



**Luís Ricardo
Ribeiro Maia**

**PROMOÇÃO DE COMPORTAMENTOS DE
SAÚDE E ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS
NO ADOLESCENTE: O CONTRIBUTO DO
ENFERMEIRO DE FAMÍLIA**

Promotion of health behaviours and healthy lifestyles in
adolescents: the contribute of family nurse



**Luís Ricardo
Ribeiro Maia**

PROMOÇÃO DE COMPORTAMENTOS DE SAÚDE E ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS NO ADOLESCENTE: O CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

Promotion of health behaviours and healthy lifestyles in
adolescents: the contribute of family nurse

Relatório de Estágio de Natureza Profissional apresentado à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar, num consórcio entre a Universidade de Aveiro, a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e o Instituto Politécnico de Bragança, realizado sob a orientação científica da Doutora Célia Maria Abreu de Freitas Pires e coorientação científica do Doutor João Filipe Fernandes Lindo Simões, Professores Adjuntos da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho às pessoas que sabem que me são
especiais – à minha Família

O júri

Presidente

Professor Doutor João Paulo Almeida Tavares
Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Arguente

Professor Doutor Amâncio António de Sousa Carvalho
Professor Coordenador da Escola Superior de Saúde da Universidade de
Trás-os-Montes e Alto Douro

Orientadora

Professora Doutora Célia Maria Abreu de Freitas Pires
Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Agradecimentos

Dedico os meus especiais agradecimentos aos orientadores deste trabalho, Professora Doutora Célia Freitas (orientadora) e Professor Doutor João Simões (coorientador) por todo o tempo e apoio dedicados na concretização deste trabalho.

À Sr.^a Enfermeira Isabel Lopes por todo o conhecimento e experiência partilhada, assim como as reflexões na busca de uma prática mais fundamentada.

A todos os profissionais da USF Leme que, em certa medida, contribuíram para o desenvolvimento das minhas competências enquanto profissional de saúde e colaboraram na concretização do estudo.

Aos adolescentes e famílias que aceitaram participar no estudo pela disponibilidade demonstrada.

Às minhas colegas de trabalho pelo apoio e paciência acrescida nesta etapa da minha vida.

Por fim, mas mais importante à minha esposa, filhos e família pelo tempo que lhes roubei para poder concretizar este projeto, bem como todo o apoio e suporte que me deram.

A todos muito obrigado.

Palavras-chave Enfermagem Familiar, Promoção da Saúde, Estilo de Vida Saudável, Adolescente (DeCS)¹

Resumo No âmbito do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar foi realizado um Estágio de Natureza Profissional na USF Leme, do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga. Para além do desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Familiar, nesta unidade de saúde, foi realizado um trabalho de investigação centrado na problemática dos comportamentos promotores de saúde e estilos de vida saudáveis por parte dos adolescentes. A adolescência é uma fase da vida em que as oportunidades para a saúde são grandes e os padrões futuros da saúde do adulto são estabelecidos. A saúde na adolescência é o resultado de interações entre o desenvolvimento da infância e as mudanças específicas de papéis biológicos e sociais que acompanham a puberdade, moldadas por determinantes sociais e fatores de risco e proteção que afetam a aceitação de comportamentos relacionados à saúde.

O presente relatório tem como objetivos analisar critica e reflexivamente as aprendizagens que resultaram da prática desenvolvida na USF Leme; refletir sobre as competências desenvolvidas; apresentar todo o processo conceptual, metodológico e os resultados do estudo de investigação desenvolvido, integrado no referido Estágio que visou, de uma forma geral, identificar quais os comportamentos promotores de saúde e estilos de vida saudáveis dos adolescentes.

Optou-se pela realização de uma investigação quantitativa, com um desenho transversal do tipo descritivo e correlacional, com uma amostra por conveniência, constituída por 84 adolescentes. Tendo presentes os princípios éticos, no que diz respeito ao consentimento informado livre e esclarecido, ao anonimato e confidencialidade de dados, aplicou-se a Escala de Promoção de Saúde na Adolescência, entre dezembro de 2019 e março de 2020. Os dados foram tratados com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences*.

A amostra foi constituída por 53,57% de adolescentes do género feminino, com uma média de idades de $14,52 \pm 1,95$ anos. Verifica-se a existência de bons níveis de comportamentos promotores de saúde, com uma média de $145,30 \pm 20,27$, com um mínimo de 87 e máximo de 189, tendo a subescala “Nutrição” (média $3,88 \pm 0,56$) e “Exercício Físico” (média $3,82 \pm 0,85$) revelado melhores níveis de comportamentos promotores de saúde, em contraponto com a de “Gestão de *Stresse*” e “Responsabilidade pela Saúde” que obtiveram valores de média mais baixos, $3,49 \pm 0,69$ e $3,29 \pm 0,68$ respetivamente. Os níveis de comportamentos promotores de saúde são mais elevados no género masculino, nos adolescentes mais jovens, num nível de escolaridade mais baixo e cujos pais apresentam nível de formação superior.

Conclui-se que, com a realização do Estágio, foram desenvolvidas as competências previstas no regulamento n.º 428/2018, referente às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Quanto ao estudo de investigação, o enfermeiro de família deve investir na literacia e capacitação dos adolescentes, no âmbito das consultas de Saúde Infantil e Juvenil, de forma a incentivar a adoção de estilos de vida saudáveis, visando a obtenção de ganhos em saúde.

¹ Descritores em Ciências da Saúde - <http://decs.bvs.br/>

Keywords

Family nursing, Health Promotion, Healthy Lifestyle, Adolescent (DeCS)¹

Abstract

As part of the 2nd year of the Master's Course in Family Health Nursing, a professional internship was held at USF Leme, from the Grouping of Health Centres of Baixo Vouga. In addition to the development of specialized skills in Family Health Nursing, in this health unit, research work was carried out focused on the problem of health-promoting behaviours and healthy lifestyles by adolescents. Adolescence is a stage in life when opportunities for health are great and future standards of adult health are established. Adolescent health is the result of interactions between childhood development and the specific changes in biological and social roles that accompany puberty, shaped by social determinants and risk and protective factors that affect the acceptance of health-related behaviours.

This report aims to critically and reflexively analyse the learning that resulted from the practice developed at USF Leme; reflect on the skills developed; present the entire conceptual, methodological process and the results of the research study developed, integrated in the referred Internship, which aimed, in general, to identify which behaviours promote health and healthy lifestyles of adolescents.

We chose to carry out a quantitative investigation, with a cross-sectional design of the descriptive and correlational type, with a sample for convenience, consisting of 84 adolescents. Bearing in mind the ethical principles, regarding free and enlightened informed consent, anonymity and data confidentiality, the Adolescent Health Promotion Scale was applied between December 2019 and March 2020. The data were treated using the Statistical Package for the Social Sciences program.

The sample consisted of 53,57% of female adolescents, with an average age of $14,52 \pm 1,95$ years. There are good levels of health-promoting behaviours, with an average of $145,30 \pm 20,27$, with a minimum of 87 and a maximum of 189, with the subscale "Nutrition behaviour" (average $3,88 \pm 0,56$) and "Exercise behaviour" (average $3,82 \pm 0,85$) revealed better levels of health-promoting behaviours, in contrast to that of "Stress-Management" and "Health-Responsibility", which obtained lower average values, $3,49 \pm 0,69$ and $3,29 \pm 0,68$, respectively. The levels of health-promoting behaviours are higher in males, in younger adolescents, at a lower level of education and whose parents have a higher education level.

It is concluded that with the completion of the Clinical Practice, the competencies provided for Regulation No. 428/2018 referring to the Specific Competencies of the Specialist Nurse in Community Nursing in Family Health Nursing were developed. As for the research study, the family nurse should invest in the literacy and empowerment of adolescents, within the scope of Child and Youth Health consultations, in order to encourage the adoption of healthy lifestyles, to obtaining health gains.

¹ Descritores em Ciências da Saúde - <http://decs.bvs.br/>

Abreviaturas e siglas

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

CPS – Comportamentos Promotores de Saúde

EPSA – Escala de Promoção de Saúde na Adolescência

ESF – Enfermagem de Saúde Familiar

EVS – Estilos de Vida Saudáveis

HBSC – Health Behaviour in School-Aged Children

IPB – Instituto Politécnico de Bragança

OMS – Organização Mundial de Saúde

PS – Promoção da Saúde

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE

Sr.^a - Senhora

UA – Universidade de Aveiro

USF – Unidade de Saúde Familiar

UTAD – Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	16
1. CONTEXTUALIZAÇÃO.....	17
2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	21
CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO	27
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO	28
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	30
2.1. Adolescência como processo de transição	30
2.2. A adolescência e os estilos de vida saudáveis.....	32
2.3. Promoção de saúde e o contributo do Enfermeiro de Família	35
3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	39
3.1. Questão de investigação e objetivos.....	39
3.2. Tipo de estudo.....	40
3.3. População e amostra.....	40
3.4. Instrumento de recolha de dados	41
3.5. Procedimentos de recolha de dados e considerações éticas.....	44
3.6. Procedimentos de análise dos dados.....	45
4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	47
4.1. Caracterização sociodemográfica dos adolescentes e dos pais.....	47
4.2. Comportamentos de promoção de saúde e estilos de vida saudáveis dos adolescentes.....	49
4.3. Relação entre as características sociodemográficas dos adolescentes e dos pais e os comportamentos promotores de saúde dos adolescentes.....	52
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	58
6. CONCLUSÃO	64
6.1. Conclusões.....	64
6.2. Limitações do estudo	65
6.3. Implicações para prática profissional.....	66
SINTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO	68
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
ANEXOS	74

ANEXO I - Autorização para Utilização da Escala de Promoção da Saúde na Adolescência

ANEXO II - Parecer da Comissão de Ética da ARS do Centro

APÊNDICES

APÊNDICE I - Questionário de colheita de Dados

APÊNDICE II - Declaração de Consentimento Informado

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Pirâmide Etária da USF Leme Novembro de 2019	18
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Operacionalização das variáveis em estudo	42
Quadro 2 - Distribuição dos itens pelas subescalas da EPSA.....	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos adolescentes e dos pais (n=84)	48
Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica dos adolescentes segundo o género	49
Tabela 3 – Caraterização das pontuações por subescalas da EPSA (n=84).....	50
Tabela 4 – Caracterização dos comportamentos dos adolescentes de acordo com as questões da EPSA (n=84)	51
Tabela 5 - Relação entre as características sociodemográficas dos adolescentes e pais e o total da EPSA.....	53
Tabela 6 - Relação entre as características sociodemográficas dos adolescentes e pais e a subescala "Nutrição"	54
Tabela 7 - Teste de Tuckey do agregado familiar para a subescala de “Nutrição”	55
Tabela 8 - Comparações por Método <i>Pairwise</i> da Escolaridade do Adolescente para a subescala “Nutrição”	55
Tabela 9 - Relação entre as características sociodemográficas dos adolescentes e pais e a subescala "Suporte Social"	56
Tabela 10 – Relação entre as características sociodemográficas dos adolescentes e pais e a subescala “Responsabilidade pela Saúde”	56
Tabela 11 - Relação entre as características sociodemográficas dos adolescentes e pais e a subescala "Exercício Físico"	57

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito da unidade curricular de Estágio de Natureza Profissional, integrada no 1º semestre, do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar (ESF), lecionado em consórcio pela Universidade de Aveiro (UA) (Escola Superior de Saúde de Aveiro), Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD) (Escola Superior de Saúde de Vila Real) e o Instituto Politécnico de Bragança (IPB) (Escola Superior de Saúde de Bragança). O referido Estágio, foi realizado na Unidade de Saúde Familiar (USF) Leme, integrada no Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) do Baixo Vouga e Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro, de modo a fomentar e consolidar os conhecimentos técnico-científicos, desenvolvidos previamente nas unidades curriculares que integram o mestrado acima mencionado.

O Enfermeiro de Família é definido como sendo um profissional que, integrado na equipa multidisciplinar de saúde, lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da ESF, cuidando da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo de vida e nos diversos níveis de prevenção (Ministério da Saúde, 2014). Por sua vez, o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em ESF, define que o foco de cuidados centra-se nas dinâmicas internas da família e as suas relações, a estrutura familiar e o seu funcionamento, assim como, o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo familiar e com o meio envolvente, e que originam mudanças nos processos intrafamiliares e na interação da família com o seu ambiente, na promoção da saúde (PS) e gestão da doença. O mesmo documento ressalva ainda, que o enfermeiro de família é gestor e organizador de recursos, com vista ao máximo de autonomia daqueles a quem dirige a sua intervenção, sendo, para cada família, a referência e o suporte qualificado para a resposta às suas necessidades e para o exercício das funções familiares. Deste modo, é reconhecida a sua contribuição na PS individual, familiar e coletiva e prevenção da doença, potenciando a saúde do indivíduo no contexto familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).

A saúde é uma experiência holística, no entanto, pode ser encarada de forma fragmentada pelos profissionais de saúde. Embora o modelo biológico proporcionasse excelência tecnológica e atendimento sofisticado, focalizou a sua atenção na doença. Uma visão abrangente da saúde, vai além da prevenção de doenças e redução de fatores de riscos, enfatizando os recursos pessoais e sociais, assim como as capacidades físicas. Deste modo, é fundamental compreender a relevância de uma ampla definição de saúde para os indivíduos, nas suas experiências quotidianas nos diferentes contextos sociais (Williamson & Carr, 2009).

Com os avanços científicos ocorridos, assistiu-se a uma atualização e expansão do conceito de saúde, o que se traduziu na modificação da visão existente sobre a PS. Os esforços iniciais da PS concentravam-se na responsabilidade individual pela saúde e enfatizavam os determinantes comportamentais e as abordagens educacionais. No entanto, as evidências

atuais, demonstram que, os programas de PS, também devem abordar ambientes sociais e físicos, pois estes também contribuem para problemas de saúde (OMS, 2009; Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015).

Esta perspectiva mais abrangente de saúde, concede várias opções para a melhorar e não coloca a responsabilidade pelo baixo nível de saúde inteiramente no indivíduo. Durante o desenvolvimento humano, a definição de saúde muda, uma vez que, à medida que as crianças amadurecem e entram na adolescência, a sua definição de saúde torna-se mais abrangente e abstrata. Tendencialmente, a definição de saúde dos adolescentes, apresenta uma maior diversidade de dimensões (saúde física, mental, social e emocional) e uma menor ênfase na ausência de doenças. Os jovens entre os 16 e os 24 anos de idade, atribuem menor prioridade à saúde e, conseqüentemente, envolvem-se menos em comportamentos de saúde, do que os adolescentes na faixa etária dos 12 aos 15 anos e os adultos com 25 ou mais anos (Goddings, James, & Hargreaves, 2012).

A complexidade da família e a diversidade da vida familiar, em diferentes contextos étnicos, culturais e geográficos, representam um desafio para definir e promover a saúde da família. A definição tradicional de família, como duas ou mais pessoas que vivem juntas, relacionadas por casamento, sangue ou adoção, não é a mais adequada na sociedade atual. As famílias podem ser definidas por laços biológicos, legais ou emocionais, estejam as pessoas a habitar conjuntamente ou não. Uma definição ampla de família mais consensual refere-se a duas ou mais pessoas que dependem uma(s) da(s) outra(s) para apoio emocional, físico ou financeiro. Nesta definição, os membros da família são autodefinidos e podem incluir qualquer pessoa que se comprometa significativamente fora do casamento. É fundamental que, a variação na estrutura familiar, seja levada em consideração na definição e avaliação da saúde familiar (Pender et al., 2015).

Da mesma forma, o conceito de adolescência também tem evoluído, decorrente das transformações sociais e da estrutura e organização familiar, na medida em que, a idade de início da puberdade ocorre cada vez mais precocemente e a idade em que ocorre a maturação dos papéis sociais, são alcançados mais tardiamente. A saúde na adolescência é o resultado de interações entre o desenvolvimento pré-natal e a primeira infância e as mudanças específicas de papéis biológicos e sociais que acompanham a puberdade, moldadas por determinantes sociais e fatores de risco e proteção, que influenciam a aceitação de comportamentos relacionados com a saúde. A adolescência é uma fase da vida caracterizada pela crescente autonomia que os adolescentes vão adquirindo, e a experimentação de comportamentos de risco é uma realidade, cada vez mais presente, acarretando implicações na saúde física e mental futura. Para além disso, os padrões futuros de saúde do adulto são estabelecidos nesta idade, o que poderá contribuir para o aumento de doenças não transmissíveis nos adultos, assumindo, deste modo, a PS na adolescência um papel crucial (Sawyer et al., 2012).

Face à problemática anteriormente descrita, foi delineado um estudo de investigação integrado no Estágio de Natureza Profissional, previamente referido. Neste sentido, estabelecemos como objetivos deste relatório de Estágio, analisar critica e reflexivamente as aprendizagens que resultaram da prática desenvolvida na USF Leme, refletir sobre as competências desenvolvidas, analisando as dificuldades que daí emergiram, tendo em consideração diferentes pontos de vista, as soluções encontradas, assim como, a sua adequabilidade à prática da ESF. Constitui ainda objetivo deste documento, apresentar todo o processo conceptual, metodológico e os resultados do estudo de investigação desenvolvido, integrado no referido Estágio que visou, de uma forma geral, identificar quais os comportamentos promotores de saúde (CPS) e estilos de vida saudáveis (EVS) dos adolescentes e propor estratégias à equipa de saúde familiar da USF que possam ser desenvolvidas no âmbito da sua prática profissional, de forma a potenciar os ganhos em saúde.

De forma a concretizar os objetivos definidos, o presente relatório encontra-se estruturado num primeiro capítulo referente à análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências no âmbito do Estágio de Natureza Profissional, onde também é efetuada uma contextualização do local de Estágio. O segundo capítulo refere-se à apresentação do estudo empírico realizado ao longo do período de Estágio e respetivos resultados. Este integra uma breve contextualização do estudo, seguido de um enquadramento teórico, no qual se descreve o estado da arte sobre a adolescência e as transições familiares; a adolescência e os EVS; e a PS e o contributo do enfermeiro de família. Este capítulo apresenta ainda, o enquadramento metodológico do trabalho de investigação, no qual se expõe o tipo de estudo realizado, se descreve a população e amostra, a problemática e objetivos, assim como o instrumento de recolha de dados e os procedimentos utilizados na sua recolha e análise. Para finalizar este capítulo, são apresentados os principais resultados obtidos, com a respetiva discussão, terminando com uma síntese conclusiva onde constam as principais conclusões obtidas.

**CAPÍTULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

O referido Estágio de Natureza Profissional, decorreu na USF Leme em Ílhavo (distrito de Aveiro), no período de 23 de setembro de 2019 a 19 de fevereiro de 2020, num total de 480 horas, sob a orientação da Professora Doutora Célia Freitas e supervisão da Sr.^a Enfermeira Isabel Lopes, Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária na área da ESF.

A USF Leme é uma unidade funcional que integra o ACeS Baixo Vouga, pertencente à ARS Centro e encontra-se em funcionamento desde 2 de junho de 2014. Esta é constituída por uma equipa de cinco médicos, seis enfermeiros e 5 secretários clínicos. No que se refere à resposta assistencial, esta inclui as consultas de agudos, consultas programadas no âmbito dos programas de vigilância (Saúde Materna, Planeamento Familiar, Rastreio Oncológico, Saúde Infantojuvenil, Vigilância da Diabetes *Mellitus* e Hipertensão arterial) e consultas de intersubstituição, que se organizam entre si num horário de funcionamento entre as 8 horas e as 20 horas. Para além dos cuidados nestas consultas, cada enfermeiro de família assegura cuidados no âmbito do tratamento de feridas, quer na unidade de saúde, na qual dispõe, para o efeito, de sala de tratamento devidamente equipada, quer no domicílio dos utentes com recurso a táxi na deslocação para os mesmos (SPMS, 2019).

Quanto ao compromisso assistencial e de acordo com os SPMS (2019), a referida unidade funcional possui 9529 utentes inscritos a que correspondem 12529,50 unidades ponderadas, calculadas de acordo com o nº 4 do artigo 9.º do Decreto-Lei nº 73/2017 (Ministério da Saúde, 2017).

