

Processo Adolescente e Saúde Positiva: Âmbitos Afetivo e Cognitivo

Adolescent Process and Positive Health: Affective and Cognitive Scope

António Borges^{*, a, b}, Margarida Gaspar de Matos^{a, b}, & José Alves Diniz^a

^aUniversidade Técnica de Lisboa, Lisboa, Portugal & ^bUniversidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

Resumo

Os adolescentes portugueses percebem-se prevalentemente como saudáveis. Questiona-se se nesta percepção tem mais relevo a componente afectivo-emocional ou a componente cognitiva da saúde positiva. Este estudo fixou-se nas medidas sobre a auto-percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde, sobre a satisfação com a vida e sobre a felicidade, enquanto variáveis de cariz afectivo-emocional e de índole cognitiva. Procurou-se perceber a influência do género, da idade, do nível socioeconómico e do nível de instrução da família nos índices da saúde positiva dos adolescentes portugueses. Utilizaram-se dados da amostra portuguesa do estudo *Health Behaviour in School-Aged Children 2006* constituída por 4877 adolescentes, com uma média de idade de 14 anos, 49,6% do género masculino e 50,4% do género feminino. Após análise estatística descritiva, procedeu-se à comparação de médias entre grupos e à regressão linear para delinear os factores preditores de cada variável. Em todos os âmbitos do estudo observa-se uma maior relevância da dimensão afectivo-emocional na percepção do índice de saúde positiva dos adolescentes portugueses.

Palavras-chave: Saúde positiva; Adolescência; Dimensão cognitiva; Dimensão afectiva.

Abstract

Portuguese adolescents perceive themselves prevalently as healthy subjects. It is questioned whether, in this perception, the affective-emotional component or the cognitive component of the positive health has more relevance. This study focused on the measures of quality of life self-perception related to health, satisfaction with life and happiness as variables of cognitive and affective-emotional nature. It was sought to perceive the influence of gender, age, socio-economic and family instruction level on the index of positive health of the Portuguese adolescents. Data from the Portuguese sample of the study on Health Behavior in School-Aged Children 2006 were used. The sample is made up by 4877 adolescents, with an average age of 14 years old, 49.6% male and 50.4% female. After analyzing the descriptive statistics, it was proceeded the comparison of averages between the groups and the linear regression to design the predictor factors of each variable. In all the scopes of the study, it was observed a particular distinctness in the perception of the index of positive health by the Portuguese adolescent.

Keywords: Positive health; Adolescence; Cognitive dimension; Affective dimension.

A pesquisa e o estudo da saúde positiva têm registado consideráveis avanços nos últimos anos, o que é de singular relevância no que à adolescência diz respeito, uma vez que a adopção de uma vida saudável nestas idades constitui prenúncio de estilos de vida com qualidade na maioridade (Bisegger et al., 2005; Rajmil et al., 2006).

Não obstante a complexidade dos construtos “felicidade” (FEL), “satisfação com a vida” (SV), e “qualidade de vida relacionada com a saúde” (QVRS), que persistem em não se deixar delimitar de forma acabada, parece claro, e comumente aceite, que estes conceitos possuem

duas grandes componentes: uma de cariz objectivo, que inclui as condições materiais, o nível de vida socioeconómico, os serviços de saúde disponíveis, as redes sociais de apoio, etc.; outra de vertente subjectiva, que envolve as definições baseadas no bem-estar, sendo os seus marcadores a SV, a FEL e a QVRS (Schwartzmann, 2003).

A vertente subjectiva da saúde positiva, onde predominam os estudos com base na auto-percepção, percebe um acordo generalizado que distingue duas áreas: o âmbito cognitivo, que designa os aspectos intelectuais, racionais e de “leitura” da realidade (mais estável); o âmbito afectivo, referido a sentimentos e emoções mais sujeitas à efemeridade e à mudança (Frey & Stutzer, 2004; Lyubomirsky, 2008). A resposta cognitiva e a reacção emocional estão sempre entretidas na percepção da saúde positiva, sendo difícil avaliá-las separadamente e inteirar-se de todas as nuances da sua relação (Arita,

* Endereço para correspondência: Projecto Aventura Social, Estrada da Costa, Cruz Quebrada, 1499, Lisboa codex, Portugal. Tel.: 213 652 600; Fax: 213 632 105. E-mails: aborges@fmh.utl.pt, mmatos@fmh.utl.pt e jdiniz@fmh.utl.pt

Romano, Garcia, & Félix, 2005; Espinosa, 2004; Schwartzmann, 2003).

O conceito SV tem sido definido como uma componente de características prevalentemente cognitivas do bem-estar subjectivo e da QVRS, tendo a ver com a avaliação e valorização que o indivíduo faz da sua vida em geral, ou de aspectos particulares da mesma: família, escola, resultados académicos, autonomia, amigos, tempo livre, entre outros (Lyubomirsky, 2008). Os adolescentes avaliam o estado actual dos domínios mais próximos e imediatos à sua vida pessoal com as expectativas de futuro que alimentam para si próprios (por influência familiar, por convicção pessoal, por influência cultural ou dos pares); a satisfação tem a ver com a discrepância percebida entre as suas aspirações e aquilo que conseguem (Arita et al., 2005; Espinosa, 2004).

O conceito FEL tem sido proposto como um estado psicológico de âmbito afectivo, relacionado com a frequência e a intensidade de emoções positivas e negativas, num amplo espectro de vivências. Tanto em países muito ricos como muito pobres encontram-se pessoas felizes e há pessoas felizes independentemente do seu nível de instrução, dos recursos económicos e de outras circunstâncias como doenças crónicas (Lyubomirsky, 2008). O carácter predominantemente afectivo e emocional, atribuído a FEL, envolve o âmbito cognitivo na avaliação que o indivíduo faz da sua vida (Cuadra & Florenzano, 2003).

A QVRS tem a ver com os níveis de bem-estar físico, psicológico e social percebidos pelo indivíduo. Estes níveis estão directamente relacionados com o desenvolvimento de competências de vida. Estas deveriam ocorrer com o alargamento dos horizontes entre o nascimento e a idade adulta. Entendida como resultado da saúde geral abarca os âmbitos afectivo-emocional e cognitivo (Bisegger et al., 2005; Rajmil et al., 2006).

