

**Maria Augusta Ribeiro Gomes Lima**

**REPRESENTAÇÕES E COMPORTAMENTOS DOS ADOLESCENTES NO  
DOMÍNIO DA SAÚDE**

UM ESTUDO EM VILA NOVA DE ANHA

(CENTRO DE SAÚDE DE DARQUE-VIANA DO CASTELO)

Dissertação de:

Mestrado em Comunicação em Saúde

Orientador: Professora Doutora Natália Ramos

Universidade Aberta de Lisboa

**Lisboa, Abril 2008**



## **AGRADECIMENTOS**

Quero deixar uma mensagem de um muito obrigado em especial:

- À Professora Doutora Natália Ramos da Universidade Aberta de Lisboa pela sua orientação assertiva, disponível e compreensiva para com as minhas limitações profissionais e pessoais. Por todo o conhecimento científico transmitido, pelas sugestões e revisões meticolosas.

- Aos adolescentes que fizeram parte deste estudo, pois sem eles não seria possível concretiza-lo.

## ÍNDICE GERAL

<b>RESUMO.....</b>	<b>I</b>
<b>SIGLAS.....</b>	<b>III</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA.....	1
DEFINIÇÃO DO PROBLEMA.....	4
ÂMBITO DO ESTUDO.....	5
PROCEDIMENTOS.....	5
IMPORTÂNCIA DO ESTUDO.....	5
<b>1ª PARTE – REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>7</b>
1 – ADOLESCÊNCIA, SAÚDE E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	7
2 - COMPORTAMENTOS DE RISCO NA ADOLESCÊNCIA .....	19
3 - SAÚDE, REPRESENTAÇÕES E CUIDADOS DE SAÚDE.....	21
4 - FAMÍLIA, ESTILOS EDUCATIVOS E VALORES NOS ADOLESCENTES...	24
5 –REPRESENTAÇÕES E MODELOS DE SAÚDE.....	31
6 – COMUNICAÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE.....	43

<b>2ª – PARTE – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA.....</b>	<b>49</b>
1.1 - METODOLOGIA.....	49
1.2 - TIPO DE ESTUDO.....	54
<b>2 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO .....</b>	<b>56</b>
2.1 – RECURSOS FÍSICOS.....	58
2.2 – RECURSOS HUMANOS.....	58
2.3 – ACTIVIDADES NA EXTENSÃO DE SAÚDE.....	58
2.4 – CIRCUITO DO UTENTE.....	59
2.5 – CARACTERIZAÇÃO DA LISTA DE UTENTES.....	59
<b>3- APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>66</b>
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DE ADOLESCENTES.....	66
3.2 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO SOBRE “A IMPORTÂNCIA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS ADOLESCENTES”.....	67
3.3 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO SOBRE “O MEU ESTILO DE VIDA” .....	87
<b>4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>108</b>

<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>116</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>119</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>124</b>
<b>Anexo I – Questões de Investigação.....</b>	<b>125</b>
<b>Anexo II – Questionário: “A importância da promoção da saúde dos adolescentes”.....</b>	<b>128</b>
<b>Anexo III – Questionário: “O meu Estilo de Vida”.....</b>	<b>135</b>

## RESUMO

Este trabalho aborda a problemática dos comportamentos e conhecimentos dos adolescentes, no domínio da saúde, pertencentes à extensão de saúde de Vila Nova de Anha, do distrito de Viana do Castelo.

O objectivo deste trabalho, é apresentar uma perspectiva sobre os comportamentos e conhecimentos dos adolescentes no domínio da saúde; analisar os comportamentos e factores de risco nos adolescentes; e efectuar um levantamento sobre representações e comportamentos dos adolescentes.

Assim, apresenta-se o resultado de um estudo realizado na extensão de Saúde de Vila Nova de Anha, assente numa primeira parte, em investigação documental e simples reflexão pessoal, que visa, numa segunda parte, através de questionários efectuados aos adolescentes, fundamentar a teoria analisada.

Foram utilizados como instrumentos de pesquisa dois questionários dirigidos a um grupo de adolescentes entre os doze e os dezasseis anos: um que, assinala de uma forma geral os conhecimentos dos adolescentes, sobre as consultas de adolescentes que existem na extensão de saúde, e que têm como objectivo informar, esclarecer, promover a auto-estima, incentivar estilos de vida saudáveis e identificar comportamentos de risco dos adolescentes; outro que, identifica comportamentos de risco e de estilos de vida saudável para o grupo de adolescentes em estudo.

Como principal conclusão deste estudo é de referir aspectos positivos e negativos. Aspectos positivos: o baixo consumo de tabaco, o diálogo na escola sobre adolescência e saúde, o conhecimento do horário de funcionamento da Extensão de Saúde de Vila Nova de Anha, e o conhecimento das consultas de saúde de adultos. Aspectos negativos: o elevado consumo de álcool por parte destes adolescentes, assim como não utilizam as consultas de adolescentes.

## **SIGLAS**

IPSA – Importância da Promoção da Saúde dos Adolescentes;

S.I. – Saúde Infantil;

S.A. – Saúde Adulto;

S.M. – Saúde Materna;

P.F. – Planeamento familiar;

O.M.S. – Organização Mundial da Saúde;

O.M.E.V. – O Meu Estilo de Vida.

# INTRODUÇÃO

## **Apresentação do problema**

Actualmente vive-se numa sociedade onde as transformações sociais, económicas e culturais ocorrem num ritmo veloz. Estas alterações levam-nos a encarar factores determinantes na saúde das populações. Novas perspectivas surgem onde a promoção e protecção da saúde são consideradas fundamentais para o desenvolvimento económico e social.

A investigação em saúde é fundamental, pois é através dela que se tem conhecimento das necessidades em saúde, deste modo, caracterizam-se problemas de saúde que afectam a população em geral e os adolescentes em particular.

Verificamos a ausência dos adolescentes nas consultas da promoção de saúde. Pretendemos estudar as representações e comportamentos dos adolescentes no domínio da saúde na região de Vila Nova de Anha, pois os adolescentes são considerados grupo de risco, devido às inerentes transformações físicas, psicológicas e sociais que sofrem nesta fase, e pela ausência destes às consultas programadas de saúde entre os 11 e os 18 anos de idade. Os adolescentes sub utilizam ou não utilizam de forma adequada os recursos de saúde postos à sua disposição na extensão de saúde de Vila Nova de Anha, pertencente ao Centro de Saúde de Darque, no concelho de Viana do Castelo. Os adolescentes representam um dos grupos que menos procuram os cuidados de saúde.

Consciente da importância que a promoção para a saúde tem para a formação dos adolescentes, como vertente fundamental do processo de desenvolvimento e reconhecendo que esta é parte fundamental na área de actuação do profissional de saúde, é necessário e importante saber qual a visão dos adolescentes sobre a sua saúde; o que é que a sociedade tem para lhes oferecer nessa área, e como pode contribuir de uma forma positiva, para o aumento da qualidade de vida dos adolescentes. Uma vez que se trabalha diariamente com adolescentes numa extensão de saúde, pretende-se reflectir sobre esta problemática que afecta os profissionais de saúde e a comunidade em geral.

Como profissional de saúde, nomeadamente na área da enfermagem pretendo aprofundar conhecimentos sobre representações, comportamentos e atitudes dos adolescentes, procurando saber a forma como encaram a sua saúde na sociedade, e perante os técnicos de saúde.

Pretende-se trabalhar com os adolescentes e conseguir estabelecer uma relação de confiança, promover a comunicação em saúde, de forma a que estes recorram aos cuidados de saúde primários e que os centros de saúde não sejam sinónimo de tratar doenças e sim, um contributo para a manutenção de um estilo de vida saudável ao nível físico e mental, tornando-os mais conscientes e responsáveis nas tomadas de decisão. Pretendemos também sensibilizar os profissionais de saúde para a problemática dos adolescentes e da comunicação com os adolescentes.

A amostra é constituída por 60 adolescentes (34 do sexo masculino e 26 do sexo feminino). Foram utilizados como instrumentos de pesquisa dois questionários dirigidos a um grupo de adolescentes entre os doze e os dezasseis anos: um, que assinala de uma forma geral os conhecimentos dos adolescentes, sobre as consultas de adolescentes que existem na Extensão de Saúde e às quais eles não comparecem em geral. Estas consultas têm como objectivo informar, esclarecer, promover a auto-estima, incentivar a estilos de vida saudáveis e identificar comportamentos de risco dos adolescentes; outro que, identifica comportamentos de risco e de estilos de vida saudáveis para o grupo de adolescentes em estudo. O estudo divide-se em duas partes: a primeira é a parte teórica e a segunda é a parte empírica. Na primeira apresenta-se a problemática da adolescência, da saúde e da comunicação em saúde; na segunda parte apresentam-se e discutem-se os resultados dos questionários aplicados aos adolescentes. De registar que num primeiro momento da segunda parte caracteriza-se também a totalidade de utentes da Extensão de Saúde de Vila Nova de Anha e num segundo momento caracteriza-se a amostra, ou seja caracteriza-se os adolescentes em estudo. A análise documental é valiosa para reflexão e análise no que se refere à fundamentação deste trabalho. No âmbito da pesquisa teórica, recorreu-se a pesquisa bibliográfica na área dos adolescentes e da comunicação e promoção da saúde, através de artigos, obras e teses académicas, além de consultas a *sítes* da Internet.

## **Definição do problema**

O objectivo geral deste estudo quantitativo/qualitativo, descritivo é saber a importância da promoção da saúde dos adolescentes, pertencentes à Extensão de Saúde de Vila Nova de Anha através de dois questionários: um que, assinala de uma forma geral os conhecimentos dos adolescentes, sobre as consultas de adolescentes existentes na Extensão de Saúde e às quais eles não comparecem, e que têm como objectivo informar, esclarecer, promover a auto-estima, incentivar a estilos de vida saudáveis e identificar comportamentos de risco dos adolescentes; o outro que, determina a noção de estilo de vida saudável para o grupo de adolescentes em estudo.

O estudo tem como objectivos principais:

- Conhecer a importância atribuída pelos adolescentes à promoção da saúde;
- Avaliar os conhecimentos do adolescente sobre a saúde e comportamentos de risco;
- Identificar factores determinantes da ausência dos adolescentes nas consultas de adolescentes da Extensão de Saúde de Vila Nova de Anha, de modo a adoptar as atitudes dos técnicos de saúde e a organização das consultas no centro de saúde;
- Determinar as percepções individuais que os adolescentes têm sobre a sua saúde;
- Identificar comportamentos de saúde e risco dos adolescentes;
- Determinar a informação que o adolescente possui sobre o funcionamento do sistema de saúde, particularmente sobre a extensão de saúde da sua região;

- Determinar as fontes de informação utilizadas pelos adolescentes que contribuem para os seus conceitos de saúde;

### **Âmbito do estudo**

Este estudo foi efectuado junto de 60 adolescentes de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 12 e 16 anos.

Os adolescentes que constituíram a amostra foram seleccionados através dos arquivos da extensão de saúde de Vila Nova Anha, pertencente ao Centro de Saúde de Darque do distrito de Viana do Castelo.

De referir que este grupo de sessenta adolescente são a totalidade de indivíduos adolescentes existentes na população desta localidade em estudo e registados no centro de saúde.

### **Procedimentos**

Para a realização deste estudo foram convocados todos os adolescentes (12/16 anos) que pertencessem à lista de utentes da Extensão de Saúde de Vila Nova de Anha.

### **Importância do estudo**

Os estudos demonstram que os adolescentes são um grupo de risco pois estão sujeitos a alterações fisiológicas, psicológicas e comportamentais, a mudanças identitórias que implicam readaptações, comportamentos específicos de adaptação, de ansiedade e depressão passageiras. Sendo a morbidade e a

mortalidade nesta faixa etária baixa, os adolescentes estão, no entanto, mais sujeitos a perturbações mentais e comportamentais do que as crianças, segundo alguns estudos.

## **I – PARTE**

### **REVISÃO DA LITERATURA**

Para suporte do estudo realizou-se uma revisão bibliográfica a mais actualizada possível, utilizando estudos acerca da caracterização dos comportamentos e representações dos adolescentes no domínio da saúde, factores de risco na adolescência, cuidados de saúde na adolescência, os valores dos adolescentes, família e desenvolvimento nos adolescentes e a comunicação nos cuidados de saúde.

#### **1 - Adolescência, saúde e representações sociais**

Representação Social constituem um saber prático, que é lembrado sempre que se necessita realizar acção, como por exemplo a observância de determinado plano terapêutico ou uma mudança de conduta com relação a práticas sociais, (Jodelet, 1984).

A abordagem das representações sociais parece ser particularmente útil para a análise, a compreensão e a intervenção sobre os grandes problemas sociais actuais: a saúde e a doença, segundo são referidas por Abric (1996).

Moscovici descreve uma representação social como um sistema de valores, de práticas e de noções tendo uma dupla tendência: antes de tudo, estabelecer uma ordem que permite aos indivíduos a possibilidade de se orientarem no meio ambiente social, material e de o dominar. Depois de assegurar a comunicação entre os membros de uma comunidade propondo-lhes um código

para as suas trocas e um código para nomear e classificar de maneira inequívoca as partes do seu mundo, de sua história individual ou colectiva. Para este autor não existe a separação entre a consciência individual e a realidade social, assim como, não entende o indivíduo como passivo diante da representação, mas sim como construtor e reconstrutor das representações que, por sua vez, determinam a medida de sua localização no universo da comunicação social. Além disto o colectivo não é um todo indiferenciado. Constitui-se por grupos que se aproximam tendo em vista o objecto e os interesses que mobilizam em cada cultura. Neste processo o objecto ocupa um campo activo e dinâmico, é percebido pelo sujeito como prolongamento da sua acção, que só se realiza nesta relação. Uma relação de apropriação que institui o sujeita no interior de um universo material e social. As Representações Sociais, podem ser consideradas como uma forma de conhecimento ou de pensamento específico que, estando fortemente enraizada nas experiências socialmente compartilhadas, comandam as relações dos indivíduos entre si e com o mundo, e como factos que se constroem socialmente, incluem-se em sua dinâmica e transformação, (Moreira, Jesuíno, 2003).

A imagem social da adolescência, especialmente a partir dos anos 60, está imbuída de noções de rebeldia e contestação face à família. A adolescência como período de guerra aberta entre pais e filhos, popularizou-se na expressão *generation gap* ou “fosso” entre as gerações que acentua o conflito de gerações, ou seja, a luta pelo poder social entre a geração mais nova e a geração mais velha, e o conflito de valores, ou seja a valorização de diferentes

princípios orientadores da vida. Estes conflitos traduziram em sentimentos de forte antagonismo entre pais e filhos que caracterizariam o período stressante e tumultuoso da adolescência, (Newman & Newman, 1985; Campos, 1900).

A sociedade manifesta estereótipos acerca dos adolescentes. A velha versão de que a adolescência é um período de *stress*, ou seja um período violento e de tensão, leva a sociedade a desconfiar dos adolescentes. Esta desconfiança leva a sociedade a esperar que o adolescente tenha um comportamento ameaçador da estabilidade da vida social. A expectativa auto-realizada, ou seja, uma expectativa que empurra os adolescentes para o comportamento que é esperado deles, provoca tensão, desconfiança perante comportamentos não conformistas, podendo por si só contribuir para divergências entre adultos e adolescentes, (Campos, 1900).

Segundo Claes (1985) a adolescência é uma fase da vida que é marcada por grandes transformações fisiológicas, psicológicas, afectivas e sociais, vividas num determinado contexto e cultura; é um processo dinâmico de passagem entre a infância e idade adulta. O termo adolescência surgiu com a revolução industrial, por volta do século XIX, caracteriza-se pela puberdade, embora não seja tão clara e precisa a fase de encerramento. É um período de vida de perturbação e problemático devido a grandes alterações a nível interno e externo.

A partir da segunda metade do século XX inicia-se a *“verdadeira reflexão científica e sistemática sobre este grupo etário”* (Alarcão, citado por Lerenó, 1993, p.6). Note-se que, desde então a principal dificuldade, segundo estes

autores advém da delimitação etária em que este período ocorre, porque existem diferentes ritmos de maturação, diferenças entre contextos culturais e geográficos, para além, de cada adolescente ter a sua maneira própria de evoluir. Todavia, é comum na adolescência iniciarem-se transformações pubertárias que terminam com a construção de uma autonomia e aquisição de identidade, capacidade de suportar tensões e contrariedades, de elaborar projectos de vida e de inserção social.

Segundo Piaget a capacidade do raciocínio, esperada a partir da adolescência, é o raciocínio formal, que permite ao indivíduo as seguintes capacidades: capacidade para operar com operações, capacidade de raciocinar sobre hipóteses, capacidade de manipular sistematicamente as variáveis, capacidade de tomar a perspectiva dos outros (Campos, Bártolo, 1900, e Karplus e Karplus, 1972, Philips, 1977).

Comportamento de saúde consiste em qualquer atitude relacionada com saúde, efectuada por uma pessoa, para prevenir ou detectar a doença, proteger a saúde ou promover um elevado nível de saúde (Stanhope, citado Lancaster, 1999).

Matos menciona, em 2003, que um comportamento de saúde é qualquer actividade desenvolvida por um indivíduo, qualquer que seja o seu estado de saúde, com o objectivo de promover, manter ou proteger a saúde. (Who, 1986).

Matos, em 2003 refere que os estilos de vida estão ligados aos valores, às oportunidades, às motivações e às questões específicas ligadas a aspectos culturais, sociais e económico (OMS, 1985).

A autora refere também que não há um, mas vários tipos de estilos de vida “*saudáveis*”, e esta variedade estabelece-se em função do grupo onde cada indivíduo está inserido e das próprias características individuais (Argyle, 1997); defendendo ainda que a felicidade, o humor e a saúde se inter-influenciam, indicando um conjunto de factores pessoais e sociais que influenciam a saúde, quer directamente quer por influenciarem a felicidade e o humor. Estes factores incluem as relações interpessoais, o ambiente laboral e a motivação com o trabalho, a classe social, a actividade física e o lazer.

Sublinhámos questões como a participação e o acesso, por parte dos indivíduos, a escolha de estilos de vida saudáveis. Investigações das últimas décadas têm vindo a demonstrar um interesse cada vez maior pelo estudo das capacidades adaptativas das pessoas face a condições adversas, isto é, pela razão porque diferentes indivíduos reagem de modo diferente à mesma situação *stressante* e utilizam diferentes respostas adaptativas.

O reconhecimento crescente de que os estilos de vida e o stress psicossocial contribuem substancialmente para a morbilidade e mortalidade das doenças como por exemplo cancro, traumatismos, doenças cardiovasculares, bem como para outras causas principais de morte nos países industrializados, foi uma das razões que levou a que, no final dos anos 70, se desenvolvesse a psicologia da saúde como um campo que integra o conhecimento psicológico relevante para a manutenção da saúde, prevenção da doença e adaptação à doença. A psicologia social teve, e ainda tem, uma contribuição importante a dar nesta área, uma vez que os estilos de vida são provavelmente determinados por

atitudes e crenças relativas à saúde. A prevenção eficaz tem de conseguir alterações em larga escala nos estilos de vida, e essa tentativa tem que basear-se nos meios de comunicação de massas e, portanto, na aplicação das técnicas da psicologia social relativas às mudanças de atitude e de comportamento, (Stroebe e Stroebe, 1995).

Existem três tipos de comportamentos relacionados com a saúde, segundo Klasl e Cobb (1996): um comportamento de saúde é um comportamento cujo objectivo é impedir o aparecimento de uma doença; um comportamento de doença é um comportamento cujo objectivo é encontrar um tratamento; um comportamento de doente é uma actividade que tem como objectivo ficar saudável (Ogden, 2004).

Os comportamentos de saúde foram, posteriormente, definidos por Matarazzo (1984). Assim, os comportamentos prejudiciais para a saúde foram definidos como *“comportamentos patogénicos”* e os comportamentos de protecção da saúde foram definidos como *“comportamentos imunogénicos”* (Ogden, 2004).

Durante o século passado, os comportamentos de saúde foram desempenhando um papel cada vez mais importante na saúde e na doença; afirmando-se que *“é na modificação dos hábitos pessoais como fumar e levar uma vida sedentária, que a saúde depende, em primeiro lugar”*; para se confirmar esta tese, examinaram-se as principais causas de morte nas sociedades desenvolvidas e observou-se que doenças predominantes como o cancro do pulmão, a doença coronária e a cirrose hepática eram causadas por estilos comportamentais (Mckeown, 1979, citado Ogden 2004). Esta autora

refere também que os comportamentos de saúde parecem ser importantes para prever a taxa de mortalidade e a longevidade dos indivíduos e que os psicólogos da saúde tentaram, compreender e prever os comportamentos relacionados com a saúde.