No que se refere às características da população inscrita nesta unidade, e decorrente da análise da sua pirâmide etária apresentada na Figura 1, podemos verificar que esta segue a tendência nacional, ou seja, alargamento da zona central e estreitamento da base e do topo, confirmando a tendência de envelhecimento populacional que ocorre atualmente. No que diz respeito à distribuição dos utentes por género, esta é muito equiparada, sendo que, da população inscrita, 47,61% (4537) são do género masculino e 52,39% (4992) são do feminino. Da observação da referida pirâmide, é possível ainda averiguar, que a faixa etária com mais utentes homens e mulheres é a dos 50-54 anos, com 371 e 391 indivíduos respetivamente. Analisando a população adolescente inscrita na USF, a qual será alvo do trabalho de investigação, podemos verificar que a maioria dos utentes entre a faixa etária dos 10-14 anos é do sexo masculino com 266 pessoas, enquanto que do género feminino temos 232, sendo que este predomínio do género masculino estende-se, também, à faixa etária entre os 15-19 anos, com 262 rapazes e 236 raparigas. De salientar que os utentes pertencentes quer de uma quer outra faixa etária representa 5,23% da população inscrita.

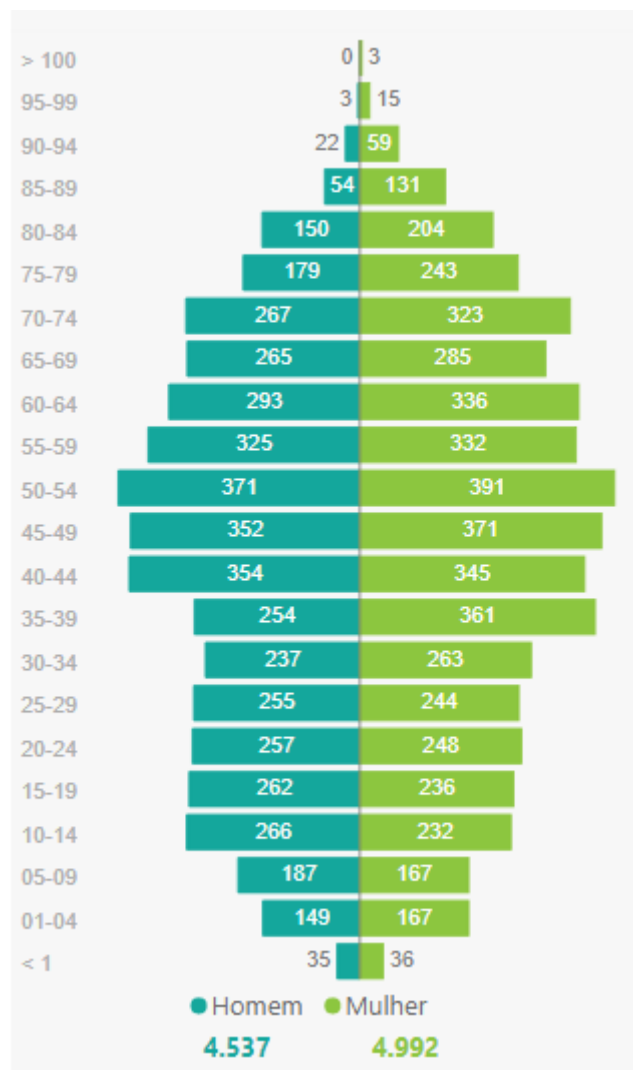


Figura 1 - Pirâmide Etária da USF Leme - Novembro de 2019 (SPMS, 2019)

Em virtude da saída de uma médica da equipa, é importante mencionar que, do total de inscritos, 16,30% dos utentes têm enfermeiro de família, mas não têm médico de família atribuído, o que corresponde a 1553 pessoas (SPMS, 2019).

Perante os dados evidenciados anteriormente, podemos comprovar que a USF Leme constituiu um campo privilegiado no alcance dos objetivos e no desenvolvimento das competências preconizados para o Estágio de Natureza Profissional, uma vez que apresenta bons indicadores de saúde e boas práticas profissionais na saúde familiar.

Deste modo, o Estágio teve em conta os seguintes objetivos: cuidar a família como uma unidade de cuidados; prestar cuidados específicos ao longo do ciclo vital e nos diferentes níveis de prevenção (primária, secundária e terciária); mobilizar os recursos da comunidade para a prestação de cuidados à família, capacitando-a face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento; identificar precocemente os determinantes da saúde, com efeitos na

saúde familiar e elaborar em parceria com a família métodos de gestão, promoção, manutenção e restabelecimento da sua saúde, identificando e mobilizando os recursos necessários para a promoção da sua autonomia (UA, IPB, & UTAD, 2019). Para além do referido, faziam parte dos objetivos do Estágio, desenvolver um estudo de investigação e elaborar um relatório.

De forma a proporcionar a consecução dos objetivos atrás descritos, no decurso do Estágio foram realizadas diversas atividades que possibilitaram a mobilização de conhecimentos adquiridos previamente no primeiro ano do mestrado e, consequentemente, proporcionar o desenvolvimento das competências exigidas neste âmbito, sempre sob supervisão da enfermeira tutora, mas tendo como objetivo a autonomia do estudante, sendo que estas foram orientadas pelos Padrões da Qualidade dos Cuidados de ESF.

Sendo assim, as duas principais competências a desenvolver ao longo do Estágio, prendiam-se com o cuidar da família como unidade de cuidados e prestar cuidados específicos nas diversas fases do ciclo de vida da família, nos diversos níveis de prevenção (primária, secundária e terciária), apresentando cada uma destas, várias unidades de competência, designadamente:

- reconhecer a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização, que lhe confere uma organização estrutural singular;
- conceber a família como uma unidade em transformação, sujeita a transições normativas resultantes dos processos desenvolvimentais inerentes ao ciclo vital;
- desenvolver o processo de cuidados em cooperação com a família estimulando a sua participação significativa em todas as fases do mesmo;
- realizar uma avaliação em qualquer contexto da prestação de cuidados à família nas dimensões estrutura, desenvolvimento e funcionamento;
- reconhecer situações de especial complexidade elaborando respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar;
- realizar e avaliar intervenções de modo a promover e a facilitar as modificações no funcionamento familiar (UA, IPB, & UTAD, 2019).

Para além do desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em ESF (Ordem dos Enfermeiros, 2018a), o Estágio possibilitou, também, o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, designadamente responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019). De salientar que o desenvolvimento destas competências será analisado no capítulo seguinte.

Concomitantemente ao desenvolvimento de aptidões subjacentes à prestação de cuidados à família, este Estágio foi, também, uma ocasião para desenvolver competências de investigação, já que, como referido previamente, no decurso deste Estágio foi aplicado um estudo que procura descrever a existência de CPS e de EVS das famílias com filhos adolescentes da USF Leme.

2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A realização deste Estágio de Natureza Profissional, proporcionou-me a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem numa área diferente daquela que é, atualmente, a da minha prática profissional e de outras ao longo do meu percurso profissional. Apesar disso, todo o caminho que fui realizando no decurso do meu exercício profissional, enquanto enfermeiro, quer na equipa de cuidados continuados integrados, quer no serviço de Urgência, a família assumiu sempre um papel crucial nos cuidados prestados. A preponderância da família em todo o processo do cuidar e o modo como cada elemento interage com os outros e com os recursos existentes na comunidade, de forma a adquirirem um valor exponencialmente maior que a soma das partes, logrou uma dimensão ainda maior na minha prática após a concretização deste Estágio, uma vez que tive a oportunidade de trabalhar com os vários elementos constituintes da família e, deste modo, compreender a importância que cada elemento representa nela.

A Ordem dos Enfermeiros (2018a) preconiza a aquisição de competências comuns no decurso do Estágio, nomeadamente responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. No que diz respeito à primeira, procurei orientar a tomada de decisão na observância da deontologia profissional; promover o exercício profissional tendo por base a deontologia profissional, na equipa de enfermagem; garantir o respeito pelo direito dos utentes no acesso à informação, assim como o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos.

Relativamente à competência de melhoria contínua da qualidade, fomentei a integração dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados; participei na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional; identifiquei oportunidades de melhoria; estabeleci prioridades de melhoria e selecionei estratégias de melhoria; colaborei na elaboração de guias orientadores de boa prática e na implementação de programas de melhoria contínua da qualidade, como por exemplo o plano de contingência para a COVID-19.

No que diz respeito à gestão de cuidados, colaborei nas decisões da equipa de saúde e na melhoria da informação para a tomada de decisão no processo de cuidar; reconheci quando devia referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde; utilizei os recursos de forma eficiente para promover a qualidade; reconheci os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa, fomentando um ambiente positivo e favorável à prática.

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais, foi a outra competência comum desenvolvida neste Estágio, uma vez que otimizei o autoconhecimento para ajudar a identificar fatores que podiam interferir no relacionamento com o utente e/ou equipa multidisciplinar;

reconheci os recursos e limites pessoais e profissionais; tive consciência da influência pessoal na relação profissional; geri sentimentos e emoções de modo a proporcionar uma resposta eficiente; procurei atuar como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos; e identifiquei lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação, realizando um estudo de investigação.

No que diz respeito às competências específicas do Enfermeiro Especialista em ESF, e analisando o regulamento n.º 428/2018 (Ordem dos Enfermeiros, 2018a), que define como competências específicas cuidar da família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diversos níveis de prevenção; e liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da ESF, é possível constatar uma concordância entre as competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros e as delineadas pelo guia orientador do Estágio (UA, IPB, & UTAD, 2019).

Com o intuito de melhor organizar este capítulo e refletir sobre o processo de formação e de desenvolvimento de competências em ambiente de Estágio, estas serão abordadas individualmente, muito embora todas se encontrem interligadas e, no processo da prestação de cuidados, foram aplicadas simultaneamente em consonância com a necessidade de cuidados de cada utente e/ou família.

Nesta descrição reflexiva acerca do desenvolvimento de competências, inicia-se pela unidade de competência: **“Reconhece a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização, que lhe confere uma organização estrutural específica”**. Enquanto unidade sistémica, a família é o espaço privilegiado de intervenção do Enfermeiro de Saúde Familiar, requerendo a capacidade para compreender as interações estabelecidas entre os vários elementos da família, entre os seus constituintes e os recursos presentes na comunidade e entre os múltiplos subsistemas existentes no sistema familiar, conferindo uma unicidade própria e impossível de replicar (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).

No decurso das consultas de enfermagem realizadas, o conceito de família, a sua importância e o papel de cada indivíduo estiveram sempre subjacentes às intervenções de Enfermagem. Foi possível reconhecer comportamentos e atitudes que, concebendo a família enquanto sistema social ou unidade constituída por subsistemas, explicavam a reciprocidade em influenciar e/ou serem influenciados mutuamente entre si ou por outros sistemas. Neste sentido, houve uma necessidade constante de avaliar as interações existentes entre os vários elementos, nomeadamente através da análise da comunicação verbal e não verbal, com o intuito de adequar os cuidados prestados, de modo a satisfazer as necessidades identificadas.

O facto da USF ter um número significativo de utentes/famílias inscritos de etnia cigana, requereu um esforço adicional, no sentido de adquirir conhecimentos sobre a estrutura e

organização familiar e a relação com a comunidade, de forma a poder adaptar as intervenções e cuidados realizados, sempre com o propósito de desenvolver o potencial familiar.

O conhecimento da cultura, paralelamente ao contexto económico e social das famílias, avaliado mediante a aplicação da escala de *Graffar* (Fausto, 2001), possibilitou a adequação do plano de cuidados, elaborado conjuntamente com o utente/família, à sua realidade, estabelecendo-se objetivos realistas; e ao papel de cada indivíduo, de modo a potenciar as capacidades e competências da família com a finalidade última da melhor estabilidade possível enquanto sistema.

Relativamente à unidade de competência: **“Concebe a família como uma unidade em transformação, sujeita a transições normativas decorrentes dos seus processos desenvolvimentais inerentes ao ciclo vital”**, foi-me possível identificar a família como unidade sujeita a transformações resultantes das transições previstas no ciclo vital e prestar cuidados específicos nas várias fases. As transformações decorrentes do ciclo vital tornam-se expectáveis, na medida em que se trata de um percurso transversal previsível a todas as famílias, sendo distinta a vivência e o impacto que têm nas relações entre os vários subsistemas. Simultaneamente às transições desenvolvimentais, podem ocorrer transições de saúde/doença e/ou situacionais que podem ser geradoras de comportamentos disruptivos nos diversos níveis da organização familiar, assumindo o Enfermeiro de Família um papel fulcral na identificação destes fatores de *stress* e na atuação em consonância com o plano estabelecido com a família, de modo a reestabelecer o equilíbrio (Meleis, 2010).

O Estágio conferiu-me a oportunidade de estabelecer uma relação terapêutica com várias famílias nas diferentes fases do seu ciclo vital e desenvolver um trabalho colaborativo com as mesmas de modo a facilitar a transição e adaptação às transformações causadas, considerando a família como um todo e os seus membros individualmente, no reconhecimento de fatores de *stress* e das necessidades de cada um, de forma a prestar cuidados individualizados e apropriados nos diversos níveis de prevenção em saúde. Com efeito, em todas as consultas de Enfermagem realizadas no âmbito do programa de saúde materna, planeamento familiar, saúde infantil e juvenil, da diabetes e do idoso foi possível prestar cuidados a famílias em transformação, cujos cuidados se concentraram na avaliação do estado de saúde/doença e na fase de desenvolvimento em que cada utente/família se encontrava, ajustando as intervenções e as estratégias de educação para a saúde às necessidades identificadas. Um exemplo desta adequação de intervenções foi a necessidade de um utente com diabetes adotar um cão de forma a voltar a realizar caminhadas, uma vez que tinha perdido o seu antigo cão com o qual, diariamente, fazia os seus passeios.

Na unidade de competência **“Desenvolve o processo de cuidados em colaboração com a família estimulando a participação significativa em todas as fases do mesmo”**, foi-me possível, mediante a utilização dos modelos conceptuais, realizar a colheita de dados, identificar as forças e recursos da unidade familiar, assim como de cada um dos seus

elementos, incentivar os membros da família a idealizarem soluções promotoras de mudança, tendo em consideração as potencialidades do sistema familiar. Sempre que contactei com as famílias, foi efetuado o reconhecimento da fase do ciclo vital em que se encontravam de forma a identificar as necessidades e preocupações, promovendo, desta forma, a prestação de cuidados personalizados.

Neste sentido, gostaria de salientar uma consulta de Enfermagem no âmbito do Programa Nacional para a Prevenção e o Controlo da Diabetes, pois, aquando da colheita de dados, verificou-se que a utente apresentava hiperglicemia e hipertensão e, tendo em vista a identificação dos fatores determinantes das alterações nestes parâmetros, foi possível reconhecer uma transição situacional geradora de *stress* e conflito nesta família, mais concretamente entre o marido e um filho que se encontrava emigrado e com o qual não mantinha relacionamento. Mediante a aplicação de modelos conceptuais e teorias de avaliação e intervenção familiar, designadamente o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (Figueiredo, 2012), foi possível enumerar as forças e recursos de cada elemento da unidade familiar, estabelecer soluções e objetivos personalizados, de forma a permitir o alcance da estabilidade familiar e, conseqüentemente, a normalização dos valores de glicemia e tensão arterial.

Ainda no desenvolvimento desta unidade de competência, destaca-se a utilização de diversos instrumentos existentes no Sclínico, para a recolha de dados que possibilitaram a sistematização da avaliação dinâmica e ecológica da unidade familiar, designadamente o Índice de *Graffar* (Fausto, 2001), ciclo de vida de *Duvall* (Relvas, 1996) e escala de risco familiar de *Segovia-Dreyer* (Dreyer, 1984).

A unidade de competência **“Realiza avaliação, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados à família nas dimensões estrutura, desenvolvimento e funcionamento”**, encontra-se intrinsecamente relacionada com a anterior, tendo sido possível avaliar o funcionamento da família e seus constituintes simultaneamente, levando em consideração os vários pontos de vista, as suas crenças e valores, o estágio de ciclo vital e suas preocupações relacionadas com a saúde, de forma a identificar os seus pontos fortes e limitações.

Um exemplo da concretização desta unidade de competência, foi a possibilidade de efetuar consultas de saúde materna a uma família e, posteriormente, realizar a visita domiciliária no pós-parto à puérpera e ao recém-nascido, nas quais foi possível trabalhar o processo de transição desenvolvimental que a família se encontrava a vivenciar. A reestruturação do funcionamento familiar e dos seus membros perante as novas exigências, as preocupações da família com a adaptação ao papel parental, o reconhecimento dos recursos da família e comunidade, facilitadores do desenvolvimento enquanto família, assim como educação para a saúde sobre a gravidez, parto e puerpério foram algumas das intervenções realizadas.

Tendo em consideração a complexidade do sistema familiar e de alguns instrumentos de avaliação familiar, o facto de o Estágio ter sido realizado numa região que, em parte, não me é

familiar e numa área profissional na qual não exerço diariamente, a consecução desta unidade de competência revestiu-se de alguma dificuldade, tendo tido necessidade de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências, nomeadamente, no que se refere às escalas de avaliação e intervenção familiar e a noção dos recursos existentes na comunidade, de forma a corresponder ao desafio de prestar cuidados de Enfermagem fundamentados e individualizados.

No que diz respeito à unidade de competência **“Reconhece situações de especial complexidade formulando respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar”**, tive a oportunidade de reformular o plano de cuidados mediante o reconhecimento de novos focos de atenção em virtude da alteração do funcionamento da família ou de necessidades específicas, na procura constante da recuperação ou manutenção da saúde e do bom funcionamento familiar. Subjacente a este processo esteve sempre presente um pensamento crítico-reflexivo que tive oportunidade de partilhar com a Enfermeira tutora, o que se traduziu numa maior eficiência na identificação de situações que comprometiam o desenvolvimento familiar.

Neste sentido, gostaria de salientar a experiência que tive com uma família reestruturada com um filho adolescente, em que a mãe apresentava muita dificuldade em comunicar com ele e perceber os problemas com os quais se estava a deparar. Na consulta de Enfermagem, optou-se por fazer uma abordagem, primeiramente, individual de cada elemento e, secundariamente, conjuntamente. Foram exploradas as estratégias de aperfeiçoamento de comunicação entre os elementos presentes e restantes constituintes da família, fortalecimento dos vínculos familiares e da família com os recursos da comunidade, desenvolvimento de uma melhor relação entre a mãe, a escola e Comissão de Proteção de Crianças e Jovens e encaminhamento para ajuda diferenciada de outros profissionais de saúde, tendo resultado numa maior partilha de problemas e preocupações entre o filho e a mãe.

A última unidade de competência é: **“Realiza e avalia intervenções de modo a promover e a facilitar as mudanças no funcionamento familiar”**. Ao longo de todo o Estágio tive a oportunidade de priorizar os problemas identificados, de acordo com a perceção da família, colaborar com a família para enfrentar transições saúde/doença, fazendo emergir os seus recursos internos e externos que possibilitassem a consecução dos objetivos negociados, tendo sempre em consideração o seu contexto.

O desenvolvimento de competências por parte do utente/família, nomeadamente no que se refere ao reconhecimento dos problemas emergentes e às transformações forçadas em virtude das alterações no processo saúde/doença, esteve sempre presente na minha prática. Esta capacitação foi efetuada dotando o utente/família de informação, ajudando-os e potenciando a sua proatividade na adoção de comportamentos que facilitassem as modificações desejadas para manter o equilíbrio e o funcionamento familiar.

Neste âmbito, gostaria de referir as consultas de Enfermagem do Programa Nacional para a Prevenção e o Controlo da Diabetes, na qual procurei identificar os estilos de vida do utente e família, na medida em que, muitas vezes, estes encontravam-se fortemente condicionados pelo estatuto socioeconómico, hábitos alimentares enraizados há muitos anos e de origem cultural, inexistência de família próxima ou até mesmo pela existência de familiares dependentes, o que se traduzia num condicionamento das intervenções de educação para a saúde a realizar. Simultaneamente, procurei obter um comprometimento da família com os objetivos negociados e explorar outros recursos que possibilitassem a maximização do seu potencial de saúde.

Perante as atividades realizadas e as aprendizagens que resultaram do Estágio creio poder afirmar que os objetivos propostos foram atingidos, tornando-me, assim, um Enfermeiro com competências acrescidas no cuidar da família como unidade de cuidados, promovendo a sua capacitação, focando-me na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo ciclo vital e suas transições, e na gestão, articulação e mobilização de recursos necessários à prestação de cuidados da família (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).

CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo aborda a temática “Promoção de comportamentos de saúde e estilos de vida saudáveis no adolescente: O Contributo do Enfermeiro de Família”. A escolha desta temática emerge da relevância e da atualidade da mesma, conjugado com a necessidade de analisar os comportamentos de saúde dos adolescentes para que a intervenção do Enfermeiro de Família vá ao encontro das suas necessidades, utilizando estratégias de educação para a saúde com o intuito de promover comportamentos e EVS.

A adolescência é considerada um momento crítico da vida, no qual os indivíduos se tornam independentes, estabelecem novos relacionamentos, desenvolvem habilidades sociais e aprendem comportamentos que persistirão para sempre. Nesta fase da vida, ocorre uma transição que é caracterizada por consideráveis modificações biológicas, cognitivas, de personalidade, sociais, neurológicas, físicas e emocionais que ocorrem muito rapidamente e durante a qual os jovens enfrentam uma diversidade de riscos para a saúde (Feldman, 2008).

As transições desenvolvimentais são processos complexos e dinâmicos que englobam os estádios de crescimento, sendo que uma das mais significativas é a passagem da infância para a adolescência, podendo estar associada a problemas decorrentes da formação de identidade, abuso de substâncias, doenças ou gravidez não desejada (Meleis, 2010).

Tendo em consideração o referido previamente e a constatação de que a adoção de estilos de vida se definem nesta fase, a saúde dos adolescentes começa a ser alvo de um maior enfoque nas iniciativas globais de saúde, como por exemplo o programa “*Global Strategy for Women’s, Children’s and Adolescents’ Health*” da Organização Mundial de Saúde (OMS), ou o “*Healthy People 2020*” dos Estados Unidos da América (OMS, 2019).

A PS abrange não só as ações que visam o desenvolvimento de competências e capacidades individuais, mas, igualmente, ações dirigidas à mudança das condições ambientais, económicas e sociais (Baisch, 2009). Este é um processo que capacita os indivíduos, as famílias e comunidades para desenvolver domínio sobre os determinantes dos seus comportamentos de saúde, adotando um papel mais ativo (Baisch, 2009; Pender et al., 2015).

É amplamente aceite que as principais ameaças à saúde dos adolescentes atualmente são comportamentos de risco evitáveis, nomeadamente, a atividade física e nutrição inadequadas, o comportamento sexual que pode levar a gravidez indesejada ou a infeções, o uso e abuso de substâncias e os distúrbios mentais (Ortabag, Ozdemir, Bakir, & Tosun, 2011; Sawyer et al., 2012). Assim, programas de saúde que incluam nutrição, atividade física, responsabilidade pela saúde, gestão de *stress*, apoio social e autoestima podem ajudar os adolescentes a adotar e manter comportamentos saudáveis (Matos et al., 2018; Scioli, Biller, Rossi, Riebe, & Scioli, 2009; Tomás, 2014).

A PS e a prevenção da doença são primordiais para diminuir a necessidade de cuidados de saúde pelos jovens (Lee, 2009). O Enfermeiro de Família possui as competências para estabelecer uma relação com a família de forma a promover a saúde, prevenir doenças e controlo de situações complexas, assim como intervir de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar familiar, considerando a influência das etapas de desenvolvimento familiar e individual, as crenças culturais e espirituais, os fatores ambientais e recursos familiares na resposta a situações complexas (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

Tendo em consideração os contributos que a PS pode vir a ter nos ganhos em saúde dos adolescentes, não só presentes, como futuros, foi formulada a seguinte questão de investigação no âmbito do referido estudo:

- Quais os fatores que influenciam os CPS e EVS dos adolescentes nascidos entre 2001 e 2008 inclusive, inscritos na USF Leme?

Para dar resposta à questão anterior, definiu-se o seguinte objetivo geral:

- Identificar os fatores que influenciam os CPS e de EVS dos adolescentes nascidos entre 2001 e 2008 inclusive, inscritos na USF Leme.

O presente capítulo, dedicado à apresentação do estudo empírico, para além da atual contextualização, possui um segundo ponto com o enquadramento teórico, no qual é abordada a problemática da adolescência e as transições familiares, a adolescência e os EVS e a PS e o contributo do Enfermeiro de família. Segue-se o ponto três, dedicado ao enquadramento metodológico, em que se descreve a questão de investigação e os objetivos, o tipo de estudo, a população e a amostra, o instrumento de recolha de dados e as considerações éticas e os procedimentos de análise de dados. Termina-se este capítulo com o ponto quatro e cinco, onde se realiza a apresentação e discussão dos resultados e por último as conclusões do estudo.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Tendo em consideração a visão da família como foco dos cuidados de enfermagem e, partindo do pressuposto, que esta tem um papel fundamental nos comportamentos de saúde ou em situação de doença, assume especial interesse conhecer a relevância da família no desenvolvimento de comportamentos e EVS. O conceito de família é entendido numa perspetiva sistémica, que incorpora um complexo de relações entre os membros e as suas dimensões evolutivas e contextuais e que lhe conferem um percurso identitário único (Pender et al., 2015). O enfermeiro, ao focar a sua atenção na família, enquanto entidade dinâmica, com um ciclo de vida próprio e com capacidade de adaptação às circunstâncias com que se depara, tem a possibilidade de avaliá-la, de forma sistémica, e definir diagnósticos que fundamentem as intervenções específicas, para a adaptação da família às transições vivenciadas (Tomás, 2014).

Atendendo à relevância da família na definição de comportamentos de saúde do adolescente em fase de transição e do papel que o Enfermeiro de Família poderá desempenhar neste processo, será realizado, em seguida, um enquadramento teórico resultante da revisão da literatura sobre a temática da adolescência como processo de transição, os EVS durante a adolescência e o contributo do Enfermeiro de Família na PS.

2.1. Adolescência como processo de transição

O termo “adolescente”, etimologicamente, tem origem da palavra em latim *adolescere*, que significa crescer, brotar, fazer-se grande (Fonseca, 2017). De acordo com este autor, a definição mais consensual de adolescência refere-se ao período da vida compreendido entre os 10 e os 19 anos inclusive, sendo este o modo como atualmente a Organização Mundial de Saúde e a Direção Geral de Saúde o definem. No entanto, precisar o começo e o *términus* da adolescência é uma tarefa difícil, na medida em que, para além do desenvolvimento ser progressivo, existem modificações a variados níveis que ocorrem uns antes de outros (Feldman, 2008).

Considerando que a adolescência se encontra estreitamente relacionada com o desenvolvimento pubertário da pessoa, poder-se-ia assumir que esta começa com o surgimento dos caracteres sexuais secundários e que concluir-se-ia com o fim do crescimento somático, podendo iniciar-se antes dos 10 anos e/ou terminar após os 19 anos (Fonseca, 2017). Apesar do referido e, tendo em linha de conta a importância crescente que os aspetos comportamentais da adolescência têm assumido, o mesmo autor defende que esta é melhor definida como sendo um processo de desenvolvimento biopsicossocial, o qual pode ser

iniciado previamente ao começo da puberdade e perdurar depois de finalizado o crescimento somático, fazendo com que a criança se transforme num adulto em toda a sua plenitude física, social e psíquica.

A adolescência é uma fase desenvolvimental entre a infância e a idade adulta, na qual os adolescentes já não são crianças, assim como ainda não são adultos. Esta fase da vida constitui-se, deste modo, como uma das mais intensas e decisivas, acontecendo um desenvolvimento significativo, assim como alterações a nível biológico, cognitivo, social, emocional e de personalidade. É de salientar que, todas estas modificações, ocorrem mais rapidamente do que em qualquer outra etapa do ciclo vital (Feldman, 2008; V. Gaete, 2010).

Inúmeras transições acontecem durante o crescimento e desenvolvimento, sendo que, uma das transições desenvolvimentais mais importantes, e que pode estar relacionada com problemas de saúde psicossocial, biológica e fisiológica, é a transição da infância para a adolescência, na medida em que se verifica a possibilidade de estar associada a problemas dela resultantes, como são o caso do abuso de substâncias, gravidez indesejada, doenças sexualmente transmissíveis ou problemas de construção de identidade (Meleis, 2010).

De acordo com Meleis (2010), o termo transição é um conceito familiar, nas teorias do desenvolvimento e de *stress* e adaptação, acomodando tanto as continuidades, como as descontinuidades no processo de vida. Este encontra-se invariavelmente relacionado com as mudanças e o desenvolvimento, sendo estes dois temas pertinentes para a Enfermagem. Sobreposto às transições desenvolvimentais, encontram-se outras formas de transição, mais diretamente ligadas a eventos situacionais, organizacionais ou de saúde-doença. Segundo a referida autora, as transições são os períodos que decorrem entre fases de estabilidade, podendo ser desencadeadas por acontecimentos não controlados pelo indivíduo ou podem ocorrer por iniciativa deste. A transição refere-se conjuntamente ao processo e ao resultado de uma interação complexa pessoa-ambiente (Meleis, 2010).

Se formos verificar a etimologia do termo transição, este deriva do latim *transire*, que significa atravessar (Meleis, 2010). Nesta teoria, segundo a referida autora, transição conceptualiza-se como uma passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro, sendo um conceito múltiplo que envolve os elementos processo, intervalo de tempo e percepção. O processo sugere fases e sequência e envolve quer a rutura que a transição propicia, assim como, a resposta da pessoa a essa interferência. O intervalo de tempo remete para um fenómeno contínuo, mas circunscrito, estendendo-se desde a antecipação da transição até à consecução da estabilidade no novo status. A percepção está relacionada com o significado que a transição tem para a pessoa que a experiencia, refletindo como a ambiguidade de papeis e a ameaça ao autoconceito são vivenciadas.

Uma característica importante da transição é que ela é essencialmente positiva, dado que a sua concretização implica que a pessoa tenha almejado um período de maior estabilidade comparativamente ao anterior. Mesmo que o status pós-transição, comparativamente ao status

pré-transição, pareça não incrementar valor, não significa que a transição não seja positiva, uma vez que a sua conclusão denota que o potencial de perturbação e desorganização relacionado com as circunstâncias precipitantes foi controlado (Hattar-Pollara, 2010).

As transições pertencem ao domínio da Enfermagem quando estão associados à saúde ou doença ou quando, as respostas a essas transições, se manifestam através de atitudes relacionadas com a saúde. Concomitantemente, as transições oferecem ferramentas para interpretar as interações pessoa-ambiente, em termos dos seus efeitos reais e potenciais na saúde, assim como, influenciam a resposta a problemas de saúde, ou até os comportamentos adotados face a problemas de saúde atuais ou futuros (Meleis, 2010).

Os enfermeiros são, frequentemente, os primeiros cuidadores dos utentes e das respetivas famílias que vivenciam as transições, na medida em que se focalizam nas modificações e necessidades que as transições acarretam para os hábitos de vida diários das pessoas e famílias, assim como os preparam para transições iminentes simplificando o processo de aquisição de novas competências relacionadas com a saúde (Meleis, 2010).

2.2. A adolescência e os estilos de vida saudáveis

Os EVS na adolescência, têm sido alvo de vários estudos, adquirindo uma relevância cada vez maior na investigação científica (D. Wang, Ou, Chen, & Duan, 2009). A adolescência é uma fase crítica da vida caracterizada pelo rápido desenvolvimento biológico, emocional e social. É durante este período que as pessoas desenvolvem a capacidade necessária a uma vida produtiva, saudável e satisfatória. No sentido de garantir uma transição adequada para a idade adulta, os adolescentes necessitam de ter acesso a educação para a saúde, serviços de saúde com qualidade e um ambiente favorável tanto em casa, como nas comunidades e países (Laski, 2015).

A adolescência é um período marcante, durante o qual são iniciados a maioria dos comportamentos de risco ou de proteção que podem influenciar a saúde geral da pessoa na idade adulta. É uma fase em que se verifica um desejo pela novidade, conjuntamente com a curiosidade de experimentar comportamentos novos e, frequentemente, prejudiciais (Peate, 2016). Se aqueles que prestam cuidados de saúde e sociais não conseguirem cuidar da saúde do adolescente de um modo efetivo, isso pode resultar em efeitos nocivos na saúde do adulto e em desigualdades sociais e de saúde, visto que é nesta fase que são estabelecidos os padrões futuros de saúde. O foco na adolescência é essencial ou deve ser, para o sucesso de várias metas de saúde pública, incluindo os objetivos de reduzir a mortalidade infantil e materna, conjuntamente com uma maior ênfase na saúde mental e doenças não transmissíveis (Marques, Loureiro, Avelar-Rosa, Naia, & Matos, 2018; Peate, 2016; Sawyer et al., 2012).

A OMS (2015) afirma que os adolescentes estão incluídos na Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, Crianças e Adolescentes, uma vez que são essenciais para tudo o que se deseja alcançar. Globalmente, os adolescentes constituem aproximadamente um quarto da população mundial, pelo que estratégias que reconheçam e se concentrem na adolescência, em vez de se concentrarem apenas em metas de saúde específicas, podem oferecer oportunidades importantes que melhorarão a saúde e o bem-estar não só na adolescência, como na vida adulta. Essas oportunidades têm o potencial de beneficiar não apenas diretamente os jovens, mas também de obter ganhos abrangentes em saúde e bem-estar para a saúde dos adultos e para o desenvolvimento económico nacional (Peate, 2016).

De modo a que se verifique uma transição bem-sucedida da adolescência para a fase adulta, requer-se mais do que evitar drogas ou violência, sendo que os adolescentes que não apresentem riscos, não são, necessariamente, saudáveis. Em vez disso, o objetivo passa por ajudar os adolescentes a aprender como tomar decisões que os tornem não só física e emocionalmente funcionais, mas também, prepará-los para decisões, ainda mais complexas relacionadas com a saúde na idade adulta (Elster, 2008; Laski, 2015).

O foco de intervenção deve ser a promoção dos recursos sociais e pessoais, bem como nas capacidades que lhes permitam um funcionamento psicossocial salutar, em vez de estratégias que reduzam comportamentos de risco. Este tipo de abordagem engloba várias estruturas conceptuais, sendo que, genericamente, visa a promoção de fatores protetores, resiliência ao *stress* e o desenvolvimento positivo. De salientar que este desenvolvimento positivo incorpora em si, pelo menos, três dimensões, designadamente: fomentar resultados positivos e específicos para a idade, foco na pessoa, na sua totalidade em detrimento de um problema específico, e potenciar as interações sociais com a família, escola e comunidade (Elster, 2008; Laski, 2015).

Um estudo realizado por Chen, Wang, Yang, e Liou (2003), autores da EPSA, realizado na Tailândia a 1128 adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 22 anos de idade, permitiu concluir que os adolescentes apresentam bons níveis de CPS, tendo obtido uma média de 129 pontos e uma mediana de 130, tendo as respostas oscilado de 51 a 176 pontos.

Por sua vez, D. Wang et al. (2009), num estudo realizado na China, defendem que os adolescentes que vivem em casa dos pais, designadamente, os estudantes do ensino secundário, apresentam maior “Responsabilidade pela Saúde”, tendo em conta que os pais lhes recordam da necessidade de determinados comportamentos saudáveis, enquanto que os estudantes do ensino superior apresentam níveis mais elevados de *stress* associados à necessidade de tomar decisões de forma independente, de proporcionar o seu desenvolvimento e de estabelecer relações interpessoais saudáveis. Estes mesmo alunos do ensino superior, segundo o referido autor, apresentam também uma menor frequência de comportamentos saudáveis, no que respeita ao “Suporte Social”, “Apreciar a Vida” e Exercício Físico”, fruto da pressão provocada pelo trabalho e necessidade de apresentar resultados.

Um estudo realizado em *Taiwan* (R.-H. Wang, Hsu, Lin, Cheng, & Lee, 2010), que pretendia estudar os fatores de risco e os fatores protetores dos comportamentos de risco dos adolescentes, permitiu concluir que a relação entre a estrutura familiar e os comportamentos de risco é afetada pela interação conjunta entre outros fatores protetores e de risco. O *stresse* diário, os comportamentos de risco adotados pela figura materna e os comportamentos de risco praticados pelos pares explicam, de forma significativa, os comportamentos de risco nesta faixa etária.

Ortabag et al. (2011), na Turquia aplicaram a EPSA a uma amostra de 1351 adolescentes, de ambos os géneros, com idades compreendidas entre os 11 e os 19 anos. Os resultados obtidos permitiram concluir que, as raparigas apresentaram níveis mais elevados de CPS totais que os rapazes; e o grupo de adolescentes com idades entre os 11 e 14 anos apresentou valores mais elevados de CPS totais do que o grupo com idade compreendida entre os 15 e 19 anos.

Por seu turno, Tomás (2014) traduziu e validou a EPSA em Portugal numa amostra de 1213 adolescentes com um intervalo de idades entre os 14 e os 22 anos. Nesse estudo, foram aplicados questionários a adolescentes a frequentar o ensino secundário do distrito de Leiria, de duas escolas distintas, tendo sido possível concluir que os níveis de CPS na amostra eram bons, com uma média total de 148 pontos, sendo mais elevados nas raparigas do que nos rapazes na subescala “Suporte Social” e “Responsabilidade pela Saúde”, enquanto que na subescala “Exercício Físico” verificou-se o oposto, com os rapazes a obterem melhores médias. No que diz respeito à análise de acordo com as idades, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas, apresentando os mais novos melhores CPS, comparativamente com os mais velhos, no total da escala e nas subescalas “Suporte social”, “Nutrição” e “Exercício Físico”.

Sousa, Gaspar, Fonseca, Hendricks, e Murdaugh (2015) realizaram um estudo no qual utilizaram como instrumento de avaliação o Perfil de Estilo de Vida Adolescente, com o intuito de mensurar a frequência de CPS em adolescentes. A escala foi aplicada a 236 adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos de idade. Concluiu-se que os adolescentes do género feminino apresentavam pontuações médias mais elevadas na “Responsabilidade pela Saúde”, “Relações Interpessoais” e “Saúde Espiritual”, enquanto que os adolescentes do género masculino relataram pontuações médias mais elevadas na Atividade Física.

Em Portugal, o estudo *Health Behaviour in School-Aged Children* (HBSC) 2018, realizado por Matos e Equipa Aventura Social (2018), foi o mais recente estudo de comportamentos de saúde e estilos de vida dos adolescentes. Foi concretizado com recurso a uma amostra de 6997 adolescentes de ambos os géneros, a frequentar o 6º, 8º e 10º anos de escolaridade e com 11, 13 e 15 anos de idade. Foram avaliados, para além de outros parâmetros, os hábitos dos adolescentes relacionados com a alimentação, sono, higiene, imagem corporal, prática de

exercício físico, atividade de tempos livres, relações de amizade, ambiente familiar, ambiente escolar, bem-estar, estratégias pessoais e interpessoais. Em relação à atividade física, o referido estudo revela que a maioria (52,50%) afirma praticar atividade física três ou mais vezes por semana, sendo estes valores mais elevados nos alunos do sexto ano (71,90%), diminuindo à medida que o ano de escolaridade aumenta. No que diz respeito ao género, são os rapazes que mais praticam exercício físico, comparativamente com as raparigas. Estudaram-se, também, os hábitos alimentares dos adolescentes verificando-se que, a sua maioria refere tomar o pequeno-almoço todos os dias durante a semana (71,80%), sendo os rapazes os mais representados e os adolescentes do 6º ano afirmam realizá-lo mais do que os do 10º ano. Em relação ao consumo de frutas e vegetais, 25,90% referem que consomem fruta mais do que uma vez por dia e 16,20% afirmam comer vegetais mais do que uma vez por dia, sendo este comportamento mais frequente nas raparigas e nos mais jovens (Matos & Equipa Aventura Social, 2018; Matos et al., 2018).

2.3. Promoção de saúde e o contributo do Enfermeiro de Família

Embora a saúde seja, frequentemente, definida como o objetivo dos cuidados de enfermagem, é comum existirem diferentes concepções sobre o conceito de saúde. O que diversos profissionais de saúde assumiram como definição universalmente aceite de saúde – a ausência de doença diagnosticável – é, na verdade, apenas uma das múltiplas visões de saúde adotadas atualmente. Todas as pessoas livres de doenças não são igualmente saudáveis. Além do mais, a saúde pode existir sem doença, mas a doença não existe sem a saúde, como seu contexto (Pender et al., 2015).