A saúde positiva, espelhada na percepção da QVRS, na FEL e na SV é um processo dinâmico e mutável que inclui interações contínuas entre a pessoa e o seu meio ambiente, entre as necessidades e os ideais, entre os factores endógenos e os factores exógenos, entre as crenças e os valores, entre as circunstâncias e as conjunturas históricas, entre as comparações sociais e a cultura dominante, entre as expectativas e a busca de sentido, entre a idade e as limitações pessoais, etc. (Lyubomirsky, 2008; Schwartzmann, 2003). Há numerosas evidências de que ocorrem ajustes internos que preservam a satisfação que a pessoa sente com a vida, pelo que podemos encontrar pessoas de idades diferentes, em contextos familiares e sociais distintos, mesmo com graus importantes de limitação física que consideram a sua qualidade de vida elevada (Ceballos, 2009; Lyubomirsky, 2008). A marca holística parece percorrer as variáveis que se interessam por traduzir as múltiplas vertentes da saúde positiva. Quando o indivíduo se refere à felicidade, à saúde, à qualidade de vida relacionada com a saúde, à satisfação com

a vida, normalmente, engloba toda a sua vida (passado, presente e expectativas de futuro), a não ser que seja questionado sobre os diferentes âmbitos da sua existência. Mesmo nestes casos referir-se-á a esses aspectos de forma global (Lyubomirsky, 2008).

A adolescência é o período do desenvolvimento humano em que se estabelecem, de forma mais definida, a identidade, os padrões de comportamento e o estilo de vida (Minto, Pedro, Netto, Bugliani, & Gorayeb, 2006). A mudança marca esta fase etária e repercute-se nas percepções dos adolescentes não só em relação aos contextos socializadores (família, escola, grupo, comunidade) como, sobretudo em relação a si próprios: surgem dúvidas e questões, necessidades de auto-afirmação e de anseio pelo novo, desejos de usufruir a liberdade dos adultos, vontade de conquistar autonomia pessoal, interesse em (re)definir o próprio espaço na família (pode incluir afastar-se da família), dedicação ao estreitamento dos laços com os pares, afirmação do seu mundo interior e da sua leitura pessoal do mundo exterior. As auto-descrições começam a incluir aspectos como emoções, desejos, motivações, expectativas, atitudes, crenças, ideias e ideais sobre como desejariam ser e sobre como não querem ser (Balaguer & Castillo, 2002; Ceballos, 2009). Estes aspectos, por vezes, redundam em maior vulnerabilidade e envolvimento em situações/comportamentos de risco (Ceballos, 2009). O modo como o adolescente lida com os desafios específicos da sua idade pode tornar-se determinante no seu desenvolvimento e na sua percepção de bem-estar (Berjano, Foguet, & González, 2008; Bisegger et al., 2005; Matos & Batista-Foguet, 2007).

Numa publicação recente, Ceballos (2009), fazendo alusão a outros estudos, aponta algumas diferenças entre géneros na adolescência: (a) o ritmo de desenvolvimento é diferente, sendo que elas manifestam, habitualmente, um avanço de dois anos no processo de maturidade global; (b) eles desenvolvem a sua identidade mais por metas pessoais do que por metas sociais, enquanto elas antepõem o social ao pessoal; (c) eles expressam o conflito em termos de comportamento devido às limitações impostas, enquanto para elas o conflito reflecte questões de identidade (o sentimento acerca de si mesmas); (d) elas possuem um melhor perfil para o estudo do que eles (mais dotadas nas competências verbais, na constância e na persistência); (e) elas são mais fortes na emotividade e na capacidade de reflexão enquanto eles são mais activos e primários. Alguns autores sugerem que, na maioria dos casos, as situações e os comportamentos se vincam com a idade, com uma tendência para comportamentos de internalização no género feminino e de exteriorização no género masculino (Matos et al., 2004; Matos & Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde, 2003; Matos et al., 2007).

A grande maioria dos estudos mostra que os níveis de QVRS e bem-estar observados nas idades mais jovens são mais elevados do que os observados nas idades mais

avanzadas dos adolescentes (Berjano et al., 2008; Bisegger et al., 2005; Matos, Gonçalves, & Gaspar, 2005; Matos et al., 2007; Ravens-Sieberer et al., 2001). Do mesmo modo, os estudos tendem a indicar valores mais elevados em adolescentes do género masculino do que em adolescentes do género feminino, embora esta diferença não seja tão clara nas idades mais jovens dos adolescentes (Arita et al., 2005; Berjano et al., 2008; Matos et al., 2007).

Os estudos, no geral, relacionam o nível da classe social com a auto-percepção da saúde positiva nas crianças e adolescentes. Um estatuto familiar socioeconómico baixo tende a estar associado, mais facilmente, a adolescentes com comportamentos de risco, com sintomas deprimentes, com menores oportunidades de acesso a recursos materiais e a apoio social, com adversidades cumulativas (Power, 2002; Von Rueden et al., 2006). Um estatuto socioeconómico mais elevado encontra eco na melhor percepção do estado de saúde, em resultados cognitivos e afectivo-emocionais mais significativos, na maior satisfação com a vida, numa mais forte consciência de poder recuperar (resiliência), na diminuição dos riscos e experiências negativas, na auto-percepção de qualidade de vida mais alta (Drukker, Kaplan, Feron, & Van Os, 2003; Najman et al., 2004; Starfield, Riley, Witt, & Robertson, 2002; Torsheim et al., 2004).

Considerando a base teórica e empírica da revisão de literatura pretende-se perceber a importância da idade e do género dos adolescentes e do estatuto socioeconómico e sociocultural das respectivas famílias nas diferentes variáveis da saúde positiva: auto-percepção da QVRS, SV e FEL nas suas vertentes afectivo-emocional e cognitiva. Algumas questões nortearam a pesquisa: (a) em que idade e género se percebe uma mais elevada saúde positiva?; (b) como evolui a auto-percepção da saúde positiva conjugando a idade e o género?; (c) qual a influência do estatuto socioeconómico na auto-percepção da saúde positiva?; (d) quais os factores preditores mais relevantes na saúde positiva?; (e) Que dimensão – cognitivo ou afectivo-emocional – terá maior peso na percepção de saúde positiva por parte dos adolescentes?; (f) que variáveis merecem maior atenção em iniciativas que visem incentivar o desenvolvimento da saúde positiva?

Método

Amostra

A amostra é constituída por 4877 indivíduos, um grupo representativo dos adolescentes a frequentar as escolas públicas em Portugal Continental (3,7% do total de estudantes do 3º ciclo do ensino básico e do ensino secundário), 49,6% do género masculino e 50,4% do género feminino. Por anos de escolaridade, o 6º ano de escolaridade é frequentado por 31,7%, o 8º ano por 35,7% e o 10º ano por 32,6%. As idades dos participantes oscilam entre os 10 e os 18 anos, sendo a média de 14 anos e o desvio padrão 1,89.