Os psicólogos sociais dividem habitualmente as tendências avaliativas, que reflectem uma atitude, em três tipos: reacções cognitivas, reacções afectivas e comportamento (G., Rosenberg e Hovland, 1960; Ajen 1988; Eagly e Chain, 1993, Stroebe e Stroebe, 1995). As respostas avaliativas de tipo cognitivo são os pensamentos ou as crenças relativas ao objecto que é alvo da atitude. Por exemplo, uma atitude positiva em relação ao *jogging* pode estar associada com a crença de que o *jogging* ajuda as pessoas a reduzirem o peso, aumenta a boa forma e diminui a pressão arterial. Tais crenças são ligações perceptíveis entre o objecto que é alvo da atitude e vários atributos são valorizados de forma positiva ou negativa. As respostas avaliativas do tipo afectivo consistem nas emoções que as pessoas experimentam relativamente ao objecto alvo de atitude. Estas respostas avaliativas também abrangem reacções que vão de um extremo positivo a um extremo negativo. Por exemplo, hoje em dia, muitas pessoas sentem-se mal quando pensam em alimentos gordos, enquanto a ideia de exercício físico as faz sentir bem. As respostas avaliativas de tipo comportamental consistem em acções visíveis relativamente ao objecto alvo de atitude que implicam avaliações positivas ou negativas. Consequentemente, as pessoas vão praticar *jogging* regularmente, independentemente do tempo que estiver, e pedem aos fumadores que não fumem na sua presença. As respostas

comportamentais também consistem em intenções comportamentais. Como tal, a experiência de não se conseguir vestir as calças de esqui que eram demasiado largas o ano anterior pode levar uma pessoa a desenvolver a intenção de começar, na próxima semana, um programa para perder peso (Stroebe e Stroebe 1995).

É plausível que as atitudes das pessoas estejam relacionadas com as suas crenças relativamente a estes objectos alvos de atitude. E, de facto, a maior parte das teorias cognitivas partilham desta suposição, de que as atitudes relativas a um objecto são função dos atributos associados com esse objecto e da avaliação desses atributos (G., Roseberg, 1960, Fishbein e Ajzen, 1975, Sutton, 1987; Stroebe e Stroebe, 1995). De forma semelhante, supõe-se que a atitude de uma pessoa relativa ao desempenho de um certo comportamento é função das consequências que se prevêem e da avaliação dessas mesmas consequências.

A relação entre atitudes e crenças pode ser expressa quantitativamente em termos dos modelos de expectativa-valor (Fishbein e Ajzen, 1975; Stroebe e Stroebe, 1995). De acordo com estes modelos, a atitude de um indivíduo relativa a uma acção depende dos valores subjectivos ou da utilidade associada aos possíveis resultados dessa acção, cada um dos quais será ponderado pelas probabilidades subjectivas da acção conduzir a esses resultados. Portanto, a atitude de alguém relativamente a iniciar um programa de exercício físico terá relação com a probabilidade percebida pelo sujeito e a expectativa do exercício físico estar associado com certas consequências, como pressão

arterial baixa ou boa forma física, e a avaliação e valor, utilidade subjectiva destas consequências. Parece plausível esperar que as pessoas que têm uma atitude positiva relativamente à saúde, tenham estilos de vida saudáveis e evitem comportamentos prejudiciais à saúde. No entanto, a relação entre atitudes e comportamento não se provou ser assim tão simples. De facto, a investigação na área da psicologia social não encontrou, frequentemente relações significativas entre atitudes, e comportamento que parecesse relevante para essas atitudes, em particular quando atitudes mais específicas. Por exemplo, um estudo sobre atitudes em relação à saúde e comportamentos mostrou que comportamentos de saúde específicos, tais como ir a consultas regulares, ao dentista ou tomar suplementos vitamínicos, não estavam relacionados, em grande medida, com as atitudes relativas à protecção da saúde (Ajzen e Timko; Stroebe e Stroebe 1995). Estes resultados não devem surpreender os psicólogos da saúde. Se diferentes práticas de saúde fossem determinadas pela mesma atitude geral em relação à saúde, deveria existir também uma forte relação entre as práticas. As pessoas que praticam exercício deveriam também usar cinto de segurança, não beber álcool e não fumar. Portanto, a investigação sobre a relação entre diferentes comportamentos de saúde mostrou a existência de fracas correlações (Belloc e Breslow, 1972, Mechanic, 1979; Stroebe e Stroebe, 1995).

A falta de correspondência que foi frequentemente observada em estudos sobre a relação atitude-comportamento não implica, no entanto, que devemos abandonar a ideia de que as atitudes predizem ou determinam o

comportamento. Desde o início dos anos 70 que os psicólogos sociais têm estudado as condições sob as quais as atitudes predizem o comportamento. Nas suas análises extensivas da investigação entre atitude e comportamento, Ajzen e Fishbein (1975, 1977), identificaram duas condições que geralmente existiam nos estudos em que as atitudes estavam fortemente ligadas ao comportamento, tinham sido avaliados por medidas que possuíam as seguintes características: garantia; compatibilidade (Stroebe e Stroebe 1995). No que concerne à garantia, muitos dos estudos clássicos da literatura sobre atitude-comportamento que não conseguiram demonstrar uma relação entre atitudes e comportamentos relacionaram atitudes com comportamentos pontuais. Tal como Ajzen e Fishbein (1977) e Epstein (1979) defenderam, os comportamentos pontuais são, determinados por um conjunto singular de factores e não são, portanto, medidas que apresentem garantia relativamente a tendências comportamentais ao longo do tempo (Stroebe e Stroebe, 1995). É o caso, por exemplo, de um grande fumador que recusa um cigarro oferecido numa determinada circunstância por estar com uma grande constipação ou por não lhe agradar uma determinada marca de tabaco. Os psicólogos da saúde geralmente procuram conhecer a frequência com que um conjunto de indivíduos apresenta comportamentos relacionados com a saúde durante um determinado período de tempo. Por exemplo, Belloc e Breslow (1972), inquiriram os seus sujeitos sobre se praticavam desporto frequentemente, às vezes, ou nunca, ou com que frequência bebiam bebidas alcoólicas (Stroebe e Stroebe, 1995). Era-lhes então solicitado que relatassem de forma sucinta o seu

comportamento típico. Caso essas declarações fossem verdadeiras seriam baseadas na recordação, por parte dos sujeitos, de diferentes ocasiões em que realizaram um determinado comportamento, como, por exemplo, *“praticar um desporto activo”* ou *“beber bebidas alcoólicas”*, em momentos diferentes e em contextos também diferentes. Portanto, estas estimativas reflectem junções ao longo de várias circunstâncias em que o mesmo comportamento é efectuado e possuirão, enquanto medidas, uma garantia relativamente elevada das tendências comportamentais. No entanto, parecem existir baixas correlações relativamente às atitudes globais ligadas à saúde (Ajzen e Timko, 1986; Stroebe e Stroebe, 1995).

No que diz respeito à compatibilidade, o uso de medidas com uma garantia elevada é uma condição necessária, mas não suficiente, para obter correlações elevadas entre as medidas de atitude e de comportamento. Para nos assegurarmos de uma relação forte entre medidas de atitude e de comportamento, estas medidas devem ser compatíveis para além de apresentarem uma elevada garantia. As medidas de atitude e de comportamento são compatíveis se ambas forem avaliadas no nível de compatibilidade. Cada comportamento envolve quatro elementos específicos: acção específica; realizada com um determinado objectivo em vista; num dado contexto; num determinado momento. O principio da compatibilidade especifica que as medidas de atitude e de comportamento são compatíveis desde que o seu objectivo, acção, contexto e tempo sejam avaliados a níveis idênticos de generalidade ou de especificidade, (Ajzen, 1988; Stroebe e Stroebe 1995).

Por exemplo, a atitude de alguém relativamente a um *“estilo de vida saudável”* apenas especifica o objectivo, mas não especifica os elementos acção, contexto e tempo. Um estilo de vida saudável inclui inúmeras práticas de saúde que podem ser realizadas em muitos contextos diferentes e em muitos momentos também. Uma medida de comportamento que seria compatível com esta atitude global teria que agregar um vasto leque de comportamentos de saúde em diversos contextos e momentos. Em concordância com esta afirmação, Ajzen e Timko (1986), registam que uma medida de atitudes globais relativamente à manutenção da saúde não apresentava uma correlação significativa com a frequência de comportamentos específicos de protecção da saúde, referidos pelos sujeitos. No entanto, essa medida mostrava uma correlação substancial com um índice comportamental que agregava o desempenho de uma grande variedade de diferentes comportamentos de protecção da saúde. Estes comportamentos estavam relacionados com diferentes aspectos da saúde e foram efectuados numa grande variedade de contextos e em momentos diferentes (Stroebe e Stroebe, 1995).

O processo básico do desenvolvimento do adolescente pretende modificar relações, entre o adolescente e os múltiplos níveis do contexto em que o jovem se encontra. Variações na existência e no ritmo dessas relações promovem uma grande diversidade de comportamentos na adolescência e representam factores de risco ou protectores através deste período de vida (Lerner, 1998; Matos, 1998,2003).

## 2 - Comportamentos e factores de risco na adolescência

Comportamentos de Risco são formas específicas de comportamento associadas com o aumento de susceptibilidade a uma doença específica ou à “doença-saúde” (Who, 1986; Matos, 2003).

Os comportamentos de risco são usualmente definidos como “perigosos” com base em dados epidemiológicos e dados psicossociais. Alterações nos comportamentos de risco são o objectivo principal da prevenção de doenças, e tradicionalmente a educação para a saúde tem sido usada para alcançar esses objectivos. Dentro da ampla estrutura da promoção da saúde os comportamentos de risco podem ser vistos como uma resposta, ou mecanismo para lidar com condições de vida adversas. Estratégias de resposta para a alteração de comportamento de risco incluem o desenvolvimento de competências pessoais e sociais, e a criação de mais envolvimento facilitadores da saúde no sentido da promoção de comportamentos de protecção (Nutbeam, 1998, citado por Matos, 2003).

É possível provar que quase todos os comportamentos ou actividades de um indivíduo têm impacto no estado de saúde. É útil distinguir entre comportamentos que são adoptados propositadamente para promover ou proteger a saúde, daqueles que podem ser adoptados indiferentemente às consequências para a saúde. Os comportamentos ligados à saúde em termos de comportamentos prejudiciais - como fumar, fazer uma alimentação rica em gorduras, beber grandes quantidades de álcool, e comportamentos de protecção de saúde - tais como lavar os dentes, usar cinto de segurança,

praticar actividade física, procurar informação relacionada com a saúde, realizar *check-ups* regulares, dormir um número adequado de horas por noite foram definidos por Matarazzo (1984) e Ogden (1999).

Num estudo realizado por Green e Kreuter (1991) em que estes tentam apurar quais são os comportamentos que os adolescentes percebem como “*saudáveis*” e como “*de risco*”, concluíram que comportamentos saudáveis são a abstinência de drogas, o comportamento pró-social e o bem-estar pessoal, e como comportamentos de risco para a saúde aparecem o consumo de tóxicos, o comportamento anti-social e o sexo não protegido (*in* Matos, 2003).

Promover a saúde, tem a ver com tomar medidas no dia-a-dia. Estas medidas para além de serem participadas e concretizáveis, têm ainda, cada vez mais, de tornar a opção por estilos de vida saudáveis, numa opção fácil e prestigiante do ponto de vista do reconhecimento social. Este facto é sobretudo importante na adolescência, onde por vezes, a adopção de estilos de vida saudáveis é vista como “*cinzenta, aborrecida, desprestigiante e desinteressante*”, ao passo que os consumos e as velocidades, por exemplo, e em geral “transgredir”, não usar cinto de segurança, envolver-se em lutas, não usar capacete, são vistos como excitantes e fonte de prestígio social. É pois preciso reduzir as barreiras físicas, económicas e culturais que dificultam estas escolhas. É também necessário incluir o indivíduo como parte deste processo de controlo e responsabilização individual sobre a sua saúde e a saúde da comunidade (Matos, 2003).

Na Carta de Ottawa, acção de promoção da saúde significa:

- Construir uma política de saúde pública;

- Criar envolvimento sustentador de saúde;
- Fortalecer a acção da comunidade para a saúde;
- Desenvolver competências pessoais;
- Re-orientar os serviços de saúde (OMS, 1986).

A Declaração de Jakarta, confirma que estas estratégias e áreas de acção são relevantes para todos os países (WHO, 1997).

Actualmente, o aumento da taxa de morbilidade e mortalidade dos adolescentes é o resultado dos estilos de vida praticados. A maioria das actuais ameaças à saúde dos adolescentes são a consequência de factores sociais, comportamentais e ambientais (DiClemente, Hansen & Ponton, 1996, Matos, 2003). Estes factores, que podemos designar como factores de risco, incluem um largo espectro de comportamento e efeitos relacionados tais como uso e abuso de substâncias, violência, suicídio, gravidez na adolescência; distúrbios de alimentação, e doenças sexualmente transmissíveis (DiClemente, Hansen & Ponton, 1996, Lerner, 1998; Matos, 2003).

### **3 - Saúde, representações e cuidados de saúde**

A saúde é um estado de equilíbrio relativo de forma e função do organismo, que resulta de seu ajustamento dinâmico satisfatório às forças que tendem a perturbá-lo. Não é um inter-relacionamento passivo entre a matéria orgânica e as forças que agem sobre ela, mas uma resposta activa do organismo no sentido do reajustamento (Kawamoto, Perkins, 2000).

Segundo Matos, em 2003, saúde é uma percepção inter e intra pessoal que depende do modo como cada um de nós se sente doente ou não, em função de cada momento da sua vida e da sua história individual e grupo. Refere também que a saúde é considerada como um direito humano fundamental e que todas as pessoas devem ter acesso aos meios básicos para a saúde (Nutbeam, 1998). Uma visão ampla de saúde, exige que todos os sistemas e estruturas que dirijam as condições sociais e económicas e o envolvimento físico, devem ter em atenção as implicações das suas actividades, em relação ao seu impacto na saúde e bem-estar individual e colectivo.

A Carta de Ottawa realça alguns pré-requisitos para a saúde que incluem: meios económicos adequados, alimentação, abrigo, paz, um ecossistema estável e uso de meios sustentáveis. As ligações entre as condições sociais e económicas, os estilos de vida individuais, a saúde e o envolvimento físico, são realçadas com o reconhecimento destes pré-requisitos (OMS, 1986).

A aprendizagem e compreensão das noções da medicina preventiva não estão igualmente acessíveis a todos os grupos sociais. São as pessoas dos meios mais favorecidos que estão em melhores condições para a assimilação desse tipo de saber médico, pelo seu nível de instrução mais elevado e pela sua posição social, mais próxima da dos profissionais de saúde, aprendem mais facilmente os conceitos e conhecimentos que o próprio médico utiliza, bem como têm mais facilidade em dialogar com ele. Têm também maior facilidade em compreender a transmissão de conhecimentos feita pelos meios de comunicação social (Silva, 2002).

Vários estudos têm demonstrado que as pessoas das classes mais baixas na escala de estratificação social (menor instrução, trabalho manual) frequentam menos as consultas médicas de tipo preventivo e mais as consultas de urgências e os internamentos. Há como que uma lógica de desvalorização do risco de adoecer e dos sintomas de doença que são encarados como *“pieguices”*, *“Eu não preciso dos médicos. No dia em que for ao médico é porque estou para morrer”*. Este tipo de atitude está também associado com as condições de vida dessas pessoas; ir ao médico custa-lhes um dia de trabalho/salário, implica muitas vezes contratar um taxi, fazer um percurso suplementar em transportes públicos ou percorrer um longo caminho a pé, por exemplo. Mas a razão principal parece ser mesmo o menor grau de informação, conhecimento e crença sobre os riscos e sobre a capacidade preventiva da medicina. Os adultos vão ao médico mais em situação de doença declarada do que quando aparecem os primeiros sinais de risco de doença; esta situação também se verifica no que diz respeito às crianças. Este tipo de atitude também é mais frequente nos homens do que nas mulheres.

Não são só as concepções sobre as causas das doenças que são diferentes entre os grupos sociais, mas também a forma de pensar a saúde. Enquanto nas classes médias se encontra predominantemente uma forma de exprimir a saúde como sendo um bem-estar corporal e mental feito de equilíbrio, de auto-realização e de prazer de viver, nas classes trabalhadoras a noção de saúde é traduzida pela capacidade de trabalhar e pela ausência de doença. Compreende-se que as representações de saúde, as práticas quotidianas,

alimentação, exercício físico e os comportamentos de saúde, ida a consultas médicas, cumprimento do plano de vacinação, realização de exames de despistagem precoce, sejam variáveis não só de pessoa para pessoa mas de grupo para grupo social (Silva, 2002; Ramos, 2004, 2007).

#### **4 - Família, estilos educativos e valores nos adolescentes**

Andolfi, apresenta o conceito de família como: *“família é um sistema de interacção que supera e articula dentro dela os vários componentes individuais, sendo um sistema em que é essencial a exploração das relações interpessoais, e das normas que regulam a vida dos grupos significativo a que o indivíduo pertence, para uma compreensão do comportamento dos membros e para a formulação de intervenções eficazes”* (Alarcão, 2000, p.38).

*“Uma família é um grupo de pessoas unidas directamente por laços de parentesco, no qual os adultos, assumem a responsabilidade de cuidar das crianças”* é um conceito diferente apresentado por Giddens (2000). Tendo em conta ambos os conceitos, podemos concluir que uma família é um conjunto de pessoas emocionalmente ligadas, com dinâmicas próprias, com uma história genealógica e um espaço geográfico comum. É uma estrutura formada por vários subsistemas com uma determinada organização, ou seja, os seus elementos desempenham determinadas funções e papéis, formando um conjunto de interacções. Para além de várias definições para o conceito, existem também actualmente muitas configurações familiares: famílias nucleares (onde dois adultos vivem juntos numa casa com os seus filhos),

extensas (o casal e os filhos vivem com mais parentes), de orientação (aquela em que o indivíduo nasce), de apropriação (aquela que o indivíduo funda pelo casamento), uniparental, biparental, reconstruída, etc. Na nossa sociedade contemporânea, o modelo mais comum é o da família nuclear.

A investigação sobre a temática do desenvolvimento do adolescente e as suas relações com a estrutura familiar tem-se centrado na avaliação da ocorrência de conflitos familiares e na avaliação da importância relativa dos pais e dos pares na vida do adolescente. Os resultados poderão contribuir para a maior clarificação da influência familiar no desenvolvimento do adolescente. A atmosfera familiar pode caracterizar-se em função dos padrões de exercício da autoridade por parte dos pais cujas implicações para o desenvolvimento sócio-cognitivo e emocional dos filhos tem sido tematizados por diversos autores. Estes padrões implicam o assumir de práticas educativas que integram duas dimensões da interação pais-filhos: exigência de comportamento maduro e capacidade de responder às necessidades dos filhos (Campos, 1990). Na sequência de um estudo longitudinal realizado na década de 60, identificou-se quatro estilos de práticas educativas: autoritárias, permissivas, negligentes, autoritárias-recíprocas (Baumrind 1967, 1968, citado por Campos, 1990). Verifica-se que estes estilos se mantêm relativamente estáveis ao longo do tempo, não sendo necessariamente permeáveis às mudanças no desenvolvimento dos filhos.

Nas famílias autoritárias, os pais assumem uma atitude extremamente restritiva e controladora, adoptando um conjunto rígido de normas a que os filhos se

devem conformar e a partir das quais julgam o seu comportamento. A ênfase é colocada na prevenção de comportamentos inaceitáveis, do ponto de vista dos pais, e na aprendizagem pelos filhos do respeito pela autoridade parental. Embora admitam que os filhos têm necessidades a que os pais devem responder existem limites à expressão dessas necessidades. O clima afectivo é geralmente “frio” e distante; o amor é condicional, dependendo do comportamento dos filhos. Há objectivos a atingir se o indivíduo quer ser aceite, o adolescente sente-se, portanto, altamente pressionado ao conformismo face às exigências e expectativas parentais não sendo encorajado a pensar independentemente. Os adolescentes destas famílias tendem a ser conservadores, defendem o *status* e adoptam sem questionamento os valores e opiniões dos pais. Conformistas e inflexíveis, tendem a internalizar a ira contra os pais, revelando-se extremamente competentes em vários contextos se a realização significar a aceitação parental. A sua competência social é comparada, no entanto, limitada, não revelando espontaneidade e iniciativa. Relações íntimas emocionalmente expressivas são demasiado ameaçadoras para estes indivíduos que tendem a rejeitar este tipo de vinculação. Nestes dominam, baixos níveis de auto-estima e de motivação para a realização, bem como níveis incipientes de desenvolvimento moral e um locus de causalidade externo (Fontaine, 1988; Campos, 1990).

Nas famílias permissivas, os desejos da criança são prioritários, os pais não são exigentes, percepcionando-se mais como recurso que a criança pode ou não usar do que como agentes responsáveis pela modelagem ou alteração do

comportamento dos filhos. As práticas disciplinadoras, quando existem, são inconsistentes e imprevisíveis e apenas utilizadas em último recurso, quando o comportamento do filho é realmente grave e intolerável. Nestes casos, os filhos não entendem este padrão pouco habitual e os pais exercem a autoridade de forma culpabilizante. O afecto é indiscriminado: a principal preocupação dos pais parece ser o amor e a felicidade dos filhos, sendo relutantes em perturbar o bem-estar daqueles pela negação dum desejo. Os filhos são, no entanto, geralmente inseguros e egoístas, com baixos índices de auto-estima e auto-suficiência. Este estilo de funcionamento aproxima-se frequentemente da negligência. Nas famílias negligentes, os pais são consistentemente inconsistentes: a expressão do afecto e o exercício da autoridade dependem essencialmente do acaso ou do humor dos pais. Não existem regras claras que regulem o comportamento dos filhos, que são punidos ou alvo de exigências cuja lógica desconhecem. Por vezes amado, rejeitado ou ignorado o adolescente é frequentemente tratado com injustiça e victimizado pelos pais – por vezes, a expressão da sua hostilidade e ira faz-se através de agressões anti-sociais directas (ex. comportamentos delinquentes). O adolescente oriundo destas famílias não aprendem a controlar os seus impulsos nem a desenvolver comportamentos socialmente apropriados (Campos, 1990).

