

## **Saúde e felicidade na adolescência: factores individuais e sociais associados às percepções de saúde e de felicidade dos adolescentes portugueses**

### **Health and happiness in adolescence: individual and social factors associated with the perceptions of health and happiness in portuguese adolescents**

**Celeste Simões\*; Margarida Gaspar de Matos\*\*; Joan Batista-Foguet\*\*\***

\* Professora Auxiliar da Faculdade de Motricidade Humana/Universidade Técnica de Lisboa, Portugal

\*\* Professora Associada com Agregação da Faculdade de Motricidade Humana/Universidade Técnica de Lisboa, Portugal

\*\*\* Coordenador Investigação ESADE BS/Universidade Ramon Lull, Barcelona, Espanha

[Endereço para correspondência](#)

#### **RESUMO**

Saúde e felicidade encontram-se frequentemente associadas. Vários factores individuais e sociais influenciam as percepções de saúde e de felicidade. Sendo a adolescência um período crítico na cronologia da saúde torna-se importante analisar os factores que influenciam a saúde e o bem-estar dos adolescentes. Com o objectivo de analisar a relação entre a saúde e a felicidade, bem como os factores aliados a cada um destes aspectos, desenvolveu-se um modelo explicativo. Os dados utilizados nesta análise fazem parte do estudo "Health Behaviours in School-aged Children", um estudo colaborativo da Organização Mundial de Saúde conduzido em Portugal pela equipa do projecto "Aventura Social" da Faculdade de Motricidade Humana ( $n=6131$ ). Os dados obtidos através de questionários foram sujeitos a análises descritivas e análises bivariadas e multivariadas, nomeadamente modelação de equações estruturais. Os resultados mostram a existência de uma relação positiva entre as percepções de saúde e felicidade. Verificou-se ainda que

*REVISTA BRASILEIRA DE TERAPIAS COGNITIVAS, 2008, Volume 4, Número 2*

vários factores individuais e sociais estão associados a cada uma destas percepções. Os factores individuais parecem ter mais impacto na percepção de saúde, enquanto que os factores sociais parecem ter mais impacto na percepção de felicidade. No final são discutidas as implicações destes resultados no campo da intervenção com adolescentes.

**Palavras-chave:** Saúde, Felicidade, Adolescência.

## **ABSTRACT**

Perceptions of health and happiness are generally associated. Several personal and social factors influence these perceptions. Since adolescence is a critical period in health chronology it is important to analyze which factors influence the adolescent's health and well-being. To analyze the relations between health and happiness as well as the factors allied to each of these features, we developed an explanatory model. The data used in this study are part of a cross-national research study - Health Behaviours in School-aged Children - conducted by the "Social Adventure" team from the Faculty of Human Kinetics in collaboration with the WHO Regional Office for Europe ( $n=6131$ ). The data were collected through self-completion questionnaires. Descriptive analyses as well as multivariate analyses were conducted, namely structural equations modeling. The results showed a positive relation between the perceptions of health and happiness. It was also possible to verify that there are several personal and social features associated to these perceptions. Personal features have more impact on health perception while social features have more impact on happiness perception. The importance of these findings for the intervention with adolescents is discussed.

**Keywords:** Health, Happiness, Adolescence.

## **Introdução**

A adolescência é geralmente considerada um período de saúde. Se compararmos os adolescentes com outros grupos etários, como, por exemplo, as crianças ou os idosos, é possível verificar que os adolescentes são o grupo mais saudável, dada a sua menor vulnerabilidade à doença. Todavia, sabe-se também que muitos adolescentes se encontram em risco de vida, de adquirir doenças, deficiências e incapacidades, entre outras consequências negativas para a saúde (DiClemente, Hansen & Ponton, 1996; Nações Unidas, 1994; United States Department of Health and Human Services, 2000). Por detrás destes riscos encontram-se predominantemente factores de origem social, envolvental e comportamental (DiClemente et al., 1996; Igra & Irwin, 1996). Muitas das escolhas com impacto duradouro na saúde são feitas neste período da vida, facto que determina que a adolescência seja um período crítico na cronologia da saúde (McManus, 2002) e do bem-estar.

Saúde, bem-estar subjectivo ou felicidade e satisfação com a vida encontram-se geralmente associados. As associações entre estes conceitos encontram-se em diversos planos, nomeadamente no plano conceptual. A definição de saúde da Organização Mundial de Saúde como “o estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença” (WHO, 1993, p. 5), apresenta claramente o bem-estar como um componente importante da saúde. No entanto parece que este conceito proposto pela Organização Mundial de Saúde já ultrapassou o contexto científico para fazer também parte das concepções do senso comum sobre saúde. De acordo com um estudo realizado por Himmel (2001), a saúde é frequentemente definida como o valor mais importante da vida, como o funcionamento normal do corpo e da alma e ainda como o completo bem-estar. Por sua vez, o bem-estar subjectivo ou felicidade é entendido, por uma grande parte dos investigadores da área, como uma combinação do humor positivo, ausência de humores negativos, como a ansiedade e a depressão, e a satisfação com a vida (Argyle, 1997; Ferreira & Simões, 1999), factores que por sua vez surgem como associados à saúde.

Também Argyle (1997) refere que uma crença comum é a de que a saúde e a felicidade estão relacionadas. Contudo, a direcção desta relação já não parece ser tão clara. Será a felicidade uma causa da saúde, ou será que é a saúde que leva à felicidade? Apesar de vários estudos, utilizando modelos causais, apontarem para uma relação em ambos os sentidos, uma revisão da literatura realizada pelo autor leva-o à conclusão de que é a felicidade e o humor positivo que conduzem à saúde. Por sua vez, a felicidade e o humor positivo têm por detrás um conjunto de variáveis que não têm influência directa na saúde. A felicidade e o humor positivo são afectados pelo facto de se ser amado, ter amigos, participar em actividades de lazer, ter um trabalho interessante, sentir-se realizado e reconhecido no trabalho, e certos aspectos da personalidade, tais como a extroversão, e competências sociais como, por exemplo, a assertividade. Estas variáveis actuam sobre a saúde através da felicidade e humores positivos pelo que constituem uma parte fundamental da cadeia causal (Argyle, 1997).

A felicidade e o humor positivo parecem assim funcionar como variáveis mediadoras da relação entre aspectos interpessoais e sociais e a saúde. O autor refere que existem outros factores que influenciam a felicidade e a saúde mas não directamente, tais como, o casamento e outros tipos de suporte social, o exercício físico, trabalhar e ter um trabalho com estatuto elevado, certos aspectos da personalidade (como, por exemplo, o optimismo, pertencer a uma classe social elevada e ter uma boa educação). Estes factores podem influenciar a felicidade ou a saúde através da prática de comportamentos de saúde, promoção da auto-estima, entre outros.

