



**UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR**

Ciências Sociais e Humanas

***ESTUDO DOS ESTILOS DE VIDA DOS  
ADOLESCENTES E A PERCEÇÃO DA  
INFLUÊNCIA DO MARKETING SOCIAL***

Teresa Vogado

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em

**GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE**

(2º ciclo de estudos)

Orientadora: Prof. Doutora Helena Alves

Covilhã, Julho 2012

## **DEDICATÓRIA**

À minha Mãe

Dedico este trabalho à minha Mãe Lurdes Vogado com muito Amor e Gratidão por tudo o que tem feito por mim, é o melhor que eu tenho na vida

#### AGRADECIMENTOS

- Em primeiro lugar quero agradecer aos pais dos adolescentes que autorizaram os seus filhos a preencher os questionários.
- Aos adolescentes que colaboraram neste estudo preenchendo o questionário sem a sua preciosa contribuição não seria possível realizar este estudo.
- À equipa de enfermagem do serviço de neonatologia do centro hospitalar médio tejo - unidade de Abrantes, por terem colaborado na entrega dos questionários aos adolescentes.
- À Professora Doutora Helena Alves pela sua ajuda, disponibilidade, interesse e, contributo para que fosse possível concretizar este trabalho.
- Ao Professor Doutor Luís Lourenço pela sua ajuda, disponibilidade, interesse e, contributo para que fosse possível concretizar este trabalho.
- À minha família e aos Amigos pelas horas que me recusei em estar com eles.

A todos um profundo Obrigada

*“Quando se termina um trabalho,  
estamos aptos para o iniciar”*

Desconhecido

## **RESUMO**

O desenvolvimento saudável dos adolescentes é crucial para o bem-estar de qualquer sociedade. Muitos dos comportamentos que fazem parte dos estilos de vida dos adolescentes tais como (alimentação não equilibrada, ausência de atividade física, consumo de bebidas alcoólicas, tabaco e drogas ilícitas e comportamentos sexuais de risco) podem influenciar a sua saúde a curto, médio e longo prazo.

Na área da saúde quando se pretende alterar comportamentos dos clientes direcionamo-nos para uma área particular do marketing, o marketing social. A sua influência é uma constante na nossa sociedade sem que o cidadão tenha isso consciencializado, ou seja o marketing social expressa-se no quotidiano de uma forma subtil e permanente. Podendo ser de grande utilidade para os profissionais de saúde na promoção de estilos de vida saudáveis principalmente nos adolescentes, que devido ao seu crescimento e desenvolvimento físico, psíquico e social têm características peculiares. Os adolescentes estando muito mais suscetíveis a aderir à mudança de comportamentos e aos incentivos e ensinamentos provenientes do marketing social, hospitais, família, escolas, e sociedade.

Como objetivos desta investigação destacam-se: identificar a existência de comportamentos de risco nos adolescentes que frequentam a consulta de adolescentes do Centro Hospitalar Médio Tejo - Unidade de Abrantes (CHMT-Abrantes) e analisar a percepção de campanhas de marketing social nos estilos de vida dos adolescentes.

Os informantes-chaves desta investigação foram os adolescentes dos 12 aos 18 anos que frequentam a consulta de adolescentes do Centro Hospitalar Médio Tejo-Abrantes.

Constatou-se que a maioria dos adolescentes apresenta estilos de vida saudáveis e que um grupo menor assume ter comportamentos de risco. Foi exequível aferir que a maioria dos inquiridos tem uma percepção positiva dos anúncios de prevenção de comportamentos de risco. O marketing social revela-se uma abordagem essencial para a promoção de estilos de vida saudáveis e a médio longo prazo permite obter ganhos em saúde.

As palavras-chave definidas para esta investigação são: Adolescente; Estilos de Vida; Comportamentos de Risco; Marketing Social; Ganhos em Saúde.

## ABSTRACT

The healthy development of adolescents is crucial for the welfare of any society: Many of the behaviors that are part of the teenagers lifestyle (unbalanced diet, lack of physical activity, alcohol consumption, tobacco and illicit drug use and sexual behaviors risk) may influence their health in the short, medium and long term.

In health when you want to change customer behavior we use a particular area of marketing, social marketing. Its influence is a constant in our society without being made aware by the citizens; therefore social marketing is expressed in daily life in a subtle and permanent way. It can be very useful for health professionals in promoting healthy lifestyles mainly in adolescents, due to their growth and development of physical, psychological and social characteristics are peculiar. Adolescents being more likely to adhere to behavior change and incentives from the teachings and social marketing, hospitals, families, schools, and society.

As objectives of this research the following stands out: to identify the existence of risk behaviors among adolescents attending outpatient adolescents Centro Hospitalar do Médio Tejo - Unidade de Abrantes (CHMT-Abrantes) and analyze the perception of social marketing campaigns in adolescent's lifestyle.

The key informants of this research were adolescents from 12 to 18 years of age attending the adolescent's outpatient in Centro Hospitalar do Médio Tejo - Unidade de Abrantes.

The study is characterized by a simple exploratory descriptive character, qualitative and quantitative approach. The data collection instrument was a mixed questionnaire.

It was found that most teenagers show healthy lifestyles and that only a small group assumes risk behaviors. It was feasible to measure the majority of respondents have the perception of the influence of social marketing in their behavior. Social marketing proves to be an essential approach for promoting healthy lifestyles and allows long-term average gains in health.

The keywords defined for this research are: Teen, Lifestyles, Risk Behaviors, Social Marketing, and Health Gains.

ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
<b>CAPITULO 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	<b>4</b>
<b>1. ADOLESCÊNCIA</b>	<b>4</b>
1.1. COMPORTAMENTOS DE RISCO E OS ESTILOS DE VIDA NA ADOLESCÊNCIA	7
1.1.1. Hábitos Alimentares	10
1.1.2. Atividade Física e de Lazer	11
1.1.3. Consumo de Bebidas Alcoólicas	13
1.1.4. Consumo de Tabaco	16
1.1.5. Consumo de Estupefacientes	17
1.1.6. Comportamentos Sexuais de Risco	19
1.2. A IMPORTÂNCIA DO MARKETING NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	22
1.3. PAPEL DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE	24
1.4. QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	28
<b>CAPITULO 2 - METODOLOGIA</b>	<b>30</b>
<b>2. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO</b>	<b>30</b>
2.1. OBJETIVOS	30
2.2. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	30
2.3. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO	31
2.4. POPULAÇÃO E AMOSTRA	31
2.5. MÉTODO DE RECOLHA DE DADOS	32
2.6. VARIÁVEIS	32
2.7. ÂMBITO DA INVESTIGAÇÃO	33
2.7.1. Caracterização do Centro Hospitalar Médio Tejo	33
2.8. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	35
2.9. TRATAMENTO ESTATÍSTICO	35
<b>CAPITULO 3 - RESULTADOS</b>	<b>36</b>
<b>3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>36</b>
<b>Capitulo 4 - CONCLUSÕES</b>	<b>80</b>
4.1. LIMITAÇÕES E SUGESTÕES	82
4.2. MENÇÕES FUTURAS	83
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>85</b>
<b>ANEXOS</b>	
Anexo I - Autorização do Conselho de Administração do CHMT, EPE	
Anexo II - Consentimento Informado dos Pais	
Anexo III - Questionário aos Adolescentes	
Anexo IV - Distribuição dos Adolescentes por Especialidade	

**LISTA DE FIGURAS**

<b>Figura 1 - Modelo ganhos em saúde para os adolescentes</b>	43
<b>Figura 2 - Área de Influencia do CHMT</b>	33
<b>Figura 3 - Hospital de Abrantes 1985</b>	33
<b>Figura 4 - CHMT - 2001</b>	34

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Representação gráfica da caracterização da amostra quanto à <b>idade</b>	36
Gráfico 2 - Representação gráfica da caracterização da amostra quanto ao <b>Género</b>	37
Gráfico 3 - Representação gráfica da amostra relativa ao <b>estado civil dos pais</b>	38
Gráfico 4 - Representação gráfica da caracterização da amostra relativa à questão: <b>Habitualmente faz a vigilância de saúde</b>	42
Gráfico 5 - Representação gráfica da caracterização da amostra relativa à questão: <b>Quantas refeições fazem por dia</b>	42
Gráfico 6 - <b>Correlação das variáveis género/comer saudável</b>	45
Gráfico 7 - <b>Correlação das variáveis género/ Percepção de influência do anúncio sobre alimentação saudável</b>	47
Gráfico 8 - <b>Correlação das variáveis Género/ Pratica desporto</b>	48
Gráfico 9 - Representação da amostra quanto à questão: <b>Quantas vezes por semana praticam desporto</b>	49
Gráfico 10 - Representação da amostra quanto à questão: <b>Durante a semana quantas horas por dia utiliza o computador</b>	51
Gráfico 11 - Representação da amostra quanto à questão: <b>durante o fim semana quantas horas por dia utilizam o computador</b>	52
Gráfico 12 - Representação gráfica da caracterização da amostra relativa à questão: <b>Durante a semana, quantas horas dorme por noite</b>	53
Gráfico 13- Representação gráfica da caracterização da amostra relativa à questão: <b>No fim semana, quantas horas dormes por noite</b>	54
Gráfico 14 - <b>Correlação das variáveis Género/ Consumo de Bebidas Alcoólicas</b>	57
Gráfico 15 - <b>Correlação de variáveis Género/ Percepção da Influencia sobre o anúncio de bebidas alcoólicas</b>	61
Gráfico 16 - <b>Correlação das variáveis Género/ Fumar</b>	62
Gráfico 17 - Representação da amostra quanto: <b>Fuma quantos cigarros dia</b>	63
Gráfico 18 - <b>Correlação de variáveis Género/Início da atividade sexual</b>	70
Gráfico 19 - <b>Correlação de variáveis Género/Educação para a Saúde</b>	78
Gráfico20 - <b>Correlação de variáveis Género/Enfermeira Referência</b>	79

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização da amostra quanto à Categoria Profissional do Pai	38
Quadro 2 - Respostas dos inquiridos quanto à Categoria profissional da Mãe	38
Quadro 3 - Respostas dos inquiridos à questão: Não gostas de estudar porquê	41
Quadro 4 - Respostas dos inquiridos à questão: Na tua alimentação diária é frequente comeres	43
Quadro 5 - Respostas dos inquiridos à questão: Gostaste da publicidade, porquê	46
Quadro 6 - Respostas dos inquiridos à questão: Não Gostaste da publicidade, porquê?	47
Quadro 7 - Respostas dos inquiridos à questão: Qual a desporto que praticas?	50
Quadro 8 - Respostas dos inquiridos à questão: Quais os teus programas favoritos?	51
Quadro 9 - Respostas dos inquiridos Quais as atividades mais frequentes no computador	53
Quadro 10 - Respostas dos inquiridos à questão: Quais as atividades que mais gostas de fazer nos teus tempos livres	55
Quadro 11 - Respostas dos inquiridos à questão: Se, Sim com quem saís à noite	56
Quadro 12 - Respostas dos inquiridos à questão: Que tipo de bebidas alcoólicas consumes	57
Quadro 13 - Respostas dos inquiridos à questão: Quem o influenciou a consumir bebidas alcoólicas	58
Quadro 14 - Respostas dos inquiridos à questão: Gostaste da publicidade porquê	60
Quadro 15 - Respostas dos inquiridos à questão: Não gostaste da publicidade porquê	60
Quadro 16 - Respostas dos inquiridos: Quem o influenciou fumar	64
Quadro 17 - Respostas dos inquiridos à questão: Gostaste da publicidade porquê	65
Quadro 18 - Respostas dos inquiridos à questão: Não gostaste da publicidade porquê	66
Quadro 19 - Respostas dos inquiridos à questão: Se consumes estupefacientes qual o tipo	67
Quadro 20 - Respostas dos inquiridos à questão: Quem te influenciou a consumir estupefaciente	67
Quadro 21 - Respostas dos inquiridos à questão: Gostaste da publicidade porquê	69
Quadro 22 - Respostas dos inquiridos à questão: Qual método contraceutivo que utiliza	71
Quadro 23 - Respostas dos inquiridos: Quem aconselhou esse método	72
Quadro 24 - Respostas dos inquiridos: Qual o contraceutivo que previne as doenças sexualmente transmissíveis	72
Quadro 25 - Respostas dos inquiridos à questão: Gostaste da publicidade sobre medidas de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis porquê?	74
Quadro 26 - Respostas dos inquiridos à questão: Não Gostaste da publicidade porquê	74
Quadro 27 - Respostas dos inquiridos à questão: Na tua vida quais as pessoas mais significativas param ti?	75
Quadro 28 - Respostas dos inquiridos à questão: Nesta fase da tua vida normalmente sentes	76
Quadro 29 - Respostas dos inquiridos à questão: Foste vítima de bulling por parte de quem	77
Quadro 30 - Respostas dos inquiridos à questão: Informaste quem	77
Quadro 31 - Respostas dos inquiridos à questão: Não Informaste porquê	77
Quadro 32 - Respostas dos inquiridos à questão: Normalmente onde procuras informação para esclarecer as tuas dúvidas	78

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da amostra quanto à Idade	36
Tabela 2 - Distribuição da amostra quanto à idade dos pais	37
Tabela 3 - Caracterização da amostra Tens Irmãos	39
Tabela 4 - Representação da amostra quanto: Número de Irmãos	39
Tabela 5 - Representação da amostra quanto: Ao estabelecimento de ensino que frequenta	39
Tabela 6- Representação gráfica da amostra: Qual o ano letivo que frequenta	40
Tabela 7 - Caracterização da amostra quanto à questão: Já reprovaste algum ano	40
Tabela 8 - Representação gráfica da amostra: Consideras que és um aluno	41
Tabela 9 - Caracterização da amostra: Gostas de estudar	41
Tabela 10 - Caracterização da amostra: Recebes algum subsídio social na escola	42
Tabela 11 - Representação da amostra quanto à questão: Consomes refrigerantes às refeições	43
Tabela 12 - Representação da amostra quanto à questão: Consomes refrigerantes nos intervalos das refeições.	44
Tabela13 - Representação da amostra quanto à questão: Consideras que comer de forma saudável é	44
Tabela 14 - teste Mann-Whitney, entre a variável género (masculino, feminino) e a variável Considera que comer forma saudável é	44
Tabela 15 - Representação da amostra quanto à questão: Na escola almoças	45
Tabela 16 - Representação da amostra quanto à questão: Recordas-te de ver algum anúncio na televisão, internet, revistas, ou noutro lado, sobre o tipo de alimentação que se deve ter	46
Tabela 17 - Representação da amostra quanto à questão: Gostaste da publicidade sobre qual o tipo de alimentação saudável	46
Tabela 18 - Representação da amostra quanto à questão: Este anúncio fez-te pensar na importância de comeres de forma mais saudável	47
Tabela 19 - Chi-Square Tests Género/ Percepção de influência do anúncio sobre alimentação saudável	48
Tabela 20 - Representação da amostra quanto à questão: Praticas desporto	48
Tabela 21 Chi-Square Tests Género/ Pratica desporto	49
Tabela 22 - Representação da amostra quanto à questão: Vês televisão	50
Tabela 23 - Representação da amostra quanto à questão: Durante a semana quantas horas por dia vê televisão	50
Tabela 24 - Caracterização da amostra relativa à questão: Durante a semana quantas horas por dia utiliza o computador	52
Tabela 25 - Caracterização da amostra relativa à questão: durante o fim semana quantas horas por dia, utilizas o computador	52
Tabela 26 - Caracterização da amostra relativa à questão: Durante semana quantas horas dorme por noite	53
Tabela 27 - Representação da amostra quanto à questão: Consideras que as horas que dorme por noite durante a semana são:	54
Tabela 28 - Representação da amostra: No fim semana, quantas horas dorme por noite	54
Tabela 29 - Representação da amostra: Considera que as horas que dormes por noite ao fim de semana são	55

Tabela 30 - Representação da amostra quanto à questão: Durante a semana saís à noite	56
Tabela 31 - Representação da amostra quanto à questão: Durante o fim semana saís à noite	56
Tabela 32 - Representação da amostra quanto à questão: Consume bebidas alcoólicas	56
Tabela 33 - Chi-Square Género/ Consumo de Bebidas alcoólicas	57
Tabela 34- Representação da amostra quanto: Frequência do consumo bebidas alcoólicas	58
Tabela 35 - Representação da amostra quanto: Idade início do consumo bebidas alcoólicas	58
Tabela 36 - Representação da amostra quanto à questão: Em tua opinião achas que se não consumisses bebidas alcoólicas eras excluído do teu grupo de amigos	59
Tabela 37 - Representação da amostra quanto à questão: Achas que consumir bebidas alcoólicas é prejudicial à tua saúde	59
Tabela 38 - Representação da amostra quanto à questão: Recordas-te de ver algum anúncio na televisão, internet, revistas, ou noutro lado, sobre os perigos de consumir bebidas alcoólicas	59
Tabela 39 - Representação da amostra quanto à questão: Gostaste da publicidade sobre os perigos de consumir bebidas alcoólicas	60
Tabela 40 - Representação da amostra quanto à questão: Este anúncio fez-te pensar se devias ou não consumir bebidas alcoólicas	61
Tabela 41 Chi-Square Tests Género/ Perceção da Influencia sobre o anúncio de bebidas alcoólicas	61
Tabela 42 - Representação da amostra quanto à questão: Fumas	62
Tabela 43 - Chi-Square Tests Género/ Fumar	62
Tabela 44 - Representação da amostra quanto à questão: Consomes tabaco	63
Tabela 45 - Representação da amostra quanto: Com que idade começou a fumar	63
Tabela 46 - Representação da amostra quanto: Em tua opinião achas que se não fumasses eras excluído do teu grupo de amigos	64
Tabela 47 - Representação da amostra quanto à questão: Fumar é prejudicial à tua saúde	64
Tabela 48 - Representação da amostra quanto à questão: Recordas-te de ver algum anúncio na televisão, internet, revistas, ou noutro lado, sobre os perigos de fumar	64
Tabela 49 - Representação da amostra quanto à questão: Gostaste da publicidade sobre os perigos de fumar	65
Tabela 50 - Representação da amostra quanto à questão: Este anúncio fez-te pensar se devias ou não fumar?	66
Tabela 51 - Representação da amostra quanto à questão: Consomes estupefacientes	66
Tabela 52 - Representação da amostra quanto: Frequência do consumo estupefaciente	67
Tabela 53 - Representação da amostra quanto à questão: Com que idade começaste o consumo estupefacientes	67
Tabela 54 - Representação da amostra quanto à questão: Em tua opinião achas que se não consumisses estupefacientes eras excluído do teu grupo de amigos	68
Tabela 55 - Representação da amostra quanto à questão: Consumir estupefacientes é prejudicial à tua saúde	68
Tabela 56 - Representação da amostra quanto à questão: Recordas-te de ver algum anúncio na televisão, internet, revistas, ou noutro lado, sobre os perigos de consumir estupefaciente	68
Tabela 57 - Representação da amostra quanto à questão: Gostaste da publicidade sobre os perigos de consumir estupefacientes	69
Tabela 58 - Representação da amostra quanto à questão: Este anúncio fez-te pensar sobre os perigos de consumir estupefaciente	69
Tabela 59- Representação da amostra quanto à questão: Já iniciaste atividade sexual	70
Tabela 60 Chi-Square Tests Gráfico 18 - Correlação de variáveis Género/Inicio da atividade sexual	70

<b>Tabela 61 - Representação da amostra quanto à questão: Com que idade iniciaste a tua vida sexual ativa</b>	71
<b>Tabela 62 - Representação da amostra quanto à questão: utiliza algum método contraceptivo</b>	71
<b>Tabela 63- Representação da amostra quanto: Consideras que o seu comportamento sexual é de risco</b>	72
<b>Tabela 64 - Representação da amostra quanto à questão: Em algum momento sentiste que foste pressionada a iniciar a tua atividade sexual?</b>	73
<b>Tabela 65 - Representação da amostra quanto à questão: Em algum momento foste abusada sexualmente</b>	73
<b>Tabela 66 - Representação da amostra quanto à questão: Recordas-te de ver algum anúncio na televisão, internet, revistas, ou noutro lado, sobre medidas de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis?</b>	73
<b>Tabela 67 - Representação da amostra quanto à questão: Gostaste da publicidade sobre medidas de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis</b>	74
<b>Tabela 68 - Representação da amostra quanto à questão: Este anúncio fez-te pensar se devias ou não mudar o teu comportamento no que se refere à tua atividade sexual</b>	75
<b>Tabela 69 - Representação da amostra quanto à questão: Consideras que a tua vida é?</b>	76
<b>Tabela 70 - Representação da amostra quanto à questão: Na tua escola já foste vítima de bullying</b>	76
<b>Tabela 71 - Representação da amostra quanto à questão: Na tua opinião consideras importante existirem seções de educação para a saúde, para que possas esclarecer dúvidas e melhorar os comportamentos de vida saudáveis</b>	78
<b>Tabela 72 - Representação da amostra quanto à questão: Na tua opinião consideras importante ter uma enfermeira de referência, a quem possas recorrer sempre que tenhas algum problema pessoal ou para esclarecer duvidas</b>	79
<b>Tabela 73 - Representação da amostra quanto à questão: Na tua opinião achas importante abordar algum assunto que não foi aqui referido</b>	79

LISTA DE ACRÓNIMOS

CE - Conselho de Enfermagem  
CHMT - Centro Hospitalar Médio Tejo  
CIE - Conselho Internacional de Enfermagem  
ECATD - Estudo sobre o Consumo do Álcool, Tabaco e Droga  
ESPAD - European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs  
DGS - Direção Geral de Saúde  
HBSC - Health Behaviour in School-aged Children  
IDP - Instituto do Desporto de Portugal  
IDT - Instituto Drogas e Toxicodependência  
OE - Ordem dos Enfermeiros  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde  
PIB - Produto Interno Bruto  
REPE - Regulamento do Exercício da Prática de Enfermagem  
RN - Recém-nascido  
VIH - Vírus Inumo Deficiência Humana  
SIDA - Síndrome Inumo Deficiência Humana  
UE - União Europeia

## INTRODUÇÃO

O ser humano durante a sua vida passa por várias etapas de crescimento e desenvolvimento. A adolescência é umas das etapas mais importantes do ser humano quer a nível de crescimento quer a nível do desenvolvimento físico e psíquico.

Nelson (1994:25) refere que a “adolescência começa e prossegue ao longo de uma faixa de idades cronológica e diferente entre os sexos”.

A adolescência é um período caracterizado por mudanças contínuas e inevitáveis e cabe ao adolescente responder positivamente a essas mudanças, adaptando-se às mesmas.

Mudar implica o abandono de identificações e a aquisição de novas competências; ao prazer de mudar pode associar-se, por vezes, a dor que a mudança pode provocar. Uma avaliação adequada facilita a intervenção terapêutica e permite, tanto ao adolescente, como a quem cuida dele, sentir-se mais compreendido e acompanhado e, portanto em menor risco.

O desenvolvimento saudável dos adolescentes é um marco importante na vida de qualquer comunidade. Muitos comportamentos que fazem parte dos estilos de vida dos adolescentes (consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas, comportamentos sexuais de risco, alimentação não equilibrada, ausência de atividades física, etc.) podem influenciar direta ou indiretamente, a sua saúde a curto, médio e longo prazo (Ferreira, 2008).

O Observatório Português dos Sistemas da Saúde (OPSS) (2010) menciona que “as causas de mortalidade mais relevantes em Portugal apresentam como principais determinantes comportamentos como, o consumo de tabaco, o abuso do álcool, dietas pouco saudáveis, a condução rodoviária de risco, toxicodependência, e inatividade física. Muitas vezes estes comportamentos. Muitas vezes estes comportamentos inserem-se em más condições ambientais, baixo nível socioeconómico e serviços de saúde inadequados”.

Os comportamentos de risco adotados na infância ou na adolescência são muito complicados de erradicar na idade adulta, contribuindo para que nas atuais sociedades desenvolvidas, as doenças crónicas não transmissíveis (doenças cardiovasculares patologias respiratórias crónica, cancro, diabetes mellitus, perturbações da saúde mental, doenças osteoarticulares) constituam hoje a principal causa de mortalidade e morbilidade. Estas doenças são também responsáveis por situações de incapacidade por vezes permanente, perda de qualidade de vida, com expressão muito significativa no consumo de serviços de saúde, dias de internamento, meios complementares de diagnóstico, medicamentos, sendo a nível europeu no ano 2000 de 75% da carga da doença (Direção Geral de Saúde (DGS), 2003).

A etiologia destas doenças assenta num conjunto de fatores essencialmente ligados aos estilos de vida individuais. Intervir sobre estes determinantes constitui uma estratégia de saúde essencial para obter ganhos significativos em saúde a médio prazo, no que se refere à prevalência das doenças crónicas, dos custos económicos individuais e sociais que lhe estão relacionados (DGS, 2003).

No que se refere à promoção da saúde, “Portugal obteve ganhos de saúde significativos ao longo das últimas três décadas. Continua, no entanto, a persistir um nível importante de morbilidade e mortalidade antes dos 65 anos, que é suscetível de ser melhorado, associado a acidentes, suicídio (sobretudo por patologia mental), a alguns tipos de cancro, a doenças circulatórias, a infeções e a asma outras doenças respiratórias. Muita desta morbilidade e mortalidade é suscetível de intervenções preventivas, de promoção da saúde e de terapêuticas efetivas.” OPSS (2010).

Segundo o Ministério da Saúde (2004), na esfera da saúde infantil e no que se refere às orientações estratégicas refere-se a necessidade de intervir através do reforço permanente de medidas da promoção da saúde e da prevenção do consumo de substâncias lícitas e ilícitas, realçando a necessidade de reforçar as atividades desenvolvidas na saúde escolar.

A adoção de estilos de vida saudáveis contribui para uma diminuição da ocorrência de comportamentos menos adequados e caracterizam-se por tudo o que contribui para o bem-estar e desenvolvimento do indivíduo a nível biopsicossocial (Ferreira, 2008).

A estratégia Europeia para a Saúde e Desenvolvimento da Criança e do Adolescente recomenda a recolha de informação, a análise das tendências temporais e a comparação com outros países, processos fundamentais na identificação de intervenções efetivas nestes grupos etários. (Machado e Outros 2011:196).

Uma das formas mais subtis de influenciar os comportamentos saudáveis do adolescente é através do marketing social que influencia as mudanças de comportamentos de risco para estilos de vida saudáveis.





A investigação nesta área tem sido imensa, vários são os estudos na área dos adolescentes (ver por exemplo Gomes, 2011; Vinagre, 2011; Fontes, 2007; Correia, 2006; Schenker e Minayo, 2005). Contudo, nenhum conjuga o marketing com a adolescência tendo como premissa obter ganhos em saúde. Neste contexto parece pertinente o estudo a realizar, **“Estilos de Vida dos Adolescentes e a Percepção da Influência do Marketing Social”**. Considera-se o tema importante pois é na adolescência que o indivíduo se encontra mais suscetível a todas as influências do meio externo.

Para a concretização desta investigação delinearão-se os seguintes objetivos:

- ☐ Identificar a existência de comportamentos de risco nos adolescentes que frequentam a consulta de adolescentes do Centro Hospitalar Médio Tejo - Unidade de Abrantes (CHMT-Abrantes);
- ☐ Analisar a percepção de campanhas de marketing social nos estilos de vida dos adolescentes;
- ☐ Identificar quais as áreas em que os adolescentes necessitam de secções de educação para a promoção de estilos de vida saudáveis;
- ☐ Aferir a importância para os adolescentes em ter um enfermeiro de referência disponível na consulta de adolescentes do CHMT-Abrantes;

Pois, como refere Fortin (2003:17) *“de todos os métodos de aquisição de conhecimentos, a investigação científica é o mais rigoroso e o mais aceitável, uma vez que assenta num*

*processo racional*". Esta investigação pretende dar resposta às seguintes questões de investigação:

-  Quais os estilos de vida dos adolescentes que frequentam a consulta de adolescentes do CHMT-Abrantes?
-  Quais os comportamentos de risco dos adolescentes que frequentam a consulta de adolescentes do CHMT-Abrantes?
-  Qual a percepção das campanhas de marketing social nos comportamentos relacionados com estilos de vida saudáveis nos adolescentes?
-  Qual a importância para o adolescente em ter disponível um serviço, para o atender?

O presente trabalho está estruturado em quatro capítulos. No primeiro capítulo apresenta-se o enquadramento teórico define-se o conceito de adolescência e o seu desenvolvimento, os estilos de vida e os comportamentos de risco na adolescência, a importância do marketing social nos comportamentos do adolescente, papel do enfermeiro na promoção da saúde e qualidade nos serviços de saúde. O segundo capítulo aborda a metodologia da investigação, o terceiro capítulo reporta-se à apresentação e discussão dos resultados, o quarto capítulo reporta-se à conclusão, limitações do trabalho e alusões futuras.

# **CAPÍTULO 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## **1. ADOLESCÊNCIA**

A Palavra adolescência deriva do verbo latino adolescere que significa “crescer” ou “crescer para a maturidade”. A adolescência é um período de transição, em que o indivíduo se modifica física e psicologicamente de criança para adulto.

Na realidade, existem várias definições de adolescência dado ser um período de vida de um indivíduo com limites mal definidos. Na sociedade o adolescente não é reconhecido como adulto e também não pode ser considerado como criança (Gomes e Sousa,2005).

A adolescência pode ser considerada a fase que medeia a infância da idade adulta, podendo ter um início, duração e fim variado. É uma fase caracterizada por profundas alterações a nível biológico, psicológico e social. Biologicamente, há um crescimento anatómico significativo, bem como o desenvolvimento dos caracteres sexuais. A nível psicológico, pode observar-se um desenvolvimento cognitivo acompanhado pela consolidação da personalidade. Socialmente, a adolescência é um período de preparação intensa para a idade adulta (Nelson 1994).

Definir a adolescência continua a ser difícil, uma vez que a sua delimitação etária é difícil de estabelecer. Existem diferenças que se dividem entre os contextos culturais, género masculino/feminino, meio geográfico e condições socioeconómicas. Há grandes variações de indivíduo para indivíduo, há puberdades muito precoces, outras muito tardias, cada indivíduo tem o seu ritmo de maturação. Pode-se afirmar que a adolescência começa com a puberdade, atualmente não se pode dizer quando termina. Dizer que a adolescência acaba quando se passa a “ser jovem adulto” é, na sociedade contemporânea ocidental, difícil de definir. Esta passagem à vida adulta vai depender de fatores determinantes como sendo biológicos, afetivos, socioculturais, entre outros (Nelson 1994).

Ferreira (2008) refere que a adolescência se inicia nos primeiros indícios físicos da maturidade sexual (puberdade) e termina com a realização social na situação de adulto independente. Fonseca (2002) vai mais longe referindo que a fase da adolescência tem três subfases, a inicial, que corresponde a um período dos 12 aos 15 anos, em que o adolescente se adapta às transformações corporais, a fase intermédia, dos 15 aos 18 anos em que o adolescente demonstra a necessidade de se tornar emocionalmente independente e a tardia dos 18 aos 20 anos na qual o adolescente procura assumir a sua identidade sexual.

