

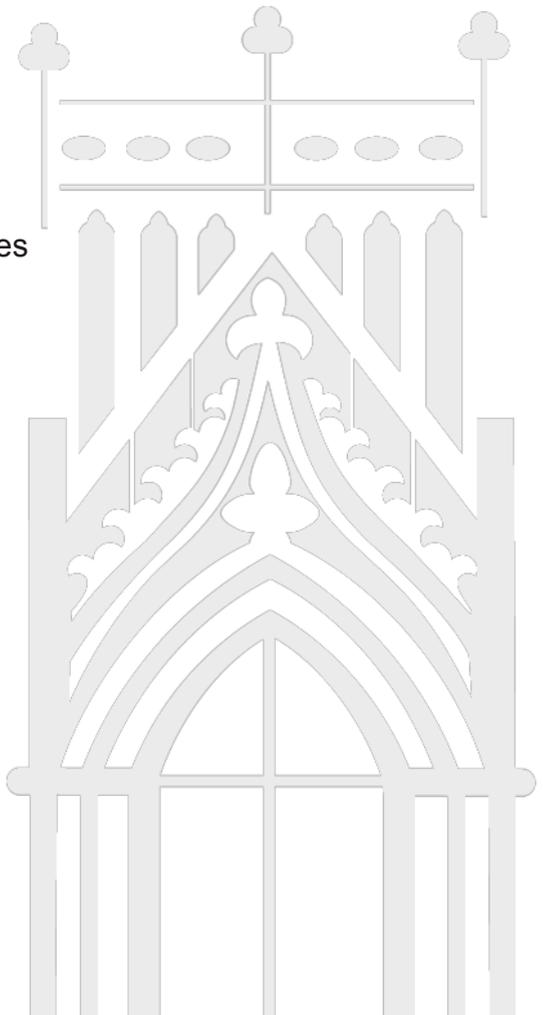


Mestrado em Enfermagem Comunitária

Estilo Vida dos Adolescentes de uma
Escola Secundária do Interior do País

Marlene Sofia Teixeira Fernandes Marques

setembro | 2018



Escola Superior
de Saúde



Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico da Guarda

Estilo de Vida dos Adolescentes de uma Escola Secundária do Interior do País

Marlene Sofia Teixeira Fernandes Marques

Guarda, 2018



Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico da Guarda

Estilo de Vida dos Adolescentes de uma Escola Secundária do Interior do País

**Dissertação elaborada para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem
Comunitária**

Autora:

Marlene Sofia Teixeira Fernandes Marques

Orientadora:

Professora Doutora Agostinha Esteves Melo Corte

Coorientadora:

Professora Doutora Ermelinda Maria Bernardo Gonçalves Marques

Guarda, 2018

“ Os adolescentes são apaixonados, irascíveis, e tendem a se deixar levar pelos seus impulsos (...) são volúveis, os seus desejos são inconstantes, além de transitórios e veementes. Levam tudo ao extremo, seja amor, ódio ou qualquer outra coisa. Acham que sabem tudo...”

WHO (2017)

LISTA DE ABREVIATURAS

g - gramas

Kg - Quilograma

Kg/m² - Quilograma por metro quadrado

m - Metros

m² - Metro ao quadrado

Md - Mediana

n^o - Número

n - Número de elementos da amostra

p - Proporção amostral

r - Correlação

rs - Coeficiente de correlação de *Spearman*

s - Desvio padrão

x² - Teste de *Kruskal-Wallis*

\bar{x} - Média

\bar{x}_{pond} - Média ponderada pelo número de itens

x_{min} - Valor Mínimo

x_{máx} - Valor Máximo

z - Teste U de *Mann-Whitney*

LISTA DE SIGLAS

DGS – Direção Geral da Saúde

HBSC – *Health Behaviours in school-aged children*

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

PICI – Perceção da Imagem Corporal Ideal

PICR – Perceção da Imagem Corporal Real

PNAS – Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

SPSS – *Statistical Package for the social science*

VIH – Virus da Imunodeficiência Humana

WHO – *World Health Organization*

Dedicatória

À minha família, de modo especial ao amor da minha vida o meu marido, e aos meus adorados pais e irmão.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente às excelentes Docentes que felizmente tive o prazer de ter como minhas Orientadoras, Professora Doutora Agostinha Esteves Melo Corte e Professora Doutora Ermelinda Maria Bernardo Gonçalves Marques, pela sua disponibilidade, orientação, paciência, amizade e carinho que sempre demonstraram.

Aos adolescentes que participaram no estudo, sem eles não seria possível realizar esta investigação. Estendendo o meu agradecimento a quem colaborou comigo na escola secundária do interior do país, e a ajuda preciosa no contacto com a escola e pela sempre alegre disponibilidade.

Agradeço à minha família, em especial ao meu adorado marido pelo seu amor, paciência, pelos momentos em que se viu privado de alguma da minha atenção e até alguma cumplicidade que me inspirou a continuar. Aos meus amáveis pais que me transmitiram valores que levo comigo para a vida, pelo apoio incondicional e por acreditarem em mim. Ao meu querido irmão pelos sábios conselhos, e que sempre me encorajou a continuar. Aos meus queridos sogros pelo apoio e pelo inabalável encorajamento da realização do Mestrado.

A todos os meus amigos que me deram apoio e força com a sua amizade.

A todos que de algum modo contribuíram para a concretização desta investigação.

A todos o meu Bem-haja!

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 1 - Determinantes da Saúde	36
Figura 2 - Determinantes da Saúde para um Estilo de Vida Saudável	37
Figura 3 - Conjunto de Silhuetas propostas por Stunkard <i>et al</i> (1983)	62

ÍNDICE DE QUADROS

	Página
Quadro 1 - Caraterização dos elementos da amostra por ano escolar	58
Quadro 2 - Valores do coeficiente <i>alpha de Cronbach</i> para as escalas utilizadas na investigação	65
Quadro 3 - Caraterísticas sócio demográficas dos elementos da amostra	70
Quadro 4 - Caraterísticas académicas dos elementos da amostra	71
Quadro 5 - Classificação de IMC dos elementos da amostra	72
Quadro 6 - Medidas descritivas dos itens do questionário “O Meu Estilo de Vida”	73
Quadro 7 - Medidas descritivas das dimensões do questionário “O Meu Estilo de Vida”	75
Quadro 8 - Autoimagem Corporal dos elementos da amostra	77
Quadro 9 - Medidas descritivas dos itens e do global da escala “Autoestima”	78
Quadro 10 - Respostas aos itens relativos à felicidade/infelicidade	79
Quadro 11 - Medidas descritivas dos itens e do global da escala “Bem-Estar Psicológico”..	80
Quadro 12 - Correlação entre o questionário “O Meu Estilo de Vida” e a idade	81
Quadro 13 - Comparação do questionário “O Meu Estilo de Vida” em função do sexo	82
Quadro 14 - Comparação do questionário “O Meu Estilo de Vida” em função do ano de escolaridade	83
Quadro 15 - Comparação do questionário “O Meu Estilo de Vida” em função da área de estudos	84
Quadro 16 - Comparação do questionário “O Meu Estilo de Vida” em função da área de residência	85
Quadro 17 - Correlação entre o questionário “O Meu Estilo de Vida” e o número de elementos do agregado familiar	86
Quadro 18 - Correlação entre o questionário “O Meu Estilo de Vida” e o IMC	87
Quadro 19 - Comparação do questionário “O Meu Estilo de Vida” em função da Autoimagem Corporal	88
Quadro 20 - Correlação entre o questionário “O Meu Estilo de Vida” e a Autoestima	89
Quadro 21 - Correlação entre o questionário “O Meu Estilo de Vida” e o Bem-estar Psicológico	90

RESUMO

Introdução: Um estilo de vida adequado dos adolescentes é crucial para uma vida saudável. Os padrões de comportamentos adquiridos na adolescência e perpetuados pela vida adulta vão causar grande impacto na saúde dos adolescentes e na saúde pública, estando associados às principais causas de doenças crônicas não transmissíveis, morte e gastos em saúde. A adolescência é uma fase de transição e ideal para a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária para alterar os determinantes do estilo de vida dos adolescentes, contribuindo para a saúde, bem-estar e qualidade de vida destes.

Objetivos: Esta investigação tem como objetivo geral: avaliar o estilo de vida dos adolescentes; e como objetivos específicos: caracterizar os adolescentes da amostra em estudo; avaliar a percepção que os adolescentes têm da sua imagem; avaliar a autoestima dos adolescentes; avaliar o bem-estar psicológico dos adolescentes, identificar os fatores que influenciam o estilo de vida dos adolescentes e analisar os fatores que influenciam o estilo de vida dos adolescentes.

Metodologia: Estudo não experimental, quantitativo, transversal, descritivo e correlacional, realizado numa amostra não probabilística por acessibilidade. Constituída por 144 adolescentes, matriculados numa escola secundária do interior do país no ano 2016/2017, com média de idades 16.78 anos, a maioria (52.8%) são do sexo feminino. Foi elaborado um protocolo de avaliação, que integra o questionário “O Meu Estilo de Vida” de Pais Ribeiro (2004), as escalas de “Autoimagem Corporal” com silhuetas de Stunkard (1983), “Autoestima” de Santos e Maia (2003), e “Bem-Estar Psicológico” de Rainho *et al* (2012), adaptadas e validadas para a população portuguesa. O tratamento estatístico foi efetuado informaticamente recorrendo ao programa de tratamento estatístico *Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, na versão 23 de 2016.

Resultados: Os adolescentes evidenciaram melhor estilo de vida em termos de segurança motorizada, uso de drogas ou similares e de auto cuidado. Todos os elementos da amostra revelaram um estilo de vida menos adequado a nível da nutrição. Os adolescentes que apresentam melhor estilo de vida são: os que frequentam o 12º. ano; que frequentam a área de ciências e tecnologias ou artes visuais; que residem em meio urbano; que apresentam uma autoimagem desejada; que apresentam melhor autoestima; que evidenciam melhor bem-estar psicológico; e os do sexo masculino evidenciam melhor estilo de vida em termos de exercício físico. Por outro lado, os adolescentes que tendem apresentar pior estilo de vida são os mais velhos; e apresentam pior estilo de vida na segurança motorizada.

Conclusão: Face aos resultados salienta-se a necessidade de implementar estratégias conducentes à prática de um estilo de vida saudável pelos adolescentes. Sendo a escola um local de excelência para a promoção da saúde, deve fomentar a promoção de um estilo de vida saudável a nível da nutrição.

Palavras-Chave (MeSH): Estilo de Vida; Adolescentes; Escola; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The adoption of a healthy lifestyle by teenagers is crucial. Behaviour patterns acquired during adolescence and carried out throughout adult life cause a great impact on teenagers' health, as well as on public health, and are associated to the main causes of non-communicable chronic diseases, death and healthcare costs. Adolescence is a transition period and also the ideal time for the community healthcare nurse to intervene in order to change key behavioural factors of teenagers' lifestyle, thus contributing to their health, well-being and quality of life.

Aims: The general goal of this study is to evaluate teenagers' lifestyle. Specific goals are to describe the teenagers of the study sample, and to assess the perception they have about themselves, their self-esteem, their psychological well-being and also to identify and analyse the factors that influence their lifestyles.

Methodology: Non-experimental, quantitative, transversal, descriptive and correlational study carried out on a non-probability sampling on the basis of their accessibility.

The sample is constituted by 144 students from a secondary school located in inland Portugal in 2016/2017, with an average age of 16.78, being the majority (52.8%) females. It was established an assessment protocol which includes the questionnaire "My Lifestyle" by Pais Ribeiro (2004), the scales of "Body Self-image" with silhouettes by Stunkard (1983), "Self-esteem" by Santos e Maia (2003) and "Psychological Well-being" by Rainho *at al* (2012) adapted and validated to the Portuguese population. The statistical processing of data was done using the program *Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, version 23 of 2016.

Results: The individuals of the sample demonstrated a better lifestyle in terms of motor (physical) safety, the use of drugs or similar substances and self-care. All the individuals showed a less appropriate lifestyle as far as nutrition is concerned. The individuals of the sample who show a better lifestyle are the 12th graders who study Science and Technology or Arts, live in urban areas, have a good self-image, have a better self-esteem and demonstrate a better lifestyle in what concerns physical activity.

In addition, the oldest individuals of the sample tend to show a worse lifestyle in general, and also in what concerns their motor (physical) safety.

Conclusion: With respect to the results, it is important to emphasise the need to implement strategies leading to the adoption of a healthy lifestyle by teenagers. Being the school an outstanding place for promoting health, it must foster a healthy lifestyle concerning nutrition.

Key Words (MeSH): Lifestyle, Adolescence, School, Health Promotion

ÍNDICE

	Página
INTRODUÇÃO	14
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
1. SAÚDE E ESTILO DE VIDA NA ADOLESCÊNCIA	20
2. PROMOÇÃO DA SAÚDE EM CONTEXTO ESCOLAR	44
2.1 A ESCOLA PROMOTORA DE SAÚDE	46
3. CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS ADOLESCENTES	50
PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	
4. METODOLOGIA	56
4.1 QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS	56
4.2 HIPÓTESES	57
4.3 TIPO DE ESTUDO	57
4.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA	58
4.5 VARIÁVEIS E PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO	59
4.6 CONSISTÊNCIA INTERNA DAS ESCALAS	64
4.7 TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS	65
4.8 PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	66
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	68
CONCLUSÕES	92
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
APÊNDICES	
Apêndice A - Protocolo de Avaliação	108
Apêndice B - Pedido e autorização para aplicação do Protocolo de Avaliação ao Senhor Presidente da Instituição de Ensino	109
Apêndice C - Pedido e autorização para aplicação do questionário “O Meu Estilo de Vida”	110
Apêndice D - Pedido e autorização para aplicação da escala “Autoestima”	111
Apêndice E - Pedido de autorização para aplicação da escala “Bem-estar Psicológico”	112
Apêndice F - Pedido de Autorização aos Encarregados de Educação para aplicação do Protocolo de Avaliação	113

ANEXOS

Anexo A - Questionário “O Meu Estilo de Vida”	115
Anexo B - Escala “Autoimagem”	116
Anexo C - Escala “Autoestima”	117
Anexo D - Escala “Bem-estar Psicológico”	118

INTRODUÇÃO

Atualmente vivemos numa sociedade em que existe um paradoxo entre a procura de um corpo saudável e o aumento das doenças, as quais são provenientes da adoção de um estilo de vida pouco saudável.

Em 2015 a Direção Geral da Saúde (DGS), afirma que o estilo de vida está na base das doenças crónicas não transmissíveis, causando impacto no bem-estar, qualidade de vida, morbidade e mortalidade dos adolescentes. Rafael, Muñoz e Arévalo (2016) acrescentam que, o estilo de vida engloba um conjunto de hábitos adotados pelos adolescentes, e revelam que a evidência atual sobre a relação entre estilo de vida e as principais problemáticas de saúde mundial é ampla, representando o número de comportamentos de risco e os seus impactos na saúde da população.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2014, sustenta que os adolescentes assumem um papel de constante experimentação e de aventura, deixando-se levar pelos seus impulsos, proporcionando por vezes, a ocorrência de comportamentos de risco. Estes fatores de risco são considerados os principais determinantes da saúde dos adolescentes, dos quais destacamos: os hábitos alimentares inadequados, o consumo de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas, a reduzida atividade física, a vida sedentária, a má gestão de stresse e as relações sexuais desprotegidas, colocando em risco a autoimagem, autoestima e bem-estar psicológico dos mesmos.

Ao longo dos anos os problemas de saúde dos adolescentes têm sido pouco valorizados, ou mesmo ignorados nalguns casos. Atualmente pretende-se alterar esta realidade, criando uma estratégia global para a saúde dos adolescentes com base no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 com revisão e extensão a 2020, com o objetivo de melhorar a saúde dos mesmos e responder às suas necessidades, recorrendo à implementação de programas e políticas favoráveis aos adolescentes, obtendo ganhos em saúde (World Health Organization, (WHO), 2017).

A mesma organização acrescenta que, mais de 3000 adolescentes morrem diariamente devido a causas evitáveis, entre as quais adoção de um estilo de vida pouco saudável.

Existem fatores que desencadeiam um estilo de vida pouco saudável na adolescência, entre os quais: a escassa informação acerca do problema, dificuldade de inserção no meio familiar e meio escolar, insatisfação com a qualidade de vida, problemas de saúde e a pressão exercida pelos grupos de pares (OMS, 2014).

Para Pinto (2015), a prevenção precoce de comportamentos de risco na adolescência é mais eficaz, do que posteriormente na idade adulta. Assim, a promoção da saúde é crucial, pois os adolescentes saudáveis serão no futuro adultos mais saudáveis.

O mesmo autor (2015:2) afirma que “o empoderamento dos adolescentes permite melhorar mecanismos de tomada de decisão para a evicção de comportamentos de risco que se traduzem em indicadores de morbidade e mortalidade no futuro.”

Para promover a saúde nos adolescentes e alterar comportamentos de risco, a DGS em 2014, criou o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), onde refere que a melhoria do nível de literacia em saúde e o fortalecimento da participação da comunidade educativa na promoção da saúde são os pilares do bem-estar, do desenvolvimento, da proteção da saúde e da prevenção da doença em contexto escolar. O projeto educativo deve contemplar os princípios e os valores da promoção e educação para a saúde. O plano de atividade do agrupamento de escolas deverá definir objetivos e uma política de continuidade desde o pré-escolar ao ensino secundário.

Investir na saúde dos adolescentes vai trazer benefícios para o presente, vida futura e para a próxima geração, dando origem a uma sociedade mais sustentável e mais saudável. É importante implementar os programas nacionais de saúde, promovendo a saúde, desenvolvimento e bem-estar dos adolescentes (WHO, 2017). Assim, realça-se a importância do estilo de vida dos adolescentes para a enfermagem comunitária, uma vez que este se constitui um problema social de âmbito epidemiológico. Identificar e analisar os fatores que influenciam o estilo de vida dos adolescentes, vai facilitar na implementação de políticas e programas de saúde, de forma a reduzir os efeitos lesivos desses comportamentos, estabelecendo planos e programas de promoção de saúde, tais como a promoção de um estilo de vida saudável dos adolescentes.

Neste sentido e pela pertinência do tema, considera-se importante abordar esta temática, surgindo a seguinte questão de investigação: “Qual o estilo de vida dos adolescentes de uma escola secundária do interior do país?”.

O objetivo geral desta investigação é avaliar o estilo de vida dos adolescentes de uma escola secundária do interior país.

Os objetivos específicos delineados são:

- Caracterizar os adolescentes da amostra em estudo;
- Avaliar a perceção que os adolescentes têm da sua imagem;
- Avaliar a autoestima dos adolescentes;
- Avaliar o bem-estar psicológico dos adolescentes;
- Identificar os fatores que influenciam o estilo de vida dos adolescentes;
- Analisar os fatores que influenciam o estilo de vida dos adolescentes.

Desenvolveu-se um estudo de carácter não experimental, descritivo-correlacional, transversal e com abordagem de natureza quantitativo. Para avaliar o estilo de vida dos

adolescentes, utilizou-se um protocolo de avaliação e a recolha de dados foi efetuada através do auto-preenchimento do mesmo. O protocolo de avaliação integra o questionário “O Meu Estilo de Vida” de Pais Ribeiro (2004), e as escalas “Autoimagem Corporal” com Silhuetas de Stunkard (1983), “Autoestima” de Santos e Maia (2003) e “Bem-Estar Psicológico” de Rainho, Barroso, Augusto e Monteiro (2012), adaptadas e validadas para a população portuguesa.

Foram selecionados para constituir a amostra deste estudo, adolescentes de uma escola secundária do interior do país, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 15 e 20 anos, que frequentam o 10º, 11º e 12º ano de escolaridade.

A escolha da investigação nesta população, tornou-se pertinente, uma vez que são nestas idades que adotam um estilo de vida pouco saudável, destacando-se a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na promoção de um estilo de vida saudável dos adolescentes.

Como suporte a esta investigação foi elaborada uma revisão da literatura com pesquisa em fontes de dados como a consulta de livros, páginas Web, documentos oficiais de organizações nacionais e internacionais, como exemplo a Direção Geral da Saúde, Organização Mundial de Saúde e a entidade reguladora do exercício em enfermagem “Ordem dos Enfermeiros”. Foram analisadas publicações indexadas na “*B-on*”, artigos científicos relacionados com a temática em investigação, publicados em revistas científicas e existentes em bases de dados como a *Scielo* e a pesquisa em bases de dados científicas de acesso livre, como exemplo, o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) e o Google Académico.

Este estudo encontra-se dividido em duas partes. A primeira parte engloba todo o enquadramento teórico, onde abordamos a saúde e estilo de vida na adolescência, a promoção da saúde em contexto escolar, a escola promotora de saúde, bem como o contributo do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na promoção da saúde dos adolescentes.

Na segunda parte, apresentamos a investigação empírica, onde descrevemos a metodologia: questão de investigação e objetivos, as hipóteses, o tipo de estudo, população alvo e amostra, as variáveis e protocolo de avaliação, consistência interna das escalas, tratamento estatístico dos dados, procedimentos formais e éticos, análise e discussão dos resultados, as principais conclusões desta investigação e as referências bibliográficas. Por fim, apresentamos os apêndices e anexos.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. SAÚDE E ESTILO DE VIDA NA ADOLESCÊNCIA

A adolescência é uma etapa do ciclo vital em constantes mudanças, durante a qual os adolescentes estabelecem uma identidade mais coesa. Durante este período os adolescentes passam por muitas fases de experiências intelectuais, físicas e sociais. Assim, os novos padrões sociais e de comportamentos que surgem nesta fase vão ter grande influência no futuro destes adolescentes (Ferreira e Nelas, 2016).

Silveira, Reis, Santos e Borges (2011), definem adolescência como uma das fases importantes do desenvolvimento humano. Nesta fase de vida, os adolescentes procuram novas experiências e situações que promovam a sensação de liberdade, em busca da sua expressão, identidade, individualidade, autonomia e outras funções como o prazer, intimidade, erotismo e reprodução, concomitantes a alterações psicológicas, biológicas e sociais.

Para a WHO (2017), a adolescência é um período da vida que se faz acompanhar de transições e mudanças fisiológicas e sociais, com novas experiências, onde podem surgir e estarem incluídos comportamentos de risco por parte dos adolescentes, em busca de novas sensações. Nesta fase os adolescentes delineam o seu estilo vida, podendo seguir um caminho de comportamentos de risco.

A adolescência é uma fase de vida suscetível para adoção de um estilo de vida pouco saudável, uma vez que nesta fase os adolescentes procuram socializar uns com os outros. Existindo, por parte destes, a necessidade de aceitação pelo grupo de pares, acabando por adquirir hábitos, valores e atitudes desse mesmo grupo. Assim, o sentimento de pertencer a um grupo e as relações mantidas com esse mesmo grupo, são fatores importantes para um bom desenvolvimento dos adolescentes (Faria, 2015).

As transformações físicas que ocorreram durante adolescência têm uma grande significância para os adolescentes, sendo crucial a aceitação do seu corpo perante os colegas, grupos de amigos e sociedade. Nesta fase os adolescentes idealizam o corpo ideal, o que nem sempre corresponde ao corpo que apresentam na realidade, e quanto mais o corpo real estiver distanciado do ideal maior é a probabilidade de comprometer a autoestima e desenvolver uma adulteração da imagem corporal (Cubrelati, Rigoni, Vieira e Belem, 2014).

Assim, as alterações físicas estão praticamente completas e os adolescentes, por sua vez, vão conseguir ter mais autonomia e liberdade, criando bases para uma nova identidade, salientando-se a importância da autoimagem, autoestima e bem-estar psicológico, as quais abordamos de seguida.

Autoimagem corporal

A imagem corporal desenvolve-se paralelamente à identidade dos adolescentes, envolvendo fatores pessoais, emocionais, psicológicos e sociais. Os adolescentes têm uma necessidade de sobrevalorizar o seu corpo e a sua autoimagem corporal, isto é, têm a necessidade de ter uma aparência que promova a sua satisfação pessoal e que seja aceite pela sociedade, principalmente pelo grupo social a que pertence. Atualmente é notória a importância com aparência do corpo, sendo o corpo o principal fator de relação entre os adolescentes.

Segundo Medeiros (2014), a satisfação corporal traduz-se através da variável efetiva da imagem corporal, que contribui para o desempenho emocional e social dos adolescentes perante a sociedade. Existindo satisfação corporal e autoperceção do mesmo é meio caminho andado para a autoaceitação. Caso contrário, vai haver um grau de negatividade em relação ao corpo, influenciando o bem-estar e qualidade de vida dos adolescentes.

Um dos problemas na adolescência é a discriminação criada pela estética do corpo, sendo os meios de comunicação os grandes influenciadores dos padrões de referência da autoimagem, enaltecendo o corpo jovem, magro e branco. Os meios de comunicação, nomeadamente a internet, têm sido promissores de conceitos inadequados de corpo ideal (Conti, Frutuoso e Gambardella, 2017). Devido a esta imagem distorcida de corpo perfeito, Murari e Dorneles (2018), fundamentam que os adolescentes têm o desejo de procurar o corpo ideal, porque não se encontram satisfeitos com a sua imagem corporal. Para obterem a sua imagem corporal idealizada, os adolescentes cometem excessos e restrições, recorrendo a dietas desequilibradas/carenciadas, e à omissão de refeições. Esta atitude coloca em risco o estilo de vida dos adolescentes, prejudicando a sua saúde.

De acordo com Precioso e Santos (2012), os adolescentes nomeadamente do sexo feminino revelam uma grande preocupação com o peso e aparência física, tendo uma apreciação desviante da sua imagem corporal.

Segundo Murari *et al* (2018), as adolescentes do sexo feminino idealizam um corpo magro (devido ao culto da magreza por parte da sociedade, associada à imagem de beleza, poder e sensualidade), enquanto os adolescentes do sexo masculino procuram um corpo forte e musculado.

A obsessão por corpos magros e musculados, provocada pelos media, torna cada vez mais difícil para a sociedade encontrar o corpo ideal (Branco, Hilário e Cintra, 2017). Esta pressão vai proporcionar um emagrecimento desajustado a curto prazo, podendo posteriormente obter um peso mais elevado do que apresentava antes das dietas (Triches e Giugliani, 2017).

O excesso de peso durante a adolescência está associado ao ganho de peso na vida adulta, assim os adolescentes são um alvo importante para implementar estratégias de redução

de excesso de peso e mais tarde obesidade, através da promoção de um estilo de vida saudável, englobando a manutenção de Índice de Massa Corporal (IMC). Assim, existe uma relação entre o IMC e a percepção da imagem corporal. Porque, o estado nutricional dos adolescentes avaliado a partir do IMC, vai ser um fator com influência biológica indireta para a insatisfação da imagem corporal destes, ou seja, quanto maior for o IMC dos adolescentes, maior é a insatisfação com a sua imagem corporal (Junior, Carvalho, Martins e Ferreira, 2015).