Considerando as orientações da *Family Affluence Scale* (FAS), escala destina a indicar o nível socioeconómico dos participantes (Boyce, Torsheim, Currie, & Zambon, 2006), 11,2% da amostra corresponde ao grupo socio-económico baixo, 49% ao grupo socioeconómico médio e 39,7 ao grupo socioeconómico alto. O nível de instrução (nível académico) dos pais dos participantes no estudo distribui-se da seguinte forma: 1% nunca estudou, 22,2% tem o 1º ciclo do Ensino Básico, 36,7% possui o 2º/3º ciclo do Ensino Básico, 20,4% fez o curso secundário e 19,7 % concretizou pelo menos um curso superior.

Medidas

Na recolha de dados utilizou-se o questionário *Health Behaviour in School-Aged Children* ([HBSC], Organização Mundial de Saúde [OMS], 2006) que integra os itens relacionados com a auto-percepção da QVRS (*Kidscreen 10*), com a SV (Cantril, 1965) e com a FEL.

A QVRS foi medida pelo *Kidscreen 10* sendo que os autores o propõem para avaliar uma característica unidimensional global de QVRS. As questões são colocadas num limite temporal “pensa na última semana” e o adolescente responde numa escala de Likert de cinco pontos entre “nada” e “totalmente” (Rajmil et al., 2006). No presente estudo, o recurso à análise factorial confirmatória com rotação *varimax* aos itens da medida decifra dois factores e não um como fora proposto pelos autores: o primeiro factor, explicando 27,78% da variância, inclui sete itens relacionados com a dimensão afectivo-emocional (DAE); o segundo factor, que se denominou “dimensão cognitiva” (DC), agrupou três itens, tendo explicado 18,57% da variância. Os índices de consistência interna foram calculados através do coeficiente alfa de Cronbach: 0,77 para a totalidade das escala; a análise das correlações médias inter-itens mostrou o valor de 0,26; a correlação item-total apresentou valores que variaram de 0,13 a 0,58. Quanto às subescalas, foram obtidos valores de alfa de Cronbach de 0,77 para a subescala DAE e 0,54 para a subescala DC. A análise das correlações médias inter-itens mostrou valores que variaram de 0,32 para os itens da subescala DAE e 0,30 para os itens da subescala DC. A correlação item-total apresentaram valores que variaram de 0,23 a 0,58 para os itens da subescala DAE e de 0,18 a 0,52 para os itens da subescala DC.

A SV foi medida com a escala de Cantril (1965), que é representada graficamente como uma escada, onde o degrau “10” corresponde à “melhor vida possível” e o degrau “0” representa a pior vida possível. Aos indivíduos adolescentes foi solicitado que assinalassem o degrau que melhor descrevia o que sentiam naquele momento.

A medida FEL traduz-se numa escala de Likert de quatro pontos, cujos extremos opostos são “sinto-me infeliz” e “sinto-me muito feliz”. Os adolescentes foram convidados a indicar o grau de felicidade que sentiam em relação à vida naquele momento.

Procedimento

O presente trabalho é fundamentalmente um estudo descritivo e correlacional de carácter transversal, numa amostra representativa da população das escolas públicas em Portugal continental, no 6º, 8º e 10º anos de escolaridade, sendo as turmas seleccionadas aleatoriamente. Depois de obtidas as devidas autorizações as escolas, seleccionadas aleatoriamente, aplicaram os questionários, remetendo-os posteriormente para análise (Matos et al., 2007). Os dados foram introduzidos numa base de dados e as análises estatísticas foram efectuadas pelo *Statistical Package for Social Sciences*, versão 17.0 para *Windows*.

Verificada a distribuição normal dos resultados procurou-se perceber a associação entre os indicadores de saúde positiva através da análise de correlação de Pearson. As correlações obtidas mostram uma associação positiva entre todos os indicadores. Foram obtidas correlações positivas, estatisticamente significativas, entre QVRS (*Kidscreen 10*) e as demais variáveis: $r=0,940$ com $p=0,000$ para a subescala DAE; $r=0,690$ com $p=0,000$ para a subescala DC; $r=0,528$ com $p=0,000$ para SV; $r=0,532$ com $p=0,000$ para felicidade. A subescala DAE de QVRS obteve uma correlação positiva e estatisticamente significativa com FEL ($r=0,529$; $p=0,000$) e correlações positiva e estatisticamente significativas com as restantes variáveis ($r=0,492$; $p=0,000$ para SV; $r=0,387$; $p=0,000$ para DC). A subescala DC da QVRS regista uma correlação positiva e estatisticamente significativa com a variável SV ($r=0,370$; $p=0,000$) e uma correlação positiva e estatisticamente significativa com FEL ($r=0,283$; $p=0,000$). Foi obtida uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre SV e FEL ($r=0,493$; $p=0,000$). Assim, os valores da correlação de Pearson mostram que as variáveis de saúde positiva em estudo se encontram interligados entre si embora medindo diferentes aspectos. As variáveis de âmbito afectivo e de âmbito cognitivo registam associações estatisticamente significativas entre si.

De entre os factores demográficos, tomou-se em primeiro lugar o género, a idade e a escolaridade. Num segundo momento, abordaram-se as questões dos estatutos sociocultural e socioeconómico e a sua relação com a percepção de saúde positiva: aplicando os critérios de Boyce et al. (2006) calculou-se o FAS para cada adolescente; para o nível de instrução familiar tomou-se como referência o grau académico mais elevado do casal. Num

terceiro momento procedeu-se à análise de regressão linear múltipla, no sentido de perceber as variáveis predictoras de cada variável de saúde positiva em estudo.

Atendendo à revisão de literatura são esperadas diferenças para as variáveis da saúde positiva quanto ao género, quanto à idade, quanto à escolaridade e quanto às questões de estatuto sociocultural (nível de instrução) e socioeconómico.

Resultados

Os resultados obtidos mostram que os adolescentes portugueses se percebem predominantemente com elevada saúde positiva: 89,9% regista uma QVRS na metade superior de *Kidscreen 10*; na mesma metade superior se encontram 90,9% para a subescala DAE e 78,2% para a subescala DC; 80,3% dos adolescentes percebem-se no quarto superior da escala de SV; 82,7% afirmam-se “felizes” ou “muito felizes”.