Segundo Sampaio (1999), a perspetiva do desenvolvimento permite situar vários estádios na adolescência. Cada estádio está associado a um número de competências que é necessário adquirir para passar ao estádio seguinte. Estas competências conduzem à execução de determinadas tarefas que quando resolvidas positivamente promovem o bem-estar e o

sucesso de tarefas futuras. Esta resolução de tarefas é determinada essencialmente pela maturação física e pelas pressões socioculturais.

É na adolescência que ocorrem as maiores transformações do indivíduo a nível físico. As transformações iniciais demoram mais ou menos cerca de dois anos, nos quais ocorrem mudanças corporais. O desenvolvimento da maturidade sexual é o processo mais importante e mais visível nesta fase da vida (Nelson, 1994).

Gomes (2011: 25) citando Mourão e Sousa (2007) refere "A duração do período em que decorrem as transformações físicas da pubescência e da puberdade varia de pessoa para pessoa, e a maior parte das mudanças são completamente diferentes nos dois sexos".

Existe, entre as raparigas e os rapazes cerca de um ano e meio de diferença de idade média no que respeita à chegada da puberdade. Esta diferença está relacionada com a estatura, que é, estatisticamente, mais elevada nos rapazes. Regra geral, só se cresce significativamente durante cerca de 5 anos após a puberdade. Assim o processo pubertário é mais precoce nas raparigas, pelo que deixam de crescer mais cedo Gomes (2011).

As transformações que ocorrem na puberdade são da responsabilidade do sistema endócrino. São as hormonas segregadas pelas glândulas sexuais (estrogénios e progesterona nas raparigas e testosterona nos rapazes) que vão causar as transformações corporais. Esta atividade manifesta-se principalmente pelos conhecidos caracteres sexuais primários e secundários. Os caracteres sexuais primários são responsáveis pelo desenvolvimento sexual, ou seja, desenvolvimento dos órgãos reprodutores e genitália externa. Os caracteres sexuais secundários manifestam-se pelas alterações externas Nelson (1994).

A maioria dos adolescentes, perante todas estas transformações vive situações de grande ansiedade. É muito comum não apreciarem algumas características físicas como o cabelo, a cara, o peso, o nariz, a altura. A forma como cada um se percebe a si é influenciada pelo meio. Alguns adolescentes sentem necessidade de se afirmarem como diferentes, adotando diferentes formas de vestir, diferentes comportamentos e atitudes.

Nelson (1994) menciona que a teoria psicanalista tradicional afirma que este é um período de inquietação caracterizado pelo anseio de independência, busca da identidade e maturidades sexuais e rejeição das imagens e valores dos pais para solidificar a estrutura da personalidade. O adolescente vai interessar-se por problemas éticos e ideológicos, vai debatê-los, fazer opções e construir os seus próprios valores. A lealdade, a coerência, a justiça social, entre outros são alguns dos valores definidos e revoltam-se frequentemente quando a sociedade não se ajusta às suas ideias e ideais. A tarefa do adolescente é alcançar a sua identidade, que vai ajudá-lo a definir e a decidir quem ele é e para onde quer ir. A construção da identidade passa, essencialmente por um processo de identificação e de diferenciação.

Esta etapa caracteriza-se por uma constante alteração do humor, em que existe alternância entre estados de euforia e estados de melancolia com crises de choro. Sentem-se vítimas na maioria das vezes, experimentando, muitas vezes a sensação de vazio, sentindo-se desprotegidos sem compreenderem os seus afetos.

A nível intelectual, o adolescente obtém uma maturidade, atingindo o pensamento abstrato. O exercício destas novas capacidades cognitivas da abstração, de refletir antes de agir, pode permitir uma distância relativamente aos conflitos emocionais. O gosto pela fantasia e pela imaginação dá origem a uma melhor compreensão de si próprio e do mundo.

A adolescência é uma fase importante no processo de consolidação da identidade pessoal, da identidade psicossocial e da identidade sexual. O sentido da identidade, segundo é o sentido intrínseco Erikson (1987).

É com uma certa desorientação entre avanços, hesitações e recuos que se fazem importantes experimentações de afirmação do ego, na construção da identidade. Cada adolescente constrói o seu “eu” tendo como base “outros” significativos”. A identidade constrói-se das experiências vividas (Nelson:1994).

Na infância, os seus modelos são os pais, na adolescência são os seus pares. A escola vai ser a maior causa de separação entre pais e filhos adolescentes. Cada vez mais o adolescente vai caminhando para o seu mundo no qual os seus pais não se encaixam e não o partilham. A casa passa a ser vista como base e a escola como o seu mundo onde se encontra com o seu grupo de amigos. Aos pais cabe compreender as súbitas e frequentes mudanças do adolescente, no que respeita às amizades, à aparência e aos interesses, sem com isso pôr em causa a sua autoridade como pais (Nelson:1994).

A amizade tem um papel muito importante, é muito investida a nível de afetos. Por regra, o melhor amigo é do mesmo sexo e é o maior confidente e conselheiro pois com este pode partilhar todas as suas inquietações. A adolescência é uma fase em que existe uma grande sensibilidade, em especial à opinião do par e à constante comparação com o grupo. Um pequeno desvio, quer este seja real ou imaginário, é o suficiente para o adolescente se sentir inferiorizado, baixar ou mesmo perder a sua autoestima. Hagel (2007)

O grupo de pares pode ser positivo quando apresenta ao adolescente bons modelos de identificação. No entanto, esta relação também pode ser negativa quando o jovem depende muito do grupo.

Também se vive nesta etapa o primeiro namoro, existindo um grande investimento nas relações amorosas. Estas experiências permitem uma definição das orientações sexuais bem como fazer escolhas amorosas para ligações com perspectivas futuras

A família tem como principal função inserir os seus membros na sociedade e ser criadora das relações primárias, influenciando a forma como o adolescente reage à vasta oferta de produtos ilícitos. (Schenker e Minayo 2005).

Há vários fatores que associados vão ajudar o jovem a desenvolver a sua adaptabilidade, segurança, autonomia e criatividade. Essa ajuda é fornecida através da rede de apoio da comunidade e familiar. O funcionamento da família afeta a vida dos adolescentes de modo positivo ou negativo. A família tem um papel muito importante como fator de proteção pode-se referir o bom relacionamento familiar, a competência materna, o apego, a transmissão de valores e a existência de atitudes positivas face à educação dos filhos e ao seu

futuro. Estas atitudes promovem um melhor desempenho escolar e ajudam o jovem a ser socialmente competente (Nelson1994).

### **1.1. COMPORTAMENTOS DE RISCO E ESTILOS DE VIDA NA ADOLESCÊNCIA**

A capacidade dos adolescentes decidirem sobre os comportamentos de saúde e os adotarem, é tanto maior quanto o interesse de participar e intervir no ambiente social, educacional e físico em que se movimentam (OMS, 1999).

A família e o grupo de pares são as principais fontes influentes do adolescente, no que respeita às atitudes e comportamentos relacionados com a saúde.

As relações familiares saudáveis desde o nascimento da criança e em particular na adolescência servem como fator de proteção para a vida (Schenker e Minayo 2005).

Os adolescentes escolhem os pares que sejam semelhantes a eles e tenham as mesmas atitudes, preferências e comportamentos. O grupo de pares toma assim a dianteira como principal fonte de escolha de comportamentos (Ferreira, 2008).

Segundo (Rodrigues 2004) a adolescência é um período complexo e de considerável risco para a saúde, mas também pode ser um período para intervenção significativa de promoção de saúde e de estilos de vida saudáveis. Os comportamentos de saúde e os estilos de vida na idade adulta são, o resultado do produto de desenvolvimento durante a adolescência.

Segundo Hagel (2007), testar limites, questionar normas e valores, adaptar-se às pressões externas, lidar com novas dúvidas e emoções, desafiar o próprio corpo, pondo-o à prova, são experiências vividas durante as diferentes etapas da adolescência. O mesmo autor continua referindo que um comportamento de risco pode ser definido como a forma de um indivíduo se comportar e conduzir as suas atitudes em relação ao meio ambiente, sendo um conjunto de experiências integradas.

Schenker e Minayo (2005:708) definem risco como sendo “ uma consequência da livre e consciente decisão de se expor a uma situação na qual se procura a realização de um bem-estar ou de um desejo, em cujo percurso se inclui a possibilidade de perda ou ferimento físico, psicológico ou material”.

As variáveis associadas à possibilidade de ocorrência de resultados negativos para a saúde, bem-estar e desempenho social designam fatores de risco (Schenker e Minayo, 2005:708)

A expressão comportamentos de risco pode ser definida como a participação em atividades que possam comprometer a saúde física e mental do adolescente. Muitas dessas atividades podem ter apenas um carácter exploratório. A atração pelo desconhecido e a necessidade de testar limites (pisar o risco) é muito característico dos jovens. No entanto, estes comportamentos não identificados precocemente podem levar à consolidação destas atitudes, com consequências a nível individual, familiar e social (Feijó,2001).

Durante o período da adolescência, a maioria dos indivíduos experimenta comportamentos de risco e comportamentos saudáveis. A adolescência gera um potencial elevado para a imprudência (Ferreira, 2008).

Há autores que defendem que os comportamentos de risco são uma tentativa dos adolescentes encontrarem o prazer supremo. Os comportamentos de risco são todos os comportamentos com resultados negativos para a saúde e para o desenvolvimento dos próprios adolescentes (OMS, 1986).

Ferreira (2008) refere que a elevada taxa de morbidade e mortalidade nos adolescentes são devidas a causas preveníveis e resultantes dos estilos de vida praticados, pois nas últimas décadas poucos foram os adolescentes que morreram de causas naturais.

O conceito de risco deve ser o mais abrangente possível. A avaliação deve contemplar aspetos do comportamento individual, como hábitos, meio em que está inserido, através dos seus grupos de referência (escola, amigos, trabalho), características hereditárias ou congénitas, associadas à condição de saúde. (Schenker e Minayo 2005)

Podemos considerar que os comportamentos de risco na adolescência envolvem principalmente o consumo de tabaco, o consumo de álcool e drogas, os acidentes, em especial os rodoviários, os comportamentos sexuais de risco, o sedentarismo, os hábitos alimentares e o suicídio. Estes fatores podem alterar a vida dos jovens de muitos modos para sempre. A maneira como as pessoas compreendem a realidade social, designadamente interpessoal, depende das capacidades cognitivas que determinam diferentes modos de organizar e integrar a sua experiência de relacionamento com os outros e de construir sentimentos a partir dessa experiência.

Estas capacidades variam ao longo do desenvolvimento de cada indivíduo, sendo a adolescência uma fase considerada crítica, de mudanças profundas e características especiais. Posto isto, podemos questionar porque é que alguns adolescentes expostos a situações de risco pessoal e social se desenvolvem adequadamente, tornando-se adultos saudáveis e responsáveis. Aos adolescentes que tiveram força para enfrentar as dificuldades do ambiente e responderam a desafios ultrapassando o impacto negativo dos riscos, chamamos *resilientes*. Pinto (2010)

A resiliência tem origem no latim, e significa “recusar vivamente”, Pinto (2010:1) caracteriza a resiliência “pela capacidade de determinado sujeito ou grupo passar por uma situação adversa, conseguir supera-la e sair dele fortalecido”.

Esta capacidade de adaptação representa uma oportunidade de melhorar, incentivando o indivíduo a enfrentar o risco.

Os adolescentes ao vivenciarem fatores de risco desenvolvem distúrbios, problemas de conduta e/ou desequilíbrio emocional são chamados *vulneráveis*. Schenker e Minayo (2005)

Há vários fatores que, associados vão ajudar o jovem a desenvolver a sua adaptabilidade, segurança, autonomia e criatividade. Essa ajuda é fornecida através da rede de apoio da comunidade e familiar. A família tem um papel muito importante no desenvolvimento da resiliência nos três contextos referidos. Como fatores de proteção

podemos referir o bom relacionamento familiar, a competência materna, o apego, a transmissão de valores e a existência de atitudes positivas face à educação dos filhos e ao seu futuro. Estas atitudes promovem um melhor desempenho escolar e ajudam o jovem a ser socialmente competente, (Schenker e Minayo 2005).

O estado de saúde associa-se a práticas saudáveis como horas de sono, regularidade das refeições, atividade física, consumo de tabaco e álcool. As pessoas mais ativas são mais predispostas a assumirem comportamentos saudáveis (Silva, 2004).

A adolescência, tempo de clarificação de valores e de tomada de decisões, é uma etapa fundamental na aquisição e consolidação de estilos de vida saudáveis ou não saudáveis, dependendo das escolhas efetuadas pelos adolescentes (Newman e outros, 2008). Braren e Fletcher (1999) continuam referindo que é um período durante o qual se estabelecem vários hábitos de vida que tendem a ser mantidos na idade adulta, onde se tornam mais difíceis de alterar. Durante esta fase da vida consolidam-se algumas tendências comportamentais adquiridas na infância e incorporam-se outras provenientes dos modelos sociais e familiares.

A OMS define estilo de vida como “um conjunto de estruturas mediadoras que refletem uma totalidade de atividades, atitudes e valores sociais” ou como “um aglomerado de padrões comportamentais, intimamente relacionados, que dependem das condições económicas e sociais da educação, da idade e de muitos outros fatores”.

O Ministério Da Saúde (2004), caracterizou os estilos de vida como “um conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, apreendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados, ao longo do ciclo de vida” (Despacho nº 1916/2004).

O relacionamento parental, baseado na confiança, na expressão de sentimentos, na existência de normas claras e negociadas e o clima familiar favorável têm muita influência para um estilo de vida saudável do adolescente. Também a importância e a influência dos amigos tem de ser considerada na adoção de estilos de vida, sem que isso implique uma diminuição da influência familiar Matos (2006).

O conceito de estilo de vida, segundo assume igualmente um lugar importante no contexto da promoção da saúde e prevenção da doença Matos (2006).

Parece consensual, entre os especialistas da área da saúde, que o estilo de vida é caracterizado por um conjunto de hábitos e comportamentos, adotados pelo indivíduo da sociedade moderna. Esta adoção de estilo de vida tanto pelos adolescentes como pelos jovens adultos, ou mesmo adultos, constitui um dos principais fatores responsáveis pelas orientações relacionadas com o perfil de morbilidade e mortalidade nas últimas décadas (Ferreira, 2008).

A saúde de qualquer adolescente depende única e exclusivamente do comportamento por este adotado, sendo este influenciado pelo ambiente em que vive. Um estilo de vida saudável é uma forma de viver que diminui o risco de contrair uma doença grave ou morrer precocemente e que ajuda o indivíduo a considerar mais os aspetos positivos da sua vida.

A prática regular de exercício físico, alimentação saudável vida sem tabaco, sem ingestão de álcool ou consumo de substâncias ilícitas constituem aspetos fundamentais para a

saúde e bem-estar, constituindo os pilares essenciais para um estilo de vida saudável (DGS 2007).

Os comportamentos de risco que os adolescentes podem adotar são de seguida desenvolvidos.

### **1.1.1 Hábitos Alimentares**

O adolescente nesta fase da sua vida pode ainda não ter estabelecido a sua imagem corporal apresentado dificuldades em considerar importante ter condutas de cuidados com a saúde física, não aderindo a orientações alimentares, atividade física e a tratamentos. (Feijó, 2001)

A estratégia Global de alimentação Atividade física e saúde foi promovida pela OMS com a finalidade da promoção da saúde e da prevenção das doenças crónicas ligadas à obesidade e alimentação e aprovada por 192 países na Assembleia Mundial de Saúde Realizada em Maio de 2004.

Em relação à alimentação, a OMS na Estratégia Global recomenda:

- ✓ Controlar o balanço energético (equilibrar as calorias ingeridas e gastas pelo organismo) e o peso saudável;
- ✓ Limitar o consumo de gorduras totais, substituir o consumo de gorduras saturadas por insaturadas
- ✓ Aumentar o consumo de frutas, vegetais, cereais integrais;
- ✓ Limitar o consumo de açúcares livres;
- ✓ Limitar o consumo de sal (sódio) de todas as fontes e assegurar que o sal seja iodado.

O baixo consumo de frutas e vegetais está entre os dez principais fatores de risco associados à ocorrência de doenças crónicas não transmissíveis. O aumento do consumo desses alimentos traz impactos positivos sobre a saúde. Recomenda-se o consumo de pelo menos cinco porções diárias de frutas e legumes (cerca de 400g) e que a proteção é maior quanto maior for o consumo desses alimentos.

Machado e Outros (2011:195) segundo os resultados dos indicadores do Plano Nacional de Saúde (PNS) mencionam que em 2010 o consumo de vegetais e fruta, foi maior nas raparigas vegetais (30,0% vs. 17,2%), fruta: (45,0 vs. 38,0%). Os rapazes consumiram mais refrigerantes (25,6 %vs. 20,8%) e doces (17,8 vs. 17,2%) ". Em suma observou-se de 1998 para 2010, uma diminuição do consumo diário de fruta (91,9% para 41,6%), vegetais (55,5% para 26,8%), refrigerantes (49,1% para 23,1%) e Doces (57,4 %para 17,5%).

A DGS (2007) citando a OMS a obesidade é considerada uma doença crónica, não sendo característica de nenhum continente específico pois está presente em todos os continentes. Esta doença é considerada um grave problema de saúde pública na Europa e em todo o mundo, sendo considerada como a epidemia do século XX.

A prevalência da obesidade infantil em Portugal e segundo a fonte acima referia, é de 32%, com excesso de peso entre os 7 e os 8 anos e idade. Destes 11% são considerados obesos.

Em Portugal os custos diretos com esta doença representam 3,5% das despesas totais da saúde. DGS (2007)

A indicação da DGS para a prevenção da obesidade tem o seu incremento na mudança de estilos de vida sendo as indicações as seguintes:

- ✓ Medidas que abrangem a promoção de estilos de vida saudáveis, a incidir de imediato nas crianças e jovens para que os seus efeitos sejam observados nos próximos 4 a 5 anos.
- ✓ Deve-se controlar esta epidemia até 2015 segundo a Carta Europeia da Luta contra a Obesidade (DOC Eur/06/5062700).
- ✓ A prevenção e controlo desta doença alcançar-se-á pela mudança dos estilos de vida assente em três pilares.
  - **Programa alimentar** - A Alimentação deve ser equilibrada e nutritiva, rica em vitaminas. Reduzir consumo de açúcares e sacarose preferindo hidratos de carbono como pão, arroz, massas. Reduzir consumo de carnes gordas e vermelhas preferindo as carnes brancas e magras. Consumir em todas as refeições do dia vegetais frescos ricos em fibra e utilizar dietas ricas em cereais completos. Evitar a ingestão de álcool ou refrigerantes, preferindo água em abundancia durante o dia, ou sumos naturais sem adicionar açúcar.
  - **Incremento da atividade física e desportiva** - Praticar 30 minutos de atividade física moderada, de preferência diários.
  - **Programa educativo, escolar e institucional** - Desenvolver estratégias para o ensino de hábitos saudáveis, saúde física, bem-estar social envolvendo a família. Incentivar a comportamentos individuais e coletivos para implementar distribuidores automáticos de fruta e saladas nas escolas e cafetarias com preços inferiores aos praticados noutros estabelecimentos. Incentivar a leitura das etiquetas dos produtos sobre a percentagem calórica e dosagem dos diferentes nutrientes. Evitar o uso de consolas, PSP's, computador, consumo de televisões, que predispõem ao sedentarismo (Direção Geral Saúde, 2007).

Todas as oportunidades são boas para corrigir hábitos alimentares desequilibrados e promover a atividade física, combatendo o sedentarismo. Consiste num problema familiar qualquer abordagem num dos elementos poderá beneficiar todos os membros da família. (DGS, 2006).

#### 1.1.2. Atividade Física e de Lazer

À atividade física e de lazer estão associadas uma baixa competitividade e consistem em atividades que são realizadas no tempo livre como andar de bicicleta, passeios a pé, canoagem, entre outras. A prática de exercício físico regular contribui para a saúde dos indivíduos e conseqüentemente para a sua qualidade de vida (DGS,2007).

A nível mundial mais de 60% dos indivíduos não exerce os níveis mínimos considerados suficientes de atividade física benéfica para a saúde. As mulheres, idosos e pessoas com incapacidades ou recursos sócio económicos baixos constituem o grupo onde o sedentarismo prevalece. Os indivíduos que não praticam a atividade física mínima recomendada incorrem no risco de 1,5 vezes mais de ter uma doença cardio-respiratória (DGS,2007).

Nas sociedades desenvolvidas tem-se assistido ao aumento do sedentarismo, em paralelo com este sedentarismo das sociedades ocidentais assiste-se ao aumento da obesidade (Padez 2002). Esta patologia foi considerada pela OMS como a epidemia do século XXI (Frota 2007).

Cerca de 20% da população europeia é obesa, o crescimento desta doença tem sido constante verificando-se cerca de 400.000 crianças por ano a juntar a 45 milhões já existentes com excesso de peso (Frota, 2007).

A obesidade existe em todos os grupos etários, a sua prevenção é mais importante que trata-la e deve iniciar-se na educação infantil (Frota, 2007).

O Instituto do Desporto Portugal (IDP) (2011:1) menciona que o “sedentarismo aumenta a morbilidade e a mortalidade e reduz a qualidade e o tempo de vida, sendo imprescindível que os Estados-membros da União Europeia desenvolvam planos nacionais de promoção da atividade física de forma a intervir e implementar medidas de fundo que, a médio e longo prazo, combatam de forma eficaz este problema e diminuam a percentagem da população sedentária.”

Um estudo realizado pelo Observatório Nacional da Atividade Física publicado pelo Instituto do Desporto de Portugal, I.P., no Livro Verde da Atividade Física, concluiu que a situação da Atividade Física em Portugal não é preocupante no que respeita a idade adulta mas denota insuficiência nos idosos e torna-se preocupante no que respeita às idades mais jovens. Refere este estudo que em Portugal nas mulheres e nos homens adultos o tempo médio despendido é igual ou superior ao recomendado (30 minutos por dia). Na população idosa observa-se uma menor prevalência de pessoas suficientemente ativas que fica aquém do desejável. Nos homens verifica-se uma prevalência de 45% e nas mulheres uma prevalência de 28% (IDP 2011).

O mesmo estudo menciona que nos jovens, “só os rapazes com 10-11 anos são suficientemente ativos (prática de pelo menos 60 minutos de atividade física de intensidade moderada e vigorosa). As raparigas ficam aquém da prática de 60 minutos por dia de atividade física de intensidade moderada e vigorosa” (IDP 2011:6).

Os benefícios da prática regular de atividade física e desportiva são cada vez mais evidentes e do conhecimento de todos. De acordo com os Euro barómetros em 2004 34% da população com mais de 15 anos referia ter feito exercício físico ou praticado desporto e em 2009 este valor aumentou para 45% (IDP 2011)

Frota (2007) menciona que os benefícios que se obtêm da prática regular da atividade física, quer para o indivíduo quer para o sistema económico Os benefícios a nível individual são:

- ✓ Reduz o risco de morte prematura ou cardíaca;
- ✓ Reduz o risco de desenvolver doenças cardíacas, cancro e diabetes tipo 2;
- ✓ Ajuda a prevenir e reduzir a hipertensão, controlar o peso diminuindo o risco de obesidade, a osteoporose e o risco de fratura do colo do fémur nas mulheres;
- ✓ Reduz o risco de dores lombares, dos joelhos e ajuda o tratamento de outras situações dolorosas;
- ✓ Ajuda o crescimento e manutenção do sistema músculo-esquelético;
- ✓ Reduz o stress, ansiedade e depressão, promovendo o bem-estar físico psíquico e social;
- ✓ Ajuda na prevenção e controle dos comportamentos de risco em especial nos adolescentes e crianças (alimentação não saudável, tabagismo, consumo de álcool e estupefacientes).

Os benefícios da prática de atividade física a nível económico segundo consistem:

- ✓ “Aumenta a produtividade
- ✓ Melhora o ambiente físico e social;
- ✓ Reduz os custos nos sistemas de saúde”.

O adolescente deve ser incentivado a praticar exercício físico, alertando-o para os seus benefícios na prevenção de doenças e na melhoria do seu bem-estar. A prática regular do exercício beneficia o adolescente quer a nível físico, social e mentalmente. Para usufruir destes benefícios o indivíduo deve praticar 30 minutos diários de exercício, acrescentando mais 20 minutos no caso de crianças e jovens três vezes por semana. (Portal da Saúde 2007).

As Playstations, o computador, a internet e a televisão são componentes que levam ao sedentarismo dos adolescentes. Se na escola passam o dia sentados, a vida em casa nem sempre é mais ativa. Em Portugal os adolescentes vê 2 ou mais horas de televisão aos dias de semana, 70% aos 11 anos e 80% aos 15 anos. Quanto ao uso de consolas e computadores o estudo sobre os indicadores do PNS, apenas refere que 50 a 55% dos rapazes utiliza o computador 2 ou mais horas aos dias de semana (Machado e Outros 2011).

### **1.1.3. Consumo de Bebidas Alcoólicas**

A OMS (2005) refere que a nível mundial estima-se que o álcool é a causa anual de 1,8 milhões de mortes e a perda de 58,3 milhões de Anos de vida ajustados por incapacidade (DALY). Conforme o IDT (2010) o álcool é responsável por 195 000 mortes por ano na União Europeia, sendo a percentagem de mortes maiores na faixa etária dos 15 aos 29 anos, sendo mais elevada no sexo masculino (25% a 30%) que no sexo feminino (10% a 15% do número de mortes).

Machado e outros (2011) revelaram que assistiu-se a um aumento do consumo de álcool nos adolescentes, sendo a cerveja a bebida mais consumida (+ 10% nas raparigas e +5% nos rapazes) nas idades dos 13-14 anos. De 2002 a 2010 menos de 1% dos jovens afirmou consumir diariamente bebidas alcoólicas. A percentagem dos que assumiram ter

experimentado aumentou desde 2003 para 2007. A prevalência ao longo da vida aumentou para os rapazes de (52,5% para 55,1%) e para as raparigas de (42,4 para 46,7%).

O custo económico resultante do consumo de álcool nas economias desenvolvidas varia entre 0,5 e 2,7% do produto interno Bruto (PIB). Os custos económicos e sociais resultantes das consequências negativas do consumo do álcool tem levado a uma crescente preocupação dos organismos da União Europeia e da OMS, (IDT 2010).

O Instituto da Droga e Toxicoddependência em 2010 elaborou o Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool (PNRPLA) tendo em conta os pressupostos citados pela Comissão Europeia em 2006, na Estratégia Comunitária para apoiar os Estados-Membros na minimização dos efeitos nocivos do álcool.

Apesar do consumo médio de álcool ter vindo a decrescer na União Europeia (UE), o número de jovens e jovens adultos com consumo nocivo de álcool cresceu na última década. Os modelos de consumo de álcool na zona da UE e principalmente a tendência cada vez maior entre os jovens para o consumo esporádico mas excessivo (*binge drinking*) referidos em muitos países europeus, poderão ter efeitos nocivos sobre a saúde a longo prazo e aumentar o risco de danos sociais (IDT 2010).

Em cada ano na UE o *binge drinking* está relacionado com 2 000 homicídios (4 em cada 10 de todos os assassinios), 27 000 mortes acidentais (que não em acidentes de viação) e 10 000 suicídios (1 em cada 6 do total de suicídios) (Anderson et al., 2008a). Este tipo de consumo não é exclusivo dos jovens e cerca de 80 milhões de europeus com idade superior a 15 anos (mais de 1/5 da população adulta da UE) disse ter praticado *binge drinking* pelo menos uma vez por semana, em 2006. Cerca de 25 milhões de europeus com mais de 15 anos de idade (1 em 15 da população adulta) refere que o consumo *binge* foi o seu padrão habitual de consumo no último mês. Este estudo revela que a proporção da população que iniciou o consumo de bebidas alcoólicas entre os 15 e os 17 anos representava em 2001 cerca de 30%, tendo este valor aumentado para os 40% em 2007.

Os dados do segundo inquérito *Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral*, promovido pelo IDT em 2007, demonstram que, 15,4% dos jovens dos 20 - 24 anos e 11,2% dos jovens dos 15 -19 anos diz ter-se embriagado no último mês e 0,2% dos jovens dos 20-24 anos e 0,5% dos jovens dos 15-19 anos fê-lo 10 vezes ou mais (Balsa et al., 2008) citado em IDT (2010).

O estudo efetuada por Balsa et al. (2008) referido no IDT (2010) refere que em Portugal o consumo tipo *binge* ocorre em todas as idades, mas a sua frequência diminui nos grupos etários mais velhos. Em 48,3% dos jovens dos 15-24 anos registou-se um consumo de 4 a 6 ou mais bebidas numa só ocasião, pelo menos uma vez. Quanto à percepção dos jovens sobre esta matéria, 19,7% dos jovens atribui pouco ou nenhum risco ao consumo de 5 ou mais bebidas alcoólicas num fim-de-semana.

O consumo excessivo de álcool, tabaco e outras drogas pelos adolescentes tem vindo sucessivamente a aumentar. O álcool, muitas vezes associado ao tabaco e à droga, pode surgir como uma chamada de atenção, mas também como forma de integração no grupo de

pares. O consumo destas substâncias também pode estar relacionado com a tentativa de ultrapassar algumas inibições e reforçar a sua participação no grupo. De facto, a autoestima, o “locus de controlo”, a impulsividade, a depressão e outros problemas emocionais do jovem, têm vindo a ser relacionados com o uso e abuso de álcool, (Lewis e Wolkmar, 1993).

Sendo a adolescência uma fase importante do desenvolvimento físico e construção da personalidade, a ingestão de drogas vai interferir no desenvolvimento harmonioso de cada jovem, alterando o seu estado de saúde individual, familiar e social.

Novas intervenções adequadas à população alvo devem ser planeadas. Além da informação acerca dos riscos destas dependências, os jovens devem ser ajudados a analisar as suas atitudes e comportamentos de abuso de substâncias, de modo a favorecer a tomada de decisão consciente e responsável. A presença e apoio da família, da escola e do grupo de pares é fundamental no sentido de ajudar o jovem a sentir-se menos vulnerável ao uso destas substâncias.

O plano nacional para a redução dos problemas ligados ao álcool (2009-2012) realizado pelo IDT (2010) refere que na elaboração de uma política para a diminuição dos problemas ligados ao consumo nocivo de álcool haverá que definir intervenções sobre as determinantes (individuais, familiares, sociais) numa perspetiva adequada tendo em consideração os atuais contextos culturais e económicos e os sistemas de saúde inerentes.

Na Carta Europeia sobre o Álcool, a OMS estabelece ainda que:

- ✓ Todas as pessoas têm direito a uma informação e educação imparciais, iniciadas tão cedo quanto possível, sobre as consequências do consumo do álcool na saúde, na família e na sociedade.
- ✓ Todas as crianças e adolescentes têm o direito a crescer num ambiente protegido das consequências negativas do consumo de álcool.
- ✓ Todas as pessoas que não consomem álcool por escolha pessoal ou por razões de saúde têm o direito de ser protegidas de pressão para beber, de publicidade agressiva e devem ser apoiadas ativamente na sua decisão.

