

Universidade do Minho
Instituto de Ciências Sociais

Diana Patrícia Pires Pinto

Fontes de informação e Literacia Mediática em Saúde: Um estudo com adolescentes portugueses

**Fontes de informação e Literacia Mediática em Saúde:
Um estudo com adolescentes portugueses**

Diana Patrícia Pires Pinto

UIMinho | 2019

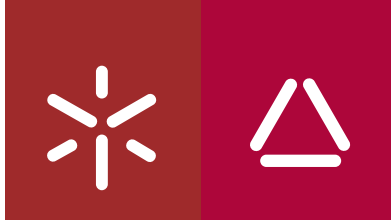
APOIO FINANCEIRO

A presente dissertação foi financiada pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT) através da concessão de uma bolsa de doutoramento (SFRH/BD/89335/2012), no âmbito do QREN – POPH – Tipologia 4.1 – Formação Avançada, comparticipado pelo Fundo Social Europeu e por fundos nacionais do MCTES.



julho de 2019





Universidade do Minho
Instituto de Ciências Sociais

Diana Patrícia Pires Pinto

**Fontes de informação e Literacia Mediática
em Saúde: Um estudo com adolescentes
portugueses**

Tese de Doutoramento
Doutoramento em Ciências da Comunicação

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Sara Pereira

julho de 2019

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição-NãoComercial-SemDerivações
CC BY-NC-ND

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

AGRADECIMENTOS

Porque não nascemos num vácuo e influenciámos e somos influenciados pelos que nos rodeiam, muitos foram os que contribuíram para este meu trabalho. Embora um simples “obrigada” seja claramente insuficiente para mim, tento desta forma revelar um pouco da minha gratidão.

À minha orientadora, a Professora Sara Pereira, agradeço as oportunidades que me proporcionou desde o primeiro momento! Sem ela este trabalho não existiria. Mais do que pela orientação, estou grata por ter acreditado, apoiado e investido em mim. Agradeço os conselhos, os insights, a partilha de perspetivas e alternativas e a abertura para novas ideias.

À Professora Deborah Begoray agradeço a oportunidade de ser investigadora visitante da Universidade de Victória, no Canadá. Obrigada pela receção, pelo apoio e carinho durante toda a minha estadia no Canadá e pela visita ao meu país. À Ana agradeço a partilha de experiências, as gargalhadas e a profunda amizade que veio para ficar. Para este sentimento de aconchego no Canadá contribuíram ainda o John, a Christie e a Vera, a quem, além de apoio no trabalho, agradeço os cafés “expresso”.

Ao Professor Manuel Pinto e à Professora Madalena Oliveira, que entre outros se destacaram pelo modo como me fizeram sentir bem acolhida nas Ciências da Comunicação. O vosso apoio e de outros Professores do ICS fez toda a diferença no meu percurso.

Aos adolescentes que participaram neste estudo, pois sem eles este projeto não seria possível. Por me permitirem “entrar” um pouco nas suas vidas, por me darem um pouco deles e me fazerem desejar dar tudo de mim. Por conseguirem surpreender-me sempre e fazerem-me acreditar que as futuras gerações têm um grande potencial. Destes jovens agradeço especialmente ao Miguel pela disponibilidade e motivação para ajudar, que foi muito além das expectativas.

À DGE, diretores dos agrupamentos/escolas, diretores de turma, professores e pais dos jovens do meu estudo, por facilitarem e me ajudarem a desenvolver o meu trabalho.

Aos meus colegas de jornadas que se revelaram muito mais do que isso: Mafalda, Ana Paula, Carla, Liliana, Ana, Miguel, Ricardina, Rita, Teresa, Bea, Simone, Patrícia, Amália, Clarisse e Sofia.

Ao José e à Tuxa, que se tornaram família de coração, muito mais forte do que muitos laços familiares tradicionais. Obrigada por todo o afeto e apoio.

Aos meus amigos de sempre e para sempre, daqueles que me fazem uma pessoa melhor: Lita, Alessandra, Sofia, Ana Santos, Antónia, Clara e Ana Luísa.

Ao Hugo, meu companheiro dos bons momentos e dos outros ... por me fazer acreditar em amor incondicional. Pelo pragmatismo, pela compreensão e pelo apoio mesmo nas alturas em que o trabalho se intrometeu no nosso tempo e no meu humor.

Ao Rui, meu irmão de coração, pela amizade incondicional e por estar sempre presente para me apoiar. Pela partilha de experiências, bons momentos e peripécias improváveis (ou impossíveis...) que vivemos juntos.

Ao meu irmão Telmo, pela racionalidade, pelas palavras de motivação e por acreditar em mim (mesmo quando eu própria desacreditei...).

Aos meus pais por todas as oportunidades que me proporcionaram, por todos os conselhos e apoio incondicional em todas as minhas decisões e em momentos menos bons. Por me darem a liberdade para fazer o meu próprio caminho. Por me inspirarem com a sua coragem, determinação e visão positiva dos desafios.... Enfim, por me ajudarem a ser quem sou!

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Fontes de informação e Literacia Mediática em Saúde: um estudo com adolescentes portugueses

Resumo

A crescente mediatização da nossa sociedade impele a novas abordagens de investigação no que diz respeito ao desenvolvimento na adolescência, nomeadamente ao tema da saúde. Este campo de investigação é extremamente amplo e multidisciplinar sendo, no entanto, unânime a importância do estudo das competências que permitem aos jovens aproveitar o potencial dos *media* e da informação sobre saúde. Neste contexto, é impreterível aprofundar a investigação sobre a Literacia Mediática em Saúde (LMS) na adolescência a nível nacional e internacional, focando e dando voz aos próprios adolescentes. Inspirado por conceitos e premissas nesta área, este estudo pretende explorar a Literacia Mediática em Saúde num grupo de adolescentes portugueses, na sua relação com os fatores sociodemográficos, as fontes de informação e os comportamentos online e de saúde destes jovens.

Para atingir os objetivos desta investigação, o estudo empírico encontra-se dividido em duas partes. A primeira, de cariz quantitativo, recorreu a inquéritos por questionário aplicados a 906 estudantes com idades compreendidas entre 11 e 19 anos de idade ($M = 14,14$) a frequentar o 7º, 9º e 11º anos de escolaridade em escolas dos distritos de Braga, Porto e Bragança. De modo a complementar e a aprofundar os resultados obtidos na primeira fase, a segunda componente, de natureza qualitativa, recorreu a 9 grupos de foco, abrangendo um total de 72 jovens, que tinham previamente respondido aos inquéritos por questionário.

Os resultados revelaram que, de uma grade diversidade de fontes, os pais são o principal meio de informação dos adolescentes para questões de saúde. São eles que os jovens mais procuram e em quem mais confiam. No entanto, a rapidez e comodidade no acesso à informação sobre saúde, associada à possibilidade de confidencialidade e anonimato, aliciam os jovens para a procura de informação online. Embora os adolescentes revelem lacunas relativamente à identificação e à perceção de impacto da informação sobre saúde, os resultados indicam que a capacidade de avaliar criticamente a informação constitui o seu maior desafio. A Literacia Mediática em Saúde revelou-se mais elevada nas raparigas, nos adolescentes com mais escolaridade, nos que conversavam mais com os pais (sobre saúde e *media*) e nos que obtinham mais frequentemente informação sobre saúde. Além disso, a LMS demonstrou poder contribuir para a promoção comportamentos saudáveis e/ou para a redução de comportamentos de risco.

Estes resultados inspiram sugestões para investigações futuras e pistas para a ação, no que diz respeito ao potencial papel dos pais, da escola, dos *media* (e respetivas campanhas de saúde) e dos próprios adolescentes na promoção da LMS e dos comportamentos de saúde dos jovens.

Palavras-chave: adolescência, fontes de informação, Literacia Mediática em Saúde, *media*, saúde

Health Information sources and Media Health Literacy: a study with Portuguese teenagers

Abstract

The growing mediatization of our society compels the adoption of new research approaches regarding the development during adolescence, especially in respect to health. Despite the vast dimension and multidisciplinary of this field, the importance of studying the skills that enable youths to take advantage of the potential of media and health information is unanimously recognized. In this framework, it is crucial to develop further research on Media Health Literacy (MHL) during adolescence, at national and international levels, highlighting and granting voice to teenagers. Based on concepts and notions of this field, this study aims to explore Media Health Literacy within a group of Portuguese teenagers, and in particular its relation to sociodemographic factors, information sources and health and online behaviors.

In order to fulfill the research goals, the empirical study is divided in two parts. The first part, quantitative in nature, consisted of surveys filled by 906 students, between the ages of 11 and 19 years-old, ($M = 14,14$), attending the 7th, 9th and 11th school years in schools distributed across Braga, Porto and Bragança. In order to complement and deepen the results of the first phase, a second qualitative part used 9 focus groups comprising a total of 72 teenagers whom had previously filled in the surveys.

The results showed that, amongst a major diversity of sources, parents are the main information source for teenagers regarding health topics. They are the ones that teenagers seek and trust the most. However, the speed and commodity in accessing information about health, combined with the possibility of confidentiality and anonymity, lures teenagers in seeking information online. Despite the fact that teenagers exhibit voids regarding the identification and perception of the impact of health information, results reveal the ability to critically assess information to be their greatest challenge. Media Health Literacy was shown to be higher in girls, in teenagers with higher education, in youngsters that engaged more often in conversations with their parents (on media and health issues), and in those that more frequently retrieved information about health. Furthermore, MHL was shown to be able to contribute to promoting healthy behaviors and/or reducing risk behaviors.

These results inspire further research and action plans in what concerns the potential role of parents, school, media (and respective health campaigns), and teenagers themselves in promoting MLH and health behaviors in teenagers.

Keywords: adolescence, information sources, Media Health Literacy, *media*

Índice

INTRODUÇÃO	15
1. Apresentação do tema	16
2. Objetivos e questão de investigação	18
3. Estrutura da Tese	19
CAPÍTULO I: MEDIA, COMUNICAÇÃO E SAÚDE NA ADOLESCÊNCIA	22
Nota introdutória	23
1. Ser adolescente no “aqui” e no “agora”	24
1.1 A (in)definição do conceito - Contexto sociológico e desenvolvimental	24
1.2 O lugar da saúde na adolescência	30
2. O lugar e a importância dos <i>media</i> na vida dos adolescentes.	32
2.1 Usos e práticas mediáticas no contexto familiar	38
3. Fontes de informação para a saúde	40
3.1 O papel dos agentes mediáticos e interpessoais	40
3.2 A comunicação com os pais	43
3.3 A procura de informação na Internet	45
4. Os <i>media</i> e a saúde dos jovens	47
4.1 A dualidade das perspetivas sobre benefícios e riscos	47
4.2 A saúde na Era Digital	53
4.3 A perceção de influência dos <i>media</i>	86
Síntese final	87
CAPÍTULO II: LITERACIA MEDIÁTICA EM SAÚDE	89
Nota introdutória	90
1. Literacia Mediática e a saúde dos adolescentes	91
1.1 A Literacia Mediática (LM)	91
1.2 A LM e a saúde dos adolescentes	95
1.3 Uma revisão sistemática: LM, comunicação, adolescentes e saúde	100
1.4 Da teoria à prática – intervenções de LM focadas na promoção da saúde	112
2. <i>Media</i> e a Literacia em Saúde	127
2.1 Dimensões e abordagens da Literacia em Saúde (LS)	127
2.2 Níveis e Medidas de LS	136
2.3 Os <i>media</i> como promotores da LS dos jovens	138
3. O cruzamento entre literacias	141
3.1. LM, LS e Comunicação para a saúde	141
3.2. O papel da LM na LS	143
3.3. O conceito de <i>eHealth Literacy</i>	144
3.4. A Literacia Mediática em Saúde	147

Síntese final	158
CAPÍTULO III: METODOLOGIA	160
Nota introdutória	161
1. Problemática de investigação	162
1.1 Objeto de estudo e questão de partida	162
1.2 O modelo concetual	163
1.3 Os objetivos, as questões e as hipóteses	164
2. Estudo Empírico	166
2.1 Fase quantitativa	168
2.2 Fase qualitativa	184
Síntese final	197
CAPÍTULO IV: RESULTADOS QUANTITATIVOS	198
Nota introdutória	199
1. Caracterização dos participantes	199
2. Usos e práticas mediáticas	203
2.1 Papel do género, ano de escolaridade e distrito nos usos mediáticos	206
2.2 Séries/programas	209
3. Comportamentos de saúde	211
3.1 Diferenças nos comportamentos de saúde	212
3.1 Usos mediáticos e comportamentos de saúde	214
4. Comportamentos online	215
4.1 Diferenças nos comportamentos online	216
4.2 Usos mediáticos e comportamentos online	219
5. Fontes de informação sobre saúde	219
5.1 Obtenção de informação sobre saúde	219
5.2 Diferenças na obtenção de informação sobre saúde	222
5.3 Obtenção de informação e comportamentos de saúde	224
5.4 Obtenção de informação e comportamentos online	225
5.5 Obtenção de informação, conversas com os pais e uso dos media	226
5.6 Preferências e escolhas das fontes de informação	226
5.7 Obtenção de informação por tema de saúde	229
5.8 Procura de informação na Internet	232
5.9 Comunicação com os pais	233
6. Perceções dos jovens sobre o impacto dos <i>media</i> nos seus comportamentos de saúde	237
7. Literacia Mediática em Saúde	238
7.1 Literacia em Saúde	239
7.2 <i>eHealth Literacy</i>	246
7.3 Literacia Mediática em Saúde	251
Síntese final	265

CAPÍTULO V: RESULTADOS QUALITATIVOS	267
Nota introdutória	268
1. Participantes	269
2. Observação preliminar	271
3. Temas resultantes da análise de conteúdo	273
4. Perceção sobre os conceitos “ <i>media</i> ” e “saúde”	273
5. Motivos para os usos e práticas mediáticas	278
5.1 Media que utilizam e preferem	279
5.2 Conteúdos e temas que gostam e procuram	280
5.3 Razões para a utilização dos <i>media</i>	283
6. O papel central dos pais e da Internet	291
6.1 Fontes que utilizam e a que recorrem em primeiro lugar	291
6.2 Pais como fontes de informação	293
6.3 Internet como fonte de informação	303
7. Avaliação/Seleção da informação	306
7.1 Táticas para avaliar a informação	306
8. Representações acerca da importância dos <i>media</i>	313
8.1 Perceções sobre o impacto dos <i>media</i>	313
8.2 Aspectos positivos e negativos dos <i>media</i>	317
9. Participação e <i>empowerment</i>	333
9.1 Utilização da informação	333
9.2 Relevância do tema	338
9.3 Propostas para promover a saúde	343
Síntese final	356
CAPÍTULO VI: DISCUSSÃO	358
1. As rotinas com os <i>media</i> : fazem o quê e para quê?	359
2. Fontes de informação: O destaque dos pais e a “competição” com a internet	364
3. A verosímil relação entre fontes de informação e os comportamentos	369
4. A Perceção da influência dos <i>Media</i> : ambivalente e superior “nos outros”	372
5. A avaliação da informação: o maior desafio	374
6. A relação entre a LMS e as características sociodemográficas, as fontes de informação e os comportamentos	379
CAPÍTULO VII: SÍNTESE CONCLUSIVA	381
Limitações e sugestões para investigações futuras	387

A amostra	388
Os métodos e os instrumentos	389
A recolha da amostra	390
Pistas para a ação	391
A avaliação prévia	391
Os media e as campanhas de saúde	392
Os pais	392
A escola	393
REFERÊNCIAS	397
ANEXOS	443

Índice de tabelas, figuras e gráficos

Tabelas

Tabela 1: Os 5 princípios fundamentais do CML.....	97
Tabela 2: Apresentação das Revistas que publicam sobre o tema	104
Tabela 3: Distribuição das idades médias, mínimas e máximas das publicações.	106
Tabela 4: Caracterização dos Estudos de Intervenções de LM na promoção da saúde dos adolescentes.....	121
Tabela 5: Modelo de Literacia em Saúde de Nutbeam (2000)	129
Tabela 6: Modelo Integrativo para a Literacia em Saúde.....	130
Tabela 7: Modelo do Processo de Três Conceitos	153
Tabela 8: Objetivos, questões e hipóteses orientadoras.....	165
Tabela 9: Distribuição do número de turmas inquiridas, por ano de escolaridade e distrito .	169
Tabela 10: Distribuição por dados sociodemográficos da amostra.....	170
Tabela 11: Descrição estatística da relação distrito/ano de escolaridade.....	170
Tabela 12: Descrição do inquérito por questionário.....	173
Tabela 13: Descrição dos vídeos utilizados neste estudo.....	176
Tabela 14: Sumário de questões e codificações da medida de Literacia Mediática em Saúde - inspirado e adaptado da medida de Levin-Zamir e colaboradoras (2011).....	179
Tabela 15: Distribuição da amostra por ano de escolaridade e distrito e género.	190
Tabela 16: Esquema-síntese dos métodos e técnicas de investigação utilizados	197
Tabela 17: Dados sociodemográficos da amostra	200
Tabela 18: Relação distrito/escolaridade	200
Tabela 19: Dados relativos aos irmãos	201
Tabela 20: Habilitações dos pais	201
Tabela 21: Valores médios do tempo de utilização dos <i>media</i>	203
Tabela 22: Frequências de preferência de programas/séries	209
Tabela 23: Frequências do visionamento de programas/séries de que abordam temas de saúde/risco	210
Tabela 24: Comportamentos de saúde	211
Tabela 25: Comportamentos online	215
Tabela 26: Obtenção de informação de saúde	220
Tabela 27: Fontes a que recorrem em primeiro lugar.....	226
Tabela 28: Facilidade de acesso às fontes de informação	227
Tabela 29: Preferência das fontes de informação.....	227
Tabela 30: Confiança nas fontes de informação.....	228
Tabela 31: Falta de confiança nas fontes de informação	229
Tabela 32: Fontes de informação por tema de saúde.....	231
Tabela 33: Diferenças na perceção sobre a influência no “outro” e no próprio	238
Tabela 34: Diferenças entre os níveis de LS considerando as variáveis em estudo.....	242
Tabela 35: Literacia em Saúde e variáveis sociodemográficas	243
Tabela 36: Literacia em Saúde e fontes de informação	244
Tabela 37: Diferenças entre os níveis de <i>eHealth Literacy</i> considerando as variáveis em estudo	248

Tabela 38: <i>eHealth Literacy</i> e fontes de informação	249
Tabela 39: Diferenças entre os níveis de LMS considerando as variáveis em estudo	261
Tabela 40: Literacia Mediática em Saúde e variáveis sociodemográficas	263
Tabela 41: Literacia Mediática em Saúde e fontes de informação.....	264
Tabela 42:Dados demográficos dos participantes dos grupos de foco.....	271
Tabela 43:Perceção de <i>media</i>	275
Tabela 44:Perceção de “saúde”	278
Tabela 45: <i>Media</i> que utilizam e preferem	280
Tabela 46: Conteúdos que gostam e procuram.....	283
Tabela 47:Razões para usar a Internet	285
Tabela 48: Razões para a utilização das redes sociais.....	288
Tabela 49: Razões para a utilização dos jogos electrónicos	290
Tabela 50:Razões para a utilização do telemóvel	291
Tabela 51: Fontes de informação de saúde que os adolescentes utilizam.....	292
Tabela 52: Fontes mediáticas e interpessoais que os adolescentes recorrem em primeiro lugar	293
Tabela 53: Pais como fonte de informação de saúde	301
Tabela 54: Internet como fonte de informação.....	305
Tabela 55: Táticas para avaliar a informação	308
Tabela 56: Razões para confiar na informação	311
Tabela 57: Razões para desconfiar da informação	313
Tabela 58: Perceção de impacto dos <i>media</i>	315
Tabela 59: <i>Media</i> com mais impacto na saúde.....	316
Tabela 60: Temas de saúde mais associados aos <i>media</i>	317
Tabela 61: Aspetos positivos dos <i>media</i>	325
Tabela 62: Aspetos negativos dos <i>media</i>	332
Tabela 63: Utilização da informação geral	336
Tabela 64: Utilização da informação dos pais	337
Tabela 65: Utilização da informação da Internet	338
Tabela 66: Justificação da relevância do tema	343
Tabela 67: Estratégias para promover a saúde	346
Tabela 68: Temas a divulgar/cuidar	347
Tabela 69: Meios de divulgação das campanhas de promoção de saúde.....	349
Tabela 70: Temas que gostava de ver trabalhados.....	355
Tabela 71: Contraposição entre perceção de influência positiva e negativa dos <i>media</i>	374
Tabela 72: Critérios de avaliação da informação	376

Figuras

Figura 1: Modelo conceptual de fatores que influenciam a saúde na adolescência de Sawyer e colaboradores (2012).....	31
Figura 2: Modelo Integrado individual e interpessoal de Literacia Mediática na Promoção da Saúde.....	100
Figura 3: Modelo do Processo de Interpretação da Mensagem (PIM).....	119
Figura 4: Modelo conceptual integrativo de Literacia em Saúde.....	131
Figura 5: Quadro teórico de Manganello (2008) para o estudo da Literacia em Saúde na adolescência.....	134
Figura 6: Modelo de socialização de Paek, Reber e Lariscy (2011).....	135
Figura 7: Modelo de Lírio de <i>eHealth Literacy</i>	145
Figura 8: Resumo esquemático do quadro teórico e variáveis intervenientes da investigação de Levin-Zamir et al. (2011).....	148
Figura 9: Quadro teórico de Begoray et al., (2010).....	151
Figura 10: Atributos essenciais de Literacia Mediática em Saúde Crítica.....	153
Figura 11: Quadro teórico de Literacia Mediática em Saúde (LMS) e <i>eHealth Literacy</i> de Levin-Zamir e Bertschi (2018).....	157
Figura 12: Síntese dos conceitos de Literacia Mediática, Literacia em Saúde, <i>eHealth Literacy</i> e Literacia Mediática em Saúde.....	159
Figura 13: Modelo conceptual do Estudo.....	164
Figura 14: Modelo de mediação entre as fontes mediáticas e a Literacia em Saúde.....	245
Figura 15: Modelo de mediação entre as conversas com os pais e a Literacia em Saúde....	245
Figura 16: Modelo de mediação entre entre o uso dos <i>media</i> e a <i>eHealth Literacy</i>	250
Figura 17: Modelo de mediação entre entre o uso da Internet e a <i>eHealth Literacy</i>	250
Figura 18: Modelo de mediação entre as conversas com os pais e a LMS.....	264
Figura 19: Distribuição dos participantes em função do género, escolaridade e distrito.....	269
Figura 20: Modelo Interacionista da Literacia Mediática em Saúde.....	387

Gráficos

Gráfico 1: Número de publicações por ano sobre Literacia Mediática e Saúde na adolescência.....	102
Gráfico 2: Nacionalidade das publicações sobre Literacia Mediática e Saúde na adolescência.....	103
Gráfico 3: Número de publicações por revista.....	104
Gráfico 4: Distribuição das publicações por género dos participantes.....	105
Gráfico 5: Distribuição das publicações por fontes de informação para a saúde dos adolescentes em se focam.....	106
Gráfico 6: Distribuição das publicações por tema de saúde abordado.....	107
Gráfico 7: Distribuição das publicações por abordagem.....	108
Gráfico 8: Distribuição das publicações por método de recolha de dados.....	109
Gráfico 9: Distribuição das publicações por método de análise de dados.....	109
Gráfico 10: Distribuição das publicações por contexto de recolha dos dados.....	110
Gráfico 11: Profissão das mães.....	202

Gráfico 12: Profissão dos pais	203
Gráfico 13: Utilização dos <i>media</i>	204
Gráfico 14: Diferenças significativas no uso dos <i>media</i> em função do género	207
Gráfico 15: Diferenças significativas no uso dos <i>media</i> em função da escolaridade	207
Gráfico 16: Diferenças significativas no uso dos <i>media</i> em função do distrito	208
Gráfico 17: Comportamentos de saúde.....	212
Gráfico 18: Diferenças significativas nos comportamentos de saúde em função do género .	213
Gráfico 19: Diferenças significativas nos comportamentos de saúde em função da escolaridade	213
Gráfico 20: Diferenças significativas nos comportamentos de saúde em função do distrito .	214
Gráfico 21: Comportamentos online	215
Gráfico 22: Diferenças significativas nos comportamentos online em função do género	217
Gráfico 23: Diferenças significativas nos comportamentos online em função da escolaridade	217
Gráfico 24: Diferenças significativas nos comportamentos online em função do distrito	218
Gráfico 25: Obtenção de informação de saúde.....	221
Gráfico 26: Diferenças significativas na obtenção de informação de saúde em função do género	222
Gráfico 27: Diferenças significativas na obtenção de informação de saúde em função da escolaridade	223
Gráfico 28: Diferenças significativas na obtenção de informação de saúde em função do distrito	224
Gráfico 29: Procura de informação sobre saúde na Internet.....	233
Gráfico 30: Conversas com os pais.....	234
Gráfico 31: Diferenças significativas na conversas com os pais em função do género	236
Gráfico 32: Diferenças significativas na conversas com os pais em função do distrito	237
Gráfico 33: Perceção de influência dos <i>media</i> nos comportamentos de saúde.....	237
Gráfico 34: Dimensões da Literacia em Saúde (percebida).....	239
Gráfico 35: Literacia em Saúde em função da escolaridade	242
Gráfico 36: Dimensões da eHealth Literacy.....	246
Gráfico 37: Identificação do tema de saúde para o videoclip 1	251
Gráfico 38: Concordância com a mensagem do videoclip 1	252
Gráfico 39: Perceção da influência para o videoclip 1	253
Gráfico 40: Ação/reação para o videoclip 1	254
Gráfico 41: Componentes da LMS para o videoclip 1	255
Gráfico 42: Identificação do tema de saúde para o videoclip 2	256
Gráfico 43: Concordância com a mensagem do videoclip 2	257
Gráfico 44: Perceção de influência para o videoclip 2	257
Gráfico 45: Ação/reação para o videoclip 2	258
Gráfico 46: Componentes da LMS para o videoclip 2	259
Gráfico 47: LMS em função do género.....	262
Gráfico 48: LMS em função da escolaridade	262
Gráfico 49: Distribuição dos participantes por idade.....	270

Do not go where the path may lead, go instead where there is no path and leave a trail.

Ralph Waldo Emerson

1. Apresentação do tema

A adolescência é frequentemente descrita como um processo complexo de desenvolvimento, maturação e crescimento físico e psíquico, até à vida adulta (ex., Sampaio, 2006), constituindo uma fase que requer atenção. Esta fase tende a ser caracterizada como de maior independência e utilização dos *media* (ex., Mathers et al., 2009; Pereira, Pinto & Moura, 2015; Rosen, 2010; Strasburger, Jordan & Donnerstein, 2012), o que a torna um alvo pertinente e relevante para a investigação. Neste sentido, o número de estudos que abordam o papel que os *media* desempenham na vida dos adolescentes tem aumentado em grande escala, a nível nacional e internacional (ex., Brown & Bobkowski, 2011; Pereira, Moura, Masanet, Taddeo e Tirocchi, 2018, Pereira et al., 2015; Strasburger et al., 2010, 2012). Paralelamente, têm surgido mais meios com uma maior diversidade de funcionalidades, que disponibilizam vários conteúdos mediáticos a qualquer hora, por tempo ilimitado (ex., Hasebrink & Paus-Hasebrink, 2013). São meios são cada vez mais privados, realistas, interativos e inovadores (ex., Strasburger, 2009), constituindo uma oportunidade para os jovens saciarem a sua necessidade de comunicar, serem autónomos e experimentarem novas sensações (Borzekowski & Rich, 2012). Com mais opções para comunicar e interagir, o jovem despende muitas horas na companhia dos *media* (ex., Houghton et al. 2015; Kenney & Gortmaker, 2017; Lemola, Perkinson-Gloor, Brand, Dewald-Kaufmann, & Grob, 2015; Mathers et al., 2009; Pereira et al., 2018; Pereira et al., 2015; Strasburger et al., 2012; Spizzirri et al., 2017) e mais tempo do que em qualquer outra atividade (ex., Borzekowski, & Rich, 2012). A acrescentar ao tempo despendido, os adolescentes envolvem-se frequentemente em mais do que uma atividade com os *media* em simultâneo (ex., Strasburger, 2009; Subrahmanyam, & Smahel, 2011; Weigelt, 2015). Das atividades mediáticas dos jovens, vários estudos (Ferreira et al. 2017; Gray, Culpepper & Welsh, 2012; Matos et al., 2015; Pereira et al., 2015; Ponte, 2011; Ponte & Batista, 2019) indicam o entretenimento e a comunicação como as mais frequentes. Consequentemente, as tendências de usos dos *media* são determinantes para a visão que o jovem tem do mundo e para o seu processo de socialização (Gray et al., 2012;

Hasebrink & Paus–Hasebrink, 2013) e têm um papel importante no desenvolvimento, na saúde e no bem-estar do adolescente (ex., Gray et al., 2012; Sawyer et al., 2012).

Embora a literatura apresente diversos estudos que falam da relação entre os *media* e a saúde dos adolescentes (ex., Hoffman-Goetz, Donelle, & Ahmed, 2014; Fisher, Greitemeyer, Kastenmüller, Vogrinic, & Sawyer, 2011; Mathers et al., 2009; Noro, 2009; Nunez-Smith, 2008; Strasburger, et al., 2012), o cruzamento entre as áreas da Literacia Mediática e as da comunicação e saúde dos jovens necessita de mais atenção (ex., Bergsma & Carney, 2008; Bier, Zwarun, Fehrmann & Warren, 2011; Brown, 2006, Brown & Bobkowski, 2011; L'Engle, Pardun & Brown, 2004). A Literacia Mediática pode ser facilmente integrada nos conteúdos da área da saúde e na educação do consumidor, pois entre muitas questões que são fortemente influenciadas pelos *media*, alguns autores incluem temas como a nutrição, a imagem corporal, o tabaco, o álcool, a resolução de conflitos, a publicidade e os efeitos dos *media* (Sheibe & Rogow, 2014). Neste contexto, a Literacia Mediática pode ser considerada uma forma de ajudar os mais jovens a fazer boas escolhas relativamente à sua saúde (Brown, 2006), sendo por isso fundamentais estudos neste domínio.

No que diz respeito à Literacia em Saúde, a investigação continua escassa relativamente a temas como a sua relação com os *media*, os instrumentos para a sua medida e as suas especificidades em relação aos adolescentes (Begoray, Marshall, Shone, & Rowlands, 2012; Manganello, 2008; Perry, 2014). O impacto dos *media* já foi tido em consideração em alguns modelos de Literacia em Saúde (ex., Nutbeam, 2000; Zarcadoolas, Pleasant, & Greer, 2005), mas a natureza dinâmica da Internet e das redes sociais exigem a continuação e uma maior aposta na realização de estudos nesta área (Fergie, Hunt, & Hilton, 2012). Algumas pesquisas sugerem também o grande potencial dos *media* enquanto promotores da saúde e da LS dos jovens (ex. Ghaddar et.al., 2012; Yap, Ghorbani & Hedari, 2011; Reavley & Jorm, 2012). Alguns estudos associam o conceito de Literacia Mediática ao da promoção da Literacia em Saúde (Begoray et al., 2013; Wharf Higgins et al., 2012; Wharf Higgins & Begoray, 2012; Wilmot et al., 2013) ou aplicam mesmo a Literacia aos recursos *online*, fazendo surgir o conceito de *eHealth Literacy*. Este conceito é definido como a “capacidade para procurar, encontrar, compreender e avaliar informação de saúde a partir de fontes eletrónicas, e aplicar esse conhecimento para abordar e resolver um problema de saúde” (Norman & Skinner, 2006a, p.2).

Com tudo isto em vista, emergiu um novo conceito: Literacia Mediática em Saúde (Crítica) (Begoray et al., 2013; Levin-Zamir, Lemish & Gofin, 2011; Wharf Higgins et al., 2012; Wharf Higgins & Begoray, 2012; Wilmot et al., 2013). Apesar de unir a complexidade de várias tendências teóricas, este conceito é mais amplo do que o conceito de “Literacia Mediática” aplicado à saúde e do que o de “Literacia em Saúde” aplicado aos *media*, quer contemplados independentemente ou considerando a interpretação crítica de ambos (Wharf Higgins & Begoray, 2012). Talvez por isso sejam poucos os trabalhos que consideraram o conceito de Literacia Mediática em Saúde Crítica (LMSC) nos seus estudos (Begoray, Banister, Wharf Higgins, & Wilmot, 2015; Begoray, Cimon e Wharf Higgins, 2010). Este conceito, como esses estudos têm mostrado, está dependente de múltiplas variáveis e é determinante nos comportamentos de saúde dos adolescentes e na identificação de grupos de risco, sendo essencial o aprofundamento desta linha de estudo (ex., Levin-Zamir *et al*, 2011; Bergsma & Carney, 2008). É também neste conceito que se suporta o presente trabalho.

2. Objetivos e questão de investigação

Entre a literatura que analisa a relação entre os *media* e a saúde dos adolescentes, alguns estudos focam a comunicação e Literacia em Saúde (ex., Manganello, 2008; Smart et al., 2012), outros analisam o impacto dos *media* na saúde, descurando o papel da Literacia Mediática (ex. Mathers et al., 2009; Strasburger et al., 2010, 2012). Outros focam-se ainda na Literacia Mediática e a sua relação com apenas uma componente específica da saúde, como, por exemplo, a sexualidade (ex. Austin et al., 2015; Pinkleton et al., 2013). Neste contexto, a literatura que integra os campos da Literacia em Saúde e a Literacia Mediática e que os associa num único construto é escassa a nível nacional e internacional, sendo, no entanto, de realçar os estudos de Levin-Zamir e colaboradoras (2011) e Wharf Higgins & Begoray (2012).

Este estudo pretende dar continuidade a esta linha de investigação e analisar de que modo os adolescentes portugueses obtêm, utilizam, identificam, compreendem e avaliam a informação e/ou os conteúdos sobre saúde. Pretendemos ainda explorar a relação entre a LMS, as fontes de informação (interpessoais e mediáticas), algumas características sociodemográficas (ex., género, distrito) e os comportamentos dos adolescentes (online e de saúde).

De um modo sucinto, o objeto do nosso estudo tem por base duas questões de partida:

De que modo os adolescentes portugueses obtêm, utilizam, identificam, compreendem e avaliam a informação e/ou os conteúdos sobre saúde? Qual a relação entre os fatores individuais e ambientais, as fontes de informação e os comportamentos, online e de saúde, dos jovens com os seus níveis de Literacia Mediática em Saúde?

Interessa-nos explorar as práticas mediáticas dos jovens (o que fazem com os *media* e com que propósitos); onde e como procuram e obtêm informação sobre saúde; se existe uma relação entre a obtenção de informação sobre saúde e a LMS; de que modo é que os adolescentes percecionam a importância dos *media* na saúde; de que forma os dados sociodemográficos se relacionam com a Literacia Mediática em Saúde e qual a relação da LMS com os comportamentos dos adolescentes.

3. Estrutura da Tese

Esta tese encontra-se organizada em sete capítulos. Os dois primeiros constituem a literatura relevante acerca dos *media*, comunicação, saúde e Literacia Mediática em Saúde na adolescência. O terceiro refere-se à metodologia da investigação; os seguintes dão corpo aos resultados quantitativos e qualitativos, assim como à discussão dos respetivos dados. Por último, apresenta-se a conclusão.

O Capítulo 1 - *Media*, Comunicação e Saúde na Adolescência – pretende constituir a base deste trabalho e analisar o lugar que a adolescência ocupa na sociedade, a relação que esta faixa etária estabelece com os meios de informação interpessoais e mediáticos, o modo como obtêm informação sobre saúde e o feedback que a literatura devolve dos estudos que relacionam os *media* com a saúde dos adolescentes. Deste modo, este capítulo salienta a importância de dar *empowerment* aos jovens através de literacias que lhes permitam selecionar, avaliar criticamente, comunicar e utilizar da melhor forma as informações sobre

saúde provenientes dos mais diversos canais. Concluindo, este capítulo abrange temáticas que fundamentam e justificam a necessidade do estudo da Literacia Mediática em Saúde.

O Capítulo 2 - Literacia Mediática em Saúde – tem como base o Capítulo 1 e explora diferentes perspectivas existentes que unem a Literacia Mediática e a saúde e, por sua vez, a relação entre a Literacia em Saúde e os *media*. Neste contexto, o pensamento crítico dos jovens, que constitui um denominador comum nestas literacias, é particularmente destacado pela sua relevância e complexidade. Estes temas servem de base para explorar a escassa investigação que os une e suplanta - a Literacia Mediática em Saúde.

O Capítulo 3 – Metodologia – revela, como o nome indica, as escolhas metodológicas, os passos e modo como todo o processo de investigação decorreu. Deste modo, inicia-se com os objetivos e o modelo conceitual proposto por este estudo. Uma vez que a população-alvo deste estudo é composta por adolescentes, são apresentadas as etapas que conduziram à amostra esperada e à final. São também apresentados os cuidados éticos na condução da investigação com adolescentes, sendo também relatados os processos relativos aos pedidos de autorização de todas as entidades competentes para recolha de dados em meio escolar. São também aqui descortinadas e justificadas as opções pelas abordagens (qualitativa e quantitativa) e os respetivos instrumentos (questionário e guião dos grupos de foco). Este capítulo descreve ainda o processo de análise dos dados quantitativos e qualitativos.

O Capítulo 4 nasce da análise de dados quantitativos, fruto da aplicação do inquérito por questionário aos adolescentes. Este capítulo expõe e explora os dados organizados por temas: usos e práticas mediáticas, comportamentos de saúde, comportamentos online, fontes de informação sobre saúde, perceção de impacto dos *media* nos adolescentes e Literacia Mediática em Saúde.

O Capítulo 5 analisa os resultados obtidos a partir da realização dos grupos de foco e respetiva análise qualitativa e complementa a informação obtida a partir do inquérito por questionário e da análise dos dados quantitativos. Explora ainda lacunas e responde a questões orientadoras que emergiram do capítulo quantitativo.

No Capítulo 6 - Discussão – após analisados os dados quantitativos e qualitativos, estes são complementados, confrontados e comparados. São ainda explorados à luz da literatura inerente aos respetivos temas.

O Capítulo 7 – Síntese conclusiva – apresenta, após a discussão dos resultados, as limitações do estudo e sugestões para investigações futuras realizadas na área, especialmente no que se refere a três áreas principais: amostra, métodos e instrumentos e recolha da amostra. Explora e sugere, ainda, pistas para a prática: o papel dos adolescentes como “consultores” nas intervenções/campanhas com foco nessa faixa etária, o potencial dos *media* em campanhas de saúde, o papel dos pais e da escola e sugestões para elaboração de “material”, que podem ajudar os adolescentes a lidar do melhor modo com informação sobre saúde, aumentar as competências associadas à Literacia Mediática em Saúde e, em última instância, melhorar a sua qualidade de vida.

CAPÍTULO I: MEDIA, COMUNICAÇÃO E SAÚDE NA ADOLESCÊNCIA

Nota introdutória

No compasso de uma sociedade cada vez mais mediatizada, alteram-se as formas de comunicação e de expressão, o que acarreta novas oportunidades e vulnerabilidades para os jovens. Simultaneamente, altera-se a forma como a juventude é concebida, observada e estudada, e como esta atribui significado e transforma o (seu) mundo, reagindo à mudança, às expectativas de si própria e às do meio envolvente. Com tais considerações em mente, este capítulo pretende assim construir uma perspetiva geral das abordagens teóricas e da investigação empírica mais atuais na área dos *media*, comunicação e saúde na adolescência.

Tendo o presente estudo um foco na adolescência, iremos iniciar pela análise das características biológicas, físicas, psicológicas, sociais e culturais dos jovens. No contexto sociológico e desenvolvimental do adolescente, esta fase da vida é frequentemente foco de atenção pela possibilidade de fatores de risco e problemas de saúde (ex., Sawyer et al., 2012; Unicef, 2011), um tema que aqui também merecerá atenção.

Esta fase tende a ser caracterizada, igualmente, como de maior independência e utilização dos *media* (ex., Mathers et al., 2009; Pereira et al., 2015; Rosen, 2010; Strasburger et al., 2012), pelo que não poderíamos deixar de explorar esta relação e o modo como é sentida no seio familiar.

Sendo inegável uma grande diversidade de fontes, o conhecimento sobre a forma como os jovens obtêm informação é limitado e muito mais ainda se considerarmos o que diz respeito a temas de saúde. Nesta área, queremos assim abordar algumas questões: Onde é que os jovens obtêm informação para a saúde? Onde a procuram e porquê?

Finalmente, a análise explora as tendências da investigação que cruza os *media* e a saúde dos adolescentes. Mais especificamente, queremos analisar o modo como a literatura aborda o tema e se esta aponta (ou não) o impacto dos *media* na saúde dos jovens.

1. Ser adolescente no “aqui” e no “agora”

1.1 A (in)definição do conceito - Contexto sociológico e desenvolvimental

Sendo este trabalho focado numa população específica - os adolescentes - torna-se impreterível compreender o conceito de adolescência, as especificidades desta população e a consequente importância para a investigação nesta área. A palavra “adolescência” deriva do latim “adolescere” que, por sua vez, significa “crescer” (ex., Kar, Choudhury & Singh, 2015).

Numa primeira tentativa de encontrar uma definição clara, consensual e universal de adolescência, os dicionários *online* podem parecer uma solução fácil. No entanto, analisemos uma definição de adolescência disponível numa fonte muito utilizada:

“Quadra da vida entre os primeiros assomos da puberdade e o termo do completo desenvolvimento do corpo.” (Priberam¹, n.d.)

Ao invés de esclarecer o conceito, esta definição caracteriza-o de uma forma que pode ser considerada insatisfatória, ao levantar questões como: “Tem a adolescência apenas que ver com o desenvolvimento do corpo?” ou “A idade adulta inicia quando termina a puberdade?”

Embora não exista uma definição única de adolescência, esta fase é caracterizada por um processo complexo de desenvolvimento, maturação e crescimento físico e psíquico, até à idade adulta (ex., Gray et al., 2012; Sampaio, 2006).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o adolescente é uma pessoa com idade entre os 10 e os 19 anos². Segundo o relatório da Unicef “The State of The World Children 2011”, esta fase tão ampla pode ser dividida entre a fase inicial da adolescência - 10 a 14 anos e a fase final da adolescência - 15 a 19 anos. No entanto, a definição das idades da adolescência sobrepõe-se, parcial ou totalmente, a outras definições, nomeadamente a de Criança, Jovem e Juventude³.

¹ Disponível em <http://www.priberam.pt/dlpo/>

² <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2/page1/recognizing-adolescence.html>

³ <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2/page1/recognizing-adolescence.html>

Em 1989, na Convenção sobre os Direitos da Criança, foi definido que todos os menores de 18 anos se enquadram na definição de “criança”. No entanto, pode ser interessante notar que as restrições linguísticas podem estar aqui a fazer algum tipo de constrangimento na universalização do conceito, dado que as Nações Unidas (2013) situam o conceito “Youth” nas idades entre 15 e 24⁴ anos e a OMS (2014) estabelece “Young people” entre os 10 e os 24 anos, unindo a adolescência e a juventude.

Callejo Gallego (2012) sustenta que existem muitas definições de adolescência e que estas se cruzam com os conceitos de crianças e de jovens. Neste sentido, os adolescentes são considerados “humanos não adultos” (p.19). Simultaneamente, o autor considera que estabelecer a adolescência entre idades é um convencionalismo que pode ser muito criticado (Callejo Gallego, 2012).

Embora seja universal que na passagem da infância para a idade adulta ocorram alterações biológicas, o conceito de adolescência existe apenas nas sociedades modernas (Giddens, 1997). Por outro lado, as transformações físicas alteram o seu significado *mediante* a respetiva sociedade. Deste modo, para além de transformações corporais, devem, igualmente, ser tidas em consideração as alterações sociológicas (Callejo Gallego, 2012).

No entanto, nas sociedades ocidentais, tem-se vindo a assistir a uma mudança contínua e cada vez mais elástica dos significados de juventude (Buckingham & Kehily, 2014). Por outro lado, José Machado Pais (1990) defende que existem conceitos paradoxos e diversos para “juventude”, sendo, no entanto, frequentemente retratada como problemática, instável e marcada por problemas sociais cujo término depende da adoção de algumas responsabilidades. Neste sentido, a Sociologia da Juventude tem estudado duas tendências principais, em que a primeira encara a juventude como a geração em termos etários ou um conjunto social com pontos em comum; e a segunda, que assume os jovens como um conjunto social com foco nas diferenças sociais e económicas, assim como nas diferentes oportunidades de vida. Para decifrar estes paradoxos, devem ser estudadas as experiências sociais dos jovens e como as incorporam em formas de pensar e agir e de que forma a sociedade interfere na vida do jovem, sendo que as crenças e representações sociais estão associadas ao sentimento de “pertença” geracional ou social (Pais, 1990).

⁴ <http://www.un.org/esa/socdev/documents/youth/fact-sheets/youth-definition.pdf>

Numa análise do contexto português, um olhar sobre a legislação em vigor indica que os jovens com menos de 18 anos têm que apresentar autorização do poder paternal reconhecida por um notário, para viajar para fora do país. Com 16 anos, um adolescente português pode casar e tirar licença de condução (desde que autorizado por progenitores/responsáveis). Os 18 anos são um importante ponto de corte na sociedade portuguesa, a partir do qual os jovens atingem a maioridade e adquirem plena capacidade de exercício de direitos. A partir desta idade, os jovens portugueses podem viajar, votar, tirar a carta de condução e conduzir (a maior parte dos veículos), sem ser necessária autorização por parte de quem exerce o poder paternal.⁵ A idade mínima para um jovem poder trabalhar é de 16 anos⁶ e a escolaridade é obrigatória até aos 18 anos, constituindo o 12º ano de escolaridade a qualificação mínima⁷. Esta última lei em específico vai ao encontro da ideia de Giddens (1997), de que nas sociedades modernas os jovens são obrigados a permanecer na escola até mais tarde e, perante a lei, são igualados a crianças.

No entanto, se a demarcação e a estipulação de direitos e deveres legais do jovem são claras e concisas, o mesmo não se pode assumir relativamente aos desafios alusivos aos papéis sociais. Existe variabilidade na estipulação de faixas etárias para cada fase da vida. Esta delimitação de fases varia geograficamente e as suas fronteiras têm-se esbatido ao longo do tempo, tornando-se mais fluídas (Pais, 2009). Há alguns anos, os rituais de passagem delimitavam transições e, mais recentemente, o casamento e o emprego também (Pais, 1990; Pais, 2009). Atualmente, existe um prolongamento das fases da vida e, em oposição ao passado, a juventude é algo desejado (Pais, 2009). Embora as fronteiras das fases sejam indeterminadas, alguns marcadores de passagem são globalmente assumidos como se iniciando em determinadas idades (ter relações sexuais, deixar a escola, deixar a casa dos pais, etc) (Pais, 2009). No caso da adolescência, Callejo Gallego (2012) sustenta que nas sociedades modernas, os rituais de passagem foram substituídos por primeiras experiências, como por exemplo, a primeira vez que saem sozinhos.

De qualquer modo, as fronteiras com a idade adulta têm vindo a desvanecer-se ou a estender o período de vida adolescente, talvez porque os valores que se desejam da idade

⁵ https://juventude.gov.pt/CIDADANIA/DIREITOSDEVERES/Paginas/Direitos_e_Deверes.aspx

⁶ http://www.cite.gov.pt/pt/legis/CodTrab_L1_003.html

⁷ http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Secundario/Documentos/dl_176_20121.pdf

adulta sejam cada vez mais difíceis de obter, ao mesmo tempo que são menos desejados (Buckingham, & Kehily, 2014). Por outro lado, José Machado Pais (2009) argumenta ainda que é possível que os “ritos de passagem” estejam a ser substituídos pelos “ritos de impasse”. Deste modo, hoje em dia existe uma situação de “impasse”, que se reflete numa incerteza face ao futuro e precariedade envolvente. Este impasse pode ser mais complicado devido às representações sociais de idades normativas para o indivíduo se comportar de determinado modo (Pais, 2009).

Para além destes desafios, os adolescentes residentes em Portugal viveram parte das suas curtas vidas num país a atravessar uma crise e recessão económica, que iniciou em 2008 (ex. Gonçalves, 2017). Esta crise pode afetar de diversas formas a vida dos adolescentes: a educação, natalidade, habitação e vizinhança, a alimentação, a segurança e comportamentos de risco, a possibilidade de pobreza e a privação material, a relação familiar e social, o lazer e a saúde (Wall et al., 2015). Em Portugal, existem indícios de que o desemprego dos pais destes jovens aumentou com a crise no período pós-2008 (ex. Gonçalves, 2017). A situação profissional dos pais afeta o desempenho vocacional dos filhos, sendo que filhos de pais desempregados tendem a ter um menor grau de investimento e exploração de opções (Sobral, Gonçalves, & Coimbra, 2009), o que pode estar associado ao aumento da percentagem de adolescentes a reportar menores expectativas de futuro (ex. ingressar na Universidade) (Matos et al, 2015). Com a crise, os adolescentes constituem um dos grupos com maior risco de exclusão social (Antunes, 2015).

Não menosprezando os efeitos dos potenciais problemas sociais e económicos que afetam os adolescentes, estes enfrentam igualmente os desafios inerentes ao seu desenvolvimento intelectual e cognitivo. A este nível, vale a pena recordar Piaget, um psicólogo que adotou uma perspetiva construtivista, cognitivista e interacionista do desenvolvimento intelectual. Este autor defende que, através da observação e experimentação, o jovem interage com o meio e é ativo no seu processo de aprendizagem. Para este autor, é aproximadamente a partir dos 11 ou 12 anos (até aos 15/16) que o jovem passa do estágio das operações concretas, onde a criança opera ao nível de objetos concretos, não sendo ainda capaz de verbalizar hipóteses ou realizar operações de lógica elementares, para o estágio das operações formais, no qual já é capaz de realizar operações que impliquem pensamento abstrato e raciocínio hipotético-dedutivo. Nesta fase, o adolescente consegue raciocinar ao

nível de hipóteses e não apenas de objetos, assim como estabelecer conceitos e valores (Piaget, 1964, 1972).

Já Erikson (1963, 1968) defende que a maior parte da adolescência (12 aos 18/20) é caracterizada por um estágio de “Identidade *versus* Difusão/Confusão”, na qual o jovem adquire uma identidade psicossocial, explorando estatutos e papéis na sociedade que o rodeia. No entanto, esta fase é caracterizada por uma confusão causada pelo facto de o jovem ainda não saber o seu papel no mundo ou qual o melhor caminho a seguir. Cada jovem demora o seu tempo a formar a sua identidade e esse tempo tem vindo a aumentar com os processos de industrialização e tecnologização (Gross, 1987).

Mais recentemente, Gray et al. (2012) dividiram a adolescência em duas classes de mudanças primárias e contextuais. A primeira classe – mudanças primárias – engloba as mudanças físicas e biológicas, bem como o desenvolvimento cognitivo, moral e da identidade. O cérebro do adolescente passa por mudanças estruturais significativas nas áreas responsáveis pelo processamento de informação, raciocínio, tomada de decisão, autocontrolo e regulação emocional. Durante estas transformações, o adolescente desenvolve a sua identidade (incluindo a autoperceção, a autoestima e o autoconceito) e princípios morais (como as crenças, sentimentos e atitudes acerca do que é certo ou errado). A segunda classe – mudanças contextuais – considera o contexto que envolve o adolescente: família, grupos de pares e relações amorosas, bem como a escola, o trabalho e as tendências culturais e sociais (Gray et al., 2012; Wharf Higgins, Begoray & MacDonald, 2009). Nestas tendências, destaca-se o papel dos *media*, pois os adolescentes utilizam uma grande variedade de meios de comunicação e tecnologias (Gray et al., 2012). As tendências de uma determinada sociedade e cultura influenciam a popularidade dos diferentes tipos de *media* que, por sua vez, influenciam as experiências dos jovens e o modo como estes socializam e comunicam (Gray et al., 2012).

Neste contexto, Galego (2012) defende que os adolescentes crescem comunicativamente e que a adolescência constitui um nicho comunicativo especial e diferente do adulto:

“Enquanto o resto das marcas sociais se dilui, além do eco encontrado pelos sinais da transformação corporal e da explosão hormonal, é a comunicação que marca a adolescência

nas sociedades modernas. (...) O mundo da vida do adolescente é, mais do que qualquer outra categoria social, um nicho comunicativo e o que lhe dá um principal status nas nossas sociedades industriais..." (Callejo Gallego, 2012, p. 25)

Para este autor, pode considerar-se que a adolescência tende para um novo sistema social de comunicação através dos *media* com características de interatividade e pelo multimidiático e existe uma grande convergência entre os adolescentes e a digitalização (Callejo Gallego, 2012).

