



**CATÓLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

---

LISBOA · PORTO · VISEU

**ESTILO DE VIDA *FANTÁSTICO***  
**E O BEM-ESTAR DOS ADOLESCENTES**

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, Especialização em  
Enfermagem Avançada

Por

Maria da Conceição Carvalho Ferreira Leite de Pinho

**Porto, setembro 2017**



**CATÓLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

---

LISBOA · PORTO · VISEU

## **ESTILO DE VIDA *FANTÁSTICO* E O BEM-ESTAR DOS ADOLESCENTES**

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, Especialização em  
Enfermagem Avançada

Por

**Maria da Conceição Carvalho Ferreira Leite de Pinho**

Sob orientação da Professora Doutora Constança Festas

**Porto, setembro 2017**



## **AGRADECIMENTOS**

A todas as pessoas com quem de várias formas tivemos o privilégio de nos relacionar ao longo da realização deste estudo, dedicamos palavras de apreço, gratidão e amizade pela presença, apoio incondicional, estímulo e incentivo indispensáveis à sua concretização.

De uma forma especial:

À Professora Doutora Constança Festas, enquanto orientadora do presente estudo, pelos ensinamentos e pertinência das observações, pelo apoio, pela confiança, pela dedicação e disponibilidade sempre demonstradas.

À Professora Beatriz Araújo, enquanto coordenadora do Mestrado em Enfermagem Avançada, pela empatia, atenção, partilha de conhecimentos e observações.

A todos os Professores e colegas do Curso de Mestrado e Doutoramento do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Porto, pelos momentos de aprendizagem, reflexão, partilha e convívio passados.

Ao Professor Doutor Paulo Dias e Professora Carmo Pires e Sousa, pela autorização concedida para a utilização do instrumento de recolha de dados.

Às Direções das Escolas e professores, às estudantes de Enfermagem, Ana Cunha e Soraia Barbosa, por toda a disponibilidade e colaboração.

Aos pais / encarregados de educação e alunos, que colaboraram e participaram, direta ou indiretamente, neste estudo e sem os quais este não seria possível, a nossa gratidão e reconhecimento.

Aos meus amigos e catequizandos, pelo apoio incondicional, força, carinho e experiências vividas e sentidas.

À minha filha e ao meu marido, pelo estímulo, presença, tolerância, amor incondicional e por acreditarem sempre que seria capaz.

À minha família alargada, pelo carinho, atenção, compreensão, ajuda e incentivo em todos os momentos.

A Deus, meu alicerce, companheiro e amigo fiel na caminhada da vida.

A todos, o nosso enorme reconhecimento e agradecimento.



## RESUMO

O estilo de vida é uma temática atual e tem merecido a atenção de vários organismos, tais como a Organização Mundial da Saúde e a comunidade científica nacional e internacional, tendo sido recomendada pela Direção Geral de Saúde um maior conhecimento sobre a mesma, nos fatores determinantes que influenciam a origem, a evolução, o resultado positivo e de saúde das pessoas e comunidades. De entre os determinantes de saúde, o estilo de vida é definido como um conjunto de hábitos e comportamentos de resposta, usados em determinadas situações do quotidiano, apreendidos através de um processo de socialização, adaptados e testados ao longo da vida. É considerado um determinante crucial para a saúde, doença, deficiência / incapacidade e mortalidade prematura nas sociedades desenvolvidas. As ciências sociais e humanas, numa abordagem multidisciplinar, têm dado um passo importante na compreensão de alguns fatores protetores e de risco, com o aumento do nível de literacia em educação para a saúde através dos estudos empíricos baseados na evidência científica. O bem-estar pessoal associa o grau que cada pessoa atribui à satisfação da vida como um todo, à capacidade de lidar com os processos de vida que ocorrem durante as etapas de desenvolvimento e crescimento como pessoa única. A adolescência, etapa do desenvolvimento e crescimento humanos, tem riscos e desafios inerentes à faixa etária, que variam em função dos diferentes contextos sociais e culturais. Assim, o objetivo do estudo é conhecer o estilo de vida e o bem-estar dos adolescentes do 3º Ciclo do Ensino Básico de escolas do Concelho de Matosinhos. É um estudo transversal, quantitativo, descritivo-correlacional com análise da frequência e correlações estatísticas para descrever as relações existentes entre as variáveis capazes de caracterizar o estilo de vida e bem-estar dos adolescentes em escolas. Recorremos a instrumentos de recolha de dados: questionário de caracterização sociodemográfica, Questionário “ *O meu estilo de vida*” e a Escala “ *IPBE-Índice Pessoal de Bem-Estar*”. A amostra foi constituída por 367 alunos adolescentes de duas escolas. Os resultados demonstram que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, nos domínios: “ *Tabaco*”, “ *Família e Amigos*” e “ *Outros Comportamentos*”, em que as pontuações médias expressam maior valor em relação ao estilo de vida saudável. Verificamos uma relação positiva e significativa entre o estilo de vida *FANTÁSTICO* e o bem-estar associados à tipologia da escola, à prática da religião, idade e família. Tendo em consideração os resultados obtidos estamos convictos que a intervenção de enfermagem no âmbito da saúde escolar, poderá ajudar a controlar os fatores que influenciam de modo positivo o estilo de vida e bem-estar, sendo uma mais-valia para a obtenção de ganhos de saúde.

**Palavras-Chave:** Enfermagem, Saúde Escolar, Estilo de Vida, Bem-Estar, Adolescentes

## ABSTRACT

Lifestyle is a current theme and has received the attention of various bodies such as the World Health Organization and the national and international scientific communities, having been suggested by the Directorate of Health for greater knowledge about lifestyles as determining factors that influence the origin, the evolution and the positive health outcome of people and communities. Among health determinants, lifestyle is defined as the set of habits and response behaviours used in certain everyday situations, perceived through a process of socialization, adapted and tested throughout life. It is considered a critical factor for health, illness, disability and premature mortality in developed societies. The social and human sciences, in a multidisciplinary approach, have taken an important step in understanding some protective and risk factors, with the increase in the level of literacy in health education through empirical studies based on scientific evidence. Personal well-being combines the degree that each person attributes to their satisfaction with life as a whole with the ability to cope with life processes that occur during the stages of development and growth as an individual. Adolescence, the stage of human development and growth, has risks and challenges inherent to this age range, which vary according to different social and cultural contexts. Thus, the purpose of this study is to get to know and describe the lifestyle and well-being of adolescents from high school in public schools in Matosinhos municipality. This is a cross-sectional, quantitative, descriptive-correlational study with frequency analysis and statistical correlations to describe the relationships between the variables capable of characterizing the lifestyle and well-being of adolescents in schools. We used data collection tools: a sociodemographic characterization questionnaire, and both the "My Lifestyle" scale and the "IPBE-Índice Pessoal de Bem-Estar" scale. The sample was composed by 367 adolescent students from two schools of Matosinhos municipality. The results show that there are statistically significant differences between the domain groups: "Tobacco", "Family and Friends" and "Other Behaviours", in which the average scores express greater value in relation to the healthy lifestyle. We have found a positive and significant relationship between the *FANTÁSTICO* lifestyle and the well-being associated with the type of school they attend. School plays a key role in lifestyle and well-being. Taking into account the results obtained, we are convinced that the nursing intervention in school health could help in controlling the factors that positively influence the lifestyle and well-being, being an added value for the achievement of health gains.

**Keywords:** Nursing, School Health, Lifestyle, Well-being, Adolescents

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

BEP – Bem-Estar Psicológico

BES – Bem-Estar Subjetivo

DGS – Direção Geral de Saúde

IPBE – Índice Pessoal de Bem-Estar

OMS – Organização Mundial da Saúde

PWI - *Personal Wellbeing Index*

PWI-SC – *Personal Wellbeing Index – School Children*

# ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	16
2.1. PRINCIPAIS ASPETOS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO DO ADOLESCENTE E O CONTRIBUTO DAS DIFERENTES TEORIAS .....	16
2.2. ESTILO DE VIDA <i>FANTÁSTICO</i> .....	27
2.3. BEM-ESTAR PESSOAL.....	32
3. MATERIAL E MÉTODOS.....	36
3.1 TIPO DE ESTUDO .....	36
3.2 QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO / OBJETIVOS.....	37
3.3 HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO .....	37
3.4 PARTICIPANTES.....	38
3.5 INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS .....	39
3.6 CONSIDERAÇÕES FORMAIS E ÉTICAS.....	41
3.7 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS.....	42
4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	43
4.1 ANÁLISE DESCRITIVA.....	43
4.1.1 Estilo de Vida <i>FANTÁSTICO</i> .....	45
4.1.2 Bem-Estar Pessoal (Subjetivo) .....	47
4.2 ANALISE INFERENCIAL.....	49
4.2.1 Relação entre Estilo de Vida <i>FANTÁSTICO</i> e as variáveis sociodemográficas .....	49
4.2.2 Relação entre Bem-Estar (Subjetivo) e as variáveis sociodemográficas.	69
4.2.3 Relação entre Estilo de Vida <i>FANTÁSTICO</i> e o Bem-Estar Pessoal (Subjetivo).....	71
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	74
6. CONCLUSÃO .....	78
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	80

ANEXOS.....	85
ANEXO I – Questionário de recolha de dados .....	87
ANEXO II – Pedido de Autorização de Utilização dos.....	97
Instrumentos de Recolha de Dados .....	97
ANEXO III – Autorização do Ministério de Educação – .....	103
Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar.....	103
ANEXO IV – Parecer da Comissão Nacional de .....	107
Proteção de Dados .....	107
ANEXO V – Parecer da Comissão de Ética da Unidade Local.....	113
de Saúde de Matosinhos .....	113
ANEXO VI – Termo de Consentimento Informado, .....	125
Livre e Esclarecido .....	125

## INDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Questões e Domínios da Escala “ <i>O meu estilo de vida</i> ” .....	31
Tabela 2 – Questões e Domínios da Escala “ <i>IPBE-Índice Pessoal de Bem-Estar</i> ” .....	34
Tabela 3 – Caraterização dos adolescentes da amostra (n=367) .....	44
Tabela 4 – Variáveis da caraterização do “estilo de vida <i>FANTÁSTICO</i> ” (n=367).....	45
Tabela 5 - Níveis de classificação do Estilo de vida <i>FANTÁSTICO</i> dos adolescentes (n=367) .....	46
Tabela 6 - Redistribuição dos níveis de classificação de comportamento (Pontuação total) da escala “ <i>O meu estilo de Vida</i> “ dos alunos da amostra (n=367) .....	47
Tabela 7 – Dimensões da Escala “ <i>IPBE - Índice Pessoal de Bem-Estar</i> ” (n=363) .....	47
Tabela 8 - Resultados do método de extração das componentes principais da escala <i>IPBE</i> ...	48
Tabela 9 - Classificação do estilo de vida <i>Fantástico</i> e as variáveis sociodemográficas (género, escola, agregado familiar, prática de religião, residência) (n=367) .....	50
Tabela 10 - Classificação do estilo de vida <i>FANTÁSTICO</i> e as caraterísticas sociodemográficas (idade e ano de escolaridade) (n=367) .....	51
Tabela 11 - Relação entre as variáveis (género, escola, agregado familiar, prática religiosa e residência) e Família e Amigos (n=367) .....	52
Tabela 12 – Relação entre as variáveis (idade e ano de escolaridade) em função da Família e Amigos (n=367). .....	53
Tabela 13 – Relação entre as variáveis (género, escola, agregado familiar, prática religiosa e residência) em função da Atividade Física/Associativismo (n=367). .....	54
Tabela 14 – Relação entre as variáveis (idade e ano de escolaridade) em função da Atividade Física/Associativismo (n=367). .....	54
Tabela 15 – Relação entre as variáveis (género, escola, agregado familiar, prática religiosa e residência) em função da Nutrição (n=367) .....	55
Tabela 16 – Relação entre as variáveis (idade e ano de escolaridade) em função da Nutrição (n=367) .....	56
Tabela 17 – Relação entre as variáveis (género, escola, agregado familiar, prática de religião e residência) em função do Tabaco (n=367) .....	57
Tabela 18 – Relação entre as variáveis (idade e ano de escolaridade) em função do Tabaco (n=367) .....	58
Tabela 19 – Relação entre as variáveis (género, escola, agregado familiar, prática religiosa e residência) em função do Álcool e Outras Drogas (n=367) .....	59
Tabela 20 – Relação entre as variáveis (idade e ano de escolaridade) em função do Álcool e Outras Drogas (n=367).....	59
Tabela 21 – Relação entre as variáveis (género, escola, agregado familiar, prática religiosa e residência) em função do Sono e <i>Stress</i> (n=367).....	60
Tabela 22 – Relação entre as variáveis (idade e ano de escolaridade) em função do Sono e <i>Stress</i> (n=367) .....	61

Tabela 23 – Relação entre as variáveis (género, escola, agregado familiar, prática religiosa e residência) em função do Tipo de Personalidade/Escola (n=367) .....	62
Tabela 24 – Relação entre as variáveis (idade e ano de escolaridade) em função do Tipo de Personalidade/Escola (n=367) .....	63
Tabela 25 – Relação entre as variáveis (género, escola, agregado familiar, prática religiosa e residência) em função da Introspeção (n=367).....	64
Tabela 26 – Relação entre as variáveis (idade e ano de escolaridade) em função da Introspeção (n=367) .....	65
Tabela 27 – Relação entre as variáveis (género, escola, agregado familiar, prática religiosa e residência) em função dos Comportamentos de Saúde e Sexualidade (n=367) .....	66
Tabela 28 – Relação entre as variáveis (idade e ano de escolaridade) em função dos Comportamentos de Saúde e Sexualidade (n=367) .....	67
Tabela 29 – Relação entre as variáveis (género, escola, agregado familiar, prática religiosa e residência) em função de Outros Comportamentos (n=366).....	68
Tabela 30 – Relação entre as variáveis (idade e ano de escolaridade) em função de Outros Comportamentos (n=366) .....	68
Tabela 31 – Relação entre as variáveis (género, escola, agregado familiar, prática religiosa e residência) em função do Bem-estar Pessoal (n=367).....	70
Tabela 32 – Relação entre as variáveis (idade e ano de escolaridade) em função do Bem-estar Pessoal (n=367) .....	71
Tabela 33 - Matriz das correlações entre as variáveis relacionadas com os domínios do estilo de vida <i>FANTÁSTICO</i> e o Bem-Estar Pessoal .....	72

# 1. INTRODUÇÃO

O estilo de vida é uma temática atual e tem merecido a atenção de vários organismos, tais como a Organização Mundial da Saúde e a comunidade científica nacional e internacional, tendo sido recomendada pela Direção Geral de Saúde para maior conhecimento e saberes sobre a mesma como fator determinante que influencia a origem, a evolução e o resultado positivo de saúde.

Os fatores determinantes de saúde (individuais, ambientais, económicos, sociais e culturais) interagem e influenciam a saúde das pessoas e comunidades.

De entre os determinantes de saúde, o estilo de vida é definido como o conjunto de hábitos e comportamentos de resposta usados em determinadas situações do quotidiano, apreendidos através de um processo de socialização, adaptados e testados ao longo da vida e considerado determinante crucial para a saúde, doença, deficiência / incapacidade e mortalidade prematura nas sociedades desenvolvidas. As ciências sociais e humanas, numa abordagem multidisciplinar, têm dado um passo importante na compreensão de alguns fatores protetores e de risco, com o aumento do nível de literacia em educação para a saúde através dos estudos empíricos baseados na evidência científica.

Assim, para que seja possível aos profissionais de saúde ajudar a promover a aprendizagem de estilos de vida saudáveis para obtenção de ganhos em saúde nas sociedades atuais, onde *“todas as crianças e jovens têm direito à saúde e à educação e devem ter oportunidade de frequentar uma Escola que promova a saúde e o bem-estar* (DGS, 2015, p. 20), para a Enfermagem que estuda a resposta humana à doença e aos processos de vida, o estilo de vida e o bem-estar dos adolescentes emergem necessariamente como um foco de atenção dos enfermeiros.

Consideramos, e de acordo com alguns autores que afirmam que não há adolescência, mas sim adolescentes, que é necessário acompanhá-los neste período de desenvolvimento humano, caracterizado por um tempo de rápido crescimento físico, psicológico, emocional, social e espiritual. Mas também por um tempo de estabelecer hábitos e estilos de vida que se reflitam na saúde, com efeitos que se prolonguem e repercutam na idade adulta. O cerne e interesse deste estudo estão enquadrados nesta problemática.

A adolescência, etapa do desenvolvimento e crescimento humanos, tem riscos e desafios inerentes à faixa etária, que variam em função dos diferentes contextos sociais e culturais. Assim, tem sido do interesse dos investigadores medir os efeitos protetores e de risco, muito concretamente com o instrumento de avaliação *“Estilo de Vida FANTÁSTICO”* que tem revelado resultados interessantes, pois é de fácil aplicação e abrange vários domínios que contribuem para um estilo de vida saudável (Família e Amigos; Atividade Física/Associativismo; Nutrição; Tabaco; Álcool e Outras Drogas; Sono e *Stress*; Tipo de Personalidade/Escola; Introspeção; Comportamentos de Saúde e Sexualidade; Outros Comportamentos).

O bem-estar pessoal surge também como uma dimensão importante na vida dos adolescentes, pois pessoas felizes e satisfeitas com a vida tendem a demonstrar mais capacidade de resolução de problemas, mais resistência ao *stress* e mantêm melhores relações sociais, experienciando melhores níveis de saúde e por consequência melhores níveis de qualidade de vida.

Este desejo de felicidade ou satisfação com a vida, apesar das especificidades culturais e históricas, acompanha desde sempre o ser humano no seu desenvolvimento como experiência interna e pessoal (perceção da vida) e integra os valores universais dos direitos humanos na procura de estados de plenitude de saúde e de bem-estar.

Neste contexto, assumimos querer saber mais sobre o bem-estar como uma orientação de saúde mental e espiritual, permitindo a construção de medidas que possibilitem uma avaliação da saúde na promoção do bem-estar das pessoas e comunidades.

Assim, com uma experiência ligada à população adolescente e percebendo que as decisões que possam tomar estão diretamente relacionadas com os estilos de vida e bem-estar pessoal, decidimos saber mais sobre esta problemática. Consideramos que é nesta etapa da vida do adolescente que surgem as maiores oportunidades e desafios associados à promoção de estilos de vida saudáveis e melhoria da saúde. Nesta base, esforçamo-nos por fazer uma análise cuidada da literatura, sem deixar de fazer justiça ao amplo escopo e significado dos trabalhos teóricos e de pesquisa já elaborados e em construção, que respondessem claramente à necessidade de medir o estilo de vida na saúde e bem-estar dos adolescentes, de forma a torná-lo mensurável e visível para que esse conhecimento contribua para a melhoria do cuidado de enfermagem.

Para esta avaliação estimada e não medida, dada a complexidade do seu caráter subjetivo, é necessário que existam instrumentos devidamente validados e adaptados à população adolescente, abordando os domínios que influenciam o estilo de vida e o bem-estar, nas múltiplas dimensões que os constituem.

Este estudo tem como objetivo conhecer o estilo de vida pelo *FANTÁSTICO*, o bem-estar dos adolescentes e evidenciar as relações entre estas duas dimensões, permitindo um maior conhecimento dos comportamentos relacionados com a saúde e uma melhor compreensão da forma como estes comportamentos afetam o seu bem-estar.

O estudo foi realizado junto de adolescentes que estão na escola, no 3º ciclo em escolas do Concelho de Matosinhos, pois reconhecemos que a escola e a família são os contextos privilegiados para a promoção da sua saúde e do seu desenvolvimento pessoal. Utilizámos, como instrumentos de recolha de dados, o questionário.

Pre vemos que os resultados do estudo possam produzir algum conhecimento no âmbito da promoção da saúde dos adolescentes em relação à perceção do estilo de vida (*FANTÁSTICO*) e do bem-estar pessoal salientando a importância da intervenção do enfermeiro na Educação para a Saúde em contexto familiar, escolar e comunitário.

Este estudo encontra-se estruturado em cinco partes centrais: revisão da literatura, material e métodos, apresentação, análise, discussão dos resultados e conclusão. Na revisão da literatura focámos a nossa atenção nos aspetos do desenvolvimento físico, mental, social, cultural e espiritual do adolescente com o contributo da psicologia desenvolvimentista e positiva; na avaliação do estilo de vida pelo *FANTÁSTICO* e no bem-estar pessoal com as escalas psicométricas adaptadas aos adolescentes portugueses. Em material e métodos apresentamos a metodologia do estudo desenvolvido. Na apresentação, análise dos resultados e discussão, salientamos o conhecimento adquirido e construído na aprendizagem do processo de investigação.

Concluimos tecendo algumas considerações finais, limitações do estudo e implicações futuras.



## 2. REVISÃO DA LITERATURA

A adolescência, período de desenvolvimento universal, no processo de vida do ser humano, é caracterizada por um tempo de rápido crescimento físico, psicológico, emocional, espiritual e social, de exo e introspeção e de múltiplas oportunidades que diferem em função dos diferentes contextos sociais e culturais. Mas também se distingue por um tempo de estabelecer hábitos e estilos de vida que se refletem na saúde e com efeitos que se prolonguem e repercutam na idade adulta.

Ao longo deste capítulo pretendemos apresentar os principais aspetos do desenvolvimento do adolescente e o contributo de algumas teorias numa abordagem desenvolvimentista e positivista.

### 2.1. PRINCIPAIS ASPETOS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO DO ADOLESCENTE E O CONTRIBUTO DAS DIFERENTES TEORIAS

Partindo da definição de desenvolvimento humano como a mudança e a continuidade que ocorre ao longo da vida, esta considera três dimensões: o desenvolvimento físico (capacidades sensoriais, competências motoras, crescimento do corpo e organização do cérebro); o desenvolvimento cognitivo (inteligência, memória, criatividade e motivação); o desenvolvimento psicossocial (personalidade e relações com os outros). Mas, a pessoa humana desenvolve-se como um todo e estas dimensões estão interligadas e acontecem ao longo da vida, de forma sistemática e adaptativa. O conjunto de aquisições específicas atribuídas a uma determinada idade de desenvolvimento refletem a hereditariedade (carga genética), a maturação (tempo), o ambiente, com as crenças e a cultura de cada ser humano (Papalia, Obs, & Feldman, 2006).

Assim, o desenvolvimento humano tem como objeto de estudo os processos de mudança e de permanência que o caracterizam e o definem como pessoa humana única, dependendo do seu projeto de vida, do seu sentido de felicidade, da forma como está no mundo e do meio ambiente que o rodeia (Rodrigues, 1995). Mas apesar desta unicidade, o crescimento físico, cognitivo e psicossocial, implica em cada etapa da sua vida, a satisfação de necessidades básicas e de tarefas a realizar (Papalia, Obs, & Feldman, 2006).

Sendo a adolescência um período importante na vida do ser humano, interessa sistematizar os contributos teóricos dos diferentes investigadores.

Adolescência (do latim *adolescere* que significa crescer) marca a mudança (transição) do corpo de criança para o de adulto através de uma nova fase de desenvolvimento biológico, ambivalência psicológica, instabilidade afetiva e polimorfismo comportamental que a Organização Mundial da Saúde define como um período situado entre os 10 e os 19 anos (2005) e um indicador de desenvolvimento (Medeiros, 2013).

A adolescência, como período de desenvolvimento humano e conceito, na perspectiva atual e produto do nosso século, foi reconhecida há relativamente pouco tempo através das influências finais do século XIX, século XX e outras culturas, nas sociedades ocidentais, originando leis de proteção do bem-estar e saúde das crianças e jovens, consagrada pelo psicólogo norte-americano Stanley Hall como um estágio evolutivo do desenvolvimento humano (Machado M. d., 2015); (Medeiros, 2013).

John P. Hill formula um quadro de referência baseado nesta etapa de vida, em que pretende organizar a informação e compreensão do desenvolvimento do adolescente como um conjunto de mudanças primárias (definição social, física e cognitiva) que em certos contextos sociais (escola, família e colegas) produz mudanças secundárias (relações familiares, autonomia, identidade, realização, intimidade) importantes no indivíduo em desenvolvimento (Sprinthall. & Collins, 2011).

Urie Bronfenbrenner é o primeiro a descrever os vários sistemas que envolvem cada pessoa em desenvolvimento – Modelo de Desenvolvimento Ecológico, tendo o indivíduo como centro; família, escola, pares como cenários do contexto; contexto de trabalho dos pais; leis, política, sociedade. Em 1980 constrói o Modelo Bio ecológico em que considera as características do indivíduo e a dimensão tempo (Papalia, Obs, & Feldman, 2006).

## **Desenvolvimento físico, mental, social, cultural e espiritual do adolescente**

O desenvolvimento, considerado como um conjunto de fatores inter-relacionados de ordem individual, histórica e cultural, abrange as diferentes dimensões: o desenvolvimento físico, mental, social, cultural e espiritual, mas profundamente interligadas como um todo.

### **Desenvolvimento físico**

As mudanças biológicas (alterações hormonais, desenvolvimento das características sexuais primárias e secundárias, maturidade reprodutiva, interesse sexual, aumento rápido de altura, peso e musculatura) tornam-se evidentes na puberdade.

A puberdade, processo através do qual se atinge a maturidade sexual e a capacidade de reprodução, marca a entrada na adolescência e varia bastante, sendo influenciada por fatores genéticos e ambientais (inclui a alimentação e as doenças), é regulada por um complexo sistema hormonal, em que todas as partes envolvidas partilham informações (Sprinthall. & Collins, 2011).