Por sua vez, os comportamentos relacionados com a saúde têm sido apontados como um dos principais factores determinantes da mesma (Ogden, 1996). Os estudos realizados neste âmbito têm mostrado a existência de uma relação entre a prática de um conjunto de comportamentos de saúde e um baixo nível de mortalidade, e conseqüente aumento de tempo de vida. Os comportamentos identificados foram os seguintes: dormir 7 a 8 horas por dia; tomar o pequeno-almoço todos os dias; não fumar; comer raramente entre as refeições / evitar *snacks*; ter ou estar próximo do peso recomendado; não consumir álcool ou consumir moderadamente; e praticar actividade física regularmente. Outros estudos salientam também o consumo de tabaco, o consumo de álcool, a inactividade física e uma má alimentação, como alguns dos percursos das doenças cardiovasculares e do cancro (Conner & Norman, 1996).

Por outro lado, os estados de mal-estar, perturbação ou doença são influenciados por um estilo de vida não saudável (Adler, 1995; Pattishall, 1994). E um estilo de vida não saudável é composto por padrões comportamentais não saudáveis, ou que envolvem algum risco para a saúde, mantidos ao longo do tempo e apresentados em vários contextos (Andrews & Dishion, 1994). De salientar ainda que os comportamentos relacionados com a saúde, para além da influência que têm no continuum "saúde-doença", têm também influência sobre os comportamentos futuros.

Estudos realizados com adolescentes têm também revelado que a saúde e a felicidade estão associadas. Os adolescentes que reportam menos frequentemente sintomas físicos e psicológicos são também os que mais referem ser felizes (Matos & Equipa do Projecto Aventura Social, 2003). E, se felicidade e bem-estar estão associados à percepção de saúde, o que é que faz os jovens sentirem-se felizes? Basicamente, a satisfação consigo próprio e o suporte e satisfação nos contextos de vida significativos. O suporte social constitui um factor que contribui para o bem-estar e saúde dos adolescentes (Chen, Wang, Yang & Liou, 2003; Yarcheski, Mahon & Yarcheski, 2001; Yarcheski, Scoloveno & Mahon, 1994). Os adolescentes mais felizes são os que melhor estão integrados socialmente, isto é, têm amigos, passam tempo com eles e têm facilidade de comunicação com estes (King, Wold, Tudor-Smith & Harel, 1996). Nem só a satisfação nas relações com os pares, são elementos importantes para o bem-estar do adolescente. Também uma boa comunicação com os pais (Jackson, Bijstra, Oostra & Bosma, 1998; King et al., 1996) e a percepção de um bom relacionamento familiar estão positivamente associadas com o bem-estar subjectivo (Chou, 1999; Greeff & le Roux, 1999) e negativamente com sintomas de mal-estar (Chou, 1999; Weitoft, Hjern, Haglund & Rosen, 2003). Iguamente, uma atitude positiva em relação à escola (King et al., 1996), e a percepção de um ambiente escolar positivo (Burns, Andrews & Szabo, 2002), têm sido encontrados como factores significativamente associados ao bem-estar dos adolescentes. King et al. (1996) referem ainda outros factores associados ao bem-estar, tais como o estatuto socioeconómico, o estar satisfeito com a sua aparência e estar raramente de mau humor. Factores como a solidão e os sintomas depressivos, por outro lado, estão negativamente associados com o bem-estar (Lewin, Davis & Hops, 1999; Mahon & Yarcheski, 2001; Pedersen, 1998; Whalen, Jamner, Henker & Delfino, 2001).

Como foi possível verificar ao longo da revisão de literatura apresentada, conceitos como, saúde, felicidade e satisfação com a vida encontram-se associados, não sendo, no entanto, clara a relação entre estes conceitos. Um outro aspecto relevante é o facto de estes conceitos terem por detrás múltiplas determinantes, nomeadamente factores individuais e sociais. O presente artigo têm como objectivo clarificar alguns dos aspectos em aberto, apontados na revisão efectuada, nomeadamente: (1) analisar as percepções de saúde, felicidade e satisfação com a vida numa amostra representativa de adolescentes portugueses em idade escolar; 2) analisar as relações entre saúde, felicidade e satisfação com a vida; (3) analisar as relações entre factores individuais e sociais e as percepções de saúde, de felicidade e de satisfação com a vida; (4) apresentar um modelo explicativo da relação saúde-felicidade e factores individuais e sociais associados.

## **Método**

### *Amostra*

Os dados utilizados neste artigo fazem parte do estudo da Organização Mundial de Saúde, integrado na Rede Europeia, "Health Behaviours in School-aged Children (HBSC/OMS)", realizado em Portugal Continental em 2002 pela equipa do Projecto Aventura Social, coordenado pela Prof. Dr.<sup>a</sup> Margarida Gaspar de Matos (Matos & Equipa do Projecto Aventura Social, 2003). O estudo Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) é um estudo colaborativo da Organização Mundial de Saúde (Currie, Smith, Boyce & Smith, 2001) que pretende estudar os comportamentos e estilos de vida dos adolescentes em idade escolar nos principais contextos de vida. No sentido de se obter uma amostra representativa da população escolar portuguesa das idades indicadas no protocolo internacional (11, 13 e 15 anos) foram seleccionadas aleatoriamente 135 escolas (de um total de 1535 escolas públicas de Portugal continental) da lista do Ministério da Educação estratificada por regiões do país (cinco regiões escolares). De acordo com o protocolo de aplicação do questionário Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), a técnica de escolha da amostra foi a "cluster sampling" onde o "cluster" ou unidade de análise foi a turma. Assim, foram seleccionadas 374 turmas dos 6º (127 turmas), dos 8º (122 turmas) e dos 10º anos (125 turmas), num total de 7331 alunos (correspondente a 2,4% de todos os alunos portugueses do ano escolar de 2001/2002 dos anos de escolaridade seleccionados).

### *Procedimento*

A recolha de dados realizou-se em Março e Abril de 2002, tendo sido seleccionados os 6º, 8º e 10º anos de escolaridade (Matos & Equipa do Projecto Aventura Social, 2003). A administração dos questionários realizou-se no contexto da sala de aula. O preenchimento dos questionários foi supervisionado por um professor, ao qual era dirigida uma carta relativa aos procedimentos para a sua aplicação. Antes do preenchimento os alunos foram informados que a resposta ao questionário era voluntária, confidencial e anónima. O tempo de preenchimento do questionário situou-se entre os 60 e os 90 minutos (informação mais detalhada sobre os procedimentos de aplicação do questionário pode ser encontrada em Roberts, Tynjälä, Currie & King, 2004). (Roberts, Tynjälä, Currie, & King, 2004).

### *Instrumento de avaliação*

O instrumento de avaliação aplicado foi o adoptado no estudo Health Behaviour in School-aged Children (Matos & Equipa do Projecto Aventura Social, 2003), em 2002. Este questionário apresentava para além de questões sociodemográficas, um conjunto de questões relacionadas com a prática de exercício físico e tempos livres, hábitos alimentares e de higiene, queixas psicológicas e somáticas, história de consumos, bem-estar e apoio familiar, ambiente na escola (amigos, professores e violência), crenças e atitudes face ao VIH/SIDA, sexualidade, competências sociais, comportamento anti-social e ambiente na comunidade de residência.

### *Análise de dados*

Para a concretização dos objectivos propostos neste artigo conduziu-se um conjunto de análises estatísticas bivariadas e multivariadas.