Uma vez que a estimulação afeta a estrutura do cérebro e a forma como o indivíduo pensa (plasticidade) e que a própria forma de pensar vai sendo alterada com a experiência individual e cultural (maleabilidade), existe evidência de que estes "nativos digitais" adolescentes pensam de forma diferente através de um cérebro física e psicologicamente distinto dos "imigrantes digitais", com competências cognitivas e áreas do cérebro mais desenvolvidas do que outras (Prensky, 2001). Talvez o "preço a pagar" esteja relacionado com a atenção despendida em cada uma das tarefas e na qualidade da comunicação familiar (Subrahmanyam, & Smahel, 2011). No entanto, geralmente estes jovens não são mais distraídos, mas têm uma atenção seletiva, perdendo, contudo, na capacidade de reflexão, de pensamento crítico ou de aprender com a experiência (Prensky, 2001).

Numa fase da formação da identidade, eles experimentam diversos *selves* através do que comunicam e partilham na Internet, são mais independentes, menos controlados, passam menos tempo com os pais e mais com os pares (ex., Strasburger, 2009). Ao mesmo tempo, são frequentemente seduzidos pelo risco e começam a tomar decisões que podem afetar as mais diversas áreas da sua saúde (*ibidem*). Embora aumente, na segunda fase da adolescência, a capacidade de avaliar riscos e tomar decisões conscientes, muitos dos comportamentos de risco (ex., consumo de tabaco) adquiridos na fase anterior podem-se manter (Unicef, 2011). De facto, existe evidência empírica forte, proveniente da área das neurociências, de que os adolescentes têm uma apetência pelo risco que não existe na infância ou na idade adulta (Steinberg, Albert, Cauffman, Banich, Graham & Woolard, 2008; Steinberg, 2007, 2008, 2010). Por outro lado, a procura de sensações aumenta ao longo da adolescência (ex., Collado, Felton, MacPherson, & Lejuez, 2014), o que faz com que possam correr mais riscos.

Deste modo, a adolescência corresponde a uma fase do desenvolvimento que envolve diversas questões de saúde, quer pelo início de uma fase em que os jovens se tornam mais autónomos, quer pelos riscos inerentes a alguns comportamentos de saúde ou pelos comportamentos de risco que frequentemente envolve (ex., Viner et al., 2012).

1.2 O lugar da saúde na adolescência

De acordo com a OMS, a Saúde pode ser definida como *“um estado de total bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença ou enfermidade.”* (OMS, 1946, p.100) e desde então esta definição não sofre alterações. *“A saúde (...) é vista como um recurso de vida diária, não o objetivo de viver (...) é um conceito positivo, enfatizando recursos sociais e pessoais, bem como capacidades físicas”* (OMS, 1986, p.1). É irrevogável a extrema importância deste recurso, especialmente quando falha ou demonstra quão finito é. Como lembra Roxanne Parrot (2009), não é comum as pessoas em pleno “leito de morte” lamentarem o facto de não terem trabalhado mais, mas o arrependimento de não terem cedido mais atenção à sua saúde é frequente.

Um dos estudos com maior dimensão no domínio da saúde dos adolescentes é o HBSC (Health Behaviour in School Aged Children), que consiste num projeto internacional promovido pela Organização Mundial de Saúde, compreendendo, atualmente, a parceria entre 44 países na Europa e América do Norte (Inchley, & Currie, 2016; Matos, Simões, Camacho, Reis & Equipa Aventura Social, 2015). Através de um vasto questionário aplicado a adolescentes, o estudo pretende analisar os estilos e contextos de vida dos adolescentes.⁸

Os adolescentes diferem entre si, dependendo da idade, do desenvolvimento cognitivo, da personalidade, das diferenças de género, das experiências pessoais e de socialização prévias (Strasburger, 2009). Conceptualizando, a saúde depende de fatores individuais, sociodemográficos e culturais (Dehne & Riedner, 2001). Seguindo esta linha de pensamento, Sawyer *et al.* (2012) desenvolveram um modelo conceptual que demonstra a variedade de

⁸ O projeto Aventura Social desenvolvido por Matos, Simões, Camacho, Reis, e Equipa Aventura Social (2014) foi o responsável pela edição mais recente em Portugal, que abrangeu 35 agrupamentos de escolas. A amostra total nacional final foi constituída por 6026 participantes que frequentavam o 6º, 8º e 10º ano de escolaridades, procurando atingir alunos com 11, 13 e 15 anos de idade. Este estudo permitiu recolher um grande conjunto de dados importantes que promovem o conhecimento acerca dos comportamentos de saúde dos jovens portugueses.

fatores que influenciam a saúde na adolescência. Este modelo enfatiza a importância de uma perspectiva do desenvolvimento humano e das determinantes sociais que se cruzam com determinantes específicas da adolescência: maturação neurocognitiva e puberdade. Desta interação resulta o conjunto de condicionantes, riscos e comportamentos relacionados com a saúde que, adicionalmente, estão dependentes de intervenções, serviços e políticas sociais (ver Figura 1).

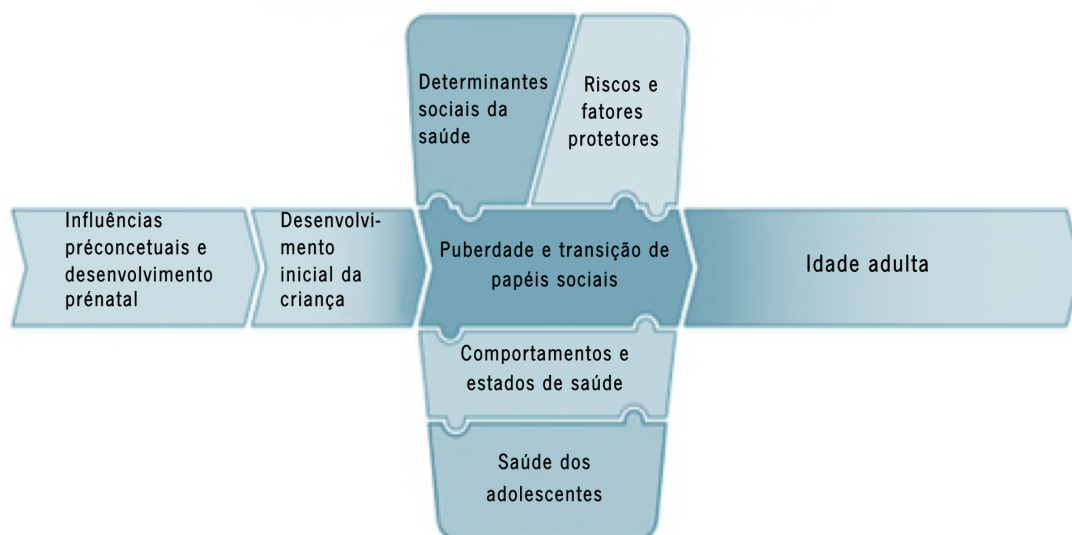


Figura 1: Modelo conceitual de fatores que influenciam a saúde na adolescência de Sawyer e colaboradores (2012).

Concluindo, para a compreensão da saúde é necessária uma abordagem relativamente ao curso de vida. Assim, para serem atingidos objetivos relativamente à saúde na adolescência e na idade adulta, a intervenção deverá começar na infância e na adolescência e ter em consideração que ela está dependente também do meio circundante. É igualmente importante adaptar os comportamentos de promoção da saúde ao novo conhecimento que vai sendo difundido (Bustreo & Chestnov, 2013).

Deste modo, o mundo não pode nem ficar indiferente e tenta procurar soluções. No entanto, existe uma desigualdade na atenção à saúde dos adolescentes dos países em desenvolvimento, comparativamente aos países subdesenvolvidos (Patton et al., 2010). Na 68ª Resolução das Nações Unidas para a População e o Desenvolvimento - Assembleia Mundial de Saúde (World Health Assembly - WHA), foram reveladas preocupações governamentais com a saúde na adolescência e respetivos riscos. Para além disso, o foco na

adolescência será importante para atingir objetivos para o Desenvolvimento do Milênio. A OMS está igualmente preocupada com o desenvolvimento da pesquisa nesta área, nomeadamente quanto ao HIV, violência, uso de substâncias e outros problemas (OMS, 2015a).

Para Faria (2011) são necessárias em Portugal medidas de prevenção e proteção da saúde pública, que até apresentam o potencial da diminuição dos gastos do estado com a saúde. Os *media*, como as redes sociais, constituem uma estratégia barata e eficaz de promoção da saúde, desde que transmitam informação correta e imparcial (*Ibidem*).

Concluindo, os *media* são essenciais no desenvolvimento e saúde do adolescente (ex., Gray et al., 2012; Sawyer et al., 2012). A sociedade e o contexto do adolescente envolvem o adolescente com uma grande diversidade de meios de comunicação e tecnologias que influenciam a popularidade dos *media*. Por sua vez, estes influenciam a comunicação e socialização (Gray et al., 2012), assim como a saúde do adolescente (Sawyer et al., 2012).

Deste modo, é pertinente aprofundar quais os seus padrões de usos e práticas dos jovens, pelo que, em seguida, procuramos conhecer e compreender melhor a relação idiossincrática que estes estabelecem com os conteúdos mediáticos.

2. O lugar e a importância dos *media* na vida dos adolescentes.

Na viragem do século, a convergência mediática toldou a utilização e os hábitos mediáticos, em que os tradicionais e os novos *media* se envolvem numa relação complexa (ex., Weigelt, 2015). Esta convergência influencia a cultura juvenil e até a sua representação na sociedade, sendo a utilização dos meios de comunicação uma prática social que merece atenção. As suas práticas tendem a transcender os tradicionais meios de socialização (casa, escola), oferecendo infinitas possibilidades de identificação e integração. Assim sendo, a utilização dos *media* gera um sentimento de pertença a um grupo ou à sociedade (ex., Weigelt, 2015).

Deste modo, os *media* são fundamentais, influenciam profundamente e são intrínsecos a muitas atividades sociais, pois permitem entretenimento e conhecimento instantâneo sobre informação a partir de qualquer ponto do globo (Giddens 1997).

Ao longo do tempo tem aumentado o número de meios disponíveis e a diversidade de funcionalidades possíveis, encontrando-se acessíveis para os jovens diversos conteúdos

mediáticos a qualquer hora, por tempo ilimitado (ex., Hasebrink & Paus-Hasebrink, 2013). Estes são cada vez mais privados, realistas, interativos, inovadores e, por vezes, até violentos (ex., Strasburger, 2009).

Os jovens vão sendo, de igual modo, cada vez mais um público-alvo rentável para incentivo ao consumo, sendo bombardeados por publicidade das mais diversas fontes mediáticas (Strasburger, 2009). Por outro lado, a indústria mediática desenvolve estratégias para distribuir conteúdos através de diversas plataformas (ex., Hasebrink & Paus-Hasebrink, 2013). Deste modo, os *media* constituem-se como uma oportunidade para os jovens saciarem a sua necessidade de comunicar, serem autónomos e experimentar novas sensações (Borzekowski & Rich, 2012). Com mais opções para comunicar, o jovem despende muitas horas na companhia dos *media* (ex., Lemola, Perkinson-Gloor, Brand, Dewald-Kaufmann, & Grob, 2015; Mathers et al., 2009; Pereira et al., 2015; Strasburger et al., 2012) e mais tempo do que em qualquer outra atividade (ex., Borzekowski, & Rich, 2012). A acrescentar ao tempo despendido, os adolescentes envolvem-se frequentemente em mais do que uma atividade através dos *media* (ex., Strasburger, 2009; Subrahmanyam, & Smahel, 2011). Neste sentido, a literatura indica que, ao contrário de uma perspetiva tradicional, os novos *media* (ex. jogos online, redes sociais) não estão a substituir os *media* tradicionais (ex.: televisão, livros), mas a ser utilizados simultaneamente em novos tipos de práticas (ex., MacQuail, 2003; Hasebrink & Paus-Hasebrink, 2013; Strasburger, 2009; Weigelt, 2015). Os jovens, bombardeados pelos meios de comunicação, apresentam uma grande facilidade em apropriar-se e incorporar os novos *media* nas suas rotinas diárias, conseguindo realizar muitas atividades simultaneamente num único dispositivo ao qual podem aceder em qualquer lugar, para utilizar redes sociais, enviar e-mails ou trocar mensagens (Weigelt, 2015).

Além de *multitasking*, esta geração apresenta também a característica de ser “*media multitasking*”, combinando múltiplas tarefas com a utilização de diferentes *media* e diversas funcionalidades num só *media*. No entanto, estas formas de comunicação não são estáticas e alteram-se ao longo do tempo (ex., Subrahmanyam, & Smahel, 2011).

Deste modo, os jovens de hoje falam a linguagem dos ecrãs e da Internet, assimilam informação muito rapidamente e são *multitasking*, movidos pela gratificação instantânea e frequente (Prensky, 2001). Esta geração é comumente apelidada de “Geração Digital” ou “Geração da Internet” (Talpscott, 1998; Napoli & Ewing, 2000). Buckingham e Kehily (2014)

chamam, no entanto, a atenção para o facto de estes conceitos terem vindo a ser criticados pela visão essencialista e pelo “determinismo tecnológico”. Estes autores (Buckingham e Kehily, 2014) desafiam, igualmente, a visão das práticas mediáticas dos jovens como revolucionárias e glamorosas, defendendo que grande parte do que fazem *online* é simples e comum.

Neste contexto, torna-se menos pertinente distinguir quais os meios de comunicação utilizados pelos jovens, se estão a utilizar o computador ou o telemóvel. Verdadeiramente importante é analisar a utilidade que é dada a tais meios de comunicação, isto é, saber se os jovens estão a aceder a sites sociais, ou *chats* online, a escrever mensagens de texto, a realizar chamadas online, a jogar online com múltiplos jogadores, a visitar blogs ou a ouvir música e vídeos online (Subrahmanyam, & Smahel, 2011). Tal como refere Weigelt (2015), “não são as tecnologias que mudam a sociedade mas a sua utilização”, pois as possibilidades são muitas e os novos *media* não excluem os tradicionais.

Assim, a análise do comportamento da juventude perante os *media* – usos, escolhas, práticas - é essencial para o desenvolvimento da tecnologia, dos conteúdos e da economia que se relaciona com os *media*. Deste modo, o número de estudos que se focam no papel que os *media* desempenham na vida dos adolescentes tem aumentado em grande escala (ex., Brown & Bobkowski, 2011; Pereira et al., 2015; Strasburger, Jordan & Donnerstein, 2010, Strasburger et al., 2012).

Por exemplo, um estudo de Houghton et al. (2015) revelou que 80% dos adolescentes australianos com 16 anos excediam as duas horas de uso diário com os ecrãs. Por outro lado, Kenney e Gortmaker (2017) chamam a atenção para novos padrões utilização dos *media*. Numa amostra de adolescentes dos Estados Unidos, verificaram que estes despendiam mais tempo com outros aparelhos comparativamente com a tradicional TV, sendo que 19.5% passavam mais de 5 horas por dia com outros aparelhos com ecrã, comparativamente com apenas 7.8% que passam mais de 5 horas por dia a ver TV. Tendo em consideração a enorme relevância da Internet para os jovens (ex., Sergi, Pace, Gnisci, Sarno & Raucci, 2016), Spizzirri, Wagner, Mosmann, e Armani (2017) observaram que a maior parte dos adolescentes brasileiros analisados usa a Internet 2 a 3 horas por dia, sem ou com pouca monitorização dos pais ou cuidadores. Mais especificamente, Sidani et al. (2016) observaram que os

adolescentes usam as redes sociais cerca de 61 minutos por dia e visitavam um site de redes sociais cerca de 30 vezes por semana (contando todas as plataformas).

No entanto, a análise a longo-prazo da utilização e práticas com os *media* pelas crianças e jovens enfrenta geralmente o desafio de ser intrínseca a uma cultura ou país, o que não permite a generalização dos resultados a nível mundial. Por outro lado, as experiências dos jovens com os *media* são inerentes à disponibilidade dos próprios *media* num certo período de tempo na História (Hasebrink & Paus-Hasebrink, 2013). Deste modo, para compreender as práticas dos jovens portugueses, deve-se recorrer à literatura mais recente que existe sobre o tema e à investigação em território nacional.

Neste sentido, iniciámos por referir o estudo de Pereira, Moura, Masanet, Taddeo e Tirocchi (2018) com adolescentes em três países europeus: Portugal, Espanha e Itália. De um modo geral, os jovens destes países apresentam padrões bastante similares de utilização dos *media*. Estes não demonstraram dificuldades no acesso aos *media*, revelando usá-los regularmente. No caso específico de Portugal, os jovens são grandes consumidores de *media* e demonstram alguma capacidade de compreensão crítica. As redes sociais e a televisão são os *media* mais usados, contrariamente à leitura de banda desenhada e participação em blogs, websites e fóruns de fãs. Efetivamente, os dados sugeriram uma lacuna no que se refere à participação e produção de conteúdos mediáticos.

Exclusivamente em contexto português, o Relatório da Obercom (Cardoso, Mendonça, Paisana, Lima, & Neves, 2015), aponta que os “nativos digitais” tendem a instaurar novos comportamentos mediáticos que somente depois são adaptados pelos mais velhos, bem como tendem a utilizar meios mais portáteis. Desta forma, muitos dos hábitos dos portugueses tendem a diminuir com a idade, nomeadamente a utilização de Internet, a realização de um número maior e de tarefas mais complexas no telemóvel (acesso à Internet, audição de rádio). A faixa etária dos 15 aos 25 apresenta uma taxa de utilização de Internet de quase 100% e a grande maioria admite utilizar o telemóvel para enviar e receber e-mails, navegar na Internet e utilizar redes sociais. Utilizam a Internet cada vez mais em casa e menos na escola ou universidade e passam mais tempo a enviar/receber e-mails, contactar amigos, utilizar redes sociais e conversar em *chats*. Tem havido, igualmente, um aumento relativamente ao ativismo e ao exercício da cidadania (ex., elaboração de cartas de protesto a órgãos públicos, subscrever baixo assinados) através da Internet. Os géneros televisivos mais reportados como

habituais pela faixa etária dos 15 aos 25 foram, por ordem decrescente, os *reality shows*, documentários/reportagens, telenovelas e desporto.

Por outro lado, o relatório HBS (Matos et al., 2015) revelou que, em Portugal, mais de metade dos jovens portugueses vê uma a três horas de televisão (58.1%) durante a semana. Durante o fim de semana, a maior percentagem é a dos jovens que referem ver televisão quatro ou mais horas (46.9%). Relativamente ao computador, quase metade dos jovens despende uma a três horas, independentemente de ser dia da semana ou fim de semana. Especificando um pouco mais, muitos dos jovens referiram que utilizam os jogos de computador trinta minutos ou menos durante a semana (50.5%) e uma a três horas durante o fim-de-semana (39.5%). Mais de metade dos jovens conversa com os amigos através do Facetime ou Skype semanalmente (32.5%) ou diariamente (17.6%) e 14.9% refere que comunica por Facetime ou Skype pelo menos dez vezes por dia. Cerca de um quarto dos jovens refere enviar mensagens diariamente (26.3%) e, embora não constitua a maioria, 35.3% refere fazê-lo mais de vinte vezes por dia. Além disso, mais de metade dos jovens relata comunicar com amigos através de mensagens em tempo real pelo menos uma vez por semana, dos quais 15.1% refere ocorrer diariamente. Cerca de um quinto dos jovens (18.8%) relata tirar selfies para enviar para amigos e publicar online pelo menos uma vez por semana e mais de um quarto (26%) refere um mínimo de 10 selfies diárias. Relativamente a diferenças de género acerca destes hábitos, as raparigas apresentam uma tendência para maior frequência de utilização destes *media* (mais selfies, Facetime ou Skype, SMS, mensagens em tempo real e da televisão), constituindo os jogos de computador a maior exceção, onde os rapazes apresentam uma maior frequência de utilização.

No seu estudo piloto sobre níveis de Literacia Mediática em jovens portugueses a frequentar o 12º ano, Pereira et al., (2015) demonstram elevados índices de acesso e uso dos *media*. Os autores recorreram a uma amostra de 673 estudantes com idades entre os 17 e os 18 anos e observaram que 99% destes jovens têm acesso à televisão, 98% têm acesso a computador com Internet e a telemóveis ou *smartphones*. Além disso, 93% refere usar sempre ou muitas vezes a Internet e 75% usam muitas vezes ou sempre as redes sociais para conversar com amigos e família. Consistentemente, o estudo de Ponte (2011) verificou que os adolescentes portugueses utilizam a Internet sobretudo para comunicação com amigos e entretenimento, embora também a ela recorram para realizar trabalhos escolares.

Já o estudo mais recente do EU Kids Online⁹ indica que os *smartphones* são o dispositivo mais usado pelos jovens portugueses para aceder à Internet. As atividades mais frequentes estão relacionadas com o entretenimento e a comunicação. Grande parte dos jovens usa a Internet para ouvir música, comunicar e ir a redes sociais. Cerca de metade dos jovens admite que usa jogos online, ainda que sejam, na sua grande maioria, os rapazes a reportá-lo (Ponte & Batista, 2019).

A literatura sobre *media* e jovens tende a não se focar em alguns dos *media* tradicionais. No entanto, o estudo etnográfico de Weigelt (2015) constitui uma exceção e mais um indício de como os novos *media* não substituem os tradicionais. O estudo do autor com 80 adolescentes portugueses (15 a 18 anos) aponta que a maior parte dos jovens (70 em 80) referiu que a música é o seu conteúdo preferido na rádio, seguido do desporto (18) e notícias (15). O dispositivo mais mencionado para ouvir rádio foi o rádio do carro (74), mas também foram bastante mencionados o rádio comum (25), o telemóvel (17), o computador (12) e o MP3 Player (3). O rádio tem-se adaptado por miniaturização e incorporado no carro, Internet, telemóvel e aumentando o número de possibilidades de conteúdo focadas em públicos específicos (ex. música com estilo demarcado) e as possibilidades de interação e participação na programação de (Weigelt, 2015).

Contrastando com o trabalho de Weigelt (2015) Viveiro, Marques, Passadouro e Moleiro (2014), focaram o seu estudo exclusivamente no uso da Internet e seus conteúdos. Com uma amostra de adolescentes portugueses (idade média de 15 anos), observaram que 82% refere usar a Internet há mais de dois anos, sendo que 58% acede à Internet mais de uma hora por dia, sobretudo para socialização. Mais recentemente, Ferreira e colaboradores (2017) verificaram que três quartos dos adolescentes usa a Internet diariamente. Destes, 41% usam a Internet durante três ou mais horas por dia, na maior parte das vezes em casa, sendo que o telemóvel e o computador portátil são os principais dispositivos utilizados para aceder à Internet. Estes adolescentes tendem a usar a Internet sobretudo para as redes sociais e os jogos online.

⁹ EU Kids Online é uma rede de investigação multinacional que tem como objetivo um melhor conhecimento acerca das oportunidades, riscos e segurança online das crianças europeias. Para tal, utiliza vários métodos para mapear a experiência das crianças e dos pais na Internet. Reúne investigadores de 33 países e Portugal participa na rede desde 2006 com a coordenação de Cristina Ponte.

Concluindo, a literatura sugere que as tendências de usos dos *media* são determinantes no desenvolvimento da visão que a criança e o jovem têm do mundo e para o processo de socialização (Hasebrink & Paus–Hasebrink, 2013). Na interação com os *media*, os adolescentes são diferentes das crianças e dos adultos (Strasburger et al., 2009), pelo que para estudar esta relação é necessário atender a que estes estão num processo crescente de busca de autonomia, mas ainda muito dependentes do seio familiar.

Embora os estudos apresentados anteriormente concedam uma amostra do panorama, relativamente ao modo como os jovens interagem com os *media* e seus conteúdos, não se deve ignorar que este processo não acontece num vácuo, influenciando e sendo influenciado primeiramente e em larga escala pelas dinâmicas familiares.

2.1 Usos e práticas mediáticas no contexto familiar

A família pode influenciar a interação que os seus membros têm com os *media* (Ponte, 2011). Os *media* podem ter impacto na organização de uma casa, na organização do tempo, nas atividades realizadas (ex.: antes de deitar) e na comunicação familiar, podendo inibir a própria comunicação (Wilson & Drogos, 2012).

No entanto, a adoção das tecnologias digitais pode diferir ao longo do ciclo de vida. À medida que chegam aos jovens, podem alterar, gradualmente, as preferências e os usos da família e a comunicação e as regras parentais podem sofrer uma alteração e adaptação (Jennings & Wartella, 2012).

Em alguns casos, os pais podem funcionar como narradores das histórias dos filhos (ex., em redes sociais) e, simultaneamente, protetores da informação pessoal dos jovens, o que levanta questões acerca dos direitos e proteção da imagem dos jovens, pois pode implicar consequências para a identidade digital dos seus filhos (Steinberg, 2017).

A influência dos pais nos jovens pode ser maior do que o efeito dos *media*, dado que estes podem exacerbar ou limitar os seus efeitos (Nathanson, 2015). Os pais podem estipular o meio mediático e encorajar a sua utilização e ser mediadores ativos da relação jovem-*media*, mesmo que essa mediação não seja intencional (*Ibidem*). No entanto, a compreensão deste papel mediador constitui um desafio para a investigação.

O estudo de Livingstone et al., (2017) indica que existem dois grandes tipos de mediação parental: a que sugere uma mediação ativa e um uso positivo da Internet (tipo capacitante) e a que condiciona ou interdita as atividades ou o tempo online, podendo recorrer a software de controlo parental, por exemplo (tipo restritivo). O tipo de mediação parental capacitante está associada a mais oportunidades online e também a mais riscos. O tipo restritivo está associado a menos riscos, mas também a menos oportunidades online. No entanto, contrapondo este estudo, Shin and Lwin (2017) verificaram que a mediação ativa pelos pais não revelou impacto significativo nos riscos online. Comparando pais e pares, Sasson e Mesch (2014) observaram que os jovens apoiados pelos pares, mas com pouca coesão familiar, tendem a incorrer mais em comportamentos online perigosos.

Por outro lado, um estudo americano de Vaala e Bleakley (2015) com 629 jovens dos 12 aos 17 e respetivos pais sugere que a modelação e monitorização estava mais associada ao padrão de utilização de Internet pelos filhos do que a mediação. De facto, a duração e as atividades online dos pais estavam associadas positivamente às dos filhos, sugerindo que os pais funcionam como modelos para os seus filhos. Os mais velhos tendiam a passar mais tempo na Internet, a realizar mais atividades e a reportar menos monitorização e mediação. Mendoza (2009) chama a atenção para o *Co-viewing* poder ser uma oportunidade de mediação ativa, embora o “reforço silencioso” possa acarretar efeitos adversos.

Concluindo, durante o desenvolvimento do jovem aumenta a complexidade em alcançar o equilíbrio entre a independência e a proteção parental (Jennings & Wartella, 2012). Eles manifestam a expressão da liberdade e autonomia existencial, mas não económica, o que pode levar ao conflito com os pais (Cardoso, 2009). No entanto, o controlo intrusivo promove a falta de comunicação e dificulta o processo de desenvolvimento da autonomia (Branje et al., 2012).

Não obstante a inegável influência dos pais, a literatura não investigou, ainda, os efeitos dos programas de Literacia Mediática, o que pode ajudar os pais a “*mediar*” de forma a promover a Literacia Mediática dos seus filhos (Mendoza, 2009). A título de exceção, o estudo de Austin, Pinkleton, Radanielina-Hita e Ran (2015) chama a atenção para diferentes tipos de programas de intervenção focados nos pais. O seu estudo com 137 pais em Washington revelou que o pensamento crítico dos pais acerca das fontes mediáticas e seus conteúdos é um preditor da adoção de hábitos alimentares saudáveis de toda a família. Para estes autores,

os programas de intervenção focados nos pais podem atuar de duas formas: diretamente, se os pais distinguem boas e más fontes de informação, o que ajuda a saúde dos filhos; ou indiretamente, se os pais promovem as mesmas competências de pensamento crítico acerca das mensagens mediáticas nos filhos.

Relativamente à investigação do papel dos pais no uso dos *media* por parte dos filhos, deve considerar-se igualmente o nível socioeconómico e as características específicas do agregado familiar, uma vez que estes podem determinar as dinâmicas familiares (Nathanson, 2015). Por outro lado, a literatura sobre o impacto das novas tecnologias na comunicação pais-adolescente não é consensual quanto aos custos/benefícios (Jennings e Wartella, 2012), além de não ter vindo a ter em consideração as minorias (Wilson & Drogos, 2012). Este tema tem sido pouco estudado e requer uma abordagem multidisciplinar com investigadores das áreas da comunicação, do desenvolvimento e da família (Jennings & Wartella, 2012).

A investigação nesta área é relevante dado que parece existir uma grande variabilidade social e digital nos ambientes familiares dos adolescentes portugueses (Ponte, 2011), a partir da qual os jovens obtém muita informação sobre saúde.

3. Fontes de informação para a saúde

3.1 O papel dos agentes mediáticos e interpessoais

No caso específico da adolescência, é reconhecido que o papel da família tem sofrido constrangimentos e os pares e os *media* têm conquistado cada vez mais espaço (ex., Dehne & Riedner, 2001). Numa sociedade caracterizada pela importância crescente e visível dos *media*, em todos os contextos, que concorrem com pais e escola, os jovens são por eles influenciados direta ou indiretamente (Morais, 2011). Se já existem indícios de que a família e escola são mediadores da relação dos jovens com os *media*, por outro lado, os *media* têm influência na relação entre pais, professores e adolescentes. (*ibidem*)

Muita informação sobre saúde e medicina encontra-se disponível através de diversas fontes mediáticas e interpessoais (Espanha, 2016). Por exemplo, no estudo de Brown, Teufel e Birch (2007), para além dos pais, verificou-se que a escola e os profissionais de saúde eram as fontes através das quais os jovens consideravam que aprendiam mais sobre saúde.

De facto, relativamente aos profissionais de saúde, estes podem assumir um papel muito importante na comunicação para a saúde dos adolescentes (Nagendra, 2012). Por outro lado, a possibilidade dos *media* incluírem material focado nos adolescentes pode trazer benefícios para profissionais e pacientes (*ibidem*) até porque os jovens podem não encarar o médico de família como uma pessoa com quem podem falar sobre esse tema (Weinereich et al., 2010). Deste modo, é necessário encontrar formas de os ajudar a aceder e utilizar todos os recursos disponíveis de modo mais eficiente, de forma a conseguir ter um impacto positivo na sua saúde (*ibidem*).

No estudo HBSC (Matos et al., 2015), os jovens portugueses relatam (em média) uma boa relação com os professores, especialmente os mais novos. Pouco mais de metade afirma existir um gabinete onde possam falar com um professor, quando têm um problema e relatam ter acesso a um gabinete na escola onde possam conversar com um profissional de saúde.

O estudo de Michaelson, Mickerron e Davidson (2015) em Ontário (Canadá) com 40 jovens (dos 10 aos 16 anos) sugere que os adolescentes formam ideias sobre saúde através da sua própria experiência de vida, pelo que conversam e pelo que observam. No entanto, estes contextos de vida têm sido descuidados, quando comparados com contextos mais formais de ensino de informação sobre saúde, que, embora importantes, não parecem ser os mais fortes. Neste contexto, pais e os professores têm um papel central, no qual as suas ações são ainda mais importantes do que as suas palavras.

Para explorar como os jovens efetivamente procuram fontes de informação, Okoniewski, Lee, Rodriguez, Schnall e Low (2014) realizaram um estudo nos EUA com grupos de foco englobando 32 adolescentes de diversas etnias com idades entre os 14 e os 18. Quando estes jovens sentiam necessidade imediatas de informação de saúde (de diagnóstico ou tratamento) para si mesmos, preferiam procurar a família ou um profissional de saúde. Quando queriam auxiliar terceiros ou quando não eram as suas necessidades imediatas, tendiam a procurar na Internet e em tecnologias móveis. Se não tivessem a informação necessária para as suas necessidades (não imediatas), procurariam também professores, a família e profissionais de saúde.

Em contexto português, um estudo com 1166 alunos do ensino secundário e superior demonstrou que as fontes de informação sobre saúde que os jovens admitem reconhecer mais são os pares, seguidos da informação audiovisual e da família. As menos reconhecidas

(como eficazes na prevenção de comportamento de risco e promoção de práticas saudáveis) são a escola e a comunidade. A percepção de que a informação de saúde tem impacto positivo está associada com o reconhecimento das fontes de informação. A percepção do impacto positivo da fonte tendia a ser maior nos jovens mais velhos, do ensino superior, do sexo feminino e que tivessem sido sujeitos a atividades sobre saúde na escola (Gaspar, 2006).

Explorando diferenças entre as fontes de informação, um estudo no Irão (Baheiraei, Kohori, Foroushani, Ahmadi & Ybarra, 2014), com 915 jovens dos 14 aos 18 anos de idade ($M = 16.1$) analisou as fontes preferenciais e as que os jovens procuram em primeiro lugar quando têm preocupações de saúde. As fontes interpessoais mais citadas foram, respetivamente, as mães e os pares (do mesmo género) e as mediáticas foram os livros e a Internet. A Internet foi mais reportada como a fonte preferida. As raparigas apresentaram uma maior tendência para questionar a mãe ou um irmão e utilizar livros, e os rapazes de procurar o pai ou um amigo do sexo oposto, de não procurar ninguém ou de utilizar a TV por satélite como fonte de informação. A tendência para procurar os pais foi diminuindo com a idade, enquanto a procura de pares foi aumentando. Foram também observadas diferenças significativas na comparação entre os géneros no que dizia respeito aos outros temas de saúde: as raparigas valorizavam a saúde emocional e as relações, quando comparadas com os rapazes, que citaram mais os serviços de saúde e a saúde ambiental do que as raparigas. O tema para o qual queriam ou precisavam de mais informação era a sexualidade (Baheiraei et al., 2014).

Nos EUA, um estudo interessou-se pelo tema do HIV e SIDA, avaliando 417 adolescentes dos 13 aos 19 anos de idade a frequentar instituições de apoio a perturbações de comportamento e/ou emocionais nas cidades de Providence e Chicago. Em geral, os jovens referiram receber mais informação sobre o tema do HIV e da SIDA através de fontes pessoais (família, amigos, médico) do que mediáticas (Internet, TV ou rádio, livros/revistas/panfletos). A família foi a fonte de informação mais frequente, com 68% dos jovens a referi-la, e o psicólogo a menos mencionada. Uma percentagem considerável dos jovens (22%) não identificou nenhuma fonte das listadas no questionário ou referiu não ter ouvido informação sobre o tema em nenhuma fonte de informação (8%). O facto de o jovem ter tido fontes de informação pessoal revelou estar associado com uma maior possibilidade de este ter realizado o teste do HIV (Swensen et al., 2015). Outro estudo americano e interessado

em DSTs analisou grupos de foco com 38 participantes do estado da Carolina do Norte (EUA). Os resultados apontam para uma predisposição para receber informação sobre o HPV e respetiva vacinação através dos *media* sociais, se a fonte fosse conhecida de alguma pessoa de confiança, credível, e/ou relevante para o tópico. Enquanto os médicos foram mencionados como fontes preferenciais, a publicidade não foi considerada uma fonte de confiança. Os participantes mostraram preferência por mensagens mais curtas, simples e indiretas (não pessoais), para que seja garantida a privacidade (Ortiz, Shafer, Cates & Coyne-Beasley, 2015).

De acordo com o HBSC (Matos et al., 2012), os jovens portugueses sentem-se mais à vontade para falar sobre educação sexual com os amigos (82,6%) e colegas (61,1%) do que com os pais (42,4%) e professores (29,4%). Embora uma pequena parte tenha atitudes e conhecimentos sobre o contágio de HIV/SIDA errados, caso os jovens estivessem preocupados e quisessem saber mais sobre o assunto, então procurariam preferencialmente na Internet (65,8%), num folheto (59,7%) ou num programa de TV (54,6%).

Como se pode observar nesta amostra de estudos sobre fontes de informação para a saúde, a literatura não revela consensualidade. No entanto, a sexualidade e as DST tendem a ser os tópicos mais abordados. Uma explicação possível é a sensibilidade do tema, que pela sua natureza privada, impele o jovem a procurar fontes que lhe sejam confiáveis e, principalmente, confidenciais. No entanto, é necessária cautela com a generalização destes resultados, pois têm como foco principal a sexualidade – um dos temas mais sensíveis, relativamente à saúde dos jovens.

É inegável que a procura de informação relativa à sexualidade ou a qualquer outro tópico de saúde pode ser intrínseca ao padrão de comunicação familiar. Este pode determinar se os pais são fontes primárias de informação dos jovens e o nível de propensão à procura e/ou interiorização de informação proveniente de meios alternativos.

3.2 A comunicação com os pais

A compreensão sobre como a comunicação afeta e é afetada pelos membros de uma família e suas interações tem sofrido um grande desenvolvimento nos últimos 30 anos (Vangelisti, 2012). Mais especificamente, a comunicação entre pais e adolescentes é intrínseca à relação entre os mesmos. Difere de quando estes eram crianças, devido ao

desenvolvimento físico e cognitivo e do esforço normativo dos jovens pelo alcance da autonomia. Além disso, depende das competências da própria família para lidar com as alterações no desenvolvimento. (Branje, Laursen & Collins, 2012).

No entanto, existe uma certa continuidade emocional na relação, isto é, famílias com um historial de comunicação adequada e positiva tendem a adaptar adequadamente os padrões de comunicação na adolescência. Neste processo, o conflito é normativo e construtivo se a relação for próxima e afetuosa e se o mesmo não ocorrer recorrentemente ou de modo extremista (Branje, et 2012).

A literatura sugere que a comunicação entre pais e filhos é influenciada pelo género, idade (Nomaguchi, 2008, Portugal & Isabel, 2013), escolaridade dos filhos (Tomé, Matos, Camacho, Simões & Diniz, 2012) e género dos respetivos pais (Portugal & Isabel, 2013), assim como pela própria área de residência (Portugal & Isabel, 2013). Além disso, a confiança que os jovens depositam nos seus pais é igualmente um fator promotor de comunicação com estes (ex., Ying et. al., 2015) e estes tendem a revelar mais informação quando percecionam os pais como compreensivos (Tilton-Weaver, 2014). Deste modo, os pais podem promover um ambiente positivo no qual o adolescente se sente confortável em revelar informação pessoal, o que permite que os jovens possam ser apoiados e aconselhados (Branje et al., 2012).

Entre 2002 e 2010, o estudo Brooks e colaboradores (2015) analisou a comunicação com os pais em 425699 adolescentes com 11, 13 e 15 anos de idade em 32 países da Europa e América do Norte. Os resultados demonstram que a maior parte dos adolescentes considera fácil falar com os seus progenitores, destacando-se, no entanto, a mãe (81.7%) na comparação com o pai (61.4%). Em média, os jovens referem ter uma boa comunicação com as respetivas famílias. Os resultados deste estudo sugerem uma tendência para o aumento da prevalência da facilidade de comunicação com ambos os pais, em muitos países e em todas as idades, o que constitui uma competência e um fator protetor para o bem-estar e a saúde dos jovens. No entanto, Portugal foi um dos países de exceção, verificando-se a tendência inversa - diminuição da prevalência da facilidade de comunicação (Brooks et al., 2015).

No que concerne especificamente a temas de saúde, alguns estudos apontam os pais (ou pelo menos um deles) como a principal fonte de informação dos adolescentes (ex., Ackard & Neumark-Sztainer, 2001; Baheiraei et al., 2014; Levin-Zamir, Lemish, & Gofin 2011). Neste contexto, a escola pode, igualmente, ter um papel fundamental neste processo, funcionando

como catalisador e incentivo para a comunicação com os pais, situando-os como fonte de informação para a saúde (ex., Damour, Cordiano e Anderson-Fye (2014).

Embora os agentes interpessoais e, especificamente, os pais apresentem um papel preponderante como fontes e mediadores da informação sobre saúde, a Internet ganha cada vez mais terreno quando se trata de procurar informação sobre saúde/doença (ex., Espanha, 2016).

3.3 A procura de informação na Internet

Rita Espanha desenvolveu diversos estudos nas áreas da comunicação, tecnologias de Informação e saúde e Literacia em Saúde e afirma que, em Portugal, a Internet constitui uma alternativa às fontes de informação de saúde mais tradicionais (Espanha, 2016). A Internet permite buscas realizadas através de sites (recomendados por outros ou referenciados noutros *media*) e motores de busca, sendo que os últimos permitem uma procura da informação a diferentes ritmos e com poucos limites (*Ibidem*).

Grande parte da literatura descreve sistematicamente que os adolescentes usam a Internet como fonte primária de informação acerca de saúde (ex., Ghaddar, Valerio, Garcia, & Hansen, 2012; Navarra, Neu, Toussi, Nelson, & Larson, 2014; Ralph Berglas, Schwartz, & Brindis, 2011; Skopelja Whipple, & Richwine 2008). Consistentemente, uma revisão da literatura realizada por Kim e Syn (2014) acerca de como os adolescentes procuram informação sobre saúde entre 2000 e 2012 revelou que um elevado número de artigos analisou os recursos online, que são o foco exclusivo de quase metade dos artigos revistos.

Na procura de informação sobre saúde, os adolescentes valorizam a sua acessibilidade, relevância, qualidade, facilidade de compreensão e confidencialidade. A autonomia no processo de procura e a heterogeneidade das fontes são também importantes para os adolescentes (Smart, Parker, Lampert, & Sulo, 2012). Deste modo, estes tendem a sentir-se atraídos pela informação online devido à sua disponibilidade, descrição e confidencialidade (Ralph et al., 2011). Contudo, eles questionam-se frequentemente acerca da qualidade e do grau de confiança que podem depositar nesta informação (Fergie, Hunt, & Hilton, 2013; Jones & Biddlecom, 2011; Ralph et al., 2011). No estudo de Okonewski et al. (2014), os adolescentes revelaram não ter a capacidade de diferenciar entre sites confiáveis e tendiam a

confiar em informação que aparecesse muitas vezes repetida, como se, por si só, a repetição conferisse veracidade. Deste modo, é crucial compreender como os adolescentes procuram, interpretam e analisam os conteúdos acerca de saúde *online* (Begoray Marshall, Shone, & Rowlands, 2012).

Por outro lado, dada a relevância da Internet como fonte de informação, os programas de intervenção na saúde deveriam utilizar meios mais adequados e originais dirigidos a uma população específica, promovendo uma ponte de comunicação entre os adolescentes e os serviços de saúde. A Internet (ex., O Sistema Social de Networking - Social Networking System - SNS) pode ser um método popular e privilegiado para fornecer aos adolescentes informação relevante acerca de saúde (Ralph et al., 2011). As redes sociais permitem aos adolescentes a interação e a partilha de experiências e perspetivas com os seus pares, promovendo a sua capacidade de avaliar a qualidade da informação sobre saúde. Por outro lado, os jovens tendem a confiar mais em *websites* de informação sobre saúde com uma aparência e linguagem profissionais (Fergie et al., 2013). Estas características tornam as fontes credíveis de informação sobre saúde disponíveis *online* não só uma abordagem promissora para a promoção da Literacia em Saúde neste grupo etário, mas também ajuda os adolescentes a superar algumas falhas ou lacunas e desigualdades dos serviços de saúde (Ghaddar et al., 2012). De facto, para Massey Prelip, Calimlim, Quiter e Glik (2012) é importante desenvolver informação sobre saúde *online* mais adequada para os adolescentes.

Adicionalmente, para Kim & Syn (2014) os estudos não estão a valorizar os dispositivos móveis e aplicações que os adolescentes usam para procurar informação sobre saúde. Isto também sugere a importância de criar ambientes livres de julgamento e seguros, virtuais ou reais. Se os adolescentes conseguirem avaliar criticamente as fontes de informação sobre saúde relevantes, estes podem fazer escolhas mais conscientes e saudáveis (Smart et al., 2012).

É precisamente esta relação entre *media* e comportamentos de saúde que é o foco da próxima secção. Para além da relação dos adolescentes com os *media*, com os pais e ou outros agentes interpessoais, interessa igualmente compreender de que modo é explorada na literatura a relação entre os *media* e a saúde dos adolescentes.

4. Os *media* e a saúde dos jovens

4.1 A dualidade das perspetivas sobre benefícios e riscos

Os *media* têm o potencial de divulgar mensagens de promoção da saúde e de causar um impacto social positivo, através da televisão, jogos eletrónicos e campanhas para a saúde (Strasburger, Wilson, & Jordan, 2009), podendo aumentar a possibilidade de divulgação e intervenção na promoção da saúde dos jovens (Siricharoen & Siricharoen, 2012). De facto, a OMS, Unicef e a ONU utilizam diversos *media* para divulgar informação relevante, consciencializar para questões importantes que incidem na adolescência e em questões de saúde que afetam esta faixa etária. O relatório da Unicef “70 years for every child” (2016) refere que estas instituições utilizam plataformas de comunicação móvel – mensagens instantâneas (ex. U-report), redes sociais (YouTube, Snapchat, Twitter), música (canção “Imagine”, de John Lennon) e fazem recurso a pessoas famosas (Shakira, Beckham) e jovens de referência (Christine Mi), entre outros meios, para consciencializar, ajudar, dar voz e promover o diálogo, pensados especialmente para os jovens.

Uma outra intervenção com o nome de Dream Teens recorreu ao uso das redes sociais, surgindo de uma colaboração da fundação Calouste Gulbenkian (FCG) com a Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde (SPPS), com jovens dos 11 aos 18 anos portugueses. Nesta, com a ajuda de coordenadores, os jovens leram e comentaram assuntos pertinentes através de sites, e-mails, Facebook e Skype. O objetivo principal foi a promoção da saúde e bem-estar, dando aos jovens um papel ativo, com autonomia e responsabilidade, permitindo um diálogo intergeracional e o combate à representação social negativa dos jovens e dos idosos (Matos, 2014).

No entanto, os *media* sociais não proporcionam apenas oportunidades, mas também riscos para a saúde dos adolescentes, no sentido em que alteraram a velocidade à qual as normas socioculturais são afetadas (Sawyer, et al., 2012). De facto, a popularidade das redes sociais levanta questões a nível da segurança, da privacidade e apresentação dos seus utilizadores (Błachnio, Przepiorka, Bałakier, Boruch, 2016).

As imagens visuais dos *media* assumem diversos formatos, enviando mensagens de violência, sexualidade, tabaco, álcool e ideias de beleza que, por sua vez, influenciam a forma como os jovens se comportam e pensam, o que valorizam e o que consomem (Noro, 2010). Bandura (1986) propôs uma explicação para esta influência a partir da Teoria Social Cognitiva, que defende que o indivíduo aprende/adquire comportamentos a partir da observação e da imitação dos comportamentos de outros indivíduos – modelos sociais e respectivas consequências. Esta explicação superou a Teoria da Aprendizagem Social (Bandura, 1962), ao demonstrar o papel ativo do indivíduo nesse processo e uma relação dos mesmos com o ambiente social (Bandura, 1999). Neste sentido, o indivíduo, com as suas características pessoais e comportamentais, interage com os fatores ambientais, influenciando-se de forma bidirecional (Bandura, 1999, 2001). Deste modo, o indivíduo é simultaneamente produtor e produto dos sistemas sociais. A aprendizagem ocorre de forma intencional e não através dos modelos presentes no ambiente. No entanto, os *media* apresentam muita informação acerca de estilos de pensamento, valores humanos e padrões comportamentais que servem de modelo. Neste sentido, as representações nos *media* podem alterar o que é socialmente aceite pela forma como são representadas as consequências dos comportamentos. Bandura (2001) também descreve a existência de dois canais de comunicação. No primeiro, os *media* motivam e guiam a mudança, promovendo-a diretamente. No segundo, os *media* moldam a relação entre os indivíduos e as suas redes de socialização, o que promove e leva à mudança.

Tanto os novos *media* (Internet, telemóveis, redes sociais), como os *media* tradicionais (televisão, revistas, música, filmes) apresentam benefícios e riscos (Brown & Bobkowski, 2011).

Como já referido, os *media* têm o potencial de divulgar mensagens de promoção da saúde e campanhas para a saúde (Strasburger, Wilson, & Jordan, 2009). Através dos *media* podem ser realizadas intervenções com foco na promoção da saúde e bem-estar, dando aos jovens um papel ativo, com autonomia e responsabilidade (ex., Matos, 2014). Adicionalmente, os *media* são determinantes no desenvolvimento da visão que a criança e o jovem têm do mundo e para o processo de socialização (Hasebrink & Paus–Hasebrink, 2013).

Por outro lado os *media* podem contribuir para o comportamento agressivo, perturbações alimentares, comportamento sexual prematuro e consumo de tabaco e outras

substâncias, como álcool e drogas. Além disso, deverá ter-se em consideração o risco de *bullying* e contato com predadores sexuais (Brown & Bobkowski, 2011).

Uma meta-análise de estudos experimentais, longitudinais e correlacionais constatou uma relação positiva entre conteúdos dos *media* que promovem o risco e os seus efeitos nas cognições, emoções e comportamentos de risco. No entanto, foram encontrados efeitos mais fortes relativamente aos *media* ativos (ex., jogos) do que nos *media* passivos (ex., filmes). O mesmo estudo salienta ainda que comportamentos de risco como abuso de substâncias, comportamento sexual de risco, condução insegura e jogos ilegais têm consequências graves como acidentes, fatalidades e ferimentos (Fischer, Greitemeyer, Kastenmüller, Vogrinic & Sawyer, 2011). Deste modo, não é arriscado afirmar que os *media* podem ter um impacto na saúde dos adolescentes (Strasburger et al., 2010, 2012). Similarmente, Nunez-Smith et al. (2010) também chegaram à mesma conclusão através de uma revisão da literatura sobre o impacto dos *media* nos jovens. A grande maioria dos estudos que foram analisados adotou metodologias quantitativas e longitudinais e demonstrou efeitos negativos da exposição aos *media* (cerca de 82%). O impacto seria particularmente forte no caso de problemas como a obesidade, consumo de tabaco e violência, mas foram igualmente encontrados efeitos negativos no que se refere ao comportamento sexual, consumo do álcool e drogas e competências escolares/académicas. No entanto, os autores salientam fatores que não foram considerados, como o papel da família nos comportamentos de risco. A televisão aparece nos estudos analisados como sendo o meio de eleição, sendo subestimado o papel dos restantes *media*.

Por outro lado, um estudo com adolescentes australianos não encontrou indícios de que a televisão – *media* mais popular – e/ou telefone estivessem associados a problemas físicos ou psicológicos. No entanto, uma grande utilização de videojogos estava relacionada com relatos de menor bem-estar geral, menor qualidade de vida (associada à saúde), mal-estar psicológico e efeitos na saúde em geral. Do outro lado do espectro, a utilização do computador revelou-se associada a um menor mal-estar psicológico. Uma das questões levantadas pelos autores para estes resultados é a questão da interação social, que pode ser estimulada enquanto se vê televisão com a família e, principalmente, através do uso de *e-mail* e redes sociais, e minimizada quando jogam videojogos - sendo frequentes os jogos solitários e violentos (Mathers et al., 2009).

Hoffman-Goetz, Donelle e Ahmed (2014) identificaram diversos estudos que apontam o impacto dos *media* na saúde dos jovens, nomeadamente no abuso de substâncias (tabaco, álcool e drogas), sexualidade, violência, autoconceito (imagem corporal), perda inadequada de peso e obesidade. É indubitável que o risco existe e que os *media* estão, comprovadamente, a influenciar os comportamentos saudáveis e os comportamentos de risco dos adolescentes. O risco é real, ainda que muitas vezes virtual, e pode produzir consequências numa ou mais vertentes da sua saúde. Com esta conclusão, não queremos, no entanto, assumir que os adolescentes são agentes passivos, homogeneamente influenciados e vitimizados pelos *media*. Pelo contrário, os jovens possuem uma dinâmica cada vez mais complexa de interação com os *media*, através da qual ambos crescem e evoluem.

No que diz respeito à Internet, por exemplo, o tema do risco online é extremamente frequente. Neste âmbito Livingstone, Haddon, Gorzig (2012) observaram num dos seus estudos que a Internet pode trazer alguns riscos para os adolescentes, tendo verificado que 33,5% fez um novo contacto, 21% viu informação de incentivo a comportamentos negativos (ex. de promoção de anorexia/bulimia ou incentivo de consumo de drogas), 2,9% enviou e 16,6% viu imagens sexuais online.