Atualmente vivemos numa sociedade que valoriza os padrões estéticos de forma excessiva, que vão influenciar os adolescentes a situações de risco emocional, psíquico e físico. Dado o desenvolvimento pubertário ocorrer de forma rápida e fora de controlo, e na puberdade ocorrerem alterações significativas, mudanças físicas, dinâmicas e angustiantes, muitas vezes os adolescentes deparam-se com a insatisfação da sua autoimagem (consideram-se demasiado magros ou demasiado gordos), o corpo perde a sua harmonia, tornando-se desproporcional até encontrar o equilíbrio, gerando medos e a insegurança.

A percepção destas constantes mudanças que ocorrem no corpo vão ser responsáveis pelo turbilhão de sentimentos nos adolescentes, o que vai provocar tendência para uma baixa autoestima, um baixo bem-estar psicológico, alterações de humor, interferência nas relações interpessoais, anorexia nervosa, bulimia, obesidade e uso de substâncias que conduzem á morte (Virgínio, 2015).

A imagem corporal inclui representações conscientes e inconscientes do corpo, sendo influenciada e modificada por diversos fatores, entre os quais a realidade ou contexto que a rodeia. Assim, a percepção que os adolescentes têm da sua autoimagem corporal, vai influenciar o seu bem-estar psicológico, sendo a tendência de um corpo com excesso de peso ou de magreza extrema, os responsáveis pela baixa autoestima. A autoestima inclui a autoaceitação de si próprio, desta forma, a autoestima está intrinsecamente ligada à autoimagem corporal (Feliciano e Afonso, 2012).

Autoestima

A autoestima afeta a vida dos adolescentes, nomeadamente nas suas decisões, relacionamentos e desempenho escolar. É crucial os adolescentes apresentarem uma boa autoestima, pois caso contrário a baixa autoestima torna os adolescentes vulneráveis, podendo conduzir estes a comportamentos de risco.

Pais Ribeiro (2003) refere que, os adolescentes que têm baixa autoestima apresentam um sentimento de incompetência, sentem-se incapazes de superar os desafios da vida, sentem-se inferiores, podendo ter efeitos negativos na parte social destes. Pois, geralmente são pessoas mais dependentes e suscetíveis aos sinais que o meio envolvente apresenta. Assim, uma baixa

autoestima pode estar ligada à ansiedade, diminuição de *status* social, disfunção emocional, competências de *coping* não adaptativas e comportamentos de risco. Por conseguinte, salienta-se que os adolescentes com baixa autoestima preocupam-se com a sua proteção e tentam evitar o fracasso, desejando o sucesso como qualquer outra pessoa.

Segundo Rosenberg (1985), os problemas intra e interpessoais, como é o caso da solidão e da insatisfação em casa ou na escola, podem estar relacionados com a baixa autoestima. Por outro lado, os adolescentes com uma autoestima elevada transparecem uma estabilidade emocional, têm boa tolerância à frustração, satisfação com a sua vida, ansiedade reduzida, sucesso em casa e na escola, e maior resiliência face aos programas e fracassos da vida.

Para Matos, Simões, Camacho e Reis (2014), quanto maior for a autoestima dos adolescentes maior será a capacidade para lidar com os problemas, apresentando um sentimento de confiança e competência, alcançando o sucesso nos vários domínios da vida. A autoestima elevada permite um crescimento e desenvolvimento equilibrado dos adolescentes (Kye, Kwon e Park, 2016). Assim, o sucesso/insucesso, a satisfação/insatisfação influenciam a autoestima dos adolescentes. Numa investigação realizada por Virgínio (2015), os estudantes têm uma perceção positiva da sua autoestima.

Na adolescência as mudanças que ocorrem na vida dos adolescentes não são lineares e são diferentes de adolescente para adolescente, embora as transformações físicas sejam visíveis, nomeadamente nas raparigas, e se estas forem vividas e experienciadas de forma eficiente, os adolescentes têm grande probabilidade de desenvolver uma boa autoestima. O desenvolvimento destes envolve as relações que estes apresentam com as pessoas e contexto envolvente, representando fatores de proteção ou fatores de risco.

Bem-estar psicológico

O bem-estar psicológico tem como base a eudaimonia de Aristóteles, a proposta de “vida boa”, onde a felicidade surge associada à realização pessoal. O bem-estar psicológico enfatiza a satisfação da vida com a saúde em geral, nomeadamente o bom funcionamento psicológico (Carvalho, 2015).

Segundo Waterman e Schwartz (2013), o bem-estar psicológico na adolescência está ligado à formação da identidade, valorizando a orientação com base para estabelecer objetivos, crenças e valores, capazes de orientar as suas escolhas no futuro, construindo um propósito e sentido da vida. Assim, o bem-estar psicológico dos adolescentes é crucial, uma vez que indica a felicidade, os afetos positivos/negativos, e a satisfação com a vida, tornando-se indicadores do bem-estar psicológico destes.

A autopercepção do bem-estar psicológico é constituída pela interação das condições experienciadas pelos adolescentes (saúde, família e grupo de pares), a forma com que organizam o conhecimento adquirido por essas experiências, bem como respondem à satisfação das suas necessidades (individuais e sociais). Assim, todas as experiências vivenciadas pelos adolescentes influenciam o seu bem-estar psicológico (Rainho *et al*, 2012).

Os mesmos autores acrescentam que, o bem-estar psicológico é avaliado empiricamente pelo crescimento pessoal e autorealização, estando associado a aspetos positivos relacionados com a saúde.

Assim, a adoção de um estilo de vida saudável melhora a autoimagem, a autoestima e o bem-estar psicológico dos adolescentes.

A busca da identidade é indubitavelmente, um processo que se prolonga durante toda a adolescência, onde os adolescentes podem assumir várias identidades ao longo do seu processo de vida. O *status* definitivo da identidade é assimilado a partir do momento que assume os valores dos pais e sociedade em que se insere (Mclean, 2010). Para um pleno bem-estar psicológico e desenvolvimento dos adolescentes, destaca-se como papel de relevo, o da família.

A **família** é o primeiro contexto social e é fundamental para o desenvolvimento e bem-estar dos adolescentes. Os pais vão ter grande influência sobre os filhos pela herança genética, comportamental e estilo parental.

Segundo Paula (2013), a família é determinante para a conduta dos adolescentes, e é considerada o principal meio para a prevenção de um estilo de vida pouco saudável (famílias bem estruturadas, disciplina, regras de conduta, religião, e um rendimento escolar favorável). A família dos adolescentes pode apresentar duplo papel, isto é, podem representar um fator de proteção ou de risco. Porque muitos dos comportamentos relacionados com a promoção da saúde são aprendidos e adquiridos em contexto familiar, nomeadamente, o estilo de vida.

O papel da família é fulcral, porque a relação pais/filhos, a influência do estilo de vida parental, a comunicação familiar, a influência na tomada de decisões e atitudes dos adolescentes, são aspetos que vão contribuir para o ajustamento e desenvolvimento de competências psicossociais, e para os comportamentos de saúde dos adolescentes. (Pedersen, Gronhoj e Thogersen, 2015). Assim, o contexto familiar assume ser um ambiente privilegiado para o suporte emocional, social e escolhas construtivas e consistentes dos adolescentes, contribuindo para o bem-estar e reajustamento destes na adolescência. A OMS (2014) refere que, a adoção de comportamentos saudáveis, promotores de um estilo de vida adequado adquirem-se em contexto familiar.

Francisco, Narciso e Alarcão (2013) sustentam que, enquanto os adolescentes vivem com os pais existe tendência para o conflito, uma vez que os adolescentes procuram uma

independência para sair, confrontando a ideia dos pais que querem ter controlo sobre a sua vida. Estes conflitos surgem e variam consoante a idade, sexo ou contexto cultural dos adolescentes, e divergem de família para família. É crucial encontrar um equilíbrio entre a relação pais e filhos, porque os filhos procuram a total liberdade, mas também necessitam de algum controlo por parte dos pais, pois se a liberdade for limitada, os comportamentos de risco por parte dos filhos poderão ser menores, uma vez que o controlo parental permite uma vigilância maior pelos pais em relação às atitudes dos filhos adolescentes.

Quando existem aspetos negativos que são aprendidos e adquiridos, os adolescentes apresentam grande probabilidade de apresentarem perturbações na sua saúde. Por tudo isto, é extremamente importante a forma como os pais exercem as suas funções parentais para lidarem com os filhos adolescentes. Pois, os modelos de interação e efetividade que os pais utilizam na relação com os filhos, vão influenciar a forma como estes aprendem e vão lidar com as outras pessoas. Os modelos parentais e métodos de educação vão influenciar as atitudes e comportamentos dos adolescentes no seu dia-a-dia (WHO, 2017).

Os pais desempenham um papel importante na formação da identidade e personalidade dos seus filhos adolescentes. E vão ter influência na imagem corporal dos filhos, implementando estratégias para o controlo de peso e satisfação com o próprio corpo (Francisco *et al*, 2013). Estes devem utilizar todos os meios para promover a autoimagem, a autoestima e o bem-estar psicológico dos seus filhos adolescentes. É importante que estabeleçam regras e expectativas que se ajustem ao que os filhos desejam, permanecendo sempre uma comunicação aberta sem discussões, existindo um equilíbrio na relação pais/filhos.

Segundo as últimas investigações da Health Behaviours in School-Aged Children (HBSC) /OMS (2014) aplicadas a adolescentes em Portugal, verifica-se que a maioria dos adolescentes coabita com os pais, referem ter uma comunicação eficaz e apresentam uma relação de qualidade, fazendo referência ao apoio e diálogo que conseguem por parte dos pais no seu dia-a-dia. Um dos aspetos menos positivos que os adolescentes fazem referência, é um dos progenitores estar desempregado, pois este aspeto afeta o seu bem-estar emocional (Matos *et al*, 2014).

No entanto, quando existe uma relação conflituosa na família, os adolescentes procuraram confiança no grupo de pares, uma vez que não conseguem no seio da família. Assim, o grupo de pares passa a ter um papel relevante na vida dos adolescentes.

Os **grupos de pares** são imprescindíveis para o desenvolvimento psicossocial dos adolescentes, pois estes conferem apoio e companhia aos mesmos, e muitas vezes quando existem dúvidas é com o grupo de pares que procuram esclarecer algumas questões.

Assim, o sentimento de pertencer a um grupo e a qualidade de relação com esse mesmo grupo vão influenciar o bom desenvolvimento dos adolescentes. Esta influência vai gerar uma certa pressão social sobre os elementos que constituem o grupo, de modo a todos os elementos seguirem os padrões adotados pelo grupo e meio envolvente. A maioria das vezes o grupo de pares é formado na escola, sendo este o local onde os adolescentes passam a maior parte do seu tempo (WHO, 2017).

Nesta vertente, os grupos de pares assumem um papel importante para o desenvolvimento dos adolescentes e sua socialização, contribuindo para o desenvolvimento da independência e formação da própria identidade dos adolescentes. De acordo com Tavares (2016) os pares criam ideais de grupo, o que leva os adolescentes a ter comportamentos semelhantes no seio do grupo.

Para Matos *et al* (2014), os grupos de pares contribuem para o bem-estar físico e psicológico dos adolescentes, evitando sentimentos de solidão, tristeza e baixa autoestima. É importante os pais conhecerem o grupo de pares aos quais os filhos pertencem, para entenderem os comportamentos dos filhos em contexto de grupo.

Numa investigação desenvolvida com adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e 18 anos de idade, Araújo (2010), refere que os adolescentes acham crucial os pais apresentarem proximidade das suas relações com os seus amigos.

O mesmo autor refere que, a frequência do grupo de pares em casa dos adolescentes é positiva, pois revela a aceitação mútua dos familiares e grupo de pares, originando confiança e proteção para os adolescentes. Embora os pais e grupo de pares apresentem diferentes papéis na vida dos adolescentes, ambos estão disponíveis para contribuir para o desenvolvimento emocional destes e ajudar sempre que necessário.

No entanto, há divergências na literatura sobre o grupo de pares na vida dos adolescentes. Para Sprinthall (2008), a família, escola e grupos de pares vão influenciar o desenvolvimento pessoal e social dos adolescentes. Mas, por vezes a família mostra descontentamento na influência dos grupos de pares sobre a vida dos adolescentes, pois pensam que estes ignoram os valores transmitidos por si, e adotam os comportamentos adquiridos no grupo de pares.

Neste âmbito Matos *et al* (2014), baseado na investigação HBSC/OMS afirmam que, a maioria dos adolescentes refere ter três ou mais amigos especiais em quem depositam a sua confiança, os mesmos acrescentam que gostam de pertencer a um grupo de pares, e afirmam ter muito apoio e uma relação de qualidade com o seu grupo de pares. Estes adolescentes destacam a facilidade de fazer novos amigos. Mais de dois terços mencionam ficar com os amigos depois

do período de aulas, mas negam saídas à noite com os grupos de pares durante a semana, embora os rapazes mais velhos que frequentam o ensino secundário refiram sair à noite.

Os adolescentes sofrem várias influências para seguirem um determinado padrão na sua vida, no entanto salientamos os meios de comunicação que descrevemos de seguida.

Os **meios de comunicação** são utilizados como forma de entretenimento e muitas vezes de educação, que chegam à casa das pessoas e são transmitidos em todo lado. Este meio transmite as informações acerca do mundo, desde a forma como as pessoas se vestem, as suas atitudes, a sua alimentação, entre outros aspetos, tornando-se poderosos transmissores de ideais socioculturais (Rocha, 2015). Assim, a presença nos media do ideal de magreza vai contribuir significativamente para a insatisfação corporal e hábitos alimentares inadequados dos adolescentes, e consequentemente problemas de saúde. (Beling, Ferreira, Araújo, Barros, Beling e Lamounier, 2012).

As redes sociais oferecem aos adolescentes a oportunidade de se identificarem com membros intragrupo (adolescentes que agem de forma semelhante e partilham gostos em comum), e a oportunidade de se compararem com outros adolescentes extragrupo. A aceitação dos adolescentes pelo grupo de pares é um preditor vital da autoestima e bem-estar dos adolescentes. A internet é uma grande influenciadora destas dimensões, de modo a que a aceitação ou rejeição podem decorrer do uso das redes sociais (Canhão, 2016).

Os adolescentes definem saúde em termos de força, vitalidade, elegância, enfatizando os aspetos positivos de saúde e o estilo de vida saudável, sendo importante fazer referência à saúde na adolescência, que abordaremos de seguida.

Saúde e Adolescência

A nossa sociedade vive em constantes mudanças que implicam uma melhoria das condições de vida, nomeadamente dos serviços de saúde, existindo maior vigilância de saúde da população. A saúde tem sido valorizada ao longo da história da humanidade, daí a importância que se tem enaltecido em seu redor. Devido a toda essa importância várias foram as tentativas para a definir saúde, tornando-se assim, uma tarefa árdua e complicada, uma vez que esta é vivida diferentemente de pessoa para pessoa.

Saúde é um bem essencial para o desenvolvimento do ser humano. A pessoa saudável apresenta uma capacidade de adaptação às mudanças. Assim, a saúde engloba um quadro concetual organizador dos recursos individuais e coletivos (Machteld, Green, Van der Horst, Jadad, Leonard e Lorig, 2011). Sob esta perspetiva a saúde pode ser considerada como um instrumento para promover a qualidade de vida.

O conceito de saúde foi sofrendo alterações ao longo do tempo, inicialmente era definida como uma dicotomia entre saúde e doença (Antunes, 2008). Este conceito foi redirecionado na primeira Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, no ano de 1978, da qual resultou a Declaração de Alma-Ata, em que a saúde é considerada como um “estado de completo bem-estar físico, mental, social e espiritual, e não apenas a ausência de afeções ou doenças (Antunes, 2008: 53) ”. Sendo através destas vertentes que as pessoas procuram um equilíbrio, de acordo com os momentos que vão encarando na sua vida.

O mesmo autor expõe este conceito mencionado como um método de pleno bem-estar e dinâmico em desenvolvimento e modificação ao longo da vida do ser humano, ou seja, as pessoas são vistas como um todo, todas as partes são importantes, desde a psíquica, física, económica, social, ambiente e cultural.

Segundo a OMS (2014), a saúde passou a ter grande relevância para a comunidade, sendo um direito fundamental do ser humano, que deve ser assegurado sem quaisquer distinções. Assim, a saúde pode ser vista como um valor coletivo, devendo cada um gozá-la individualmente, sem prejuízo de outrem e, solidariamente, com todos.

A conferência de Alma-Ata em 1978 considerava a saúde como um recurso que devia existir ao alcance de todas as pessoas, contribuindo para um desenvolvimento progressivo das comunidades (Loureiro, Miranda e Miguel, 2010).

Para a OMS (1986), a Conferência de Alma-Ata reconheceu a saúde como uma meta social fundamental, dando importância à participação da população e à colaboração entre vários setores da sociedade, assumindo como sua base os cuidados de saúde primários e constituindo a principal estrutura de um sistema de saúde, quer pela dimensão de problemas de saúde que resolvem, quer pela diversidade de intervenções que asseguram. Assim, atuam ao longo de todas as fases da vida e integram todas as modalidades de intervenção em saúde: promoção da saúde, prevenção da doença, diagnóstico precoce, terapêutica adequada, reabilitação e reinserção social.

A mesma organização acrescenta que, após a evolução do conceito de saúde graças à Declaração de Alma-Ata, surge a Primeira Conferência Internacional acerca da promoção da saúde, surgindo assim, a Carta de Otawa, que foi apresentada com o intuito de promover a Saúde para Todos no Ano 2000 e anos seguintes, dando grande ênfase à promoção da saúde.

A saúde deixou de ser uma finalidade de vida, passando a ser um recurso do dia-a-dia das pessoas, sendo crucial para o desenvolvimento pessoal, económico e social, tal como vem enunciado na Carta de Otawa.

A partir da Conferência de Otawa a saúde é vista como um investimento, tal como o paradigma salutogénico, que se foca na capacidade de resiliência das pessoas, procurando as

potencialidades e recursos existentes, sobre a capacidade das pessoas para enfrentarem novas mudanças sociais e económicas, procurando saber lidar com os seus problemas fortalecendo a sua resiliência, quer a nível individual, quer a nível social (OMS, 1987).

Então, a Carta de Otawa define a paz, os alimentos, o abrigo, a justiça, os recursos económicos, o uso sustentado e o ecossistema estável como pré-requisitos fundamentais para a saúde, preconizando assim a saúde como parte integrante dos direitos humanos.

Para UNDP (2011), a saúde não passa de um desenvolvimento humano e económico para garantir o desenvolvimento sustentado, a segurança e a proteção na saúde, constituindo as pedras basilares da segurança humana.

A WHO (2011) reforça para uma maior visibilidade política da saúde, considerando que a saúde é um direito e um valor humano. A mesma organização acrescenta que, é necessário garantir que todos os seres humanos tenham acesso aos cuidados de saúde, à informação, e aos ambientes que promovem uma vida mais saudável. Os adolescentes eram considerados os mais saudáveis da população em geral, mas ultimamente essa visão tem vindo a modificar, devido à alteração dos padrões de saúde dos adolescentes, assim como o meio social envolvente (Rocha, Oliveira, Brum, Cavalgante e Machado, 2015).

A adolescência é a fase da vida das pessoas, onde se constrói a identidade e adotam determinados comportamentos, que por sua vez vão dar origem a um adulto mais ou menos saudável. Assim, quanto mais conscientes estiverem os adolescentes das suas escolhas, mais resilientes e com mais empoderamento se tornam, aumentando assim a capacidade de lidar com as influências adversas (Miranda, Macedo, Azevedo, Medeiros e Santos, 2007).

Nos países desenvolvidos o objetivo dos serviços de saúde é a promoção da saúde, focando-se na educação para a saúde para adoção de um estilo de vida saudável, promovendo a qualidade de vida, principalmente nas idades mais precoces. De uma forma geral, a estratégia de saúde para 2020 reforça a importância de todas as ações para a saúde e bem-estar na sociedade (WHO, 2012).

Na perspetiva de Joia (2010), a saúde das pessoas é essencialmente determinada pelo estilo de vida, mas apesar de todas as informações disponíveis, existe cada vez mais a adoção de comportamentos de risco. O ser humano para conseguir um estado de completo bem-estar deve ter a capacidade de conhecer as suas necessidades e alterar os seus comportamentos, adotando um estilo de vida saudável (Antunes, 2008).

É notória a existência de um estilo de vida que é prejudicial à saúde dos adolescentes, provocando grandes lesões no futuro, como exemplo disso a alimentação desequilibrada, a falta de exercício físico, o consumo de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas, sexo desprotegido, entre outros aspetos (Barbosa, Casotti e Nery, 2016).

De acordo com os resultados da investigação HBSC da OMS aplicado a adolescentes em Portugal no ano 2010, verificou-se que houve uma valorização sociocultural e escolar por parte dos pais, associada a uma maior valorização da escola, comportamentos de saúde e valorização da saúde. Esta investigação revela a existência de grupos residuais de adolescentes associados aos comportamentos de risco, o que reitera a importância de tomar medidas de prevenção a este nível.

A saúde e desenvolvimento dos adolescentes são parte integrante das estratégias para a saúde das mulheres, crianças e adolescentes, contempladas no plano de saúde 2012-2016 com revisão e extensão para 2020. Nesta perspetiva a saúde dos adolescentes torna-se uma questão “central” e de extrema importância.

Assim, é relevante investir na saúde dos adolescentes, porque vai trazer o triplo de benefícios para os mesmos, pois é um investimento de saúde para o presente, futuro e para a próxima geração. Contribuindo no futuro para uma sociedade mais saudável e mais sustentável. Nesta perspetiva é importante promover a saúde dos adolescentes, pois muitas doenças e lesões na adolescência são evitáveis ou tratáveis. Em 2015 a WHO acrescenta que, morreram mais de 1,2 milhões de adolescentes pela adoção de um estilo de vida pouco saudável (WHO, 2017).

Nesta perspetiva deve ser feita uma avaliação das necessidades de saúde dos adolescentes, a elaboração de estratégias globais de saúde, bem como implementar políticas, programas e planos de saúde para os mesmos. Para isso, são necessárias três etapas fundamentais: a avaliação de necessidades, análise do ambiente e definir prioridades.

- Avaliação das necessidades: identificar as condições, a saúde, riscos e determinantes sociais que têm maior impacto na saúde e desenvolvimento dos adolescentes;

- Análise do ambiente: para além dos programas, legislação, políticas e recursos, também é importante fazer uma revisão global do local/ambiente dos adolescentes, de forma a encaminhar para intervenções baseadas em evidências;

- Definir prioridades: definir prioridades para estabelecer intervenções apropriadas e aceitáveis para responder ou reduzir as necessidades dos adolescentes, e implementar ou expandir as intervenções prioritárias de forma equitativa.

Assim, é importante investir na saúde dos adolescentes, detetando os fatores que conduzem à doença. A WHO (2017) aponta para as ligações entre o estilo de vida e a saúde, condições económicas e sociais, e o meio ambiente, olhando para o ser humano como um todo, compreendendo a saúde na sua globalidade. Para que os adolescentes sejam saudáveis é necessário promover uma boa autoimagem, uma boa autoestima e um bem-estar psicológico, sentindo-se bem consigo próprios. Sendo importante destacar e fundamentar o estilo de vida na adolescência.

Estilo de vida na adolescência

Vivemos numa sociedade em que a cultura reflete o sedentarismo e o consumismo, sendo crucial sensibilizar as populações para a promoção da saúde, o que implica que se tomem medidas que capacitem as pessoas para adoção de um estilo de vida saudável. Pois, nesta sociedade deparamo-nos com constantes mudanças e reajustamentos às ocorrências do dia-a-dia, que retratam o modo de vida das pessoas.

O estilo de vida é composto por um conjunto de hábitos que podem ser influenciados ou modificados, apresentando grandes implicações para a saúde. Estudos recentes têm realçado que as intervenções no estilo de vida são tão eficazes como as terapias médicas (Portes, 2011).

Uma simples mudança do estilo de vida das pessoas é o bastante para diminuir consideravelmente os riscos, sendo possível salvar trinta milhões de vidas, reduzindo o consumo de substâncias psicoativas, optar por uma alimentação equilibrada e variada com influência mediterrânica, uma boa gestão do stresse, aumento da atividade física e evitar o sedentarismo. Assim, as pessoas ao adotarem um estilo de vida saudável têm uma consciencialização do melhor para si e para a sua saúde, e estão a seguir um caminho de prevenção de doenças (WHO, 2017).

De acordo com a DGS (2003) e Pais Ribeiro (2004), o estilo de vida é composto por hábitos e comportamentos que vão solucionar as situações decorrentes no dia-a-dia, através do fenómeno de socialização, reinterpretados e testados ao longo do ciclo vital e em situações distintas, ou seja, o estilo de vida não resulta somente de escolhas individuais, mas também de influências sociais, políticas, culturais, físicas e económicas. O estilo de vida está intrinsecamente ligado às crenças existentes, sendo estas favoráveis ou desfavoráveis à saúde das pessoas.

Ribeiro (2010) refere que, o estilo de vida desenvolvido pelos adolescentes, pode sofrer alterações ao longo da sua vida, refletindo as suas competências, entre as quais: competências cognitivas, espirituais, emocionais, físicas, profissionais e sociais. Virgínio (2015) e Matos *et al* (2014) acrescentam que, o estilo de vida é caracterizado por um conjunto de hábitos adotados pelos adolescentes, e o impacto que causam na comunidade.

No início do ano de 2017 a WHO propôs às pessoas para seguirem uma vida saudável. A mesma organização tem investido na promoção de comportamentos e um estilo de vida saudável com a implementação de diversos projetos, entre os quais destacamos o projeto “Aprender a Ser Saudável”, e tem reforçado a literacia em saúde, uma vez que tem sido um mecanismo crucial para a prevenção de patologias na área da saúde.

A implementação destas estratégias segundo a Carta de Otawa engloba cinco áreas: a capacitação individual e coletiva (*empowerment*); definição de políticas, legislação e

regulamentação; reforço da ação comunitária; criação de ambientes de suporte; e educação para a saúde e reorganização dos serviços de saúde (OMS, 1986). Na perspectiva da Carta de Otawa a promoção da saúde é um processo de capacitação para a melhoria da qualidade de vida de uma comunidade para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar atingindo pleno bem-estar a todos os níveis (OMS, 1987).

