dinâmicas Relacionais e Eficiência Educativa*, Lisboa, ISPA.
- Peixoto, F. (2004). Qualidade das relações familiares, auto-estima, autoconceito e rendimento académico. *Análise Psicológica*, 1(22), 235-244.
- Pepi, A., Faria, L. & Alesi, M. (2006). Personal conceptions of intelligence, self-esteem, and school achievement in Italian and portuguese students. *Adolescence* 41 (164), 615-631.

- Petrides, K., Furnham, A. & Martin, G. (2004). Estimates of Emotional and Psychometric Intelligence: Evidence for Gender-Based Stereotypes. *Journal of Social Psychology, 144* (2), 149-162.
- Plunkett, S.W., Henry, C.S., Robinson, L.C., Behnke, A. & Falcon III, P.C. (2007). Adolescent perceptions of parental behaviors, adolescent self-esteem, and adolescent depressed mood. *Journal of Children and Family Studies, 16*, 760-772.
- Plutchik, R. (2003). *Emotions and life*. Washington: American Psychological Association.
- Poletto, R.C. & Koller, S.H. (2006). *Resiliência: uma perspectiva conceitual e histórica*. In Dell'Aglio, D. D., Koller, S.H., Yunes, M.A.M. (org.) *Resiliência e psicologia positiva: interfaces do risco à proteção*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 19-44.
- Pope, A. W., McHale, S. M, & Craighead, W. E. (1988). *Self-esteem enhancement with children and adolescents*. New York: Pergamon Press.
- Queroz, N., & Neri, A. (2005). Bem-estar psicológico e inteligência emocional entre homens e mulheres na meia-idade e na velhice. *Psicologia Reflexão e Crítica, 18*, 292-299.
- Rask, K., Astedt-Kurki, P., Tarkka, M. T., & Laippala, P. (2002). Relationships among adolescent subjective well-being, health behavior, and school satisfaction. *Journal of School Health, 72* (6), 243-249.
- Reich, J.W. & Zautra, A.J. (1981). Life events and personal causation: Some relationships with satisfaction and distress. *Journal of Personality and Social Psychology, 41*, 1082-1012.
- Ribeiro, J. (1993). *Características psicológicas associadas à saúde em estudantes universitários da região do Porto*. Dissertação de Doutorado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Ribeiro, J. L. P. (2007). *Introdução à psicologia da saúde* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Richmond (1979). *Healthy people: The surgeon general's report on health promotion and disease prevention*, (doc. 017 001-0041602) USA Dept of health. Education and welfare: Washington DC: US Gov Printing Office.
- Robins, R. W., & Trzesniewski, K. H. (2005). Self-esteem development across the lifespan. *Current Directions in Psychological Science, 14*(3), 158-162.

- Rodrigues, F. M. S. (2010). *Religiosidade Intrínseca e Extrínseca: Implicações no Bem-estar Psicológico de Adultos Seniores*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Rogers, C. R. (1961). The place of the person in the new world of the behavioural sciences. *Personnel & Guidance Journal*, 39 (6), 442-451.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the Self*. New York: Basic Books.
- Rosenberg, M. (1986). *Conceiving the self*. Florida: Kruger Publishing Company.
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C. & Rosenberg, F. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem: Different concepts, different outcomes. *American Sociological Review*, 60, 141-156.
- 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.
- 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. (1989a). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful ageing. *International Journal of Behavioral Development*, 12 (1), 35-55.
- Ryff, C. D. (1989b). 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. (1989c). In the eye of the beholder: views of psychological well-being among middle – aged and older adults. *Psychology and Aging*, 4 (2), 195-210.
- Ryff, C.D. & Essex, M.J. (1992). The interpretation of life experience and well-being: The sample case of relocation. *Psychology and Aging*, 7(4), 507-517.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (4), 719-727.
- Ryff, C.D. & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9 (1), 1-28.

- Saarni, C. (2000). Emotional Competence: The social construction of the concept. In R. Bar-On & J. Parker (Eds.). *The handbook of emotional intelligence*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Salovey, P., & Mayer, J. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9 (3), 185-211.
- Salvador, A. P., & Weber, L. N. (2008). A relação entre as práticas educativas e estilos parentais com o desenvolvimento de criança e adolescentes. In L. Weber (Ed.), *Família e desenvolvimento: visão interdisciplinares* (pp. 59-79). Curitiba: Juruá.
- Sampaio, D. (1994). *Inventem-se novos pais*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Santos, N. L. & Faria, L. (2001). *Inteligência Emocional: Adaptação do “Emotional Skills and Competence Questionnaire” (ESCQ) ao Contexto Português*. Consultado em: 29/09/2009: <https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/668/1/275-289FCHS2005.pdf>.
- Santos, P. J., & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 253-268.
- Santos, P. J. (2003), Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de autoestima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 253-68.
- Santos, P. J. (2008). Validação da Rosenberg Self-esteem Scale numa amostra de estudantes do ensino superior. [FLUP – Artigo em acta de conferência nacional]. Acedido a 12 de Junho de 2009 de <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/16164/2/Santos2008000077971.pdf>
- Sapienza, G. & Pedromônico, M. R. M. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo (Maringá)*, 1(2), 209-216.
- Scharfe, E. (2002). O desenvolvimento da expressão do entendimento e da regulação emocional em bebés e crianças pequenas. In R. Bar-On & J. Parker (Orgs.). *Manual de inteligência emocional: teoria, desenvolvimento, avaliação e aplicação em casa, na escola e no local de trabalho* (pp. 183-197). Porto Alegre: Artmed Editora.