Mais tarde, Livingstone e Smith (2014) realizaram uma revisão acerca dos riscos associados ao uso de telemóvel e Internet pelos jovens, tendo verificado que o risco de *cyberbullying*, o contacto com estranhos e o envio de mensagens com conteúdos íntimos (*sexting*) e a pornografia em geral afetava menos de um em cada cinco adolescentes. Para além disso, observaram que estes riscos online parecem não ter aumentado significativamente, sugerindo que possivelmente as novas tecnologias online podem não estar a criar novos riscos ou que as iniciativas de prevenção dos riscos online estão a ser eficazes. Contudo, verificaram que é necessário ter em consideração vários aspetos na avaliação do risco online, indicando que existem determinados fatores que o aumentam, como as características de personalidade dos adolescentes (ex., baixa autoestima, procura de sensações), aspetos sociais (ex., apoio dos pais, normas do grupo de pares) e digitais (ex. competências digitais, práticas online).

Além disso, mesmo a investigação na área da relação entre *media* digitais e específicos benefícios a eles associados não considera a vida do jovem de um modo holístico, descurando a interligação entre os fatores que a influenciam. Por exemplo, as intervenções

com ICTs deveriam considerar igualmente os pais, que são muitas vezes a principal fonte de informação (Livingstone, Nandi, Shakuntala, & Stoilova, 2017).

Como já referido, o estudo de Livingstone et al., (2017) aponta que o tipo de mediação parental capacitante está associada a mais oportunidades online e também a mais riscos. O tipo restritivo está associado a menos riscos, mas também, menos oportunidades online. Por outro lado, Sasson e Mesch (2014) observaram que os jovens apoiados pelos pares, mas com pouca coesão familiar, tendem a incorrer mais em comportamentos online perigosos. Mais recentemente, Shin and Lwin (2017) verificaram que a mediação ativa pelos pais não revelou impacto significativo nos riscos online, ao contrário da mediação pelos pares, que tende a aumentar a probabilidade de envolvimento em riscos online. No que diz respeito à mediação pelos professores, esta revelou-se promissora na redução da exposição ao risco online, através, por exemplo, de discussões sobre a Internet com os adolescentes.

Livingstone, Haddon & Gorzig (2011), a este propósito, considera que é importante explorar uma forma de lidar com o risco sem restringir as oportunidades e aumentar as competências digitais, a resiliência e o *coping*, e promover o seu *empowerment*, segurança e bem-estar. Deste modo, considerando as oportunidades que os *media* podem proporcionar, a promoção do *empowerment* nas crianças pode potenciar a sua resiliência e autoconfiança na exploração de oportunidades e conquista de vantagens dos *media para si (Ibidem)*.

Os riscos e as oportunidades fazem parte do uso da Internet por parte dos jovens e não são mutuamente exclusivos. As oportunidades online acarretam riscos e o desafio passa por atingir um equilíbrio adequado entre elas. Não é ainda conhecido se os riscos virtuais atingem gravidade semelhante (ou não) aos “reais” (*bullying versus cyberbullying*), pelo que é necessário explorar as condições que levam a vulnerabilidade e as que promovem a resiliência dos jovens online (Livingstone & Bulger, 2013).

Os resultados do estudo EU Kids Online revelaram que tem aumentado nos últimos anos o número de jovens que reportaram algo que os incomodou na Internet, sendo, recentemente, mais de um dos jovens. (Ponte & Batista, 2019). Estes resultados confirmam a ideia de que quanto mais usos e práticas na Internet, maior a exposição a riscos (ex., Livingstone, Livingstone, Haddon Gorzig & Ólafsson (2011).

Como lembram Livingstone e Bulger (2013), é frequente a investigação não definir com exatidão a fronteira entre risco e o dano que pode estar associado a esse risco. Por outro lado, a impossibilidade de manipulação do dano faz com que seja mais fácil estudar o risco e concluir a probabilidade do dano (*ibidem*). Neste contexto, grande parte dos estudos na área assume que a probabilidade de dano é elevada e constrói as hipóteses a partir desses pressupostos. Perante a grande especulação sobre *media* e saúde na adolescência, é interessante reparar que apenas uma pequena parte da literatura realça as oportunidades que os meios de comunicação social podem proporcionar na promoção e prevenção na área da saúde. Uma possibilidade de explicação da existência desta dualidade da literatura assenta na multidisciplinaridade com que estas questões são abordadas, o que inclui estudos de Ciências da Comunicação, Psicologia, Psiquiatria, Pediatria, Sociologia, Saúde Pública e Medicina. Neste contexto, fará todo o sentido que, por exemplo, a Medicina parta do ponto de vista da Obesidade e teste as suas associações com o tempo despendido a ver televisão ou que a Psicologia se foque incidentalmente na Bulimia e a relacione com as representações de ideais de beleza presentes em revistas de moda. De uma outra perspetiva, as Ciências da Comunicação tendem a adotar uma visão mais geral e a considerar que o adolescente não é um espectador passivo ao impacto dos *media*.

Por outro lado, cada um dos diferentes *media* e das infinitas possibilidades que permitem, podem acarretar diferentes impactos positivos e/ou negativos. Adicionalmente, esse impacto pode estar dependente de um determinado momento, situação ou fragilidade na vida do adolescente.

Para além do foco tendencialmente negativo, não é surpreendente que os problemas de saúde mais abordados pela literatura sobre *media* tendam a coincidir com os problemas que mais preocupam as entidades mundiais de saúde (ex. OMS, UNICEF), bem como com a literatura sobre saúde (ex. HBSC). Isto acontece não apenas devido às diferentes correntes teóricas e abordagens assumidas pelas diversas disciplinas, mas é igualmente explicável pela popularidade dos próprios temas muito divulgados na literatura e nas políticas de saúde pública através dos próprios meios de comunicação social.

Na próxima seção iremos explorar este tema, na tentativa de compreender como tem sido abordada a relação entre os *media* e a saúde dos jovens.

4.2 A saúde na Era Digital

Nesta secção, cada um dos temas de saúde mais recorrentemente explorados na literatura será analisado mais aprofundadamente, nomeadamente, no que diz respeito a: nutrição e imagem corporal; (in)atividade física e comportamento sedentário; tabaco, álcool e drogas; relações íntimas e comportamento sexual; violência e agressão; problemas psicológicos e comportamentais.

4.2.1 Nutrição e imagem corporal

Os comportamentos com a alimentação constituem uma das áreas da saúde dos adolescentes que tem mais influência no seu dia-a-dia e que podem estar associados a outros problemas. Campbell e Peebles (2014) referem-se às perturbações alimentares como problemas frequentes em jovens, enquanto que Leech, McNaughton e Timperio (2014) sobressaem a alimentação pouco saudável. A 15 de março de 2019 foi aprovada a lei portuguesa que proíbe a publicidade a alimentos e bebidas com elevado teor de sal, açúcar e ácidos gordos saturados e transformados, junto a escolas, parques infantis, cinemas e programas de televisão e rádio dirigidos a crianças com menos de 16 anos. Foi publicada em *Diário da República* a 23 de Abril deste ano¹⁰.

Os dados do HBSC (Matos et al., 2015) demonstraram que mais de metade dos jovens portugueses inquiridos consumia alimentos pouco saudáveis, como doces e refrigerantes, pelo menos uma vez por semana e mais de três quartos afirmava que, pelo menos, às vezes, comia alimentos pouco saudáveis ou em demasia. Outros estudos revelaram que a grande maioria dos jovens ultrapassa a quantidade de sódio ingerida diariamente recomendada pela OMS (Gonçalves et al., 2015, 2016), o que sugere que os jovens ingerem muita comida processada e poucos vegetais (Gonçalves et al., 2016).

Consequentemente, a investigação tende a apontar para uma grande prevalência de excesso de peso e obesidade nos adolescentes portugueses (ex., Machado-Rodrigues, Silva, Ribeiro, Fernandes, Mota & Malina, 2016; Marques & Matos, 2016; Minghelli, Nunes & Oliveira, 2013). Estes números mantiveram-se estáveis, mas altos, nos últimos anos, o que

¹⁰Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/122151046/details/maximized>.

carece de muita atenção (Marques & Matos, 2014, 2016). Os dados do HBSC indicam, igualmente, que 15.2% encontra-se com excesso de peso e 3% estão com valores de obesidade (Matos et al., 2015).

Por outro lado, Matos et al., (2015) sugere que os jovens portugueses são saudáveis, se compararmos com os de outros países europeus, apresentando um padrão alimentar saudável, mas menos atividade física (especialmente as raparigas). Adicionalmente, quando são comparados com os mesmos países, os jovens portugueses encontram-se nos primeiros lugares de consumo de computadores e telemóveis. Este estudo parece, assim, sugerir que o excesso de peso e a obesidade dos jovens podem não se dever a problemas de nutrição/alimentação, mas estar relacionados com comportamentos sedentários. Similarmente, Araújo, Teixeira, Gaio, Lopes e Ramos (2015) parecem corroborar estes dados ao observar que os jovens que consumiam mais doces ou *fast food* apresentavam uma maior tendência para despender mais de 360 minutos a ver TV ao fim de semana.

Para compreender a relação entre a televisão e o índice de massa corporal, Bickham, Blood, Walls, Shrier e Rich (2013) analisaram 91 adolescentes com idades compreendidas entre os 13 e os 15 anos, recrutados em Inglaterra. O tempo passado com os *media* não estava relacionado com o IMC. No entanto, uma quantidade elevada de atenção primária (que tem o maior foco de atenção) à TV mostrou-se associada ao aumento do IMC. O nível de atenção cedida a outros *media* e a atenção secundária (que tem atenção em segundo plano) ou terciária (atenção em terceiro plano) prestada à televisão não revelaram associações com o IMC. Estes resultados sugerem que a atenção prestada à televisão tem potencial para o aumento da obesidade dos jovens e as intervenções devem ter em consideração a publicidade a alimentos pouco saudáveis, tão frequentes nas televisões.

No mesmo sentido, o estudo de Harris, Speers, Schwartz e Brownell (2012) descobriu que as crianças e os jovens consomem, em grande escala, *sites* com jogos ("*advergames*") e que estes têm o potencial de aumentar o consumo de *snacks* pouco saudáveis. Além disso, os mais velhos tendem a ser tão influenciados como os mais novos.

Por outro lado, um exemplo bem-sucedido é uma intervenção através de uma plataforma eletrónica "*Next.Step*". Sousa, Fonseca, Gaspar e Gaspar (2014) realizaram um estudo correlacional sobre este programa com 48 adolescentes dos 12 aos 18 anos de idade a frequentar uma clínica de controlo de peso. Os jovens foram submetidos ao "*Next.Step*"

para fomentar a comunicação entre estes e uma equipa multidisciplinar de saúde (enfermeiro, psicólogo, fisiologista, nutricionista e médico pediatra), durante 24 semanas. O programa inclui uma história de uma personagem com obesidade e a procura de uma vida saudável e feliz, em que o utilizador pode explorar diversos aspetos sobre o tema. Embora houvesse pouca adesão, quanto maior o número de recursos consultados, maior foi a probabilidade de satisfação com a plataforma, de considerar fácil o acesso aos seus conteúdos e do utilizador considerar as informações úteis. No que diz respeito à intervenção, os participantes apresentaram uma redução no tempo gasto a ver TV, no IMC e nas circunferências da cintura e do quadril.

Além disso, podemos afirmar que o tema da imagem corporal tem-se tornado ubíquo nos *media*, com a magreza do lado bom e a obesidade do lado obscuro. Ironicamente, de acordo com Harrison (2008), a maior parte dos anúncios publicitários que apresentam alimentos prejudiciais e que contribuem para a obesidade têm como intervenientes jovens magros. Por outro lado, existe evidência de que a exposição aos ideais de beleza nos *media* está associada à obesidade e perturbações da imagem corporal e da alimentação e à procura constante do aumento da musculatura, ao recurso à cirurgia e a outros problemas (Harrison, 2008; Strasburger, 2009). A este propósito, um estudo de Latzer, Spivak-Lavi e Katz (2015) com 248 raparigas dos 12 aos 19 anos de idade em Israel, revelou que uma grande exposição a conteúdos mediáticos prejudiciais em qualquer um desses *media* – TV (*Gossip Girl*, *Beverly Hills 90210*), revistas de moda e Internet (especialmente Facebook e YouTube) - estava associada a perturbações alimentares mais graves e uma imagem corporal mais negativa. No entanto, a participação dos pais nos usos dos *media* das filhas estava associada a um maior sentimento de *empowerment* pelas mesmas que, por sua vez, estava associado a um menor risco de perturbação alimentar.

Em Singapura, o estudo de Lwin e Malik (2012) com 227 adolescentes, entre 10 e 13 anos de idade, revelou que a exposição a alguns *media* tradicionais (TV, vídeos de música, CDs e DVDs) estavam associados a uma maior insatisfação corporal das raparigas, mas não dos rapazes. Os *media* sociais estavam pouco associados à insatisfação corporal das raparigas. Os pares apresentaram um efeito positivo relativamente à insatisfação corporal, ainda que maior nas raparigas do que nos rapazes. Contrariamente, o criticismo sobre o peso

por parte de familiares no aumento da insatisfação corporal revelou-se apenas significativo para os rapazes.

Com foco no mesmo tema, Rodgers McLean e Paxton (2015) realizaram um estudo longitudinal com 277 raparigas a frequentar o 7º ano em escolas de Melbourne, Austrália, que preencheram um questionário em 3 momentos: no início do estudo, após 8 meses e após 14 meses. Os resultados indicam que a internalização do corpo ideal (magro) presente nos *media* predizia a comparação social da aparência com pares e a insatisfação corporal no segundo momento – após 8 meses. Por outro lado, a comparação social da aparência com pares no segundo momento (aos 8 meses) predizia a insatisfação corporal aos 14 meses. Reciprocamente, a insatisfação corporal no segundo momento predizia a internalização do ideal presente nos *media* no terceiro momento. Deste modo, podemos inferir que neste estudo, a insatisfação corporal e internalização do ideal presente nos *media* influenciam-se mutuamente e que esta última influencia a comparação social da aparência, que, por sua vez, prediz a insatisfação corporal.

Também interessados no combate às representações do ideal de magreza corporal promovidas através dos *media*, Veldhuis, Konijn e Seidell (2014), realizaram um estudo experimental com 178 raparigas entre os 12 e os 18 anos em escolas secundárias na Holanda. As raparigas que observaram imagens de modelos acompanhadas de legendas com informações sobre o peso das modelos (normal/baixo peso) demonstraram menor insatisfação corporal e consciência corporal “objetificada”, comparativamente às raparigas que observaram as imagens apenas ou acompanhadas de avisos sobre riscos de exposição a estas imagens. Este efeito foi especialmente notório em raparigas com baixa autoestima.

Embora a literatura assuma o impacto da exposição aos ideais de beleza, esta não é clara quanto à sua extensão, sendo necessária mais investigação nessa área. Simultaneamente, alguns autores (Harrison, 2008; Strasburger, 2008; Strasburger, 2009) sugerem que os jovens com suporte emocional e social de pais e amigos tendem a ser menos influenciados negativamente pela imagem idealizada dos *media*.

4.2.2 (In)Atividade física e comportamento sedentário

Segundo a OMS (2018), a atividade física é qualquer movimento corporal dos músculos esqueléticos que implica um gasto de energia, o que inclui atividades desenvolvidas durante o trabalho, jogos, tarefas domésticas, viagens e atividades lúdicas. Este conceito difere do exercício físico, dado que este último serve o propósito de manter ou aumentar a aptidão física e constitui uma forma de atividade física planeada, repetida e estruturada. A insuficiência de atividade física encontra-se entre as 10 causas de mortalidade em todo o mundo, estando associada a diabetes, doenças cardiovasculares, cancro (OMS, 2018)¹¹ e queixas de saúde (ex. nervosismo) (Matos et al, 2015).

Em Portugal, dados do HBCS (2014) indicam que mais de metade dos jovens afirma praticar exercício físico fora do horário escolar, duas ou mais vezes por semana. Além disso, alguns jovens relatam praticar pelo menos uma vez por semana (12.1%), uma vez por semana (14.1%) ou nunca (10.1%).

Por outro lado, a literatura focada na saúde dos adolescentes também se tem focado no comportamento sedentário. Os conceitos relacionados com o chamado “sedentarismo” já originaram alguma confusão no seio da comunidade científica, pelo que o *Sedentary Behaviour Research Network* (2012) aconselha a standardização dos conceitos de “sedentarismo” e “comportamento sedentário”. Desta forma, pode-se ser considerado inativo se não apresenta atividade física recomendada. Por outro lado, pode-se apresentar um “comportamento sedentário” se estiver acordado mas sentado, encostado ou deitado ou a realizar uma atividade que implique um nível de energia mínimo. Os comportamentos sedentários incluem estar nas aulas e nos transportes, assim como a utilização de alguns *media* como ver televisão, utilizar a Internet e jogar videojogos (Matos et al., 2015). Olds, Maher, Ridley e Kittel (2010) analisaram o tempo sedentário à frente de ecrãs (videojogos, computador, TV) e o tempo sedentário em outras atividades (ex., atividades escolares de socialização, transporte passivo, refeições, socialização) em 2200 jovens australianos com idades entre 9 e 16 anos. Os resultados do seu estudo revelaram que, do tempo total em atividades sedentárias, estes jovens despendem uma

¹¹ Disponível em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>.

média de 60% em atividades que não envolvem um ecrã. As atividades à frente do ecrã revelaram-se negativamente associadas com as restantes atividades sedentárias e apenas moderadamente preditoras do tempo sedentário total.

Incidindo num tema similar, Maitland, Statton, Foster, Braham e Rosemberg (2013) realizaram uma revisão sistemática da literatura com estudos entre 2005 e 2011, com jovens entre 8 e os 14 anos de idade, através das bases de dados *Medline*, *Web of Science*, *PsychInfo* e *Sportdiscuss*. Na procura de artigos sobre a relação entre ambiente físico da casa e atividades dos jovens, a amostra final para análise foi de 49 estudos. Na maior parte dos estudos sobre o tema (10 em 16), os equipamentos mediáticos (computador, número de televisões e quantidade de equipamentos mediáticos) presentes nos lares dos jovens encontravam-se positivamente associados com o sedentarismo. Essa relação foi também observada nos estudos que incidiam os equipamentos que se situam no quarto do jovem, embora com menor frequência (9 em 18). Neste sentido, Maitland et al. (2013) sugerem que os jovens que têm menos equipamentos mediáticos em sua casa podem estar a substituir o tempo com outros comportamentos sedentários.

Na mesma direção, Costigan, Barnett, Plotnikoff e Lubans (2013) realizaram uma revisão sistemática da literatura com estudos incidentes em raparigas adolescentes (com idades entre os 12 e os 18 anos), observando uma associação negativa entre atividade física/exercício físico e tempo sedentário à frente do ecrã (TV, videojogos, PC e Internet) em 60% dos estudos que analisaram essa relação. Este tempo em frente do ecrã encontrava-se associado a diversos problemas de saúde, nomeadamente, problemas de sono, dores de cabeça e músculo-esqueléticas, propensão ao aumento de peso, depressão e mal-estar psicológico e redução da saúde social.

Consistentemente, um estudo de Devis, Devis, Peiró-Velert, Beltán-Carrilho e Tomás (2012) com 323 jovens espanhóis (com idades compreendidas entre os 12 e os 16 anos de idade) revelou uma relação negativa entre a visualização de televisão e a atividade física leve e moderada ao fim-de-semana. A televisão estava igualmente relacionada com a atividade física intensa nos restantes dias da semana. A incidir igualmente na relação TV-atividade física, o estudo de Hohepa, Scragg, Schofield, Kolt e Schaaf (2009) na Nova Zelândia, incluiu 3471 estudantes com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos de idade. Os resultados apontaram que a quantidade de tempo a frente do televisor (em dias de escola) é

inversamente proporcional à frequência de atividade após as aulas. Concetualizando, os jovens que passaram um período igual ou superior a 4 horas (no dia de aulas anterior) em frente à televisão, apresentavam metade da propensão para a atividade pós-aulas, comparativamente aos que apresentavam menos de uma hora diária a ver TV.

Incidindo na utilização do telemóvel, Mojica, Parra-Medina, Yin, Akopian e Esparza, (2014) realizaram um estudo que apenas analisou raparigas do sudoeste do Texas (EUA) com idades compreendidas ente 11 e 14 anos. As jovens que possuíam telemóvel (55%) apresentavam maior probabilidade de frequentar aulas diárias de educação física, de realizar mais de 5 dias de atividade física na semana anterior e até de jogar em uma ou mais equipas desportivas. Por sua vez, a atividade física superior a 5 dias (na semana anterior) estava associada positivamente com as horas semanais de utilização do telemóvel. No entanto, não foi observada uma associação entre a utilização de outros *media* analisados -computador, Internet, videojogos, redes sociais – e a atividade física (Mojica, Parra-Medina, Yin, Akopian & Esparza, 2014). Contrariamente a estas conclusões, Carlson, Fulton, Lee, Foley, Heitzler, e Huhman (2010), num estudo com 7415 jovens com idades compreendidas entre os 9 e os 15 anos, demonstraram que a atividade física (incluída em jogos/brincadeiras, desporto ou aulas de AF extracurriculares) encontrava-se associada negativamente com a probabilidade dos jovens passaram mais de 2 horas a ver TV ou jogar videojogos.

De uma perspetiva geral, a revisão sistemática de literatura de Maitland et al. (2013) observou que os estudos que se focavam na relação entre os equipamentos mediáticos e a atividade física não revelaram consistência, encontrando associações positivas e negativas e ausência de relação e diferentes relações para diferentes *media*.

A complexidade da análise deste tema foi verificada igualmente por Spengler, Mess e Woll (2015), na Alemanha, com 2083 adolescentes dos 11 aos 17 anos de idade. Estes autores analisaram a coexistência entre *media* (utilizar o computador ou Internet, jogar consola, ver TV) e atividade física (como atividade escolar, no tempo livre ou num clube de desporto), tendo verificado que jovens com altos níveis de uso dos *media*, relataram baixos níveis da atividade física. No entanto, foi verificado que muita atividade física coexistia com níveis consideráveis de uso dos *media*. A maior parte dos jovens (2/3 da amostra) estavam envolvidos em atividade física e utilizavam meios de comunicação, ao mesmo nível. O tipo de *media* e de atividade física não revelaram relação entre si.

O facto de não existir consenso na literatura que explora a relação entre a atividade física (ou sua ausência) e o uso dos *media*, deixa um caminho aberto a outros fatores que podem interferir e *mediar* esta relação. Segundo Olivares, Cossio-Bolaños, Gomez-Campos, Almonacid-Fierro e Garcia Rubio (2015) o papel dos agentes sociais no exercício físico e desporto é uma área pouco explorada na literatura. Maitland e colaboradores (2013) foram mais específicos ao destacar que o papel dos pais no sedentarismo também constitui uma área que carece de mais investigação. De facto, estes parecem ter um papel essencial no comportamento do jovem no acesso e na sua relação com diversos *media* e sedentarismo, assim como no acesso e prática de desporto. O progenitor pode proporcionar condições ambientais em determinada direção, conversar com os seus filhos sobre o tema, incentivar (ou desincentivar) comportamentos, servir de modelo ou utilizar uma conjugação destes comportamentos. Efetivamente, alguns autores sugerem que o incentivo dos pais promove a prática de atividade e exercício físico nos adolescentes (ex.: Berge, MacLehose, Eisemberg, Fulkersonm & Neumark-Sztainer, 2015; Neumark, Fulkerson, Hannan, & Story, 2011; Olivares et al., 2015)

Adicionalmente, no que diz respeito ao sedentarismo, a revisão de Maitland et al. (2013) indica que os pais também têm um papel importante. As crianças que partilham comportamentos sedentários com os pais tendem naturalmente a despender mais tempo em sedentarismo. Do mesmo modo, as crianças que viam mais televisão eram as que não tinham regras impostas sobre utilização de *media* eletrónicos ou cujos pais viam televisão.

Por outro lado, McManus, Mandic, Carle e Robert (2012) com 43337 adolescentes dos 10 aos 17 anos de idade avaliaram a relação entre funcionamento familiar, a frequência de atividade física e o número de horas a ver televisão. O funcionamento familiar foi medido pelo NSCH – *National Survey of Adolescent Health (Data Resource Center for Child and Adolescent Health, 2007)* englobando a comunicação sobre temas relevantes, dificuldade em preocupar-se com o seu filho, frequência de comportamentos que incomodam o progenitor, frequência com que este fica efetivamente zangado com o seu filho e capacidade em lidar com tarefas parentais no dia-a-dia. Por outro lado, a atividade física foi medida através dos dias com atividades de pelo menos 20 minutos, durante a semana anterior. O funcionamento familiar revelou estar associado positivamente com a frequência de atividade física e negativamente com o número de horas a ver TV. Por outras palavras, os resultados apontam que um bom funcionamento familiar aumenta a probabilidade de frequência de atividade física e da redução

do tempo a ver televisão. No estudo de Hohepa et al, (2009), o papel parental foi salientado, como fundamental e cumulativo, uma vez que as estratégias de regulação do tempo despendido a ver TV e o incentivo à atividade se revelaram associadas aos comportamentos positivos dos filhos, fortalecendo o seu efeito quando eram associadas. A título de exemplo, a probabilidade de os pais não exercerem nenhuma destas 2 estratégias, apresentou-se até quase 5 vezes superior nos grupos de jovens que não apresentavam o comportamento ideal – muita TV e pouca atividade física.

Deste modo, tendo em consideração a importância dos *media* e dos agentes interpessoais na promoção do exercício e atividade física, uma das “Recomendações Globais sobre a Atividade Física para a Saúde” da OMS seria a utilização dos meios de comunicação para divulgar e consciencializar para as vantagens da atividade física (OMS, 2015). Os *media* podem estimular a prática de exercício físico, pelo que as intervenções de estímulo à prática de exercício físico podem-se processar através de veículos mediáticos. No entanto, em termos de investigação científica, ainda não foi suficientemente explorada a forma como os canais mediáticos podem ser utilizados para essa divulgação e possíveis intervenções nos adolescentes. Neste contexto, Wójcicki, Grigsby-Toussaint, Hillman, Huhman e MacAuley, (2014), em Illinois (EUA), testaram a exequibilidade da utilização do *facebook* para a execução de um programa de promoção da atividade física – o “*Social Media and Activity Research in Teens*” (*SMART*). O programa teve a duração de 8 semanas e incidiu em 20 adolescentes que apresentavam pouca atividade física (com idades entre os 13 e 15 anos). Os resultados apontam para um aumento significativo da participação em atividade física nos tempos livres (ex. passear) e um pequeno (não significativo) aumento da atividade física (moderada a intensa ou total) e duração da mesma. Embora os resultados não fossem totalmente consistentes relativamente a uma associação significativamente positiva entre programa e o aumento da atividade física, este estudo indica que as redes sociais têm grande potencial neste tipo de intervenções pela sua interatividade, facilidade de acesso e baixos custos (Wójcicki et al., 2014)

Concluindo, podemos inferir que, relativamente à relação entre os *media* e o comportamento sedentário, a atividade física, o exercício físico ou o desporto, o volume de literatura na área é bastante menor, quando comparados com as outras problemáticas estudadas na adolescência. Embora não constitua um dos temas mais recentes, a

complexidade na sua relação e a inconsistência resultante da mesma, podem justificar a menor quantidade de estudos incidentes no tema. Existe uma grande tendência para estudos que abrangem a relação entre *media* e atividade física incidirem nos comportamentos sedentários, como jogar videojogos, ver televisão e estar à frente de um computador e descuidarem os outros meios de comunicação, pelo que esta é uma área que deveria ser explorada. Quando incluem outros fatores que influenciam esta relação, os pais são os agentes sociais mais comumente associados, compreensível pelo papel regulador e de modelo quer relativamente à disponibilidade e utilização dos *media*, como pelo incentivo e comunicação sobre atividade física. No entanto, não deve ser descurado o papel de outros significativos nesta influência. A título de exemplo, os irmãos e os pares influenciam em grande escala a ocupação dos tempos livres através de mensagens verbais e não verbais - um jovem pode ver uma época completa de uma série, porque o irmão a disponibilizou e uma adolescente pode inscrever-se num clube de voleibol, porque a colega insistiu.

4.2.3 Tabaco, álcool e drogas

Outras das problemáticas que afetam frequentemente os adolescentes refere-se ao início de consumo de tabaco e álcool ou até mesmo de drogas (Domingues et al., 2014).

Os dados do estudo HBSC (Matos et al., 2015) indicam que, embora a maior parte dos jovens portugueses refira nunca ter experimentado tabaco (22.2%), os que fumam distribuem-se quase equitativamente entre os admitem fazê-lo todos os dias (35.4%), pelo menos uma vez por semana (31.3%) ou menos que uma vez por semana (33.3%).

Nos anos 80, em Portugal, a legislação¹² proibiu, por Decreto-Lei a publicidade a tabaco na televisão e rádio, interditando, mais tarde, todas as formas de publicidade do tabaco através de canais publicitários¹³. Por outro lado, é altamente improvável o desconhecimento acerca das consequências do consumo do tabaco, devido ao elevado número de campanhas contra o tabaco e pela presença, obrigatória por lei, de menção a consequências específicas do seu consumo, nos próprios maços de Tabaco.¹⁴

¹² Diário da República, Série n.º226 de 30/09/1980 Decreto-Lei n.º421/80 de 30 de Setembro

¹³ Diário da República, Série n.º189 de 17/08/1982 Decreto-Lei n.º22/82 de 17 de Agosto

¹⁴ Diário da República, Série n.º8 de 11/01/1994 Portaria n.º32/94 de 11 de Janeiro

No entanto, Dewhirst (2008) destaca que o consumo de tabaco está bem patente em personagens de séries ou telenovelas que os jovens respeitam e imitam. Consistentemente, Strasburger e colaboradores (2009) referem que este ainda é mais frequente nos videoclips do que na televisão. Embora sejam frequentes as personagens e celebridades a fumar, com conotações positivas ou negativas, as consequências negativas do seu consumo raramente são enfatizadas. Por outro lado, Dewhirst, (2008) também refere que crescem as campanhas presentes nos *media* a advertir para os seus efeitos negativos. Em Kathmandu, Dahal, Maharjan, Subedi e Maharjan (2015) realizaram um estudo com 394 adolescentes com idade média de 17 anos. Estes autores demonstraram que o consumo de tabaco era previsível a partir da utilização de diferentes *media* (TV, cinema, revistas) e a exposição a diversos conteúdos mediáticos (publicidade a tabaco e programas de música patrocinados por marcas). Também a receptividade a esse tipo de publicidade, o gosto por fumar pelo simples facto do artista favorito também o fazer e o gosto por um tipo específico de música (*heavy metal*, *hard rock*) revelaram-se preditores do consumo de tabaco. A maior parte dos adolescentes concordou que os *media* ensinam diferentes formas de fumar, utilizam diversos tipos de modelos para ensinar e promovem a discussão sobre o consumo de tabaco (Dahal et al, 2015).

Relativamente ao álcool, embora quase metade dos jovens portugueses refira não consumir álcool, 4.2% dos jovens consome regularmente e 12% dos jovens já esteve embriagado pelo menos uma vez na sua vida. As raparigas e os adolescentes mais jovens (6ºano) são os que referem beber menos frequentemente. Desde 2006 que os dados apontam para o decréscimo do consumo de álcool (Matos et al., 2015).

No que diz respeito a este tema, existe menos investigação sobre os efeitos dos *media*, quando comparado com o tabaco. No entanto, Strasburger (2009) sugere que a investigação existente indica a suscetibilidade dos jovens às imagens do álcool que estão extremamente patentes tanto na televisão como em videoclips. De facto, Horner, Jamieson e Romer, (2008) argumentam que, embora sendo proibida a venda de álcool a menores, eles continuam a beber, e mesmo que os produtores de publicidade a álcool possam afirmar que

esta não é dirigida a menores, estes parecem usar estratégias que os incentivam a quebrar regras em prol de um bem maior.

A este respeito, Primack, Colditz, Pang, & Jackson (2015) realizaram um estudo centrado no conteúdo do YouTube, tendo procedido à análise dos 70 vídeos mais importantes que retratavam a intoxicação por álcool. Estes autores observaram que estes vídeos são enormemente visualizados e avaliados positivamente através de *likes*. Os visitantes parecem preferir os vídeos que retratavam jogos, humor e atração/atratividade e que não continham consequências para a saúde da personagem. Esta diferença entre as representações e a realidade pode afetar as percepções sobre o consumo de álcool. No entanto, este estudo realça que o YouTube pode ser um meio viável para intervenções de saúde pública (Primack et al., 2015).

Paralelamente, nos EUA, Ross e colaboradores (2014) utilizaram dados recolhidos por um estudo nacional (ver Siegel, et al. 2013) com 1031 adolescentes entre os 13 e os 20 anos de idade, que tinham consumido pelo menos uma bebida no último mês. Estes autores verificaram que o número de anúncios publicitários em programas populares entre os jovens variou entre 17 e 43 para cada programa. A exposição a estes anúncios estava relacionada com o consumo de bebidas alcoólicas das mesmas marcas publicitadas. A probabilidade de consumo de uma marca específica aumentava com a exposição a anúncios publicitários dessa marca, embora em muito menor escala a partir de um certo nível de exposição, sugerindo que existe um determinado momento a partir do qual esta deixa de ter efeito (Ross et al., 2014).

A partir dos mesmos dados do estudo anterior, Borzekowski, Ross, Jernigan, DeJong e Siegel (2015) analisaram características específicas de usos dos *media* nos jovens. Estes foram divididos em 4 categorias: “audiência em geral”, “seguidores de celebridades”, “utilizadores de *media mainstream*” e “utilizadores de TV por Cabo a meio da noite”. O Grupo 4 foi o que reportou um maior número de bebidas nos últimos 30 dias e um maior número de dias com episódios de consumo massivo de bebidas alcoólicas. O grupo 3 também se destacou nestes parâmetros. É interessante notar que os grupos também diferiram em termos de tipo e marca da bebida alcoólica consumida, o que, juntamente com os outros parâmetros, pode constituir um importante passo para a regulamentação da exposição dos jovens à publicidade.

O género pode constituir igualmente um fator de diferenciação no que concerne aos efeitos dos *media* e ao consumo do álcool, como descobriu Andsager, Austin e Pinkleton

(2002). No seu estudo, 578 adolescentes do 9º e 12º anos de escolaridade na Costa da Califórnia Central foram expostos a 8 mensagens acerca do álcool (4 anúncios publicitários e 4 anúncios de serviço público). Os resultados indicam que os rapazes tendem a ser mais persuadidos por mensagens individualistas em anúncios publicitários e as raparigas por mensagens coletivas em anúncios de serviço público. O apelo emocional parece influenciar mais as raparigas que os rapazes. É neste sentido que Horner e colaboradores (2008) sugerem que deve ser estudada a forma como produtores criam estratégias para os jovens acederem e manterem o consumo do álcool, de forma a serem criadas estratégias inversas mais persuasivas para a sua redução.

No que diz respeito a drogas, os dados do HBSC verificaram que a grande maioria dos jovens portugueses refere que nunca as experimentou (93.7%), mas são preocupantes as percentagens de jovens que referem que no último mês consumiram droga pelo menos uma vez (2.6%) e regularmente (0.6%). As drogas mais experimentadas são os solventes (benzinas) ou colas (9.7%) e a marijuana (cannabis/haxixe/erva), que apresenta uma frequência de 8.8% (Matos et al., 2015).

De acordo com Strasburger e colaboradores (2009), o consumo de drogas também é abordado pela literatura sobre efeitos dos *media* nos jovens, embora em menor escala, comparativamente ao tabaco. No entanto, as drogas estão muito presentes nos *media*, especialmente em filmes e videoclips. É geralmente assumido que a normalização ou legitimação das drogas nos *media* influenciam os jovens a imitar esses comportamentos (*ibidem*). Um dos poucos estudos recentes nesta área foi realizado por Leung e Lo (2015) em Hong Kong, que abrangeu 778 jovens (maioritariamente entre os 12 e os 18 anos de idade). Estes responderam a um questionário sobre a sua perceção quanto a mensagens antissociais que promovem o consumo de drogas e prossociais pertencentes a campanhas antidrogas, bem como acerca do apoio a medidas para corrigir potenciais efeitos negativos causados pelos *media*. Os participantes revelaram considerar que os efeitos das mensagens antissociais seriam maiores nos outros do que em si próprios. No entanto, esta diferença de perceção entre outros e o *self* seria menor para as mensagens prossociais. Adicionalmente, esta diferença na perceção nas mensagens antissociais mostrou prever o apoio a medidas para

corrigir potenciais efeitos negativos causados pelos *media* (promocionais, corretivas e restritivas). Este efeito não foi observado nas mensagens prossociais.

Deste modo, conseguimos perceber que os *media* podem ter um elevado impacto nas atitudes dos jovens face ao consumo de tabaco e outras drogas, pelo que se considera relevante persistir na investigação destes temas, assim como na promoção de intervenções dirigidas à redução do seu consumo através dos *media*.

4.2.4 Relações íntimas e comportamento sexual

A sexualidade envolve, particularmente, mais riscos na fase da adolescência, tal como referem Kerpelman, McElwain, Pittman, e Adler-Baeder (2016). Consistentemente, Caruthers, Van Ryzin e Dishion, (2014) chamam a atenção sobretudo para os potenciais riscos nesta fase no que se refere às doenças sexualmente transmissíveis e HIV. Por tal facto, a maior parte das escolas portuguesas já providencia educação sexual escolar segundo procedimentos regulamentados, embora falte um meio de avaliação das novas políticas. Não obstante a legislação da educação sexual nas escolas¹⁵ (DGE, 2015), o número de casos de gravidez na adolescência e infeções por SIDA continuam elevados.

Simultaneamente, os resultados do HBSC (Matos et al., 2015) indicam que 12.8% dos jovens referem já ter iniciado a vida sexual, sendo que a maior percentagem corresponde aos rapazes e aos mais velhos (10º ano). Os 14 anos ou superior foram a faixa etária mais citada para a primeira relação (76.2%). Apesar da educação sexual nas escolas, cerca de um quinto dos jovens que já tiveram relações sexuais afirma que aquando da última relação sexual não utilizou preservativo (20.3%) e 9.3% não sabe se utilizou.

Por outro lado, os *media* também têm um papel importante nas relações íntimas e sexualidade dos jovens.

Ao nível das relações interpessoais, Boniel-Nissim e colaboradores (2015) realizaram um estudo longitudinal entre 2002 e 2010 que recorreu ao questionário do HBSC para analisar a comunicação com pares, em 404523 adolescentes entre os 11, 13 e 15 anos de

¹⁵ Diário da República, 1.ª série - N.º 151, Lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto.

idade em 30 países da Europa e América do Norte. Os resultados apontam para uma utilização massiva da comunicação via *media* eletrónicos por parte dos adolescentes, que tendeu a aumentar com a idade e ao longo do tempo. Para além disso, este tipo de comunicação estava associado a uma maior facilidade de comunicação com pares do sexo oposto na “vida real”, que não se viu diminuída ao longo do tempo com o aumento da interação via *media* eletrónicos. Portugal apresentou a mesma tendência geral dos países analisados. Estes dados sugerem que este tipo de comunicação não está relacionado com o isolamento social, apresentando até um potencial prossocial. Mais recentemente, o estudo do HBSBC aponta que, embora a grande maioria dos jovens tenha um ou vários amigos mais próximos (94.8%), cerca de um décimo considera difícil conversar com ele/ela (8.4%). Dos jovens que mencionam ter amigos, 17% afirma que tem pelo menos um amigo exclusivamente virtual (Matos et al., 2015).

O estudo EU Kids Online descobriu que tem aumentado o número de adolescentes que contactam com pessoas que não conhecem cara a cara, sendo neste momento mais de metade dos inquiridos. Quase metade dos adolescentes encontraram-se pessoalmente com pessoas que conheceram online (Ponte & Batista, 2019).

Por outro lado, o estudo de Lerman e Bleakley (2015), com 489 adolescentes inquiridos, com idades compreendidas entre 16 e 18 anos, descobriu que conhecer pessoas *online* não estava associado a comportamento sexual, mas estava correlacionado com a intenção de ter relações sexuais no ano seguinte, sendo a pressão dos pares o mediador mais forte nesta associação. Os que tinham como atividade preferencial conhecer pessoas *online* passavam mais tempo *online* e conversavam mais sobre sexo com os pares. Para além disso, apresentavam mais vontade de novas sensações e indicaram maior consumo de tabaco e marijuana.

Embora o conteúdo sexual nos *media* tenha aumentado ao longo do tempo, as mensagens são diversas e inconsistentes no mesmo *medium* e entre os *media*. A investigação aponta que a música tende a passar a mensagem de que o comportamento sexual é uma forma de aumentar o status e de se divertir. Os filmes tendem a passar imagens mais explícitas, mas, muitas vezes, defendem-se argumentando que tais são pedagógicas. O sexo tem servido mais a função de captar audiências, do que a de ensinar. Por outro lado, alguns autores, como Stern e Brown (2008) e Strasburger e colaboradores (2009) observaram que

as referências a comportamentos preventivos de DSTs e de gravidez, infelizmente, não são comuns nos *media*, embora pudessem promover comportamentos mais responsáveis e, conseqüentemente, mais saudáveis. Neste sentido, Buckingham e Bragg (2004) verificaram, no seu estudo com 800 jovens, que é inevitável que estes tenham acesso frequente a conteúdos diversificados de cariz sexual nos *media*, mesmo que não os procurem. No entanto, são desde cedo muito céticos, críticos e competentes na compreensão desses conteúdos e, à medida que adquirem experiência “mediática” e de vida, desenvolvem competências para lidar com a informação. Por outro lado, preferem os *media* aos pais e escola por ser menos embaraçoso e mais específico quanto às suas preocupações.

Num estudo em Taiwan, Cheng, Ma e Missari (2014) acompanharam 2594 jovens a frequentar o 7º e o 9º ano de escolaridade entre o ano de 2000 e 2009. Os resultados sugerem que visitar cibercafés, visitar redes sociais e explorar sites pornográficos aumenta a probabilidade de um relacionamento amoroso e/ou da primeira relação sexual na adolescência.

Num estudo semelhante, Rice, Winetrobe, Holloway, Montoya, Plant e Kordic (2015), recorreram a uma amostra de 1831 adolescentes de Los Angeles a frequentar do 9º ao 12º ano de escolaridade, tendo observado que uma parte dos jovens utilizou a Internet para procurar sexo (4.89%), foi solicitado para ter relações por alguém que não conheciam (16.89%) e, dos jovens sexualmente ativos, 15% declarou ter tido relações sexuais com alguém que conhecera *online*. Uma utilização muito frequente da Internet estava relacionada com uma maior probabilidade de ser sexualmente ativo. O lar foi o único local de acesso à Internet não relacionado com a solicitação online de sexo. O facto de os jovens serem convidados/solicitados *online* a ter relações sexuais, serem sexualmente ativos e terem sexo com um parceiro que conheceram *online* estava associado positivamente com o facto de possuírem Internet no telemóvel. Os adolescentes que procuravam parceiros sexuais *online* e/ou eram solicitados a práticas sexuais apresentaram uma maior probabilidade de serem sexualmente ativos e terem relações sexuais com um parceiro que conheceram *online* (Rice et al., 2015).

De facto, os estudos parecem sugerir que quanto maior diversidade de atividades realizadas online, maiores as hipóteses de contactar com mais pessoas e de, conseqüentemente, de conhecer novas, tal como sugerem Barbovschi e colaboradores

(2012). Contudo, os mesmos autores referem que os pais podem ter um papel essencial nesta associação, uma vez que os jovens que fazem novos contactos online tendem a ter menos restrições parentais, argumento que é corroborado por Liau e colaboradores (2005).

Contextualizando o tema na dinâmica familiar, Guilamo-Ramos, Lee, Kantor, Levine, Baum & Johnsen, (2014) recorreram a 14 grupos de foco (com 62 pais e 106 com adolescentes entre os 12 aos 19 anos de idade), concluindo que as famílias encontram-se disponíveis e motivadas para obter informação sobre comportamento sexual e reprodução através da Internet e novas tecnologias, o que representa uma oportunidade para desenvolvimento de futuras intervenções (Guilamo-Ramos et al., 2014).

Esta informação é emergente, considerando os novos hábitos dos jovens no que diz respeito aos *media* e comportamento sexual. Um desses comportamentos é o *sexting* que, segundo o Collegiate Dictionary Merriam-Webster, consiste no “envio de mensagens ou imagens sexualmente explícitas pelo telemóvel” e nasceu da conjugação das palavras *sex* e *texting*. No entanto, ainda não faz parte do dicionário português (Priberam, 2015; Infopédia, 2015). De acordo com Hasinoff (2014), este termo é utilizado para descrever uma forma de expressão e exploração da sexualidade que é muito frequente, como indica o estudo de Spencer, Olson, Shrager, Tanaka e Belzer (2015) em Los Angeles com 55 jovens, no qual a maioria já tinha recebido uma mensagem de “*sexting*” e mais de metade já tinham experimentado enviar um *sex*t.

A literatura nesta área tem expandido o termo à Internet, como é o caso do EU Kids online, que caracteriza este fenómeno como um envio de mensagens ou imagens sexuais na Internet, a falar de, ou contendo pessoas nuas a ter relações (Ponte & Batista, 2019). Neste estudo, cerca de um quarto dos jovens portugueses (com idades entre 11 e 16 anos) já tinham recebido pelo menos um *sex*t no último ano e 6% tinha enviado ou partilhado tais mensagens, valores que subiram relativamente aos estudos anteriores. (Ponte & Batista, 2019).

Outro tema atual relacionado com a sexualidade juvenil foi abordado no estudo de van Oosten, Peter, Patti e Valkenburg (2005) com 1204 adolescentes holandeses, com idades entre os 12 e os 17 anos. Os jovens foram avaliados quanto à frequência de visualização de videoclips, a afetividade para com os vídeos (entusiasmo e prazer) e a ideia de que as mulheres dizem “não” a sexo quando na verdade elas querem dizer “sim” - *Token resistance*.

Apenas para as raparigas, a frequência de visualização de vídeos com artistas masculinos aumentou a aceitação de *Token resistance*, através da afetividade para com os vídeos. No entanto, a afetividade não explica esta influência na sua totalidade.

Concluindo, a investigação deve centrar-se, como sugerem Stern e Brown (2008), mais nas representações mediáticas da sexualidade do que nos conteúdos explícitos, estudar os efeitos da violência na sexualidade e não julgar o comportamento sexual com uma conotação negativa. A sociedade precisa de aprender que falar com os jovens sobre sexo não os leva a iniciar a vida sexual mais cedo, senão podemos incorrer no erro de permitir que o jovem “se atire para a piscina sem que este tivesse qualquer contacto anterior com a água” (Strasburger et al., 2009). A exposição e exploração de material de cariz sexual na Internet pode ajudar o jovem a aprender mais sobre o assunto, a vencer o obstáculo do embaraço de falar no assunto e até a encontrar um parceiro. No outro lado do espectro, Subrahmanyam e Smahel (2011) argumentam que esta exposição pode levar o jovem à solicitação sexual e à vitimização. Os efeitos positivos/negativos dependem da cultura, mas a investigação ainda está a dar os primeiros passos, sendo necessário mais investimento nesta área.

4.2.5 Violência e agressão

Tendo em consideração os aspetos relacionados com a saúde e o bem-estar dos adolescentes, o tema da violência também carece de especial atenção. De facto, a OMS (2016) considera a violência uma das principais causas de morte e incapacidade nos jovens. Os comportamentos violentos na adolescência podem ter inúmeras implicações individuais e sociais, como por exemplo a rejeição pelos pares (Ladd, Ettekal, Kochenderfer-Ladd, Rudolph, & Andrews, 2014), o mau rendimento académico (Savage, Ferguson, & Flores, 2017) e até problemas de saúde mental para agressores e vítimas (Eisner & Malti, 2015).

No contexto português, os dados do HBCS (2014) revelaram que 7.4% dos jovens esteve envolvido em lutas no último ano de uma a 3 vezes e 3.9% envolveu-se 4 vezes ou mais, sendo que 42% dos jovens referem que tal resultou em algum tipo de lesão, pelo menos uma vez, dos quais 43% implicou tratamento médico. Além disso, a maioria refere que não andou com armas no último mês (96.4%).

O tema mais presente na literatura sobre *media* e violência é a agressão. A este respeito Strasburger (2009) refere que literatura é consensual quanto ao facto de a violência poder ser aprendida e reforçada pelas mensagens mediáticas. Nesta área, a experiências de Bandura (1965) é uma referência ao incluir a observação de crianças que foram expostas a 3 filmes distintos relativamente à consequência de um adulto a bater num boneco - recompensa, punição ou ausência de consequência. O grupo de crianças exposto ao filme em que o adulto era recompensado repetia mais vezes o comportamento agressivo com um boneco presente na sala em que a criança se encontrava (Bandura, 1965).

Para Strasburger (2009), as consequências relatadas na literatura não se referem apenas à agressão, abrangendo, igualmente, a insensibilidade ou o medo e a preocupação extrema com a vitimização. No entanto, a força deste efeito depende da vulnerabilidade do próprio jovem. Para este autor existe igualmente investigação que indica que algumas representações demonstram adequadamente a realidade da violência e que são até pedagógicas, pelo que Strasburger (2009) defende que a indústria mediática e os pais podiam investir em atrair jovens para este tipo de mensagens. A violência da televisão pode contribuir para a ideia de que os jovens têm que se proteger de um mundo violento e cruel, fazendo potencialmente com que fiquem menos sensíveis às necessidades dos outros. Mesmo a violência que não é explícita pode ser negativa, pois mascara as consequências negativas para as vítimas, fazendo com que não se desenvolva uma empatia natural para com as mesmas. No entanto, como sugere Potter (2008), a solução não passa pela censura destas imagens violentas, mas pela educação dos jovens, dando-lhes a oportunidade de fazer escolhas sobre o modo de utilização dos *media* (e seus conteúdos) e ter controlo sobre os seus efeitos.

Uma das formas de violência mais exploradas pela literatura é o *Bullying*, definido como a exposição repetida e continuada no tempo a ações negativas por parte de um ou mais colegas (Olweus, 1993). Tal como referem Kowalski, Morgan e Limber (2012), embora o bullying tradicional seja um preditor de cyberbullying, estes são conceitos distintos. O fenómeno *cyberbullying* foi definido por Smith e colaboradores (2008) como “um ato agressivo e intencional realizado por um grupo ou um indivíduo, usando meios eletrónicos de contacto, repetidamente e ao longo do tempo, contra uma vítima que não se pode defender facilmente.” (p. 376). Por outro lado, Pereira e Matos (2015) referem que estes fenómenos são igualmente distintos de *Cyberstalking*. Constituindo uma forma de perseguição inovadora,

o *Stalking online* é distinto do *Stalking* na vida real e já está presente entre os adolescentes portugueses.

Além disso, o Cyberbullying pode também ser confundido com Cyber agressão, que pode ser definido como:

Um comportamento através do uso de tecnologias de informação e comunicação que tem a intenção de prejudicar outra pessoa (s) que a pessoa (s) alvo quer evitar. A intenção de causar dano deve ser julgada na base de como uma pessoa razoável avaliar a intenção (Corcoran, Guckin, & Prentice, 2015, p. 252/253).

Em contexto português, os dados do HBCS referem (2014) que 34% dos adolescentes já foram provocados e 28.3% já provocou os seus pares na escola. No caso específico do *cyberbullying*, 5.5% já foi vítima, 2% admitiram ser provocadores e 3.4% estiveram envolvidos em ambos os papéis. Mais especificamente, observou-se que 6.7% dos jovens já foi provocado através dos *media*, nomeadamente através de mensagens em tempo real, email, publicações no seu mural ou criação de sites. De igual modo, 3.7% dos inquiridos revelaram que já publicaram fotos de situações embaraçosas ou inconvenientes sem a sua permissão.

Por outro lado, de acordo com o estudo mais recente do EU Kids Online, cerca de um quarto dos jovens portugueses referiram que, no último ano, foram vítimas de bullying offline e online, sendo este último o mais frequente (Ponte & Batista, 2019).

Desta forma, como sugerem alguns autores (Brochado, Fraga, Soares, Ramos, & Barros, 2017; Thomas, Connor, & Scott, 2015), o *cyberbullying* parece estar cada vez mais a aumentar o seu impacto na vida dos adolescentes, afetando o seu bem-estar. Neste sentido, é de extrema importância não só considerar a violência que é perpetrada de forma física e mais aberta, mas ter igualmente em consideração este tipo de (cyber)bullying.