Nas famílias autoritárias-recíprocas, existem fronteiras e expectativas claras quanto ao comportamento dos filhos. Os pais assumem a sua responsabilidade como figuras de autoridade, punindo e recompensando os filhos de acordo com o seu comportamento, que se espera maduro, mas são responsivos às

necessidades e interesses específicos dos filhos, numa atmosfera de aceitação e carinho. É dada aos adolescentes a oportunidade de desacordo, de assumirem responsabilidades pelos seus comportamentos e de tomarem decisões, ou seja, é encorajada a sua autonomia, admitindo a negociação de regras e limites, mas no contexto da manutenção dos laços emocionais próximos entre pais e filhos. O amor é incondicional: os adolescentes são aceites pelo que são, independentemente dos seus comportamentos. A retirada do afecto não é uma estratégia de punição: são os comportamentos e não as pessoas que são condenáveis. A punição tem subjacente uma ideologia que revela claramente ao indivíduo porque está a ser punido e como pode evitar que isto se repita. Os adolescentes destas famílias são auto-confiantes, auto-controlados, extremamente responsáveis ao nível social e capazes de exploração e investimento. Geralmente, são mais extrovertidos, assertivos, independentes e criativos, capazes de comportamentos amigáveis e não-hostis. Este padrão familiar é mais permeável ao desenvolvimento dos filhos, integrando as capacidades sócio-cognitivas crescentes no processo de negociação de regras e nas próprias decisões familiares. Simultaneamente, os pais são modelos de comportamento social responsável e proporcionam oportunidades de aprendizagem deste tipo de comportamentos (Campos, 1990).

**Os valores morais** são defendidos em termos de princípios abstractos e gerais, ligados à justiça, à rectidão e ao respeito pela vida humana. Existe outro conjunto de princípios que se parecem, por vezes, às questões morais, mas

que na realidade constituem aspectos ligados à convenção social. Estes dizem respeito às acções e às regras que são criadas, formal e informalmente, para governar o dia-a-dia das pessoas e das organizações. Em contraste com o que acontece com os valores morais, as convenções sociais podem ser modificadas sem provocar um rompimento na sociedade. Em psicologia, dá-se o nome de valor, a tudo o que satisfaz uma das nossas necessidades, quer seja um objecto, um acontecimento, um ser, ou uma ideia; é subjectiva, e pode não corresponder ao valor mercantil de um produto ou de um serviço (Sprinthall, 1994).

Na pessoa a noção de valor surge por volta dos 15 anos, alarga-se bruscamente e aumenta. O adolescente torna-se sensível ao valor que o liga às situações e aos actos, em função dos seus interesses e aspirações. Na representação do mundo dos jovens, o mundo dos valores constrói-se assim ao lado dos conhecimentos. O jovem insere-os na ordem da qualidade e vai contribuir poderosamente para definir as suas opiniões e regular a sua conduta. Estes valores são numerosos: políticos, sociais, económicos, religiosos, morais, estéticos. O adolescente apercebe-os em primeiro lugar muito confusamente, em luta uns com os outros, apreende-os através dos livros, nas personagens reais ou fictícias. Cada civilização representa um sistema de valores que regula a vida do corpo social num determinado momento, um dos objectivos da escola é precisamente, o de transmitir esta cultura aos jovens, a fim de os associar à existência da colectividade e às suas tradições. O grupo não faz mais do que preparar o trabalho do indivíduo: este escolhe, entre os valores que lhe

propõem. É nele que estes se ordenam, conscientemente ou não, segundo uma hierarquia que a sua conduta reflectirá; é nele, sobretudo, que se deve realizar o acordo entre os valores admitidos pela sociedade na qual vai viver e os que correspondem às suas tendências íntimas. Os adolescentes dão preferência aos valores de vida, são capazes de os fazer participar plenamente no dinamismo universal. A escolha não é feita durante a adolescência, e o adolescente não sente ainda o imperioso apelo dos valores materiais. A vida moral da criança pouco mais fazia do que reflectir a influência do meio familiar e escolar sobre a conduta. Após a puberdade, o adolescente passa a ver o mundo e os seres sob uma luz nova, não se contenta com os *“bons hábitos”* que lhe tinham inculcado; ao lado da necessidade de perfeição e de absoluto que sente, estes parecem-lhe medíocres e acanhados. Os valores de vida moral da juventude, isto é as suas virtudes, distinguem-se dos da idade adulta, mesmo quando têm um nome igual; a solidariedade é sentida sobretudo como um devotamento e a bondade como uma piedade. Existem valores que são preferidos pelos adolescentes, por exemplo: a honra; a sinceridade; a coragem. A fé dos jovens atravessa também, com frequência uma série de crises, quando os valores recentemente descobertos lutam entre si pelo domínio da conduta (Debese, 1946).

Gabarino, em 1985 apresenta revisões das investigações sobre o papel da família na transmissão de valores. Nos vários estudos, a concordância é marcante em temas religiosos e políticos, mas diferenças subsistem quanto ao comportamento e papéis sexuais e às características do estilo de vida. A

influência parental parece ser maior quando a sociedade reforça os valores e atitudes familiares. A transmissão de valores tem sido também discutida à luz da influência relativa entre pais e pares. Aparentemente, esta influência é complementar havendo temas em que os pares têm mais impacto (por exemplo, o comportamento sexual e o uso de drogas) e outros em que o papel dos pais é preponderante por exemplo, realização e aspirações escolares e escolhas ocupacionais. Esta perspectiva parece recolher, actualmente, o consenso entre os vários autores; para além disto os pais e os pares parecem exercer influências similares em assuntos relacionados com escolhas conjugais, políticas e económicas.

A aparência dos adolescentes (jovens, alegres, saudáveis, disponíveis), para quem tudo é possível, que acreditam no futuro e têm possibilidades de o construir, contribui para que, os adultos, tenham inveja deles. Os próprios estereótipos sociais veiculados pela sociedade mostram o homem ideal com a aparência de adolescente. Tal inveja contribui para que tenham baixas expectativas acerca dos adolescentes e exerçam pressão sobre eles (Campos, Bartólo, 1900).

## **5 - Representações e Modelos de Saúde**

O psiquismo, o corpo e a cultura estão estreitamente relacionados nas questões de saúde e doença, sendo estes, conceitos interactivos complexos que necessitam de ser compreendidos através de diferentes abordagens e disciplinas. Para muitos autores, dos quais salientamos Good (1977,1998),

Barondess (1979), Kleinman (1978, 1980), Zempléni (1985), o conceito ocidental de doença e a língua inglesa incluem três termos, *disease*, *illness*, *sickness* e três realidades diferentes que interagem entre si: a realidade biofísica, psicológica e social. Estas realidades expressam-se através de dimensões diferentes, ou seja, *“ter uma doença”*, *“sentir-se doente”* e *“comportar-se como doente”*.

*“Disease- representa na dimensão biomédica, a realidade biológica de uma alteração objectivamente verificável no organismo, significa a doença do médico”;*

*“Illness – representa a realidade psicológica, a dimensão subjectiva, traduz as experiências individuais do doente em consequência das alterações percebidas, das representações e das interações com o seu meio, significa a “doença do doente”;*

*“Sickness – é a realidade ou processo psicossocial, representa uma identidade social, um estatuto ou um papel, “comportar-se como doente” (Ramos, 2004, p.103).*

Para Kleinman (1978, 1980, 1992), Good (1977, 1998) Zempléni (1985), a doença é culturalmente construída no sentido de que a forma como a percebemos e como lidamos com ela é baseada nas nossas explicações de doença, nos sistemas de valores e nas posições sociais que ocupamos, havendo no mundo e nos diferentes sistemas culturais uma grande variedade de representações de saúde e doença, uma pluralidade de recursos aos cuidados e diferentes modelos explicativos de saúde e doença. Por exemplo, o

estudo das representações de saúde e doença permite compreender a dificuldade de comunicação entre interlocutores que não têm, muitas vezes, as mesmas categorias de pensamento, a mesma origem cultural e as mesmas formas de pensar e agir.

Os indivíduos e os grupos desenvolvem concepções, etnoteorias sobre a saúde, a doença, as formas de curar, que influenciam os comportamentos, as práticas de cuidados e os rituais terapêuticos *“Nas sociedades tradicionais africanas, indígenas, a saúde é considerada fruto do equilíbrio entre o homem e o seu meio social, natural e sobrenatural, podendo um distúrbio ou desequilíbrio em qualquer destes meios originar sintomas físicos ou psíquicos. Nestas sociedades, as doenças ou sintomas podem ser atribuídos, nomeadamente a forças sociais (mau olhado, bruxarias) ou causas sobrenaturais (acção dos deuses, espíritos, xamã). O método de cuidar é dirigido para a relação com a sociedade e com o sobrenatural e faz uso de símbolos com grande carga emocional e afectiva”* (Ramos, 2004, p.104).

A relação do tratamento caracteriza-se pela proximidade, trocas, afectividade, ausência de formalismo e pelo emprego de uma linguagem simples, concreta e de todos os dias. O corpo é um aspecto da pessoa considerada quer no seu conjunto, quer na sua relação com a sociedade. Já na sociedade e medicina ocidentais, predominam as explicações centradas nos pacientes e no mundo natural. *“O corpo é considerado uma máquina complexa, os tratamentos são, em geral, impessoais, mecânicos, caracterizando-se os técnicos de cuidados pela distância, formalismo Nas relações e na utilização de conceitos e*

*linguagem técnica e abstracta. No entanto, podemos dizer que nas sociedades modernas urbanizadas ocidentais (devido, entre outros factores, à mobilidade das populações) e também nas sociedades tradicionais existe cada vez mais um pluralismo médico, coexistindo explicações e métodos terapêuticos, crenças e práticas de saúde, baseados em princípios originários de culturas diferentes, coexistindo explicações tradicionais e explicações científicas modernas e existindo uns sistemas médico oficial e outros alternativos Kleinman (1980) desenvolveu a noção de health care system que reúne as noções etiológicas e explicativas, a escolha de tratamentos e os papéis e estatutos atribuídos aquando dos tratamentos, exprimindo-se nas sociedades complexas por uma estrutura formada por três sectores de assistência à saúde (popular, tradicional e profissional) podendo os indivíduos utilizar os três sectores” (Ramos, 2004, p.104)*

Popular é o campo leigo, não especializado, informal, onde estão incluídos, entre muitos: o auto-tratamento, a auto-medicação, os tratamentos recomendados pelos parentes, amigos, colegas, grupos de culto ou de auto-ajuda. Inclui geralmente um conjunto de crenças sobre a conservação da saúde. São normas específicas próprias de cada grupo cultural sobre o comportamento preventivo e curativo, coexistindo, por vezes, com a utilização de objectos protectores (amuletos, objectos religiosos, medalhas, etc.) para afastar o mal ou atrair a boa sorte e a saúde ou com práticas mágico-religiosas (ritual do mau olhar, etc.). Neste sector de cuidados, as relações com o doente ocorrem na própria rede social do doente, constituindo, no entanto, a

família o principal suporte de assistência, muito particularmente as mulheres (mães, avós, etc.), ou outros membros da comunidade com grande experiência (as parteiras tradicionais eram mulheres de idade com experiência de maternidade e de vida). Os indivíduos que actuam como fonte de aconselhamento são, em grande parte, indivíduos que têm larga experiência em acontecimentos de vida, possuem experiência numa doença específica, são coordenadores de grupo de auto-ajuda, membros de culto ou igrejas, por exemplo, padres, pastores, etc.

*“Tradicional – está muito presente nas sociedades não ocidentais (africana, indígena, certas sociedades asiáticas). Determinados indivíduos, designados como curandeiros, são considerados especialistas em métodos de cura que podem ser seculares, sagrados ou outros. A abordagem destes curandeiros, é geralmente holística, incluindo uma abordagem geral dos acontecimentos e aspectos da vida dos indivíduos que a eles ocorrem. Grande parte destes curandeiros compartilha os mesmos valores culturais, incluindo crenças sobre a origem, significado, tratamento das doenças e utilizam a mesma linguagem, havendo relações de proximidade e afectos incluindo a família na relação terapêutica. Na população indígena no Brasil, por exemplo, com o xamã o diagnóstico é feito através da comunicação com os espíritos que identificam a causa e dão tratamento para a doença (Ramos, 2004, p. 109).*

*A Psicologia no âmbito da saúde tem desenvolvido vários modelos biopsicossociais que adoptam uma abordagem multifactorial e interactiva da saúde e doença, considerando por exemplo, que o aparecimento e evolução da*

*doença são influenciados não somente por factores biológicos, tais como a presença de agentes infecciosos ou a resistência do organismo, mas também por factores psicossociais como a personalidade, o ambiente e o suporte social, a atitude do doente face à sua doença” (Ramos, 2004, p.109).*

Ramos (2004) refere que o modelo transaccional de Lazarus e Folkman, veio abrir novas perspectivas de investigação em saúde ao interessar-se pelas transacções entre o indivíduo e o ambiente, ou seja, pelas estratégias cognitivas, emocionais e comportamentais que o indivíduo utiliza para se adaptar a uma situação aversiva específica, implicando estas transacções duas fases:

*“1ª - Avaliação da situação e dos acontecimentos (avaliação primária e secundária) – estas são interdependentes e funcionam através de um processo de feedback, envolvendo a avaliação das exigências criadas pela situação, a avaliação subjectiva do significado de um determinado estímulo ou factor ambiental (avaliação primária) e a avaliação dos recursos e alternativas de resposta disponíveis (avaliação secundária);*

*2ª - Elaboração de estratégias de adaptação (coping) – estas podem traduzir-se por medidas comportamentais (procura de ajuda, solução do problema), emocionais (expressão de afectos ou repressão) ou cognitivas (avaliação da situação, dos recursos disponíveis, procura de informação) etc., entre as quais vão permitir ao indivíduo enfrentar o stresse e a adversidade, tentando agir e modificar a situação e/ou tentando modificar-se a si mesmo.*

*Estes processos transaccionais e as estratégias adoptadas pelos indivíduos desempenham um factor importante modelando o impacto dos diversos antecedentes e ambientais e desencadeares potencialmente patogénicos que podem travar ou acelerar o desenvolvimento de uma perturbação” (Ramos, 2004, p.109).*

*“Taylor (1997), propõe um modelo ecológico de saúde que tem em conta factores ambientais globais e factores ambientais proximais. O meio ambiente influencia a saúde de forma complexa implicando numerosos factores que agem interactivamente. Vários factores ambientais globais como o nível socioeconómico, o grupo étnico/cultural e o país influenciam a saúde e constituem factor de risco ou factor de protecção, assim como, vários factores do ambiente próximo, da comunidade, como a família, a escola, o grupo de pares e o meio profissional podem interferir ao nível da saúde. Certas características ambientais globais, como o nível socioeconómico, o grupo etnicocultural e o país, podem ajudar a compreender as diferenças de mortalidade e doença dos indivíduos. Contudo, os efeitos dos factores ambientais podem ser mediatizados, agravados ou atenuados, por variáveis psicossociais e comportamentais, como o suporte social, o stress, as estratégias de adaptação ou os comportamentos de risco” (Ramos, 2004, p.110).*

Seja no mesmo país, seja ao nível internacional, a saúde e a doença estão muito relacionadas com factores socioeconómicos. As diferenças ao nível

socioeconómico e ao nível da classe social relativamente á saúde exprimem-se nas classes desfavorecidas por:

- Uma maior percentagem de mortalidade e de doença;
- Um maior número de factores e comportamento de risco para a saúde;
- Um maior número de acontecimentos de vida "*stressantes*";
- Um mais fraco autocontrolo;
- Mais problemas familiares, nomeadamente, mais carências alimentares, mais conflitos e violência, mais maus-tratos e alcoolismo.

Quanto ao nível socioeconómico há factores que afectam a saúde:

- Rendimento insuficiente, habitação degradada ou superpovoada;
- Desemprego familiar, emprego precário e falta de qualificação;
- Habitação em bairros degradados com acessibilidade difícil aos cuidados de saúde, (Ramos 2004).

As comunidades favorecidas a nível económico vivem, em geral, em bairros e casas mais confortáveis, com melhor rede de transportes e de acesso aos cuidados de saúde do que as comunidades desfavorecidas que vivem, geralmente, em bairros e zonas de alto risco e stresse, caracterizados por um nível socioeconómico fraco, forte densidade populacional, fracas redes sociais, instabilidade geográfica, familiar e profissional, violência familiar e elevadas taxas de delinquência (Ramos, 2004). Para esta autora, este ambiente violento nestas comunidades carenciadas provoca distúrbios tanto na criança como no

adulto. Na criança, são frequentes distúrbios alimentares, de sono, de atenção e vigiância, de ansiedade e distúrbios semelhantes aos estados de *stress* pós-traumático, enquanto nos adultos são frequentes os distúrbios do sono e de ansiedade. Também nas comunidades pobres, verifica-se que a população tem taxas mais elevadas de hipertensão, cancro, doenças cardiovasculares e respiratórias do que nas comunidades com melhor nível socioeconómico. No que diz respeito à etnia/cultura, denota-se que no mesmo país, muito em particular nos países desenvolvidos, os diferentes grupos étnicos têm taxas de mortalidade e morbilidade diferentes, tendo sido referidos problemas de discriminação étnicos/sociocultural (Williams 1995, *in* Ramos, 2004). No que diz respeito às minorias étnicas, para esta autora, existe um conjunto de elementos não favoráveis à saúde, nomeadamente:

- Dificuldades de acesso aos cuidados e sistema de saúde;
- Falta de informação adaptada às minorias étnicas;
- Tomada em conta insuficiente ou inadequada das necessidades das minorias, por exemplo, ao nível linguístico, hábitos culturais e estilo de vida;
- Acumulação frequente de uma baixa nível socioeconómico, um emprego instável e habitação em zonas expostas à violência e a elevados riscos.

Na relação etnia/cultura e saúde e doença, certas crenças, atitudes e expectativas podem ter grande influência, podendo traduzir-se estas representações específicas em diferenças no reconhecimento dos sintomas, na sua interpretação e na adopção de comportamentos preventivos. Nas

diferenças étnicas relativas à saúde e doença, para além do rendimento, dos factores culturais e das representações de saúde, outros factores podem intervir como stresse crónico, fraco, autocontrolo e comportamentos de risco. Os factores do ambiente social global e proximal, como a comunidade, o meio familiar, o grupo de pares e o meio profissional podem igualmente ter influência.

O ambiente social do adulto e da criança poderá desempenhar um papel protector para a saúde ou poderá ser fonte de *stress* crónico. Para a criança, um ambiente social caracterizado por uma diversidade e riqueza de relações primárias (pais, crianças, pares, etc.) é associado à saúde e desenvolvimento, enquanto uma ruptura dos laços sociais e familiares (divórcio, separação, morte, migração) aumenta o risco de doenças, depressão e inadaptação.

O ambiente social próximo proporciona aprendizagens, reforço, crenças e comportamentos, razoavelmente saudáveis ou patológicos. Um ambiente social, dando um apoio social adequado e sólido, tem efeitos protectores na saúde, seja de uma forma directa na adopção de comportamentos saudáveis e na utilização dos serviços de apoio e de cuidados, seja indirectamente na redução dos estados de stresse e de reactividade fisiológica. As relações sociais estáveis e variadas com a comunidade (vizinhança, associações, grupos religiosos, família alargada, etc.) tem um efeito protector na saúde mental e física. Os indivíduos com grande integração social têm menos comportamentos de risco (alcooolismo, tabagismo, toxicomania), têm mais comportamentos de prevenção, recorrem mais a exames médicos e aderem mais facilmente a tratamentos médicos e a regimes (Sampson, 1992, Sorenson 1994). As

características do ambiente social próximo mais associadas a um mau estado de saúde, são uma fraca integração social e uma má qualidade de relações sociais, ou seja, relações sociais marcadas pela hostilidade, conflito e violência são prejudiciais para o bem-estar fisiológico e psicológico do indivíduo (Ramos, 2004).

O meio social proximal proporcionado pela escola e pelo grupo de pares, pode também ser protector ou patológico para a criança e jovem. Os conflitos, a violência, o isolamento, a rejeição, assim como certos modelos comportamentais, podem ser prejudiciais para estes. O alcoolismo, o tabagismo ou abuso de substâncias dos pares pode favorecer a iniciação e a dependência da criança e jovem a estas substâncias, particularmente quando os próprios pais consomem eles mesmos substâncias ou não exercem um controlo e supervisão sobre as suas actividades (Ramos, 2004).

*“O modelo biopsicossocial de Green e Shellenberger (1991), distingue factores biológicos, psicológicos e sociais favoráveis e desfavoráveis para a saúde e bem-estar dos indivíduos. Nos factores favoráveis para a saúde e bem-estar distingue:*

- Factores genéticos (relaxamento, alimentação equilibrada, exercício físico, ausência de comportamentos aditivos);*
- Factores psicológicos (relações interpessoais positivas, auto-eficácia, autocontrolo, controlo do stresse, cognições e afectividade positivas);*

- *Factores sociais (responsabilidade social, pertença a grupos sociais e comunitários (família, clubes, associações)).*

*Nos factores desfavoráveis para a saúde e bem-estar, os autores distinguem:*

- *Factores biológicos (alimentação desequilibrada, falta de exercício físico, doenças, poluição);*

- *Factores psicológicos (depressão, ansiedade, cognição e afectividade negativa, stresse, fracas capacidade de coping);*

- *Factores sociais (isolamento, violência, pobreza)”(Ramos, 2004, p.113).*

Bruchon-Schweitzer (1994, 2001), propõe um modelo biopsicossocial e multifactorial para estudar a saúde mental e física de uma forma integrada, através da tomada em conta dos factores ambientais, nomeadamente características sociodemográficas, rede social, traumatismos e acontecimentos de vida stressante, exposição a factores de risco.