A Organização Mundial de Saúde: Postula na sua Constituição que “um dos direitos fundamentais de qualquer ser humano é usufruir dos níveis de saúde mais elevados, sem distinção de raça, religião, crenças políticas ou condições socioeconómicas”.

A Carta Europeia de 1995 sobre o álcool estabelece que “todas as pessoas têm direito a uma família, comunidade e ambiente laboral protegidos dos acidentes, da violência e de outras consequências negativas do consumo de álcool”.

A Declaração de Estocolmo de 2001, sobre Jovens e Álcool, refere que as políticas de Saúde sobre álcool “devem ser formuladas com base no interesse da saúde pública sem a interferência de interesses comerciais”.

#### **1.1.4. Consumo de Tabaco**

O consumo do tabaco geralmente tem início na adolescência ou idade adulta, após um período de experimentação irregular, muitos jovens ficam dependentes da nicotina passando a consumir regularmente.

Os motivos que se podem apontar como importantes para o jovem começar a fumar são: curiosidade, influência dos pares (fazer o que os outros fazem), facilitar a comunicação e a integração, necessidade de afirmação (autoconfiança), a publicidade, entre outros. O consumo de tabaco nos últimos anos tem-se aproximado entre os rapazes e raparigas (Vinagre 2007).

“O consumo de tabaco está associado ao aparecimento de cancro em diferentes localizações, bem como, de múltiplas patologias do foro respiratório e cardiovascular. Estas patologias surgem cerca de dez a vinte anos após o início do consumo de tabaco, pelo que o impacto da Lei em termos de morbilidade e mortalidade apenas se fará sentir a médio e longo prazo” (INFOTABAC, 2011:27)

Machado, Nicolau e Dias (2009) após um estudo baseado nos dados obtidos do inquérito Nacional de Saúde realizado em 2005 e 2006 concluíram que 20,6% da população portuguesa residente em Portugal com 15 anos e mais de idade era fumadora. O mesmo estudo refere ainda que nas mulheres a prevalência mais elevada ocorre na região de Lisboa e Vale do Tejo 15,3%. O estudo descreve que existem fatores determinantes na predisposição de ser fumador tais como: idade, região de residência e situação perante o trabalho. No que refere à idade, os indivíduos do sexo masculino com idades entre os 15 e os 54 anos apresentam um risco maior de serem fumadores. As mulheres também apresentam o risco de serem fumadoras sendo a razão da tendência de 37,5 vezes maior no grupo etário dos 15 aos 34 anos e de 39 vezes mais dos 35 aos 54 anos. Nesta população a idade média de início do consumo de tabaco foi de 17 anos no sexo masculino e de 18 anos no sexo feminino.

A nível do consumo do tabaco o estudo de Machado e Outros (2011) revelou que baixou, a nível do consumo diário de (8,5% para 4,5%) e a experimentação passou de (37,1 para 30,0%).

O tabagismo é uma das principais causas de morte pelas doenças que pode desencadear (cancro do pulmão, bronquite crónica, doenças cardiovasculares, entre outras). Segundo o relatório da OMS “Report on The global tobacco epidemic” (2008), 21% das Mulheres a nível mundial são fumadoras. Tem-se observado a nível mundial um aumento do consumo de tabaco por parte das mulheres que resulta de vários fatores sendo a banalização e aceitação social do consumo, permanentemente reforçados pelas estratégias de marketing dos produtos de tabaco, especificamente direcionadas para os jovens e mulheres, um dos mais importantes.

A Lei Nº 37/2007 de 14 Agosto aprova as normas para a proteção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo. Um ano após a implementação desta lei foi feito um estudo pelo instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2011) que revelou uma tendência para a diminuição da prevalência de fumadores do sexo masculino e a tendência crescente das

mulheres fumadoras. “No período de vigência da Lei do tabaco 4,3% dos indivíduos afirmaram ter deixado de fumar. Por sexo, foram as mulheres que mais deixaram de fumar nos últimos três anos (4,8%) percentagem um ponto mais elevada que nos homens (3,8%). Por grupo etário, o maior decréscimo absoluto de prevalência de fumo foi observado nos mais jovens 15 a 30 anos (5%), também um ponto percentual mais do que nos restantes grupos etários. A maioria dos fumadores (61,7%) afirmou não ter alterado os respetivos hábitos tabágicos”. (INFOTABAC, 2011:27).

Dos inquiridos apenas 38,3% dos fumadores admitiram alteração dos seus hábitos tabágicos, 64% afirmou ter deixado de fumar quando está junto de filhos ou crianças ou de mulheres grávidas. Esta alteração foi semelhante entre homens e mulheres e completamente heterogénea por grupos etários, sendo de 41,9% no grupo etário mais idoso e 82,6% nos mais jovens, traduzindo uma mudança no comportamento. (INFOTABAC, 2011).

As recomendações da OMS consistem em promover nos adolescentes a aquisição de conhecimentos e competências necessárias a nível da prevenção do tabagismo. Os adolescentes fumadores devem ser motivados a deixar de o fazer, uma vez que os benefícios de não fumar estão demonstrados.

#### **1.1.5. Consumo de Estupefacientes**

A adolescência consiste numa etapa da vida propícia para o início do consumo de drogas, seja como experiência, consumo ocasional ou abusivo. O consumo destas substâncias inicia-se cada vez mais cedo, aumentando com a idade, sendo os rapazes quem mais consome (Vinagre 2007).

Os dados nacionais encaixados no contexto europeu e relativos aos estudos de 1995, 1999 e 2003 mostram regra geral, que as prevalências dos consumos entre as populações escolares portuguesas continuam a ser inferiores às médias europeias. (DGS-2005).

No âmbito das populações escolares, os resultados dos estudos nacionais evidenciam que o consumo de drogas diminuiu pela primeira vez em 2006 e 2007 este consumo vinha a aumentar aumentando desde os anos 90, verificando-se em 2010 novamente um aumento do consumo de drogas nestas populações, o que alerta desde já para a necessidade do reforço das medidas preventivas.

Outros estudos realizados em 2006 em meio escolar (6.º/8.º/10.º anos de escolaridade) e do INME (3.º Ciclo e Secundário) vão de encontro quer aos resultados dos estudos do Health Behaviour in School-aged Children (*HBSC/OMS*<sup>1</sup>), quer do European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (*ESPAD*<sup>2</sup>) de 2003 que apresentaram prevalências

---

<sup>1</sup> *HBSC/OMS7* - é um estudo colaborativo da Organização Mundial de Saúde, em 2002 que tem como principal objetivo estudar os estilos de vida dos adolescentes e os seus comportamentos nos vários cenários das suas vidas. Portugal integra este projeto desde 1996 e é membro associado.

<sup>2</sup> *ESPAD* - é um projeto coordenado pelo Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), com o apoio do Grupo Pompidou/Conselho da Europa. Tem como principal objetivo fornecer dados comparáveis sobre prevalências e padrões de consumo de substâncias lícitas e ilícitas em alunos de 16 anos. Portugal tem participado nos vários estudos realizados desde o início do projeto: em 1995, 1999 e 2003.

de consumo de cannabis (9.2% e 15%, respetivamente no primeiro e no segundo estudos) mais elevadas que as das outras drogas. Os estudos equivalentes realizados anteriormente (1998 a nível do *HBSC/OMS* e 1999 no caso do *ESPAD*), ambos evidenciaram aumentos dos consumos das várias drogas.

O relatório Anual (2010:11) refere que “em 2007, os resultados do *ESPAD* (alunos de 16 anos) e do *ECATD* (alunos dos 13 aos 18 anos) uma vez mais evidenciaram descidas dos consumos entre 2003-2007, sendo de assinalar entre outros, no *ESPAD* a descida das prevalências de consumo ao longo da vida a nível de todas as substâncias ilícitas (a de *qualquer droga* passou de (18% para 14%) e no *ECATD* a descida das prevalências de consumo em todas as idades ao longo da vida de *qualquer droga* (por exemplo, nos alunos de 13 anos passou de (4,6% para 3,6%) e, nos de 18 anos, passou de (30,2% para 27,3%) ”.

Segundo o Instituto da Droga e Toxicoddependência (IDT, 2010) verificou-se uma redução da prevalência do consumo de qualquer tipo de droga, no último ano. De acordo com a mesma fonte em 2001 verificou-se uma redução de -8,3% e em 2007 de 7,0% na população jovem dos 15 aos 24 anos.

Em 2007 foi realizado em Portugal o segundo *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral*, Promovido pelo IDT, seis anos após a realização do primeiro, tal como em 2001, a cannabis foi a substância ilícita que registou as maiores prevalências de consumo quer na população total (15-64 anos) quer na população jovem adulta (15-34 anos). A cocaína surgiu como a segunda substância ilícita embora com prevalências de consumo muito inferiores, seguindo-se-lhe o ecstasy. Tal como em 2001, a população jovem adulta apresentou em 2007 prevalências de consumo superiores às da população total.

Os diversos estudos (INME,2006; *ESPAD* e *ECATD*,2007 e *HBSC/OMS*, 2010) mostram que o consumo de cannabis aumentou na faixa etária dos 11 anos de (1,4% para1,6%), mas no geral diminui de 2002 a 2010 (9,2 para 8,8%). O consumo frequente mantém a maior tendência nos rapazes sendo nas idades igual ou superior a 16 anos. Os estudos apresentam uma prevalência mais elevada para o consumo de cannabis em relação às outras drogas, um ligeiro decréscimo a nível da experimentação quer do consumo no último mês anterior à entrevista, Machado e Outros (2011).

Ao nível do sector da saúde, as intervenções breves sobre o consumo de risco e consumo nocivo são as que apresentam uma melhor relação custo/benefício. A eficácia das intervenções do Instituto da Droga e da Toxicoddependência, I.P. 10 em geral está intimamente associada ao conjunto das boas práticas levadas a cabo por profissionais competentes. Após a deteção dos consumos, as intervenções breves correspondem, em termos de evidência, ao tipo de abordagem mais eficaz no contexto de consumo de risco e nocivo a nível dos Cuidados de Saúde Primários (Ribeiro, 2008).

A prevenção tem sido repetidamente anunciada como área de intervenção prioritária, e na qual têm sido investidos consideráveis esforços humanos e financeiros. As estratégias preventivas têm sido realizadas com recurso a mensagens centradas nas substâncias e na sua

diabolização, passando ao lado do facto de estas poderem ser procuradas por alguns jovens que buscam o prazer numa ótica de consumo recreativo sendo o risco maior o de que se transformem no “único” prazer que o indivíduo é capaz de viver. Assim, há que investir em estratégias que preparem os jovens para enfrentar/lidar com os riscos associados ao consumo. Será necessário apostar na qualidade, em programas de “boas práticas” e planejar intervenções para áreas lacunares (DGS, 2005:37)

Das 8 recomendações para o futuro evidencia-se: Desenvolver iniciativas e programas de prevenção com os municípios, as famílias, as escolas, os clubes desportivos, as associações, os locais de diversão (bares, discotecas, etc) e as empresas; Enriquecer os serviços prestados - em diversidade dos públicos-alvo e na regulação dos padrões terapêuticos adotados - atualmente oferecidos pelas redes de centros de tratamento ou de dia e pelas comunidades terapêuticas, melhorando também os sistemas de acompanhamento e avaliação; Clarificar prioridades para os esforços de formação e de investigação, passando a potenciar melhor os seus resultados (DGS, 2005).

Uma das estratégias do Plano de Ação contra as drogas e toxicod dependência (2010) consiste na realização de estudos para avaliar o impacto das políticas na redução do número de toxicod dependentes e na redução do consumo, com a intenção de promover a manutenção da tendência de descida das prevalências de consumo na população e em meio escolar.

#### **1.1.6. Comportamentos Sexuais de Risco**

A puberdade marca o início da vida reprodutiva dos adolescentes, sendo caracterizada por mudanças fisiológicas e psicológicas importantes. Quando é atingido um determinado grau de amadurecimento fisiológico o relacionamento sexual surge natural. No entanto, é importante salientar que, apesar de o organismo estar perfeitamente desenvolvido, o grau de desenvolvimento emocional poderá não ser ainda compatível com estas atividades. Apesar de toda a informação disponível, muitos são os adolescentes que revelam uma enorme ignorância acerca dos temas sexuais, embora sejam conhecedores dos mecanismos que fazem parte do ato sexual. Uma grande parte dos conhecimentos sobre esta matéria é adquirida na escola, no grupo de amigos, o que torna o rigor da informação discutível.

Segundo Antunes (2007) citado por Gomes (2011: 26) segundo a OMS a sexualidade pode ser entendida como “uma energia que nos motiva a encontrar amor, contato, ternura e intimidade. O que faz com que os adolescentes tenham grande curiosidade pelo sexo querendo experimentar porque para eles é um desafio e um sinal de maturidade.

Gomes (2011) refere um estudo feito em Portugal por Matos et al (2006) revelou que a maioria dos adolescentes iniciou a sua atividade sexual aos 14 anos idade. No mesmo estudo também foi revelado que 82% das raparigas iniciaram a sua atividade sexual aos 16 anos.

O início da atividade sexual predispõe o adolescente a outros riscos tais como: risco de uma gravidez prematura e o de doenças sexualmente transmissíveis pelo Vírus da Imunodeficiência Adquirida (VIH), Sífilis, Cancro do colo do útero- Condiloma Acuminado ou

HPV sendo este, a segunda causa de morte por cancro nas mulheres em Portugal. Carvalho (2005) citado por Gomes (2011) diz que possuem maior risco os que iniciaram precocemente a sua atividade sexual, que têm vários parceiros e não realizam nenhum rastreio de prevenção.

Gomes (2011) menciona o estudo de Monteiro e Raposo (2005) onde se verificou que o uso do preservativo permaneceu elevado, já nas mulheres houve uma tendência para substituir o preservativo pela pilula.

A gravidez na adolescência foi 4,2% em 2009 sendo uma percentagem alta em relação aos países da UE15 que é 3,0 sendo no país com melhor valor de 1,3% (Machado e Outros 2011).

A OMS (2007) menciona que as gestações na adolescência são consideradas de alto risco, pois as jovens podem desenvolver algumas patologias tais como: anemia, infeções urinária, toxemia. Os recém-nascidos (RN) correm o risco de ser prematuros e de sofrerem de restrição intrauterina (baixo peso para a idade gestacional) devido ao défice na alimentação das adolescentes durante a gestação.

Todo este quadro aparentemente inocente implica grandes gastos na área da saúde para o país, Internamento dos RN nas unidades de cuidados intensivos neonatais, consultas de vigilância e tratamentos se ficarem sequelas, tratamento e internamento devido a doenças sexualmente transmissíveis, abandono da escola, aumento dos custos para o agregado familiar, entre outros.

Segundo a OMS (2010) os membros do Comité das Nações Unidas nos próximos cinco anos pretende reforçar e fazer cumprir os direitos das adolescentes, fazendo desenvolver as principais políticas e programas que capacitam as adolescentes. Este comité acredita que se as adolescentes forem saudáveis, educados e qualificados poderão construir um futuro mais promissor, apoiar o desenvolvimento económico, promover a justiça social e combater a pobreza. As adolescentes irão permanecer assim mais tempo na escola, logo irão casar e engravidar mais tarde e ter filhos saudáveis, melhores salários. Beneficiarão os próprios bem como as suas famílias e sociedade e nações.

O investimento na capacitação e na educação das adolescentes é o incremento para se poder concretizar os objetivos acordados internacionalmente e preconizados para o Desenvolvimento do Milénio (OMS, 2010).

O Comité das nações unidas para meninas adolescentes garante trabalhar com os governos, a sociedade e as adolescentes em cinco prioridades estratégicas:

- Educar as meninas adolescentes de forma a assegurar que estas têm acesso a uma educação de qualidade e à escolaridade obrigatória;
- Melhorar a saúde das adolescentes, garantindo o acesso a cuidados, informação, serviços de saúde e nutrição adequados à idade, incluindo educação sexual, reprodutiva e prevenção das doenças infeto contagiosas;
- Manter os adolescentes longe da violência, protegendo-as de qualquer forma de violência baseada no género, exploração e abuso. Assegurar que as adolescentes que foram vítimas de violência recebam proteção, serviços e acesso à justiça imediatos

- Contabilização de meninas adolescentes, recolher, analisar e utilizar dados sobre as mesmas com o intuito de desenvolver e acompanhar os programas e políticas que promovem e defendem os seus direitos e bem-estar (OMS, 2010).

Dias e Pereira (2010), no estudo sobre prevenção da gravidez na adolescência referem que Portugal é o segundo país da Europa com maior número de grávidas adolescentes e com maior número de abortos voluntários.

As situações de gravidez na adolescência provocam alterações às quais a adolescente vai fazer um esforço imenso para se adaptar. As mudanças orgânicas próprias da gravidez vão acontecer em simultâneo com as que ocorrem na adolescência, o relacionamento com o seu grupo de pares, assim como a independência dos pais, frequente nesta fase, vão ficar condicionadas, comprometendo o equilíbrio físico e psíquico da jovem. O trabalho nesta área deve ser essencialmente preventivo. A educação sexual deve começar em casa, passando pela escola e serviços de saúde. A articulação entre os vários agentes é essencial, devendo a intervenção abordar a parte prática do conhecimento e utilização dos métodos contraceptivos, mas também a educação dos afetos, ou seja, informar formando. Dias e Pereira (2010)

Os adolescentes são considerados um grupo de intervenção prioritária, no âmbito da saúde reprodutiva e da prevenção das infeções sexualmente transmissíveis sendo, reforçadas as iniciativas no sentido de adequar e melhorar as condições de acesso e atendimento dos adolescentes, nos centros de saúde e nos hospitais.

## 1.2. A IMPORTÂNCIA DO MARKETING NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Nas últimas décadas o marketing tem assumido uma função importante nos serviços de saúde. Este conceito é recente e foi em 1950 que pela primeira vez a sua definição foi divulgada. O seu conceito consiste em servir e satisfazer as necessidades humanas (Kotler e Levy 1969).

O conceito do marketing afirma que o problema de todas as empresas de negócios é desenvolver a lealdade e satisfação do cliente. O problema das empresas a curto prazo é convencer as pessoas a comprar os produtos e a longo prazo é criar os produtos que as pessoas precisam (Kotler e Levy 1969).

Kotler (2008:3) menciona que “função do marketing é lidar com os clientes, é administrar relacionamentos lucrativos com o cliente”. Os objetivos do marketing em qualquer empresa consistem em atrair novos clientes garantindo-lhes valor superior e manter os clientes atuais proporcionando-lhes satisfação (Kotler 2008).

Lourenço (2010:27) cita LAMBIN (2000:6) que refere que o “comportamento de marketing é o processo social, orientado para a satisfação das necessidades e desejos dos indivíduos e organizações, pela criação e troca voluntária e concorrencial de produtos e serviços geradores de utilidades para os compradores”.

Todas as organizações são formadas para servir os interesses de grupos particulares como por exemplo: Hospitais servem os doentes, as escolas servem os alunos, os governos servem os cidadãos. O conceito de marketing moderno descreve uma faceta importante de toda a atividade organizacional.

Promover a mudança de comportamento na saúde é diferente das outras dimensões de economia, aumentando esta diferença quando se pretende promover a mudança de comportamentos nos adolescentes (Lourenço, 2010)

Na área da saúde quando se pretende alterar comportamentos dos clientes direcionamo-nos para as funções do marketing social com a promoção de condutas sociais e ideias sendo o cliente o foco de interesse a quem se destinam essas condutas. Sendo assim é importante conhecer as características e sensibilidades de cada grupo a que se destinam essas condutas (Lourenço, 2010).

O marketing social teve o seu início na década de 70 e surge quando Kotler e Levy e Kotler e Zaltman em 1971 reconhecem que as ferramentas e técnicas do marketing normalmente aplicadas a produtos e serviços também podem ser aplicados no mundo das ideias (Alves 2010).

Kotler e Roberto (1992:25) referidos por Lourenço (2010:28) definem Marketing Social como “uma estratégia de mudança de comportamento. Ele combina os melhores elementos

das abordagens tradicionais da mudança social num esquema integrado de planeamento e ação e aproveita os avanços das comunicações e a capacidade de marketing.

Chias citando Santesmases (1992) refere que “o marketing social é uma parte do aspeto particular do marketing empresarial, que pretende estimular e facilitar a aceitação de ideias e comportamentos sociais que se considerem benéficos para a sociedade em geral”, por seu lado permite desencorajar ideias cujos comportamentos possam ser prejudiciais como por exemplo o consumo de álcool, tabaco e drogas. Baseia-se no marketing comercial para influenciar o comportamento dos grupos tendo como objetivo o seu bem-estar físico e mental, recorrendo ao processo de analisar, planear, executar e avaliar a implementação de determinado programa de saúde.

A globalização e o desenvolvimento da tecnologia da comunicação e da informação têm tido impacto nas comunicações do Marketing. Com a tecnologia das comunicações em permanente evolução verifica-se um novo modelo de comunicações de marketing.

Kloter (2008) refere que os anunciantes estão a associar uma nova geração de média mais especializada para atingir segmentos menores de clientes mas com mensagens mais personalizadas. As empresas estão a promover menos comunicação de massa e mais comunicação focada, ou seja a nova geração de média varia de revistas especializadas, canais de televisão por cabo, vídeo sob demanda (vídeo on demand -VOD) até à exibição de programas de televisão e vídeo jogos, em catalogo na internet, em e-mails e em podcasts.

Os especialistas da área da comunicação pensam que se irá abandonar o velho sistema de comunicação de média de massa a favor das novas tecnologias digitais. Os consumidores principalmente os mais jovens são os que preferem e utilizam toda a tecnologia digital, desde televisão por cabo, aparelhos de música digital, telemóveis celulares com sites Web e Emails ao dispor a qualquer hora. Desta forma alguns anunciantes já estão a preferir os média mais focados na interatividade e envolvente e com melhor relação custo-benefício. Este novo modelo de comunicações consistirá num mix de mudança gradual composto quer de média de massa tradicional quer de novos média, com foco mais definido e mais personalizado (Kloter 2008:359). Sendo através deste novo modelo de comunicação mais fácil de chegar aos adolescentes pois são eles que dominam toda a geração digital.

Kloter e Roberto (1992:25) referidos por Lourenço (2010:28) definem Marketing Social como “uma estratégia de mudança de comportamento. Ele combina os melhores elementos das abordagens tradicionais da mudança social num esquema integrado de planeamento e ação e aproveita os avanços das comunicações e da capacidade de marketing”.

Em 2003 os centros de controlo e prevenção de doenças iniciaram uma campanha de marketing social “Prevenção e Cuidados”, tendo como objetivo sensibilizar os médicos da importância dos exames de rotina às pessoas infetadas com o VIH e para lhes transmitir informação sobre prevenção de comportamentos de risco (Fraze et al 2007).

A teoria cognitiva facilita o contacto com o público-alvo apoiando a comunicação dos profissionais de saúde com os mesmos, com ferramentas de intervenção e diagnóstico do

paciente aumentando compatibilidades por parte dos profissionais e fornecendo oportunidades de aprendizagem para os utentes. (Fraze et al 2007).

A base do marketing social, a divulgação de um novo conceito de informação, facilita o desenvolvimento de uma campanha informativa, promovendo a adoção de novos comportamentos. As teorias comportamentais podem ajudar eficazmente a organização de uma campanha e otimizar a eficácia da mesma. (Fraze et al 2007).

O objetivo desta da campanha Prevenção e cuidados é a redução da transmissão do vírus VIH. Foram selecionados conceitos importantes como Líderes de opinião, compatibilidade, complexidade e através da observação pode-se valorizar esta inovação. A campanha teve impacto positivo nos utentes, a inovação foi facilmente comunicada ao público-alvo através da campanha, oportunidades educacionais e publicações profissionais.

Fraze et al (2007) citando Baronowski, Perry, and Parcel (2002), referem que a teoria social cognitiva descreve como os fatores psicológicos de um indivíduo, tais como o conhecimento, comportamento e meio ambiente interagem para promover a mudança de comportamento.

As atitudes dos profissionais têm evoluído deixando para trás um modelo materialista com motivações económicas, emergindo outras motivações de realização pessoal e profissional

Na última década a satisfação do cliente é tida em linha de conta como um fator indispensável para o aumento da produtividade. Na enfermagem a satisfação do cliente é muito importante porque constitui um indicador da qualidade dos cuidados.

O conceito de satisfação do cliente é de difícil operacionalização dada a sua natureza multidimensional. Existem vários fatores (as características e os atributos de cada pessoa, as experiências vividas, e as expectativas do cliente sobre as diferentes dimensões da satisfação.) que podem influenciar o grau de satisfação das pessoas (Ribeiro 2005).

Segundo Paul et al Citado por Ribeiro (2005:53) a satisfação “ *surge como uma atitude do sujeito face a um objeto ou seja o sentido da satisfação é dado pelo sujeito da realização das necessidades percebidas e dos resultados obtidos*”.

Numa organização que presta serviços, a qualidade do serviço que é percebida pelo cliente é um fator crítico de sucesso. A satisfação do cliente e o lucro da organização são objetivos finais de todo o processo, ela é atingida quando as expectativas do cliente são alcançadas ou excedidas. É desta forma que o cliente regressa ao serviço e pode incentivar novos clientes a recorrer ao serviço prestado (Cota 2006).

### 1.3. QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A qualidade é um fator para o sucesso de qualquer instituição, a sua evolução tem-se acentuado principalmente nas últimas décadas, sendo fatores preponderantes à satisfação da expectativa do cidadão enquanto utilizador de um determinado serviço.

Existem várias definições de qualidade, Gomes (2004:2) defende que “*qualidade é algo que afeta a vida das organizações e a vida de todas as pessoas de forma positiva. Um produto ou serviço tem qualidade se cumprir a sua função da forma que se deseja*”.

Nas últimas duas décadas tem-se assistido a uma crescente preocupação sobre a gestão pela qualidade total e várias são as suas definições.

PIRES (2000) defende que o termo qualidade total emerge da evolução da garantia da qualidade, e essa garantia pressupõe um conjunto de atividades planeadas e sistemáticas que de uma forma integrada podem garantir que a qualidade desejada está a ser conseguida. Neste sentido, passou a ser fundamental para a gestão das organizações a integração do conceito de qualidade e a obrigatoriedade de garantir essa tão desejada qualidade, emergindo o termo Gestão da Qualidade. Dado que a qualidade passou a ser a razão de ser de uma organização, não faz sentido falar em qualidade se esta não for Total. Desta conceção surgiu a designação de Gestão pela Qualidade Total, atribuída por muitos autores.

A qualidade em saúde pode ser analisada segundo várias perspetivas:

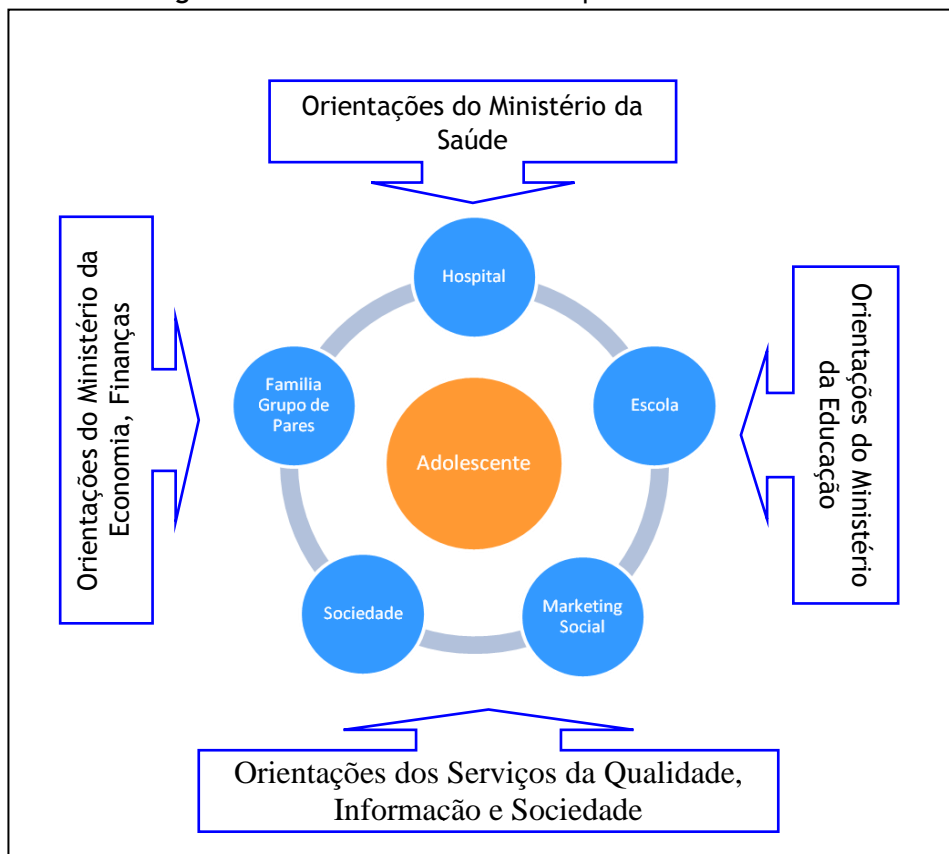
- ✓ “Para os utentes é importante ser bem assistido em condições de conforto e segurança.
- ✓ Para os profissionais de saúde o objetivo é reduzir erros e melhorar práticas.
- ✓ Para os administradores hospitalares a qualidade consiste no cumprimento das metas assistenciais e gestão racionalizada, sendo naturalmente geradas algumas divergências com os profissionais de saúde, na medida que implica consumir menos.
- ✓ Para os políticos está relacionada com a boa imagem dos serviços de saúde, existência de equipamentos sofisticados e o bom acolhimento dos doentes” (LOURENÇO 2007:2).

Considera-se que o objetivo central da Gestão pela Qualidade Total é a promoção da qualidade. “*O Sistema da Gestão pela Qualidade Total designa uma filosofia de gestão focalizada no cliente, que procura continuamente melhorar os processos através da utilização de ferramentas analíticas e trabalho em equipa envolvendo todos os colaboradores*” (Portugal 2007:74).

A qualidade tem cada vez mais um papel preponderante nas organizações de saúde sendo considerada um fator crítico de sucesso das mesmas. Estas ferramentas na sua maioria podem ser utilizadas nas instituições de saúde.

As orientações políticas de diversos ministérios saúde, educação, economia, finanças influenciam as instituições hospital, escola, família, sociedade, marketing social, nas suas orientações para a educação e promoção de estilos de vida saudáveis no adolescente, alcançando ganhos em saúde quer para os adolescentes quer para os pais. Assim, a elaboração do modelo pretende na figura 1 demonstrar como o adolescente é influenciado diariamente por todo um sistema político económico e social que sendo dinamizado corretamente com a premissa do Superior Interesse da Criança e jovem poderá trazer ganhos em saúde.