Na análise destes comportamentos, a Internet parece ter um papel central na medida em que pode expor os adolescentes a violência e agressão, através dos jogos, da música, sites de ódio, entre outros, estando associada a uma maior probabilidade de vitimização por *cyberbullying* (Kowalski & Giumetti, 2014; Navarro, Serna, Martínez & Ruiz-Oliva, 2013; Festl, Scharrow & Quandt, 2013). De facto, o uso da Internet parece estar associado com uma maior tendência para vitimização por *cyberbullying* na adolescência (Kowalski & Giumetti, 2014; Navarro et al., 2013; Festl et al., 2013). Estes dados confirmam o “Usage Paradigm”

proposto por Livingstone e Haddon (2009), segundo o qual um maior uso da Internet pode estar associado a maiores riscos online.

Por outro lado, den Hamer e Konijin (2015) alertam que a elevada exposição a conteúdo mediático antissocial e/ou de risco (ex. agressão, consumo de drogas, roubo) pode também contribuir para o aparecimento de comportamentos de *cyberbullying*. Neste sentido, a restrição parental pode ser fundamental para reduzir os riscos que os jovens correm online. Alguns autores (Barbovski et al., 2012; Kienfie Liao et al., 2005) sugerem que os jovens que fazem novos contactos online tendem a ter menos restrições parentais, o que contribui para aumentar o risco. Como já referido, o estudo de Sasson e Mesch (2014) revelou também que os pares têm um papel preponderante. Estes autores observaram que a perceção de aprovação dos comportamentos de risco por parte dos pares levou a uma redução do efeito da supervisão parental, aumentando a sua tendência para correr riscos.

No geral, Livingstone e Smith (2014) verificaram que o contacto com estranhos, o *cyberbullying*, o sexting e pornografia afeta menos do que um quinto dos jovens. Contudo, a prevalência estimada para o risco online não tem sofrido aumentos significativos ao contrário do aumento no acesso às novas tecnologias.

No estudo de den Hamer e Konijin (2015), uma elevada exposição a conteúdo mediático antissocial e/ou de risco (ex. agressão, consumo de drogas, roubo) revelou contribuir para o aparecimento de comportamentos de *cyberbullying*. Tendo em atenção as evidências da barreira ténue entre vítima e agressor, tal como sugerem alguns autores (ex., Lampert & Donoso, 2012, Pereira, Spitzberg, & Matos, 2016), podemos colocar a hipótese de que existe uma relação entre esses conteúdos e a tendência para a vitimização.

No entanto, dada a mudança constante dos *media*, estas questões podem ser alteradas e evoluir para outras formas de violência. Geralmente, os jovens mais alienados da sociedade e que têm uma apetência pela busca de sensações são mais suscetíveis de se envolver em comportamentos violentos, pelo que devem ser o alvo de investigação e intervenção. De facto, Subrahmanyam e Smahel (2011) referem que tanto as vítimas como os agressores virtuais parecem ter problemas na vida real.

No estudo de Lampert e Donoso (2012), com jovens entre os 9 e os 16 anos, 6% dos mesmos sofreu *cyberbullying*, 2 % destes tinha sido ofensor através de *cyberbullying* e 1% tinha estado em ambos os papéis. Estes resultados sugerem que as fronteiras entre ofensor e

vítima são mais esbatidas no *cyberbullying* do que no *bullying*. As raparigas reportaram com mais frequência serem vítimas e preocuparem-se com as consequências sociais que daí poderiam advir. Portugal foi um dos países com índices mais baixos. A maior parte dos jovens que sofreram *cyberbullying* referiram estar transtornados com o problema, especialmente as raparigas e os mais jovens. O *bullying* constituiu o preditor mais forte de *cyberbullying*.

O estudo de Selkie, Midamba e Moreno (2015), que contemplou 102 participantes adolescentes, pais, juristas, profissionais de saúde, educadores e investigadores, verificou que todos os participantes conseguiram descrever um caso de *cyberbullying* ou assédio *online* que sofreram ou conhecem. Na Holanda, den Hamer e Konijn (2015) desenvolveram um estudo longitudinal com 1005 adolescentes dos 11 aos 17 anos de idade. Para o estudo, foram utilizadas medidas de autorrelato para avaliar comportamentos de *cyberbullying* (ex.: enviar e-mail com conteúdo insultuoso ou ameaças) e exposição a conteúdo mediático antissocial e/ou de risco (agressão, consumo de drogas, roubos, etc.). Os questionários foram administrados em horário escolar no início, no meio e no fim do ano letivo de 2 escolas secundárias. Os resultados indicam que elevados níveis de exposição a estes conteúdos contribuem para o aparecimento de comportamentos de *cyberbullying*, sendo que uma maior exposição estava associada com um aumento mais rápido destes comportamentos ao longo do tempo. No entanto, esta última associação revelou ser mais forte em rapazes do que em raparigas. Den Hamer e Konijn (2015) consideram que estes resultados devem ser tidos em consideração em programas de prevenção e intervenção, de forma a ajudar os jovens a compreender o efeito que os *media* têm nas suas atitudes e comportamentos.

Em suma, diversos estudos já apontam para os riscos que os adolescentes podem correr online, sobretudo no que se refere ao *cyberbullying*. Deste modo, seria importante aprofundar mais o estudo nesta área, de forma a procurar fatores que possam contribuir para a promoção de comportamentos de prevenção do risco online.

4.2.6 Problemas psicológicos e comportamentais

A adolescência é frequentemente associada ao aparecimento/expressão de diversos problemas psicológicos, psiquiátricos e comportamentais. No entanto, estes podem apresentar maior propensão à sua manifestação quando associados a problemas desde o

nascimento, nomeadamente a prematuridade (Johnson & Wolke, 2013; Nosarti, 2013; Sawyer et al., 2012).

Esta complexa temática engloba problemáticas já abordadas em secções anteriores, como problemas de autoconceito e autoestima, perturbações alimentares e consequências advindas da violência e do comportamento sexual desajustado ou exposto, ou do consumo de substâncias. No entanto, as mais “popularmente” abordadas na literatura dizem respeito à depressão e ansiedade.

Os sintomas emocionais (tristeza e nervosismo, problemas somáticos) tendem a aumentar com a idade e a ser maiores nas raparigas, como verificaram Carvalho e colaboradores (2014). Os dados do HBSC (Matos et al., 2015) indicam, igualmente, que as raparigas e os mais velhos apresentam mais sintomas psicológicos e que os rapazes referem mais estar satisfeitos com a vida. A maioria refere sentir-se feliz e estar satisfeita com a vida, e nunca ou quase nunca ficar triste “a ponto de não aguentar”. Embora grande parte dos jovens refira que raramente ou nunca experienciem sintomas psicológicos, os jovens relatam sentir, mais do que uma vez por semana, sintomas como nervosismo (44.1%), irritabilidade (39.1%), tristeza (24.7%), medo (20.1%).

O tema da saúde mental está igualmente presente na literatura que explora os *media* e a saúde dos jovens. Livingstone (2008) refere que, por exemplo, as redes sociais podem oferecer oportunidades de gestão da identidade, socialização e intimidade, comunicação, autoexpressão, criatividade e novas literacias, mas podem acarretar riscos relativamente à privacidade ou abuso, ou conduzir à discriminação pelo grupo de pares. Embora afetem uma minoria, o risco pode manifestar-se quando os jovens revelam informação privada a um grande número de “amigos” das redes sociais que não são próximos e quando confiam em demasia na sua capacidade de reconhecer quem é íntimo e digno de confiança. Como argumenta Livingstone (2008), tal pode dever-se a lacunas no conhecimento sobre a configuração da extensão da divulgação da informação, isto é, a noção de quem pode aceder à informação que partilha. No que se refere especificamente ao facebook, Blachnio, Przepiorka e Pantic, (2015) verificaram que a dependência desta rede social pode ter consequências a nível psicológico e satisfação com a vida. O modo como os adolescentes alteram a sua apresentação no facebook depende da necessidade de socializar com os outros e do sentimento de pertença ao grupo, a motivação/perceção de confiança nos outros e a

perceção de autocontrolo. Segundo Sun e Wu (2012), estes dependem da consciência do seu *self* online e da confiança e autoeficácia na Internet. Comparativamente aos jovens mais velhos, os adolescentes tendem a divulgar mais informação no facebook sendo o seu isolamento/solidão um fator preditor dessa partilha de informação (Blachnio Prepriorka & Borush, 2015). Comparando o facebook com o Whatsapp, Karapanos, Teixeira e Gouveia (2016) observaram que o último proporciona mais oportunidades de comunicação íntima comparativamente com o facebook, que se revelou como um meio menos social e satisfatório. De facto, Karapanos e colaboradores (2016) verificaram que o Whatsapp está mais associado com um sentimento de popularidade comparativamente com o facebook, sugerindo que os indivíduos que usam o facebook passam grande parte do seu tempo a observar a vida dos outros (frequentemente retratada de forma exageradamente positiva), o que pode levar à diminuição da autoestima e bem-estar.

Abordando a sintomatologia depressiva, um estudo longitudinal e transversal de Bikham, Hswen e Rich (2015) no nordeste dos EUA com 126 adolescentes dos 12 aos 15 anos de idade a frequentar do 7º ao 9º ano de escolaridade revelou que, dos diversos *media* analisados (TV, computador, videojogos, telemóveis e música), apenas a utilização da televisão e de telemóveis revelaram contribuir para o desenvolvimento de sintomas depressivos (avaliados um ano depois). No entanto, as regras de utilização da TV impostas no seio do agregado familiar parecem ter funcionado como fator protetor contra a depressão, pois constituíram preditores de menores níveis de sintomas depressivos. Por este motivo, as intervenções que dotam a família com competências mediáticas podem ajudar a reduzir os efeitos negativos dos *media* nos jovens (Bikham et al., 2015).

Para avaliar os padrões e os motivos de uso dos *media* sociais, Radovic, Blackwood e Miller (2015) recorreram a uma amostra de 39 participantes e respetivos pais, dos quais 20 eram adolescentes, dos 13 aos 20 anos, a receber acompanhamento por depressão. Em média, os adolescentes utilizavam os *media* sociais mais do que uma vez por dia e os pais utilizavam-nos uma ou mais vezes por semana. Enquanto alguns jovens descreveram utilizar os *media* sociais para se distraírem e inspirarem, outros evitavam-nos com medo de exclusão, por exemplo. Alguns utilizavam *sites* anónimos para dar suporte a pares com sintomas depressivos. Os pais utilizavam os *media* sociais para monitorizar os seus filhos e a maior parte mostrou receio de que se expusessem e sofressem exclusão ou algum tipo de

consequência negativa. Embora com receios de quebrar a privacidade, os adolescentes mostraram motivação em obter conselhos de pais que se encontravam na mesma situação (depressão) (Radovic et al, 2015).

Neste sentido, Clarke, Kuosmanen e Barry (2015) elaboraram uma revisão sistemática sobre programas de intervenção online para a promoção/intervenção na saúde mental, com estudos desde 2000 a 2013, a abranger jovens dos 12 aos 25 anos. Deste modo, identificaram apenas 28 estudos, sendo a grande parte (20) de avaliação de 15 programas de intervenção para a prevenção e os restantes (8) de avaliação de 6 de programas de intervenção para a promoção da saúde mental. Os estudos parecem indicar que o suporte cara-a-cara e/ou online é importante para garantir a participação do sujeito e o sucesso da intervenção. O primeiro grupo apresentou estudos que apontam para a eficácia da terapia cognitivo-comportamental computadorizada para a prevenção de ansiedade e depressão. O segundo pequeno grupo de promoção da saúde mental sugere que as intervenções modulares com foco nas competências têm muito potencial para o impacto positivo na saúde mental dos jovens.

Pode então concluir-se que a depressão e a ansiedade parecem ser os temas mais conhecidos quando se aborda a saúde mental. No entanto, estes são apenas alguns exemplos de uma infinidade de problemas que estão acoplados de forma indireta a outras questões comportamentais.

Com dados do EU KIDS Online, Smahel, Wright e Cernikova (2015) realizaram entrevistas e grupos de foco a 368 jovens dos 9 aos 16 anos de idade de 9 países da Europa (Portugal, Grécia, Malta, Itália, Roménia, República Checa, Espanha e Reino Unido). Os resultados demonstraram que, embora os jovens não apresentassem uma utilização excessiva da Internet, descreveram possuir diversos problemas de saúde causados pelo seu uso: problemas com o sono (insónia e pesadelos), problemas de agressão (para com objetos ou pessoas), saliência cognitiva (quando os conteúdos online dominam os pensamentos dos adolescentes), dores de cabeça, problemas de visão, cansaço ou falta de apetite (Smahel et al.,2015).

Com base na literatura sobre *media*, sono e memória, Dworack e Wiater (2014) propuseram um modelo teórico, no qual o uso excessivo dos *media*, por crianças e jovens, conduz a consequências psicológicas agudas (ex. aumento do estado de alerta) que podem

levar a problemas de sono (ex.: tempo de sono diminuído), que, por sua vez, influenciam a memória e a aprendizagem. Estas podem também estar debilitadas pelos problemas psicológicos consequentes do uso dos *media*. Estes fatores podem desenvolver consequências a longo-prazo ao nível comportamental (diminuição do rendimento escolar). No entanto, são de salientar os efeitos do uso excessivo de *media* nos problemas de sono. Este quadro teórico demonstra que os problemas não são estáticos e estão muitas vezes relacionados com outros não considerados nos estudos. Deste modo, pais e professores devem tomar medidas relativamente ao tempo de uso dos *media* (ex.: aconselhando alternativas como o exercício físico) e aos conteúdos consumidos, assim como aconselhar ou retirar os dispositivos eletrónicos do quarto (TV, videojogos e computador).

Starcevic e Aboujaoude (2015) defendem que a evolução dos *media* e tecnologias acarreta o aparecimento de novas psicopatologias como a dependência da Internet e do jogo *online*, assim como o desenvolvimento de sintomas e comportamentos como *cyberchondria*, *cybersuicide*, *cyberbullying*, *cyberstalking* e *cybersex*. Neste capítulo já abordámos os temas do *cyberbullying* e/ou *cyberstalking*, pelo que, em seguida, abordaremos os restantes. *Cyberchondria* diz respeito à escalada das preocupações infundadas acerca de sintomas comuns, a partir da avaliação de resultados de procura de informação *online* (White & Horvitz, 2009). O *Cybersex* pode ser uma forma de obter prazer sexual online sem uma componente patológica (a menos que abranja algum comportamento agressivo ou ilegal) e o *Cybersuicide* refere-se à procura na Internet de informação acerca de métodos e formas de suicídio (Starcevic & Aboujaoude, 2015).

Um exemplo mediático de comportamento de risco “parente” do *cybersuicide* é o *choking game*, comportamento que é definido pela CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) como o "auto-estrangulamento [auto-asfixia] ou estrangulamento [asfixia] por outra pessoa com as mãos ou uma corda para alcançar um breve estado de euforia causada pela hipoxia cerebral" (2008, p. 141).

Por outro lado, Bryce e Fraser (2013) argumentam que como os jovens tendem a considerar importante a exploração da sua identidade e da relação com os pares, os benefícios percebidos podem sobrepor-se aos riscos associados a publicar informação pessoal e falar com estranhos pela Internet. Os jovens tendem a apresentar grandes conhecimentos acerca do risco, consideram-no comum e normativo e apresentam-se como responsáveis pelo

mesmo. Além disso, tendem a não confiar nas pessoas que conhecem online, através do desenvolvimento de estratégias para a avaliação da confiança, identidade e risco (Bryce & Fraser, 2013)

De facto, existem inúmeros problemas psicológicos ou comportamentais a que os *media* estão associados, de forma direta ou indireta, mas os jovens podem e têm um papel ativo nesta relação. Parece, assim, importante aprofundar o conhecimento sobre o verdadeiro impacto que os *media* podem ter na saúde mental dos jovens. Neste sentido, importa referir que os *media* podem igualmente trazer vantagens e até ser benéficos para a saúde mental quando usados em programas de intervenção.

Através dos estudos aqui analisados, podemos inferir que a literatura aponta uma relação entre *media* e diversas áreas da saúde dos jovens. De facto, a maior parte deles vai no sentido da existência de um impacto em diversas componentes da vida dos jovens, especialmente, se considerarmos que os adolescentes utilizam frequentemente os *media*. Na maior parte das vezes, o impacto é negativo para determinada componente de saúde que pode ser física, psicológica, social ou uma combinação das mesmas.

A literatura foca um médium específico ou um conjunto, nomeadamente, a publicidade, as redes sociais, a música, os videojogos e outros, embora os conteúdos online sejam os mais frequentes e a TV se destaque entre os *media* tradicionais.

Neste sentido, alguns conteúdos mediáticos específicos tendem, em determinado momento, a receber uma maior atenção mediática ou até mesmo da investigação. Essa atenção pode dever-se a debates e controvérsias acerca dos benefícios ou riscos para a Saúde ou integridade do adolescente, do “Desafio da Baleia Azul” e da série “13 Reazons Why” que serão analisados de seguida.

4.2.7 O “Desafio da Baleia Azul” e a série “13 Reazons Why”

Todas as épocas são marcadas por controvérsias que tendem a aumentar com a complexidade da comunicação em sociedade. Abordando o tema dos jovens, adolescência e saúde, não devemos ignorar as polémicas atuais como as associadas à série da Netflix

“Thirteen reasons why” e ao “Desafio da baleia azul.” Constituindo temas tão recentes e, provavelmente, também devido à sua natureza controversa, a produção científica com enfoque nestes temas é ainda escassa, mas envolve diversas perspectivas e até polêmica.

A série “Thirteen reasons why”, criada por Brian Yorkey, foi inspirada na obra com o mesmo nome, escrita por Jay Asher. Esta tem como público-alvo os adolescentes e narra a história de uma adolescente de 17 anos que se suicida e deixa gravadas sete cassetes áudio, que explicam por que tomou esta decisão e o papel das pessoas que a desencadearam¹⁶. Gillis (2011) fez uma revisão da obra escrita de Asher e considerou que esta é mais eficaz que os sites com aconselhamento e medidas de prevenção do suicídio, ao passar claramente a mensagem de que as pessoas devem ser amistosas e prestar atenção ao “outro”. O livro tem sido utilizado como um recurso didático, servindo, por exemplo, de mote para Brandie Trent discutir e realizar atividades com questões e instruções na disciplina de Literatura. O seu objetivo seria analisar mais aprofundadamente e de forma crítica as causas e consequências do Bullying e do suicídio (Chisholm & Trent, 2012). Também Pytash (2013) utiliza a obra, entre outras, para abordar o tema do bullying e suicídio com estudantes de “Ensino de leitura com literatura” e descobriu que esses jovens selecionavam a obra com base em experiências anteriores na esperança de encontrar respostas. (ex., ler esta obra porque a melhor amiga se suicidou). Através da sua experiência e relatos dos alunos, a autora considera que esta experiência os prepara para lidar com estas questões complexas e sensíveis, mas necessárias. No entanto, Parton (2015) ressalva, a propósito da sua revisão do livro, que “nenhum texto é particularmente bom ou mau para ensinar, mas o modo como ensinamos pode ser” (p. 2).

No entanto, a série parece ter projetado mais visibilidade e popularidade à obra de Asher e exacerbado diversas perspectivas e controvérsias, em que de um lado se defende que alerta para temas e problemáticas dos adolescentes que merecem atenção e de outro se considera que os seus conteúdos incitam à imitação e ao suicídio.

A National Association of School Psychologists (2017) e a “The Brown University Child and adolescent behaviour letter (Knopf, 2017) são unânimes em dizer que esta aborda problemas reais como o *bullying*, condução sobre o efeito de álcool e violação. No entanto, um dos problemas é a falta de supervisão adulta sobre a série, que por sua vez não relata os

¹⁶ Informação disponível em <https://www.netflix.com/pt-en/title/80117470>

adultos como pessoas que os possam ajudar, nem retratam que a maior parte dos problemas psicológicos associados ao suicídio têm tratamento. No entanto, a NASP desaconselha jovens com ideação suicida a ver essa série e lembram que a exposição ao suicídio de outro ou conteúdo sensacionalista ou gráfico da morte, pode induzir ao pensamento suicida ou à sua concretização. No entanto, muitas entidades ressaltam que é essencial que os jovens sejam envolvidos em conversas que envolvam pensamento crítico sobre a série, propondo diretrizes, revelando contactos úteis e aconselhando jovens e os que com estes contactam (ex., NASP 2017, Knopf, 2017).

Dias após a estreia da série foi verificado um aumento estatisticamente significativo de procura do serviço de urgências para avaliação psiquiátrica, em jovens entre os 11 e os 18 anos. Estes dados indicam um profundo impacto, mas não indicam se positivo ou negativo (Salo et al., 2017). Foi igualmente observado que, após a estreia da série, aumentou o número de procura de informação sobre linhas de informação sobre o suicídio, prevenção e informação sobre adolescentes, bem como a informação sobre ideação suicida, formas e métodos para o concretizar, o que pode constituir um fator de risco para o suicídio efetivo dos adolescentes, embora não se saiba até que ponto. Os seus autores consideram que o modo como a série se encontra apresentada aumenta tanto a consciencialização sobre o suicídio como a ideação suicida (Ayers, Althouse, Leas, Dredze & Allem, 2017). Para os autores do estudo deviam seguir-se as diretrizes, para profissionais dos *media*, propostos pela OMS (2008)¹⁷ para a prevenção do suicídio e deveriam ser removidas as cenas que mostram a concretização do suicídio nas séries ou incluída informação sobre linhas de prevenção do suicídio em todos os episódios. No entanto, acrescentam que antes da estreia dos programas deveriam ser realizados estudos acerca do impacto na saúde pública.

A psiquiatra Sansea Jacobson (2017) revela que, após assistir aos episódios da série, ficou preocupada, ainda que sejam tópicos sensíveis e importantes e que, portanto, merecem atenção. Esta autora chega mesmo a apresentar 13 razões que a inquietam relativamente a esta série, das quais destacamos que:

¹⁷ Informação disponível em http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_media.pdf

1. Romantiza o suicídio (e a investigação aponta que tal pode aumentar o número de casos de suicídio e imitação dos métodos respetivos);
2. Utiliza a culpabilização de “outros” e não o real motivo da maior parte dos casos de suicídio que são as doenças mentais e sugere o suicídio como escolha racional para escapar à dor provocada por terceiros (e talvez até se vingar dos mesmos);
3. Contém cenas extrema e desnecessariamente gráficas e violentas, o que pode colocar em risco os jovens com prévios problemas psicológicos, perturbados ou traumatizados por experiências pessoais com as quais se identifiquem (ex., a cena de suicídio pode incitar os mais suscetíveis à imitação e ao uso do mesmo método);
4. A atenção e lembrança emocional constante do suicídio da protagonista (ex., fazer do cacifo o seu santuário) pode, segundo os especialistas na área, ser internalizado pelos jovens como um meio para lhes ser dado reconhecimento;
5. Retrata os adultos como incapazes de ajudar e ouvir os adolescentes, assim como a protagonista não é representativa do típico adolescente que comete suicídio (ex. é popular, bonita);
6. Mina o papel dos pais e estes precisam saber que existem recursos de saúde mental eficazes aos quais recorrer nestas situações. A série tem como público-alvo os adolescentes, mas os seus conteúdos são apresentados de um modo “adulto” e, embora a Netflix tenha colocado e atualizado avisos relativamente aos seus conteúdos, o mais provável é que o jovem veja a série sem a supervisão de um adulto.

A autora reconhece o potencial desta série para o combate ao estigma da saúde mental, relativamente à informação sobre sinais e sintomas de depressão e promoção da saúde mental. No entanto, considera que falha e que os profissionais de saúde mental precisam de informar a comunidade de que não existe um único modo correto de se conversar com os adolescentes. Salienta a necessidade de criar esses tempos para a comunicação de modo sincero e aberto, permitindo que os adolescentes direcionem a conversa e ouvindo-os com atenção, pois a comunicação não aumenta os níveis de suicídio, mas o silêncio pode ser perigoso. Deste modo, é necessário o esforço de todos os agentes

interpessoais, dos produtores da série e dos experts em suicídio para minimizar o risco desta população vulnerável (Arendt, Scherr, Till, Prinzellner, Hines, & Niederkrotenthaler (2017).

Para Oliveira (2016), esta série alertou o mundo para o tema tabu do suicídio na adolescência. Considera que, embora os jovens tendam a conversar cada vez menos e a colocar barreiras entre estes e os outros, estes desabafam, quando sentem que podem confiar. No entanto, considera que a série é ilustrativa do “desaparecimento” dos adultos na vida do adolescente: pais que se excluem das suas vidas; direção da escola que a vê apenas como instituição num todo e não um local para servir seres humanos; professores que se preocupam essencialmente com conteúdos programáticos; profissionais na escola que nada sabem sobre os jovens; e o psicólogo sem conseguir encontrar e apresentar respostas. Esta ausência, considera o autor, deixa lacunas que podem deixar os jovens isoladamente submersos sobre os problemas da sua vida e dar origem a desorientação, angústia e fragilidades, que podem ter como consequências, o suicídio e/ou envolvimento em jogos como o da “Baleia Azul”.

O “Desafio da Baleia Azul” é um jogo digital que envolve uma série sequencial de 50 desafios/dias, lançados por um “curador” desconhecido e que progredem até ao clímax do suicídio do jogador. Deste modo, existe unanimidade na literatura acerca da sua avaliação negativa e reprovação. A questão que gera polémica é o porquê de tantos jovens se envolverem num jogo em que entre outros, contém privação do sono, automutilação e culmina com o seu próprio suicídio.¹⁸

Até ao momento, sabe-se que este desafio envolve mecanismos psicológicos, que a maior parte das vítimas são adolescentes e jovens adultos, maioritariamente provenientes da Europa, Rússia e Índia e que a propensão para a possibilidade de ser vítima deste desafio aumenta quando os jovens vivenciaram problemas familiares e experiências de vida negativas. Este tipo de vitimização envolve curadores que são predadores e que incitam os jovens auto mutilarem-se (Kumar et al., 2017). Há quem sugira que o jogo é um ritual de passagem com desafios que funcionam como forma de expressar o vazio e ausência de sentido das suas vidas, sentimentos cada vez mais sentidos pelos jovens e que se iludem ao percecionarem o suicídio como uma saída para a sua vida pautada pelo isolamento, dor e angústia. (Oliveira,

¹⁸ Informação adicional disponível em <http://heavy.com/news/2017/07/blue-whale-challenge-game-what-are-the-50-challenges-tasks>

2016). O Desafio da baleia azul alerta assim para esta problemática e já inspirou trabalhos práticos académicos de prevenção da depressão na infância e adolescência (ex., Sterz & Silva, 2017).

A propósito da série e do desafio, Oliveira, (2016) considera que os agentes sociais perderam a sensibilidade para comunicar com os jovens, por causa do medo do que poderão desvendar. Os pais chegam até a tentar conhecer os seus filhos através de professores e outros profissionais que contactam com os seus filhos. No entanto, estes precisam de sentimento de pertença e um porto seguro, nos quais todos os agentes sociais podem estar envolvidos (Oliveira, 2016). Talvez por isso há já quem se tenha inspirado nos dois exemplos mediáticos para chamar a atenção para o papel de pais e professores no combate ao bullying (ex., Cruz, Lopes & Oliveira, 2017) e ao suicídio. Moretto, Svartman, Freller, Massola, Crochik e Silva (2017) vão mais longe e lançam o debate ao considerarem o suicídio da protagonista da série e dos jogadores do desafio da baleia azul, em maior ou menor grau, casos de homicídio.

Não obstante a polémica e as oponentes opiniões atuais, a discussão em torno dos *media* e suicídio já não é recente. Este efeito de “contágio do suicídio” já tinha sido denominado de “Werther’s effect”, devido a uma obra literária¹⁹ (Goethe, 1774) que foi a primeira à qual relacionam um aumento no número de suicídios similares ao do protagonista (Werther), aproveitando o seu nome para se referir aos efeitos de imitação do comportamento suicida, que os *media* podem induzir (ex., Philips, 1982; Niederkrotenthaler, Herberth, & Sonneck, 2007).

A OMS²⁰ (2015b) verificou que existe evidência empírica consistente de que as imagens e os relatos mediáticos de suicídio, e especialmente os conteúdos de ficção, favorecem a imitação de comportamentos suicidas (Bohanna & Wang, 2012; Mann et al, 2005; Niederkrotenthaler, Fu, Yip, Fong, Stack, Cheng, Pirkis, 2012; Oguro & Kaigo, 2009; Pirkis & Blood, 2001; Pirkis et al., 2006; Sisask & Varnik, 2012; Stack, 2000; Sudak & Sudak, 2005; Yang et al., 2013). Contudo, um artigo austríaco de Niederkrotenthaler, Gernot e Sonneck (2007) observou que a implementação das linhas orientadoras para os *media* se

¹⁹ “Die Leiden des jungen Werthers”, or “The Sorrows of Young Werther” (Goethe, 1774)

²⁰ Informação disponível em: http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/suicide/q9/en/ ou em http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/resource/suicide_q9.pdf?ua=1

encontrava associado à redução do número de suicídios (Pirkis & Blood, 2001; Sudak & Sudak, 2005; Mann et al, 2005; Pirkis et al., 2006), sendo necessária mais investigação nesta área dado que apresenta potencial para a prevenção do suicídio (ex., OMS, 2015; Niederkrotenthaler et al., 2007). Deste modo, a OMS (2015b) recomenda:

“(...) Relatar o suicídio de modo responsável (como evitar a linguagem sensacionalista ou normalizar o suicídio ou o apresentar como uma solução para um problema, evitar imagens e descrição explícita do método utilizado e fornecer informações sobre onde procurar ajuda) é recomendado para a redução de comportamentos suicidas.

O setor de saúde deve auxiliar e encorajar os *media* a seguir práticas responsáveis ao reportar informação relacionada com o comportamento suicida.” (p. 12).

Após a leitura da produção científica nesta área, tendemos a inferir que a obra, série e o jogo estão, de facto, a chamar a atenção para um problema que deve ser discutido pela sociedade, jovens e todos os agentes interpessoais com quem estes contactam. A investigação na área aponta algumas medidas preventivas do isolamento, bullying, problemas psicológicos e suicídio, e na área da relação com os adolescentes incita à comunicação com os mesmos, sem tabus, mas com sensibilidade, à escuta ativa dos mesmos, à atenção ao seu comportamento e à empatia entre todos.

Deste modo, é urgente mais investigação nesta área e comunicação que envolva profissionais que trabalhem com os *media*, investigadores e profissionais que trabalham na área. Por outro lado, é necessário que sejam respeitadas as linhas orientadoras para a prevenção no suicídio, como as propostas pela OMS (2008) – Prevenir o suicídio – Um recurso para profissionais na área dos *Media*..

Com estes meios a tentar proteger e a promover o *empowerment* dos adolescentes, levanta-se a questão do papel do próprio adolescente no processo. Neste contexto, é importante explorar a perceção dos adolescentes relativamente à potencial influência dos meios de comunicação social.

4.3 A percepção de influência dos *media*

Os adolescentes tendem a ter diversas opiniões acerca da influência dos *media*, sendo que uns consideram que os *media* não os afeta, enquanto outros reconhecem o seu impacto (Begoray, Wharf Higgins & McDonald, 2009). Por outro lado, existe a tendência para avaliar o seu próprio pensamento crítico de um modo mais positivo, quando, por exemplo, vêem televisão ou estão na Internet, embora fosse desejável e beneficiassem com uma autoavaliação mais auto-consciente (Cottrell, 2005).

Para além da percepção da influência dos *media* em si próprios, a literatura em comunicação explora também as diferenças entre estas e a percepção de influência nos outros, o que fez surgir as teorias do *Third Person Effect* que já foi o foco de muitos estudos (ex., Davidson, 1983; Lo, Wei, Lu, & Hou, 2015; Schweisberger, Billinson, & Chock, 2014; Wei & Lo, 2015) e a sua oponente, *First Person Effect* (ex., Golan & Day, 2008; Innes & Zeitz, 1988; Tiedge, Silverbaltt, Havice & Rosenfeld, 1991).

O *Third Person Effect* pode ser descrito como a tendência “a sobrestimar a influência que os meios de comunicação têm nas atitudes e comportamentos de outros. Mais especificamente, os indivíduos que são membros de uma audiência expostos a uma comunicação persuasiva (quer esta comunicação tenha ou não a intenção de ser persuasiva) vão esperar que esta comunicação tenha um efeito maior nos outros do que em si próprios.” (Davidson, 1983, p. 3). Contrariamente, o *First Person Effect* pode ser descrito sumariamente como a percepção de uma maior influência dos *media* ou da comunicação em si próprios do que nos outros (ex. Golan & Day, 2008; Innes & Zeitz, 1988; Tiedge, Silverbaltt, Havice & Rosenfeld, 1991).

A literatura já tinha explorado o Third Person Effect, com foco na influência dos *media* ou de conteúdos mediáticos na saúde dos adolescentes, nomeadamente, no consumo de tabaco (Green & Clark, 2012; Paek, Gunther, Mcleod & Hove, 2011), no consumo de álcool (ex., Atkinson, Bellis, & Sumnall, 2012), no comportamento sexual (ex., Lo, Wei & Wu, 2010), no consumo de drogas (ex., Cho, & Boster, 2008; Leung & Lo, 2015) e na violência (ex., Chapin, 2013).

Estes efeitos ganham particular importância quando temos em conta o efeito de “influência da influência presumida” (Gunther & Storey, 2003), no qual os indivíduos não

apenas desenvolvem percepções dos efeitos dos *media* nos outros, bem como, essas próprias percepções podem influenciar o comportamento. Deste modo, os adolescentes, baseados parcialmente no modo como pensam que os *media* influenciam os seus amigos, podem apresentar/alterar determinadas atitudes e comportamentos que podem afetar a sua saúde.

Síntese final

A literatura analisada neste capítulo veio demonstrar que a relação entre os jovens, os *media* e a saúde têm captado a atenção de muitos investigadores e entidades, embora as abordagens pareçam estar muito longe de um consenso.

A investigação tem vindo a assumir que a adolescência é uma fase de vida complexa, intrínseca a contextos sociais, culturais e sociodemográficos. Neste âmbito, foi importante perceber que os *media* desempenham um papel de inegável importância no desenvolvimento e na saúde dos jovens. Além disso, ficou claro que todos os agentes interpessoais (pais, professores, profissionais de saúde) podem ter um papel importante no processo de preparação dos adolescentes para a aquisição de competências de *empowerment* quanto aos *media* e à sua saúde. Foi possível constatar, igualmente, que existe um papel da família neste processo e, dentro desta, a comunicação dos pais.

Como se pode observar neste capítulo, a forma como a relação entre a Internet (e os *media* em geral) e a saúde dos jovens é estudada encontra-se muito distante da standardização, sendo a multidisciplinaridade uma das grandes responsáveis por tal efeito. As diferenças entre as várias áreas de investigação não se encontram apenas na grande panóplia de temas de saúde ou tipos de *media* analisados, mas é perceptível através das perspetivas de partida. A associação negativa (*media*-saúde) parece ser o ponto de partida mais comumente encontrado na literatura, embora também existam estudos em que se verifica o efeito inverso. Ficou bem patente que, entre estes dois pólos, a investigação sobre a promoção da saúde através de meios cativantes aos jovens, está a ganhar terreno e a demonstrar as suas potencialidades. De facto, identificamo-nos com a perspetiva que defende o potencial dos *media* no que se refere à educação e mudança na área da saúde, embora os programas existentes nesta área ainda sejam muito limitados (Sawer & Paton, 2015).

Por outro lado, observamos que a literatura não se revela igualmente consensual ao assumir que os novos riscos são migrados dos contextos reais para os virtuais, mas é incontestável o emergir de um novo léxico associado a esses fenômenos.

Concluindo, neste capítulo foram analisados os usos e práticas mediáticas e a comunicação dos jovens, com especial incisão na sua relação com a saúde.

Uma vez que os adolescentes não são agentes passivos na relação entre os *media* e a sua saúde, é igualmente imprescindível explorar quais as suas competências que interferem nessa relação. Deste modo, no próximo capítulo procuraremos analisar e compreender os conceitos e as perspectivas em torno da Literacia Mediática e da Literacia em Saúde, as respetivas intervenções e os cruzamentos entre estes dois conceitos.

CAPÍTULO II: LITERACIA MEDIÁTICA EM SAÚDE

Nota introdutória

No capítulo anterior, incidimos sobre as idiosincrasias físicas, psicológicas, sociológicas e legais da fase da adolescência. A par deste tema, procurámos compreender e analisar as fontes de informação, interpessoais e mediáticas, a que os adolescentes recorrem para obter informação de saúde, assim como explorámos a sua relação idiosincrática com os *media*, e a forma como estes influenciam os seus comportamentos de saúde.

Partindo deste quadro teórico e empírico, abordaremos neste capítulo três conceitos principais: a Literacia Mediática, a Literacia em Saúde e a Literacia Mediática em Saúde, abordando, no entanto, os seus conceitos subjacentes. Com efeito, iniciaremos com a definição do conceito de Literacia Mediática, assim como com a relevância do pensamento crítico e o seu potencial na saúde dos jovens. Como forma de aprofundar esta questão, iremos apresentar uma revisão sistemática da literatura acerca das relações entre Literacia Mediática, comunicação, adolescentes e saúde. Por fim, debruçar-nos-emos sobre os estudos centrados na Literacia Mediática como promotora da saúde dos adolescentes.

Seguidamente, iremos passar da análise da Literacia Mediática (e a sua relação com a saúde) para a apresentação do conceito de Literacia em Saúde e para os principais modelos teóricos que abordam este tema, bem como a potencialidade dos *media* enquanto promotores de Literacia em Saúde.

A par dos conceitos de Literacia Mediática e Literacia em Saúde, iremos procurar enquadrar o tema da comunicação para a saúde enquanto elemento central subjacente a estas capacidades.

A partir do cruzamento de todos os conceitos abordados, iremos focar-nos na relação entre a Literacia Mediática e a Literacia em Saúde, no conceito recente de *eHealth Literacy*, e outras abordagens que cruzam estas literacias ou até as unem num único conceito: a Literacia Mediática em Saúde. Neste sentido, apresentaremos a sua definição e os principais modelos teóricos e estudos desenvolvidos em torno desta nova abordagem.

1. Literacia Mediática e a saúde dos adolescentes

1.1 A Literacia Mediática (LM)

A literacia é entendida como um conceito abrangente que incorpora o papel dos *media*, como se pode verificar por este excerto da UNESCO²¹

“A literacia é um direito humano fundamental e a base para a aprendizagem ao longo da vida. Ela é totalmente essencial para o desenvolvimento social e humano na sua capacidade de transformar vidas. A utilização da literacia na partilha de conhecimentos está em constante evolução, juntamente com os avanços da tecnologia. A partir da Internet para mensagens de texto, a disponibilidade cada vez maior de comunicação contribui para uma maior participação social e política.” (Unesco, 2015)

Mais concretamente, no que se refere ao conceito de Literacia Mediática, uma das definições mais simples e citadas define-a como a capacidade de “aceder, analisar, avaliar e criar *media* impressos e eletrónicos” (Aufderheide, 1992). Ao longo do tempo o termo foi sendo complementado e complexificado. Segundo a Ofcom, a entidade reguladora da Comunicação no Reino Unido, a Literacia Mediática é abordada como possuindo 3 dimensões, incluindo a “capacidade de aceder, compreender e criar comunicação em contextos variados” (2005). Mais tarde, a Recomendação da Comissão Europeia de 20 de Agosto de 2009 define a Literacia Mediática como

“(…) a capacidade de aceder aos *media*, de compreender e avaliar de modo crítico os diferentes aspetos dos *media* e dos seus conteúdos e de criar comunicações em diversos contextos (...) O objetivo da Literacia Mediática é aumentar os conhecimentos das pessoas acerca das muitas formas de mensagens *media* que encontram no seu dia-a-dia.” (Recomendação da Comissão Europeia, 2009, p. 10).

A importância do constructo tem sido tida em consideração por várias entidades competentes. De um simpósio internacional da UNESCO resultou a Declaração de Grunwald (1982), que salienta a influência da ubiquidade dos *media* na nossa sociedade e a necessidade de envolver os todos os agentes sociais. Esta declaração incentiva o aumento de investimento na formação de alunos e educadores, na investigação e na cooperação internacional na área da Literacia Mediática.

²¹ <http://www.unesco.org/new/en/education/themes/education-building-blocks/literacy/>

Por outro lado, a “Recomendação sobre Literacia Mediática no ambiente digital para uma indústria audiovisual e de conteúdos mais competitiva e uma sociedade do conhecimento inclusiva” da Comissão Europeia (20/08/2009) acrescenta que

“(…) é uma questão de inclusão e de cidadania na sociedade da informação de hoje. É uma competência fundamental (...) Graças à Internet e à tecnologia digital, é cada vez mais o número de europeus que pode agora criar e divulgar imagens, informação e conteúdos. A Literacia Mediática é hoje considerada uma das condições essenciais para o exercício de uma cidadania ativa e plena, evitando ou diminuindo os riscos de exclusão da vida comunitária.” (Recomendação da Comissão Europeia, 2009, p. 10).

Grande parte dos estudos sobre Literacia Mediática foi produzida nas últimas três décadas, sendo este campo relativamente novo (Potter, 2010). Talvez por isso, não existe uma definição consensual de Literacia Mediática, transversal a todos os profissionais que trabalham com este tema (*ibidem*). Já em 1998, Hobbs descreveu o conceito como um guarda-chuva que abrange diferentes filosofias, quadros teóricos, definições, objetivos, métodos e resultados. Considerava estarem todas corretas dependendo do contexto e ambiente onde acontece a Literacia Mediática. Buckingham (2005) concorda com esta abordagem ao considerar necessária uma definição de Literacia Mediática que tenha em conta as especificidades do contexto social onde o indivíduo está inserido, mas acrescenta que esta não é apenas cognitiva e racional, envolvendo igualmente respostas emocionais, prazer e apreciação cultural.

Apesar do apelo da Comissão Europeia (2009) relativo à avaliação dos níveis de Literacia Mediática²², a literatura que incide nos níveis ou competências de Literacia Mediática é bastante limitada e produzida maioritariamente na América Central (Carvalho, 2015; Lopes, 2013). Em Portugal, a produção científica ainda é muito limitada (Pinto et al., 2011) com poucos estudos a centrar-se na avaliação das competências em adultos (ex. Carvalho, 2015; Lopes, 2013, 2015).

Na análise da Literacia Mediática, é importante definir o conceito de pensamento crítico, na medida em que as suas componentes são essenciais e inerentes à própria

²² “... tenham em conta o estudo da Comissão atualmente em curso que visa definir critérios para avaliar os níveis de Literacia Mediática na Europa, promovam a investigação sistemática, através de estudos e projetos, dos diferentes aspetos e dimensões da Literacia Mediática no ambiente digital e acompanhem e meçam a evolução dos níveis de Literacia Mediática.”

capacidade interpretar, analisar e avaliar os conteúdos dos *media* (Scheibe & Rogow, 2012). O pensamento crítico pode ser definido como “*um processo complexo de deliberação que envolve uma grande variedade de capacidades e atitudes*” (Cottrell, 2005, p. 2). Existe evidência que ensino de técnicas de pensamento crítico pode efetivamente fomentar a criatividade e o pensamento crítico nos alunos (Kargar, Ajilchi, Goreyshi & Noohi, 2013).

Cottrell (2005) afirma que o pensamento crítico permite uma base para o ceticismo e dúvida construtiva, ajudando a uma tomada de decisão melhor e mais informada sobre probabilidade de veracidade, eficiência e produtividade de algo. Para a autora, a análise das nossas próprias crenças ajuda a discernir entre o que apresenta razões para ser confiável e o que apresenta motivos para ser cético. Além disso, está associado com uma capacidade de pensar racionalmente, isto é, utilizando “razões” na resolução de problemas (Cottrell, 2005). Embora este processo envolva frequentemente a análise crítica da racionalização do outro, esta deve começar pelo próprio indivíduo. A racionalização envolve a análise de indícios e a conclusão que daí advém. Envolve o desenvolvimento de capacidades adjuvantes, nomeadamente, a observação, a análise, a racionalização, o julgamento, a tomada de decisão e a persuasão (Cottrell, 2005). De um modo geral, a capacidade de pensamento crítico traz benefícios para o dia-a-dia, como a rapidez e a precisão da identificação do que é efetivamente relevante na informação (*ibidem*).

Relativamente à saúde, alguns dados sugerem que a promoção do pensamento crítico pelo ensino de técnicas de pensamento crítico pode ter um impacto positivo na saúde dos adolescentes, para além de diminuir a ansiedade e insónia, sintomas somáticos e depressão severa (Kargar, Ajilchi, Goreyshi & Noohi, 2013).

No que se refere aos *media*, o pensamento crítico ajuda a identificar as mensagens óbvias, bem como as subliminares de um modo mais rigoroso e a perceber como o argumento é construído. No entanto, existe a tendência para o indivíduo avaliar mais positivamente o seu pensamento crítico (ex. televisão ou utilizar internet), embora beneficiasse de uma autoavaliação mais consciente (Cottrell, 2005).

Deste modo, o pensamento crítico é central na Literacia Mediática, que engloba diversos dos seus elementos. Partindo desta ideia, Scheibe e Rogow (2012), destacam cinco componentes do pensamento crítico que fazem parte da Literacia Mediática:

- A primeira engloba a curiosidade e vontade de questionar, querendo e procurando todos os indícios antes de retirar conclusões dos mesmos.
- A segunda componente defende um processo contínuo de averiguação, adquirindo, analisando e avaliando ao longo da vida. Este processo permite a obtenção de conclusões que guiam as decisões e o comportamento, pelo que o indivíduo aplica o que aprendeu. Além disso, é rigoroso no questionamento de informações suspeitas e até de informações com as quais concordam.
- O terceiro componente do pensamento crítico refere-se ao ceticismo, em que o indivíduo se resguarda relativamente a causas, suposições e indícios de uma determinada afirmação estabelecida. Além disso, aborda de forma confiante as mensagens mediáticas, pois sabe o que questionar e já tem experiência nesse processo de questionamento.
- A quarta componente fomenta que o indivíduo valorize um processo adequado de racionalização, distinguindo opiniões de factos, reconhecendo indícios credíveis, procurando e avaliando e utilizando a lógica na obtenção de uma determinada conclusão.
- A última e quinta componente representa a flexibilidade e abertura de espírito, e inclui a consciência e questionamento das próprias suposições do indivíduo. O indivíduo apresenta receptividade para a mudança de opinião que se baseia na evidência, assume a existência de incerteza e ambiguidade e consulta frequentemente diferentes fontes de informação.

A Literacia Mediática pretende aplicar estas componentes na criação e análise das mensagens mediáticas. Com efeito, elas funcionam como pilares para a formação e manutenção ao longo da vida de outras capacidades como a síntese, a resolução de problemas e a avaliação (Scheibe & Rogow, 2012).

A este propósito, Gainer (2012) afirma que se observam jovens de todo o mundo a usar as ferramentas digitais para publicação de ideias desafiantes e que lutam contra grandes monopólios. Neste sentido, as literacias digitais já se revelaram essenciais na organização, apoio e manutenção de movimentos democráticos. Para o autor, considerando a infinita proporção de informação disponível, a educação para a literacia pode incentivar à leitura crítica de textos multimodais e à compreensão e experiência na produção de novos *media*. As

literacias digitais permitem conhecimento, apoio e colaboração solidária com uma democracia ativa (*ibidem*).

Para Scheibe & Rogow (2012), a Literacia Mediática pode ser facilmente integrada nos conteúdos da área da saúde e da educação do consumidor, pois entre muitas questões que são fortemente influenciadas pelos *media* podem incluir-se temas como a nutrição, imagem corporal, o tabaco, o álcool, a resolução de conflitos, a publicidade e os efeitos dos *media*. Os autores defendem que, quando se abordam estas mensagens mediáticas, a sua discussão apresenta frequentemente um alerta de perigo pelos efeitos negativos que tais podem causar. Em vez de conduzir os estudantes a concordar ou discordar da perspetiva do professor, podem ser levantadas questões específicas sobre técnica, impacto e públicos-alvo, incentivando os estudantes a retirarem as suas próprias conclusões, a partir de evidências, acerca de potenciais mensagens mediáticas perniciosas (Scheibe & Rogow, 2012).

1.2 A LM e a saúde dos adolescentes

A produção científica sobre Literacia Mediática que incide em temas de saúde é consensual acerca da necessidade de melhorar o conhecimento, investigação e promoção destas temáticas em relação aos adolescentes (ex., Bergsma & Carney, 2008; Bier, Zwarun, Fehrmann & Warren, 2011). Dentro do tema da Literacia Mediática, em geral, um dos temas mais abordados diz respeito ao papel dos *media* na prevenção dos seus próprios efeitos negativos (Potter, 2010).

Para Livingstone (2007), o interesse na utilização que os jovens fazem dos *media* assenta em dois paradigmas opostos. O primeiro diz respeito ao carácter perigoso dos *media* relativamente à vulnerabilidade de uma faixa etária em desenvolvimento a vários níveis, que necessita de medidas de proteção. Neste paradigma, a Literacia Mediática pode evitar o acesso ingénuo a conteúdos potencialmente perigosos e as dificuldades em avaliar fontes de informação, na qual pais e jovens devem estar preparados para controlar e gerir essas problemáticas (Livingstone, 2007). No paradigma oposto, a juventude é considerada criativa e competente na utilização dos *media*, pelo que sociedade pode estar a travar o estímulo necessário ao seu desenvolvimento. Deste modo, a Literacia Mediática potencia os benefícios da navegação *online* aumentando as competências de comunicação e avaliação de fontes de

informação (Livingstone, 2007). Desta forma, os jovens devem ser capazes de fazer escolhas informadas, exercer os direitos de participação, ao mesmo tempo que são eficazes e criativos (*ibidem*).

Existe uma relação positiva e bidirecional entre as oportunidades e os riscos experienciados *online*, pelo que as oportunidades que os jovens têm via internet estão sempre acompanhadas de algum risco (ex., Livingstone, Bober & Helsper, 2005), ainda que ambos estejam dependentes de variáveis sociodemográficas (ex., Livingstone *et al.*, 2005). Importa assim conhecer o papel da Literacia Mediática no equilíbrio entre possíveis benefícios e malefícios dos *media*, em diferentes paradigmas e sob pontos de vista variados.

Para Brown (2006), a Literacia Mediática pode ser considerada uma forma de ajudar os mais jovens a fazer boas escolhas relativamente à sua saúde. De uma forma mais concreta, a Literacia Mediática pode estar em estreita relação com a saúde, se os jovens possuírem um pensamento consciente e crítico, relativamente aos anúncios de produtos e/ou comportamentos frequentemente nocivos. Desta forma, a probabilidade de comprar algo nocivo ou de adotar comportamentos de risco reduz muito significativamente (Brown, 2006). Deste modo, os adolescentes podem aplicar as competências de Literacia Mediática de forma a aumentar os comportamentos saudáveis ou diminuir os prejudiciais (Brown & Bobkowski, 2011).

Simultaneamente, a natureza comercial dos *media* tem constituído um entrave à divulgação de conteúdo saudável ou informação sobre problemas de saúde. De acordo com Brown (2006), em vez de nos focarmos em mudar os *media*, seria importante arranjar alternativas no sentido de minimizar os efeitos negativos dos *media* na saúde dos adolescentes, sendo a Literacia Mediática uma possibilidade com um grande potencial.

Consequentemente, para uma melhor compreensão do modo como a Literacia Mediática tem sido trabalhada, é importante, primeiramente, conhecer em que correntes teóricas se fundamentam estes trabalhos no campo específico da saúde.

1.2.1 As correntes teóricas da literatura sobre LM e saúde

Nas abordagens teóricas acerca da relação entre LM e saúde, uma das mais utilizadas pertence ao Centro de Literacia Mediática Crítica²³, que adota uma filosofia de “*empowerment* através da educação” e engloba os seguintes princípios fundamentais: (a) Literacia Mediática é a educação para a vida num mundo globalmente mediatizado; (b) o coração da Literacia Mediática é o questionamento através de 4 passos (Consciencialização, Análise, Reflexão e Ação); (c) a Literacia Mediática é a alternativa aos processos de culpabilização, boicote e censura dos *media*.