Em 1946, a OMS propôs uma definição de saúde que enfatizava a “totalidade” e as propriedades positivas da saúde: “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças e enfermidades” (OMS, 2005, p. 1). A definição foi revolucionária na medida em que refletia a preocupação com o indivíduo na sua totalidade, colocava a saúde no contexto do ambiente social e superava a definição redutora de saúde como ausência de doença, o que impunha uma abordagem abrangente à PS (Friel & Marmot, 2011).

Atualmente, é consensual que, a saúde individual encontra-se intimamente relacionada com a saúde da sociedade e que os indivíduos são interdependentes com a totalidade do mundo. Além disso, a conexão da saúde humana com a saúde do ecossistema também é reconhecida como uma dimensão importante. Tendo isto em consideração, a saúde tem sido definida como a capacidade de se adaptar ao seu ambiente, não sendo um estado fixo, uma vez que varia em função do estado de vida de um indivíduo (Huber et al., 2011). É amplamente aceite que, a saúde individual é quase inseparável da saúde da comunidade em geral, e que a saúde de todas as comunidades influencia o estado geral de saúde da nação (Pender et al., 2015).

Uma definição biopsicossocial de saúde da família descreve a saúde da família como um estado dinâmico e mutacional de bem-estar, incluindo os fatores biológicos, psicológicos, sociológicos, espirituais e culturais do sistema familiar. Nesta definição, a saúde de um indivíduo afeta o funcionamento da família e, por sua vez, o funcionamento da família afeta a saúde do indivíduo. Deste modo, o sistema familiar e os membros individuais devem fazer parte da avaliação de saúde. A família desempenha um papel importante na PS, na medida em que as informações são partilhadas e os comportamentos aprendidos, praticados e reforçados nas rotinas diárias, facilitadas ou dificultadas pelos valores e crenças familiares (Pender et al., 2015).

Os principais objetivos da PS são ajudar pessoas de todas as idades a se manterem saudáveis, otimizar a saúde em casos de doença crónica ou incapacidade e criar ambientes saudáveis (Pender et al., 2015). Segundo os autores, estes objetivos requerem estratégias que melhorem não apenas a saúde dos indivíduos no contexto das suas famílias e comunidades, mas, também, que abordem os ambientes onde vivem, trabalham e se divertem. Os profissionais de saúde reconhecem a necessidade de mudar o contexto da promoção e prevenção da saúde e começaram a envolver-se em novas estratégias, para ajudar pessoas de todas as idades a manterem-se saudáveis. Tendo em consideração a magnitude dos desafios na PS, as intervenções e estratégias abrangentes e multinível, com maior probabilidade de êxito, abordam os problemas de saúde em todos os eixos, indivíduos, famílias, escolas, comunidades, locais de trabalho e populações, incorporando os fatores pessoais, socioeconómicos e ambientais. Fulcral para o sucesso da PS é a consideração de múltiplos fatores sociais e ambientais, independentemente de o foco estar nas ações dos indivíduos, famílias, escolas, comunidades ou governos.

Esta visão foi expressa na Carta de Ottawa para a PS (OMS, 2009), o primeiro documento a se debruçar sobre a PS como um processo, permitindo às pessoas superarem desafios e aumentarem o controle sobre o seu ambiente, para melhorar a sua saúde. Este documento estabeleceu as bases para a teoria e a prática da PS e enfatizou o papel dos recursos sociais e pessoais, bem como das capacidades físicas, e a necessidade de alcançar a equidade na saúde. A Carta de Ottawa também documentou a responsabilidade de agências não-governamentais e governamentais, na criação de ambientes de apoio e políticas públicas de saúde.

A Carta de Bangkok para a PS (OMS, 2009) atualizou a Carta de Ottawa de forma a tornar a PS uma questão primordial para a agenda global de desenvolvimento, assim como, uma responsabilidade central de todos os governos. A Carta de Bangkok abordou a mudança ocorrida no contexto da PS desde a adoção da Carta de Ottawa. O documento fez a transição de um modelo individual de educação em EVS para um modelo socio-ecológico que aborda os determinantes sociais da saúde (OMS, 2009).

A PS deixou de ser considerada um objetivo ou ponto final desejado, para ser um processo ou ferramenta para facilitar a transição em direção ao cumprimento das metas. É, simultaneamente, a arte e a ciência de ajudar as pessoas a modificar o estilo de vida e é considerada uma combinação de apoios educacionais e ecológicos para ações e condições de vida propícias à saúde. É necessária uma combinação de estratégias de PS para abordar os múltiplos determinantes da saúde (Pender et al., 2015).

Os indivíduos têm um tremendo potencial de mudança autodirecionada devido à sua capacidade de autoconhecimento, autorregulação, tomada de decisão e resolução de problemas. Os utentes têm o poder e a capacidade de mudar comportamentos de saúde ou modificar estilos de vida relacionados com a saúde. O papel do enfermeiro é promover um clima positivo para a modificação, servir como um catalisador para a mudança, ajudar nas várias etapas do processo de mudança e aumentar a capacidade do indivíduo de manter essa mudança (Pender et al., 2015).

Os enfermeiros, como maior grupo de profissionais de saúde, encontram-se numa posição fulcral para assumir um papel de liderança de modo a alcançar os objetivos da PS. Muitas disciplinas contribuem para atingir esses objetivos. No entanto, a enfermagem, fundamentada numa abordagem holística, proporciona uma conexão entre a PS individual e a PS das famílias, comunidades e populações. Os enfermeiros são ensinados para cuidar de todas as pessoas dentro do contexto da cultura e da comunidade do indivíduo (Hayman, 2010; Pender et al., 2015; R.-H. Wang et al., 2010).

As atividades de PS devem ocorrer em todos os ambientes de prestação de cuidados. Em todos os contactos com o utente, os enfermeiros podem modelar e ensinar práticas positivas de PS e prevenção de doença. Os enfermeiros precisam não só de conhecer a importância da PS ao nível individual, mas também demonstrar o seu conhecimento político para ajudar a mudar o ambiente socioeconómico e físico dos utentes. Os enfermeiros, em colaboração com os outros elementos da equipa, devem defender uma cultura em que os princípios de PS sejam integrados, valorizados e implementados em todas as práticas (Pender et al., 2015; Savage & Kub, 2009).

A Ordem dos Enfermeiros (2012) defende que desde, há muito tempo, os enfermeiros, dos Cuidados de Saúde Primários, desenvolvem projetos de saúde em parceria com a população, na promoção de uma alimentação saudável e na adoção de estilos de vida saudáveis, podendo serem integrados nos Programas Nacionais de Saúde. O referido autor salienta ainda que o papel primordial dos enfermeiros tem sido o da PS com enfoque na prevenção primária em todas as etapas do ciclo vital da população. Apesar disso, as intervenções centradas na escola, como a promoção de EVS, só resultará se for consubstanciada na práxis familiar. A Direção-Geral da Saúde (2013) por sua vez, indo de encontro ao preconizado pela Ordem dos Enfermeiros, refere que, a manutenção e a promoção da saúde da criança é considerado, como um imperativo para os profissionais e para os serviços de saúde, devendo ser facilitado o

desenvolvimento da função parental e das competências parentais como um direito e um dever de consciencialização, de responsabilização dos pais e familiares. Rodrigues (2008) reforça esta ideia, atribuindo aos enfermeiros um papel de relevo entre o grupo de profissionais que contribuem para a eficácia da PS, considerando a sua capacidade para apoiar as pessoas e comunidades bem como a sua experiência educativa resultante da arte de cuidar.

Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros, no âmbito das competências específicas do Enfermeiro Especialista em ESF, preconiza a PS como uma das áreas de intervenção, nomeadamente “Concebe um plano de ação com a família, com o objetivo de promover, manter e reforçar a saúde da mesma”, “Capacita a família na definição de metas e expectativas promotoras da sua saúde”, “Promove ambientes seguros e saudáveis para todas as famílias, incluindo a diminuição de fatores de risco ambientais relacionados com a saúde” e “Participa no planeamento, desenvolvimento e avaliação de programas de saúde, relativamente à saúde familiar” (Ordem dos Enfermeiros, 2018a, p. 19357-19358).

3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Este estudo tem por base os pressupostos da investigação científica, propondo-se cumprir várias etapas, como forma de validação e produção de conhecimento científico, essencial no desenvolvimento de intervenções de enfermagem que visem a promoção de comportamentos e EVS no decorrer das transições para a vida adulta.

Esta fase do trabalho corresponde à metodologia, na qual irá ser descrita a questão de investigação e os objetivos, o tipo de estudo, a população e amostra, os instrumentos de colheita de dados e os procedimentos de recolha com as devidas considerações éticas. Por fim, serão descritos os procedimentos de análise de dados.

3.1. Questão de investigação e objetivos

Face ao quadro conceptual descrito e associado à problemática dos CPS nos adolescentes e o contributo do Enfermeiro de Família, foi formulada a seguinte questão de investigação:

- Quais os fatores que influenciam os CPS e EVS dos adolescentes nascidos entre 2001 e 2008 inclusive, inscritos na USF Leme?

Como objetivo geral definiu-se:

- Identificar os fatores que influenciam os CPS e de EVS dos adolescentes nascidos entre 2001 e 2008 inclusive, inscritos na USF Leme.

Como objetivos específicos seguem-se:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos adolescentes participantes no estudo;
- Descrever as dimensões de promoção de comportamentos de saúde e EVS – escala EPSA (Tomás, 2014) – dos adolescentes inscritos na USF Leme
- Determinar a relação entre as variáveis sociodemográficas e as dimensões de promoção de comportamentos de saúde e EVS, com base na EPSA, dos adolescentes inscritos na USF Leme.

3.2. Tipo de estudo

Para o presente estudo foi selecionada uma metodologia de investigação quantitativa, com um desenho transversal do tipo descritivo e correlacional. A abordagem quantitativa constitui um método sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis proporcionando, de um modo estruturado, a compreensão do fenómeno de forma objetiva, num percurso conducente ao desenvolvimento e validação do conhecimento (Fortin, 2009).

Optou-se por um método do tipo descritivo e correlacional uma vez que se pretendia realizar uma avaliação descritiva dos resultados obtidos, relacionando entre si as variáveis em estudo, com vista a responder à questão de investigação. A componente correlacional possibilitou, também, a identificação da natureza da relação entre as variáveis em estudo.

No que diz respeito à dimensão temporal, este estudo foi transversal, na medida em que avaliou um fenómeno em uma amostra de uma população específica de adolescentes, num dado momento, ou seja, a análise tem em consideração a prevalência do fenómeno em estudo, num momento concreto referente aos adolescentes que recorrerem à USF Leme durante o período do Estágio.

3.3. População e amostra

Como referido anteriormente, o presente trabalho de investigação visa analisar os comportamentos de PS e de EVS, inscritos na USF Leme em Ílhavo, integrada no ACeS Baixo Vouga - ARS Centro, nascidos entre 2001 e 2008 inclusive, e com médico e enfermeiro de família atribuído, o que corresponde a um N= 470, ou seja, a 5,89% da totalidade de utentes inscritos na unidade supracitada.

Segundo Fortin (2009), a amostra consiste numa réplica em miniatura da população alvo que se estuda com o objetivo de retirar conclusões para a população de onde foi escolhida. Nesta investigação, tendo em consideração as restrições temporais do Estágio e o número de utentes inscritos na unidade, foi utilizado o método de amostragem não probabilístico, por conveniência, tendo obtido um total de 84 participantes.

Para a constituição da amostra foram considerados os seguintes critérios de inclusão: adolescentes com idade compreendida entre os 12 e os 18 anos inclusive, inscritos na USF Leme com médico e enfermeiro de família, cujos pais e/ou o próprio aceitem participar no estudo após assinar o consentimento informado livre e esclarecido e aqueles que apresentem capacidade cognitiva para interpretar a informação solicitada nos questionários (escrita ou oral).

Relativamente aos critérios de exclusão, estes restringem-se a: participantes (adolescentes) que não dominem ou falem português.

De salientar que não foi excluído nenhum participante neste estudo por não cumprimento dos referidos critérios.

3.4. Instrumento de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados (Apêndice I), é constituído por um questionário de autopreenchimento em formato de papel. Este é composto por duas partes, designadamente, uma primeira parte de questões relacionadas com a caracterização sociodemográfica dos adolescentes e pais e outra parte constituída pela EPSA (Tomás, 2014).

A caracterização sociodemográfica dos adolescentes, integrou as seguintes variáveis: idade, género, nacionalidade e ano de escolaridade. Relativamente aos pais, foram colhidos os seguintes dados: escolaridade, situação profissional e constituição do agregado familiar.

No sentido de possibilitar uma fidedigna interpretação dos resultados, apresenta-se no Quadro 1 a operacionalização destas variáveis. Nas variáveis “situação profissional do pai” e “situação profissional da mãe”, a opção “não empregado” incluem opções de resposta, como por exemplo desempregado, reformado ou doméstica.

Relativamente às variáveis “Escolaridade do pai” e “Escolaridade da mãe”, a codificação em menor ou igual a 9 anos e maior que 9 anos, prendeu-se com o facto da escolaridade mínima obrigatória ser até ao 9º ano para quem tiver nascido depois de 1 de janeiro de 1981, tendo sido alterada para os 12 anos apenas em 2009. Deste modo, a maioria dos pais que participaram no estudo e que apresentem uma escolaridade maior do que o 9º ano, podem ser considerados como tendo habilitações literárias mais elevada.

No que diz respeito à variável idade, optou-se por dividir nos grupos etários 12-14 anos e 15-18 anos, à semelhança do que é preconizado pelo Instituto Nacional de Estatística e o Eurostat (Carrilho, 2015).

Quadro 1 - Operacionalização das variáveis em estudo

Variável	Tipo de Variável	Opções	Operacionalização
Idade	Quantitativa ordinal	Questão aberta	- 12-14 anos - 15-18 anos
Género	Qualitativa nominal	- Masculino - Feminino	
Nacionalidade	Qualitativa nominal	- Portuguesa - Outra	
Escolaridade do adolescente	Qualitativa nominal	- 2º Ciclo - 3º Ciclo - Curso Profissional - Secundário - ciências e tecnologia - Secundário - ciências socioeconómicas - Secundário - línguas e humanidades - Secundário - artes visuais	- 2º Ciclo - 3º Ciclo - Curso Profissional - Secundário
Escolaridade do pai	Qualitativa nominal	- Analfabeto - 2º Ciclo - 3º Ciclo - Curso Profissional - Secundário - Ensino Superior	- ≤ 9 anos - > 9 anos
Situação profissional do pai	Qualitativa nominal	- Trabalhador - Desempregado - Reformado - Outra	- Empregado - “Não empregado”
Escolaridade da mãe	Qualitativa nominal	- Analfabeto - 2º Ciclo - 3º Ciclo - Curso Profissional - Secundário - Ensino Superior	- ≤ 9 anos - > 9 anos
Situação profissional da mãe	Qualitativa nominal	- Trabalhador - Desempregado - Reformado - Outra	- Empregada - “Não empregada”
Agregado familiar	Qualitativa nominal	- Pais - Pai ou mãe - Pais + irmão (s) - Outra	

A EPSA foi elaborada por Chen et al. (2003) e traduzida e validada para Portugal por Tomás (2014). Esta escala possibilita avaliar seis categorias, consideradas dimensões de um estilo de vida saudável na população adolescente, nomeadamente: (1) “Nutrição”; (2) “Exercício Físico”; (3) “Suporte Social”; (4) “Responsabilidade pela Saúde”; (5) “Gestão do Stresse” e (6) “Apreciação da Vida”. O instrumento é composto por 40 itens com opção de resposta múltipla tipo *Likert*, repartidos pelas subescalas tal como descrito no Quadro 2. Cada item tem cinco opções de resposta (Nunca, Raramente, Algumas vezes, Muitas vezes e Sempre) que

permitem avaliar a constância dos comportamentos referidos em cada um deles. Os autores estabeleceram uma relação de frequência para cada uma das opções, sendo: *Nunca* - de 0 a 10% das vezes, *Poucas Vezes* - de 11 a 30%, *Algumas Vezes* - de 31 a 60%, *Muitas Vezes* - de 61 a 80% e *Sempre* - de 81 a 100% das vezes. As respostas encontram-se cotadas de 1 a 5 pontos, correspondendo os CPS mais frequentes a pontuações mais elevadas (Tomás, 2014). A existência de CPS é obtida pela média dos 40 itens, sendo que as pontuações mais altas refletem comportamentos de saúde mais positivos (Ortabag et al., 2011).

Quadro 2 - Distribuição dos itens pelas subescalas da EPSA

Subescalas da EPSA	Itens
Nutrição	1 a 6
Suporte Social	7 a 13
Responsabilidade pela Saúde	14 a 21
Apreciar a Vida	22 a 29
Exercício Físico	30 a 34
Gestão de <i>Stresse</i>	35 a 40

Fonte: (Tomás, 2014)

Inicialmente composta por 58 itens repartidos por sete categorias (“Nutrição”, “Exercício Físico”, “Suporte Social”, “Responsabilidade pela Saúde”, “Gestão do *Stresse*”, “Apreciação da Vida” e Comportamentos Protetores em Saúde”), a escala sofreu um processo de validação através de um painel de peritos e *thinking aloud*, resultando numa versão de 65 itens que foi alvo de validação quantitativa. Para o processo de validação, foi utilizada uma amostra representativa de adolescentes estudantes do ensino público e privado de *Taiwan*. A amostra incluiu 1128 adolescentes dos 12 aos 22 anos ($\bar{x}=16,8$) de ambos os sexos. Deste processo, mantiveram-se 48 dos 65 itens, tendo os restantes sido retirados por apresentarem níveis de correlação não adequados. Após a análise fatorial, 8 itens foram eliminados por não apresentarem força suficiente num único fator, ficando a escala constituída pelos 40 itens e seis fatores finais, e que explicam 51,14% da variância (Tomás, 2014).

Após todos os procedimentos metodológicos para adequação do instrumento, foi analisada a sua consistência interna, apresentando a escala total um *Alpha de Cronbach* de 0,932 e *Alpha de Cronbach* de 0,748 a 0,878 para as várias subescalas (Chen et al., 2003).

Relativamente ao processo de tradução e validação da escala para Portugal, a mesma foi traduzida por tradutores portugueses, com conhecimentos de língua inglesa, tendo um deles conhecimentos na área da saúde. As versões de consenso em português foram depois retraduzidas por dois tradutores ingleses, com conhecimentos de língua portuguesa e realizado novo consenso. As escalas culturalmente adaptadas e retraduzidas foram apresentadas aos autores, de forma a obter o seu consentimento e aval quanto ao processo de tradução, validação e utilização científica (Tomás, 2014).

O último passo da tradução e validação do instrumento consistiu na análise psicométrica da escala, a qual foi realizada partindo da aplicação das mesmas a uma amostra de 1210 adolescentes com idades compreendidas entre os 14 e os 20 anos. Foi avaliada a consistência interna da escala, tendo por base o *Alpha de Cronbach*, que é de 0,889 para a sua totalidade (Tomás, 2014).

3.5. Procedimentos de recolha de dados e considerações éticas

Ao longo do decurso do estudo procurou-se salvaguardar todas as questões éticas e deontológicas como forma de não prejudicar qualquer participante. Numa primeira fase, foi formalizado o pedido de autorização para utilização da EPSA, traduzida e validada para a população portuguesa por Tomás (2014) (Anexo I), por correio eletrónico, ao qual se obteve resposta positiva.

Seguidamente, foi solicitado, por escrito, a emissão de parecer positivo para proceder à realização do estudo de investigação, ao coordenador da USF Leme e ao diretor executivo do ACeS do Baixo Vouga; uma declaração de concordância e responsabilidade pela aplicação do estudo ao diretor da ESSUA, assim como o pedido de apreciação à Comissão de Ética para a Saúde da ARS Centro, que foi homologado com parecer positivo (Anexo II).

Com vista a operacionalizar a recolha de dados, foi apresentado o projeto à equipa multidisciplinar da USF numa reunião de serviço e solicitada a colaboração dos secretários clínicos na distribuição dos questionários aos adolescentes, quer tivessem consulta de vigilância de saúde no âmbito do programa de saúde infantojuvenil, planeamento familiar ou saúde materna, quer se dirigissem à unidade para realização de atos de enfermagem ou consulta de agudos.