Figura1 - Modelo Ganhos em Saúde para os Adolescentes



Fonte - Elaboração própria

O OPSS (2010:1) define ganhos em saúde como as “melhoras mensuráveis do estado de saúde de um indivíduo ou de uma população, a partir de uma situação de base, e que pode abranger desde aspetos quantitativos de duração da vida a medidas de qualidade de vida”.

A Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto Lei de Bases da Saúde estabelece como princípios gerais, os princípios básicos dos quais decorrem todos os outros salientando-se neste contexto:

- ✓ A proteção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efetiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da Constituição e da Lei.
- ✓ O Estado promove e garante o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.
- ✓ A promoção e a defesa da saúde pública são efetuadas através da actividade do Estado e de outras entidades públicas, podendo as organizações da sociedade civil ser associadas àquela atividade.

A Convenção dos Direitos das Crianças (Assembleia Geral das Nações Unidas em 20/11/1989) reconhece “o direito das crianças a usufruir dos níveis de Saúde mais elevados”.

Tendo em conta estes pressupostos, sabendo-se que o estado de saúde está intimamente ligado aos estilos de vida, é necessário promover a adoção de comportamentos

saudáveis, sensibilizando os indivíduos para a redução dos comportamentos mais prejudiciais para a saúde, facilitando informação que permita decisões autónomas e escolhas informadas, de acordo com a liberdade individual.

O direito à saúde e a promoção de estilos de vida saudáveis são, pois, dois aspetos sempre referidos em políticas deste tipo. Deverão ser articulados com intervenções sobre os determinantes (individuais, familiares, sociais) que promovam mudanças positivas a outros níveis mais estruturais, de forma a induzir transformações que contribuam para uma relação equilibrada entre o desenvolvimento do País e o bem-estar dos cidadãos (OE 2007)

A necessidade de transpor a qualidade para os cuidados de saúde foi reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Conselho Internacional dos Enfermeiros (CIE). Criar sistemas de qualidade em saúde foi uma ação prioritária do Conselho de Enfermagem (CE) da Ordem dos Enfermeiros (OE), com o objetivo da melhoria contínua da qualidade do exercício profissional (OE,2001).

“Os enunciados descritos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, visa explicar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem. Foram definidas seis categorias de enunciados de procura permanente da excelência no exercício profissional:

- ✓ A satisfação do cliente, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes;
- ✓ A promoção da saúde, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde;
- ✓ Prevenção de complicações, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes;
- ✓ O bem-estar e o autocuidado, o enfermeiro maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa / complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é independente.
- ✓ A readaptação funcional, o enfermeiro conjuntamente com o cliente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde;
- ✓ A organização dos cuidados de enfermagem, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem” (OE, 2001:11).

Após a aprovação do Programa Nacional de Saúde Escolar (2006), consignada no sistema de saúde, foi estabelecido um conjunto de estratégias para promover e proteger a saúde, promover um ambiente escolar seguro e saudável e reforçar fatores de proteção relacionados com estilos de vida saudáveis. Desde 1994 que Portugal faz parte da rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde. Entre os Ministérios da Saúde e Educação foi estabelecido um protocolo de modelos de parceria para os profissionais de saúde e de educação para que estes assumam a promoção da saúde na escola com vista a obter ganhos em saúde, pois é na escola que o adolescente passa a maior parte do seu tempo, acompanhado pelo seu principal indutor de comportamentos de risco, o grupo de pares.

#### 1.4. PAPEL DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE 1998) artigo 4.º define, “Enfermeiro é o profissional habilitado com o curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis de prevenção primária, secundária e terciária”

O mesmo artigo define que cuidados de enfermagem “são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais” (REPE 1998, artigo 4.º).

O enfermeiro tem um papel chave na promoção da saúde, pois estes são um grupo profissional importante nos serviços de saúde. Poder-se-á dizer que este desempenha um papel muito importante na área como agente promotor de saúde e de comportamentos saudáveis. Este respeita e encoraja a independência e os direitos do adolescente nas tomadas de decisão. Procura trabalhar de forma a ajudá-lo a desenvolver capacidades de desempenho adequado e eficiente das suas funções.

O Enfermeiro Especialista (EE) em Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem trabalha em parceria com a criança e família/ pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (hospitais, centros de saúde, escolas, comunidade, casa, cuidados continuados entre...), para promover o mais elevado estado de saúde possível presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família / pessoa significativa (OE, 2010:2).

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem refere que o “enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados. A especialidade de Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem tem com área de intervenção uma das fases mais importantes do ciclo vital da pessoa que é desde que nasce até aos 18 anos de idades incluindo casos especiais como o de incapacidade e deficiência, e doença crónica que poderá ir até aos 21 anos de idade (OE, 2010:1)”.

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem são:

- Assistir a criança/ jovem com a família, na maximização da sua saúde;
- Cuida da criança/ jovem e família nas situações de espacial complexidade;
- Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. (OE, 2010:2)

A prática de enfermagem como agente promotor de saúde, não é solitária, é partilhada com outros profissionais de saúde e parceiros comunitários, responsabilizando-se por identificar as necessidades do adolescente, família e grupo de pares, dentro da comunidade em que estes estão inseridos. Este desenvolve estratégias para a promoção e manutenção de estilos de vida saudáveis e prevenção da doença numa perspetiva de melhoria da qualidade de vida.

A promoção de atitudes e comportamentos saudáveis passou a ser um dos componentes do atendimento de enfermagem em todos os contextos da prática profissional.

A educação para a saúde tem como principal objetivo contribuir para a mudança de comportamentos do indivíduo com vista à aquisição de estilos de vida saudáveis (Carvalho, 2005).

O enfermeiro é o profissional de saúde que tem um papel fundamental como agente educador para a saúde e promotor de estilos de vida saudáveis. (Gomes 2005).

Segundo a OMS (1996), para atingir um estado completo de bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Deste modo, novos desafios se colocam aos profissionais de saúde que contactam diariamente com jovens adolescentes. Deve-se educar para os valores, promover a saúde, a formação e participação cívica dos adolescentes num processo de aquisição de competências que sustentem a aprendizagem ao longo da vida e promovam a autonomia e a responsabilidade.

Simões e outros (2011:1) dizem que educar as pessoas para a saúde, é criar condições para que adquiram informação e competências para fazerem escolhas saudáveis e modifiquem os comportamentos de risco”. A mudança surge durante o processo de educação para a saúde os interesses e necessidades dos indivíduos são valorizados tornando-os em sujeitos ativos do processo de mudança (Simões e outros 2011).

O processo de educar para a saúde deve ser sempre um processo holístico, no qual o adolescente é visto como um todo e nunca separado do seu meio, em constante integração. A escola é a instituição onde o adolescente mais interage com os seus pares e o local mais apropriado para a transmissão de conhecimentos. Esta transmissão só é eficaz quando partilhada com outras instituições (hospitais e Centros de Saúde), sendo o enfermeiro especialista de saúde da criança e do jovem o profissional competente para partilhar conhecimentos, identificar lacunas e promover o processo de promoção da saúde do adolescente.

# **CAPÍTULO 2 - METOTODOLOGIA**

## **2 - METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO**

A investigação científica é um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas a inquietações e questões que carecem ser investigadas. O rigor indissociável da investigação científica é o que permite assegurar que a representação obtida da realidade seja fiel aos factos ou aos fenómenos. É o método que fornece à investigação o seu carácter sistemático que se define como um conjunto de processos racionais e lógicos com tendência a um determinado fim (Fortin 2009).

### **2.1 OBJECTIVOS DO ESTUDO**


Para uma precisa orientação da investigação torna-se necessário definir os seus objetivos, pois esclarecem o seu porquê. O objetivo é, então, “Um enunciado que indica claramente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo” FORTIN (1999:40). Nesta investigação, os objetivos são:

- Identificar a existência de comportamentos de risco nos adolescentes que frequentam a consulta de adolescentes do Centro Hospitalar Médio Tejo - Unidade de Abrantes (CHMT-Abrantes);
- Analisar a perceção de campanhas de marketing social nos estilos de vida dos adolescentes;
- Identificar quais as áreas em que os adolescentes necessitam de secções de educação para a promoção de estilos de vida saudáveis;
- Aferir a importância para os adolescentes em ter um enfermeiro de referência disponível na consulta de adolescentes do CHMT-Abrantes;

### **2.2 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO**

Uma questão de investigação é uma pergunta explícita respeitante a um tema em estudo que se deseja examinar, tendo em vista desenvolver o conhecimento que existe. É um enunciado claro e não equívoco que precisa os conceitos examinados, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica.” (Fortin, 2009:72).

A presente investigação pretende dar resposta as seguintes questões de investigação:

-  Quais os estilos de vida dos adolescentes que frequentam a consulta de adolescentes do CHMT-Abrantes?

- 🖨️ Quais os comportamentos de risco dos adolescentes que frequentam a consulta de adolescentes do CHMT-Abrantes?
- 🖨️ Qual a influência do marketing social nos comportamentos relacionados com estilos de vida saudáveis nos adolescentes?
- 🖨️ Qual a importância para o adolescente em ter uma consulta de enfermagem direcionada para os adolescentes?

### 2.3 DESENHO DA INVESTIGAÇÃO

A escolha do tipo de estudo, de acordo com o problema identificado e as questões formuladas para sua resposta, são fundamentais para o desenrolar da investigação e para os resultados obtidos. Uma opção adequada acerca do tipo de estudo a efetuar é o que lhe confere sustentabilidade e resultados fidedignos, de acordo com o que se pretende estudar (Fortin 2009).

De acordo com o tema, o tipo de estudo baseia-se num estudo descritivo de carácter exploratório. Um *“Estudo descritivo visa obter mais informações sobre as características de uma população ou sobre fenómenos pouco estudados e sobre os quais existem poucos trabalhos de investigação ”* (Fortin e Outros 2009:274).

Quando um tema foi pouco estudado torna-se necessário descrever as suas características antes de examinar relações de associação ou de casualidade entre variáveis. Estes estudos baseiam-se em questões de investigação ou objetivos e não tem hipóteses.

A investigação insere-se num estudo descritivo simples de caráter exploratório, envolvendo o método qualitativo e quantitativo. O instrumento de colheita de dados foi um questionário misto

### 2.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para Fortin e Outros (2009:311) *“A população alvo é um conjunto de pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalizações”*.

Os informantes chave deste estudo foram os adolescentes que frequentaram a consulta de adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, na consulta externa do CHMT-Abrantes, marcada de janeiro a março de 2012. Neste contexto foi selecionada uma amostra não probabilística de conveniência, que integrou todos os adolescentes que responderam ao questionário em tempo útil. Foram excluídos do estudo os adolescentes, cujos pais não consentiram o preenchimento, após o esclarecimento dos objetivos do questionário. A população das consultas de adolescentes do CHMT - Unidade Abrantes no ano de 2012 foi 187, no entanto o questionário foi aplicado a 90 destes adolescentes no período de 2 janeiro a 31 de maio de 2012.

## 2.5. MÉTODO DE RECOLHA DE DADOS

Em qualquer estudo o investigador opta por um instrumento de colheita de dados de acordo com o tema em estudo, dos objetivos, da população ou amostra a que se destina, do horizonte temporal e também dos recursos financeiros para a realização do mesmo.

O instrumento que vai ser utilizado para a recolha de dados será um questionário, aplicado aos adolescentes da consulta de adolescência do CHMT-Abrantes.

O instrumento utilizado para a recolha de dados foi um questionário (Anexo II) composto por perguntas fechadas e abertas.

A aplicação do pré - teste é uma etapa indispensável, uma vez que permite corrigir ou modificar o questionário, verificar a ordem e a redação das questões e ainda resolver problemas imprevistos. Se o questionário sofrer muitas alterações, torna-se imperiosa a sua nova aplicação, tendo em vista o seu aprimoramento e o aumento da sua validade.

De acordo com MARCONI e LAKATOS (1996:90) o pré teste “(...) deve ser aplicado em população com características semelhantes, mas nunca naquela que será alvo de estudo”.

O questionário foi submetido a pré - teste em Dezembro de 2011 aos adolescentes que frequentaram a consulta acima referida nesse mês. Escolheu-se fazer o pré teste em dezembro e no mesmo local pois os adolescentes que frequentaram a consulta neste mês só excepcionalmente teriam outra consulta nos próximos 3 meses, sendo facilmente detetados.

## 2.6. VARIÁVEIS

Fortin (2009:171) menciona que “as variáveis podem ser classificadas, segundo o papel que exercem na investigação. Podem ser independentes, dependentes de investigação e de atributo”.

Considerando os objetivos e as questões de investigação deste estudo, foram definidas as variáveis:

Variável atributo - “consistem nas características pré existentes dos participantes”, Fortin (2009:171): idade, género, Idade, categoria profissional dos pais e estado civil dos pais, nº de irmãos, qual o nome do estabelecimento de ensino que frequenta, ano letivo que frequenta, reprovações do jovem, auto classificação no estudo, gosto pelo estudo, razões para não gostar de estudar, usufruto de subsídios sociais na escola, comportamento e vigilância de saúde.

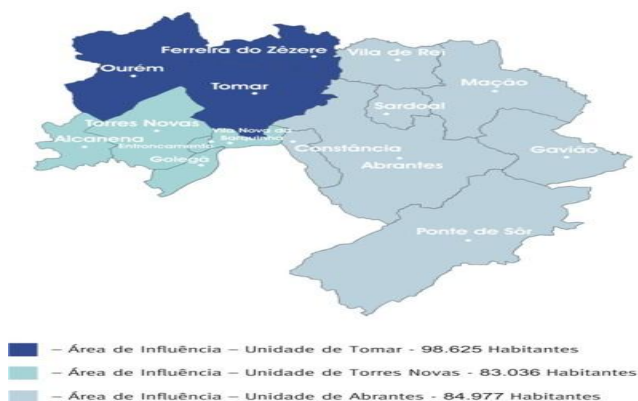
- Variável independente á a que sofre o efeito da variável independente, (Fortin 2009:171): consideram-se os comportamentos das adolescentes relacionadas com o seu estilo de vida: hábitos alimentares, atividade física e de lazer, consumo de bebidas alcoólicas, tabaco, estupefacientes e atitudes sexuais.

## 2.7. ÂMBITO DA INVESTIGAÇÃO

### 2.7.1 Caracterização do Centro Hospitalar Médio Tejo

O Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E. é constituído por três unidades hospitalares, uma em Abrantes Torres Novas e Tomar, que serve uma população de cerca 266 mil habitantes. A área de influência é formada por 15 Concelhos.

Figura 2 - Área de Influência do CHMT



Fonte - Intranet CHMT

O hospital de Abrantes foi fundado em 1483 pelo Conde de Abrantes, Dom Lopo de Almeida, e sua esposa, Dona Brites da Silva. D. João II, em 1488 ordenou que todos os hospitais e albergarias de Abrantes se juntassem para formar um único hospital, o que só se concretizou em 1530, coincidindo com a sua integração na Misericórdia, fundada em 1529. Manteve-se na dependência da Misericórdia até 1975, momento em que passou para a tutela do Estado. Em 1979 o Ministério da Saúde mandou construir o atual edifício, o qual foi inaugurado em 25 de Outubro de 1985.

Figura 3 - Hospital de Abrantes 1985



Fonte - Intranet CHMT

A história do centro hospitalar é recente, mas as instituições que o compõem são antigas.

A necessidade de rentabilizar recursos humanos, financeiros e técnicos, promovendo a complementaridade originou a constituição do Grupo Hospitalar do Médio Tejo, através da Portaria n.º 209/2000, de 6 de Abril. Os Hospitais Distritais de Abrantes, Tomar e Torres Novas, embora mantendo a sua natureza de pessoas coletivas públicas com autonomia

administrativa e financeira, passaram a estar sujeitos a uma coordenação comum. Em 2001, a Portaria 1277, de 13 de Novembro extinguiu os três Hospitais Distritais e integrou-os numa única instituição, com uma gestão comum e integrada: O Centro Hospitalar do Médio Tejo. Em Dezembro de 2002, o Decreto-Lei n.º 301/2002 transformou o Centro Hospitalar em sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos, com a designação de Centro Hospitalar do Médio Tejo, SA.

A última alteração é feita em Dezembro de 2005, através do Decreto-Lei n.º 233/2005, que transforma os 31 Hospitais S.A. em Entidades Públicas Empresariais, E.P.E.

Figura 4 - CHMT - 2001



Fonte - Intranet CHMT

O presente estudo desenvolveu-se, no âmbito da Consulta Externa de Pediatria do CHMT- Abrantes, mais precisamente na consulta de adolescentes.

No início deste estudo e até 29 de fevereiro de 2012 este serviço era composto por: o internamento (24h/dia), a urgência pediátrica (todos os dias das 9h-24h), a consulta externa de pediatria (de segunda a sexta das 9h-17h) e a unidade de Neonatologia (24h/dia). Devido à nova reorganização do CHMT a partir de 1 de Março de 2012 o internamento de pediatria e a urgência pediátrica foram transferidas para a unidade de Torres Novas. Ficando a Unidade de Neonatologia, a consulta externa de pediatria e o internamento de crianças e jovens com patologia cirúrgica e ortopédica.

A Unidade de Neonatologia Abrantes assegura ao recém-nascido, criança, adolescente e família, cuidados gerais e especializados sustentados por uma equipa multidisciplinar, atualmente a equipa é constituída:

- 1 Enfermeira-Chefe
- 7 Enfermeiros Especialistas
- 8 Enfermeiros Graduados
- 1 Neonatologista
- 5 Pediatras
- 7 Assistentes Operacionais
- 1 Assistente Social
- 1 Administrativa

## 2.8. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Para a recolha de dados foi solicitada autorização ao anterior Conselho de Administração do Centro Hospitalar Médio Tejo uma vez que o presente Conselho de administração assumiu funções em fevereiro de 2012, já o questionário estava a ser aplicado aos adolescentes.

A autorização foi concedida pela anterior Enfermeira Diretora Dr.<sup>a</sup> Lurdes Toscano. (Anexo-I)

Para a recolha de dados foi solicitado consentimento informado dos pais ou cuidadores (Anexo-II).

O instrumento de recolha de dados (Anexo-III) foi aplicado aos adolescentes em local isolado e garantindo a confidencialidade.

## 2.9. TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Os dados referentes a este estudo foram tratados através da análise de conteúdo e do tratamento estatístico.

No contexto do estudo foram utilizadas perguntas abertas que foram tratadas através da análise de conteúdo da codificação que consiste na decomposição em unidades de sentido ou decomposições. Uma unidade de significação ou de sentido, segundo DESLAURIERS citado por Fortin (2003:308) “ *pode ser tanto uma palavra como um grupo de palavras, uma frase ou um grupo de frases*”.

O tratamento estatístico dos dados referentes as perguntas fechadas foram tratadas informaticamente através do programa Statistic Package for the Social Sciences (SPSS) na versão 18.0 e pelo programa EXCEL, para Windows XP.

# Capítulo 3 - RESULTADOS

## 3 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Os resultados consistem em informações numéricas que resultam da análise estatística dos dados recolhidos junto dos participantes do estudo. A apresentação dos resultados baseia-se na análise estatística dos dados realizados por meio de diferentes testes (Fortin, 2009)

Os dados são apresentados em quadros, gráficos e tabelas de modo a permitir uma melhor visualização e compreensão dos resultados, nos quais se omite a fonte por se tratar de dados relativos à aplicação do instrumento de colheita de dados.

### 3.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

De seguida procede-se à caracterização sócio - demográfica da amostra, tendo-se obtido os dados através da primeira parte do questionário.

#### ■ IDADE

Da observação da tabela 1, constata-se que os adolescentes investigados apresentam idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, resultando numa média de idades de 14,35 anos, a moda de 14 anos e, um desvio padrão de 1,67 anos.

Tabela 1 - Caracterização da amostra quanto à Idade

	N	Mínimo	Máximo	Média	Moda	Desvio Padrão
Idade	90	12	18	14,35	14	1,67

Pela análise do gráfico 1 certifica-se que 23,3% (21) tem 14 anos, 16,7% (15) têm 12,13,14 anos, 14,4% (13) tem 16 anos, 8,9% (8,9) 17 anos, 3,3% (3) 18 anos de idade.

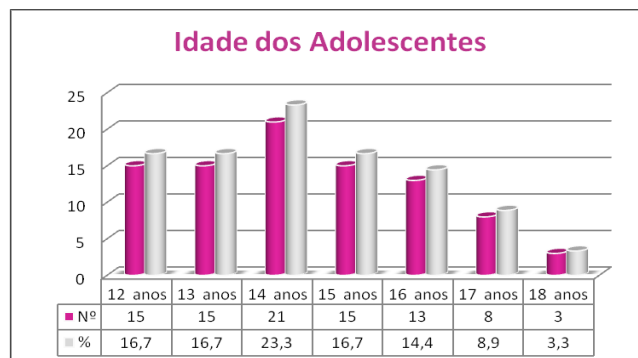


Gráfico 1 - Representação gráfica da amostra quanto à idade

## ■ GÉNERO

Da análise do gráfico 2 verifica-se que 52,2% (47) dos adolescentes investigados pertencem ao género feminino e 47,8% (43) ao género masculino.

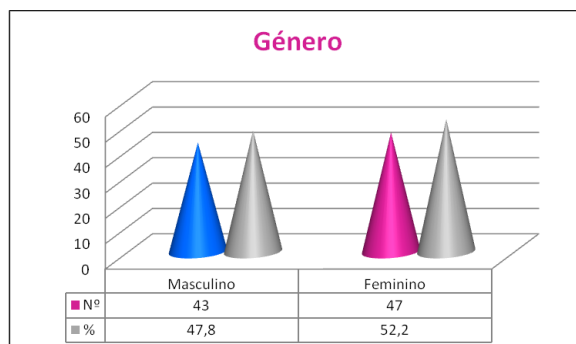


Gráfico 2 - Representação gráfica da amostra quanto ao Género

## ■ IDADE DO PAI / IDADE DA MÃE

Relativamente à idade do pai os dados apresentados na tabela 2, apresentam 86 respostas com idades compreendidas entre 29 e 76 anos, com média de idades 44,65 anos, a moda de 40 anos e um desvio padrão 7,1 anos. O valor do desvio padrão relativo é de 15,9 % podendo-se afirmar que há uma razoável variabilidade em relação à média de idades. Salienta-se que 4 adolescentes não sabem a idade do pai, pois estes também não fazem parte do agregado familiar.

Das idades das mães obtiveram-se 90 respostas com idades compreendidas entre 27 e 58 anos, com média de idades 41,96 anos, a moda de 42 anos e um desvio padrão 6,18 anos. O valor do desvio padrão relativo é de 14,7 % também se pode afirmar que há uma razoável variabilidade em relação à média de idades.

Tabela 2 - Distribuição da amostra quanto à idade dos pais

	N	Mínimo	Máximo	Média	Moda	Desvio Padrão	Desvio Padrão relativo
Idade do pai	86	29	76	44,65	40	7,1	15,9
Idade da Mãe	90	27	58	41,96	42	6,18	14,7

## ■ CATEGORIA PROFISSIONAL DOS PAIS

Da análise de conteúdo apresentada no quadro 1 relativa à unidade de contexto categoria profissional do pai, constata-se que a unidade de registo **Operários, Artífices e Trabalhadores Similares** obteve 32 de unidades de enumeração. A unidade de registo **Trabalhadores não qualificado** surge com 12 unidades de enumeração. **Desempregado** (8), **Reformado** e **Pessoal dos serviços** 7, **Operários de Instalações e Máquinas** e **Trabalhadores de Montagem e Pessoal Administrativo e Similar** 6 unidades de enumeração cada. **Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio** 4 e **Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas** 2 unidades de enumeração.

**Quadro 1 - Caracterização da amostra quanto à Categoria Profissional do Pai**

UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Categoria Profissional dos pais	Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	32
	Trabalhadores não Qualificados	12
	Desempregado	8
	Reformado	7
	Pessoal dos Serviços e Vendedores	7
	Operários de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem	6
	Pessoal Administrativo e Similar	6
	Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio	4
	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	2
<b>Total</b>		<b>84</b>

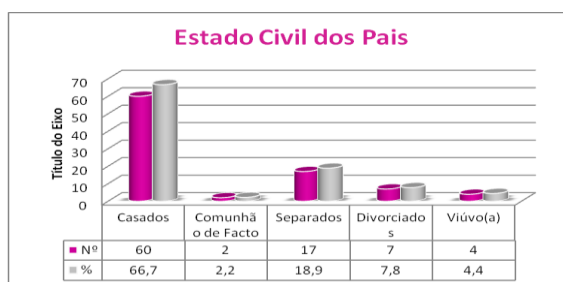
Da análise de conteúdo apresentada no quadro 2 relativa à unidade de contexto categoria profissional da mãe indica que a unidade de registo Doméstica Tem 21 unidades de enumeração. As unidades de Registo Pessoal dos Serviços e Vendedores e Trabalhadores não Qualificados apresentam 15 unidades de enumeração, seguindo a unidade de registo desempregada com 12 unidades de enumeração.

**Quadro 2 - Respostas dos inquiridos quanto à Categoria profissional da Mãe**

UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Categoria Profissional das Mães	Doméstica	21
	Pessoal dos Serviços e Vendedores	15
	Trabalhadores não Qualificados	15
	Desempregada	12
	Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	9
	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	7
	Pessoal Administrativo e Similar	6
	Reformado	3
	Agricultores e Trabalhadores Qualificados Agricultura e Pescas	2
<b>Total</b>		<b>90</b>

#### ■ ESTADO CIVIL DOS PAIS

No que se refere ao estado civil dos pais 66,7% (60) são casados, 18,9% (17) separados, 7,8% (7) divorciados, 4,4% (4) viúva(o) e 2,2% (2) vivem em comunhão de facto.



**Gráfico 3 - Representação gráfica da amostra relativa ao estado civil dos pais**

■ **Existência de Irmãos**

Observando a tabela 3 verifica-se que dos inquiridos, 78,9% (71) tem irmãos e 21,1% (19) não tem irmãos.

**Tabela 3 -:** Caracterização da amostra Tens Irmãos

Tens Irmãos	Nº	%
Sim	71	78,9
Não	19	21,1
Total	90	100,0

■ **Número de irmãos**

Na tabela 4 pode-se verificar que dos 71 inquiridos que têm irmãos, 45,6 % (41) tem 1 irmão, 15,6% (14) tem 2 irmãos, 7,8% (7) Tem 3 irmãos, 3,3% (3) tem 4 e 5 irmãos, 1,1% (1) tem 6 irmãos e 2% (2) tem 7 irmãos.

**Tabela 4 -** Representação da amostra quanto: Número de Irmãos

Irmãos	Nº	%
1	41	45,6
2	14	15,6
3	7	7,8
4	3	3,3
5	3	3,3
6	1	1,1
7	2	2,2
Total	71	78,9

■ **Estabelecimento de ensino que frequenta**

Pela análise da tabela 5, relativa à questão qual o nome do estabelecimento de ensino que frequentas, verifica-se que 21 dos inquiridos frequenta a Escola Secundária Dr. Solano De Abreu - Abrantes, 19 Escola Básica 2,3 D. Miguel Almeida - Abrantes, 11 Escola Básica Dr. Manuel Fernandes - Abrantes, 7 Escola Básica 2,3 Secundária Mação, 6 Escola Básica 2,3 Octávio Duarte Ferreira - Tramagal. Não responderam 4 inquiridos.

**Tabela 5 -** Representação da amostra quanto: Ao estabelecimento de ensino que frequenta

Estabelecimento de ensino	Nº Alunos
Escola Secundária Dr. Solano De Abreu - Abrantes	21
Escola Básica 2,3 D. Miguel Almeida - Abrantes	19
Escola Básica Dr. Manuel Fernandes - Abrantes	11
Escola Básica 2,3 Secundária Mação	7
Escola Básica 2,3 Octávio Duarte Ferreira - Tramagal	6
Escola Básica 2,3 Dr. <sup>a</sup> Maria Judite Serrão Andrade	5
Escola Básica Gavião	3
E.B.S. Luís Camões	3
Escola Secundária Ponte de Sôr	3

Agrupamento Escolas Verde Horizonte	1
Escola Básica Centro Portugal	1
Escola Básica João Pedro de Andrade	1
Escola Profissional de Desenvolvimento Rural - Abrantes	1
Escola Secundária 3ºCiclo do Entroncamento	1
Escola Secundária Jácome Boton	1
E.P.D.R.A Mouriscas	1
Escola S. Miguel	1
<b>Total</b>	<b>86</b>

■ **Ano letivo frequentado**

No que respeita à questão qual o ano letivo que frequentam, observa-se na tabela 6 que dos inquiridos 30,0% (27) frequenta o 7º ano, 25,6% (23) o 9ºano, 12,2% (11) o 10ºano, 7,8% (7) o 11ºano, 6,7% (6) o 6ºano, 4,4% (4) o 12ºano e 1,1% (1) o 5ºano.

Tabela 6- Representação gráfica da amostra: Qual o ano letivo que frequenta

Ano letivo	Nº	%
5º Ano	1	1,1
6º Ano	6	6,7
7º Ano	27	30,0
8º Ano	11	12,2
9º Ano	23	25,6
10º Ano	11	12,2
11º Ano	7	7,8
12º Ano	4	4,4
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

■ **Reprovações do jovem**

De acordo com a tabela 7 observa-se que 43,3% (39) já reprovou de ano e 56,7% (51) não reprovou.

Tabela 7 - Caracterização da amostra quanto à questão: Já reprovaste algum ano

Reprovaste	Nº	%
Sim	39	43,3
Não	51	56,7
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

■ **Auto classificação como aluno**

Analisando a tabela 8 verifica-se que, 10,0 % (9) dos inquiridos considera que é muito bom aluno, 45,6% (41) é bom, 43,3 % (39) considera ser suficiente, 1,1% (1) pensa ser insuficiente.

Tabela 8 - Representação gráfica da amostra: **Consideras que és um aluno**

És um aluno	Nº	%
Muito Bom	9	10,0
Bom	41	45,6
Suficiente	39	43,3
Insuficiente	1	1,1
Total	90	100,0

■ **Gosto pelo estudo**

A tabela 9 demonstra que 67,8% (61) dos inquiridos gosta de estudar e que 32,2% (29) não gosta de estudar.

Tabela 9 - Caracterização da amostra: **Gostas de estudar**

Gostas de estudar	Nº	%
Sim	61	67,8
Não	29	32,2
Total	90	100,0

■ **Razões para não gostar de estudar**

A análise de conteúdo apresentada no quadro 3 relativa à questão: **Não gostas de estudar porquê**, apresenta a unidade de registo **É aborrecido** com 7 unidades de enumeração. A unidade de registo **Gosto mais de fazer outras atividades** 4 unidades de enumeração, seguindo a unidade de registo **Deixa-me cansada** com 3 unidades de enumeração.