- Schultz, D. P. & Schultz, D. P. (2002). *Teorias da Personalidade*. São Paulo: Pioneira Thomson.
- Scully, D., Kremer, J., Meade, M.M., Graham, R. & Dudgeon, K., (1998). Physical exercise and psychological well being: a critical review. *Br J Sports Med*, 32, 111-20.
- Segrin, C. (2000). Social skills deficits associated with depression. *Clinical Psychology Review*, 20, 379-403.
- Seligman, M. E. P. & Csikzentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologists*, 55(1), 5-14.
- Seligman, M. E. P. (2002). Positive psychology, positive prevention and positive therapy. In C.R. Snyder & S. J. Lopez (Eds) *Handbook of Positive*.
- Shapiro, L. E. (2002) — *La inteligencia emocional de los Niños: Una Guía para Padres e Maestros*. 4. ed. Bilbao: Grafo.
- Shavelson, R.J., Hubner, J.J. & Stanton, G.C. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46, 407-441.
- Sierra, V. M. & Mesquita, W. A. (2006). Vulnerabilidades e Fatores de Risco na Vida de Crianças e Adolescentes. *São Paulo em Perspectiva*, 20(1), 148- 155.
- Silva, A. M. (2004). *Desenvolvimento de Competências Sociais nos Adolescentes*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Silva, R. A., Horta, B. L., Pontes, L. M., Faria, A. D., Souza, L. D. M., Cruzeiro, A. L. S. & Pinheiro, R. T. (2007). Bem-estar psicológico e adolescência: factores associados. *Cad. Saúde Pública*, 23 (5), 1113-1118.
- Siqueira, M.M. & Padovam V.A. (2008). Bases teóricas de bem-estar subjectivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24 (2), 201-209.
- Smetana, J.G., Campione-Barr, N. & Metzger, A. (2006). Adolescent development in interpersonal and societal contexts. *Annual Review of Psychology*, 57, 255-284.
- Smith, T. W., Orleans, C. T., & Jenkins, C. D. (2004). Prevention and health promotion: Decades of progress, new challenges, and an emerging agenda. *Health Psychology*, 23 (2), 126-131.

- Spence, G., Oades, L., & Caputi, P. (2004). Trait emotional intelligence and goal selfintegration: important predictors of emotional well-being? *Personality and Individual Differences*, 37, 449-461.
- Spence, S. & Matos, M. (2000). Intervenções Preventivas com Crianças e Adolescentes. In M. Matos, C. Simões & S. Carvalhosa (Eds.). *Desenvolvimento de Competências de Vida na Prevenção do Desajustamento Social*. Lisboa: Edições FMH.
- Sprinthal, N. & Collins, A. W. (1994). *Psicologia do adolescente: Uma abordagem desenvolvimentalista*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Sprinthal, N., & Collins, A. (2003). *Psicologia do adolescente. Uma abordagem desenvolvimentista (3ªed.)*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian (Obra original publicada em 1988).
- Stenberg, L. (1987). Impact of puberty on family relations: Effects of pubertal status and pubertal timing. *Development Psychology*, 24, 122-128.
- Steptoe, A., Tsuda, A., Tanaka, Y., & Wardle, J. (2007). Depressive symptoms, socioeconomic background, sense of control, and cultural factors in university students from 23 countries. *International Journal of Behavioral Medicine*, 14 (2), 97-107.
- Strein, W. (1995). Assessment of self-concept (ERIC Document Reproduction Service Nº ED 389962).
- Sutarso, P. (1999). Gender differences on the emotional intelligence inventory (EQI). *Dissertation Abstracts International*.
- Taborda Simões, M. C, Vale Dias, M. L., Formosinho, M. D. & Fonseca, A. C. (2007). Adolescence-Portugal. In J. J. Arnett (Ed), *International Encyclopaedia of Adolescence. Vol.2* (pp. 795-812). New York: Routledge, Taylor & Francis.
- Taborda Simões, M. C. (2002). Adolescência: Transição, crise ou mudança? *Psychologica*, 30, 407-429.
- Taksic, V. (2000). *Emotional Skills and Competence Questionnaire (ESCQ)*. Rijeka: Author's edition.