Os secretários clínicos informavam os adolescentes e/ou pais sobre o decorrer do estudo de investigação sobre os comportamentos de saúde e EVS dos adolescentes e solicitavam a sua colaboração no preenchimento do mesmo. Era explicada a necessidade de assinar o consentimento informado, após a sua leitura, caso concordassem em participar. Também foram elucidados sobre a importância do preenchimento da totalidade dos itens do questionário. Caso não pretendessem participar neste estudo, eram informados que os cuidados prestados pela equipa não seriam condicionados por essa opção, bem como da possibilidade de desistirem a qualquer momento. Se, porventura, fosse solicitado algum esclarecimento adicional, este era fornecido por um elemento da equipa de Enfermagem com disponibilidade, para clarificar as dúvidas.

Após o preenchimento do questionário, este era colocado numa caixa de cartão fechada presente no balcão de atendimento do serviço administrativo, minimizando qualquer

constrangimento por parte dos adolescentes pela entrega direta à Enfermeira ou Médico de Família. Posteriormente, procedia-se à recolha dos questionários anónimos e à introdução de um código para facilitar o lançamento dos dados na base de dados impossibilitando, assim, o estabelecimento de relação entre a identidade do sujeito e as suas respostas individuais. Para tal procedeu-se à codificação numérica de cada participante, optando-se por uma numeração ascendente por ordem cronológica de obtenção dos dados.

Em relação à confidencialidade dos dados obtidos, esta ficou salvaguardada em relação a terceiros, sendo que nenhum dado referente aos participantes será revelado individualmente de acordo com o Regime Geral de Proteção de Dados e a Declaração de Helsínquia (Associação Médica Mundial, 2013; Governo da República Portuguesa, 2019).

Os dados recolhidos foram trabalhados unicamente pelo investigador responsável, não sendo possível identificar os sujeitos, sendo os questionários destruídos após a entrega e discussão pública do presente Relatório de Estágio e da disseminação dos resultados à equipa e em eventos científicos, ficando salvaguardado que, na sua apresentação, nenhum participante no estudo seja identificado.

3.6. Procedimentos de análise dos dados

A análise estatística dos dados decorrentes da aplicação dos questionários, cujos resultados se apresentam de seguida, foi realizada com recurso ao programa informático *Statistical Package for the Social Science*, versão 26.

Para a análise utilizaram-se procedimentos de estatística descritiva, recorrendo-se ao cálculo de frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão).

De acordo com os objetivos do estudo, também se recorreu a procedimentos de estatística inferencial, utilizando-se determinados testes e técnicas estatísticas de acordo com as variáveis em estudo. Previamente à escolha do tipo de teste a realizar, aplicou-se o teste de *Kolmogorov-Smirnov*, a cada uma das variáveis dependentes em função da variável independente em estudo, de modo a determinar a normalidade da distribuição da amostra.

Caso o teste de *Kolmogorov-Smirnov* apresente um *p-value* superior a 0,05, assume-se uma distribuição normal com a aplicação de testes paramétricos (Pestana & Gageiro, 2014), nomeadamente o teste *t-student* e o teste *one-way ANOVA*, com a opção do teste *Post-Hoc Tuckey* quando ocorriam diferenças estatisticamente significativas, de modo a identificar entre quais é que se verificavam estas diferenças. O teste *t-student* foi utilizado para verificar a relação entre o total da EPSA e a idade do adolescente, o total da EPSA e o género e o total da EPSA e a escolaridade do pai, a subescala “Nutrição” e o género, a subescala “Suporte

Social” e a escolaridade do pai, a subescala “Suporte Social” e escolaridade da mãe e a subescala “Responsabilidade pela Saúde” e a situação profissional da mãe. Relativamente ao teste *one-way* ANOVA, este foi aplicado para averiguar a relação entre a subescala “Nutrição” e o agregado familiar.

Caso o teste de *Kolmogorov-Smirnov* apresente valores de *p-value* inferior a 0,05, rejeita-se a hipótese de que a amostra possui uma distribuição normal, optando-se pela utilização de testes não paramétricos (Pestana & Gageiro, 2014), designadamente o teste U de *Mann-Whitney*, o teste H de *Kruskal-Wallis* e a regressão linear múltipla (método *Stepwise*). Neste sentido, recorreu-se ao teste U de *Mann-Whitney* para avaliar a relação entre a subescala “Nutrição” e a idade, a subescala “Nutrição” e a escolaridade do pai, a subescala “Exercício Físico” e a idade, a subescala “Exercício Físico” e o género, a subescala “Exercício Físico” e a escolaridade do pai, a subescala “Exercício Físico” e a situação profissional do pai e a subescala “Exercício Físico” e a escolaridade da mãe. Optou-se pelo teste H de *Kruskal-Wallis* para verificar a relação entre a subescala “Nutrição” e a escolaridade do adolescente e a subescala “Exercício Físico” e escolaridade do adolescente. De ressaltar que, em virtude de terem sido identificadas diferenças estatisticamente significativas, foi utilizada a regressão linear múltipla (método *Stepwise*), de forma a identificar entre quais é que ocorriam estas diferenças, na relação entre a subescala “Nutrição” e a escolaridade do adolescente.

De salientar que foram realizados testes para as médias obtidas de todas as subescalas, assim como do total da EPSA em função de todas as variáveis da caracterização sociodemográfica, tendo-se optado por apresentar apenas as que apresentaram diferenças estatisticamente significativas e as que apresentaram diferenças relevantes nas médias em função dos resultados obtidos nos outros estudos em que foi aplicado a EPSA.

Em toda a análise estatística e testes realizados, foi delineado como nível de significância, $p < 0,05$ para resultados significativos e $p < 0,01$ para resultados muito significativos.

4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Nesta secção do estudo empírico, apresentamos os resultados emergentes da análise estatística, integrando três pontos, de forma a facilitar a sua apresentação e realizar uma análise mais objetiva, designadamente: caracterização sociodemográfica dos adolescente e dos pais; análise dos CPS e EVS dos adolescentes, através da apresentação dos resultados da aplicação da EPSA, utilizando, para o efeito, procedimentos de estatística descritiva; e, por último, mediante a aplicação de estatística inferencial, determinar a relação entre as variáveis sociodemográficas e os CPS dos adolescentes.

4.1. Caracterização sociodemográfica dos adolescentes e dos pais

A amostra do presente estudo foi constituída por 84 adolescentes nascidos entre 2001 e 2008 inclusive, e inscritos na USF Leme, durante o período de dezembro de 2019 a março de 2020.

Na Tabela 1 são apresentados os resultados relativos à caracterização sociodemográfica dos adolescentes e dos pais. Como se pode observar, os resultados relativos à idade (média=14,52 \pm 1,95 anos), evidenciam uma distribuição percentual muito semelhante entre as várias classes etárias, havendo mais adolescentes com idades compreendidas entre os 12-14 anos (53,57%), seguida dos 15-18 anos (46,43%). A maioria (53,57%) são do género feminino e 46,43% do género masculino. A maior parte dos adolescentes (94,05%) são de nacionalidade portuguesa e 5,95% de outras nacionalidades.

Relativamente à análise do nível de escolaridade, verificou-se que 44,05% dos estudantes frequenta o 3º ciclo do ensino básico, 27,38% o ensino secundário, 16,67% cursos profissionais e os restantes 11,90% o 2º ciclo do ensino básico.

No que concerne à escolaridade dos pais, podemos constatar, uma igualdade na percentagem (50,00%) dos pais com escolaridade quer superior ao 9º ano, quer igual ou inferior ao 9º ano e, relativamente às mães, a maioria (55,95%) tem escolaridade acima do 9º ano.

No que respeita à situação profissional, 84,52% dos pais e 82,14% das mães encontram-se empregados, comparativamente com 15,48% e 17,86% de desempregados, reformados ou com outra situação profissional, respetivamente.

Relativamente à constituição do agregado familiar, 41,67% vivia com a família nuclear com irmão(s) e 30,95% vivia com a família nuclear, mas não tendo irmãos. Uma percentagem de 15,48% apresenta um agregado familiar diferente das opções apresentadas, nomeadamente

família alargada, família reconstruída ou família nuclear na qual o adolescente é um dos cônjuges e 11,90% trata-se de uma família monoparental (pai ou mãe).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos adolescentes e dos pais (n=84)

Características sociodemográficas	n (%)
Idade (anos)	
12-14	45 (53,57)
15-18	39 (46,43)
Género	
Masculino	39 (46,43)
Feminino	45 (53,57)
Nacionalidade	
Portuguesa	79 (94,05)
Outra	5 (5,95)
Escolaridade do adolescente	
2º Ciclo	10 (11,90)
3º Ciclo	37 (44,05)
Secundário	23 (27,38)
Profissional	14 (16,67)
Escolaridade do pai (anos)	
≤9	42 (50,00)
>9	42 (50,00)
Situação profissional do pai	
Empregado	71 (84,52)
"Não empregado"	13 (15,48)
Escolaridade da mãe (anos)	
≤9	37 (44,05)
>9	47 (55,95)
Situação Profissional da Mãe	
Empregado	69 (82,14)
"Não empregado"	15 (17,86)
Agregado Familiar	
Pais	26 (30,95)
Pai ou Mãe	10 (11,90)
Pais + irmão (s)	35 (41,67)
Outra	13 (15,48)

Segundo uma análise mais global, neste estudo participaram uma percentagem idêntica de adolescentes do género masculino e feminino em cada uma das faixas etárias. É ainda

possível verificar que a maioria das raparigas encontra-se a frequentar o 3º ciclo do ensino básico e secundário, enquanto que os rapazes apresentam uma distribuição mais homogénea, sendo o 3º ciclo do ensino básico o que apresenta maior percentagem (ver Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica dos adolescentes segundo o género

Características sociodemográficas	Masculino (n = 39)	Feminino (n = 45)
	n (%)	n (%)
Idade (anos)		
12-14	21 (53,85)	24 (53,33)
15-18	18 (46,15)	21 (46,67)
Escolaridade do adolescente		
2º Ciclo	6 (15,38)	4 (8,89)
3º Ciclo	15 (38,46)	22 (48,89)
Secundário	9 (23,08)	14 (31,11)
Profissional	9 (13,08)	5 (11,11)

4.2. Comportamentos de promoção de saúde e estilos de vida saudáveis dos adolescentes

Ao verificar a consistência interna da EPSA, composta por 40 itens, foi medida a confiabilidade através do coeficiente *Alpha de Cronbach*. Os resultados obtidos, apontam para um valor de alfa de 0,901, considerado excelente (Pestana & Gageiro, 2014).

Relativamente à análise da pontuação do preenchimento da EPSA, por subescala, pode-se verificar, através dos resultados apresentados na Tabela 3, que as subescalas “Nutrição” e “Exercício Físico” revelaram ter melhores pontuações médias, com $3,88 \pm 0,56$ e $3,82 \pm 0,84$ respetivamente, enquanto que as subescalas “Responsabilidade pela Saúde” e “Gestão de Stresse”, apresentam valores médios mais baixos, nomeadamente $3,29 \pm 0,68$ e $3,49 \pm 0,69$. As restantes subescalas, “Apreciar a Vida” e “Suporte Social” apresentam médias intermédias e muito próximas, de $3,70 \pm 0,81$ e $3,72 \pm 0,67$ respetivamente (ver Tabela 3).

Tabela 3 – Caracterização das pontuações por subescalas da EPSA (n=84)

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Nutrição	3,88	0,56	2	5
Suporte Social	3,72	0,67	2	5
Responsabilidade pela Saúde	3,29	0,68	1	5
Apreciar a Vida	3,70	0,81	2	5
Exercício Físico	3,82	0,84	1	5
Gestão de <i>Stresse</i>	3,49	0,69	2	5
EPSA Total	145,30	20,27	87	189

Realizando uma análise descritiva das respostas às questões da EPSA, que se encontra na Tabela 4, podemos identificar que as médias mais elevadas da EPSA correspondem às seguintes respostas: “Participo em aulas de Educação Física na escola semanalmente” (média $4,71 \pm 0,79$); “Como três refeições por dia (pequeno-almoço, almoço e jantar)” (média $4,51 \pm 0,89$); “Todos dias tomo o pequeno-almoço” (média $4,42 \pm 1,02$); “Preocupo-me com as outras pessoas” (média $4,42 \pm 0,76$); “Faço um esforço para ter boas amizades” (média $4,39 \pm 0,93$); “Gosto de manter o contacto com os meus familiares” (média $4,36 \pm 0,95$). É de salientar que, a subescala “Suporte Social” com três perguntas, assim como a subescala “Nutrição” com duas, são as que possuem maior número de perguntas com média superior.

No que concerne às afirmações que apresentam médias mais baixas da EPSA, destacam-se as seguintes: “Quando faço compras leio os rótulos das embalagens alimentares” (média $2,51 \pm 1,29$); “Falo sobre os meus problemas com os outros” (média $2,94 \pm 1,11$); “Leio informação sobre saúde” (média $2,96 \pm 1,23$); “Discuto as minhas preocupações sobre saúde com um médico ou enfermeiro” (média $2,99 \pm 1,23$); “Faço alongamentos todos os dias” (média $2,99 \pm 1,35$). É de notar que, a subescala “Responsabilidade pela Saúde” é a que apresenta resultados mais baixos.

Tabela 4 – Caracterização dos comportamentos dos adolescentes de acordo com as questões da EPSA (n=84)

Questões	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Como três refeições por dia (pequeno-almoço, almoço e jantar)	4,51	0,88	2	5
Escolho comidas sem muito óleo	3,29	0,99	1	5
Incluo fibras alimentares na minha dieta (exemplo: frutas ou vegetais).	3,96	1,00	1	5
Bebo pelo menos 1,5 L de água por dia (ou 6-8 copos).	3,44	1,12	1	5
Incluo cinco grupos alimentares em cada refeição (exemplo: pão, carne ou peixe, produtos láteos, fruta e vegetais)	3,68	0,98	2	5
Todos os dias tomo o pequeno-almoço.	4,42	1,02	2	5
Partilho e falo sobre os meus sentimentos com os outros.	3,06	1,12	1	5
Preocupo-me com as outras pessoas.	4,42	0,76	2	5
Falo sobre as minhas preocupações com os outros.	3,27	1,11	1	5
Todos os dias me esforço para sorrir ou rir.	3,61	1,24	1	5
Gosto de manter o contacto com os meus familiares.	4,36	0,95	1	5
Faço um esforço para ter boas amizades.	4,39	0,93	1	5
Falo sobre os meus problemas com os outros.	2,94	1,11	1	5
Quando faço compras leio os rótulos das embalagens alimentares.	2,51	1,29	1	5
Vigio o meu peso.	3,10	1,21	1	5
Discuto as minhas preocupações sobre saúde com um médico ou enfermeiro	2,99	1,23	1	5
Observo o meu corpo pelo menos uma vez por mês.	3,60	1,35	1	5
Escovo os dentes pelo menos duas vezes por dia e uso fio dentário diariamente.	4,08	0,93	1	5
Lavo as mãos antes das refeições.	3,89	1,23	1	5
Leio informação sobre saúde.	2,96	1,23	1	5
Faço um esforço para escolher comidas sem conservantes. (ex. aditivos na comida).	3,20	1,03	1	5
Faço um esforço para gostar de mim próprio/a.	3,65	1,35	1	5
Faço um esforço para me sentir feliz e contente.	3,85	1,23	1	5
Normalmente, penso positivamente.	3,67	1,02	1	5
Faço um esforço para compreender as minhas forças e fraquezas e aceitá-las.	3,61	1,08	1	5
Faço um esforço para corrigir os meus defeitos.	3,67	1,00	1	5

Questões	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Faço um esforço por saber o que é importante para mim.	3,83	0,95	2	5
Faço um esforço para me sentir interessado e desafiado todos os dias.	3,67	1,03	1	5
Faço um esforço por acreditar que a minha vida tem um propósito.	3,67	1,23	1	5
Faço alongamentos todos os dias.	2,99	1,35	1	5
Faço exercício vigoroso durante 30 minutos pelo menos 3 vezes por semana.	3,77	1,50	1	5
Participo em aulas de Educação Física na escola semanalmente.	4,71	0,78	1	5
Faço aquecimento antes de exercício vigoroso.	4,20	1,06	1	5
Faço um esforço para estar direito/a quando estou em pé ou sentado/a.	3,42	1,16	1	5
Faço um esforço para passar algum tempo a relaxar diariamente.	3,70	1,15	1	5
Faço um esforço para determinar a fonte do meu stresse.	3,01	1,18	1	5
Faço um esforço por observar as minhas mudanças de humor.	3,31	1,14	1	5
Durmo de 6 a 8 horas todas as noites.	4,26	1,04	2	5
Faço planos de atividades e estabeleço prioridades.	3,35	1,21	1	5
Tento não perder o controlo quando acontecem coisas injustas.	3,29	1,16	1	5

4.3. Relação entre as características sociodemográficas dos adolescentes e dos pais e os comportamentos promotores de saúde dos adolescentes

Em seguida são apresentados os testes realizados de forma a analisar a relação entre as características sociodemográficas e a EPSA. Foram realizados testes para as médias obtidas de todas as subescalas, assim como do total da EPSA, em função das mesmas. Optou-se por apresentar apenas as que apresentaram diferenças estatisticamente significativas e as que apresentaram diferenças de médias relevantes.

A Tabela 5 expõe os resultados da relação entre as características sociodemográficas idade, género e escolaridade do pai e o total da EPSA. Mediante a sua análise, podemos verificar a inexistência de diferenças estatisticamente significativas, apesar de existirem diferenças relevantes entre as médias.

Analisando a tabela anteriormente referida, podemos identificar a ocorrência de CPS na faixa etária dos 12-14 anos (média $146,84 \pm 19,56$). Em relação ao género e a EPSA, verifica-se que

o género masculino (média 148,28 ± 22,37) apresenta uma média superior ao género feminino (média 142,71 ± 18,13). Os adolescentes cujos pais possuem maior grau de escolaridade apresentam uma média de total de EPSA maior (média 148,79 ± 17,34).

Tabela 5 - Relação entre as características sociodemográficas dos adolescentes e pais e o total da EPSA

	N	EPSA total		
		Média	Desvio Padrão	<i>p-value</i>
Idade				
12-14	35	146,84	19,56	0,456
15-18	49	143,51	21,19	
Género				
Masculino	39	148,28	22,37	0,211
Feminino	45	142,71	18,13	
Escolaridade do Pai				
≤9 anos	42	141,81	22,51	0,115
>9 anos	42	148,79	17,34	

A Tabela 6 expõe os resultados da relação entre as características sociodemográficas género, agregado familiar, idade, escolaridade do adolescente e escolaridade do pai e subescala “Nutrição”. Mediante a sua análise, podemos verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas quanto ao género, agregado familiar e escolaridade do adolescente. Verificamos que o género masculino apresenta melhores CPS comparativamente com o género feminino (*p-value* 0,033).

Verificamos a existência de diferença estatisticamente significativa entre a subescala “nutrição e o agregado familiar, uma vez que, através da realização do teste de hipóteses, obtivemos um *p-value*=0,006. O mesmo verifica-se quanto à escolaridade do adolescente, com um *p-value* 0,045.

Para além disso, podemos constatar, mediante a observação da referida tabela, a existência de diferenças relevantes entre as médias nas características idade e escolaridade do pai. No que a idade diz respeito, podemos verificar a ocorrência de CPS superiores entre adolescentes dos 12-14 anos (ordenação média 47,20). Quanto à escolaridade do pai, constata-se que os adolescentes, cujos pais apresentem habilitações académicas superiores, evidenciam melhores CPS (ordenação média 46,77).

Tabela 6 - Relação entre as características sociodemográficas dos adolescentes e pais e a subescala "Nutrição"

		Subescala "Nutrição"			
		N	Média	Desvio Padrão	<i>p-value</i>
Gênero					
	Masculino	39	4,02	0,53	0,033
	Feminino	45	3,76	0,56	
Agregado Familiar					
	Pais	26	3,95	0,49	0,006
	Pai ou Mãe	10	4,05	0,50	
	Pais + irmão (s)	35	3,97	0,55	
	Outra	13	3,4	0,53	
		N	Ordenação Média		<i>p-value</i>
Idade (anos)					
	12-14	35	47,20		0,057
	15-18	49	37,08		
Escolaridade do adolescente					
	2º Ciclo	10	48,60		0,045
	3º Ciclo	37	48,24		
	Secundário	23	39,39		
	Profissional	14	28,07		
Escolaridade do pai (anos)					
	≤9	42	38,23		0,107
	>9	42	46,77		

Realizando o teste de *Tuckey* (Tabela 7) de forma a identificar entre que tipologias do agregado familiar se encontravam as diferenças estatisticamente significativas concluímos que as mesmas acontecem entre a tipologia "Pais" e "Outra" (*p-value* 0,014), "Pai ou Mãe" e "Outra" (*p-value* 0,021), "Pais + irmão(s)" e "Outra" (*p-value* 0,007).