Esta autora destaca que nos países desenvolvidos o isolamento social e os acontecimentos de vida *stressantes* são particularmente importantes e prejudiciais à saúde. Uma rede social fraca aumenta os riscos de doença e mortalidade. Para Bruchon-Schweitzer (1994, 2001), os factores ambientais protegem ou vulnerabilizam os indivíduos, mas outros elementos têm um impacto sobre a saúde do indivíduo, mas outros elementos têm um impacto sobre a saúde do indivíduo, como o nível socioeconómico e cultural, a religião, a etnia, o país, a comunidade, o meio familiar, a idade, o sexo, a situação

profissional, e comportamentos de risco (alimentação, álcool, tabaco, sexualidade).

Também em relação aos homens, as mulheres são mais sensíveis às variações dos seus estados corporais, recorrem mais a consultas e tratamentos médicos, têm menos comportamentos de risco, tem uma maior longevidade e são mais resistentes às doenças cardiovasculares. Igualmente uma situação profissional crítica, nomeadamente o desemprego ou um ambiente de trabalho demasiado competitivo aumentam a probabilidade de doença (Ramos 2004).

## **6 – Comunicação nos cuidados de saúde**

Ramos refere, em 2007, que a comunicação é um processo bidireccional, contínuo, dinâmico, interactivo, irreversível, que se produz num dado contexto físico, social e cultural influenciando o comportamento. A comunicação é um conceito integrador, que permite redimensionar e repensar as relações entre os indivíduos e a sociedade e entre a sociedade e a cultura. A comunicação é um fenómeno social complexo, estando cada acto de transmissão de uma mensagem integrado numa matriz cultural, num conjunto de códigos e de regras que tornam possíveis e mantêm as relações entre os membros de uma mesma cultura.

Os comportamentos, os objectos e os acontecimentos não podem ser apreendidos e compreendidos desintegrados de um contexto social e cultural, desintegrados das formas de comunicação e de aprendizagem ou

desintegrados das representações e das manifestações, através das quais são valorizados esses comportamentos, objectos e acontecimentos.

A abordagem sistémica da comunicação salienta alguns princípios fundamentais, a comunicação tem como unidade base a relação que se estabelece entre os indivíduos; em situação de interacção não podemos deixar de comunicar, pois todo o comportamento social tem um valor comunicativo; toda a mensagem transmite um conteúdo informativo, e exprime igualmente algo sobre a relação que une os interlocutores; a comunicação é determinada pelo contexto no qual ela se inscreve, envolve as relações que unem as pessoas que comunicam, o contexto constitui um espaço simbólico portador de normas, de regras, de modelos e de rituais de interacção (Bateson, 1981,1985).

Uma parte dos problemas e disfuncionamentos ao nível relacional e psicológico está relacionada com problemas de comunicação (Ramos 2001, 2003).

Uma parte da insatisfação dos utentes/doentes com a qualidade dos cuidados de saúde está relacionada com as atitudes e o comportamento profissional dos técnicos de saúde, a insatisfação relacionada com os desempenhos comunicacionais dos técnicos de saúde em geral. (Ramos, 1987, 1993, 2001, 2003). A comunicação em contexto de saúde tem de estar adaptada às capacidades cognitivas, ao nível cultural/educacional, às representações e crenças de saúde, às necessidades individuais, emocionais, sociais, culturais e linguísticas do utente/doente. Não ter em conta estas necessidades, não saber escutar, tem consequências a vários níveis, aumenta o sofrimento, a ansiedade, o stress, a insegurança, dificultando a adaptação psicológica à doença, origina

insatisfação quanto à qualidade dos cuidados prestados e quanto ao comportamento profissional dos técnicos de saúde, aumenta as dificuldades e/ou erros de avaliação/diagnóstico, diminui a adesão a comportamentos preventivos, a medidas protectoras de saúde e a tratamentos medicamentosos ou de reabilitação, aumenta a possibilidade de abandono e/ou descuido na procura de cuidados, de procura de cuidados noutros serviços ou ao nível de outros sectores, de medicinas alternativas, a “correria” de profissional para profissional (Ramos, 1986, 1987, Baker, 1991). Uma parte das dificuldades comunicacionais em contexto de cuidados de saúde, tem a ver com a falta de conhecimentos dos técnicos de saúde sobre as representações e crenças de saúde e doença do doente e sobre as relações do indivíduo ao seu mundo social, cultural e comunitário. Para ajudar uma comunidade a melhorar a sua saúde, temos de conhecer e compreender as formas de viver, de pensar e de agir dos indivíduos que a compõem, os cuidados, a intervenções em saúde exigindo tomar em considerações a sua visão o mundo e os seus modos de vida e de pensamento.

Ramos refere, em 2007, que os significados que aprendemos a dar às palavras, gestos, atitudes, comportamento, objectos, vestuário, posições no espaço, e percepções, segundo a idade, sexo, etc. variam entre os indivíduos implicados numa mesma comunicação e agem sobre a comunicação através das percepções, dos preconceitos e estereótipos.

Os aspectos sociais e culturais podem constituir barreiras importantes aos cuidados de saúde, pela sua influência na forma de perceber a saúde e a

doença e o recurso aos cuidados de saúde e, também, pelas dificuldades que os prestadores de cuidados de saúde têm em lidar com as populações.

*“Uma ética de cuidados implica ter em conta a cultura, o doente, e dar a este explicações sobre a sua doença, sobre as medidas protectoras, sobre as prescrições às quais se deve submeter, os medicamentos que deverá tomar, numa língua e linguagem acessíveis à sua compreensão”.*

A relação doente-técnico de saúde é geralmente formal, distanciada, com linguagem, por vezes, demasiado técnica ou incompreensível para o doente, onde os diferentes grupos de profissionais têm os seus próprios valores, crenças, linguagem, teorias sobre as doenças, regras de comportamento e organização, podendo influenciar, em maior ou menor grau, os problemas e dificuldades comunicacionais.

Nos serviços de saúde, onde se pratica a medicina científica moderna, confrontam-se as representações e os modelos explicativos e terapêuticos dos indivíduos e das famílias quanto à saúde e doença, moldados pelas tradições sociais, culturais, religiosas, passadas de geração em geração, e os modelos dos profissionais de saúde, elaborados a partir do saber médico ocidental (Good, 1998; Kleinman, 1980; Zempléni, 1985).

Ramos refere, em 2007, que as dificuldades em estabelecer uma relação compreensiva, empática e afectiva conduzem os técnicos de saúde a uma atitude de distanciamento e a refugiarem-se numa atitude mais técnica e

impessoal com o doente (Breton, 1989; Ramos, 1993, 2004, 2006; Fernando, 1995).

Ramos refere, em 2007, que é importante sensibilizar os profissionais de saúde, para a importância da comunicação em saúde, como forma de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados, de promover a satisfação do doente de reduzir o sofrimento, a ansiedade e o stress. É indispensável, para diminuir as dificuldades de comunicação, para combater o fosso existente entre modelos explicativos e culturais diferentes e para um melhor acolhimento e compreensão das concepções e práticas de saúde e doenças das populações a quem prestam cuidados, uma formação psico-socio-cultural dos profissionais de saúde. Desta forma, as representações do indivíduo, da família, dos utentes e os comportamentos adoptados poderão ser melhor compreendidas e não serem apenas reduzidas a ideias ultrapassadas e à falta de informação. É necessário repensar as relações e os modelos de comunicação técnico de saúde/doente. A um modelo de comunicação técnico de saúde/doente, unilateral, vertical, baseado unicamente na transmissão de um emissor considerado como o possuidor do saber a um receptor passivo, destituído de saber e a um modelo que considera o técnico de saúde como o especialista que transmite os seus conhecimentos científicos a um simples doente, é necessário contrapor um modelo de comunicação interactivo que tenha em conta os “saberes” e o contexto socio-cultural do utente/doente, que permita compreender não só as ideias, os preconceitos, os estereótipos as crenças dos profissionais de saúde e os doentes mas também os processos implicados na comunicação entre

técnicos de saúde e doente como uma interação que ocorre no contexto dessas crenças e desses preconceitos e estereótipos.

É indispensável, desenvolver estratégias e intervenções psico-socio-educativas, para que profissionais e cidadãos possam situar-se e fazer face de uma forma responsável e reflectida, às diversidades individuais e culturais que se encontram na sociedade.

É importante, quer da parte dos profissionais, quer da parte dos cidadãos, adoptar uma atitude de descentração, a qual consiste em sair da centração em que cada um se encontra, isto é não tomar como modelo universal o seu próprio comportamento, os seus pontos de vista, os seus modelos e crenças educativas e de saúde, os quais são necessariamente marcados pelas normas da cultura a que pertencemos. Esta atitude permitirá flexibilizar e relativizar princípios apresentados como únicos e universais e aplicados, muitas vezes de uma forma rígida, evitará muitos comportamentos de intolerância e exclusão e facilitará a intervenção e a comunicação, junto dos diferentes grupos e comunidades nos diversos contextos, particularmente em saúde (Piaget, 1970).

## II – PARTE

### INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

#### 1.1 - Metodologia

Neste capítulo é apresentado o quadro metodológico em que assenta o presente estudo. Após a descrição do estudo, é efectuada a caracterização da amostra e são descritos os instrumentos de recolha de dados e os procedimentos estatísticos utilizados na análise de dados.

Nos instrumentos de recolha de dados, utilizou-se dois questionários:

O questionário quantitativo/qualitativo, intitulado *“Importância da promoção da saúde dos adolescentes”* aplicado numa amostra de adolescentes pertencentes à Extensão de Saúde de Vila Nova de Anha, engloba questões que pretendem analisar a não frequência destes adolescentes nesta extensão de Saúde e quais são os comportamentos saudáveis ou de risco tidos por estes adolescentes.

O questionário quantitativo, intitulado *“O meu estilo de vida”* pretende identificar o comportamento do adolescente no seu dia-a-dia em diversas áreas que estão associadas à saúde. O questionário foi aplicado em Portugal por Ribeiro em 1993, inspirado no questionário desenvolvido por Hettler em 1982 e, inclui 26 itens distribuídos por diferentes categorias de comportamento.

É um instrumento muito utilizado na avaliação de comportamentos de saúde dos adolescentes, conforme é visível na literatura.

A versão Portuguesa deste questionário compreende 26 itens, avaliados através de uma escala tipo Likert de 5 níveis de resposta que variam entre 1- (A *“Quase sempre 90% ou mais das vezes”*), 2- (B *“Com muita frequência cerca de 75% das vezes”*), 3- (C *“Muitas vezes cerca de 50% das vezes”*) 4- (D *“Ocasionalmente cerca de 25% das vezes”*), e 5- (E *“Quase nunca menos de 10% das vezes”*).

No questionário de OMEV (O Meu Estilo de Vida) os 26 itens são agrupados por categorias:

Exercício Físico praticado; nutrição; drogas consumidas; auto-cuidado; segurança rodoviária; ambiente e doenças sexuais.

Para avaliar as representações e comportamentos de saúde dos adolescentes, elaborou-se um outro Questionário IPSA (Importância da Promoção da Saúde dos Adolescentes), que é constituído por 23 itens também agrupados por categorias: género; agregado familiar; número de irmãos; ano escolar que frequenta; posição que ocupa na família; profissão do agregado; reprovações; número e ano de reprovações; conhecimentos sobre a funcionalidade da extensão de saúde e sobre saúde e sobre consultas de adolescentes. Comportamentos de saúde e comportamentos de risco.

Os últimos quatro itens do questionário de IPSA são avaliados através de uma escala de cinco níveis de resposta (variando entre 1 *“nada”* e 5 *“muito”*), sendo que 1 indica um *“baixo IPSA”* e 5 um *“elevado IPSA”*. Desta forma, um valor mais elevado nas respostas corresponde a um maior IPSA, ou seja, os indivíduos percebem que a saúde é importante para o seu bem-estar.

A recolha de dados foi realizada, assim, através de dois questionários. O questionário quantitativo OMEV que pretende descrever o dia-a-dia em diversas áreas que estão associadas à saúde. O questionário qualitativo/quantitativo IPSA que pretende avaliar a importância da promoção saúde dos adolescentes, e foi elaborado por nós no âmbito da investigação; este questionário é constituído por 3 categorias de questões: questões de resposta fechada, por serem menos subjectivas e menos cansativas para o respondente; resposta múltipla para que todos os inquiridos possam indicar outras hipóteses que não tenham sido, por nós, “categorizadas” e por questões abertas de modo a que o questionário se apresente menos directivo, conferindo-se alguma flexibilidade e liberdade nas opiniões expressas pelos sujeitos inquiridos. A existência de questões abertas é ainda facilitadora tendo em conta o tipo de estudo e de informação que se pretende recolher. Segundo Lakatos e Marconi (1999, p.106) *“a combinação de respostas de múltipla escolha com as respostas abertas possibilita mais informações sobre o assunto...”*

### **Procedimentos metodológicos**

Após a selecção da amostra através dos registos da extensão de saúde, os adolescentes foram contactados telefonicamente no sentido de confirmarem a sua disponibilidade para colaborar no estudo.

Relativamente ao questionário quantitativo/qualitativo *“Importância da promoção da saúde dos adolescentes”* foi realizado um pré-teste e as devidas alterações/reformulações e só depois aplicado.

Os questionários aplicados foram distribuídos pessoalmente pela investigadora aos adolescentes da Extensão de Saúde, sendo explicada a importância do estudo, a confidencialidade e o anonimato do mesmo e recolhido no mesmo dia.

### **Procedimentos**

A nossa investigação incidiu sobre os adolescentes da Extensão de Saúde de Vila Nova de Anha.

Após o contacto e devida autorização dos adolescentes, estabeleceu-se que a administração do questionário decorreria nas instalações da mesma. Para facilitar todo o processo, do nosso estudo definiu-se dois critérios.

No primeiro critério procedeu-se a um contacto telefónico dos adolescentes que durante o ano 2005 não contactaram a Extensão de Saúde de Vila Nova Anha, dando conhecimento da nossa intenção da aplicação dos questionários e com que objectivos. No segundo critério efectuamos o contacto com todos os adolescentes inscritos que surgiram na extensão de saúde durante o ano 2005. Para além disso, elucidou-se os participantes para um conjunto de instruções básicas a considerar na administração dos mesmos, nomeadamente a necessidade de se transmitir aos adolescentes que se trata de uma investigação de cariz académico, devidamente autorizada, em que a confidencialidade dos participantes estava assegurada. Importa salientar que esta fase se revelou de extrema importância para a recolha de informação, compreensão e explicação de determinados resultados obtidos, uma vez que permitiu explicar possíveis pistas para o fenómeno em causa.

O tratamento dos questionários foi através do programa Microsoft Excel.

De realçar que todo este processo teve o nosso acompanhamento através da disponibilidade mostrada aos adolescentes aquando do preenchimento dos questionários por parte destes, para colmatar eventuais obstáculos ou dificuldades que pudessem surgir.

A administração do instrumento decorreu, prestando-se especial atenção à privacidade e à confidencialidade dos participantes. Desta forma, os questionários foram administrados individualmente, sendo atribuído a cada um dos indivíduos um envelope onde constava o questionário. Este seria posteriormente fechado e entregue ao investigador, garantindo a confidencialidade e o anonimato do processo.

Durante a administração, os participantes demonstraram alguma desconfiança, colocando inúmeras questões relativamente ao objectivo da investigação. Sempre que tal se verificou, procurou-se ultrapassar o problema através de uma sensibilização por parte do investigador, lembrando os objectivos académicos da investigação, a garantia de privacidade e confidencialidade.

A terceira fase caracteriza-se pela recolha dos questionários por parte do investigador.

Os indivíduos responderam aos questionários individualmente sem qualquer intervenção, num compartimento onde puderam usufruir de privacidade e conforto pertencente à extensão de saúde.

## 1.2 - Tipo de estudo

A presente investigação constitui um estudo transversal.

Envolve uma abordagem qualitativa e quantitativa. Parte do estudo é dirigida às opiniões dos adolescentes acerca das atitudes tomadas relativamente a suas representações de saúde, e às atitudes que envolvem aspectos culturais, psicológicos e sociais. Para alguns autores como Benoliel (1984), a investigação qualitativa é *“um conjunto de formas de colocar questões sistemáticas relacionadas com a compreensão dos seres humanos e a natureza das suas relações consigo próprias e com o ambiente que as rodeia”* (Polit e Hungler, 1991).

*“A investigação qualitativa é frequentemente, a forma de documentar factos desconhecidos de certos aspectos das pessoas, acontecimentos ou locais de vida das pessoas em estudo, considerando-a o principal método para, entre outras, descobrir essências, sentimentos e significados ou seja, para abordar experiências subjectivas”.* (Leininger, 1984 citado por Pires, 1995).

Envolve também uma abordagem quantitativa, porque parte do estudo é orientado para os resultados, é objectiva e tem uma medição rigorosa e controlada. Nesta investigação são assim utilizados dois métodos de análise (qualitativo/quantitativo).

Reichardt e Cook (1986) afirmam que um investigador para resolver um problema de pesquisa não tem que aplicar rigidamente um dos dois

paradigmas, podendo até escolher uma combinação de atributos pertencentes a cada um deles. O investigador não é obrigado a optar pela aplicação exclusiva de métodos qualitativo ou quantitativo e no caso da investigação assim o exigir, poderá combinar a aplicação dos dois tipos de métodos (Carmo, 1998).

## 2 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO

Figura nº 1 – Localização de Vila Nova de Anha



Fonte: [www.vianaazul.pt](http://www.vianaazul.pt)

Vila Nova de Anha, está inserida numa freguesia semi-rural, com uma área de 12 km quadrados, situa-se na margem esquerda do Rio Lima, a cerca de 5 km de Viana do Castelo e a 2 km de Darque.

É um meio populoso com cerca de 2513 habitantes, sendo 1197 do sexo masculino (47,6%) e 1316 do sexo feminino (53,4%), (censo de 2001). O número de famílias é de 745, havendo 1107 fogos. Nesta freguesia, predomina

o tipo de povoamento aglomerado e disperso estando a maior parte das casas em boas condições de habitabilidade.

A maioria dos habitantes tem casa própria, e, são em número reduzido, os que habitam em casas alugadas.

Toda a Vila está electrificada e com rede de distribuição de água. Tem saneamento básico. É atravessada por uma estrada camarária e uma estrada nacional, (E.N. 13).

É servida por uma praia extensa (Rodanho e Amorosa), com bons acessos.

É composta por 17 lugares, todos ligados, por ruas calcetadas ou por tapete de alcatrão, algumas em mau estado de conservação.

Duas empresas de camionagem, fazem transporte de passageiros com intervalos de 30 minutos para Viana do Castelo passando por Darque.

Desde de Setembro de 1993 que a extensão de saúde funciona no piso 2 de um edifício novo, no lugar da igreja, que é o Centro Social e Paroquial de Vila Nova Anha.

A localização da unidade de Saúde no piso 2, obriga a subir 12 degraus, o que prejudica a acessibilidade dos utentes idosos ou com dificuldades motoras, apesar de existir uma rampa de acesso para a extensão de saúde.

No mesmo edifício funciona: lar de idosos, com centro de dia; Actividades de tempos livres e Escola de Música da responsabilidade da paróquia.

A Extensão de Saúde de Vila Nova de Anha , sob a Administração do Centro de Saúde de Darque, situa-se a 4 km de distância da mesma. Estão inscritos na

lista médica 1507 utentes. A distribuição dos restantes utentes, é efectuada pelos médicos da sede.

## **2.1 - Recursos Físicos**

A Extensão de Saúde de Anha é composta por:

- Dois consultórios Médicos;
- Um gabinete de Enfermagem;
- Sala de tratamentos de Enfermagem;
- Uma sala de Espera;
- Um Gabinete Administrativo;
- Duas casas de banho;
- Tem telefone e computador nos consultórios médicos e de Enfermagem, existindo informatização das consultas a nível administrativo, a nível médico e a nível de enfermagem.

## **2.2 - Recursos Humanos**

Na Extensão de Saúde trabalham três médicos:

- Interno Complementar de Medicina Geral Familiar do 2º ano;
- Interna Complementar de Medicina Geral Familiar do 1º ano;
- Assistente Graduada de Clínica Geral e Orientadora dos Internos;
- Uma Enfermeira;
- Uma Administrativa.

### **2.3 - Actividades na Extensão de Saúde**

São prestados os seguintes cuidados de Saúde à população inscrita:

- Consulta de Saúde Adulto (S.A.);
- Saúde Materna (S.M.);
- Planeamento Familiar (P.F.);
- Saúde Infantil (Si.);
- Hipertensos;
- Diabéticos;
- Adolescentes;
- Consulta Domiciliária;
- Cuidados de Enfermagem;
- Saúde Escolar.

### **2.4 - Circuito do utente**

O circuito do utente na Extensão de Vila Nova de Anha, inicia-se pela entrada do utente para a recepção/secretaria com o objectivo de efectuar marcação de consultas de enfermagem e médica, informações, resolução de problemas burocráticos e levantamento de receitas médicas.