A capacidade de reprodução sexual e os padrões de crescimento, diferentes nos rapazes e raparigas, incluem alterações na aparência e na função das características sexuais primárias (Sprinthall. & Collins, 2011).

A sexualidade, a identidade sexual e a necessidade de reconhecer, diferenciar, coordenar e controlar processos emocionais internos (manifestações da sexualidade e uniões

afetivas ou sexuais), varia de acordo com a aprendizagem dos padrões socialmente aceitáveis (Papalia, Obls, & Feldman, 2006).

Mas, outra mudança biológica importante está relacionada com o desenvolvimento do cérebro e a plasticidade do Sistema Nervoso Central. O desenvolvimento do cérebro, no adolescente, caracteriza-se por uma imaturidade relativa, envolvida nas emoções, no julgamento, na organização do comportamento e do autocontrole, o que pode contribuir para explicar alguma precipitação e celeridade na tomada de decisões dos adolescentes, na sobreposição de emoções e na vulnerabilidade face à pressão de pares e no raciocínio crítico desenvolvido progressivamente (Papalia, Obls, & Feldman, 2006).

Estas mudanças exigem por parte do adolescente um ajustamento e são mediadas pelas experiências sociais e padrões socioculturais, normas e expectativas da sociedade ou cultura em que está inserido (Sprinthall. & Collins, 2011).

Apesar de ser um fenómeno universal, estas mudanças diferem na forma, tempo e magnitude de pessoa para pessoa, entre rapazes e raparigas, que podem ser vividas com mais ou menos dificuldade, com mais ou menos ansiedade (Sprinthall. & Collins, 2011) (Papalia, Obls, & Feldman, 2006).

Os efeitos psicológicos refletem a influência das normas e expectativas da sociedade (pais, colegas e próprios adolescentes), assim como as respostas de auto avaliação às transformações físicas que são influenciadas por elas (Sprinthall. & Collins, 2011).

### **Desenvolvimento mental**

As mudanças cognitivas (forma de compreensão e de pensamento) caracterizadas pelas operações formais e desenvolvimento do raciocínio hipotético-dedutivo, são consideradas por alguns autores como críticas para a entrada na vida adulta, pela capacidade lógica e de representação simbólica presentes e que se mantêm na idade adulta.

As mudanças emocionais dizem respeito à forma como o adolescente pensa sobre a sua identidade e sobre si próprio, diferencia sentimentos e emoções em si e nos outros, distingue entre a realidade objetiva e subjetiva, adota a perspectiva de outra pessoa, compreende o significado simbólico e pensa em simular situações “como se vê a si mesmo”, aos outros e ao mundo, bem como as capacidades para funcionar de forma autónoma (Papalia, Obls, & Feldman, 2006).

O pensamento dos adolescentes atinge uma capacidade maior para pensar acerca das possibilidades, hipóteses, resultados esperados, reflexão sobre os próprios pensamentos, ponderação sobre o ponto de vista dos outros, interligado com a capacidade de processamento da informação recebida, resultado de um conjunto extenso de conhecimentos, de processos complexos de utilização da informação e de uma capacidade mais rápida e automática de resolução de problemas. As aptidões mentais e a criatividade desempenham um papel

importante na adaptação às tarefas escolares. (Papalia, Obls, & Feldman, 2006) (Sprinthall. & Collins, 2011).

### **Desenvolvimento social**

A natureza e a influência dos processos sociocognitivos na adolescência, segundo vários autores como Piaget, Elkind e Selman, ocorrem na segunda década de vida e essas modificações traduzem-se na passagem das operações concretas para as formais: a capacidade de considerar uma variedade de circunstâncias e acontecimentos que podem ocorrer, reconhecendo as discrepâncias entre o real e o possível; a capacidade de inferir as características pessoais, motivações e outros aspetos implícitos nos acontecimentos e comportamentos sociais; o conhecimento de que as pessoas, incluindo eles, possuem perspectivas diferentes acerca do mesmo tipo de circunstâncias. Estas transformações sociocognitivas compreendem mudanças complexas de raciocínio e percepções sociais, assim como as capacidades cognitivas em desenvolvimento, novos tipos de relações, circunstâncias e acontecimentos sociais (Sprinthall. & Collins, 2011).

Segundo Elkind, a forma de egocentrismo presente no pensamento formal em desenvolvimento do adolescente refere-se à crença aparente de que embora as perspectivas dos outros sejam diferentes das suas, eles são o centro das atenções, podendo alterar o seu comportamento para agradar ao público que os rodeia e observa. Também se transforma a capacidade de reconhecer situações em que o comportamento dos outros é antissocial, desviante ou psicologicamente perturbado (Sprinthall. & Collins, 2011).

Para Selman, as transformações ocorridas a nível da compreensão interpessoal, o conceito de si próprio e sobre os outros, influenciam o comportamento de cada indivíduo. Assim, o ambiente em que o adolescente se insere desempenha um papel importante no desenvolvimento cognitivo, em particular, os pais, a escola e os pares (Papalia, Obls, & Feldman, 2006).

As mudanças sociais destacam-se através da maior independência emocional dos educadores e de outros adultos presentes na família, da atualização dos comportamentos da infância inadequados aos novos tipos de relações sociais, do grupo de pares e na procura de outros adultos significativos fora da família para criar relações de proximidade, explorando para entender a idade adulta para a qual se dirige no futuro próximo, como refere Eccles e Gootman (2002) citado in Carvalho N.A.(2015).

Diversos estudos indicam que os adolescentes que possuem capacidades sociocognitivas mais desenvolvidas apresentam melhor adaptação em comparação com aqueles que têm capacidades menos favorecidas a esse nível. O desenvolvimento do adolescente acontece como a ação combinada entre as transformações físicas e as expectativas culturais existentes. Em todas as culturas conhecidas, quando uma pessoa atinge a puberdade, ou uma idade específica, é confrontado com novos papéis, oportunidades,

responsabilidades e o conhecimento crescente que têm do mundo através da sua capacidade de pensar e raciocinar acerca das coisas, acontecimentos, pessoas e relações (Carvalho N. A., 2015).

### **Diferenças psicossociais no terceiro ciclo do ensino básico**

A adolescência é o tempo de variadas escolhas: currículos escolares, vocacionais, atividades extra curriculares, interesses e exploração de comportamentos e atitudes, cujo impacto se reflete na vida adulta, nas oportunidades e escolhas futuras, com influência no desenvolvimento do adolescente e conseqüentemente do adulto (Simões, 2010) ; (Carvalho N. A., 2015).

Segundo Eccles e Gootman citados in Carvalho N.A.(2015); (Senna & Dessen, 2012),no início da adolescência, entre os 10 e os 14 anos, ocorre uma maior incidência de *stress*, mudanças físicas e sociais marcantes, podem surgir alguns comportamentos problemáticos, tais como conflitos com os pais e/ou educadores e a forte influência dos pares, tendo a maioria dos adolescentes necessidade de apoio na construção da sua identidade psicossocial.

Assim, o adolescente vive este período do desenvolvimento humano, situado entre a infância e a idade adulta, com idades compreendidas entre os 10 e os 19 ou 20 anos, segundo os critérios da Organização Mundial da Saúde, no sentido de uma progressiva maturidade biológica, cognitiva e social, de uma forma rápida, profunda e intensa, sendo recetivos à aprendizagem de hábitos e assimilação de conhecimentos, sendo a idade dos 12 ou 13 anos a etapa central para assumir responsabilidades e para o desempenho de papéis ligados à vida adulta (Precioso, José, 2004).

A qualidade e quantidade de grau de autonomia e responsabilidade social atingida pelos adolescentes diferem e variam de acordo com as expectativas relativas aos papéis sexuais, com o sistema de valores de cada sociedade e os diferentes contextos sociais, que moldam diferentes expectativas relativas à individualização, à independência e o direito a uma identidade pessoal percebida como expressão de bem-estar social referida por Vivian Rakoff (1978) citada in (Fleming, 2004).

A integração do adolescente no grupo de pares representa o primeiro passo na direção de uma vida autónoma e o seu comportamento é realizado por um estilo de vida distinto e um compromisso assumidos com os valores básicos partilhados pelos pais e comunidade. As experiências que os jovens vivenciam durante este período das suas vidas definem o seu papel social como adolescentes. As modificações individuais, as condições e as oportunidades sociais que os adolescentes possam encontrar influenciam as suas experiências e o seu desenvolvimento futuro, variando em função do grau em que os adolescentes se adaptam às diferentes transformações (Silva, Giordani, & Aglio, 2017); (Senna & Dessen, 2012); (Fleming, 2004).

A autonomia, a individualização e a formação da identidade são fenómenos interligados entre si, influenciando-se mutuamente, constituindo as condições psicológicas principais da separação pais-adolescentes (Fleming, 2004).

Segundo a teoria psicossocial do desenvolvimento de Eric Erickson é na adolescência que ocorre o processo de formação da identidade e que a personalidade seria desenvolvida segundo uma sequência de estádio, cada um deles caracterizado por uma crise ou conflito dominante. A adolescência seria a “*formação de identidade vs. difusão de identidade*” e a resolução do conflito resultaria no avanço, com maior ou menor maturidade, para as tarefas de desenvolvimento do estádio seguinte. Esta procura de identidade forçaria o adolescente a rejeitar e a revoltar-se contra os pais, assumindo um lugar importante nos contextos psicossociais envolventes: o grupo de pares, a escola, as outras associações (Sprinthall. & Collins, 2011).

Para Bowlby, o desenvolvimento das ligações de vinculação durante a adolescência cresce de forma menos intensa do que na infância e pode alargar-se a outros adultos que podem assumir importância maior ou igual à dos pais e a atração sexual pelos pares de idade entra em jogo (Fleming, 2004);

Também Lytton refere que o afastamento físico, o passar mais tempo fora de casa, fora da relação de grande proximidade com os pais, são índices de vínculo e não comportamentos desvinculados (Fleming, 2004).

Steinberg considera que o adolescente confrontado com o desafio da mudança interna e externa provocada pelas mudanças corporais, o desempenho de papéis, as relações perdidas e ganhas, as novas ideias e conceitos, os novos ambientes e situações vivenciais, preenchem o seu mundo interno, povoado ou não, com objetos que lhe proporcionam confiança básica e segurança, mas também com as relações atuais com os pais, pares, amigos e adultos significativos (Fleming, 2004).

Alguns psicanalistas portugueses, Amaral Dias, Eurico Figueiredo, Manuela Fleming justificam o processo adolescente como um movimento de progressão no seu desejo de autonomia e identidade.

A formação da identidade é facilitada por uma maior autonomia e é tanto maior quanto mais avançado estiver o processo de individualização do adolescente (Fleming, 2004).

A partir dos anos 40, as teorias sistémicas ou interacionais permitem, pela primeira vez, concetualizar a família como sistema de explicação dos comportamentos humanos. As mudanças biológicas, psicológicas e sociais envolvem profundamente todo o sistema familiar. Os conceitos fundamentados na perspetiva sistémica definem família como um sistema em organização, em funcionamento e em evolução no tempo (Beja & Franco, 2013)

O adolescente empenha-se em ser autónomo e muda a quantidade e qualidade das suas relações com o sistema extra familiar, torna-se sexualmente ativo e pode vir a ser ele próprio pai ou mãe. Assim, o adolescente deseja assumir uma maior responsabilidade pelos

seus atos e a mudança da responsabilização dos pais para o adolescente envolve mudanças significativas nas estruturas de poder e de autoridade na família que se traduzem por comportamentos de autonomia e de experimentação. O adolescente ensaia papéis e adquire capacidades de compromisso com uma ocupação, com uma ideologia e desenvolve a capacidade da intimidade (Sprinthall. & Collins, 2011).

James Marcia em pesquisas baseadas na teoria de Eric Erikson descreve quatro estados de identidade, relacionados com aspetos da personalidade e fatores familiares: Moratória, Difusão de identidade, Identidade outorgada, Identidade realizada. Estes estados ou fases de desenvolvimento dependem da presença ou ausência de crise e compromisso. Entende-se por crise o período para uma tomada de decisão consciente e o período de análise de alternativas; por compromisso o investimento pessoal numa profissão ou sistema de crenças e a adesão a um percurso de ação, num *continuum* da menor para a maior maturidade. Define-se identidade como “*uma organização interna, autoconstruída, dinâmica, de impulsos, capacidades, crenças e história individual*” (Diane E. Papalia, 2001, p. 159). Segundo o autor o adolescente experiencia um período de crise, caracterizado por um questionamento, por uma tomada de decisão ativa, uma experimentação em vários contextos sociais (Papalia, Obls, & Feldman, 2006).

A experimentação do adolescente é também destacada por Eric Erikson e seguidores, citados in (Papalia, Obls, & Feldman, 2006) nos papéis, nas capacidades, nas decisões, nos envolvimento afetivos através dos quais, segundo estes autores, se forma a identidade e se fundamenta a consequência das experiências psicossociais ao longo da vida, num processo lento e crescente de diferenciação e integração, proporcionando um desenvolvimento estável e saudável ao contrário da identidade de substituição ou colcha de retalhos referida por Elkind, altamente vulnerável ao *stress* e à influência externa.

A Psicologia Positiva defende a adolescência como um período ótimo do desenvolvimento e crescimento humanos em que são exploradas as potencialidades, as qualidades, os comportamentos saudáveis, os recursos pessoais e ambientais, construindo competências e sensibilidades, relacionadas com experiências interrelacionadas e vinculadas na família e na escola, espaços protetores e significativos (Medeiros, 2013).

Alguns estudos empíricos apontam essas tendências das ciências sociais e humanas como a emergência de uma nova fase da adolescência caracterizada pela aplicação das teorias de desenvolvimento e por uma visão saudável da adolescência, preconizando que os adolescentes são também fontes de recursos e forças internas a serem desenvolvidas, como as famílias, as escolas e as comunidades, promovendo o desenvolvimento e o crescimento físico, mental, social e espiritual destes adolescentes (Senna & Dessen, 2012); (Medeiros, 2013).

## **O Adolescente – Estilo de Vida e Bem-estar**

O estilo de vida representa para a maior parte das pessoas uma condicionante importante de saúde. Terminar ou iniciar novos comportamentos parte do conhecimento do próprio indivíduo, das características do seu estilo de vida, do desejo de ter um estilo de vida ativo, saudável, social e espiritualmente harmonioso (Nahas, Barros, & Francalacci, 2000).

A partir dos anos 80, as Ciências Humanas e Sociais centram o seu saber no estudo da relação entre a qualidade de vida, a saúde e o estilo de vida, numa visão mais ampla, considerando a multidisciplinaridade dos processos sociais, históricos e culturais (Júnior, Tonello, Neves, Ribeiro, & Miranda, 2013).

Os estudos e os levantamentos de diagnósticos associados a indicadores de saúde, a nível mundial, revelam que inúmeras doenças, taxas de mortalidade e morbidade estão diretamente relacionadas com os comportamentos e os estilos de vida (Rocha, Correia, Pestana, & Bento, 2011).

Apesar da não existência de uma definição universal para bem-estar ou qualidade de vida, existe concordância em que a saúde e a qualidade de vida humana incluem como fatores determinantes os fatores sócio ambientais (condições de trabalho, educação, meio ambiente, transporte, atendimento de saúde, lazer, entre outros) e os fatores individuais característicos dos comportamentos de cada pessoa (Nahas, Barros, & Francalacci, 2000), que integram preditores explicativos do bem-estar geral em crianças e adolescentes, centrados na família, na espiritualidade e na escola, abrangendo áreas do desenvolvimento e suporte da saúde mental da pessoa humana (Costa, 2015); (Vasconcelos, 2010).

Algumas pesquisas internacionais, na análise dos resultados dos estudos com adolescentes, têm salientado a prática da religião como fator de suporte social, papel positivo no desenvolvimento e na adoção de comportamentos saudáveis, como atividades físicas, cuidar da saúde, não usar álcool e outras drogas (Silva, Giordani, & Aglio, 2017); (Vasconcelos, 2010).

### **FAMÍLIA**

Segundo Machado, Maria do Céu (2015) o adolescente nasce para a vida social com toda a agitação e risco, com que nasce para o mundo. A reconfiguração cerebral com início na puberdade, depende e varia consoante o contexto em que se desenvolve. O primeiro ambiente social é o contexto família, sendo a escola uma parte integrante da sua vida numa segunda fase, fazendo a mesma parte cada vez mais cedo e por longos períodos. O conhecimento desta realidade deve promover mudanças familiares, sociais e comunitárias na criação efetiva de um ambiente próprio, que englobe a sua cultura, tradições e crenças, favoreça um estilo de vida com autoconhecimento, autonomia, poder de decisão que proporcione uma melhor qualidade de vida e de saúde. Sendo toda a comunidade corresponsável da sua formação de

cidadão, todos são modelos e responsáveis pelo adulto em que se transformará (Machado M. d., 2015).

A influência do meio ambiente desempenha um papel importante para a saúde; a família e os amigos (grupo de pares) têm um papel primordial na promoção da saúde na adolescência, assim como a percepção que os adolescentes têm relativa à sua saúde, estilo de vida e bem-estar (subjeto). Entretanto, não são apenas os contextos, mas o tempo despendido pelo adolescente com adultos cuidadores e com pares, em atividades que reforçam os valores associados à saúde e ao bem-estar comum que fomentam o desenvolvimento de comportamentos relativos à consciência social, liderança, solidariedade, valorização da diversidade e meio ambiente. O desenvolvimento de características como os cinco “Cês” (caráter, cuidado, confiança, conexão e compaixão) e em ideologias de compromisso moral, cidadania e saúde, exigem do adolescente a identificação dos seus recursos pessoais (talentos, energias e interesses construtivos) (Senna & Dessen, 2012).

A comunicação com os pais tem um efeito protetor, associada à satisfação com a vida e à saúde dos adolescentes (Tomé, Gina;Camacho, Inês;Matos, Margarida Gaspar; Simões, Celeste, 2015).

Assim, o adolescente desenvolve competências e ganha autonomia para responder de forma adaptativa às exigências sociais. A transferência emocional dos pais para os pares e relacionamentos amorosos acontecem não para substituir os pais (relação de vinculação),mas para diversificar a rede de relações interpessoais significativas (Medeiros, 2013).

## **PRÁTICA DE RELIGIÃO E ESPIRITUALIDADE**

A partir do final do século XX surgem vários estudos quantitativos a referir a vida religiosa e a espiritualidade associadas a níveis de saúde da população, o que mereceu a atenção de vários investigadores de instituições académicas.

A prática da religião é entendida como a ligação a uma doutrina que necessita de interpretação, compromisso e fé, mas que permite uma prática no quotidiano com objetivos éticos, estéticos e emocionais. A espiritualidade é entendida como a sensibilidade ou ligação a valores religiosos (BIREME/OPS/OMS, 2017).

Os estudos realizados nos Estados Unidos nos anos 90, a partir de métodos epidemiológicos associando a vida religiosa, as condições de saúde e recuperação de doenças, reconhece a importância desta vivência na estruturação do sentido de vida e significado das suas práticas, como motivação para o empenho no trabalho e orientação ética do comportamento no quotidiano (Vasconcelos, 2010).

Levin citado in (Vasconcelos, 2010) reviu duzentos estudos epidemiológicos para valorizar a variável religião das pessoas estudadas. Nesses estudos tinha sido colocada a questão sobre a prática religiosa e foram identificados efeitos religiosos e espirituais

significativos nos dados de saúde e doença, independentemente da idade, sexo, raça, etnia, nacionalidade e denominação religiosa das pessoas. A relação estatística verificada nestes estudos salientou o facto de que as pessoas religiosas tendem a evitar comportamentos tais como fumar e beber, fatores que aumentam o risco de doenças e morte (Vasconcelos, 2010).

Para alguns investigadores a fé e a vida religiosa pessoal beneficiam a saúde, inspirando pensamentos de esperança, otimismo e expectativas positivas. Essas evidências quantitativas associam o envolvimento religioso e a melhoria de situações de doença à prevenção de complicações e ao bem-estar, que têm sido correlacionados com o reforço a comportamentos saudáveis, alívio do *stress*, inspiração de emoções positivas, estimulação do sistema endócrino e imunológico e também um incentivo a crenças e estilos de personalidade adequados a situações problemáticas e inter relações fortes de apoio mútuo. A atividade religiosa, e de acordo com o autor, oferece orientação moral na prática quotidiana no sentido de promover, conservar ou recuperar a saúde ou o bem-estar físico, emocional e espiritual. Associa-se também com uma maior capacidade de lidar com o *stress* identificado em mulheres, jovens e idosos, pessoas doentes e saudáveis, independentemente da afiliação religiosa (Vasconcelos, 2010).

## SAÚDE

A saúde, enquanto capital genético, conceito amplo e complexo, compreende numa visão alargada, a relação entre o homem e o meio ambiente, na procura da satisfação das necessidades de bem-estar, incluindo a sua espiritualidade.

A Organização Mundial da Saúde em 1948 define **saúde** como o estado de completo bem-estar físico, mental e social, mas alguns autores consideram que a saúde não pode ser reduzida à existência de um estado de equilíbrio ou adaptação às normas. Nesta perspetiva, definem **saúde** como a capacidade que o ser humano tem de enfrentar situações novas, conflitos, resolução de problemas inerentes ao processo de viver (Nery, et al., 2009), outros consideram a **saúde** como resultante de fatores ambientais, estilo de vida, biologia humana, organização do sistema de saúde e em que todos estão interligados (Sciliar, 2007).

A Ordem dos Enfermeiros em 2001 define saúde como o estado e, simultaneamente, a representação mental sobre a condição individual, no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional e espiritual. Estado esse que é subjetivo, pessoal e variável no tempo, de acordo com os desafios que cada situação coloca a cada pessoa para restabelecer o seu equilíbrio em cada momento (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Nery que estudou os adolescentes em relação à conceção de saúde concluiu que na visão destes adolescentes, o conceito de saúde resulta de múltiplos fatores, tais como a biologia humana, os contextos sociais, ecológicos e a espiritualidade (Nery, et al., 2009).

Em suma, o conceito de saúde é um projeto individual de cada ser humano em resposta às condições do meio em que vive, na procura do seu sentido de vida nas três dimensões de

saúde consideradas pela Organização Mundial da Saúde em 2016: saúde física, saúde mental e saúde social (Organização Mundial da Saúde, 2016).

Deste modo, conhecer um adolescente implica saber que cada pessoa cresce como um todo integrado, cada domínio do desenvolvimento tem relação com todos os três domínios predominantes; o estilo de vida interfere com o bem-estar físico, psíquico, social e espiritual. Estes estão intrinsecamente correlacionados e determinam os hábitos adotados e preteridos.

A promoção da saúde e a qualidade de vida, segundo a concepção da Carta de Ottawa e outros documentos escritos por profissionais de diversas áreas do conhecimento em saúde, destacam o empoderamento e a participação social como ações relevantes na qualidade de vida, estilos de vida saudáveis e longevidade, visando tornar os indivíduos e populações mais autônomos nos seus processos de saúde - doença, com vista à melhor qualidade de vida e adoção de estilos de vida saudáveis (Heidemann, Boehs, Fernandes, Wosny, & Marchi, 2012).

## **ESCOLA**

Surge assim a escola como local de excelência para o desenvolvimento de atividades no âmbito da promoção da saúde através da transmissão de conhecimentos, aprendizagem de hábitos e assimilação de conteúdos que permitem ao adolescente, em fase de formação física, mental e social, adotar estilos de vida que facilitem o desenvolvimento global das suas capacidades (Rocha, Correira, Pestana, & Bento, 2011).

O Plano Nacional de Saúde Escolar reforça a ideia e a oportunidade de contribuir para mais saúde, mais educação, mais equidade e maior participação e responsabilização de todas as pessoas no bem-estar e na qualidade de vida de crianças e jovens, aumentando a literacia em saúde de acordo com os desafios emergentes da sociedade (DGS, 2015). Sendo a literacia em saúde entendida como o conjunto de competências e capacidades cognitivas e sociais, o que vai permitir às pessoas aceder, compreender e usar informação que possuem no domínio da saúde (Loureiro, et al., 2012).

E porque as crianças e jovens estão na escola, é preciso olhar para este contexto de uma forma especial (Festas, 2013).

A escola é considerada o espaço ideal, seguro e facilitador, para a adoção de comportamentos saudáveis e conscientes. A saúde escolar, como forma de estar em saúde, implica consciencialização, responsabilização, solidariedade e valores no desenvolvimento de todas as capacidades físicas, mentais, sociais e espirituais do adolescente (Rocha, Correira, Pestana, & Bento, 2011).

A escola promotora da saúde, na perspetiva interdisciplinar, é o desafio para construir uma sociedade saudável, assente nos princípios da escola promotora da saúde, estimulando o desenvolvimento de habilidades pessoais necessárias ao mundo das relações, proporcionando segurança e acolhimento, em parceria com a comunidade e famílias, de modo a que os

adolescentes sejam capazes de cuidar bem de si, adotando um estilo de vida mais saudável e solidário (Guimarães, Aerts, & Câmara, 2012); (Silva, Giordani, & Aglio, 2017).

Com o objetivo de avaliar e conhecer os comportamentos promotores de saúde dos adolescentes portugueses foi realizado um estudo quantitativo, descritivo- correlacional cujos resultados demonstram que à medida que a idade avança os comportamentos promotores de saúde diminuem. Segundo esses autores existe a necessidade da Enfermagem investir em educação para a saúde, promoção da literacia e desenvolvimento de competências nos adolescentes, de forma a inverter estes resultados (Tomás, Queirós, & Ferreira, 2014).