Os resultados em função do género mostram diferenças estatisticamente significativas em todos os âmbitos, com excepção para a subescala DC de *Kidscreen 10*. Os adolescentes do género masculino percebem-se com uma saúde positiva mais elevada, quando comparados com o género feminino, sobretudo nas variáveis com cariz mais afectivo-emocional: foram obtidas diferenças estatisticamente significativas entre os géneros para a DAE e felicidade ($t[4824]=12,69$; $p=0,000$) e ($t[4824]=6,34$; $p=0,000$), respectivamente; o género masculino relatou níveis mais elevados de DAE ($M=28,54$; $DP=4,12$), comparativamente com o género feminino ($M=26,93$; $DP=4,56$). Nas variáveis cognitivas não se obtêm diferenças estatisticamente significativas em DC e em SV há diferenças estatisticamente significativas para os géneros ($t[4824]=2,05$; $p=0,040$), sendo que o género masculino relatou níveis mais elevados de SV ($M=7,36$; $DP=1,85$), comparativamente com o género feminino ($M=7,24$; $DP=1,98$).

Os níveis das variáveis da saúde positiva vão diminuindo à medida que aumenta a idade. A faixa etária com níveis mais elevados de saúde positiva situa-se nos 11 anos; os níveis mais baixos de saúde positiva estão nos 16 anos ou mais. Procedendo à comparação das médias entre as idades constatam-se diferenças estatisticamente significativas em todos as variáveis da saúde positiva.

Tabela 1

Diferenças entre a Idade em Relação às Médias das Variáveis de Saúde Positiva

	11 anos		13 anos		15 anos		16 ou mais anos		F
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
QVRS (<i>Kidscreen 10</i>)	40,94	5,09	39,53	5,49	37,68	5,36	36,71	5,38	118,94***
DAE_QVRS	29,24	3,94	28,27	4,34	26,90	4,38	26,33	4,49	93,11***
DC_QVRS	11,65	2,15	11,23	2,07	10,75	1,98	10,34	1,85	73,82***
Satisfação com a vida	7,85	1,88	7,52	1,91	7,00	1,83	6,73	1,89	72,32***
Felicidade	3,27	0,67	3,12	0,72	2,95	0,68	2,91	0,72	58,71***

Nota. * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$.

As comparações *post-hoc*, pelo método Tukey *HSD*, indicam que as diferenças entre os vários grupos etários são estatisticamente significativas em todas as variáveis, com excepção para a relação entre os grupos etários dos 15 e 16 anos ou mais na variável FEL, em que não se verificam diferenças estatisticamente significativas.

Quando procedemos à comparação das médias das variáveis de saúde positiva a partir da perspectiva da escolaridade (grupos do 6º, 8º e 10º de escolaridade), encontramos uma tendência semelhante à verificada com a idade: (a) as médias das variáveis da saúde positiva vão diminuindo à medida que aumenta a escolaridade; (b) na escala de QVRS e na sua subescala DAE registam-se diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos; (c) a subescala DC apresenta diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos (com valores mais elevados no 6º ano e menos elevados no 10º ano de escolaridade); (d) as médias da SV manifestam diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos (índices mais elevados no 6º ano de escolaridade e mais baixos no 10º ano de escolaridade); (e) na variável FEL o conjunto da amostra revela diferenças estatisticamente significativas entre os três anos de escolaridade.

Vários estudos empíricos afirmam a relação entre os estatutos sociocultural e socioeconómico familiar e a

percepção de saúde positiva por parte dos adolescentes. Para a análise deste âmbito recorreu-se ao nível socioeconómico das famílias (dados obtidos pela FAS) e ao nível de instrução dos pais. No nível socioeconómico das famílias foram formados três grupos de acordo com as propostas dos autores de FAS (Boyce et al., 2006): nível socioeconómico baixo (FAS baixo), nível socioeconómico médio (FAS médio) e nível socioeconómico alto (FAS alto). Foram obtidas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos socioeconómicos para as variáveis da saúde positiva em estudo, sendo que as comparações *post-hoc*, pelos métodos mais adequados, indicaram diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos, para todas as variáveis da saúde positiva, com excepção para a subescala DAE, onde não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos do nível socioeconómico baixo e do nível socioeconómico médio.

O nível de instrução dos pais mostrou-se influente em relação aos dados obtidos nas variáveis da saúde positiva: todas as variáveis acusaram diferenças estatisticamente significativas, como se pode observar na Tabela 2, onde assumem particular relevância os dados estatísticos das variáveis de matriz mais acentuadamente cognitivas.

Tabela 2

Diferenças entre o Nível de Instrução dos Pais em Relação à Saúde Positiva

	N. estudou		1º ciclo		2º/3º ciclo		Secundário		C. Superior		F
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
QVRS (<i>Kidscreen 10</i>)	39,10	6,90	38,03	5,59	39,04	5,46	38,84	5,24	39,34	5,72	7,42***
DAE_QVRS	28,67	5,25	27,37	4,50	27,98	4,30	27,66	4,28	27,80	4,54	3,54**
DC_QVRS	10,58	2,84	10,67	2,12	11,03	2,03	11,15	1,94	11,46	2,10	18,55***
Satisfação com a vida	7,27	2,18	7,05	2,03	7,37	1,85	7,36	1,78	7,55	1,91	8,88***
Felicidade	3,11	0,89	3,02	0,72	3,07	0,69	3,05	0,67	3,13	0,71	3,32**

Nota. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

As comparações *post-hoc*, pelos métodos mais adequados, indicaram que o grupo do nível de instrução dos pais do 1º ciclo do ensino básico relatou os níveis menos elevados nas variáveis da saúde positiva, *grosso modo* com diferenças estatisticamente significativas, quando comparado com o grupo do nível de instrução dos pais do 2º/3º ciclos do ensino básico, com o grupo do nível de instrução dos pais do secundário e com o grupo do nível de instrução dos pais do curso superior.

Foram efectuadas análises de regressão múltipla pelo método *stepwise* com o objectivo de avaliar os factores preditores das variáveis de saúde positiva às avaliações para o total da amostra. Foram introduzidas como possíveis variáveis independentes preditoras todas as variáveis que, na análise de correlações, evidenciaram asso-

ciações estatisticamente significativas com o total das variáveis de saúde positiva em estudo.

Os resultados obtidos mostraram a existência de quatro variáveis preditoras do índice de QVRS às avaliações, que explicaram, no seu total, cerca de 39,7% da variância do modelo. A FEL foi a primeira variável independente encontrada, tendo explicado cerca de 29% do modelo, tendo-se seguido SV, a idade e o nível socioeconómico que, no seu conjunto, explicaram cerca de 10,7% da variância total do modelo.

No estudo dos factores preditores da subescala DAE de QVRS, os resultados obtidos mostraram a existência de cinco variáveis independentes preditoras do índice, que explicaram, no seu total, 40,6% da variância do modelo. A FEL foi a primeira variável independente encontrada,

tendo explicado cerca de 29,1% do modelo, tendo-se seguido a SV, a DC de QVRS, a idade e o nível de instrução da família que, no seu conjunto, explicaram 11,5% da variável total do modelo.