### **2.5 - Caracterização da lista de utentes**

De 1507 utentes 677 (44,9%) são homens e 830 (55,08%) são mulheres, conforme se pode observar no seguinte quadro.

**Quadro n.º 1 – Faixa etária dos utentes**

<b>Mulheres</b>	<b>Idades</b>	<b>Homens</b>
127 Utentes	> = 75 Anos	59 Utentes
48 Utentes	70-74 Anos	35 Utentes
44 Utentes	65-69 Anos	29 Utentes
45 Utentes	60-64 Anos	38 Utentes
39 Utentes	55-59 Anos	26 Utentes
37 Utentes	50-54 Anos	42 Utentes
68 Utentes	45-49 Anos	48 Utentes
49 Utentes	40-44 Anos	56 Utentes
62 Utentes	35-39 Anos	55 Utentes
61 Utentes	30-34 Anos	53 Utentes
60 Utentes	25-29 Anos	53 Utentes
44 Utentes	20-24 Anos	46 Utentes
40 Utentes	15-19 Anos	42 Utentes
42 Utentes	10-14 Anos	36 Utentes
31 Utentes	5-9 Anos	32 Utentes
23 Utentes	1-4 Anos	24 Utentes
10 Utentes	<1 Ano	3 Utentes

**Fonte: Sinus2 (2006)**

Da análise do quadro n.º1 verifica-se na faixa dos 25-49 anos um maior número de utentes em relação as outras faixas etárias.

As crianças até aos 14 anos correspondem a 13,34% do total de utentes (201 crianças).

O número de adolescentes (10-19 anos) inscritos é de 160 (10,62% do total de utentes), sendo 78 do sexo masculino e 82 do sexo feminino.

Das 830 mulheres inscritas na lista de utentes, 384 encontram-se em idade fértil (15-49 anos), o que corresponde a 25,48% do total de inscritos e a 46,27% da população feminina inscrita.

A população idosa (> 65 anos) representa (22,64%) do total de inscritos, sendo constituído por 123 homens e 219 mulheres, da qual (54,38%) têm mais de 75 anos.

A população activa, corresponde a 63,96% do total de utentes.

#### **Quadro n.º 2 – Estado civil**

<b>Estado civil</b>	<b>N.º utentes</b>	<b>Percentagem</b>
Solteiro	506	33.57
Casado	741	49.17
Viúvo	239	15.85
União de facto	6	0.39
Divorciado	15	0.99

**Fonte: Ficheiro Clínico (2006)**

A análise do quadro n.º 2, revela que a maioria da população é casada (49.17%), seguem-se os solteiros (33.57%). O grupo dos viúvos, apresenta 15,85%, divorciados (0,99%) e finalmente o grupo de união de facto (0,39).

### **Quadro n.º 3 – Níveis de escolaridade dos utentes**

<b>Escolaridade</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Analfabetos	186	15.04
Sabe ler	162	13.09
Primária	728	58.86
Secundária (9º ano)	43	3.48
Médio (12º ano)	52	4.20
Profissional	40	3.23
Superior	26	2.10

**Fonte: Ficheiro Clínico (2006)**

Concluimos que existe um baixo nível de escolaridade, o que torna necessário utilizar linguagem acessível de modo a manter uma relação técnico de saúde/ utente eficaz.

A lista contém 964 utentes em idade activa (entre 15-64 anos). O total de utentes (1507) referidos no Sinus2 (2006) está representado por actividade profissional no quadro n.º4.

**Quadro n.º 4 – Distribuição de utentes por actividade profissional**

<b>Actividades</b>	<b>Homens</b>	<b>Mulheres</b>	<b>Total</b>	<b>Percentagem</b>
Domestica	0	83	83	5,51
Estudantes	110	113	223	14,80
Trabalhador activo	325	238	563	37,36
Desempregado	20	14	34	2,25
Outros	222	382	604	40,08
Total	677	830	1507	100

**Fonte: Ficheiro Clínico (2006)**

**Quadro nº 5 – Distribuição dos trabalhadores activos da lista de utentes por sector de actividades**

<b>Sector actividades</b>	<b>Homens</b>	<b>Mulheres</b>	<b>Total</b>	<b>Percentagem</b>
Primário	24	27	51	9.06
Secundário	161	103	264	46.89
Terciário	140	108	248	44.05
Total	325	238	563	100

**Fonte: Ficheiro Clínico (2006)**

Da análise do quadro n.º 4 e do quadro em anexo nº 5, destaca-se a baixa percentagem de desemprego, face à População Nacional e do Concelho (6.8% e 7.1%, respectivamente), 44.04% da população activa está inscrita no sector

terciário, valor inferior ao encontrado no Concelho de Viana do Castelo (52.6%). Verifica-se no sector primário, 9.06%, da população activa e no sector secundário, 46.85%, da população activa. No quadro em anexo verifica-se que os trabalhadores estão distribuídos pelos 3 sectores de actividade, exercendo profissões pouco diferenciadas e mal remunerados.

#### **Quadro n.º 6 – Caracterização familiar dos utentes**

<b>Tipos de familia</b>	<b>Percentagem</b>
Famílias Unitárias	18%
Famílias Alargadas	22%
Famílias Monoparental	7%
Famílias Reconstruídas	1%
Famílias Nucleares	50%
Outras	2%

**Fonte: Ficheiro Clínico (2006)**

Nas famílias nucleares, que representam um total de 50% dos utentes, verificou-se que 10% são constituídas apenas pelo casal com idade superior a 65 anos (os dois elementos).

As famílias unitárias (uma só pessoa) apresentam um total de utentes 18%, dos quais 13% têm idade superior a 65 anos.

**Quadro n.º 7 – População infantil da lista por sexo e idade**

<b>Sexo masculino / n.º utentes</b>	<b>Idade</b>	<b>Sexo feminino / n.º utentes</b>
3	<1 Ano	10
24	1-4 Anos	23
32	5-9 Anos	31
36	10-14 Anos	42

**Fonte: Ficheiro Clínico (2006)**

Da leitura dos dados do quadro n.º7 destaca-se um maior número de crianças com idade entre os 10-14 anos e entre 5-9 anos.

Em idade escolar (5-14 anos), encontram-se 141 crianças (9,36% do total de inscritos), sendo 68 do sexo masculino e 73 do sexo feminino.

### **3 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

#### **3.1 – Caracterização da amostra de adolescentes**

De modo a obter uma amostra representativa da população da Extensão de Saúde de Vila Nova de Anha recorreu-se aos registos existentes e seleccionaram-se todos os adolescentes entre os doze e os dezasseis anos, constituindo um total de sessenta indivíduos de ambos os sexos, trinta e quatro indivíduos do sexo masculino e vinte e seis indivíduos do sexo feminino.

### 3.2 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO SOBRE “A IMPORTÂNCIA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS ADOLESCENTES”

Neste questionário quantitativo/qualitativo, pretendemos analisar como é que os adolescentes promovem a sua saúde.

#### Quadro n.º 8 – Sexo

	Frequência	Percentagem
Feminino	26	43,3
Masculino	34	56,7
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

No quadro n.º8 do estudo, verifica-se uma maior percentagem de população masculina (56,7%), apresentando-se com uma menor percentagem o sexo feminino (43,3%).

#### Quadro n.º 9 – Idade

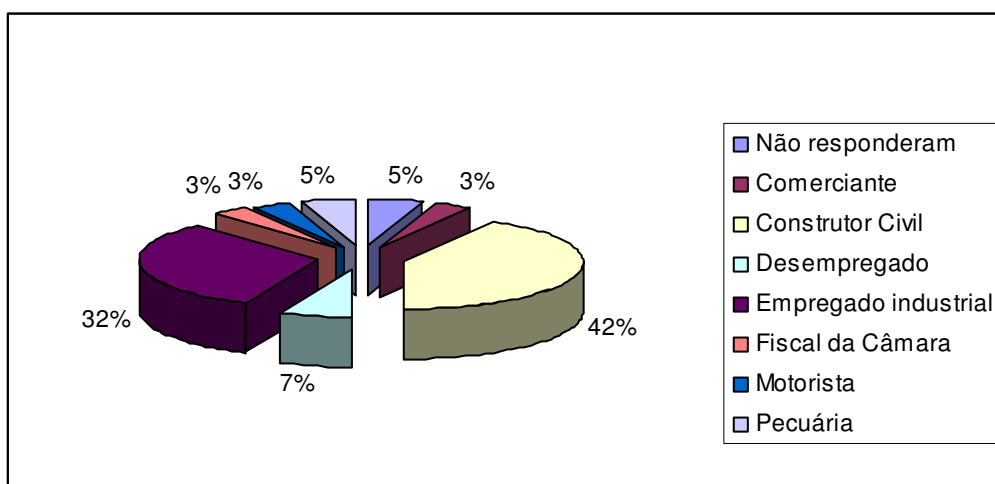
Anos	Frequência	Percentagem
12	9	15
13	21	35
14	7	11,7
15	17	28,3
16	6	10
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

O quadro n.º 9, refere-nos que a maior percentagem de inquiridos tem treze anos (35%), em segundo lugar surgem os inquiridos com quinze anos (28,3%), seguindo-se os inquiridos que têm catorze anos (11,7%), depois os inquiridos que têm doze anos (15%), e por fim uma minoria dos inquiridos tem dezasseis anos (10%).

#### Quadro n.º 10 – Profissão Pai

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Não responderam	3	5
Comerciante	2	3,3
Construtor Civil	25	41,7
Desempregado	4	6,7
Empregado industrial	19	31,7
Fiscal da Câmara	2	3,3
Motorista	2	3,3
Pecuária	3	5
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

**Gráfico nº 1 – Profissão Pai**

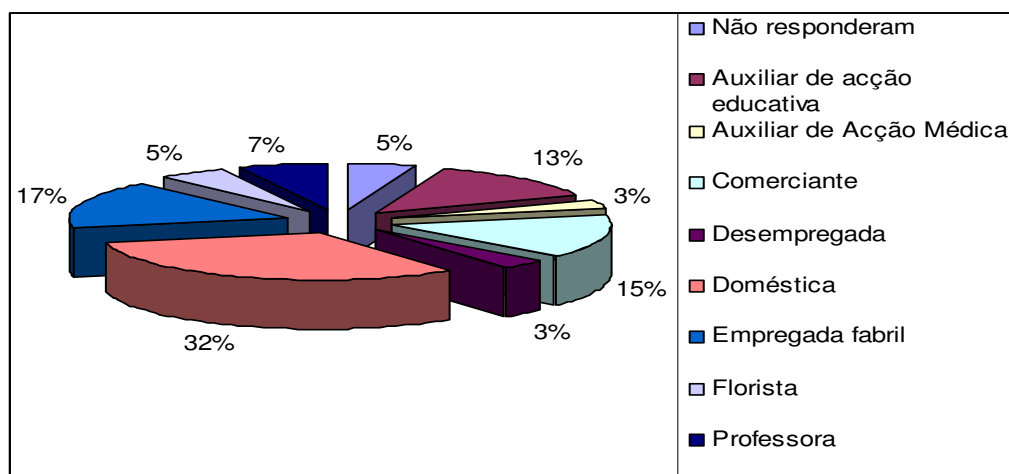


O quadro n.º 10 e o gráfico nº 1 apresentam os seguintes resultados: a maioria dos pais dos adolescentes é “construtor civil” (41,7%), apresentando-se em segundo lugar o “empregado industrial” (32%), seguindo-se os pais que são “desempregados” (6,7%), “não respondeu” e “pecuária” (5%), e por último os pais dos adolescentes que têm como profissão “comerciante”, “fiscal da câmara” e “motorista” (3,3%).

**Quadro n.º 11 – Profissão Mãe**

	Frequência	Percentagem
Não responderam	3	5
Auxiliar de acção educativa	8	13,3
Auxiliar de Acção Médica	2	3,3
Comerciante	9	15
Desempregada	2	3,3
Doméstica	19	31,7
Empregada fabril	10	16,7
Florista	3	5
Professora	4	6,7
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

**Gráfico n.º 2 – Profissão da Mãe**



O quadro n.º 11 e o gráfico n.º 2 apresentam os seguintes resultados: a maioria das mães dos adolescentes é “doméstica” (31,7%), apresentando-se em segundo lugar “empregada fabril” (16,7%), seguindo-se “comerciante” (15%),

“auxiliar da acção educativa” (13,3%) depois seguem-se as mães dos adolescentes que têm como profissão “professora” (6,7%), “florista” e os que “não responderam” (5%) e por fim uma minoria das mães é “desempregada” e “auxiliar de acção médica” (3,3%).

#### **Quadro n.º 12 – Agregado familiar**

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Pai, Mãe e Irmãos	32	53,3
Pai, Mãe, Irmão, e Avós/Tios	10	16,7
Outros	17	28,3
Não responderam	1	1,7
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Relativamente ao quadro n.º 12, a maioria dos adolescentes vive numa “família nuclear” (53,3%), seguindo-se os que vivem “noutro tipo de família” (28,3), os que vivem “família alargada” (16,7%), e finalmente uma minoria dos adolescentes “não respondeu” (1,7%).

**Quadro n.º 13 – Número de irmãos**

<b>Número de irmãos</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
0	12	20
1	36	60
2	8	13,4
> 3	2	3,3
Não responderam	2	3,3
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

O quadro n.º13, refere-nos uma maior percentagem relativamente aos adolescentes com “um irmão” (60%), em segundo lugar os adolescentes com “nenhum irmão” (20%), em terceiro lugar os adolescentes com “dois irmãos” (13,4%), seguindo-se os adolescentes com “três irmãos ou mais” e os que “não responderam” (3,3%).

**Quadro n.º 14 – Posição que ocupa na família**

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
O mais velho dos irmãos	21	35
O do Meio	5	8,3
O mais novo dos irmãos	23	38,3
Não responderam	11	18,4
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

No quadro n.º 14, verifica-se que a maioria dos inquiridos ocupa a posição de “irmão mais novo”, na família (38,3%), em segundo lugar surgem os que são “irmãos mais velhos” (35%), seguindo-se os que “não responderam” (18,4%) e por fim uma minoria é que é o “irmão do meio” (11,9%).

#### Quadro n.º 15 – Ano escolar que frequenta

Ano escolar	Frequência	Percentagem
6º Ano	2	3,3
7º Ano	16	26,7
8º Ano	15	25
9º Ano	15	25
10º Ano	10	16,6
11º Ano	1	1,7
Não responderam	1	1,7
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

O quadro n.º 15 apresenta uma maior percentagem de adolescentes que frequenta o “7º ano” (26,7%), apresentando-se em segundo lugar os adolescentes que frequentam o “8º” e o “9º ano” (25%), seguindo-se os adolescentes que frequentam o “10º ano” (16,6%), os adolescentes que frequentam o “6º ano” (3,3%), e por fim só uma minoria dos adolescentes frequenta o “11º ano” e a mesma percentagem “não respondeu” (1,7%).

#### Quadro n.º16 – Reprovações

	Frequência	Percentagem
Não	46	76,7
Sim	12	20
Não responderam	2	3,3
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

O quadro n.º 16 mostra que a maioria dos adolescentes “nunca reprovou” (76,7%), uma minoria dos adolescentes “reprovou” (20%), e uma mínima parte “não respondeu” (3,3%).

#### Quadro n.º 17 – Número de reprovações

N.º vezes	Frequência	Percentagem
1	9	75
2	3	25
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

No quadro n.º 17, a maioria dos adolescentes reprovou uma vez (75%), e uma minoria dos adolescentes reprovou duas vezes (25%).

### Quadro n.º 18 – Ano (s) da (s) reprovações

	Frequência	Percentagem
2º	1	6,7
3º	1	6,7
4º	5	33,3
5º	2	13,3
6º	3	19,9
8º	1	6,7
9º	1	6,7
Não responderam	1	6,7
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>

No quadro n.º 18, denota-se que a maioria dos adolescentes reprovou no “4º ano” (33,3%), seguindo-se os que reprovaram no “6º ano” (19,9%), seguindo-se os que reprovaram no “5º ano” (13,3%), e por fim uma minoria dos adolescentes reprovou no “2º”, “3º”, “8º” e “9º anos” e também os que “não responderam” (6,7%).

De salientar que esta questão é referente ao histórico escolar dos adolescentes.

#### Quadro nº 19 – Dificuldades na adaptação escolar

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Não	51	85
Sim	8	13,3
Não responderam	1	1,7
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

O quadro n.º 19 mostra que a maioria dos adolescentes “não teve dificuldades na adaptação escolar” (85%), uma minoria dos adolescentes “teve dificuldades na adaptação escolar” (13,3%) e uma mínima parte “não respondeu” (1,7%).

#### Quadro nº 20 – Actividades extra-escolares

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Sim	21	35
Não	39	65
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

No quadro nº 20 verifica-se que a maioria dos adolescentes “não tem actividades extra-escolares” (65%), uma minoria dos adolescentes é que “tem actividades extra-curriculares” (35%).

#### Quadro n.º 21 – Problemas de saúde

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Não	33	55
Sim	27	45
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

No quadro n.º 21, verifica-se que a maior parte dos inquiridos “nunca teve problemas de saúde” (55%), e uma minoria “tem ou teve problemas de saúde” (45%).

#### Quadro n.º 22 – Abordagem do tema adolescência e saúde

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
1	2	3,4
2	5	8,3
3	15	25
4	23	38,3
5	13	21,6
Não responderam	2	3,4
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

O quadro n.º 22 apresenta uma escala de Likert, esta escala vai de 1 que equivale a nada, a 5 que equivale a muito, verifica-se que a maior parte dos inquiridos “sente-se bem preparada para a abordagem do tema adolescência e

saúde” (38,3%); surgem em segundo lugar os que se sentem “razoavelmente preparados para a abordagem do tema adolescência e saúde” (25%); seguindo-se sentem-se “muito preparados” (21,6%); depois “pouco preparados” (8,3%); os restantes “não se sentem preparados para a abordagem do tema adolescência e saúde”, e com a mesma percentagem os que “não responderam” (3,4%).

**Quadro n.º 23 – Falar com familiares sobre adolescência e saúde**

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
1	6	10
2	9	15
3	23	38,3
4	10	16,7
5	12	20
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

O quadro n.º 23 apresenta uma escala de Likert, esta escala vai de 1 que equivale a nada, a 5 que equivale a muito, verifica-se que a maior parte dos inquiridos “fala razoavelmente com os familiares sobre adolescência e saúde” (38,3%); surgem em segundo lugar os que “falam muito com os familiares sobre adolescência e saúde” (20%); seguindo-se os que “falam várias vezes com familiares sobre adolescência e saúde” (16,7%), os que “falam pouco” (15%); e por fim os que “nada falam com familiares sobre adolescência e saúde” (10%).

#### Quadro n.º 24 – Falar com amigos sobre adolescência e saúde

	Frequência	Porcentagem
1	3	5
2	11	18,3
3	10	16,8
4	19	31,6
5	17	28,3
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

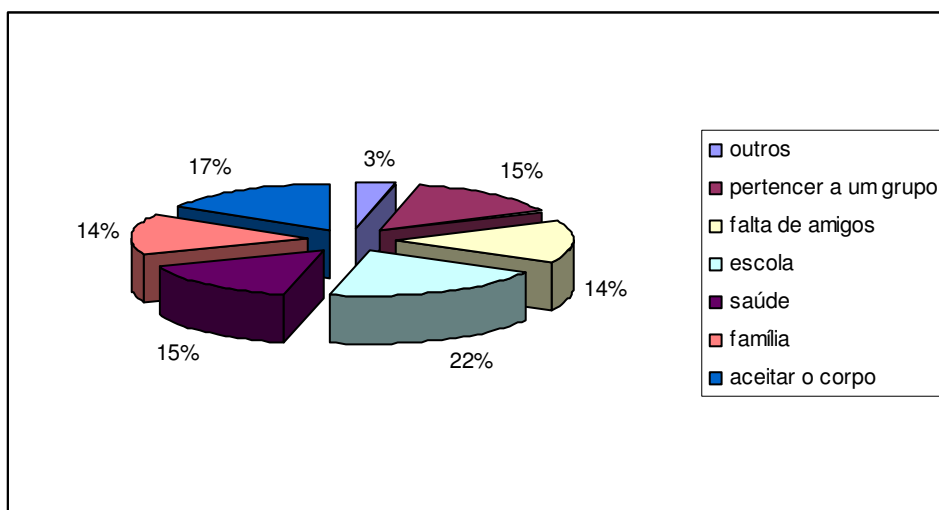
O quadro n.º 24 apresenta uma escala de Likert, esta escala vai de 1 que equivale a nada, a 5 que equivale a muito, verifica-se que a maior parte dos inquiridos “fala varias vezes com amigos sobre adolescência e saúde” (31,6%); surgem em segundo lugar os que “falam muito com amigos sobre adolescência e saúde” (28,3%); seguindo-se os que “falam pouco com amigos sobre adolescência e saúde” (18,3%), os que “falam razoavelmente” (16,8%); e por fim os que “nada falam com amigos sobre adolescência e saúde” (5%).