Quadro 3 - Respostas dos inquiridos à questão: **Não gostas de estudar porquê**

UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Não gostas de estudar Porquê	É aborrecido	7
	Gosto mais de fazer outras atividades	4
	Deixa-me cansada	3
	Dá muito trabalho	2
	Não sei estudar	1
	Não tenho Paciência	1
	As coisas que se aprendem não têm nada a ver com a vida real portanto não são importantes	1
<b>Total</b>		<b>19</b>

■ **Usufruto de subsídios sociais na escola**

Como se pode verificar na tabela 10, 31,1% (28) recebe subsídio e 68,9% (62) não recebe qualquer subsídio.

Tabela 10 - Caracterização da amostra: Recebes algum subsídio social na escola

Subsídio	Nº	%
Sim	28	31,1
Não	62	68,9
Total	90	100,0

■ **Comportamento de vigilância de saúde**

Analisando o gráfico 4 averigua-se que 75,6% (68) habitualmente faz a vigilância de saúde, no hospital na consulta de adolescentes, 22,2% (20) no centro de saúde e 2,2% (2) no pediatra privado.

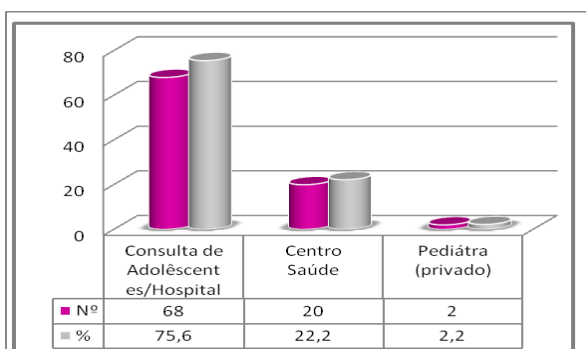


Gráfico 4 - Representação gráfica da amostra: Habitualmente faz a vigilância de saúde

3.2. QUESTÕES RELACIONADAS COM OS COMPORTAMENTOS DOS ADOLESCENTES

3.1.1. Hábitos Alimentares

■ **Número de refeições por dia**

Da observação do gráfico 5 verifica-se que 36,7% (33) faz 5 refeições dia, 34,4% (31) faz 4 refeições dia, 14,4% (13) faz 6 refeições dia, (11) 12,2% faz 3 e 7 refeições por dia.

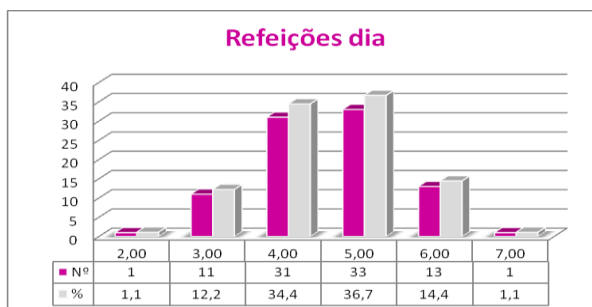


Gráfico 5 - Representação gráfica da caracterização da amostra relativa: Quantas refeições fazem por dia

■ **Tipo de alimentação**

Através da análise de conteúdo apresentada no quadro 4 relativa à unidade de contexto **Na tua alimentação diária é frequente comeres** observa-se a unidade de registo **carne** com 81 unidades de enumeração, **sopa** 73, **fruta** 61, **peixe** 60, **salada** 49, e **doces** com 30 unidades de enumeração. Estes resultados vão de encontro aos de Machado e Outros (2011) e reforçam os resultados dos indicadores do Plano Nacional de Saúde que mencionam que “nos adolescentes observou-se de 1998 para 2010, uma diminuição do consumo diário de fruta (91,9% para 41,6%), vegetais (55,5% para 26,8%) e Doces (57,4 % para 17,5%).

Estes resultados reforçam o alerta da OMS (2004) que refere que o baixo consumo de frutas e vegetais está entre os dez principais fatores de risco associados à ocorrência de doenças crónicas não transmissíveis. O aumento do consumo desses alimentos traz impactos positivos sobre a saúde. Recomenda-se o consumo de pelo menos cinco porções diárias de frutas e legumes (cerca de 400g) e que a proteção é maior quanto maior for o consumo desses alimentos.

**Quadro 4 - Respostas dos inquiridos à questão: Na tua alimentação diária é frequente comeres**

UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Na tua alimentação diária é frequente comeres	Carne	81
	Sopa	73
	Fruta	61
	Peixe	60
	Salada	49
	Doces	30
<b>Total</b>		<b>354</b>

■ **Consumo de refrigerantes às refeições**

Analisando a tabela 11 constata-se que 52,2% (47) dos inquiridos consome refrigerantes às refeições e 47,8% (43) não consome refrigerantes às refeições. Estes resultados estão um pouco afastados dos que Machado e Outros (2011) concluíram assistiu-se a uma diminuição do consumo diário, refrigerantes (49,1% para 23,1%).

**Tabela 11 - Representação da amostra quanto à questão: Consomes refrigerantes às refeições**

Refrigerantes	Nº	%
Sim	47	52,2
Não	43	47,8
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

■ **Consumo de refrigerantes nos intervalos das refeições**

Analisando a tabela 12 constata-se que 26,7 % (24) dos inquiridos consome refrigerantes nos intervalos das refeições e 73,3 % (66) não consome refrigerantes nos

intervalos refeições. A população inquirida revela que a grande maioria dos adolescentes não consome refrigerantes o que iguala aos resultados de Machado e Outros (2011) onde concluíram assistiu-se a uma diminuição do consumo diário, refrigerantes (49,1% para 23,1%).

**Tabela 12 - Representação da amostra quanto à questão: Consomes refrigerantes nos intervalos das refeições.**

Intervalos das refeições	Nº	%
Sim	24	26,7
Não	66	73,3
Total	90	100,0

■ **Importância de comer saudável**

Comentando a tabela 13 apura-se que 72,2% (65) considera comer de forma saudável muito importante, 24,4% (22) importante, 2,2% (2) pouco importante e 1,1% (1) nada importante.

**Tabela13 - Representação da amostra quanto à questão: Consideras que comer de forma saudável é?**

Consideras que comer	Nº	%
Muito Importante	65	72,2
Importante	22	24,4
Pouco Importante	2	2,2
Nada Importante	1	1,1
Total	90	100,00

Para se averiguar da importância atribuída a “comer saudável” se utilizou uma escala de cinco pontos. Assim, e com o intuito de saber se a importância atribuída a “comer saudável” é idêntica para adolescentes do género masculinos e feminino utilizou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney. Como se pode observar na tabela 14 as diferenças não são significativas (0,416 > 0,05). Pode pois concluir-se que a importância atribuída é idêntica para rapazes e raparigas.

**Tabela 14 - teste Mann-Whitney, entre a variável género (masculino, feminino) e a variável Considera que comer forma saudável é**

	Consideras Comer Saudável é
Mann-Whitney U	932,000
Wilcoxon W	2060,000
Z	-,813
Asymp. Sig. (2-tailed)	.416

a. Grouping Variable: Sexo

Explanando o gráfico 6 que representa a correlação da variável género e comer saudável verifica-se que 35,2% (32) raparigas e 36,3% (33) rapazes acham que comer é muito importante, 15,4% (14) raparigas e 8,8% (8) rapazes acham importante, 2,2% (2) rapazes referem ser pouco importante e 1,1% (1) rapariga considera ser nada importante.

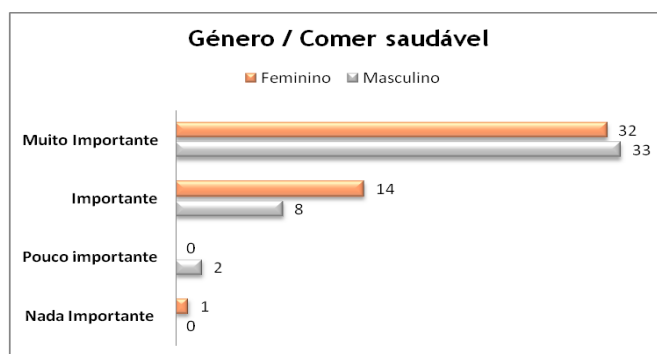


Gráfico 6 - Correlação das variáveis género/comer saudável

#### ■ Local onde costuma almoçar

Explanando a tabela 15 constata-se que na escola 70,0% (63) dos inquiridos almoçam no refeitório da escola, 12,2% (11) no bar da escola, 10,0% (9) no refeitório ou bar da escola, 4,4% (4) no café, 2,2% (2) no bar ou café e 1,1% (1) almoça no refeitório ou café.

Tabela 15 - Representação da amostra quanto à questão: Na escola almoças

Na escola almoças	Nº	%
No Refeitório da Escola	63	70,0
No Bar da Escola	11	12,2
No Refeitório ou Bar da Escola	9	10,0
No Café	4	4,4
No bar da escola ou café	2	2,2
No refeitório da escola ou café	1	1,1
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

#### ■ Recordação de anúncios na televisão, internet, revistas, ou noutro lado, sobre alimentação saudável

Comentando a tabela 16, verifica-se que 82,2% (74) dos inquiridos refere recordar-se de ver algum anúncio na televisão, internet, revistas, ou noutro lado, sobre qual o tipo de alimentação saudável e 17,8% (16) não se recorda.

**Tabela 16 - Representação da amostra quanto à questão: Recordas-te de ver algum anúncio na televisão, internet, revistas, ou noutro lado, sobre o tipo de alimentação que se deve ter**

	Nº	%
Sim	74	82,2
Não	16	17,8
Total	90	100,0

■ **Percepção das publicidades sobre alimentação saudável**

Da observação da tabela 17 verifica-se que dos 74 inquiridos que se recordam da publicidade 78,9% (71) gostou da publicidade e 3,3% (3) não gostaram.

**Tabela 17 - Representação da amostra quanto à questão: Gostaste da publicidade sobre qual o tipo de alimentação saudável**

	Nº	%
Sim	71	78,9
Não	3	3,3
Total	74	82,2

■ **Motivos para ter gostado da publicidade a hábitos de alimentação saudável**

De acordo com análise de conteúdo apresentada no quadro 5 relativa à unidade de contexto **Gostaste da publicidade, porquê**; a Unidade de registo que obteve maior unidade de enumeração foi **Informa as pessoas como comer de forma saudável** com 9 unidades de enumeração. Seguindo - se **É importante comer de forma saudável** com 8, **Ajuda a ter uma alimentação saudável** e **É interessante** com 4.

**Quadro 5 - Respostas dos inquiridos à questão: Gostaste da publicidade, porquê**

UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Gostaste da publicidade, porquê	Informa as pessoas como comer de forma saudável	9
	É importante comer de forma saudável	8
	Ajuda a ter uma alimentação saudável	4
	É interessante	4
	Acho engraçado	2
	Aprendemos a cuidar da nossa alimentação	2
	É um meio de comunicação	1
	Motiva as pessoas	1
Total		31

■ **Motivos para não ter gostado da publicidade a hábitos de alimentação saudável**

A análise de conteúdo apresentada no quadro 6 relativa à unidade de contexto **Não Gostaste da publicidade, porquê?** Demonstra que a unidade de registo **São chato** obteve 2

respostas. As unidades **Está sempre a passar o mesmo**, **Pouco interessante** e **São demasiado infantis ou são estranhos** apresentam 1 resposta.

**Quadro 6 - Respostas dos inquiridos à questão: Não Gostaste da publicidade, porquê?**

UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
<b>Não Gostaste da publicidade, porquê?</b>	São chatos	2
	Está sempre a passar o mesmo	1
	Pouco interessante	1
	São demasiado infantis ou são estranhos	1
<b>Total</b>		<b>5</b>

■ **Percepção de influência do anúncio sobre alimentação saudável**

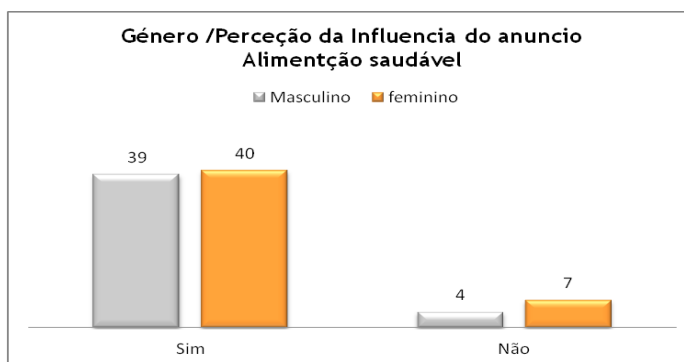
A tabela 18 demonstra que 87,8 (79) dos inquiridos após ter visto a publicidade, ficou a pensar na importância de comer de forma mais saudável, 12,2% (11) não pensou na importância de comer de forma mais saudável

**Tabela 18 - Representação da amostra quanto à questão: Este anúncio fez-te pensar na importância de comeres de forma mais saudável**

	Nº	%
<b>Sim</b>	79	87,8
<b>Não</b>	11	12,2
<b>Total</b>	90	100,0

O gráfico 7 verifica-se que 31,9% (29) dos rapazes e 33% (30) raparigas tem percepção da influência do anúncio sobre a alimentação saudável e 4,4% (4) rapazes e 7,7% (7) raparigas não têm a percepção da influência do anúncio sobre alimentação saudável.

Analisando se a variável género ( Feminino, Masculino) é independente da variável percepção da influência sobre alimentação saudável (Sim, Não), a tabela de contingencia, mostra que não se rejeita a hipótese de independência porque a probabilidade associada ao Qui quadrado (Asymp. Sig.) é (0,419> 0,05) na tabela 19 pelo que parece haver relação entre Género e percepção da influência do anúncio sobre alimentação saudável.



**Gráfico 7 - Correlação das variáveis género/ Percepção de influência do anúncio sobre alimentação saudável**

**Tabela 19 - Chi-Square Tests Género/ Percepção de influência do anúncio sobre alimentação saudável**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,654 <sup>a</sup>	1	,419		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,237	1	,626		
Likelihood Ratio	,663	1	,415		
Fisher's Exact Test				,527	,315
Linear-by-Linear Association	,647	1	,421		
N of Valid Cases	90				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,26.

b. Computed only for a 2x2 table

### 3.1.2. Atividade Física e de Lazer

#### ■ Práticas de desporto

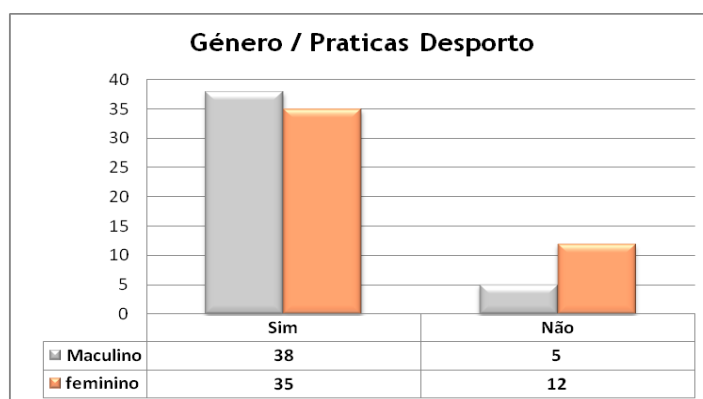
Da observação da tabela 20, constata-se que 81,1% (73) dos inquiridos pratica desporto e 18,9% (17) não pratica desporto.

**Tabela 20 - Representação da amostra quanto à questão: Praticas desporto**

	Nº	%
<b>Sim</b>	73	81,1
<b>Não</b>	17	18,9
<b>Total</b>	90	100,0

Comentando o gráfico 8 constata-se que 38 masculino e 35 raparigas praticam desporto, 5 rapazes e 12 raparigas não prática desporto. Estes resultados demonstram a equidade quer dos rapazes quer das raparigas na prática de desporto.

Ao analisar se a variavel género (Feminino, Masculino) é independente da variável prática de desporto (Sim, Não), da tabela 21 de contingencia, considerando-se um nível de significância de 5%, não se rejeita a hipótese ( $0,092 > 0,05$ ). Mas, a um nível de 10% rejeita-se a hipótese ( $0,092 < 0,10$ ) e neste nível pode-se dizer que as duas variáveis não são independentes, logo o género do adolescente influencia a sua prática de desporto.



**Gráfico 8 - Correlação das variáveis Género/ Pratica desporto**

Tabela 21 Chi-Square Tests Género/ Pratica desporto

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,833 <sup>a</sup>	1	,092		
Continuity Correction <sup>b</sup>	1,999	1	,157		
Likelihood Ratio	2,915	1	,088		
Fisher's Exact Test				,111	,078
Linear-by-Linear Association	2,802	1	,094		
N of Valid Cases	90				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,12.

b. Computed only for a 2x2 table

#### ■ Número de vezes de prática de desporto

Pela observação do gráfico 9 verifica-se que, 46,7% (42) pratica desporto 2 vezes por semana, 18,9% (17) 3 vezes por semana, 6,7% (6) 1 e 4 vezes e 1,1% (1) 5 e 7 vezes por semana respetivamente.

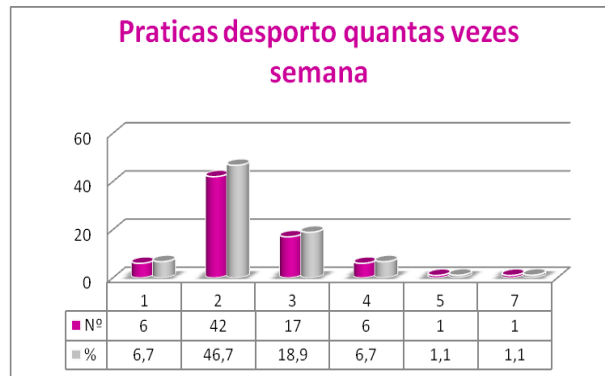


Gráfico 9 - Representação da amostra quanto à questão: Quantas vezes por semana praticas desporto

#### ■ Desporto praticado

Da análise de conteúdo apresentada no quadro 7 relativa à unidade de contexto **Qual a desporto que praticas**; A unidade de contexto **Futebol** obteve 22 unidades de enumeração, seguindo a unidade de registo **Educação Física** com 21, **Ginástica** com 8, **Bicicleta** com 5, **Atletismo** e **Natação** com 4, **Basquete** e **Rugby** com 3, **Ténis** e **Artes Marciais**, **Judo** e **Equitação** com 2 e **Piscina** e **Andebol** com 1 resposta.

Quadro 7 - Respostas dos inquiridos à questão: Qual a desporto que praticas?

UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Qual a desporto que praticas	Futebol	22
	Educação Física	21
	Ginástica	8
	Bicicleta	5
	Atletismo	4
	Natação	4
	Basquete	3
	Rugby	3
	Ténis	2
	Artes Marciais	2
	Judo	2
	Equitação	2
	Piscina	1
	Andebol	1
<b>Total</b>		<b>80</b>

■ Hábitos de visualização de televisão

Observa-se na tabela 22 que 98,9 (89) dos inquiridos vê televisão e 1,1% (1) não vê televisão.

Tabela 22 - Representação da amostra quanto à questão: Vês televisão

	Nº	%
<b>Sím</b>	89	98,9
<b>Não</b>	1	1,1
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

■ Número de horas de visualização de televisão

Da análise da tabela 23 referente a quantas horas por dia vê televisão, observa-se que 1 hora foi o mínimo de horas, 7 máximo horas, 2,48 a média de horas, 2 horas a moda, e o desvio padrão 1,4 horas. Estes resultados aproximam-se dos resultados nacionais. Em Portugal os adolescentes vê 2 ou mais horas de televisão aos dias de semana, 70% aos 11 anos e 80% aos 15 anos.

Tabela 23 - Representação da amostra quanto à questão: Durante a semana quantas horas por dia vê televisão

	N	Mínimo	Máximo	Média	Moda	Desvio Padrão
Durante a semana quantas horas por dia vê televisão	90	1	7	2,48	2	1,4

■ **Programas favoritos**

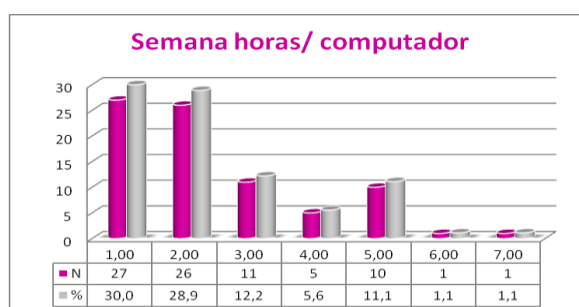
A análise de conteúdo apresentada no quadro 8 relativa à unidade de contexto **Quais os programas favoritos**. As unidades de registo que mais se destacaram são **Novelas** com 32 respostas, **Séries** com 30, **Programas de Entretenimento** com 26 e **Desenhos Animados** com 18 unidades de enumeração.

**Quadro 8 - Respostas dos inquiridos à questão: Quais os teus programas favoritos?**

UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Quais os teus programas favoritos	Novelas	32
	Séries	30
	Programas entretenimento	26
	Desenhos animados	18
	Noticiários	9
	Filmes	7
	Sic	7
	Desporto	6
	TVI	6
	Programas informativos	6
	Musica e dança	5
	Animais e natureza	2
	RTP1	1
	RTP2	1
<b>Total</b>		<b>156</b>

■ **Hábitos de uso diários de computador**

Da leitura do gráfico 10 constata-se que 30,0% (27) utiliza o computador 1 hora por dia, 28,9% (26) utiliza 2 horas, 12,2% (11) 3 horas, 11,1% (10) 5 horas, 5,6% (5) 4 horas, 1,1% (1) 6 e 7 horas que utiliza o computador por dia.



**Gráfico 10 - Representação da amostra quanto à questão: Durante a semana quantas horas por dia utiliza o computador**

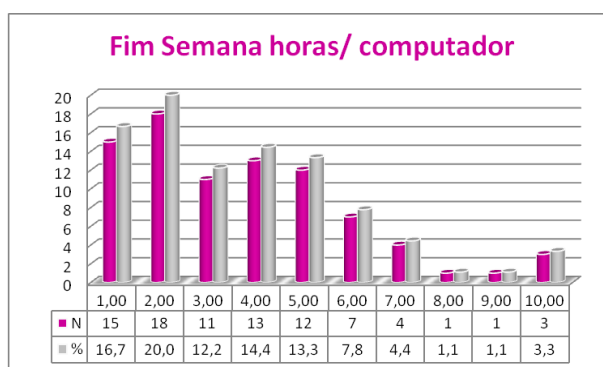
Da análise da tabela 24 referente a quantas horas por dia utiliza o computador, observa-se que 1 hora foi o mínimo de horas, 7 horas o número máximo, 2,40 a média de horas, 1 hora a moda, e o desvio padrão, 1,48 horas. O que corrobora com os dados do estudo sobre os indicadores do PNS, apenas refere que 50 a 55% dos rapazes utiliza o computador 2 ou mais horas aos dias de semana (Machado e Outros 2011).

**Tabela 24 - Caracterização da amostra relativa à questão: Durante a semana quantas horas por dia utiliza o computador**

	N	Mínimo	Máximo	Média	Moda	Desvio Padrão
Semana quantas horas por dia utiliza o computador	81	1	7	2,40	1	1,48

■ **Número de horas de utilização de computador durante o fim-de-semana**

Analisando o gráfico 11 consta-se que dos inquiridos 20,0% (18) utiliza o computador 2 horas por dia, 16,7% (15) 1 hora, 14,4% (13) 4 horas, 13,3% (12) 5 horas, 12,2% (11) 3 horas, 7,8% (7) 6 horas, 4,4% (4) 7 horas, 3,3% (3) 10 horas e 1,1% (1) 8 e 9 horas.



**Gráfico 11 - Representação da amostra quanto à questão: durante o fim semana quantas horas por dia utiliza o computador**

Da análise da tabela 25, referente durante o fim semana quantas horas por dia, utiliza o computador, 1 hora foi o mínimo de horas, 10 horas o máximo, 3,68 a média de horas, 2 horas a moda, e o desvio padrão 2,27 horas de utilização do computador durante o fim semana.

**Tabela 25 - Caracterização da amostra relativa à questão: durante o fim semana quantas horas por dia, utiliza o computador**

	N	Mínimo	Máximo	Média	Moda	Desvio Padrão
No fim semana, quantas horas por dia utiliza o computador	85	1	10	3,68	2	2,27

■ **Atividades mais frequentes no computador**

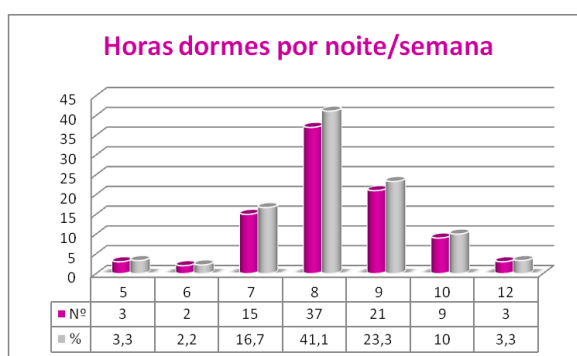
Da análise de conteúdo apresentada no quadro 9 relativa à unidade de contexto **Quais as atividades mais frequentes no computador**, as unidades de registo que mais se distinguiram são: Jogar (52), Redes Sociais (44), Trabalhos e pesquisa (3) e Musica (13).

**Quadro 9 - Respostas dos inquiridos Quais as atividades mais frequentes no computador**

UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Quais as atividades mais frequentes que fazes no computador	Jogar	52
	Redes sociais	44
	Trabalhos e pesquisa	33
	Música	13
	Filmes	7
	Correio eletrónico	3
<b>Total</b>		<b>308</b>

■ **Número de horas de sono por noite**

Da visualização do gráfico 12, observa-se que 41,1% (37) dorme 8 horas, 23,3% (21) dorme 9 horas, 16,7% (15) dorme 7 horas, 10% (9) dorme 10 horas, 3,3% (3) dorme 5 e 12 horas e 2,2% (2) dorme 6 horas.



**Gráfico 12 - Representação gráfica da caracterização da amostra relativa à questão: Durante a semana, quantas horas dorme por noite**

Da análise da tabela 26, referente a quantas horas dorme por noite, 5 horas foi o mínimo de horas, 12 horas o máximo, 8,25 a média de horas, 8 horas a moda, e o desvio padrão 1,29 horas.

**Tabela 26 - Caracterização da amostra relativa à questão: Durante semana quantas horas dorme por noite**

	N	Mínimo	Máximo	Média	Moda	Desvio Padrão
Durante semana quantas horas dorme por noite	90	5	12	8,25	8	1,29

■ **Opinião quanto à suficiência do número de horas de sono por noite**

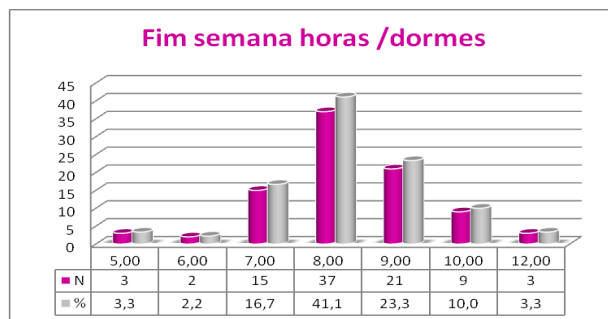
Da leitura da tabela 27, observa-se que em relação às horas que os inquiridos dormem por noite durante a semana, 7,8% (7) considera que são muitas, 81,1% (73) considera que são suficientes e 11,1% (10) considera que as horas que dorme são insuficientes.

**Tabela 27 - Representação da amostra quanto à questão: Consideras que as horas que dorme por noite durante a semana são:**

	Nº	%
Muitas	7	7,8
Suficientes	73	81,1
Insuficientes	10	11,1
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

■ **Número de horas de sono por noite ao fim-de-semana**

O gráfico 13 apresenta as horas que os inquiridos dormem por noite no fim semana, 41,1% (37) dorme 8 horas, 23,3 % (21) 9 horas, 16,7 % (15) 7 horas, 10,0% (9) 10 horas, 3,3% (3) 12 e 5 horas, 2,2% (2) dorme 6 horas.



**Gráfico 13- Representação gráfica da caracterização da amostra relativa à questão: No fim semana, quantas horas dormes por noite?**

Da análise da tabela 28, referente **durante o fim-de-semana, quantas horas dorme por noite**, 4 hora foi o mínimo de horas, 14 horas o máximo, 9,45 a média de horas, 10 horas a moda, e o desvio padrão 1,74 horas que dorme por noite durante o fim semana.

**Tabela 28 - Representação da amostra: No fim semana, quantas horas dorme por noite**

	N	Mínimo	Máximo	Média	Moda	Desvio Padrão
<b>No fim semana, quantas horas dormes por noite?</b>	90	4	14	9,45	10	1,74

■ **Opinião quanto à suficiência do número de horas de sono por noite ao fim de semana**

A Tabela 29 mostra que em relação às horas que os inquiridos dormem por noite ao fim semana, 23,3 % (21) considera que são muitas, 68,9% (62) considera que são suficientes e 7,8% (7) considera que as horas que dorme são insuficientes.

Tabela 29 - Representação da amostra: Considera que as horas que dormes por noite ao fim de semana são

	Nº	%
Muitas	21	23,3
Suficientes	62	68,9
Insuficientes	7	7,8
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

■ **Atividades realizadas nos tempos livres**

Da análise de conteúdo apresentada no quadro 10 relativa à unidade de contexto **Quais as atividades que mais gosta de fazer nos teus tempos livres**, as unidades de registo que mais se distinguiram foram: **Praticar desporto (33)**, **Estar no computador (26)**, **Conviver com os amigos (22)**, **Andar de bicicleta (19)**, **Ouvir música (16)**, **Ver televisão (14)** e **Passear com 10 respostas**.

Quadro 10 - Respostas dos inquiridos à questão: **Quais as atividades que mais gostas de fazer nos teus tempos livres**

UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Quais as atividades que mais gostas de fazer nos teus tempos livres	Praticar Desporto	33
	Estar no computador	26
	Conviver com os amigos	22
	Andar de bicicleta	19
	Ouvir música	16
	Ver Televisão	14
	Passear	10
	Ler	7
	Brincar com animais	5
	Dançar	4
	Tocar música	4
	Cantar	3
	Brincar	2
	Estudar	2
	Jogos eletrónicos	2
	Trabalhar	2
	Conviver com Familiares	1
	Fotografar	1
	Ir às compras	1
	Namorar	1
<b>Total</b>		<b>175</b>

■ **Hábitos de saídas à noite durante a semana**

Analisando a tabela 30, verifica-se que 5,6% (5) sai à noite durante a semana, e 94,4% (85) não sai à noite durante a semana.

**Tabela 30** - Representação da amostra quanto à questão: **Durante a semana saís à noite?**

	Nº	%
<b>Sim</b>	5	5,6
<b>Não</b>	85	94,4
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

■ **Hábitos de saídas à noite durante o fim-de-semana**

Analisando a tabela 31, verifica-se que 50% (45) sai à noite durante o fim-de-semana, e 50,0% (45) não sai à noite durante o fim-de-semana.