O enfermeiro na escola é uma conceção inovadora e em desenvolvimento, sendo este um elemento muito importante, a par dos restantes profissionais de saúde, no apoio a educadores e na transmissão direta de conhecimentos de saúde (Festas, 2013).

## 2.2. ESTILO DE VIDA *FANTÁSTICO*

Partindo da importância do estilo de vida e do bem-estar como conceitos determinantes e condicionantes para a saúde dos adolescentes e a sua influência futura, a identidade e a autonomia são consideradas a base fundamental na promoção da saúde enquanto processo de habilitar as pessoas para melhorar e aumentar o controlo sobre a sua saúde e aquisição de comportamentos protetores da saúde (Beja & Franco, 2013).

A literatura documenta a importância que os hábitos pessoais e o estilo de vida têm na saúde das pessoas. Aumentam as evidências de que o modo de viver a vida representa diferencial para a saúde e qualidade de vida na atualidade. Um estilo de vida saudável é necessário para manter a saúde física, mental, social e espiritual da pessoa, referem os resultados de 35 estudos nacionais e internacionais com estudantes universitários (Brito, Gordia, & Quadros, 2014).

Salienta-se o contributo de Nahas (2000) no processo evolutivo do conceito ideal de estilo de vida, determinado por múltiplos fatores, individuais e sócio-ambientais, modificáveis ou não, mas que sugerem a capacidade do indivíduo, inserido numa determinada população, permitindo avaliar e sintetizar todos os elementos principais que definem e determinam a qualidade de vida e bem-estar ideal num dado momento cronológico (Júnior, Tonello, Neves, Ribeiro, & Miranda, 2013).

Atualmente, o conceito de saúde influencia de forma direta o estado de saúde e a qualidade de vida das populações, grupos sociais ou indivíduos. Sendo o estilo de vida um fator determinante para a condição de vida satisfatória ou não, é considerado fundamental na promoção da saúde e redução da mortalidade por todas as causas que a provocam (Nahas & Garcia, 2010)

Vários autores, incluindo Nahas, destacam que os maiores riscos à saúde e ao bem-estar das populações dependem do comportamento individual às informações disponíveis, das

barreiras sociais e particularidades de cada grupo social (Júnior, Tonello, Neves, Ribeiro, & Miranda, 2013).

O estilo de vida, definido como o “conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, aprendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados ao longo do ciclo de vida e em diferentes situações sociais” (DGS, 2004, pp. 2-3) é o reflexo de atitudes, valores, oportunidades e formas de agir de cada pessoa perante o seu capital de saúde ao longo da vida pelas opções individuais que faz (Silva, Brito, & Amado, 2014).

Segundo Castiel e Vasconcellos-Silva citado in (Júnior, Tonello, Neves, Ribeiro, & Miranda, 2013, p. 37), o estilo de vida pode ser entendido como um “conjunto integrado de práticas individuais orientadas para necessidades utilitárias do agir e do ser, aparentemente automáticas, relativas à alimentação, vestuário, formas de morar e modos de deslocar-se em espaços e ambiente diversos”. O conceito de estilo de vida abrange todos os domínios de ação e pensamento humano (educação, recreio/lazer, nutrição, paz, justiça, trabalho, família, habitação, higiene, segurança, alimentação, recursos económicos/ambientais, tabagismo, alcoolismo, comportamentos de risco em relação às drogas ilícitas e às infeções sexualmente transmissíveis) como o modo típico de viver que caracteriza um indivíduo ou grupo (Brito, Gordia, & Quadros, 2014).

Os comportamentos relacionados com a saúde sofrem influência direta nos contextos interpessoais em que os adolescentes vivem, proporcionando fatores positivos e negativos. Os fatores positivos promovem a saúde e bem-estar dos indivíduos representados por Nahas como o “Pentáculo do Bem-estar” e incluem as dimensões Nutrição, Atividade Física, Comportamento Preventivo, Relacionamentos, Stress (Nahas, Barros, & Francalacci, 2000).

As alterações ao estilo de vida ou aquisições de comportamentos e atitudes negativas (fumar e consumir álcool) segundo Pimentel (2013) citado in (Júnior, Tonello, Neves, Ribeiro, & Miranda, 2013) fazem parte integrante de um processo de aprendizagem exploratório, construtivo e são manifestação das primeiras decisões independentes como adolescentes quando não sujeitas a controle parental ou são promovidas como rituais de integração no meio envolvente. Estes fatores negativos (fumo, álcool, drogas, stress, isolamento social, sedentarismo, esforços intensos ou repetitivos) podem ser controlados e modificáveis e estão associados à influência que o meio exerce sobre as pessoas.

Os contextos que fornecem recursos positivos são menos propensos à aquisição de comportamentos de risco e mais propensos ao desenvolvimento de comportamentos protetores de saúde (Vieira, Alves, Dias, & Fonseca, 2015). Assim, um ambiente mais saudável proporcionará um estilo de vida com melhor qualidade de saúde (Câmara, Aerts, & Alves, 2012).

## **Instrumentos de avaliação do estilo de vida**

O questionário “*Estilo de Vida FANTÁSTICO*” foi desenvolvido pelo Departamento de Medicina Familiar da Universidade McMaster, em Ontário, Canadá, por Wilson e Ciliska em 1984, com o objetivo de avaliar estilos de vida dos doentes e estabelecer medidas preventivas / tratamento de doenças.

Foi posteriormente, adaptado para avaliar o estilo de vida de jovens do ensino superior e faz parte do plano Canadiense para avaliar a atividade física, aptidão e estilo de vida desde 1996.

Tem por objetivo mensurar os principais domínios que caracterizam o estilo de vida adequado para a qualidade da saúde: o estado físico, psicológico e social. Estudos em diferentes países concluíram que o “*Estilo de Vida FANTÁSTICO*” tem validade de conteúdo e boa consistência para avaliar o estilo de vida em pessoas saudáveis. Faz parte do programa para universidades saudáveis e outras instituições do ensino superior chilenas desde 2006 (Silva, Brito, & Amado, 2014).

Este questionário foi traduzido e validado para a população brasileira em 2008, preencheu os critérios de clareza, estabilidade, consistência interna, reprodutibilidade e validade da construção mental. Apresentou evidências de que é adequado para avaliação do estilo de vida em jovens adultos brasileiros. Os autores recomendam a sua utilização nos cuidados primários de saúde e em estudos epidemiológicos (Brito, Gordia, & Quadros, 2014).

Este questionário foi traduzido e validado para a população universitária portuguesa em 2011, os resultados do estudo revelam que o questionário “*Estilo de Vida FANTÁSTICO*” é um instrumento de medida com boa classificação na área de saúde, culturalmente adequado e compreensível na aplicação, tendo preenchido os critérios de consistência interna, externa e validade de constructo. Mostrou igualmente, evidências de que é adequado para a avaliação do estilo de vida em jovens adultos. Os autores recomendam a sua utilização ao nível dos cuidados de saúde primários em estudos epidemiológicos em concordância com outros estudos (Silva, Brito, & Amado, 2014).

O questionário “*Estilo de Vida FANTÁSTICO*”- “*instrumento de auto preenchimento e avaliação que explora os hábitos e os comportamentos na população-alvo em relação aos estilos de vida adequados para a saúde*”, é composto por trinta questões (itens) de resposta fechada com dez domínios dos componentes físicos, psicológicos e sociais do estilo de vida e que se identificam com a sigla “**FANTÁSTICO**” (Silva, Brito, & Amado, 2014, p. 1903).

Maria do Carmo Pires e Sousa adequou o questionário “*Estilo de Vida FANTÁSTICO*” à população mais jovem, validando uma escala com adequação linguística e semântica para a população adolescente portuguesa do 2º e 3º ciclos do ensino básico. O instrumento foi designado por “**O meu estilo de vida**”. É um questionário de autopreenchimento e avaliação que permite investigar os hábitos e comportamentos numa amostra em relação aos estilos de vida adequados para a saúde. É constituída por trinta (30) questões (itens) de resposta

fechada que abrangem dez domínios da componente física, mental e social do estilo de vida: **Família e Amigos** – medida por dois itens; **Atividade física / Associativismo** – medida por três itens; **Nutrição** – medida por três itens; **Tabaco** – medido por dois itens; **Álcool e Outras Drogas** – medido por seis itens; **Sono e FANTÁSTICO** - medido por três itens; **Tipo de Personalidade / Escola** – medido por três itens; **Introspeção** – medido por três itens; **Comportamentos de saúde e sexualidade** – medido por três itens; **Outros comportamentos** – medidos por dois itens. Cada questão (item) tem três respostas possíveis: “Quase sempre” (2 pontos); “Às vezes” (1 ponto); “Quase nunca” (0 pontos). Somando os valores obtidos em cada resposta e em cada domínio, distribuído por colunas, multiplicando o somatório dos resultados por dois, obtém-se o valor correspondente ao estilo de vida *FANTÁSTICO*. A pontuação total varia de 0 a 120 e classifica os adolescentes em cinco níveis consoante o seu comportamento: **Parabéns. Tens um estilo de vida FANTÁSTICO** (103 a 120 pontos); **Muito Bem. Estás no caminho correto** (85 a 102 pontos); **Estás bem. Tens um estilo de vida adequado** (73 a 84 pontos); **Tens um estilo de vida algo crítico**. Podes melhorar (47 a 72 pontos). Estás na zona de perigo, mas a tua honestidade é uma excelente qualidade. Os valores mais altos correspondem a uma perceção e autoavaliação Fantástica do estilo de vida; os valores mais baixos a uma necessidade e tomada de decisão para mudar comportamentos.

Este instrumento para além de pretender medir o estilo de vida do adolescente, permite fazer uma reflexão sobre cada domínio, pois após o preenchimento do questionário é colocada a questão de autoavaliação “ **Como é ou deve ser o meu estilo de vida FANTÁSTICO**”, perguntando se quer ter um estilo de vida *FANTÁSTICO* e o que gostaria de mudar nesse estilo, atendendo aos resultados que obteve. Sugere ainda algumas recomendações para conseguir ter e melhorar um estilo de vida *Fantástico* em cada domínio. O estudo de Carmo Pires e Sousa (no prelo) descreve o processo e apresenta o instrumento adaptado à população adolescente, em contexto português.

Na tabela seguinte apresentamos a escala “O meu estilo de vida” de Carmo Pires e Sousa.

Tabela 1 – Questões e Domínios da Escala “O meu estilo de vida”

Questões	Nº Itens	Domínios
1. Tenho com quem falar dos assuntos que são importantes para mim	2	Família e Amigos (F)
2. Dou e recebo carinho /afeto		
3. Sou membro de um grupo comunitário e/ou de amigos e participo nas atividades ativamente	3	Atividade física / Associativismo (A)
4. Eu realizo uma atividade física durante pelo menos 30'		
5. Ando no mínimo 30' diariamente		
6. Como duas porções de verduras e três de fruta diariamente		
7. Como alimentos hipercalóricos (doces e/ou salgados) ou fastfood	3	Nutrição (N)
8. Ultrapassei o meu peso ideal em		
9. No que diz respeito a cigarros	2	Tabaco (T)
10. O meu consumo de cigarros é:		
11. No que diz respeito a bebidas alcoólicas		
12. O meu consumo de bebidas (vinho e/ou cerveja) é:		
13. O meu consumo de bebidas brancas (shots, vodka, etc.) é:		
14. No que diz respeito a substâncias psicoativas ilegais como canábis, cocaína, marijuana...	6	Álcool e Outras Drogas (Á)
15. Bebo café, chá ou outras bebidas com cafeína (ex: redbull)		
16. Uso excessivamente medicamentos que me receitam ou de venda livre		
17. Durmo bem e sinto-me descansado		
18. Sinto-me capaz de gerir o <i>stress</i> do meu dia-a-dia	3	Sono e <i>Stress</i> (S)
19. Relaxo e disfruto do meu tempo livre		
20. Sinto que ando acelerado e/ou atarefado		
21. Sinto-me aborrecido e/ou agressivo	3	Tipo de Personalidade / Escola (T)
22. Sinto-me feliz com a escola e com outras atividades que realizo		
23. Sou uma pessoa otimista e positiva		
24. Sinto-me tenso e/ou oprimido	3	Introspeção (I)
25. Sinto-me triste e/ou deprimido		
26. Realizo consultas periódicas de avaliação do estado de saúde		
27. Converso com os meus amigos e família sobre temas de sexualidade	3	Comportamentos de Saúde e Sexualidade (C)
28. Preocupo-me com o meu autocuidado e com a minha aparência		
29. Como peão ou condutor de bicicleta respeito as regras de segurança rodoviária	2	Outros Comportamentos (O)
30. Uso cinto de segurança		

Da observação da tabela, salientamos as trinta questões que compõem a escala e os dez domínios que a integram e contribuem para uma avaliação estimada dos fatores individuais relacionados com o estilo de vida *FANTÁSTICO* (Família e Amigos; Atividade física/Associativismo; Nutrição; Tabaco; Álcool e Outras Drogas; Sono e *Stress*; Tipo de Personalidade/Escola; Introspeção; Comportamentos de Saúde e Sexualidade; Outros Comportamentos). Os estudos citados in (Brito, Gordia, & Quadros, 2014); (Júnior, Tonello, Neves, Ribeiro, & Miranda, 2013); (Silva, Brito, & Amado, 2014) referem que o estilo de vida é

crucial como determinante de saúde e confirma-se em Portugal com os estudos na população universitária e adolescente.

### **2.3. BEM-ESTAR PESSOAL**

Focando o bem-estar, encontram-se na literatura diferentes definições para o conceito consoante a abordagem teórica e empírica em que se organiza: o bem-estar hedónico (visão subjetiva de bem-estar como felicidade, prazer, satisfação com a vida) e o bem-estar eudemónico (bem-estar psicológico apoiado na capacidade de cada pessoa pensar, usar o raciocínio e o bom senso; o potencial humano). Do ponto de vista da Psicologia do Desenvolvimento, o Bem-Estar Subjetivo (BES) enfoca a satisfação com a vida, o afeto e a felicidade; o Bem-Estar Psicológico (BEP) salienta o funcionamento psicológico ótimo e a saúde em geral (Carvalho N. A., 2015); (Costa, 2015).

Tendo como estudo o Bem-Estar Subjetivo, o conceito surgiu em 1950, na procura de indicadores de qualidade de vida para monitorizar mudanças sociais e como tal requer autoavaliação, sendo necessário considerar que cada pessoa se apoia nas suas próprias expectativas, valores, emoções e experiências anteriores.

Só pode ser avaliado pela própria pessoa e não por indicadores externos segundo Diener (2000), citado in (Siqueira & Padovam, 2008), contando a literatura atual com uma base teórica fundamentada sobre o complexo conceito de bem-estar e outros conceitos psicossociais positivos, capaz de responder satisfatoriamente ao desafio de construir uma sociedade alicerçada em valores pessoais, justa e solidária para que todas as pessoas possam usufruir de níveis mais elevados de bem-estar (Siqueira & Padovam, 2008).

Como conceito é multidimensional, compreende as dimensões emocional e cognitiva, abrangendo domínios como a satisfação geral com a vida, realização pessoal, segurança e qualidade de vida (Costa, 2015).

Ao longo dos anos, a investigação sobre o Bem-Estar Subjetivo produziu um vasto conjunto de instrumentos de avaliação entre os quais se destaca a escala "IPBE (Índice Pessoal de Bem-Estar ) traduzida por Paulo Dias (Dias & Bastos, 2013).

A escala original Personal Wellbeing Index (PWI), foi desenvolvida por Cummings e outros autores em 2003, com o objetivo de conhecer o caráter subjetivo da qualidade de vida em grupos variados da população. O instrumento é composto por sete itens que representam a satisfação com diferentes domínios da vida: saúde, padrão de vida, realização em vida (os objetivos que têm alcançado ou as coisas que têm conseguido), segurança (estabilidade), segurança em relação ao futuro, as relações pessoais e sentimento de fazer parte da comunidade. O índice é respondido em uma escala de onze pontos, variando de 0 (totalmente insatisfeito) a 10 (totalmente satisfeito). O PWI já foi utilizado em estudos de diferentes países e tem apresentado boa fiabilidade interna, alcançando valores entre 0,70 e 0,85 para o alfa de

Cronbach, segundo o International Wellbeing Group (2006) citado in (Tomyn, Tamir, Stokes, & Dias, 2015).

Existem várias versões e traduções do instrumento para avaliar o Bem-Estar Subjetivo em adultos portugueses, mas para avaliar o índice de Bem-Estar Subjetivo em adolescentes na escola, apenas existia a tradução brasileira de Casas (2012) citado in (Dias & Bastos, 2013). Os estudos com adolescentes brasileiros obtiveram um alfa de Cronbach de 0,76, demonstrando boa fiabilidade do instrumento (Strelhow, Masiero, Santos, Sarriera, & Teixeira, 2015).

Os resultados do relatório sobre a qualidade de vida numa Europa em mudança inquietaram Dias e Bastos que se propuseram explorar a versão *Personal Wellbeing Index – School Children (PWI-SC)* desenvolvida em crianças portuguesas comparando o seu estudo com crianças australianas (Tomyn, Tamir, Stokes, & Dias, 2015). A aplicação do “*IPBE -Índice Pessoal de Bem-Estar*” com adolescentes portugueses apresentou fiabilidade interna com valores de alfa de Cronbach de 0,84. Os autores, atendendo às propriedades psicométricas da PWI-SC analisadas nesse estudo, concluíram que o instrumento poderá ser aplicado no contexto escolar português como ferramenta útil (Dias & Bastos, 2013).

O estudo efetuado para examinar a equivalência psicométrica do PWI-SC em amostras de conveniência de adolescentes australianos e portugueses demonstrou uma rigorosa invariabilidade fatorial entre as duas versões do PWI-SC, sugerindo que a escala mede o mesmo constructo subjacente em ambas amostras, fornecendo suporte preliminar para comparações quantitativas entre adolescentes destes países (Tomyn, Tamir, Stokes, & Dias, 2015).

### **Instrumento de avaliação do Bem-Estar Subjetivo**

O Bem-Estar Subjetivo dos adolescentes, pode ser avaliado através da escala “ *IPBE - Índice Pessoal de Bem-Estar* ” (Dias & Bastos, 2013), que foi traduzida do original “*Personal Wellbeing Index*” (PWI) desenvolvida por Cummins e Lau (2005) com o objetivo de conhecer o carácter subjetivo da qualidade de vida de diferentes grupos da população. Foi traduzida, adaptada e aplicada a adolescentes na escola, *Personal Wellbeing Index - School Children (PWI-SC)*. É composta por oito questões colocadas aos participantes para avaliar o seu grau de satisfação com diferentes domínios da vida através de uma escala tipo *Likert* etiquetada a meio e nos extremos (0= muito triste, 5= nem contente nem triste,10= muito feliz) de modo a permitir conhecer o grau de contentamento “felicidade” dos adolescentes nos domínios: **Satisfação com a vida em geral** (pontuação total de bem-estar); **Padrão de vida** - as coisas que tens (dinheiro e outras coisas que te pertencem); **Saúde pessoal**; **Realização em vida** - as coisas em que quer ser bom (realização pessoal); **Relações pessoais** - relação com pessoas que conhece; **Segurança pessoal** - o nível de segurança que sente; **Sentimento**

**parte da comunidade** (as coisas que faz fora de casa (nos grupos de que faz parte); **Segurança com o futuro** (o que pode acontecer mais tarde na vida).

Na tabela seguinte apresentamos a escala “IPBE-Índice Pessoal de Bem-Estar” (Dias & Bastos, 2013) que avalia o Bem-Estar Subjetivo dos adolescentes.

Tabela 2 – Questões e Domínios da Escala “ IPBE-Índice Pessoal de Bem-Estar”

Questões	Domínios
1. Em que grau estás contente com a tua vida em geral?	Satisfação com a vida
2. Em que grau estás contente com as coisas que tens?	Padrão de vida
3. Em que grau estás contente com a tua saúde?	Saúde
4. Em que grau estás contente com as coisas em que queres ser bom?	Realização em vida
5. Em que grau estás contente na relação com as pessoas que conheces?	Relações pessoais
6. Em que grau estás contente com o nível de segurança que sentes?	Segurança
7. Em que grau estás contente em fazer coisas fora da tua casa (nos grupos de que fazes parte)?	Sentimento parte da comunidade
8. Em que grau estás contente com o que pode acontecer contigo mais tarde na tua vida?	Segurança com o futuro

Da observação da tabela salientamos as oito questões que pretendem avaliar o grau de contentamento dos adolescentes nos oito domínios que contribuem para o bem-estar “felicidade” (satisfação com a vida; padrão de vida; saúde; realização em vida; relações pessoais; segurança; sentimento como parte da comunidade; segurança com o futuro). Estudos em quarenta e sete países, com estudantes universitários, enumeram a “felicidade” como a coisa mais importante para si, assim como outras pesquisas envolvendo adolescentes (Costa, 2015); (Dias & Bastos, 2013); (Carvalho N. A., 2015); (Senna & Dessen, 2012); (Silva, Giordani, & Aglio, 2017); (Strelhow, Masiero, Santos, Sarriera, & Teixeira, 2015); (Tomé, Gina; Camacho, Inês; Matos, Margarida Gaspar; Simões, Celeste, 2015).



### 3. MATERIAL E MÉTODOS

Neste capítulo abordamos as etapas do estudo que teve, como objetivo conhecer o estilo de vida e o Bem-Estar (Subjetivo) dos adolescentes, na escola. Neste contexto, apresentamos o tipo de estudo, as questões de investigação, os objetivos, as variáveis, as hipóteses a testar. Descrevemos o tipo de estudo, a população e a amostra, os critérios de seleção da amostra, o procedimento de recolha de dados, os instrumentos utilizados e as suas características psicométricas, as análises estatísticas efetuadas no processamento dos dados e as considerações formais e éticas do processo de pesquisa (Fortin, 2009).

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

De modo a dar resposta às questões colocadas, optamos pela realização de um estudo transversal, com um único momento de avaliação e uma amostra específica, aos quais se limitam os resultados obtidos. Os dados são registados, codificados e interpretados, sem que o investigador interfira neles, de modo a retirar informações precisas sobre o estudo, numa abordagem de natureza quantitativa prevista para a mensuração das variáveis preestabelecidas. É assim descritivo - correlacional, dado que se utiliza a linguagem estatística para descrever as relações existentes entre as variáveis e conhecer as relações entre uma e outra (Fortin, 2009).

Optamos por uma metodologia quantitativa, dado que se utiliza a linguagem estatística para descrever o peso existente entre as variáveis que caracterizam o estilo de vida e o bem-estar dos adolescentes em escolas do Concelho de Matosinhos.

Na investigação com adolescentes são utilizados diferentes grupos etários, tendo como referência para adolescência o período entre os 10 e os 19 anos utilizado pela OMS (Organização Mundial da Saúde, 2014).

No caso deste estudo, uma vez que as questões de investigação refletem a importância de conhecer o estilo de vida e o bem-estar dos adolescentes, optou-se por utilizar na seleção da amostra os alunos do 3º ciclo, permitindo uma representação de alunos na fase inicial e média (10-15 anos) da adolescência.

O meio natural foi selecionado para a realização do estudo: duas escolas públicas do Concelho de Matosinhos.

A informação foi recolhida, sendo previamente solicitado o consentimento informado, livre e esclarecido, através de questionário dividido em três partes: a caracterização sociodemográfica dos participantes e dois instrumentos de autopreenchimento e a avaliação do estilo de vida e do bem-estar em adolescentes: a escala "*O meu estilo de vida*" e a escala "*Índice Pessoal de Bem-Estar*" (ver anexo I)

A seleção dos instrumentos de avaliação atendeu à importância de instrumentos compreensivos, com uma orientação positiva e possíveis de utilizar em contexto escolar e com adolescentes.

### **3.2 QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO / OBJETIVOS**

Tendo em vista a finalidade do estudo, dar a conhecer os resultados da perceção do estilo de vida e do bem-estar dos adolescentes, identificando as dimensões que possam estar mais vulneráveis, que possam merecer uma atenção e assim poder planear intervenção relacionada com a promoção de estilos saudáveis e bem-estar como fatores positivos para a saúde dos adolescentes importantes na tomada de decisão em contexto escolar. O objetivo geral pretendeu conhecer o estilo de vida e o bem-estar dos adolescentes do 3º Ciclo do Ensino Básico de escolas do Concelho de Matosinhos. Enunciaram-se as questões de investigação que incluem as variáveis definidas e a população alvo (Fortin, 2009):

**Q1.** Qual é a perceção que os adolescentes têm no que diz respeito ao seu estilo de vida e bem-estar pessoal?

**Q2.** Qual é a relação entre o estilo de vida e o bem-estar percebido pelos adolescentes?

**Q3.** Qual a relação entre estilo de vida e o bem-estar percebido pelos adolescentes e as variáveis sociodemográficas (género, grupo etário, escola que frequenta, ano de escolaridade, local de residência, agregado familiar e prática religiosa).

Assim traçaram-se os seguintes objetivos específicos para esta investigação:

1. Conhecer a perceção do estilo de vida e do bem-estar dos adolescentes do 3º ciclo de escolas do Concelho de Matosinhos;
2. Descrever as relações existentes entre a perceção do estilo de vida e o bem-estar dos adolescentes do 3º ciclo de escolas do Concelho de Matosinhos;
3. Relacionar o estilo de vida e o bem-estar dos adolescentes do 3º ciclo de escolas do Concelho de Matosinhos com o género, a idade, o ano de escolaridade, o local de residência, o agregado familiar e a prática religiosa.