Para analisar as percepções de saúde, felicidade e satisfação com a vida dos adolescentes portugueses em idade escolar realizou-se uma análise de frequências e percentagens das variáveis em questão. Para verificar a existência de diferenças significativas entre grupos de sujeitos (género e escalão etário) nas variáveis em estudo utilizaram-se tabelas de

contingência e o teste do qui-quadrado com a análise dos residuais ajustados. Os testes acima mencionados foram também utilizados para análise das relações entre saúde, felicidade e satisfação com a vida, bem como das relações entre estas variáveis e os factores individuais e sociais em estudo.

Para a análise do modelo explicativo da relação saúde-felicidade e factores individuais e sociais associados utilizou-se a modelação de equações estruturais.

Antes de se proceder a esta análise, as variáveis originais, que eram ordinais, foram transformadas em variáveis contínuas através do procedimento *optimal scaling* (Simões, Batista-Foguet, Matos & Calmeiro, no prelo). Trata-se de um método que atribui quantificações óptimas às variáveis categóricas (nominais ou ordinais), permitindo ainda a análise de relações entre as variáveis em estudo (Pestana & Gageiro, 2000). As quantificações numéricas atribuídas originalmente às variáveis categóricas são arbitrárias (apesar de existir uma ordem entre as categorias). Como tal, estas não constituem escalas com propriedades métricas necessárias para a utilização de técnicas de análise lineares (Batista-Foguet, Fortiana, Currie & Villalbi, 2004), como é o caso dos modelos de equações estruturais, pelo que este procedimento se torna fundamental neste caso.

A modelação de equações estruturais consiste num tipo de análise que permite avaliar a qualidade de mediação de um conjunto de variáveis utilizadas para medir um constructo latente, o que se denomina de modelo de medição, bem como as relações entre variáveis ou constructos latentes, o que denomina de modelo estrutural. Para avaliar a qualidade de um conjunto de variáveis como indicadores de um constructo latente utiliza-se uma análise factorial confirmatória. A partir do momento em que fica estabelecido que as variáveis latentes são medidas de forma adequada, passa-se a testar o modelo estrutural, ou seja, as relações hipotéticas entre as variáveis latentes.

Concretamente em relação à análise apresentada neste artigo, foi realizada uma análise factorial confirmatória, antes de se proceder às análises relativas ao modelo estrutural, que levou à eliminação dos indicadores com saturações factoriais inferiores a .40. Seguidamente testaram-se as relações entre os factores individuais e sociais com a saúde e felicidade. Para se realizar estas análises foi utilizado o programa estatístico EQS, *Structural Equation Modeling Software*, versão 6.1 (Bentler, no prelo). Os índices de ajustamento do modelo apresentados (à excepção do índice SRMR) foram obtidos através do método *Robust* (*Yuan-Bentler Correction*).

## Resultados

Dos 6371 questionários recebidos, 240 (3,8%) foram excluídos devidos a valores omissos em variáveis como o género e a idade. A amostra final ficou constituída por 6131 sujeitos, 49% do género masculino e 51% do género feminino, com idades compreendidas entre os 11 e os 18 anos (M=14 anos, DP=1.82 anos). No que diz respeito aos anos de escolaridade, 38.7% frequentava o 6º ano, 35.7% frequentava o 8º ano e 25.6% frequentava o 10º ano de escolaridade.

## Percepções de saúde, felicidade e satisfação com a vida

Os resultados do estudo HBSC de 2002 mostram que a maior parte dos adolescentes portugueses referem ter pelo menos uma boa saúde (excelente – 26,1% boa – 54,1% razoável – 18,8% má – 0,9%). De um modo geral, os rapazes (32,3%) e os adolescentes mais novos (29,8%) referem mais frequentemente ter uma saúde excelente, comparativamente com as raparigas (20,1%) e os adolescentes mais velhos (18,8%) ( $\chi^2 = 151,31$ ; g.l. = 3;  $p < .001$ , para a comparação entre géneros;  $\chi^2 = 108,65$ ; g.l. = 3;  $p < .001$ , para a comparação entre grupos etários).

Ao nível da felicidade os resultados são similares. A maior parte dos adolescentes refere que é feliz (53,6%) ou muito feliz (29,4%). No entanto, uma minoria de adolescentes refere que é pouco feliz (14,0%) ou mesmo infeliz (3,1%). Mais uma vez, os rapazes (85,6%) e os adolescentes mais novos (85,3%) apresentam percepções de felicidade mais positivas (feliz ou muito feliz) quando comparados com as raparigas (80,4%) e os adolescentes mais velhos (78,4%), respectivamente ( $\chi^2 = 83,56$ ; g.l. = 3;  $p < .001$ , para a comparação entre géneros;  $\chi^2 = 196,92$ ; g.l. = 3;  $p < .001$ , para a comparação entre grupos etários).

Em relação à satisfação com a vida (avaliada através da escala “*Cantrill Ladder*”, na qual o fundo da escada representa a pior vida possível e o topo da escada representa a melhor vida possível) foi possível verificar que a maioria (93,9%) se posiciona na metade superior da escada (30,3% nos dois degraus do topo), enquanto que 6,1% se posiciona na metade inferior da escada (cerca de 1% nos dois últimos degraus da escada). Tal como foi verificado para as percepções de saúde e felicidade, os rapazes (94,9%) e os adolescentes mais novos (94,0%) posicionam-se mais frequentemente nos degraus mais elevados da escada, comparativamente com as raparigas (93,1%) e os mais velhos (91,8%) ( $\chi^2 = 8,38$ ; g.l. = 3;  $p < .05$ , para a comparação entre géneros;  $\chi^2 = 147,35$ ; g.l. = 3;  $p < .001$ , para a comparação entre grupos etários).

## Relação entre saúde, felicidade e satisfação com a vida

Para analisar as relações entre saúde, felicidade e satisfação com a vida utilizaram-se tabelas de contingência e o teste do qui-quadrado. Para a realização desta análise a variável “satisfação com a vida” foi categorizada em quatro categorias (insatisfeito, não muito satisfeito, satisfeito e muito satisfeito). Os resultados desta análise mostraram que os adolescentes que referem ter uma boa saúde referem mais frequentemente que são felizes e que estão satisfeitos com a vida ( $\chi^2 = 789,67$ ; g.l. = 9;  $p < .001$ ).

Situando a análise nas categorias extremas do pólo positivo (saúde excelente, muito feliz e muito satisfeito com a vida), é possível verificar que 98% dos adolescentes que referem ter uma saúde excelente também referem que estão satisfeitos ou muito satisfeitos com a sua vida. Uma análise mais detalhada, mostra que 65,5% dos adolescentes que referem ter uma excelente saúde e que estão simultaneamente muito satisfeitos com a sua vida também referem que são muito felizes ( $\chi^2 = 473,33$ ; g.l. = 9;  $p < .001$ ).

Um padrão similar ocorre no grupo de adolescentes que refere ser muito feliz ou estar no topo da satisfação com a vida. Cerca de 98% dos adolescentes que referem ser muito felizes referem também estar satisfeitos ou muito satisfeitos com a vida ( $\chi^2 = 154,98$ ; g.l. = 9;  $p < .001$ ).