#### Quadro n.º 25 – Falar na escola sobre adolescência e saúde

	Frequência	Porcentagem
1	0	0
2	11	18,3
3	14	23,3
4	18	30
5	17	28,4
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

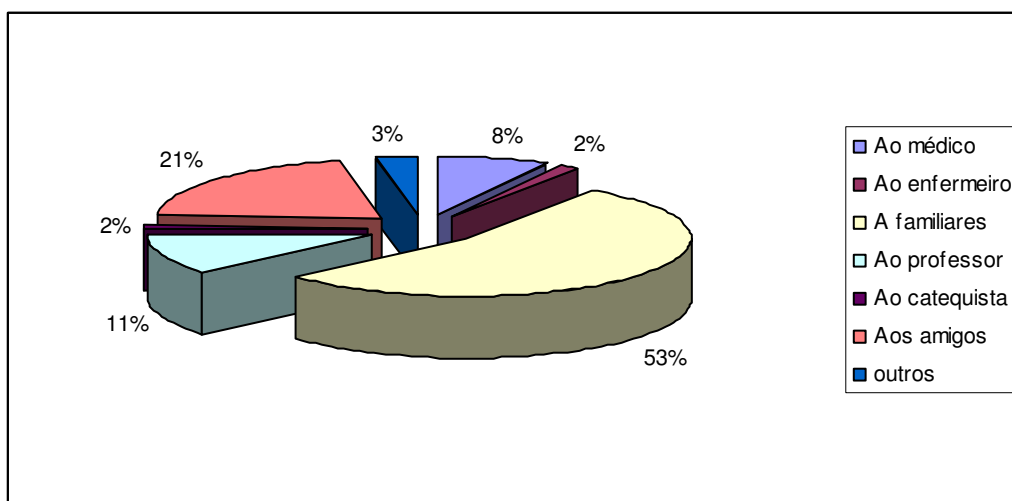
O quadro n.º 25 apresenta uma escala de Likert. Nesta escala que vai de 1 que equivale a nada, a 5 que equivale a muito, verifica-se que a maior parte dos inquiridos “fala várias vezes na escola sobre adolescência e saúde” (30%); surgem em segundo lugar os que “falam muito na escola sobre adolescência e saúde” (28,4%); seguindo-se os que “falam razoavelmente na escola sobre adolescência e saúde” (23,3%), os que “falam pouco” (18,3%); e por fim os que “nada falam na escola sobre adolescência e saúde” (0%).

### Gráfico n.º 3 – Dificuldades do adolescente



De realçar que a maioria dos adolescentes considera a “escola” como a sua maior dificuldade (22%); apresentando-se em segundo lugar os que acham que “aceitar o corpo” é a maior dificuldade do adolescente (17%); seguindo-se os que acham que “a saúde” e que “pertencer a um grupo” constituem as maiores dificuldades do adolescente (15%); os que acham que “a família” e a “falta de amigos” constituem as maiores dificuldades do adolescente (14%); e por fim os que consideram que são “outras” as maiores dificuldades dos adolescentes (3%).

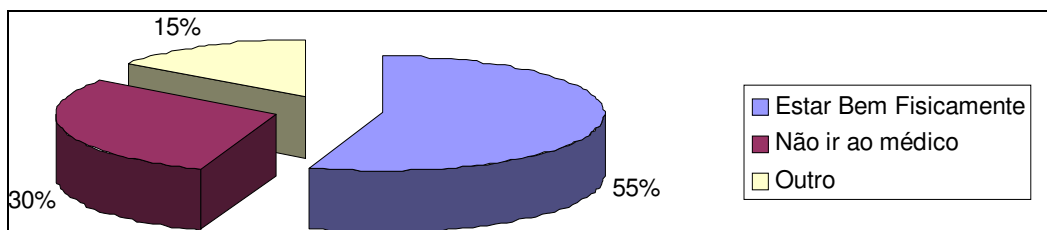
**Gráfico n.º 4 – Pessoas a que recorrem os adolescentes para a resolução dos seus problemas**



O Gráfico n.º 4 analisa a que pessoas recorrem os adolescentes para a resolução dos seus problemas.

De realçar que a maioria dos adolescentes recorre “a familiares” (53%); apresentando-se em segundo lugar os que recorrem “a amigos” (21%); seguindo-se os que recorrem “ao professor” (11%); depois os que recorrem “ao médico” (8%); os que recorrem a “outros” (3%); e por fim uma minoria recorre “ao catequista” e ao “enfermeiro para resolver os seus problemas” (2%).

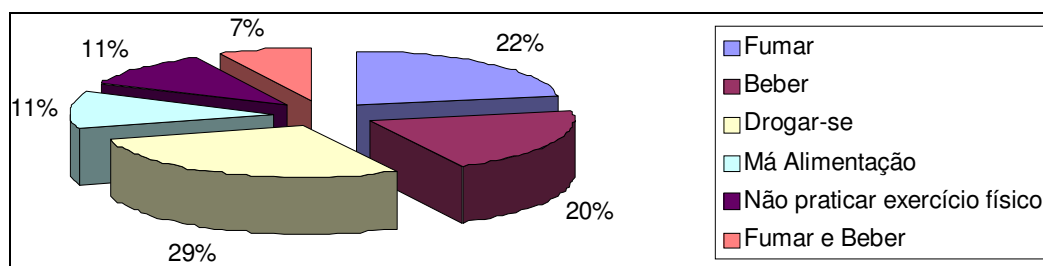
**Gráfico n.º 5 – Concepções de saúde dos adolescentes**



O Gráfico n.º 5 analisa as concepções de saúde dos adolescentes.

De realçar que a maioria dos adolescentes considera que ter saúde é “estar bem fisicamente” (55%), seguindo-se os adolescentes que consideram que ter saúde é “não ir ao médico” (30%), por fim só uma minoria dos adolescentes considera que ter saúde são “outras” situações (15%).

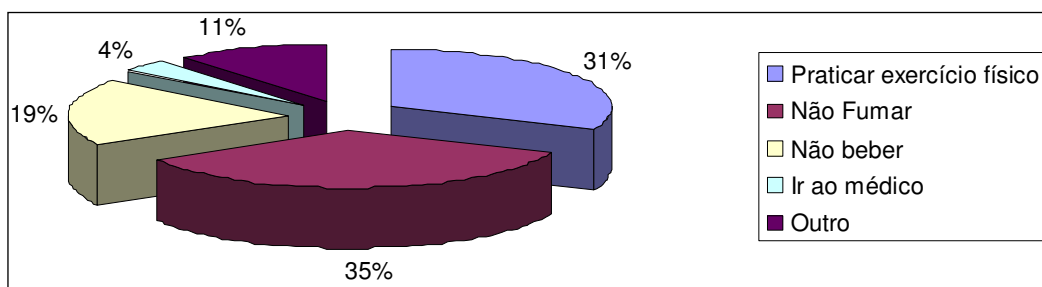
**Gráfico n.º 6 – Comportamentos de risco**



O Gráfico n.º 6 analisa a percepção dos comportamentos de risco para a saúde dos adolescentes.

Verifica-se que a maioria dos adolescentes considera que drogar-se é um comportamento de risco (29%), apresentando-se em segundo lugar “fumar” (22%), e em terceiro beber (20%), seguindo-se os adolescentes que consideram a “má alimentação” e o “não praticar exercício físico” um comportamento de risco (11%), e por fim uma minoria considera “fumar e beber” um comportamento de risco (7%).

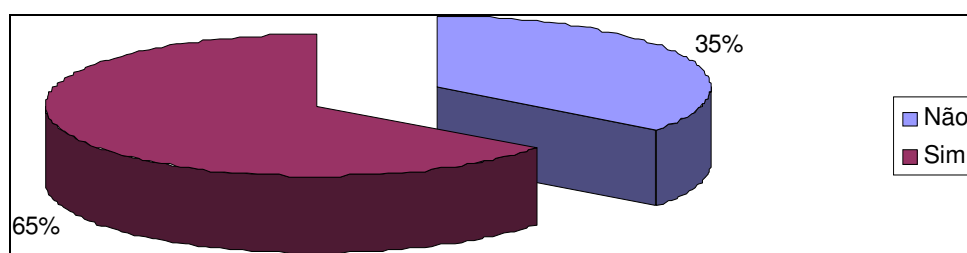
### Gráfico n.º 7 – Comportamentos benéficos para a saúde



O Gráfico n.º 7 analisa a percepção dos adolescentes sobre os comportamentos benéficos para a saúde.

Constata-se que a maioria dos adolescentes considera que “não fumar” é um comportamento benéfico (35%), segue-se a prática de exercício físico (31%), não beber (19%), outros (11%) e por fim ir ao médico (4%).

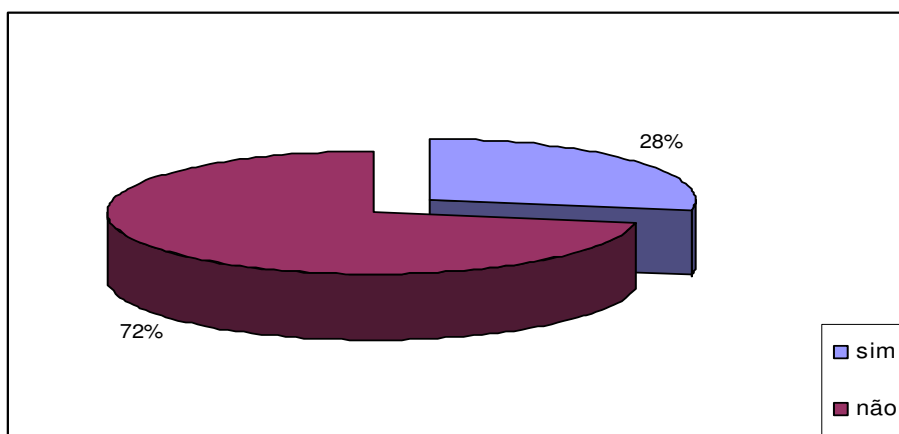
### Gráfico n.º 8 – Horário da Extensão de Saúde



O gráfico n.º 8 analisa o conhecimento dos adolescentes sobre do horário da extensão de saúde.

De realçar que 65% dos adolescentes, têm conhecimento do horário da extensão de saúde, e 35% não têm conhecimento do mesmo.

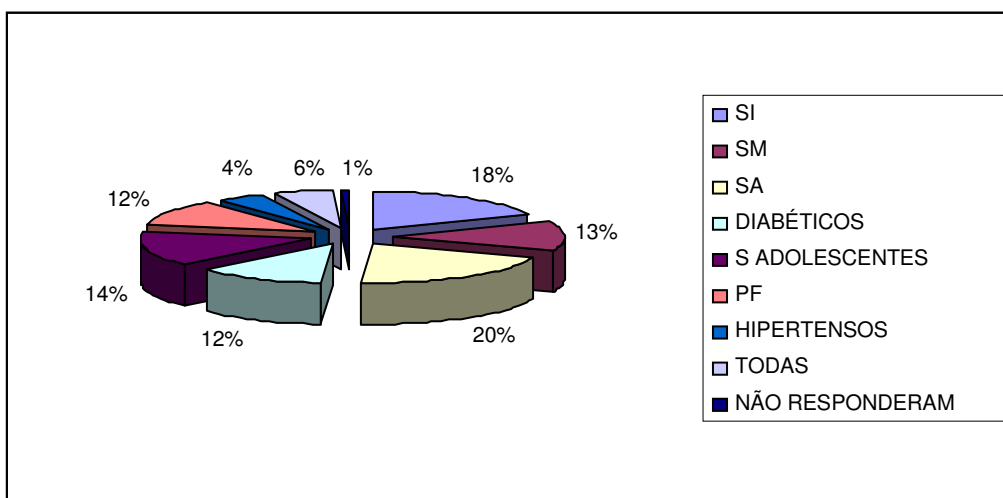
**Gráfico n.º 9 – Utilização das consultas de adolescentes**



O Gráfico n.º 9 analisa a utilização das consultas de adolescentes por parte dos mesmos.

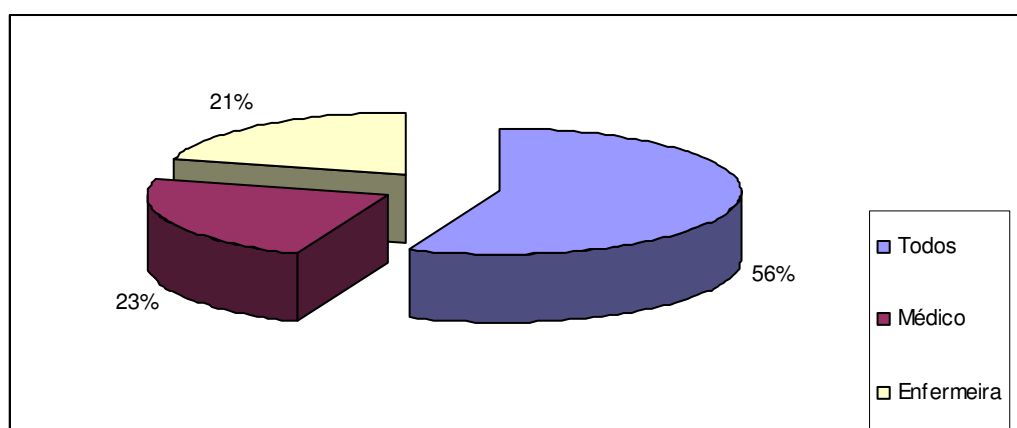
De realçar que a maioria dos adolescentes “não utiliza as consultas de adolescentes” (72%); os restantes “utilizam as consultas de adolescentes” (28%).

**Gráfico n.º 10 – Consultas que os adolescentes conhecem**



Verifica-se que a maioria dos adolescentes tem conhecimento da existência de consultas de “saúde adultos” (20%); seguindo-se os adolescentes que têm conhecimento das consultas de “saúde infantil” (18%); em terceiro lugar, seguem-se os adolescentes que tem conhecimento das “consultas de adolescentes” (14%); em quarto lugar, surge a “saúde materna” (13%); em quinto lugar, as consultas de “planeamento familiar” e “diabéticos” (12%); seguindo-se os adolescentes que têm o conhecimento de “todas” as consultas (6%); os adolescentes que conhecem as consultas de “hipertensos” (4%); e por último os adolescentes que “não responderam” (1%).

**Gráfico nº 11 – Elementos que trabalham na Extensão de Saúde de Anha**



Verifica-se que a maioria dos adolescentes têm conhecimento de “todos” os elementos que trabalham na Extensão de Saúde de Vila Nova de Anha (56%), seguindo-se os que conhecem só o “médico” (23%), e por fim os que conhecem só a “enfermeira” (21%).

Será que os adolescentes ouvem falar em casa sobre os funcionários que trabalham na extensão de Saúde de Vila Nova de Anha?

### 3.3 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO SOBRE “O MEU ESTILO DE VIDA”

Neste questionário pretendemos descrever o dia-a-dia do adolescente em diversas áreas associadas à saúde.

**Tabela n.º 1 – Faço exercício físico intenso durante pelo menos 20 minutos por dia, duas vezes ou mais por semana**

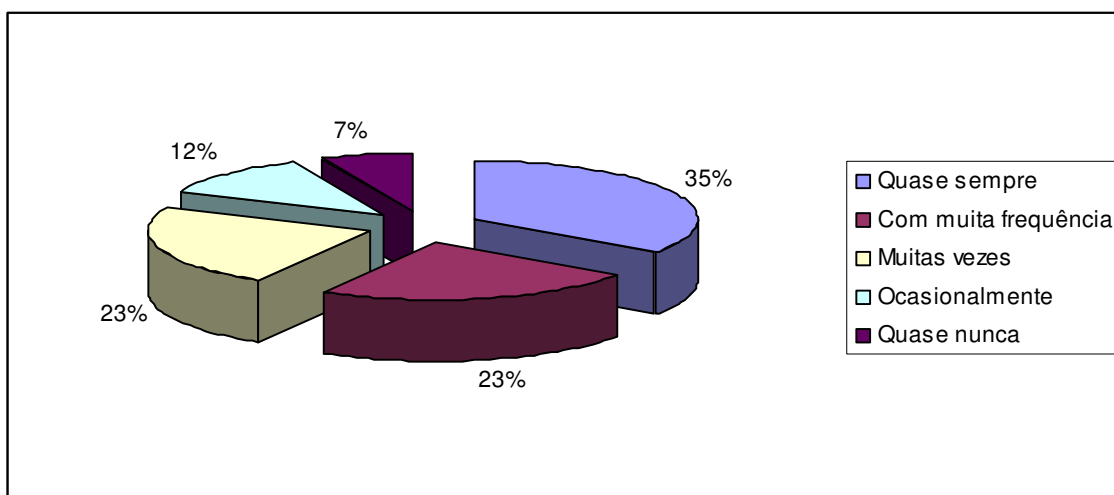
	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Quase sempre	29	48,4
Com muita frequência	15	25
Muitas vezes	9	15
Ocasionalmente	4	6,6
Quase nunca	3	5
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Conforme consta na tabela n.º 1, a maioria dos adolescentes “faz exercício físico intenso pelo menos vinte minutos por dia, duas ou mais vezes na semana quase sempre” (48,4%), apresentando-se em segundo lugar os adolescentes “que o fazem com muita frequência” (25%), seguindo-se os “que o fazem muitas vezes” (15%), e por fim uma minoria dos adolescentes “faz exercício físico intenso pelo menos vinte minutos por dia, duas ou mais vezes na semana ocasionalmente” (6,6%), e “quase nunca” (5%).

**Tabela n.º 2 – Ando a pé ou de bicicleta diariamente**

	Frequência	Porcentagem
Quase sempre	21	35
Com muita frequência	14	23,4
Muitas vezes	14	23,4
Ocasionalmente	7	11,6
Quase nunca	4	6,6
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**Gráfico nº 10 – Ando a pé ou de bicicleta diariamente**

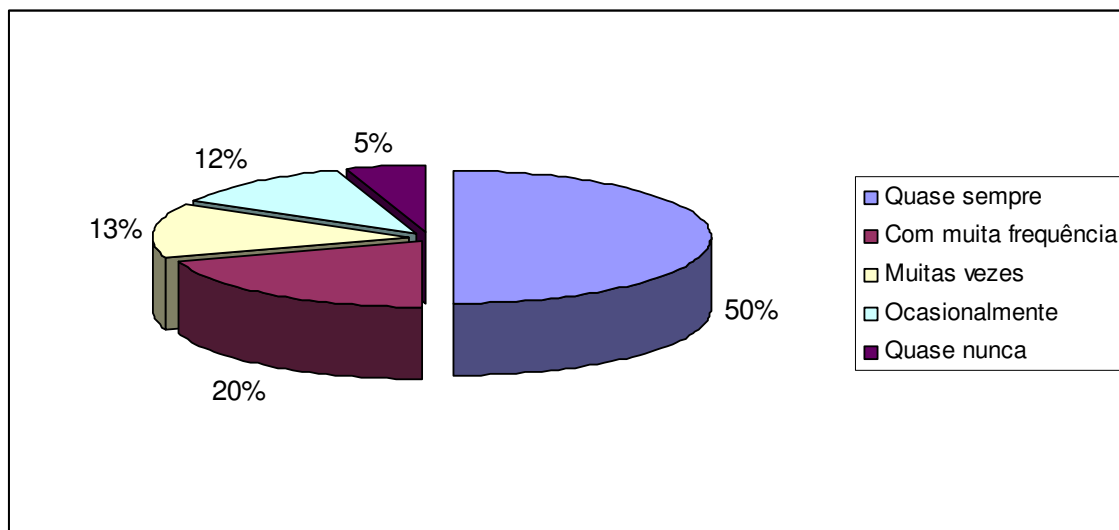


Conforme consta na tabela n.º 2 e no gráfico nº 10, a maioria dos adolescentes “anda a pé ou de bicicleta diariamente quase sempre” (35,6%), apresentando-se em segundo lugar os que o “fazem muitas vezes” e “com muita frequência” (23,4%), “ocasionalmente” (11,6%), e por fim uma minoria dos adolescentes “quase nunca anda a pé ou de bicicleta diariamente” (6,6%).

**Tabela n.º 3 – Pratico desporto que faz suar, pelo menos duas vezes por semana**

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Quase sempre	30	50
Com muita frequência	12	20
Muitas vezes	8	13,4
Ocasionalmente	7	11,6
Quase nunca	3	5
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**Gráfico n.º 11 – Pratico desporto que faz suar, pelo menos duas vezes por semana**



Conforme consta na tabela n.º 3 e no gráfico n.º 11, a maioria dos adolescentes "pratica desporto que faz suar quase sempre" (50%), apresentando-se em segundo lugar os que "praticam com muita frequência" (20%), seguindo-se "os

que praticam muitas vezes” (13%), “ocasionalmente” (12%), e por fim uma minoria dos adolescentes “quase nunca pratica desporto” (5%).

**Tabela n.º 4 – Tenho cuidado com o que como de modo a manter o peso recomendado para a altura que tenho**

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Quase sempre	17	28,3
Com muita frequência	16	26,8
Muitas vezes	10	16,6
Ocasionalmente	11	18,3
Quase nunca	6	10
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Conforme consta na tabela n.º 4, a maioria dos adolescentes “tem cuidado com o que come de modo a manter o peso quase sempre” (28,3%), apresentando-se em segundo lugar os que “têm cuidado com o que comem de modo a manter o peso com muita frequência” (26,8%), seguindo-se os que “têm o mesmo cuidado ocasionalmente” (18,3%), “muitas vezes” (16,6%), e por fim uma minoria dos adolescentes “quase nunca tem cuidado com o que come de modo a manter o peso” (10%).