### **3.3 HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO**

O processo da investigação foi orientado no sentido de encontrar respostas que permitam conhecer e descrever as questões de investigação referentes ao estilo de vida e bem-estar dos adolescentes. Assim, com o objetivo de determinar se a variável independente (Estilo de Vida *FANTÁSTICO*) teve um efeito estatístico significativo sobre o valor da variável dependente (Bem-Estar Pessoal), formulou-se o enunciado formal de relações previstas entre as duas variáveis (Fortin, 2009).

**Hipótese 1** – As características sociodemográficas (género, idade, ano de escolaridade, escola de ensino que frequenta, local de residência, agregado familiar, a prática da religião) influenciam o Estilo de Vida dos adolescentes.

**Hipótese 2** – As características sociodemográficas (género, idade, ano de escolaridade, escola de ensino que frequenta, local de residência, agregado familiar, a prática da religião) influenciam o Bem-Estar Pessoal dos adolescentes.

**Hipótese 3** – Existe uma associação entre o Estilo de Vida e o Bem-Estar Pessoal dos adolescentes.

### 3.4 PARTICIPANTES

As características pré-existentes dos sujeitos do estudo (variável atributo), que servem para descrever a amostra selecionada foram: o género, a idade, o ano de escolaridade. Foram também avaliadas variáveis como a escola de ensino que frequenta, o local de residência (freguesia), o agregado familiar e a prática religiosa.

A variável independente do estudo é o “*Estilo de Vida FANTÁSTICO*”, que foi avaliado através do questionário “*O meu estilo de vida*” de Carmo Pires e Sousa.

O elemento que sofre o efeito da variável independente (variável dependente) com intenção de medir o bem-estar, foi avaliado com a escala “*IPBE-Índice Pessoal de Bem-Estar*” de Paulo Dias.

A população do estudo foram os adolescentes que frequentavam o 3º ciclo de duas escolas do Concelho de Matosinhos. A seleção das Instituições baseou-se no critério de facilidade de acesso por parte do investigador, o que facultou a recolha de dados.

Como critério de inclusão o inquirido deveria estar a frequentar o 3º ciclo, aceitar participar no estudo, ter o formulário de consentimento assinado pelos pais/ encarregados de educação.

Como critério de exclusão definiu-se não preencher de forma completa e correta o instrumento de pesquisa.

A amostra foi selecionada com base na resposta dada pela população das escolas ao questionário, com o apoio dos professores e estudantes de Enfermagem, de acordo com o protocolo de pesquisa entregue anteriormente.

Após autorização prévia das direções das escolas procedemos à recolha de dados que decorreu no período compreendido entre dezembro de 2016 e maio de 2017.

### 3.5 INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Neste ponto procuramos apresentar os passos dados no sentido da construção do instrumento de recolha de dados – questionário, a recolha de informação, as questões deontológicas e a apresentação das opções relacionadas com a análise estatística.

Para proceder à recolha de dados utilizamos como instrumento de medida o inquérito que representa toda a atividade de investigação no decurso da qual foram recolhidos dados de uma população / amostra para estudar as atitudes, opiniões, crenças ou comportamentos (Fortin, 2009).

Esta escolha prendeu-se com o facto de este se adequar ao estudo em questão, ser económico, rápido e permitir manter o anonimato e a confidencialidade.

Dadas as variáveis em estudo (Estilo de Vida *FANTÁSTICO* e Bem-Estar Pessoal), incluindo as sociodemográficas (género, idade, ano de escolaridade, escola de ensino que frequenta, local de residência, agregado familiar, prática de religião), foi elaborado um instrumento, com três partes (ver anexo I):

**Parte 1-** Ficha de características sociodemográficas (género, idade, ano de escolaridade, escola de ensino que frequenta, local de residência, agregado familiar, prática de religião).

**Parte 2-** A escala “O meu estilo de vida” (baseado no “Questionário Estilo de Vida *FANTÁSTICO*” de Carmo Pires e Sousa (2013).

**Parte 3-** A escala “Índice de Bem-Estar Pessoal” (Dias & Bastos, 2013).

Os dois instrumentos utilizam escalas de resposta tipo Likert orientadas para a recolha da opinião do participante para cada questão fechada.

#### **Pré-Teste**

O questionário foi submetido a um pré-teste (12/11/2016) aplicado a um grupo de catequese, doze (12) voluntários com características semelhantes às da população-alvo, de forma a avaliar a clareza, a ordem, a compreensão, a ambiguidade das questões e o seu tamanho. Este pré-teste foi uma mais-valia para o estudo pois permitiu: identificar tempo de preenchimento e adesão dos participantes, melhorar as indicações antes do início do autopreenchimento e sugestões de melhoramento do questionário. O tempo médio de preenchimento do questionário foi de 15 minutos com a seguinte amplitude de variância: mínimo=10 minutos e máximo= 20 minutos. Os voluntários consideraram fácil o seu preenchimento.

## Aplicação do instrumento de recolha de dados

Procedemos à caracterização sociodemográfica dos adolescentes em estudo, considerando como variáveis: o género, a idade, o ano de escolaridade, a escola, a área de residência, o agregado familiar e a prática religiosa. No sentido de conhecer o estilo de vida dos adolescentes e a sua perceção pessoal de bem-estar, os dados foram recolhidos com as escalas “*O meu estilo de vida*” e “*IPBE-Índice Pessoal de Bem-Estar*”, tomando os domínios das escalas como variáveis em estudo, para descrever os fatores intervenientes no estilo de vida e bem-estar dos adolescentes na escola.

No seguimento dos pontos anteriores, apresentamos e analisamos os principais resultados deste estudo, de acordo com a análise estatística descritiva da caracterização da amostra, a descrição da distribuição da amostra segundo a classificação do estilo de vida e o bem-estar pessoal. Com vista à testagem das hipóteses recorremos a algumas análises de estatística inferencial. Inicialmente, calculamos medidas de tendência central (média), de dispersão (desvio padrão) e recorremos a métodos de comparação múltipla, testes paramétricos (correlações e comparação de médias) adequadas ao tipo de variável, com o intuito de medir a intensidade e significância da relação entre o conjunto de variáveis (sociodemográficas e domínios das escalas). Consideramos neste estudo um nível de significância de 5%.

Previamente ao teste das hipóteses, foi necessário uma análise exploratória dos dados, tendo como propósito analisar se existe uma associação entre duas variáveis categoriais ou nominais utilizando o teste do qui-quadrado (*Pearson's Chi-square*). Na interpretação dos resultados entre os grupos utilizamos em primeiro lugar o teste de *Levene* para saber a homogeneidade de variações entre os grupos. Tendo por base os resultados obtidos nesta primeira fase da análise dos dados, passamos ao processo de escolha de testes pertinentes a serem utilizados.

O teste das hipóteses foi efetuado através de vários procedimentos de estatística inferencial. As hipóteses foram levantadas através do uso de testes paramétricos, nomeadamente através do Coeficiente de Correlação de *Pearson* e o teste de diferenças *T-test* (*t* de *Student*) para amostras independentes.

A análise de variância a um fator (ANOVA) foi utilizada na comparação de médias em três ou mais grupos. A correlação de *Pearson* foi realizada para a análise de associação entre as variáveis quantitativas (dependente e independente).

Os testes foram efetuados bilateralmente considerando um nível de significância de 5%.

### 3.6 CONSIDERAÇÕES FORMAIS E ÉTICAS

Na elaboração do projeto de investigação e na sequência da revisão da literatura, foram definidos os instrumentos de avaliação das escalas “*O meu estilo de vida*” e “*IPBE-Índice Pessoal de Bem-Estar*”. Como as escalas já se encontravam adaptadas para a população portuguesa adolescente, foi solicitada autorização, por correio eletrónico, apenas aos respetivos autores portugueses (ver anexo II).

No caso da utilização da escala “*IPBE-Índice Pessoal de Bem-Estar*” o pedido foi enviado por *email* (22/2/2016) e a autorização foi concedida no dia seguinte (23/2/2016). No caso da escala “*O meu estilo de vida*” o pedido foi igualmente enviado por *email* (18/2/2016) e a autorização também foi concedida (23/2/2016).

Para a realização do presente estudo, e posterior aprovação do mesmo pelo Conselho Científico do Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa – Porto (8/3/2016), foi necessário requerer a autorização para aplicar o instrumento de recolha de dados ao Ministério da Educação - MINE (Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar), para a recolha de dados nas escolas públicas do distrito do Porto (2/7/2016), registado em 16/10/2016 e aprovado (ver anexo III). Foi solicitada também autorização à Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd) e concedida (14/10/2016) (ver anexo IV). Foi solicitado o parecer da Comissão de Ética e a autorização do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde onde se situam as escolas, Concelho de Matosinhos e foi autorizado o estudo (15/9/2016) (ver anexo V). Foram seguidas todas as instruções descritas no *site* e protocolos das Instituições, para salvaguardar todas as questões éticas e morais suscitadas por qualquer investigação aplicada ao ser humano (Fortin, 2009).

No que diz respeito às escolas, foi apresentado o pedido de autorização para a realização do estudo, tendo-se para esse efeito realizado reuniões com as direções das escolas (26/10/2016 e 10/11/2016) onde foi apresentado o estudo e o instrumento de medida. Foi entregue a carta de apresentação do estudo no âmbito do Mestrado de Enfermagem Avançada da Universidade Católica Portuguesa – Porto, o parecer da orientadora, o instrumento de recolha de dados e o formulário do pedido de consentimento informado para entregar aos pais, explicando a importância do estudo e solicitando a sua autorização. Obteve-se o consentimento das Direções das escolas (26/10/2016 e 10/11/2016) e foi efetuado, posteriormente, o contacto pessoal com professores, diretores de turma e pais/encarregados de educação em sala de reuniões e via telefone (solicitado pelos pais/encarregados de educação) para esclarecimento e reforço do estudo.

Dadas as características da amostra (menores de idade) foi fundamental para realizar este trabalho de investigação, assumir um compromisso, com responsabilidade pessoal e profissional, para assegurar impreterivelmente os direitos dos participantes envolvidos no estudo (Fortin, 2009). O instrumento foi acompanhado pela informação do estudo, termo de consentimento livre e esclarecido, para a obtenção da autorização dos mesmos assinado pelos

pais/encarregados de educação e consentimento informado dado pelos participantes inquiridos (ver anexo VI). Foi explicado aos participantes/inquiridos do estudo em que consistia a sua participação, sobre o questionário e a forma do seu preenchimento assim como a sua entrega devidamente preenchida, de maneira a participarem livremente e com pleno conhecimento de causa. Foi assegurado o esclarecimento de dúvidas e o direito de se retirar em qualquer momento do estudo apesar de terem aceite participar. Garantido e assegurado a todos os inquiridos o respeito pelo direito à intimidade, direito ao anonimato e confidencialidade, direito à justiça e equidade, direito à inexistência de riscos associados à investigação.

A recolha dos dados por questionário de autopreenchimento, junto dos alunos, decorreu no período de dezembro 2016 (Escola Secundária) com o apoio dos diretores de turma, em sala de aula, a 60 dos 115 alunos inscritos no 3º ciclo do ensino básico do sistema escolar português. Esta colheita foi realizada na Escola Básica entre março e maio de 2017, com o apoio das estudantes de Enfermagem, em sala disponibilizada pela escola, a 307 dos 573 alunos inscritos no 3º ciclo do ensino básico do sistema escolar português.

O questionário foi aplicado conforme a acessibilidade dos alunos e a todos que aceitaram participar no estudo, primeiro ao 7º ano de escolaridade e depois aos 8º e 9º anos de escolaridade, de acordo com as orientações da Direção da escola, de forma a garantir a máxima veracidade das respostas e reduzir ao máximo o enviesamento. O preenchimento dos questionários, realizou-se na presença dos colaboradores da investigação, estando estes disponíveis para esclarecimento de dúvidas ou questões. É importante salientar que durante a aplicação do instrumento, todas as informações obtidas, foram sigilosamente guardadas, sendo garantida a total confidencialidade dos dados, privacidade dos adolescentes e demais procedimentos éticos previstos para a pesquisa com seres humanos, conforme a Deliberação nº 1704/2015 da CNPD.

### **3.7 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS**

Com os dados obtidos através da aplicação dos instrumentos de medida referidos nos pontos anteriores, os dados foram inseridos numa base de dados elaborada no programa informático *Statistical Package for Social Sciences* (versão 24.0). Relativamente aos dados que caracterizam a amostra (sociodemográficos, estilo de vida *FANTÁSTICO* e Bem-Estar Pessoal), estes foram analisados através do recurso à estatística descritiva e inferencial.

## **4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS**

Aplicados os questionários, neste capítulo apresentamos os resultados do estudo, analisados através da análise estatística descritiva e inferencial. Representamos os resultados em tabelas, seguindo a ordem da apresentação das hipóteses.

### **4.1 ANÁLISE DESCRITIVA**

Neste ponto fazemos a análise dos dados recorrendo à estatística descritiva. Utilizamos médias e desvio padrão para as variáveis contínuas e a frequência absoluta e relativa para variáveis nominais.

#### **3.1.1 Caracterização sociodemográfica da amostra**

Dentro do universo dos alunos do ensino básico do Concelho de Matosinhos, selecionamos duas escolas e dentro destas os alunos do 3º ciclo do ensino básico (7º, 8º e 9º anos) do ensino regular português.

A população selecionada para o estudo foi de 688 adolescentes, sendo a amostra constituída por 367 alunos que representam 53,3 % da população total que frequenta as referidas escolas, após explicitados os aspetos formais e éticos do estudo / consentimento informado. A participação dos adolescentes não foi determinada por amostra probabilística, mas por acessibilidade (aleatória), consentimento livre e esclarecido assinado pelos pais/encarregados de educação. Foram aplicados os instrumentos de recolha de dados.

Na tabela seguinte apresentamos os dados referentes às variáveis sociodemográficas dos adolescentes (o género, a idade, o ano de escolaridade, a escola que frequenta, a residência, o agregado familiar e a prática religiosa).

Tabela 3 – Caracterização dos adolescentes da amostra (n=367)

<b>Variáveis Sociodemográficas</b>		
	<b>n=</b>	<b>%</b>
<b>Género</b>		
Masculino	158	43,1
Feminino	209	56,9
<b>Grupo etário</b>		
11 - 12 anos	74	20,2
13 anos	95	25,9
14 anos	129	<b>35,1</b>
> 15 anos	69	18,8
<b>Ano de Escolaridade</b>		
7º ano	112	30,5
8º ano	124	33,8
9º ano	131	<b>35,7</b>
<b>Escola</b>		
Escola Básica	307	<b>83,7</b>
Escola Secundária	60	16,3
<b>Agregado Familiar</b>		
Família Nuclear	230	<b>62,7</b>
Família Monoparental	62	16,9
Família Alargada	26	7,1
Família Reconstruída	37	10,1
Outra tipologia de família	12	3,3
<b>Prática Religiosa</b>		
Sim	215	<b>58,6</b>
Não	152	41,4
<b>Residência</b>		
Na área da escola	181	49,3
Fora da área da escola	186	<b>50,7</b>

Da análise da tabela, constatamos que no conjunto dos dois grupos de alunos existe um predomínio do género feminino (56,9%) sobre o género masculino (43,1%) a frequentar o 3º ciclo do ensino básico, do ensino regular português. No que diz respeito à idade, a amostra distribui-se pelo intervalo etário entre os 11 e os 18 anos, sendo que com 11-12 anos existem 20,2%; com 13 anos 25,9%; com 14 anos 35,1%; maiores que 15 anos 18,8%. Pelo cálculo das medidas de tendência central e de dispersão, verificamos que a média de idades é de 14 anos (desvio padrão de 1,198). A amostra é maioritariamente da escola básica (83,7%). Prevalece o 9º ano de escolaridade (35,7%), seguido do 8º ano (33,8%) a frequentar o ensino regular português. Relativamente à área de residência a maior parte dos alunos vive fora da freguesia onde a escola está implantada (50,7%). No que respeita ao agregado familiar, os dados foram organizados pela tipologia da família descritas em múltiplas formas de organização familiar e

diversidade inerentes à sua descrição (Carvalho A. , 2016), constatamos que a maior parte dos alunos vive com famílias nucleares (62,7%), pais e irmãos. O número de alunos que vive em família alargada (7,1%) ou outra tipologia de família (3,3%) é pouco significativo. A maioria dos alunos refere ter prática religiosa (58,6%),o que é valorizado por outros autores como fator de proteção (Silva, Giordani, & Aglio, 2017).

Os adolescentes, em estudo, foram também caracterizados pelo “estilo de vida *FANTÁSTICO*” e o “bem-estar subjetivo”.

#### 4.1.1 Estilo de Vida *FANTÁSTICO*

Quanto ao “estilo de vida *FANTÁSTICO*” e de acordo com a escala “*O meu estilo de vida*” adaptação do “*Questionário FANTÁSTICO*”, este pode ser analisado em dez domínios de bem-estar psicossocial, sendo eles: Família e Amigos, Atividade Física/Associativismo, Nutrição, Tabaco, Álcool e Outras Drogas, Sono e *Stress*, Tipo de Personalidade/ Escola, Introspeção, Comportamentos de Saúde e Sexualidade, Outros Comportamentos (Silva, Brito, & Amado, 2014).Apresentamos na tabela seguinte a distribuição da amostra segundo os resultados obtidos nos domínios da escala “*O meu estilo de vida*”, recorrendo à estatística descritiva das variáveis contínuas, utilizando a média e desvio padrão, mínimo e máximo.

Tabela 4 – Variáveis da caracterização do “estilo de vida *FANTÁSTICO*” (n=367)

Domínios da Escala	Intervalo da Escala			
	Média	DP	Mínimo	Máximo
<b>F</b> - Família e Amigos	3,57	0,75	0,00	4,00
<b>A</b> - Atividade física/Associativismo	4,35	1,43	0,00	6,00
<b>N</b> - Nutrição	3,96	1,33	0,00	6,00
<b>T</b> – Tabaco	3,60	0,80	0,00	4,00
<b>Á</b> - Álcool e Outras Drogas	9,90	2,15	2,00	12,00
<b>S</b> - Sono e <i>FANTÁSTICO</i>	4,36	1,38	0,00	6,00
<b>T</b> - Tipo de Personalidade/Escola	3,87	1,36	0,00	6,00
<b>I</b> - Introspeção	4,37	1,44	0,00	6,00
<b>C</b> - Comportamentos de Saúde e Sexualidade	3,93	1,27	0,00	6,00
<b>O</b> - Outros Comportamentos	3,57	0,74	0,00	4,00

Da observação da tabela, ao analisarmos cada domínio e considerarmos a proporção relativamente à pontuação mínima e máxima possível para cada domínio, verificamos que as classificações médias da amostra relativamente ao “estilo de vida *FANTÁSTICO*” são os domínios: Tabaco (M=3,60; DP=0,80), Família e Amigos (M=3,57;DP=0,75) e Outros Comportamentos (M=3,57;DP=0,74) com uma pontuação mínima 0 e máxima 4; Álcool e Outras Drogas (M=9,90;DP=2,15) com uma pontuação mínima 0 e máxima 12; Introspeção

(M=4,37;DP=1,44), Sono e *Strss* (M=4,36; DP=1,38), Atividade física/Associativismo (M=4,35;DP=1,43), Comportamentos de Saúde e Sexualidade (M=3,93;DP=1,27), Tipo de Personalidade/Escola (M=3,87;DP=1,36), Nutrição (M=3,96;DP=1,33) com uma pontuação mínima 0 e máxima 6, respetivamente.

Concluimos que são os domínios Tabaco, Família e Amigos e Outros Comportamentos em que as classificações médias expressam maior valor em relação ao estilo de vida saudável, neste estudo.

No sentido de conhecermos os níveis de classificação de comportamento (classificação total) do estilo de vida dos adolescentes, obtido através da escala “*O meu estilo de vida*”, calculamos a frequência nos diferentes domínios, conforme se apresenta na tabela seguinte.

Tabela 5 - Níveis de classificação do Estilo de vida *FANTÁSTICO* dos adolescentes (n=367)

<b>Estilo de vida <i>FANTÁSTICO</i></b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Necessita melhorar (0-46)	4	1,1
Regular (47-72)	34	9,3
Bom (73-84)	66	18,0
Muito Bom (85-102)	187	51,0
Excelente (103-120)	76	20,7
Total	367	100,0

Relativamente aos níveis de classificação do “estilo de vida *FANTÁSTICO*”, neste estudo concluímos que os alunos consideram, na sua maioria ter um estilo de vida Muito bom (51%), seguido do Excelente (20,7%) e Bom (17,7%) e apenas 9,3% refere ter um estilo de vida Regular. É de referir que quatro alunos (1,1%) apesar de um valor muito baixo, referem ter um estilo de vida que necessitam de melhorar (pontuação inferior a 46 pontos) o que traduz a existência de um estilo de vida que apresenta muitos fatores de risco para a saúde e sabemos que estes comportamentos trazem consequências a curto, médio e longo prazo em vários contextos da vida, familiar e escolar (Silva, Brito, & Amado, 2014).

Consideramos, neste estudo, que o nível de classificação “necessita melhorar “ na variável “estilo de vida *FANTÁSTICO*” apresentava um valor pouco significativo (1,1%) e transformamos os níveis de classificação agrupando-os em apenas quatro níveis de classificação, observáveis na tabela seguinte.

Tabela 6 - Redistribuição dos níveis de classificação de comportamento (classificação total) da escala “O meu estilo de Vida “ dos alunos da amostra (n=367)

<b>Estilo de vida FANTÁSTICO</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Necessita melhorar e Regular (0-72)	38	10,4
Bom (73-84)	66	18,0
Muito Bom (85-102)	187	51,0
Excelente (103-120)	76	20,7
<b>Total</b>	<b>367</b>	<b>100,0</b>

No que se reporta à nossa amostra, cerca de 89,7% dos adolescentes referem apresentar um estilo de vida Bom, Muito Bom e Excelente nos resultados deste estudo, o que está de acordo com os resultados do estudo HBSC/Aventura Social (2014) que mais de 85% dos adolescentes referem ter estilos de vida aceitáveis e adequados (Matos, Margarida Gaspar de; Simões, Celeste; Camacho, Inês; Reis, Marta; Social, Equipa Aventura, 2014).

#### 4.1.2 Bem-Estar Pessoal (Subjetivo)

Para avaliarmos a percepção que os adolescentes têm do seu bem-estar pessoal (subjetivo) utilizamos a Escala “IPBE - Índice Pessoal de Bem-Estar”, composta por oito questões as quais permitem a mensuração do grau de satisfação com a vida dos adolescentes em relação a fatores que contribuem para o bem-estar geral: satisfação com a vida em geral; padrão de vida; saúde pessoal; realização em vida; relações pessoais; segurança pessoal; sentimento parte da comunidade; segurança futura. Calculamos, a média e o desvio padrão através da pontuação total, nas diferentes dimensões, conforme se apresenta na tabela seguinte.

Tabela 7 – Dimensões da Escala “ IPBE - Índice Pessoal de Bem-Estar” (n=363)

<b>Dimensões da Escala IPBE</b>	<b>Média (M)</b>	<b>Desvio Padrão (DP)</b>
1. Satisfação com a vida em geral	7,94	2,13
2. Padrão de vida	8,51	1,83
3. Saúde pessoal	8,62	2,02
4. Realização em vida	7,99	1,88
5. Relações pessoais	8,50	1,89
6. Segurança pessoal	8,78	1,63
7. Sentimento parte da comunidade	8,80	1,78
8. Segurança Futuro	8,01	1,90

Através dos resultados apresentados e da análise da média (desvio padrão) das dimensões, constatamos que, em todas as componentes, os adolescentes consideraram estar

“contentes” com a sua vida em geral (M= 7,94; DP=2,13), com as coisas que tem (dinheiro e pertences pessoais) – “Padrão de vida” (M=8,51;DP=1,83),com a sua “Saúde pessoal” (M=8,62; DP=2,02), com os objetivos alcançados – “Realização em vida” (M=7,99; DP=1,88), com as pessoas que conhece – “Relações pessoais” (M=8,50;DP=1,89),com o nível de segurança que sentem – “Segurança pessoal” (M=8,78;DP=1,63), com os grupos de que fazem parte - “Sentimento parte da comunidade” (M=8,80; DP=1,78), com a segurança em relação ao futuro – “Segurança futuro” (M=8,01; DP=1,90).

Submetemos a escala a uma análise fatorial sobre a matriz das correlações dos itens com extração de fatores pelo método das componentes principais, seguida de rotação *Varimax* com o objetivo de perceber como se agrupam ou associam os fatores comuns. Os oito itens reunidos num fator, explicam 44% da variância total da escala, relativo à dimensão percebida “ Satisfação com a vida em geral”, apresentada na tabela seguinte.

Tabela 8 - Resultados do método de extração das componentes principais da escala IPBE

<b>Componentes</b>			
	Total	Variância %	Matriz
1. Satisfação com a vida em geral	3,522	<b>44,03</b>	0,803
2. Padrão de vida	0,884	11,05	0,648
3. Saúde pessoal	0,800	10,00	0,635
4. Realização em vida	0,774	9,67	0,697
5. Relações pessoais	0,625	7,81	0,697
6. Segurança pessoal	0,562	7,03	0,580
7. Sentimento parte da comunidade	0,463	5,78	0,556
8. Segurança Futuro	0,370	4,62	0,661

Método de extração da principal componente da escala = 44,03

Test Kaiser- Meyer- Olkin (KMO) = 0, 859

Teste da Esfericidade de Bartlett's = 772,60; gl = 28; p= 0,000

Da análise da tabela verificamos que o fator retido foi aquele que apresentou uma variância próxima dos 50% (variância=44,03) das componentes principais, nos testes de avaliação das propriedades psicométricas da escala “*IPBE- Índice Pessoal de Bem-Estar*”. Determinamos que, dados os resultados destes testes, as correlações seguintes vão ser feitas a partir desta componente (pontuação total da escala) de acordo com os resultados dos estudos que utilizaram a escala com adolescentes (Dias & Bastos, 2013) (Tomy, Tamir, Stokes, & Dias, 2015); (Costa, 2015).