Na subescala DC de QVRS, os resultados obtidos mostraram a existência de cinco variáveis independentes preditoras do respectivo índice, que explicaram, no seu total, cerca de 20,8% da variância do modelo. A DAE de QVRS foi a primeira variável independente encontrada, tendo explicado 14,8% do modelo, tendo-se seguido SV, a instrução da família, a FEL e a idade que, no seu conjunto, explicaram cerca de 6,0% da variância total do modelo.

Em relação a SV, os resultados mostraram a existência de cinco variáveis independentes preditoras do índice, que explicaram cerca de 35,5% da variância do modelo. A FEL foi a primeira variável independente encontrada, tendo explicado 25,3% do modelo, seguindo-se a DAE de QVRS, a DC de QVRS, o nível socioeconómico e a idade que, no seu conjunto, explicaram cerca de 10,2% da variância total do modelo.

Na FEL foram observadas quatro variáveis independentes preditoras, que explicaram cerca de 36,9% da variância do modelo. A DAE de QVRS foi a primeira variável independente encontrada, explicando 29,1% do modelo, seguindo-se SV, o nível socioeconómico e DC, que explicaram, no seu conjunto, cerca de 7,8% da variância total do modelo.

Tabela 3
Factores Preditores de Saúde Positiva para a Amostra Total

VD	P	VI's	R ² Aj.	β	t
QVRS (Kidscreen 10)	1	Felicidade	0,290	0,351	25,022***
	2	Sat. Vida	0,087	0,330	23,417***
	3	Idade	0,019	-0,140	-11,511***
	4	FAS	0,001	0,029	2,363*
% V. Explic			39,7%		
DAEmocional (Kidscreen 10)	1	Felicidade	0,291	0,355	25,303***
	2	Sat. Vida	0,060	0,220	15,176***
	3	DCognitiva	0,030	0,189	14,396***
	4	Idade	0,023	-0,153	-12,649***
	5	Inst. Família	0,002	-0,042	-3,504***
% V. Explic			40,6%		
DCognitiva (Kidscreen 10)	1	DAEmocional	0,148	0,251	14,594***
	2	Sat. Vida	0,050	0,232	13,839***
	3	Inst. Família	0,010	0,101	7,271***
	4	Felicidade	0,001	0,038	2,17*
% V. Explic			20,8%		
Sat. Vida	1	Felicidade	0,253	0,311	20,814***
	2	DAEmocional	0,063	0,234	15,130***
	3	DCognitiva	0,032	0,189	13,826***
	4	FAS	0,007	0,081	6,429***
% V. Explic			35,5%		
Felicidade	1	DAEmocional	0,291	0,379	25,989***
	2	Sat. Vida	0,076	0,305	20,814***
	3	FAS	0,001	0,027	2,127*
	4	DCognitiva	0,001	0,028	2,048*
% V. Explic			36,9%		

Nota. * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001.

Na análise da tabela poderá verificar-se que nos modelos explicativos das variáveis em estudo são os factores de índole afectivo emocional que registam preponderância, seja quando se consideram as variáveis afectivas (FEL e DAE de QVRS), seja quando se consideram as variáveis cognitivas (SV e DC de QVRS).

Discussão

Tratando-se de um estudo de carácter exploratório, a discussão dos resultados, mais do que permitir aferir certezas e extrair conclusões definitivas, proporciona um conjunto de indicações para posteriores pesquisas, levanta algumas questões estimuladoras da reflexão e abre janelas para ulteriores abordagens qualitativas. Os resultados, os pontos de maior relevo, as questões suscitadas são corroborados, em grande parte, por outros estudos empíricos.

Os jovens adolescentes, numa abordagem geral dos dados, percebem-se como saudáveis. As alterações biopsicossociais que a literatura descreve para esta fase da vida pessoal parecem ser enfrentadas de forma muito positiva, uma vez que no universo em estudo predomina a saúde positiva. Com efeito a análise estatística apresenta uma elevada percepção das dimensões emocional e cognitiva da QVRS, da SV e da FEL (Matos et al., 2007; Simões, 2007).

O aumento da idade dos adolescentes corresponde a uma diminuição da saúde positiva percebida. Aos 11 anos encontram-se os índices mais elevados de saúde positiva que decrescem de forma estatisticamente significativa em intervalos de dois anos (13, 15 e 16 anos ou mais). Parece que as alterações biopsicossociais específicas desta fase do ciclo vital, associadas à maturação neuronal e à progressiva entrada no estágio piagetiano das operações formais (Muuss, 1996), levantam questões cognitivas e emocionais que se traduzem no decréscimo da percepção de saúde positiva. O aumento da capacidade, complexidade e sofisticação de processamento de informação por parte do adolescente produz mudanças no modo de se relacionar com as realidades endógena e exógena, fazendo emergir a necessidade de tempo e de outras competências de vida. O diálogo entre o indivíduo e os seus contextos socializadores (família, amigos, escola, comunidade local) pode tornar-se mais difícil, mais elaborado, gerador de outro tipo de emoções não habituais o que poderá redundar numa menor percepção de bem-estar. O processo de adequação às mudanças biopsicossociais do adolescente traz consigo novos e mais intensos indutores de *stress* o que poderá desempenhar um papel adverso na percepção do nível de saúde positiva. Também a pressão sociocultural (pares, *media*, culturas juvenis, família, escola...) inerente a um processo de autonomização, cada vez mais interiorizada pelo adolescente que pretende afirmar a sua identidade (Ceballos, 2009), tem efeitos sobre o

modo de se perceber. Como escreve Frydenberg (1997), também a frustração de expectativas e o pessimismo crescente em relação aos próprios recursos versus os desafios dos contextos (resultados escolares versus âmbito profissional desejado, perspectivas de desemprego, dificuldades de recursos financeiros, etc.) condicionam negativamente a percepção de saúde.