Rodrigues, Pissarra, Marques, Mourão, Mendes e Freire (2011) sustentam que, o estilo de vida e comportamentos constituem uma díade importante do processo saúde/doença de cada pessoa.

A WHO (2017) e Virgínio (2015) referem que, o estilo de vida dos adolescentes está intrinsecamente ligado a questões específicas associadas a fatores sociais, económicas e culturais. E estão inerentes às motivações, valores e às oportunidades. Matos *et al* (2014) defendem que, não há um estilo de vida, existem vários estilos de vida saudáveis, e a sua perceção assenta em fatores individuais e ambientais, que por sua vez estão interligados ao comportamento dos adolescentes ligados à saúde e às ameaças da mesma.

Uma das grandes preocupações para a enfermagem comunitária é a saúde dos adolescentes. Sequeira (2006: 7) afirma que “os adolescentes vivenciam um período complexo e de considerável risco para a saúde, mas também pode ser uma etapa privilegiada para intervenções de promoção de um estilo de vida saudável”. Assim, investir na saúde dos adolescentes é fundamental para a implementação de políticas de educação para a saúde, programas de promoção da saúde e intervenções aplicadas nestas idades. Pois, os comportamentos dos adolescentes vão influenciar a sua saúde a curto e longo prazo (WHO, 2017).

Os adolescentes caminham em busca da sua identidade, e durante essa procura identificam-se com um determinado grupo de pares, seguindo o estilo de vida desse grupo. Aquando a integração no seio do grupo, os adolescentes têm a necessidade de sentirem que podem contar com o apoio do grupo na resolução de problemas, estabelecendo uma ligação de intimidade, lealdade e confiança. O saber ouvir os diferentes pontos de vista dos variadíssimos assuntos em grupo, conduzem os adolescentes a saber quais são os valores mais significativos e reais para si próprios.

Neste âmbito, o grupo de pares é extremamente importante na vida dos adolescentes para o relacionamento social, procurando a autonomia dos mesmos. Embora também apresente um aspeto menos positivo, que é a pressão que o grupo exerce sobre a sua vida, dando a sensação que estes apresentam determinadas atitudes devido à pressão exercida.

Nesta perspectiva, a influência da pressão dos grupos de pares tem vantagens e desvantagens. As vantagens são o exemplo dos adolescentes estudarem juntos, praticarem

exercício físico, entre outras atividades realizadas em grupo. As desvantagens podem passar pelo consumo de substâncias psicoativas, seguindo o caminho de desfrutar o que é proibido, longe da vista dos pais, em busca de novas sensações e descobertas do meio em que se encontram inseridos (WHO, 2017).

Assim, os adolescentes procuram assemelhar-se em tudo com o grupo de pares ao qual pertencem, desde a forma de vestir à forma de agir. Neste contexto de grupo de pares adolescentes têm o papel ativo em seguir comportamentos de risco, nomeadamente se o grupo apresentar padrões de um estilo de vida pouco saudável.

No que concerne aos comportamentos de saúde dos adolescentes, a WHO (2017) acrescenta que, podem ser construtivos e destrutivos. Os comportamentos positivos dos adolescentes vão contribuir para a prevenção dos riscos, deteção precoce de doenças e deficiências e para a promoção da saúde, como exemplo a realização de *check-up* de saúde com regularidade. Por outro lado, os comportamentos negativos adotados pelos adolescentes podem levar ao risco de acidentes ou doenças. Desta forma, Virgínio (2015) afirma que os comportamentos adotados pelos adolescentes no seu dia-a-dia vão, ser comportamentos promotores de saúde ou comprometedores de saúde e bem-estar dos adolescentes. Assim, um estilo de vida saudável caracteriza-se pela adoção de vários comportamentos saudáveis.

De acordo com a OMS (2014), existem fatores que desencadeiam comportamentos de risco ou comportamentos pouco saudáveis na adolescência, entre as quais: a escassa informação acerca do problema, dificuldade de inserção no meio familiar e meio escolar, insatisfação com a qualidade de vida, problemas de saúde e a facilidade de acesso a substâncias perigosas para a saúde.

A fase da adolescência é fomentadora de um estilo de vida pouco saudável, uma vez que é um período em que a saúde não é uma prioridade, mas sim um período de socialização, onde os adolescentes adotam hábitos, atitudes e valores. Existe uma necessidade de aceitação e integração nos grupos de pares associada ao desejo de autonomia e afirmação pessoal e da identidade. Assim, adotar um estilo de vida pouco saudável está associado à independência, à personalidade dos adolescentes, aos fatores ambientais, às pressões sociais, ao grupo de pares, à facilidade de acesso a substâncias, e ao montante em dinheiro da semana.

Atualmente os adolescentes ficam expostos a várias situações de risco, o que vai trazer consequências negativas para a sua saúde, comprometendo a sua saúde mental e física. Assim, os adolescentes que adotem um estilo de vida pouco saudável vão apresentar padrões de comportamento que são uma ameaça para o seu bem-estar psíquico e físico, dando origem a consequências negativas para a saúde.

O estilo de vida e os comportamentos de risco iniciados na adolescência são os principais causadores de problemas de saúde e causas de morte na vida adulta (Barbosa *et al*, 2016). Neste sentido, um dos grandes desafios da enfermagem comunitária é a promoção da saúde, nomeadamente a prevenção de um estilo de vida pouco saudável, que apresentam alterações significativas na integridade bio-psico-social dos adolescentes.

Pinto (2015) defende que, a prevenção precoce de comportamentos de risco na adolescência é mais eficaz, do que posteriormente na idade adulta. Tornando-se assim, a promoção da saúde crucial, pois os adolescentes saudáveis serão no futuro adultos mais saudáveis com menos problemas de saúde.

O mesmo autor (2015: 2) acrescenta que, “o empoderamento dos adolescentes permite melhorar mecanismos de tomada de decisão para a evicção de comportamentos de risco que se traduzem em indicadores de morbilidade e mortalidade no futuro.”

Assim, a promoção da saúde e prevenção da doença visam capacitar os adolescentes a ter um controlo adequado sobre os **determinantes da saúde**.

Nos últimos anos verificou-se o aumento da saúde global das pessoas, esta melhoria deve-se ao facto de haver um acesso mais facilitado aos serviços de saúde, melhoria das condições sanitárias, aos avanços técnicos e científicos na deteção e tratamento das doenças e a uma maior vigilância da saúde da população, havendo conseqüentemente uma melhoria da esperança de vida das pessoas. Atualmente existem cada vez mais doenças crónicas prolongadas que causam sofrimento às pessoas. Pois, a saúde das pessoas depende do estilo de vida que estas adotam na sua vida. Roales (2003: 120) ressalva que o estilo de vida é “a correlação entre certos modos e formas de viver, uma maior duração de vida e um menor impacto de certas doenças graves”.

Existem fatores determinantes da saúde que podem ser alterados e outros que são inerentes à própria pessoa. De acordo com a OMS (2003), existem fatores que não são modificáveis (idade, sexo e herança genética). Por outro lado, existem fatores que podem ser alterados, como é o exemplo do estilo de vida (alterar a dieta alimentar desequilibrada, o consumo de álcool em excesso, não realizar exercício físico de modo regular e hábitos tabágicos), os fatores biológicos (a hipertensão e o excesso de peso) e outros aspetos culturais e sociais.

A OMS para fazer um enquadramento dos determinantes de saúde baseou-se no modelo de Labonte. Este modelo considera como determinantes da saúde, segundo Labonte (1993: 33):

- Fatores de risco Fisiológicos: hipertensão, hipercolesterolemia, libertação de hormonas de ansiedade e níveis elevados de fibrogénio;

- Fatores de risco comportamentais: fumar, alimentação pobre, inatividade física e abuso de substâncias psicoativas;
- Fatores de risco psicossociais: isolamento, falta de acompanhamento social, rede social fraca, baixa autoestima, baixo bem-estar psicológico, fraco poder de percepção, pouca autoconfiança e falta de sentido ou determinação;
- Condições de risco: pobreza, estatuto social baixo, trabalho perigoso/cansativo, ambiente poluído, esgotamento dos recursos naturais, efeito de estufa, esgotamento do ozono, discriminação (sexo, raça e idade), hierarquia do poder abusivo e individualismo, competitividade e meritocracia.

As pessoas cada vez mais vivem em condições de risco, que por sua vez diminui o bem-estar destas, aumentando o número de doenças crónicas e mortes prematuras. Assim, o sistema de saúde serve como veículo para procurar e melhorar a saúde, protegendo de certa forma as pessoas das ameaças provocadas pelos fatores de risco. George (2014) acrescenta que, 70% dos determinantes encontram-se fora do contexto da saúde, o que implica que estes devem constar nos planos e programas de saúde para a obtenção de benefícios para as pessoas e saúde.

O mesmo autor sustenta que, para decifrar os determinantes de saúde foi necessário agrupá-los em categorias:

- Fatores biológicos ou fixos: sexo, idade e fatores genéticos;
- Fatores sociais e económicos: pobreza, emprego, posição socioeconómica e exclusão social;
- Fatores ambientais: ambiente social, habitat, qualidade da água e qualidade do ar;
- Estilo de vida: exercício físico, alimentação, álcool, tabaco e comportamentos sexuais;
- Acesso aos serviços de educação, saúde, transportes, serviços sociais e lazer.

Assim, para desenvolver e implementar políticas de saúde nos adolescentes, é importante determinar as variáveis que influenciam a saúde nesta faixa etária.

A DGS (2006) apresenta os principais determinantes da saúde e a sua ação sobre os adolescentes.

Segundo a mesma entidade, os determinantes da saúde quando estão em interação com as vulnerabilidades específicas dos adolescentes, podem ser reunidas em três grupos principais: fatores socioeconómicos, estilo de vida e ambiente físico.

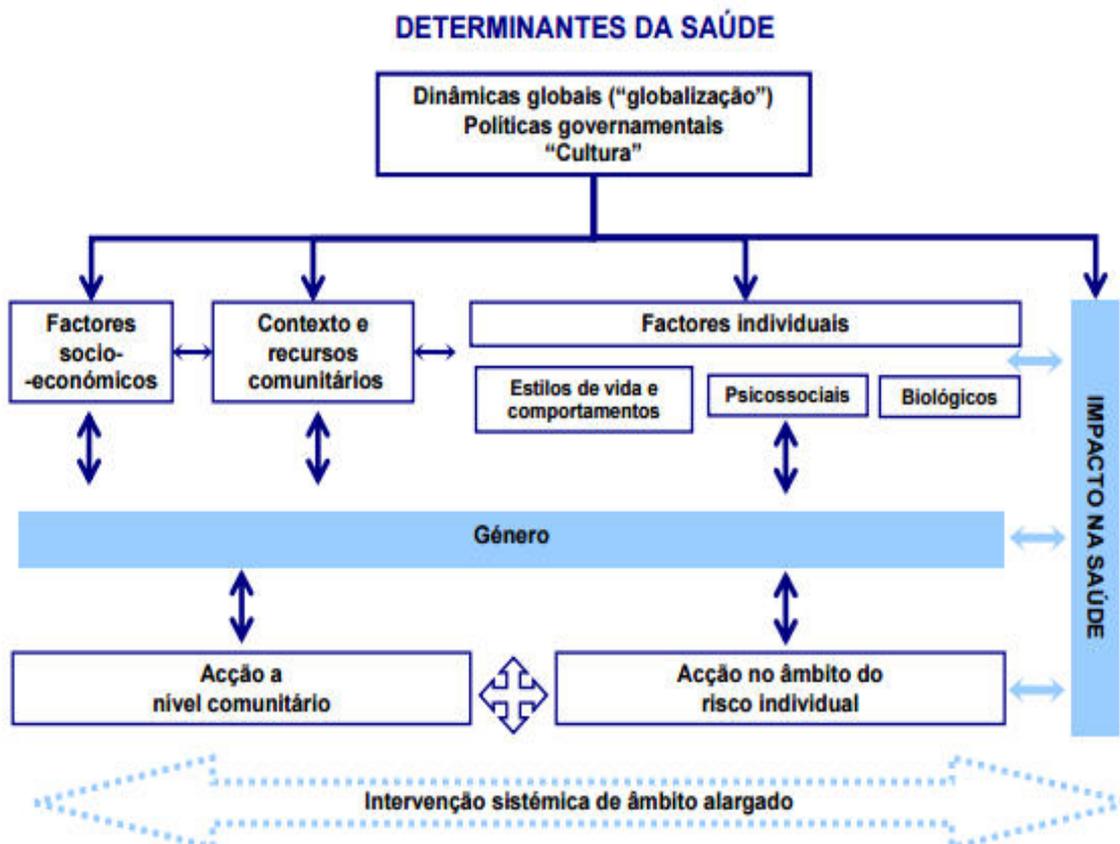
No primeiro grupo “fatores socioeconómicos” estão incluídas variáveis como a educação, o emprego, o grau de desenvolvimento de uma comunidade, a pobreza e o stresse. O segundo grupo “estilo de vida” contém variáveis como os hábitos alimentares, o consumo de álcool, tabaco, outras substâncias psicoativas e a prática de exercício físico. Por último, do

terceiro grupo “ambiente físico” fazem parte variáveis relacionadas com a segurança alimentar, a qualidade da água e do ar, a habitação, as condições de trabalho, a exposição a radiações ionizantes e os transportes.

Este modelo encara o sexo dos adolescentes como a construção social das diferenças entre o feminino e o masculino, refletindo-se nas relações interpessoais e condiciona iniquidades com impacto nos determinantes de saúde mencionados, como se pode observar na figura 1.

É importante promover a saúde numa perspetiva global, tendo em conta os fatores mencionados, implementando estratégias de intervenção adequadas, assim como a disponibilidade, o acesso e a organização dos serviços que prestam cuidados de saúde. Se nos focarmos nas atitudes e comportamentos dos adolescentes relativamente ao estilo de vida, podemos evitar a vulnerabilidade da saúde destes, uma vez que a saúde dos adolescentes é uma das grandes preocupações de saúde pública.

Figura 1 - Determinantes da Saúde



Fonte: DGS (2006). Programa Nacional de Saúde dos jovens 2006/2010.

Segundo George (2004), os determinantes da saúde relacionados com um estilo de vida saudável são a atividade física, o consumo de alimentos, o consumo de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas, horas de sono, má gestão de stresse e os comportamentos sexuais, tal como observamos na figura 2.

É crucial intervir sobre os determinantes de saúde, pois vai contribuir para a redução das doenças crónicas, redução dos custos individuais, económicos e sociais que estão associados às mesmas, e obtenção de ganhos em saúde. De entre os determinantes de saúde, o estilo de vida saudável é o que mais se destaca para a obtenção de ganhos em saúde.

O estilo de vida menos saudável, como é o exemplo do aumento do consumo de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas, as dietas desequilibradas, a má gestão do stresse e o aumento dos hábitos sedentários, são fatores de risco para o desenvolvimento das doenças crónicas não transmissíveis (diabetes, neoplasias, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, doenças osteoarticulares e obesidade), representando 77% de doenças e 86% das mortes a nível europeu, tendo como origem fatores associados ao estilo de vida adotado ao longo da vida, sendo considerada a epidemia do século XXI (OMS, 2011).

Figura 2 - Determinantes da Saúde para um Estilo de Vida Saudável



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de George (2014). Sobre Determinantes da Saúde.

▪ **Atividade física**

A WHO (2003: 4) refere que "...a prática regular de atividade física ajuda as crianças e jovens a desenvolver e manter ossos, músculos e articulações saudáveis, a controlar o peso corporal, a

reduzir a gordura corporal e a conseguir um funcionamento eficiente do sistema circulatório e respiratório. Facilita ainda a perceção de bem-estar e de auto eficácia e ajuda a prevenir e controlar o sentimento de ansiedade e depressão. A adesão a jogos de equipa e desportos dá aos jovens uma oportunidade natural para a expressão pessoal e autoconfiança, para o libertar de tensões, para a experiência do sucesso, da interação social e da cooperação.”

A prática de exercício físico vai contribuir para a melhoria da saúde e aumentar a qualidade de vida das pessoas e comunidade. Os adolescentes devem ser ativos diariamente, ou quase todos os dias, participando nas atividades académicas (Katzner, 2017).

George (2011) recomenda que, é crucial as pessoas realizarem uma marcha regular diariamente, pelo menos cerca de trinta minutos. Relativamente aos adolescentes, devem praticar exercício físico durante, pelo menos, sessenta minutos.

No estudo de Martins, Marques, Rodrigues, Sarmiento, Onofre e Carreiro da Costa (2016), os adolescentes que praticam menos exercício físico, revelam uma imagem corporal distorcida, menor autoestima e menor índice de satisfação com a vida.

▪ **Consumo de alimentos**

A adolescência é uma fase onde ocorrem mudanças ao nível psíquico, físico e social, aumentando todas as necessidades, nomeadamente as nutricionais. Devido a estas mudanças, é importante o consumo correto de todos os nutrientes para suprir as necessidades de tantas mudanças. Embora nesta fase da vida, os adolescentes tendam a optar por dietas inadequadas sem vigilância de profissionais de saúde o que potencializa os riscos à saúde (Sales, Carvalho, Junior, Silva e Santos 2014).

Estes desequilíbrios remetem para que os adolescentes nem sempre tenham uma boa nutrição, causando impacto na saúde dos mesmos (anorexia nervosa, bulimia, obesidade, aterosclerose, hipertensão arterial e diabetes), prejudicando o estilo de vida saudável para a vida adulta. Assim, podem exercer grande influência no desenvolvimento de doenças crónicas não transmissíveis (DGS, 2016). Hoje alvo de atenção no âmbito da enfermagem comunitária, pela sua magnitude e incidência.

George (2011) acrescenta que, muitas das causas de doença e morte têm relação direta com a alimentação, principalmente a ingestão exagerada de sal, açúcar, gorduras de fabrico natural e o excesso de calorias. Em contrapartida, a dieta mediterrânica traduz um padrão alimentar saudável, e consequentemente, um estilo de vida saudável (Balança Alimentar Portuguesa, Instituto Nacional de Estatística, INE, 2017).

Em Portugal, segundo o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNAS), em 2017, os hábitos alimentares inadequados são o fator de risco que mais contribui para uma vida pouco saudável, representando 15,8% das pessoas, sendo um fator de risco

modificável. Mais especificamente, 53% das pessoas apresentam um consumo inferior a 400 g de hortofrutícolas, 41% consomem diariamente refrigerantes, 88% apresentam uma baixa adesão à dieta mediterrânica e 76,9% apresentam um consumo superior a 5 g de sal por dia. Os adolescentes portugueses representam 25% de pessoas com excesso de peso a nível nacional, em que 13,2% frequentam o ensino secundário.

A melhoria do estado nutricional dos adolescentes, através do consumo alimentar adequado, vai causar um grande impacto na prevenção e controlo das doenças, nomeadamente a obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares e oncológicas, contribuindo para o crescimento económico do país relativo a outros setores, como exemplo a agricultura, turismo, emprego e segurança social.

Uma alimentação saudável favorece uma boa imagem corporal e bem-estar psicológico ao longo da vida.

▪ **Consumo de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas**

O uso e consumo de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas vão alterar significativamente a vida dos adolescentes, provocando perturbações psicológicas, físicas e sociais. Pois, as “substâncias psicoativas são aquelas que, quando ingeridas, injetadas, fumadas ou inaladas, afetam o sistema nervoso central (Castro, Cleto e Silva, 2011: 15) ”.

De acordo com a OMS (2014), existem fatores que desencadeiam o consumo de substâncias na adolescência, entre as quais: a escassa informação acerca do problema, dificuldade de inserção no meio familiar e meio escolar, insatisfação com a qualidade de vida, problemas de saúde e a facilidade de acesso a este tipo de substâncias consumidas.

O álcool é a substância psicoativa mais consumida a nível mundial, sendo também a droga mais usada e escolhida pelos adolescentes. De acordo com o V Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas, no ano 2016/2017, o álcool é a substância psicoativa com maior predominância do consumo experimental (ao longo da vida) em Portugal com idades compreendidas entre os 15-64 anos, oscilando entre um mínimo de 73.6%, em 2012, e em 2017 um máximo de 86.3% (Balsa, Vital e Urbano, 2017).

Relativamente ao tabaco, em Portugal a cada cinquenta minutos morreu uma pessoa em 2016 com doenças provocadas ou relacionadas pelo consumo de tabaco. Atualmente nos adolescentes a média de idade de consumo de tabaco é entre os 16-24 anos, registando-se um aumento de consumo nos últimos trinta dias (DGS, 2017).

A substância ilícita mais consumida pelos adolescentes é a *cannabis*, iniciando o seu consumo aos 17 anos. Aos 18 anos revelam o consumo de anfetaminas e as restantes substâncias ilícitas apresentam um consumo pela primeira vez aos 19 anos. É de salientar que, a

duração dos consumos atuais é elevada na *cannabis* e cocaína aos 15 anos de idade. Comparativamente com 2012 os valores de continuidade do consumo de *cannabis*, heroína e novas substâncias psicoativas aumentaram (Balsa *et al*, 2017).

▪ **Horas de sono**

Segundo George (2004), as horas de sono para manter um bom funcionamento do organismo, varia de pessoa para pessoa. Na maioria das vezes as pessoas necessitam de dormir sete a nove horas por dia, variando na estação do inverno, em que as pessoas necessitam de mais horas de sono.

O sono constitui uma necessidade fisiológica extremamente importante para a saúde, qualidade de vida, e bem-estar das pessoas. Na adolescência a má qualidade de sono surge associada a diversos fatores, a nível do desenvolvimento psicossocial e saúde física, com repercussões na saúde.

Segundo Amado e Marques (2018), os adolescentes estão numa fase de desenvolvimento que necessitam de pelo menos oito horas de sono. Mas atualmente os adolescentes dormem cada vez menos. O padrão de sono destes inclui atraso na hora de deitar, devido a fatores de natureza psicossocial, que determinam um sono irregular e diminuição da oportunidade de sono. Dentro dos fatores psicossociais, enquadram-se os aparelhos eletrónicos (telemóveis, tabletes), com utilização excessiva das redes sociais e internet sem limite de horário, sobretudo no período antes de deitar, alterando a qualidade de sono dos adolescentes, que interfere com a regulação circadiana do sono. E conseqüentemente, provocar problemas de sono e conseqüências negativas, como exemplo disso o cansaço, irritabilidade, alterações de humor, problemas cardíacos e neurológicos, diminuição da imunidade, dificuldade de concentração, aumento do stresse e depressão.

Estes poderão apresentar sentimentos de impotência e frustração, que os leva a comportamentos de risco e maior vulnerabilidade a acontecimentos catastróficos, como exemplo o tabagismo, o uso de drogas ilícitas, violência, comportamentos sexuais, entre outros.

Atualmente os adolescentes portugueses desperdiçam demasiado tempo nas redes sociais de comunicação, com o acesso à internet, através dos telemóveis ou tabletes. A maioria dos adolescentes, 96,6%, tem telemóvel próprio e acede a estas redes através dele, o que se torna preocupante, porque o mundo virtual está cheio de oportunidades para o desenvolvimento psicossocial dos adolescentes, mas também se encontra repleto de riscos para estes (Canhão, 2016).

▪ **Má gestão de stresse**

O stresse é um fator que cada vez mais está presente na vida das pessoas, sendo extremamente prejudicial à saúde destas. Na adolescência o stresse é extremamente prejudicial para a saúde, comprometendo o desenvolvimento cognitivo, emocional, afetivo e social, pois estes não têm maturidade suficiente para gerir situações stressantes.

A má gestão de stresse pode desencadear problemas de saúde, nomeadamente o risco de Acidente Vascular Cerebral e Doenças Cardiovasculares, podendo levar à morte da pessoa.

A adolescência é um período crítico no ciclo vital para a iniciação do uso e consumo de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas, seja por simples experimentação ou pelo uso abusivo. Desta forma, é importante os adolescentes apresentarem autocontrolo das situações de stresse, caso contrário pode levar ao aumento do abuso destas substâncias. Assim, havendo controlo do stresse na adolescência, vai permitir um desenvolvimento de adultos mais criativos, produtivos e com melhor qualidade de vida. Para uma boa gestão de stresse é crucial os adolescentes apresentarem uma alimentação saudável (rica em legumes, frutas e verduras), praticarem exercício físico, e procurarem atividades de relaxamento que promovam o seu bem-estar (WHO, 2017).

▪ **Comportamentos sexuais**

Os adolescentes são um grupo vulnerável a adotar comportamentos de risco, nomeadamente pelos comportamentos sexuais, incluindo um início de comportamentos sexuais precoces, a duração dos relacionamentos, a prática de relações sexuais desprotegidas com vários parceiros e o uso inconsistente do preservativo. Atualmente uma das ameaças à saúde dos adolescentes é o vírus do VIH (Assis, Gomes e Pires, 2014).

É crucial investir nas sessões de educação durante a adolescência, implementando estratégias de promoção da saúde na área dos comportamentos sexuais. Os cuidados de saúde primários devem assegurar a prevenção de problemas de saúde ligados à vida sexual dos adolescentes. Devem contribuir para que estes desenvolvam atitudes saudáveis relativamente aos comportamentos sexuais, disponibilizando preservativos e informações acerca desta temática, nomeadamente o perigo da mudança de parceiros sexuais.

Em Portugal, o PNSE (2014) insiste na educação para a saúde, sendo a escola a grande promotora da saúde dos adolescentes. Este programa intervém na saúde individual, coletiva, inclusão escolar, ambiente escolar e no estilo de vida, sendo este considerado como prioritário.

Segundo a DGS (2006), existem fatores que contribuem para um desenvolvimento saudável durante a adolescência. De entre os mesmos, destacam-se os seguintes: criação de ambientes seguros ao nível familiar, pares e comunidade escolar, que ajudem na

autodeterminação; existir equidade nos recursos serviços de saúde; desenvolver habilidades práticas e respostas adaptativas adequadas, tendo uma abordagem ética com as pessoas e comunidade; pertencer a um grupo de pares; poder expressar motivações afetivas, criativas, sexuais, assim como adquirir conhecimentos, reorganizar a identidade e estabelecer projetos para o futuro e reorganização de serviços para adolescentes com necessidades de saúde especiais (doença crónica, maus tratos, negligência e vítimas de acidentes).

Portugal considera a promoção do estilo de vida saudável uma prioridade. Desde 2004, foi publicado o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes de Saúde relacionados com o estilo de vida, apresentando como objetivo geral deste programa “reduzir a prevalência de fatores de risco de doenças crónicas não transmissíveis e aumentar a prevalência de fatores de proteção, relacionados com o estilo de vida, através de uma abordagem integrada e intersectorial” (George, 2014).

O Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes de Saúde relacionados com o estilo de vida insere-se no Plano Nacional de Saúde, e identifica como prioritários e fatores de risco de doenças crónicas: o tabagismo, a alimentação, o abuso de álcool, o défice de atividade física e a má gestão de stresse. O programa pretende reduzir os custos individuais, económicos e sociais resultantes do tratamento de doenças não transmissíveis; e vai cooperar para a qualidade de vida das pessoas e obtenção de ganhos em saúde, reduzindo a morbilidade e mortalidade dos mesmos na europa.

De acordo com a DGS (2003), é crucial delinear estratégias e metodologias de prevenção que reduzam tais fatores, prosseguindo uma visão holística e transversal de intervenções. Entre as quais destacamos:

- Eliminar/reduzir o consumo de tabaco;
- Fomentar a prática regular do exercício físico;
- Incentivar para uma alimentação saudável e equilibrada;
- Diminuir o impacto negativo do consumo excessivo de álcool;
- Reduzir as desigualdades em saúde relativamente à idade, género, exclusão social, questões étnicas, económicas e literacia em saúde;
- Aumentar a literacia em saúde das pessoas com o objetivo de prevenir doenças crónicas.

Este programa apresenta como principal estratégia a promoção da saúde e a capacitação das pessoas e comunidade, a saber atuar sobre os fatores determinantes da saúde.

Atualmente o PNS 2012-2016 com revisão e extensão a 2020, salienta como fatores prioritários de intervenção, a atividade física, a alimentação, o consumo de álcool e a gestão de stresse.

Segundo o PNS 2012-2016 um dos indicadores de saúde a estabelecer metas para 2020 são os seguintes: “reduzir a prevalência do consumo de tabaco na população com idade maior ou igual a 15 anos e eliminar a exposição ao fumo ambiental”, “controlar a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar”, “reduzir em 10% a média da quantidade de sal e açúcar, e para menos de 2% a quantidade de ácidos gordos *trans*”, “aumentar o consumo de fruta e hortícolas” e “aumentar o consumo da dieta mediterrânica”.

Estes indicadores de saúde têm de ser projetados para 2020, uma vez que o consumo de tabaco e os hábitos alimentares inadequados são uns dos comportamentos de risco com maior impacto na população portuguesa.

Segundo Balsa *et al* (2017), o tabaco é a segunda substância psicoativa lícita mais consumida, registando uma prevalência de 40% de adolescentes no ano de 2001, havendo um aumento da prevalência para 49% nos anos 2007, 2016 e 2017. Relativamente à idade de início do consumo, verifica-se que o consumo do primeiro cigarro é cerca dos 17 anos, e mais tardiamente, aos 18 anos verifica-se o consumo regular de tabaco.

Se o estilo de vida saudável fosse assumido durante a adolescência, poderíamos prevenir um grande número de alterações orgânicas que ocorrem na vida adulta. De entre o leque de prioridades de saúde, os cuidados de saúde primários devem salientar a promoção da saúde, direcionada para adoção de um estilo de vida saudável dos adolescentes do interior do país.

2. PROMOÇÃO DA SAÚDE

A promoção da saúde não é somente da responsabilidade dos serviços de saúde, mas também do estilo de vida que cada pessoa adota, contribuindo para o bem-estar de cada um. Deste modo, a saúde é considerada como um recurso do dia-a-dia e não um objetivo de vida da pessoa (WHO, 1998).

Para Loureiro (2015), a promoção da saúde apresenta como alicerces valores, como é o exemplo da democracia e equidade, tendo como propósitos, criar condições para o aumento da qualidade de vida dos adolescentes e a capacitação dos mesmos para mudarem os seus comportamentos. Os comportamentos são parte dos problemas e das soluções. A interpelação da promoção da saúde é conduzida pelo paradigma salutogénico, ou seja, é imprescindível ativar os meios efetivos para se aumentar a idoneidade de lidar com a adversidade, aumentando a resiliência, conseguida através da motivação e otimismo, sendo crucial o suporte social e a coesão social.

O mesmo autor acrescenta que, as escolas apresentam uma grande tarefa na formação de adolescentes com responsabilidade cívica, capacidade crítica, adoção de competências, valores éticos e de um estilo de vida saudável. Nesta vertente, para a WHO (1999) a escola é o melhor meio para promover a saúde dos adolescentes, uma vez que representa um espaço social e de aprendizagem, onde os adolescentes e professores estabelecem uma relação de proximidade, e passam a maior parte do seu tempo.

Segundo a WHO (2017), deve-se investir na promoção e proteção da saúde dos adolescentes, através das sessões de educação para a saúde. Para os adolescentes terem uma vida futura saudável, devem adotar um estilo de vida saudável, como exemplo disso a dieta, atividade física, e se for sexualmente ativo o uso de preservativo, e devem reduzir a exposição a comportamentos agressivos, como a poluição do ar, obesidade e consumo de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas; promovendo um padrão de estilo de vida saudável e reduzir a morbidade, deficiência e mortalidade prematura, mais tarde na vida adulta.

A mesma organização acrescenta que, para a próxima geração deve-se investir na promoção do bem-estar emocional e práticas saudáveis na adolescência (resolução de conflitos, uma nutrição adequada e plano nacional de vacinação atualizado), assim como na prevenção de fatores de risco, como é o exemplo da exposição ao chumbo ou mercúrio, violência interpessoal, uso de substâncias psicoativas e gravidezes precoces.

Segundo Loureiro *et al* (2010), é importante fornecer informações insistindo nas sessões de educação para a saúde, principalmente aos adolescentes, porque nem sempre têm conhecimento das consequências de certas opções ou atitudes que assumem por exemplo no seu

dia-a-dia. Essas consequências só serão visíveis um dia mais tarde, no seu futuro. É crucial aumentar o nível de literacia dos adolescentes, valorizando a promoção e proteção da sua saúde.

Para a OMS (1998), a literacia em saúde é crucial para promover e manter uma boa saúde, através das competências cognitivas e sociais, assim como a capacidade das pessoas acederem à compreensão e ao uso da informação. Assim, os conceitos de saúde vão ganhar uma dimensão de desenvolvimento da pessoa e todas as dimensões, considerando a promoção da saúde como o empoderamento de uma comunidade. Pois, a saúde está intimamente ligada às condições ambientais e sociais.

No contexto comunitário, a promoção da saúde passa dos programas de negociação e gestão de um estilo de vida saudável, para tentativas de organização e apoio às iniciativas da comunidade, com o intuito de alterar os riscos para a saúde nos meios que envolvem os adolescentes, nomeadamente, os meios físicos e sociais. Assim, a promoção da saúde tem um grande objetivo, que é aumentar a capacidade das comunidades, de modo a estas ficarem aptas a receber e manter os programas de promoção da saúde (Loureiro *et al*, 2010).

Neste sentido apostar na promoção da saúde nas escolas, salientando abordagens pluridisciplinares é extremamente importante. Sendo notória a importância das intervenções educativas nesta área, de forma a prevenir a consolidação de comportamentos de risco, e promover a adoção de um estilo de vida saudável. É importante capacitar os professores para colaborarem na formação da escola como promotora de saúde, recorrendo à formação na educação para a saúde, intervenção comunitária e participação em projetos interventivos na comunidade escolar, com o intuito de melhorar os resultados escolares e facilitar ações promotoras da saúde, adquirindo conhecimentos e habilidades nas diversas áreas (WHO, 2017).

A educação para a saúde é fundamental para a prevenção de comportamentos de risco, tendo em conta o empoderamento da consciencialização dos riscos em saúde, investindo na literacia em saúde. Para a mesma organização, a escola é importante na vida dos adolescentes, uma vez que é ali que começam a elaborar os seus projetos de vida, enaltecendo a sua importância como instituição de referência para a conduta dos adolescentes, contribuindo para o processo de saúde/doença dos mesmos.

O PNS (2012-2016) com revisão e extensão a 2020 é constituído por orientações estratégicas em saúde, tendo como principal objetivo e obtenção de ganhos em saúde através da promoção da saúde e prevenção da doença dos adolescentes. O cumprimento deste plano de saúde contempla vários programas específicos em diferentes áreas de intervenção, que promovam um estilo de vida e comportamentos saudáveis que conduzam a um futuro mais saudável.

Mais especificamente, o PNSE (2014) contempla as estratégias relacionadas com a saúde dos adolescentes, nomeadamente na aquisição de conhecimentos, competências na promoção da saúde, vigilância e proteção da saúde. As estratégias de implementação do PNSE destinam-se aos fatores determinantes de saúde relativos ao estilo de vida, com a finalidade de aumentar os fatores de proteção e reduzir os fatores de risco nos adolescentes. Este programa enuncia que, a melhoria do nível de literacia em saúde e o fortalecimento da participação da comunidade educativa na promoção da saúde são os pilares do bem-estar, do desenvolvimento, da proteção da saúde e da prevenção da doença em contexto escolar. Por conseguinte, na escola o projeto educativo deve contemplar os princípios e os valores da promoção e educação para a saúde. O plano de atividade do agrupamento de escolas deverá definir objetivos, uma política de continuidade desde o pré-escolar ao ensino secundário (Amann, Leal e Matos, 2014).

Mais recentemente o XXI governo constitucional, no seu programa de saúde criou um ambiente favorável à promoção e defesa da saúde, visando adoção de um estilo de vida saudável pelos adolescentes, contribuindo para uma intervenção efetiva no controlo das doenças crónicas não transmissíveis e na melhoria da qualidade de vida dos adolescentes, em todas as fases do ciclo de vida, ao abrigo do disposto no despacho n.º. 8932/2017 Publicado no Diário da República, 2.ª. Série, de 10 de Outubro de 2017.

Em suma, a promoção de saúde torna-se um meio facilitador de aquisição de conhecimentos, comportamentos e competências para adoção de um estilo de vida saudável. É crucial a implementação de sessões de educação para a saúde nas escolas, para promover a saúde e prevenir as doenças dos adolescentes, sendo o contributo do enfermeiro especialista de enfermagem comunitária importante, uma vez que é ele o protagonista na promoção da saúde.

2.1 - A ESCOLA PROMOTORA DA SAÚDE

A promoção da saúde em contexto escolar, deve olhar para os adolescentes na sua íntegra, considerando-os dentro do seu espaço familiar e social, aprendendo de forma positiva, serena e afetiva. Assim, o professor deve estar capacitado a observar o dia-a-dia dos adolescentes em meio escolar e capacitar os mesmos a solucionar os seus problemas, criando condições para falarem sobre os comportamentos saudáveis ou de risco, evitando uniformizar atitudes perante as diferentes culturas, sempre com o intuito de procurar entender se os adolescentes querem ou não adotar um estilo de vida saudável, atuando consoante a sua escolha (Bocaletto, 2012).

A escola desempenha um papel de extrema importância na promoção e proteção da saúde dos adolescentes. Uma educação melhor está intrinsecamente ligada a uma saúde melhor

e bem-estar ao longo da vida. Desta forma, a escola tem um papel fulcral em ajudar os adolescentes a terem uma autoestima positiva, um bem-estar psicológico saudável, e desenvolverem competências para resistir à pressão dos pares à qual estão sujeitos, de modo a seguirem um caminho de responsabilidade (WHO, 2017).

Partilhando da mesma opinião, Silva (2013) e Martins *et al* (2016), sustentam que a escola é o local onde os adolescentes passam uma grande parte do seu dia, e socializam com outros adolescentes. É o local onde vai existir a educação, o desenvolvimento de atitudes pessoais, habilidades e conhecimentos, promovendo o autocuidado e preservação da saúde, a comunicação, solidariedade e relações de afetividade.

A escola é o local onde ocorrem atividades que contribuem para o desenvolvimento dos adolescentes, cooperando para a criação de ambientes favoráveis e consolidação de um estilo de vida saudável, sendo um aspeto positivo na vida destes que frequentam o meio escolar. Assim, e na perspetiva de Bagno (2015), é crucial os professores incentivarem ao diálogo, colocando de parte qualquer preconceito e juízo de valores.

O Ministério da Saúde (2012) sustenta que, a escola deve criar ambientes saudáveis, desenvolver ações que promovam uma vida saudável, e realizar atividades promotoras da saúde. É crucial os adolescentes serem participantes ativos na sala de aula aquando o diálogo, sendo incluídos em todo o processo de ensino-aprendizagem tendo em conta todas as peculiaridades do mesmo.

Freire (2015) acrescenta que, a escola visa criar habilidades que ajudem a transformar os sonhos em realidade, e para que a escola seja um espaço promotor de saúde, deve ter que conseguir avaliar a realidade, reconhecer as competências e incentivar a ações que construam um contexto melhorado, com menos violência e mais respeito pelas diferenças que cada um apresenta. Desta forma, devem lidar com as desigualdades, possibilitando a inclusão social de todos os adolescentes pertencentes a grupos diferentes, uma vez que todos apresentam princípios, valores e culturas diferentes.

Assim, é crucial que as ações de educação promovam a saúde, tendo em conta as idiosincrasias dos adolescentes, pois cada um tem a sua maneira de aprender e de se relacionar com as outras pessoas (Gedrat, 2015).

Em contexto escolar, o modelo organizado e estruturado de promoção e educação para a saúde está associado à Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde, que por sua vez, se desenvolve com uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação. Este modelo visa satisfazer as escolas e cuidados de saúde primários, que pretendem uma mudança de práticas e aquisição de competências por parte dos adolescentes, de forma a estes tomarem decisões conscientes e responsáveis relativas à sua saúde, através da aquisição de um estilo de

vida saudável de acordo com os Programas Integrados no Plano Nacional de Saúde. Este programa visa o desenvolvimento de atividades de promoção da educação para a saúde em contexto escolar (Amann *et al*, 2014).

A saúde escolar em Portugal tem sido uma referência para a saúde dos adolescentes, sendo imperiosa no aperfeiçoamento dos determinantes da saúde, relativos aos anos de vida desperdiçados, e no futuro ao aumento dos anos de vida saudável dos adolescentes.

A intervenção da saúde na escola apresenta como pilar estratégico o PNS (2012-2020). Este plano de saúde valoriza o desenvolvimento demográfico da população, os novos conceitos de família, a crise social e económica e as desigualdades, cujo resultado vai refletir-se na vida dos adolescentes a longo prazo.

O PNSE contempla como objetivo geral “melhorar o nível de literacia em saúde, promover adoção de um estilo de vida saudável e a inclusão de adolescentes com necessidades de saúde especiais e contribuir para um ambiente escolar seguro e saudável”. Como objetivo específico: “reduzir os comportamentos de risco relacionados com os fatores de risco das doenças não transmissíveis” (Amann, 2014).

Em contexto escolar, a saúde e a educação reforçam mutuamente as ações necessárias para encorajar, apoiar e capacitar os adolescentes a fazerem escolhas saudáveis para si e para a sua família. A promoção de competências sociais e emocionais assenta na melhoria do nível de literacia em saúde, contribui para o aumento de escolas resilientes mais seguras e mais saudáveis, aumento de conhecimentos, redução de comportamentos de risco, e aumento de comportamentos que beneficiem de mais saúde física e mental, conduzindo à inclusão e à melhoria dos indicadores e saúde para todos, obtendo ganhos em saúde.

A evidência científica sobre a promoção da saúde na escola tem revelado resultados muito positivos, nas intervenções dirigidas para a prevenção de comportamentos de risco. Pelo impacto que estas intervenções têm na saúde deve-se investir nelas ao longo da vida escolar. Assim, é imperioso os adolescentes apresentarem um ambiente saudável e seguro para aprender, crescer e viver, tornando-se adolescentes mais saudáveis, educados e a viver em segurança.

Segundo o relatório do PNSE, no ano letivo de 2014/2015, 73% dos adolescentes matriculados foram alvo do programa nacional de saúde escolar, mais especificamente, a região centro apresenta 64% dos adolescentes do ensino secundário que foram abrangidos pelo PNSE. A saúde escolar vai contribuir para os indicadores de vários programas. Assim, a região do centro apresenta 13% de investimento na prevenção do consumo de tabaco, seguida de 12% na prevenção do consumo de bebidas alcoólicas, e 8% de investimento para a prevenção do consumo de substâncias ilícitas. Ainda no mesmo relatório, 23% dos adolescentes procedem à

escovagem dos dentes na escola, 91% cumprem a vigilância da sua saúde, 106 foram vacinadas, e 58% dos adolescentes da região centro cumprem o plano de saúde individual.

3. CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS ADOLESCENTES

O enfermeiro é o mentor da promoção da saúde, prevenção da doença e melhoria da qualidade de vida das pessoas, assumindo um papel incontornável na promoção da adoção de um estilo de vida saudável pelas pessoas, nomeadamente pelos adolescentes. A promoção da saúde associada à educação para a saúde são uma excelência da enfermagem, nomeadamente do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, que são detentores de competências que lhes permitem responder de forma adequada às necessidades das pessoas e comunidades, de forma a melhorar a saúde destas e obter ganhos em saúde.

A enfermagem comunitária segundo o regulamento nº. 128/2011, centra a sua prática na comunidade, identificando as necessidades da pessoa, família ou grupos de uma dada área geográfica, em parceria com outras entidades regulamentadoras da saúde. Inicialmente fazem uma avaliação do estado de saúde de uma dada comunidade, elaborando projetos adequados às necessidades detetadas, implementando intervenções e conseqüentemente a monitorização e avaliação visando a sua capacitação. De modo a cooperar na vigilância epidemiológica, produzindo indicadores pertinentes para uma tomada de decisão.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária tem um papel fundamental no desenvolvimento de programas de intervenção, com vista à capacitação e empoderamento dos adolescentes relativamente à melhoria e proteção da sua saúde, procurando a modificação de comportamentos, no sentido de promover a saúde e prevenir a doença destes.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2015), o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária deve contemplar os seguintes padrões de qualidade:

- Ter conhecimento sobre os determinantes dos problemas de saúde dos adolescentes na conceção do diagnóstico de saúde;
- Identificar as necessidades de saúde dos adolescentes;
- Conceber, planear, implementar projetos de intervenção com vista à consecução de projetos de saúde dos adolescentes;
- Intervir em grupos ou comunidade educativa com necessidades específicas assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados;
- Coordenar e dinamizar programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos;
- Participar, em parceria com outras instituições da comunidade (como exemplo o agrupamento de escolas), em projetos de intervenção comunitária dirigida a adolescentes ou grupos com maior vulnerabilidade;

- Mobilizar os grupos da comunidade para identificar e resolver os problemas de saúde;
- Cooperar na coordenação, otimização, operacionalização e monitorização dos diferentes programas de saúde que integram o PNS;
- Monitorizar a eficácia dos Programas e Projetos de intervenção para problemas de saúde com vista à quantificação de ganhos em saúde da comunidade educativa;
- Participar na gestão de sistemas de vigilância epidemiológica;
- Utilizar a evidência científica para soluções inovadoras em problemas de saúde escolar.

Os cuidados de saúde primários destacam o enfermeiro como o elemento da equipa de saúde, que deve ser responsabilizado pela qualidade dos serviços que presta perante os adolescentes e comunidade. Este assume um papel de extrema importância em ajudar quem precisa, nomeadamente as pessoas, famílias e comunidade a viver com as suas capacidades consoante as alterações do seu estado de saúde. Assim, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária vai intervir junto da comunidade ao nível da promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento, reabilitação e reintegração social.

Atualmente a adoção de um estilo de vida pouco saudável atinge grandes dimensões, daí ser uma área de grande interesse e importante para investir por profissionais capacitados de forma adequada e contínua, porém mediada por incertezas e dificuldades. Então, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária deve fazer uma abordagem holística para conseguir obter resultados positivos, principalmente no que diz respeito à adoção de um estilo de vida saudável pelos adolescentes, visto ser uma faixa etária propícia a comportamentos de risco para a saúde.

Na promoção da saúde o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária apresenta um papel crucial aos três níveis da prevenção. Na sua intervenção deve ter sempre em conta o preconizado no PNS 2012-2020 desenvolvido pelo ministério da saúde, onde consta que adoção de um estilo de vida saudável contribui para uma maior qualidade de vida dos adolescentes. Pois, a adolescência é um período de vida privilegiado para a adoção de um estilo de vida saudável, obtendo ganhos em saúde a curto e longo prazo.

Neste sentido, as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária estão direcionadas para os adolescentes. Sendo fulcral ter informação baseada nas evidências, de forma a planear intervenções no âmbito da promoção da saúde, contribuindo para a prevenção da doença e as suas incapacidades, para a qualidade de vida e bem-estar, e para a adoção de um estilo de vida saudável pelos adolescentes. Contribuindo desta forma, para minimizar os riscos a

que estes estão sujeitos, realçando a importância sobre os determinantes de saúde na comunidade escolar.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária assume o papel de educador na promoção da saúde dos adolescentes, contribuindo para uma melhoria na qualidade dos cuidados de saúde prestados. Enquanto dinamizador da educação para a saúde, possui competências essenciais para responder às necessidades dos adolescentes. Assim, através das sessões de educação para a saúde em contexto escolar, é possível alcançar a maioria dos adolescentes, famílias e restante comunidade escolar. Esta é uma das competências do enfermeiro especialista de enfermagem em saúde comunitária contemplada pela Ordem dos Enfermeiros (2011).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010), as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, são as seguintes:

- Estabelecer com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- Integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
- Realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Neste âmbito, a enfermagem comunitária apresenta um papel imprescindível na área de intervenção educativa, oferecendo reflexões sobre as temáticas relacionadas com a saúde, estabelecendo prioridades de saúde dos adolescentes a debater na escola, de forma a prevenir ou diminuir os comportamentos de risco. Assim, o enfermeiro é visto como agente de mudança, capacitado para transmitir conhecimentos aos adolescentes para seguirem um caminho com um estilo de vida saudável, sendo um processo moroso, uma vez que as atitudes e comportamentos destes não se conseguem alterar de um dia para o outro. O investimento nesta área por parte do enfermeiro é crucial, tornando o seu trabalho multidisciplinar, empreendedor e consciencioso. Todo o trabalho que o enfermeiro responsável pela saúde escolar exerce em colaboração com os projetos educativos das escolas, recorre à implementação de programas de saúde, evidenciando a escola como promotora da saúde.

PARTE II - INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

4- METODOLOGIA

Na segunda parte deste trabalho faz-se a apresentação da investigação empírica realizada, procurando delinear as estratégias utilizadas para responder à questão de investigação. Através da metodologia é possível estudar, descrever e explicar os métodos que se vão aplicando ao longo de toda a investigação, com o objetivo de sistematizar os procedimentos abordados ao longo das diferentes etapas, com o intuito de garantir a viabilidade dos resultados.

Assim, este capítulo inicia-se com a exposição da questão, objetivos e hipóteses da investigação, seguindo-se a apresentação do método, com descrição dos procedimentos de constituição da amostra, de seleção das variáveis e protocolo de avaliação, a consistência interna das escalas, bem como o tratamento estatístico utilizado e os procedimentos formais e éticos.

4.1- QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS

O estilo de vida inadequado que os adolescentes adotam no seu dia-a-dia tornou-se uma grande preocupação para os cuidados de saúde primários e em particular, para o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária. Tendo em linha de conta a pesquisa bibliográfica realizada, elaborámos a seguinte questão de investigação: Qual o estilo de vida dos adolescentes de uma escola secundária do interior do país?

Objetivos da investigação

Segundo Fortin (2009: 160) para melhor compreender “os objetivos da investigação deve indicar de forma clara qual é o fim que o investigador persegue. Ele especifica as variáveis-chave, a população junto da qual serão recolhidos dados e o verbo de ação que serve para orientar a investigação”.

De forma a orientar este estudo e a dar resposta à questão de investigação formulada, propusemo-nos atingir os seguintes objetivos:

Objetivo geral: avaliar o estilo de vida dos adolescentes de uma escola secundária do interior país.

Objetivos específicos:

- Caracterizar os adolescentes da amostra em estudo;
- Avaliar a perceção que os adolescentes têm da sua imagem;
- Avaliar a autoestima dos adolescentes;
- Avaliar o bem-estar psicológico dos adolescentes;

- Identificar os fatores que influenciam o estilo de vida dos adolescentes;
- Analisar os fatores que influenciam o estilo de vida dos adolescentes.

De acordo com a problemática em investigação, com o enquadramento teórico e com os objetivos definidos, formulámos as seguintes hipóteses de trabalho:

4.2 - HIPÓTESES

As hipóteses desta investigação foram elaboradas no sentido de identificar quais são os fatores que influenciam o estilo de vida dos adolescentes.

H1: “O estilo de vida dos adolescentes está relacionado com a idade”

H2: “O estilo de vida dos adolescentes é diferente conforme o género”

H3: “O estilo de vida dos adolescentes é diferente conforme o ano de escolaridade”

H4: “O estilo de vida dos adolescentes é diferente conforme a área de estudo frequentada”

H5: “O estilo de vida dos adolescentes é diferente conforme a área de residência”

H6: “O estilo de vida dos adolescentes está relacionado com o número de elementos do agregado familiar”

H7: “O estilo de vida dos adolescentes está relacionado com o IMC”

H8: “O estilo de vida dos adolescentes é diferente conforme a autoimagem corporal”

H9: “O estilo de vida dos adolescentes está relacionado com a autoestima”

H10: “O estilo de vida dos adolescentes está relacionado com o bem-estar psicológico”

4.3 -TIPO DE ESTUDO

O tipo de estudo é realizado em função dos objetivos da investigação e do que se pretende alcançar com a realização do mesmo. De acordo com a problemática em questão, são selecionados os comportamentos com o intuito de ter respostas à questão e hipóteses de investigação enunciadas (Fortin, 2009).

Nesta investigação importa caracterizar o estilo de vida dos adolescentes do 10.º 11.º e 12.º ano de escolaridade, do ano letivo 2016/2017 de uma escola secundária do interior do país. Esta investigação revela-se importante para a enfermagem comunitária, uma vez que o meio escolar tem um papel imprescindível para a formação pessoal, profissional e para a sociedade envolvente.

A investigação em causa reúne algumas características de estudo não experimental porque não manipula as variáveis em estudo, descritivo-correlacional porque procura explorar e determinar a existência e relações entre variáveis com vista a descrever essas relações, epidemiológico porque procura analisar como um determinado fenómeno se distribui/comporta num determinado grupo de pessoas e transversal porque ocorre num único momento e curto período de tempo.

A escolha do tipo de estudo deve-se ao facto de este permitir considerar simultaneamente várias variáveis com vista a explorar as suas relações mútuas, com o fim de conhecer as que estão associadas ao fenómeno estudado.