## 4.2 ANALISE INFERENCIAL

Após a caracterização da amostra e das variáveis em análise, fomos testar as hipóteses de investigação anteriormente formuladas. Os testes das hipóteses permitem fazermos inferências sobre os parâmetros da amostra, rejeitando ou não a hipótese levantada sobre esses parâmetros.

### 4.2.1 Relação entre Estilo de Vida *FANTÁSTICO* e as variáveis sociodemográficas

Da aplicação da escala "O meu estilo de vida" referente à percepção que os adolescentes têm do seu estilo de vida, observamos na tabela seguinte, os resultados alusivos à globalidade das suas dimensões. No que concerne às características sociodemográficas e tendo por base a:

**Hipótese 1** – As características sociodemográficas (género, idade, ano de escolaridade, escola de ensino que frequenta, local de residência, agregado familiar, a prática da religião) influenciam o Estilo de Vida dos adolescentes

Para testar a hipótese 1 constituímos dois grupos de análise para cada variável, respetivamente: masculino e feminino; escola básica e secundária; família nuclear e outro tipo de família; prática e não prática religião; na área da escola e fora da área da escola e realizamos o teste de qui-quadrado, explorando a relação entre as variáveis categóricas. Usamos, ainda testes de associação nas variáveis contínuas e o t-test de Student na comparação das médias entre dois grupos com amostras independentes. Estudamos os resultados obtidos, bem como os seus níveis de significado, tal como é visível na tabela seguinte.

Tabela 9 - Classificação do estilo de vida *Fantástico* e as variáveis sociodemográficas (género, escola, agregado familiar, prática de religião, residência) (n=367)

Variáveis	Classificação do Estilo de vida <i>FANTÁSTICO</i>								Inferência Estatística
	Necessita Melhorar e Regular (0-72)		Bom (73-84)		Muito Bom (85-102)		Excelente (103-120)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Género</b>									
Masculino	11	7,0	28	17,2	85	53,8	34	21,5	0,305
Feminino	27	12,9	38	18,2	102	48,8	42	20,1	
<b>Escola</b>									
Escola Básica	34	11,1	62	20,2	146	47,6	65	21,2	0,015
Escola Secundária	4	6,7	4	6,7	41	68,3	11	18,3	
<b>Agregado Familiar</b>									
Família Nuclear	18	7,8	41	17,8	115	50,0	56	24,3	0,049
Outros tipos de família	20	14,6	25	18,2	72	52,6	20	14,6	
<b>Prática Religiosa</b>									
Sim	23	10,7	32	14,9	105	48,8	55	25,0	0,026
Não	15	9,9	34	22,4	82	53,9	21	13,8	
<b>Residência</b>									
Na área da escola	15	8,3	32	17,7	94	51,9	40	22,1	0,595
Fora da área da escola	23	12,4	34	18,3	93	50,0	36	19,4	

A leitura dos resultados revela que em relação aos níveis de classificação do estilo de vida *FANTÁSTICO* percebido pelos adolescentes da amostra, em função do género, apesar das ligeiras diferenças entre rapazes e raparigas, os testes psicométricos não revelam significados estatísticos. Existem diferenças significativas na escola que frequentam, beneficiando a escola secundária, a maioria dos alunos (86,6%) refere ter um estilo de vida Muito Bom e Excelente, assim como os adolescentes que praticam religião (73,8%) e provêm de famílias nucleares (74,3%). Os resultados expostos mostram existir uma associação estatisticamente significativa, entre as variáveis: “escola secundária” (p= 0,015); “prática de religião” (p= 0,026); “família” (p=0,049). Estes resultados não querem dizer que todos os adolescentes envolvidos em atividades religiosas, provenientes da escola secundária e de famílias nucleares, têm melhor saúde do que os não envolvidos. Diz apenas que em média a prática da religião, a escola secundária e a família nuclear, estão associados a comportamentos saudáveis e a níveis mais elevados de bem-estar, o que está de acordo com os estudos citados in (Silva, Giordani, & Aglio, 2017).

Para a análise da associação dos dois grupos, consoante as variáveis idade e o ano de escolaridade, aplicamos o teste ANOVA a um fator e apresentamos os resultados conforme a tabela seguinte.

Tabela 10 - Classificação do estilo de vida *Fantástico* e as características sociodemográficas (idade e ano de escolaridade) (n=367)

Variáveis	Classificação do Estilo de Vida <i>FANTÁSTICO</i>								Inferência Estatística	
	Necessita Melhorar e Regular (0-72)		Bom (73-84)		Muito Bom (85-102)		Excelente (103-120)			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
<b>Grupo etário</b>										
G1 -11/12 anos	7	9,5	6	8,1	43	58,1	18	24,3		
G2 -13 anos	6	6,3	15	15,8	46	48,4	28	29,5	<b>0,031</b>	
G3 -14 anos	15	11,7	27	21,1	64	50,0	22	17,2		
G4 >15 anos	10	14,5	17	24,6	34	49,3	8	11,6		
<b>Ano de Escolaridade</b>										
7º ano	10	8,9	11	9,8	63	56,3	28	25,0		
8º ano	13	10,5	26	21,0	59	47,6	26	21,0	0,157	
9º ano	15	11,5	29	22,1	65	49,6	22	16,8		

Pela leitura dos resultados apresentados, notamos e é pertinente a associação, estatisticamente significativa, entre a idade dos quatro grupos formados e a classificação do “estilo de vida *FANTÁSTICO*” beneficiando os adolescentes mais novos (82,1%) em relação aos mais velhos (60,9%), com associação estatisticamente significativa ( $p=0,031$ ). Na variável ano de escolaridade não foi detetada relação estatisticamente significativa.

De modo a identificar os domínios que poderiam estar mais vulneráveis e que pudessem merecer uma atenção e assim poder planear intervenções relacionadas com a promoção de estilos de vida saudáveis, como fatores positivos de saúde na tomada de decisão em contexto escolar, decidimos explorar e avaliar cada domínio do “estilo de vida *FANTÁSTICO*” e as variáveis sociodemográficas como se apresenta nas tabelas seguintes.

### **Família e Amigos e variáveis (género, escola, agregado familiar, residência e prática de religião)**

Comparando o domínio “*Família e Amigos*” com as variáveis (género, escola, agregado familiar, residência e prática da religião) verificamos que há diferenças ligeiras entre rapazes ( $M=3,52$ ;  $DP=0,77$ ) e raparigas ( $M=3,60$ ;  $DP=0,73$ ); a escola básica ( $M=3,53$ ;  $DP=0,78$ ) e secundária ( $M=3,77$ ;  $DP=0,56$ ); a família nuclear ( $M=3,63$ ;  $DP=0,73$ ) e outros tipos de família ( $M=3,47$ ;  $DP=0,78$ ); pratica religião ( $M=3,57$ ;  $DP=0,78$ ) e não pratica religião; ( $M=3,57$ ;  $DP=0,72$ ); na área da escola ( $M=3,56$ ;  $DP=0,76$ ) e fora da área da escola ( $M=3,58$ ;  $DP=0,75$ ). Quisemos saber se essas diferenças têm significado estatístico. Utilizamos o teste *t* de Student

para estudar a relação entre essas variáveis. Apresentamos o resultado do estudo na tabela seguinte.

Tabela 11 - Relação entre as variáveis (género, escola, agregado familiar, prática religiosa e residência) e Família e Amigos (n=367)

<b>Família e Amigos</b>						
	<b>n</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>t</b>	<b>gl</b>	<b>p</b>
<b>Género</b>						
Masculino	158	3,52	0,77	1,060	365	0,290
Feminino	209	3,60	0,73			
<b>Escola</b>						
Escola Básica	307	3,53	0,78	-2,806	108	<b>0,006</b>
Escola Secundária	60	3,77	0,56			
<b>Agregado Familiar</b>						
Família Nuclear	230	3,63	0,73	1,970	365	<b>0,050</b>
Outros tipos de família	137	3,47	0,78			
<b>Prática Religiosa</b>						
Sim	215	3,57	0,78	-0,021	365	0,983
Não	152	3,57	0,72			
<b>Residência</b>						
Na área da escola	181	3,56	0,76	-0,220	365	0,826
Fora da área da escola	186	3,58	0,75			

Como podemos verificar na tabela, existe diferença estatisticamente significativa relativamente à escola ( $t=-2,806$ ,  $p=0,006$ ), beneficiando os alunos da escola secundária e com algum valor significativo a família nuclear ( $t=1,970$ ,  $p=0,050$ ).

#### **Família e Amigos e variáveis (idade e ano de escolaridade)**

Comparando a idade e o ano de escolaridade com o domínio “*Família e Amigos*”, constatamos que existem diferenças entre os mais novos ( $M= 3,81$ ;  $DP=0,54$ ) e os mais velhos ( $M= 3,35$ ;  $DP=0,87$ ); os alunos que frequentam o 7º ano de escolaridade ( $M=3,72$ ;  $DP=0,67$ ) e os alunos que frequentam o 9º ano de escolaridade ( $M=3,47$ ;  $DP=0,84$ ). Utilizamos o teste ANOVA a um fator para comparar as médias entre essas variáveis, tal como podemos verificar na tabela seguinte.

Tabela 12 – Relação entre as variáveis (idade e ano de escolaridade) em função da Família e Amigos (n=367).

<b>Família e Amigos</b>					
	<b>n</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Grupo Etário</b>					
G1 -11/12 anos	74	3,81	0,54		
G2 -13 anos	95	3,63	0,73		
G3 -14 anos	129	3,50	0,76	5,369	<b>0,001</b>
G4 >15 anos	69	3,35	0,87		
<b>Ano de Escolaridade</b>					
7º ano	112	3,72	0,67		
8º ano	124	3,52	0,70	3,704	<b>0,026</b>
9º ano	131	3,47	0,84		

Da análise de variância entre a idade dos adolescentes e o domínio “*Família e Amigos*”, existe uma diferença significativa favorável aos adolescentes com idades compreendidas entre os 11-12 anos e os mais velhos, maiores de 15 anos ( $F=5,369$ ;  $p= 0,001$ ). Os alunos mais novos referem estar melhor com a “*Família e os Amigos*” que os alunos mais velhos. Em relação à escolaridade existe uma diferença estatística, sendo também favorável aos alunos que frequentam o 7ºano de escolaridade e os alunos que frequentam o 9ºano de escolaridade ( $F=3,704$ ;  $p=0,026$ ). Os alunos do 7ºano de escolaridade referem estar melhor que os alunos do 9º ano em relação à “*Família e Amigos*”.

#### **Atividade física/Associativismo e variáveis (género, escola, agregado familiar, residência e prática da religião)**

Comparando o domínio “*Atividade Física/Associativismo*” com as variáveis (género, escola, agregado familiar, residência e prática de religião) verificamos que há diferenças ligeiras entre rapazes ( $M=4,50$ ;  $DP=1,38$ ) e raparigas ( $M=4,24$ ;  $DP=1,47$ ); a escola básica ( $M=4,31$ ;  $DP=1,47$ ) e secundária ( $M=4,58$ ;  $DP=1,21$ ); a família nuclear ( $M=4,52$ ;  $DP=1,37$ ) e outros tipos de família ( $M=4,07$ ;  $DP=1,50$ ); pratica religião ( $M=4,44$ ;  $DP=1,35$ ) e não pratica religião; ( $M=4,22$ ;  $DP=1,55$ ); na área da escola ( $M=4,36$ ;  $DP=1,37$ ) e fora da área da escola ( $M=4,34$ ;  $DP=1,50$ ). Quisemos saber se essas diferenças têm significado estatístico. Utilizamos o teste *t* de *Student* para estudar a relação entre essas variáveis. Apresentamos o resultado do estudo na tabela seguinte.

Tabela 13 – Relação entre as variáveis (gênero, escola, agregado familiar, prática religiosa e residência) em função da Atividade Física/Associativismo (n=367).

<b>Atividade Física/Associativismo</b>						
	<b>n</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>t</b>	<b>gl</b>	<b>p</b>
<b>Gênero</b>						
Masculino	158	4,50	1,38	-1,726	365	0,085
Feminino	209	4,24	1,47			
<b>Escola</b>						
Escola Básica	307	4,31	1,47	-1,561	96	0,122
Escola Secundária	60	4,58	1,21			
<b>Agregado Familiar</b>						
Família Nuclear	230	4,52	1,37	2,829	265	<b>0,005</b>
Outros tipos de família	137	4,07	1,50			
<b>Prática Religiosa</b>						
Sim	215	4,44	1,35	-1,435	365	0,152
Não	152	4,22	1,55			
<b>Residência</b>						
Na área da escola	181	4,36	1,37	0,173	365	0,863
Fora da área da escola	186	4,34	1,50			

Como podemos verificar na tabela, existe uma diferença significativa nesta amostra ( $t=2,829$ ,  $p=0,005$ ), beneficiando a família nuclear em relação aos outros tipos de família.

#### **Atividade física/Associativismo e variáveis (idade e ano de escolaridade)**

Comparando a idade e o ano de escolaridade com o domínio “*Atividade Física/Associativismo*”, constatamos que existem diferenças entre os mais novos ( $M=4,51$ ;  $DP=1,56$ ) e os mais velhos ( $M=4,01$ ;  $DP=1,50$ ); os alunos que frequentam o 7º ano de escolaridade ( $M=4,53$ ;  $DP=1,45$ ) e os alunos que frequentam o 9º ano de escolaridade ( $M=4,27$ ;  $DP=1,49$ ). Aplicamos o teste ANOVA a um fator para comparar as médias entre essas variáveis, tal como podemos verificar na tabela seguinte.

Tabela 14 – Relação entre as variáveis (idade e ano de escolaridade) em função da Atividade Física/Associativismo (n=367).

<b>Atividade Física/Associativismo</b>					
	<b>n</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Grupo Etário</b>					
G1 -11/12 anos	74	4,51	1,56	1,782	0,150
G2 -13 anos	95	4,46	1,27		
G3 -14 anos	129	4,36	1,44		
G4 >15 anos	69	4,01	1,50		
<b>Ano de Escolaridade</b>					
7º ano	112	4,53	1,45	1,204	0,301
8º ano	124	4,28	1,36		
9º ano	131	4,27	1,49		

Da análise de variância entre a idade dos adolescentes e o domínio “*Atividade Física/Associativismo*”, não se verificou diferença significativa entre os adolescentes de diferentes idades ( $F=1,782$ ;  $p=0,150$ ).

### **Nutrição e variáveis (gênero, escola, agregado familiar, residência e prática de religião)**

Comparando o domínio “*Nutrição*” com as variáveis (gênero, escola, agregado familiar, residência e prática de religião) verificamos que há diferenças ligeiras entre rapazes ( $M=4,09$ ;  $DP=1,31$ ) e raparigas ( $M=3,87$ ;  $DP=1,34$ ); a escola básica ( $M=3,93$ ;  $DP=1,35$ ) e secundária ( $M=4,12$ ;  $DP=1,25$ ); a família nuclear ( $M=4,02$ ;  $DP=1,29$ ) e outros tipos de família ( $M=3,87$ ;  $DP=1,40$ ); pratica religião ( $M=3,98$ ;  $DP=1,32$ ) e não pratica religião; ( $M=3,94$ ;  $DP=1,34$ ); na área da escola ( $M=4,09$ ;  $DP=1,32$ ) e fora da área da escola ( $M=3,83$ ;  $DP=1,33$ ). Quisemos saber se essas diferenças têm significado estatístico. Utilizamos o teste *t* de *Student* para estudar a relação entre essas variáveis. Apresentamos o resultado do estudo na tabela seguinte.

Tabela 15 – Relação entre as variáveis (gênero, escola, agregado familiar, prática religiosa e residência) em função da Nutrição (n=367)

<b>Nutrição</b>	<b>n</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>t</b>	<b>gl</b>	<b>p</b>
<b>Gênero</b>						
Masculino	158	4,09	1,31	-1,591	365	0,113
Feminino	209	3,87	1,34			
<b>Escola</b>						
Escola Básica	307	3,93	1,35	-0,986	365	0,325
Escola Secundária	60	4,12	1,25			
<b>Agregado Familiar</b>						
Família Nuclear	230	4,02	1,29	1,014	266	0,312
Outros tipos de família	137	3,87	1,40			
<b>Prática Religiosa</b>						
Sim	215	3,98	1,32	-0,255	365	0,799
Não	152	3,94	1,34			
<b>Residência</b>						
Na área da escola	181	4,09	1,32	1,883	365	0,060
Fora da área da escola	186	3,83	1,33			

Como podemos observar na tabela, não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhuma variável sociodemográfica.

### Nutrição e variáveis (idade e ano de escolaridade)

Comparando a idade e o ano de escolaridade com o domínio “*Nutrição*”, constatamos que existem diferenças entre os mais novos (M=4,01; DP=1,38) e os mais velhos (M=3,97; DP=1,31); os alunos que frequentam o 7º ano de escolaridade (M=4,12; DP=1,31) e os alunos que frequentam o 9º ano de escolaridade (M=3,89; DP=1,35). Utilizamos um teste ANOVA a um fator para comparar as médias entre essas variáveis, tal como podemos verificar na tabela seguinte.

Tabela 16 – Relação entre as variáveis (idade e ano de escolaridade) em função da Nutrição (n=367)

Nutrição	n	M	DP	F	p
<b>Grupo Etário</b>					
G1 -11/12 anos	74	4,01	1,38		
G2 -13 anos	95	4,23	1,20	2,699	0,046
G3 -14 anos	129	3,73	1,37		
G4 >15 anos	69	3,97	1,31		
<b>Ano de Escolaridade</b>					
7º ano	112	4,12	1,31		
8º ano	124	3,90	1,32	10,90	0,337
9º ano	131	3,89	1,35		

Da análise de variância entre a idade dos adolescentes e o domínio “*Nutrição*”, existe uma diferença significativa entre os adolescentes com idades diferentes (F=2,699; p=0,046), os grupos dos mais novos, com idades compreendidas entre os 11 anos e os 13 anos, em relação aos mais velhos, com idades superiores a 14 anos. Não existe diferença estatística relativamente ao ano de escolaridade.

### Tabaco e variáveis (género, escola, agregado familiar, residência e prática da religião)

Comparando o domínio “*Tabaco*” com as variáveis (género, escola, agregado familiar, residência e prática da religião) verificamos que há diferenças ligeiras entre rapazes (M=3,56; DP=0,83) e raparigas (M=3,63; DP=0,78); a escola básica (M=3,67; DP=0,74) e secundária (M=3,22; DP=0,98); a família nuclear (M=3,60; DP=0,80) e outros tipos de família (M=3,60; DP=0,82); pratica religião (M=3,63; DP=0,79) e não pratica religião; (M=3,56; DP=0,82); na área da escola (M=3,51; DP=0,85) e fora da área da escola (M=3,69; DP=0,74). Quisemos saber se essas diferenças têm significado estatístico. Utilizamos o teste *t* de *Student* para estudar a relação entre essas variáveis. Apresentamos o resultado do estudo na tabela seguinte.

Tabela 17 – Relação entre as variáveis (género, escola, agregado familiar, prática da religião e residência) em função da Tabaco (n=367)

<b>Tabaco</b>						
	<b>n</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>t</b>	<b>gl</b>	<b>p</b>
<b>Género</b>						
Masculino	158	3,56	0,83	0,750	365	0,454
Feminino	209	3,63	0,78			
<b>Escola</b>						
Escola Básica	307	3,67	0,74	3,442	73	<b>0,001</b>
Escola Secundária	60	3,22	0,98			
<b>Agregado Familiar</b>						
Família Nuclear	230	3,60	0,80	0,017	365	0,987
Outros tipos de família	137	3,60	0,82			
<b>Prática Religiosa</b>						
Sim	215	3,63	0,79	-0,807	365	0,420
Não	152	3,56	0,82			
<b>Residência</b>						
Na área da escola	181	3,51	0,85	-2,152	355	<b>0,032</b>
Fora da área da escola	186	3,69	0,74			

Como podemos verificar na tabela, existe uma diferença significativa nesta amostra relativamente à escola que frequentam ( $t=3,442$ ,  $p=0,001$ ), beneficiando os alunos da escola secundária. Assim como, em relação à residência na área ou fora da área da escola ( $t=-2,152$ ,  $p=0,032$ ), beneficiando os que residem na área da escola, efeito que pode ser protetor ao comportamento e atitude de não fumar.

#### **Tabaco e variáveis (idade e ano de escolaridade)**

Comparando a idade e o ano de escolaridade com o domínio “*Tabaco*”, constatamos que existem diferenças entre os mais novos ( $M=3,39$ ;  $DP=0,90$ ) e os mais velhos ( $M=3,36$ ;  $DP=0,99$ ); os alunos que frequentam o 7º ano de escolaridade ( $M=3,49$ ;  $DP=0,84$ ) e os alunos que frequentam o 9º ano de escolaridade ( $M=3,63$ ;  $DP=0,79$ ). Aplicamos um teste ANOVA a um fator para comparar as médias entre essas variáveis, tal como podemos verificar na tabela seguinte.

Tabela 18 – Relação entre as variáveis (idade e ano de escolaridade) em função do Tabaco (n=367)

<b>Tabaco</b>					
	<b>n</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Grupo Etário</b>					
G1 -11/12 anos	74	3,39	0,90		
G2 -13 anos	95	3,83	0,52	6,999	<b>0,000</b>
G3 -14 anos	129	3,67	0,75		
G4 >15 anos	69	3,36	0,99		
<b>Ano de Escolaridade</b>					
7º ano	112	3,49	0,84		
8º ano	124	3,67	0,78	1,565	0,210
9º ano	131	3,63	0,79		

Da análise de variância entre a idade dos adolescentes e o domínio “*Tabaco*”, verificamos que existem diferenças, estatisticamente significativas entre os adolescentes de diferentes idades ( $F=6,999$ ;  $p=0,000$ ) e os alunos que frequentam os diferentes anos de escolaridade ( $F=1,565$ ;  $p=0,210$ ), a favor dos alunos mais novos, o que pode traduzir um comportamento saudável apenas destes adolescentes.

#### **Álcool e Outras Drogas e variáveis (género, escola, agregado familiar, residência e prática da religião)**

Comparando o domínio “*Álcool e Outras Drogas*” com as variáveis (género, escola, agregado familiar, residência e prática da religião) verificamos que há diferenças ligeiras entre rapazes ( $M=9,97$ ;  $DP=2,21$ ) e raparigas ( $M=9,86$ ;  $DP=2,11$ ); a escola básica ( $M=9,90$ ;  $DP=2,16$ ) e secundária ( $M=9,95$ ;  $DP=2,14$ ); a família nuclear ( $M=9,94$ ;  $DP=2,12$ ) e outros tipos de família ( $M=9,85$ ;  $DP=2,21$ ); pratica religião ( $M=10,01$ ;  $DP=2,15$ ) e não pratica religião; ( $M=9,76$ ;  $DP=2,17$ ); na área da escola ( $M=9,93$ ;  $DP=2,24$ ) e fora da área da escola ( $M=9,88$ ;  $DP=2,88$ ). Quisemos saber se essas diferenças têm significado estatístico. Utilizamos o teste *t* de *Student* para estudar a relação entre essas variáveis. Apresentamos o resultado do estudo na tabela seguinte.

Tabela 19 – Relação entre as variáveis (gênero, escola, agregado familiar, prática religiosa e residência) em função do Álcool e Outras Drogas (n=367)

<b>Álcool e Outras Drogas</b>						
	<b>n</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>t</b>	<b>gl</b>	<b>p</b>
<b>Gênero</b>						
Masculino	158	9,97	2,21	-0,492	365	0,623
Feminino	209	9,86	2,11			
<b>Escola</b>						
Escola Básica	307	9,90	2,16	-0,178	365	0,859
Escola Secundária	60	9,95	2,14			
<b>Agregado Familiar</b>						
Família Nuclear	230	9,94	2,12	-0,393	277	0,694
Outros tipos de família	137	9,85	2,21			
<b>Prática Religiosa</b>						
Sim	215	10,01	2,15	-1,058	365	0,291
Não	152	9,76	2,17			
<b>Residência</b>						
Na área da escola	181	9,93	2,24	0,206	365	0,837
Fora da área da escola	186	9,88	2,88			

Como podemos verificar na tabela, não existem diferenças estatisticamente significativas nas variáveis sociodemográficas.

### **Álcool e Outras Drogas e variáveis (idade e ano de escolaridade)**

Comparando a idade e o ano de escolaridade com o domínio “*Álcool e Outras Drogas*”, constatamos que existem diferenças entre os mais novos (M=9,82; DP=2,47) e os mais velhos (M=4,54; DP=2,21); os alunos que frequentam o 7ºano de escolaridade (M=9,74; DP=2,56) e os alunos que frequentam o 9º ano de escolaridade (M=10,10; DP=1,90). Utilizamos um teste ANOVA a um fator para comparar as médias entre essas variáveis, tal como podemos verificar na tabela seguinte.