= 9;  $p < ,001$ ), e cerca de 66% dos adolescentes que referem estar muito satisfeitos com a sua vida e muito felizes referem também que a sua saúde é excelente ( $c2 = 253,10$ ; g.l. = 9;  $p < ,001$ ).

### **Relação entre os factores individuais e sociais e as percepções de saúde, felicidade e satisfação com a vida**

Para analisar as relações entre os factores individuais e sociais e as percepções de saúde, felicidade e satisfação com a vida, seleccionou-se um conjunto de questões relativas a aspectos significativos na vida dos adolescentes e que são referidas na literatura como estando associadas às percepções de saúde e/ou felicidade, nomeadamente: comunicação com a família (pai, mãe, irmãs e irmãos mais velhos), afluência familiar (carro, quarto próprio, computador, férias, nível financeiro), amigos (falar com amigos, número de amigos íntimos, ficar com os amigos depois das aulas, sair à noite com os amigos, facilidade em fazer novos amigos), escola (escola é aborrecida, sentimento pela escola), colegas (alunos gostam de estar juntos, colegas são simpáticos e prestáveis, colegas aceitam-me como sou), problemas de saúde (deficiência/incapacidade prolongada, medicação, limitações na participação na escola ou em outras actividades devido a deficiência/incapacidade), sintomas psicológicos (sentir-se deprimido, irritabilidade ou mau temperamento, nervosismo), sintomas físicos (dor de cabeça, dor de estômago, dores de costas, dificuldades em adormecer e tonturas), satisfação com o corpo (imagem corporal, alterar o corpo, dieta), alimentação (comer frutas, comer vegetais), actividade física (frequência), comportamentos de risco (beber cerveja, beber vinho, beber bebidas destiladas, embriaguez, fumar tabaco, consumo de drogas ilícitas, envolvimento em lutas físicas, ser provocado e provocar os outros nos dois últimos meses), competências sociais (defender os seus direitos, dizer não, expressar sentimentos, manter a sua opinião numa discussão, ficar afastado de situações desagradáveis).

A análise mostrou que a saúde, felicidade e satisfação com a vida estão significativamente relacionadas ( $p < .001$ ) com vários aspectos significativos da vida dos adolescentes. Os adolescentes que referem ter uma saúde excelente referem também uma comunicação mais fácil com a família, maior afluência familiar, relações mais positivas com os amigos e com os colegas, e referem também estar mais satisfeitos com a escola, comparativamente com os adolescentes que referem ter uma percepção de saúde menos positiva. Estes adolescentes referem ainda estar mais satisfeitos com a sua imagem corporal, ter uma alimentação mais saudável, praticar mais actividade física, e apresentam mais competências sociais.

Por outro lado, estes adolescentes referem menos frequentemente ter um problema de saúde, ter sintomas de mal-estar (físico ou psicológico), envolvimento no consumo de substâncias ou em situações de violência. Para a felicidade ou satisfação com a vida obteve-se um padrão similar, ou seja, os adolescentes que referem ser muito felizes ou estar muito satisfeitos com a vida apresentam níveis de ajustamento mais positivos em diversos aspectos individuais e sociais, comparativamente com os adolescentes que referem ser menos felizes ou estar menos satisfeitos com a vida ( $p < .001$ ).



## **Modelo explicativo da relação saúde-felicidade**

O modelo explicativo da relação saúde-felicidade incluiu todas as variáveis que apresentaram uma associação significativa com a variável saúde e/ou felicidade na análise anterior. No Quadro 1 são apresentados os factores e respectivos indicadores incluídos no modelo explicativo final.

**Quadro 1** - Saturação dos indicadores nos factores ( $\lambda$ ), erro residual (E) e variância explicada ( $R^2$ ) incluídos no modelo explicativo final

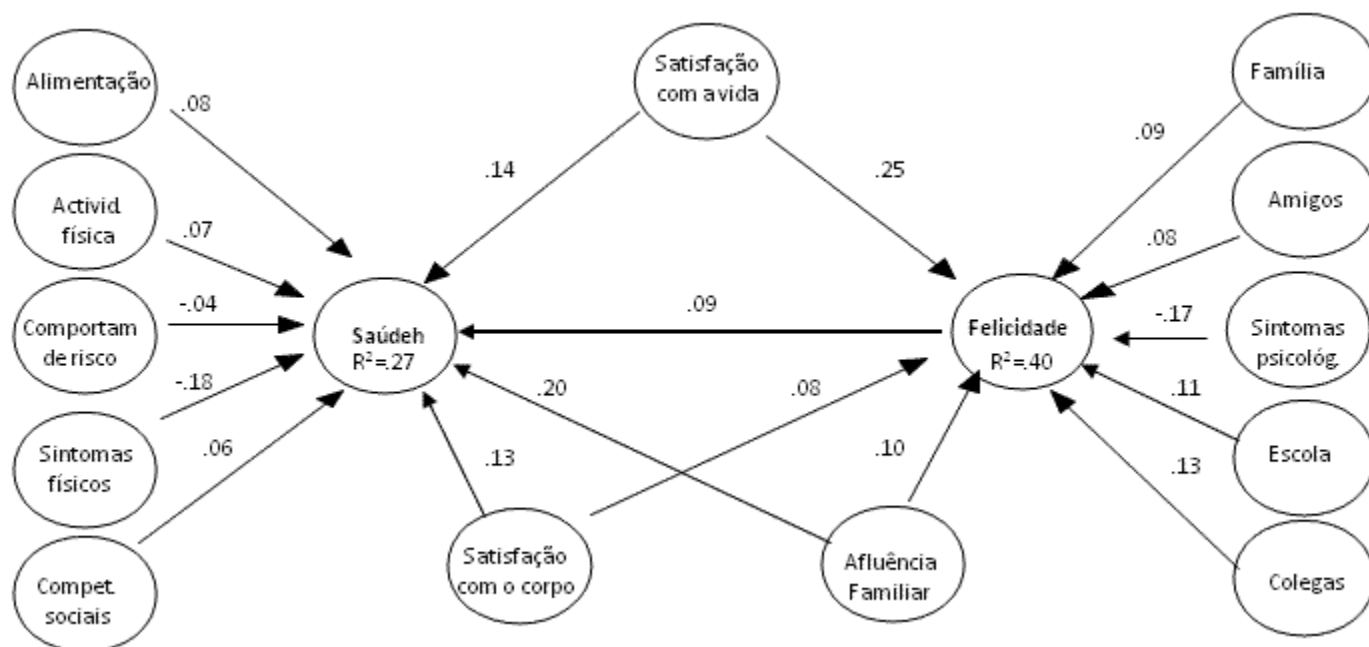
<b>Factor</b>	<b>Indicador</b>	<b><math>\lambda</math></b>	<b>E</b>	<b>R<sup>2</sup></b>
Actividade física	Frequência actividade física	1.00	.000	1.000
Afluência familiar	Carro	.404	.915	.163
	Computador	.481	.877	.232
	Férias	.405	.912	.160
	Nível financeiro	.645	.764	.416
Alimentação	Comer frutas	.621	.784	.386
	Comer vegetais	.561	.828	.315
Amigos	Falar com melhor amigo amigos	.662	.749	.438
	Falar com amigos do mesmo sexo	.777	.629	.604
	Falar com amigos do sexo oposto	.685	.729	.469
	Número de amigos íntimos	.794	.608	.631
	Número de amigas íntimas	.559	.829	.312
	Ficar com os amigos depois das aulas	.479	.878	.230
	Sair à noite com os amigos	.695	.719	.483
Colegas	Alunos gostam de estar juntos	.590	.807	.348
	Colegas são simpáticos e prestáveis	.781	.624	.610
	Colegas aceitam-me como sou	.628	.778	.394
Competências sociais	Defender os seus direitos	.598	.802	.357
	Dizer não	.603	.798	.363
	Expressar sentimentos	.592	.806	.351
	Manter a sua opinião numa discussão	.695	.719	.483
	Ficar afastado de situações desagradáveis	.445	.895	.198
Comportamentos de risco	Fumar tabaco	.610	.792	.372
	Beber cerveja	.783	.623	.612
	Beber vinho	.526	.851	.277
	Bebidas destiladas	.817	.577	.667
	Embriaguez	.777	.630	.603
	Consumo de drogas ilícitas	.544	.839	.296
Escola	Escola é aborrecida	.697	.717	.486
	Sentimento pela escola	.770	.637	.594
Família	Falar com o pai	.723	.691	.522
	Falar com a mãe	.625	.781	.391
Felicidade	Percepção de felicidade	1.00	.000	1.000
Satisfação com o corpo	Dieta	.481	.877	.232
	Alterar o corpo	.652	.758	.425
	Imagem corporal	.456	.890	.208
Satisfação com a vida	Satisfação com a vida	1.00	.000	1.000
Saúde	Percepção de saúde	1.00	.000	1.000
Sintomas físicos	Dor de cabeça	.618	.786	.382
	Dor de estômago	.454	.891	.206
	Dores de costas	.467	.884	.218
	Dificuldades em adormecer	.437	.899	.191
	Tonturas	.547	.837	.299
Sintomas psicológicos	Sentir-se deprimido	.706	.708	.498
	Insatisfação de um determinado momento	.620	.770	.400