Tabela 7 - Teste de *Tuckey* do agregado familiar para a subescala de “Nutrição”

Amostra 1 - Amostra 2		Diferença média (I-J)	Erro Erro	<i>p-value</i>	Intervalo de Confiança 95%	
					Limite inferior	Limite superior
Pais	Pai ou Mãe	-0,10	0,20	0,954	-0,61	0,41
	Pais + irmão(s)	-0,02	0,14	0,999	-0,37	0,34
	Outra	0,55*	0,18	0,014	0,08	1,02
Pai ou Mãe	Pais	0,10	0,20	0,954	-0,41	0,61
	Pais + irmão(s)	0,08	0,19	0,971	-0,41	0,58
	Outra	0,65*	0,22	0,021	0,07	1,23
Pais + irmão(s)	Pais	0,02	0,14	0,999	-0,34	0,37
	Pai ou Mãe	-0,08	0,19	0,971	-0,58	0,41
	Outra	0,57*	0,17	0,007	0,12	1,02
Outra	Pais	-0,55*	0,18	0,014	-1,02	-0,08
	Pai ou Mãe	-0,65*	0,22	0,021	-1,23	-0,07
	Pais + irmão(s)	-0,57*	0,17	0,007	-1,02	-0,12

*. A diferença média é significativa no nível 0.05.

Analisando a Tabela 8, na qual foram realizadas comparações pelo método de *Pairwise* de forma a verificar entre quais níveis de escolaridade ocorrem as diferenças estatisticamente significativas, constata-se que a mesma ocorre entre o curso profissional e o 3º ciclo, com um *p-value* ajustado de 0,049.

Tabela 8 - Comparações por Método *Pairwise* da Escolaridade do Adolescente para a subescala “Nutrição”

Amostra 1 - Amostra 2	Estatística do teste	Erro Padrão	Estatística do teste Padrão	<i>p-value</i>	<i>p-value</i> ajust. ^a
Curso Profissional-Secundário	11,32	8,23	1,38	0,169	1,000
Curso Profissional-3º Ciclo	20,17	7,62	2,65	0,008	0,049
Curso Profissional-2º Ciclo	20,53	10,05	2,04	0,041	0,247
Secundário-3º Ciclo	8,85	6,45	1,37	0,170	1,000
Secundário-2º Ciclo	9,21	9,19	1,00	0,317	1,000
3º Ciclo-2º Ciclo	0,36	8,65	0,04	0,967	1,000

a. Os valores de *p-value* foram ajustados pela correção Bonferroni para vários testes.

A Tabela 9 evidencia o resultado da relação entre as características sociodemográficas relativas à escolaridade dos pais e a subescala “Suporte Social”, sendo possível constatar a inexistência

de diferenças estatisticamente significativas. No entanto, observa-se uma relação de proporcionalidade entre as habilitações do pai e da mãe e os CPS por parte dos adolescentes, na medida em que, quanto maior a habilitação dos progenitores, maior é a média obtida.

Tabela 9 - Relação entre as características sociodemográficas dos adolescentes e pais e a subescala "Suporte Social"

Subescala "Suporte Social"				
	N	Média	Desvio Padrão	<i>p-value</i>
Escolaridade do pai (anos)				
≤9	42	3,62	0,74	0,149
>9	42	3,83	0,58	
Escolaridade da mãe (anos)				
≤9	37	3,63	0,73	0,287
>9	47	3,79	0,61	

A Tabela 10 expõe os resultados da relação entre a situação profissional da mãe e a subescala "Responsabilidade pela Saúde", na qual podemos verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os adolescentes cujas mães não se encontrem empregadas, comparativamente com as que estavam empregadas (*p-value* 0,042).

Tabela 10 – Relação entre as características sociodemográficas dos adolescentes e pais e a subescala "Responsabilidade pela Saúde"

Subescala "Responsabilidade pela Saúde"				
	N	Média	Desvio Padrão	<i>p-value</i>
Situação profissional da mãe				
Empregado	69	3,22	0,66	0,042
"Não empregado"	15	3,62	0,72	

A Tabela 11 evidencia o resultado da relação entre as características sociodemográficas idade, género, escolaridade do adolescente, escolaridade do pai, situação profissional do pai e escolaridade da mãe e a subescala "Exercício Físico". Procedendo-se à sua análise, é possível constatar a existência de diferenças estatisticamente significativas quanto à idade, ao género, escolaridade do pai e situação profissional do pai. Relativamente à idade verificamos que os adolescentes na faixa etária entre os 12-14 anos (*p-value* 0,027) e o género masculino (*p-value* 0,031) apresentam CPS superiores.

Os adolescentes cujos pais apresentam maior escolaridade evidenciaram melhores CPS, com um *p-value* 0,045, no caso dos pais, e *p-value* 0,028, em relação às mães.

Para além disso, existem diferenças relevantes entre as ordenações médias nas características, escolaridade do adolescente e situação profissional do pai. No que diz respeito à escolaridade do adolescente, verificamos que os adolescentes a frequentar o ensino profissional apresentam ordenação média inferior (28,00) comparativamente com os restantes.

Quanto à situação profissional do pai, constata-se que os adolescentes cujos pais encontram-se não empregados evidenciam piores CPS (ordenação média 33,00), comparativamente com os adolescentes cujos pais estavam empregados (ordenação média 44,24).

Tabela 11 - Relação entre as características sociodemográficas dos adolescentes e pais e a subescala "Exercício Físico"

Subescala "Exercício Físico"			
	N	Ordenação média	<i>p-value</i>
Idade (anos)			
12-14	35	47,97	0,027
15-18	49	36,19	
Género			
Masculino	39	48,63	0,031
Feminino	45	37,19	
Escolaridade do adolescente			
2º Ciclo	10	43,10	0,082
3º Ciclo	37	47,73	
Secundário	23	42,65	
Profissional	14	28,00	
Escolaridade do pai (anos)			
≤9	42	36,43	0,022
>9	42	48,57	
Situação profissional do pai			
Empregado	71	44,24	0,125
"Não empregado"	13	33,00	
Escolaridade da mãe (anos)			
≤9	37	35,92	0,028
>9	47	47,68	

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Realizada a apresentação dos resultados obtidos, irá proceder-se à discussão dos mesmos, tendo por base a revisão da literatura efetuada previamente.

Relativamente à caracterização sociodemográfica dos adolescentes, dos 84 participantes, 53,57% são do género feminino, sendo que a maioria se situa na faixa etária entre os 12-14 anos (53,57%), com uma média de idades de $14,52 \pm 1,95$ anos. A maior parte são de nacionalidade portuguesa (94,05%) e frequenta o 3º ciclo de ensino básico (44,05%). No que diz respeito ao agregado familiar, 41,67% coabita com os pais + irmão(s), sendo que 84,52% e 82,14% dos pais e mães, respetivamente, se encontram empregados e 50,00% e 55,95% possuem mais do que 9 anos de escolaridade. Deste modo, podemos considerar que os resultados obtidos, são concordantes com os obtidos no *Health Behaviour in School-Aged Children* (Matos et al., 2018), no que diz respeito ao género, nacionalidade, situação profissional do pai e da mãe e agregado familiar. Encontramos semelhança, também, com o estudo realizado por Sousa et al. (2015) quanto à idade e género. No estudo realizado por Tomás, Queirós, e Ferreira (2015), a amostra era maioritariamente do género masculino e com uma média de idade superior (16,32 anos). Ao nível dos estudos realizados internacionalmente, a média de idades é superior à desta investigação (Chen et al., 2003; Musavian, Pasha, Rahebi, Atrkar Roushan, & Ghanbari, 2014; D. Wang et al., 2009), com exceção do realizado por Ortabag et al. (2011). A maior parte dos adolescentes são do género feminino e o tipo de agregado familiar mais frequente é o nuclear, à semelhança deste estudo (Chen, James, & Wang, 2007; Chen et al., 2003; Musavian et al., 2014; Ortabag et al., 2011; D. Wang et al., 2009). Outra característica sociodemográfica distinta da verificada com o presente estudo, prende-se com a situação profissional da mãe, na medida em que o estudo de Musavian, Pasha, Rahebi, Atrkar Roushan, e Ghanbari (2014); e Ortabag et al. (2011) a maioria das mães encontravam-se desempregadas ou eram donas de casa.

A análise dos dados recolhidos permitiu conhecer os níveis de CPS dos adolescentes, sendo que, os resultados revelam bons níveis de CPS, com valores acima do valor médio da escala EPISA e que se encontram em consonância com os obtidos por Tomás et al. (2015). Considerando o valor mínimo de pontuação possível (40 pontos) e o seu máximo (200 pontos), obteve-se uma média de 145,30, com um resultado mínimo de 87 e um máximo de 189. O estudo realizado por Tomás et al. (2015) teve, por sua vez, uma média de 148 pontos, com uma oscilação de respostas entre os 86 e 193, enquanto que Chen et al. (2003), no estudo de validação da escala, alcançou uma média de 129, tendo tido uma variação entre os 51 e os 170.

As subescalas com valores mais elevados de níveis de CPS, foram, a subescala “Nutrição”, seguida da subescala “Exercício Físico”, e as que apresentaram níveis mais baixos, foram a subescala “Responsabilidade pela Saúde” e a “Gestão de Stresse”. Estes resultados vão, em

parte, ao encontro do que foi evidenciado no estudo de Tomás et al. (2015) em que a subescala da “Nutrição” revelou ser uma das mais bem cotadas, enquanto que, em sentido contrário, as subescalas “Responsabilidade pela Saúde” e “Gestão de *Stresse*” foram as menos pontuadas. Da mesma forma, o estudo de Musavian, Pasha, Rahebi, Atrkar Roushan, e Ghanbari (2014) também identificaram a subescala “Nutrição” com sendo uma das que evidencia níveis promotores de saúde mais elevados e a subescala da “Responsabilidade pela Saúde” com níveis mais baixos.

Em alguns estudos realizados, é realçada a importância que o género apresenta sobre a média total da EPSA sendo que, no estudo realizado por Musavian et al. (2014) e Tomás et al. (2015), os adolescentes do género masculino apresentaram melhores resultados, enquanto que, Chen et al. (2003) e J. Gaete et al. (2014), obtiveram resultados opostos, destacando-se o género feminino com um maior nível de CPS. Estes resultados podem ser, também, justificados pelo facto de que, segundo Rew, Arheart, Thompson, e Johnson (2013), os homens serem mais propensos que as mulheres a exibirem vários CPS, nomeadamente comer três ou mais porções diárias de frutas, três ou mais porções de vegetais, três ou mais porções de leite e participarem em 60 minutos de atividade física diariamente.

A idade, para além do género, é outra variável com diferenças relevantes. Tanto no estudo de Musavian et al. (2014), como de Ortabag et al. (2011) e Tomás et al. (2015), verificou-se uma relação inversamente proporcional entre a idade e a média total da EPSA, sendo estes mais elevados nas faixas etárias inferiores. Nesta investigação, foi possível identificar que os adolescentes, com idades entre os 12-14 anos, foram os que apresentaram melhores CPS, em contraponto com os de 15-18 anos, o que corrobora os resultados dos estudos referidos. Como reportado na revisão de literatura, a adolescência é uma fase de transição, na qual os adolescentes vão adquirindo uma maior independência, com o decorrer dos anos. Naturalmente começam a ter interesses diferentes, sofrem influência acentuada dos colegas e passam mais tempo na escola, sem a supervisão dos pais (Marques et al., 2018). Outro fator que pode contribuir para esta variação é que, segundo a investigação realizada por Tomás (2014), quanto maior a idade dos adolescentes, menores são os níveis de literacia em saúde totais, assim como os níveis de literacia nas áreas temáticas de gestão do *stresse*, saúde reprodutiva/sexual, exercício físico, prevenção de doenças cardiovasculares e prevenção de doenças cancerígenas.

No que diz respeito à média total da EPSA, podemos destacar a influência que a maior escolaridade do pai apresenta sobre os CPS dos adolescentes, o que está de acordo com os resultados obtidos por J. Gaete et al. (2014) e Musavian et al. (2014). De acordo com Chen, Shiao, e Gau (2007), esta associação entre o nível de escolaridade dos pais e os CPS dos adolescentes, pode ser influenciada por diferenças no conhecimento parental transmitido, uma vez que habilitações literárias superiores podem facilitar a partilha de mais e melhores informações sobre saúde entre pais e filhos e, conseqüentemente, influenciar os comportamentos de saúde destes últimos. Os referidos autores acreditam que a existência de

um maior conhecimento por parte do pai, pode traduzir-se numa maior consciencialização dos mesmos para a adoção de EVS, servindo, deste modo, como exemplos de comportamentos mais sãos para os seus descendentes.

No que concerne à subescala “Nutrição”, na presente investigação foi possível constatar a influência significativa do género nos CPS, apresentando o género masculino níveis mais elevados, comparativamente com o feminino, o que vai ao encontro dos resultados relatados pelos estudos de Matos e Equipa Aventura Social (2018), Musavian et al. (2014) e Ortabag et al. (2011). Spencer, Rehman, e Kirk (2015) referem que as adolescentes do género feminino envolvem-se, mais facilmente, em comportamentos como o jejum e/ou saltar refeições e possuem um relacionamento complexo com o seu corpo, sendo, deste modo, vulneráveis a ideais inatingíveis de beleza e às influências sobre a imagem corporal dos meios de comunicação social, das normas socioculturais, dos ideais corporais e dos conceitos erróneos sobre alimentação.

Relativamente a esta subescala da EPSA, a escolaridade dos adolescentes parece ser determinante, verificando-se melhores CPS no 3º e 2º ciclo, comparativamente com o secundário e o curso profissional, sendo esta diferença estatisticamente significativa entre o 3º ciclo e o curso profissional. Dados semelhantes, melhor média de resultados com menor escolaridade, ficaram, também, demonstrados nos estudos de Musavian et al. (2014), Ortabag et al., (2011) e Tomás et al. (2015). Estas diferenças, podem ser explicadas, com a progressiva independência que, os adolescentes de anos de escolaridade superiores, vão adquirindo, simultaneamente com a exposição a outros ambientes e influências, nomeadamente dos pares, passando a serem cada vez menos recetivos aos conselhos dos progenitores (Marques et al., 2018). Na mesma linha de pensamento, Tomás (2014) defende que, a expectativa de aceitação e a motivação para corresponder à aprovação intrínseca das normas subjetivas, leva os adolescentes a proceder, não em consonância com as suas cognições, mas de acordo com o que outros esperam deles, o que afetará a relação entre informação recebida em saúde e os CPS.

Para além do género e da escolaridade dos adolescentes, os estudos realizados por Matos e Equipa Aventura Social (2018), Ortabag et al. (2011) e Tomás et al. (2015), chegaram à conclusão de que existia uma correlação entre a idade e as médias obtidas na subescala “Nutrição”, sendo estas tanto maiores quanto menor é a idade, com diferenças estatisticamente significativas. O presente estudo, aponta, efetivamente, para uma correlação inversa entre a idade e as médias obtidas, não sendo esta significativa em termos estatísticos. Segundo Marques et al. (2018), verifica-se um decréscimo no consumo de fruta e legumes, que se inicia na infância e que se prolonga até à fase adulta, sendo justificada pela multiplicidade de mudanças nos estilos de vida e aspetos físicos e ambientais que ocorrem na adolescência, nomeadamente a influência dos colegas ou disponibilidade destes alimentos nas escolas. A maior liberdade na escolha de alimentos vivenciada pelos adolescentes, assim como, o pouco

incentivo ao consumo de frutas e vegetais durante esta fase, pode explicar esta diminuição no seu consumo.

Embora não sendo estatisticamente significativa, as habilitações académicas do pai também poderão modelar os resultados obtidos para a subescala “Nutrição”, na medida em que os adolescentes cujos pais possuem habilitações académicas superiores, apresentaram melhores CPS. Hayman (2010) realça que, atuando como formuladores de políticas domésticas, os pais implementam diretrizes que influenciam o modo como os adolescentes se envolvem numa alimentação saudável, permitindo escolhas alimentares a partir de opções saudáveis, eliminando do consumo regular, as bebidas açucaradas e os alimentos ricos em calorias e pobres em nutrientes, optando regularmente por refeições em família tendo em consideração os tamanhos das porções a ingerir em cada refeição.

A variável do agregado familiar apresentou, também, diferenças estatisticamente significativas na subescala “Nutrição”, revelando que os seus comportamentos promotores são menores no agregado familiar “outra”, comparativamente com os restantes. Entre os estudos realizados e analisados, apenas no de Chen, James, e Wang (2007) é possível identificar que a tipologia de agregado familiar influencia os resultados alcançados, posto que estes são melhores em famílias nucleares. De acordo com R.-H. Wang et al. (2010), verifica-se uma influência dos pais nas escolhas de saúde dos adolescentes, substituindo-os muitas vezes nessa função, o que não se sucede em idades posteriores. Para além disso, e segundo Tomás (2014), tratando-se de adolescentes, em transição para a idade adulta, têm ainda como pessoas de referência os seus pais, em particular a mãe, já que, quando têm um problema de saúde ela é a primeira pessoa com quem falam.

Quanto à subescala “Suporte Social”, foi possível aferir que, quanto maior o nível de escolaridade de ambos os pais, maior é a média obtida, apesar das diferenças não serem estatisticamente significativas. Analisando os vários estudos em que a EPISA foi aplicada, nenhum dos autores obteve resultados idênticos. Chen, Shiao, et al. (2007) afirmam que, os pais com educação superior, estão mais conscientes da importância em investir em tempo, de modo a potenciar as capacidades e competências sociais e humanas dos seus filhos, assim como, se encontram mais motivados a adotar comportamentos parentais que requerem mais tempo do seu quotidiano. Paralelamente, defendem que, as mães e os pais que possuem uma maior escolaridade, despendem mais tempo com os filhos, do que os que têm menor escolaridade, dedicando mais tempo a atividades que visam o seu desenvolvimento cognitivo e social.

No que diz respeito à subescala “Responsabilidade pela Saúde”, foi possível constatar, no nosso estudo, uma diferença estatisticamente significativa quanto à influência da variável situação profissional da mãe, visto que, os adolescentes cujas mães estão desempregadas, reformadas ou são doméstica, apresentam melhor média do que os adolescentes com mães empregadas. Esta constatação contraria a conclusão do estudo de Ortabag et al. (2011), no

qual os participantes com mães empregadas apresentam maior média na subescala “Responsabilidade pela Saúde”. Esta diferença pode, em parte, ficar a dever-se à disponibilidade das progenitoras, quer para apreenderem mais conhecimentos em saúde, quer para acompanharem os filhos às consultas de vigilância, fomentando a aquisição de melhores CPS. Chen, Shiao, et al. (2007) afirmam que as mulheres praticaram comportamentos de saúde positivos mais regularmente que os homens, assumindo menos riscos, recorrendo aos cuidados de saúde mais frequentemente, relatando mais sintomas e demonstrando maior conhecimento e interesse em questões de saúde.

Em relação à subescala “Exercício Físico”, verificou-se, em consonância com os estudos realizados por Matos et al. (2018), Ortabag et al. (2011) e Tomás et al. (2015), uma relação inversamente proporcional entre a idade dos adolescentes e os CPS, sendo estes melhores em adolescentes com idade inferior. À medida que os adolescentes ficam mais velhos, ganham uma maior independência e são expostos a outros ambientes e influências (por exemplo, escola e colegas). Para além disto, a diminuição da atividade física com a idade parece estar associada ao custo das atividades. A atividade física durante a infância é principalmente informal, na medida em que essa atividade física é realizada, em grande parte, durante o tempo que as crianças passam a brincar. No entanto, os adolescentes tendem a praticar atividade física formal, que tem custos económicos associados, como por exemplo, a mensalidade e compra de equipamentos (Marques et al., 2018). Sawyer et al. (2012) acrescentam que o envolvimento dos jovens com as novas tecnologias e redes sociais tornaram-nos mais suscetíveis aos efeitos “secundários” resultantes da sua excessiva utilização, diminuindo o recurso à atividade física. Para além disso, Chen, Liou, e Wu (2008) destacam que a quantidade de tempo que passam em frente aos ecrãs aumenta com a idade.