**Tabela 31** - Representação da amostra quanto à questão: **Durante o fim semana saís à noite?**

	Nº	%
<b>Sim</b>	45	50,0
<b>Não</b>	45	50,0
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

■ **Tipo de acompanhantes nas saídas à noite**

Da análise de conteúdo apresentada no quadro 11 relativa à unidade de contexto **Se, Sim com quem saís à noite**, as unidades de registo que mais se distinguiram foram: **Amigos** com 39, e **Pais** com 11 respostas.

**Quadro 11** - Respostas dos inquiridos à questão: **Se, Sim com quem saís à noite?**

UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
<b>Se, Sim com quem saís à noite</b>	Amigos	39
	Pais	11
	Irmãos	4
	Familiares	3
	Namorada	1
<b>Total</b>		<b>58</b>

### 3.1.3. Consumo de Bebidas Alcoólicas

■ **Hábito de consumo de bebidas alcoólicas**

Observa-se na tabela 32 que dos inquiridos 30,0% (27) consome bebidas alcoólicas e 70% (63) não consome bebidas alcoólicas.

**Tabela 32** - Representação da amostra quanto à questão: **Consome bebidas alcoólicas**

	Nº	%
<b>Sim</b>	27	30,0
<b>Não</b>	63	70,0
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

Comentando o gráfico 14 constata-se que 13 elementos do sexo masculino e 14 raparigas consomem bebidas alcoólicas, 30 rapazes e 33 raparigas não consome bebidas alcoólicas. A nível nacional a prevalência ao longo da vida aumentou para os rapazes de (52,5% para 55,1%) e para as raparigas (42,4 para 46,7%).

Ao analisar se a variável género ( Feminino, Masculino) é independente do consumo de bebidas alcólicas (Sim, Não), a tabela 33 de contingência, mostra que não se rejeita a hipótese de independência porque a probabilidade associada ao qui quadrado (Asymp. Sig.) é (0,963 > 0,05) pelo que não parece haver relação entre **género e consumo de bebidas alcoólicas**

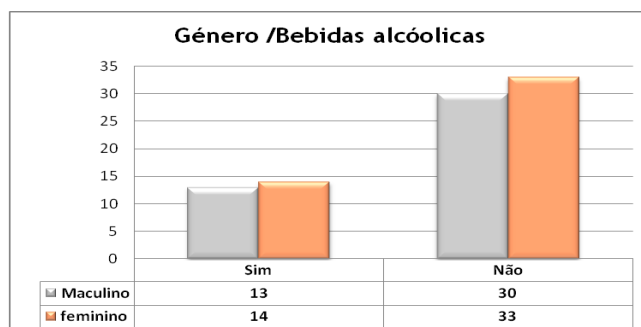


Gráfico 14 - Correlação das variáveis Género/ Consumo de Bebidas Alcoólicas

Tabela 33 - Chi-Square Género/ Consumo de Bebidas alcoólicas

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,002 <sup>a</sup>	1	,963		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,002	1	,963		
Fisher's Exact Test				1,000	,572
Linear-by-Linear Association	,002	1	,963		
N of Valid Cases	90				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,90.

a. Computed only for a 2x2 table

#### ■ Tipo de bebidas alcoólicas consumidas

Da análise de conteúdo apresentada no quadro 12 relativa à unidade de contexto **Que tipo de bebidas alcoólicas Consome**, as unidades de registo foram: Cerveja (18), bebidas brancas (7) e Vinhos e derivados (2). Dados estes que coincide com o estudo de Machado e outros (2011) os resultados revelaram que a nível do consumo de álcool nos adolescentes, assistiu-se a um aumento do consumo do álcool Cerveja (+ 10% nas raparigas e +5% nos rapazes) nas idades dos 13-14 anos.

Quadro 12 - Respostas dos inquiridos à questão: **Que tipo de bebidas alcoólicas Consomes**

UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
	Cerveja	18
	Bebidas brancas	7
	Vinho e derivados	2
<b>Total</b>		<b>27</b>

■ **Frequência do consumo bebidas alcoólicas**

Na tabela 34 constata-se que dos 27 inquiridos que afirmaram consumir bebidas alcoólicas nenhum consome diariamente, 3,3 % (3) referem que consomem às vezes, e 26,7% (24) só consome em festas. Dos 63 inquiridos que anteriormente referiram que não consumir bebidas alcoólicas, 12,2% (11) assume que já experimentou. Segundo o estudo Machado e outros (2011). De 2002 a 2010 menos de 1% dos jovens afirmou consumir diariamente bebidas alcoólicas. A percentagem dos que assumiram ter experimentado aumentou desde 2003 para 2007

Tabela 34- Representação da amostra quanto: **Frequência do consumo bebidas alcoólicas**

	Nº	%
Diariamente	0	0
Às vezes	3	3,3
Só em festas	24	26,7
Só experimentei	11	12,2
Total	38	41,8

■ **Idade de início do consumo bebidas alcoólicas**

Da análise da tabela 35 referente à idade em que começaram a consumir bebidas alcoólicas, observa-se que 12 anos foi a idade mínima, 17 a idade máxima, 14,2 anos a média de idades, 15 anos a moda, e o desvio padrão 1,56 anos

Tabela 35 - Representação da amostra quanto: **Idade início do consumo bebidas alcoólicas**

	N	Mínimo	Máximo	Média	Moda	Desvio Padrão
Idade começaste a consumir bebidas	36	12	17	14,2	15	1,56

■ **Quem influenciou o consumo de bebidas alcoólicas**

Da análise de conteúdo apresentada no quadro 13 relativa à unidade de contexto **Quem o influenciou a consumir bebidas alcoólicas**, as unidades de registo que mais se distinguiram foram **Ninguém, eu mesmo** (15), **Amigo** (10), **Familiares** e **Comunicação social** com (1) unidade de enumeração.

Quadro 13 - Respostas dos inquiridos à questão: **Quem o influenciou a consumir bebidas alcoólicas**

UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Quem te influenciou a consumir bebidas alcoólicas	Ninguém, eu mesmo	15
	Amigo	10
	Familiares	1
	Comunicação Social	1
Total		27

■ **Perceção sobre a importância de consumir bebidas alcoólicas**

Na tabela 36 relativamente à questão: em tua opinião achas que se não consumisses bebidas alcoólicas eras excluído do teu grupo de amigos, 7,8% (7) considera que era excluído do grupo, 75,6% (68) acha que não e 16,7% (15) não respondeu.

**Tabela 36 - Representação da amostra quanto à questão: Em tua opinião achas que se não consumisses bebidas alcoólicas eras excluído do teu grupo de amigos**

	Nº	%
Sim	7	7,8
Não	68	75,6
Não Respondeu	15	16,7
Total	90	100,0

■ **Achas que consumir bebidas alcoólicas é prejudicial à tua saúde**

Analisando a tabela 37 verifica-se que 95,6 % (86) dos inquiridos afirma que consumir bebidas alcoólicas é prejudicial à saúde, e 4,4% (4) refere que não é prejudicial à saúde.

**Tabela 37 - Representação da amostra quanto à questão: Achas que consumir bebidas alcoólicas é prejudicial à tua saúde**

	Nº	%
Sim	86	95,6
Não	4	4,4
Total	90	100,0

■ **Recordação de anúncios sobre os perigos de consumir bebidas alcoólicas**

Na observação da tabela 38 constata-se que 74,4% (67) dos inquiridos recorda-se de ver algum anúncio na televisão, internet, revistas, ou noutro lado, sobre os perigos de consumir bebidas alcoólicas, e 25,6% (23) não se recorda de ver.

**Tabela 38 - Representação da amostra quanto à questão: Recordas-te de ver algum anúncio na televisão, internet, revistas, ou noutro lado, sobre os perigos de consumir bebidas alcoólicas**

	Nº	%
Sim	67	74,4
Não	23	25,6
Total	90	100,0

■ **Opinião sobre os anúncios sobre os perigos de consumir bebidas alcoólicas**

A tabela 39 demonstra que 60,0% (54) dos inquiridos gostou da publicidade, e 14,4% (13) não gostou da publicidade.

**Tabela 39 - Representação da amostra quanto à questão: Gostaste da publicidade sobre os perigos de consumir bebidas alcoólicas**

	Nº	%
Sim	54	60,0
Não	13	14,4
Total	67	74,4

■ **Motivos de ter gostado dos anúncios sobre os perigos de consumir álcool**

Da análise de conteúdo apresentada no quadro 14 relativa à unidade de contexto **Gostaste da publicidade porquê**, as unidades de registo que mais se distinguiram foram: **Alerta sobre os perigos do consumo de bebidas alcoólicas** (16), **Informa dos riscos que podemos correr** e **É importante para os jovens** (5), **Para os jovens verem que faz mal à saúde** e **Achei interessante** (4).

**Quadro 14 - Respostas dos inquiridos à questão: Gostaste da publicidade porquê?**

UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
<b>Gostaste da publicidade porquê</b>	Alerta sobre os perigos do consumo de bebidas alcoólicas	16
	Informa dos riscos que podemos correr	5
	É importante para os jovens	5
	Para os jovens verem que faz mal à saúde	4
	Achei interessante	4
	Ensina a não beber	2
	Faz-nos pensar	2
	Sensibiliza as pessoas	2
	Foi realista	1
<b>Total</b>		<b>41</b>

■ **Motivos de não ter gostado dos anúncios sobre os perigos de consumir álcool**

Da análise de conteúdo apresentada no quadro 15 relativa à unidade de contexto **Não gostaste da publicidade porquê**, as unidades de registo foram: **São chatos** (4) e **pouco apelativos** (2).

**Quadro 15 - Respostas dos inquiridos à questão: Não gostaste da publicidade porquê?**

UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
	São chatos	4
	Pouco apelativos	2
<b>Total</b>		<b>6</b>

■ **Percepção da influência do anúncio a perigos de consumir bebidas alcoólicas?**

Da tabela 40 observa-se que 70,0% (63) afirma que o anúncio o fez pensar, e 4,4% (4) refere que o anúncio não o fez pensar se devia ou não consumir bebidas alcoólicas.

Tabela 40 - Representação da amostra quanto à questão: Este anúncio fez-te pensar se devias ou não consumir bebidas alcoólicas

	Nº	%
Sim	63	70,0
Não	4	4,4
Total	67	74,4

Comentando o gráfico 15 constata-se que (26) rapazes e (37) raparigas têm a percepção da influência dos anúncios sobre bebidas alcoólicas, (17) rapazes e 10 raparigas não têm a percepção da influência dos anúncios sobre bebidas alcoólicas

Na tabela de contingência 41 ao verificar se a variável género ( Feminino, Masculino) é independente da variável percepção do anuncio sobre o consumo de bebidas alcoólicas (Sim, Não), se considerar um nível de significância de 5%, não se rejeita a hipótese de independência ( $0,059 > 0,05$ ). Mas, a um nível de 10% rejeita-se a hipótese ( $0,059 < 0,10$ ) e neste nível pode-se dizer que as duas variáveis não são independentes logo a percepção de influência difere entre os dois géneros parecendo haver uma maior percepção por parte do sexo feminino.

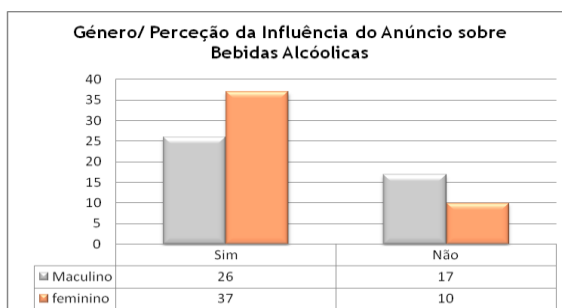


Gráfico 15 - Correlação de variáveis Género/ Percepção da Influencia sobre o anúncio de bebidas alcoólicas

Tabela 41 Chi-Square Tests Género/ Percepção da Influencia sobre o anúncio de bebidas alcoólicas

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,565 <sup>a</sup>	1	,059		
Continuity Correction <sup>b</sup>	2,748	1	,097		
Likelihood Ratio	3,588	1	,058		
Fisher's Exact Test				,069	,048
Linear-by-Linear Association	3,525	1	,060		
N of Valid Cases	90				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,90.

b. Computed only for a 2x2 table

### 3.1.4. Consumo de Tabaco

#### ■ Consumo de tabaco

A tabela 42 mostra que 13,3% (12) dos inquiridos fuma, e 86,7% (78) não fuma

Tabela 42 - Representação da amostra quanto à questão: Fumas

	Nº	%
Sim	12	13,3
Não	78	86,7
Total	90	100,0

O gráfico 16 evidencia que 40 rapazes e 38 raparigas não fumam; 3 rapazes e 9 raparigas assumiram ter fumado.

Ao verificar se a variável género (Feminino, Masculino) é independente da variável fumar (Sim, Não), na tabela 43 de contingência, se considerar um nível de significância de 5%, não se rejeita a hipótese ( $0,090 > 0,05$ ). Mas, a um nível de 10% rejeita-se a hipótese ( $0,09 < 0,10$ ) e, neste nível pode-se dizer que as duas variáveis não são independentes. Ou seja, o hábito de fumar difere em função do sexo

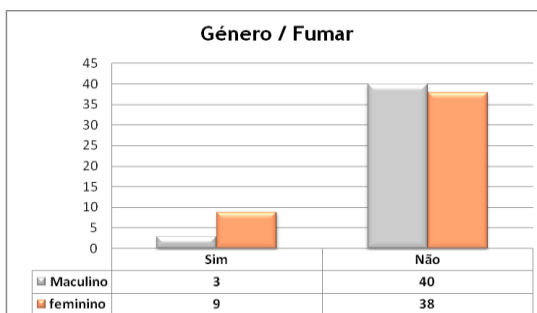


Gráfico 16 - Correlação das variáveis Género/ Fumar

Tabela 43 - Chi-Square Tests Género/ Fumar

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,879 <sup>a</sup>	1	,090		
Continuity Correction <sup>b</sup>	1,922	1	,166		
Likelihood Ratio	3,013	1	,083		
Fisher's Exact Test				,123	,081
Linear-by-Linear Association	2,847	1	,092		
N of Valid Cases	90				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,73.

b. Computed only for a 2x2 table

■ **Frequência de Consumo de tabaco**

A tabela 44 apura que 6,7% (6) consome tabaco diariamente, 3,3% (3) às vezes e só em festas. Dos 78 inquiridos que acima referiram não fumar 11,0% (10) afirma que já experimentou.

Tabela 44 - Representação da amostra quanto à questão: **Consumes tabaco**

	Nº	%
Diariamente	6	6,7
Às vezes	3	3,3
Só em festas	3	3,3
Só experimentou	10	11,0
Nunca fumou	68	74,8
Total	90	100

■ **Quantidade diária fumada**

Da análise do gráfico 17 verifica-se que 3,3% (3) consome 2 e 3 cigarros por dia, 2,2% (2) consome 10 cigarros, (1) 1,1% 4,6,15 e 17 cigarros dia.

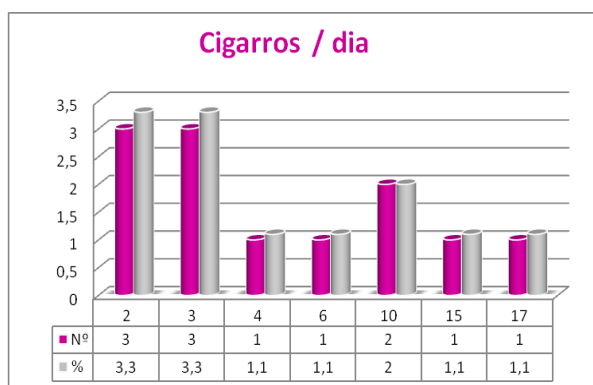


Gráfico 17 - Representação da amostra quanto: **Fuma quantos cigarros dia**

■ **Idade de início de consumo de tabaco**

A tabela 45 mostra que a idade com que os inquiridos iniciaram o consumo de tabaco com a idade mínima 10 anos, máxima de 15 anos, média de 13,4 anos, a moda foi de 14 anos, com um desvio padrão de 1,26 anos. Machado, Nicolau e Dias (2009) no seu estudo a idade média de início do consumo de tabaco foi de 17 anos no sexo masculino e de 18 anos no sexo feminino.

Tabela 45 - Representação da amostra quanto: **Com que idade começou a fumar**

	N	Mínimo	Máximo	Média	Moda	Desvio Padrão
Idade começaste a fumar	22	10	15	13,4	14	1,26

■ **Influência no consumo de tabaco**

Da análise de conteúdo apresentada no quadro 16 relativa à unidade de contexto **Quem te influenciou fumar**, as unidades de registo foram por ordem de importância: Ninguém, eu próprio (11), Amigos (9), familiares (2).

**Quadro 16 - Respostas dos inquiridos: Quem o influenciou fumar**

UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Quem te influenciou fumar	Ninguém, eu próprio	11
	Amigos	9
	Familiares	2
<b>Total</b>		<b>22</b>

■ **Perceção quanto à importância de fumar**

A tabela 46 revela que 7,8% (7) dos inquiridos afirma que se não fumasse era excluído do grupo de amigos, 67,8% (61) refere que não era excluído, 4,4 % (22) não respondeu.

**Tabela 46 - Representação da amostra quanto: Em tua opinião achas que se não fumasses eras excluído do teu grupo de amigos**

	Nº	%
<b>Sím</b>	7	7,8
<b>Não</b>	61	67,8
<b>Não respondeu</b>	22	24,4
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

■ **Perceção quanto aos perigos de fumar**

A tabela 47 ilustra que 98,1 % (89) acha que fumar é prejudicial, e 1,1% (1) acha que fumar não é prejudicial à saúde.

**Tabela 47 - Representação da amostra quanto à questão: Fumar é prejudicial à tua saúde**

	Nº	%
<b>Sím</b>	89	98,9
<b>Não</b>	1	1,1
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

■ **Recordação de anúncios sobre os perigos de fumar**

Da observação da tabela 48 constata-se que 77,8% (70) dos inquiridos recorda-se de ver algum anúncio na televisão, internet, revistas, ou noutro lado, sobre os perigos de fumar, e 22,2 % (20) não se recorda de ver nenhum anúncio.

**Tabela 48 - Representação da amostra quanto à questão: Recordas-te de ver algum anúncio na televisão, internet, revistas, ou noutro lado, sobre os perigos de fumar**

	Nº	%
Sim	70	77,8
Não	20	22,2
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

■ **Perceção dos anúncios sobre os perigos de fumar**

A tabela 49 mostra que 75,6 % (8) dos inquiridos gostou da publicidade, e 18,9 % (17) não gostou da publicidade sobre os perigos de fumar.

**Tabela 49 - Representação da amostra quanto à questão: Gostaste da publicidade sobre os perigos de fumar**

	Nº	%
Sim	68	75,6
Não	17	18,9
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

■ **Motivos de ter gostado do anúncio sobre os perigos de fumar**

Da análise de conteúdo apresentada no quadro 17 relativa à unidade de contexto **Gostaste da publicidade porquê**, as unidades de registo que mais se distinguiram são: **Informa que é prejudicial à saúde** (11), **Alerta as pessoas sobre os perigos do tabaco** (9), **Influência os jovens a não fumarem** (8) e **Alerta sobre as doenças que o tabaco pode provocar** (5) unidades de enumeração

**Quadro 17 - Respostas dos inquiridos à questão: Gostaste da publicidade porquê?**

UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
<b>Gostaste da publicidade porquê</b>	Informa que é prejudicial à saúde	11
	Alerta as pessoas sobre os perigos do tabaco	9
	Influência os jovens a não fumarem	8
	Alerta sobre as doenças que o tabaco pode provocar	5
	É interessante	2
	Sensibiliza os jovens	2
	É importante	2
	Uma vida sem tabaco é uma vida saudável	1
	Fumar mata	1
<b>Total</b>		<b>41</b>

■ **Motivos de ter gostado do anúncio sobre os perigos de fumar**

Da análise de conteúdo apresentada no quadro 18 relativa à unidade de contexto **Não gostaste da publicidade porquê** teve 2 unidades de enumeração a unidade de registo “São aborrecidos”.

**Quadro 18 - Respostas dos inquiridos à questão: Não gostaste da publicidade porquê?**

UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
	São aborrecidos	2
<b>Total</b>		<b>2</b>

■ **Perceção da influência dos anúncios sobre o perigo de fumar**

Da tabela 50 observa-se que 65,6% (59) afirma que o anúncio o fez pensar, e 30,0% (27) refere que o anúncio não o fez pensar se devia ou não fumar.

**Tabela 50 - Representação da amostra quanto à questão: Este anúncio fez-te pensar se devias ou não fumar?**

	Nº	%
<b>Sím</b>	59	65,6
<b>Não</b>	27	30,0
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

### 3.1.5. Consumo de Estupefacientes

■ **Consumo de estupefacientes**

A tabela 51 infere que os 90 inquiridos não consomem estupefacientes. Justificando os resultados do relatório Anual (2010:11) refere que “em 2007, os resultados do ESPAD (alunos de 16 anos) e do ECATD (alunos dos 13 aos 18 anos) uma vez mais evidenciaram descidas dos consumos entre 2003-2007.

**Tabela 51 - Representação da amostra quanto à questão: Consomes estupefacientes**

	Nº	%
<b>Sím</b>	0	0
<b>Não</b>	90	100,0
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

■ **Tipo de estupefacientes consumidos**

Da análise de conteúdo apresentada no quadro 18 no que se refere à unidade de contexto **Se consomes estupefacientes qual o tipo**, a unidades de registo obtida foi Erva com 2 unidades de enumeração, sendo que 3 dos inquiridos não respondeu. O que valida com relatório Anual (2010) dos indicadores do PNS onde refere que consumo de cannabis aos 11 anos aumentou de (1,4% para1,6%), mas no geral diminui de 2002 a 2010 de (9,2 para 8,8%), os estudos apresentam uma prevalência mais elevada para o consumo de cannabis em relação às outras drogas.

**Quadro 19** - Respostas dos inquiridos à questão: **Se consumes estupefacientes qual o tipo**

UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Se consumes estupefacientes qual o tipo	Erva (cannabis)	2
<b>Total</b>		<b>2</b>

■ **Frequência de consumo de estupefacientes**

Na tabela 52 verifica-se que 5,6% (5) dos inquiridos refere ter experimentado consumir estupefacientes e 94,4% (85) refere nunca ter experimentado.

Dos inquiridos o número que respondeu que experimentou é residual pelo que não há que estudar relações.

**Tabela 52** - Representação da amostra quanto: **Frequência do consumo estupefaciente**

	Nº	%
Experimentou	5	5,6
Nunca experimentou	85	94,4
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

■ **Idade de início do consumo estupefacientes**

A tabela 53 mostra que a idade com que os inquiridos iniciaram o consumo de estupefacientes com a idade mínima 12 anos, máxima de 17 anos, média de 14,4 anos, sendo a moda de 14 anos, com um desvio padrão de 1,81 anos.

**Tabela 53** - Representação da amostra quanto à questão: **Com que idade começaste o consumo estupefacientes**

	N	Mínimo	Máximo	Média	Moda	Desvio Padrão
Com que idade começastes o consumo de estupefacientes	5	12	17	14,4	14	1,81

■ **Influência de outros no consumo de estupefacientes**

Da análise de conteúdo apresentada no quadro 19 relativa à unidade de contexto **Quem te influenciou a consumir estupefaciente**, obteve-se duas unidades de registo Amigo com 4 respostas e Ninguém, eu próprio com 1 resposta.

**Quadro 20** - Respostas dos inquiridos à questão: **Quem te influenciou a consumir estupefaciente**

UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Quem te influenciou a consumir estupefacientes	Amigo	4
	Ninguém, eu próprio	1
<b>Total</b>		<b>5</b>

■ **Perceção quanto à importância de consumir estupefacientes**

A tabela 54 revela que 4,4% (4) dos inquiridos afirma que se não consumisse estupefacientes era excluído do grupo de amigos, 60,0% (54) refere que não era excluído, 35,6% (32) não respondeu.

**Tabela 54 - Representação da amostra quanto à questão: Em tua opinião achas que se não consumisses estupefacientes eras excluído do teu grupo de amigos**

	Nº	%
Sim	4	4,4
Não	54	60,0
Não respondeu	32	35,6
Total	90	100,0

■ **Perceção quanto ao perigo de consumir estupefacientes**

A tabela 55 ilustra que 98,1% (89) acha que fumar é prejudicial, e 1,1% (1) acha que fumar não é prejudicial à saúde

**Tabela 55 - Representação da amostra quanto à questão: Consumir estupefacientes é prejudicial à tua saúde**

	Nº	%
Sim	89	98,9
Não	1	1,1
Total	90	100,0

■ **Recordação de anúncios sobre o perigo de consumir estupefacientes**

Na observação da tabela 56 constata-se que 68,9% (62) dos inquiridos recorda-se de ver algum anúncio na televisão, internet, revistas, ou noutro lado, sobre os perigos de consumir estupefaciente, e 31,1% (28) não se recorda de ver.

**Tabela 56 - Representação da amostra quanto à questão: Recordas-te de ver algum anúncio na televisão, internet, revistas, ou noutro lado, sobre os perigos de consumir estupefaciente**

	Nº	%
Sim	62	68,9
Não	28	31,1
Total	90	100,0

■ **Opinião sobre os anúncios sobre o perigo de consumir estupefacientes**

A tabela 57 evidencia que 67,8% (61) dos inquiridos gostou da publicidade, 25,6% (23) não gostou da publicidade sobre os perigos de consumir estupefacientes, e 6,7% (6) não respondeu.

**Tabela 57 - Representação da amostra quanto à questão: Gostaste da publicidade sobre os perigos de consumir estupefacientes**

	Nº	%
Sim	61	67,8
Não	23	25,6
Não respondeu	6	6,7
Total	90	100,0

■ **Motivos de ter gostado dos anúncios sobre o perigo de consumir estupefacientes**

Da análise de conteúdo apresentada no quadro 16 relativa à unidade de contexto **Gostaste da publicidade porquê**, as unidades de registo que mais se distinguiram são, por ordem, de importância: **Alerta para os perigos do consumo de estupefacientes (7)**, **Informa sobre os riscos do consumo de estupefacientes (6)**, **É interessante e Influencia os jovens a não fumarem (5)**.

**Quadro 21 - Respostas dos inquiridos à questão: Gostaste da publicidade porquê**

UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Gostaste da publicidade porquê	Alerta para os perigos do consumo de estupefacientes	7
	Informa sobre os riscos do consumo de estupefacientes	6
	É interessante	5
	Influencia os jovens a não fumarem	5
	Pode levar à morte	4
	A droga altera as pessoas	3
	Sensibiliza os jovens	2
	Foi realista	1
	Era atraente	1
	A droga faz mal	1
<b>Total</b>		<b>35</b>

■ **Motivos de não ter gostado dos anúncios sobre o perigo de consumir estupefacientes**

Não se verificaram respostas

■ **Perceção da influência dos anúncios sobre o perigo de consumir estupefacientes**

Da tabela 58 observa-se que 66,7% (60) afirma que o anúncio o fez pensar, e 27,8% (25) refere que o anúncio não o fez pensar sobre os perigos de consumir estupefaciente, e 5,6% (5) não respondeu.

**Tabela 58 - Representação da amostra quanto à questão: Este anúncio fez-te pensar sobre os perigos de consumir estupefaciente**

	Nº	%
Sim	60	66,7
Não	25	27,8
Não respondeu	5	5,6
Total	90	100,0

### 3.1.5. Atividade Sexual

#### ■ Iniciação à prática sexual ativa

Pela tabela 59 verifica-se que 18,9% (17) dos inquiridos já iniciou, e 81,1% (73) não iniciou a sua atividade sexual.

Tabela 59- Representação da amostra quanto à questão: Já iniciaste atividade sexual

	Nº	%
Sim	17	18,9
Não	73	81,1
Total	90	100,0

Observando se a variável género ( Feminino, Masculino) é independente da variável início da atividade sexual (Sim, Não), a tabela de contingência 60, atesta que não se rejeita a hipótese de independência porque a probabilidade associada ao CHI (Asymp. Sig.) é (0,545 > 0,05) pelo que não parece haver relação entre Género e início da atividade sexual

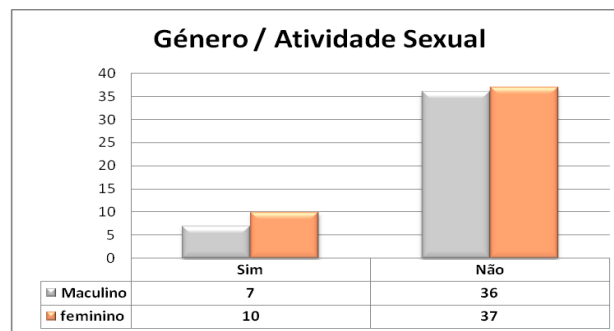


Gráfico 18 - Correlação de variáveis Género/Início da atividade sexual

Tabela 60 Chi-Square Tests Gráfico 18 - Correlação de variáveis Género/Início da atividade sexual

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,366 <sup>a</sup>	1	,545		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,113	1	,737		
Likelihood Ratio	,368	1	,544		
Fisher's Exact Test				,599	,370
Linear-by-Linear Association	,362	1	,547		
N of Valid Cases	90				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,12.

b. Computed only for a 2x2 table.

■ **Idade de início da vida sexual ativa**

A tabela 61 mostra que a idade com que os inquiridos iniciaram a **atividade sexual** com a idade de mínima 11 anos, máxima de 18 anos, média de 15 anos, sendo a moda de 16 anos, com um desvio padrão de 1,62 anos.

**Tabela 61** - Representação da amostra quanto à questão: **Com que idade iniciaste a tua vida sexual ativa**

	N	Mínimo	Máximo	Média	Moda	Desvio Padrão
Com que idade iniciastes a tua vida sexual ativa	17	11	18	15	16	1,62

■ **Uso de método contraceutivo**

Através da tabela 62 constata-se que dos 17 inquiridos que iniciaram a sua atividade sexual, 16,7% (15) utilizam método contraceutivo, e 2,2 % (2) não utilizam método contraceutivo.

**Tabela 62** - Representação da amostra quanto à questão: **utiliza algum método contraceutivo**

	Nº	%
Sím	15	16,7
Não	2	2,2
Total	17	18,9

■ **Método contraceutivo utilizado**

Análise de conteúdo apresentada no quadro 16 relativa à unidade de contexto **Qual método contraceutivo que utiliza**: as unidades de registo foram Preservativo (8), Pilula (5), Preservativo mais Pilula e Não utiliza Nenhum método contraceutivo tiveram (2) unidades de enumeração.

**Quadro 22** - Respostas dos inquiridos à questão: **Qual método contraceutivo que utiliza**

UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Qual método contraceutivo que utilizas	Preservativo	8
	Pilula	5
	Preservativo mais pilula e	2
	Não utiliza Nenhum método contraceutivo	2
<b>Total</b>		<b>17</b>

■ **Influência de outros no método usado**

Da análise de conteúdo apresentada no quadro 22 relativa à unidade de contexto **Quem aconselhou esse método**, as unidades de registo que mais se distinguiram são, por ordem de importância: **Mãe** (5), **namorado** e **Eu** (2). As unidades de registo **Comunicação social**, **Enfermeira**, **familiar**, **Médico** e **Pai** apenas tiveram 1 resposta.