Baseado no trabalho sobre o *empowerment* na educação de Paulo Freire (1970, 1973), Thoman (1993) desenvolveu os conceitos centrais da Literacia Mediática crítica, alterados posteriormente por Thoman, Jolls e Share (2002), dando origem ao formato que se segue (Tabela 1)²⁴:

Tabela 1: *Os 5 princípios fundamentais do CML (Centre for Media Literacy's Education) (Thoman, Jolls & Share, 2015).*

Palavras-Chave	Desconstrução das 5 questões-chave do CML	5 conceitos-chave do CML
• Autor	• Quem criou esta mensagem?	A. Todas as mensagens mediáticas são construídas.
• Formato	• Que técnicas criativas são usadas para atrair a minha atenção?	B. As mensagens mediáticas são construídas utilizando uma linguagem criativa com suas próprias regras.
• Audiência	• Como podem pessoas diferentes compreender essa mensagem de maneira diferente?	C. Diferentes pessoas interpretam a mesma mensagem mediática, de forma diferente.
• Conteúdo	• Que valores, estilos de vida e pontos de vista estão representados, ou omitidos, nesta mensagem.	D. Os <i>media</i> integram valores e pontos de vista.
• Finalidade	• Porque é que esta mensagem está a ser enviada?	E. A maioria das mensagens mediáticas são organizadas para obter lucro e / ou poder.

²³ <http://www.medialit.org/about-cml>

²⁴ Disponível em <http://www.medialit.org/reading-room/core-concepts-fundamental-media-literacy-yesterday-today-and-tomorrow>

A Teoria da Inoculação, de McGuire (1961a, 1961b) constitui uma outra abordagem. A sua nomenclatura advém do conceito da inoculação da Medicina, na qual, por exemplo, é introduzido um agente patogénico num organismo, de modo a que este ganhe imunidade caso se depare com o mesmo vírus no futuro. Da mesma forma, um aviso prévio (menos credível) em forma de (contra) argumento contra uma crença ou atitude munirá o indivíduo de contra-argumentos (resistência) para defender essa crença ou atitude no futuro. Esta teoria foi já utilizada como base na investigação sobre prevenção de comportamentos de saúde como o tabaco (ex., Côté, Godin, & Gagné, 2006; Pfau, Bockern, & Kang, 1992; Pfau, & Bockern, 1994; Pfau, M., Bockern, S., & Kang, 1996). Também tem sido estudada na sua relação com a resistência ao marketing e à publicidade (ex., Comon & Pfau, 2004; Kim, 2013; Mason & Miller, 2015), tendo sempre como base a persuasão de alguma forma (ex. pares, marketing).

A Teoria do comportamento planeado (TAP) é outra teoria que tem vindo a ser utilizada no ponto de união entre educação para os *media* e a saúde. Esta teoria foi proposta por Fishbein e Ajzen (1975) e sugere que a intenção do comportamento depende da atitude relativamente ao comportamento (crenças e avaliação das consequências) e das normas subjetivas (expectativas sobre as avaliações de pessoas significativas sobre o comportamento). Mais tarde, Ajzen (1991) revê esta teoria ao adicionar a componente da perceção de controlo (confiança), e o controlo efetivo sob um determinado comportamento, nomeadamente de saúde.

Outra abordagem bastante respeitada na literatura de jovens e *media* é a Teoria da influência triádica (Flay & Petraitis, 1994), que engloba um quadro teórico complexo no qual um comportamento de saúde é influenciado por fatores pessoais, interpessoais e sociais. Esta teoria defende que as perceções, atitudes e comportamentos de outros influenciam o comportamento do indivíduo, salientando o papel da motivação para adotar comportamentos de outros significativos próximos.

Segundo Austin, Pinkleton, Chen e Austin (2015), uma das teorias mais subjacentes à investigação mas, especialmente, à intervenção da Literacia Mediática na saúde dos jovens é a teoria do Modelo do Processo de interpretação da mensagem (Message Interpretation Process –MIP Model) que nasceu a partir da teoria cognitiva social de Bandura (1986) e da teoria das expectativas (Expectancy Theory) de Goldman e colaboradores (1987), bem como da investigação que defende que as competências de tomada de decisão devem ser

aprendidas e podem ser ensinadas (ex.: Fischhoff, 1992). Este modelo (ex.: Austin & Meili, 1994; Austin, Pinkleton & Fujoca, 2000) propõe que os indivíduos respondem a mensagens mediáticas com uma combinação de comparações lógicas com suas percepções e experiências e reações de mensagens afetivas (Austin et al., 2015)

Este modelo tem inspirado a investigação na área da Literacia Mediática pela sua capacidade de analisar o modo como a lógica e o afeto influenciam o processo de tomada de decisão, sendo este um processo de compreensão e avaliação, e não apenas uma resposta a um estímulo (Austin, Pinkleton, & Funabiki, 2007).

Mais recentemente, Bergsma e Ferris (2011) propuseram um modelo teórico, através de uma perspetiva ecológica, em que a Educação para a Literacia Mediática de Promoção da Saúde tem um papel positivamente moderador entre a sociedade/ambiente, constantemente exposto aos *media* (o que pode conduzir a comportamentos de risco) e a mudança do comportamento. Para a elaboração deste modelo, combinaram a **Teoria do Comportamento Planeado** com a **Teoria Sociocognitiva** (já descritas anteriormente), associando alguns conceitos/teorias inerentes à Educação para a Literacia Mediática de Promoção da Saúde: **Empowerment** – Influenciado pelo Modelo de Educação para o *empowerment* de Paulo Freire (1970, 1973) e na combinação pedagógica de Literacia Mediática e Promoção da Saúde (Bergsma, 2004); **Conhecimento** – Acerca dos *Media* e das questões de Saúde, pode modificar crenças e atitudes (Bergsma, 2008). Este constructo é essencial mas não suficiente para garantir, por si só, a mudança de comportamento; **Hábitos de questionamento: Análise crítica e Capacidade de expressão** – (National Association for *Media* Literacy Education, 2015²⁵).

Bergsma e Ferris (2011) representaram assim este modelo teórico que se encontra replicado e traduzido na Figura 2.

²⁵ Disponível em <https://namle.net/>

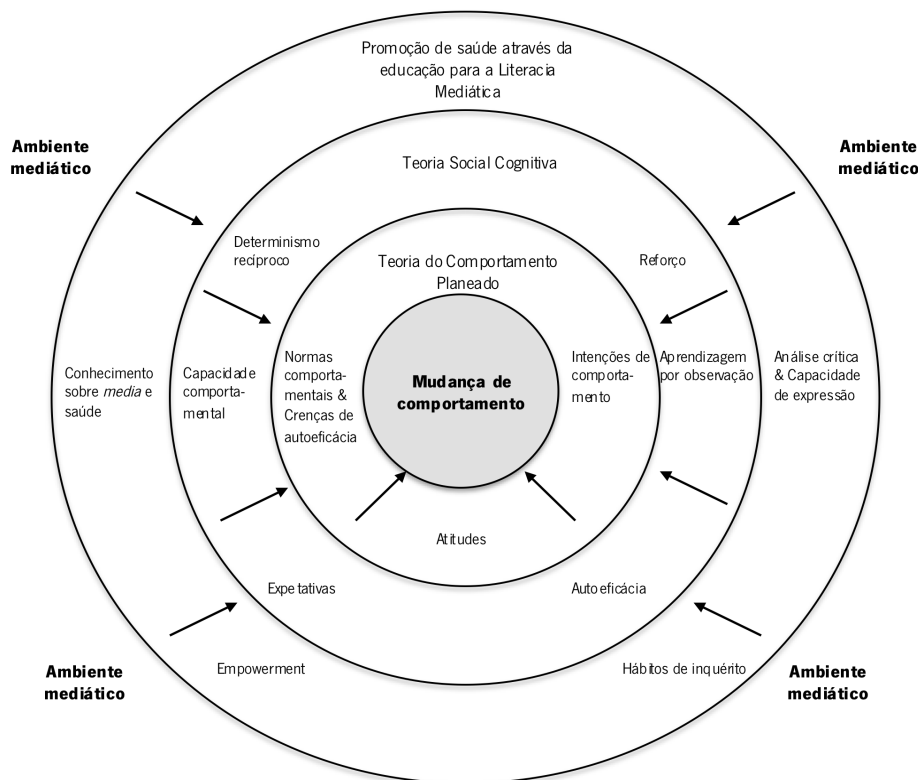


Figura 2: Modelo Integrado individual e interpessoal de Literacia Mediática na Promoção da Saúde (Bergsma, 2011; Bergsma & Ferris, 2011).

1.3 Uma revisão sistemática: LM, comunicação, adolescentes e saúde

Constituindo a área da Literacia Mediática um campo de investigação recente (Potter, 2010), a sua relação com a comunicação e a saúde dos jovens constitui um terreno ainda pouco desbravado, mas com inegável potencial (ex., Bergsma & Carney, 2008; Brown, 2006, Brown & Bobkowsky, 2011). Neste contexto, torna-se necessário analisar as tendências de investigação sobre a Literacia Mediática com foco na Saúde. Mais concretamente, é crucial um conhecimento mais profundo acerca das tendências da literatura publicada, que relaciona as áreas da Literacia Mediática e a saúde dos adolescentes, no que diz respeito às características da publicação (ex. ano, revista), área de estudo (ex. comunicação, educação), características público-alvo, que neste estudo são os adolescentes (ex. idade, género), temas de saúde abordados (ex. drogas, SIDA), fontes de informação (ex. família, *media*), métodos,

técnicas e contextos de recolha de dados e análise da investigação (ex. questionários online analisados quantitativamente).

Para atingir a concretização dos objetivos propostos adotou-se uma Revisão Sistemática da Literatura. Como o próprio nome indica, este tipo é um método privilegiado pela sua natureza sistemática, transparente e replicável (ex., Aromataris & Pearson, 2014; Transfield, Denyer & Smart, 2003) e pretende sumariar a evidência mais relevante, demonstrar a história do conhecimento acerca de um tópico e identificar relações, consensos e debates da literatura (ex., Aromataris & Pearson, 2014).

1.3.1 Metodologia

Para iniciar o processo foi selecionada a base de dados *Communication Abstracts*, pois indexa as principais revistas na área da comunicação, *media* e outros temas relacionados, constituindo uma referência nesta área de investigação. Adicionalmente, esta base de dados tem um alcance internacional, abrangendo uma variedade de publicações provenientes de diversas fontes de informação, editoras e instituições de pesquisa (Ebsco, 2013).

Depois de identificar as principais temáticas a abordar, estruturou-se a pesquisa de acordo com a seguinte fórmula:

("*media literacy*" OR "*media education*" OR "digital literacy" OR "information literacy"
OR communication) AND health AND (adolescents OR teenagers)

Pretendia-se uma recolha de artigos inseridos em revistas com procedimento de revisão por pares (*peer review*) e que fossem atuais, pelo que optámos pela pesquisa de artigos científicos publicados na última década, entre Janeiro de 2005 e Fevereiro de 2014²⁶. O idioma de publicação não constituiu critério de pesquisa ou exclusão. O produto inicial desta pesquisa foi constituído por **210** artigos que foram "filtrados", de acordo com os seguintes critérios de exclusão:

- A não contemplação, direta ou indireta, de uma das seguintes temáticas:

²⁶ Esta revisão sistemática foi realizada na fase inicial da revisão da literatura desta tese, que decorreu em 2014.

- Adolescentes
- Saúde
- *Media* ou Comunicação
- Respostas teóricas a artigos ou artigos de opinião (sem fundamentação científica).

O resultado final obtido foi constituído por **101** artigos científicos, que foram alvo de uma análise **quantitativa** (com recurso aos programas Microsoft Excel e SPSS).

1.3.2 Análise de resultados

Frequência anual de publicações sobre Literacia Mediática e saúde na adolescência

No gráfico é visível alguma variabilidade, sendo apenas de notar o decréscimo de artigos publicados a partir de 2008, que se manteve ao longo do tempo. No entanto, devido à relevância do tema na área da comunicação e a natureza mutável e complexa deste tema, seria de esperar um número superior e crescente de publicações que indicasse que este tivesse sido cada vez mais trabalhado. Como observado no Gráfico 1, a direção oposta deste sentido gráfico pode, assim, indicar que a relação entre a Literacia Mediática e a saúde ainda se encontra pouco explorada pela literatura, embora continue em expansão.

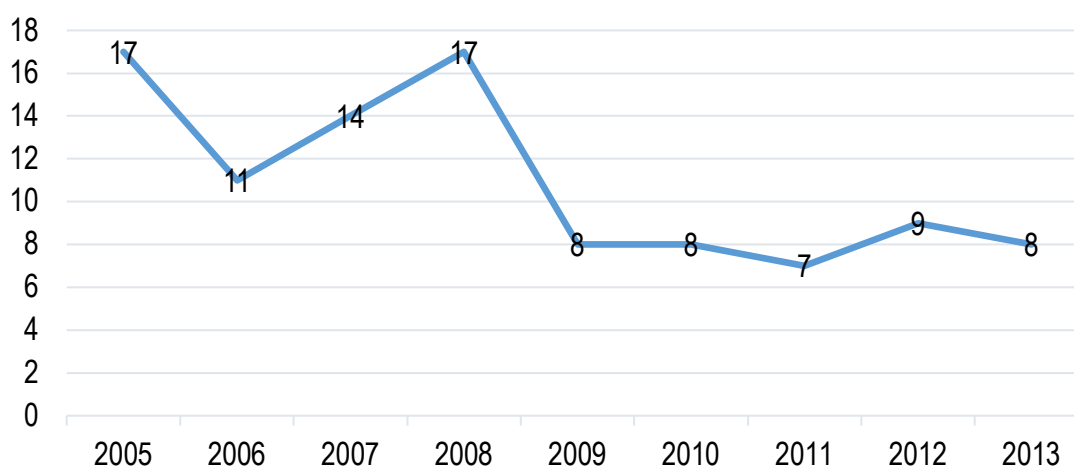


Gráfico 1: Número de publicações por ano sobre Literacia Mediática e Saúde na adolescência

Publicações por nacionalidade

O termo “*Media Literacy*” é amplamente utilizado na América do Norte (Tyner 2010). De facto, o gráfico 2 não deixa dúvidas para a supremacia dos EUA quanto à investigação nesta área (pelo menos no que diz respeito à base de dados analisada neste estudo). Os Estados Unidos da América constituem um dos países com maiores dimensões do mundo e com maior densidade populacional, quando comparados com o Canadá (Gráfico 2)

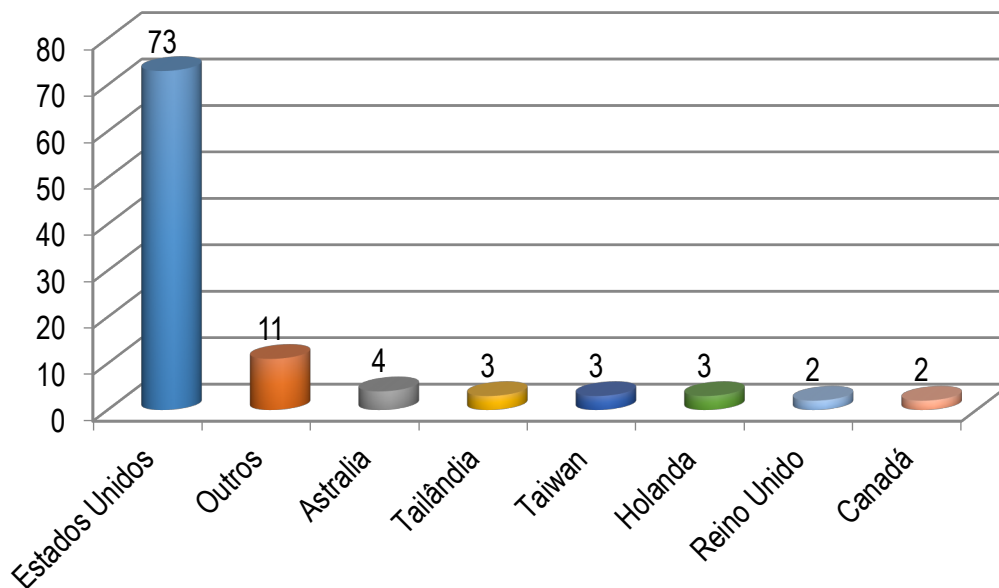


Gráfico 2: Nacionalidade das publicações sobre Literacia Mediática e Saúde na adolescência

No Gráfico 3, é possível observar as 26 revistas que publicaram sobre este tema na Communication Abstracts entre Janeiro de 2005 e Fevereiro de 2014. Através do nome destas revistas, um olhar mais atento consegue detetar padrões nos temas de publicação das revistas, nomeadamente: comunicação e *media*, saúde e a sua promoção, medicina e doença, publicidade e marketing e relações interpessoais. Esta variabilidade indica que o tema é interdisciplinar, e pode ser observado de diferentes pontos de vista inerentes a diversas áreas. Não obstante, o Gráfico 3 demonstra, de forma irrevogável, que a revista com maiores publicações nesta área foi o *Journal of Health Communication* (46), seguida pela *Health Communication* (12), o que demonstra uma tendência para a Literacia Mediática em Saúde dos adolescentes ser maioritariamente abordada num ponto de cruzamento entre a comunicação e a saúde (Tabela 2).

Tabela 2: Apresentação das Revistas que publicam sobre o tema

Asian Journal of Communication	Journal of Advertising Research
Canadian Journal of Communication	Journal of Applied Communication Research
Communication Research	Journal of Broadcasting and Electronic Media
Communication Research Reports	Journal of Communication
Communication Theory	Journal of Communication Research
Global Media Journal: Canadian Edition	Journal of Family communication
Health Communication	Journal of Health Communication
Health Education and Behavior	Journal of Marketing Communication
Health Promotion Practice	Journal of Marketing Communications
Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness, and Medicine	Journal of Social and Personal Relationships
Information Designe Journal	Mass Communication and Society
International Journal of Advertising	Media Psychology
Journal Consumer Marketing	Public Relations Review

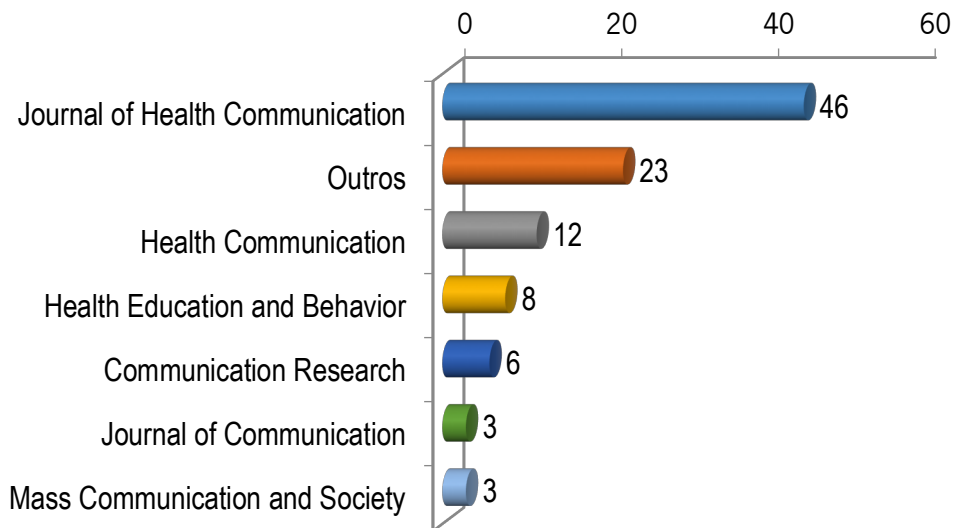


Gráfico 3: Número de publicações por revista

Público-alvo

Género

Com este estudo pretendia-se igualmente compreender as características do público-alvo latentes na literatura, ou, por outras palavras, pretendia-se explorar a existência de alguns padrões nas características dos sujeitos (adolescentes) no âmbito dos artigos encontrados. Neste sentido, encontrou-se que, embora a maioria dos estudos não estudem um género em particular, 10% se focam apenas no estudo de adolescentes do sexo feminino (Gráfico 4). Estes estudos tinham como tema de saúde as perturbações de alimentação (anorexia e bulimia) e o comportamento sexual e DSTs (HPV e sua vacinação, cancro do cólon do útero, métodos contraceptivos e gravidez).

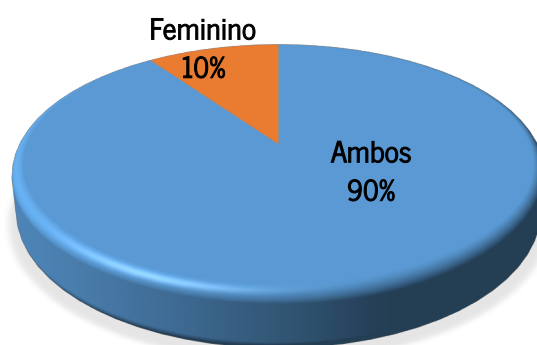


Gráfico 4: Distribuição das publicações por género dos participantes

Idade

Embora não exista uma definição consensual de adolescência nem um momento exato que indique o seu início ou fim, a OMS situa a adolescência entre os 10 e os 19 anos de idade (OMS, 2012). A Tabela 3 revela que os artigos deste estudo contemplaram as idades dos adolescentes entre 12 e 20 anos, aproximadamente, e que a média é de 14 anos de idade. Esta média pode dever-se à tentativa dos investigadores se afastarem da infância e do estatuto do jovem-adulto, aproximando-se, portanto, mais da fase central da adolescência.

Tabela 3: *Distribuição das idades médias, mínimas e máximas das publicações.*

	Mínimo	Máximo	Média
Média de Idades	12.03	16.28	14.30
Idade mínima	9.0	17.0	12.49
Idade máxima	14.0	20.0	16.98

Fontes de informação de saúde

O Gráfico 5 refere-se às fontes de informação para a saúde dos adolescentes nos quais os estudos se centraram. Como se pode observar, as campanhas de promoção da saúde ou prevenção da doença/problema são a maior parcela, constituindo mais do dobro de todas as restantes. No entanto, estas campanhas utilizavam, por vezes, mais do que um meio de divulgação da informação (ex., uma campanha contra o tabaco pode utilizar a televisão, a rádio e *sites* na internet) para alcançar um maior número de jovens. A internet, a publicidade e a comunicação com os pais também captaram mais a atenção dos investigadores, quando comparados com a televisão e os pares. A publicidade também foi considerada em alguns, mas uma pequena percentagem optou por não especificar os *media* do estudo.

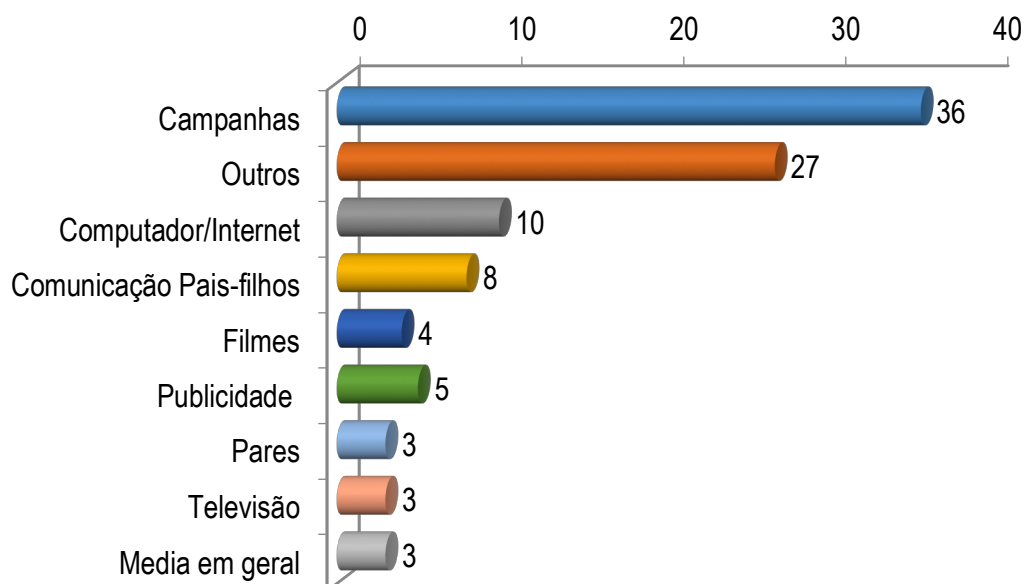


Gráfico 5: *Distribuição das publicações por fontes de informação para a saúde dos adolescentes em se focam*

Tema de Saúde

Outro aspeto a ter em consideração é a escolha dos investigadores no que diz respeito à problemática sobre saúde. Mais concretamente, quais os problemas abordados na literatura? O tabaco foi, de forma clara e inequívoca, o tema de saúde preferencial. O comportamento sexual foi o segundo tema preferencial, mas é preciso ter em consideração que abarca outros subtemas, nomeadamente a utilização do preservativo e a prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (a SIDA em particular), a gravidez na adolescência, o Vírus do Papiloma Humano (VPH) e o cancro do cólon do útero. Outros temas foram referenciados, mas em menor escala, como o álcool, as drogas e/ou conjugação específica do tabaco, álcool e outras drogas, bem-estar psicológico (depressão, perturbações de alimentação), alimentação (obesidade e nutrição). Na categoria “outros” foram incluídos outros temas ou a conjugação de variadas temáticas. Alguns autores preferiram abordar a questão a partir de um conceito de saúde geral, não especificado (Gráfico 6).

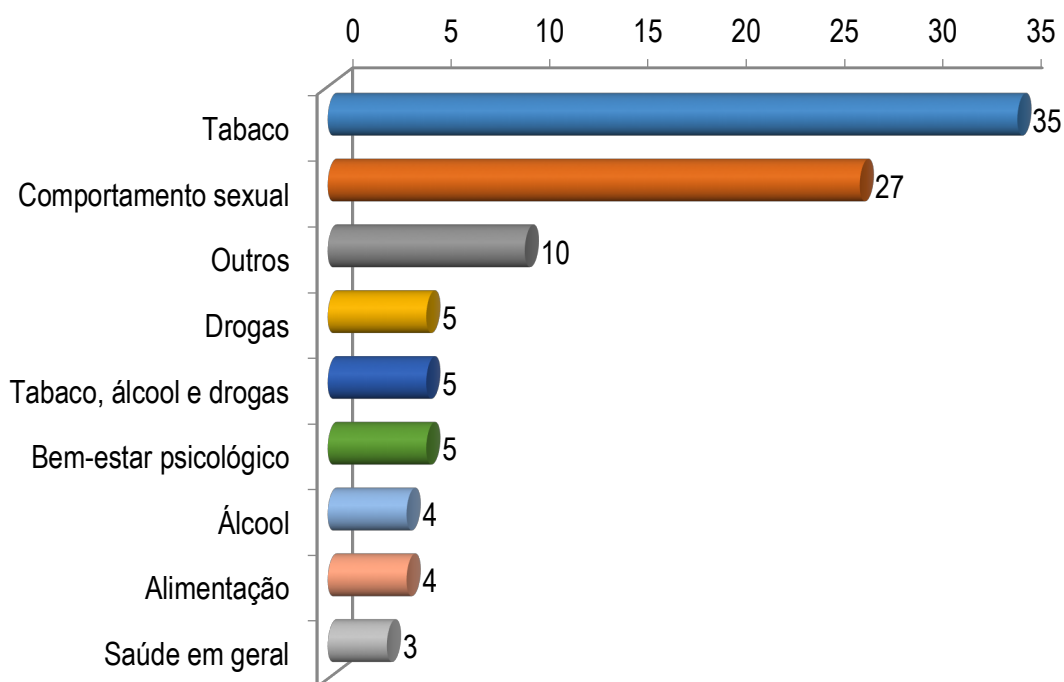


Gráfico 6: Distribuição das publicações por tema de saúde abordado

Metodologia, técnicas de recolha e análise de dados

No Gráfico 7, pode-se verificar que a abordagem mais utilizada nos estudos foi a transversal (72%), seguida da experimental (21%) e apenas uma pequena parte optou por uma abordagem longitudinal (7%). Para recolher os dados (Gráfico 8), mais de metade dos autores optou por aplicar questionários (57%). Outras técnicas de recolha de dados incluíram a análise de diferentes conteúdos mediáticos (18%), a entrevista estruturada ou semiestruturada (8%) ou a conjugação do questionário a adolescentes com a análise de conteúdos mediáticos (3%). Consequentemente, a análise dos resultados apresentou um carácter predominantemente quantitativo (63%), com pequenas percentagens de estudos que analisaram os dados de forma qualitativa ou aplicando uma metodologia mista - quantitativa e qualitativa (Gráfico 9).

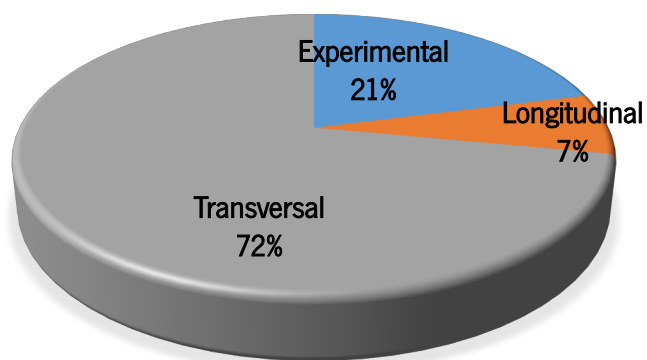


Gráfico 7: Distribuição das publicações por abordagem

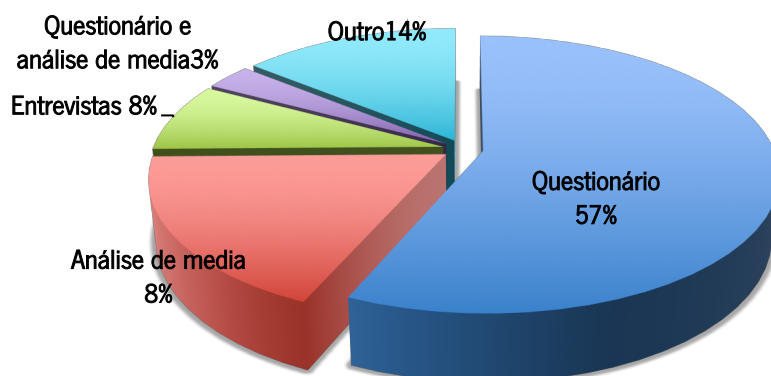


Gráfico 8: Distribuição das publicações por método de recolha de dados

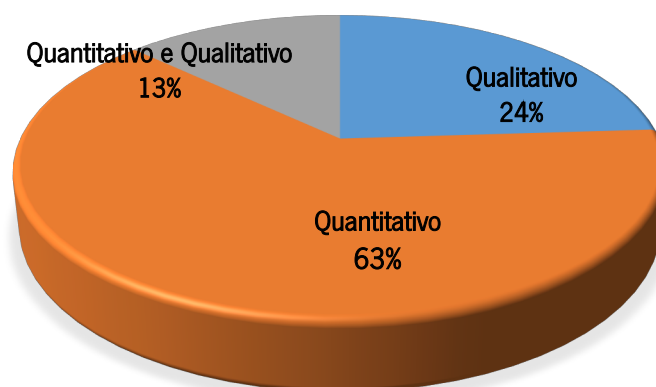


Gráfico 9: Distribuição das publicações por método de análise de dados

Contexto de recolha de dados

Para recolher dados com crianças ou adolescentes, o contexto escolar é, sem dúvida, um meio privilegiado por permitir encontrar, num determinado momento, um grande número de jovens divididos por ano de escolaridade. De facto, interessou explorar o contexto onde os dados tinham sido recolhidos (Gráfico 10). Não surpreendentemente, a escola revelou ser o ambiente privilegiado para alcançar os mais jovens (N=41), sendo também conjugada com outros (casa, contacto telefónico, *online*, etc).

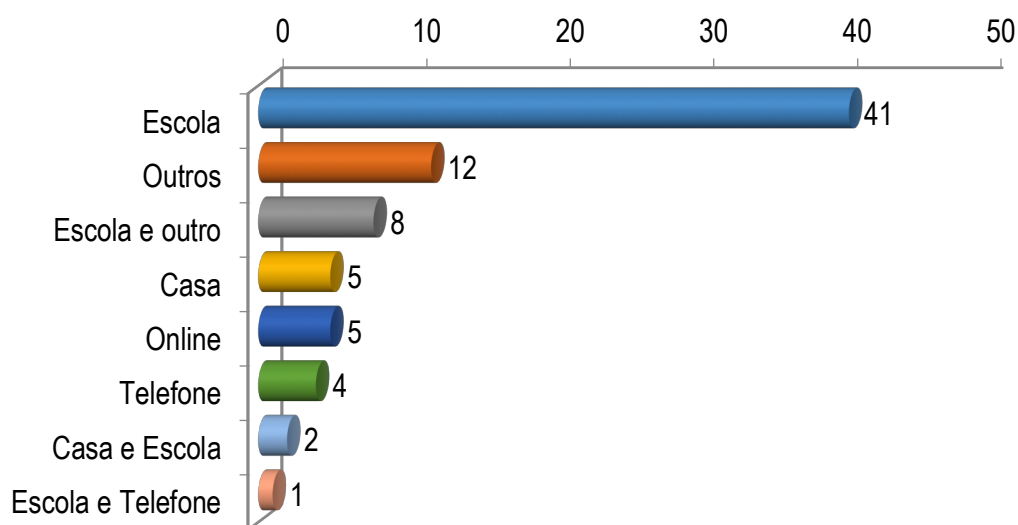


Gráfico 10: Distribuição das publicações por contexto de recolha dos dados

1.3.3 Discussão e implicações

A partir desta revisão sistemática elaborada através de artigos publicados na base de dados *Communication Abstracts* entre 2005 e o princípio do ano de 2014, podemos inferir algumas tendências sobre a literatura que abordam o tema da Literacia Mediática e a saúde nos adolescentes.

Através do reduzido número de publicações nesta área, foi demonstrado que o tema da Literacia Mediática tem sido pouco explorado e aplicado à saúde na adolescência. No entanto, este tema tem sido abordado do ponto de vista do cruzamento entre a Comunicação e a Saúde, especialmente em revistas sobre Comunicação em/para a Saúde. Geograficamente, os Estados Unidos têm sido, de forma esmagadora, o país que mais publica nesta área, provavelmente pela sua dimensão e densidade populacional.

Quando nos centramos no conteúdo das publicações, verificamos que existe pouca variabilidade no que se refere às fontes de informação para a Saúde nas quais se centram. Destas destacam-se a Internet, os pais e as campanhas nacionais de saúde – divulgadas pela televisão, *billboards*, *sites* de informação e folhetos, entre outros. O papel dos pares, e dos *media* sociais (redes sociais, jogos, blogues) que são presença constante e influência inegável na saúde e bem-estar dos jovens, tem sido negligenciado.

O tabaco é líder como tema mais abordado na literatura, o que aponta para a potencialidade dos *media* em promover e divulgar os problemas de saúde mais popularmente associados a esta faixa etária. Deste modo, o tabaco, que é apontado frequentemente como problemática recorrente através da televisão e dos restantes *media*, inspira os investigadores a explorar essa influência no comportamento dos adolescentes, o que é divulgado, por sua vez, nos *Media*.

Como já verificamos, por vezes a literatura tende a focar-se nos jovens de sexo feminino, quando estão a focar determinados temas como a prevenção de DST, gravidez indesejada, perturbações alimentares, etc. A atribuição destas problemáticas de saúde ao género feminino favorece os estereótipos e discriminação de género. Desta forma, promove a desresponsabilização de rapazes adolescentes na tomada de decisão relativas à sexualidade e, conseqüentemente, a culpabilização das raparigas adolescentes por problemas que daí possam advir (Hust, Brown, & L'Engle, 2008; Lamb, Graling, & Lustig, 2011). É necessário lembrar ainda que, por exemplo, cada vez mais os rapazes sofrem igualmente pressões sociais e mediáticas em prol de uma imagem ideal, com todas as conseqüências inerentes. De facto, os *media* cada vez mais promovem a idealização de um corpo perfeito, o que produz um efeito em jovens de ambos os sexos. Por exemplo, ainda que a bulimia e a anorexia sejam mais frequentes em raparigas, não são exclusivas a este género, tendo-se observado cada vez mais casos em rapazes (Darcy, Doyle, Lock, Peebles, Doyle & Le Grange, 2012). Deste modo, os investigadores precisam de ter cuidado quando selecionam o público-alvo de um estudo, de forma a evitar estereótipos (de género ou outros).

De um ponto de vista metodológico, foi possível verificar que a abordagem largamente mais utilizada é de natureza qualitativa, e observar a escassez de metodologias e técnicas qualitativas aplicadas aos adolescentes.

Embora não seja um tema completamente novo, existe um longo caminho a percorrer na investigação nesta área. É necessária uma maior clarificação de conceitos e seus papéis, relações e variáveis inerentes: o que representa a Literacia Mediática num campo como o da saúde? Como se aplica à adolescência? Como avaliar este período de vida tão indefinido?

Assim, considera-se importante que estudos futuros contemplem outras fontes de informação para a Saúde dos adolescentes: mediáticas: (ex., séries de ficção, revistas, redes sociais) e sociais: (ex.: professores, pares, profissionais de saúde). A literatura deve explorar,

abordar e integrar diversas temáticas de saúde, evitando, no entanto, a associação das mesmas a um determinado grupo e, conseqüentemente, a utilização de estereótipos de gênero ou outros. Finalmente, os investigadores podem enriquecer o seu estudo, ao optar pelo cruzamento de metodologias quantitativas e experimentais e semiexperimentais com abordagens qualitativas para a corroboração, exploração, esclarecimento e/ou aprofundamento de uma questão.

Um olhar mais atento aos artigos encontrados através da Revisão sistemática revela que a maior parte não se centra na Literacia Mediática em si mesma mas na influência e no impacto que *media* podem ter na saúde dos jovens. Uma possível explicação para terem sido incorporadas na pesquisa é a grande frequência de artigos que, a partir das conclusões dos seus estudos sugerem a promoção de práticas de Literacia Mediática dos mais jovens. Outra observação interessante é que apenas sete desses estudos testaram o potencial da Literacia Mediática na promoção de comportamentos de saúde ou prevenção do risco de ocorrência dos mesmos.

1.4 Da teoria à prática – intervenções de LM focadas na promoção da saúde

A literatura tem abordado o potencial da Literacia Mediática na saúde, de um ponto de vista mais teórico do que prático (Bergsma & Carney, 2008), pelo que é necessário analisar a investigação que incide nas intervenções de LM com foco na promoção da saúde. Um dos estudos de referência como ponte entre estas áreas pertence a Jeong, Cho e Hwang (2012) e constitui uma meta-análise de 51 artigos quantitativos, sobre intervenções de Literacia Mediática, publicados até 2009. Estes autores verificaram que a definição e a conceptualização da LM não é consensual, mas é assumida como um conceito multidimensional. Em geral, as intervenções apresentaram efeitos positivos, independentemente da idade dos participantes, do tópico de saúde abordado (sexo, álcool e violência), do país e do envolvimento dos participantes. As que se revelaram mais eficazes eram reforçadas com mais sessões e menos componentes. As intervenções têm abrangido questões como o comércio, tabaco, álcool, violência, imagem corporal, e sexualidade. Estas focaram várias áreas em diversas respostas, como crenças, atitudes, conhecimento, realismo, influência, criticismo, comportamento e autoeficácia. Os resultados sugerem que as

intervenções foram mais eficazes quanto aos efeitos mediáticos (realismo, conhecimento, compreensão da intensão de persuadir e influência dos *media*) do que quanto aos comportamentais (ex. normas, crenças, comportamentos, atitudes, normas), provavelmente porque estes últimos são menos imediatos. Deste modo, futuras intervenções devem focar-se em ambas as componentes: mediáticas e comportamentais. Deste modo, há indícios de que as intervenções de Literacia Mediática são eficazes e podem ser utilizadas na redução dos efeitos negativos que os *media* podem exercer.

Mais recentemente, Hindmarsh, Jones e Kervin (2015) realizaram uma revisão de literatura sobre programas de Literacia Mediática com foco no consumo de álcool entre 1997 e 2014. O resultado foi a análise de 10 intervenções, expostas em 8 artigos. A maioria dos estudos foram realizados no EUA, focados apenas na publicidade impressa, na publicidade presente ou em ambas. A maioria não incluiu *follow-up* na análise dos resultados das intervenções, mas apresentou diferenças de género quanto à eficácia das mesmas. As amostras dos estudos variaram entre 171 e 860 participantes, embora apenas 3 abordassem apenas adolescentes que se baseavam nas teorias do modelo do processo de interpretação da mensagem (Message Interpretation Process –MIP Model), Teoria do comportamento planeado, Teoria da influência triádica e Teoria da expectativa (Expectancy Theory). Todos os artigos incluíram pelo menos um dos 5 princípios-chaves da Literacia Mediática. A duração das intervenções variou entre 1 e 10 sessões. Todos os estudos implementaram um processo de amostragem por conveniência e avaliaram as intervenções através de um inquérito por questionário em ambiente de sala de aula na fase de pré e pós-teste. No entanto, mediram diferentes variáveis, entre as quais, **o conhecimento** – que inclui a compreensão das normas sociais, o reconhecimento de intenção de persuasão e o conhecimento sobre persuasão; **as competências** – abrangendo o ceticismo e/ou desconstrução dos *media*; **as atitudes** – contemplando a identificação, expectativas, desejabilidade, realismo, autoeficácia e ceticismo relativamente à publicidade; **o comportamento** – englobando intenção de comportamento, comportamento prévio ao consumo de álcool e consumo efetivo de álcool. Em geral, os estudos verificaram uma evolução positiva na maioria das variáveis medidas.

No entanto, o estudo de Hindmarsh, Jones e Kervin (2015) focou-se apenas no tema do álcool e nenhum dos estudos anteriores se focou na adolescência como público-alvo de estudo, pelo que é necessária investigação mais específica. No sentido de colmatar esta

lacuna, Bergsma e Carney (2008) realizaram uma revisão da literatura de estudos de promoção de Literacia Mediática em Saúde dos jovens, entre 1990 e 2006. Foram analisados estudos focados em variados temas, nomeadamente, abuso do tabaco e álcool, nutrição, imagem corporal e perturbações alimentares e violência. Nenhuma intervenção incidia no comportamento sexual. Este trabalho apontou para a potencialidade da Literacia Mediática na promoção da saúde dos jovens. A maior parte das intervenções ocorreu em meio escolar e as prestadas pelo investigador apresentaram maior eficácia. Além disso, foi observada uma pequena tendência (não conclusiva) para serem mais eficazes as intervenções mais longas, ou as que incidiam em todas as dimensões da Literacia Mediática ou no conhecimento sobre uma questão de saúde.

No seguimento desta linha de estudos, é apresentada, em seguida, uma breve descrição dos estudos encontrados sobre as intervenções de Literacia Mediática na promoção da saúde nos adolescentes, publicadas desde 2007 até ao ano de 2015 (ver Tabela 4). Esta revisão não é sistemática, mas pretende reunir os principais estudos encontrados nas mais variadas bases de dados. Deste modo, iniciamos com o estudo de Pinkleton, Austin, Cohen, Miller, e Fitzgerald (2007), que avaliou a eficácia de um programa de Literacia Mediática na prevenção do consumo do tabaco numa amostra de 723 adolescentes em Washington. Este estudo provou ser eficaz no aumento do pensamento crítico acerca das mensagens nos *media* relacionadas com tabaco, bem como a sua motivação e capacidade para resistir às influências do tabaco. Ainda incidindo no tema do tabaco, o estudo de Banerjee e Greene (2007), nos Estados Unidos, com jovens dos 11 aos 16 anos, comparou a eficácia de duas intervenções de Literacia Mediática, metodologicamente distintas, em formato de workshop interventivo. A primeira intervenção consistia em analisar e discutir anúncios publicitários e campanhas antitabágicas, enquanto o segundo acrescentava a componente de criação de uma campanha. O objetivo das intervenções seria diminuir as crenças e atitudes positivas quanto ao tabaco, bem como a intenção de fumar no futuro. Os grupos sujeitos às intervenções demonstraram menor intenção de fumar e atitudes menos favoráveis relativamente ao tabaco. No entanto, a segunda intervenção mostrou ser mais eficaz quanto à crenças e intenções.

Austin e colaboradores (2007) interessaram-se pelo paradoxo encontrado em estudos anteriores de que os programas de Literacia Mediática reduziam eficazmente as crenças sobre comportamento de risco, ao mesmo tempo que aumentavam o afeto com personagens a

fumar (desejabilidade versus ceticismo). No seu estudo nos Estados Unidos, com jovens de 15 e 16 anos, verificaram entre os indivíduos não sujeitos ao programa de Literacia Mediática, que os que apresentavam mais desejabilidade tendiam a relatar maior realismo percebido, maior similaridade e identificação com as imagens de consumidores de tabaco, atitudes mais positivas e expectativas mais altas relativamente ao consumo do tabaco. No entanto, para o grupo de jovens exposto ao programa, essa relação não existia. Estes resultados corroboram a ideia de que os programas de Literacia Mediática diminuem o efeito que o afeto tem nos processos de tomada de decisão com comportamentos de risco.

Com uma abordagem diferente e mais geral, Hove, Paek e Isaacson (2011) desenvolveram e aplicaram uma intervenção nos EUA focada nas competências de *eHealth Literacy*, com estudantes do 5º ao 7º ano. Esta intervenção aumentou a sua capacidade de procura e seleção de informação acerca de assuntos relacionados com saúde na Internet. Os *websites* comerciais e de marcas conhecidas foram considerados fontes menos fidedignas e de confiança, especialmente quando eram de marcas populares. Sugeriu-se que as experiências anteriores ensinaram aos adolescentes estratégias de *coping* para lidar com as tentativas de persuasão. Os autores também observaram que a *eHealth Literacy* diminuía a probabilidade da confiança em “sites comprometidos” de marcas conhecidas.

No estado de Carolina do Norte, Kupersmidt, Scull e Benson (2012) analisaram a relação entre o programa de Literacia Mediática “*Media Ready*” e as decisões dos adolescentes acerca do consumo de substâncias. Este programa incentivou os adolescentes a terem um papel mais ativo e a questionarem o conteúdo das mensagens mediáticas. Estes autores também verificaram que os estudantes que fumavam antes do programa indicaram menor intenção em fumar no futuro, comparando com os que não participaram no programa. Isto sugere que a Literacia Mediática tem o potencial de aumentar as competências de pensamento crítico dos adolescentes.

Relativamente ao álcool, o estudo de Chen (2013) nos EUA, com 171 jovens dos 12 aos 18 anos, testou uma intervenção de LM em televisão e publicidade sobre o álcool. Para o efeito, aplicou duas metodologias em grupos distintos. No primeiro, a intervenção enfatizava uma abordagem negativa da publicidade e dos produtores de programas de televisão como exploradores das audiências. O segundo apresentava uma natureza mais equilibrada no tom que era prestado, incentivando ao pensamento sobre *media* numa vertente positiva, e incluía a

análise de uma campanha antidrogas numa revista. As raparigas beneficiaram mais de uma perspetiva equilibrada que aumentava o ceticismo perante os *media*. Os rapazes beneficiaram de uma abordagem mais “negativa” dos *media* que aumentou a crença nas consequências negativas do álcool e diminuiu o realismo das personagens na TV e a crença de que não existem consequências negativas resultantes do consumo do álcool.

Bickham e Slaby (2012) analisaram outro programa de Literacia Mediática intitulado “*Media Power Youth*” que apresentou mensagens acerca do tabaco, comida pouco saudável e violência a estudantes do 5º ano no noroeste dos Estados Unidos da América. Este programa integrado nas aulas escolares demonstrou ser eficaz na promoção das competências cognitivas dos estudantes, para reconhecer e avaliar as mensagens mediáticas que podem afetar as suas crenças e comportamentos de saúde.

Webb e Martin (2012) realizaram um estudo com 1693 jovens do 6º ao 8º ano de escolaridade no sul da Califórnia (EUA), no contexto de um programa de prevenção baseado na Literacia Mediática intitulado “*Beyond Blame*”. Este programa pretendia aumentar a consciência acerca da violência presente nos *media* e dos seus efeitos negativos e incluiu 10 lições de cerca de 45 minutos cada. Os resultados revelaram que os estudantes que participaram neste programa demonstraram maior tendência para considerar que a violência nos *media* conduz à insensibilidade, medo e propensão para assistir a mais agressão nos *media*. Isto sugere que um programa similar poderia ser incorporado nos programas curriculares das escolas e, potencialmente reduzir a exposição à agressão e ao comportamento agressivo que esta pode instigar, aumentando o pensamento crítico através dos *media*.

Também em contexto americano, Pinkleton, Austin, Cohen, Chen e Fitzgerald (2008) desenvolveram um estudo destinado a avaliar a eficácia de um programa que usou a Literacia Mediática para comunicar informação acerca da abstinência e saúde sexual dos adolescentes. Neste programa os jovens recebiam formação para depois formar os seus colegas. Estes autores entrevistaram 532 estudantes com idades compreendidas entre os 11 e os 19 anos que viviam em Washington (EUA) e observaram resultados positivos em todas as variáveis analisadas. Mais especificamente, os estudantes que participaram neste programa demonstraram melhor conhecimento acerca de mitos sexuais e tendiam mais a adiar as experiências sexuais. Similarmente, estes adolescentes tinham menor tendência para

considerar as imagens sexuais dos *media* como desejáveis, para esperar obter reforços sociais e benefícios com sexo e para sobrevalorizar as experiências sexuais na adolescência. Além disso, 85% dos estudantes consideraram este programa melhor que os outros programas de educação sexual nos quais eles tinham participado anteriormente. Estes resultados sugerem que a Literacia Mediática pode ajudar os adolescentes a tomar decisões mais conscientes acerca do seu comportamento sexual, desenvolvendo maior resistência à influência dos *media*. Este estudo também demonstrou que os pares podem ter uma influência positiva entre si, o que indica que esta relação deve ser explicitamente reconhecida em programas de Literacia Mediática (Pinkleton et al., 2008).

Mais tarde, o estudo de Pinkleton, Austin, Chen e Cohen (2012), com 922 jovens dos 12 aos 18 anos procurou analisar como um programa de Literacia Mediática pode influenciar o processo de tomada de decisão quanto ao comportamento sexual. Após a intervenção, os participantes que receberam formação revelaram maior consciência acerca da influência dos *media* no comportamento sexual, dos mitos dos *media* e suas consequências. Mostraram-se mais eficazes em controlar as decisões sobre sexualidade e com expectativas mais reduzidas quanto a envolverem-se sexualmente, bem como apresentaram atitudes mais positivas relativamente à abstinência e mais consciência das normas dos pares. Além da crença de que os amigos praticam abstinência, eles revelaram capacidade de resistir à pressão exercida por estes. Mais tarde, os mesmos autores avaliaram a eficácia do mesmo programa numa amostra mais alargada com 1098 jovens. Os participantes sujeitos ao programa de Literacia Mediática aumentaram o seu conhecimento acerca das potenciais consequências da atividade sexual. Os resultados também demonstraram que os participantes melhoraram a compreensão acerca da influência dos *media* nas decisões de comportamento sexual dos adolescentes, aprenderam que as representações sexuais nos *media* são geralmente fictícias e “glamorizadas”, e demonstraram uma compreensão mais precisa das normas de comportamento sexual do seus pares. Revelaram igualmente que os jovens eram mais eficazes em controlar o comportamento sexual e tinham atitudes mais positivas com o adiamento do mesmo (Pinkleton, Austin, Chen & Cohen, 2013). Nestes dois estudos, a única medida que não revelou alteração foi a desejabilidade, o que parece indicar que, apesar de não alterar o afeto pelas mensagens mediáticas, o programa melhorou a capacidade cognitiva dos adolescentes a interpretarem. A partir dos dados das avaliações anteriores do programa,

os mesmos autores realizaram um novo estudo onde confirmaram que a Literacia Mediática pode reduzir a influência da desejabilidade percebida sem influenciar a desejabilidade em si mesma (Austin, Pinkleton, Chen & Austin, 2015).

Uma abordagem bem diferente foi desenvolvida no Irão, na qual Geraee, Kaveh, Shojaeizadeh e Reza (2015), com 198 jovens do sexo feminino, verificaram que um programa de Literacia Mediática com técnicas interativas de ensino-aprendizagem foi eficiente no aumento do conhecimento e melhorias na intenção do comportamento observados nas participantes. Os resultados demonstraram a eficácia do programa na promoção da capacidade dos alunos no grupo de intervenção em ter uma reação ativa e crítica perante as mensagens mediáticas.

Um estudo de Chen, Kaestle, Estabrooks e Zoellner (2013) teve como objetivo compreender se as percepções das crianças acerca das mensagens de tabaco mudavam em função de uma intervenção de Literacia Mediática antitabaco. Esta intervenção incluiu diversas atividades de produção dos *media*, como construir histórias e fazer anúncios publicitários contrários aos reais. Após a intervenção, 19 crianças entre os 8 os 14 anos participaram em três grupos focais, onde debateram o que aprenderam e compreenderam acerca das Literacia Mediática para o tabaco. A análise qualitativa teve por base três modelos teóricos de Literacia Mediática. Estes modelos possuem conceitos que se sobrepõem, mas sob perspetivas diferentes (Figura 3).