As diferenças estatisticamente significativas estão associadas ao âmbito cognitivo (DC de QVRS e SV) e ao âmbito afectivo e emocional (DAE de QVRS e felicidade). Mas se no âmbito cognitivo se registam diferenças entre todas as faixas etárias, no âmbito afectivo-emocional, após os 15 anos, parece atenuar-se a diferença em relação à percepção de saúde positiva. Quererá isto dizer que o adolescente tende a adquirir primeiro as competências necessárias para lidar com a dimensão afectivo-emocional? Será que o ajuste emocional terá de ser anterior ao ajuste cognitivo? A revisão de literatura (Damásio, 2003; Lyubomirsky, 2008) e o presente estudo rejeitam uma separação entre as componentes cognitiva e afectivo-emocional da saúde positiva, mas a dialéctica entre estas componentes está presente no processo de desenvolvimento saudável do adolescente. Os dados parecem indicar que após alguma turbulência desta fase de vida, no percurso para a idade adulta, os adolescentes voltarão a recuperar os índices de percepção de saúde positiva. Embora os âmbitos cognitivo e afectivo-emocional sejam interdependentes, a análise de dados parece indicar a componente afectivo-emocional a liderar a percepção de saúde positiva no adolescente. Será que o domínio do âmbito afectivo-emocional da saúde positiva se irá sedimentando num âmbito cognitivo cada vez mais determinante na saúde positiva? Será que os estilos de vida saudáveis, assumidos cognitivamente pelos adultos, têm a montante estilos de vida adoptados pelos adolescentes por razões mais ligadas a âmbitos afectivo-emocionais? Parece claro que as dinâmicas dos contextos socializadores do adolescente (família, escola, pares, comunidade local, âmbitos socioculturais) que pretendam favorecer um desenvolvimento saudável do adolescente terão necessariamente de integrar e desenvolver as dimensões afectivo-emocionais e cognitivas. A promoção da saúde positiva, não tem de investir apenas em informação, conhecimentos e respectiva organização, mas igualmente (ou talvez mais ainda) em competências de comunicação e de relação intersubjectiva, em competências sociais e afectivas, em competências de autoconhecimento, de cidadania e de vida. Neste ponto, nomeadamente ao nível da escola, um dos contextos mais relevantes no processo de desenvolvimento do adolescente, talvez fosse oportuna uma revisão dos programas escolares e projectos educativos de forma a desenvolverem estratégias de promoção de saúde que tornem possível um crescimento saudável dos adolescentes nas distintas faixas etárias.

O género masculino auto percebe-se com uma saúde positiva mais elevada quando comparado com o género feminino. Se esta tendência é clara nas variáveis de saúde positiva mais associadas ao âmbito afectivo-emocional (DAE de QVRS e felicidade), não é tão óbvia nas variáveis de saúde positiva mais endereçadas para o âmbito cognitivo (DC de QVRS e SV). Com efeito, na DC da QVRS não se observam diferenças estatisticamente significativas entre géneros. A literatura refere o género feminino com uma maior tendência para a internalização, o que poderia explicar uma menor percepção da saúde positiva, nomeadamente no âmbito emocional (Ceballos, 2009; Matos & Batista-Foguet, 2007). Atendendo aos dados em estudo, pode-se levantar a hipótese de haver uma maior sensibilidade aos acontecimentos de vida, quanto ao número e quanto à intensidade com que são vividos pelo género feminino.

O nível socioeconómico (FAS) mostra uma associação estatisticamente significativa com os índices médios de percepção de saúde positiva. Quanto mais elevado o nível socioeconómico mais elevada é a percepção de saúde positiva. Se nas variáveis com maior relação ao âmbito cognitivo (DC de QVRS e SV) se observam diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos socioeconómicos, nas variáveis mais correlacionadas ao âmbito afectivo e emocional, nomeadamente a DAE de QVRS, embora se constatem índices mais elevados de percepção de saúde positiva consoante o aumento do nível socioeconómico, esta diferença não é estatisticamente significativa entre os níveis socioeconómicos baixo e médio. Isto mostra que os indicadores socioeconómicos tendem a ter maior impacto na componente cognitiva da percepção da saúde positiva do que na componente afectivo-emocional (Drukker et al., 2003; Torsheim et al., 2004), não obstante, como refere a literatura (Lyubomirsky, 2008), as duas componentes estarem profundamente entretecidas.

A análise dos resultados das variáveis de saúde positiva a partir da perspectiva do nível de instrução dos pais deixa entender que todas as variáveis têm diferenças estatisticamente significativas entre os distintos grupos de instrução: os adolescentes com encarregados de educação sem estudos ou com apenas o 1º ciclo do ensino básico percebem-se com níveis menos elevados de saúde positiva. Os dados levam a concluir que o nível de instrução dos pais possui uma incidência na auto-percepção dos adolescentes quanto às variáveis de âmbito cognitivo: DC de QVRS e SV. As variáveis DAE de QVRS e FEL não mostram qualquer correlação com o nível de instrução dos encarregados de educação. Assim, de forma ainda mais evidente do que no nível socioeconómico, pode concluir-se que o nível de instrução das famílias regista uma particular incidência nas variáveis de âmbito cognitivo da percepção dos adolescentes quanto à saúde positiva.

O procedimento estatístico de análise de regressão múltipla com vista a avaliar os factores preditores das variáveis de saúde positiva faz perceber, antes de mais, que as variáveis de âmbito cognitivo se entrelaçam com as variáveis de âmbito afectivo-emocional nas percepções do adolescente quanto à saúde positiva. Mais ainda, não parece aceitável considerar variáveis exclusivamente cognitivas nem exclusivamente emocionais na percepção da saúde positiva.

O âmbito afectivo-emocional, nomeadamente DAE de QVRS e FEL são os factores que primeiro se posicionam na predição dos índices de saúde positiva nos adolescentes. Serão as medidas deste âmbito mais consistentes do que as de âmbito cognitivo? Os dados parecem corroborar Balaguer e Castillo (2002) e Ceballos (2009) que afirmam a relevância do âmbito afectivo-emocional na percepção da saúde positiva por parte dos adolescentes. Como referem igualmente estes autores as variáveis de âmbito mais cognitivo (DC de QVRS e SV) surgem como predictoras na percepção da saúde positiva dos adolescentes em segundo plano.

As variáveis da saúde positiva de âmbito afectivo-emocional encontram factores preditores mais fortes, com uma percentagem de variância explicada mais expressiva, do que as variáveis de âmbito cognitivo. Estes dados parecem indicar que as opções dos adolescentes por comportamentos saudáveis parecem ter uma relação mais forte com as variáveis de âmbito afectivo-emocional. Atendendo à literatura (Frey & Stutzer, 2004; Lyubomirsky, 2008), que refere o âmbito cognitivo como mais estável e o âmbito afectivo como mais sujeito à efemeridade e à mudança, estes resultados deixam transparecer que os adolescentes tendem a “fundamental” as suas opções comportamentais sobretudo em factores pontuais, relacionados com as emoções e sentimentos experimentados em determinado momento ou circunstância.

Apesar da prevalência da componente afectivo-emocional sobre a cognitiva na percepção de saúde positiva por parte do adolescente, como referem Damásio (2003) e Lyubomirsky (2008), uma e outra são interdependentes, devendo ser analisados e trabalhadas em conjunto uma vez que se completam no desenvolvimento da pessoa.