A análise do modelo explicativo (ver Figura 1) mostrou que a satisfação com a vida, satisfação com o corpo, alimentação, actividade física, comportamentos de risco, sintomas físicos, competência social e afluência familiar apresentaram um impacto significativo na saúde ( $p < .05$ ). As relações com a família, com os amigos, e com os colegas, satisfação com a escola, sintomas psicológicos e mais uma vez a satisfação com a vida, satisfação com o corpo e a afluência familiar apresentaram um impacto significativo na felicidade ( $p < .05$ ). Os índices de ajustamento obtidos para o modelo explicativo da relação saúde-felicidade são aceitáveis [CFI: .941; NNFI: .931; RMSEA (90% C.I.): .018 (.017-.018); SRMR: .030].

Uma análise mais detalhada sobre os factores com impacto significativo na saúde mostra que a afluência familiar ( $\beta = .20$ ) e os sintomas físicos ( $\beta = .18$ ) são os factores com mais impacto, seguidos da satisfação com a vida ( $\beta = .14$ ) e da satisfação com o corpo ( $\beta = .13$ ). A percepção de felicidade apresentou também um impacto significativo e positivo na percepção de saúde ( $\beta = .09$ ). Para além destes, outros factores apresentaram também um impacto significativo na saúde, nomeadamente, a alimentação, a actividade física e as competências sociais que apresentaram um impacto positivo, e os sintomas físicos e os comportamentos de risco que apresentaram um impacto negativo.

Em relação à felicidade, a satisfação com a vida ( $\beta = .25$ ) e os sintomas psicológicos ( $\beta = -.17$ ) apresentaram o maior impacto. Todas as outras variáveis apresentaram um impacto positivo na percepção de felicidade.

Analisando os factores que apresentaram um impacto significativo e simultâneo nas percepções de saúde e de felicidade, foi possível verificar que a satisfação com a vida apresentou um maior impacto na percepção de felicidade ( $\beta = .25$ ), enquanto que a satisfação com a vida e a afluência familiar apresentaram um maior impacto na percepção de saúde ( $\beta = .13$  e  $\beta = .20$ , respectivamente). Os factores incluídos no modelo explicam 27% da variância da percepção de saúde e 40% da variância da percepção de felicidade.

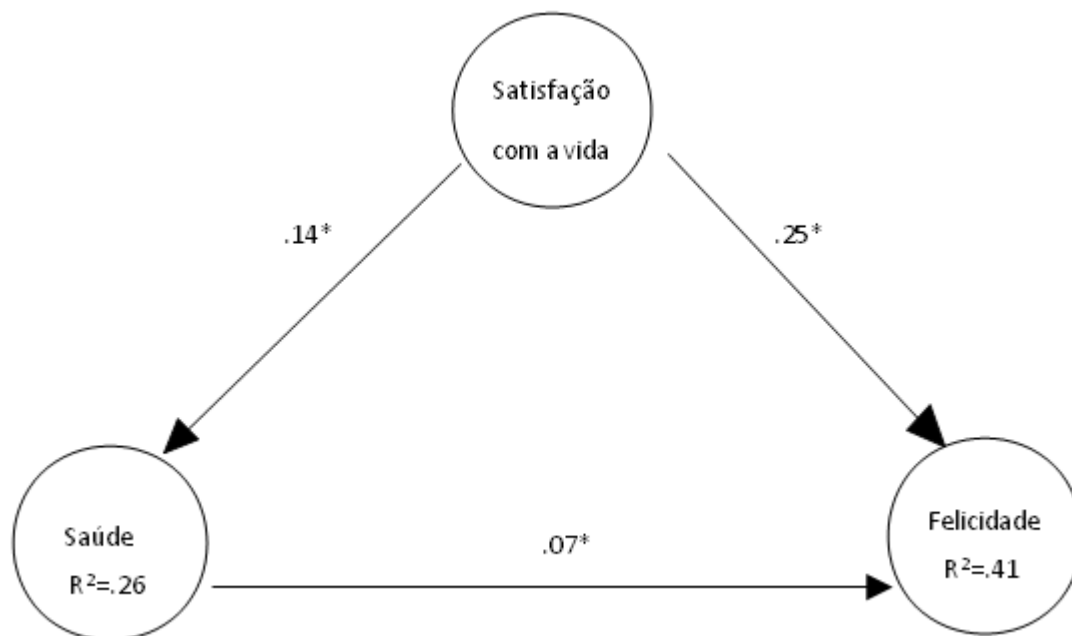


**Figura 1.** Modelo explicativo da relação saúde-felicidade.

**Nota:** Todos os factores independentes apresentaram um impacto significativo na saúde e/ou felicidade ( $p < .05$ )

Outras análises foram realizadas no sentido de testar modelos alternativos da relação entre estes três factores: Saúde, Felicidade, Satisfação com a Vida. Todas as relações, relativas aos factores individuais e sociais com a saúde e felicidade, permaneceram nos modelos alternativos e de acordo com o modelo apresentado na Figura 1. Apenas as relações entre a saúde, felicidade e satisfação com a vida foram alteradas em cada um dos modelos testados.