4.4 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

A amostragem é um processo complexo e segundo Fortin (2009: 310), “é um processo pelo qual um grupo de pessoas ou uma porção da população (amostra) é escolhido de maneira a representar uma população inteira”. Então, a amostragem permite estimar as características de uma população obtidas a partir da nossa amostra. A primeira etapa do processo da amostragem consiste em definir a população que se quer estudar. A população define-se “como um conjunto de pessoas que têm características em comuns” (Fortin, 2009: 311).

Para esta investigação definimos como população alvo, os adolescentes do ensino secundário (10º, 11º e 12º anos) de uma escola do interior do país, representando um total de 195 estudantes inscritos no ano letivo 2016/2017, tal como observamos no quadro 1. A amostra foi selecionada em função do tempo disponível e da acessibilidade para realizar esta investigação com os participantes.

O plano de amostragem utilizado para a seleção de amostra foi a não probabilística por acessibilidade constituída por 144 adolescentes, com idades compreendidas entre os 15 e os 20 anos. Ficaram excluídos 51 adolescentes, pela impossibilidade de algumas turmas participarem nesta investigação.

Quadro 1 - Caracterização dos elementos da população por ano escolar

Ano escolar	Número estudantes
10º. Ano	62
11º. Ano	71
12º. Ano	62
Total	195

Fonte: Serviços administrativos da instituição (maio de 2017).

4.5 - VARIÁVEIS E PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO

A operacionalização das variáveis está associada ao tipo de técnica e metodologia, utilizada para recolher os dados da investigação em questão. Estas devem ser compatíveis com os objetivos propostos e com o tipo de investigação que se vai realizar. Fortin (2009) refere que as variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos, passos ou situações que são estudados na investigação.

Tendo em conta o enquadramento teórico e a amostra em estudo, o protocolo de avaliação (Apêndice A), que permitiu efetuar a recolha de dados, foi estruturado em cinco partes, nomeadamente:

- Parte I – Caracterização sociodemográfica, académica e classificação do IMC dos elementos da amostra;
- Parte II – Caracterização do “Estilo de Vida” dos elementos da amostra;
- Parte III – Caracterização da “Autoimagem Corporal” dos elementos da amostra;
- Parte IV – Caracterização da “Autoestima” dos elementos da amostra;
- Parte V – Caracterização do “Bem-estar psicológico” dos elementos da amostra.

De seguida apresentam-se as variáveis em estudo e integradas em cada uma das partes do protocolo de avaliação.

Parte I

- **Caraterização sociodemográfica dos elementos da amostra**
 - Idade (corresponde ao número de anos completos desde o nascimento até à data da recolha de dados dos adolescentes inquiridos);
 - Género (o género é uma variável dicotómica, que permite caraterizar a amostra dos adolescentes inquiridos em género masculino e género feminino);
 - Área de residência (identificar se os adolescentes habitam em meio rural ou urbano);
 - Com quem reside (identificar as pessoas com quem os adolescentes habitam);
 - Número de elementos do agregado familiar (corresponde ao número absoluto das pessoas com quem os adolescentes habitam);
 - Profissão pai/mãe (o estudo desta variável permitirá avaliar a profissão dos pais. As profissões dos pais foram agrupadas segundo a classificação nacional de profissões).

▪ **Caraterização académica dos elementos da amostra**

- Ano de escolaridade (10º, 11º e 12º ano de escolaridade);
- Área de ensino (ciências tecnológicas, línguas e humanidades, artes visuais, técnico de restauração e técnico multimédia).

▪ **Classificação do Índice de Massa Corporal dos elementos da amostra**

Para determinar o estado ponderal procedeu-se ao cálculo do IMC, através da aplicação da fórmula seguinte: peso/altura².

O IMC é calculado através da relação entre o peso, em que a massa está em quilogramas (Kg) e a altura está em metros (m), ao quadrado (m²) e através deste exprime-se a corpulência (OMS, 2013).

Segundo a mesma organização, o estado ponderal segue os seguintes parâmetros e que foram utilizados no estudo:

- Baixo peso (IMC <18.5);
- Peso Normal (18.5 <IMC <24.5);
- Excesso de Peso (25.0 <IMC <29.9);
- Obesidade Grau I (30.0 <IMC <34.9);
- Obesidade Grau II (35.0 <IMC <39.9);
- Obesidade Grau III (IMC > 40.0).

Parte II

▪ **Caraterização do estilo de vida dos elementos da amostra**

A caraterização do estilo de vida dos elementos da amostra foi avaliada através do questionário “O Meu Estilo de Vida” (Anexo A). Este tem origem no questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde que foi desenvolvido por Hettler em 1982. Hettler procurou criar um programa para melhorar o estilo de vida dos adolescentes, procurando estudar as ações da pessoa enquanto estilo de vida que pratica e sofre alterações provocadas por determinadas caraterísticas.

Cada pessoa desenvolve um estilo de vida único que modifica diariamente, refletindo as suas dimensões intelectuais, emocionais, físicas, sociais, profissionais e espirituais. Assim, propôs que no seu modelo de intervenção, a pessoa seja abordada mediante estas seis dimensões.

Este questionário apresenta como objetivo avaliar o estilo de vida dos adolescentes no seu dia-a-dia, educando os mesmos para comportamentos relacionados com a saúde que podem

ser implementados e avaliados. O mesmo consegue reunir as características adequadas para avaliar o que os adolescentes podem fazer para cuidar da sua saúde e evitar possíveis doenças.

Em Portugal este questionário foi traduzido e validado para a população portuguesa por José Luís Pais Ribeiro (2004), o qual denominou “O Meu Estilo de Vida”, sendo esta a versão utilizada na presente investigação.

Segundo Pais Ribeiro (2004), o questionário “O Meu Estilo de Vida” apresenta 28 itens. A resposta aos itens é realizada numa escala ordinal de cinco posições (tipo *likert*), mais especificamente: “quase sempre”, “com muita frequência”, “muitas vezes”, “ocasionalmente” e “quase nunca”.

- Quase sempre – 90% ou mais das vezes
- Com muita frequência – cerca de 75% das vezes
- Muitas vezes – cerca de 50% das vezes
- Ocasionalmente – cerca de 25% das vezes
- Quase nunca – menos de 10% das vezes

Estas cinco posições permitem aos adolescentes, perante a afirmação que expressa uma ação, escolher entre cinco alternativas, a percentagem que usa, ou não, essa ação, entre o “quase sempre” (5 pontos) num extremo da escala e o “quase nunca” (1 ponto) no outro extremo. A classificação final (comportamentos protetores de saúde) varia entre 28 e 140 pontos.

O valor da nota global pode variar de um mínimo de 28 pontos a um máximo de 140 pontos, e uma média de 84 pontos. As questões são pontuadas de modo a que, quanto mais alto for o valor obtido, melhor é o estilo de vida dos adolescentes em que:

- [28 – 56[– Mau Estilo de Vida
- [56 – 84[– Razoável Estilo de Vida
- [84 – 112[– Bom Estilo de Vida
- [112 – 140] – Excelente Estilo de Vida

Parte III

▪ Caracterização da “Autoimagem Corporal” dos elementos da amostra

A caracterização da autoimagem corporal dos elementos da amostra foi avaliada a partir da escala de “Autoimagem Corporal” (Anexo B), denominada por escala de Silhuetas de Stunkard, Sorensen e Schulsinger (1983) adaptada e validada para a população portuguesa por Scagliusi, Alvarenga, Polacow, Cordás, Queiroz, Coelho, Philippi e Lancha (2006).

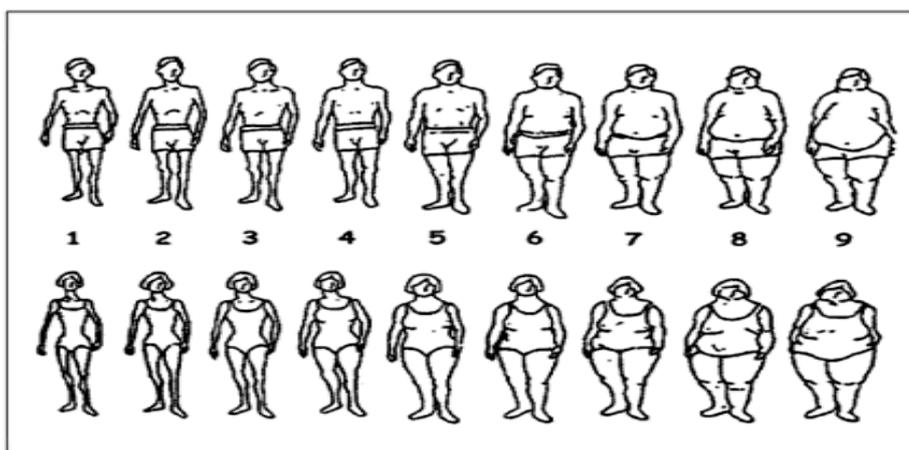
A escala de Silhuetas de Stunkard *et al* (1983) tem a finalidade de avaliar a perceção de tamanho e forma corporal. Esta escala é constituída por 18 imagens, ou seja, 9 imagens de

silhuetas masculinas e 9 imagens de silhuetas femininas que vão gradualmente da imagem mais magra (representada pela silhueta 1), para a imagem mais gorda (representada pela silhueta 9).

Cada silhueta é representativa de um número que vai do número 1 ao número 9, correspondendo respectivamente à silhueta mais magra para a silhueta mais gorda, representando figuras humanas com nove alterações de tamanho corporal, tal como observamos na figura 3. As imagens são divididas em quatro categorias:

- Silhueta 1 - magra;
- Silhuetas 2 a 5 - normal;
- Silhuetas 6 e 7 - sobrepeso;
- Silhuetas 8 e 9 - obesa.

Figura 3 - Conjunto de Silhuetas proposto por Stunkard *et al* (1983).



Fonte: Stunkard *et al* (1983). Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness.

Scagliusi *et al* (2006) sustentam que, os adolescentes ao observarem as imagens das silhuetas e responderem às três questões do questionário correspondentes à auto imagem corporal, conseguirão ter a noção da imagem corporal como se vêem e a ideal para si. Através das questões:

- “Qual o número que representa a forma como se vê”
- “Qual o número que representa a forma como gostaria de ser”
- “Qual o número que representa ser uma pessoa saudável”

A resposta à primeira questão vai corresponder à percepção da imagem corporal real (PICR), e a resposta à terceira questão vai corresponder à percepção da imagem corporal ideal (PICI).

A satisfação da autoimagem foi analisada através do cálculo da diferença entre o valor que os adolescentes atribuíram à imagem que gostaria de ser (PICI), e o valor da imagem como se vê no momento (PICR).

O *score* pode variar entre -8 e 8. O valor quanto mais distante estiver do 0, maior será o grau de insatisfação dos adolescentes com a sua autoimagem. Após o cálculo, se a diferença for negativa significa que existe insatisfação corporal e se a diferença for positiva estamos perante uma magreza. Por outro lado, se os resultados forem iguais a 0, os adolescentes apresentam satisfação corporal.

Bulik, Wade, Health, Martin, Stunkard e Eaves (2001) acrescentam que, a escala da autoimagem corporal é uma escala consistente, que se correlaciona significativamente com o excesso de peso ($r = 0.79$) e é uma medida que consegue esclarecer a ocorrência de obesidade isoladamente, ou em conjunto com o IMC.

Parte IV

▪ Caracterização da “Autoestima” dos elementos da amostra

A caracterização da autoestima dos elementos da amostra foi avaliada a partir da aplicação da escala de “Autoestima” (Anexo C), de *Rosenberg* (1965). Esta escala foi devidamente traduzida e validada para a população portuguesa por Santos e Maia em 2003.

A referida escala é constituída por 10 itens (5 itens de orientação positiva e 5 itens de orientação negativa). Esta escala assume um formato tipo *Likert* de 4 pontos (Discordo plenamente = 0, Discordo =1, Concordo = 2, Concordo plenamente = 3). Assim, a cotação dos itens na escala varia entre 0 e 3, sendo que pontuações elevadas na escala indicam uma autoestima elevada e vice-versa. Pois, a cotação é invertida nos itens de orientação negativa, nomeadamente, os itens: 2, 5, 6, 8, 9.

O valor da nota global pode variar de um mínimo de 0 pontos a um máximo de 30 pontos, e uma média de 15 pontos. As questões são pontuadas de modo a que, quanto mais alto for o valor obtido, maior é a autoestima em que:

[0 – 10[– Baixa Autoestima

[10 – 20[– Razoável Autoestima

[20 – 30] – Elevada Autoestima

Os outros dois itens “Sinto-me uma pessoa feliz” e “Sinto-me uma pessoa infeliz” assumem exatamente o mesmo formato de resposta que a escala anterior. No entanto, apresentam uma pontuação máxima de 3 pontos, mínima de 0 pontos e média de 1,5 pontos,

sendo que pontuações acima de 1,5 pontos representam níveis de felicidade/infelicidade elevada e abaixo de felicidade/infelicidade reduzida.

Parte V

▪ Caracterização do “Bem-Estar Psicológico” dos elementos da amostra

A caracterização do bem-estar psicológico dos elementos da amostra foi avaliada através da aplicação da escala abreviada de “Bem-Estar Psicológico” (Anexo D), traduzida e validada para a população portuguesa por Rainho *et al* (2012).

Esta escala é constituída por 6 itens, em que os itens (1, 4, 5) são cotados entre 0 e 5. Por outro lado, os itens (2, 3, 6) são cotados de forma invertida de 5 para 0. Assim, o nível de bem-estar psicológico deriva do somatório dos valores da escala entre 0 e 30, em que 0 representa o mínimo de bem-estar e 30 representa o máximo de bem-estar psicológico dos adolescentes.

O valor da nota global pode variar de um mínimo de 0 pontos a um máximo de 30 pontos, e uma média de 15 pontos. As questões são pontuadas de modo a que, quanto mais alto for o valor obtido, maior é o bem-estar psicológico em que:

[0 – 10[– Baixo Bem-Estar Psicológico

[10 – 20[– Razoável Bem-Estar Psicológico

[20 – 30] – Elevado Bem-Estar Psicológico

4.6 - CONSISTÊNCIA INTERNA DAS ESCALAS

Para estudar a fiabilidade das escalas que integram o protocolo de avaliação, procedemos à avaliação da consistência interna das respetivas dimensões e no global. O método utilizado consistiu na determinação de um dos coeficientes de consistência interna disponíveis, o coeficiente *alpha* de *Cronbach*. Este procedimento estatístico é indicado para a maioria das escalas, principalmente em escalas tipo *Likert*, e pode apresentar resultados que se situam entre 0 e 1. Quanto mais elevados forem os seus valores, mais homogéneas são as respostas dadas aos itens que constituem a escala ou dimensão e maior é correlação entre eles, ou seja, melhor é a consistência interna.

De acordo com diversos autores, nomeadamente, *Nunnally* (1978) citado por Maroco, Robalo e Mota (2007), resultados iguais ou superiores a 0.70 são indicadores de boa consistência interna. Alguns autores consideram, também, que são aceitáveis valores iguais ou

superiores a 0.60 quando o número de itens envolvidos é baixo, como referiu *DeVellis* (1991) também citado por Maroco *et al* (2007).

No quadro 2 apresentamos os valores do coeficiente *alpha* obtidos para a escala do “Estilo de Vida” (dimensões e global), para a escala da “Autoestima” e do “Bem-estar psicológico”. A sua análise permite-nos constatar que, nas dimensões da escala do “Estilo de Vida”, foram observados valores compreendidos entre 0.72, na dimensão «Uso de drogas ou similares», e 0.84, na dimensão «Nutrição» e para o global da escala observámos o valor 0.81. Todos estes resultados nos permitem concluir que a escala evidenciou boa ou muito boa consistência interna. Para a escala de “Autoestima” obtivemos o valor 0.88 e para a do “Bem-estar psicológico” o valor do coeficiente foi de 0.85. Também nestas duas escalas podemos afirmar que a consistência interna é elevada.

Podemos, deste modo, concluir que as escalas utilizadas na presente investigação, revelaram boa fiabilidade.

Quadro 2 - Valores do coeficiente *alpha* de *Cronbach* para as escalas utilizadas na investigação

Escala/Dimensões	N.º de itens	<i>Alpha</i> de <i>Cronbach</i>
Estilo de Vida: Exercício físico	3	0.75
Estilo de Vida: Nutrição	5	0.84
Estilo de Vida: Auto cuidado	11	0.77
Estilo de Vida: Segurança motorizada	3	0.74
Estilo de Vida: Uso de drogas ou similares	6	0.72
Estilo de Vida - global	28	0.81
Autoestima	10	0.88
Bem-Estar Psicológico	6	0.85

4.7 - TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Para sistematizar a informação obtida com a aplicação do protocolo de avaliação, utilizámos técnicas da estatística descritiva e inferencial. O tratamento estatístico dos dados foi efetuado informaticamente recorrendo ao programa de tratamento estatístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), na versão 23 de 2016.

As técnicas estatísticas aplicadas foram frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (média aritmética, média ordinal e mediana), medidas de dispersão ou variabilidade (valor mínimo, valor máximo e desvio padrão), coeficientes (*Alpha* de *Cronbach* e de *Spearman*) e testes estatísticos (U de *Mann-Whitney*, *Kruskal-Wallis*, significância do coeficiente de correlação de *Spearman* e *Kolmogorov-Smirnov*, como teste de normalidade).

Na escolha das técnicas estatísticas, nomeadamente, dos testes atendemos às características das variáveis em estudo e às recomendações apresentadas por Maroco *et al* (2007) e Pestana e Gageiro (2005). A opção por testes não paramétricos justifica-se, principalmente, pelo facto de a variável central do estudo (Estilo de Vida) não apresentar distribuição normal no geral e em todas as suas dimensões ($p < 0.001$).

Para todos os testes foi fixado o valor 0.05 como limite de significância, ou seja, a hipótese nula foi rejeitada quando a probabilidade do erro tipo I (probabilidade de rejeição da hipótese nula quando ela é verdadeira) era inferior ao valor fixado, ou seja, quando $p < 0.05$, ou seja, $p < 5\%$.

4.8 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Durante a investigação, a colheita de dados deve ser assistida de procedimentos ético-legais que salvaguardem os direitos das pessoas envolvidas na investigação, uma vez que qualquer investigação que envolva seres humanos levanta questões morais e éticas.

Face ao exposto, nesta investigação, foram respeitados todos os pressupostos da Declaração de Helsínquia aplicáveis ao estudo “os fundamentos éticos da liberdade do ser humano, do respeito pela pessoa com a salvaguarda da sua integridade física e psíquica, da justiça, da procura do bem e a eliminação de riscos desnecessários na procura da melhor solução para o sofrimento bem como as Comissões de ética e sua constituição” (Nunes, 2013:3).

Como procedimentos éticos adotados há a referir a solicitação e autorização para aplicação do protocolo de avaliação ao Senhor Presidente da Instituição de Ensino selecionada (Apêndice B), anuência por parte dos autores das escalas utilizadas (Apêndice C, D e E), bem como autorização dos pais ou encarregados de educação dos adolescentes (Apêndice F).

Após a obtenção das autorizações supra citadas, foi aplicado o protocolo de avaliação, a 144 adolescentes do ensino secundário (10º, 11º e 12º anos), de uma escola do interior do país, inscritos no ano letivo 2016/2017 e com idades compreendidas entre os 15 e os 20 anos, que acederam participar no estudo, nos meses de maio e junho de 2017.

A aplicação do referido protocolo de avaliação foi antecedida da leitura de uma nota introdutória, onde se identifica o tipo e objetivo da investigação e se explica a confidencialidade das respostas. Após este formalismo ético, obteve-se o consentimento informado assinado pelos adolescentes (no caso de serem maiores de idade), ou pelos encarregados de educação (no caso de serem menores de idade).

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta secção do capítulo 5, procedemos a uma análise exploratória dos dados, e por uma questão metodológica, começámos por efetuar a análise das variáveis sociodemográficas, académicas e IMC, seguidas da variável estilo de vida, autoimagem corporal, autoestima e bem-estar psicológico.

Após a análise descritiva dos dados obtidos, passámos à abordagem inferencial dos mesmos e procedeu-se à verificação da existência de diferenças estatísticas significativas entre as variáveis.

Para a apresentação dos dados, recorreremos ao uso de quadros, os quais são antecedidos da respetiva análise. Como todos os quadros resultam do processo de pesquisa levado a efeito, não serão mencionadas as fontes dos mesmos.

Caraterização sociodemográfica dos elementos da amostra

Neste estudo, relativamente à caraterização sociodemográfica, observando os dados que constituem o quadro 3, verificou-se que os adolescentes que integraram a amostra apresentavam idades compreendidas entre 15 e 20 anos, sendo a média de idades 16.78 anos com desvio padrão 1.14 anos. Verificámos, também, que a maioria dos elementos da amostra, concretamente 52.0%, tinha idades de 17 ou 18 anos e metade tinham mais de 17 anos. A distribuição de frequências afastou-se significativamente de uma distribuição normal ($p < 0.001$). Constatámos que a maior parte dos elementos da amostra, 52.8%, eram do sexo feminino.

Dados semelhantes foram encontrados numa investigação realizada em Portugal por Matos *et al* (2014), onde se verificou haver uma predominância dos adolescentes do sexo feminino (52.3%), e as idades dos adolescentes estão compreendidas entre os 13 e os 20 anos, com uma média de idades de 14.74 anos.

No que concerne à área de residência, verificámos que 52.8% dos elementos da amostra residiam em áreas rurais.

Constatou-se, também, que a maior percentagem dos elementos da amostra, 56.2%, coabitavam com os pais e irmãos, seguindo-se 34.7% que viviam com os pais.

Quando questionados acerca do número de elementos do agregado familiar, variou entre 2 e 6 pessoas, sendo que a maioria dos elementos da amostra (86.1%), pertencia a agregados familiares constituídos por 3 ou 4 pessoas.

Relativamente à profissão do pai, constatámos que 21.5% dos elementos da amostra referiram que pertenciam ao grupo do pessoal administrativo, seguindo-se 18.1% que eram

agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta, 15.3% operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem e de 13.2% que eram trabalhadores não qualificados. Acrescentando ainda que, 8.3% encontravam-se desempregados.

Quanto à profissão da mãe, verificámos que 40.3% eram trabalhadoras dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedoras, 25.7% estavam na situação de desemprego e 10.4% eram especialistas das atividades intelectuais e científicas. Estes resultados não vão ao encontro do estudo realizado por Matos *et al* (2014).

Quadro 3 - Características sociodemográficas dos elementos da amostra (n = 144)

Variáveis	n	%
Grupo etário		
15 – 16	38	26.4
17 – 18	75	52.0
19 – 20	11	7.6
Idade: \bar{x} = 16.78; Md = 17.00; s = 1.14; x_{\min} = 15; x_{\max} = 20; $p < 0.001$		
Género		
Feminino	76	52.8
Masculino	68	47.2
Área de residência		
Rural	76	52.8
Urbana	68	47.2
Coabitação		
Pais	50	34.7
Pais e irmãos	81	56.2
Pais, irmãos e outros	4	2.8
Pais e outros	5	3.5
Outros	4	2.8
Número de elementos do agregado familiar		
2	1	0.7
3 – 4	124	86.1
5 – 6	19	13.2
Profissão do pai		
Profissões das Forças Armadas	1	0.7
Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	7	4.9
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	5	3.5
Técnicos e profissionais de nível intermédio	2	1.4
Pessoal administrativo	31	21.5
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	12	8.3
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	26	18.1
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices		
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	22	15.3
Trabalhadores não qualificados	19	13.2
Desempregados	12	8.3
Reformados	4	2.8
Desconhecida	3	2.1
Profissão da mãe		
Profissões das Forças Armadas	0	0.0
Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretoras e gestoras executivas	7	4.9
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	15	10.4
Técnicas e profissionais de nível intermédio	14	9.7
Pessoal administrativo	2	1.4
Trabalhadoras dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedoras	58	40.3
Agricultoras e trabalhadoras qualificadas da agricultura, da pesca e da floresta	1	0.7
Trabalhadoras qualificadas da indústria, construção e artífices	6	4.2
Operadoras de instalações e máquinas e trabalhadoras da montagem	1	0.7
Trabalhadoras não qualificadas	3	2.1
Desempregadas	37	25.7
Reformadas	0	0.0

Caraterização académica dos elementos da amostra

Observando os dados que constituem o quadro 4 pudemos caraterizar os adolescentes segundo as suas caraterísticas académicas. Quanto ao ano de escolaridade, verificou-se que 36.8% frequentava o 11.º ano de escolaridade, seguindo-se 35.4% que estavam no 10.º ano e de 27.8% que eram alunos do 12.º ano de escolaridade. Constatou-se, também, que 50.7% frequentavam a área de ciências e tecnologias, seguidos de 22.9% que frequentavam a área de línguas e humanidades.

Quadro 4 - Caraterísticas académicas dos elementos da amostra (n = 144)

Variáveis	n	%
Ano de escolaridade		
10.º	51	35.4
11.º	53	36.8
12.º	40	27.8
Área de estudos		
Ciências Tecnológicas	73	50.7
Línguas e Humanidades	33	22.9
Artes Visuais	21	14.6
Técnico de Restauração	7	4.9
Técnico Multimédia	10	6.9

Classificação do Índice de Massa Corporal dos elementos da amostra

No que concerne ao estado ponderal, constatou-se que a maioria dos adolescentes (82.0%) evidenciou peso normal. O IMC apresentou valores compreendidos entre 17.18 kg/m² e 40.82 kg/m². O valor médio situou-se nos 21.92 kg/m² sendo o desvio padrão 3.25 kg/m². Metade dos adolescentes revelou IMC superior a 21.37 kg/m² e distribuição de frequências desta variável não apresentou caraterísticas semelhantes à de uma distribuição normal (p = 0.006).

A segunda maior percentagem encontrada, 9% dos elementos da amostra desta investigação, apresentou estar em situação de pré-obesidade, o que pode ser revelador que a alimentação e/ou hábitos de exercícios poderão estar desajustados.

Estes resultados vão ao encontro do estudo realizado por Matos *et al* (2014), onde a maior percentagem de elementos da amostra (63.3%), apresentou um IMC correspondente ao estado ponderal “peso normal”, embora um valor inferior ao constatado nesta investigação, que era 82%. Também Silva (2011) refere no seu estudo, que os adolescentes são classificados com estado ponderal “peso normal”, 71%, valor ligeiramente inferior ao apresentado nesta investigação, que era 82%.

Ainda, relativamente ao estado ponderal, 9% dos elementos da amostra, apresentava um estado ponderal de pré-obesidade, valor ligeiramente inferior ao apresentado por Silva (2011).

Em consonância com o estudo levado a cabo por Virgínio (2015), os adolescentes apresentavam em média um IMC de 22 kg/ m², revelando resultados semelhantes ao da presente investigação, uma vez que os elementos da amostra apresentaram um IMC de 21,92 kg/ m².