A idade, o nível de instrução e o nível socioeconómico das famílias embora surjam nos modelos preditores de saúde positiva dos adolescentes, ocupam lugares terciários em relação aos factores preditores de âmbito afectivo-emocional e de âmbito cognitivo. Assim, parece que, embora possuam alguma influência na percepção da saúde positiva dos adolescentes, não são tão determinantes quanto os âmbitos afectivo e cognitivo.

As variáveis de âmbito afectivo-emocional encontram-se na primeira linha, nos primeiros passos, dos factores preditores das variáveis de âmbito mais prevalentemente cognitivo, mas o contrário já não é verdadeiro. Numa

análise meramente académica, que separe a componente afectivo-emocional da componente cognitiva, os dados apresentam a dimensão afectivo-emocional como determinante na dimensão cognitiva da saúde positiva (segundo os últimos autores citados, mais estável e duradoira), o que poderá indicar que a promoção da saúde positiva passa, antes de mais, por estratégias afectivo-emocionais, mais do que por estratégias de informação e de elucubrações mentais. Nos programas de promoção da saúde para além de se transmitir informações e estabelecer protocolos gradativos com o desenvolvimento biopsicossocial do adolescente é imperioso investir na relação, na qualidade dos contextos socializadores, na formação dos técnicos de educação e no envolvimento pessoal com os adolescentes e as respectivas culturas juvenis. Promover saúde é saber para onde se pretende ir, saber que competências estimular e desenvolver, mas com disponibilidade para caminhar com o adolescente, com tempo para estar presente de forma dialogante, atenta e proactiva, com abertura para construir vínculos afectivos e sentido de pertença. Não serão as iniciativas de associativismo juvenil um possível espaço de excelência para a promoção da saúde?

Considerações Finais

Os resultados que analisámos e discutimos permitiram identificar aspectos relacionados com a percepção da saúde que os adolescentes portugueses revelam, contribuindo para uma maior compreensão do comportamento de saúde destes adolescentes e para desvendar novos aspectos da evolução da percepção da saúde positiva durante o desenrolar do processo adolescente, de modo a permitir comparações nacionais e internacionais, no âmbito dos estudos HBSC.

Se, por um lado, a saúde positiva é percebida de modo distinto pelos géneros feminino e masculino, por outro, ao aumento da idade dos adolescentes corresponde uma diminuição da saúde positiva percebida. Contudo, a diminuição da saúde positiva percebida é distinta segundo o género, sendo mais precoce para o género feminino (11-13 anos) e mais tardia para o género masculino (13-15 anos).

Os estatutos socioeconómico e sociocultural das famílias manifesta associação com o nível de percepção de saúde positiva dos adolescentes, especialmente no que respeita ao âmbito cognitivo, mas num possível modelo explicativo ocupariam um lugar terciário. É, contudo, de sublinhar que a percepção de saúde positiva é mais elevada nos níveis socioeconómicos mais altos e, também, nos grupos cujos pais têm níveis de instrução mais elevados.

Releva deste estudo que as variáveis de âmbito afectivo-emocional e de âmbito cognitivo são interdependentes mas, no decurso do processo adolescente, a componente afectivo-emocional é mais expressiva do que a componente cognitiva da auto-percepção de saúde positiva.

Se considerarmos que a auto-percepção da saúde positiva dos adolescentes portugueses pode evidenciar a sua saúde efectiva, então, parece-nos lícito ponderar a necessidade de reinventar processos e metodologias para a promoção da saúde percebida pelos próprios e, também, para a promoção da sua saúde efectiva, intervindo nos factores que as condicionam, sobretudo neste período da vida em que decorrem profundas modificações biopsicossociais que implicam adaptação e adequação permanente.

Os contextos de referência do adolescente, sobretudo a família e a escola, como espaços educativos e de promoção da excelência do adolescente, deverão fomentar o desenvolvimento de competências afectivo-emocionais e cognitivas para que o adolescente possa lidar com as alterações biopsicossociais de forma saudável e fortalecedora, de forma a desenvolver as estratégias de promoção da saúde dirigidas para a redução dos factores de risco, como sugere a Organização Mundial de Saúde.

Os dados enunciados na discussão dos resultados poderão ser indicadores preciosos para a estruturação dos programas escolares, especialmente no que respeita às orientações metodológicas e às estratégias aconselhadas para os processos de ensino e de aprendizagem. Trata-se, na nossa perspectiva, de incentivar a abordagem de temáticas relacionadas com a promoção da saúde, através da promoção de escolhas saudáveis, assim como dos processos metodológicos e das tarefas práticas com vista à promoção de competências que permitam a adopção de comportamentos de protecção da saúde. Não basta usar instrumentos e técnicas; os conhecimentos e o “saber” não são suficientes. A intersubjectividade, o espaço relacional e comunicação são fundamentais. A forma de comunicar e de chegar ao adolescente é um factor primordial da promoção da saúde e da percepção que os adolescentes dela revelam. Apelar à cognição em ambiente afectivo-emocional, possibilitará a apropriação pelo adolescente dos fundamentos cognitivos e afectivo-emocionais para realizar escolhas saudáveis, em ordem à construção de um percurso saudável e equilibrado.

Relativamente aos programas e projectos que se desenvolvem na Europa e em Portugal no âmbito da *Educação e da Promoção da Saúde* em meio escolar, a sua estruturação, procurando incentivar a percepção de saúde dos adolescentes e, mais concretamente, da sua saúde positiva efectiva, deverão direccionar-se especificamente em função da idade e do género, apostando em intervenções que se socorram, acima de tudo, de argumentos afectivo-emocionais, sem descuidar as componentes cognitivas, no sentido do desenvolvimento de competências pessoais e sociais. Estes programas deverão capacitar os adolescentes para o “saber” e para o “saber-ser” e “saber-escolher”, para que estes possam construir um projecto de vida e serem capazes de fazer escolhas indi-

viduais, conscientes e responsáveis. Para isso é necessário continuar a investir na informação e nos conhecimentos técnicos mas, acima de tudo, é essencial incrementar projectos que estimulem o espírito crítico e a capacidade de auto-conhecimento e de auto-regulação, especialmente em relação à gestão dos afectos e das emoções.

Igualmente importante é o envolvimento dos pais e das famílias nos programas de promoção e de educação para a saúde. Se, como nos parece lícito inferir, as famílias com estatuto socioeconómico e cultural mais elevado possuem mais conhecimentos e fazem investimentos mais acertados na relação com a criança e com o adolescente, também é verdade que seria desejável conferir esse “saber” e “saber-fazer” àqueles que têm menos recursos económicos e menos capital cultural. Preconizamos, por isso, que os programas de promoção da saúde envolvam, para além da escola, os pais despertando-os para a gestão dos afectos (e da relação) e para a orientação no sentido da saúde, numa perspectiva holística e ecológica. A “formação de pais” pode promover o alertar para os riscos e para os comportamentos de risco, para a importância do diálogo e das opções conscientes e fundamentadas, para a importância da escolha dos pares, para o incentivo da actividade física, da regulação emocional, entre outros aspectos.