Quadro 23 - Respostas dos inquiridos: Quem aconselhou esse método

UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Quem aconselhou esse método	Mãe	5
	Namorado	2
	Eu	2
	Comunicação social	1
	Enfermeira	1
	Familiar	1
	Médico	1
	Pai	1
<b>Total</b>		<b>15</b>

■ **Perceção de risco da prática de atividade sexual**

A tabela 63 infere que dos 17 inquiridos que iniciaram a sua atividade sexual, 2,2% (2) considera que tem um comportamento de risco, e 16,7% (15) refere não ter comportamentos de risco.

Tabela 63- Representação da amostra quanto: Consideras que o seu comportamento sexual é de risco

	Nº	%
Sim	2	2,2
Não	15	16,7
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>18,9</b>

■ **Conhecimento quanto a métodos de prevenção de risco na atividade sexual**

Da análise de conteúdo apresentada no quadro 23 relativa à unidade de contexto Na tua opinião qual o contracetivo que previne as doenças sexualmente transmissíveis: as unidades de registo obtidas foram, por ordem de importância: Preservativo (53) e Preservativo e Pilula com 3 respostas. Não responderam 34 inquiridos.

Quadro 24 - Respostas dos inquiridos: Qual o contracetivo que previne as doenças sexualmente transmissíveis

UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Na tua opinião qual o contracetivo que previne as doenças sexualmente transmissíveis	Preservativo	53
	Preservativo e Pilula	3
<b>Total</b>		<b>56</b>

■ **Influência de outros no início da atividade sexual**

A tabela 64 mostra que 3,3% (3) dos inquiridos já sentiu que foi pressionado a iniciar a sua atividade sexual, 93,3% (84) refere que não foi pressionado, e 3,3% (3) não respondeu.

**Tabela 64 - Representação da amostra quanto à questão: Em algum momento sentiste que foste pressionada a iniciar a tua atividade sexual?**

	Nº	%
Sim	3	3,3
Não	84	93,3
Não respondeu	3	3,3
Total	90	100,0

■ **Experiência de Abuso sexual**

Pela tabela 65 verifica-se que 96,7% (87) assume que nunca foi abusada sexualmente, e 3,3% (3) não respondeu.

**Tabela 65 - Representação da amostra quanto à questão: Em algum momento foste abusada sexualmente?**

	Nº	%
Não	87	96,7
Não respondeu	3	3,3
Total	90	100,0

■ **Recordação de anúncios sobre os riscos inerentes à atividade sexual**

Na observação da tabela 66 constata-se que 75,6% (68) dos inquiridos recorda-se de ver algum anúncio na televisão, internet, revistas, ou noutro lado, sobre medidas de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, e 24,4% (22) não se recorda de ver.

**Tabela 66 - Representação da amostra quanto à questão: Recordas-te de ver algum anúncio na televisão, internet, revistas, ou noutro lado, sobre medidas de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis?**

	Nº	%
Sim	68	75,6
Não	22	24,4
Total	90	100,0

■ **Perceção dos anúncios sobre os riscos inerentes à atividade sexual**

A tabela 67 demonstra que 74,4% (67) dos inquiridos gostou da publicidade, 22,2% (20) não gostou da publicidade sobre medidas de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e, 3,3% (3) não respondeu.

**Tabela 67 - Representação da amostra quanto à questão: Gostaste da publicidade sobre medidas de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis**

	Nº	%
Sim	67	74,4
Não	20	22,2
Não respondeu	3	3,3
Total	90	100,0

■ **Motivos de ter gostado dos anúncios sobre os riscos inerentes à atividade sexual**

Da análise de conteúdo apresentada no quadro 16 relativa à unidade de contexto **Gostaste da publicidade porquê**, as unidades de registo que mais se distinguiram são, por ordem de importância: **Ensina o que devemos fazer para nos proteger** (12), **Informa sobre as medidas de prevenção das doenças** (7), **Alerta para os riscos da falta de prevenção e Alerta para os perigos das doenças sexualmente transmissíveis** (5).

**Quadro 25 - Respostas dos inquiridos à questão: Gostaste da publicidade sobre medidas de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis porquê?**

UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
<b>Gostaste da publicidade sobre medidas de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis porquê</b>	Ensina o que devemos fazer para nos proteger	12
	Informa sobre as medidas de prevenção das doenças	7
	Alerta para os riscos da falta de prevenção	5
	Alerta para os perigos das doenças sexualmente transmissíveis	5
	Sensibiliza as pessoas	3
	Para evitar que as pessoas engravidem ou adoçam	2
	É interessante	2
	É importante	2
	Era educativo	2
	Era atraente	1
	Apela ao uso de contraceptivos para prevenir doenças	1
<b>Total</b>		<b>42</b>

■ **Motivos de não ter gostado dos anúncios sobre os riscos inerentes à atividade sexual**

Da análise de conteúdo apresentada no quadro 25 relativa à unidade de contexto **Não Gostaste da publicidade porquê**, só se obteve 1 unidade de registo: **São chatos** com 1 resposta.

**Quadro 26 - Respostas dos inquiridos à questão: Não Gostaste da publicidade porquê**

UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
<b>Não Gostaste da publicidade</b>	São chatos	1
<b>Total</b>		<b>1</b>

■ **Perceção de influência dos anúncios sobre os riscos inerentes à atividade sexual**

Da tabela 68 observa-se que 78,9 % (71) afirma que o anúncio o fez pensar, e 16,7 % (15) refere que o anúncio não o fez pensar se devia ou não mudar o teu comportamento no que se refere à tua atividade sexual. 4,4% (4) dos inquiridos não respondeu.

**Tabela 68** - Representação da amostra quanto à questão: **Este anúncio fez-te pensar se devias ou não mudar o teu comportamento no que se refere à tua atividade sexual**

	Nº	%
Sim	71	78,9
Não	15	16,7
Não respondeu	4	4,4
Total	90	100,0

Não é possível analisar a correlação de variáveis Comportamento Sexual Risco e a perceção da influência dos anúncios sobre os riscos inerentes à atividade sexual uma vez que os valores são residuais.

### 3.1.6. Família e Grupo de Pares

■ **Influências de outro na vida em geral**

Da análise de conteúdo apresentada no quadro 16 relativa à unidade de contexto **Na tua vida quais as pessoas mais significativas para ti**, as unidades de registo que mais se distinguiram são, por ordem de importância: Pais (77), Irmã(o) (54), Amigos (53), familiares (51) e namorado (22).

**Quadro 27** - Respostas dos inquiridos à questão: **Na tua vida quais as pessoas mais significativas para ti?**

UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Na tua vida quais as pessoas mais significativas para ti	Pais	77
	Irmã(o)	54
	Amigos	53
	Familiares	51
	Namorado	22
	Outro	0
<b>Total</b>		<b>257</b>

■ **Perceção quando ao estado de espírito**

Da análise de conteúdo apresentada no quadro 27 relativa à unidade de contexto **Nesta fase da tua vida normalmente sentes**, as unidades de registo foram, por ordem de importância: Alegria (61), Bem-estar (56), Ansiedade (27), Medo (11) e Desespero (5).

**Quadro 28** - Respostas dos inquiridos à questão: **Nesta fase da tua vida normalmente sentes**

UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Nesta fase da tua vida normalmente sentes	Alegria	61
	Bem-estar	56
	Ansiedade	27
	Tristeza	15
	Medo	11
	Desespero	5
<b>Total</b>		<b>175</b>

■ **Perceção geral quanto à vida individual**

Pela tabela 69 observa-se que os inquiridos consideram a sua vida: 1,1 % (1) Muito má, 27,8 % (25) razoável, 47,8 % (43) Boa e, 23,3% (21) Muito boa.

**Tabela 69** - Representação da amostra quanto à questão: **Consideras que a tua vida é?**

	Nº	%
<b>Muita Má</b>	1	1,1
<b>Razoável</b>	25	27,8
<b>Boa</b>	43	47,8
<b>Muito Boa</b>	21	23,3
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

■ **Experiências de bullying**

A tabela 70 descreve que 16,7 % (15) afirma já ter sido vítima de bullying e, 83,3% (75) refere não ter sido vítima de bullying.

**Tabela 70** - Representação da amostra quanto à questão: **Na tua escola já foste vítima de bullying**

	Nº	%
<b>Sim</b>	15	16,7
<b>Não</b>	75	83,3
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

■ **Pessoa que exerceu bullying sobre o jovem**

Da análise de conteúdo apresentada no quadro 16 relativa à unidade de contexto **Foste vítima de bullying por parte de quem**, as unidades de registo que mais se distinguiram são, por ordem de importância: Colegas da turma (4) rapazes da Escola (3), Pessoas (2), Amigo, Cigano e maior pesadelo (1).

Quadro 29 - Respostas dos inquiridos à questão: Foste vítima de bullying por parte de quem

UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
	Colegas da turma	4
	Rapazes da Escola	3
	Pessoas	2
	Amigo	1
	Cigano	1
	Maior Pesadelo	1
<b>Total</b>		<b>12</b>

■ **Relato da ocorrência de bullying**

Da análise de conteúdo apresentada no quadro 29 relativa à unidade de contexto **Informaste quem**, as unidades de registo que mais se distinguiram são: Pais (6), Diretor (3), Amigos (2).

Quadro 30 - Respostas dos inquiridos à questão: Informaste quem

UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
<b>Informaste quem</b>	Pais	6
	Diretor	3
	Amigos	2
	Familiares	1
	Professor	1
	Funcionários	1
<b>Total</b>		<b>14</b>

■ **Motivos para o não relato da experiência de bullying**

Da análise de conteúdo apresentada no quadro 30 relativa à unidade de contexto **Não Informaste porquê**, obteve-se 2 unidades de registo Medo com duas respostas e Não ligo ao que dizem com uma.

Quadro 31 - Respostas dos inquiridos à questão: Não Informaste porquê

UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
<b>Não Informaste porquê</b>	Medo	2
	Não ligo ao que dizem	1
<b>Total</b>		<b>3</b>

3.1.7. Considerações do Adolescente

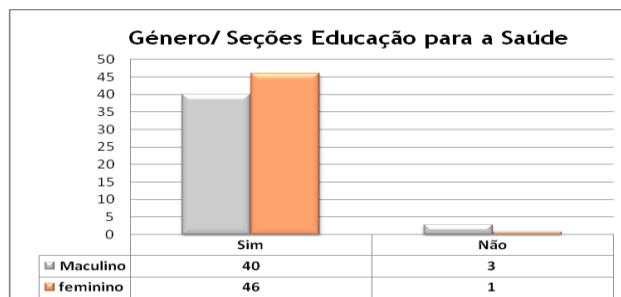
- Opinião quanto à importância de existirem secções de educação para a saúde, para esclarecimento de dúvidas

A tabela 71 descreve que 95,6 % (86) afirma ser importante existirem secções de educação para a saúde e, 4,4% (4) não ser importante existirem secções de educação para a saúde para esclarecer dúvidas e melhorar os seus comportamentos de vida saudáveis.

**Tabela 71 - Representação da amostra quanto à questão: Na tua opinião consideras importante existirem secções de educação para a saúde, para que possas esclarecer dúvidas e melhorar os comportamentos de vida saudáveis**

	Nº	%
<b>Sim</b>	86	95,6
<b>Não</b>	4	4,4
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

O gráfico 19 mostra que 46 raparigas e 40 rapazes consideram importante as secções de educação para a saúde e 3 rapazes e 1 rapariga não considera importante existirem secções de educação para a saúde, para que possas esclarecer dúvidas e melhorar os comportamentos de vida saudáveis



**Gráfico 19 - Correlação de variáveis Género/Educação para a Saúde**

■ **Fontes de informação utilizadas para esclarecimento de dúvidas**

Da análise de conteúdo relativa à unidade de contexto Normalmente onde procuras informação para esclarecer as tuas dúvidas o quadro 31 mostra que o Médico de família (44), o Enfermeiro (35), a internet (20), os amigos (18), a Televisão (10) e as Revistas (5) são por ordem decrescente de importância as fontes mais utilizadas.

**Quadro 32 - Respostas dos inquiridos à questão: Normalmente onde procuras informação para esclarecer as tuas dúvidas**

UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO
Normalmente onde procuras informação para esclarecer as tuas dúvidas	Médico de família	44
	Enfermeiro	35
	Internet	20
	Amigos	18
	Televisão	10
	Revistas	5
<b>Total</b>		<b>132</b>

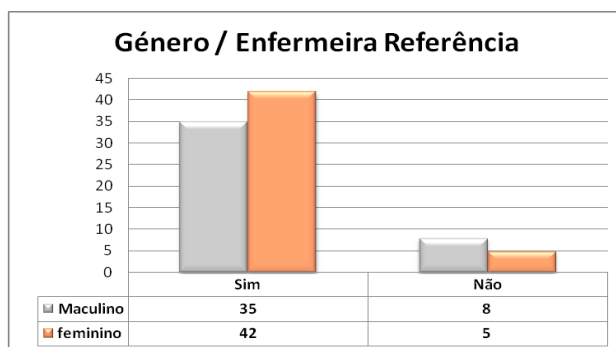
■ **Opinião quanto à necessidade de ter uma enfermeira de referência quem se possa recorrer em caso de dúvidas**

A tabela 72 descreve que 85,6 % (77) afirma ser importante ter uma enfermeira de referência e, 14,4% (13) considera não ser importante ter uma enfermeira de referência, a quem possa recorrer sempre que tenha algum problema pessoal ou para esclarecer dúvidas.

**Tabela 72 - Representação da amostra quanto à questão: Na tua opinião consideras importante ter uma enfermeira de referência, a quem possas recorrer sempre que tenhas algum problema pessoal ou para esclarecer dúvidas**

	Nº	%
<b>Sim</b>	77	85,6
<b>Não</b>	13	14,4
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

Analisando o gráfico 20 - verifica-se que dos rapazes 35 e 42 raparigas dizem ser importante ter uma enfermeira de referencia, enquanto 8 rapazes e 5 raparigas referem não ser importante ter uma enfermeira de referência, a quem possas recorrer sempre que tenhas algum problema pessoal ou para esclarecer dúvidas



**Gráfico 20 - Correlação de variáveis Género/Enfermeira Referência**

■ **Importância da abordagem de outros assuntos**

Constata-se na tabela 73 que 98;9% (89) acha que não é importante abordar outro assunto e 1,1% (1) acha importante abordar outro assunto, mas não justificou qual.

**Tabela 73 - Representação da amostra quanto à questão: Na tua opinião achas importante abordar algum assunto que não foi aqui referido**

	Nº	%
<b>Sim</b>	1	1,1
<b>Não</b>	89	98,9
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

## Capítulo 4 - CONCLUSÕES

O presente estudo revelou que os adolescentes, na maioria tem uma dieta adequada incluindo na sua refeição diária sopa, peixe e carne, apesar de apenas uma minoria referir que consome salada. Verificou-se que estes adolescentes têm o hábito de consumir fruta sendo de extrema importância as campanhas de marketing sobre os benefícios para a saúde no consumo diário de fruta e saladas. Os resultados obtidos corroboram com a estratégia global da OMS (2004): “limitar o consumo de gorduras totais, substituir o consumo de gorduras saturadas por insaturadas; aumentar o consumo de frutas, vegetais e cereais integrais.

No que se refere à ingestão de refrigerantes observa-se uma percentagem bastante elevada de adolescente (52,2%) consome refrigerantes às refeições, embora essa percentagem reduza quanto se trata do intervalo das refeições (26,7 %)

A maioria dos adolescentes atribui muita importância à alimentação saudável. Almoçam no refeitório da escola (70%), o que constitui uma mais-valia para uma alimentação saudável, pois as escolas têm orientações para confeccionarem dietas equilibradas.

A prática de exercício físico está presente no cotidiano dos adolescentes, 81,1% pratica desporto e apenas 18,9% não pratica desporto. Estes resultados demonstram a equidade quer dos rapazes quer das raparigas na prática de desporto. A frequência da prática de desporto é de 2 e 3 vezes por semana, o que constitui um hábito de vida saudável sendo o desporto com mais unidades de enumeração o futebol. O Futebol e a prática de educação física são os desportos com mais unidade de enumeração.

Quanto aos hábitos de vida sedentária 98,9% dos adolescentes vê televisão no mínimo 1 hora por dia e no máximo 7 horas, as “novelas” e as “séries” são os programas com mais unidades de enumeração. O uso do computador constitui um dos motivos que contribui para a vida sedentária do adolescente sendo a média de 2,40 as horas de utilização durante a semana e de 3,68 horas ao fim de semana. As atividades mais frequentes no computador são: “jogar” e utilizar as “redes sociais”.

Os hábitos de dormir nesta população jovem tendem a ser saudáveis dormem uma média de 8,25 horas por noite durante a semana e 9,45 horas ao fim de semana. Os adolescentes acham que as horas que dormem por noite são suficientes.

Nos seus tempos livres as atividades que mais gostam de fazer são: praticar desporto, estar no computador e conviver com os amigos.

Durante a semana a maioria dos jovens não sai à noite, o mesmo já não se verificando ao fim de semana onde 50,0% sai à noite. Dos que saem à noite, em geral saem com os amigos e com os pais. Destaca-se aqui a influência dos pares e familiares.

Quanto aos comportamentos de risco dos adolescentes, feriu-se que 30% consome bebidas alcoólicas e a maioria 70,0% não consome bebidas alcoólicas. A cerveja é a bebida

que os adolescentes mais consomem e a frequência deste consumo é em festas 26,7 %. A média de idades do início do consumo é 14,2 anos. Na maioria mencionam que ninguém os influenciou a consumir bebidas alcoólicas ou então mencionam os amigos. 95,6% acha que consumir bebidas alcoólicas é prejudicial à saúde.

No que respeita ao consumo de tabaco apenas 13,3% da amostra fuma, consumindo 2 a 3 cigarros por dia. Dos que referiu não fumar 11% assumiram ter experimentado. A idade média do início do consumo de tabaco é 13,4 anos de idade. A maioria dos consumidores não foi influenciada ninguém ou foi influenciada pelos amigos. Fumar é considerado por 98,9% (89) prejudicial à saúde.

Constatou-se que 100,0% dos adolescentes mencionou não consumir estupefacientes, no entanto 5,6% afirmou já ter experimentado, sendo o cannabis o estupefaciente mais consumido. A média do início do consumo é de 14,4 anos de idade. A influência do amigo teve aqui um papel relevante. A maioria 98,9% considera que consumir estupefacientes é prejudicial à saúde.

Apurou-se que esta amostra apresenta os mesmos comportamentos de risco em relação aos estudos nacionais referido.

Dos adolescentes inquiridos 18,9% assumiu já ter iniciado a sua atividade sexual. A idade média do início da atividade sexual foi 15 anos de idade. Destes a maioria utiliza métodos contraceptivos 16,7% sendo o preservativo o mais utilizado. Cerca de 2% dos adolescentes apresenta comportamentos de risco não utilizando qualquer método contraceptivo assumindo saber que têm um comportamento de risco. Quando Questionados sobre o método contraceptivo que previne as doenças sexualmente transmissíveis a maioria respondeu corretamente referindo o preservativo. Contudo verifica-se que alguns não responderam, o que se torna preocupante pois pode depreender-se que tinha dúvidas ou não sabia. No geral, os adolescentes referiram não terem sido pressionados a iniciar a sua atividade sexual.

Os comportamentos de risco com maior percentagem de adolescentes foi o consumo de bebidas alcoólicas, seguindo-se tabaco. O consumo de estupefacientes não apresentou registos de consumos diários nem esporádicos, havendo o registo de que 5 adolescentes experimentaram o consumo sendo o estupefaciente cannabis o referido nessa experiencia, bem como, nos estudos nacionais referem.

Relativamente à percepção das campanhas de marketing social sobre comportamentos de risco, verificou-se que dos inquiridos 82,2% refere recordar-se de ter visto um anúncio na televisão, internet, revistas, ou noutro lado, sobre qual o tipo de alimentação, sendo que 78,9% gostaram da publicidade e apenas 3,3% não gostaram. Os adolescentes gostaram da publicidade porque “Informa as pessoas como comer de forma saudável” e “é importante para comer de forma saudável. Os motivos que referem para não ter gostado da publicidade foi porque são chatos.

Dos adolescentes em estudo 74,4% recorda ter visto algum anúncio na televisão, internet, revistas, ou noutro lado, sobre os perigos de consumir bebidas alcoólicas, destes

60,0% gostou da publicidade sobre os perigos de consumir bebidas alcoólicas, justificando que estes alertam sobre os perigos do consumo de bebidas alcoólicas, informam dos riscos que se pode correr. De acordo com da influência do anúncio sobre os perigos de consumir bebidas alcoólicas 70,0. Contudo verifica-se que existem alguns adolescentes que não têm nenhuma percepção destes anúncios.

A maioria dos adolescentes 77,8 % recorda-se ter visto um anúncio na televisão, internet, revistas, ou noutro lado, sobre os perigos de consumir tabaco. Destes 75,6% gostou da publicidade sobre os perigos de consumir tabaco, e das justificações dadas destaca-se: porque informa que é prejudicial à saúde e alerta as pessoas sobre os perigos de fumar. Dos que não gostaram 18,9% (17) justificaram que “são aborrecidos”.

Verifica-se que 98,9% tem a percepção dos perigos do consumo de estupefacientes, 68,9 recorda-se de ver algum anúncio na televisão, internet, revistas, ou noutro lado, sobre os perigos de consumir estupefaciente. 67,8% gostou de ver esse anuncio justificando que “alerta para os perigos do consumo de estupefacientes e “ informa sobre os riscos do consumo de estupefacientes”. 25,6% mencionaram que não gostaram do anúncio mas não o justificaram. Dos adolescentes, 66,7% tem a percepção da influência dos anúncios sobre o perigo de consumir estupefacientes e 27,8% (25) não tem a percepção.

Verificou-se que os adolescentes se recordam de ter visto algum anúncio na televisão, internet, revistas, ou noutro lado, sobre medidas de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis nem todos têm a percepção dos riscos inerentes a esses comportamentos. Gostaram do anúncio porque “ensina o que devemos fazer para nos proteger e os informa sobre as medidas de prevenção das doenças. Dos que referiram não gostar do anúncio referiram serem “chatos”. 78,9% dos adolescentes diz ter uma percepção de influência dos anúncios sobre os riscos inerentes à atividade sexual.

A maioria dos adolescentes 95,6% assume ser importante existirem secções de educação para a saúde, para esclarecimento de dúvidas e melhorar os comportamentos de vida saudáveis. Procuram informação para o esclarecimento das dúvidas no médico de família e no enfermeiro. 85,6% dos adolescentes considera ser importante ter uma enfermeira de referência a quem possa recorrer sempre que tenha algum problema pessoal ou para esclarecer duvidas.

Sendo o enfermeiro o promotor da saúde por excelência cabe-lhe o papel de ajudar o adolescente a minimizar os comportamentos de risco de forma a implementar programas de promoção de saúde, sessões de educação para a saúde de modo a permitir o esclarecimento das dúvidas do adolescente e, estar disponível para o ajudar.

#### **4.1. LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

Espera-se com este estudo ter contribuído para a identificação de alguns comportamentos de risco dos adolescentes que frequentam a consulta de adolescentes do Centro Hospitalar Médio Tejo. Contudo, deve-se mencionar que o estudo apresenta limitações a diversos níveis, entre os quais, a dimensão da amostra e a limitação a uma região servida pelo hospital onde ocorreram as consultas. Por outro lado, as conclusões são também limitadas pelo fato de não serem terem incluído limitações variáveis como acidentes rodoviários e as perturbações mentais. O facto de os adolescentes terem respondido ao questionário aquando da presença no local da consulta poderá também de alguma forma ter condicionado as suas respostas.

#### **4.2. SUGESTÕES FUTURAS**

Dado que neste estudo apenas se obteve uma percepção acerca das campanhas de marketing social sobre comportamentos de risco, considera-se que seria importante estudar qual a real efetividade que essas campanhas têm nos comportamentos dos adolescentes, de forma a saber se o marketing social influencia os seus comportamentos ou se os adolescentes só têm percepção dele. De modo a obter uma amostra significativa sugere-se que a investigação seja concretizada em meio escolar.

#### **Implicações Práticas do estudo**

- Para divulgar os resultados desta investigação propõem-se realizar uma palestra no CHMT-Abrantes com o objetivo de comunicar os resultados concluídos nesta investigação. Dirigida aos membros da Direção principalmente ao Enfermeiro Diretor, ao Gestor da Unidade de Abrantes, aos Enfermeiros e Médicos do departamento de Saúde Materna e Pediatria e a outros profissionais de saúde interessados na área temática.
- Delinear estratégias de intervenção para promover estilos de vida saudáveis nos adolescentes, tais como:
  - Concretizar uma parceria com as escolas do concelho de Abrantes com o objetivo de concretizar ações de formação aos alunos do secundário desde o 7º ao 12º segundo ano sobre estilos de vida saudáveis.
  - Sugerir às escolas para implementarem numa das disciplinas dos vários anos uma campanha de marketing, envolvendo os alunos a elaborarem cartazes sobre promoção de estilos de vida saudáveis após as ações de formação.

A nível mais global, considera-se que seria importante considerar o facto de os adolescentes muitas vezes considerarem as campanhas de marketing social sobre comportamento de risco chatas, o que pode muitas vezes nem sequer levar à sua percepção. Neste sentido propõem-se:

- Concretizar uma parceria com as escolas do concelho de Abrantes com o objetivo de concretizar ações de formação aos alunos do secundário desde o 7º ao 12º segundo ano sobre estilos de vida saudáveis.
- Sugerir às escolas para implementarem numa das disciplinas dos vários anos uma campanha de marketing, envolvendo os alunos a elaborarem cartazes sobre promoção de estilos de vida saudáveis após as ações de formação.
- Solicitar a colaboração da Sra. Presidente da Camara Municipal de Abrantes autorização para expor gratuitamente os cartazes elaborados pelos alunos nos anúncios publicitários eletrónicos existentes juntos às escolas.
- Solicitar autorização junto das direções das grandes superfícies para também expor os cartazes.
- Pedir ao Enfermeiro Diretor do Centro Hospitalar Médio Tejo para que sejam contadas as horas de formação nas escolas como tempo efetivo de serviço.
- Facultar a participação de outros enfermeiros do serviço nestas ações de acordo com a sua vontade e motivação.

Por tudo o exposto a elaboração desta dissertação é pertinente tendo consciência que sozinhos não se conseguem fazer grandes feitos, mas juntos os enfermeiros conseguem promover a saúde dos adolescentes do concelho de Abrantes e obter ganhos em saúde.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Alves, Helena. The Who, Where, and When of Social Marketing. *Journal of Nonprofit e Public Sector Marketing*. 2010, pp 288-311. ISSN: 1049-5142 print/ 1540-6997.

Andrade, M<sup>a</sup> Fernanda e outros. - **Factores de risco para consumo de drogas entre adolescentes.** *Nursing*. N<sup>o</sup>194 (2004), pp. 6-9.

António, Nelson Santos. Teixeira, António. **Gestão da Qualidade de Deming ao Modelo de Excelência da EFQM.** Edições Sílabo. 1<sup>a</sup> Edição. Lisboa 2009. ISBN978-972-618-447-8.

Antunes, C. e outros. - **Autoestima e comportamentos de saúde e de risco no adolescente: Efeitos diferenciais em alunos do 7<sup>o</sup> ao 10<sup>o</sup> ano.** *Psicologia, saúde e doenças*, (2006), p. 117-123.

Bayle, Filomena; MARTINET, Serge - **Perturbações da Parentalidade.**1<sup>a</sup> ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2008. ISBN 978-972-796-299-0.

Barros, Pedro Pita. Estilos de Vida e estado de saúde: uma estimativa da função de produção de saúde. Volume Temático N<sup>o</sup>3, 2003.  
<http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2003-t/e-01-2003.pdf>

Braren e Fletcher - **Comparacion of college students current eating habits and recollections of their childhood food practices.** *Jornal of nutrition educacion*, (1999), p.304-310

Carvalho, Amâncio e outros. - **Educação Para a Saúde: Conceitos e Práticas e Necessidades de Formação.** Editora Lusociência 2006.

Carvalho, Graça Simões e outros. - **Atividade Física, Saúde e Lazer: A Infância e Estilos de Vida Saudáveis.** Lidel Edições Técnicas Lda. 2006.

Chias, Josep. **Marketing Publico, Por un Gobierno y una Administración al Servicio del Público.** 1<sup>a</sup> Edição 1995 Madrid. ISBN 84-481-1686-0

Conselho Internacional dos Enfermeiros. Combater a desigualdade: melhorar o acesso e a equidade. Abril 20011.

[http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit\\_DIE\\_2011\\_Net.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2011_Net.pdf)

Correia, Teresa. Expectativas dos adolescentes em relação aos professores e profissionais de saúde na área da sexualidade. Sinais Vitais. Nº 80 Setembro de 2008, pp 42-48.

Costa, M<sup>a</sup> Manuela G. T. - **Prática dos enfermeiros em educação para a saúde dos adolescentes. A problemática dos comportamentos de risco.** Porto, 2008. Dissertação de Mestrado em Ciências da Enfermagem da Universidade do Porto.

COTA, Bruno. **Manual de Marketing de Serviços.** Editora Universidade Lusíada. Lisboa. 2006. ISBN 972-8883-70-6.

Direção Geral da Saúde - **Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Atuação.** Nº 12. (2002). ISBN 972-675-084-9.

Direção geral da Saúde. **Programa Nacional de intervenção Integrada sobre determinantes da Saúde relacionados com Estilos de Vida.** 2003 Disponível na internet a a 21 de Junho. <http://www.onocop.pt/conteudos/documentos/PNIISDEV.pdf>.

Direção Geral da Saúde. **Circular Normativa Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil.** 2006 <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i007811.pdf>

Direção Geral da Saúde. **Programa Nacional de Saúde escolar 2006.** <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4612A602-74B9-435E-B720-0DF22F70D36C/0/ProgramaNacionaldeSa%C3%BAdeEscolar.pdf>

Direção Geral da Saúde. Frota, Arlinda. **Princípios-chave de prevenção e controle da obesidade.** Janeiro de 2007 <http://www.saudinha.com/parcerias/publicacoes/diversos/obesidade.pdf>.

Direção Geral da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Drº Ricardo Jorge. **INFOTABAC Relatório 2011.** <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/D4C7B89C-A94F-4307-9832-975EC887A859/0/RelatórioTabaco20082010.pdf>

Erikson, E. H. - **Infância e sociedade.** Rio de Janeiro. Zahar Editores, 1987.

Feijó, Ricardo B. - **Comportamentos de risco na adolescência.** *Jornal de Pediatria*, sup. 2. (2001).

Feijó, Ricardo B. - **Maus tratos na infância e adolescência.** Revista Arquivo da SBML 3 (2000). p. 108 - 15.

Fortin, Marie-Fabienne. CÔTE, José. E FILION, Françoise. **Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação.** Editora Lusodidacta 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.