As pessoas que apresentaram um estado ponderal “peso normal”, tendem apresentar melhor estilo de vida (Figueiredo, 2015).

Quadro 5 - Classificação de IMC dos elementos da amostra (n = 144)

Variáveis	n	%
Estado ponderal		
Baixo peso	11	7.6
Peso normal	118	82.0
Pré-obesidade	13	9.0
Obesidade (grau I)	1	0.7
Obesidade (grau II)	0	0.0
Obesidade (grau III)	1	0.7
IMC: \bar{x} = 21.92; Md = 21.37; s = 3.25; x_{\min} = 17.18; x_{\max} = 40.82; p = 0.006		

Caraterização do Estilo de Vida dos elementos da amostra

Os resultados que apresentamos no quadro 6 permitiu-nos caraterizar o estilo de vida dos elementos da amostra. Verificámos que os elementos da amostra tenderam a evidenciar melhor estilo de vida nos itens manutenção das vacinas em dia, uso do cinto de segurança quando viajam de carro, evitar ter relações sexuais sem tomar precauções devido às doenças sexuais, evitar o uso de estimulantes (anfetaminas ou outros) mesmo em épocas de testes e exames, evitar a toma de tranquilizantes e, ainda, mudar de parceiro sexual.

Contrariamente, constatou-se que os adolescentes revelaram menor tendência para evitar a ingestão de alimentos com gordura, não planificar a sua dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes, não evitar ingerir alimentos que são feitos à base de açúcar (bolos, chocolate, rebuçados), não evitar ingerir bebidas com cafeína (coca-cola, café, chá), não ter cuidado com o que comem de modo a manter o peso recomendado para a altura, não ter cuidado com o que comem de modo a reduzir a ingestão de sal e não verificar anualmente a tensão arterial.

Quadro 6 - Medidas descritivas dos itens do questionário “O Meu Estilo de Vida”

Itens	\bar{x}	Md	s	X _{min}	X _{máx}
1. Faço exercício físico intenso durante pelo menos 20 minutos por dia, duas ou mais vezes por semana	3.30	3.00	1.46	1	5
2. Ando a pé ou de bicicleta diariamente	3.97	5.00	1.27	1	5
3. Pratico desporto que faz suar, pelo menos duas vezes por semana (exemplo: corrida, ténis, natação, futebol, etc.)	3.58	4.00	1.39	1	5
4. Tenho cuidado com o que como de modo a manter o peso recomendado para a altura que tenho	2.90	3.00	1.26	1	5
5. Tenho cuidado com o que como de modo a reduzir a ingestão de sal	2.90	3.00	1.32	1	5
6. Planifico a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes	2.58	2.00	1.31	1	5
7. Evito ingerir alimentos com gordura	1.71	3.00	1.14	1	5
8. Evito ingerir alimentos que são feitos à base de açúcar (bolos, chocolate, rebuçados)	2.58	2.00	1.25	1	5
9. Não bebo mais de duas bebidas alcoólicas por dia	3.42	4.00	1.68	1	5
10. Durmo o nº de horas de sono suficientes para me sentir bem e descansado(a)	3.38	3.50	1.34	1	5
11. Mantenho as minhas vacinas em dia	4.83	5.00	0.64	1	5
12. Verifico anualmente a minha tensão arterial	3.00	3.00	1.40	1	5
13. Vou ao dentista anualmente verificar o estado dos meus dentes	3.80	4.00	1.28	1	5
14. Vou anualmente ao médico fazer um <i>checkup</i>	3.19	3.00	1.25	1	5
15. Não conduzo (carro, motociclo, etc.) quando ingiro álcool, ou não aceito boleia de um condutor que ingeriu álcool	3.47	5.00	1.80	1	5
16. Quando conduzo, ou quando viajo num veículo, gosto de me manter dentro dos limites de velocidade	3.72	4.00	1.56	1	5
17. Quando viajo de carro, coloco o cinto de segurança	4.69	5.00	0.70	1	5
18. Evito tomar medicamentos sem serem recomendados pelo médico	4.13	5.00	1.18	1	5
19. Evito fumar	4.26	5.00	1.39	1	5
20. Evito ingerir bebidas com cafeína (coca-cola, café, chá)	2.72	3.00	1.40	1	5
21. Evito utilizar estimulantes (anfetaminas ou outros) mesmo em épocas de testes e exames	4.40	5.00	1.25	1	5
22. Evito tomar tranquilizantes	4.40	5.00	1.31	1	5
23. Evito estar em ambientes com fumo de tabaco	3.38	4.00	1.33	1	5
24. Evito os ambientes muito ruidosos	3.30	3.00	1.27	1	5
25. Evito ambientes que tenham o ar poluído	3.37	3.00	1.27	1	5
26. Evito mudar de parceiro sexual	4.29	5.00	1.31	1	5
27. Evito ter relações sexuais com pessoas que conheço mal	4.60	5.00	0.98	1	5
28. Devido às doenças sexuais evito ter relações sexuais sem tomar precauções	4.68	5.00	0.95	1	5

Analisando os resultados relativos às medidas descritivas calculados para as dimensões do questionário “O Meu Estilo de Vida”, que apresentamos no quadro 7, verificou-se que na dimensão inerente ao exercício físico foram observados valores entre 3 e 15 pontos, tendo-se obtido um valor médio de 10.85 pontos com um desvio padrão de 3.15 pontos. Metade dos elementos da amostra obteve valores iguais ou superiores a 11.00 pontos.

No que respeita à nutrição, observámos resultados compreendidos entre 5 e 25 pontos e uma média de 13.67 pontos com um desvio padrão de 4.94 pontos. Metade dos elementos da amostra apresentou resultados superiores a 13.50 pontos.

Para a dimensão do auto cuidado foram registados valores entre 26 e 55 pontos, sendo a média 41.83 pontos com desvio padrão 6.34 pontos. Metade dos elementos da amostra obteve, pelo menos, 42.00 pontos.

Quanto à segurança motorizada, constatou-se que os elementos da amostra obtiveram valores entre 6 e 15 pontos, tendo como valor médio 11.88 pontos e desvio padrão 2.96 pontos. Metade dos elementos da amostra obteve resultados acima de 12.50 pontos.

Para a dimensão referente ao uso de drogas ou similares foram registados valores compreendidos entre 7 e 30 pontos, sendo a média de 23.33 pontos e um desvio padrão 4.86 pontos. Metade dos elementos da amostra obteve resultados iguais ou superiores a 24.00 pontos.

A comparação dos valores das médias ponderadas pelo número de dimensões revelou evidenciar melhor estilo de vida na segurança motorizada, no uso de drogas ou similares e no auto cuidado. Corroborando com esta investigação, Pestana (2013) revelou no seu estudo, que 81.9% adolescentes do sexo masculino e 74% do sexo feminino evidenciaram melhor estilo de vida na segurança motorizada e no uso de cinto de segurança. O mesmo estudo revelou ainda que 65% dos adolescentes respeitam sempre as normas de trânsito como peão.

Por sua vez, os dados publicados por Virgínio (2015) corroboram igualmente com os da investigação, uma vez que também revelaram melhor estilo de vida nas dimensões segurança motorizada, uso de drogas ou similares e de auto cuidado.

Quanto à dimensão “nutrição”, os inquiridos revelaram um estilo de vida menos adequado, o que vai ao encontro dos dados publicados por Rocha (2015) e por Sales *et al* (2014).

Tal facto, pode ser justificado pela influência dos media através do *marketing* alimentar atrativo e da influência dos grupos de pares sobre os hábitos alimentares dos adolescentes, pela aceitação, seleção e consumo de alimentos.

Assim, os adolescentes revelam tendência para a ingestão de alimentos do tipo *fastfood*, refrigerantes do tipo coca-cola, e outros ricos em açúcares, corantes e conservantes, responsáveis por grande parte das doenças cardiovasculares, diabetes, diminuição do sistema imunitário e aumento da morbilidade e mortalidade destes.

No entanto, os pais assumem igualmente um papel de relevo sobre o comportamento alimentar e construção de preferências alimentares dos adolescentes, o que é corroborado por Pedersen *et al* (2015), e vai ao encontro dos dados publicados por Cardoso, Santos, Nunes e Loureiro (2015). Por outro lado, estes resultados, também podem ser justificados pelo baixo rendimento dos agregados familiares, uma vez que neste estudo, 8.3% dos pais e 25.7% das mães se encontram desempregados e tal facto pode levar a uma diminuição no consumo de frutas, vegetais e dietas menos equilibradas.

O resultado menos favorável obtido na dimensão “nutrição” pode ainda ser justificado por os adolescentes realizarem as suas refeições fora de casa, no bar ou cantina da escola. Pois, embora em Portugal, a circular nº 11/DGIDC/2007, de 15/05/2007 publique orientações para bares e cantinas escolares e limite o teor em gorduras saturadas, continuam a ser disponibilizados alimentos menos saudáveis aos adolescentes. A escolha do local para a refeição pode ser determinante, pois os adolescentes procuram a companhia dos seus pares e não apreciam as refeições sozinhas, evitando muitas vezes a cantina.

Segundo o PNAS (2017), os adolescentes são o grupo etário que ingere menor quantidade de frutas e vegetais, encontrando-se abaixo de valores recomendados para estas idades (-6% e 12% respetivamente), sendo também o grupo que apresenta um consumo excessivo de refrigerantes ou néctares, em que 43% dos adolescentes refere o consumo diário destas bebidas.

Para a escala global do estilo de vida, foram observados valores entre 64 e 136 pontos, cuja média é de 101.55 pontos com um desvio padrão de 14.65 pontos. Metade dos elementos da amostra obteve, pelo menos, 103.00 pontos.

Atendendo aos intervalos definidos para categorizar a variável Estilo de Vida e à média obtida ($\bar{x} = 101.55$), verificámos que os elementos da nossa amostra apresentavam um “Bom Estilo de Vida”, resultados que vão ao encontro dos dados publicados por João Paulo de Figueiredo e Salvador Massano Cardoso (2014).

Segundo Figueiredo (2015), as pessoas que procuram ter melhor condição física e maiores cuidados com a sua alimentação, apresentam melhor estilo de vida e melhor saúde de global.

George (2014), Diretor Geral da Saúde, destaca que, de entre os determinantes da saúde, o estilo de vida saudável ocupa um lugar imperioso, pela facilidade que revela a obtenção de ganhos em saúde.

Verificámos, ainda, que as distribuições de frequências das dimensões exercício físico, segurança motorizada e uso de drogas ou similares se afastaram significativamente das características da distribuição normal ($p < 0.001$).

Quadro 7 - Medidas descritivas das dimensões do questionário “O Meu Estilo de Vida”

Dimensões	\bar{x}	Md	s	x_{\min}	x_{\max}	P	\bar{x}_{pond}
Exercício físico	10.85	11.00	3.15	3	15	<0.001	3.62
Nutrição	13.67	13.50	4.94	5	25	0.200	2.73
Auto cuidado	41.83	42.00	6.34	26	55	0.200	3.80
Segurança motorizada	11.88	12.50	2.96	6	15	<0.001	3.96
Uso de drogas ou similares	23.33	24.00	4.86	7	30	<0.001	3.89
Estilo de Vida - global	101.55	103.00	14.65	64	136	0.200	3.63

\bar{x}_{pond} = Média ponderada pelo número de itens

Caraterização da “Autoimagem Corporal” dos elementos da amostra

A observação do quadro 8 permitiu-nos obter informação acerca do modo como os adolescentes avaliaram a sua imagem corporal com recursos a figuras e respetivos códigos.

Quanto à forma como se viam constatou-se que 38.4% dos elementos da amostra assinalaram a figura correspondente ao código 3, seguindo-se 23.6% que assinalaram o código 4, de 19.4% que assinalaram o código 2 e de 11.1% cuja imagem corporal correspondia ao código 5.

Relativamente à forma como gostariam de ser, 37.5% dos elementos da amostra referiram o código 3, seguindo-se 34.0% que assinalaram o código 4 e 20.8% que referiram o código 2.

No que concerne à imagem que corresponde a uma pessoa saudável, verificou-se que 47.9% dos elementos da amostra assinalaram a figura 3, seguidos de 32.6% que assinalaram a figura 4 e de 13.9% que assinalaram a figura 2. Em suma, podemos afirmar que os elementos da amostra tenderam a assinalar as figuras correspondentes a pessoas mais magras, quer na forma como se viam, quer na forma como gostariam de se ver, quer, ainda, na imagem que corresponde a uma pessoa saudável.

Comparando os códigos das figuras correspondentes à forma como se viam com o código da figura correspondente à forma como gostariam de se ver, pudemos avaliar a autoimagem dos elementos da amostra. Assim, 48.5% revelaram ter a imagem que gostavam de ter, 32.0% gostariam de ser mais magros (as) e 19.5% consideraram que deviam ser mais gordos (as).

Comparativamente à investigação efetuada por Virgínio (2015), os resultados revelaram algumas diferenças, em que 32.4% dos adolescentes referiram ver-se como a imagem 4, 19.4% como a imagem 3; 17.5% como a imagem 5 e 16.8% escolhem a imagem 6 como sendo representativa da sua imagem. De salientar ainda que, 46.3% referem a imagem 4 como sendo a silhueta que consideram a ideal para si; 30.7% a imagem 3; e os restantes 17.5% a imagem 5.

A maioria dos elementos que integram a nossa amostra (48.5%) apresentaram uma autoimagem correspondente à desejada, dados que são corroborados por Virgínio (2015). No seu estudo, a autora, revelou uma satisfação com a autoimagem, na maioria dos adolescentes (71.2%). Em contrapartida, o estudo de Medeiros (2014), revelou uma insatisfação dos adolescentes com a sua autoimagem corporal.

Murari et al (2018) acrescentam que, atualmente, os adolescentes apresentam uma preocupação exagerada com a sua autoimagem, podendo esta ser o reflexo da necessidade que os adolescentes manifestam em sobrevalorizar o seu corpo e a sua autoimagem corporal. Um dos problemas na adolescência prende-se com a discriminação criada pela estética do corpo,

assumindo os meios de comunicação uma grande influência nos padrões de referência da autoimagem.

Quadro 8 - Autoimagem Corporal dos elementos da amostra

Variáveis	n	%
Como se vê		
1	3	2.1
2	28	19.4
3	56	38.4
4	34	23.6
5	16	11.1
6	4	2,8
7	3	2.1
8	0	0.0
9	0	0.0
Como gostaria de ser		
1	4	2.8
2	30	20.8
3	54	37.5
4	49	34.0
5	6	4.2
6	1	0.7
7	0	0.0
8	0	0.0
9	0	0.0
Imagem que corresponde a uma pessoa saudável		
1	3	2.1
2	20	13.9
3	69	47.9
4	47	32.6
5	5	3.5
6	0	0.0
7	0	0.0
8	0	0.0
9	0	0.0
Autoimagem (diferença entre a forma como se vê e a forma como gostaria de se ver)		
Gostaria de ser mais gordo(a) (diferença <0)	28	19.5
Autoimagem corresponde à desejada (diferença = 0)	70	48.5
Gostaria de ser mais magro(a) (diferença > 0)	46	32.0

Caraterização da “Autoestima” dos elementos da amostra

A aplicação da escala de autoestima permitiu obter os resultados que apresentamos no quadro 9. Como pudemos constatar os elementos da amostra evidenciaram maior autoestima nos aspetos relacionados com os itens “Sou capaz de fazer coisas boas tão bem como a maioria das pessoas”, “Penso que tenho algumas boas qualidades” e “De uma forma geral, estou satisfeito(a) comigo mesmo(a)”. Em sentido contrário, verificámos que os elementos da amostra revelaram pior autoestima nos itens “Gostaria de ter mais consideração por mim próprio(a)”, “Sinto-me, por vezes, verdadeiramente inútil” e “Às vezes penso que não presto para nada”.

No global, observámos resultados compreendidos entre 5 e 30 pontos, sendo o valor médio 21.30 pontos com desvio padrão 5.48 pontos. Verificámos, também, que metade dos elementos da amostra obteve pontuações iguais ou superiores a 21.00 pontos e que a distribuição de frequências se afastou significativamente de uma distribuição normal ou gaussiana ($p = 0.011$).

Atendendo aos intervalos definidos para categorizar a variável autoestima e à média obtida ($\bar{x} = 21.30$), verificámos que os elementos da nossa amostra apresentavam uma elevada autoestima, resultados que vão ao encontro dos obtidos no estudo de Virgínio (2015), no qual apresentaram um valor médio de 23 pontos.

Não obstante, os resultados parecem contrariar os dados publicados por Feliciano *et al* (2012), segundo os quais a maioria dos adolescentes participantes apresentou uma autoestima tendencialmente baixa.

Embora os resultados da presente investigação evidenciem que os adolescentes apresentaram uma autoestima elevada, torna-se crucial a intervenção dos cuidados de saúde primários, com o objetivo de aumentar os níveis de autoestima dos adolescentes que responderam “Gostaria de ter mais consideração por mim próprio(a)”, “Sinto-me, por vezes, verdadeiramente inútil” e “Às vezes penso que não presto para nada”.

O envolvimento da família e dos grupos de pares, também poderá ser necessário e favorecedor para aumentar os níveis de autoestima dos adolescentes. Isto vai ao encontro do referido por Feliciano *et al* (2012), quando afirmou que a autoestima resulta da relação que os adolescentes estabelecem com a família, grupo de pares e sociedade. Os adolescentes esperam aprovação e aceitação por parte dos outros, que são considerados significativos para a sua vida.

Quadro 9 - Medidas descritivas dos itens e do global da escala “Autoestima”

Itens	\bar{x}	Md	s	X _{min}	X _{máx}
1. De uma forma geral, estou satisfeito(a) comigo mesmo(a)	2.28	2.00	0.63	0	3
2. Às vezes penso que não presto para nada	1.92	2.00	0.91	0	3
3. Penso que tenho algumas boas qualidades	2.29	2.00	0.57	1	3
4. Sou capaz de fazer coisas boas tão bem como a maioria das pessoas	2.40	2.00	0.60	1	3
5. Creio que não tenho grande coisa de que me posso orgulhar	2.14	2.00	0.85	0	3
6. Sinto-me, por vezes, verdadeiramente inútil	1.92	2.00	0.99	0	3
7. Julgo que tenho, pelo menos, tanto valor como os outros	2.27	2.00	0.70	0	3
8. Gostaria de ter mais consideração por mim próprio(a)	1.58	1.00	1.00	0	3
9. Bem vistas as coisas, sou levado(a) a pensar que sou um falhado(a)	2.23	2.00	0.88	0	3
10. Tenho uma atitude positiva para com a minha pessoa	2.27	2.00	0.71	0	3
Autoestima: $\bar{x} = 21.30$; Md = 21.00; s = 5.48; X _{min} = 5; X _{máx} = 30; p = 0.011					

Atendendo aos dados que apresentamos no quadro 10 referentes aos dois itens da escala de autoestima que não são considerados na avaliação desta, verificou-se que 47.9% dos

adolescentes afirmaram concordar plenamente com a afirmação “Sinto-me uma pessoa feliz”, seguidos de 44.4% que concordaram com esta afirmação. Perante a afirmação “Sinto-me uma pessoa infeliz” a maioria dos elementos da amostra, concretamente 56.3%, discordou plenamente e 29.2% discordaram.

Resultados semelhantes ao estudo de Matos *et al* (2014), onde 85.4% dos adolescentes sentem-se felizes, e 14.6% dos adolescentes sentem-se infelizes. Ou seja, o resultado do parâmetro “sinto-me uma pessoa feliz” vai ao encontro dos resultados da presente investigação, uma vez que 47.9% dos adolescentes respondeu que concorda plenamente e 44.4% dos adolescentes respondeu que concorda, o que perfaz um total de 92.3% adolescentes sentirem-se felizes.

De ressaltar, que estes resultados poderão estar relacionados com o facto dos elementos da amostra, terem apresentado uma satisfação com a sua autoimagem corporal e evidenciarem uma elevada autoestima, o que leva a uma satisfação e aumento da qualidade de vida (a nível psicológico, físico e social), proporcionando um pleno bem-estar dos adolescentes. Assim, existe uma relação positiva entre a felicidade e um estilo de vida promotor da saúde, o que vai ao encontro do estudo elaborado por Kye *et al* (2016).

Apesar destes resultados, torna-se necessário que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, identifique a origem do sentimento de infelicidade dos adolescentes, que responderam concordar plenamente e que concordam com a afirmação “sinto-me uma pessoa infeliz”, para desta forma conseguir planear ações e intervir para alterar esta situação, evitando o desenvolvimento de doenças do foro psíquico, encaminhando se necessário para outros profissionais saúde.

Quadro 10 - Respostas aos itens relativos à felicidade/infelicidade

Itens	n	%
Sinto-me uma pessoa feliz		
Concordo plenamente	69	47.9
Concordo	64	44.4
Discordo	10	6.9
Discordo plenamente	1	0.7
Sinto-me uma pessoa infeliz		
Concordo plenamente	4	2.8
Concordo	17	11.8
Discordo	42	29.2
Discordo plenamente	81	56.3

Caraterização do “Bem-estar psicológico” dos elementos da amostra

Dos seis itens que constituem a escala de bem-estar psicológico (quadro 11), aqueles em que os adolescentes evidenciaram maior bem-estar foram “Sentiu-se alegre” e “Sentiu-se abatido(a) (em baixo)”, enquanto que os dois itens em que evidenciaram menor bem-estar foram “Sentiu-se incomodado(a)/aborrecido(a)/nervoso(a)” e “Sentiu-se cansado(a)/exausto(a) ou desgastado(a)”.

Em termos globais, observámos resultados compreendidos entre 3 e 29 pontos, sendo a média 19.66 pontos com desvio padrão 5.89 pontos. Metade dos elementos da amostra obteve resultados iguais ou superiores a 21.00 pontos e a distribuição de frequências afastou-se significativamente de uma curva normal ($p < 0.001$).

Considerando que a escala de avaliação do bem-estar psicológico poderia variar entre 0 e 30 pontos e face aos intervalos definidos para categorizar a variável bem-estar psicológico e à média obtida ($\bar{x} = 19,66$), verificámos que os elementos da nossa amostra evidenciaram um razoável bem-estar psicológico, resultados que vão ao encontro dos obtidos no estudo realizado por Carvalho (2015).

Estes resultados estão em consonância com os estudos realizados por Pestana (2013), Matos *et al* (2014) e Virgínio (2015), onde os adolescentes apresentaram piores resultados ao nível do bem estar psicológico nos itens “Sentiu-se incomodado(a)/aborrecido(a)/nervoso(a)” e “Sentiu-se cansado(a)/exausto(a) ou desgastado(a)”. O facto de estes adolescentes apresentarem um razoável bem-estar psicológico, pode dever-se à associação empírica entre o bem-estar e a satisfação escolar, existindo uma autorealização e potencial individual dos adolescentes. Assim, devem-se promover atividades extracurriculares e de carácter voluntário, como experiência, que contribuam para a construção da identidade e maior bem-estar psicológico.

Quadro 11 - Medidas descritivas dos itens e do global da escala “Bem-Estar Psicológico”

Itens	\bar{x}	Md	s	X_{\min}	X_{\max}
1. Sentiu-se incomodado(a) / aborrecido(a) / nervoso(a)	2.99	3.00	1.41	0	5
2. Quanta energia ou vitalidade sentiu	3.18	3.00	1.42	0	5
3. Sentiu-se abatido(a) (em baixo)	3.61	4.00	1.09	0	5
4. Sentiu-se emocionalmente estável e seguro(a) de si próprio(a)	3.32	4.00	1.41	0	5
5. Sentiu-se alegre	3.64	4.00	1.13	0	5
6. Sentiu-se cansado(a) / exausto(a) ou desgastado(a)	2.92	3.00	1.31	0	5
Bem-Estar Psicológico: $\bar{x} = 19.66$; Md = 21.00; s = 5.89; $X_{\min} = 3$; $X_{\max} = 29$; $p < 0.001$					

Fatores que influenciam o Estilo de Vida dos elementos da amostra

Seguidamente procedemos à análise e apresentação dos resultados das técnicas estatísticas aplicadas para testar as hipóteses formuladas e assim identificar os fatores que influenciam o estilo de vida dos elementos da amostra em estudo.

Os resultados que constituem o quadro 12 foram obtidos através do coeficiente de correlação de *Spearman* e do respetivo teste de significância com o objetivo de testar a hipótese «**o estilo de vida dos adolescentes está relacionado com a idade**». Como pudemos verificar existem correlações estatisticamente significativas nas dimensões auto cuidado ($p = 0.006$) e uso de drogas ou similares ($p = 0.026$). Constatou-se, ainda, a existência de correlação significativa em termos do global do estilo de vida ($p = 0.009$).

Pudemos concluir que os dados corroboram a hipótese formulada e, sendo as correlações negativas, que os adolescentes mais velhos tenderam a evidenciar pior estilo de vida, o que vai ao encontro dos estudos realizados por Matos *et al* (2014), *Minhava* (2014), e *Balsa et al* (2017), que evidenciaram que os comportamentos não protetores da saúde apresentaram maior prevalência pelos estudantes/adolescentes mais velhos.

Este resultado poderá estar relacionado com o facto dos adolescentes mais velhos exibirem conhecimentos consolidados, e conseqüentemente, seguirem um caminho de um estilo de vida menos saudável. Assim, é fundamental a implementação de estratégias preventivas, o mais precocemente possível, junto dos adolescentes, visto que a grande parte dos hábitos dos adultos será desencadeado durante a adolescência.

Quadro 12 - Correlação entre o questionário “O Meu Estilo de Vida” e a idade

Dimensões	Idade		
	n	r _s	p
Exercício físico	144	-0.04	0.674
Nutrição	144	-0.06	0.507
Auto cuidado	144	-0.23	0.006
Segurança motorizada	144	-0.20	0.808
Uso de drogas ou similares	144	-0.19	0.026
Estilo de Vida - global	144	-0.22	0.009

Através do teste U de *Mann-Whitney* procedemos à comparação dos resultados do questionário “O Meu Estilo de Vida” em função do género dos adolescentes. Deste modo obtivemos os resultados que apresentamos no quadro 13 e testámos a hipótese «**o estilo de vida dos adolescentes é diferente conforme o género**». A análise dos resultados permitiu-nos constatar a existência de diferenças estatisticamente significativas nas dimensões inerentes ao exercício físico ($p < 0.001$) e à segurança motorizada ($p < 0.001$). Comparando os valores das medidas de tendência central (média ordinal, média e mediana) verificou-se que os adolescentes

do género masculino tenderam a evidenciar um estilo de vida mais adequado em termos de exercício físico.