- Tellegen, A., Lykken, D.T., Bouchard, T.J., Willcox, K.J. Segal, N.L., & Rich, S. (1988). Personality similarity in twins reared apart and together. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54 (6), 1031-1039.
- Thorlindsson, T., Vilhjalmsón, R., & Valgeirsson, G. (1990). Sport participation and perceived health status: A study of adolescents. *Social Science and Medicine*, 31, 551-556.
- Tiggemann, M. (2001b). The impact of adolescent girls' life concerns and leisure activities on body dissatisfaction, disordered eating, and self-esteem. *The Journal of Genetic Psychology*, 162 (2), 133-142.
- Tischler, L., Biberman, G. & McKeage, R.L. (2002). "Linking emotional intelligence, spirituality and workplace performance. *Journal of Management Psychology*, 17(3), 203-218.
- Tomás, J.M. & Oliver, A. (1999). Rosenberg's self-esteem scale: Two factors or method effects. *Structural Equation Modeling*, 6 (1), 84-98.
- Tugade, M. M., Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 2, 320-333.
- Vallières, E.F. & Vallerand, R.J. (1990). Traduction et validation canadienne française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg. *International Journal of Psychology*, 25, 305-316.
- Van Dierendonck, D. (2005). The construct validity of Ryff's Scales of Psychological Well-Being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 36, 629-643.
- Vartanian, L. R. (2000). Revisiting the imaginary audience and personal fable constructs of adolescent egocentrism: a conceptual review. *Adolescence*, 35 (140), p.639.
- Vasconcelos-Raposo, J. & Freitas, C.A. (1999). Avaliação da auto-estima em jovens transmontanos. *Estudos de Psicologia (PUC-Campinas)*, 16 (3), 32-46.
- Vaz Serra, A. (1988). O auto-conceito. *Análise Psicológica*, 2 (VI), 101-110.
- Veenhoven R. (1991). Questions on happiness; classical topics, modern answers, blindspots. In: Strack F, Argyle M, Schwarz N, editors. Subjective well being: an interdisciplinary perspective. Oxford: Pergamon Press, p. 7-26.
- Veiga-Branco, A. (2004). *Competência Emocional*. Coimbra: Quarteto

- Veit, C. T. & Ware, J. E. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51 (5), 730-742.
- Viloria, C. (2005). *La educación emocional en edades tempranas y el interés de su aplicación en la escuela. Programas de educación emocional, nuevo reto en la formación de los profesores*. Retirado a 15 de Junho de 2009, de <http://www.dialnet.unirioja.es>.
- Warr, P. (1978). A study of psychological well-being. *British Journal of Psychology*, 69(1), 111. Retrieved from EBSCOhost.
- Waterman, A. (1993). Two Conceptions of Happiness: Contrasts of Personal Expressiveness (Eudaimonia) and Hedonic Enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 64, N° 4, pp. 678-691.
- Weissberg, R. P., & O'Brien, M. U. (2004). What works in school-based social and emotional learning programs for positive youth development. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 591, 86-97.
- Wentzel, K. R. (1998). Social relationships and motivation in middle schools: The role of parents, teachers, and peers. *Journal of Educational Psychology*, 90, 202-209.
- Westenberg, P., Siebelink, B., & Treffers, A. (2000). Psychosocial developmental theory in relation to anxiety and its disorders. In W. Silverman & A. Treffers (Orgs.) *Anxiety Disorders in Children: Research, Assment, and Intervation*. (pp. 72-89). Cambridge: University Press.
- WHO (1978). Primary health care. Report of the International Conference of primary health care. Alma-Ata: USSR; Geneve: WHO.
- Wicki, M., Kuntsche, E., & Gmel, G. (2010). Drinking at European Universities: a review of students' alcohol use. *Addictive Behaviors*, 35, 913-924.
- Williams, J. M. & Currie, C. (2000). Self-Esteem and Physical Development in Early Adolescence: Pubertal Timing and Body Image. *The Journal of Early Adolescence*, 20, 129-149.
- Zavisca, J., & Hount, M. (2005). Does Money buy happiness in unhappy Russia? Retrieved June 26, 2006, from the Scholarship Repository, University of California: <http://repositories.edlib.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1034&context=isees/bp>.

ANEXOS

Anexo I: Consentimento Informado

Exmo. Encarregado de Educação

No âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, estou a desenvolver um projecto de investigação sobre a temática “A influência da auto-estima, das competências emocionais e dos comportamentos de saúde no bem-estar psicológico do adolescente”, sob orientação da Professora Dtra. Eleonora Cunha. O objectivo é estudar o bem-estar psicológico em adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos, que frequentam o ensino secundário.

Nesta perspectiva, venho, por este meio, solicitar a colaboração de V. Exa., no sentido de autorizar que o seu educando _____ colabore neste estudo através do preenchimento de questionários. A aplicação será efectuada em contexto de sala de aula, em horário escolar, durante a aula de uma disciplina a determinar, pela escola.

De referir ainda que toda a informação que venha a recolher será tratada com o maior sigilo, no respeito máximo pelo anonimato da colaboração e pela confidencialidade dos dados.

Agradeço toda a atenção disponibilizada.

Com os melhores cumprimentos,

(Marlene Fernandes)

Solicita-se que assinale a opção desejada:

Autorizo a participação do meu educando

Não autorizo a participação do meu educando

(Assinatura do Encarregado de Educação)

Anexo II: Questionário sociodemográfico

Data de Aplicação: ____ / ____ / ____

Caro(a) Aluno(a),

Encontro-me a realizar um estudo sobre “A influência da auto-estima, das competências emocionais e dos comportamentos de saúde no bem-estar psicológico do adolescente”, no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. O objectivo é estudar o bem-estar psicológico em adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos, que frequentam o ensino secundário. Neste sentido, solicito a tua participação neste projecto, através do preenchimento de alguns instrumentos de avaliação.

A tua participação é voluntária e o questionário é anónimo, sendo que os dados que fornecer serão mantidos confidenciais pois serão codificados e utilizados exclusivamente para fins de investigação.

Agradeço que respondas às questões com a máxima precisão e sinceridade. Não existem respostas “certas” ou “erradas”.

Agradeço, desde já, a tua estimada colaboração. **O meu muito obrigada!**

Questionário Sóciodemográfico

Todas as respostas são confidenciais e os dados serão utilizados apenas nesta investigação.