Foi possível constatar uma diferença estatisticamente significativa entre a subescala “Exercício Físico” e o género, sendo maior a média no género masculino do que feminino. Esta conclusão é transversal aos estudos efetuados por Chen, James, et al. (2007), Marques et al. (2018), Matos et al. (2018), Musavian et al. (2014), Ortabag et al. (2011) e Tomás et al. (2015). De acordo com o estudo de investigação realizado por Gonçalves e Martínez (2018), os objetivos e a motivação para a prática de exercício físico, são diferentes consoante o género, constatando-se a existência de estereótipos e uma tradicional ligação do género aos diferentes desportos, embora, em algumas modalidades desportivas, o gosto pela prática seja compartilhada.

De acordo com os estudos realizados por Musavian et al. (2014), Ortabag et al. (2011) e Tomás et al. (2015), foi possível identificar uma associação entre a escolaridade e os CPS, na subescala “Exercício Físico”, sendo estes tanto melhores quanto menor a escolaridade do adolescente. Nesta investigação foi possível constatar que os adolescentes dos cursos profissionais apresentavam níveis inferiores aos restantes, apesar de não significativos estatisticamente. Tomás (2014), refere que, em relação ao curso formativo frequentado, os adolescentes a frequentar cursos profissionais apresentam valores de literacia em saúde inferiores, comparativamente aos que frequentam os restantes graus de ensino.

As variáveis habilitações do pai e da mãe apresentaram, também, diferenças estatisticamente significativas na subescala “Exercício Físico”, concluindo-se que os comportamentos promotores são menores nos adolescentes cujos progenitores eram detentores de um menor nível de formação, comparativamente com os restantes. Entre os estudos realizados e analisados, apenas o de Chen, Shiao, et al. (2007), referiu que o nível de escolaridade dos pais afetava os resultados obtidos na subescala “Exercício Físico”, sendo de ressaltar que, em alguns deles, estas variáveis não foram abordadas. Também Hayman (2010) enfatiza que os pais servem como modelos para comportamentos saudáveis, incluindo estilos de vida fisicamente ativos, na medida em que existem dados que indicam associações familiares, nomeadamente a concordância entre pais e filhos na atividade física e outros comportamentos de saúde. Para além disto, Hardy, Mihrshahi, Bellew, Bauman, e Ding (2017) defendem que a conscientização das recomendações pode ser um fator que contribui para a adesão, podendo mesmo afirmar que, os adolescentes cujos pais estavam cientes das recomendações de atividade física, tinham maior probabilidade de atender às mesmas.

6. CONCLUSÃO

O estudo desenvolvido possibilitou dar resposta à questão de investigação e aos objetivos inicialmente traçados, no sentido em que permitiu determinar, quais os CPS e EVS dos adolescentes, assim como, compreender melhor quais as determinantes sociodemográficas, que influenciam esses mesmos comportamentos.

De modo a sintetizar as conclusões que emergiram deste trabalho de investigação, o presente subcapítulo encontra-se dividido em três partes: uma primeira parte, na qual se apresentam as conclusões resultantes da análise e discussão dos resultados obtidos; uma segunda parte, onde são apresentadas as principais limitações do estudo; e uma terceira parte, da qual constam as implicações para a prática profissional, assim como propostas de melhoria da qualidade na prática profissional.

6.1. Conclusões

Em relação às principais conclusões do estudo e do ponto de vista sociodemográfico, estudou-se uma amostra constituída maioritariamente por adolescentes do sexo feminino, predominantemente da faixa etária entre os 12-14 anos de idade, de nacionalidade portuguesa e a frequentar o 3º ciclo de ensino básico. A maioria pertence a um agregado familiar nuclear, maioritariamente com irmãos e com pais empregados. No que à escolaridade dos pais, diz respeito, de um modo geral. Metade dos pais tem uma escolaridade superior a nove anos, enquanto que a maior parte das mães apresenta habilitações literárias superiores a nove anos.

Quanto aos comportamentos promotores totais de saúde, é de realçar a existência de bons níveis de CPS, na medida em que a média é superior ao valor médio da escala.

No que respeita às várias subescalas da EPSA, é possível concluir que, aquelas em que os adolescentes evidenciaram níveis mais elevados de CPS foram a “Nutrição” e o “Exercício Físico” respetivamente, seguidas da “Suporte Social” e “Apreciar a Vida”, tendo as subescalas “Gestão de *Stresse*” e “Responsabilidade pela Saúde” apresentado os mais baixos níveis promotores de saúde.

O género masculino foi o que apresentou níveis mais elevados de CPS no total da escala, sendo que se verificou uma diferença estatisticamente significativa relativamente à subescala “Nutrição” e “Exercício Físico”, comparativamente com o género feminino.

No que concerne à variável idade, conclui-se que quanto mais velhos são os adolescentes, menores são os níveis de CPS, quer no total da escala, quer nas subescalas “Nutrição” e “Exercício Físico”.

À semelhança da idade, no que à escolaridade do adolescente diz respeito, verificamos uma proporcionalidade inversa entre os níveis de CPS e o grau académico nas subescalas “Nutrição” e “Exercício Físico”, existindo, no caso da subescala “Nutrição”, uma diferença estatisticamente significativa entre os adolescentes a frequentar o 3º ciclo e os que estudam nos cursos profissionais.

Em relação às habilitações do pai, constatou-se que, quanto maior a escolaridade destes, melhores eram os níveis de CPS evidenciados pelos seus descendentes, designadamente, no total da escala e subescalas “Nutrição”, “Suporte Social” e “Exercício Físico”, sendo que, nesta última, ocorreu uma diferença estatisticamente significativa. No que toca às habilitações da mãe, observa-se uma relação idêntica à que ocorreu com o nível de escolaridade do pai. Contudo, esta influência apenas foi possível identificar na subescala “Suporte Social” e, com diferença estatisticamente significativa, na subescala “Exercício Físico”.

Relativamente à situação profissional do pai e da mãe, concluiu-se que o facto do pai estar empregado influencia os níveis de CPS dos adolescentes na subescala “Exercício Físico” e, no caso da mãe, observou-se uma diferença estatisticamente significativa quando a situação profissional era “Não empregado” na subescala “Responsabilidade pela Saúde”.

No que diz respeito ao agregado familiar, verificou-se que os adolescentes que seleccionaram a opção “Outra”, apresentaram níveis de CPS mais baixos nas subescalas “Nutrição” e “Exercício Físico”, sendo que, no caso da primeira, esta diferença foi estatisticamente significativa.

6.2. Limitações do estudo

Relativamente às limitações identificadas na realização da presente investigação, estas dizem respeito a aspetos metodológicos, nomeadamente:

- O tipo de amostragem não aleatório, não permitindo a generalização dos resultados;
- Tamanho da amostra relativamente baixo devido ao início da pandemia e à suspensão de algumas atividades de vigilância nas unidades de saúde;
- O facto do questionário ter sido aplicado a adolescentes e pais que foram à USF, sendo aqueles que provavelmente terão melhores comportamentos de promoção da saúde. Seria interessante aplicar o questionário a outros jovens que não vão com regularidade à unidade para também identificar os seus comportamentos;

- A possibilidade de viés nas respostas pelo facto dos questionários terem sido aplicados numa única unidade de saúde, o que poderá condicionar as respostas dadas pelos participantes, podendo distorcer os dados recolhidos pelo investigador.
- A inexistência de uma Consulta de Enfermagem estruturada para a faixa etária dos 15-18 anos, de acordo com o preconizado pela Direção Geral de Saúde no Plano de Saúde Infantil e Juvenil, podendo ter influenciado o número de questionários obtidos, uma vez que os questionários que se obtiveram nestas faixas etárias, foram de adolescentes que recorreram à consulta de agudos ou planeamento familiar.

6.3. Implicações para prática profissional

Face à questão que serviu de fio condutor a este estudo, relacionada com a identificação dos CPS e EVS dos adolescentes, apraz-me concluir que, apesar dos adolescentes apresentarem um bom nível de CPS, existe ainda um potencial evolutivo significativo, nomeadamente em algumas áreas de PS (por exemplo a Responsabilidade pela Saúde e Gestão de *Stress*), e que terão, certamente, um enorme impacto na capacitação dos adolescentes nesta transição entre a infância e a idade adulta. Neste sentido, será relevante sugerir algumas propostas de melhoria de práticas profissionais:

- A estruturação da consulta de saúde infantil e juvenil dos adolescentes entre os 15 e 18 anos de idades de acordo com as recomendações que constam no Programa de Saúde Infantil e Juvenil (Direção-Geral da Saúde, 2013), uma vez que, com base neste estudo, pudemos verificar a necessidade de investimento nestas faixas etárias pois os adolescentes vão tendo comportamentos menos saudáveis com a idade;
- Discutir nas reuniões de equipa, temas relacionados com a promoção de comportamentos e EVS, no sentido de uniformizar as intervenções, assim como conhecimentos partilhados com os adolescentes e família.
- A criação de um protocolo de articulação entre o Estabelecimento de Ensino, a Saúde Escolar e a USF Leme, de forma a que, exista uma uniformização de programas de PS e EVS a instituir, designadamente na área da nutrição e exercício físico;
- Num universo cada vez mais tecnológico, potenciar a utilização destes meios para promover uma maior utilização dos serviços de saúde, por parte dos adolescentes e, em certa medida, potenciar os recursos de cada elemento da família, de forma a considerar o seu contexto social, económico e cultural, para fomentar a responsabilidade pela saúde e o suporte social;
- Promover a literacia em saúde dos adolescentes, assim como dos familiares, quer através da entrega de folhetos/brochuras, quer através da criação de *newsletters* regulares, estruturadas em função da faixa etária, em que fossem trabalhadas as temáticas de PS identificadas no presente estudo ou outras referidas na literatura. No

caso das consultas presenciais, esta mesma informação deveria ser referida junto do adolescente e família, de forma a estimular a partilha de dúvidas e consolidação de conceitos;

- Planeamento em saúde de forma a identificar necessidades destes jovens em termos de saúde de forma a implementar ações de promoção da literacia em saúde em diferentes *settings* da comunidade (e.g. escola; escuteiros; grupos de jovens, entre outros). Estimular e treinar competências que venham sustentar o suporte social destes jovens (e.g. interajuda, autoeficácia e autoestima) para que a transição seja o mais positiva possível e a gestão de *stresse* mais eficaz;

Estas são algumas propostas de alteração das práticas profissionais, embora, no seio da equipa, poderão emergir outras, fruto da conjugação da experiência que possuem, conjuntamente com as necessidades identificadas através dos resultados obtidos neste estudo.

SINTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

Este relatório reflexivo possibilitou dar resposta aos objetivos inicialmente delineados, já que, se procurou demonstrar o trabalho desenvolvido na USF Leme, dissecando de forma crítico-reflexiva as competências desenvolvidas, as dificuldades sentidas na sua concretização, assim como as estratégias utilizadas para as ultrapassar. Foi ainda possível, com este relatório, apresentar o trabalho de investigação elaborado durante o período de Estágio, o qual visava analisar os CPS e EVS dos adolescentes.

Relativamente à construção do relatório, que agrega a reflexão sobre o Estágio, para além do trabalho de investigação, este tornou-se um momento significativo, uma vez que possibilitou a reflexão sobre todas competências adquiridas e a reconstrução de alguns conhecimentos previamente adquiridos, fruto das unidades curriculares do mestrado, assim como, da experiência profissional. Todos os momentos de partilha e reflexão realizados com a Enfermeira Tutora Isabel Lopes, concederam-me a oportunidade de desenvolver novas formas de aprender, compreender, atuar e solucionar problemas, num caminho conducente a uma maior consciência das intervenções realizadas.

A adolescência é uma fase de transição entre a infância e a idade adulta, que incorpora em si múltiplas transições, designadamente biológicas, cognitivas, sociais emocionais e de personalidade, sendo que todas estas modificações ocorrem de um modo muito rápido e em alturas diferentes em cada pessoa. Este estado de frequentes alterações e desenvolvimento constante é propício ao desenrolar de problemas de saúde psicossociais, biológicos e fisiológicos. Para além disto, e tendo em consideração a crescente autonomia que os adolescentes vão adquirindo, a experimentação de comportamentos de risco é uma realidade cada vez mais presente, acarretando implicações na saúde física e mental futura.

Tendo em consideração que muitos hábitos de vida são definidos nesta fase e irão perdurar para a idade adulta, verifica-se uma preocupação da comunidade mundial em investir na sua saúde e no desenvolvimento dos adolescentes, de forma a que fomentem a capacidade necessária para uma vida produtiva, saudável e satisfatória. Deste modo, o foco de intervenção deve abranger a promoção de recursos pessoais e sociais, assim como potenciar o desenvolvimento de capacidades que lhes possibilitem um funcionamento salutar.

A PS constitui-se, desta forma, como uma ferramenta crucial para facilitar a transição em direção ao cumprimento de metas, na medida em que tem como principais objetivos, auxiliar as pessoas de todas as idades a se manterem saudáveis, otimizar a saúde em pessoas com doenças crónicas ou incapacidade e conceber ambientes saudáveis.

Estes objetivos exigem estratégias que visam a melhoria da saúde das pessoas, no contexto das suas famílias e comunidade, em virtude de, por parte dos profissionais de saúde, existir a perceção da necessidade de modificar o contexto da PS e de EVS de forma a ajudar pessoas

de todas as idades a manterem-se saudáveis. Trata-se de um desafio de uma relevância enorme, que requer a aplicação de estratégias multinível, englobando todos os eixos dos problemas de saúde, designadamente, família, escola, comunidade, local de trabalho e comunidade.

Devido à sua experiência biopsicossocial e ao contacto contínuo com os utentes, os Enfermeiros de Família encontram-se numa posição ímpar para assumir o papel de liderança, de modo a alcançar os objetivos da PS, uma vez que têm a família como entidade alvo dos seus cuidados e reconhecem a complexidade do sistema familiar e a sua unicidade.

O Enfermeiro de Família detém as competências apropriadas para promover a saúde da população, na medida em que, consegue aceder aos estilos de vida dos jovens e suas famílias e intervir, com vista à diminuição dos comportamentos desadequados, aos mesmo tempo que facilita os CPS. Deste modo, o Enfermeiro de Família deve favorecer a construção de um clima positivo para a mudança, ajudando nas várias etapas do processo de modificação dos comportamentos de PS e aumentar a capacidade do indivíduo para os manter.

A realização deste trabalho de investigação, constituiu-se como uma mais valia significativa em termos de aprendizagem, tanto a nível pessoal como profissional, já que possibilitou a aquisição de competências essenciais enquanto Enfermeiro e que irão traduzir-se numa prática mais completa, abrangente e, ao mesmo tempo, com intervenções mais específicas e dirigidas à especificidade de cada díade utente/família, inserida num contexto social, económico e cultural singular.

Pretende-se, deste modo, que o presente estudo tenha contributos na construção de uma prática baseada na evidência, na constituição de práticas profissionais mais apropriadas, com previsíveis ganhos em saúde. Neste mesmo sentido, objetiva-se disseminar os resultados deste estudo para os profissionais de saúde possam refletir sobre as suas práticas e evidenciar melhorias contínuas das mesmas, em particular os da USF Leme.

Como experiência menos positiva, gostaria de destacar a complexidade que foi conciliar a carga laboral, no meu local de trabalho, com o número de horas presenciais preconizadas para o Estágio. De forma a ultrapassar esta dificuldade, em muito contribuiu a flexibilidade evidenciada pela Enfermeira Tutora Isabel Lopes, o apoio da família, dos meus colegas de trabalho e da minha chefe de serviço.

No que toca às experiências mais significativas, para além das reflexões realizadas com a Enfermeira Tutora, como já referi, gostaria de realçar as competências adquiridas no âmbito da Enfermagem de Família, uma vez que tive a possibilidade de avaliar e intervir nas famílias, almejando ganhos em saúde exponencialmente superiores

Para finalizar, é com enorme satisfação que se conclui esta etapa marcada, por enorme empenho e dedicação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Médica Mundial. (2013). Declaração de Helsínquia: versão de Outubro de 2013. *64ª Assembleia Geral*. Retrieved from <http://ispup.up.pt/docs/declaracao-de-helsinquia.pdf>
- Baisch, M. J. (2009). Community health: an evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(11), 2464–2476. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05068.x>
- Carrilho, M. J. (2015). Crianças e Adolescentes em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, 53–101. Retrieved from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_estudos&ESTUDOSest_boui=284013038&ESTUDOSmodo=2&xlang=pt
- Chen, M.-Y., James, K., & Wang, E. K. (2007). Comparison of health-promoting behavior between Taiwanese and American adolescents: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44(1), 59–69. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.11.015>
- Chen, M.-Y., Liou, Y.-M., & Wu, J.-Y. (2008). The Relationship Between TV/Computer Time and Adolescents' Health-Promoting Behavior. *Journal of Nursing Research*, 16(1), 75–85. <https://doi.org/10.1097/01.JNR.0000387292.99300.92>
- Chen, M.-Y., Shiao, Y.-C., & Gau, Y.-M. (2007). Comparison of Adolescent Health-Related Behavior in Different Family Structures. *Journal of Nursing Research*, 15(1), 1–10. <https://doi.org/10.1097/01.JNR.0000387594.86790.fa>
- Chen, M.-Y., Wang, E. K., Yang, R.-J., & Liou, Y.-M. (2003). Adolescent Health Promotion Scale: Development and Psychometric Testing. *Public Health Nursing*, 20(2), 104–110. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1446.2003.20204.x>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil* (No. 010/2013). Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>
- Dreyer, S. (1984). *Estudo piloto do uso de três fichas familiares diferentes num centro de medicina familiar*. Panamá: 11^{as} Jornadas Internacionais de Medicina Familiar das Américas. Espanha e Portugal.
- Elster, A. (2008). *Promoting healthy adolescent development: the view through a half-full looking glass*. Retrieved from www.medscape.org/viewarticle/575415
- Fausto, A. (2001). *A Classificação das Famílias segundo a Escala de Graffar*. Lisboa: Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso.
- Feldman, R. S. (2008). *Adolescence*. London: Pearson Education.
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família* (Lusociência, ed.). Loures.
- Fonseca, P. (2017). Adolescência. In *Lições de Pediatria Vol. I e II* (pp. 245–258). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. https://doi.org/10.14195/978-989-26-1300-0_14
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (Lusodidacta). Loures: Lusociência.
- Friel, S., & Marmot, M. G. (2011). Action on the Social Determinants of Health and Health Inequities Goes Global. *Annual Review of Public Health*, 32(1), 225–236. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031210-101220>
- Gaete, J., Olivares, E., Rojas-Barahona, C. A., Labbé, N., Rengifo, M., Silva, M., ... Chen, M. Y.