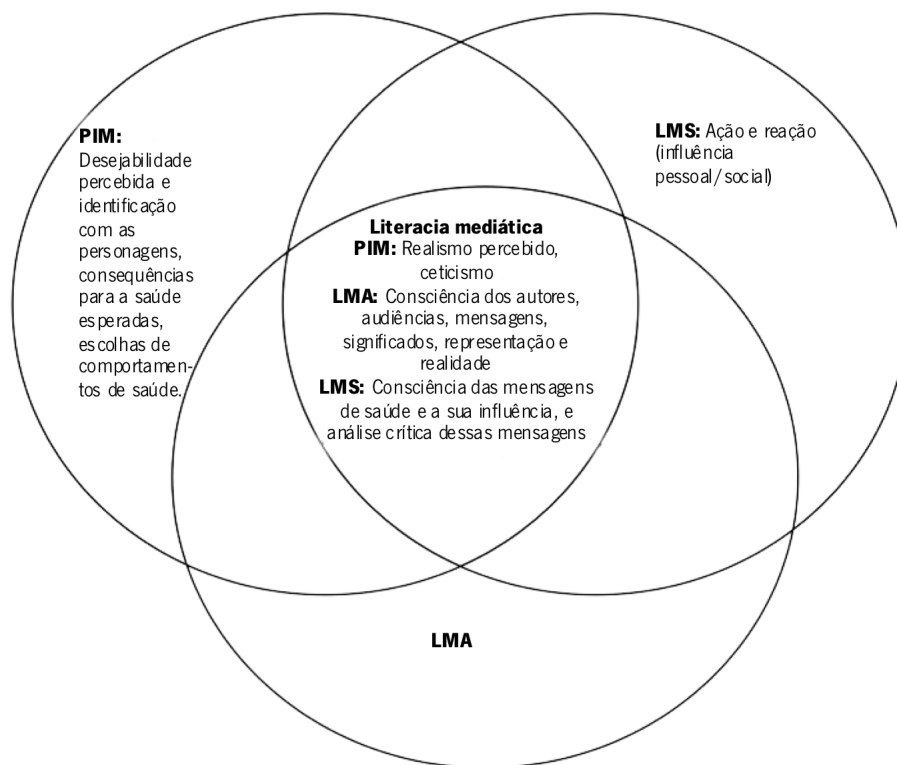


Figura 3: Modelo do Processo de Interpretação da Mensagem (PIM) (Austin, Pinkleton, Hust, & Cohen, 2005)

O modelo do Processo de Interpretação da Mensagem (PIM) (Austin, Pinkleton, Hust, & Cohen, 2005), já descrito, defende que para diminuir os efeitos das mensagens mediáticas nas atitudes e comportamentos dos indivíduos, é necessário perceber como estes as interpretam, bem como programar a intervenção para os estádios iniciais do processo de tomada de decisão. Neste modelo, as mensagens são desconstruídas e relacionadas com comportamentos e atitudes, num continuum (Chen et al., 2013).

Por outro lado, o modelo de Literacia Mediática Antitabaco (LMA) (Primack, Sidani, Carroll, & Fine, 2009) realça a importância da análise crítica das mensagens de saúde. Neste modelo, são distinguidos três domínios da Literacia Mediática: Autores/Audiências, Mensagens/Significados e Representação/Realidade. Cada um destes aspetos foca-se em diferentes partes da mensagem desconstruída. O primeiro reflete se os indivíduos percebem ou não os motivos dos produtores e o público-alvo. As Mensagens/Significados referem-se ao facto de as mensagens mediáticas conterem muitas técnicas para influenciar comportamentos e atitudes. A Representação/Realidade indica como as mensagens mediáticas omitem e

representam erradamente a realidade. Sem os domínios anteriores, os indivíduos poderão não ser capazes de perceber este último (Chen et al., 2013).

Por fim, o modelo de Literacia Mediática em Saúde (LMS)(Levin-Zamir, Lemish, & Gofin, 2011) faz a ligação entre as mensagens mediáticas e o comportamento, para além de realçar como os indivíduos desconstruem as mensagens mediáticas. Este modelo sugere que a LMS pode ser conceptualizada como um contínuo, que varia entre a capacidade de identificar conteúdos de saúde (explícitos e/ou implícitos) nos *media*; reconhecer a sua influência nos comportamentos de saúde; analisar criticamente o conteúdo e expressar uma intenção de resposta através da ação (comportamento pessoal de saúde ou ativismo) (Levin-Zamir et al., 2011). Este modelo chama a atenção para o papel da ação pessoal e/ou social nos comportamentos de saúde (Chen et al., 2013).

Assim, foram encontrados nove grandes temas principais, que refletem a experiência e o que as crianças aprenderam depois da intervenção, nomeadamente: (1) a consciência das técnicas de persuasão dos anúncios; (2) o conhecimento anterior à intervenção de que o tabaco é prejudicial; (3) a falta de confiança nas intenções da indústria; (4) a compreensão das estratégias de persuasão dirigidas a grupos específicos; (5) a história que a indústria do tabaco não revela; (6) a aplicação de conceitos de Literacia Mediática a campanhas publicitárias (8) o entusiasmo com a produção de conteúdos mediáticos e o sentido de propriedade por estas produções; e (9) a partilha com a família. Os autores concluíram que esta análise qualitativa aprofundada permitiu uma exploração mais detalhada acerca do que as crianças consideram mais importante nas intervenções de Literacia Mediática a que são sujeitas (Chen et al., 2013).

Os resultados indicaram que os jovens se sentiam mais consciencializados em relação às táticas usadas pelas grandes indústrias de tabaco e revelaram ainda a capacidade de analisar e interpretar as intenções dessas indústrias. Os jovens conseguiram salientar igualmente quando não eram referidas as consequências para a saúde que o tabaco pode trazer. No entanto, revelaram ainda atitudes positivas perante os anúncios publicitários (Chen et al., 2013).

Estes estudos sobre LM e saúde constituem uma mais-valia para a investigação que sustenta a intervenção, mas ainda aparecem em número reduzido na literatura, como se pode observar no quadro que se segue:

Tabela 4: Caracterização dos Estudos de Intervenções de LM na promoção da saúde dos adolescentes

Ano e Autores	Tipo	País	Amostra	Contexto	Metodologia	Media	Tema de saúde	Objetivos	Modelo teórico	Principais resultados
Austin, Pinkleton, e Funabiki (2007)	Programa de LM	Estados Unidos	201 pré teste/522 pós teste; 15 a 16 anos	Escolar e comunitário	Quantitativo; pré e pós teste		Tabaco	Verificar a eficácia de um programa de treino de Literacia Mediática na afetividade e desejabilidade, e decisões sobre consumo de tabaco.	MIPD	O grupo de indivíduos não sujeitos ao programa de Literacia Mediática, os que apresentavam mais desejabilidade, realismo percebido, similaridade, identificação, atitudes mais positivas e expectativas mais altas, relativamente ao consumo do tabaco e suas imagens mediáticas.
Banerjee e Greene (2007)	Programa de LM	Estados Unidos	260 - 1º Estudo/145 – 2º Estudo; 11 a 16 anos (M = 12.49)	Escola	Workshops de intervenção Experimental/Grupo de controlo e de intervenção	Publicidade impressa	Tabaco	Analisar a eficácia de duas intervenções antitabaco (análise de publicidade <i>versus</i> análise + criação de anúncio publicitário)	<i>Inoculation Theory</i>	Os grupos sujeitos às intervenções demonstraram menor intenção de fumar e atitudes menos favoráveis relativamente ao tabaco. No entanto, a segunda intervenção mostrou ser mais eficaz quanto à crenças e intenções.
Pinkleton, Austin, Cohen, Miller e Fitzgerald (2007)	Programa de LM	Washington, Estados Unidos	723	Escolar e grupos comunitários	Transversal, questionário quantitativo	Campanha Tabaco	Tabaco	Aumentar o pensamento refletivo acerca das mensagens nos <i>media</i> relacionadas com tabaco, bem como a sua motivação e capacidade para resistir às influencias do tabaco.	MIPD	Todos os participantes sujeitos ao programa revelaram maior capacidade de pensamento crítico e motivação e capacidade de resistência ao tabaco.
Pinkleton, Cohen, Chen e Fitzgerald (2008)	Programa de LM	Washington, Estados Unidos	N = 532; 11 a 19 anos (M = 14)	Escolas e Comunidades	Transversal; questionário; quantitativo		Comportamento sexual.	Programa para promover a Literacia Mediática para comunicar informação acerca da abstinência e saúde sexual	MIPD	Os estudantes que participaram no programa demonstraram melhor conhecimento acerca de mitos sexuais e tendiam mais a adiar as experiências

								dos adolescentes Formação realizada por pares.		sexuais. Apresentaram menor tendência para considerar as imagens sexuais dos <i>media</i> como desejáveis, para esperar obter reforços com sexo e para sobrevalorizar as experiências sexuais na adolescência.	
Pinkleton, Austin, Chen e Cohen (2012)	Programa de LM	Washing, Estados Unidos	N = 922; 12 a 18 anos (M = 14.1)	Escola	Transversal; questionário; quantitativo			Comportamento sexual.	Conhecer como um programa de Literacia Mediática pode influenciar o processo de tomada de decisão quanto ao comportamento sexual.	MIPD	Participantes que receberam formação revelaram maior consciência acerca da influência dos <i>media</i> no comportamento sexual, dos mitos dos <i>media</i> e suas consequências. Mostraram-se mais eficazes em controlar as decisões sobre sexualidade e com expectativas mais reduzidas quanto a envolver-se sexualmente, mais atitudes positivas relativamente à abstinência e mais consciência das normas dos pares.
Chen (2013)	Programa de LM	EUA	N = 171; 12 a 18 anos (M = 14.03).	Escola	Intervenção de 45 minutos Transversal; Experimental Quantitativo	TV e publicidade	Álcool		Testar um currículo de Literacia Mediática "TeenSmart TV"	MIPD	Raparigas - beneficiaram mais de uma perspectiva equilibrada que aumentava o ceticismo perante os <i>media</i> . Rapazes - beneficiaram de uma abordagem mais "negativa" dos <i>media</i> que aumentou a crença das consequências negativas do álcool e diminuiu o realismo das personagens na TV e a crença das consequências negativas do álcool.
Webb e Martin, (2012)	Programa de LM	Sul da Califórnia	N = 1993; 6° ao 8 ano / 26 Professores	Escola	10 lições de cerca de 45 minutos cada, quasiexperi			Violência	Programa "Beyond Blame" com objetivo de aumentar a consciência acerca da violência presente nos <i>media</i> e dos seus efeitos negativos.	Conceitos centrais do CML	Os estudantes que participaram neste programa demonstraram maior tendência para considerar que a violência nos <i>media</i> conduz à insensibilidade, medo e propensão

					mental (controlo, pré-teste e pós teste)					para assistir a mais agressão nos <i>media</i> .
Bickham e Slaby (2012)	Programa de LM	Noroeste dos Estados Unidos da América.	308 participantes do 5º ano	Escola	12 lições de 40 minutos integrado nas aulas escolares Experimental-Questionário + visualização de vídeo e outro questionário		Tabaco, comida pouco saudável e violência	Avaliação do programa “ <i>Media Power youth</i> ”	<i>Health Belief Model</i> e <i>Habits of Thought Model</i>	Os jovens revelaram o desenvolvimentos nas crenças e capacidades cognitivas relativamente a mensagens mediáticas potencialmente prejudiciais para saúde dos mesmos
Hove, Paek & Isaacson (2011)	Programa de <i>eHealth Literacy</i>	Michigan, EUA	N = 182; 6º, 7º e 8º anos	Escola	Transversal, experimental. Quantitativo e qualitativo; questionário; focus group	Internet (sites) e informação para a saúde	Saúde em geral	Examinar como os estudantes confiavam em sites comerciais ou sites de marcas	Persuasion Knowledge Model	Intervenção aumentou a sua capacidade de procura e seleção de informação sobre saúde na Internet. Os websites comerciais e de marcas conhecidas foram considerados fontes menos fidedignas e de confiança. <i>eHealth Literacy</i> diminuía a probabilidade da confiança em “sites comprometidos” de marcas conhecidas.
Kupersmidt, Scull, & Benson (2012)	Programa de LM	EUA	N = 214 +198; 6º ao 9º anos.	Escola	Transversal Experimental - Pre e pós-teste e grupo de controlo; quantitativo		Consumo de substâncias (álcool e tabaco)	Avaliar a eficácia de um programa “ <i>Media Ready</i> ” na capacidade de processamento e interpretação das mensagens mediáticas para promover decisões saudáveis no consumo de substâncias.	MIPD	Programa incentivou papel mais ativo e a questionarem o conteúdo das mensagens mediáticas. Os rapazes e estudantes que fumavam antes do programa indicaram menor intenção em fumar no futuro, comparando com os que não participaram no programa

Pinkleton, Austin, Chen e Cohen (2013)	Programa de LM	N.A.	1098	Escola	Transversal; Quantitativa; Questionário; Pré e pós-teste.	Diversos <i>media</i> de exemplo no programa.	Comportamento Sexual	Avaliar a eficácia de um programa de Literacia Mediática e educação sexual baseado nas atitudes e intenções dos adolescentes.	MIPD	Os participantes sujeitos ao programa de Literacia Mediática apresentaram maior eficácia para controlar o comportamento sexual, maior conhecimento acerca das potenciais consequências da atividade sexual, maior compreensão da influência dos <i>media</i> na decisão acerca do comportamento sexual, das representações sexuais geralmente fictícias e “glamorizadas” dos <i>media</i> , e normas acerca do comportamento sexual do seus pares. Revelaram também atitudes mais positivas em adiar o comportamento sexual.
Austin, Pinkleton, Chen e Austin (2015)	<i>Media Literacy</i>	EUA	N = 2020 ;1ª avaliação - 922/ 2ª avaliação - 1098 (M = 14).	Escola	Transversal; Quantitativa; Questionário; Pré e pós-teste. Programa curricular		Literacia Mediática - gravidez não desejada e prevenção de DST's	Avaliar a eficácia de um programa curricular de Literacia Mediática na redução da influência dos <i>media</i> na tomada de decisão, com base no pressuposto que a Literacia Mediática é uma forma de pensamento crítico.	MIPD	A educação para a Literacia Mediática A Literacia Mediática pode reduzir a influência da desejabilidade percebida sem influenciar a desejabilidade em si mesma.
Geraee, Kaveh, Shojaeizadeh, & Reza (2015)	<i>Media Literacy</i>	Irão	N = 198 (sexo feminino); intervenção - 101/ Controlo - 97; Ensino secundário	Escola	Transversal; Quantitativo Questionário; Pré e pós-teste.		Gral	Promover o conhecimento na capacidade memorização dos efeitos das mensagens mediáticas e das diferentes reações a elas, as técnicas utilizadas para as criar, mensagens patentes e subliminares e as possíveis diferentes interpretações.	Teoria do comportamento planeado e <i>Thranstheoretical Model</i>	Eficiente no aumento do conhecimento e melhoria na intenção do comportamento observados nas participantes.

Chen, Kaestle, Estabrooks e Zoellner (2013)	<i>Intervenção LM</i>	Southwest Virginia, Estados Unidos	N = 19	Programa implementado num acampamento de verão	Qualitativo: Grupos de foco	Diversos	Tabaco	Compreender se as percepções das crianças acerca das mensagens sobre tabaco mudavam em função de uma intervenção de Literacia Mediática antitabaco.	PIM, LMA e LMS	Os resultados indicam que aos jovens sentiam-se mais consciencializadas para as táticas usadas pelas grandes indústrias de tabaco e revelaram ainda a capacidade de analisar e interpretar as intenções dessas indústrias. Os jovens conseguiram salientar igualmente quando não eram referidas as consequências para a saúde que o tabaco pode trazer. No entanto, revelaram ainda atitudes positivas perante os anúncios publicitários.
---	-----------------------	------------------------------------	--------	--	--------------------------------	----------	--------	---	----------------	---

Como se pode observar na Tabela 4, a maioria dos programas desenvolvidos nestes estudos foram incorporados nos programas curriculares e, na sua totalidade, foram desenvolvidos na escola. Talvez esse contexto fosse o responsável pela possibilidade de obter um número tão grande de participantes a incluir nas intervenções, observando-se uma variação entre 171 a 2020 participantes. O contexto americano foi o palco de mais intervenções, o que compromete seriamente a generalização e o sucesso de uma intervenção em outras culturas (Hindmarsh et al., 2015). Outra tendência que é possível observar é a preferência explícita pela utilização da Teoria da MIPD, adotada pela maioria dos estudos. A Teoria MIP revela-se uma boa opção pois adequa-se a todas as idades pela capacidade de enaltecer o pensamento crítico enquanto a teoria da inoculação devia focar a pré-adolescência para aumentar as hipóteses de diminuição da iniciação do comportamento (Hindmarsh et al., 2015).

O tema de saúde mais frequentemente abordado é o do consumo de substâncias seguido, e dentro deste grupo, do tabagismo. Outro tema que capta a atenção é o do comportamento sexual e DST. Relativamente ao *medium* abordado, as intervenções em Literacia Mediática tendem a deixar o tema em aberto, embora, após uma leitura cuidada, se observe uma tendência para incidir na análise da publicidade, o que compromete a representatividade num mundo onde os *media* sociais proliferam cada vez mais (Hindmarsh et al., 2015).

Em alguns dos estudos, foram observadas diferenças de género acentuadas, pelo que estas devem ser tidas em consideração no processo de planeamento dos programas de intervenção nesta área, a partir dos resultados dos estudos anteriores, apostando no planeamento eficaz para um dos géneros ou equilibrando e cativando ambos (Hindmarsh et al., 2015).

A maior parte destes programas foram desenvolvidos através de diversas intervenções, não obstante que alguns optaram por uma sessão única (ex. Chen, 2013; Banergee & Greene, 2007). No entanto, devemos ter em consideração que na análise de Jeong e colaboradores (2012), as intervenções que se revelaram mais eficazes eram reforçadas com mais sessões e menos componentes, o que pode conter demasiada informação ou apresentar-se confusa, pelo que as intervenções devem ter o cuidado de ser claras e concisas.

Na grande maioria, os estudos contemplaram uma abordagem experimental de pré e pós-teste, com grupo de intervenção e de controlo, avaliados por questionário. No entanto, foram poucos os estudos que incluíram *follow-up* quanto aos resultados das intervenções. Além de um *insight* quanto à duração dos resultados positivos da intervenção, esta informação daria uma direção a seguir no planeamento em futuras intervenções (Hindmarsh et al., 2015).

Embora difiram na abordagem, pressupostos e metodologia, são consensuais na evidência empírica que demonstram que a Literacia Mediática pode ser uma ferramenta poderosa na promoção da Saúde. De facto, todos os programas, sem qualquer exceção e independentemente do tema de saúde e tipo de *media* analisado, revelaram aumentar o pensamento crítico dos jovens em relação às mensagens mediáticas.

2. *Media* e a Literacia em Saúde

2.1 Dimensões e abordagens da Literacia em Saúde (LS)

Embora a forma como compreendemos Literacia em Saúde se encontre em evolução (Berkman, Davis, McCormack, 2010; Sorensen & Brand, 2013), este conceito é definido pela Organização Mundial de Saúde como o conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso, compreenderem e utilizarem informação de forma que promovam e mantenham uma boa saúde” (OMS, 1998, p. 10). Estas competências englobam o conhecimento, a motivação e as competências dos indivíduos para aceder, perceber, avaliar e aplicar a informação sobre saúde de forma a julgar e tomar decisões no dia-a-dia sobre os cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, para manter ou melhorar a qualidade de vida (Consórcio Europeu de Literacia em Saúde, 2012, p. 4). A Literacia em Saúde é um preditor de saúde dos indivíduos, sendo que quando esta se encontra comprometida, conduz a escolhas mais arriscadas de saúde, mais acidentes de trabalho, maior morbilidade e morte prematura, menor adesão à medicação e menor autocontrolo quanto a doenças crónicas, menor participação em atividades de promoção da saúde e de deteção da doença (Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern, & Crotty, 2011; OMS, 2013). A este respeito, Espanha e colaboradores (2015) sugerem que uma baixa LS pode levar a uma maior utilização dos serviços de urgência, maior número de internamentos, assim como menos atitudes de prevenção, individuais e familiares, ao nível da

saúde. Do mesmo modo, a falta de literacias implica uma maior dependência dos profissionais de saúde e maior suscetibilidade a crer em informação sem fundamento (Espanha, 2016).

Paralelamente, as capacidades inerentes à Literacia em Saúde desenvolvem-se ao longo da vida, variam com fatores individuais, contextuais e culturais, e contribuem para a evolução de uma sociedade. Quando estas capacidades são limitadas, podem reforçar as desigualdades sociais e os custos do Sistema Nacional de Saúde (OMS, 2013).

Como denota Chinn (2011), a Literacia Crítica para a Saúde pode ser um conceito criado a partir de domínios interrelacionados, mas nunca pode perder de vista a forma como a informação é utilizada (individualmente ou de forma coletiva) na promoção da saúde. Neste sentido, os novos *media* constituem uma importante fonte de informação e comunicação sobre saúde, e podem incorporar novas formas de aprendizagem (individuais ou coletivas), mais interativas, relativamente à Saúde e à Literacia em Saúde. Neste sentido, é preciso estarmos cientes das desigualdades de oportunidades na Literacia em Saúde na era do “digital divide” (Kichbush, 2011).

Nutbean (2000) é um dos teóricos mais reconhecidos nesta área, especialmente no que concerne à proposta de um modelo de Literacia em Saúde. Segundo o autor, a Literacia em Saúde engloba 3 domínios que incidem na forma como a informação é utilizada para a manutenção e promoção da saúde (Tabela 5): funcional (transmissão da informação sobre saúde e utilização de serviços de saúde; interativa (oportunidades de desenvolvimento de competências como conhecimento, motivação e autoconfiança); e crítica (divulgação de informação sobre determinantes económicos e sociais da saúde e oportunidades para instaurar a mudança).

Tabela 5: Modelo de Literacia em Saúde de Nutbeam (2000)

Nível de Literacia em Saúde e objetivo de educação	Conteúdo	Respostas		
		Benefício individual	Benefício comunitário/social	Exemplos de atividade educacional
Literacia em Saúde funcional: comunicação para a informação	Transmissão de informação fatural acerca de riscos para a saúde e utilização de serviços de saúde	Conhecimento melhorado dos riscos e serviços de saúde, conformidade com as ações prescritas	Maior participação em programas de saúde para a população (<i>Screening</i> de imunização)	Transmitir informação através de canais existentes, contacto interpessoal oportunista, e <i>media</i> disponíveis
Literacia em Saúde interativa: desenvolvimento de competências pessoais	Como acima descrito e oportunidades de desenvolver competências num ambiente de apoio	Capacidade melhorada para agir de forma independente no conhecimento, motivação e autoconfiança melhoradas	Capacidade melhorada para influenciar as normas sociais, interação com grupos sociais	Comunicação em saúde personalizada a necessidade específica; facilitação de grupos de autoajuda e de apoio comunitários; combinação de diferentes canais para comunicação
Literacia em Saúde crítica: <i>empowerment</i> pessoal e comunitário	Como acima descrito e provimento de informação acerca dos determinantes sociais e económicos da saúde para alcançar mudanças de políticas e organizacionais	Resiliência individual melhorada perante a adversidade social e económica	Capacidade melhorada para agir nos determinantes sociais e económicos da saúde, <i>empowerment</i> comunitário melhorado	Provimento de conselhos técnicos para apoiar a ação comunitária, comunicação para mudar políticas sociais com líderes comunitários e políticos, facilitação do desenvolvimento comunitário

Outro modelo que tem merecido o respeito da investigação nesta área foi proposto por Zarcadoolas, Pleasant, e Greer, (2005). Estes autores propõem um modelo multidimensional da Literacia em Saúde que pode ser útil na análise e intervenção em comunicação para a saúde e desenvolvimento de medidas de Literacia em Saúde. Este modelo é composto por quatro domínios: a Literacia Fundamental diz respeito às competências de leitura, fala, escrita e interpretação de números; a Literacia Científica refere as capacidades alusivas à tecnologia e ciência; a Literacia Cultural concerne a capacidade de reconhecer e utilizar crenças, identidades, costumes e pontos de vista sociais em prol da interpretação e da ação na informação sobre saúde; e a Literacia Cívica é a capacidade de consciencialização e envolvimento na tomada de decisão sobre problemáticas públicas e inclui as competências de Literacia Mediática. De facto, os estudos em Literacia Mediática, e particularmente de Potter (2004), têm muito a contribuir para a Literacia em Saúde na multidimensionalidade do conceito de Literacia Crítica e na distinção entre o significado correspondente (compreensão da informação) e significado construído (julgamentos acerca da relevância da informação para a experiência pessoal) (Frisch, Camerini, Diviani & Schulls, 2011).

Mais recentemente, Sørensen, Van den Broucke, Fullam, Doyle e Pelikan (2012) procuraram propor um modelo integrativo para a Literacia em Saúde, de forma incluir as três dimensões principais, nomeadamente os cuidados de saúde, a prevenção da doença e a promoção da saúde. A par destas dimensões, este modelo inclui quatro dimensões que refletem competências através das quais os indivíduos lidam com a informação sobre saúde: aceder, compreender, avaliar e aplicar. A combinação destes três domínios e quatro competências compõem uma matriz 3 X 4, com um total de 12 combinações que refletem respetivamente as 12 teorias baseadas em subdimensões da Literacia em Saúde (HLS-EU Consórcio, 2012) (Tabela 6).

Tabela 6: *Modelo Integrativo para a Literacia em Saúde (Sørensen et al, 2012)*

Literacia em Saúde	Aceder/Obter informação relevante para a saúde	Compreender a informação relevante para a saúde	Apreciar / Julgar / Avaliar a informação relevante para a saúde	Aplicar/ Utilizar a informação relevante para a saúde
Cuidados de Saúde	Capacidade de aceder a informação relacionada com problemas médicos ou clínicos	Capacidade de compreender a informação médica e do seu significado	Capacidade de interpretar e avaliar as informações médicas	Capacidade de tomar decisões informadas sobre questões médicas
Prevenção da Doença	Capacidade de aceder a informação sobre fatores de risco	Capacidade de compreender os fatores de risco e do seu significado	Capacidade de interpretar e avaliar as informações relacionadas com os fatores de risco	Capacidade de julgar a relevância das informações sobre fatores de risco
Promoção da saúde	Capacidade de se atualizar acerca dos determinantes de saúde no meio social e físico	Capacidade de perceber informação acerca dos determinantes de saúde no meio social e físico e atribuir significado	Capacidade de interpretar e avaliar informação acerca dos determinantes de saúde no meio social e físico	Capacidade de tomar decisões informadas acerca dos determinantes de saúde no meio social e físico

Desta forma, cada uma das competências representam uma dimensão importante da Literacia em Saúde, que dependem da qualidade da informação proporcionada e requerem competências cognitivas específicas. A Figura 4 procura representar este modelo esquematicamente. As dimensões da Literacia em Saúde estão representadas por círculos ovais no centro da figura, mostrando os fatores proximais e distais que afetam a Literacia em Saúde, bem como os processos através dos quais a Literacia em Saúde afeta a saúde.

Além das dimensões, este modelo considera igualmente os fatores que influenciam a Literacia em Saúde. Os fatores distais dizem respeito aos determinantes sociais e ambientais, como a cultura, a língua e o sistema social. Por outro lado, os fatores proximais estão mais relacionados com questões pessoais, como a idade, o sexo e a raça, e os determinantes situacionais, como a família, influência dos pares e os *media*.

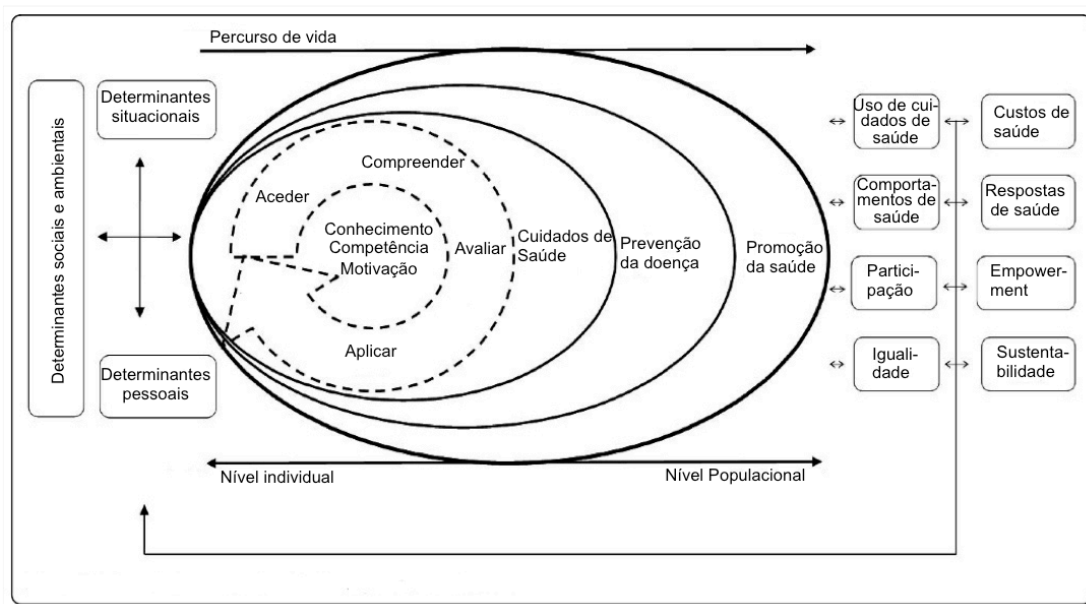


Figura 4: Modelo conceitual integrativo de Literacia em Saúde (Adaptado de K. Sørensen, S. Van den Broucke, J. Fullam, G. Doyle, J. Pelikan, Z. Slonska e H. Brand, 2012, p. 9)

Percorrer estes passos de aceder, compreender, julgar/analisar e aplicar permite aos indivíduos o desenvolvimento de competências e conhecimento que lhes possibilita percorrer os três domínios da saúde. Mais concretamente, como doente ou paciente nos cuidados de saúde, como indivíduos em risco de contrair uma doença no sistema de prevenção de doenças, e como cidadão, procurando promover a saúde na comunidade, local de trabalho, sistema educacional, político e de mercado. Navegar por estes passos que compõem o processo de Literacia em Saúde nos três domínios permite também a aquisição de controlo sobre a sua saúde. A literacia em geral, as competências numéricas, bem como competências específicas de Literacia em Saúde são utilizadas pelos indivíduos de forma a aceder, perceber, avaliar criticamente e atuar de forma independente de forma a superar as barreiras pessoais,

estruturais, sociais e económicas da saúde. Devido às exigências contextuais mudarem ao longo do tempo, ao desenvolvimento cognitivo e psicossocial e às experiências atuais e anteriores, as competências de Literacia em Saúde desenvolvem-se ao longo de toda a vida e estão relacionadas com a aprendizagem ao longo da vida (Sørensen et al., 2012).

Embora a Literacia em Saúde tenha sido estudada em diferentes perspetivas (Nutbeam, 2008), a investigação nesta área continua escassa relativamente a temas como a sua relação com os *media*, os instrumentos para a sua medida e as suas especificidades em relação aos adolescentes (Begoray, Marshall, Shone, & Rowlands, 2012; Manganello, 2008; Perry, 2014).

A influência dos *media* já foi tida em consideração em alguns modelos de Literacia em Saúde (Nutbeam, 2000; Zarcadoolas, Pleasant, & Greer, 2005), embora a natureza dinâmica da Internet e das redes sociais exija a continuação de uma série de estudos neste domínio de forma a desenvolver um modelo mais detalhado e atualizado (Fergie, Hunt, & Hilton, 2012).

Por outro lado, a literatura foca essencialmente a Literacia em Saúde dos adultos, descuidando o seu estudo nos adolescentes. Problemas de Literacia em Saúde em jovens estão relacionados, por exemplo, com a falta de uma compreensão clara dos direitos que têm relativamente à sua saúde, o papel dos profissionais de saúde ou as formas mais adequadas de pedir ajuda quando estão doentes (Weinereich, Glik & Prelip, 2010).

Neste contexto, no estudo de Massey et al. (2012), a “Procura de Informação” surgiu como uma das cinco dimensões que definem a Literacia em Saúde dos adolescentes. Nesta dimensão, a Internet é uma fonte particularmente relevante através da qual os adolescentes acedem a informação sobre assuntos de saúde. Deste modo, as competências críticas dos adolescentes em distinguir informação confiável e segura podem ser consideradas como parte da definição de Literacia em Saúde.

São necessários novos caminhos para a investigação nesta área, nomeadamente o desenvolvimento e validação de instrumentos, estudos que contemplem dados pessoais, demográficos e de desempenho, estudos que tentem aceder às consequências na saúde e o desenvolvimento, bem como a avaliação de programas de promoção da Literacia em Saúde nos adolescentes (Manganello, 2008).

Por outro lado, a falta de estudos acerca da interação entre a Literacia em Saúde e a comunicação sugerem a necessidade de alargar o espectro da investigação, não se focando exclusivamente no adolescente, mas também considerando a influência do meio social

(Banister, Begoray, & Daly, 2011; Ishikawa & Kiuchi, 2010; Wharf Higgins, Begoray and MacDonald, 2009).

Os programas de Literacia em Saúde, embora dirigidos para adolescentes, podem incluir todos os que interagem com eles: pais, professores e outros profissionais da escola, e enfermeiros (Banister et al., 2011; Loureiro et al., 2013). Estes programas devem estar conscientes da dificuldade dos jovens em encontrar e perceber informação relevante e reconhecer fontes de informação online fidedignas (ex., Skopelja, Whipple, & Richwine, 2008). Os conteúdos de educação sexual que foram integrados no programa curricular do Chipre são uma inovação na Europa porque seguem uma abordagem de promoção da saúde, promovendo o conhecimento acerca da influência do ambiente que rodeia os jovens na sua sexualidade, em vez de se focar exclusivamente no indivíduo e nos fatores de riscos associados. Esta abordagem promove uma cidadania ativa, construída num esforço comunitário partilhado (Ioannou, Kouta, Constantinidou, & Ellina, 2014). Deste modo, a escola é um meio privilegiado para promover a Literacia em Saúde (Ishikawa & Kiuchi, 2010; Loureiro *et al.*, 2013). Para tal, as aulas da escola devem incluir campanhas de promoção fidedignas, focando-se em áreas dos *media* como o tabaco e as drogas (Sanders, Shaw, Guez, Baur, & Rudd, 2009). Um outro exemplo é a colaboração entre professores e bibliotecários de forma a introduzir bases de dados mais fidedignas nas escolas, como é o exemplo do website *MedlinePlus* (Skopelja *et al.*, 2008).

Concluindo, a capacidade dos adolescentes analisarem criticamente a informação sobre saúde deverá ser promovida através de abordagens inovadoras e por equipas multidisciplinares de profissionais de saúde e professores. Estes programas deverão também considerar o contexto social dos adolescentes e tentar ativamente envolvê-los na promoção da Literacia em Saúde, como meio de desenvolver as suas próprias capacidades de comunicação e *empowerment* (Banister et al., 2011).

A partir da abordagem socioecológica (Bronfrenbrenner, 1979; Sallis & Owen, 2002) e das recomendações sobre Literacia em Saúde do Institute of Medicine (IOM) de 2004, Manganello (2008) propôs um modelo para estudar a Literacia em Saúde na adolescência. Este autor defende a existência de múltiplos tipos de Literacia em Saúde, incluindo a Literacia Mediática (para além da Literacia em Saúde Crítica, Funcional e Interativa) e a sua dependência de fatores individuais (ex., idade, competências sociais), sistémicos (Mass *media*,

Sistema Educativo e Sistema de Saúde) e interpessoais (influência de pais e pares), e a sua influência na saúde dos adolescentes (ver Figura 5). No entanto, os estudos devem focar-se em populações específicas relativamente às suas características geográficas, culturais e socioeconómicas, etc.

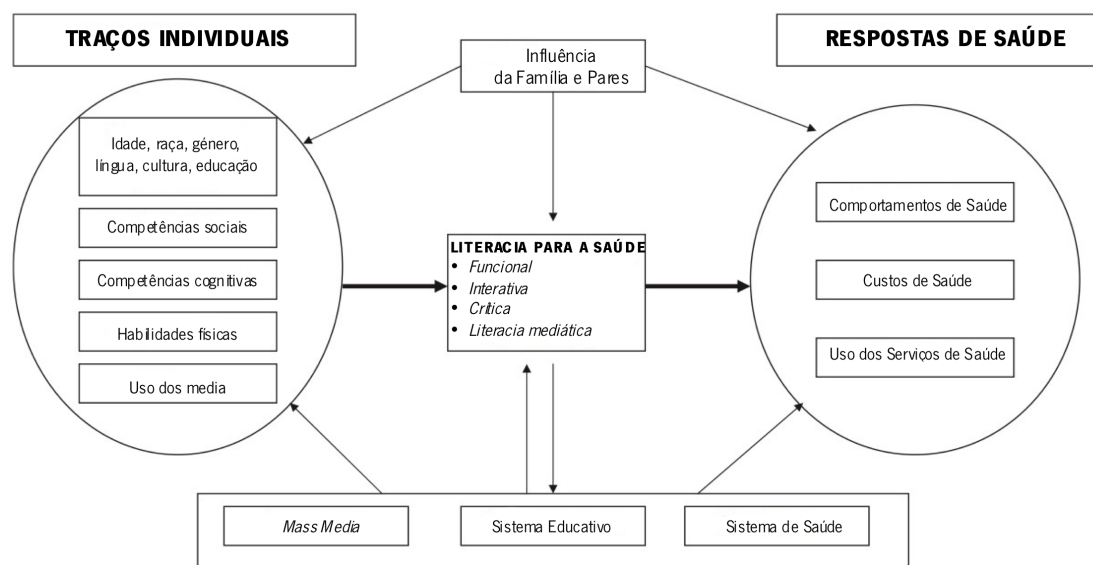


Figura 5: Quadro teórico de Manganello (2008) para o estudo da Literacia em Saúde na adolescência.

Destacando a importância dos agentes envolvidos no ambiente dos adolescentes, Paek, Reber e Lariscy (2011) sugerem o modelo de socialização que pretende identificar os possíveis papéis de agentes sociais e interpessoais na Literacia em Saúde, sem, no entanto, esquecer o papel dos fatores demográficos e individuais (Figura 6). Partindo da Teoria da Socialização Primária (Oetting & Donnermeyer, 1998) e das teorias dos modelos de socialização (ex. Bush, Smith & Martin, 1999; Moore, Moschis & Churchill, 1978), Paek et al (2011) pretenderam compreender a origem e os processos envolvidos na Literacia em Saúde, bem como o seu impacto, mostrando um caminho para a prevenção de comportamentos de risco e promoção da saúde dos adolescentes. Os autores observaram que os agentes interpessoais (ex., pais, pares) e mediáticos (Internet, televisão) estavam positivamente associados com a Literacia em Saúde dos adolescentes. Deste modo, quanto maior a frequência de informação de saúde por parte dos agentes interpessoais ou mediáticos, maior o nível de Literacia em Saúde dos jovens. Outro dado interessante deste estudo é que cada

um destes tipos de agentes serve de mediador da relação entre o outro tipo de agentes e Literacia em Saúde. Isto é, os agentes mediáticos medeiam a relação entre os agentes interpessoais e a Literacia em Saúde, embora não de modo tão forte como os agentes interpessoais medeiam a relação entre os agentes mediáticos e a Literacia em Saúde. Paek e colaboradores (2011) observaram igualmente que pertencer ao sexo feminino, ser mais saudável, ler revistas e ter facilidade de acesso aos pais como fonte de informação sobre saúde se encontravam positivamente associados à Literacia em Saúde, enquanto que os comportamentos de risco dos jovens e dos seus pares e o tempo despendido na Internet revelaram estar negativamente associados com a Literacia em Saúde dos adolescentes.

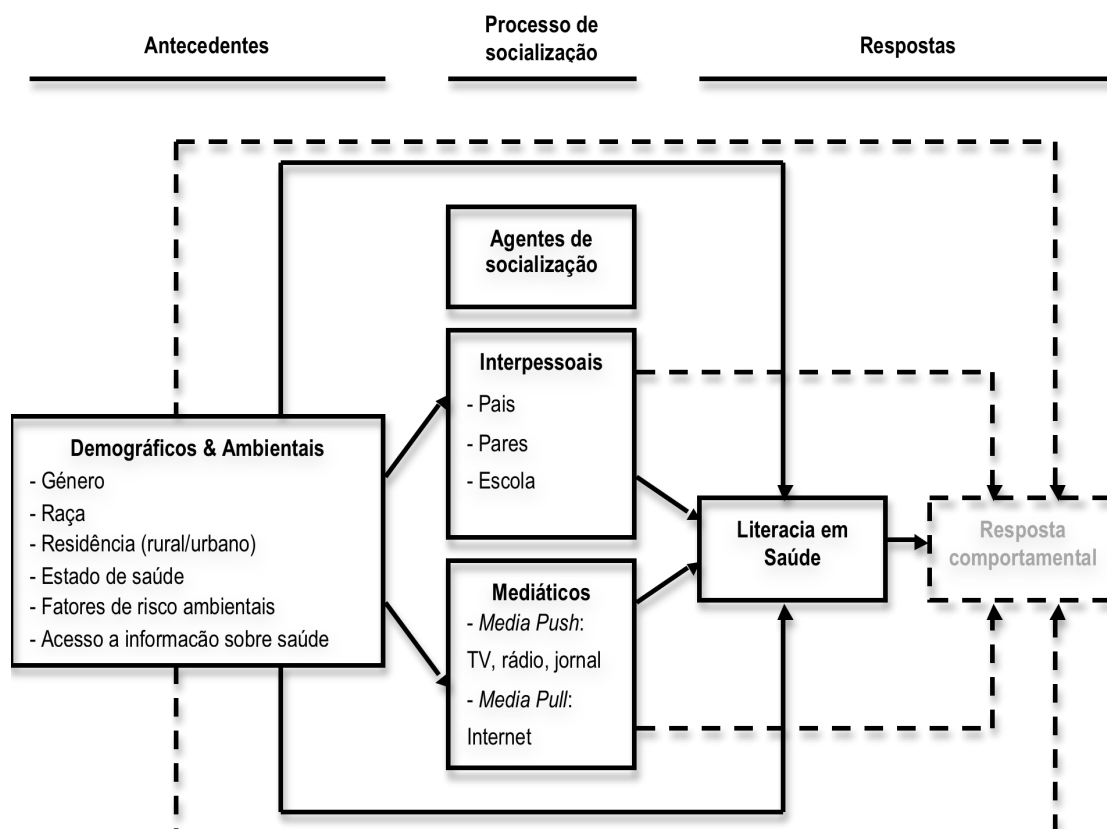


Figura 6: Modelo de socialização de Paek, Reber e Lariscy (2011)

2.2 Níveis e Medidas de LS

O Projeto Europeu de Literacia em Saúde (em inglês HLS-EU)²⁷ teve como objetivo instituir, operacionalizar e desenvolver a Literacia em Saúde. Para a concretização dos seus objetivos baseou-se no Modelo Conceptual Integrativo de Literacia em Saúde de Sorensen *et al.* (2012), já explicado anteriormente, para desenvolver um questionário com 47 questões que abrange os domínios dos cuidados de saúde, da promoção de saúde e prevenção da doença. Primeiramente, foi aplicado em 8 países da Europa (Sorensen *et al.*, 2015) e atualmente abrange mais do que 30 países. Os resultados apontam para que mais de metade dos europeus que participaram no estudo se situem num nível de Literacia em Saúde situado num patamar inadequado ou problemático.

Em Portugal, Espanha, Ávila e Mendes (2015), tendo por base um inquérito desenvolvido a nível europeu (HLS-EU – European Health Literacy Survey), aplicaram um questionário de autorrelato, constituído por 47 questões para avaliar a Literacia em Saúde. Os resultados apontam para um nível inferior de Literacia em Saúde relativamente aos restantes países, em que a maior parte apresenta um nível inadequado (11%) ou problemático (28%). Mais especificamente, este estudo avaliou diferentes domínios no que se refere à relação dos indivíduos com a LS, tendo verificado que Portugal apresenta valores médios considerados inadequados ou problemáticos tendo em consideração as seguintes dimensões: o paciente a necessitar de cuidados de saúde (45.4%); o indivíduo que apresenta um quadro de risco que se relaciona com os serviços, especialmente na prevenção (45.5%); e o cidadão que procura promover a sua saúde (51.1%). Observaram, igualmente, que os mais jovens e com maior nível de escolaridade tendem a apresentar níveis superiores de LS.

Adicionalmente, as autoras identificaram alguns grupos de risco pelos seus baixos níveis de Literacia em Saúde e presença de um dos seguintes fatores: idade igual ou superior a 66; baixos níveis de escolaridade; rendimentos abaixo de quinhentos euros; com doenças prolongadas ou com sentimento de limitação devido a doenças crónicas; e frequência dos cuidados de saúde primários 6 ou mais vezes no último ano. Além disso, chamam a atenção

²⁷Informação disponível em:

<http://www.maastrichtuniversity.nl/web/Institutes/FHML/CAPHRI/DepartmentsCAPHRI/InternationalHealth/ResearchINTHEALTH/Projects/HealthLiteracyHLSEU.htm>

para o facto de a Literacia em Saúde ser indissociável da literacia em geral, verificando que existe uma associação positiva entre a Literacia em Saúde e as práticas diárias de leitura a partir de vários materiais ou uso de tecnologias de informação e comunicação. Neste contexto, destacam o poder de disseminação das TIC para a promoção e desenvolvimento da Literacia em Saúde (Espanha et al., 2015).

Contudo, a literatura sobre intervenções e instrumentos em Literacia em Saúde dos adolescentes ainda é escassa (Begoray et al., 2012; Manganello, 2008; Perry, 2014). O estudo de Brown, Teufel e Birch (2007) é uma das exceções e incide sobre as perceções de adolescentes sobre saúde e Literacia em Saúde com jovens dos 9 aos 13 anos de idade nos EUA. Este estudo revelou que os adolescentes que acreditavam que não podiam fazer muito pela sua saúde e que apresentavam dificuldade em compreender a informação sobre saúde, apresentavam maior tendência para seguir o que lhes era ensinado sobre saúde.

Embora escassos, os estudos na área da Literacia em Saúde dos jovens tendem a incidir na componente mental do conceito. Um destes estudos pertence a Pedreiro (2013), com jovens dos 16 aos 22 anos de idades numa escola do centro do país. A partir do Questionário de avaliação em de Literacia em Saúde – MentalQuALiSMental - um instrumento desenvolvido por Jorm *et al.*, 1997 e validado para a população portuguesa por Loureiro, Pedreira e Sequeira (2012), descobriu que os jovens apresentam níveis muito baixos de Literacia em Saúde Mental. No entanto, uma intervenção de apenas 4,5 horas sobre saúde mental, depressão e dependência de álcool, revelou a sua eficácia no aumento das competências de Literacia em Saúde Mental nos jovens. Outro estudo português relevante na área da Literacia em Saúde Mental revela, igualmente, um quadro pouco animador. Amorim, Loureiro e Sequeira (2014) avaliaram este constructo através de grupos de foco em 23 adolescentes entre 12 e 17 anos de idade e verificaram que os jovens tendem a valorizar os amigos e a família na procura da ajuda, em detrimento da ajuda de profissionais da área. Tendem igualmente a utilizar diagnósticos de forma desadequada (ex. rotular depressão como “esgotamento”).

Já existe evidência recente de como a tecnologia pode ajudar ao desenvolvimento de medidas da Literacia em Saúde, como a medida de Literacia em Saúde de Ownby et al. (2013), validada numa amostra de pacientes com VIH, usando um sistema computadorizado de *touch-screen*. Verificou-se que este sistema foi considerado *user-friendly* e mais fácil de

administrar do que a maioria das medidas, e não precisa de um profissional para a sua administração. Adicionalmente, este estudo encontrou boas características psicométricas e associações significativas com outras medidas gerais de Literacia em Saúde. Assim como a tecnologia pode ajudar a melhorar as medidas de Literacia em Saúde, esta pode também ser útil no momento da recolha de dados. Mackert, Champlin, Pasch e Weiss (2013) aplicaram uma tecnologia de *eye-tracking* para medir a Literacia em Saúde com a medida de "*New Vital Sign*". Um baixo nível de Literacia em Saúde estava associado a períodos mais longos de tempo a ler informação irrelevante, sugerindo que a informação mais importante deve ser sublinhada para o consumidor, e a informação menos importante deve ser reduzida, na educação para a saúde em pacientes. Para além da capacidade de usar e interpretar a informação, a definição de Literacia em Saúde deve igualmente incluir a capacidade de encontrar informação relevante, o que pode ser um grande avanço no desenvolvimento de medidas de Literacia em Saúde. Esta tecnologia pode ajudar a desenvolver instrumentos de educação para a saúde em pacientes.

2.3 Os *media* como promotores da LS dos jovens

A literatura sugere o grande potencial dos *media* enquanto promotores da saúde e LS dos jovens (ex., Ghaddar, Valerio, Garcia, & Hansen, 2012; Yap, Ghorbani & Hedari, 2011; Reavley & Jorm, 2012). No entanto, esta relação nem sempre é clara na literatura. Paek et al., (2011) verificou que o tempo despendido a ler revistas era preditor de maior LS. Contudo, o tempo de uso da Internet parecia estar relacionado com menores níveis de LS. Por outro lado, Manganello e Sojka (2016), numa amostra de adolescentes afro-americanos, verificaram que o uso da Internet se encontrava positivamente associado com a LS.

Yap, Reavley and Jorm (2012) realizaram um estudo com 3021 jovens Australianos (com idades entre os 15 e os 25, entrevistados por telefone e utilizando vinhetas) e verificaram que 70% conheciam a campanha "*beyond blue*"²⁸ contra a depressão e ansiedade. De um modo geral, o conhecimento da campanha "*beyond blue*" estava associado a maiores níveis de Literacia em Saúde mental. A promoção da Literacia em Saúde pode também ser implementada em *websites* com informação relevante e fidedigna, especialmente destinada a

²⁸ Mais informação sobre o programa em <https://www.beyondblue.org.au/>

adolescentes, como foi observado no estudo de Ghorbani e Heidari (2011). Estes autores avaliaram o impacto do conteúdo de um *website* na educação para a saúde e na usabilidade da informação numa amostra de 649 adolescentes Iranianos (entre os 15 e os 16 anos). Estes autores demonstraram que os adolescentes que usaram este *website* aumentaram significativamente a sua Literacia em Saúde em assuntos como a higiene, nutrição, puberdade, SIDA, casamento e planeamento familiar, doenças contagiosas e não contagiosas e saúde ambiental. O conhecimento sobre saúde mental foi o único que não aumentou.

Na Ásia, Li, Chau, Wong, Lai e Yip (2013) desenvolveram o *Web-Based Electronic Game*, baseado num programa escolar de promoção da saúde mental para adolescentes, adaptando-o e incorporando-o no *facebook*. Estes autores observaram um aumento na Literacia em Saúde mental nos jogadores deste jogo, que era simultaneamente divertido e motivante para os jovens.

Um outro estudo com 261 raparigas hispânicas (entre os 14 e os 20 anos) no Sul do Texas indicou que os estudantes que conheciam um site fidedigno de informação para a saúde como o *MedlinePlus* – tendiam a ter níveis mais elevados de Literacia em Saúde e taxas de *eHealth* (procurar informação e autoeficácia) (Ghaddar et al., 2012). A internet pode também ajudar os profissionais de saúde a lidar com pacientes com baixos níveis de Literacia em Saúde, por exemplo, através de cursos *online*. No entanto, a informação fornecida aos profissionais de saúde não assegura um aumento na Literacia em Saúde dos pacientes, pelo que websites com informação importante nesta área podem ser de grande utilidade (Squellati, 2010).

De facto, o papel dos *media*, e sobretudo da internet, tem sido considerado uma ferramenta essencial na promoção da LS. Mas recentemente, também Catan, Espanha, Mendes, Toren e Chinitz (2015) verificaram que o uso de tecnologias de comunicação e informação no sector da saúde em Portugal e Israel melhorou o sentimento de *empowerment* dos pacientes. O uso de aplicações com informação sobre saúde na Internet foi, assim, considerado vantajoso tanto pelos médicos como pelos seus pacientes.