Dados Pessoais de Identificação:

1. **Idade:** _____
2. **Sexo:** F M
3. **Ano de escolaridade:** 10º Ano
11º Ano
12º Ano
4. **Escola que frequenta:** _____
5. **Residência:** Concelho: _____ Freguesia: _____

Caracterização do Agregado Familiar:

1. N° de elementos que compõem o agregado familiar: _____

2. N° de Irmãos: _____

3. Dados dos progenitores:

Parentesco	Habilitações literárias	Profissão	Situação face ao emprego	Vencimento mensal
Pai	1º Ciclo <input type="checkbox"/>		Empregado <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/>	<485€ <input type="checkbox"/>
	2º Ciclo <input type="checkbox"/>			485€ a 600€ <input type="checkbox"/>
	3º Ciclo <input type="checkbox"/>			600€ a 900€ <input type="checkbox"/>
	Ensino Secundário <input type="checkbox"/>			900€ a 1200€ <input type="checkbox"/>
	Ensino Superior <input type="checkbox"/>			>1200€ <input type="checkbox"/>
Mãe	1º Ciclo <input type="checkbox"/>		Empregada <input type="checkbox"/> Desempregada <input type="checkbox"/>	<485€ <input type="checkbox"/>
	2º Ciclo <input type="checkbox"/>			485€ a 600€ <input type="checkbox"/>
	3º Ciclo <input type="checkbox"/>			600€ a 900€ <input type="checkbox"/>
	Ensino Secundário <input type="checkbox"/>			900€ a 1200€ <input type="checkbox"/>
	Ensino Superior <input type="checkbox"/>			>1200€ <input type="checkbox"/>

4. Tipo de habitação: Casa Unifamiliar

Apartamento/Andar

Parte de Casa

Outra: _____

Regime de ocupação: Própria Arrendada

5. Recebem subsídio de apoio social?

Não

Sim Quais? _____

Anexo III: Escala de Auto Estima de Rosenberg – EAER (Santos, 2003)

RSES

Segue-se uma lista de afirmações que dizem respeito ao modo como se sente acerca de si próprio(a). À frente de cada uma delas assinale com uma cruz (X), na respectiva coluna, a resposta que mais se lhe adequa.

	Concordo fortemente	Concordo	Discordo	Discordo fortemente
1. Globalmente, estou satisfeito(a) comigo próprio(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Por vezes penso que não sou bom/boa em nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sinto que tenho algumas qualidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Por vezes sinto-me, de facto, um(a) inútil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sinto-me uma pessoa de valor, pelo menos tanto quanto a generalidade das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Gostaria de ter mais respeito por mim próprio(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bem vistas as coisas, inclino-me a sentir que sou um(a) falhado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Adopto uma atitude positiva para comigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autoria original de Morris Rosenberg.
Tradução supervisionada por Paulo Jorge Santos. Utilização exclusiva para investigação.

Anexo IV: Questionário de Competência Emocional - QCE (Faria & Santos, 2005)

**FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DO PORTO**

QUESTIONÁRIO DE COMPETÊNCIA EMOCIONAL

Autor: Vladimir Taksic' (2000)

Adaptação Portuguesa: L. Faria & N. Lima Santos (2001)

O presente Questionário é **CONFIDENCIAL** e **ANÓNIMO**.

Nas páginas seguintes vai encontrar um conjunto de afirmações, às quais pedimos que responda espontaneamente, sem pensar muito em cada uma delas, pois o que nos interessa é o que habitualmente sente e pensa acerca das mesmas.

Isto não é um teste, logo, não há boas nem más respostas. O que conta é a sua opinião sincera!

MUITO OBRIGADO por nos ter disponibilizado o seu tempo para responder a este Questionário.

Por favor, leia cada uma das afirmações que a seguir se apresentam e responda pondo um círculo ou uma cruz na letra que corresponde à sua opinião, usando a escala que se segue:

A NUNCA	B RARAMENTE	C POUCAS VEZES	D ALGUMAS VEZES	E FREQUENTEMENTE	F SEMPRE
------------	----------------	-------------------	--------------------	---------------------	-------------

1	Consigo manter-me de bom humor, mesmo que alguma coisa má aconteça.	A	B	C	D	E	F
2	Consigo exprimir os meus sentimentos e emoções em palavras.	A	B	C	D	E	F
3	Quando encontro alguém conhecido, apercebo-me logo da sua disposição.	A	B	C	D	E	F
4	Consigo manter-me de bom humor, mesmo quando os que me rodeiam estão de mau humor.	A	B	C	D	E	F
5	Quando alguma coisa me desagrada, demonstro-o logo.	A	B	C	D	E	F
6	Quando vejo como alguém se sente, geralmente sei o que lhe aconteceu.	A	B	C	D	E	F
7	As experiências desagradáveis ensinam-me o que não devo fazer.	A	B	C	D	E	F
8	Consigo facilmente arranjar maneira de me aproximar das pessoas de quem gosto.	A	B	C	D	E	F
9	Consigo perceber a diferença, se os meus amigos estão tristes ou decepcionados.	A	B	C	D	E	F
10	Quando alguém me elogia, trabalho com maior entusiasmo.	A	B	C	D	E	F
11	Consigo facilmente descrever as emoções que estou a sentir.	A	B	C	D	E	F