Fernandes, António e Lourenço, Luís. **O Modelo de Autoavaliação da EFQM no processo de melhoria da Qualidade: o Hospital Amato Lusitano.** II Seminário de Gestão em Saúde. Covilhã. Maio de 2007.

Ferreira, M<sup>a</sup> Margarida - **Estilos de vida na adolescência: Necessidades da Saúde à Intervenção de Enfermagem.** Porto, 2008. Dissertação de doutoramento em ciências da enfermagem da Universidade do Porto.

Fonseca, A. Fernandes da - **A psicologia e a psicopatologia da infância e da adolescência.** Porto: Edições Universidade de Fernando Pessoa, 2002. ISBN 972-8184-87-5.

Fontes, Raquel. - **Promoção de Estilos de Vida Saudáveis nas Crianças e Adolescentes: Estudo de impacte de um projeto de intervenção.** Porto, 2007. Dissertação de mestrado em ciências da enfermagem da Universidade do Porto.

Fraze, Jami L. Trudeau, Maria, Mceloroy. **Applying Behavioral Theories to a Social Marketing Campaign.** Applications. Volume VIII, N<sup>o</sup>1. 2007.

Gomes, C. **A Primeira Vez - Um Comportamento de Risco?** Nursing. Edição Dezembro de 2011:pag 25-30.

Gomes, Jacinto A.; Sousa, Susana, D. C. - **Gravidez na adolescência.** Nursing. N<sup>o</sup> 196 (Fevereiro 2005). p. 25-27.

Gomes, José P. **As Escolas Promotoras da Saúde uma Via para promover a Saúde e a Educação para a Saúde da Comunidade Escolar.** Educação Porto Alegre. Vol. 32 , Janeiro/Abril 2009 pp 84-91.  
<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/viewFile/5229/3858>

Gomes, Paulo J.P. - **A evolução do conceito de qualidade: dos bens manufacturados aos serviços de informação.** Cadernos BAD 2, 2004. [Acedido a 15, Junho de 2011]. Disponível na Internet: <http://eprints.rclis.org/bitstream/10760/10401/1/GomesBAD204.pdf>

Hagel, Lílian Day. - **Acurácia de um questionário de 16 itens baseado na abordagem HEADSS (QBH - 16) para rastreamento de transtorno mental em adolescentes com alteração no comportamento em alteração secundária**, 2007. Dissertação de Mestrado em Ciências Médicas: Pediatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Instituto da Droga e Toxicodependência. **Relatório Anual 2010 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependência**. [Acedido a 15 Maio de 2012]. Disponível na Internet: <http://www.idt.pt/PT/IDT/RelatoriosPlanos/Paginas/SituacaodoPais.aspx>

Instituto da droga e toxicodependência. **Plano de Ação contra as Drogas e toxicodependências 2005-2012**. [Acedido a 15 Maio de 2012]. Disponível na Internet: <http://www.idt.pt/PT/IDT/RelatoriosPlanos/Paginas/EstrategicosNacionais.aspx>

Instituto da Droga e Toxicodependência. **Plano de Ação para Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010-2012**. [Acedido a 15 Maio de 2012]. Disponível na Internet: <http://www.idt.pt/PT/IDT/RelatoriosPlanos/Paginas/EstrategicosNacionais.aspx>

Instituto da Droga e Toxicodependência. **Relatório as Unidades de Desabilitação Pública 2010**. [Acedido a 15 Maio de 2012]. Disponível na Internet: <http://www.idt.pt/PT/Estatistica/Paginas/ReducaodaProcuraConsumos.aspx>

Instituto da Droga e Toxicodependência. **Apreensões Policiais**. [Acedido a 15 Maio de 2012]. Disponível na Internet: <http://www.idt.pt/PT/Estatistica/Paginas/ReducaodaOfertaMercados.aspx>

Instituto do Desporto de Portugal. **Plano Nacional de Atividade Física**. 2011 <http://observatorio.idesporto.pt/Multimedia/Livros/pnaf/BrochuraPNAF.pdf>

Instituto da droga e Toxicodependência. **Relatório Anual -2010. A Situação do País Em matéria de Drogas e Toxicodependência** <http://www.idt.pt/PT/Noticias/Paginas/Apresenta%C3%A7%C3%A3odoRelat%C3%B3rioAnual2010,%E2%80%9CASitua%C3%A7%C3%A3odoPa%C3%ADsemMat%C3%A9riadeDrogaseToxicodepend%C3%A2ncias.aspx>

Justo, J. 2000, 'Gravidez Adolescente, Maternidade Adolescente e Bebés Adolescentes: Causas, Consequências, Intervenção Preventiva'. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, vol.2, n.2, 2000, pp.97-147.

Kloter, Philip. Sidney, Levi. **Broadning the Concep of Marketing**. *Journal of Marketing*. Vol 33 Janeiro 1969: pp 10-15.

Lei de Bases da Saúde. Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto com as alterações introduzidas pela lei n.º 27/2002, de 8 de novembro [http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/enquadramento+legal/l\\_eibasessaude.htm](http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/enquadramento+legal/l_eibasessaude.htm)

Machado, Ausenda. Nicolau, Rita. Dias, C. Matias. **Consumo de tabaco na População Portuguesa retratado pelo inquérito Nacional de Saúde (2005/2006)**. Revista Portuguesa De Pneumologia. VOL XV N° 6 Novembro e Dezembro 2009.

Machado M. Céu, Alves M. Isabel, Couceiro M. Luísa **Saúde Infantil e Juvenil em Portugal: indicadores do Plano Nacional de Saúde**. Ata Pediátrica Portuguesa. 0873-9781/11/42-5/195 [http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/30/20120206114435\\_art\\_original\\_machadomc\\_42.pdf](http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/30/20120206114435_art_original_machadomc_42.pdf)

Martins, M<sup>a</sup> José D. - **Condutas agressivas na Adolescência: Fatores de risco e de proteção**. Análise Psicológica (2005), 2 (XXIII): 129 - 135.

Marques, Marta. Gouveia, J. Maria. Leal Isabel. **Atividade Física, saúde e Qualidade de Vida**. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. <http://www.aspea.org/XIV%20J%20-%20actividade%20fisica%20qualidade%20vida.pdf>

Matos, M., Simões, C., Gaspar, T., Tomé, G., Ferreira, M., Linhares, F., Diniz, J., & Equipa do Aventura Social. - **Consumo de Substâncias nos Adolescentes Portugueses**. Relatório Preliminar, 2006.

Matos, M.; Simões, C.; Canha, Lúcia; Fonseca, Susana & Equipa do Aventura Social - **Saúde e estilos de vida nos Jovens Portugueses** - Relatório de Estudo 1996 da Rede Europeia HBSC/OMS

Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Diniz, J., & Equipa do Aventura Social. - **Indicadores de Saúde dos Adolescentes Portugueses** - Relatório Preliminar, Glaxo Smith-Kline/HBSC 2006.

MORAIS, Ana. **Gestão de conflitos**. Nursing. N°172. Dezembro de 2002. p. 24-29.

Moraes, M<sup>a</sup> Carminda S. e VIANA, M<sup>a</sup> Cândida C. - **Dinâmicas de intervenção em saúde - o consumo de álcool nos adolescentes**. Nursing. N°186, 2004. p. 29 - 32

Morris, S.Zoe. Clarkson.J.Peter. **Does Social Marketing provide a Framework for Changing Healthcare Practice** Health Policy 2009:pp 135-141.

Newman, K et all. **Peer group member ship and sense of belonging: their relationship to adolescent behavior problems.** *Adolescence* (2008), p.241-263

Nelson, Waldo; Behrman, Richard. **Tratado de Pediatria.**14.<sup>a</sup> Edição. 1994.Volume. ISBN 85-277-0268-1.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde  
<http://www.observaport.org/glossary/2/letterg#term92>.

Observatório Português da Saúde. **Relatório Primavera 2012.**  
[http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2012\\_OPSS\\_2.pdf](http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2012_OPSS_2.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. Educação para a Saúde um aliado para a Mudança de Comportamentos.(2011).[Http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoeres/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeiroseeduca%  
c3%a7%c3%a3oparaaSaude.aspx](http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoeres/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeiroseeduca%c3%a7%c3%a3oparaaSaude.aspx)

Ordem dos Enfermeiros. **Divulgar Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.** Dezembro de 2010.

Ordem dos Enfermeiros. Enunciado de Posição. Proteção de Crianças. Março de 2007.  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007\\_2.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007_2.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. Projeto Girl Child,Relatório Final- Portugal 2005/2008.  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroGirl\\_Child\\_VF.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroGirl_Child_VF.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. **Regulamentos das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.** Novembro de 2010.

Organização Mundial de Saúde. *Joint WHO/FAO Expert Consultation on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases.* Geneva,Switzerland,2002

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, As metas de Saúde para todos: **Metas da Estratégia Regional Europeia da Saúde para Todos.** Lisboa, Departamento de Estudos e Planeamento do Ministério da Saúde, 1985.

Organização Mundial da Saúde - **Ottawa Charter for Health Promotion An International Conference on Health Promotion. Themove towards a new public Health.** Otava, Canada, 1986).

Organização Mundial da Saúde **As metas de Saúde para Todos: Metas de Estratégia Regional Europeia de Saúde para Todos.** Lisboa, Ministério da Saúde, Departamento de Estudos e Planeamento, 1986.

Organização Mundial da Saúde CCE e CE (Organização Mundial de Saúde, Comissão da Comunidade Europeia, Conselho da Europa), **Promover a saúde da Juventude Europeia. Educação para a Saúde nas Escolas. Manual de formação para professores e outros profissionais que trabalham com jovens,** Lisboa, Ministério da Educação, 1995.

Padez, Cristina. Atividade Física, Obesidade e Saúde: uma perspetiva evolutiva. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol 20, Nº1, Janeiro- Junho 2002.

PINA, Ana Cristina e outros. - **O Tabagismo: prevenção de comportamentos aditivos na adolescência.** *Sinais Vitais*. Nº 63 (2005). ISSN: 0872-0844

Pinto, A. Resiliência na Gestão de Enfermagem. *Nursing*, Agosto 2011 pp22-24.

PINTO, Cândida e RIBEIRO, José. **A Qualidade de Vida dos sobreviventes de Cancro.** Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol 24, Nº1 Janeiro/ JUNHO 2006

**Plano Nacional Contra A Droga E As Toxicodependências (2005-2012)** <http://www.cm-alcochete.pt/redesocial/pdf/ambito%20nacional/Plano%20Nacional%20contra%20a%20Droga%20e%20as%20Toxicodependencias.pdf>

Portugal. Portal da juventude. Saúde e sexualidade juvenil. <http://juventude.gov.pt/SaudeSexualidadeJuvenil/Sexualidade/SexualidadeRelacoes/Paginas/Adescobertadaadolescência.aspx>

Portugal. Portal da Saúde. **Adolescentes escolhem estilos de vida saudáveis** Acedido a 11-02-2012 <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2010/12/adolescentes+saudaveis.htm>

Portugal. Portal da Saúde. **Benefícios da atividade física.** Acedido a 11-02-2012 <http://www.min->

[saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/atividade+fisica/beneficios+atividade.htm](http://saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/atividade+fisica/beneficios+atividade.htm)

Portugal. Portal da Saúde Direitos das adolescentes Acedido a 11-02-2012 <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2010/3/direitos+adolescentes.htm>

Programa Nacional de Saúde 2004-2010 [http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2\\_213.html](http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_213.html)

Ramos, M.F.M.R.T.Ferreira. Qualidade como questão Fundamental das Organizações. Pensar Enfermagem. Vol.8 Nº.1, 1ª Semestre 2004.

Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Decreto Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril.

RIBEIRO, Ana. **O Percurso e a Validação de um Instrumento para Avaliação da Satisfação dos utentes em relação aos Cuidados de Enfermagem.** Revista Ordem dos Enfermeiros. Nº16 Março de 2005.p 53

Rodrigues, Vítor M. C. P. - **Um período de risco para a saúde.** Nursing. Nº 190 (2004). p. 24-26

Rodrigues, Vítor e outros. - **Situações de risco para saúde de jovens adolescentes,** Nursing 2007.

ROMANO, Ana. - **Contributos para a avaliação da Escala de Autoestima de Rosenberg numa amostra das adolescentes da região interior norte do país,** 2006. Psicologia, Saúde e Doença, 2007, ( 1), 109-116.

Rutter, M **Psychosocial resiliense and protective mechanisms.** In: Rolf, J., Masten, A. S., Cicchetti, D. et al. **Risk and protective factors in the development of psychopathology.** Cambridge, 1990.

Saias, Luís. **Marketing de Serviços, Qualidade e Fidelização dos Clientes.** Universidade Católica Editora. 1ª Edição. Lisboa Maio de 2007. ISBN 978-972-54-0165-1

Schenker, Miriam; Minayo, Maria Cecília. **Fatores de Risco e de Proteção para o Uso de Drogas na Adolescência.** Temas Livres, Ciência e Saúde Coletiva, pg 707-717:2005.

Sampaio, Daniel - **Inventem-se novos pais**. Lisboa: Editorial Caminho, 1994. ISBN: 972-21-0903-0.

Sampaio, Daniel - **Lavrar o mar: Um novo olhar sobre o relacionamento entre pais e filhos**. Lisboa: Editorial Caminho, 2006. ISBN: 972-21-1823-4.

Schenker, Miriam; Minayo, Maria Cecília. **Fatores de Risco e de Proteção para o Uso de Drogas na Adolescência**. Temas Livres, Ciência e Saúde Coletiva, pg 707-717:2005.

Silva, Manuel C. e outros. - **Perspectivas do desporto de jovens: Para uma educação pelo desporto**. Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física - Universidade de Coimbra, 2004. ISBN: 972-8704-21-6

Sorres, Anisabel. Qual o Papel dos Enfermeiros e das Organizações de saúde. Revista Nursing. Edição Março 2009, pp 34-37.

Vinagre, M. Graça. **Consumo de Substâncias em Adolescentes: Imagens, Avaliações e Experiências**. Pensar Enfermagem. Vol. 11 N° 1, 1º Semestre 2007

## ANEXOS

**ANEXO I - Pedido e a Autorização do Conselho de Administração do CHMT,  
EPE**

**Exma. Sr.ª Enfermeira Directora Lurdes Toscano**  
**Do Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E.**

Eu Teresa Margarida Conde Vogado, Enfermeira Graduada, especializada em Saúde Infantil e Pediatria com número mecanográfico 80951, a exercer funções, na Unidade de Abrantes, no serviço de Pediatria/Neonatologia., estou a frequentar o 3º semestre do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde na Universidade da Beira Interior, encontro-me a realizar a Tese de Mestrado intitulada, "*Estilos de Vida Saudáveis na Adolescência, Ganhos em Saúde*".

Venho por este meio solicitar a vossa excelência que me conceda autorização para aplicar o questionário em anexo aos adolescentes.

O estudo científico tem como objectivo principal identificar os estilos de vida saudáveis e quais os comportamentos de risco dos adolescentes, seguidos na Consulta de Pediatria do Centro Hospitalar Médio Tejo Unidade de Abrantes.

Face ao exposto, agradeço a comunicação de Vossa Ex.ª.

Com os melhores cumprimentos.

Abrantes, 8 de Novembro de 2011.

Pede Deferimento

Teresa Margarida Conde Vogado

NOTA: Será solicitada a  
autorização dos pais.  
9/11/2011

Tomei conhecimento.

Fico à disposição do  
Teus estudos de vida  
Teus a opor à realidade  
A do referido estudo  
Qual.

deixei-me que seja esse  
bom e necessário para  
me ajudar de auto-  
ajuda a pais e tutores

Luís

10. Nov. 2011

Lurdes Toscano (Dra.)  
Enfermeira Directora

Abrantes, 8 de Novembro de 2011.

Pelo Determinado

*[Faint signature]*

**ANEXO II - Consentimento Informado aos Pais**

UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
FACULDADE DAS CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE GESTÃO E ECONOMIA  
MESTRADO GESTÃO UNIDADES DE SAÚDE



**“ESTUDO DOS ESTILOS DE VIDA DOS ADOLESCENTES E A PERCEÇÃO DA  
INFLUÊNCIA DO MARKETING SOCIAL  
”**

Teresa Margarida Conde Vogado, Licenciada em Enfermagem, Especializada em Saúde Infantil e Pediatria, a frequentar o Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde na Universidade da Beira Interior. Encontra-se a realizar a Tese de Mestrado intitulada, “**ESTUDO DOS ESTILOS DE VIDA DOS ADOLESCENTES E A PERCEÇÃO DA INFLUÊNCIA DO MARKETING SOCIAL**”.

Este estudo tem como objetivos, identificar os estilos de vida e quais os comportamentos de risco dos adolescentes seguidos na Consulta de Pediatria do Centro Hospitalar Médio Tejo Unidade de Abrantes.

Peço autorização ao encarregado de educação, o preenchimento deste questionário.  
Os meus melhores cumprimentos.

Eu, \_\_\_\_\_ autorizo que o meu filho /  
educando preencha o referido questionário

**ANEXO III - Questionário aos Adolescentes**



## “ESTUDO DOS ESTILOS DE VIDA DOS ADOLESCENTES E A PERCEÇÃO DA INFLUÊNCIA DO MARKETING SOCIAL

As questões apresentadas são de resposta rápida, coloca uma cruz na resposta que para ti é verdadeira.

O preenchimento deste questionário é voluntário e anónimo, os dados obtidos serão tratados de forma confidencial, e apresentados na tese.

### Parte I

1 - Idade \_\_\_\_\_

2 - Sexo \_\_\_\_\_

3 - Idade do pai \_\_\_\_ Idade da mãe \_\_\_\_

4 - Profissão do pai \_\_\_\_\_. Profissão da mãe \_\_\_\_\_.

5 - Os teus pais estão: Casados \_\_\_\_\_. Vivem em comunhão de facto \_\_\_\_\_. Separados \_\_\_\_\_. Divorciados \_\_\_\_\_. Viúvo (a) \_\_\_\_\_

6 - Tens irmãos? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_. Se sim quantos? \_\_\_\_\_

7 - Qual o nome do estabelecimento de ensino que frequentas?  
\_\_\_\_\_

8 - Qual o ano letivo que frequentas? \_\_\_\_\_

9 - Já reprovaste algum ano? Sim \_\_\_\_ Não\_\_\_\_\_.

10- Gostas de estudar? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_.

10.1 - Se respondeste não, porquê?  
\_\_\_\_\_

10.2 - Consideras que és um aluno?

Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente

11 - Recebes algum subsídio social na escola? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_.Qual?  
\_\_\_\_\_

12 - Habitualmente faz a vigilância de saúde? Hospital Consulta de Adolescentes \_\_\_\_\_, Centro Saúde \_\_\_\_\_, Pediatra (privado) \_\_\_\_\_,

## Parte II

### Hábitos Alimentares

1 - Quantas refeições fazes por dia? \_\_\_\_\_

2 - Na tua alimentação diária é frequente comeres: Sopa? \_\_\_\_\_ Carne? \_\_\_\_\_ Peixe? \_\_\_\_\_ Salada? \_\_\_\_\_ Fruta? \_\_\_\_\_ Doces? \_\_\_\_\_.

2.1 - Consomes refrigerantes às refeições? Sim \_\_\_ Não\_\_\_. Consomes refrigerantes nos intervalos das refeições? Sim \_\_\_ Não\_\_\_.

3 - Consideras que comer de forma saudável é:

Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante

4 - Na escola almoças? Na cantina \_\_\_\_\_, no bar da escola \_\_\_\_\_, no café\_\_\_\_\_

5 - Recordas-te de ver algum anúncio na televisão, internet, revistas, ou noutro meio de comunicação, sobre alimentação saudável? Sim \_\_\_ Não\_\_\_.

5.1 - E, sobre produtos saudáveis? Sim \_\_\_ Não\_\_\_.

5.2 - Gostaste da publicidade? Sim \_\_\_ Não\_\_\_.

5.3 - Sim, porquê? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5.4 - Não, porquê? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5.5 - Este anúncio fez-te pensar na importância de comeres de forma mais saudável?

Sim \_\_\_ Não\_\_\_.

🚦 **Atividade física e de lazer**

6 - Praticas Desporto? Sim \_\_\_ Não\_\_\_. Se Sim Qual\_\_\_\_\_ Quantas vezes por semana? \_\_\_\_\_

7 - Vês televisão? Sim \_\_\_ Não\_\_\_. Durante a semana quantas horas por dia vês televisão? \_\_\_\_\_

8 - Quais os teus programas favoritos?  
\_\_\_\_\_

9 - Durante a semana quantas horas por dia utilizas o computador? \_\_\_\_\_

10 - No fim semana, quantas horas por dia utilizas o computador? \_\_\_\_\_

11- Quais as atividades mais frequentes que fazes no computador?  
\_\_\_\_\_

12 - Durante a semana, quantas horas dormes por noite? \_\_\_\_\_

13 - Consideras que as horas que dormes por noite são:

Muitas	Suficientes	Insuficientes

14- No fim semana, quantas horas dormes por noite? \_\_\_\_\_

15 - Consideras que as horas que dormes por noite ao fim de semana são:

Muitas	Suficientes	Insuficientes

16 - Quais as atividades que mais gostas de fazer nos teus tempos livres?  
\_\_\_\_\_

17 - Durante a semana saís à noite? Sim \_\_\_ Não\_\_\_.  
\_\_\_\_\_

17.1 - Durante o fim semana saís à noite? Sim \_\_\_ Não\_\_\_.  
\_\_\_\_\_

17.2 - Se Sim com quem? \_\_\_\_\_

 **Consumo bebidas alcoólicas**

- 18 - Consomes bebidas alcoólicas? Sim \_\_\_ Não\_\_\_. Se sim que o tipo? \_\_\_\_\_
- 18.1 - Consomes: Diariamente \_\_\_ Às vezes \_\_\_ Só em festas \_\_\_ Só experimentaste \_\_\_\_\_
- 18.2 - Com que idade começaste a consumir bebidas alcoólicas? \_\_\_\_\_
- 18.3 - Quem te influenciou a consumir? \_\_\_\_\_
- 18.4 - Em tua opinião achas que se não consumisses bebidas alcoólicas eras excluído do teu grupo de amigos? Sim \_\_\_ Não\_\_\_.
- 18.5 - Achas que consumir bebidas alcoólicas é prejudicial à tua saúde? Sim \_\_\_ Não\_\_\_.
- 18.6 - Recordas-te de ver algum anúncio na televisão, internet, revistas, ou noutro meio de comunicação, sobre os perigos de consumir bebidas alcoólicas? Sim \_\_\_ Não\_\_\_.
- 18.7- Gostaste da publicidade? Sim \_\_\_ Não\_\_\_.
- 18.7.1 - Gostaste da publicidade porquê? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- 18.7.2 - Não gostaste porquê? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- 18.8- Este anúncio fez-te pensar se devias ou não consumir bebidas alcoólicas? Sim \_\_\_ Não\_\_\_.

 **Consumo de tabaco**

- 19 - Fumas? Sim \_\_\_ Não\_\_\_ . Se Sim quantos cigarros por dia? \_\_\_\_\_
- 19.1 - Fumas: Diariamente \_\_\_ Às vezes \_\_\_ Só em festas \_\_\_ Só experimentaste \_\_\_\_\_
19. 2 - Com que idade começaste a fumar? \_\_\_\_\_
- 19.3 - Quem te influenciou a fumar? \_\_\_\_\_
- 19.4 - Em tua opinião achas que se não fumasses eras excluído do teu grupo de amigos? Sim \_\_\_ Não\_\_\_.
- 19.5 - Achas que fumar é prejudicial à tua saúde? Sim \_\_\_ Não\_\_\_.
- 19.6 - Recordas-te de ver algum anúncio na televisão, internet, revistas, ou noutro meio de comunicação, sobre as consequências para a saúde das pessoas que fumam? Sim \_\_\_ Não\_\_\_.
- 19.7 - Gostaste da publicidade? Sim \_\_\_ Não\_\_\_.
- 19.7.1. - Sim, porquê? \_\_\_\_\_
- 19.7.2 - Não, porquê? \_\_\_\_\_
- 19.8 - Este anúncio fez-te pensar se devias ou não fumar? Sim \_\_\_ Não\_\_\_.

### Consumo de Estupefacientes

- 20- Consomes algum tipo de estupefaciente? Sim \_\_\_ Não\_\_\_. Se sim qual o tipo? \_\_\_\_\_
- 20.1 - Consomes: Diariamente \_\_\_ Às vezes \_\_\_ Só em festas \_\_\_ Só experimentaste \_\_\_\_\_
- 20.2 - Com que idade começaste a consumir? \_\_\_\_\_
- 20.3 - Quem te influenciou a consumir? \_\_\_\_\_
- 20.4 - Em tua opinião achas que se não consumisses estupefacientes eras excluído do teu grupo de amigos? Sim \_\_\_ Não\_\_\_.
- 20.5 - Achas que consumir estupefaciente é prejudicial à tua saúde? Sim \_\_\_ Não\_\_\_.
- 20.6 - Recordas-te de ver algum anúncio na televisão, internet, revistas, ou noutro meio de comunicação, sobre as consequências para saúde das pessoas que consomem estupefacientes? Sim \_\_\_ Não\_\_\_.
- 20.7 - Gostaste da publicidade? Sim \_\_\_ Não\_\_\_.
- 20.7.1 - Sim, porquê? \_\_\_\_\_
- 20.7.2 - Não, porquê? \_\_\_\_\_
- 20.8 - Este anúncio fez-te pensar se devias ou não consumir estupefacientes? Sim \_\_\_ Não\_\_\_.

### Atividade Sexual

- 21 - Já iniciaste atividade sexual Sim \_\_\_ Não\_\_\_.
- 21.1 - Com que idade iniciaste a tua vida sexual ativa? \_\_\_\_\_
- 21.2 - Se **sim**, utilizas algum método contraceutivo? Sim \_\_\_ Não\_\_\_. Qual? \_\_\_\_\_
- 21.3 - Se **sim** quem te aconselhou esse método? \_\_\_\_\_
- 21.4 - Consideras que o teu comportamento sexual é de risco? Sim \_\_\_ Não\_\_\_.
- 21.5 - Na tua opinião qual o contraceutivos que previne as doenças sexualmente transmissíveis?  
\_\_\_\_\_
- 21.6 - Em algum momento sentiste que foste pressionada a iniciar a tua atividade sexual? Sim \_\_\_ Não\_\_\_.
- 21.7 - Em algum momento foste abusada sexualmente? Sim \_\_\_ Não\_\_\_.
- 21.7.1 - Se respondeste sim por quem? \_\_\_\_\_
- 21.7.2 - Comunicas-te a alguém Sim \_\_\_ Não\_\_\_.
- 21.7.3 - Se respondeste não porquê? \_\_\_\_\_
- 21.8 - Recordas-te de ver algum anúncio na televisão, internet, revistas, ou noutro meio de comunicação, sobre comportamentos de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis? Sim \_\_\_ Não. \_\_\_\_.
- 21.9 - Gostaste da publicidade? Sim \_\_\_ Não\_\_\_.
- 21.9.1 - Sim, porquê? \_\_\_\_\_
- 21.9.2 - Não, porquê? \_\_\_\_\_
- 21.10 - Este anúncio fez-te pensar se devias ou não mudar o teu comportamento no que se refere à tua atividade sexual? Sim \_\_\_ Não\_\_\_.

 **Família e Grupo de Pares.**

22- Na tua vida quais as pessoas mais significativas para ti?

Pais \_\_\_ Irmã (o) \_\_\_ Amigos \_\_\_ Namorado \_\_\_ Familiares \_\_\_ Outros \_\_\_ Qual? \_\_\_

23- Nesta fase da tua vida normalmente sentes?

Alegria \_\_\_ Bem-estar \_\_\_ Ansiedade \_\_\_ Medo \_\_\_ Tristeza \_\_\_ Desespero \_\_\_

Outra \_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

24 - Consideras que a tua vida é?

Muito Má	Má	Razoável	Boa	Muito boa

25 - Na tua escola já foste vítima de bullying? Sim \_\_\_ Não \_\_\_. Se sim por quem?

\_\_\_\_\_

25.1 - Informas-te alguém? Sim \_\_\_\_\_. Não \_\_\_\_\_

Se sim quem? \_\_\_\_\_. Se não porquê? \_\_\_\_\_

 **Considerações do Adolescente**

26 - Na tua opinião consideras importante existirem secções de educação para a saúde, para que possas esclarecer dúvidas e melhorar os comportamentos de vida saudáveis?

Sim \_\_\_ Não \_\_\_.

26.1 - Normalmente onde procuras informação para esclarecer as tuas dúvidas? Médico de família, \_\_\_ Enfermeiro, \_\_\_ Internet, \_\_\_ revistas, \_\_\_ televisão, \_\_\_ Amigos, \_\_\_.

27 - Na tua opinião consideras importante ter uma enfermeira de referência, a quem possas recorrer sempre que tenhas algum problema pessoal ou para esclarecer dúvidas?

Sim \_\_\_ Não \_\_\_.

28 - Na tua opinião achas importante abordar algum assunto que não foi aqui referido?

Sim \_\_\_ Não \_\_\_. Se sim qual?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sempre que necessitares estou disponível para te atender no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Médio Tejo - Unidade de Abrantes

Agradeço a tua disponibilidade

SÊ FELIZ

Teresa Vogado

## **Anexo IV - Distribuição dos Adolescentes por Especialidade**

Centro Hospitalar Medio Tejo, E.P.E

Ministerio da Saude - IGIF

Pag. 1/4

Elaborado em 25/06/12 as 14:42

CONSULTA EXTERNA  
DISTRIBUICAO de CONSULTAS POR ESPECIALIDADE E MEDICO  
TODOS OS SECRETARIADOS

Periodo de 01/01/2012 a 31/05/2012

GRUPO PEDIATRIA	PRIM.	SUBS.	S/AG.P	S/AG.S	TOTAL	Doentes
PEDIATRIA - ABT	54	743	7	30	834	718
[REDACTED]	3	90	0	14	107	92
[REDACTED]	0	0	0	1	1	1
[REDACTED]	2	57	6	5	70	64
[REDACTED]	13	257	1	7	278	230
[REDACTED]	20	178	0	2	200	173
[REDACTED]	16	161	0	1	178	158
PEDIATRIA - CONVULSOES PEDIATRICAS - ABT	1	1	0	0	2	2
[REDACTED]	1	1	0	0	2	2
PEDIATRIA - DESENVOLVIMENTO - ABT	11	16	0	0	27	24
[REDACTED]	11	16	0	0	27	24
PEDIATRIA - ADOLESCENTES - ABT	43	172	0	2	217	182
[REDACTED]	43	172	0	2	217	182
PEDIATRIA - TNO	147	651	26	80	904	733
[REDACTED]	64	164	3	17	248	213
[REDACTED]	28	77	11	13	129	106
[REDACTED]	19	247	11	45	322	239
[REDACTED]	16	121	0	4	141	128

NOTA: MAPA-126