No âmbito da segurança motorizada constatou-se a tendência oposta, ou seja, são os adolescentes do género feminino que revelaram melhor estilo de vida. Matos *et al* (2014) e Balsa *et al* (2017) corroboram estes resultados, pois nos seus estudos encontraram evidências de que o género influencia o estilo de vida dos adolescentes. Os adolescentes do género feminino percecionam melhor estilo de vida a nível de comportamentos de proteção de saúde. Por outro lado, os adolescentes do género masculino apresentaram melhores resultados a nível da prática de exercício físico. Para os mesmos autores, os piores resultados para ambos os géneros evidenciaram-se a nível da nutrição e consumo de álcool.

Podemos concluir que existem evidências estatísticas tendentes à aceitação da hipótese ou, por outras palavras, os resultados corroboram a hipótese formulada.

Quadro 13 - Comparação do questionário “O Meu Estilo de Vida” em função do género

Dimensões Género	n	\bar{x}_{ord}	\bar{x}	Md	z	p
Exercício físico						
Masculino	76	88.61	12.03	13.00	-4.929	<0.001
Feminino	68	54.50	9.54	10.00		
Nutrição						
Masculino	76	67.56	13.16	13.00	-1.508	0.132
Feminino	68	78.03	14.24	14.00		
Auto cuidado						
Masculino	76	69.54	41.28	41.50	-0.872	0.383
Feminino	68	75.70	42.44	42.00		
Segurança motorizada						
Masculino	76	60.56	11.11	11.00	-3.710	<0.001
Feminino	68	85.85	12.74	14.50		
Uso de drogas ou similares						
Masculino	76	66.46	22.88	24.00	-1.844	0.065
Feminino	68	79.25	23.82	25.00		
Estilo de Vida - global						
Masculino	76	70.59	100.45	103.00	-0.583	0.560
Feminino	68	74.54	102.78	103.00		

Aplicando o teste *Kruskal-Wallis* procedemos à comparação do estilo de vida em função do ano de escolaridade que os elementos da amostra frequentavam. Os resultados obtidos e que apresentamos no quadro 14 permitiu-nos constatar a existência de diferença estatisticamente significativa na dimensão referente à segurança motorizada ($p = 0.007$). Os valores observados para as medidas de tendência central revelaram que os elementos da amostra que frequentam o 12.º ano de escolaridade tendem a evidenciar um estilo de vida mais adequado naquela dimensão. Nos piores resultados encontrámos a prática de exercício físico (12ºano) e o uso de drogas e similares (10º e 12ºano). A corroborar estes resultados, Matos *et al* (2014) encontraram evidências no seu estudo, de que os adolescentes que frequentam o 12ºano tendem a apresentar

melhor estilo de vida, no que diz respeito à segurança motorizada, comportamentos de saúde e sexualidade.

Concluimos que os dados confirmam a hipótese «**o estilo de vida do adolescente é diferente conforme o ano de escolaridade**».

Quadro 14 - Comparação do questionário “O Meu Estilo de Vida” em função do ano de escolaridade

Dimensões Ano de escolaridade	n	\bar{x}_{ord}	\bar{x}	Md	χ^2	p
Exercício físico						
10.º	51	70.86	10.76	11.00	0.702	0.704
11.º	53	70.56	10.68	11.00		
12.º	40	77.16	11.20	11.50		
Nutrição						
10.º	51	78.68	14.43	14.00	1.739	0.419
11.º	53	69.09	13.23	13.00		
12.º	40	69.14	13.28	13.00		
Auto cuidado						
10.º	51	80.29	42.90	44.00	3.001	0.223
11.º	53	70.05	41.66	41.00		
12.º	40	65.81	40.68	41.00		
Segurança motorizada						
10.º	51	65.54	11.39	11.00	9.862	0.007
11.º	53	66.20	11.43	11.00		
12.º	40	89.73	13.08	15.00		
Uso de drogas ou similares						
10.º	51	75.40	23.63	25.00	0.874	0.646
11.º	53	68.29	22.58	24.00		
12.º	40	74.38	23.93	24.00		
Estilo de Vida - global						
10.º	51	77.79	103.12	104.00	1.549	0.461
11.º	53	67.62	99.58	103.00		
12.º	40	72.21	102.15	102.00		

O teste *Kruskal-Wallis* foi, também, aplicado para testar a hipótese «**o estilo de vida do adolescente é diferente conforme a área de estudos frequentada**». Para obter um número representativo de casos nos cursos técnicos houve necessidade de considerar em conjunto os adolescentes que frequentavam o curso Técnico de Restauração e o curso Técnico Multimédia. Os resultados obtidos e que constituem quadro 15 permitiu-nos verificar a existência de diferença estatisticamente significativa na dimensão relativa à prática de exercício físico ($p = 0.043$).

Pudemos concluir que, os dados confirmam a hipótese em estudo e analisando comparativamente os valores obtidos para as medidas de tendência central, verificámos que os adolescentes que frequentam a área de Artes Visuais, seguidos dos que frequentam a área de Ciências e Tecnologias, tendem a evidenciar um estilo de vida mais adequado em termos de exercício físico, o que vai ao encontro do estudo realizado por Pais Ribeiro e Viana (2015), em

que os adolescentes do 12º ano que frequentam a área de ensino ciência e tecnologias, tendem a apresentar comportamentos mais saudáveis, principalmente a nível da prática de atividade física e consumos de substâncias (tabaco, álcool e outras substâncias psicoativas).

Na origem destas evidências, poderão estar as sessões de educação para a saúde integradas no PNSE (2014), ministradas pelos enfermeiros de cuidados de saúde primários da região em parceria com a comunidade escolar, promovendo comportamentos promotores de saúde aos adolescentes da escola secundária selecionada para esta investigação.

Quadro 15 - Comparação do questionário “O Meu Estilo de Vida” em função da área de estudos

Dimensões Área de estudos (agrupada)	n	\bar{x}_{ord}	\bar{x}	Md	χ^2	p
Exercício físico						
Ciência e Tecnologias	73	78.07	11.32	12.00	8.138	0.043
Línguas e Humanidades	33	56.38	9.52	10.00		
Artes Visuais	21	83.43	11.57	13.00		
Técnico de Restauração e Multimédia	17	66.38	10.59	11.00		
Nutrição						
Ciência e Tecnologias	73	67.26	13.01	13.00	4.147	0.246
Línguas e Humanidades	33	72.09	13.70	14.00		
Artes Visuais	21	87.54	15.48	16.00		
Técnico de Restauração e Multimédia	17	77.09	14.18	15.00		
Auto cuidado						
Ciência e Tecnologias	73	73.58	41.93	42.00	0.487	0.922
Línguas e Humanidades	33	71.09	41.79	41.00		
Artes Visuais	21	75.43	42.05	43.00		
Técnico de Restauração e Multimédia	17	67.00	41.18	41.00		
Segurança motorizada						
Ciência e Tecnologias	73	74.53	12.07	13.00	4.360	0.226
Línguas e Humanidades	33	73.64	11.97	13.00		
Artes Visuais	21	78.93	12.24	14.00		
Técnico de Restauração e Multimédia	17	53.65	10.41	10.00		
Uso de drogas ou similares						
Ciência e Tecnologias	73	77.73	23.79	25.00	3.758	0.289
Línguas e Humanidades	33	72.68	23.42	24.00		
Artes Visuais	21	65.69	23.05	23.00		
Técnico de Restauração e Multimédia	17	58.12	21.47	23.00		
Estilo de Vida - global						
Ciência e Tecnologias	73	74.50	102.12	103.00	2.037	0.565
Línguas e Humanidades	33	68.50	100.39	102.00		
Artes Visuais	21	79.74	104.38	106.00		
Técnico de Restauração e Multimédia	17	62.74	97.82	100.00		

Os resultados que apresentamos no quadro 16 foram obtidos através da aplicação do teste U de *Mann-Whitney* com o propósito de testar a hipótese «o estilo de vida dos adolescentes é diferente conforme a área de residência». Como pudemos constatar, existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões referentes ao exercício físico ($p = 0.003$), à nutrição ($p = 0.025$) e ao auto cuidado ($p = 0.020$). Verificou-se, ainda, que existe diferença significativa no global do estilo de vida ($p = 0.001$).

Estes resultados permitiram-nos concluir que a hipótese é confirmada e a comparação dos valores das medidas de tendência central levam-nos a afirmar que os adolescentes que residem em áreas urbanas tendem a revelar um estilo de vida mais adequado que aqueles que residem em áreas rurais, o que vai ao encontro do estudo realizado por Minhava (2014), pois os adolescentes que residem em meio urbano apresentam melhor estilo de vida ao nível da prática de exercício físico, comportamentos de saúde, sexualidade e segurança rodoviária. Pela negativa, os adolescentes que vivem em meio urbano, apresentam comportamentos menos saudáveis ao nível do consumo de álcool, tabaco, outras substâncias psicoativas e nutrição.

Os resultados obtidos poderão ser justificados, provavelmente pelo maior acesso e exposição em meio urbano a fatores que permitem os adolescentes apresentarem melhores comportamentos de saúde, ao nível da prática de exercício (ginásios, campos de treino, campos de futebol, entre outros) que em meio rural será mais difícil de aceder.

Não obstante, podem também ter a facilidade em adquirir álcool, tabaco, ou outras substâncias psicoativas, e alimentos hipercalóricos (em meio urbano existe mais oferta que alicie estes consumos, uma vez que existem mais cafés, bares, discotecas e supermercados), podendo justificar estes resultados.

Quadro 16 - Comparação do questionário “O Meu Estilo de Vida” em função da área de residência

Dimensões Área de residência	n	\bar{x}_{ord}	\bar{x}	Md	z	p
Exercício físico						
Rural	76	62.91	10.12	10.00	-2.936	0.003
Urbana	68	83.22	11.68	12.00		
Nutrição						
Rural	76	65.15	12.88	12.00	-2.240	0.025
Urbana	68	80.71	14.54	14.00		
Auto cuidado						
Rural	76	64.86	40.78	41.00	-2.329	0.020
Urbana	68	81.04	43.00	43.50		
Segurança motorizada						
Rural	76	69.51	11.64	11.00	-0.928	0.353
Urbana	68	75.84	12.13	13.00		
Uso de drogas ou similares						
Rural	76	66.71	22.79	24.00	-1.768	0.077
Urbana	68	78.97	23.93	25.00		
Estilo de Vida - global						
Rural	76	61.47	98.21	98.00	-3.357	0.001
Urbana	68	84.83	105.28	107.50		

Para testar a hipótese «o estilo de vida dos adolescentes está relacionado com o número de elementos do agregado familiar» procedemos ao estudo da correlação entre as variáveis presentes, aplicando o coeficiente de correlação de *Spearman* e o respetivo teste de significância. Os resultados obtidos (quadro 17) revelaram a não existência de qualquer

correlação estatisticamente significativa ($p > 0.050$). Atendendo a este facto, concluímos que não existem evidências estatísticas que nos permitam aceitar a hipótese formulada ou seja, os dados não corroboram a existência de relação entre o estilo de vida dos adolescentes e o número de elementos do agregado familiar.

Estes resultados vão ao encontro do estudo de Minhava (2014), que na sua investigação não encontrou relação entre o estilo de vida dos adolescentes e o número de elementos do agregado familiar.

Embora a influência do agregado familiar tenha um importante papel na adoção de comportamentos saudáveis, uma vez que os adolescentes tendem a adotar comportamentos idênticos aos dos seus familiares. Afinal, é no agregado familiar que os adolescentes procuram padrões de comportamento e atitudes face às situações com que se deparam no seu dia-a-dia. Sendo, também neste que encontram apoio, segurança e proteção face aos problemas de saúde e escolares. Assim, o agregado familiar exerce um papel determinante nas escolhas dos hábitos dos adolescentes, mas o estilo de vida dos adolescentes não está relacionado com o número de elementos do agregado familiar, o que vai ao encontro do estudo de Cardoso (2017).

Quadro 17 - Correlação entre o questionário “O Meu Estilo de Vida” e o número de elementos do agregado familiar

Dimensões	N.º de elementos do agregado familiar		
	n	r _s	p
Exercício físico	144	-0.04	0.660
Nutrição	144	-0.08	0.369
Auto cuidado	144	-0.05	0.572
Segurança motorizada	144	+0.05	0.528
Uso de drogas ou similares	144	-0.12	0.160
Estilo de Vida - global	144	-0.07	0.409

De modo semelhante, isto é, através do cálculo do coeficiente de correlação de *Spearman* e do respetivo teste de significância testámos a hipótese «**o estilo de vida dos adolescentes está relacionado com o índice de massa corporal**». Também, neste caso não encontramos qualquer correlação estatisticamente significativa ($p > 0.050$). A dimensão que se apresenta com o valor mais próximo de apresentar resultado estatisticamente significativo, é o exercício físico ($p = 0.051$), pois é sabido que a prática de atividade física regular ajuda a controlar o peso e, consequentemente, o IMC.

Concluímos que os dados não confirmam a hipótese, ou seja, não existem evidências estatísticas de que o estilo de vida dos adolescentes esteja relacionado com o seu IMC.

A contrastar com estes resultados, Matos *et al* (2014), Minhava (2014) e Virgínio (2015), evidenciaram nos seus estudos de que o IMC dos adolescentes é indicativo da sua qualidade alimentar e saúde física.

Os adolescentes com estado ponderal normal, são aqueles que tendem a apresentar uma alimentação mais saudável e que praticam atividade física regular. Isto poderá ser justificado pelo facto de que, os adolescentes que apresentem uma alimentação saudável, rica em frutas e vegetais e pobre em sal, açúcar, gorduras e refrigerantes, têm mais probabilidade de apresentar um IMC normal, bem como a prática de exercício físico diário, ajudando a restabelecer o peso corporal dos adolescentes e evitar que estes passem de um estado ponderal normal para pré-obesidade ou obesidade.

Se os adolescentes tiverem estes cuidados com a sua alimentação e prática de exercício físico, têm tendência a apresentar um estilo de vida mais saudável, isento de doenças. Tal como publicado por Portes (2011), a adoção de um estilo de vida saudável, que promova um peso corporal adequado, um aumento da atividade física diária e a ingestão de uma dieta saudável, vai proporcionar um aumento da qualidade de vida dos adolescentes e reduzir o risco de doenças. Pois os adolescentes com hábitos alimentares saudáveis tendem, frequentemente, a praticar mais exercício físico e vice-versa, o que vai promover o seu bem-estar e saúde.

Quadro 18 - Correlação entre o questionário “O Meu Estilo de Vida” e o IMC

Dimensões	Índice de Massa Corporal		
	n	r _s	p
Exercício físico	144	+0.16	0.051
Nutrição	144	-0.03	0.738
Auto cuidado	144	-0.07	0.381
Segurança motorizada	144	-0.11	0.178
Uso de drogas ou similares	144	-0.06	0.460
Estilo de Vida - global	144	-0.07	0.419

Aplicando o teste *Kruskal-Wallis* procedemos ao estudo da hipótese «**o estilo de vida dos adolescentes é diferente conforme a autoimagem corporal**», tendo obtido os resultados que constituem o quadro 19. Como pudemos verificar apenas existe diferença estatisticamente significativa na dimensão referente ao exercício físico ($p = 0.042$). Concluimos que se confirma a hipótese formulada e que, comparando os valores das medidas de tendência central, os adolescentes que consideram ter autoimagem que corresponde à desejada tendem a revelar um estilo de vida mais adequado.

A prática regular de exercício físico está intimamente ligada ao desejo de apresentar um corpo em boa forma física, conseguindo-se a manutenção do peso ideal. Desta forma, não se estranha que os adolescentes que referem que apresentam uma autoimagem correspondente à desejada, sejam aqueles que praticam atividade física regular.

Resultados similares a estes, foram encontrados nos estudos de Matos *et al* (2014) e Virgínio (2015), onde a maioria dos adolescentes refere praticar atividade física pelo menos trinta minutos por dia e a silhueta que consideram ideal é a correspondente à sua autoimagem. Este resultado poderá estar relacionado com o facto de os adolescentes pensarem que a prática de exercício físico regular não os deixa aumentar de peso e vai promover uma silhueta ideal.

Quadro 19 - Comparação do questionário “O Meu Estilo de Vida” em função da “Autoimagem Corporal”

Dimensões	n	\bar{x}_{ord}	\bar{x}	Md	χ^2	p
Autoimagem corporal						
Exercício físico						
Gostaria de ser gordo(a)	28	64.91	10.32	10.50	6.349	0.042
Autoimagem corresponde à desejada	70	81.44	11.54	11.50		
Gostaria de ser mais magro(a)	46	63.52	10.13	10.00		
Nutrição						
Gostaria de ser gordo(a)	28	65.88	12.57	13.50	2.217	0.330
Autoimagem corresponde à desejada	70	70.44	13.54	13.00		
Gostaria de ser mais magro(a)	46	79.61	14.52	14.00		
Auto cuidado						
Gostaria de ser gordo(a)	28	74.23	42.43	41.00	2.325	0.313
Autoimagem corresponde à desejada	70	76.80	42.24	43.00		
Gostaria de ser mais magro(a)	46	64.90	40.83	41.00		
Segurança motorizada						
Gostaria de ser gordo(a)	28	60.68	10.96	11.00	2.969	0.227
Autoimagem corresponde à desejada	70	76.08	12.13	13.00		
Gostaria de ser mais magro(a)	46	74.25	12.04	12.50		
Uso de drogas ou similares						
Gostaria de ser gordo(a)	28	64.46	22.93	24.00	1.711	0.425
Autoimagem corresponde à desejada	70	72.44	23.41	24.00		
Gostaria de ser mais magro(a)	46	77.49	23.43	25.00		
Estilo de Vida - global						
Gostaria de ser gordo(a)	28	66.04	99.21	100.00	1.429	0.489
Autoimagem corresponde à desejada	70	76.48	102.87	103.50		
Gostaria de ser mais magro(a)	46	70.38	100.96	102.50		

O coeficiente e de correlação de *Spearman* e o respetivo teste de significância foram aplicados para testar a hipótese «**o estilo de vida dos adolescentes está relacionado com a autoestima**». Como pudemos constatar pela análise dos dados que constituem o quadro 20 existem correlações estatisticamente significativas nas dimensões referentes ao auto cuidado ($p = 0.004$) e ao uso de drogas ou similares (0.040). Existe, também, correlação significativa no global do estilo de vida ($p = 0.003$). Estes resultados revelaram que os dados corroboram a hipótese formulada e que, sendo as correlações positivas, pudemos concluir que os adolescentes com melhor autoestima tendem a evidenciar um estilo de vida mais adequado, o que vai ao encontro do estudo realizado por Virgínio (2015).

Este resultado vai ao encontro dos dados publicados por *Verni* (2016), ao sustentar que os adolescentes com melhor autoestima, apresentaram mais êxito ao alcançar os seus objetivos, são mais sociáveis, expressam a sua opinião no grupo de pares, são mais criativos e confiam em

si mesmos, causando impacto na valorização pessoal e melhoria das interações interpessoais, e consequentemente na adoção de um estilo de vida mais saudável.

Os piores resultados obtidos refletiram-se a nível da nutrição, demonstrando uma clara necessidade de promover uma alimentação saudável nos adolescentes. Os cuidados de saúde primários em parceria com a instituição de ensino, devem desenvolver atividades promotoras da saúde e de educação para a saúde dos adolescentes, de modo que estes possam o conhecimento necessário para escolherem responsabilmente uma alimentação saudável em detrimento de alimentos hipercalóricos, ricos em gorduras saturadas e açúcares.

Quadro 20 - Correlação entre o questionário “O Meu Estilo de Vida” e a “Autoestima”

Dimensões	Autoestima		
	n	r _s	p
Exercício físico	144	+0.14	0.106
Nutrição	144	-0.05	0.584
Auto cuidado	144	+0.24	0.004
Segurança motorizada	144	+0.07	0.393
Uso de drogas ou similares	144	+0.17	0.040
Estilo de Vida - global	144	+0.24	0.003

Para testar a hipótese «**o estilo de vida dos adolescentes está relacionado com o bem-estar psicológico**» procedemos, de novo, ao cálculo do coeficiente e de correlação de *Spearman* e à aplicação do respetivo teste de significância. Como se verificou pela análise dos dados que constituem o quadro 21 existe correlação estatisticamente significativa na dimensão inerente ao auto cuidado ($p = 0.018$) e exercício físico ($p = 0.033$). Concluimos que os dados corroboram a hipótese formulada e que, sendo a correlação positiva, os adolescentes que evidenciaram melhor bem-estar psicológico tendem a revelar um estilo de vida mais adequado, sobretudo ao nível da prática de exercício físico e do auto cuidado.

Estes resultados são corroborados por Matos *et al* (2014) e Virgínio (2015), que evidenciaram, nos seus estudos, que os adolescentes apresentam níveis de bem-estar psicológico elevados, face ao seu estilo de vida.

O bem-estar psicológico em relação ao estilo de vida revelou resultados piores ao nível da dimensão nutrição. Como já foi referido, e segundo a evidência verificada, a nutrição deve ser alvo de atenção na prática do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, junto dos adolescentes da instituição de ensino selecionada e em toda a comunidade educativa.

A média de bem-estar psicológico no estudo de Rainho *et al* (2012) apresentou resultado similar ao desta investigação, revelando estar associado ao domínio nutrição. Os adolescentes com piores hábitos alimentares apresentaram indicadores de um bem-estar psicológico mais baixo.

Quadro 21 - Correlação entre o questionário “O Meu Estilo de Vida” e o “Bem-estar Psicológico”

Dimensões	Bem-estar Psicológico		
	n	r _s	p
Exercício físico	144	+0.18	0.033
Nutrição	144	+0.01	0.929
Auto cuidado	144	+0.20	0.018
Segurança motorizada	144	-0.11	0.198
Uso de drogas ou similares	144	+0.08	0.328
Estilo de Vida - global	144	+0.16	0.060

De uma forma sintetizada destacamos os principais resultados relativos aos fatores que influenciam o estilo de vida dos elementos da amostra em estudo:

- O estilo de vida (auto cuidado, uso de drogas ou similares e no global) está relacionado com a idade. Sendo a correlação negativa, os adolescentes mais velhos tendem a apresentar pior estilo de vida;
- O estilo de vida (exercício físico e segurança motorizada) é diferente conforme o género. Os adolescentes do género masculino tendem a ter melhor estilo de vida em termos de exercício físico e pior estilo de vida na segurança motorizada;
- O estilo de vida (segurança motorizada) é diferente conforme o ano de escolaridade. Os adolescentes que frequentam o 12.º ano têm melhor estilo de vida nesta dimensão;
- O estilo de vida (exercício físico) é diferente conforme a área de estudos (agrupada). Os adolescentes que frequentam as áreas de ciências e tecnologias ou artes visuais tendem a ter melhor estilo de vida;
- O estilo de vida (exercício físico, nutrição, auto cuidado e global) é diferente conforme a área de residência. Os adolescentes que residem em meio urbano tendem a ter melhor estilo de vida;
- O estilo de vida não está relacionado com o número de elementos do agregado familiar nem com o IMC;
- O estilo de vida (exercício físico) é diferente conforme a autoimagem corporal. Os adolescentes cuja autoimagem corresponde ao desejado tendem a revelar melhor estilo de vida nesta dimensão;
- O estilo de vida (auto cuidado, uso de drogas ou similares e global) está relacionado com a autoestima. Os adolescentes que evidenciam melhor autoestima tendem a revelar melhor estilo de vida;
- O estilo de vida (exercício físico e auto cuidado) está relacionado com o bem-estar psicológico. Os adolescentes que evidenciam melhor bem-estar psicológico tendem a revelar melhor estilo de vida.

CONCLUSÕES

A adolescência é uma fase da vida em constantes mudanças, durante a qual os indivíduos estabelecem uma identidade mais coesa. Nesta fase, os adolescentes, assumem um papel de constante experimentação e de aventura, deixando-se levar pelos seus impulsos e permitindo a ocorrência de comportamentos de risco.

Nesta etapa do ciclo vital, as opções tomadas pelos adolescentes relativamente à adoção de um estilo de vida saudável, são influenciadas por vários fatores, em diversos contextos. As suas escolhas vão causar um impacto na saúde, pois a adoção de um estilo de vida pouco saudável torna-se um fator de risco para o aumento da prevalência de doenças crónicas, que inevitavelmente vão interferir na sua qualidade de vida, bem-estar, morbidade e mortalidade, sendo crucial intervir sobre os determinantes de saúde mais relevantes.

A presente investigação permitiu caracterizar, nos elementos da amostra selecionada, o estilo de vida, a perceção que estes têm da sua imagem corporal, autoestima e bem-estar psicológico, bem como os fatores que influenciam o seu estilo de vida. Desta forma, conseguimos dar resposta à questão de investigação formulada, e que a seguir descrevemos:

- A amostra foi constituída por 144 adolescentes, sendo maioritariamente (52.8%) do género feminino, com idades compreendidas entre os 15-20 anos e com uma média de idades de 16.78 anos;
- Os adolescentes na sua maioria (52.8%) residiam em meio rural e coabitavam com os pais e irmãos em 56.2% dos casos;
- Em relação ao agregado familiar, 86.1% era composto por 3 a 4 pessoas;
- Relativamente à profissão dos pais, 21.5% dos adolescentes referiram que o pai pertencia ao grupo do pessoal administrativo e 40.3% referiram que a mãe pertencia ao grupo dos trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança, e vendedores;
- 36.8% dos adolescentes frequentavam o 11º. ano de escolaridade e 50.7% frequentavam a área de ciências e tecnologias;
- Através da classificação do IMC, verificámos que os adolescentes, na sua maioria (82%), apresentavam um estado ponderal classificado como normal ($18.5 < \text{IMC} < 24.5$);
- Quanto ao estilo de vida, os inquiridos evidenciaram comportamentos mais saudáveis ao nível dos domínios: segurança motorizada, uso de drogas ou similares, autocuidado e revelaram um estilo de vida menos adequado a nível da nutrição;
- No que diz respeito à autoimagem, 48.5% dos adolescentes consideraram ter uma imagem corporal igual à que gostariam de ter, e à qual consideram saudável;
- Os resultados da escala “Autoestima” evidenciaram que, os adolescentes apresentam uma autoestima classificada como elevada e 92.3% referiram que se sentem felizes;

- No que diz respeito ao “Bem-Estar Psicológico”, os adolescentes evidenciaram um razoável bem-estar psicológico.