12	Consigo facilmente notar as mudanças de humor nos meus amigos.	A	B	C	D	E	F
13	Quando não gosto de uma pessoa, arranjo maneira de lho mostrar.	A	B	C	D	E	F
14	Exprimo bem as minhas emoções.	A	B	C	D	E	F
15	Consigo facilmente fazer feliz um amigo no dia do seu aniversário.	A	B	C	D	E	F
16	Quando estou de bom humor, é difícil ficar mal disposto(a).	A	B	C	D	E	F
17	Consigo exprimir a forma como me sinto.	A	B	C	D	E	F
18	Ao observar uma pessoa junto de outras, sou capaz de descrever bem as suas emoções.	A	B	C	D	E	F
19	Quando estou de bom humor, todos os problemas parecem ter solução.	A	B	C	D	E	F
20	Consigo descrever o meu estado emocional actual.	A	B	C	D	E	F
21	Consigo perceber quando alguém se sente desanimado.	A	B	C	D	E	F
22	Quando estou com alguém que me admira, tenho cuidado com a forma como me comporto.	A	B	C	D	E	F
23	Posso afirmar que conheço bem o meu estado emocional.	A	B	C	D	E	F
24	Consigo descrever os sentimentos de uma pessoa a partir da expressão da sua cara.	A	B	C	D	E	F
25	Quando estou feliz e bem humorado(a), estudo e trabalho melhor.	A	B	C	D	E	F
26	O meu comportamento reflecte os meus sentimentos mais profundos.	A	B	C	D	E	F
27	Consigo detectar a inveja disfarçada nos outros.	A	B	C	D	E	F
28	Se eu quiser mesmo, consigo resolver problemas que parecem sem solução.	A	B	C	D	E	F
29	As pessoas são sempre capazes de descrever o meu estado de humor.	A	B	C	D	E	F
30	Percebo quando alguém tenta esconder o seu mau humor.	A	B	C	D	E	F
31	Consigo facilmente persuadir um amigo de que não há razões para se preocupar.	A	B	C	D	E	F
32	Normalmente sei as razões porque me sinto mal.	A	B	C	D	E	F
33	Percebo quando alguém se sente culpado.	A	B	C	D	E	F
34	Procuro moderar as emoções desagradáveis e reforçar as positivas.	A	B	C	D	E	F
35	Considero fácil manifestar carinho a pessoas do sexo oposto.	A	B	C	D	E	F
36	Percebo quando alguém tenta esconder os seus verdadeiros sentimentos.	A	B	C	D	E	F
37	Não há nada de mal com o modo como habitualmente me sinto.	A	B	C	D	E	F
38	Consigo nomear e descrever a maioria dos meus sentimentos.	A	B	C	D	E	F
39	Percebo quando alguém está em baixo.	A	B	C	D	E	F
40	Cumpro os meus deveres e obrigações com prontidão, em vez de estar a pensar neles.	A	B	C	D	E	F
41	Consigo reconhecer a maioria dos meus sentimentos.	A	B	C	D	E	F
42	Percebo quando o comportamento de alguém varia em função do seu humor.	A	B	C	D	E	F
43	Tento manter o bom humor.	A	B	C	D	E	F
44	Sei como surpreender de forma agradável cada um dos meus amigos.	A	B	C	D	E	F
45	No que me diz respeito, é normal sentir o que sinto agora.	A	B	C	D	E	F

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

Anexo V: Questionário de Comportamentos de Saúde - QCS (Ribeiro, 1993)

Questionário de Comportamentos de Saúde (Ribeiro, 1993)

Assinala com uma cruz (X) a opção/expressão que melhor traduzir a tua opinião em relação ao teu comportamento do dia a dia em diversas áreas que parecem estar associadas à saúde.

	Quase sempre	Com muita frequência	Muitas Vezes	Ocasionalmente	Quase nunca
1. Faço exercício físico intenso durante pelo menos 20 minutos por dia, duas vezes ou mais por semana.					
2. Ando a pé ou de bicicleta diariamente.					
3. Pratico desporto que faz suar, pelo menos duas vezes por semana (p. ex. corrida, ténis, natação, basquetebol, futebol, etc.)					
4. Tenho cuidado com o que como de modo a manter o peso recomendado para a altura que tenho.					
5. Tenho cuidado com o que como de modo a reduzir a ingestão de sal.					
6. Planifico a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes.					
7. Não bebo mais de duas bebidas alcoólicas por dia.					
8. Durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado.					
9. Mantenho as minhas vacinas em dia.					
10. Verifico anualmente a minha pressão arterial.					
11. Vou ao dentista anualmente verificar o estado dos meus dentes.					
12. Vou anualmente ao médico fazer um checkup.					
13. Não guio (carro, motorizada, etc.) quando bebo demais, ou não viajo com um condutor que bebeu de mais.					
14. Quando guio, ou quando viajo nalgum veículo, gosto de me manter dentro dos limites de velocidade.					
15. Quando viajo de carro no banco da frente, fora da cidade, coloco o cinto de segurança.					
16. Evito tomar medicamentos sem serem recomendados pelo médico.					
17. Evito fumar.					
18. Evito ingerir alimentos com gordura.					
19. Devido aos efeitos potencialmente perigosos da cafeína evito tomar bebidas tais como café, chá ou coca-cola.					
20. Evito utilizar estimulantes (anfetaminas ou outros) mesmo em épocas de exames.					
21. Evito tomar tranquilizantes.					
22. Evito ingerir alimentos que são feitos á base de açúcar (tais como bolos, chocolates, rebuçados, etc.).					
23. Evito estar em ambientes saturados de fumo de tabaco.					
24. Evito os ambientes muito ruidosos.					
25. Evito os ambientes que tenham o ar poluído.					
26. Evito mudar de parceiro sexual.					
27. Evito ter relações sexuais com pessoas que conheço mal.					
28. Devido às doenças sexuais evito ter relações sexuais sem tomar precauções.					