**Tabela n.º 5 – Tenho cuidado com o que como de modo a reduzir a ingestão de sal**

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Quase sempre	10	16,6
Com muita frequência	15	25
Muitas vezes	16	26,6
Ocasionalmente	11	18,5
Quase nunca	8	13,3
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Conforme consta na tabela n.º 5, a maioria dos adolescentes “tem cuidado com o que come de modo a reduzir a ingestão de sal muitas vezes” (26,6%), apresentando-se em segundo lugar os “que têm cuidado com o que comem de modo a reduzir a ingestão de sal com muita frequência” (25%), seguindo-se “os que têm esse cuidado ocasionalmente” (18,5%), “quase sempre” (16,6%), e por fim uma minoria dos adolescentes é que “quase nunca tem esse cuidado” (13,3%).

De registar que dois inquiridos não responderam a esta questão.

**Tabela n.º 6 – Planifico a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes**

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Quase sempre	7	11,6
Com muita frequência	16	26,6
Muitas vezes	18	30
Ocasionalmente	11	18,3
Quase nunca	8	13,5
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Conforme consta na tabela n.º 6, os adolescentes planificam a sua dieta de modo a que ela seja equilibrada da seguinte maneira: “muitas vezes” (30%); “com muita frequência” (26,6%); “ocasionalmente” (18,3%); “quase nunca” (13,5%) e por fim “quase sempre” (11,6%).

**Tabela n.º 7 – Não bebo mais de duas bebidas alcoólicas por dia**

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Quase sempre	14	23,3
Com muita frequência	1	1,6
Ocasionalmente	3	5
Quase nunca	36	60
Não responderam	6	10
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Conforme consta na tabela n.º 7, os adolescentes não bebem mais de duas bebidas alcoólicas por dia: “quase nunca” (60%) “quase sempre” (23,3%), “ocasionalmente” (5%), “com muita frequência” (1,6%), e “não responderam” (10%).

**Tabela n.º 8 – Durmo o número de horas suficiente para me sentir repousado**

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Quase sempre	28	46,7
Com muita frequência	18	30
Muitas vezes	11	18,3
Ocasionalmente	2	3,3
Quase nunca	1	1,7
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Conforme consta na tabela n.º 8, os adolescentes dormem o número de horas suficientes para se sentirem repousados: “quase sempre” (46,7%), “com muita frequência” (30%), “muitas vezes” (18,3%), “ocasionalmente” (1,7), e “quase nunca” (1,7%).

**Tabela n.º 9 – Mantenho as minhas vacinas em dia**

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Quase sempre	51	85
Com muita frequência	7	11,6
Muitas vezes	2	3,4
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Conforme consta na tabela n.º 9, os adolescentes mantêm as vacinas em dia da seguinte forma: “quase sempre” (85%), “com muita frequência” (11,6%), e “muitas vezes” (3,4%).

**Tabela n.º 10 – Verifico anualmente a minha tensão arterial**

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Quase sempre	9	15
Com muita frequência	9	15
Muitas vezes	8	13,4
Ocasionalmente	12	20
Quase nunca	21	35
Não responderam	1	1,6
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Conforme consta na tabela n.º 10, os adolescentes verificam a sua tensão arterial anualmente da seguinte forma: “quase nunca” (35%), “ocasionalmente”

(20%), “com muita frequência” e “quase sempre” (15%), “muitas vezes” (13,4%), e os que “não responderam” (1,6%).

**Tabela n.º 11 – Vou ao dentista anualmente verificar o estado dos meus dentes**

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Quase sempre	19	31,6
Com muita frequência	18	30
Muitas vezes	6	10
Ocasionalmente	4	6,8
Quase nunca	13	21,6
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Conforme consta na tabela n.º 11, os adolescentes vão ao dentista anualmente da seguinte forma: “quase sempre” (31,6%), “com muita frequência” (30%), “quase nunca” (21,6%), “muitas vezes” (10%), e “ocasionalmente” (6,8%).

**Tabela n.º 12 – Vou anualmente ao médico fazer um *check-up***

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Quase sempre	10	16,6
Com muita frequência	3	5
Muitas vezes	12	20
Ocasionalmente	10	16,8
Quase nunca	22	36,6
Não responderam	3	5
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Conforme consta na tabela n.º 12, os adolescentes vão anualmente ao médico fazer um *check-up* da seguinte forma: “quase nunca” (36,6%), “muitas vezes” (20%), “quase sempre” (16,6%), “ocasionalmente” (16,8%), “com muita frequência” e os que “não responderam” (5%).

**Tabela n.º 13 – Quando viajo no carro no banco da frente, fora da cidade, coloco o cinto de segurança**

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Quase sempre	48	80
Com muita frequência	8	13,3
Muitas vezes	1	1,7
Quase nunca	3	5
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Conforme consta na tabela n.º 13, os adolescentes quando viajam no carro no banco da frente, fora da cidade, colocam o cinto de segurança da seguinte forma: “quase sempre” (80%), “com muita frequência” (13,3%), “quase nunca” (5%), e “muitas vezes” (1,7%).

**Tabela n.º 14 – Evito tomar medicamentos sem serem recomendados pelo médico**

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Quase sempre	40	66,6
Com muita frequência	12	20
Muitas vezes	2	3,4
Ocasionalmente	2	3,4
Quase nunca	3	5
Não responderam	1	1,6
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Conforme consta na tabela n.º 14, os adolescentes evitam tomar medicamentos sem serem recomendados pelo médico da seguinte forma: “quase sempre” (66,6%), “com muita frequência” (20%), “quase nunca” (5%), “ocasionalmente” e “muitas vezes” (3,4%), e “não responderam (1,6%).

**Tabela n.º 15 – Evito fumar**

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Quase sempre	42	70
Com muita frequência	6	10
Muitas vezes	1	1,7
Quase nunca	8	13,3
Não responderam	3	5
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Conforme consta na tabela n.º 15, os adolescentes evitam fumar da seguinte forma: “quase sempre” (70%), “com muita frequência” (10%), “quase nunca” (13,3%), “não responderam” (5%), e “muitas vezes” (1,7%).

**Tabela n.º 16 – Evito ingerir alimentos com gordura**

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Quase sempre	23	38,3
Com muita frequência	19	31,6
Muitas vezes	10	16,7
Ocasionalmente	4	6,7
Quase nunca	4	6,7
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Conforme consta na tabela n.º 16, os adolescentes evitam ingerir alimentos com gordura da seguinte forma: “quase sempre” (38,3%), “com muita frequência” (31,6%), “muitas vezes” (16,7%), e “quase nunca” e “ocasionalmente” (6,7%).

**Tabela n.º 17 – Devido aos efeitos potencialmente perigosos de cafeína evito tomar bebidas tais como café, chá ou coca-cola**

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Quase sempre	19	31,7
Com muita frequência	14	23,3
Muitas vezes	7	11,7
Ocasionalmente	7	11,7
Quase nunca	11	18,3
Não responderam	2	3,3
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Conforme consta na tabela n.º 17, os adolescentes, devido aos efeitos potencialmente perigosos de cafeína, evitam tomar bebidas tais como café, chá ou coca-cola da seguinte forma: “quase sempre” (31,7%), “com muita frequência” (23,3%), “quase nunca” (18,3%), “muitas vezes” e “ocasionalmente” (11,7%) e os que “não responderam” (3,3%).

**Tabela n.º18 – Evito utilizar estimulantes, mesmo em épocas de exames**

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Quase sempre	27	45
Com muita frequência	8	13,3
Muitas vezes	4	6,7
Ocasionalmente	4	6,7
Quase nunca	14	23,3
Não responderam	3	5
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Conforme consta na tabela n.º 18, os adolescentes, evitam utilizar estimulantes mesmo em épocas de exames da seguinte forma: “quase sempre” (45%), “quase nunca” (23,3%), “com muita frequência” (13,3%), “ocasionalmente” e “muitas vezes” (6,7%), e os que não responderam (3%).

**Tabela n.º19 – Evito tomar tranquilizantes**

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Quase sempre	41	68,3
Com muita frequência	4	6,7
Ocasionalmente	2	3,3
Quase nunca	9	15
Não responderam	4	6,7
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Conforme consta na tabela n.º 19, os adolescentes evitam tomar tranquilizantes da seguinte forma: “quase sempre” (68,3%), “quase nunca” (15%), “com muita frequência” e os que “não responderam” (6,7%), e “ocasionalmente” (3,3%).

**Tabela n.º 20 – Evito ingerir alimentos que são feitos à base de açúcar**

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Quase sempre	8	13,3
Com muita frequência	17	28,3
Muitas vezes	15	25
Ocasionalmente	8	13,3
Quase nunca	11	18,4
Não responderam	1	1,7
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Conforme consta na tabela n.º 20, os adolescentes evitam ingerir alimentos que são feitos à base de açúcar da seguinte forma: “com muita frequência” (28,3%), “muitas vezes” (25%), “quase nunca” (18,4%) “quase sempre” e “ocasionalmente” (13,3%), e os que “não responderam” (1,7%).

**Tabela n.º21 – Evito estar em ambientes saturados de fumo de tabaco**

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Quase sempre	30	50
Com muita frequência	11	18,3
Muitas vezes	6	10
Ocasionalmente	7	11,7
Quase nunca	5	8,3
Não responderam	1	1,7
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Conforme consta na tabela n.º 21, os adolescentes evitam estar em ambientes saturados de fumo de tabaco da seguinte forma: “quase sempre” (50%), “com muita frequência” (18,3%), “ocasionalmente” (11,7%), “muitas vezes” (10%), e “quase nunca” (8,3%).

**Tabela n.º22 – Evito ambientes muito ruidosos**

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Quase sempre	16	26,7
Com muita frequência	17	28,3
Muitas vezes	13	21,7
Ocasionalmente	8	13,3
Quase nunca	5	8,3
Não responderam	1	1,7
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Conforme consta na tabela n.º 22, os adolescentes evitam frequentar ambientes muito ruidosos da seguinte forma: “com muita frequência” (28,3%), “quase sempre” (26,7%), “muitas vezes” (21,7%), “ocasionalmente” (13,3%), “quase nunca” (8,3%), e os que “não responderam” (1,7%).

**Tabela n.º 23 – Evito ambientes que tenham o ar poluído**

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Quase sempre	23	38,3
Com muita frequência	15	25
Muitas vezes	6	10
Ocasionalmente	10	16,7
Quase nunca	5	8,3
Não responderam	1	1,7
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Conforme consta na tabela n.º 23, os adolescentes evitam frequentar ambientes que tenham o ar poluído da seguinte forma: “quase sempre” (38,3%), “com muita frequência” (25%), “ocasionalmente” (16,7%), “muitas vezes” (10%), “quase nunca” (8,3%), e os que “não responderam” (1,7).

**Tabela n.º24 – Evito mudar de parceiro sexual**

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Quase sempre	24	40
Com muita frequência	5	8,3
Muitas vezes	2	3,3
Ocasionalmente	2	3,3
Quase nunca	10	16,7
Não responderam	17	28,4
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Conforme consta na tabela n.º 24, os adolescentes evitam mudar de parceiro sexual da seguinte forma: “quase sempre” (40%), os que “não responderam” (28,4%), “quase nunca” (16,7), “com muita frequência” (8,3%), e “ocasionalmente” e “muitas vezes” (3,3%).

**Tabela n.º 25 – Evito ter relações com pessoas que conheço mal**

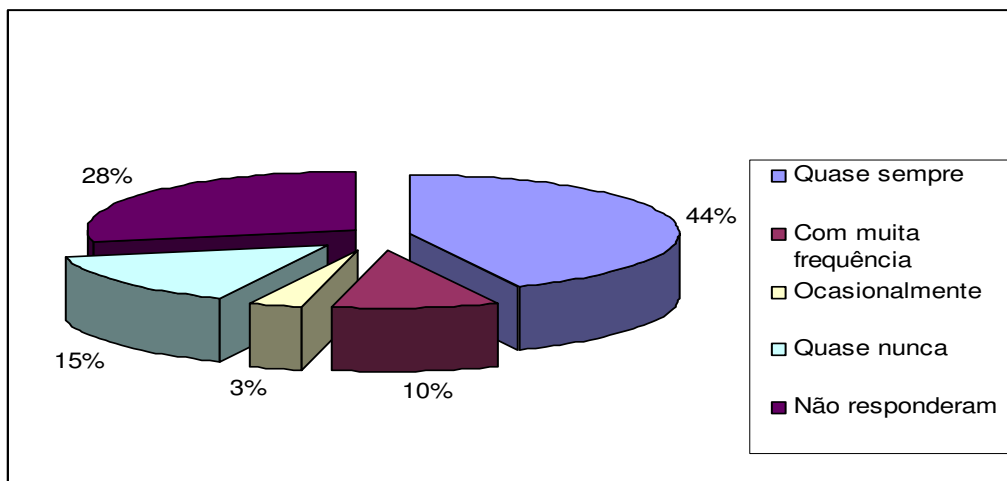
	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Quase sempre	27	45
Com muita frequência	5	8,3
Muitas vezes	1	1,7
Ocasionalmente	2	3,3
Quase nunca	8	13,3
Não responderam	17	28,4
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Conforme consta na tabela n.º 25, os adolescentes evitam ter relações com pessoas que mal conhecem da seguinte forma: “quase sempre” (45%), os que “não responderam” (28,4%), “quase nunca” (13,3%), “com muita frequência” (8,3%), “ocasionalmente” (3,3%), e “muitas vezes” (1,7%).

**Tabela n °26 – Devido às doenças sexuais, evito ter relações sexuais sem tomar precauções**

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Quase sempre	26	43,3
Com muita frequência	6	10
Ocasionalmente	2	3,3
Quase nunca	9	15
Não responderam	17	28,4
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**Gráfico nº 12 – Devido às doenças sexuais evito ter relações sexuais sem tomar precauções**



Conforme consta na tabela n.º 26 e no gráfico nº 12, os adolescentes, devido às doenças sexuais, evitam ter relações sexuais sem tomar precauções da seguinte forma: “quase sempre” (42,4%) “quase nunca” (11,9%), “com muita frequência” (10,2%), e “ocasionalmente” (3,4%).

De registrar que vinte inquiridos não responderam a esta questão.

#### 4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, pretendemos fazer uma síntese dos aspectos mais significativos detectados na análise dos dados, assim como dar resposta aos objectivos gerais traçados no início deste estudo bem como aos objectivos principais. Os adolescentes da nossa amostra integram-se entre varias idades, que vão desde os doze até aos dezasseis anos e são todos da mesma vila (Anha).

Seguidamente passamos a apresentar os resultados mais pertinentes deste estudo.

Relativamente ao questionário “A importância da promoção da saúde dos adolescentes”:

- O quadro nº 9 deste estudo demonstra que a maioria dos adolescentes inquiridos têm 13 anos.
- O quadro nº 10 deste estudo demonstra que a maioria dos pais dos adolescentes tem como profissão a construção civil (Será porque na freguesia não existe indústria, nem serviços?)
- O quadro nº 11 deste estudo demonstra que a maioria das mães dos adolescentes é doméstica (Será que a profissão da mãe influencia o saber utilizar os serviços de saúde por parte dos adolescentes?)
- O quadro nº 12 deste estudo demonstra que a maioria dos adolescentes vive numa família nuclear; num estudo realizado a nível nacional verifica-se que quer no meio urbano quer no meio rural a maioria dos adolescentes vive com os pais e com o(s) irmão(s) (Matos, et al; 2006; p.64).

- O quadro nº 13 deste estudo demonstra que a maioria dos adolescentes só tem um irmão; num estudo realizado a nível nacional constata-se o mesmo facto, o meio rural e o meio urbano estão em concordância neste ponto (Matos, et al; 2006; p.64).
- O quadro nº 14 deste estudo demonstra que a maioria dos adolescentes é irmão mais novo no que diz respeito à posição que ocupa na família.
- O quadro nº 15 deste estudo demonstra que a maioria dos adolescentes frequenta o 7º ano.
- O quadro nº 16 deste estudo demonstra que a maioria dos adolescentes nunca reprovou; num estudo realizado a nível nacional sobre os adolescentes confirma-se que a maioria dos adolescentes nunca reprovou sendo eles de meio rural ou urbano (Matos, et al; 2006; p.29).
- O quadro nº 17 deste estudo demonstra que a maioria dos adolescentes que já reprovou só o fez uma vez.
- O quadro nº 18 deste estudo demonstra que os adolescentes que já reprovaram fizeram-no maioritariamente no 4ºano.
- O quadro nº 19 deste estudo demonstra que só uma pequena parte dos adolescentes apresenta dificuldades na adaptação escolar.
- O quadro nº 20 deste estudo demonstra que a maioria dos adolescentes não tem actividades extra-escolares.
- O quadro nº 21 deste estudo demonstra que a maioria dos adolescentes nunca teve problemas de saúde.

- O quadro nº 22 deste estudo demonstra que a maioria dos adolescentes sente-se bem preparado para a abordagem do tema adolescência e saúde.
- O quadro nº 23 deste estudo demonstra que só uma pequena parte dos adolescentes nada fala com familiares sobre o tema adolescência e saúde.
- O quadro nº 24 deste estudo demonstra que a maioria dos adolescentes fala várias vezes com amigos sobre o tema adolescência e saúde.
- O quadro nº 25 deste estudo demonstra que a maioria dos adolescentes inquiridos fala várias vezes, na escola, sobre o tema adolescência e saúde.
- O gráfico nº 3 deste estudo demonstra que a maioria dos adolescentes tem como principal dificuldade a escola.
- O gráfico nº 4 deste estudo demonstra que a maioria dos adolescentes recorre a familiares para resolver os seus problemas.
- O gráfico nº 5 deste estudo demonstra que a maioria dos adolescentes considera que ter saúde é estar bem fisicamente (Será que os adolescente valorizam principalmente o corpo e as doenças físicas e menos as psicológicas?)
- O gráfico nº 6 deste estudo demonstra que a maioria dos adolescentes considera que drogar-se é um comportamento de risco para a saúde (Será que tem conhecimentos sobre os malefícios da droga?).
- O gráfico nº 7 deste estudo demonstra que a maioria dos adolescentes considera que não fumar é um comportamento benéfico para a saúde.

- O gráfico nº 8 deste estudo demonstra que só uma pequena parte dos adolescentes inquiridos não conhece o horário da extensão de saúde de Vila Nova de Anha (Será que utilizam outros serviços de saúde?).
- O gráfico nº 9 deste estudo demonstra que a maioria dos adolescentes não utiliza as consultas para adolescentes existentes na extensão de saúde de Vila Nova de Anha (Será por falta de interesse da parte dos pais em consultar o boletim de Saúde Infantil?).
- O gráfico nº 10 deste estudo demonstra que apesar de serem adolescentes têm maioritariamente conhecimento das consultas de saúde para adultos não programadas (Será que os adolescentes ouvem os pais em casa queixarem-se que necessitam de uma consulta médica?).
- O gráfico nº 11 deste estudo demonstra que a maioria das adolescentes tem conhecimento de todos os elementos que trabalham na extensão de saúde de Vila Nova de Anha (Será que ouvem falar em casa sobre os funcionários que trabalham na extensão de Saúde de Vila Nova de Anha?).

Relativamente ao questionário “O meu estilo de vida”:

- A tabela nº 1 deste estudo demonstra que a maioria dos adolescentes pratica exercício físico intenso pelo menos vinte minutos por dia duas ou mais vezes na semana quase sempre (Será que o adolescente valoriza o corpo?).
- A tabela nº 2 deste estudo demonstra que a maioria dos adolescentes anda a pé ou de bicicleta diariamente quase sempre.

- A tabela nº 3 deste estudo demonstra que a maioria dos adolescentes pratica quase sempre desporto que faz suar pelo menos duas vezes por semana.
- A tabela nº 4 deste estudo demonstra que a maioria dos adolescentes tem quase sempre cuidado com o que come de modo a manter o peso recomendado para a altura que tem.
- A tabela nº 5 deste estudo demonstra que a maioria dos adolescentes tem cuidado com o que come muitas vezes de modo a reduzir a ingestão de sal.
- A tabela nº 6 deste estudo demonstra que a maioria dos adolescentes planifica a sua dieta muitas vezes de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes.
- A tabela nº 7 deste estudo demonstra que a maioria dos adolescentes bebe mais do que duas bebidas alcoólicas por dia; estes dados estão em concordância com um estudo feito em meio urbano (Lisboa) o álcool é um “ponto em comum” entre o meio rural e o meio urbano, visto que o acesso ao álcool é muito mais facilitado nas zonas rurais do que nas zonas urbanas (Antunes, et al; 1995; p. 12).
- A tabela nº 8 deste estudo demonstra que a maioria dos adolescentes dorme quase sempre o número de horas suficiente para se sentirem repousados.
- A tabela nº 9 deste estudo demonstra que a maioria dos adolescentes mantém quase sempre a vacinas em dia (Será que os pais dos adolescentes se

preocupam com a situação vacinal destes, para poderem efectuar a matrícula escolar?).

- A tabela nº 10 deste estudo demonstra que a maioria dos adolescentes quase nunca verifica, anualmente, a sua tensão arterial (Será porque os adolescentes consideram que avaliar tensão não é para a idade deles?).
- A tabela nº 11 deste estudo demonstra que a maioria dos adolescentes vai quase sempre ao dentista verificar o estado dos seus dentes anualmente (Será que os adolescentes se preocupam com a saúde oral?).
- A tabela nº 12 deste estudo demonstra que a maioria dos adolescentes quase nunca vai anualmente ao médico fazer um check-up (Será que a prevenção da doença para os adolescentes não é prioritária?).
- A tabela nº 13 deste estudo demonstra que a maioria dos adolescentes, quando viaja de carro no banco da frente fora da cidade coloca, quase sempre, o cinto de segurança.
- A tabela nº 14 deste estudo demonstra que a maioria dos adolescentes evita tomar medicamentos sem serem recomendados pelo médico quase sempre (Não tomam medicamentos porque nunca estão doentes?).
- A tabela nº 15 deste estudo demonstra que a maioria dos adolescentes evita fumar; num estudo realizado em meio urbano (Lisboa) confirmam-se estes resultados ou seja verifica-se que a atitude dos adolescentes relativamente ao tabaco é igual quer em meio rural quer em meio urbano (Matos, et al; 2003; p. 15).