Embora muitos estudos apresentem os adolescentes como passivos na relação com os *media*, alguma literatura aprofunda mais a questão da promoção para a Literacia em Saúde explorando a relação entre adolescentes e os *media* de um modo bidirecional, vendo os adolescentes como simultaneamente produtores e alvo dos conteúdos dos *media* relacionados

com saúde. Um exemplo desta dualidade é o projeto *Healthflicks*, conduzido em Connecticut e criado pelo *National Network of Libraries* para promover a Literacia em Saúde em adolescentes do meio urbano. Com a ajuda de uma escola pública, vários estudantes (sob supervisão) criaram dez vídeo publicados na Internet acerca de assuntos de saúde importantes para os adolescentes (Encontrar informação sobre saúde, Stress, Diabetes, Bullying, VIH, Asma, Contusão, *Introduction to Health Occupation Student Association* (HOSA), Défice de atenção e Hiperatividade, Cancro da pele e Protetor solar). Os vídeos de curta-duração finais deste projeto de 16 meses continuarão acessíveis por um longo período de tempo com o propósito de promover a aprendizagem e/ou ensinar e inspirar futuros projetos (Greenberg & Wang, 2012).

Embora escassa, alguma literatura foca-se em outros *media* para além da Internet. De uma forma muito inovadora, Hurley, Linsley, Rowe e Fontanella (2014) verificaram que expor o público a desenhos e pinturas realizados por jovens Australianos (dos 12 aos 25 anos) com perturbações mentais diminuía o estigma e aumentava a procura de ajuda nos que viram as peças de arte. De um ponto de vista pedagógico, Wilmot, Begoray and Banister (2013) postularam as múltiplas vantagens do seu projeto, no qual pediram a adolescentes para criarem um “Novela gráfica” para os seus amigos mais novos que mostrasse como os comportamentos de saúde podem ser influenciados pelos *media*. O produto final foi um enredo metaforicamente ilustrado de 20 páginas acerca das consequências dos *media*, nomeadamente a publicidade, na promoção e normalização de ideias de moda e beleza (Wharf Higgins, Begoray, Beer, Harrison, & Collins, 2012; Wharf Higgins & Begoray, 2012). Este estudo proporcionou uma oportunidade para discutir este tema, validando as diferenças culturais e individuais que podem ser aproveitadas no futuro como uma técnica pedagógica. O instrumento final pode também ser usado na promoção da Literacia Mediática Crítica (LMC) em adolescentes se integrado em temas dedicados à educação para a saúde. Begoray, Higgins, Harrison e Collins-Emery (2013) criaram um projeto para perceber como os adolescentes desenvolveram a LMC e as relações entre estes e as mensagens publicitárias. Para tal, dez lições de Literacia Mediática foram desenvolvidas e implementadas no 7º ano de uma escola Canadiana. Na última lição, foi pedido aos participantes para criarem uma sátira que desafiasse uma campanha de publicidade. Algumas das sátiras foram selecionadas como

material para o grupo focal. Os estudantes demonstraram capacidade de pensamento crítico, através da análise, questionando e desafiando os conteúdos mediáticos publicitados.

3. O cruzamento entre literacias

3.1. LM, LS e Comunicação para a saúde

A par da Literacia Mediática e da Literacia em Saúde, encontra-se subjacente o conceito de comunicação para a saúde, que pode ser definido como “O estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e influenciar decisões individuais e comunitárias que visem melhorar a saúde” (National Cancer Institute, 2015, p. 2). A comunicação para a saúde pode ser compreendida como uma ferramenta válida de promoção da saúde pública, tendo um papel preponderante (positivo e negativo) no “estatuto individual e coletivo de saúde” (Espanha, 2016, p.22). Neste sentido, podem ser utilizados diferentes métodos para realizar programas de saúde, para ensinar técnicas de Literacia Mediática (geralmente a jovens), para desconstruir mensagens mediáticas e para identificar intenções associadas, além de instruir os comunicadores a construir mensagens adequadas às audiências (National Cancer Institute, 2015).

Durante os últimos vinte anos, a comunicação sobre saúde sofreu um crescimento a nível mundial, a par da crescente mediatização da sociedade (Espanha, 2008, 2016). O seu principal foco é a influência da comunicação humana na prestação de cuidados às populações, promovendo a saúde pública. De acordo com Espanha (2016), a promoção da comunicação em saúde pode conduzir a melhorias nos cuidados e perceções sobre saúde; incentivar a prevenção e mudança de comportamentos, bem como a adesão a tratamentos; contribuir para a igualdade de cuidados de saúde independentemente da condição socioeconómica, educação, raça e etnia. Neste contexto, as campanhas dos *media* são amplamente direcionadas à mudança dos comportamentos de saúde (Wakefield, Loken & Hornik, 2010). Assim, as campanhas podem produzir mudanças positivas ao nível dos comportamentos relacionados com a saúde e prevenir as negativas, abrangendo uma grande parte da população.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, existe uma relação bidirecional entre a promoção da saúde e o *empowerment* das comunidades:

“A promoção da saúde funciona através da ação comunitária concreta e eficaz na definição de prioridades, tomada de decisões, planeamento de estratégias e sua implementação, para alcançar uma saúde melhor. No centro deste processo está o empowerment das comunidades, a sua apropriação e controlo dos seus próprios esforços e destinos. (...) Isto requer acesso pleno e contínuo à informação, oportunidades de aprendizagem para a saúde, bem como o apoio financeiro.” (OMS, 1986, p. 2)

É precisamente neste contexto que a comunicação para a saúde é reconhecida como tendo um papel preponderante no “estatuto individual e coletivo de saúde” (Espanha, 2016, p. 22). De acordo com esta autora, promover a comunicação em saúde pode conduzir a melhorias nos cuidados e perceções sobre saúde; incentivar a prevenção e mudança de comportamentos, bem como a adesão a tratamentos; contribuir para a igualdade de cuidados de saúde independentemente da condição socioeconómica, educação, raça e etnia.

Paralelamente, a comunicação é um processo inerente ao conceito de literacia, mediática ou para a saúde. Como tal, Espanha, Ávila e Mendes (2015) consideram que a investigação em LS deve igualmente incluir a capacidade de compreensão oral e de comunicação dos indivíduos com os serviços de saúde. A LS possibilita, por exemplo, a comunicação clara entre o sistema de saúde e o paciente, permitindo a melhor compreensão do problema de saúde e um melhor tratamento (Kobylarz, Pomidor & Heath, 2006). O processo de comunicação é, assim, essencial para que os pacientes possam ouvir, compreender, apreender e tomar as melhores decisões (Pedro, Amaral, & Escoval, 2016). Com efeito, alguns estudos sugerem a importância da capacidade de Literacia em Saúde para uma melhor comunicação para a saúde e interpretação dos conceitos sobre saúde (ex: Guzys, Kenny, Dickson-Swift, & Threlkeld, 2015; Pedro et al., 2016; Nouri & Rudd, 2015; Plumb, James, Brawer, Simmons, & Romney, 2016).

Conceptualizando, pode considerar-se que a Comunicação para a Saúde é intrínseca aos conceitos de Literacia Mediática e de Literacia em Saúde, e que, por sua vez, estes

últimos se encontram inevitavelmente interligados, muito embora o estudo focado nesta relação seja ainda muito incipiente, a nível nacional e internacional.

3.2. O papel da LM na LS

Alguns estudos e projetos incluem o conceito de Literacia Mediática na promoção da Literacia em Saúde (Begoray et al., 2013; Frisch *et. al.*, 2011; Manganello, 2008; Wharf Higgins et al., 2012; Wharf Higgins & Begoray, 2012; Wilmot et al., 2013; Zarcadoolas, Pleasant, & Greer, 2005). Os programas de Literacia Mediática pretendem promover a capacidade crítica dos adolescentes acerca das mensagens dos *media* que, por sua vez, promovem a diminuição dos comportamentos de risco, como as representações de beleza idealizada ou a propaganda de produtos de risco para a saúde (Martens, 2010).

Neste sentido, o estudo de Gunther, Seger, Kennel, Nurko e Batcho (2014), na Virgínia (EUA), sugere que os jovens com menor nível de LS tendem a ter poucas competências de análise crítica de mensagens mediáticas sobre bebidas açucaradas, pelo que futuras intervenções de educação para a saúde (sobre nutrição e em adultos com baixo LS) devem incluir a educação para os *media*.

Por outro lado, como vimos no capítulo anterior, alguns programas de Literacia Mediática sugerem que esta tem o potencial de aumentar as competências de pensamento crítico dos adolescentes quanto à abstinência sexual e saúde sexual (Pinkleton, Austin, Cohen, Chen, & Fitzgerald, 2008), consumo de substâncias (Bickham & Slaby, 2012; Chen et al., 2013; Pinkleton, Weintraub Austin, Cohen, Miller, & Fitzgerald, 2007; Kupersmidt, Scull e Benson (2012), comida pouco saudável (Bickham e Slaby, 2012) e violência (Bickham e Slaby 2012; Webb e Martin, 2012).

Estas intervenções diferem na metodologia, mas são consensuais na evidência empírica que demonstram que as capacidades inerentes à Literacia Mediática pode ser uma ferramenta poderosa para promover a Literacia em Saúde.

3.3. O conceito de *eHealth Literacy*

A par do desenvolvimento da tecnologia, têm surgido novas formas de obter informação de saúde, descentralizadas e interativas, que cada vez mais parecem ter um papel importante nos cuidados de saúde (Espanha, 2008, 2016). Com efeito, existem diversas definições em torno do conceito de *eHealth*. Embora sejam sempre consideradas as componentes “saúde” e tecnologia”, ainda não existe um consenso quanto ao significado do conceito (Oh, Rizo, Enkin, & Dadad, 2005). No entanto, *eHealth* pode ser definido como:

“a utilização de tecnologias de informação e comunicação digitais para melhorar a saúde e os cuidados de saúde das pessoas. O uso crescente de tecnologias, especialmente os dispositivos de Internet e móveis para gerir a saúde, destacam o potencial de recursos de *eHealth* para melhorar a saúde da população. Existem inúmeras ferramentas e recursos que se enquadram no *eHealth*, que incluem: as comunidades online e grupos de apoio, informações de saúde online, ferramentas de autogestão de saúde online, comunicação online com os prestadores de cuidados de saúde, acesso online a processos pessoais de saúde.”²⁹

O e-health Task Force Report Europeu de 2012 é um relatório que aborda a igualdade de oportunidades de todos os europeus à saúde de qualidade, a preços razoáveis, utilizando as tecnologias de informação como base. Neste documento, são apresentadas cinco recomendações para a ação, das quais a Literacia em Saúde se encontra posicionada em terceiro lugar. Os profissionais de saúde já não são os principais intérpretes da informação da saúde para os pacientes. Os cidadãos têm hoje um papel mais ativo, e é preciso que a informação de saúde lhes seja mais direcionada e adequada à sua perceção, contribuindo para o seu *empowerment* (e-health Task Force Report Europeu, 2012).

Do conceito de *eHealth* nasceu o conceito de *eHealth Literacy*, que pode ser definido como: “A capacidade para procurar, encontrar, compreender e avaliar informação de saúde a partir de fontes eletrónicas, e aplicar esse conhecimento para abordar e resolver um problema de saúde” (Norman & Skinner, 2006a, p.2). Deste modo, a *eHealth Literacy* está associada à capacidade de avaliar e distinguir os recursos online viáveis dos questionáveis, assim como de procurar, localizar e utilizar a informação de saúde (Tubaishat & Habiballah, 2016).

No geral, de acordo com o modelo “Lírio” (Norman & Skinner, 2016), apelidado pelo formato que apresenta, a *eHealth Literacy* incorpora seis tipos de literacias: Literacia

²⁹ Disponível em <http://www.health.gov/communication/ehealth/>

Tradicional e numérica, Literacia em Saúde, Literacia Científica, Literacia da Informação, Literacia Computacional e Literacia Mediática (Figura 7).

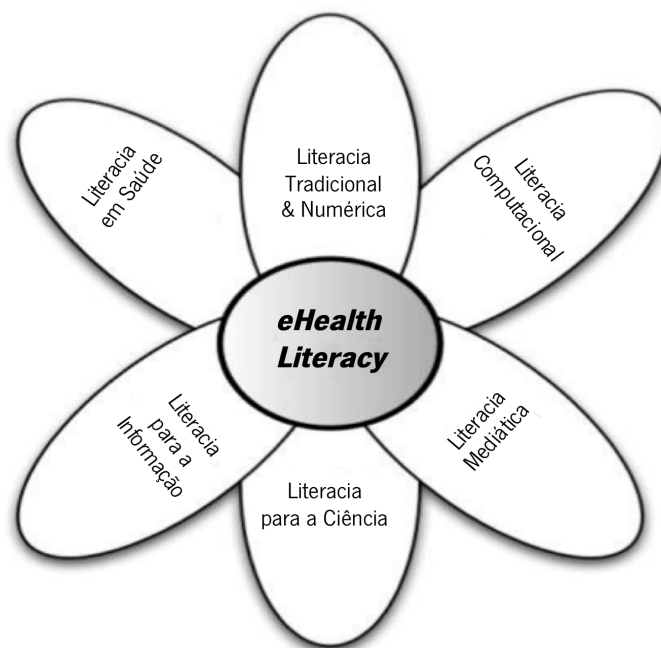


Figura 7: Modelo de Lírio de *eHealth Literacy* (Adaptado de C. D. Norman e H. A. Skinner, 2016)

A **Literacia Tradicional** é o tipo de literacia mais básico que engloba competências como a capacidade de leitura, de compreensão de textos, e de expressão escrita e oral de uma forma coerente. A questão da capacidade de compreensão da língua Inglesa é essencial, uma vez que grande parte dos recursos *eHealth* disponíveis online estão nesta língua. A **Literacia para a Informação** refere-se à competência de saber como o conhecimento está organizado, como encontrar informação e usá-la de forma a ensinar os outros. Deste modo, um indivíduo com Literacia para a Informação adequada sabe quais os recursos a consultar para encontrar informação relevante num determinado assunto através do desenvolvimento de estratégias de pesquisa. No caso da internet, que inclui biliões de recursos, esta capacidade revela-se essencial. A capacidade de pensar criticamente acerca dos conteúdos mediáticos reflete a **Literacia Mediática**. Esta permite aos indivíduos compreender a informação dos *media* no seu contexto social e político, considerando igualmente questões como a relação com o público-

alvo, a forma como as mensagens são apresentadas e o seu mercado. A **Literacia em Saúde** inclui a capacidade de interagir com o sistema de saúde e obter cuidados apropriados. Indivíduos com Literacia em Saúde adequada conseguem ler, compreender e atuar perante a informação sobre saúde, de forma a tomar decisões de saúde apropriadas. A capacidade de usar os computadores para resolver problemas refere-se à **Literacia Computacional**. Como a tecnologia e software variam e estão em constante evolução, esta literacia implica uma capacidade de adaptação a novos recursos, e inclui igualmente o acesso absoluto e relativo aos recursos de *eHealth*. A **Literacia Científica** refere-se à compreensão dos objetivos, métodos, aplicações, limitações e políticas associadas à criação de conhecimento de forma organizada. Esta literacia permite aos indivíduos compreender os resultados de investigação na área da saúde, considerando o seu contexto.

O *eHeals* (Escala de *e-Health Literacy*) foi desenvolvida por Norman e Skinner (2006b) e teve como objetivo avaliar as capacidades de utilização da informação de saúde presente nas tecnologias e determinar a adequação dos programas *eHealth*. Esta é a medida mais amplamente utilizada na medição deste constructo e validada para diferentes populações (Koo, Norman, & Hsiao-Mei, 2012; Pérez, Almagro, Gómez, & Gómez, 2015; Soellner, Huber, & Reder, 2014; van der Vaart, van Deursen; Drossaert, Taal, van Dijk, & van de Laar, 2011).

Paralelamente, a *e-Health Literacy* parece estar associada com a procura/obtenção de informação de saúde através da internet (Chang et. al., 2015; Neter & Brainin, 2012; Van den Vaart et al., 2011). Neste campo, Hove, Paek e Isaacson (2011) desenvolveram uma intervenção focada em competências de *eHealth Literacy* com estudantes do 5º ao 7º ano. Esta intervenção aumentou a capacidade desses estudantes procurarem e selecionarem informação sobre tópicos de saúde na Internet. Além disso, os websites comerciais foram considerados, pelos jovens, como menos confiáveis, especialmente se patrocinados por marcas populares. Os autores descobriram ainda que a *eHealth Literacy* diminuía a probabilidade da confiança em websites comprometidos de marcas conhecidas.

Desta forma, a *e-Health Literacy* é igualmente relevante quando se aborda o tema dos comportamentos de saúde dos adolescentes. De facto, alguns estudos demonstraram a sua influência positiva na saúde dos jovens e nos comportamentos com ela relacionados (ex., Hove, Paek & Isaacson, 2011; Neter & Brainin, 2012; Norman & Skinner, 2006).

3.4. A Literacia Mediática em Saúde

Até ao momento temos analisado a Literacia Mediática (LM) na Comunicação em e para a saúde e a Literacia em Saúde (LS). No entanto, o estudo da LS não foi ainda aplicado ao campo dos *media*, de forma sistemática e compreensiva, e a LM ainda não examinou as reações relativas à saúde como resposta aos conteúdos dos *media*. Deste modo, é necessário um novo quadro teórico que integre os campos da literacia, da saúde e dos comportamentos de saúde e *media*. Foi a partir deste pressuposto que Levin-Zamir e colaboradoras (2011) desenvolveram um novo conceito e medida a que chamaram **Literacia Mediática em Saúde (LMS)**, aplicando-o a uma população-alvo específica – os adolescentes. Estes autores sugeriram que a LMS em adolescentes é influenciada por uma multiplicidade de fatores, nomeadamente as características sociodemográficas da população adolescente (ex., idade, género, etc.), as suas fontes de informação sobre o tema da saúde (*media*, pais, pares, etc.), bem como a relação entre LMS, *empowerment* e comportamentos de saúde (atividade física, hábitos alimentares, comportamento sexual, etc.). Deste modo, o seu estudo procurou compreender a influência destas variáveis na LMS, bem como contribuir para a definição, operacionalização e mensuração da Literacia Mediática em Saúde em adolescentes (ver Figura 8).

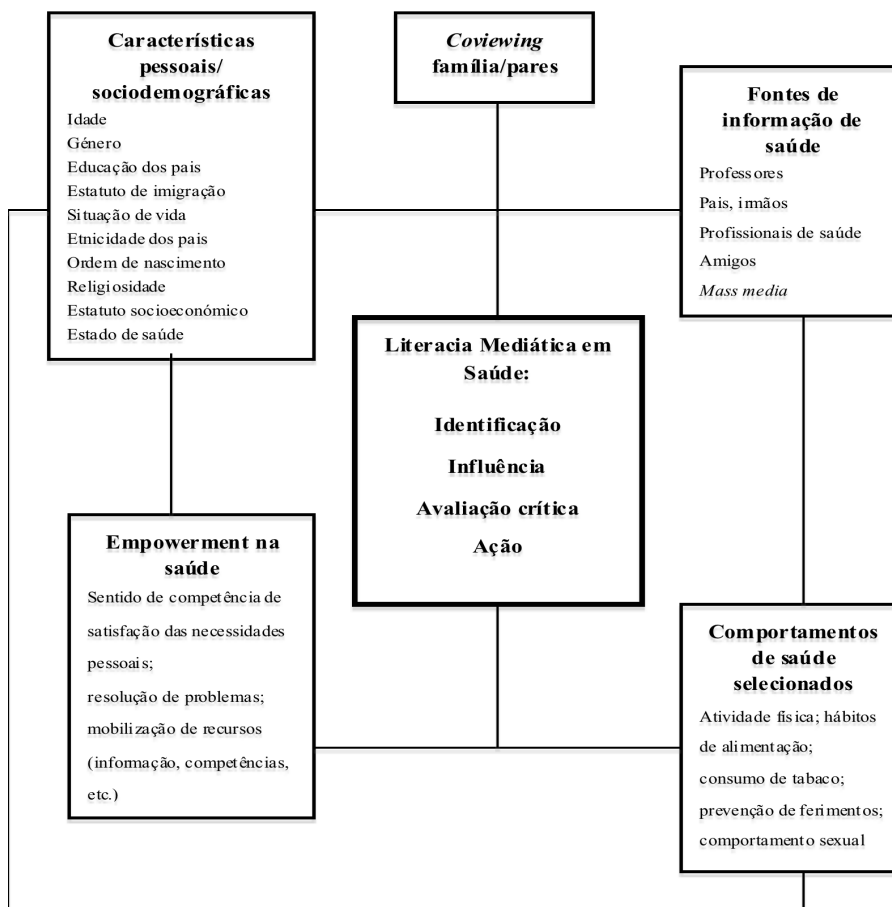


Figura 8: Resumo esquemático do quadro teórico e variáveis intervenientes da investigação de Levin-Zamir et al. (2011).

Operacionalmente, o seu estudo foi dividido em duas fases: a primeira com uma índole qualitativa e uma posterior de natureza quantitativa.

Na primeira fase, os autores investigaram uma base conceptual para as variáveis do estudo e para a construção de instrumentos. O primeiro passo consistia em formar seis *focus groups* constituídos por 10 adolescentes cada um, previamente selecionados de acordo com as competências de comunicação dos adolescentes e de modo a abranger diferentes meios socioeconómicos. Ainda nesta primeira fase do estudo, o segundo passo consistia no preenchimento de um diário, no qual os adolescentes anotavam, durante uma semana, a frequência de utilização dos *media* e respetivos conteúdos. Através da análise de conteúdo, os autores chegaram à conclusão de que a televisão seria a mais popular entre os *media*, e

puderam selecionar 6 segmentos de séries/anúncios publicitários sobre temas de saúde, para utilizar posteriormente (Levin-Zamir et al., 2011).

Com caráter quantitativo, a segunda fase deste estudo contou com a participação de 1316 adolescentes judeus que frequentavam o 7º, 9º e 11º ano letivos. Nesta fase, os autores utilizaram os dados qualitativos recolhidos na primeira fase para formular um questionário escrito, testado previamente (Levin-Zamir et al., 2011).

Este instrumento era composto por 6 dimensões: dados sociodemográficos; autoavaliação da frequência de utilização dos *media* e possíveis companhias; fontes de informação relativamente à saúde; *empowerment* na saúde; autoavaliação acerca de comportamentos de saúde (positivos ou negativos); e, por último, uma medida de Literacia Mediática em Saúde. Esta última medida foi desenvolvida pelos autores, utilizando alguns dados recolhidos na primeira fase. Através da análise das características psicométricas do instrumento, foi possível aos autores inferir a sensibilidade e a fidelidade do instrumento, demonstrando que é possível determinar diferentes níveis de LMS que variam entre quatro categorias sequenciais: capacidade de identificação/reconhecimento de conteúdos de saúde, avaliação crítica dos conteúdos de saúde nos *media*, influência percebida nos adolescentes (pais) e intenção de ação/reação (Levin-Zamir et al., 2011).

Os fatores sociodemográficos que se revelaram significativamente relacionados com a Literacia Mediática em Saúde foram o género e o grau de escolaridade da mãe, sendo que as raparigas e os adolescentes com mães com maior nível de escolaridade tendem a demonstrar maiores níveis de LMS. O número de fontes interpessoais de informação sobre saúde (ex.: pais, pares), bem como o *empowerment* e os comportamentos para a saúde também se revelaram positivamente associados com a LMS. Os pais revelaram ser a fonte de informação para a saúde mais predominante, seguida da televisão. Neste sentido, Levin-Zamir et al. (2011) consideram que os pais, sendo uma fonte de informação tão importante, podem promover competências que fazem parte da LMS, como a análise crítica dos conteúdos mediáticos.

3.4.1 Modelo social ecológico aplicado à Literacia Mediática em Saúde em adolescentes

A saúde é um conceito que abrange não só o indivíduo, mas também a sociedade em que este se insere (Begoray, Cimon, & Wharf Higgins, 2010). Diversos fatores, como o ambiente físico e social, dentro e fora da escola, as políticas de administração escolar, o próprio currículo e a sua qualidade influenciam a saúde e a Literacia em Saúde dos estudantes (ex., Begoray et al., 2010; Carter & Swinburn, 2004). Wharf Higgins, Begoray e MacDonald, (2009) sugerem que a perspectiva social ecológica é a mais apropriada para explicar os processos de aprendizagem e mudança no contexto da saúde. Neste sentido, as autoras propuseram o modelo ecológico social aplicado à Literacia Mediática em Saúde dos adolescentes, elaborado com base num modelo igual aplicado à Literacia em Saúde (Wharf Higgins et al., 2009). Tal como pode ser observado na Figura 9, os três ciclos concêntricos representam os contextos micro, macro e meso que influenciam a Literacia Mediática em Saúde. Tendo em consideração a sua natureza dinâmica, os fatores incluídos em cada um dos círculos (ou camadas) são bidirecionais relativamente à influência que alcançam. Mais concretamente, estas autoras indicam que os fatores poderão exercer influência em mais do que uma camada, representando, deste modo, as suas ideias de diferentes níveis de análise (Begoray et al., 2010; Wharf Higgins et al., 2009).

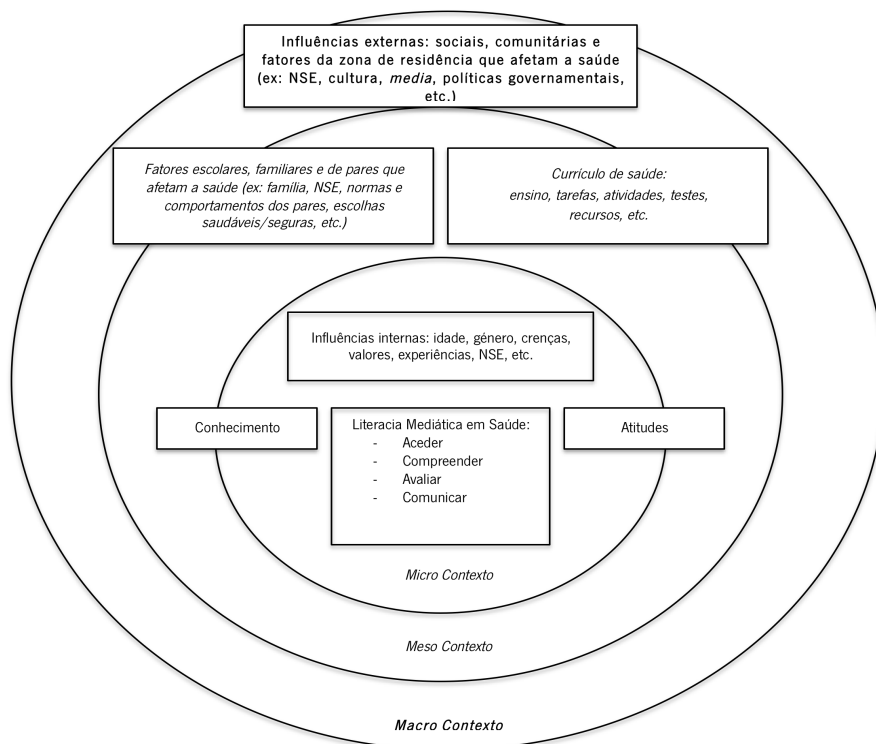


Figura 9: Quadro teórico de Begoray et al., (2010)

Assim, no **nível micro** encontra-se o indivíduo, com seu conhecimento, competências e atitudes acerca de saúde. A Literacia Mediática em Saúde é definida como o conjunto de competências de aceder, compreender, analisar e comunicar em saúde. Esta é influenciada pelo conhecimento que os indivíduos possuem, que por sua vez é desenvolvido através do uso das competências de Literacia Mediática em Saúde. As atitudes perante a saúde também são importantes, e simultaneamente, são influenciadas pela Literacia Mediática em Saúde. Além disso, outros fatores internos, como a idade, o gênero, as crenças, valores e experiências também afetam a Literacia Mediática em Saúde. Neste sentido, a literacia geral também é um fator importante a considerar, nomeadamente, a capacidade de leitura e escrita, audição e expressão oral, e de visão e representação, bem como as competências tecnológicas (Wharf Higgins et al., 2009).

No **nível meso**, encontram-se o currículo de educação para a saúde, bem como a escola, a família e os pares. Assim, esta influência pode ser observada ao nível do currículo de educação para a saúde (ex., relação professor-aluno, as tarefas e atividades, os materiais disponibilizados aos alunos), ao nível da própria escola (ex., políticas adotadas contra o

bullying, homofobia, condições físicas) e ao nível familiar (ex., nível socioeconómico, que pode definir o acesso a alimentação e estilo de vida saudável). Por fim, a influência dos pares é exercida, por exemplo, através das suas escolhas na alimentação, abuso de substância e decisões a nível sexual (Wharf Higgins et al., 2009).

Por fim, no **nível macro** encontram-se os fatores sociais mais alargados, que afetam os outros dois níveis. Estes incluem as políticas governamentais, os fatores socioeconómicos e mediáticos. Por exemplo, o governo pode decidir alterar a formação dos professores responsáveis pela educação para a saúde. Um fator importante neste nível são os *media* comerciais, que promovem um estilo de vida pouco saudável. O nível socioeconómico da comunidade também tem que ser considerado, porque deste depende o acesso a computadores, os recursos para aprendizagem, entre outros (Wharf Higgins et al., 2009).

Para além desta perspetiva ecológica na abordagem à Literacia Mediática em Saúde em adolescentes, Wharf Higgins e Begoray (2012) também se basearam numa perspetiva social construtivista. Nesta abordagem, a aprendizagem é um processo social, no qual os indivíduos criam o seu próprio significado através da interação com o ambiente e com os outros (Kim, 2001). Esta perspetiva é congruente com a ecológica, uma vez que existe uma relação recíproca entre as ações e interações dos indivíduos, mas igualmente com as suas redes sociais e ecológicas mais alargadas (Wharf Higgins & Begoray, 2012) (Figura 10, Tabela 7).



Figura 10: Atributos essenciais de Literacia Mediática em Saúde Crítica (Adaptado de J. Wharf Higgins e Begoray, 2012, p. 140)

Tabela 7: Modelo do Processo de Três Conceitos (Conjunto de competências: capacidades refletivas, discriminantes e interpretativas; Empowerment e Cidadania Ativa)

Antecedentes	Atributos críticos	Respostas
Centrada no estudante, ambiente de aprendizagem baseado na descoberta	Conjunto de competências: capacidades refletivas, discriminantes e interpretativas.	Competências pessoais, cognitivas e sociais combinadas com competências interpretativas e refletivas para interagir criticamente com os <i>mídia</i> .
Reflexão dialógica e questionamento Socrático; significados criticamente negociados e análise da cultura dos <i>mídia</i> .	Empowerment	Tomar decisões individuais e coletivas saudáveis e produtivas nos diversos contextos de vida.
Reconhecimento de que os <i>mídia</i> representam ideias e valores seletivos; autores ativos de <i>mídia</i> para o ativismo social dirigidos aos determinantes sociais da saúde.	Cidadania Ativa	Cidadãos informados, ativos e incluídos que participam nas complexidades da vida moderna.

A identificação dos antecedentes e consequências de cada atributo (Tabela 7) permitiu a criação de um processo de três conceitos que levam à seguinte definição de LMSC:

“A Literacia Mediática em Saúde Crítica (LMSC), consiste num direito da cidadania e atribui *empowerment* a indivíduos e grupos, numa sociedade de consumo de risco, para interpretar criticamente e usar os *media* como meio de se envolver em processos de tomada de decisão e diálogos; exercer controlo sobre a sua saúde e acontecimentos diários; e fazer mudanças saudáveis para si próprios para as suas comunidades” (Wharf Higgins & Begoray, 2012, p. 142).

Wharf Higgins e Begoray (2012) também referem que este conceito único, apesar de juntar a complexidade de várias tendências teóricas, é mais amplo que os conceitos de “Literacia Mediática” aplicado às mensagens nos *media* acerca de saúde e que o de “Literacia em Saúde” aplicado aos *media*, quer contemplados independentemente ou considerando a interpretação crítica de ambos. Este novo campo complexo acarreta vários desafios, por exemplo, em definir precisamente os conceitos e a sua aplicabilidade na medida e promoção da Literacia em Saúde dos adolescentes de uma cultura e contexto específicos (Begoray et al., 2012).

Contudo, apesar de escassos, os estudos acerca do impacto da LMS(C) na saúde parecem sugerir uma relação positiva entre esta capacidade e as decisões e respetivas mudanças nos comportamentos de saúde (Begoray et al., 2010; Levin-Zamir et al., 2011; Wharf Higgins & Begoray, 2012).

No entanto, poucos trabalhos abordaram o conceito de LMS(C). A título de exceção, o estudo de Chen e colaboradores (2013) incluíram o modelo teórico da LMS (Levin-Zamir et al., (2011) num grupo de três modelos teóricos, que utiliza na componente qualitativa do seu estudo, e que possuem conceitos que se sobrepõem, mas sob perspetivas diferentes. O seu estudo teve como objetivo compreender se as perceções das crianças acerca das mensagens de tabaco mudavam em função de uma intervenção de Literacia Mediática antitabaco. Esta intervenção incluiu diversas atividades de produção dos *media*, como construir histórias e fazer anúncios publicitários contrários aos reais. Após a intervenção, o grupo de 19 crianças entre os 8 os 14 anos participaram em três grupos de foco, onde debateram o que aprenderam e compreenderam acerca da Literacia Mediática aplicada ao tabaco. Os resultados indicaram que os jovens sentiam-se mais consciencializados para as táticas usadas

pelas grandes indústrias de tabaco e revelaram ainda a capacidade de analisar e interpretar as intenções dessas indústrias. Os jovens conseguiram salientar igualmente quando não eram referidas as consequências para a saúde que o tabaco pode trazer. No entanto, revelaram ainda atitudes positivas perante os anúncios publicitários (Chen et al., 2013).

De uma outra perspetiva, Begoray, Cimon e Wharf Higgins (2010) realizaram um estudo com uma amostra de adolescentes canadianos que participaram anteriormente num programa curricular de promoção da Literacia em Saúde no 10º ano. Os resultados revelaram que os adolescentes consideravam que os *media* têm uma influência omnipresente, apesar de alguns adolescentes não reconhecerem a sua influência direta. Deste modo, mais esforços serão necessários para promover a sua Literacia Mediática Crítica. Este conceito foi também utilizado por Beer (2014), que estudou como um grupo específico de adolescentes em Burma/Myanmar, que expressavam o conceito de Literacia Mediática Crítica, especificamente no que se refere à saúde mental. Três temas principais surgiram da análise das entrevistas, grupos de discussão, blogs e páginas da web: otimismo (ex., ver os *media* online como uma ferramenta positiva e acreditar que estes podem ajudar a saúde mental futura), ansiedade (ex., fruto do impacto do contacto com conteúdos das redes sociais, como o *facebook*) e passagem à ação (ex., introspeção e aconselhamento de pares para agir e reconhecer os problemas de saúde mental. Estes resultados sugerem que os adolescentes em Burma têm falta de competências para aceder, seleccionar e avaliar a informação sobre saúde presente nos conteúdos das redes sociais, e indicaram a Literacia Mediática em Saúde Crítica, como uma completa, válida e teórica unidade de análise.

Mais recentemente, Begoray, Banister, Wharf Higgins, & Wilmot, (2015) exploraram o conceito na forma como os adolescentes analisam o género e a saúde na publicidade. Para tal, basearam-se num quadro teórico do construtivismo social para realizar um estudo de caso com 27 alunos do 6 ao 8º anos de escolaridade através de lições, entrevistas individuais aos jovens, grupos de foco e observação participante. Foram prestadas 6 lições com duas horas cada durante o horário escolar a todos os 27 participantes, com o objetivo de os ensinar a como utilizar as aplicações *iMovie* e *Green Screen* em *Ipads*, de forma a poderem produzir um anúncio publicitário com 2 minutos de duração. O conteúdo foi apresentado através da manipulação de marionetas construídas pelos mesmos e que os representassem como se de bonecos “avatar” se tratassem. Para realizar esta tarefa foram divididos por género e, numa

fase posterior, a maior parte dos jovens participaram em entrevistas individuais e grupos de foco onde discutiram as suas criações publicitárias. Após a análise dos dados, 3 temas sobressaíram: a possibilidade de os participantes refletirem e se expressarem (o que promoveu o *empowerment*, a autonomia, a motivação e a criatividade), a expressão dos papéis de género por parte dos jovens e as discussões críticas onde revelavam o seu ponto de vista, cruzando os temas da saúde e identidade de género. Deste modo, este estudo aponta para o potencial de atividades desta natureza (de criação, análise e avaliação de anúncios publicitários sobre saúde) no conhecimento e na promoção de competências de LMSC nos jovens.

Já em 2018, Begoray e Brown avaliaram a eficácia de um programa em que ensinaram competências de Literacia Mediática em Saúde Crítica em duas escolas secundárias, uma com um programa baseado na cultura indígena e outra com um programa baseado em artes. Após lhes ter sido ensinado os princípios da Literacia Mediática em Saúde Crítica, foi pedido aos participantes do programa baseado na cultura indígena para escreverem uma novela gráfica destinada a estudantes mais novos. Por outro lado, os estudantes do programa de artes criaram as imagens para a novela gráfica. Os dados das novelas gráficas e entrevistas sugeriram que a maioria dos jovens demonstraram capacidade de compreensão e desenvolvimento de narrativas (em texto ou imagem) que desafiam os estereótipos dos *media* e abordam questões de saúde/bem-estar, o que sugere a sua compreensão dos princípios de LMSC. Embora identificassem muitos temas de saúde e bem-estar, os níveis de compreensão acerca do impacto dos *media* na saúde foram muito variáveis.

Recentemente, Levin-Zamir e Bertschi (2018) reforçaram a importância das variáveis contextuais e ambientais na análise dos conceitos de Literacia Mediática em Saúde (LMS) e *eHealth Literacy*, numa perspetiva ecológica. Neste sentido, para além de considerarem a influência das variáveis sociodemográficas, como género, a idade e escolaridade, chamam a atenção para a complexidade dos sistemas e as redes sociais. A complexidade dos sistemas reflete o grau de dificuldade com que a informação sobre saúde é interpretada e pesquisada. Esta complexidade pode ser reduzida através da promoção da usabilidade e acessibilidade pelos programadores e *web designers*. Do mesmo modo, a experiência com tarefas de Literacia em Saúde e tecnológicas pode igualmente reduzir a complexidade, o que será benéfico para a Literacia Digital em Saúde. Por outro lado, as redes sociais de um indivíduo

assumem um papel crucial nos seus níveis de literacia. Por exemplo, indivíduos com níveis mais baixos de LMS e *eHealth Literacy* podem pedir ajuda para procurar informação de saúde (*ibidem*).

De um ponto de vista mais aplicado, Levin-Zamir e Bertschi (2018) sugerem que ainda existe uma escassez de estudos acerca da eficácia das intervenções em LMS e *eHealth Literacy*. Além disso, estes estudos apresentam, frequentemente, um fraco plano metodológico e ausência de estrutura teórica, focando-se sobretudo no desenvolvimento de competências individuais. No entanto, apesar da importância destas intervenções, estas devem ser conjugadas com outras mais focadas no *empowerment* e na mudança do ambiente onde a literacia é aplicada. A redução da complexidade e promoção da acessibilidade a novas tecnologias de saúde podem beneficiar não só indivíduos com baixos níveis de LMS e *eHealth Literacy*, mas igualmente toda a população (*ibidem*) (Figura 11).

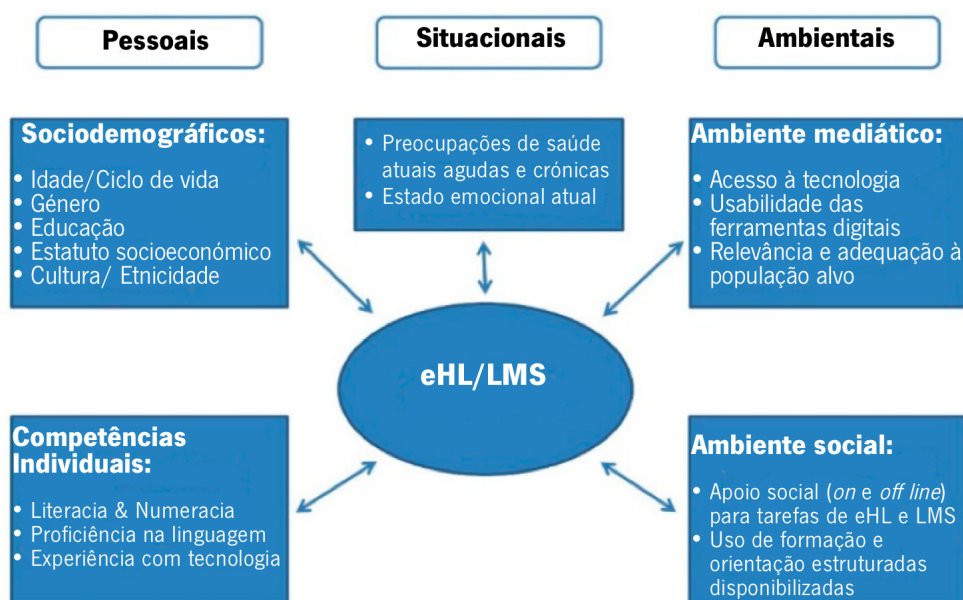


Figura 11: Quadro teórico de Literacia Mediática em Saúde (LMS) e *eHealth Literacy* de Levin-Zamir e Bertschi (2018)

Síntese final

Nas sociedades modernas a Literacia em Saúde para adolescentes não pode mais ser concebida sem considerar a influência dos *media* e da Literacia Mediática.

Por um lado, a literatura aponta os programas de Literacia Mediática como bem-sucedidos na consciencialização e promoção de atitudes positivas no que se refere à saúde dos jovens (ex., Bergsma & Ferris, 2011; Bickham & Slaby, 2012; Brown, 2006; e Brown Bobkowsky, 2011; Eintraub & Johnson, 1997; Kupersmidt et al., 2012; Pinkleton et al., 2008; Pinkleton, et al., 2007; Webb & Martin, 2012) sendo os estudos unânimes quanto à necessidade de conhecimento e investigação nesta área (ex., Bergsma e Carney, 2008; Bier *et al.*, 2011; Brown, 2006; L'Engle, Pardun & Brown, 2004).

Por outro lado, existe uma lacuna na investigação sobre LS em adolescentes e a sua relação com os *media*. Embora escassos, existem programas de intervenção que indicam que os *media* podem ter um papel na promoção da Literacia em Saúde (ex., Ghaddar et al., 2012; Ghorbani e Heidari, 2011; Yap et al., 2012), e, por sua vez, o papel positivo que a LS pode apresentar nos comportamentos de saúde dos jovens (ex., Ghaddar et al., 2012; Wharf Higgins et al., 2009; Jain & Bickam, Manganello, 2008; Massey et al., 2012; Massey et al., 2013; Brown et al., 2007).

Adicionalmente, de modo a considerar a importância da Internet para a vida dos adolescentes, é crucial desenvolver a investigação em torno das novas formas de integrar as diferentes literacias, sendo o conceito de *eHealth Literacy* (ex., Norman & Skinner, 2006a, p.2) de extrema importância.

Neste sentido, situamo-nos nas abordagens que incluem LS e LM no mesmo campo, e reconhecemos que a sua conjugação ultrapassa a soma das partes (ex., Levin-Zamir et al., 2011; Wharf Higgins e Begoray, 2012) e focamo-nos particularmente na Literacia Mediática em Saúde. Reconhecemos que a LMS está dependente de múltiplas variáveis (ex., Levin-Zamir et al., 2011; Levin-Zamir e Bertschi, 2018), e é determinante nos comportamentos de saúde dos adolescentes e na identificação de grupos de risco, podendo ser utilizada como base para a promoção da saúde dos jovens (*ibidem*). Deste modo, concordamos que é essencial o aprofundamento desta linha de investigação (ex., Levin-Zamir et al, 2011; Bergsma & Carney,

2008), pelo que próximo capítulo damos conta de toda a metodologia adotada para explorar este tema.

A Figura 12 apresenta os principais conceitos discutidos ao longo deste capítulo e que orientam este trabalho.

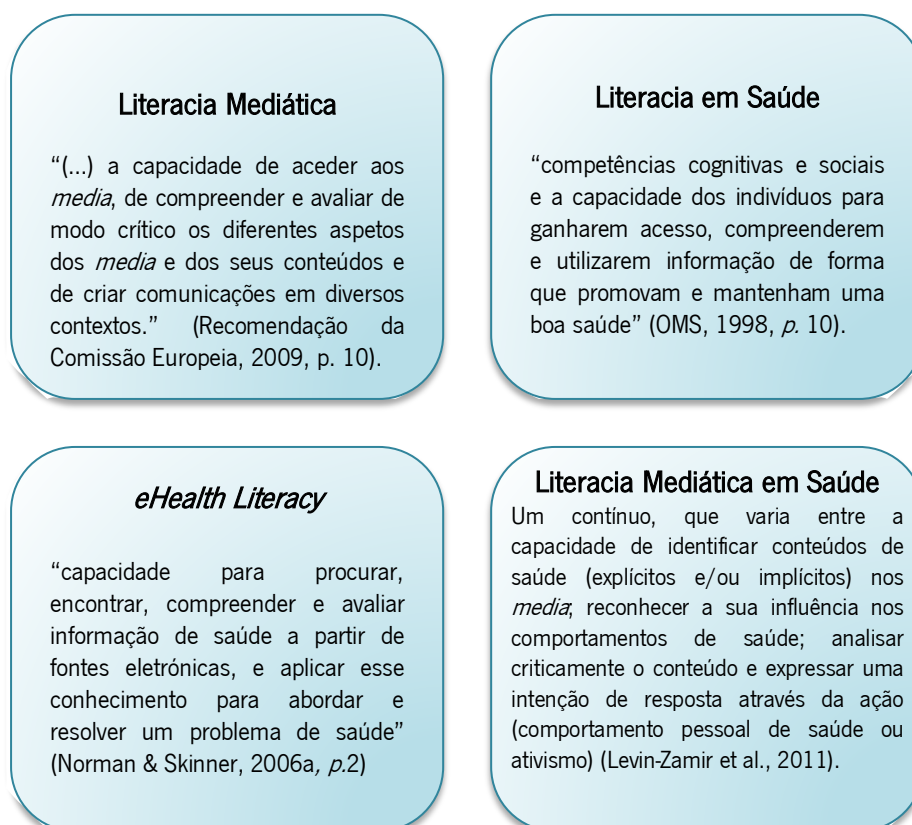


Figura 12: Síntese dos conceitos de Literacia Mediática, Literacia em Saúde, *eHealth Literacy* e Literacia Mediática em Saúde

Without goals, and plans to reach them, you are like a ship that has set sail with no destination.

Fitzhugh Dodson

Nota introdutória

A frase do psicólogo e escritor Fitzhugh Dodson serve de mote para o capítulo da metodologia deste estudo quando, na verdade, a metáfora do controlo sobre o barco parece adaptar-se a toda a investigação. Levar o barco a bom porto é a maior aspiração do investigador, que tem como instrumentos o estabelecimento de objetivos e planeamento rigorosos. É disto que trata este capítulo, pois ele é como um diário de bordo, no qual são desvendados os objetivos que nos inspiraram e o planeamento de controlo do nosso barco. É aqui documentada uma jornada com ventos favoráveis, tempestades, acalmias, conquistas, paragens e encalhamentos. Toda uma aventura para recolher os nossos dados.

Como todas as viagens implicam uma tripulação, os nossos marinheiros navegam as águas imprevisíveis da adolescência, pelo que é necessário tomar medidas de prevenção e mapear as nossas ações. As alterações da adolescência influenciam a forma como a investigação com estes deve ser conduzida (Poole & Peyton, 2013). Os adolescentes experienciam mudanças no modo como pensam, tomam decisões e interagem com o mundo, que variam no seu *timing* (Daley, 2013). Apesar dos adolescentes serem muitas vezes considerados crianças mais velhas ou diluídos no abrangente rótulo de jovem, apresentam frequentemente necessidades, valores e preocupações específicas (Poole & Peyton, 2013) que devem ser tidas em consideração na investigação (Daley, 2013; Greig, Taylor & McKay, 2013; Ndengeyingoma, Montigny & Miron, 2013).

Embora os investigadores não usem as mesmas metodologias, todos procuram que os adolescentes se expressem livremente (Ndengeyingoma et al., 2013), mas é necessário termos em atenção fatores como a apreciação que os jovens têm pela privacidade (Daley, 2013; Greig et al., 2013), o meio onde ocorre a recolha de dados e a adequação do momento (Greig et al., 2013).

Numa primeira fase da nossa metodologia, expõe-se o foco do estudo bem como a relevância e pertinência, seguindo-se as questões, objetivos e hipóteses que guiam a pesquisa. De seguida, são explicadas as escolhas inerentes à metodologia adotada, nomeadamente, a opção por uma fase de base quantitativa e uma fase qualitativa, e a sua conjugação.

1. Problemática de investigação

1.1 Objeto de estudo e questão de partida

A influência dos *media* na saúde dos adolescentes ganha relevo e toma cada vez mais consciência e forma numa sociedade crescentemente mediatizada. O jovem não existe num vácuo, mas é consequência e ator numa realidade, num espaço, local, cultura e sociedade. Numa fase de descoberta e mudança, o adolescente influencia e é influenciado pelas pessoas que fazem parte da sua vida e pelos *media*, numa interação forte, mas subtil.

Os *media* são frequentemente descritos como uma poderosa fonte de informação com impacto na saúde dos adolescentes (ex. Strasburger et al., 2010, 2012). A literatura tem vindo a demonstrar a elevada utilização dos *media* pelos adolescentes, englobando os tradicionais e os novos *media* (ex., Houghton et al. 2015; Kenney & Gortmaker, 2017; Pereira et al., 2015; Spizzirri et al., 2017). No entanto, a literatura não é consensual quanto à prevalência dos efeitos negativos (ex., Hoffman-Goetz et al., 2014) ou positivos (ex., Siricharoen & Siricharoen, 2012) dos *media* na saúde dos jovens.

A relação entre os *media* e a saúde dos adolescentes tem sido abordada não apenas pelas Ciências da Comunicação e estudos de *Media*, mas também pelos campos da Saúde, Psicologia, Educação e Sociologia. Entre os diversos estudos que se têm debruçado sobre o tema, alguns incidem na comunicação e Literacia em Saúde (ex., Manganello, 2008; Smart et al., 2012), outros analisam o impacto dos *media* na saúde, descurando o papel da Literacia Mediática (ex. Mathers et al., 2009; Strasburger et al., 2010, 2012). Outros focam-se ainda na Literacia Mediática e a sua relação com apenas uma componente específica da saúde, como, por exemplo, a sexualidade (ex. Austin et al., 2015; Pinkleton et al., 2013). Neste contexto, a literatura que integra as áreas da Literacia em Saúde e a Literacia Mediática e as associaram num único constructo (Levin-Zamir et al., Wharf Higgins & Begoray, 2012) é muito limitada.

Deste modo, queremos dar continuidade a esta linha de investigação e explorar de que modo é que os adolescentes portugueses obtêm, utilizam, identificam, compreendem e avaliam a informação e/ou os conteúdos sobre saúde. Queremos, igualmente, analisar como alguns fatores sociodemográficos (ex., género, idade) e fontes de informação (mediáticas e interpessoais) dos adolescentes estão relacionados com as suas competências de Literacia Mediática em Saúde. Queremos ainda compreender se os níveis de LMS dos adolescentes tem alguma relação com os seus comportamentos (online e de saúde).

Com efeito, este projeto pretende explorar esta área de trabalho, ainda muito incipiente no contexto português, através das seguintes questões de partida:

De que modo os adolescentes portugueses obtêm, utilizam, identificam, compreendem e avaliam a informação e/ou os conteúdos sobre saúde? Qual a relação entre os fatores individuais e ambientais, as fontes de informação e os comportamentos, online e de saúde, dos jovens com os seus níveis de Literacia Mediática em Saúde?

1.2 O modelo concetual

Com base nas variáveis que pretendemos integrar, nas questões que se pretende responder e nas hipóteses a testar, foi possível desenhar o modelo pelo qual se rege o estudo empírico. A partir deste modelo (Figura 13), é possível visualizar as relações entre as dimensões, os conceitos e as variáveis que se pretendem analisar.