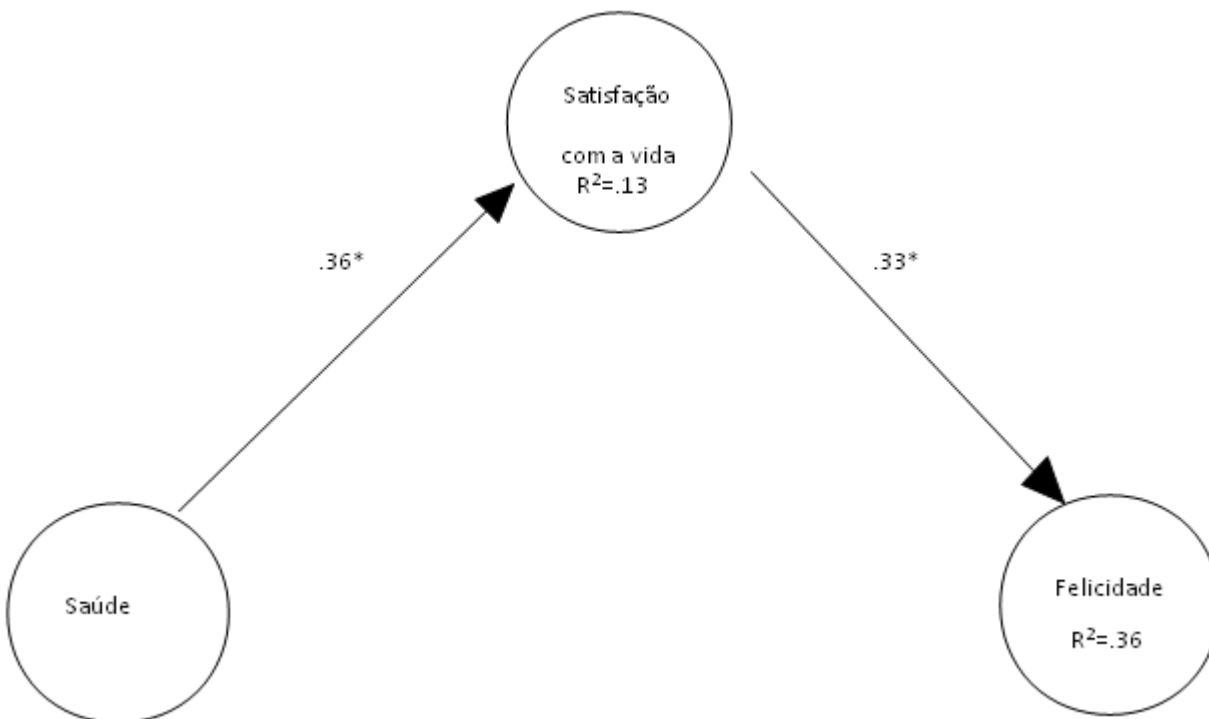
O primeiro modelo alternativo testado é igual ao modelo anterior alterando-se apenas o sentido da relação saúde-felicidade. Assim, neste modelo analisa-se o impacto da saúde sobre a felicidade, mantendo a satisfação com a vida um impacto simultâneo nestes dois factores (ver Figura 2, modelo simplificado sem os factores individuais e sociais). A saúde apresentou um impacto positivo e significativo, apesar de fraco, na felicidade ( $\beta = .07$ ). Os índices de ajustamento obtidos foram similares aos obtidos no primeiro modelo [CFI: .940; NNFI: .931; RMSEA (90% C.I.): .018 (.017-.020); SRMR: .030]. Nesta análise a variância explicada para a saúde (26%) e para a felicidade (41%) foram também similares.



**Figura 2.** Modelo explicativo da relação saúde-felicidade (alternativo 1).

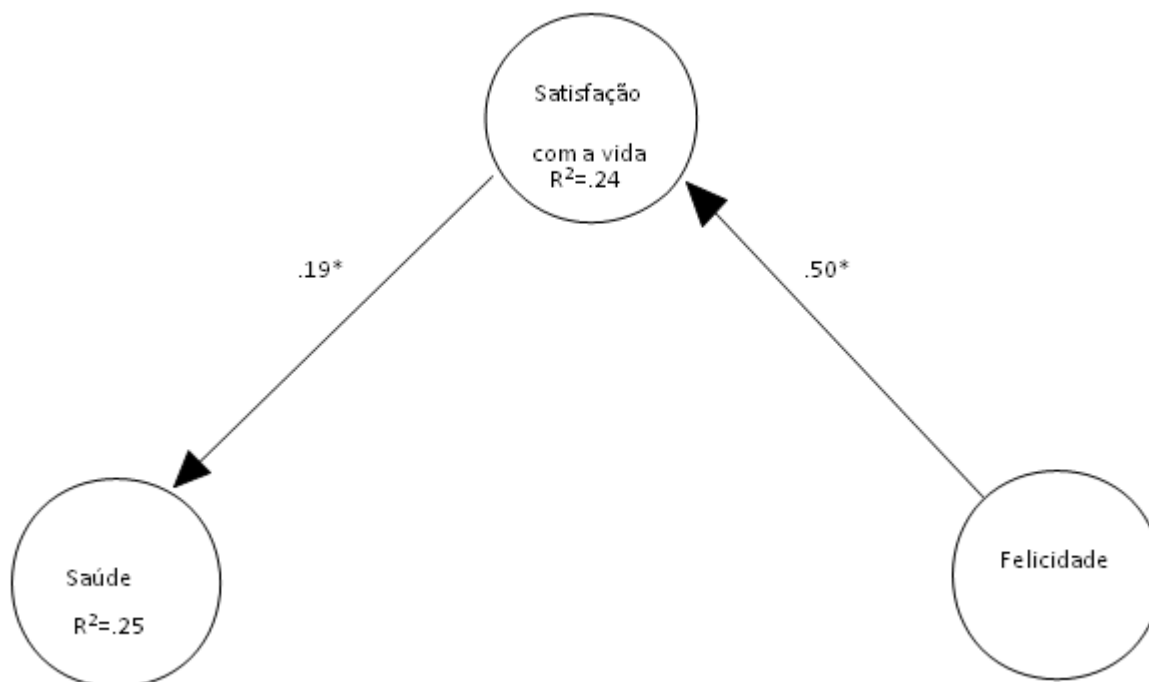
\*  $p < .05$

O segundo modelo alternativo testou o impacto da saúde na felicidade mediado pela satisfação com a vida (ver Figura 3). Neste modelo a saúde apresentou um impacto positivo sobre a satisfação com a vida ( $\beta = .36$ ), assim como sobre a felicidade ( $\beta = .33$ ). Os índices de ajustamento obtidos são aceitáveis, mas um pouco mais fracos comparativamente com os obtidos anteriormente [CFI: .922.; NNFI: 911; RMSEA (90% C.I.): .020(.019-.021); SRMR: .037]. Este modelo explica 13% da variância da satisfação com a vida e 36% da variância da felicidade.