No que concerne aos fatores que influenciam o estilo de vida dos elementos da amostra, verificou-se que são:

- Idade - os adolescentes mais velhos tendem a apresentar pior estilo de vida;
- Género - os adolescentes do género masculino tendem a ter melhor estilo de vida na dimensão exercício físico e pior estilo de vida na segurança motorizada;
- Ano escolaridade - Os adolescentes que frequentam o 12.º ano percebem melhor estilo de vida;
- Área de estudo - os adolescentes que frequentam a área de ciências e tecnologias ou artes visuais tendem a ter melhor estilo de vida;
- Área de residência - os adolescentes que residem em meio urbano revelam melhor estilo de vida;
- Agregado familiar - o estilo de vida dos adolescentes não é influenciado pelo agregado familiar;
- IMC - o IMC não influencia o estilo de vida dos adolescentes;
- Autoimagem - os adolescentes cuja autoimagem corresponde ao desejado tendem a revelar melhor estilo de vida;
- Autoestima - os adolescentes que evidenciam melhor autoestima tendem a revelar melhor estilo de vida;
- Bem-estar psicológico - os adolescentes que evidenciam melhor bem-estar psicológico tendem a revelar melhor estilo de vida.

Implicações para a prática

Após a análise dos resultados encontrados nesta investigação, propomos a implementação de intervenções ao nível dos cuidados de saúde primários, junto dos adolescentes e seus familiares, através de uma estratégia direcionada para a promoção da alimentação saudável.

Sendo a “nutrição” o estilo de vida menos adequado dos elementos da amostra desta investigação, é fundamental padronizar intervenções educativas e estratégias que promovam um estilo de vida salutogénico, para que a instituição de ensino, em parceria com outras entidades, salientando-se os cuidados de saúde primários, desenvolvam atividades promotoras de saúde, promovendo o bem-estar e qualidade de vida dos adolescentes, assim como a criação e desenvolvimento de projetos de intervenção, como por exemplo: “Alimentação Saudável” e

“Sopa.com”, para que os adolescentes possam adotar hábitos alimentares saudáveis e escolhas responsáveis.

As intervenções devem estar sustentadas no Programa Nacional de Saúde Escolar (2014), no Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (2017) e nas conclusões desta investigação.

A educação para a saúde torna-se imperiosa para uma promoção da saúde da comunidade educativa bem como para o reforço dos fatores de proteção relacionados com um estilo de vida saudável na adolescência.

O papel do enfermeiro de cuidados de saúde primários é crucial para a promoção de uma alimentação saudável nos adolescentes, em contexto escolar. Assim, através de estratégias que lhes permita intervir e obter ganhos em saúde, deve promover a vigilância epidemiológica e a investigação sobre os consumos alimentares (como exemplo a aplicação de projetos de vigilância sobre alimentação saudável, e recolha de indicadores nutricionais). Deve ainda desenvolver ações na área da prevenção primária, modificando a disponibilidade de alimentos, promovendo a capacitação e criando articulação intersectorial, como exemplo a roda da alimentação mediterrânica interativa.

Deverá igualmente intervir a nível secundário na prevenção da obesidade dos adolescentes, nomeadamente através da promoção de uma alimentação e estilo de vida saudável na comunidade educativa.

O desenvolvimento de um módulo de nutrição no Sistema de Informação do Sistema Nacional de Saúde também seria uma sugestão a implementar, pois, entre muitos outros benefícios, permitiria uma monitorização contínua da disponibilidade e ingestão de alimentos e, conseqüentemente, condições de saúde.

Em consonância com o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (2017), torna-se fundamental delinear estratégias que visem colmatar o estilo de vida menos adequado “nutrição” dos adolescentes de uma escola secundária do interior do país, das quais destacamos:

- Aumentar a promoção de uma alimentação saudável e do conhecimento acerca dos riscos para a saúde, face à adoção de hábitos alimentares inadequados, como exemplo o consumo excessivo de sal, gorduras *trans* e açúcares;
- Diminuir a disponibilidade de alimentos com teor energético elevado nas cantinas e bares da escola, privilegiando o consumo de frutas, produtos hortícolas e dieta mediterrânica;
- Capacitar os adolescentes, familiares e comunidade educativa, para a compra, confeção e armazenamento de alimentos mais saudáveis.

Se os adolescentes seguirem um padrão de estilo de vida saudável, nomeadamente a nível da nutrição, terão certamente repercussões no controlo da alimentação e conseqüentemente no peso. Tal condição poderá proporcionar um maior nível de satisfação na autoimagem corporal, da autoestima e bem-estar psicológico dos mesmos.

Assim, intervenções efetivas na promoção de um ótimo estilo de vida dos adolescentes, o desenvolvimento de estratégias para a mudança de hábitos alimentares inadequados e um colmatar das barreiras existentes às escolhas saudáveis, irão contribuir para uma obtenção de ganhos em saúde e benefícios para a população em geral.

Limitações

Como principais limitações desta investigação salientamos o fator tempo, a indisponibilidade de algumas turmas para participarem no estudo e o cálculo do IMC ter sido efetuado com base nas respostas fornecidas pelos adolescentes, o que não nos garante uma precisão da medida utilizada no cálculo do mesmo.

Sugestões de investigação

Como sugestões para realização de trabalhos futuros neste domínio da investigação, propomos:

- Promover atividades pedagógicas no âmbito da promoção de uma alimentação saudável, tais como, um concurso de receitas saudáveis confeccionadas pelos adolescentes e a participação na comemoração do Dia Mundial da Alimentação;
- Desenvolver em estudo longitudinal;
- Realizar um estudo direcionado para os hábitos alimentares dos adolescentes;
- Desenvolver uma investigação que avalie a prática de exercício físico.

Em suma, esta investigação permitiu um conhecimento dos fatores que influenciam o estilo de vida dos adolescentes de uma escola secundária do interior do país, contribuindo para a realização e cooperação na vigilância epidemiológica, para a consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde, nomeadamente o Programa Nacional de Saúde Escolar (2014) e Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (2017).

Fomenta uma linha orientadora para a implementação de estratégias e intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária no âmbito da promoção da alimentação saudável e adoção de um estilo de vida saudável.

Investir hoje na saúde dos adolescentes é investir num futuro adulto mais saudável e sustentável, que garante benefícios económicos e sociais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amado, J., Marques, J. (2018). *Caraterísticas do Sono de Adolescentes em Contexto Escolar e Hábitos Relacionados ao período de antes de deitar*. Livro de Atas do 2º Congresso Internacional da Criança e do Adolescente: Proceedings of the 2nd International Conference on Childhood and Adolescence. Lisboa.
- Amann, G., Leal, F., Matos, C. (2014). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Direção Geral da Saúde. Ministério da Saúde.
- Antunes, M. (2008). *Educação, Saúde e Desenvolvimento*. Coimbra. Edições Almedina.
- Araújo (2010). *Relacionamentos e interações no adolescente saudável*. Acedido a Outubro 20, 2017 em: <http://seer.ufrgs.br/revistagauchadeenfermagem/artide/view/10296/8889>.
- Assis, S., Gomes, R., Pires, T. (2014). Adolescência, comportamento sexual e fatores de risco à saúde. *Revista de Saúde Pública*, 48 (1).
- Bagno, M. (2015). *Preconceito linguístico*. São Paulo. Parábola.
- Balsa, C., Vital, C., Urbano, C. (2017). *IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/2017*. Lisboa. SICAD.
- Barbosa, F., Casotti, C., Nery, A. (2016). Comportamento de Risco à Saúde de Adolescentes Escolares. *Texto Contexto Enfermagem*, 25 (4).
- Beling, M., Ferreira, M., Araújo, A., Barros, A., Beling, G., Lamounier, J. (2012). Alterações na imagem corporal entre adolescentes do sexo feminino e fatores associados. *Revista Adolescência & Saúde*, 9 (4) 11-18. Rio de Janeiro.
- Bocaletto, E. (2012). *Referenciais Teóricas e Práticas da Escola Promotora da saúde e Qualidade de Vida*. Acedida a Setembro 15, 2017, em: http://www.fef.unicamp.br/departamentos/deafa/qvaf/livros/livros_texto_ql_saude_cole_af/saude_coletiva/saude_coletiva_cap12.pdf.
- Branco, L., Hilário, M., Cintra, I. (2017). Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33 (6): 292-6.
- Bulik, C., Wade, T., Health, A., Martin, N., Stunkard, A., Eaves, L. (2001). Relating body mass index to figural stimuli: population-based normative data for Caucasians. *International*

journal of obesity and related metabolic disorders: journal of the International Association for the Study of Obesity, 25(10): 1517-1524.

Canhão, M. (2016). Riscos e Potencialidades do Uso das Redes Sociais na Adolescência. Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa. Acedida a Janeiro 20, 2018, em: <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/29041/1/MarianaCanhao.pdf>

Cardoso, S., Santos, O., Nunes, C., Loureiro, I. (2015). Escolhas e hábitos alimentares em adolescentes: associação com padrões alimentares do agregado familiar. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33 (2): 128-136.

Cardoso, S. (2017). *Escolhas Alimentares e de Atividade Física: fatores modulares das opções dos adolescentes*. Tese de Doutoramento em Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública. Acedida a Fevereiro 13, 2018, em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/28053/1/RUN%20%20Tese%20de%20Doutoramento%20-%20Susana%20Cardoso.pdf>

Carvalho, N. (2015). *Bem-estar psicológico e recursos contextuais e pessoais em adolescentes de uma escola particular portuguesa*. Dissertação de Mestrado em Educação: Área de Especialização em formação Pessoal e social. Universidade de Lisboa. Acedida a Fevereiro 13, 2018, em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/18327/1/ulfpie047281_tm.pdf

Castro, M., Cleto, C., Silva, N. (2011). *Segurança e Saúde no Trabalho e a Prevenção de Substâncias Psicoativas: Linhas orientadoras para a intervenção no meio laboral. Autoridade para as condições de trabalho*. Instituto da Droga e da Toxicodependência. Lisboa

Conti, M., Frutuoso, M., Gambardella, A. (2017). Excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes. Campinas: *Revista de Nutrição*, 4: 1-11.

Cubrelati, B., Rigoni, P., Vieira, L., Belem, I. (2014). *Relação entre distorção de imagem corporal e risco de desenvolvimento de transtornos alimentares em adolescentes*. São Paulo: Instituto de psicologia da universidade de São Paulo.

Despacho nº. 8932/2017. Diário da República nº. 195/2017, série II de 10 de Outubro de 2017.

Direção Geral da Educação (2007). *Recomendações para os Bufetes Escolares*. Circular nº.11/DGIDC/2007. Ministério da Educação.

- Direção Geral da Saúde (2003). *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com Estilos de Vida*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Ministério da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2006). *Programa Nacional de saúde dos jovens 2006/2010*. Lisboa: DGS. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes.
- Direção Geral da Saúde (2015). *Estilos de vida saudáveis*. Acedido a Dezembro 08, 2017, em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estilos-de-vida-saudaveis.aspx>.
- Direção Geral da Saúde (2016). *Estilos de vida saudáveis*. Acedido a Dezembro 10, 2017, em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estilos-de-vida-saudaveis.aspx>.
- Direção Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo 2017*. Lisboa. Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Ministério da Saúde.
- Faria, H. (2015). *Adolescência: o que esperar?* Saúde CUF. José de Melo. Saúde
- Feliciano, I., Afonso, R. (2012). *Estudo sobre a Autoestima em adolescentes dos 12 aos 17 anos*. Psicologia, Saúde e Doenças, 13 (2). Scielo Portugal. Acedido a Dezembro 13, 2017 em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862012000200009
- Ferreira, M., Nelas, P. (2016). *Educação, Ciência e Tecnologia. Adolescências. Adolescentes*. (3). Instituto Politécnico de Viseu.
- Figueiredo, J., Cardoso, S. (2014). Perceção de saúde na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 48 (3): 406-427.
- Figueiredo, J. (2015). *Comportamentos de Saúde, Costumes e Estilos de vida*. Tese de Doutoramento em Ciências Biomédicas. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Acedido a Janeiro 13, 2018, em: https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/29621/1/Comportamentos%20de%20sa%C3%BAde_costumes%20e%20estilos%20de%20vida.pdf
- Fortin, F. (2009). *O Processo de Investigação da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

- Francisco, R., Narciso, I., Alarcão, M. (2013). Parental Influences on Elite Aesthetic Athletes Body Image Dissatisfaction and Disordered Eating. *Journal of Child and Family Studies* 22(8).
- Freire, P. (2015). *Pedagogia da Autonomia: Saberes e necessários á prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra.
- Gedrat, D. (2015). *Relevância e Ensino: reflexão sobre a noção apropriada de contexto nas situações de ensino e aprendizagem de língua portuguesa à luz de teorias pragmáticas da comunicação*. *Letras e letras*, 31 (2). Acedido em Outubro 13, 2017, em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/letraseletras/article/view/30557>.
- George, F. (2004). *Histórias de saúde pública*. Lisboa: Livros Horizonte.
- George, F. (2011). *Sobre Determinantes da Saúde*. Direção Geral de Saúde. Lisboa.
- George, F. (2014). *Sobre Determinantes da Saúde*. Acedido em Janeiro 22, 2018, em DGS: www.dgs.pt
- Instituto Nacional de Estatística (2017). *Balança Alimentar Portuguesa 2012-2016*. Lisboa: Estatísticas Oficiais.
- Joia, L. (2010). Perfil do estilo de vida individual entre estudantes. *Revista Movimenta*. 3 (1): 16– 23.
- Junior, C., Carvalho, P., Martins, J., Ferreira, M. (2015). Correlações entre insatisfação corporal e estado nutricional. *Revista Juiz de fora*. 41 (1): 65-70. Acedido a fevereiro 13, 2018, em: <http://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/viewfile/2498/814>.
- Katzer, J. (2017). Diabetes Mellitus tipo II e Atividade Física. *EFDeportesRevista*. Buenos Aires.
- Kye, S., Kwon, J., Park, K. (2016). Happiness and health behaviors in South Korean adolescents: a cross-sectional study. *Epidemiology and Health*, 38:1-7.
- Labonte, R. (1993). *Health Promotion and Empowerment: Practice Frameworks*. Toronto: University of Toronto.

- Loureiro I., Miranda N., Miguel J. (2010). Promoção da saúde e desenvolvimento local em Portugal: refletir para agir. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31 (1): 23-31. Elsevier Doyma.
- Loureiro M. (2015). Burnout e Promoção da saúde: quatro perguntas a um especialista. *Revista Fatores de Risco*, 37.
- Machteld H., Green L., Van der Horst H., Jadad A., Leonard B., Lorig K. (2011). *Towards a new concept of health*. *BMJ*.343:d4163.
- Maroco, J., Robalo, M., Mota, P. (2007). *Análise Estatística – Com Utilização do SPSS*. Lisboa. Edições Sílabo, Lda.
- Martins, J., Marques, A., Rodrigues, A., Sarmiento, H., Onofre, M., Carreiro da Costa, F. (2016). Exploring the perspectives of physically active and inactive adolescents: how does physical education influence their lifestyles? *Sport, Education and Society*, DOI: 10.1080/13573322.2016.1229290
- Matos, M., Simões, C., Camacho, I., Reis, M. (2014). *Aventura Social e Saúde. A saúde dos adolescentes portugueses. Relatório do estudo HBSC 2014*. Direção Geral da Saúde. Ministério da Saúde.
- McLean, K., Breen, A., Fournier, M. (2010). *Constructing the self in early, middle, and late adolescent boys: narrative identity, individuation, and well-being*. Acedido a Outubro 14, 2017 em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-7795.2009.00633.x/pdf>
- Medeiros, S. (2014). *Avaliação do peso, ingestão alimentar e atividade física em adolescentes de uma escola particular em Almada*. Dissertação de Mestrado em Nutrição Clínica. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Acedida a Outubro 14, 2017, em: https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/32019/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O_FINAL.pdf
- Minhava, V. (2014). *Consumo de álcool por alunos do Ensino Secundário do concelho de Vila Real no ano letivo 2012/2013*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Acedido a Outubro 14, 2017, em: https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/5873/1/msc_vaminhava.pdf
- Ministério da Saúde (2012). *Política Nacional de Educação Popular em Saúde. Comitê Nacional de educação Popular em Saúde – CNEPS*. Brasília. Acedido a Outubro 14, 2017 em: <http://www.crpsp.org.br/index.php/letraseletras/article/view/30557>.

- Miranda, F., Macedo, I., Azevedo, D., Medeiros, T., Santos, R. (2007). Predisposição ao uso de álcool entre estudantes de graduação de enfermagem da UFRN. *EscAnnaNery Revista Enfermagem*, 11 (4): 663.
- Murari, K., Dorneles, P. (2018). Uma revisão acerca do padrão de autoimagem em adolescentes. *Revista Perspectiva: Ciência e Saúde*, 3 (1): 155-168.
- Nunes, L. (2013). *Conferência de abertura, Reunião Nacional de Comissões de Ética, Hospital da Luz*. Acedido a Dezembro 20, 2017, em: Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal:https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4803/1/Historia%20das%20Comissoes%20de%20Etica_LN_2013.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Acedido a Junho 20, 2017, em: ordem dos enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceecomunitsaudepublica.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Padrões de Qualidade dos Cuidado de Enfermagem Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Acedido a Junho 20, 2017, em:http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfComunitariaSauPublica_DRJun2015.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (1986). *Lifestyleandhealth*. Sociedade Scimed, 22(2).
- Organização Mundial da Saúde (1987). *Health and Welfare Canadian Public Health Association. Conferência Internacional para a Promoção da Saúde*; Ottawa, Canada. Lisboa: Direção Geral de Cuidados de Saúde Primários.
- Organização Mundial da Saúde (1998). *Conselho da Europa. Comissão Europeia. Rede Europeia e Portuguesa de Escolas Promotoras de Saúde*. Mem Martins. Editorial do Ministério da Educação.
- Organização Mundial da Saúde (2003) – *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*. Geneva: Organização Mundial de Saúde.
- Organização Mundial da Saúde (2011) – *Global status report on alcohol and health*. Geneva: Organização Mundial de Saúde.

- Organização Mundial da Saúde (2013). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Report of a WHO consultation. Geneve.
- Organização Mundial da Saúde (2014). *Salud para los adolescentes del mundo: Una segunda oportunidad en la segunda década*. Ginebra: Suiza.
- Pais Ribeiro, J. (2003). *Desenvolvimento de uma Escala de Auto-Apreciação Pessoal ou Auto-Estima para Contexto de saúde*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto. Recuperado em 12 de Novembro de 2009.
- Pais Ribeiro, J. (2004). Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças. *Análise Psicológica* 2 (XXII): 387-397.
- Pais Ribeiro, J., Viana, M. (2015). *Promoção da Saúde*. Da investigação à prática. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde.
- Paula, T. (2013). *Criminologia: Estudo das Escolas Sociológicas do Crime e da Prática de Infrações Penais*. São José Rio Preto. Centro Universitário do Norte Paulista: Brasil
- Pedersen, S., Gronhoj, A., Thogersen, J. (2015). Following family or friends: social norms in adolescent healthy eating. *Appetite*, 86: 54-60.
- Pestana, M., Gageiro, J. (2005). *Análise de dados para Ciências Sociais - A Complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Pestana, M. (2013). *Repercussões dos Estilos de Vida no Rendimento Escolar dos Adolescentes*. Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido a Outubro 5, 2017, em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1994/1/PESTANA%2c%20Maria%20Leonor%20Freire%20Meneses%20-%20disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado%20EMBARGO%201%20Julho%202014.pdf>
- Pinto, P. (2015). *Papel profissional enquanto diagnóstico de enfermagem no contexto escolar – um estudo de caso*. Acedido a Outubro 22, 2017, em: <http://www.nursing.pt/papel-profissional-enquanto-diagnostico-de-enfermagem-no-contexto-escolar-um-estudo-de-caso>.

- Plano Nacional da Saúde (2013). *Plano Nacional da Saúde 2012-2020*. Versão Resumo Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido em Outubro 13, 2017, em: http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012_2016_versaoresumo_maior20134.pdf
- Portes, L. (2011). Estilo de Vida e Qualidade de Vida: semelhanças e diferenças entre os conceitos. *LifestyleJournal*, 1(1): 8-10, acedido em Março 10, 2018, em: <<http://acta.nisled.org/index.php/LifestyleJournal/article/view/3>>
- Precioso, A., Santos, M. (2012). *Educação Alimentar na Escola*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, INSA IP.
- Rafael, J., Muñoz, A., Arévalo, M. (2016). *Tipologias de estilos de vida en jóvenes universitarios*. Universidad y Salud (18).
- Rainho, M., Barroso, I., Augusto, V., Monteiro, M. (2012). Bem-Estar Psicológico em Alunos do Ensino Secundário. *Revista Referência*, 3 (1). Coimbra.
- Ribeiro, C. (2010). *Detecção e Intervenções Breves no Âmbito dos Cuidados de Saúde Primários*. A Medicina Geral e Familiar e a Abordagem do Consumo de Álcool. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Roales, J. (2003). *Psicología de la salud, aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Rodrigues, A., Pissarra, A., Marques, F., Mourão, M., Mendes, M., Freire, P. (2011). A eficácia da Entrevista Motivacional na redução do consumo abusivo de álcool, na pessoa adulta. Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Toxicodependências*, 17 (3): 37-46. Lisboa.
- Rocha, D. (2015). *Influência das “media” e redes sociais nos hábitos alimentares da população jovem portuguesa*. Dissertação para obtenção do Grau Mestre em Gestão da Qualidade e Segurança Alimentar. Instituto Politécnico de Leiria. Acedida a Janeiro 13, 2018, em: <https://iconline.iplleiria.pt/bitstream/10400.8/2195/1/Projeto%20Daniela%20Rocha%20%284110019%29.pdf>
- Rocha, F., Oliveira, R., Brum, D., Cavalgante, R., Machado, R. (2015). Epidemiologia dos transtornos do desenvolvimento psicológico em adolescentes: uso de álcool e outras drogas. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. Rev Rene, 16 (1): 54-63. Juiz de Fora: Editora UFJF.

- Rosenberg, M. (1985). Self-concept and psychological well being in adolescence. In R. L. Leary (ed.). *The development of the self*. Orlando: Academic Press.
- Sales, F., Carvalho, W., Junior, J., Silva, D., Santos, C. (2014). Maus hábitos alimentares de estudantes do ensino médio em escolas públicas. *Holos*, 30(4): 502-511. DOI:10.15628/holos.2014.1180.
- Santos, P., Maia, J. (2003). *Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da Escala de Auto-Estima de Rosenberg*. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2: 253-268.
- Scagliusi, F., Alvarenga, M., Polacow, V., Cordás, T., Queiroz, G., Coelho, D., Philippi, S., Lancha, A. (2006). *Concurrent and discriminant validity of the Stunkard's figure rating scale adapted into Portuguese*. 47(1): 77-82.
- Sequeira, A. (2006). Consumo de álcool nos jovens estudantes e percepção de risco. *Nursing* 208.
- Silva, M. (2011). *Perturbações do comportamento alimentar em adolescentes e estilos de vida, sua relação com a percepção auto-conceito e imagem corporal*. Universidade do Algarve. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Acedido a Dezembro 5, 2017, em: [https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/57471/1/Perturba%C3%A7%C3%B5es%20do%20comportamento%20alimentar%20em%20adolescentes%20e%20estilos%20de%20vi da%20sua%20rela%C3%A7%C3%A3o%20com%20a%20perc.pdf](https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/57471/1/Perturba%C3%A7%C3%B5es%20do%20comportamento%20alimentar%20em%20adolescentes%20e%20estilos%20de%20vida%20sua%20rela%C3%A7%C3%A3o%20com%20a%20perc.pdf)
- Silva, S. (2013). Políticas e práticas de promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis nas crianças e jovens do concelho de Torres Vedras. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31 (1): 84-94. Elsevier Doyma.
- Silva, N., Ferreira, N., Carneiro, N. (2017). Ação multidisciplinar na educação permanente de agentes comunitários da saúde. *Revista Ed. Popular*. 16 (3). Uberlândia.
- Silveira, R., Reis, N., Santos, A., Borges, M. (2011). Qualidade de vida de adolescentes do ensino fundamental de um município brasileiro. *Revista referência*, 3 (4).
- Sprinthall, N., Collins, W. (2008). *Psicologia do adolescente*. Lisboa. Edição da Fundação Calouste Gulbenkian.
- Stunkard, A., Sorensen, T., Schulsinger, F. (1983). Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. In Kety, S.S., Rowland, L.P., Sidman, R.L. & Matthysse, S.W. *The Genetics of Neurological and Psychiatric Disorders*, 115-120. New York: Raven Press.

- Tavares, H. (2016). *Adolescentes: Um desafio*. Lusíadas. Porto.
- Triches, R., Giugliani E. (2017). Insatisfação corporal em escolares de dois municípios da região Sul do Brasil. *Revista de Nutrição*, 20 (2):1119. Acedido a Fevereiro 13, 2018, em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v20n2/01.pdf>.
- UNDP (2011). *Human development report 2010: sustainability and equity: a better future for all*. New York: Palgrave Macmillan.
- Verni, P. (2016). *Autoestima e Projeto de Vida na Adolescência*. 41 st Association for moral education conference.
- Virgínio, A. (2015). *Estilos de Vida – Consumo de substâncias psicoativas dos caloiros de enfermagem*. Tese de Mestrado em Enfermagem Comunitária. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Waterman, A., Schwartz, S. (2013). Eudaimonic identity theory. In A. S. Waterman, (Ed.). *The best within us: Positive psychology perspectives on eudaimonia* (99-118). Washington, DC: American Psychological Association.
- WHO (1998). *Health promotion glossary*. Geneva.
- WHO (1999). *Community Involvement in HEALTH Development: a review of the concept and practice*. Geneva.
- WHO (2003). *World health statistics*. Copenhagen: World Health Organization.
- WHO (2011). *Governance for health in the 21st century: a study conducted for the WHO Regional Office for Europe*. Baku, Azerbaijan: World Health Organization.
- WHO (2012). *Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*. Copenhagen: WHO EU Region.
- WHO (2017). *Global accelerated action for the health organization*. Geneva: Switzerland.

APÊNDICES

Apêndice A – Protocolo de Avaliação

Apêndice B – Pedido e autorização para aplicação do Protocolo de Avaliação ao Senhor Presidente da Instituição de Ensino

Apêndice C – Pedido e autorização para aplicação do questionário “O Meu Estilo de Vida”

Apêndice D- Pedido e autorização para aplicação da escala “Autoestima”

Apêndice E -Pedido de autorização para aplicação da escala “Bem-estar Psicológico”

Apêndice F – Pedido de autorização aos Encarregados de Educação para aplicação do Protocolo de Avaliação

ANEXOS

Anexo A – Questionário “O Meu Estilo de Vida”

Anexo B – Escala “Autoimagem”

Anexo C – Escala “Autoestima”

Anexo D – Escala “Bem-estar Psicológico”