Tabela 20 – Relação entre as variáveis (idade e ano de escolaridade) em função do Álcool e Outras Drogas (n=367)

<b>Álcool e Outras Drogas</b>					
	<b>n</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Grupo Etário</b>					
G1 -11/12 anos	74	9,82	2,47	1,136	0,334
G2 -13 anos	95	9,95	2,23		
G3 -14 anos	129	10,12	1,85		
G4 >15 anos	69	9,54	2,21		
<b>Ano de Escolaridade</b>					
7º ano	112	9,74	2,56	0,902	0,407
8º ano	124	9,85	2,01		
9º ano	131	10,10	1,90		

Da análise de variância entre a idade dos adolescentes e o domínio “*Álcool e Outras Drogas*”, não existem diferenças significativas relativamente à idade dos adolescentes e ano de escolaridade, neste estudo.

### **Sono e *Stress* e variáveis (género, escola, agregado familiar, residência e prática da religião)**

Comparando o domínio “*Sono e Stress*” com as variáveis (género, escola, agregado familiar, residência e prática da religião) verificamos que há diferenças ligeiras entre rapazes (M=4,60; DP=1,24) e raparigas (M=4,18; DP=1,46); a escola básica (M=4,30; DP=1,40) e secundária (M=4,67; DP=1,24); a família nuclear (M=4,45; DP=1,35) e outros tipos de família (M=4,22; DP=1,42); pratica religião (M=4,43; DP=1,36) e não pratica religião; (M=4,27; DP=1,41); na área da escola (M=4,44; DP=1,24) e fora da área da escola (M=4,29; DP=1,51). Quisemos saber se essas diferenças têm significado estatístico. Utilizamos o teste *t* de *Student* para estudar a relação entre essas variáveis. Apresentamos o resultado do estudo na tabela seguinte.

Tabela 21 – Relação entre as variáveis (género, escola, agregado familiar, prática religiosa e residência) em função do Sono e *Stress* (n=367)

<b>Sono e <i>Stress</i></b>						
	<b>n</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>t</b>	<b>gl</b>	<b>p</b>
<b>Género</b>						
Masculino	158	4,60	1,24			
Feminino	209	4,18	1,46	-2,909	365	<b>0,004</b>
<b>Escola</b>						
Escola Básica	307	4,30	1,40			
Escola Secundária	60	4,67	1,24	-1,871	365	0,062
<b>Agregado Familiar</b>						
Família Nuclear	230	4,45	1,35			
Outros tipos de família	137	4,22	1,42	1,537	365	0,125
<b>Prática Religiosa</b>						
Sim	215	4,43	1,36			
Não	152	4,27	1,41	-1,074	318	0,284
<b>Residência</b>						
Na área da escola	181	4,44	1,24			
Fora da área da escola	186	4,29	1,51	1,016	354	0,310

Como podemos verificar na tabela, existe uma diferença estatisticamente significativa entre os rapazes e as raparigas ( $t=-2,909$ ;  $p=0,004$ ), beneficiando os rapazes no domínio “*Sono e Stress*”.

### Sono e Stress e variáveis (idade e ano de escolaridade)

Comparando a idade e o ano de escolaridade com o domínio “Sono e Stress”, constatamos que existem diferenças entre os mais novos (M=4,81; DP=1,19) e os mais velhos (M=4,19; DP=1,29); os alunos que frequentam o 7º ano de escolaridade (M=4,75; DP=1,33) e os alunos que frequentam o 9º ano de escolaridade (M=4,14; DP=1,40). Utilizamos um teste ANOVA a um fator para comparar as médias entre essas variáveis, tal como podemos verificar na tabela seguinte.

Tabela 22 – Relação entre as variáveis (idade e ano de escolaridade) em função do Sono e Stress (n=367)

<b>Sono e Stress</b>					
	<b>n</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Grupo Etário</b>					
G1 -11/12 anos	74	4,81	1,19		
G2 -13 anos	95	4,39	1,48	3,824	<b>0,010</b>
G3 -14 anos	129	4,18	1,42		
G4 >15 anos	69	4,19	1,29		
<b>Ano de Escolaridade</b>					
7º ano	112	4,75	1,33		
8º ano	124	4,24	1,34	6,701	<b>0,001</b>
9º ano	131	4,14	1,40		

Da análise de variância entre a idade dos adolescentes e o domínio “Sono e Stress”, existe diferença estatisticamente significativa entre os adolescentes com diferentes idades (F=3,824; p=0,010), existe uma diferença significativa relativa ao ano de escolaridade (F=6,701; p=0,001), sendo mais favorável aos adolescentes que frequentam o 7º ano de escolaridade e que têm idades compreendidas entre os 11 e 13 anos.

### Tipo de Personalidade/Escola e variáveis (género, escola, agregado familiar, residência e prática da religião)

Comparando o domínio “Tipo de Personalidade/Escola” com as variáveis (género, escola, agregado familiar, residência e prática da religião) verificamos que há diferenças ligeiras entre rapazes (M=3,96; DP=1,32) e raparigas (M=3,80; DP=1,39); a escola básica (M=3,78; DP=1,36) e secundária (M=4,37; DP=1,25); a família nuclear (M=3,97; DP=1,35) e outros tipos de família (M=3,72; DP=1,37); pratica religião (M=3,89; DP=1,38) e não pratica religião; (M=3,84; DP=1,33); na área da escola (M=3,98; DP=1,35) e fora da área da escola (M=3,77; DP=1,36). Quisemos saber se essas diferenças têm significado estatístico. Utilizamos o teste *t* de Student para estudar a relação entre essas variáveis. Apresentamos o resultado do estudo na tabela seguinte.

Tabela 23 – Relação entre as variáveis (género, escola, agregado familiar, prática religiosa e residência) em função do Tipo de Personalidade/Escola (n=367)

<b>Tipo de Personalidade/Escola</b>						
	<b>n</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>t</b>	<b>gl</b>	<b>p</b>
<b>Género</b>						
Masculino	158	3,96	1,32	-1,111	346	0,267
Feminino	209	3,80	1,39			
<b>Escola</b>						
Escola Básica	307	3,78	1,36	-3,306	89	<b>0,001</b>
Escola Secundária	60	4,37	1,25			
<b>Agregado Familiar</b>						
Família Nuclear	230	3,97	1,35	1,707	365	0,089
Outros tipos de família	137	3,72	1,37			
<b>Prática Religiosa</b>						
Sim	215	3,89	1,38	-0,355	332	0,723
Não	152	3,84	1,33			
<b>Residência</b>						
Na área da escola	181	3,98	1,35	1,475	365	0,141
Fora da área da escola	186	3,77	1,36			

Como podemos verificar na tabela, existe uma diferença significativa ( $t=-3,306$ ,  $p=0,001$ ), beneficiando os alunos da escola secundária. Os adolescentes da escola secundária apresentaram uma média superior aos da escola básica em relação ao domínio “Tipo de Personalidade/Escola”.

#### **Tipo de Personalidade/Escola e variáveis (idade e ano de escolaridade)**

Comparando a idade e o ano de escolaridade com o domínio “*Tipo de Personalidade/Escola*”, constatamos que existem diferenças entre os mais novos ( $M=4,41$ ;  $DP=1,25$ ) e os mais velhos ( $M=3,51$ ;  $DP=1,44$ ); os alunos que frequentam o 7º ano de escolaridade ( $M=4,23$ ;  $DP=1,29$ ) e os alunos que frequentam o 9º ano de escolaridade ( $M=3,466$ ;  $DP=1,38$ ). Utilizamos um teste ANOVA a um fator para comparar as médias entre essas variáveis, tal como podemos verificar na tabela seguinte.

Tabela 24 – Relação entre as variáveis (idade e ano de escolaridade) em função do Tipo de Personalidade/Escola (n=367)

<b>Tipo de Personalidade/Escola</b>					
	<b>n</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Grupo Etário</b>					
G1 -11/12 anos	74	4,41	1,25		
G2 -13 anos	95	4,12	1,17		
G3 -14 anos	129	3,58	1,39	8,981	<b>0,000</b>
G4 >15 anos	69	3,51	1,44		
<b>Ano de Escolaridade</b>					
7º ano	112	4,23	1,29		
8º ano	124	3,98	1,30	10,671	<b>0,000</b>
9º ano	131	3,47	1,38		

Da análise de variância entre o grupo etário dos adolescentes e o domínio “*Tipo de Personalidade/Escola*” existe uma diferença estatística quer nos adolescentes das diferentes idades ( $F=8,981$ ;  $p=0,000$ ), quer nos diferentes anos de escolaridade ( $F=10,671$ ;  $p=0,000$ ). Constatamos que o tipo de escolas que frequentam influencia o tipo de personalidade dos adolescentes. Os alunos mais novos, com idades compreendidas entre os 11 anos e os 13 anos, a frequentar o 7º ano de escolaridade, apresentam um tipo de personalidade que se vai tornando menos evidente consoante a idade aumenta e também o nível de escolaridade.

### **Introspeção e variáveis (género, escola, agregado familiar, residência e prática da religião)**

Comparando o domínio “*Introspeção*” com as variáveis (género, escola, agregado familiar, residência e prática da religião) verificamos que há diferenças ligeiras entre rapazes ( $M=4,58$ ;  $DP=1,30$ ) e raparigas ( $M=4,21$ ;  $DP=1,52$ ); a escola básica ( $M=4,26$ ;  $DP=1,47$ ) e secundária ( $M=4,95$ ;  $DP=1,10$ ); a família nuclear ( $M=4,46$ ;  $DP=1,39$ ) e outros tipos de família ( $M=4,22$ ;  $DP=1,52$ ); pratica religião ( $M=4,52$ ;  $DP=1,44$ ) e não pratica religião; ( $M=4,16$ ;  $DP=1,42$ ); na área da escola ( $M=4,49$ ;  $DP=1,38$ ) e fora da área da escola ( $M=4,25$ ;  $DP=1,49$ ). Quisemos saber se essas diferenças têm significado estatístico. Utilizamos o teste *t* de *Student* para estudar a relação entre essas variáveis. Apresentamos o resultado do estudo na tabela seguinte.

Tabela 25 – Relação entre as variáveis (gênero, escola, agregado familiar, prática religiosa e residência) em função da Introspeção (n=367)

<b>Introspeção</b>						
	<b>n</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>t</b>	<b>gl</b>	<b>p</b>
<b>Gênero</b>						
Masculino	158	4,58	1,30	-2,520	360	<b>0,012</b>
Feminino	209	4,21	1,52			
<b>Escola</b>						
Escola Básica	307	4,26	1,47	-4,208	106	<b>0,000</b>
Escola Secundária	60	4,95	1,10			
<b>Agregado Familiar</b>						
Família Nuclear	230	4,46	1,39	1,559	365	0,120
Outros tipos de família	137	4,22	1,52			
<b>Prática Religiosa</b>						
Sim	215	4,52	1,44	-2,318	365	<b>0,021</b>
Não	152	4,16	1,42			
<b>Residência</b>						
Na área da escola	181	4,49	1,38	1,594	364	0,112
Fora da área da escola	186	4,25	1,49			

Como podemos verificar na tabela, existem diferenças estatisticamente significativas relativamente ao género ( $t=-2,520$ ;  $p=0,012$ ), à escola ( $t=-4,208$ ,  $p=0,000$ ) e à prática da religião ( $t=-2,318$ ,  $p=0,021$ ) dos adolescentes deste estudo, no domínio “Introspeção”.

#### **Introspeção e variáveis (idade e ano de escolaridade)**

Comparando a idade e o ano de escolaridade com o domínio “Introspeção”, constatamos que existem diferenças entre os mais novos ( $M=4,85$ ;  $DP=1,28$ ) e os mais velhos ( $M=3,99$ ;  $DP=1,43$ ); os alunos que frequentam o 7º ano de escolaridade ( $M=4,74$ ;  $DP=1,32$ ) e os alunos que frequentam o 9º ano de escolaridade ( $M=4,05$ ;  $DP=1,47$ ). Utilizamos um teste ANOVA a um fator para comparar as médias entre essas variáveis, tal como podemos verificar na tabela seguinte.

Tabela 26 – Relação entre as variáveis (idade e ano de escolaridade) em função da Introspeção (n=367)

<b>Introspeção</b>					
	<b>n</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Grupo Etário</b>					
G1 -11/12 anos	74	4,85	1,28		
G2 -13 anos	95	4,58	1,40	6,353	<b>0,000</b>
G3 -14 anos	129	4,15	1,48		
G4 >15 anos	69	3,99	1,43		
<b>Ano de Escolaridade</b>					
7º ano	112	4,74	1,32		
8º ano	124	4,37	1,45	7,108	<b>0,001</b>
9º ano	131	4,05	1,47		

Da análise de variância entre a idade dos adolescentes e o domínio “*Introspeção*”, existe uma diferença significativa em relação à idade ( $F=6,353$ ;  $p=0,000$ ) favorecendo os adolescentes mais novos com idades compreendidas entre os 11 anos e os 13 anos. Diferença essa que decresce enquanto a idade aumenta. Assim como, relativamente ao ano de escolaridade, verificamos também uma diferença significativa ( $F=7,108$ ;  $p=0,001$ ) que é favorável aos adolescentes que frequentam o 7º ano de escolaridade e que respetivamente decresce nos níveis seguintes de escolaridade.

#### **Comportamentos de Saúde e Sexualidade e variáveis (género, escola, agregado familiar, residência e prática da religião)**

Comparando o domínio “*Comportamentos de Saúde e Sexualidade*” com as variáveis (género, escola, agregado familiar, residência e prática da religião) verificamos que há diferenças ligeiras entre rapazes ( $M=4,00$ ;  $DP=1,22$ ) e raparigas ( $M=3,89$ ;  $DP=1,31$ ); a escola básica ( $M=3,96$ ;  $DP=1,29$ ) e secundária ( $M=3,80$ ;  $DP=1,16$ ); a família nuclear ( $M=3,97$ ;  $DP=1,28$ ) e outros tipos de família ( $M=3,88$ ;  $DP=1,26$ ); pratica religião ( $M=4,00$ ;  $DP=1,31$ ) e não pratica religião; ( $M=3,84$ ;  $DP=1,21$ ); na área da escola ( $M=3,90$ ;  $DP=1,26$ ) e fora da área da escola ( $M=3,97$ ;  $DP=1,29$ ). Quisemos saber se essas diferenças têm significado estatístico. Utilizamos o teste *t* de *Student* para estudar a relação entre essas variáveis. Apresentamos o resultado do estudo na tabela seguinte.

Tabela 27 – Relação entre as variáveis (gênero, escola, agregado familiar, prática religiosa e residência) em função dos Comportamentos de Saúde e Sexualidade (n=367)

<b>Comportamentos de Saúde e Sexualidade</b>						
	<b>n</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>t</b>	<b>gl</b>	<b>p</b>
<b>Gênero</b>						
Masculino	158	4,00	1,22	-0,865	350	0,388
Feminino	209	3,89	1,31			
<b>Escola</b>						
Escola Básica	307	3,96	1,29	0,896	365	0,371
Escola Secundária	60	3,80	1,16			
<b>Agregado Familiar</b>						
Família Nuclear	230	3,97	1,28	0,597	365	0,551
Outros tipos de família	137	3,88	1,26			
<b>Prática Religiosa</b>						
Sim	215	4,00	1,31	-1,187	340	0,236
Não	152	3,84	1,21			
<b>Residência</b>						
Na área da escola	181	3,90	1,26	-0,587	365	0,557
Fora da área da escola	186	3,97	1,29			

Como podemos verificar na tabela, não existem diferenças estatisticamente significativas nas variáveis sociodemográficas relativamente ao domínio “Comportamentos de saúde e Sexualidade” neste estudo.

#### **Comportamentos de Saúde e Sexualidade e variáveis (idade e ano de escolaridade)**

Comparando a idade e o ano de escolaridade com o domínio “*Comportamentos de Saúde e Sexualidade*”, constatamos que existem diferenças entre os mais novos (M=3,68; DP=1,27) e os mais velhos (M=3,83; DP=1,33); os alunos que frequentam o 7º ano de escolaridade (M=3,97; DP=1,32) e os alunos que frequentam o 9º ano de escolaridade (M=3,96; DP=1,25). Utilizamos um teste ANOVA a um fator para comparar as médias entre essas variáveis, tal como podemos verificar na tabela seguinte.

Tabela 28 – Relação entre as variáveis (idade e ano de escolaridade) em função dos Comportamentos de Saúde e Sexualidade (n=367)

<b>Comportamentos de Saúde e Sexualidade</b>					
	<b>n</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Grupo Etário</b>					
G1 -11/12 anos	74	3,68	1,27		
G2 -13 anos	95	4,09	1,22		
G3 -14 anos	129	3,96	1,28	1,035	0,377
G4 >15 anos	69	3,83	1,33		
<b>Ano de Escolaridade</b>					
7º ano	112	3,97	1,32		
8º ano	124	3,87	1,26	0,236	0,790
9º ano	131	3,96	1,25		

Da análise de variância entre a idade dos adolescentes e o domínio “*Comportamentos de Saúde e Sexualidade*”, não existem diferenças significativas relativamente à idade e o ano de escolaridade dos adolescentes.

#### **Outros Comportamentos e variáveis (género, escola, agregado familiar, residência e prática da religião)**

Comparando o domínio “*Outros Comportamentos*” com as variáveis (género, escola, agregado familiar, residência e prática da religião) verificamos que há diferenças ligeiras entre rapazes (M=3,48; DP=0,77) e raparigas (M=3,64; DP=0,73); a escola básica (M=3,53; DP=0,78) e secundária (M=3,78; DP=0,49); a família nuclear (M=3,58; DP=0,75) e outros tipos de família (M=3,55; DP=0,75); pratica religião (M=3,68; DP=0,69) e não pratica religião; (M=3,52; DP=0,82); na área da escola (M=3,64; DP=0,66) e fora da área da escola (M=3,50; DP=0,82). Quisemos saber se essas diferenças têm significado estatístico. Utilizamos o teste *t* de *Student* para estudar a relação entre essas variáveis. Apresentamos o resultado do estudo na tabela seguinte.

Tabela 29 – Relação entre as variáveis (gênero, escola, agregado familiar, prática religiosa e residência) em função de Outros Comportamentos (n=366)

<b>Outros Comportamentos</b>						
	<b>n</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>t</b>	<b>gl</b>	<b>p</b>
<b>Gênero</b>						
Masculino	157	3,48	0,77	1,924	327	0,055
Feminino	209	3,64	0,73			
<b>Escola</b>						
Escola Básica	306	3,53	0,78	-3,278	126	<b>0,001</b>
Escola Secundária	60	3,78	0,49			
<b>Agregado Familiar</b>						
Família Nuclear	230	3,58	0,75	0,385	364	0,701
Outros tipos de família	136	3,55	0,75			
<b>Prática Religiosa</b>						
Sim	214	3,68	0,69	-1,075	288	0,283
Não	152	3,52	0,82			
<b>Residência</b>						
Na área da escola	180	3,64	0,66	1,862	352	0,063
Fora da área da escola	186	3,50	0,82			

Como podemos constatar na tabela, existe uma diferença estatística significativa nesta amostra de adolescentes ( $t=-3,278$ ,  $p=0,001$ ), relativa à escola, beneficiando os alunos da escola secundária.

#### **Outros Comportamentos e variáveis (idade e ano de escolaridade)**

Comparando a idade e o ano de escolaridade com o domínio “*Outros Comportamentos*”, constatamos que existem diferenças entre os mais novos ( $M=3,66$ ;  $DP=0,83$ ) e os mais velhos ( $M=3,48$ ;  $DP=0,78$ ); os alunos que frequentam o 7ºano de escolaridade ( $M=3,57$ ;  $DP=0,84$ ) e os alunos que frequentam o 9º ano de escolaridade ( $M=3,60$ ;  $DP=0,70$ ). Utilizamos um teste ANOVA a um fator para comparar as médias entre essas variáveis, tal como podemos verificar na tabela seguinte.

Tabela 30 – Relação entre as variáveis (idade e ano de escolaridade) em função de Outros Comportamentos (n=367)

<b>Outros Comportamentos</b>					
	<b>n</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Grupo Etário</b>					
G1 -11/12 anos	74	3,66	0,83	0,729	0,535
G2 -13 anos	95	3,58	0,72		
G3 -14 anos	129	3,56	0,70		
G4 >15 anos	69	3,48	0,78		
<b>Ano de Escolaridade</b>					
7º ano	112	3,57	0,84	0,250	0,779
8º ano	123	3,54	0,72		
9º ano	131	3,60	0,70		

Da análise de variância entre a idade dos adolescentes e o domínio “Outros Comportamentos”, não existem diferenças significativas relativamente à idade dos adolescentes e ao ano escolaridade.

Em síntese e em relação à classificação dos níveis de estilo de vida *FANTÁSTICO*, verificámos que existem diferenças significativas na escola que frequentam, beneficiando a escola secundária, a prática da religião e as famílias nucleares, que influenciam o estilo de vida Muito Bom e Excelente. Os grupos mais novos, com idades compreendidas entre os 11 anos e 13 anos, referem ter melhor estilo de vida que os mais velhos, maiores de 14 anos.

Relativamente ao “Estilo de vida *Fantástico*”, domínios e variáveis sociodemográficas, que influenciam, verificamos que existem associações, estatisticamente significativas, em alguns domínios respetivamente: “Família e Amigos” – escola secundária, pequeno valor significativo para família nuclear, idade mais favorável entre os 11 e 13 anos e o ano de escolaridade correspondente; “Atividade física / Associativismo” – família nuclear; “Nutrição” – idade mais favorável, entre os 11 e os 13 anos; “Tabaco” – escola, área de residência, idade e ano de escolaridade; “Sono e *Stress*” – rapazes, idade (11 e 13 anos) e ano de escolaridade (7º ano); “Tipo de personalidade / Escola” – escola secundária, idade e ano de escolaridade; “Introspeção” – género, escola, prática da religião, idade (11 e 13 anos) e ano de escolaridade; “Outros Comportamentos” – escola.

Em síntese, verificamos que existe uma associação significativa entre alguns domínios do estilo de vida *FANTÁSTICO* e algumas variáveis sociodemográficas.

#### **4.2.2 Relação entre Bem-Estar (Subjetivo) e as variáveis sociodemográficas**

Da aplicação da escala “Índice de Bem-Estar Pessoal” referente à perceção que os adolescentes têm do seu bem-estar (subjetivo), observamos na tabela seguinte, os resultados alusivos à globalidade das suas dimensões. No que concerne às características sociodemográficas e tendo por base a:

**Hipótese 2** – As características sociodemográficas (género, idade, ano de escolaridade, escola de ensino que frequenta, local de residência, agregado familiar, prática da religião) influenciam o Bem-Estar Pessoal dos adolescentes.

Para testar a Hipótese 2 constituímos dois grupos de análise para cada variável, respetivamente: masculino e feminino; escola básica e secundária; família nuclear e outro tipo de família; pratica e não pratica religião; na área da escola e fora da área da escola.

#### **Bem-Estar e variáveis (género, escola, agregado familiar, residência e prática da religião)**

Comparando o domínio “*Satisfação com a vida em geral*” com as variáveis (género, escola, agregado familiar, residência e prática da religião) verificamos que há diferenças

ligeiras entre rapazes (M=8,44; DP=1,26) e raparigas (M=8,33; DP=1,27); a escola básica (M=8,30; DP=1,29) e secundária (M=8,78; DP=1,05); na área da escola (M=8,44; DP=1,23) e fora da área da escola (M=8,33; DP=1,30); pratica religião (M=8,45; DP=1,24) e não pratica religião; (M=8,28; DP=1,31); a família nuclear (M=8,48; DP=1,24) e outros tipos de família (M=8,21; DP=1,30). Quisemos saber se essas diferenças têm significado estatístico. Utilizamos o teste *t* de *Student* para estudar a relação entre essas variáveis. Apresentamos o resultado do estudo na tabela seguinte.

Tabela 31 – Relação entre as variáveis (género, escola, agregado familiar, prática religiosa e residência) em função do Bem-estar Pessoal (n=367).

Variáveis		Inferência Estatística					
		n	M	DP	t	gl	p
Género	Masculino	158	8,44	1,26	0,823	365	0,411
	Feminino	209	8,33	1,27			
Escola	Básica	307	8,30	1,29	-3,096	97	<b>0,003</b>
	Secundária	60	8,78	1,05			
Residência	Área da Escola	181	8,44	1,23	0,834	365	0,405
	Fora da área da Escola	186	8,33	1,30			
Prática Religiosa	Sim	215	8,45	1,24	1,285	315	0,200
	Não	152	8,28	1,31			
Agregado Familiar	Família Nuclear	230	8,48	1,24	1,941	276	<b>0,053</b>
	Outro tipo de Família	137	8,21	1,30			

Como podemos verificar na tabela, existe uma diferença quase significativa relativamente ao agregado familiar ( $t=1,941$ ,  $p=0,053$ ) e existe uma diferença significativa na escola, relativamente ao bem-estar dos adolescentes ( $t=-3,096$ ,  $p=0,003$ ), beneficiando os alunos da escola secundária.

### Bem-Estar e variáveis (idade e ano de escolaridade)

Comparando a idade e o ano de escolaridade com o domínio “*Satisfação com a vida em geral*”, constatamos que existem diferenças entre os mais novos (M=9,10; DP=0,80) e os mais velhos (M=8,01; DP=1,54); os alunos que frequentam o 7º ano de escolaridade (M=8,93; DP=1,01) e os alunos que frequentam o 9º ano de escolaridade (M=8,01; DP=1,37). Utilizamos um teste ANOVA a um fator para comparar as médias entre essas variáveis, tal como podemos verificar na tabela seguinte.