Anexo VI: Escala de Bem-Estar Psicológico para Adolescentes-EBEP (Fernandes, 2007)

Escalas de Bem-Estar Psicológico — versão de 30 itens para adolescentes

Versão adaptada e validada por Fernandes e Vasconcelos-Raposo (2008)

Assinala com uma cruz (X) a opção/expressão que melhor traduzir a tua opinião em relação às seguintes afirmações.

	Discordo plenamente	Discordo	Nem discordo Nem concordo	Concordo	Concordo plenamente
1. É mais importante estar contente comigo próprio(a), do que ter a aprovação dos outros.	1	2	3	4	5
2. Acho desgastante não conseguir fazer tudo o que tenho para fazer em cada dia.	1	2	3	4	5
3. Com o passar dos tempos, ganhei um maior entendimento sobre a vida, tornando-me mais forte e capaz como pessoa.	1	2	3	4	5
4. As pessoas poderiam descrever-me como uma pessoa generosa e sempre pronta a partilhar o meu tempo com os outros.	1	2	3	4	5
5. Ainda não sei o rumo que quero dar à minha vida.	1	2	3	4	5
6. De um modo geral, sinto-me confiante e bem comigo próprio(a).	1	2	3	4	5
7. Eu avalio-me pelo que penso ser mais importante para mim e não por aquilo que os outros pensam.	1	2	3	4	5
8. No geral, sinto que sou responsável pela situação em que me encontro.	1	2	3	4	5
9. Para mim, a vida tem sido um processo contínuo de aprendizagem, mudança e crescimento.	1	2	3	4	5
10. Para mim é importante ouvir os meus amigos falar dos seus problemas.	1	2	3	4	5
11. Algumas pessoas não sabem o que querem fazer na vida, mas eu sei.	1	2	3	4	5
12. Gosto da maior parte dos aspectos da minha personalidade.	1	2	3	4	5
13. Raramente as pessoas me levam a fazer coisas que não quero fazer.	1	2	3	4	5
14. O meu dia-a-dia é ocupado, mas sinto-me satisfeito por dar conta do recado.	1	2	3	4	5
15. Penso que é importante ter novas experiências que ponham em causa a forma como pensamos acerca de nós próprios e do mundo.	1	2	3	4	5
16. Sei que posso confiar nos meus amigos e eles sabem que podem confiar em mim.	1	2	3	4	5
17. Os meus objectivos na vida têm sido mais uma fonte de satisfação, do que uma fonte de desilusão.	1	2	3	4	5
18. Na maior parte dos casos tenho orgulho no que sou e na vida que levo.	1	2	3	4	5
19. Sou o tipo de pessoa que pensa e age de modo a agradar aos outros.	1	2	3	4	5

20. Se não estivesse satisfeito com a minha vida, tentaria mudá-la.	1	2	3	4	5
21. Sinto que continuo a aprender mais acerca de mim próprio(a) à medida que o tempo passa.	1	2	3	4	5
22. Sinto que tiro imenso partido das minhas amizades.	1	2	3	4	5
23. Sou uma pessoa que não desiste dos seus objectivos.	1	2	3	4	5
24. Quando me comparo com amigos e conhecidos, sinto-me bem em ser quem sou.	1	2	3	4	5
25. Tenho confiança nas minhas opiniões, mesmo quando são diferentes das outras pessoas.	1	2	3	4	5
26. Sou bastante competente a gerir as minhas responsabilidades do dia-a-dia.	1	2	3	4	5
27. Sou o tipo de pessoa que gosta de experimentar coisas novas.	1	2	3	4	5
28. Tenho muitas pessoas a quem recorrer quando preciso de desabafar.	1	2	3	4	5
29. Tenho prazer em fazer planos para o futuro e torná-los realidade.	1	2	3	4	5
30. Quando revejo a minha vida, fico contente com a forma como as coisas correram.	1	2	3	4	5

Anexo VII – Quadros de Consistência Interna – *Alpha de Cronbach*

Quadro 1: Resultados da análise de consistência interna da EAER – total (N=205)

Alfa Cronbach	Alfa Cronbach baseado em itens padronizados	N.º de Itens
,867	,871	10

	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	<i>Alpha</i> se o item for eliminado
1.Globalmente, estou satisfeito(a) comigo próprio(a)	,607	,853
2.Por vezes penso que não sou bom/boa em nada.	,595	,853
3.Sinto que tenho algumas qualidades.	,473	,862
4.Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas.	,489	,861
5.Sinto que não tenho muito de que me orgulhar.	,582	,854
6.Por vezes sinto-me, de facto, um(a) inútil.	,659	,848
7.Sinto-me uma pessoa de valor, pelo menos tanto quanto a generalidade das pessoas.	,598	,854
8.Gostaria de ter mais respeito por mim próprio(a).	,481	,866
9.Bem vistas as coisas, inclino-me a sentir que sou um(a) falhado(a).	,735	,842
10.Adopto uma atitude positiva para comigo	,666	,847