**Figura 3.** Modelo explicativo da relação saúde-felicidade (alternativo 2).  
\* $p < .05$

O terceiro modelo alternativo (ver Figura 4) testou o impacto da felicidade na saúde mediado pela satisfação com a vida. A felicidade apresentou um impacto positivo sobre a satisfação com a vida ( $\beta = .50$ ), assim como a satisfação com a vida sobre a saúde ( $\beta = .19$ ). Os índices de ajustamento obtidos foram similares ao segundo modelo alternativo [CFI: .929; NNFI: .919; RMSEA (90% C.I.): .019(.018-.020); SRMR: .034]. Este modelo explicou 25% da variância da satisfação com a vida e 24% da variância na saúde.



**Figura 4.** Modelo explicativo da relação saúde-felicidade (alternativo 3)

\*  $p < .05$

## Discussão

Este estudo mostra que a maioria dos adolescentes portugueses em idade escolar (que frequentam os 6º, 8º e 10º anos de escolaridade) se percebem como saudáveis, felizes e satisfeitos com a vida. Estes resultados são mais evidentes nos rapazes e nos adolescentes mais novos que apresentam, de um modo geral, percepções mais positivas em relação a estes aspectos, comparativamente com as raparigas e os adolescentes mais velhos.

Os resultados deste estudo confirmam também que a saúde e a felicidade estão positivamente relacionadas (Argyle, 1997). Os adolescentes que referem ser mais felizes referem também ser mais saudáveis e estar mais satisfeitos com a vida.

Vários factores, individuais e sociais, surgiram como associados às percepções de saúde e felicidade. Os factores individuais, nomeadamente os comportamentos relacionados com a saúde (actividade física, alimentação, comportamentos de risco), os sintomas físicos e as competências sociais, apresentaram um impacto significativo na percepção de saúde. A actividade física, a alimentação e as competências sociais apresentaram um impacto positivo, enquanto que os comportamentos de risco e os sintomas físicos apresentaram um impacto negativo. Os factores sociais, nomeadamente as relações interpessoais nos

contextos de vida significativos (família, amigos, escola) apresentaram impacto significativo na percepção de felicidade. Estes resultados apoiam a posição de diversos autores (Burns et al., 2002; Chen et al., 2003; Matos & Equipa do Projecto Aventura Social, 2003; Weitoft et al., 2003), que referem a importância das relações positivas nos principais contextos de vida. Os sintomas psicológicos apresentaram uma relação negativa com a felicidade, tal como referido por vários autores (Lewin et al., 1999; Mahon & Yarcheski, 2001; Pedersen, 1998; Whalen et al., 2001).

A afluência familiar e a satisfação com o corpo apresentaram um impacto significativo e positivo na percepção de felicidade (King et al., 1996), mas estes factores apresentaram um maior impacto na percepção de saúde. A satisfação com a vida apresentou também um impacto significativo e positivo em ambas as percepções, sendo que o seu impacto se revelou maior na percepção de felicidade. De acordo com o modelo proposto, a percepção de felicidade encontra-se melhor explicada (cerca de 40% da variância) quando comparada com a percepção de saúde (cerca de 27% da variância).

No que diz respeito às relações entre saúde e felicidade, os resultados não são conclusivos dado que "suportam" ambas as direcções (saúde-felicidade / felicidade-saúde), o que vai ao encontro de Argyle (1997) quando referia que esta relação tem sido corroborada em ambos os sentidos por modelo causais. No entanto, é importante salientar que estas relações, independentemente da sua direcção, surgiram como fracas, apesar dos índices de ajustamento obtidos para os vários modelos testados serem mais robustos nos modelos com relações directas entre a saúde e a felicidade, quando comparados com os modelos onde esta relação era mediada pela satisfação com vida.

A satisfação com a vida constituiu também um importante predictor de ambos os factores em estudo, apesar do seu impacto ser maior na percepção de felicidade. Contudo os modelos alternativos testados apontam para um maior impacto das percepções de saúde e felicidade na satisfação com a vida comparativamente com o impacto da satisfação com a vida nas percepções de saúde e felicidade.

Como foi possível verificar ao longo deste estudo, para além da relação positiva entre saúde, felicidade e satisfação com a vida, outros factores individuais e sociais se encontram associados a estas percepções. Vários estudos realçam a importância destes factores como determinantes do bem-estar e do desenvolvimento positivo ao longo da adolescência. Este estudo vem também reforçar a importância da promoção de factores de protecção para a saúde e felicidade dos adolescentes, como por exemplo, os comportamentos de saúde, as competências sociais e as relações positivas nos principais contextos de vida, e a diminuição de factores de risco que as ameaçam, como por exemplo, os comportamentos de risco ou os sintomas de mal-estar físico e psicológico.

A intervenção neste campo deverá assim integrar, para além de um trabalho individual, os intervenientes dos principais contextos de vida para conseguir uma efectiva redução do risco e uma activação dos recursos pessoais e sociais fundamentais para o confronto com os novos desafios oferecidos pela longa adolescência dos nossos dias (Matos, Simões & Sacchi, 2004; Simões, 2005).

Finalmente, lugar para algumas limitações do estudo. Em primeiro lugar, salienta-se o facto de uma parte dos dados utilizados neste estudo serem originários de um estudo já existente, o estudo nacional do Health Behaviour in School-aged Children (Matos & Equipa



do Projecto Aventura Social, 2003). Em segundo lugar, o facto de se tratar de um estudo transversal leva a que não seja possível tirar conclusões sobre possíveis relações causa-efeito entre as variáveis em estudo. Em terceiro lugar, salienta-se o facto dos resultados serem baseados exclusivamente em questionários de auto-resposta ou auto-administrados, nos quais determinados factores, como por exemplo, a deseabilidade social, poderão enviesar estes mesmos resultados. De salientar, no entanto, que a amostra utilizada neste estudo constitui uma amostra representativa dos adolescentes portugueses em idade escolar que frequentam a escola regular nos anos de escolaridade seleccionados para o estudo.

## Referências Bibliográficas

Adler, B. (1995). *Psychology of health: Applications of psychology for health professionals*. Luxembourg: Harwood Academic Publishers.

Andrews, D. W. & Dishion, T. J. (1994). The microsocial structure underpinnings of adolescent problem behavior. Em: R. D. Ketterlinus & M. E. Lamb (Orgs.). *Adolescent problem behaviors: Issues and research* (pp. 187-207). New Jersey: Laurance Erlbaum Associates.

Argyle, M. (1997). Is happiness a cause of health? *Psychology and Health*, 12, 769- 781.

Batista-Foguet, J. M.; Fortiana, J.; Currie, C. & Villalbi, J. (2004). Different approaches in the construction of socioeconomical indexes: An Applied comparison using family affluence scale. *Social Indicator Research Journal*, 67, 315-332.