Parece-nos importante referir que as limitações do estudo aqui apresentado têm sobretudo a ver com a análise comparativa entre a auto-percepção da saúde dos adolescentes e a percepção da saúde dos adolescentes realizada pelos seus pais e pelos técnicos de saúde.

Pensamos que seria importante realizar novas investigações, de cariz quantitativo e qualitativo, envolvendo adolescentes, pais, profissionais de saúde e profissionais de educação envolvidos em projectos de promoção e de educação para a saúde, no sentido de serem delineados programas de intervenção adaptados aos contextos e às populações escolares.

Referências

Arita, B., Romano, S., Garcia, N., & Félix, M. (2005). Indicadores objetivos y subjetivos de la calidad de vida. *Enseñanza e Investigación en Psicología, 10*(1), 93-102.

Balaguer, I., & Castillo, I. (2002). Los estilos de vida relacionados con la salud en la adolescencia temprana. In *Estilos de vida en la adolescencia* (pp. 37-49). Valencia, España: Promolibro.

Berjano, R., Foguet, J., & González, A. (2008). El desarrollo de estilos de vida en los adolescentes escolarizados: diferencias entre chicos y chicas. *IberPsicología 2008: 13.1*. Retrieved July 27, 2008, from <http://psicologiaonline/ciopa2001/actividades/57/index.html>

Bisegger, C., Cloetta, B., von Rüden, U., Abel, T., Ravens-Sieberer, U., & The European KIDSCREEN Group. (2005). Health-related quality of life: Gender differences in childhood and adolescence. *Sozial Präventivmed, 50*(5), 281-291.

Boyce, W., Torsheim, T., Currie, C., & Zambon, A. (2006). The Family Affluence Scale as a Measure of National Wealth: Validation of an Adolescent Self-Report Measure. *Social Indicators Research, 78*(3), 473-487.

Cantril, H. (1965). *The pattern of human concerns*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

Ceballos, G. (2009). *El adolescente y sus retos: la aventura de hacerse mayor*. Madrid, España: Pirámide.

Cuadra, H., & Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo: hacia una Psicología Positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile, 12*(1), 83-96.

Damáso, A. (2003). *Ao encontro de Espinosa: As emoções sociais e a Neurologia do Sentir*. Mem Martins, Portugal: Europa América.

Drukker, M., Kaplan, C. D., Feron, F. J. M., & Van Os, J. (2003). Children's health-related quality of life, neighbourhood socioeconomic deprivation and social capital. A contextual analysis. *Social Science and Medicine, 57*(5), 825-841.

Espinosa, J. L. (2004). Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 90*, 57-71.

Frey, B., & Stutzer, A. (2004). *Happiness Research: State and Prospects* (Institute for Empirical Research in Economics Working No. 190). Retrieved February 28, 2007, from <http://ssrn.com/abstract=559427>

Frydenberg, E. (1997). *Adolescent coping. Theoretical and research perspectives*. London: Routledge.

Lyubomirsky, S. (2008). *La ciencia de la felicidad*. Barcelona, España: Urano.

Matos, M. G., & Batista-Foguet, J. M. (2007). Satisfação com a vida, escola, risco e protecção ao longo da adolescência. In P. S. Santos (Ed.), *Temas candentes em Psicologia do Desenvolvimento* (pp. 333-340). Lisboa, Portugal: Climepsi.

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

Matos, M., Carvalhosa, S., Simões, C., Branco, J., Urbano, J., & Equipa do Aventura Social e Saúde. (2004). *Risco e protecção na adolescência: O adolescente, os amigos, a família e a escola*. Retrieved February 25, 2006, from <http://www.fmh.utl.pt/>

Matos, M., Gonçalves, A., & Gaspar, T. (2005). *Aventura social e saúde: Prevenção do VIH numa comunidade migrante*. Lisboa, Portugal: Universidade Nova de Lisboa.

Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., Diniz, J., et al. (2007). *A saúde dos adolescentes portugueses hoje e em oito anos*. Lisboa, Portugal: Universidade Nova de Lisboa.

Minto, E. C., Pedro, C. P., Netto, J. R. C., Bugliani, M. A. P., & Gorayeb, R. (2006). Ensino de habilidades de vida na escola: Uma experiência com adolescentes. *Psicologia em Estudo, 11*(3), 561-568.

Muuss, R. E. (1996). *Theories of adolescence* (6th ed.). New York: McGraw-Hill.

Najman, J. M., Aird, R. L., Bor, W., O'Callaghan, M., Williams, G. M., & Shuttlewood, G. J. (2004). The generational transmission of socioeconomic inequalities in child cognitive development and emotional health. *Social Science and Medicine, 58*(6), 1147-1158.

Organização Mundial de Saúde. (2006). *Health behaviour in school-aged children*. Edinburgh, Scotland: Author.

- Power, C. (2002). Childhood adversity still matters for adult health outcomes. *Lancet*, 360(9346), 1610-1620.
- Rajmil, L., Alonso, J., Berra, S., Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Simeoni, M.-C., et al. (2006). Use of a Children Questionnaire of Health-related Quality of Life (KIDSCREEN) as a measure of needs for health care services. *Journal of Adolescent Health*, 38(5), 511-518.
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Abel, T., Auquier, P., Bellach, B. M., Bruil, J., et al. (2001). The European KIDSCREEN Group: Quality of life in children and adolescents: A European public health perspective. *Sozial Präventivmed*, 46(5), 294-302.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia Y Enfermería*, 9(2), 9-21.
- Simões, M. C. R. (2007). *Comportamentos de risco na adolescência*. Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Starfield, B., Riley, A. W., Witt, W. P., & Robertson, J. (2002). Social class gradients in health during adolescence. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(5), 354-361.
- Torsheim, T., Currie, C., Boyce, W., Kalnins, I., Overpeck, M., & Haugland, S. (2004). Material deprivation and self-rated health: A multilevel study of adolescents from 22 European and North American countries. *Social Science and Medicine*, 59(1), 1-12.
- Von Rueden, U., Gosch, A., Rajmil, L., Bisegger, C., Ravens-Sieberer, U., & European Kidscreen Group. (2006). Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: Results from a European study. *Journal of Epidemiology. Community Health*, 60(2), 130-135.