Quadro 2: Resultados da análise de consistência interna da QCE (N=205)

	Alfa Cronbach	Alfa Cronbach baseado em itens Padronizados	N.º de Itens
SubEscala - Capacidade para Lidar com a Emoção	,802	,812	16
Sub-Escala - Expressão Emocional	,892	,896	14
Sub-Escala - Percepção Emocional	,906	,907	15
Escala Total	,941	,944	45

	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
1.Consigo manter-me de bom humor, mesmo que alguma coisa má aconteça.	,485	,940
2.Consigo exprimir os meus sentimentos e emoções em palavras.	,621	,939
3.Quando encontro alguém conhecido, apercebo-me logo da sua disposição.	,505	,940
4.Consigo manter-me de bom humor, mesmo quando os que me rodeiam estão de mau humor.	,436	,941
5.Quando alguma coisa me desagrada, demonstro-o logo.	,354	,942
6.Quando vejo como alguém se sente, geralmente sei o que lhe aconteceu.	,458	,940
7.As experiências desagradáveis ensinam-me o que não devo fazer.	,393	,941
8.Consigo facilmente arranjar maneira de me aproximar das pessoas de quem gosto.	,481	,940
9.Consigo perceber a diferença, se os meus amigos estão tristes ou decepcionados.	,539	,940
10.Quando alguém me elogia, trabalho com maior entusiasmo.	,494	,940
11.Consigo facilmente descrever as emoções que estou a sentir.	,708	,938
12.Consigo facilmente notar as mudanças de humor nos meus amigos.	,585	,940
13.Quando não gosto de uma pessoa, arranjo maneira de lho mostrar.	,102	,944
14.Exprimo bem as minhas emoções.	,658	,939
15.Consigo facilmente fazer feliz um amigo no dia do seu aniversário.	,570	,940
16.Quando estou de bom humor, é difícil ficar mal disposto(a).	,468	,940
17.Consigo exprimir a forma como me sinto.	,684	,939
18.Ao observar uma pessoa junto de outras, sou capaz de descrever bem as suas emoções.	,625	,939
19.Quando estou de bom humor, todos os problemas parecem ter solução.	,377	,941
20.Consigo descrever o meu estado emocional actual.	,668	,939
21.Consigo perceber quando alguém se sente desanimado.	,570	,940

22.Quando estou com alguém que me admira, tenho cuidado com a forma como me comporto.	,112	,943
23.Posso afirmar que conheço bem o meu estado emocional.	,666	,939
24.Consigo descrever os sentimentos de uma pessoa a partir da expressão da sua cara.	,673	,939
25.Quando estou feliz e bem humorado(a), estudo e trabalho melhor.	,300	,941
26.O meu comportamento reflecte os meus sentimentos mais profundos.	,284	,942
27.Consigo detectar a inveja disfarçada nos outros.	,356	,941
28.Se eu quiser mesmo, consigo resolver problemas que parecem sem solução.	,504	,940
29.As pessoas são sempre capazes de descrever o meu estado de humor.	,475	,940
30.Percebo quando alguém tenta esconder o seu mau humor.	,467	,940
31.Consigo facilmente persuadir um amigo de que não há razões para se preocupar.	,579	,940
32.Normalmente sei as razões porque me sinto mal.	,468	,940
33.Percebo quando alguém se sente culpado.	,456	,940
34.Procuro moderar as emoções desagradáveis e reforçar as positivas.	,483	,940
35.Considero fácil manifestar carinho a pessoas do sexo oposto.	,485	,940
36.Percebo quando alguém tenta esconder os seus verdadeiros sentimentos.	,587	,939
37.Não há nada de mal com o modo como habitualmente me sinto.	,554	,940
38.Consigo nomear e descrever a maioria dos meus sentimentos.	,672	,939
39.Percebo quando alguém está em baixo.	,559	,940
40.Cumpro os meus deveres e obrigações com prontidão, em vez de estar a pensar neles.	,383	,941
41.Consigo reconhecer a maioria dos meus sentimentos.	,673	,939
42.Percebo quando o comportamento de alguém varia em função do seu humor.	,665	,939
43.Tento manter o bom humor.	,476	,940
44.Sei como surpreender de forma agradável cada um dos meus amigos.	,645	,939
45.No que me diz respeito, é normal sentir o que sinto agora.	,491	,940

Quadro 3: Resultados da análise de consistência interna da QCS (N=205)

	Alfa Cronbach	Alfa Cronbach baseado em itens Padronizados	N.º de Itens
SubEscala - Alimentação	,798	,797	5
Sub-Escala - Poluição	,763	,773	5
Sub-Escala - Sexo	,735	,733	3
SubEscala - Proteção	,188	,231	4
SubEscala - Exercício	,736	,739	2
SubEscala - Prevenção	,680	,674	4
SubEscala - Adição	,684	,688	2
SubEscala - Repouso	,463	,439	3
Escala Total	,800	,808	28

	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
1.Faço exercício físico intendo durante pelo menos 20 minutos por dia, duas vezes ou mais por semana.	,195	,800
2.Andoapé ou de bicicleta diariamente.	,094	,805
3.Pratico desporto que faz suar, pelo menos duas vezes por semana.	,128	,805
4.Tenho cuidado com o que como de modo a manter o peso recomendado para a altura que tenho.	,308	,795
5.Tenho cuidado com o que como de modo a reduzir a ingestão de sal.	,490	,786
6.Planifico a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes.	,395	,791
7.Não bebo mais de duas bebidas alcoólicas por dia.	,220	,801
8.Durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado.	,274	,796
9.Mantenho as minhas vacinas em dia.	,261	,798
10.Verifico anualmente a minha pressão arterial.	,355	,793
11.Vou ao dentista anualmente verificar o estado dos meus dentes.	,261	,797
12.Vou anualmente ao médico fazer um checkup.	,340	,793