Bentler, P. M. (no prelo). *EQS 6 Structural Equations Program Manual*. Encino, CA: Multivariate Software ([www.mvsoft.com](http://www.mvsoft.com)).

Burns, J. M.; Andrews, G. & Szabo, M. (2002). Depression in young people: what causes it and can we prevent it? *Medical Journal of Australia*, 177 Suppl, S93-96.

Chen, M. Y.; Wang, E. K.; Yang, R. J. & Liou, Y. M. (2003). Adolescent Health Promotion Scale: Development and Psychometric Testing. *Public Health Nursing*, 20(2), 104-110.

Chou, K. L. (1999). Social support and subjective well-being among Hong Kong Chinese young adults. *Journal of Genetic Psychology*, 160(3), 319-331.

Conner, M. & Norman, P. (1996). The role of social cognition in health behaviours. Em: M. Conner & P. Norman (Orgs.). *Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models* (pp. 1-22). Buckingham: Open University Press.

Currie, C.; Smith, R.; Boyce, W. & Smith, R. (2001). *HBSC, a WHO cross national study: Research protocol for the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO.

DiClemente, R. J.; Hansen, W. B. & Ponton, L. E. (1996). Adolescents at risk: A generation jeopardy. Em: R. J. DiClemente; W. B. Hansen & L. E. Ponton (Orgs.). *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior* (pp. 1-4). New York: Plenum Press.

Ferreira, J. A. & Simões, A. (1999). Escalas de bem-estar psicológico (E.B.E.P.). Em: M. R. Simões; M. Gonçalves & L. S. Almeida (Orgs.). *Testes e provas psicológicas em Portugal* (pp. 111-121). Braga: Sistema Humanos e Organizacionais, Lda.

Greeff, A. P. & le Roux, M. C. (1999). Parents' and adolescents' perceptions of a strong family. *Psychological Reports*, 84(3 Pt 2), 1219-1224.

Himmel, W. (2001). Subject health concepts and health-related quality of life--is there a correlation? *Sozial-und Praventivmedizin*, 46(2), 87-95.

Igra, V. & Irwin, C. E. (1996). Theories of adolescent risk-taking behavior. Em: R. J. DiClemente; W. B. Hansen & L. E. Ponton (Orgs.). *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior* (pp. 35-51). New York: Plenum Press.

Jackson, S.; Bijstra, J.; Oostra, L. & Bosma, H. (1998). Adolescents' perceptions of communication with parents relative to specific aspects of relationships with parents and personal development. *Journal of Adolescence*, 21(3), 305-322.

King, A.; Wold, B.; Tudor-Smith, C. & Harel, Y. (1996). *The health of youth: A cross-national survey*. Canada: World Health Organization.

Lewin, L. M.; Davis, B. & Hops, H. (1999). Childhood social predictors of adolescent antisocial behavior: Gender differences in predictive accuracy and efficacy. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27(4), 277-292.

Mahon, N. E. & Yarcheski, A. (2001). Outcomes of depression in early adolescents. *Western Journal of Nursing Research*, 23(4), 360-375.

Matos, M. G. & Equipa do Projecto Aventura Social. (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois)*. Lisboa: Edições FMH.

Matos, M. G.; Simões, C. & Sacchi, D. (2004). Adolescenti, stile di vita e salute: Ricerca e intervento. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 10(2), 133-150.

McManus, R. P. (2002). Adolescent care: reducing risk and promoting resilience. *Primary Care*, 29(3), 557-569.

Nações Unidas. (1994). *Normas sobre igualdade de oportunidades para pessoas com deficiência*. Lisboa: S.N.R.

Ogden, J. (1996). *Health psychology: A textbook*. Buckingham: Open University Press.

Pattishall, E. G. (1994). A research agenda for adolescent problems and risk-taking behaviors. Em: R. D. Ketterlinus & M. E. Lamb (Orgs.). *Adolescent problem behaviors: Issues and research* (pp. 209-215). New Jersey: Laurance Erlbaum Associates.

Pedersen, J. M. (1998). Well-being among Greenlandic students. *International Journal of Circumpolar Health*, 57 Suppl 1, 639-641.

Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2000). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Roberts, C.; Tynjälä, J.; Currie, D. & King, M. (2004). Annex 1. Methods. Em: C. Currie; C. Roberts; A. Morgan; R. Smith; W. Settertobulte; O. Samdal & V. B. Rasmussen (Orgs.). *Young people's health in context: Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study: International report from the 2001/2002 survey* (pp. 217-227). Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Simões, C. (2005). Resiliência, Saúde e Desenvolvimento. Em: M. G. Matos (Org.). *Comunicação e gestão de conflitos e saúde na escola* (pp. 51-60). Lisboa: CDI/FMH.

Simões, C.; Batista-Foguet, J. M.; Matos, M. G. & Calmeiro, L. (no prelo). Alcohol Use and Abuse in Adolescence: Proposal of an Alternative Analysis. *Child: Care, Health and Development*.

United States Department of Health and Human Services (2000). *Healthy People 2010: Understanding and Improving Health*. Retirado em 16/03/2004, de <http://www.healthypeople.gov/Document/tableofcontents.htm#under>

Weitoft, G. R.; Hjern, A.; Haglund, B. & Rosen, M. (2003). Mortality, severe morbidity, and injury in children living with single parents in Sweden: a population-based study. *Lancet*, 361(9354), 289-295.

Whalen, C. K.; Jamner, L. D.; Henker, B. & Delfino, R. J. (2001). Smoking and moods in adolescents with depressive and aggressive dispositions: evidence from surveys and electronic diaries. *Health Psychology*, 20(2), 99-111.

WHO (1993). *The health of young people: A challenge and a promise*. Genève: World Health Organization.

Yarcheski, A.; Mahon, N. E. & Yarcheski, T. J. (2001). Social support and well-being in early adolescents: the role of mediating variables. *Clinical Nursing Research*, 10(2), 163-181.

Yarcheski, A.; Scoloveno, M. A. & Mahon, N. E. (1994). Social support and well-being in adolescents: the mediating role of hopefulness. *Nursing Research*, 43(5), 288-292.

 [Endereço para correspondência](#)

Endereço da autora principal: Celeste Simões.  
Estrada da Costa, 1495-688 - Cruz Quebrada, Lisboa, Portugal.  
E-mail: [csimoes@fmh.utl.pt](mailto:csimoes@fmh.utl.pt).

Recebido em: 10/09/2007  
Aceito em: 10/04/2008

## **Agradecimentos**

Os autores agradecem à equipa do Projecto Aventura Social, pelo seu trabalho ao nível da recolha e tratamento de dados. Um agradecimento também para as entidades financiadoras: Faculdade de Motricidade Humana, Projecto Vida, Programa de Educação para Todos / Saúde (PEPT), e Gabinete de Prevenção da Toxicodependência da Câmara Municipal de Lisboa (Estudo de 1998); Fundação para a Ciência e Tecnologia / Ministério da Ciência e do Ensino Superior / Projecto POCTI – 37486/PSI/2001-Jan 2002-2004), e Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA (estudo específico) (Estudo de 2002).