Tabela 32 – Relação entre as variáveis (idade e ano de escolaridade) em função do Bem-estar Pessoal (n=367)

Variáveis	Inferência Estatística					
	n	M	DP	F	p	
Grupo Etário	G1 -11/12 anos	74	9,10	0,80	14,314	<b>0,000</b>
	G2 -13 anos	95	8,52	1,15		
	G3 -14 anos	129	8,07	1,24		
	G4> 15 anos	69	8,01	1,57		
Ano de Escolaridade	7º Ano	112	8,93	1,01	18,028	<b>0,000</b>
	8º Ano	124	8,27	1,21		
	9º Ano	131	8,01	1,37		

Da análise de variância entre a idade dos adolescentes e o domínio “*Satisfação com a vida em geral*”, verificamos que existe uma diferença significativa relativamente ao Bem-Estar dos adolescentes com as diferentes idades ( $F=14,314$ ;  $p=0,000$ ) e ano de escolaridade ( $F=18,028$ ;  $p=0,000$ ).

Em síntese, destacamos que existe apenas uma associação significativa entre o bem-estar pessoal (subjetivo) e a escola que frequenta, e que varia com a idade e o ano de escolaridade; consoante aumenta a idade e o ano de escolaridade diminui a percepção de bem-estar sentido.

#### 4.2.3 Relação entre Estilo de Vida *FANTÁSTICO* e o Bem-Estar Pessoal (Subjetivo)

Da aplicação da escala “O meu estilo de vida” e a escala “Índice de Bem-Estar Pessoal” referente à percepção que os adolescentes têm do seu “Estilo de vida *FANTÁSTICO*” e “Bem-Estar Pessoal (Subjetivo)”, observamos na tabela seguinte, os resultados alusivos à globalidade das suas dimensões e domínios. No que concerne às características sociodemográficas e tendo por base a:

**Hipótese 3** – Existe uma associação entre o Estilo de Vida e o Bem-Estar Pessoal dos adolescentes

Para testar a Hipótese 3, associação entre o estilo de vida *Fantástico* e o bem-estar pessoal dos adolescentes, efetuamos o teste de correlação de *Pearson* para fazer a análise da associação das variáveis “Estilo de vida *FANTÁSTICO*” e “Bem-Estar pessoal” (dependente e independente). Os índices de correlação de *Pearson* entre os dez domínios do *Fantástico* e a componente principal do bem-estar (*Satisfação com a vida em geral*) podem ser visualizados na tabela seguinte.

Tabela 33 - Matriz das correlações entre as variáveis relacionadas com os domínios do estilo de vida *Fantástico* e o Bem-Estar Pessoal

Domínios	F	A	N	T	Á	S	T	I	C	O
<b>Pontuação Total da Escala Fantástico</b>	0,485**	0,481**	0,057**	0,347**	0,555**	0,677**	0,668**	0,699**	0,470**	0,390**
<b>Pontuação Total Bem-estar</b>	0,471**	0,273**	0,110*	0,114*	0,150**	0,496**	0,431**	0,489**	0,125*	0,124*
<b>**p &lt; 0,001</b>	<b>*p &lt; 0,005</b>									

Da análise da tabela constatamos que as correlações foram mais elevadas na relação Família e Amigos ( $r=0,471, p<0,001$ ), Atividade física/ Associativismo ( $r=0,273, p<0,001$ ), Álcool e Outras Drogas ( $r=0,150, p<0,004$ ), Sono e *Stress* ( $r=0,496, p<0,001$ ), Tipo de Personalidade/ Escola ( $r=0,431, p<0,001$ ), Introspeção ( $r=0,489, p<0,001$ ), nível de significação de 1%, ou seja, encontramos uma relação entre a perceção de bem-estar pessoal e os domínios: Família e Amigos; Atividade física/ Associativismo; Álcool e Outras Drogas; Sono e *Stress*; Tipo de Personalidade/ Escola; Introspeção. As correlações foram mais baixas nos domínios Nutrição ( $r=0,110, p<0,035$ ), Tabaco ( $r=0,114, p<0,029$ ), Comportamentos de Saúde e Sexualidade ( $r=0,125, p<0,017$ ) e Outros Comportamentos ( $r=0,124, p<0,018$ ), nível de significação de 5%, ou seja, existe uma correlação significativa entre a perceção de Bem-Estar pessoal e os domínios: Nutrição; Tabaco; Comportamentos de Saúde e Sexualidade e Outros Comportamentos.

Em síntese, concluímos que na perceção dos alunos adolescentes da amostra e com base nas pontuações totais da escala "O meu estilo de vida" e da escala "IPBE- Índice Pessoal de Bem-estar, existe uma associação significativa entre o bem-estar pessoal e os domínios do *Fantástico*.



## 5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este estudo teve como objetivo geral conhecer e descrever o estilo de vida *FANTÁSTICO* e o bem-estar dos adolescentes, realizado em escolas do concelho de Matosinhos. Mais especificamente perceber a influência do estilo de vida nos diferentes domínios do *FANTÁSTICO*, o bem-estar pessoal (subjetivo) em contexto escolar e como se relaciona com o género, a idade, a escola, o ano de escolaridade, o agregado familiar e a prática da religião. Estabelecemos relações entre os resultados obtidos e procuramos as implicações dos mesmos no problema em estudo.

De acordo com os resultados encontrados verificamos que os instrumentos de recolha de dados medem o estilo de vida e o bem-estar na população adolescente.

Iniciamos com a apresentação e análise crítica da caracterização da amostra inerente a cada uma das hipóteses previamente formuladas.

No que diz respeito à caracterização da amostra constatamos que, no conjunto dos dois grupos de alunos, existe um predomínio do género feminino (56,9%) sobre o género masculino (43,1%) a frequentar o 3º ciclo do ensino básico. Relativamente à idade, a amostra distribui-se pelo intervalo etário entre os 11 e os 18 anos, sendo que com 11-12 anos existem 20,2%; com 13 anos 25,9%; com 14 anos 35,1%; maiores que 15 anos 18,8%. Pelo cálculo das medidas de tendência central e de dispersão, verificamos que a média de idades é de 14 anos (desvio padrão de 1,198). A amostra é maioritariamente da escola básica (83,7%). Prevalece o 9º ano de escolaridade (35,7%), seguido do 8º ano (33,8%) a frequentar o ensino regular português. Relativamente à área de residência a maior parte dos alunos vive fora da freguesia onde a escola está implantada (50,7%). No que respeita ao agregado familiar constatamos que a maior parte dos alunos vive com famílias nucleares (62,7%), pais e irmãos. O número de alunos que vive em família alargada (7,1%) ou outra tipologia de família (3,3%) é pouco significativo. A maioria dos alunos refere ter prática religiosa (58,6%).

Quanto ao estilo de vida verificamos que existem diferenças significativas na escola que frequentam, beneficiando a escola secundária, a maioria dos alunos (86,6%) refere ter um estilo de vida Muito Bom e Excelente. Assim como os adolescentes que praticam religião (73,8%) e provêm de famílias nucleares (74,3%). Os resultados expostos mostram existir uma associação estatisticamente significativa, entre as variáveis: “escola secundária”; “prática de religião”; “família”. Estes resultados não querem dizer que todos os adolescentes envolvidos em atividades religiosas, provenientes da escola secundária e de famílias nucleares, têm melhor saúde do que os não envolvidos, diz apenas que em média a prática da religião, a escola secundária e a família nuclear, estão associadas a comportamentos saudáveis e a níveis mais elevados de bem-estar, o que está de acordo com os estudos citados in (Silva, Giordani, & Aglio, 2017).

O fator família é referenciado nos estudos nacionais e internacionais (Beja & Franco, 2013); (Costa, 2015); (Loureiro, et al., 2012); (Machado A. M., 2014); (Matos, Margarida Gaspar de; Simões, Celeste; Camacho, Inês; Reis, Marta; Social, Equipa Aventura, 2014); (Senna & Dessen, 2012); (Tomé, Gina; Camacho, Inês; Matos, Margarida Gaspar; Simões, Celeste, 2015); (Silva, Giordani, & Aglio, 2017), como o contexto chave por excelência para a promoção da saúde, determinante de bem-estar e adaptação dos adolescentes a outros contextos de vida, pelo apoio, afetividade, comunicação, regras e supervisão.

Relativamente ao estilo de vida *FANTÁSTICO* (Hipótese 1) foi possível confirmar que a escola representa um papel determinante no estilo de vida, na medida em que é o contexto ideal para promover o desenvolvimento dos adolescentes, dotando-os de recursos que possibilitem o crescimento físico, intelectual e espiritual, fatores protetores face a desafios e adversidades presentes e futuras, o que vai de encontro ao referenciado na literatura (Festas, 2013) (Loureiro, et al., 2012) (Câmara, Aerts, & Alves, 2012); (Machado A. M., 2014).

Quanto ao bem-estar verificamos que existe uma diferença significativa relativamente ao bem-estar dos adolescentes com as diferentes idades e ano de escolaridade, isto é à medida que os adolescentes crescem e avançam para anos de escolaridade mais avançados os comportamentos promotores de saúde diminuem. O que reforça a necessidade da Saúde Escolar investir em educação para a saúde, promoção da literacia e desenvolvimento de competências nos adolescentes, de forma a inverter estes resultados (Tomás, Queirós, & Ferreira, 2014).

No que concerne ao bem-estar (Hipótese 2) confirmamos que deve também ser a escola a desempenhar um papel determinante e à medida que a idade avança o bem-estar percebido diminui, o que está em concordância com a literatura (Costa, 2015).

Através dos resultados obtidos verificamos uma relação positiva e significativa entre o estilo de vida *FANTÁSTICO* e o Bem-Estar pessoal (Hipótese 3) associados ao tipo de escola que frequentam, isto é, a escola secundária, neste estudo de adolescentes, proporciona o ajuste adequado às características do aluno na estrutura escolar, através do ambiente e cultura vivenciados pelos alunos como suporte positivo à aprendizagem e assimilação de conhecimentos (Costa, 2015); (Festas, 2013); (Vieira, Alves, Dias, & Fonseca, 2015); (Carvalho N. A., 2015) (Guimarães, Aerts, & Câmara, 2012).

A Educação para a Saúde no sentido do estilo de vida e bem-estar dos adolescentes, é um tema atual e de preocupação crescente, uma vez que ao capacitar o adolescente, o meio escolar deve assumir a responsabilidade e compromisso em promover a sua saúde atual e futura. Cientes de que é na adolescência, etapa do desenvolvimento e crescimento, em que ocorrem as diferentes transformações físicas, mentais e sociais e na qual se estabelecem hábitos e comportamentos, que terão inevitavelmente repercussões no presente e no futuro.

Podemos salientar a importância do estilo de vida *Fantástico* e do bem-estar pessoal em crianças e adolescentes, uma vez que são dimensões centrais da vida de cada pessoa, no

sentido em que permitem obter uma boa saúde, sendo importante promover a aquisição e a prática de estilos de vida saudáveis entre os jovens.

Os adolescentes passam grande parte do seu dia na escola. Esta tem assim um papel importante na promoção da saúde, como espaço seguro e saudável, na transmissão de conhecimentos que permitam aos adolescentes proteger a saúde com decisões responsáveis (DGS, 2015).

O enfermeiro, dada a sua formação, tem uma importante participação neste processo, que envolve o estilo de vida e cuidado com a saúde, no sentido de facilitar a mudança de comportamentos do adolescente, baseada num modelo de promoção de uma vida saudável. Identifica comportamentos e implementa práticas de cuidados adequados, uma vez que é o profissional com maior capacidade para promover a saúde na escola numa dimensão multidisciplinar, pois conhece os adolescentes e está mais diretamente com as pessoas na maior parte do tempo. Assim, a nossa responsabilidade é grande e o nosso campo de atuação alargado (Festas, 2013); (Guimarães, Aerts, & Câmara, 2012); (Tomás, Queirós, & Ferreira, 2014).



## 6. CONCLUSÃO

No decorrer da história ficou evidente que as principais teorias do desenvolvimento explicam a fase da adolescência como uma etapa distinta no desenvolvimento e crescimento humano, caracterizado por períodos crescentes e inevitáveis de interação entre as dimensões física, mental e social, a influência dos meios e o impacto da experiência social durante todo o percurso de vida.

A investigação documentada corrobora o nosso estudo de que no início da adolescência, entre os 10 e os 14 anos, ocorre uma maior incidência de *stress*, mudanças físicas e sociais marcantes e surgem alguns comportamentos problemáticos, tais como conflitos com os pais e/ou educadores e a forte influência dos pares, tendo a maioria dos adolescentes necessidade de apoio na construção da sua identidade psicossocial.

O adolescente nas suas dimensões, estilo de vida e bem-estar, tendo a escola e a família como os principais educadores e promotores da saúde, tem potencialmente a capacidade de otimizar a capacidade de tomar decisões saudáveis. Salientamos a responsabilidade do adolescente pela sua saúde através da adoção de um estilo de vida saudável aumentando o seu bem-estar e saúde.

O pensamento dos adolescentes atinge uma maior capacidade para pensar acerca das possibilidades, hipóteses, resultados esperados, reflexão sobre os próprios pensamentos e em relação aos outros, através do respeito, relações interpessoais, propósito e significado de vida.

A qualidade e quantidade do grau de autonomia e responsabilidade social atingida pelos adolescentes diferem e variam de acordo com as expectativas relativas aos papéis sexuais, com o sistema de valores de cada sociedade e os diferentes contextos sociais, que moldam diferentes expectativas relativas à individualização, à independência e ao direito a uma identidade pessoal percebida como expressão de bem-estar social.

Com o presente estudo pretendemos conhecer a percepção do estilo de vida *Fantástico* e o bem-estar pessoal dos adolescentes em contexto escolar com instrumentos de medida adaptados aos adolescentes. Procurámos alcançar, tanto quanto possível os nossos objetivos, através da pesquisa quantitativa, composta por um estudo exploratório descritivo- correlacional.

Do conjunto de resultados a que chegámos, foi possível avaliar algumas variáveis no quotidiano dos adolescentes, que considerámos importantes, nomeadamente a escola, assim como determinados comportamentos como, o não fumar, a importância primordial da família no acompanhamento dos adolescentes, os relacionamentos com amigos, a prática de comportamentos seguros e a prática da religião, como fatores protetores para comportamentos saudáveis.

A análise dos resultados indicou médias altas de um estilo de vida FANTÁSTICO e Bem-Estar Pessoal entre quem referiu ter prática religiosa, semelhante aos dados encontrados por outros investigadores (Silva, Giordani, & Aglio, 2017).O envolvimento com a religião, em geral,

é influenciado ou estimulado pela própria família do adolescente e esta ocupa um lugar de destaque na socialização do adolescente, como modelo de atitudes, valores, normas de conduta que guiam o adolescente na sua vida presente e futura.

Mas, apesar da falta de consenso na forma como avaliar a religiosidade entre adolescentes, ter ou não ter religião pode servir como indicador e sabemos que se relaciona positivamente com o estilo de vida e bem-estar. Neste sentido, são necessários mais estudos que avaliem a religiosidade de forma mais sistemática, procurando compreender como se manifesta na adolescência.

A Carta de Ottawa (1986) é um marco de referência na concepção de promoção da saúde e define-a como um conjunto de estratégias intersectoriais e interdisciplinares focando ambientes favoráveis à qualidade de vida dos indivíduos e famílias em espaços saudáveis. Explica e orienta a evolução do conceito de promoção de saúde e os pressupostos do Plano Nacional de Saúde Escolar como forma de planeamento, de modo a capacitar o indivíduo a ser uma pessoa ativa no seu processo de vida e de saúde (Rocha, Correira, Pestana, & Bento, 2011).

E porque as crianças e jovens estão na escola, é preciso olhar para este contexto de uma forma especial.

A escola, promotora da saúde na perspectiva interdisciplinar, constitui o grande desafio para construir uma sociedade saudável, estimulando o desenvolvimento de habilidades pessoais necessárias ao mundo das relações, proporcionando segurança e acolhimento, em parceria com a comunidade e famílias, de modo a que os adolescentes sejam capazes de cuidar bem de si, adotando um estilo de vida mais saudável e solidário (Guimarães, Aerts, & Câmara, 2012).

Como sugestão para futuros projetos, indicamos a continuidade do uso das escalas e que incluam a variável religião, utilizadas neste estudo.

Apesar dos contributos, devem ser consideradas algumas limitações ao estudo, como a amostra, uma vez que é uma pequena amostragem acessível e não probabilística, realizada apenas em duas escolas do Concelho de Matosinhos. Para maior representatividade, deveria ser recolhida uma amostra mais diversificada e, eventualmente, abranger uma faixa etária mais alargada, permitindo perceber melhor a influência de outras variáveis. Outra questão relaciona-se com o facto de ser um questionário com resposta fechada o que limita a informação recolhida apenas às opções de resposta e que podem não corresponder à verdade, o que poderia ser complementado com um estudo qualitativo ou misto.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (2017). Obtido de <http://www.nlm.nih.gov/mesh/>
- Beja, M. J., & Franco, M. d. (2013). O adolescente e a família: autonomia ou autonomias? In T. Medeiros, *ADOLESCÊNCIA: Desafios e Riscos. Coleção Psicologia e Educação*, 3. (1ª edição ed., pp. 269-283). Ponta Delgada: Letras Lavadas.
- BIREME/OPS/OMS. (13 de junho de 2017). *Descritores em Ciências da Saúde:DeCS*. Obtido de <http://decs.bvsalud.org>.
- Brito, B. J., Gordia, A. P., & Quadros, T. M. (2014). Revisão da literatura sobre o estilo de vida de estudantes universitários. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, 6 (2): 66-76(Estilo de Vida).
- Câmara, S. G., Aerts, D. R., & Alves, G. G. (2012). Estilos de vida de adolescentes escolares no sul do Brasil. *Aletheia*, 37 : 133-148(Estilo de vida adolescentes).
- Carvalho, A. (23 de Fevereiro de 2016). *Novos Tipos de Família - Plano de cuidados*. Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Carvalho, N. A. (2015). *Bem-estar psicológico e recursos contextuais e pessoais em adolescentes de uma escola particular portuguesa*. Lisboa: Universidade de Lisboa- Instituto de Educação.
- Costa, D. J. (2015). *Preditores de bem-estar em crianças e adolescentes: um estudo em escolas do norte do país*. Braga: Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais.
- DGS. (2004). *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida*. Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. Lisboa: Direção da Saúde.
- DGS. (2015). *Programa Nacional Saúde Escolar/ 2015*. Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. Lisboa : Ministério da Saúde.
- Diane E. Papalia, S. W. (2001). *O Mundo da Criança* (8ª edição ed.). Lisboa, Portugal: McGraw-Hill.
- Dias, P. C., & Bastos, A. S. (2013). Application of the Personal Well- Being Index with Portuguese Adolescents. *Springer Science + Business Media Dordrecht*(Bem-Estar Adolescentes).

- Festas, C. (2013). *O Enfermeiro Na Escola:Um Projeto de Ensino-Aprendizagem, de Investigação e de Serviço à Comunidade*. Porto: Universidade Católica Portuguesa.
- Fleming, M. (2004). *A adolescência e Autonomia - O desenvolvimento psicológico e a relação com os pais* (3ª Edição ed.). Porto: Biblioteca das Ciências do Homem - Edições Afrontamento.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Guimarães, G., Aerts, D., & Câmara, S. G. (Ago/Dez de 2012). A escola promotora da saúde e o desenvolvimento de habilidades sociais. *Diaphora/Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul*, 12 (2), 88-85.
- Heidemann, I. T., Boehs, A. E., Fernandes, G. C., Wosny, A. d., & Marchi, J. G. (Jul/Set de 2012). Promoção da Saúde e Qualidade de Vida: Concepções da Carta de O ttawa em produção científica. *Cienc Cuid Saude*, 11(3), 613 - 619.
- Hill, M. M., & Andrew, H. (2008). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Sílabo.
- Júnior, G. R., Tonello, L., Neves, R. L., Ribeiro, J. C., & Miranda, E. F. (2013). Qualidade de vida, estilo de vida e saúde: um artigo de revisão. *Revista Amazônia*, 33 - 40.
- Lopes, M. V. (2005). Análise do diagrama do modelo de Nola J. Pender. *Acta Paul Enferm.*(Promoção da saúde).
- Loureiro, L. M., Mendes, A. M., Barroso, T. M., Santos, J. C., Oliveira, R. A., & Ferreira, R. O. (Março de 2012). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. *Revista de Enfermagem Referência, III Série nº 6*, 157-166.
- Machado, A. M. (2014). *Promoção do desenvolvimento positivo de adolescentes: impacto do programa Desafio: Ser+ no início e final da adolescência*. Braga: Universidade do Minho- Escola de Psicologia.
- Machado, M. d. (2015). *Adolescentes*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Matos, Margarida Gaspar de; Simões, Celeste; Camacho, Inês; Reis, Marta; Social, Equipa Aventura. (2014). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses*. Lisboa: Aventura Social & Saúde.

- Medeiros, T. (2013). *ADOLESCÊNCIA: Desafios e riscos. Coleção Psicologia e Educação*, 3. (1ª edição ed.). Ponta Delgada: Letras Lavadas.
- Nahas, M. V., & Garcia, L. M. (Jan/Mar de 2010). Um pouco de história, desenvolvimentos recentes e perspectivas para a pesquisa em atividade física e saúde no Brasil. *Rev. bras. Educ. Fís. Esporte*, 24, n.1, 135-48.
- Nahas, M. V., Barros, M. V., & Francalacci, V. (2000). O Pentáculo do Bem-Estar-Base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. *Revista Brasileira Atividade Física & Saúde*, 5 (2): 48-59.
- Nery, A. A., Silva, D. R., Bueno, E. S., Santos, F. P., Nascimento, M. S., Carvalho, P. A., & Carvalho, V. M. (2009). Concepção de Saúde: visão de adolescentes do ensino fundamental de um município da Bahia. *Rev. Saúde. Com*, 5(1), 17-30.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *Divulgar*, 8.
- Organização Mundial da Saúde. (2014). *A saúde dos adolescentes portugueses*.
- Organização Mundial da Saúde. (2016). Obtido de <http://www.who.int/eportuguese/countries/prt/pt>
- Papalia, D. E., Obls, S. W., & Feldman, R. D. (2006). *Desenvolvimento Humano* (8ª edição ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- PNS. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais saúde para todos: Orientações estratégicas*. Lisboa: Direcção- Geral da Saúde.
- Precioso, José. (Março/Abril de 2004). Educação para a Saúde na Escola um direito dos alunos que urge satisfazer. *Revista O Professor. Série III. Nº 85*, pp. 17-24.
- Rocha, A., Correira, C., Pestana, L., & Bento, M. (Julho/Dezembro de 2011). Saúde Escolar Em Construção: Que Projetos? *Millenium. Nº 41*, pp. 89-113.
- Rodrigues, M. (1995). Educacion de los niños en edad escolar. *VII Reunión sobre investigación cualitativa en salud. Jornadas científicas de la Fundación Index*. Granada: Fundación Index.
- Sciliar, M. (2007). História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Rev Saúde Coletiva*, 17(1), 29-41.
- Senna, S. R., & Dessen, M. A. (Jan- Mar de 2012). Contribuições das teorias do Desenvolvimento humano para a Concepção Contemporânea da Adolescência. (U. d. Brasília, Ed.) *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28, nº 1, 101-108.

- Silva, A. M., Brito, I. d., & Amado, J. M. (2014). Tradução, adaptação e validação do questionário Fantastic Lifestyle Assessment em estudantes do ensino superior. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19 (6), 1901-1909.
- Silva, D. G., Giordani, J. P., & Aglio, D. D. (Junho de 2017). Relações entre satisfação com a vida, com a família e com as amizades e religiosidade na adolescência. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia, Londrina*, 8 (1), 38-54.
- Simões, C. (abril de 2010). Adolescentes e comportamentos de saúde. *Alicerces*, III(3), pp. 223-41.
- Siqueira, M. M., & Padovam, V. A. (2008). Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo; Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24, 2, 201-209.
- Sprinthall., N., & Collins, W. (2011). *Psicologia Do Adolescente Uma Abordagem Desenvolvimentista* (5ª edição ed.). (C. M. Vieira, Trad.) Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Strelhow, M. R., Masiero, L. R., Santos, B. R., Sarriera, J. C., & Teixeira, M. A. (Jan/Abr de 2015). Estudos psicométricos da Escala Eudemon de Bem-Estar Pessoal em adolescentes. *Psico-USF, Bragança Paulista*, 20,1, 63-74.
- Tomás, C., Queirós, P., & Ferreira, T. (jan-Mar de 2014). Comportamentos Promotores De Saúde: Propriedades Psicométricas De Um Instrumento De Avaliação. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 24(1), 22-9.
- Tomé, Gina; Camacho, Inês; Matos, Margarida Gaspar; Simões, Celeste. (2015). INFLUÊNCIA DA FAMÍLIA E AMIGOS NO BEM-ESTAR E COMPORTAMENTOS DE RISCO - MODELO EXPLICATIVO. *PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS*. Nº 16(1), pp. 23-34.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª Edição ed.). Lusociência.
- Tomyn, A. J., Tamir, E., Stokes, M. A., & Dias, P. C. (8 de Abril de 2015). A Cross-Cultural Evaluation of the Personal Wellbeing Index - School Children in Samples of Australian and Portuguese Adolescents. *Applied Research Quality Life*.
- Vasconcelos, E. M. (setembro de 2010). A associação entre vida religiosa e saúde: uma breve revisão de estudos quantitativos. *RECIIS - R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*, 4, nº3, 12-18.