13. Não guio quando bebo demais, ou não viajo com um condutor que bebeu demais.	,319	,795
14. Quando guio, ou quando viajo nalgum veículo, gosto de me manter dentro dos limites de velocidade.	,452	,788
15. Quando viajo de carro no banco da frente, fora da cidade, coloco o cinto de segurança.	,188	,799
16. Evito tomar medicamentos sem serem recomendados pelo médico.	,282	,796
17. Evito fumar.	,394	,791
18. Evito ingerir alimentos com gordura.	,530	,784
19. Devido aos efeitos potencialmente perigosos da cafeína, evito tomar bebidas, tais como o café, chá ou coca-cola.	,320	,795
20. Evito utilizar estimulantes, mesmo em época de exames.	,245	,797
21. Evito tomar tranquilizantes.	,204	,799
22. Evito ingerir alimentos que são feitos à base de açúcar.	,347	,793
23. Evito estar em ambientes saturados de fumo de tabaco.	,455	,788
24. Evito os ambientes muito ruidosos.	,525	,785
25. Evito os ambientes que tenha o ar poluído.	,404	,791
26. Evito mudar de parceiro sexual.	,382	,793
27. Evito ter relações sexuais com pessoas que conheço mal.	,383	,793
28. Devido às doenças sexuais, evito ter relações sexuais sem tomar precauções.	,284	,796

Quadro 4: Resultados da análise de consistência interna da EBEP – total (N=205)

	Alfa Cronbach	Alfa Cronbach baseado em itens Padronizados	N.º de Itens
Subescala - Autonomia	,59	,617	5
Subescala – Domínio do Meio	,43	,398	5
Subescala – Crescimento Pessoal	,704	,718	5
Subescala – Relações Positivas	,708	,715	5
Subescala – Objetivos na Vida	,679	,689	5
Subescala – Aceitação De Si	,86	,86	5
Escala Total	,874	,883	30

	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
1.É mais importante estar contente comigo próprio(a), do que ter a aprovação dos outros.	,338	,872
2.Acho desgastante não conseguir fazer tudo o que tenho para fazer em cada dia.	,002	,878
3.Com o passar dos tempos, ganhei um maior entendimento sobre a vida, tornando-me mais forte e capaz como pessoa.	,536	,868
4.As pessoas poderiam descrever-me como uma pessoa generosa e sempre pronta a partilhar o meu tempo com os outros.	,346	,871
5.Ainda não sei o rumo que quero dar à minha vida.	,261	,877
6.De um modo geral, sinto-me confiante e bem comigo próprio(a).	,643	,864
7.Eu avalio-me pelo que penso ser mais importante para mim e não por aquilo que os outros pensam.	,445	,869
8.No geral, sinto que sou responsável pela situação em que me encontro.	,284	,873
9.Para mim, a vida tem sido um processo contínuo de aprendizagem, mudança e crescimento.	,422	,870
10.Para mim é importante ouvir os meus amigos falar dos seus problemas.	,328	,872
11.Algumas pessoas não sabem o que querem fazer na vida, mas eu sei.	,373	,871
12.Gosto da maior parte dos aspectos da minha personalidade.	,590	,866
13.Raramente as pessoas me levam a fazer coisas que não quero fazer.	,226	,875
14.O meu dia-a-dia é ocupado, mas sinto-me satisfeito por dar conta do recado.	,444	,869

15. Penso que é importante ter novas experiências que ponham em causa a forma como pensamos acerca de nós próprios e do mundo.	,345	,871
16. Sei que posso confiar nos meus amigos e eles sabem que podem confiar em mim.	,457	,869
17. Os meus objectivos na vida têm sido mais uma fonte de satisfação, do que uma fonte de desilusão.	,524	,867
18. Na maior parte dos casos tenho orgulho no que sou e na vida que levo.	,677	,863
19. Sou o tipo de pessoa que pensa e age de modo a agradar aos outros.	,123	,880
20. Se não estivesse satisfeito com a minha vida, tentaria mudá-la.	,447	,869
21. Sinto que continuo a aprender mais acerca de mim próprio(a) à medida que o tempo passa.	,511	,869
22. Sinto que tiro imenso partido das minhas amizades.	,378	,871
23. Sou uma pessoa que não desiste dos seus objectivos.	,599	,867
24. Quando me comparo com amigos e conhecidos, sinto-me bem em ser quem sou.	,567	,866
25. Tenho confiança nas minhas opiniões, mesmo quando são diferentes das outras pessoas.	,472	,868
26. Sou bastante competente a gerir as minhas responsabilidades do dia-a-dia.	,358	,871
27. Sou o tipo de pessoa que gosta de experimentar coisas novas.	,333	,872
28. Tenho muitas pessoas a quem recorrer quando preciso de desabafar.	,463	,869
29. Tenho prazer em fazer planos para o futuro e torná-los realidade.	,548	,866
30. Quando revejo a minha vida, fico contente com a forma como as coisas correram.	,551	,866