- (2014). Factores asociados a conductas promotoras de salud en adolescents Chilenos. *Revista Médica de Chile*, 142(4), 418–427. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014000400002>
- Gaete, V. (2010). El control de salud del adolescente. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 21(5), 798–815. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(10\)70602-7](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(10)70602-7)
- Goddings, A.-L., James, D. R., & Hargreaves, D. S. (2012). Distinct patterns of health engagement in adolescents and young adults: implications for health services. *The Lancet*, 380, S41. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60397-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60397-9)
- Gonçalves, V. O., & Martínez, J. P. (2018). Género y práctica de ejercicio físico de adolescentes y universitarios. *Cadernos de Pesquisa*, 48(170), 1114–1128. <https://doi.org/10.1590/198053145588>
- Governo da República Portuguesa. (2019). Lei nº 58/2019. *Diário Da República*, 1ª Série, 1ª série(N.º 151). Retrieved from <https://data.dre.pt/eli/lei/58/2019/08/08/p/dre>
- Hardy, L. L., Mahrshahi, S., Bellew, W., Bauman, A., & Ding, D. (2017). Children's adherence to health behavior recommendations associated with reducing risk of non-communicable disease. *Preventive Medicine Reports*, 8(July), 279–285. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2017.10.006>
- Hattar-Pollara, M. (2010). Developmental Transitions. In *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 87–94). Nova York: Springer Publishing Company, LLC.
- Hayman, L. L. (2010). Starting Young. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 25(3), 228–232. <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3181cec6ba>
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Horst, H. v. d., Jadad, A. R., Kromhout, D., ... Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343(jul26 2), d4163–d4163. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- Laski, L. (2015). Realising the health and wellbeing of adolescents. *BMJ*, 351, h4119. <https://doi.org/10.1136/bmj.h4119>
- Lee, A. (2009). Health-promoting schools. *Applied Health Economics and Health Policy*, 7(1), 11–17. <https://doi.org/10.1007/BF03256138>
- Marques, A., Loureiro, N., Avelar-Rosa, B., Naia, A., & Matos, M. G. de. (2018). Adolescents' healthy lifestyle. *Jornal de Pediatria*, (xx). <https://doi.org/10.1016/j.jped.2018.09.002>
- Matos, M., & Equipa Aventura Social. (2018). A Saúde Dos Adolescentes Portugueses Após a Recessão. *Health Behaviour in School - Aged Children*, 62. Retrieved from <https://tinyurl.com/y39yhxd>
- Matos, M., Tomé, G., Guedes, F. B., Branquinho, C., Gaspar, S., Reis, M., ... Carvalho, M. (2018). *Estudo Health Behaviour in School-aged Children (HBSC/OMS) Internacional - 2018*. Lisboa. Retrieved from http://aventurasocial.com/arquivo/1589841620_HBSC Internacional 2020.pdf
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Nova York: Springer Publishing Company, LLC.
- Ministério da Saúde. (2014). Decreto de Lei 118/2014 de 5 de Agosto. In *Diário da República*, 1ª série (Vol. 149). Retrieved from <https://dre.pt/pesquisa/-/search/55076561/details/maximized>
- Ministério da Saúde. (2017). Decreto-lei n. 73/2017 de 21 de Junho. In *Diário da República*, 1ª série. Retrieved from <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/73/2017/06/21/p/dre/pt/html>
- Musavian, A. S., Pasha, A., Rahebi, S.-M., Atrkar Roushan, Z., & Ghanbari, A. (2014). Health

- promoting Behaviors Among Adolescents: A Cross-sectional Study. *Nursing and Midwifery Studies*, 3(1), 1–7. <https://doi.org/10.17795/nmsjournal14560>
- OMS. (2005). *Constitution of the World Health Organization* (55 ed.). Retrieved from https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
- OMS. (2009). *Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences*. 1–42. Retrieved from https://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf
- OMS. (2015). THE GLOBAL STRATEGY FOR WOMEN'S, CHILDREN'S AND ADOLESCENTS' HEALTH (2016-2030). Retrieved March 16, 2020, from <https://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/ewec-globalstrategyreport-200915.pdf?ua=1>
- OMS. (2019). Coming of age: adolescent health. Retrieved September 2, 2019, from <https://www.who.int/health-topics/adolescents/coming-of-age-adolescent-health>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). O papel dos enfermeiros na promoção de uma alimentação saudável - Texto formulado pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária. Retrieved May 8, 2020, from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-paginas-antigas/o-papel-dos-enfermeiros-na-promoção-de-uma-alimentação-saudável-texto-formulado-pela-mesa-do-colégio-da-especialidade-de-enfermagem-comunitária/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018a). Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária — Na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. In *Diário da República*, 2ª série. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/115698616>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018b). Dia Internacional da Família - Enfermeiros e famílias em parceria na construção da saúde para todos. Retrieved May 8, 2020, from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-paginas-antigas/dia-internacional-da-família-enfermeiros-e-famílias-em-parceria-na-construção-da-saúde-para-todos/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. In *Diário da República*, 2ª série. Retrieved from <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>
- Ortabag, T., Ozdemir, S., Bakir, B., & Tosun, N. (2011). Health Promotion and Risk Behaviors Among Adolescents in Turkey. *The Journal of School Nursing*, 27(4), 304–315. <https://doi.org/10.1177/1059840511408322>
- Peate, I. (2016). Male adolescent health and wellbeing matters too. *British Journal of School Nursing*, 11(1), 33–35. <https://doi.org/10.12968/bjsn.2016.11.1.33>
- Pender, N. J., Murdaugh, L. C., & Parsons, M. A. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice*. (Seventh Ed). Boston: Pearson.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). Análise de Dados para Ciências Sociais: a Complementaridade do SPSS. In M. Robalo (Ed.), *Edições Sílabo: 2014* (6ª Edição). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Relvas, A. P. (1996). *O Ciclo de Vida da Família, perspectiva Sistémica* (Edições Af). Porto: Biblioteca das Ciências do Homem.
- Rew, L., Arheart, K. L., Thompson, S., & Johnson, K. (2013). Predictors of adolescents' health-promoting behaviors guided by primary socialization theory. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 23(1), n/a-n/a. <https://doi.org/10.1111/jspn.12036>
- Rodrigues, M. (2008). *Educação para a Saúde: Formação Pedagógica de Educadores de Saúde*. Coimbra: Formasau.

- Savage, C., & Kub, J. (2009). Public Health and Nursing: A Natural Partnership. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6(11), 2843–2848. <https://doi.org/10.3390/ijerph6112843>
- Sawyer, S. M., Afifi, R. A., Bearinger, L. H., Blakemore, S.-J., Dick, B., Ezech, A. C., & Patton, G. C. (2012). Adolescence: a foundation for future health. *The Lancet*, 379(9826), 1630–1640. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60072-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60072-5)
- Scioli, E. R., Biller, H., Rossi, J., Riebe, D., & Scioli, A. (2009). Interrelationships of Health Related Behaviors among Young Adults. *Californian Journal of Health Promotion*, 7(SI), 07–22. <https://doi.org/10.32398/cjhp.v7iSI.1996>
- Sousa, P., Gaspar, P., Fonseca, H., Hendricks, C., & Murdaugh, C. (2015). Health promoting behaviors in adolescence: validation of the Portuguese version of the Adolescent Lifestyle Profile. *Jornal de Pediatria*, 91(4), 358–365. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2014.09.005>
- Spencer, R. A., Rehman, L., & Kirk, S. F. L. (2015). Understanding gender norms, nutrition, and physical activity in adolescent girls: a scoping review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 12(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s12966-015-0166-8>
- SPMS. (2019). BI - USF Leme. Retrieved November 10, 2019, from <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20019/2011294/Pages/default.aspx>
- Tomás, C. C. (2014). *Literacia em saúde na adolescência* (Universidade do Porto). Universidade do Porto. Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/81283/2/33340.pdf>
- Tomás, C. C., Queirós, P. J. P., & Ferreira, T. de J. R. (2015). Health-promoting behaviors: psychometric properties of an assessment tool. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 24(1), 22–29. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000700014>
- UA, IPB, & UTAD. (2019). Guia Orientador de Estágio - Mestrado Enfermagem Saúde Familiar 2019/2020.
- Wang, D., Ou, C.-Q., Chen, M.-Y., & Duan, N. (2009). Health-promoting lifestyles of university students in Mainland China. *BMC Public Health*, 9(1), 379. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-379>
- Wang, R.-H., Hsu, H.-Y., Lin, S.-Y., Cheng, C.-P., & Lee, S.-L. (2010). Risk behaviours among early adolescents: risk and protective factors. *Journal of Advanced Nursing*, 66(2), 313–323. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05159.x>
- Williamson, D. L., & Carr, J. (2009). Health as a resource for everyday life: advancing the conceptualization. *Critical Public Health*, 19(1), 107–122. <https://doi.org/10.1080/09581590802376234>

ANEXOS

ANEXO I

Autorização para Utilização da Escala de Promoção da Saúde na Adolescência

Re: Pedido autorização utilização de escala

Catarina Tomás <catarina.cardosot@gmail.com>

qui 01-08-2019 14:07

Para:Luís Maia <luis.maia@ua.pt>;

□ 1 anexos (260 KB)

EPSA.pdf;

Caro Luís,

Agradecemos o interesse demonstrado pelo instrumento de avaliação da Promoção de saúde em adolescentes EPSA.

O artigo que tem disponível online apresenta toda a informação relativa à validação do instrumento. Não obstante, se precisar de mais informação, estamos disponíveis para esclarecer.

Envio o instrumento traduzido completo para que possa aplicar.

Agradecemos a citação correta do artigo nos trabalhos em que utilizar o instrumento.

Agradecemos também o envio dos resultados obtidos com a utilização do instrumento, ou as publicações daí decorrentes.

Votos de sucesso.

Os melhores cumprimentos.

Com os melhores cumprimentos,

Catarina Cardoso Tomás, RN, MHN, MSc, PhD

Professor Adjunto

Departamento de Ciências de Enfermagem

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria

Campus 2 – Morro do Lena – Alto do Vieiro

Apartado 4137

2411-901 Leiria

Telf. (+351) 244 845 300

Fax. (+351) 244 845 309

Em qua, 31 de jul de 2019 às 10:53, Luís Maia <luis.maia@ua.pt> escreveu:

>

> Ex. Sr^a Dr^a. Catarina Tomás

>

>

> O meu nome é Luís Ricardo Ribeiro Maia e no âmbito do mestrado de Enfermagem de Saúde Familiar da Universidade de Aveiro, desejava realizar um estudo de investigação sobre a promoção de saúde no adolescente e o papel do enfermeiro de família.

>

>

> Neste sentido, vinha solicitar a sua autorização para utilizar a Escala de Promoção da Saúde na Adolescência que traduziu e validou na realização da sua tese de doutoramento intitulada "Literacia em Saúde na Adolescência"

>

>

> Agradeço desde a atenção dispensada

>

>

> Melhores cumprimentos

>

> Luís Ricardo Ribeiro Maia

ANEXO II

Parecer da Comissão de Ética da ARS do Centro

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL:
Favorável

DESPACHO:

Haverá
12-12-2019

Conselho Diretivo
da A.R.S. do Centro, I.P.

ASSUNTO:

115/2019 - Título: Promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis no adolescente: contributo do Enfermeiro de Família

Autores: Luís Ricardo Ribeiro Maia, Enfermeiro, estudante de Mestrado; Célia Freitas, Professora da Universidade de Aveiro; João Simões, Professor da Universidade de Aveiro

[Assinatura]
Dr. José Reis Marques
Presidente,
[Assinatura]
Dr. João Rodrigues
Vice-Presidente,
[Assinatura]
Dr. Luís Militão Cabral
Vago

[Assinatura]
Dr. Mário Ruivo

O estudo Promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis no adolescente: contributo do Enfermeiro de Família tem como objetivo geral: identificar as dimensões de promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis que poderão estar alteradas em adolescentes nascidos entre 2001 e 2018, inscritos na USF Leme. Sendo objetivos específicos: caracterizar o perfil sociodemográfico dos adolescentes participantes no estudo; analisar as dimensões de promoção da saúde dos adolescentes que se consideram inadequadas a estilos de vida saudáveis; analisar a existência de relação entre as variáveis sociodemográficas e as dimensões de promoção da saúde do adolescente; identificar estratégias de intervenção do Enfermeiro de Família no sentido da promoção da saúde dos adolescentes. Trata-se de um estudo observacional, transversal, descritivo-correlacional. A amostra a estudar será não probabilística por conveniência e incluirá os adolescentes que recorram à consulta da USF, com idades entre os 12 e os 18 anos, que aceitem participar voluntariamente no estudo, tenham para tal autorização dos pais, quando com idade inferior a 18 anos e capacidade cognitiva para interpretar a informação solicitada no questionário. Como instrumento de colheita de dados será utilizado um questionário, que se encontra no processo. A folha de Consentimento informado está de acordo com os requisitos exigidos por esta Comissão de Ética.

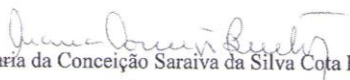
A análise dos documentos permite verificar que é garantida a participação livre, voluntária e informada dos participantes; que os dados são anonimizados e que é garantida a confidencialidade dos mesmos. Não se identificam danos prováveis ou custos para os participantes. Assim, estando assegurados os

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

procedimentos éticos necessários em estudos desta natureza, propomos que o parecer seja favorável.
Deve ser remetido relatório final do estudo a esta Comissão de Ética.

Coimbra, 8 de dezembro de 2019

Relator:


(Maria da Conceição Saraiva da Silva Cota Bento)


Presidente da Comissão de Ética da Saúde -ARSC

(Carlos Fontes Ribeiro)

APÊNDICES

APÊNDICE I

Questionário de Colheita de Dados

QUESTIONÁRIO

Este questionário é composto por duas partes: uma de caracterização sociodemográfica e outra que avalia os comportamentos promotores de saúde dos adolescentes.

Existem questões de resposta aberta que deve preencher de forma legível e outras questões em que deve escolher uma das opções apresentadas assinalando com uma cruz (X).

Não existem respostas corretas ou incorretas e para que seja salvaguardada a validade do questionário, peço que não deixe nenhuma questão por responder.

Agradeço muito a sua colaboração nesta investigação.

Não coloque o seu nome em nenhuma parte deste questionário.

Parte I - Dados Sociodemográficos

1. Idade: _____

2. Género

☐ Masculino

☐ Feminino

3. Nacionalidade:

☐ Portuguesa

☐ Outra: _____

4. Ano escolaridade do adolescente:

☐ 2º Ciclo

☐ 3º Ciclo

☐ Secundário

Qual o curso científico-humanístico: _____

☐ Curso Profissional

5. Escolaridade do pai:

- ☐ 2º Ciclo
- ☐ 3º Ciclo
- ☐ Secundário
- ☐ Curso Profissional
- ☐ Ensino Superior
- ☐ Analfabeto

6. Situação profissional do pai:

- ☐ Trabalhador
- ☐ Desempregado
- ☐ Reformado

Outra: _____

7. Escolaridade da mãe:

- ☐ 2º Ciclo
- ☐ 3º Ciclo
- ☐ Secundário
- ☐ Curso Profissional
- ☐ Ensino Superior
- ☐ Analfabeto

8. Situação profissional da mãe:

- ☐ Trabalhador
- ☐ Desempregado
- ☐ Reformado

Outra: _____

9. Com quem vive:

- ☐ Pais
- ☐ Pai ou mãe
- ☐ Pais + irmão (s)
- ☐ Outra: _____

Parte II – Escala De Promoção Da Saúde na Adolescência

Esta parte do questionário contém afirmações respeitantes ao seu estilo de vida atual ou hábitos pessoais. Por favor responda a cada item com o máximo rigor possível, colocando uma cruz (X) na opção de resposta que mais se aproxime da verdade e tente não saltar nenhum item. Por favor, ao dar a sua resposta deve considerar o que têm sido os seus hábitos de vida durante este ano.

	0 – 10% Nunca	11-30% Poucas vezes	31-60% Algumas vezes	61-80% Muitas vezes	81- 100% Sempre
1. Como três refeições por dia (pequeno-almoço, almoço e jantar).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Escolho comidas sem muito óleo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Incluo fibras alimentares na minha dieta (exemplo: frutas ou vegetais).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bebo pelo menos 1,5 L de água por dia (ou 6-8 copos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Incluo cinco grupos alimentares em cada refeição (exemplo: pão, carne ou peixe, produtos láteos, fruta e vegetais)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Todos os dias tomo o pequeno-almoço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Partilho e falo sobre os meus sentimentos com os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Preocupo-me com as outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Falo sobre as minhas preocupações com os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Todos os dias me esforço para sorrir ou rir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Gosto de manter o contacto com os meus familiares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Faço um esforço para ter boas amizades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Falo sobre os meus problemas com os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Quando faço compras leio os rótulos das embalagens alimentares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Vigio o meu peso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Discuto as minhas preocupações sobre saúde com um médico ou enfermeiro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Observo o meu corpo pelo menos uma vez por mês.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Escovo os dentes pelo menos duas vezes por dia e uso fio dentário diariamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Lavo as mãos antes das refeições.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Leio informação sobre saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Faço um esforço para escolher comidas sem conservantes. (ex. aditivos na comida).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Faço um esforço para gostar de mim próprio/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Faço um esforço para me sentir feliz e contente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Normalmente, penso positivamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Faço um esforço para compreender as minhas forças e fraquezas e aceitá-las.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Faço um esforço para corrigir os meus defeitos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Faço um esforço por saber o que é importante para mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Faço um esforço para me sentir interessado e desafiado todos os dias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Faço um esforço por acreditar que a minha vida tem um propósito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Faço alongamentos todos os dias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Faço exercício vigoroso durante 30 minutos pelo menos 3 vezes por semana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Participo em aulas de Educação Física na escola semanalmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Faço aquecimento antes de exercício vigoroso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Faço um esforço para estar direito/a quando estou em pé ou sentado/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Faço um esforço para passar algum tempo a relaxar diariamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Faço um esforço para determinar a fonte do meu stresse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Faço um esforço por observar as minhas mudanças de humor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Durmo de 6 a 8 horas todas as noites.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Faço planos de atividades e estabeleço prioridades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Tento não perder o controlo quando acontecem coisas injustas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Há algo mais que queira acrescentar e que não esteja contemplado anteriormente?

APÊNDICE II

Declaração de Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo² Regulamento Geral de Proteção de Dados³

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis no adolescente: O contributo do Enfermeiro de Família.

Enquadramento: A adolescência é uma fase da vida caracterizada por múltiplas transformações, constituindo uma fase crucial para a consolidação de estilos de vida. Neste sentido assume especial importância para o Enfermeiro de Família identificar quais as dimensões que poderão encontrar-se alteradas

Este estudo de investigação será realizado na USF LEME, no desenrolar das consultas de vigilância de saúde infantojuvenil ou outras, no âmbito do Mestrado de Enfermagem de Saúde Familiar da Universidade de Aveiro, sendo orientado pela Prof^a. Doutora Célia Freitas e pelo Prof. Doutor João Simões.

Explicação do estudo: O estudo será composto por várias etapas. Numa primeira fase será feita a recolha de dados através de um questionário de autopreenchimento em formato de papel. Este será constituído por duas partes, designadamente, uma parte com questões relativas à caracterização sociodemográfica (idade, género, nacionalidade, escolaridade e situação profissional dos pais) e uma segunda parte composta pela Escala de Promoção de Saúde do Adolescente (40 questões relativas aos estilos de vida dos adolescentes). Serão selecionados os adolescentes que recorram à consulta dos 12/13 anos e dos 15/18 em consonância com o PNSIJ e à consulta de agudos.

Posteriormente os dados serão analisados e farão parte de um relatório de estágio, que será alvo de prestação de provas públicas e poderão ser utilizados para posterior divulgação em eventos científicos ou publicação sem que haja qualquer quebra de confidencialidade/anonimato.

Condições e financiamento:

A participação do adolescente no estudo será de carácter voluntário sem prejuízos, assistenciais ou outros, caso não queira participar. Se decidir participar ser-lhe-á pedido que assine este formulário de consentimento informado (a consentir que recebeu informação sobre o estudo, clarificou as suas dúvidas e aceita participar voluntariamente) mas, é totalmente livre de desistir a qualquer momento, sem que para tal tenha de dar qualquer justificação. A decisão de desistir ou de não participar, não afetará a qualidade dos serviços de saúde ou qualquer outro, que lhe são prestados agora ou no futuro, não o prejudicando de qualquer forma. Não se antecipam inconvenientes da participação no estudo. Não estão contempladas quaisquer compensações monetárias pela participação no estudo.

De salientar que o estudo mereceu o parecer favorável da comissão de Ética da ARS Centro.

Confidencialidade e anonimato: Todos os dados no projeto serão recolhidos ao abrigo do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), em vigor desde 25 de maio de 2018 com respeito à política de privacidade da Universidade de Aveiro (<https://www.ua.pt/privacidade>). Assim, a informação recolhida durante o estudo será confidencial e anónima. A cada participante será atribuído um código, que não

¹ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

¹ <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

³ <https://protecao-dados.pt/wp-content/uploads/2017/07/Regulamento-Geral-Prote%C3%A7%C3%A3o-Dados.pdf>

permite a sua identificação, sendo esta guardada em local seguro e de acesso controlado nas instalações da Universidade de Aveiro, onde apenas os investigadores responsáveis pelo trabalho têm acesso. As informações pessoais serão destruídas assim que as análises no âmbito deste projeto terminarem. Em nenhum caso, será tornada pública qualquer informação de identificação dos participantes.

Agradeço a colaboração neste estudo de investigação. Para quaisquer esclarecimentos adicionais, por favor contacte o investigador responsável.

Luís Ricardo Ribeiro Maia, Enfermeiro no CHBV.

Telemóvel: 966815803 email: luis.maia@ua.pt

Assinatura/s:
.....

-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....

<p>SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve <u>também</u> assinar em cima, se consentir)</p> <p>NOME: BI/CD Nº: DATA ou VALIDADE /..... /..... GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: ASSINATURA</p>

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

¹ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

¹ <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

³ <https://protecao-dados.pt/wp-content/uploads/2017/07/Regulamento-Geral-Prote%C3%A7%C3%A3o-Dados.pdf>