Vieira, T. P., Alves, N. J.-R., Dias, C. S., & Fonseca, A. M. (2015). Assimetrias regionais. Que diferenças nos estilos de vida e na satisfação com a vida dos adolescentes? Um estudo realizado em alunos do 3º ciclo do Ensino Básico em Portugal. *Ciência & Saúde Colectiva*, 20(1), 17-28.

## **ANEXOS**



## **ANEXO I – Questionário de recolha de dados**



## Parte I - CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1. Idade: ..... anos

2. Sexo:      Feminino               Masculino

3. Ano letivo que frequenta:      7º Ano       8º Ano       9º Ano

4. Escola que frequenta:

Escola Básica Engenheiro Fernando Pinto de Oliveira     

Escola Secundária da Boa Nova Leça da Palmeira     

5. Local da residência (freguesia):

.....

6. Descreva a composição do agregado familiar:

.....

.....

.....

7. Pratica alguma religião?      Sim       Não

Qual?

.....



**Questionário "O meu estilo de vida"**

(Baseado no "Questionário Estilo de Vida Fantástico" de Silva A.; Brito I.; Amado J. (2011), que é uma adaptação de McMaster University, Canadá-Do you have a Fantastic Lifestyle- Silva Brito, Amado (2012)

Idade \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

1- Permite-nos conhecer melhor o seu estilo de vida, preenchendo a grelha que te apresentamos. Pensa no que foram as tuas vivências neste último mês.

F	A	N	T	A	S	T	I	C	O
Família e Amigos	Atividade física/ Atividade física	Nutrição	Tobaco	Alcool e outras drogas	Sono e stress	Tipo de personalidade/ Estilo	Auto percepção	Comprometimento de saúde e actualidade	Outros compromentes
<p>Tenho com quem falar dos assuntos que são importantes para mim</p> <p>2 - Quase sempre 1 - Às vezes 0 - Nunca nunca</p>	<p>Sou membro de um grupo comunitário ou de amigos e participo nas atividades voluntárias</p> <p>2 - Quase sempre 1 - Às vezes 0 - Nunca nunca</p>	<p>Como duas porções de verduras e tubos de feijão diariamente</p> <p>2 - Nunca nunca 1 - Às vezes 0 - Quase nunca</p>	<p>No que diz respeito a cigarros</p> <p>2 - Nunca fumo 1 - Às vezes fumo 0 - Nunca fumo</p>	<p>No que diz respeito a bebidas alcoólicas</p> <p>2 - Nunca bebo 1 - Às vezes bebo 0 - Nunca bebo</p>	<p>Deixo bem a noite-me acordado</p> <p>2 - Quase sempre 1 - Às vezes 0 - Nunca nunca</p>	<p>Sinto-me feliz com a minha vida e com as atividades que realizo</p> <p>2 - Quase sempre 1 - Às vezes 0 - Frequentemente</p>	<p>Sou uma pessoa otimista e positiva</p> <p>2 - Quase sempre 1 - Às vezes 0 - Nunca nunca</p>	<p>Realizo consultas periódicas de avaliação de estado de saúde</p> <p>2 - Sempre 1 - Às vezes 0 - Nunca nunca</p>	<p>Como pelo eu considerar de hábitos segundo as regras de segurança estabelecidas</p> <p>2 - Sempre 1 - Às vezes 0 - Nunca nunca</p>
<p>Devo e recebe carinhoso</p> <p>2 - Quase sempre 1 - Às vezes 0 - Nunca nunca</p>	<p>Eu realizo uma atividade física durante pelo menos 30'</p> <p>2 - 3 ou + vezes por semana 1 - 1 ou 2 vezes por semana 0 - Menos de 1 vez por semana</p>	<p>Como alimentos hiper-calóricos (doces ou salgados) ou fast-food</p> <p>2 - Menos de 1 vez por semana 1 - 1 ou 2 vezes por semana 0 - Não consumo</p>	<p>O meu consumo de cigarros é:</p> <p>2 - Menos de 1 por semana 1 - 1 ou 2 por semana 0 - Não consumo</p>	<p>O meu consumo de bebidas (alcoólicas ou não) é:</p> <p>2 - Menos de 1 bebida por semana 1 - 1 ou 2 bebidas por semana 0 - Não consumo</p>	<p>Sinto-me capaz de gerir o stress do meu dia a dia</p> <p>2 - Quase sempre 1 - Às vezes 0 - Nunca nunca</p>	<p>Sintomas aborrecido ou agressivo</p> <p>2 - Quase nunca 1 - Às vezes 0 - Frequentemente</p>	<p>Sinto-me pouco ou muito apoiado</p> <p>2 - Quase nunca 1 - Às vezes 0 - Frequentemente</p>	<p>Converso com os meus amigos e família sobre temas de actualidade</p> <p>2 - Sempre 1 - Às vezes 0 - Nunca nunca</p>	<p>Uso cinto de segurança</p> <p>2 - Sempre 1 - Às vezes 0 - Nunca nunca</p>
<p>Ando no mínimo 30' diariamente</p> <p>2 - Quase sempre 1 - Às vezes 0 - Nunca nunca</p>	<p>Utilizarei o meu peso ideal em</p> <p>2 - Quase sempre 1 - Às vezes 0 - Nunca nunca</p>	<p>Utilizarei o meu peso ideal em</p> <p>2 - Menos de 1kg 1 - 1 ou 2 kg 0 - 3 ou mais kg</p>	<p>Um consumo de bebidas (alcoólicas, vodka, etc) é:</p> <p>2 - Nunca 1 - Às vezes 0 - Frequentemente</p>	<p>Um consumo de medicamentos que me recetam ou de venda livre</p> <p>2 - Quase nunca 1 - Às vezes 0 - Frequentemente</p>	<p>Relaxo e distraio de meu tempo livre</p> <p>2 - Quase sempre 1 - Às vezes 0 - Nunca nunca</p>	<p>Sinto-me feliz com a minha vida e com as atividades que realizo</p> <p>2 - Quase sempre 1 - Às vezes 0 - Nunca nunca</p>	<p>Sinto-me muito ou pouco deprimido</p> <p>2 - Quase nunca 1 - Às vezes 0 - Frequentemente</p>	<p>Participo em o meu trabalho e em as minhas atividades</p> <p>2 - Quase sempre 1 - Às vezes 0 - Nunca nunca</p>	<p></p>

- 2 - Some os pontos por ti registados e anota-os no final de cada coluna
- 3 - Transporta-os para a folha que te foi entregue e guarda-a como guia







IPBE

(Cummings & Lau, 2005)

Translation made by: Paulo César Azevedo Dias<sup>1</sup>

As perguntas seguintes referem-se, numa escala de “0” a “10”, ao grau em que estás **contente** com cada aspecto. “0” significa que te sentes Muito Triste: 10 significa que te sentes Muito Contente. No meio da escala está o 5 que significa que nem estás triste nem contente.

PARTE I

1. Em que grau estás contente com a tua vida em geral?

Muito Triste					Nem Contente nem Triste						Muito Feliz
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTE II

1. Em que grau estás contente com as coisas que tens? Como o dinheiro e outras coisas que te pertencem?

Muito Triste					Nem Contente nem Triste						Muito Feliz
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Em que grau estás contente com a tua saúde?

Muito Triste					Nem Contente nem Triste						Muito Feliz
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Em que grau estás contente com as coisas em que queres ser bom?

Muito Triste					Nem Contente nem Triste						Muito Feliz
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Em que grau estás contente na relação com as pessoas que conheces?

Muito Triste					Nem Contente nem Triste						Muito Feliz
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>1</sup> Universidade Católica Portuguesa  
Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais  
Email: pcdias@braga.ucp.pt

5. Em que grau estás contente **com o nível de segurança que sentes?**

Muito Triste					Nem Contente nem Triste						Muito Feliz
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Em que grau estás contente **em fazer coisas fora de tua casa (nos grupos de que fazes parte)?**

Muito Triste					Nem Contente nem Triste						Muito Feliz
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Em que grau estás contente **com o que pode acontecer contigo mais tarde na tua vida?**

Muito Triste					Nem Contente nem Triste						Muito Feliz
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ANEXO II – Pedido de Autorização de Utilização dos  
Instrumentos de Recolha de Dados**





Maria da Conceição Ferreira Leite de Pinho &lt;conceicaoferreirapinho@gmail.com&gt;

---

**Autorização**

---

Maria Do Carmo Martins Pires E Sousa <carמושousa@utad.pt> 23 de fevereiro de 2016 às 22:37  
Para: Maria da Conceição Ferreira Leite de Pinho <conceicaoferreirapinho@gmail.com>

Cara colega  
Peço desculpa pelo atraso na resposta.  
Mas claro que autorizo o uso da escala e estou disponível para qualquer questão que queira colocar.  
Votos de sucesso no seu trabalho  
Cumprimentos  
Mª do Carmo Sousa

---

De: Maria da Conceição Ferreira Leite de Pinho [conceicaoferreirapinho@gmail.com]  
Enviado: quinta-feira, 18 de Fevereiro de 2016 22:38  
Para: Maria Do Carmo Martins Pires E Sousa  
Assunto: Autorização

Exma. Doutora M. Carmo Pires,

Eu, Maria da Conceição C. Ferreira Leite de Pinho, enfermeira e aluna do Mestrado de Enfermagem Avançada na Universidade Católica do Porto - Instituto de Ciências da Saúde, encontro-me a desenvolver um projecto de investigação, sob orientação da Dra. Constança Festas Barbosa e que tem por objectivo principal o estudo dos estilos de vida e bem-estar dos adolescentes do 3º ciclo. Tendo conhecimento do seu saber nesta área, venho por este meio solicitar a sua autorização para utilizar o questionário "O meu estilo de vida" por si adaptado e que me foi facultado pela prof. Beatriz Araújo.

Obrigada por toda a colaboração que me possa prestar.

Os meus respeitosos cumprimentos  
Conceição Ferreira Pinho

Contactos:  
email - conceicaoferreirapinho@gmail.com  
telemóvel - 917718873





Maria da Conceição Ferreira Leite de Pinho &lt;conceicaoferreirapinho@gmail.com&gt;

---

**Autorização**

---

Paulo Dias &lt;pdias@braga.ucp.pt&gt;

23 de fevereiro de 2016 às 12:07

Para: Maria da Conceição Ferreira Leite de Pinho &lt;conceicaoferreirapinho@gmail.com&gt;

Cara Enf. Maria da Conceição Pinho,

Espero que se encontre bem.

Agradeço o interesse no nosso trabalho e receba a autorização e o maior incentivo para a utilização do IPBE, assim como a disponibilidade para alguma dúvida que entretanto lhe suscite.

De acordo com o Manual do instrumento (<http://www.acqol.com.au/iwbg/wellbeing-index/pwi-so-english.pdf>), depois de recolhidas as respostas, devem ser eliminados os casos em que os sujeitos respondem a todos os itens nas pontuações extremas (0 ou 10) e, para maior sensibilidade da análise, as pontuações devem ser convertidas numa escala de 0 a 100.Cordialmente,  
Paulo Dias

Paulo C. Dias

Praça da Faculdade, nº1, 4710-797 | T. (351) 253 208 022  
[www.fes.braga.ucp.pt](http://www.fes.braga.ucp.pt)

No dia 22 de fevereiro de 2016 às 15:30, Maria da Conceição Ferreira Leite de Pinho &lt;conceicaoferreirapinho@gmail.com&gt; escreveu:

Exmo Sr. Doutor Paulo Dias,

Eu, Maria da Conceição C. Ferreira Leite de Pinho, enfermeira e aluna do Mestrado de Enfermagem Avançada na Universidade Católica do Porto - Instituto de Ciências da Saúde, encontro-me a desenvolver um projecto de investigação, sob orientação da Doutora Constança Festas Barbosa e que tem por objetivo principal o estudo dos estilos de vida e bem-estar dos adolescentes do 3º ciclo. Tendo conhecimento do seu saber nesta área, venho por este meio solicitar a sua autorização para utilizar a escala IPBE (Índice Pessoal de Bem-Estar) por si traduzida e que me foi facultada pela Dra. Constança Festas.

Agradeço toda a colaboração que me possa prestar.

Os meus respeitosos cumprimentos

Conceição Ferreira Pinho

Contactos:

email: [conceicaoferreirapinho@gmail.com](mailto:conceicaoferreirapinho@gmail.com)  
Telemóvel: 917718873



**ANEXO III – Autorização do Ministério de Educação –  
Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar**



## Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº 0560600001

Caixa de entrada x

 mime-noreply@gepe.min-edu.pt  
para mim

27/10 (há 6 dias)

Exmo(a)s. Sr(a)s.

O pedido de autorização do inquérito n.º 0560600001, com a designação *Estilo de vida Fantástico e o bem-estar dos adolescentes*, registado em 16-10-2016, foi aprovado.

Avaliação do inquérito:

Exmo.(a) Senhor(a) Maria da Conceição Carvalho Ferreira Leite de Pinho

Venho por este meio informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos, devendo atender-se às observações aduzidas. Com os melhores cumprimentos

José Vítor Pedroso  
Diretor-Geral  
DGE

Observações:

- a) A realização dos Inquéritos fica sujeita a autorização das Direções dos Agrupamentos de Escolas do ensino público (Escola Eng. Fernando Pinto de Oliveira e Escola Secundária da Boa Nova - Leça da Palmeira ) a contactar para a realização do estudo. Merece especial atenção o modo, o momento e condições de aplicação dos instrumentos de recolha de dados em meio escolar, porque onerosos e sensíveis, devendo fazer-se em estreita articulação com a Direção do Agrupamento.
- b) Devem ser cumpridas as disposições da Autorização da CNPD nº 10852/2016 de 14 de Outubro.
- c) Informa-se, ainda, que a DGE não é competente para autorizar a realização de estudos/aplicação de inquéritos ou outros instrumentos em estabelecimentos de ensino privados e para autorizar a realização de intervenções educativas/desenvolvimento de projetos e atividades/programas de intervenção/formação em meio escolar junto de alunos em contexto de sala de aula, dado ser competência da Escola/Agrupamento.

Pode consultar na Internet toda a informação referente a este pedido no endereço <http://mime.gepe.min-edu.pt>. Para tal terá de se autenticar fornecendo os dados de acesso da entidade.



**ANEXO IV – Parecer da Comissão Nacional de  
Proteção de Dados**





N/Ref 02.02  
Proc. n.º 16070 / 2016  
Of. n.º 31182  
Data: 2016-10-14

*Assunto: Notificação de tratamento de dados de investigação clínica*

Com referência ao assunto em epígrafe, ficam V. Exas. notificados de todo o conteúdo da decisão desta CNPD n.º 10852/ 2016 proferido em 14-10-2016, cuja cópia se anexa.

Com os melhores cumprimentos.

A Secretária da CNPD

(Isabel Cristina Cruz)



### Autorização n.º 10852/ 2016

Maria da Conceição Carvalho Ferreira Leite de Pinho notificou à Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPd) um tratamento de dados pessoais com a finalidade de realizar um Estudo Clínico sem Intervenção, denominado Estilo de vida FANTASTICO e Bem-estar dos adolescentes .

Existe justificação específica para o tratamento de dados comportamentais, psicológicos ou volitivos, os quais estão diretamente relacionados com a investigação.

O participante é identificado por um código especificamente criado para este estudo, constituído de modo a não permitir a imediata identificação do titular dos dados; designadamente, não são utilizados códigos que coincidam com os números de identificação, iniciais do nome, data de nascimento, número de telefone, ou resultem de uma composição simples desse tipo de dados. A chave da codificação só é conhecida do(s) investigador(es).

É recolhido o consentimento expresso do participante ou do seu representante legal.

A informação é recolhida diretamente do titular.

As eventuais transmissões de informação são efetuadas por referência ao código do participante, sendo, nessa medida, anónimas para o destinatário.

A CNPD já se pronunciou na Deliberação n.º 1704/2015 sobre o enquadramento legal, os fundamentos de legitimidade, os princípios aplicáveis para o correto cumprimento da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro, alterada pela Lei n.º 103/2015, de 24 de agosto, doravante LPD, bem como sobre as condições e limites aplicáveis ao tratamento de dados efetuados para a finalidade de investigação clínica.

No caso em apreço, o tratamento objeto da notificação enquadra-se no âmbito daquela deliberação e o responsável declara expressamente que cumpre os limites e condições aplicáveis por força da LPD e da Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, alterada pela Lei n.º 73/2015, de 27 de junho – Lei da Investigação Clínica –, explicitados na Deliberação n.º 1704/2015.

O fundamento de legitimidade é o consentimento do titular.



A informação tratada é recolhida de forma lícita, para finalidade determinada, explícita e legítima e não é excessiva – cf. alíneas a), b) e c) do n.º 1 do artigo 5.º da LPD.

Assim, nos termos das disposições conjugadas do n.º 2 do artigo 7.º, da alínea a) do n.º 1 do artigo 28.º e do artigo 30.º da LPD, bem como do n.º 3 do artigo 1.º e do n.º 9 do artigo 16.º ambos da Lei de Investigação Clínica, com as condições e limites explicitados na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, que aqui se dão por reproduzidos, autoriza-se o presente tratamento de dados pessoais nos seguintes termos:

**Responsável** – Maria da Conceição Carvalho Ferreira Leite de Pinho

**Finalidade** – Estudo Clínico sem Intervenção, denominado Estilo de vida FANTASTICO e Bem-estar dos adolescentes

**Categoria de dados pessoais tratados** – Código do participante; idade/data de nascimento; género; composição do agregado familiar sem identificação dos membros; dados de qualidade de vida/efeitos psicológicos; comportamentais, psicológicos ou volitivos com conexão com a Investigação

**Exercício do direito de acesso** – Através dos investigadores, por escrito/ outro

**Comunicações, interconexões e fluxos transfronteiriços de dados pessoais identificáveis no destinatário** – Não existem

**Prazo máximo de conservação dos dados** – A chave que produziu o código que permite a identificação indireta do titular dos dados deve ser eliminada 5 anos após o fim do estudo.

Da LPD e da Lei de Investigação Clínica, nos termos e condições fixados na presente Autorização e desenvolvidos na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, resultam obrigações que o responsável tem de cumprir. Destas deve dar conhecimento a todos os que intervenham no tratamento de dados pessoais.

Lisboa, 14-10-2016



A Presidente

Filipa Carvalho

**ANEXO V – Parecer da Comissão de Ética da Unidade Local  
de Saúde de Matosinhos**



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS HOSPITAL PEDRO HENRIQUE	INFORMAÇÃO	Nº 88/16/RS Data: 2016/07/14
---	------------	---------------------------------

Para: Presidente do Conselho Clínico e de Saúde – Dra. Carla Ponte  
 Do Serviço de Gestão do Conhecimento

Assunto: Apreciação de estudo

INFORMAÇÃO

Exma. Senhora,

Venho, por este meio, solicitar apreciação ao nível de aprovação para realização de estudo intitulado “*Estilo de vida saudável e o bem-estar dos adolescentes*”, proponente a enfermeira e mestranda Maria da Conceição Carvalho Pereira Leite de Pinho, no âmbito da Dissertação de Mestrado em Enfermagem Avançada na Escola de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa.

Para mais informação respetiva,

Com os melhores cumprimentos

  
 Rui Silva  
 Serviço de Gestão do Conhecimento



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS  HOSPITAL FLORO HISPANO	INFORMAÇÃO	N° 88/16/RS  Data: 2016/07/14
--	------------	-------------------------------------

Funo: Presidente do Conselho Clínico e de Saúde – Dra. Carla Ponte  
 De: Serviço de Gestão do Conhecimento

Assunto: Apreciação de estado

Direção de TI / DTA-DECOM, SII

PARECER

Parcerias financeira do CCS.  
 Deve ser avaliada pelo Comitê de ETCs.  
 19/7/2016

  
 CCS/ASM



<p>UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS</p> <p>HOSPITAL PLENO HISPANO</p>	<p>INFORMAÇÃO</p>	<p>Nº 46/CE/IAS</p> <p>Data: 09-09-2016</p>
---	-------------------	---

Para: Serviço de Gestão do Conhecimento  
De: Comissão de Ética

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo intitulado "Estilo de vida Familiar e o bem-estar dos adolescentes"

INFORMAÇÃO

Exmos. Senhores,

A Comissão de Ética analisou o pedido de autorização para realização de estudo "Estilo de vida Familiar e o bem-estar dos adolescentes", proponente a enfermeira Marla da Conceição Carvalho Ferreira Leite de Pinho, no âmbito da Dissertação de Mestrado em Enfermagem Avançada na Escola de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa.

Decidiu nada opor à realização deste estudo, desde que tenha autorização do Presidente do Conselho Clínico do ACES.

Com os melhores cumprimentos,

Dr. José Alberto Silva  
Presidente da Comissão de Ética  
da ULSSM Matosinhos

*Dr. José Alberto Silva*  
(Presidente da Comissão de Ética da U. L. S. - Matosinhos)



<p>UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MOURMIZINHOS</p> <p>HOSPITAL PEDRO HUNGAR</p>	<p>INFORMAÇÃO</p>	<p>N.º 111/16/RS</p> <p>Data: 2016/09/15</p>
--	-------------------	--

Para: Conselho de Administração  
 de: Serviço de Gestão do Conhecimento

Assunto: Autorização para realização de estudo

INFORMAÇÃO

Exmos. Senhores,

Tendo reunida as condições necessárias, venho solicitar a V. Exas. autorização para realização de estudo intitulado "Estilo de vida saudável e o bem-estar dos adolescentes", proponente a enfermeira Maria da Conceição Carvalho Ferreira Leite de Pinho, no âmbito da Dissertação de Mestrado em Enfermagem Avançada na Escola de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa.

Em anexo informação respectiva,

Dr. JOÃO MASSARO  
 Diretor  
 Serviço de Gestão do Conhecimento  
 Serviço de Investigação, Epidemiologia Clínica e Saúde Pública Hospitalar  
 Com os melhores cumprimentos,

  
 Dr. João Massaro

Diretor do Serviço de Gestão do Conhecimento  
 Diretor do Serviço de Investigação, Epidemiologia Clínica e Saúde Pública Hospitalar



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS  HOSPITAL PEDRO HESPANO	INFORMAÇÃO	Nº 111/16/RS  Data: 2016/09/15
--	------------	--------------------------------------

Para: Conselho de Administração  
 De: Serviço de Gestão do Conhecimento

Assunto: Autorização para realização de estudo

DOCUMENTOS / DOCUMENTAÇÃO

Handwritten document from the Conselho de Administração ULSM, SPE, dated 21.09.2016. The document contains several signatures and stamps, including one from the Hospital Pedro Hispano. The text is mostly illegible due to handwriting.

PARCELO

Handwritten document titled "A PCA para auditoria" dated 20/09/16. It includes a signature and a stamp from ULSM, SPE, Matosinhos. On the left side, there is a vertical stamp: ULSM 19-09-16 2137537.

001\_01\_TFE\_1242

Uptblue | Col da Escola de Engenharia

8



**ANEXO VI – Termo de Consentimento Informado,  
Livre e Esclarecido**



## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

De acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

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

**Título do estudo:** “ Estilo de vida Fantástico e o bem-estar dos adolescentes”

**Enquadramento:** O estilo de vida representa para a maior parte das pessoas um elemento importante de saúde. Terminar ou iniciar novos comportamentos parte do conhecimento e vontade da própria pessoa, das características do seu estilo de vida, do desejo de ter um estilo de vida ativo, saudável, social e espiritualmente harmonioso. A adolescência é o período crucial para estratégias de promoção e educação para a saúde, devido às grandes modificações físicas, psicológicas e sociais na vida dos adolescentes. É nesta etapa que a aquisição de estilos de vida saudáveis pode consolidar-se de maneira definitiva, produzindo um impacto sem precedentes na sua história presente e futura.

**Explicação do estudo:** O aumento do conhecimento em saúde e adolescentes tem de partir do conhecimento da realidade vivida e da sua relação com o meio ambiente. Pretende-se desenvolver um estudo descritivo correlacional para descrever as relações existentes entre a perceção do estilo de vida e o bem-estar dos adolescentes do 3º ciclo das escolas de Leça da Palmeira, utilizando um instrumento de recolha de dados (Questionário).

**Condições e financiamento:** A recolha de dados será realizada pela investigadora, enfermeira e estudante da Universidade Católica Portuguesa. A participação nesta investigação é livre, ciente de que a participação é voluntária e de que está livre de em qualquer momento retirar o consentimento sem nenhuma espécie de prejuízo. A investigadora cumprirá as orientações éticas e deontológicas que regulam a investigação neste domínio.

**Confidencialidade e anonimato:** A investigadora deste projeto responsabiliza-se pela confidencialidade das informações recolhidas. Os participantes neste estudo não serão identificados em qualquer momento. A privacidade, anonimato e confidencialidade será garantida através da codificação de dados, sendo facultado os resultados do estudo.

Qualquer dúvida ou esclarecimento contacte: Tel. – 917718873; [conceicaoferreirapinho@gmail.com](mailto:conceicaoferreirapinho@gmail.com);

Assinatura: \_\_\_\_\_  
(Maria Conceição Carvalho Ferreira Leite de Pinho)

✕ \_\_\_\_\_  
Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais fornecidas pela pessoa que acima assina. 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 investigador.

Local e Data \_\_\_\_\_

Assinatura do encarregado de educação \_\_\_\_\_

Assinatura do inquirido/participante \_\_\_\_\_