- A tabela nº 16 deste estudo demonstra que a maioria dos adolescentes evita ingerir alimentos com gordura quase sempre (Será que para os adolescentes gordura é só a gordura animal?).
- A tabela nº 17 deste estudo demonstra que a maioria dos adolescentes, devido aos efeitos potencialmente perigosos de cafeína, evita tomar bebidas tais como café, chá ou Coca-Cola, quase sempre (Será que os adolescentes tem conhecimento sobre os malefícios dos estimulantes).
- A tabela nº 18 deste estudo demonstra que a maioria dos adolescentes, evita utilizar estimulantes, quase sempre, mesmo em épocas de exame.
- A tabela nº 19 deste estudo demonstra que a maioria dos adolescentes, evita tomar tranquilizantes, quase sempre.
- A tabela nº 20 deste estudo demonstra que só uma pequena parte dos adolescentes, evita ingerir alimentos que são feitos à base de açúcar, quase sempre (Terá a ver com a alteração dos hábitos alimentares?).
- A tabela nº 21 deste estudo demonstra que a maioria dos adolescentes, evita quase sempre estar em ambientes saturados de fumo de tabaco.
- A tabela nº 22 deste estudo demonstra que só uma pequena parte dos adolescentes, quase nunca evita ambientes muito ruidosos.
- A tabela nº 23 deste estudo demonstra que a maioria dos adolescentes, evita quase sempre ambientes que tenham o ar poluído.
- A tabela nº 24 deste estudo demonstra que a maioria dos adolescentes, evita quase sempre mudar de parceiro sexual (Será porque o adolescente ainda não iniciou as relações sexuais?)

- A tabela nº 25 deste estudo demonstra que a maioria dos adolescentes evita quase sempre ter relações com pessoas que conhece mal.
- A tabela nº 26 deste estudo demonstra que a maioria dos adolescentes devido as doenças sexuais quase sempre evita ter relações sem tomar precauções (Será que os adolescentes têm mais conhecimentos sobre doenças sexuais?).

## CONCLUSÃO

Este capítulo de conclusão, mais do que encerrar um assunto, abre portas e deixa no ar questões que nos fazem pensar e para as quais não há ainda respostas definitivas.

Os resultados do estudo sugerem-nos algumas recomendações para futuras intervenções no âmbito desta área que passaremos a enumerar:

- Uma amostra mais alargada;
- Comparar resultados entre populações rurais e urbanas;
- Comparar resultados entre faixas etárias distintas.

Verifica-se neste estudo que, os adolescentes estudados não apresentam hábitos tabágicos, contudo denota-se que uma percentagem elevada de adolescentes consome bebidas alcoólicas. Este resultado confirma que: *“As principais tendências dos padrões de consumo dos jovens são uma maior experimentação de bebidas alcoólicas entre as crianças e o aumento dos padrões de beber de alto risco, tais como o binge drinking (consumo desmedido de bebidas alcoólicas, com o intuito de se embriagar rapidamente) e a embriaguez, em especial entre adolescentes e jovens adultos...”* (Comissão Europeia, 2001).

Quanto aos hábitos alimentares, denota-se que os adolescentes praticam, em geral, bons hábitos alimentares, e não valorizam os cuidados com a pressão arterial. Como referem os especialistas, os adolescentes que têm

comportamentos benéficos para a saúde têm desempenho acadêmico mais alto, e menos eventos de vida *stressantes* (Kramer, et al; p.26-33; 2004).

Os adolescentes sentem-se preparados para falar sobre adolescência com os familiares, os amigos e com a escola.

Têm conhecimento das consultas de adolescentes na extensão de saúde, contudo, não recorrem a essas mesmas consultas. Recorrem aos familiares em primeiro lugar para resolver os seus problemas. A maioria dos adolescentes acha que ter saúde é sentir-se bem fisicamente, o que nos sugere que o adolescente se preocupa mais com o corpo e pouco com dimensão psicológica e a prevenção.

A maioria dos adolescentes nunca teve problemas de saúde, e os comportamentos saudáveis para eles são, não se drogarem, não fumarem e não consumirem álcool.

A família nuclear é a predominante neste estudo. Os adolescentes em estudo apresentam uma baixa percentagem de reprovações escolares de 20%.

O facto dos adolescentes (29%), indicar como maior preocupação a droga, como comportamento de risco, vai de encontro ao preconizado pela Comissão Europeia quando refere: *“... a mistura de álcool com outras substâncias psico-activas (consumo de diversas drogas em simultâneo). Entre os jovens há uma evidente ligação entre o consumo de bebidas alcoólicas, de tabaco e de drogas ilegais”* (Comissão Europeia, 2001). Neste estudo verifica-se que uma maioria dos adolescentes pratica exercício físico, sugerindo-nos, que os adolescentes se preocupam com estilos de vida saudáveis. Como referem vários autores: *“Os*

*adolescentes não são aconselhados suficientemente pelo médico sobre os riscos e comportamento de risco. É necessário melhorar o aconselhamento, assegurar as visitas médicas aos adolescentes que devem ser privadas e confidenciais”* (Fairbrother, et al; 2005, p. 467-476).

É necessário melhorar a comunicação e a educação em saúde, principalmente ao nível dos adolescentes, e também é necessário melhorar a comunicação entre o Centro de Saúde e a comunidade.

## BIBLIOGRAFIA

- AA. VV. CARTA DE OTAWA, Para la Promoción de la Salud; Versão Portuguesa: *Uma conferência Internacional para a Promoção da Saúde, com vista a uma nova Saúde Pública*; OTAWA, Canadá, 1986.
- AFONSO, E. & LUCAS, A. P: *A sexualidade na adolescência. Revista Servir*, vol. Nº.49, p. 165-171, 1984.
- ANTUNES, C; ET AL: *Projecto Europeu para Estudo do Álcool e outras Substâncias em Meio Escolar*. Lisboa 1995.
- ASSOCIAÇÃO DO PLANEAMENTO FAMILIAR: *Para compreender a adolescência*. Lisboa, 1999.
- CAMPOS, B. P: *Psicologia do Desenvolvimento e Educação de Jovens*. Universidade Aberta, Lisboa, 1990.- CLAES, M: *Os Problemas da adolescência*. Editorial Verbo- Lisboa/São Paulo, 1985.
- CORDEIRO, J. C. D: *O Adolescente e a Família Abordagem educativa e psicoterapêutica na perspectiva familiar*. Moraes Editores. Lisboa, 1979.
- COSTA, M. C: *Avaliação e cuidados primários da criança e do adolescente*. Porto Alegre, 1998.
- CRUZ, A. M. B: Condição social da juventude portuguesa, análise social xx, (81 – 82) p. 285 – 308, *Revista Servir*, vol, nº49- nº4, 1984.
- DIRECÇÃO-GERAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: *Crescimento e maturação dos 0-18* (orientações técnicas); Lisboa, 1989.

- ELHART, D; FIRSICH, S. C; GRAGG, S. H; REES, O. M: *Princípios Científicos de Enfermagem*. Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos, Lda. Lisboa. 1983.
- ERIKSON, H: *Infância e sociedade*. Zahar Editores, Rio de Janeiro, 1976.
- FLEMING, M: O desenvolvimento psicológico e a relação com os pais. Edições Afrontamento, Porto, 1993.
- FONTAINE, A. M: Práticas educativas e motivação para a realização dos adolescentes. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 4, 13-30, 1988.
- GAMMER, C. e CABIÉ, M.C: *Adolescência e crise familiar*, Climepsi Editores, Lisboa, 1999.
- LÉGER, I: *Os Adolescentes no mundo contemporâneo*. Sociedade Distribuidora de Edições, Lda; Porto, 1977.
- MARCONI, M. ET AL : *Técnicas de pesquisa: planeamento e execução de pesquisa, amostragem e técnica de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados*. Editora Atlas; São Paulo, 1999.
- MATOS, M; SIMÕES, C; CARVALHOSA, S; REIS C; & CANHA: *A saúde dos adolescentes portugueses*. Faculdade de Motricidade Humana/pept-saúde. 1998.
- MATOS, M. & CARVALHOSA, S: *Saúde mental e mal-estar físico na idade escolar*. Faculdade de Motricidade Humana/pept-saúde 2001.
- MATOS, M. ET AL: *Adolescentes e o tabaco: Rapazes e Raparigas*. Universidade Técnica de Lisboa; Lisboa, 2003.

- MATOS, M. ET AL: *A saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois)*. Edições FMH: Lisboa, 2003.
- MATOS, M. ET AL: *Aventura social & Saúde: A saúde dos adolescentes portugueses*. Faculdade de Motricidade humana; Portugal, 2006.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, MINISTÉRIO DA SAÚDE: *O que é a Saúde na Escola: Guião orientador*. Escolas Promotoras de Saúde; Lisboa, 2001.
- MOREIRA, P: *Para uma prevenção que previna*. Edições Quarteto, Lisboa, 2001.
- MOREIRA, P; JESUINO, J. C. (Org.): *Representações Sociais: Teoria e Prática*, Editora Universitária João Pessoa, 2003.
- MOREIRA, P; JESUINO, J. C. Coordenadores: *Saúde e representações sociais*. Editora Universitária, João Pessoa, 2004.
- NEGREIROS, J: *Prevenção do abuso do álcool e drogas nos jovens*. Edições Lusografe, Braga, 1998.
- NEWMAN, B.M. & NEWMAN, P. R: *Adolescent Development. Columbus*. Mersil Publishing Company, 1985.
- OGDEN, J: *Psicologia da Saúde*. Climepsi Editores: 2ª edição, Lisboa, 2004.
- OUTEIRAL, J: *Adolescer: Estudos Sobre Adolescência*. Artes Médicas, Porto Alegre, 1993.
- PORTUGAL, DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE: *Guias de Educação Promoção de Saúde*. Lisboa, 2001.
- PRAZERES, V: *Saúde Juvenil no Masculino: género e saúde sexual e reprodutiva*. Direcção – Geral da Saúde, Lisboa, 2003.

- RAMOS, N: *Psicologia Clínica e da Saúde*. Universidade Aberta, Lisboa, 2004.
- RAMOS, N: *Comunicação e interculturalidade nos cuidados de saúde*. *PSYCOLOGICA*. 45, 147-169, 2007.
- RIBEIRO, J: *Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças*. Universidade do Porto, Porto, 2004.
- SILVA, L. F: *Promoção da Saúde*. Universidade Aberta, Lisboa, 2002.
- SPITZ, C: *Tudo o que os adolescentes querem saber*. Publicações Dom Quixote, Lisboa, 1999.
- SPRINTHALL, N: *Psicologia do adolescente: uma abordagem desenvolvimentistas*, 2ª ed. Lisboa: fundação Calouste Gulbenkian, 1996.
- STROEBE, W; STROEBE, M: *Psicologia\_Social e Saúde*. Instituto Piaget. Lisboa, 1995.
- TAVARES, J. F: *O mundo da família*. Porto Editora, Porto, 1995.
- TEIXEIRA, J. A. C: *Psicologia da saúde: estado actual e perspectivas futuras*. *Análise psicológica* p. 149-157, 1992.
- YOUNG, I: *Promover a Saúde da Juventude Europeia. Educação para a Saúde nas Escolas*. Edições Ministério da Educação, Lisboa, 1999.

## Fontes da Internet

- COMISSÃO EUROPEIA: *A Carta Europeia sobre o Álcool*. Estocolmo, Fevereiro, 2001.
- FAIRBROTHER G, SCHRINMANN R, OSTHIMER B, DUTTON M.J, NEWELL KA, FULD J, KLEIN JD: *Journal of adolescent Health, Factores que influenciam relatórios adolescentes, de aconselhar por médicos em comportamento arriscado*; p. 467-476, 2005.
- HE K, KRAMER E, HOUSER RF, CHOMITZ VR, HACKER KA: *Journal of adolescent health care: official publication of the Society for Adolescent Medicine*; p.26-33; 2004.
- [www.vianaazul.pt](http://www.vianaazul.pt) (imagem).

## **ANEXOS**

## **Anexo I – Questões de investigação**

## **Questões de investigação**

- 1 – Os adolescentes preocupam-se em praticar exercício físico?
- 2 - Os adolescentes têm conhecimento sobre as suas consultas, efectuadas na Extensão de Saúde de Vila Nova de Anha?
- 3 – Quais os comportamentos que os adolescentes consideram de risco?
- 4 – Quais os comportamentos que os adolescentes consideram benéficos para a saúde?
- 5 – O que entendem os adolescentes por saúde?
- 6 – A quem é que os adolescentes recorrem para resolver os seus problemas?
- 7 - Quais as maiores dificuldades dos adolescentes?
- 8 – Os adolescentes sentem-se preparados para abordarem o tema adolescência com os amigos, a escola e os familiares?
- 9 – Os adolescentes preocupam-se com a sua alimentação?
- 10 – Os adolescentes preocupam-se com a segurança rodoviária?
- 11 – Os adolescentes preocupam-se em não consumir medicação sem ser prescrita pelo médico?
- 12 – Os adolescentes evitam fumar e beber bebidas alcoólicas?
- 13 - Os adolescentes tomam precauções a nível sexual?
- 14 – Os adolescentes evitam frequentar ambientes poluídos?
- 15 – Os adolescentes sabem qual o horário de funcionamento da Extensão de Saúde de Vila Nova de Anha?

16 – Os adolescentes frequentam as consultas médicas para a promoção da saúde?

**Anexo II – Questionário: “A importância da promoção da saúde dos  
adolescentes”**



7. Em que ano escolar te encontras neste ano lectivo? \_\_\_\_\_ °

Ano

8. Reprovaste algum ano? Não  Sim

8.1. Se respondeste sim, quantas vezes? \_\_\_\_\_ Vezes

8.2. Em que ano (s)?

1.º  2.º  3.º  4.º  5.º  6.º

7.º  8.º  9.º

9. A adaptação escolar, foi feita com dificuldades? Não  Sim

9.1. Se respondeste sim, refere quais foram essas dificuldades.

---

---

---

10. Tens outras actividades, além da escola? Não  Sim

10.1. Se respondeste sim, quais são essas actividades?

---

---

---

11. Tens ou tiveste problemas de saúde? Não  Sim

11.1. Se respondeste sim, refere quais foram os problemas de saúde.

---

---

---

12. O que entendes por saúde?

---

---

---

13. Que comportamentos consideras de risco para a saúde?

---

---

---

14. Que comportamentos consideras benéficos para a saúde?

---

---

---

15. Sabes o horário de funcionamento da Extensão de saúde de Vila Nova de Anha?

Não

Sim

15.1 Se respondeste sim, como adquiriste esse conhecimento?

---

---

---

16. Conheces o tipo de consultas que se efectuam na extensão de saúde?

Não

Sim

16.1 Se respondeste sim, assinala quais.

16.1.1 Saúde Infantil

16.1.2. Saúde de Adolescentes

- |                          |                          |                              |                          |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| 16.1.3. Saúde Materna    | <input type="checkbox"/> | 16.1.4. Planeamento Familiar | <input type="checkbox"/> |
| 16.1.5. Saúde de Adultos | <input type="checkbox"/> | 16.1.6. Hipertensos          | <input type="checkbox"/> |
| 16.1.7. Diabéticos       | <input type="checkbox"/> | 16.1.8. Todas                | <input type="checkbox"/> |

16.2. Se assinalaste em cima a opção 16.1.2., refere como obtiveste o seu conhecimento.

---

---

---

17. Já recorreste às consultas para adolescentes? Não  Sim

17.1. Se respondeste sim, com que idade? \_\_\_\_\_ Anos

17.2. Refere o que se faz nessas consultas.

---

---

18. Quais são as tuas maiores dificuldades neste momento? (assinala da maior dificuldade, para a menor dificuldade, identificando através de números 1,2,3,4,5,6,7).

- |                              |                          |                             |                          |
|------------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| 18.1.1 A escola              | <input type="checkbox"/> | 18.1.2. A saúde             | <input type="checkbox"/> |
| 18.1.3. A falta de amigos    | <input type="checkbox"/> | 18.1.4. A família           | <input type="checkbox"/> |
| 18.1.5. Pertencer a um grupo | <input type="checkbox"/> | 18.1.6. Aceitar o teu corpo | <input type="checkbox"/> |
| 18.1.7. Outra                | <input type="checkbox"/> | Qual?                       |                          |

---

18.2. Para resolver o meu problema recorre em primeiro lugar:

- |                       |                          |                         |                          |
|-----------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| 18.2.1. Ao médico     | <input type="checkbox"/> | 18.2.2. Ao enfermeiro   | <input type="checkbox"/> |
| 18.2.3. A familiares  | <input type="checkbox"/> | 18.2.4. Ao professor(a) | <input type="checkbox"/> |
| 18.2.5. Ao catequista | <input type="checkbox"/> | 18.2.6. Aos amigos      | <input type="checkbox"/> |
| 18.2.7. Outro         | <input type="checkbox"/> |                         |                          |

Qual?

---

19. Assinala os elementos que trabalham na extensão de saúde de Anha:

- |                           |                          |                       |                          |
|---------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| 19.1.1. Médico(a)         | <input type="checkbox"/> | 17.1.2. Enfermeiro(a) | <input type="checkbox"/> |
| 19.1.3. Administrativo(a) | <input type="checkbox"/> | 17.1.4. Todos         | <input type="checkbox"/> |

20. Sentes-te preparado(a), para abordagem do tema adolescência e saúde?

- |                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| Nada                       |                            | a                          |                            | Muito                      |

21. Com os teus familiares, falas sobre a adolescência e a saúde?

- |                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| Nada                       |                            | a                          |                            | Muito                      |

22. Com os teus amigos, falas sobre adolescência e a saúde?

- |                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| Nada                       |                            | a                          |                            | Muito                      |

23. Na escola, falas sobre a adolescência e a saúde?

1

2

3

4

5

Nada

a

Muito

### **Anexo III – Questionário: “O Meu Estilo de Vida”**

## Questionário

Neste questionário pretendemos que descrevas o teu comportamento do dia-a-dia em diversas áreas que estão associadas à saúde. Por favor responde às afirmações que apareçam em baixo, utilizando os seguintes critérios:

A- Quase sempre (90% ou mais das vezes)

B- Com muita frequência (cerca de 75% das vezes)

C- Muitas vezes (cerca de 50% das vezes)

D- Ocasionalmente (cerca de 25% das vezes)

E- Quase nunca (menos de 10% das vezes)

	<i>Quase sempre</i>	<i>Com muita frequência</i>	<i>Muitas vezes</i>	<i>Ocasionalment e</i>	<i>Quase Nunca</i>
<i>Faço exercício físico intenso durante pelo menos 20 minutos por dia, duas vezes por semana.</i>	A	B	C	D	E
<i>Ando a pé ou de bicicleta diariamente</i>	A	B	C	D	E
<i>Pratico desporto que faz suar, pelo menos duas vezes por semana (por exemplo, corrida, ténis, natação, basquetebol, futebol, etc.)</i>	A	B	C	D	E
<i>Tenho cuidado com o que</i>	A	B	C	D	E

<i>como de modo a manter o peso recomendado para a altura que tenho</i>					
<i>Tenho cuidado com o que como, a fim de reduzir a ingestão de sal</i>	A	B	C	D	E
<i>Planifico a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes</i>	A	B	C	D	E
<i>Não bebo mais de duas bebidas alcoólicas por dia</i>	A	B	C	D	E
<i>Durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado</i>	A	B	C	D	E
<i>Mantenho as minhas vacinas em dia</i>	A	B	C	D	E
<i>Verifico anualmente a minha pressão arterial</i>	A	B	C	D	E
<i>Vou ao dentista anualmente verificar o estado dos meus dentes</i>	A	B	C	D	E
<i>Vou anualmente ao médico fazer um check-up</i>	A	B	C	D	E

<i>Quando viajo de carro no banco da frente, fora da cidade, coloco o cinto de segurança</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>E</i>
<i>Evito tomar medicamentos sem serem recomendados pelo médico</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>E</i>
<i>Evito fumar</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>E</i>
<i>Evito ingerir alimentos com gordura</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>E</i>
<i>Devido aos efeitos potencialmente perigosos da cafeína evito tomar bebidas tais como café, chá ou Coca-Cola</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>E</i>
<i>Evito utilizar estimulantes (anfetaminas ou outros), mesmo em épocas de exames</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>E</i>
<i>Evito tomar tranquilizantes</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>E</i>
<i>Evito ingerir alimentos que são feitos à base de açúcar (tais como bolos, chocolates, rebuçados, etc.)</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>E</i>
<i>Evito estar em ambientes saturados de fumo de tabaco</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>E</i>
<i>Evito os ambientes muito ruidosos</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>E</i>

<i>Evito os ambientes que tenham o ar poluído</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>E</i>
<i>Evito mudar de parceiro sexual</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>E</i>
<i>Evito ter relações sexuais com pessoas que mal conheço</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>E</i>
<i>Devido às doenças sexuais, evito ter relações sexuais sem tomar precauções</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>E</i>

Muito Obrigado pela Sua Colaboração