A literatura demonstra a importância das fontes de informação interpessoais e mediáticas sobre saúde para a Literacia em Saúde dos adolescentes (ex., Paek et., 2011, Manganello, 2008; Massey et al., 2013). Como observado por Paek e colaboradores (2011), quanto maior a frequência de informação de saúde por parte dos agentes interpessoais ou mediáticos e mais fácil o acesso aos pais como fonte de informação sobre saúde, maiores os níveis de Literacia em Saúde. Deste modo, no modelo que propomos, consideramos que as fontes interpessoais e mediáticas de informação em saúde influenciam e são influenciadas simultânea e reciprocamente pela Literacia Mediática em Saúde.

No estudo de Levin-Zamir e colaboradoras (2011), as raparigas e os adolescentes com mães com maior nível de escolaridade tendem a demonstrarem maiores níveis de LMS. Congruentemente, propomos no nosso modelo que os fatores individuais e ambientais (ex.: género, escolaridade) influenciam e determinam ambas as fontes de informação que os adolescentes possuem, assim como a Literacia Mediática em Saúde. A contribuição de Levin-Zamir e colaboradoras (2011) revelou igualmente uma associação positiva entre a LMS e comportamentos de saúde mais positivos, pelo que sugerimos que, também no nosso estudo, a Literacia Mediática em Saúde esteja positivamente relacionada com os comportamentos mais saudáveis ou menos prejudiciais dos adolescentes.

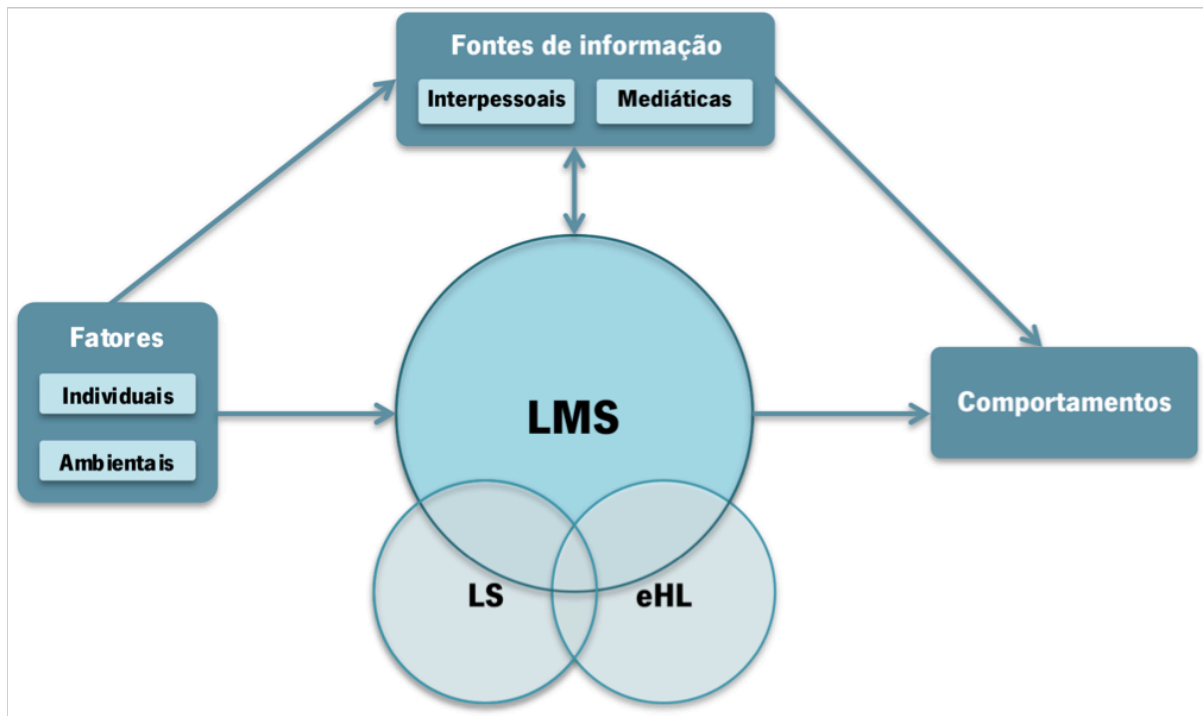


Figura 13: Modelo conceptual do Estudo. eHL = *eHealth Literacy*; LMS = Literacia Mediática em Saúde; LS = Literacia em Saúde.

1.3 Os objetivos, as questões e as hipóteses

Tal como a questão orientadora do estudo indica, o objetivo primordial deste trabalho é constituir uma base de conhecimento sobre o modo como os adolescentes portugueses obtêm, utilizam, identificam, compreendem e avaliam conteúdos sobre saúde, e explorar a existência de uma relação entre a LMS e os comportamentos, os fatores individuais e ambientais e as fontes de informação.

Este grande objetivo constitui o mote para os objetivos, as questões e as hipóteses específicos, que orientam o trabalho e que estão enunciados na Tabela 8.

Este estudo não aspira obter todas as respostas relativamente a este tema, que ainda é incipiente a nível nacional e internacional, mas analisar algumas das variáveis que a literatura consistentemente associa com as capacidades que cruzam *media* e saúde. Deste modo, este trabalho rege-se pelos seguintes objetivos específicos:

Tabela 8: *Objetivos, questões e hipóteses orientadoras*

Objetivos	Questões	Hipóteses
Conhecer a frequência, as formas e os propósitos da utilização dos <i>media</i> .	Quanto tempo é que os jovens despendem com os meios de comunicação? Como é que o fazem? Quais os objetivos para a utilização dos <i>media</i> ?	Os jovens despendem muito tempo com os <i>media</i> . A Internet é a fonte de informação mais utilizada pelos jovens.
Conhecer os meios de informação sobre saúde usados pelos adolescentes.	“Onde” e de que modo obtêm informação sobre saúde?	Os pais e a Internet são fontes de informação determinantes na obtenção de informação de saúde.
Explorar que fatores pessoais e sociodemográficos têm uma relação com a obtenção de informação sobre saúde através de fontes mediáticas e interpessoais e, especificamente, com as conversas com os pais (sobre alguns <i>media</i> e saúde).	De que forma, o género, a idade, a escolaridade e o distrito se relacionam com a obtenção de informação de saúde através de fontes mediáticas e interpessoais e, especificamente, com as conversas com os pais (sobre alguns <i>media</i> e saúde).	O género, a idade, a escolaridade e o distrito encontram-se relacionados com a obtenção de mais informação de saúde e as conversas com os pais sobre <i>media</i> e saúde.
Explorar a relação entre obtenção de informação através de fontes mediáticas e interpessoais (e, especificamente as conversas com os pais) e os comportamentos de saúde e/ou de risco adotados pelos adolescentes.	A obtenção de informação a partir de fontes interpessoais/mediáticas e conversas com os pais exercem influência nos comportamentos de saúde e/ou de risco?	Quanto maior a frequência de obtenção de informação a partir de fontes interpessoais/mediáticas e conversas com os pais, menor a propensão para comportamentos de risco e maior a tendência para a adoção de comportamentos saudáveis.
Analisar a perceção dos adolescentes acerca de uma possível relação entre os <i>media</i> e as suas atitudes e comportamentos;	De que modo é que os adolescentes percebem a importância dos <i>media</i> na saúde dos jovens?	Os jovens não reconhecem um impacto dos <i>media</i> nos adolescentes em geral e, especialmente, no que diz respeito às suas próprias atitudes e comportamentos.
Explorar o modo como os jovens obtêm, utilizam, identificam, compreendem e avaliam a informação e/ou os conteúdos sobre saúde;	De que modo os jovens obtêm, utilizam, identificam, compreendem e avaliam a informação e os conteúdos sobre saúde?	Existem lacunas nas capacidades de os jovens obterem, utilizarem, identificarem, compreenderem e avaliarem informação/conteúdos sobre saúde.

Compreender a relação entre alguns fatores pessoais e ambientais e a Literacia Mediática em Saúde.	A Literacia Mediática em Saúde é influenciada por fatores pessoais e ambientais?	A Literacia Mediática em Saúde é afetada por fatores pessoais e ambientais.
Explorar a relação entre a frequência de obtenção de informação sobre saúde através de fontes de informação interpessoais/mediáticas e a Literacia Mediática em Saúde.	Existe uma relação entre as competências relacionadas com Literacia Mediática em Saúde e a obtenção de informação sobre saúde através de meios interpessoais e mediáticos?	Quanto maior a frequência de obtenção de informação de saúde, mais desenvolvidos serão os níveis de Literacia Mediática em Saúde.
Explorar a relação entre a frequência de comunicação com os pais e a Literacia Mediática em Saúde.	A comunicação com os pais favorece (ou é favorecido por) capacidades inerentes à Literacia Mediática em Saúde?	Quanto mais frequente a comunicação com os pais sobre saúde e <i>media</i> , mais elevados os níveis de Literacia Mediática em Saúde.
Compreender a relação que existe entre a Literacia Mediática em Saúde e os comportamentos de saúde.	Existe uma relação entre a LMS e alguns comportamentos de saúde?	Existe uma relação positiva entre a LMS e alguns comportamentos de saúde dos adolescentes.
Compreender se existe uma relação entre LS e a eHL e a LMS, bem como identificar características e comportamentos (online e de saúde) dos adolescentes com elas relacionadas.	Existe uma relação entre a LS e a eHL e a LMS? A LS e a eHL estão relacionadas com as características e os comportamentos de saúde dos adolescentes?	Quanto maior o nível de LS ou de eHL, maior o nível de LMS. A LS e a eHL estão relacionadas com as características e os comportamentos de saúde dos adolescentes.

2. Estudo Empírico

Nas ciências sociais, após o domínio das abordagens quantitativas no século XIX e metade do século XX, têm surgido mais estudos com recurso a abordagens qualitativas e, com elas, as abordagens mistas ganharam terreno (Creswell, 2014). As abordagens mistas têm sido cada vez mais utilizadas nas ciências sociais e humanas, por combinarem as forças das abordagens quantitativa e qualitativa para problemas de investigação cada vez mais complexos, que não podem ser trabalhados a partir de uma abordagem apenas (Creswell, 2009).

Dado que os objetivos enunciados anteriormente impelem o cruzamento de metodologias de natureza quantitativa e qualitativa para os atingir, o estudo desenvolvido abrange uma abordagem mista, como descrito de seguida:

“A investigação mista é uma abordagem que envolve a recolha de dados quantitativos e qualitativos, a integração das duas formas de dados, e usando modelos distintos que podem envolver pressupostos filosóficos e quadros teóricos. A principal premissa desta forma de investigação é que a combinação de abordagens qualitativas e quantitativas proporciona uma compreensão mais completa de um problema de investigação do que qualquer abordagem isolada.”

(Creswell, 2014, p.4).

O estudo apresenta um *design* Misto, Sequencial Explanatório, isto é, a investigação coloca a tónica na abordagem quantitativa, sendo que a qualitativa serve o propósito de explicar com maior detalhe os dados recolhidos na fase prévia (Creswell, 2009, 2014).

Deste modo, os dados quantitativos foram recolhidos e analisados, servindo de base para a recolha de dados e identificação de questões da fase posterior, como demonstrado na figura 3. Este esquema representa o método misto sequencial explanatório, segundo o qual após a recolha e análise dos dados quantitativos (fase 1), se parte para a recolha de dados e análise qualitativa (fase 2), para no final se proceder à interpretação dos dados provenientes de ambas as fases (Creswell, 2014).

Na literatura tem sido muito comum a medição de atitudes e constructos através da conjugação de um inquérito por questionário com uma abordagem qualitativa (Tashakkori & Teddlie, 2009). Com este *design* obtém-se uma grande quantidade de dados sobre uma variedade de temas numa primeira fase e desta seleciona-se um pequeno número de participantes que aprofundarão alguns temas específicos (ibidem). Por outro lado, os grupos de foco são bons métodos a implementar após os estudos quantitativos, e mais especificamente, aos inquéritos (Calderón, Baker, & Wolf, 2000; Kitzinger, 2005; Liamputtong, 2011). Estes podem servir o propósito de explorar mais aprofundadamente os resultados encontrados após a análise dos dados provenientes de um inquérito (Wolf, Knodel & Sittitrai, 1993). Com efeito, eles podem desafiar e facilitar a interpretação dos dados dos inquéritos, e providenciar um maior aprofundamento dos resultados (Liamputtong, 2011). Por conseguinte, para as componentes quantitativa e qualitativa, os métodos complementares selecionados para este estudo foram o inquérito por questionário e os grupos de foco, que são explicados e descritos de seguida.

2.1 Fase quantitativa

2.1.1 Contexto e participantes

Sendo a adolescência considerada pela OMS o período compreendido entre os 10 e os 19 anos (OMS, 2012), seria extremamente ambicioso abarcar uma amplitude tão abrangente de idades neste estudo. No entanto, foi nossa ambição contemplar jovens a vivenciar a primeira e a segunda fases da adolescência de modo a possibilitar a observação de potenciais diferenças entre os dois grupos – que incluem as idades médias de início de comportamentos de risco (ex., Unicef, 2011).

Deste modo, tentando abarcar uma grande variabilidade de dados sociodemográficos, o universo deste estudo foi constituído por alunos do 7º, 9º e 11º anos, respetivamente, alunos do 2º ciclo, 3º ciclo e Secundário, de três distritos da região Norte de Portugal: Braga, Porto e Bragança.

Estes distritos apresentam características populacionais e geográficas distintas que nos interessava explorar.³⁰

Desta forma, a amostra foi selecionada por conveniência (Freire & Almeida, 2008; Coutinho 2014) pretendendo envolver o mesmo número de alunos em cada localização geográfica e ano de escolaridade, de acordo com a fórmula seguinte, que resultaria num total estimado de 1350 alunos:

3 Anos letivos (7º, 9º e 11º) x 6 Turmas por ano letivo x 25 alunos por turma x 3 Distritos

TOTAL estimado = 1350 Participantes

No processo de recolha da amostra, tendo em consideração o foco nos adolescentes, optou-se pela escola como ambiente controlado e privilegiado relativamente ao tempo que os adolescentes aí despendem. Assim sendo, no início de setembro foram contactadas via e-mail e/ou telefone 15 escolas do distrito de Bragança, 14 do distrito do Porto, e 11 do distrito de Braga, perfazendo um total de 41 escolas. No entanto, por indisponibilidade da escola e/ou professores, apenas foi possível realizar o estudo em 5 destas escolas. A recolha dos dados decorreu entre os meses de novembro de 2015 e março de 2016. No total, foram distribuídas cerca de 1300 autorizações de consentimento aos pais, tendo-se obtido autorização para 906 alunos, que integraram a amostra final do estudo. Para além da ausência de autorização dos pais, outros motivos para não serem incluídos na amostra final incluíram a ausência do próprio aluno às aulas no dia da aplicação do questionário ou ocupação

³⁰ Adicionalmente, numa reunião exploratória com representantes da Administração Regional de Saúde do Norte, a propósito deste trabalho, foi-nos sugerido o estudo em áreas do litoral e interior, de modo a partitir observar eventuais diferenças.

noutra atividade (ex. torneios, reuniões com os diretores de turma). Deste modo, a taxa de participação rondou os 70%. A Tabela 9 demonstra a distribuição das turmas abrangidas na recolha da amostra, por distrito, escola e ano de escolaridade.

Tabela 9: *Distribuição do número de turmas inquiridas, por ano de escolaridade e distrito*

DISTRITO	ANOS DE ESCOLARIDADE	Nº DE TURMAS INQUIRIDAS
BRAGA	7º ano	7
	9º ano	7
	11º ano	4
PORTO	7º ano	4
	9º ano	5
	11º ano	5
BRAGANÇA	7º ano	8
	9º ano	6
	11º ano	6

Com efeito, a amostra final é constituída por 906 estudantes com idades compreendidas entre 11 e 19 anos de idade ($M = 14,14$). Deste grupo, 56.5% são jovens do sexo feminino e 43.4% do sexo masculino. Uma vez que a variável ano de escolaridade foi controlada, 35.7% dos alunos encontram-se a frequentar o 7º ano de escolaridade, 33.08% encontram-se inscritos no 9º ano e 30.6% encontram-se no 11º ano do ensino secundário. Do mesmo modo, uma vez controlado o distrito onde se localizava a escola, não é surpreendente que os distritos de residência dos jovens sejam, nomeadamente, Braga (37.1%), Porto (32.7%) e Bragança (30.2%). A divisão da amostra por variáveis sociodemográficas encontra-se representada na Tabela 10. Mais especificamente, a relação entre as variáveis ano de escolaridade e distrito de residência, encontram-se disponíveis na Tabela 11, revelando nove grupos inquiridos distintos e relativamente equitativos, de acordo com as possibilidades e constrangimentos do estudo.

Tabela 10: Distribuição por dados sociodemográficos da amostra

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Min.	Max.
Idade	14.14	1.79	11	19
Distribuição por género				
Género	<i>n</i>	Percentagem		
Feminino	512	56.6%		
Masculino	393	43.4%		
Distribuição por ano de escolaridade				
Ano de escolaridade	<i>n</i>	Percentagem		
7º ano	323	35.7%		
9º ano	306	33.08%		
11º ano	277	30.6%		
Distribuição por distrito				
Distrito	<i>n</i>	Percentagem		
Braga	336	37.1%		
Porto	296	32.7%		
Bragança	274	30.2%		

Tabela 11: Descrição estatística da relação distrito/ano de escolaridade

	7º ano	9º ano	11º ano	Total
Braga	123	124	89	336
Porto	96	86	114	296
Bragança	104	96	74	274
Total	321	306	275	906

2.1.2 O inquérito por questionário

Como metodologia nesta abordagem quantitativa, optámos pelo inquérito por questionário. Este tem tido um papel muito importante no desenvolvimento da investigação sobre audiências, *media* e comunicação (Hansen & Machin, 2013), tendo sido utilizado em todos os campos dos estudos sobre Comunicação (Reinard, 2008).

O inquérito é um tipo de estudo empírico que pode ser realizado através de questionários ou entrevistas, com o fim de obter características descritivas de um determinado fenómeno (Reinard, 2008). Segundo Hansen & Machin (2013), o inquérito é um método de recolha de dados estruturado e sistematizado, realizado através de questões aos participantes que podem ser realizadas através de um instrumento que pode ser um questionário autoadministrado. As suas respostas são sujeitas a análise quantitativa através da estatística descritiva comparativa e inferencial que pode ser generalizada à população à qual pertence a amostra (*ibidem*).

Por outro lado, algumas das questões mais abertas permitem igualmente, uma análise mais qualitativa das respostas dos participantes. O questionário aplicado a adolescentes permite a recolha de uma grande quantidade de dados, de forma anónima, bem como a análise da adequação das suas respostas (Ndengeyingoma et al., 2013).

Resumindo, a metodologia de recolha de dados selecionada para esta fase do estudo foi o inquérito, por poder permitir a recolha de uma grande quantidade de dados de forma eficiente, confiável, com uma boa relação custo benefício, e permitindo identificar tendências em variáveis e entre variáveis (Hansen & Machin (2013). Pretende, deste modo, obter uma imagem caracterizadora da Literacia Mediática em Saúde dos adolescentes portugueses e conhecer os fatores (pessoais/sociais) que com ela possam estar relacionados. De igual modo pretende-se saber se existe uma relação entre os níveis de Literacia Mediática em Saúde dos adolescentes.

Em suma, o inquérito por questionário foi a técnica escolhida para a recolha dos dados pela sua capacidade de descrever, explicar e explorar (Coutinho, 2014) os meios de comunicação e relação com a saúde, a relação entre LMS, fatores demográficos e sociais e comportamentos de saúde.

Outra característica da recolha de dados envolveu a sua natureza transversal – os dados foram recolhidos num único momento. O inquérito por questionário aplicado de modo transversal é eficiente, por exemplo, para recolher dados de consumo e opiniões sobre determinado assunto (Hansen & Machin, 2013) e é comumente utilizado em crianças e adolescentes em escolas para diferentes investigações (Kristjansson, Sigfusson, Sigfusdottir & Allegrante, 2013).

2.1.2.1 Elaboração do instrumento

Neste estudo, escolhemos um questionário autoadministrado, em que os participantes preenchem os dados, com a vantagem de evitar a influência do entrevistador e permitir a inclusão de questões mais sensíveis, complexas e detalhadas (Kristjansson et al., 2013).

O questionário iniciou com a apresentação da investigação e a garantia de confidencialidade e anonimato. Este foi elaborado cuidadosamente tendo em atenção o tipo de linguagem utilizada, o encadeamento e compreensão das questões e o seu número - para evitar o cansaço e a desistência. Procurámos que os conteúdos fossem não apenas adequados, mas também apelativos, na linguagem e apresentação, de forma a aprisionar subtilmente a atenção dos adolescentes de princípio a fim e evitar a abstenção do completo preenchimento do questionário.

Este foi construído partindo das questões simples, procurando elaborar perguntas claras, não muito longas, que se cingiram a um assunto apenas, com o cuidado de evitar estereótipos, rótulos e assuntos sensíveis ou que fossem embaraçosos para os participantes (Hansen & Machin (2013).

O instrumento incluiu uma adaptação das escalas desenvolvidas por Levin-Zamir e colaboradoras (2011), Wharf Higgins e Begoray (2012) e Norman e Skinner (2006b), que foram validadas para a população portuguesa. Os dados sobre a análise da validade e fiabilidade destas escalas, assim como de outras utilizadas neste estudo, são apresentados no Anexo 5.

Embora apresentadas de forma diferente no questionário, com outra ordem e nomenclatura, o inquérito contemplou as áreas representadas na Tabela 12:

Tabela 12: Descrição do inquérito por questionário

Área do questionário	O que se pretende analisar	Descrição das medidas
Caraterização sociodemográfica da amostra	<ol style="list-style-type: none"> 1. idade, 2. género, 3. ano de escolaridade, 4. concelho, 5. irmãos, 6. habilitações e profissão dos pais. 	Questões abertas e/ou de escolha múltipla.
Utilização dos meios de comunicação social	Média diária de horas despendidas em atividades realizadas através de diversos meios de comunicação.	<p>Inclui um total de 11 questões com 5 opções de resposta que variam entre 1 (<i>Não utiliza</i>) a 5 (<i>Mais de 3 horas</i>), distribuídas em duas escalas:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Escala de Uso dos <i>media</i> (8 itens que incluem diferentes <i>media</i>) b. Escala de Uso da Internet (3 itens específicos da Internet)
Visualização de séries/programas com conteúdos de saúde	Compreender se os jovens têm a perceção da omnipresença de temas de saúde em qualquer conteúdo mediático.	Questão sobre as séries ou programas que preferem, seguida de uma pergunta acerca da visualização de séries/programas que abordassem temas de saúde ou risco em saúde. Em caso afirmativo, eram solicitados os nomes desses programas ou, em caso negativo, a razão para não assistirem.
Obtenção de informação sobre saúde	Conhecer a frequência com que os adolescentes obtêm informação de saúde a partir de diferentes fontes de informação mediáticas (ex., Internet, televisão, livros, jornais) e interpessoais (ex., pais, irmãos, amigos/colegas).	<p>Esta medida foi inspirada na escala de “Agentes de socialização em saúde” (Paek et al., 2011), incluindo 21 itens respondidos numa escala de 5 pontos, desde 1 (<i>Nunca</i>) até ao 5 (<i>Sempre</i>), divididos pelas seguintes escalas:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Escala de Agentes de Socialização Interpessoais (5 itens relativos às fontes interpessoais) b) Escala de Agentes de Socialização Mediáticas (16 itens relativos às fontes mediáticas) <p>Nota: Foi acrescentado um item permitindo ao jovem responder caso sentisse que não tinha fontes a quem recorrer.</p>

Obtenção de informação por tópico de saúde	Conhecer as principais fontes de informação a que os adolescentes recorrem para questões acerca de diferentes temas de saúde.	Através de uma matriz adaptada do questionário da Levin-Zamir e colaboradoras (2011), os jovens podem selecionar uma de 12 fontes de informação (ex., Internet, pais) onde obteriam mais informação, para cada um de cinco tópicos de saúde (ex., consumo de tabaco). Precavendo os casos em que o jovem sente que não tem fontes de informação ou nenhuma das opções correspondesse à fonte de informação pretendida, estas duas opções foram estrategicamente colocadas na matriz como primeira e última opção, respetivamente.
Procura ativa de informação sobre saúde	Conhecer a fonte à qual o jovem recorreria em 1º lugar para obter informação sobre saúde.	Questão aberta sobre a fonte de informação ao qual o jovem recorreria em primeira instância para colocar questões pessoais sobre saúde/doença. Como opções de resposta o jovem poderia selecionar uma das fontes de informação descritas na questão anterior sobre "Obtenção de informação sobre saúde".
Procura de informação sobre saúde na Internet	Compreender onde procuram informação sobre saúde online.	Questão de escolha múltipla com 5 opções de locais da Web onde procederiam à procura de informação sobre uma doença ou um comportamento de risco. Questões abertas de esclarecimento em casos aplicáveis.
Caraterísticas das fontes de informação	Conhecer os meios de informação de que os jovens mais gostam, os mais acessíveis e aqueles nos quais depositam mais e menos confiança.	4 questões nas quais o jovem seleciona uma das fontes de informação descritas na questão sobre "Obtenção de informação sobre saúde".
Comunicação com os pais	Explorar a frequência com que conversavam com os pais (ou encarregados de educação) a sua saúde e atividades com os <i>media</i> selecionadas.	Através de uma escala de Likert de 4 itens, com opções de resposta que variam entre 1 (<i>Nunca</i>) até ao 5 (<i>Sempre</i>), os jovens teriam que indicar com que frequência conversam com os pais, acerca da sua saúde (em geral), comportamentos de risco (ex. comer muitas gorduras/doce, fumar), o que fazem na Internet e o que vêm na televisão. Com efeito, estes 4 itens formam a Escala de conversas com os pais (4 itens), assim como as subescalas: ➤ Conversas com os pais sobre os <i>media</i> (2 itens); ➤ Conversas com os pais sobre saúde (2 itens).
Influência dos <i>media</i> nos comportamentos de saúde dos jovens	Compreender se a perceção da influência dos <i>media</i> nos comportamentos de saúde nos pares seria igual ou	Duas questões de escolha múltipla adaptadas do questionário de Levin-Zamir e colaboradoras (2011) para explorar o nível de influência dos <i>media</i> no jovem e nos pares. As 4 opções disponíveis variam entre 1 (<i>Não têm influência</i>) e 4 (<i>Têm muita influência</i>). As duas questões foram estrategicamente separadas no questionário,

	diferente da percepção da influência em si próprio.	de modo a evitar uma possível consciencialização do desfasamento das respostas.
Comportamentos de saúde		<p>Esta medida inclui questões que abrangem 6 temas: hábitos de dieta, alimentação, tabagismo, consumo de álcool, comportamento agressivo e atividade física. Estes hábitos são medidos através de uma escala tipo Likert de 5 níveis variando entre 1 (<i>Nunca</i>) a 5 (<i>Sempre</i>).</p> <p>Uma pontuação mais baixa em cada um destes itens corresponde a melhores comportamentos de saúde, excetuando a dimensão da atividade física que se encontra invertida (quanto maior a atividade, maior a pontuação).</p>
Comportamentos online		<p>Escala constituída por 3 perguntas relacionadas com comportamentos online, nomeadamente, o <i>cyberbullying</i>, o contacto com desconhecidos <i>online</i> e a exposição em redes sociais.</p> <p>Uma pontuação mais alta em cada um destes itens corresponde a maior probabilidade de risco, (quanto maior a atividade, maior a pontuação).</p>
Literacia em Saúde (percebida)	Analisar a percepção de Literacia em Saúde.	A medida selecionada foi adaptada da escala de Begoray e Kwan (2011). Esta escala inclui um total de 8 itens que refletem a percepção acerca da capacidade de Literacia em Saúde (ex., <i>Sei como avaliar se as fontes de informação sobre saúde, na Internet, são boas ou más, confiáveis ou não confiáveis</i>), respondidos numa escala tipo Likert com 5 opções de resposta desde 1 (<i>Discordo totalmente</i>) a 5 (<i>Concordo totalmente</i>).
eHealth Literacy (percebido)	Analisar a percepção de eHealth Literacy.	Inspirada na escala proposta por Norman e Skinner (2006b), esta medida foi adaptada e reduzida a 3 itens (ex., <i>Sei como avaliar se as fontes de informação sobre saúde, na Internet, são boas ou más, confiáveis ou não confiáveis</i>) respondidos numa escala tipo Likert com 5 opções de resposta desde 1 (<i>Discordo totalmente</i>) a 5 (<i>Concordo totalmente</i>).
Literacia Mediática em Saúde (LMS)	Medir níveis de LMS.	Medida inspirada no único instrumento conhecido até ao momento para a sua medição. Originalmente desenvolvida por Levin-Zamir e colaboradoras (2011) consiste num conjunto de 8 questões às quais os participantes têm que responder após a visualização de um videoclipe (ex. "Qual é a tua reação pessoal a este videoclipe?"). Estas questões são relativas às quatro componentes da LMS, nomeadamente a identificação do conteúdo de saúde, influência percebida no comportamento, análise crítica e intenção de ação/reação. Todas as questões incluem opções de escolha múltipla, sendo que questões relativas à identificação de conteúdo, análise crítica e influência percebida, incluem questões de resposta aberta para aprofundar e esclarecer percepções.

No que diz respeito à última área representada na tabela anterior é pertinente caracterizar com maior detalhe os videoclipes que foram utilizados. Neste instrumento foram incluídos dois videoclipes e não seis, como na versão original. Os vídeos foram selecionados pelo facto de representarem conteúdos mediáticos marcadamente distintos, bem como pela abrangência de diversos temas de saúde relevantes e atuais, em cada um deles. O primeiro contempla um excerto de uma comédia (sitcom) bastante popular entre adolescentes e jovens, denominada “Friends” que, de momento e em Portugal, apenas se encontra disponível na Internet. O segundo é um excerto de uma reportagem da SIC denominada “*Bullying* na era digital” com relatos de vitimização por *cyberbullying* e consequências do *sexting*. Na Tabela 13, os videoclipes são descritos com maior detalhe.

Tabela 13: *Descrição dos videoclipes utilizados neste estudo*

VIDEOCLIPES	GÉNERO E DESCRIÇÃO DO SEGMENTO	TEMAS ABORDADOS	DURAÇÃO DO SEGMENTO (EM SEGUNDOS)
SÉRIE “ <i>FRIENDS</i> ”	<i>Sitcom</i> Americana que retrata a vida de 6 amigos em Nova Iorque. Neste segmento, dois amigos estão sentados no sofá ver o programa “ <i>Baywatch</i> ”, a comentar o corpo de uma atriz e a beber cervejas.	Sedentarismo; consumo de cerveja (álcool); ver televisão; ver televisão a focar-se no corpo da mulher.	46
REPORTAGEM “ <i>BULLYING NA ERA DIGITAL</i> ”	Reportagem da SIC intitulada “ <i>Bullying</i> na era digital” Segmento dividido em duas partes: <ol style="list-style-type: none"> 1. Relato de uma mãe acerca do <i>bullying</i> sofrido pela filha através de mensagens enviadas a partir de uma rede social 2. Entrevista a uma adolescente sobre questões de <i>bullying</i>, <i>cyberbullying</i> e <i>sexting</i>. 	<i>Bullying</i> , <i>cyberbullying</i> , violência, agressão, comportamento sexual, relações amorosas/sexuais.	112

Desta forma, para cada participante, o conteúdo das respostas foi analisado considerando o conteúdo identificado pelos participantes e codificado de acordo com as categorias de LMS (Tabela 14). A identificação do tema saúde foi avaliada através de uma questão de escolha múltipla e duas de resposta aberta. A questão inicial de escolha múltipla incidiu sobre se o jovem identifica um tema de saúde no videoclipe, variando de “Sim, definitivamente, aborda um tema de saúde” até “Não, definitivamente, não aborda um tema de saúde”. Após esta questão, foi pedido aos participantes para

indicarem o tema/mensagem do videoclipe. Os adolescentes teriam pontuação de “1”, apenas se indicassem que o videoclipe apresenta um tema de saúde na questão inicial, e nas seguintes indicassem de facto um tema relacionado com a saúde ou comportamentos de risco. Nos restantes casos, a cotação foi “0”, indicando ausência de identificação do tema de saúde. As razões para falta de pontuação na categorização identificação/reconhecimento de temas de saúde foram as seguintes: falta de identificação de tema de saúde; temas demasiado latos (ex. saúde pública) que até podem estar de alguma forma relacionados com o conteúdo apresentado, mas por si só não podem ser considerados inseridos na categoria “tema de saúde”; não se aplica ao videoclipe - percepção errada dos conteúdos apresentados; falta de clareza no conteúdo descrito.

De modo a explorar a influência percebida do videoclipe nos comportamentos dos jovens, foi utilizada uma questão de escolha múltipla, com as seguintes opções: “Ver este videoclipe não influencia os comportamentos dos adolescentes” - cotada com “0” e as restantes (“Ver este videoclipe influencia [claramente], de forma negativa/positiva, os comportamentos dos adolescentes) foram cotadas com “1”.

No que se refere à medida da análise crítica, este ponto incluía uma questão de escolha múltipla com gradientes de “concordância” ou “não concordância” com o conteúdo do videoclipe, variando de “Sim, concordo totalmente com o conteúdo” a “Não concordo, em nada, com o conteúdo”. A questão de resposta aberta posterior serviu para revelar se os jovens têm consciência e se conseguiam explicar a razão da sua concordância/não concordância, explicitando as consequências que os comportamentos de saúde/risco descritos podem ter nas audiências ou nas pessoas que adotam tais comportamentos. Apenas nestes casos as respostas eram cotadas com a pontuação de “1”. Caso não demonstrassem analisar a informação de modo crítico, a cotação era de “0”.

Por fim, a ação/reacção foi avaliada com recurso a uma questão de escolha múltipla: os participantes tiveram que apontar que tipo de reacção têm perante o videoclipe apresentado. Caso o jovem revelasse não apresentar qualquer (re)acção ou caso ela fosse de adoção dos comportamentos de risco demonstrados no videoclipe, a resposta não seria cotada – “0”. As outras opções, que incluíam a intenção de evitar os comportamentos descritos no videoclipe, pesquisar e procurar informação sobre o assunto, conversar com os outros sobre o assunto e sugerir aos produtores que o videoclipe não é apropriado para os adolescentes, implicavam a cotação de “1”.

No geral, cada categoria de LMS é dicotómica, em que 0 indica que a categoria não está presente, e 1 que está presente. Para cada um dos segmentos apresentados, é possível obter um

índice que varia entre 0 a um máximo de 4 (cotação de todas as dimensões). Através da soma dos índices de cada segmento de vídeo, é calculada a pontuação total em LMS de cada participante. Neste sentido, a pontuação varia entre 0 (indicando que nenhuma categoria de LMS foi identificada em nenhum segmento) e 8 (todas as categorias de LMS foram identificadas em todos os segmentos). A Tabela 14 apresenta um resumo deste processo de codificação.

Tabela 14: Sumário de questões e codificações da medida de Literacia Mediática em Saúde - inspirado e adaptado da medida de Levin-Zamir e colaboradoras, (2011).

CATEGORIA	TIPO DE QUESTÃO	ANÁLISE DE CONTEÚDO	CODIFICAÇÃO
IDENTIFICAÇÃO/ RECOHECIMENTO	Fechada – escolha múltipla + duas questões abertas	Videoclipe nº1 – “ Friends ” Sedentarismo; consumo de cerveja (álcool); ver televisão; ver televisão a focar-se no corpo da mulher. Videoclipe nº2 – “ Bullying na era digital ” Temas: <i>Bullying, cyberbullying</i> , violência, agressão, comportamento sexual, relações amorosas/sexuais.	0= Não menciona nenhum conteúdo de saúde 1= Menciona pelo menos um tema de saúde.
INFLUÊNCIA	Fechada – escolha múltipla	Não aplicável.	0= Não apresenta influência percebida 1= Apresenta influência percebida
ANÁLISE CRÍTICA	Fechada + pedido de clarificação requerida através de questão aberta	Se expressa desacordo ou acordo relativamente ao conteúdo identificado, é pedido que justifique a resposta para validação/clarificação. Resposta congruente com a escolha múltipla, sendo que obtêm pontuação se indicasse que o videoclipe influencia de forma positiva e referisse que este chama a atenção para comportamentos prejudiciais, ou indicasse que influencia de forma negativa, justificando que os comportamentos apresentados devem ser evitados/prevenidos.	0= Não expressa opinião/crítica relativamente ao conteúdo mencionado na categoria Identificação/reconhecimento 1= Expressa opinião/crítica relativamente ao conteúdo mencionado na categoria Identificação/reconhecimento
AÇÃO/REAÇÃO	Fechada – escolha múltipla.	Não aplicável.	0= Não expressa Intenção de agir/reagir ou pretende adotar os comportamentos apresentados no videoclipe 1= Expressa Intenção de agir/reagir e não declara pretender adotar os comportamentos apresentados no videoclipe

2.1.3 O pré-teste

O pré-teste foi um procedimento incluído neste estudo por ser uma boa forma de sinalizar questões que os participantes não gostam, não sabem responder ou não interpretam bem (Blair, Czaja & Blair, 2014) bem como antecipar e controlar possíveis questões ou problemas decorrentes da construção ou da aplicação do questionário.

Este decorreu entre abril e junho de 2015 em duas turmas de cada ano letivo previsto na aplicação do questionário (7º, 9º e 11º) perfazendo um total de 6 turmas e 139 alunos. Por conveniência e questões logísticas, o pré-teste ocorreu nos distritos de Braga e Porto, nomeadamente, em 3 turmas de cada ano em escolas de 3º ciclo e/ou secundárias em Braga, Fragoso (Barcelos-Braga) e Marco de Canaveses (Porto). Devido às questões levantadas pelos jovens, foi notória a dificuldade de compreensão de algumas questões que foram eliminadas ou reestruturadas e testadas ainda no pré-teste. Em algumas turmas, o tempo de preenchimento do questionário foi excedido nos 45 minutos expectáveis. Surgiram diversos imprevistos, nomeadamente, problemas técnicos com o *data show* na visualização de vídeos, o atraso de alguns jovens a entrar na sala de aula (pelas variadas razões) e interrupções por parte de profissionais da escola, e dificuldades de concentração por parte dos jovens. Deste modo, algumas questões foram forçosamente eliminadas e em vez da visualização de três videoclipes, foi decidida a redução para apenas dois.

2.1.4 Consentimentos e instruções

Os inquéritos em ambiente escolar implicam um conjunto de questões metodológicas e éticas, bem como práticas de preparação, planeamento e recolha de dados, que devem ser consideradas para maximizar o número de respostas válidas e evitar o enviesamento ou invalidação dos dados (Kristjansson et al., 2013). Deve-se igualmente atentar a questões de confidencialidade e anonimato dos participantes e consentimento dos mesmos e de seus pais. Neste sentido, existem alguns passos a ter em conta, como determinar escolas elegíveis e o tamanho possível da amostra, contactar os diretores das escolas (sumário com os objetivos do estudo e razões para a proposta de recolha de dados), preparar materiais e distribuir consentimentos informados aos pais (Kristjansson et al., 2013) e jovens. Uma vez que já

tínhamos calculado o tamanho da amostra e preparado os materiais, nesta fase tivemos em atenção os seguintes procedimentos:

- **Pedido formal de autorização de recolha de dados à Direção-Geral da Educação**, de forma a cumprir os procedimentos nos pedidos de autorização para aplicação de inquéritos/realização de estudos de investigação em meio escolar³¹.
- **Contacto com a direção dos agrupamentos** para dar a conhecer o projeto e solicitar autorização e colaboração para a aplicação dos questionários nas escolas.
- **Contacto direto com as escolas da amostra**, realizado após o consentimento dos diretores dos Agrupamentos, para entregar o pedido de consentimento informado a distribuir pelos alunos participantes e respetivos encarregados de educação, um procedimento ético obrigatório neste tipo de recolha de dados (ex. Hansen & Machin, 2013).
- **Contacto e agendamento com os professores**, tendo em vista a aplicação dos inquéritos por questionário, de modo a evitar a perturbação ao normal funcionamento da comunidade escolar.
- **Explicação do estudo aos alunos**, bem como o seu propósito, prévia ao preenchimento dos questionários.

2.1.5 A aplicação do questionário

Numa fase inicial, construímos o inquérito por questionário em formato papel e digital para permitir adaptar-se melhor às diferentes realidades escolares e tentar otimizar as nossas possibilidades de recolha de dados, podendo abranger um maior número de participantes recolhidos. Os sistemas computadorizados são mais rápidos e confiáveis, pois os dados recolhidos podem ser transferidos automaticamente para o programa de análise de dados (Hansen & Machin, 2013). Além de poupar tempo, na passagem dos dados para meio digital, são igualmente evitados os problemas de ilegibilidade da letra dos participantes (Kristjansson

³¹Disponíveis em: <http://www.dge.mec.pt/inqueritos-em-meio-escolar-0>

et al., 2013). No entanto, Yetter e Capaccioli (2010) defendem que em ambiente escolar os questionários de escrita de papel e caneta têm demonstrado mais confiabilidade e uma taxa de resposta superior aos sistemas computadorizados. No primeiro contacto com as escolas, a grande maioria mostrou-se aberta à possibilidade de recolha de dados de modo digital. No entanto, numa fase posterior, nenhuma das escolas permitiu essa possibilidade por questões logísticas: falta de computadores, ou reserva prévia das salas viáveis para o efeito.

O questionário foi aplicado em ambiente controlado – sala de aula ou outras disponíveis para o efeito - na presença do investigador, numa tentativa de garantir que se contemplem questões/dúvidas dos estudantes e evite o enviesamento dos dados. Caso os intervenientes (professores, coordenadores, diretores, participantes) demonstrassem interesse em saber mais sobre o estudo, comprometemo-nos a divulgar os resultados e conclusões da análise dos inquéritos.

2.1.6 A análise de dados

Como já foi referido, um inquérito por questionário quantitativo permite que os dados recolhidos sejam sujeitos a análise quantitativa através da estatística descritiva, comparativa e inferencial, que poderá ser generalizada à população à qual pertence a amostra (Hansen & Machin, 2013). Como os questionários foram preenchidos à mão, os dados foram transferidos manualmente para uma base de dados, para permitir o seu tratamento estatístico. Após esta transferência, os dados foram verificados para evitar erros de codificação ou informação em falta, e analisados através do SPSS (Statistical Package for Social Sciences, IBM, 2015), uma ferramenta capaz de poderosas análises e testes (Hansen & Machin, 2013).

Mais especificamente, a análise estatística recorreu ao uso de testes paramétricos, tendo em consideração os valores de Assimetria e Curtose, (3 e 8, respetivamente), que são indicadores da normalidade dos dados (Kline, 2005). Além disso, no caso deste estudo, a amostra apresenta um número bastante superior a 30 participantes, pelo que podemos aferir que a mesma tende para a normalidade (Amaro, Silvestre & Fernandes, 2013).

Deste modo, atendendo aos objetivos deste estudo, a análise estatística incidiu inicialmente na análise das frequências e percentagens dos resultados do inquérito. Posteriormente, foram exploradas as diferenças de todas as variáveis estudo. Para tal, foi realizada uma anova (análise de variância) multifatorial para cada um destas variáveis,

considerando, assim, três variáveis independentes (fatores), nomeadamente o género, a escolaridade e o distrito, e a sua potencial interação. Contudo, no caso das fontes de informação para cada tema em específico, foram realizadas associações de Qui-quadrado considerando o género, escolaridade e distrito, para as fontes que apresentaram mais frequência (Field, 2010; Tabachnick & Fidell, 2007).

De seguida, foi explorado o padrão de relações entre as variáveis em estudo através de análises de correlação de Pearson.

Posteriormente, no que diz respeito à Literacia Mediática em Saúde foram realizadas análises de diferenças em função dos seus níveis: alto, médio e baixo. Para tal, foram criados três grupos, tendo em consideração a sua divisão o mais equitativa possível. Deste modo, foi utilizada uma Anova simples para verificar as diferenças consideradas neste estudo.

Procurou-se, ainda, explorar os preditores da Literacia Mediática em Saúde. Para tal, recorreu-se a análises de regressão múltipla, construindo, separadamente, dois modelos para cada literacia. Desta forma, um primeiro modelo de regressão incluiu variáveis demográficas, nomeadamente o género, a escolaridade e o distrito, e o segundo modelo integrou as dimensões consideradas neste estudo, especificamente, o uso dos *media* e da Internet, as fontes mediáticas e interpessoais e as conversas com os pais sobre o que fazem nos *media* e sobre saúde.

Por fim, recorreu-se a análises de mediação múltipla tendo em consideração a Literacia Mediática em Saúde e as dimensões em estudo. Esta análise pretendeu explorar os potenciais mediadores de algumas relações teoricamente estabelecidas. De forma a testar estas mediações, foram seguidos os procedimentos descritos por Preacher e Hayes (2008) através do uso do seu macro para SPSS (Preacher & Hayes, outubro, 2016). Este macro executa os passos para mediação descritos por Baron e Kenny (1986) e os testes de efeito total e indireto. Além disso, também executa o método bootstrapping sugerido por diversos autores para a realização de análises de mediação (ex. MacKinnon, Lockwood, & Williams, 2004). Este método é preferível ao teste de Sobel (1982) para efeitos indiretos, pois reduz o erro do Tipo I, aumenta o poder da análise e não impõe o pressuposto da normalidade (Preacher & Hayes, 2008). Neste método de bootstrapping, o efeito indireto é considerado significativo se o intervalo de confiança não incluir zero. Para este estudo, foi utilizado este método com 5000 amostras.

Especificamente em relação aos comportamentos de risco considerados neste estudo, para além da Anova multifatorial descrita anteriormente, foram ainda realizadas correlações de Pearson entre cada um destes, a Literacia Mediática em Saúde e as dimensões em estudo, de forma a explorar as principais associações (Field, 2010; Tabachnick & Fidell, 2007).

De modo a explorar a potencial importância da Literacia em Saúde e *eHealth Literacy*, pela sua relação com a LMS, foram efetuados os mesmos procedimentos estatísticos para estas duas variáveis.

2.2 Fase qualitativa

2.2.1 Grupos de foco

Não obstante as vantagens do inquérito por questionário que determinaram a nossa opção, este método de recolha de dados não permite o acompanhamento das respostas dos participantes nem abre espaço à discussão (Ndengeyingoma et al., 2013). Além de ser mais limitado a mostrar causalidade, não demonstra a dinâmica de como as opiniões e crenças são formadas, moldadas e negociadas, mediadas, através do contacto com o ponto de vista de outro. Além disso, não demonstra como as audiências e consumidores de *media* desenvolvem e moldam pontos de vista e opiniões através da conversação (Hansen & Machin, 2013).

Deste modo, enquanto os questionários são mais apropriados para analisar as crenças, atitudes e comportamentos das audiências, e *que* relação se estabelece entre media-audiências, este método não é o ideal para entender *o porquê e como* estes se processam (Hansen & Machin, 2013). Com efeito, os métodos qualitativos são necessários, no campo da comunicação, para compreender o papel dos *media*, como as audiências fazem uso dos *media* no seu dia-a-dia, as dinâmicas na sua experiência, o conhecimento e quadros de interpretação das audiências. Estes permitem igualmente a observação de como as audiências se relacionam com os *media* e conteúdos mediáticos (*ibidem*).

A utilização de grupos de foco (GF) foi sendo crescentemente popular desde os anos 90 (Daley, 2013; Hansen & Machin, 2013), não apenas para estudar audiências, mas também para analisar processos interativos através dos quais os *media* estão a tornar-se parte integral e a ser utilizados para a comunicação e construção de sentidos (Hansen & Machin, 2013).

Um grupo de foco é definido como “um conjunto de conversas cuidadosamente planeadas, para obter percepções acerca de uma área definida de interesse, num ambiente seguro e permissivo.” (Krueger & Casey, 2009, p. 2). De igual modo, Reinard (2008) também definiu grupos de foco como um grupo de pessoas selecionado cuidadosamente e entrevistado conjuntamente, sendo conduzidas por um moderador ou facilitador para saber mais o porquê das pessoas se sentirem assim do que as quantidades do que sentem. O GF é uma estratégia eficaz para gerar opiniões diversas acerca de diversas questões de investigação e dá a oportunidade para aprofundar conhecimento sobre um tópico por vários participantes (Daley, 2013). Além da popularidade e originalidade, permite a flexibilidade e liberdade para explorar temas pouco abordados, a promoção da partilha de ideias e a recolha de grande quantidade de dados de forma rápida, embora consuma grande de tempo na transcrição e análise dos dados (Silva, Veloso & Keating, 2014).

Os grupos de foco podem ocorrer em diversas fases da investigação, como na fase intermédia para ajudar a interpretar os resultados obtidos no questionário ou na fase final, para discutir os resultados do questionário com os participantes, (Krueger & Casey, 2009). Nos estudos sobre *media*, os grupos de foco têm sido particularmente utilizados em conjunção ou com outros tipos de recolha de dados como questionários (Hansen & Machin, 2013).

Quando se opta por esta técnica de recolha de dados é essencial definir os objetivos e pressupostos deste tipo de método, bem como combinar cuidadosamente as questões de investigação com a metodologia para maximizar os dados obtidos (Daley, 2013). Neste sentido, os grupos de foco podem ser divididos em cinco passos: construção dos grupos (número de grupos, número de participantes num grupo, características dos participantes); preparação da mecânica do estudo (forma de recrutamento, forma de gravação); preparação de materiais e questões; realização da sessão; análise dos dados e relatório sumariado (Reinard, 2008).

Os grupos de foco constituem, igualmente um método de recolha de dados viável para o estudo das percepções dos adolescentes (Daley, 2013; Ndengeyingoma et al., 2013; Petterson-Sweeney, 2005; Poole & Peyton, 2013), pois permite o suporte social dos pares (Poole & Peyton, 2013), promove a socialização e o diálogo aberto entre pares e a oportunidade de debater temas pouco abordados (Ndengeyingoma et al., 2013).

No entanto, este tipo de metodologias deve ter em consideração as características de desenvolvimento dos jovens, para evitar problemas de planeamento e condução dos grupos de foco, o que constitui um desafio em termos de metodologia, recrutamento e influência do moderador e dos pares nas interações (Daley, 2013). Para além disso, deve-se considerar a (in)distinção da adolescência com a infância e a idade adulta, dar atenção às especificidades culturais, incentivar à participação através do *empowerment* dos jovens e compreender as relações de poder com pares e adultos envolventes (Poole & Peyton, 2013). O investigador deve ainda ter em atenção as características específicas de comunicação oral e escrita dos jovens, bem como a relação que desenvolve com estes. Estabelecer um ambiente de confiança é particularmente importante quando se recolhe dados com adolescentes (Ndengeyingoma et al., 2013).

2.2.2 Seleção dos participantes

As alterações na adolescência, bem como as variações individuais de cada jovem são um desafio para os grupos de foco (Norris, Arroian, Warren & Wirth, 2012). Neste sentido é importante planear os grupos de foco, tendo em atenção os fatores demográficos como a idade, género e outros (Pettersson-Sweeney, 2005).

1. Ano de escolaridade

No estudo quantitativo tivemos a preocupação de selecionar e comparar anos de escolaridade diversos que integravam as idades caraterizadoras da adolescência. Esta conceção migra para o desenho dos grupos de foco, pelo que estes os grupos foram divididos em 3 anos letivos (7º, 9º e 11º), tendo os participantes de um grupo particular pertencer a um mesmo ano letivo, procurando a homogeneidade entre grupos (Daley, 2013).

2. Idade

Uma vez que dentro da mesma turma não é comum uma grande variabilidade de idades dos alunos, julgámos assim controlar a variável idade ao mesmo tempo que o ano de escolaridade, indo ao encontro da recomendação de não incluir, nos Grupos

de Foco, mais de dois anos de diferença de idade entre os jovens (Poole & Peyton, 2013).

3. Género

Ainda que rapazes e raparigas comuniquem de forma diferente, os estudos qualitativos em adolescentes tendem a incluir ambos os sexos (Ndengyengoma et al., 2013). Devido ao tema em estudo, considerou-se particularmente pertinente, interessante e potencialmente enriquecedor, incluir no mesmo grupo rapazes e raparigas, na esperança que esta diversidade abrisse espaço ao levantamento de questões e debate de ideias, que, provavelmente, não surgiria em grupos de um género apenas. No entanto, procurou-se que cada grupo incluísse o mesmo número (ou não muito divergente) de participantes do sexo masculino e feminino.

4. Local de residência

Os jovens que vivem ou frequentam uma escola numa localização urbana podem apresentar características diferentes das experienciadas pelos jovens que vivem num contexto rural (Pettersen-Sweeney, 2005). O mesmo pode acontecer quanto à proximidade de zonas litorais.

Uma vez que no estudo quantitativo tivemos o cuidado de dividir a amostra em 3 partes de acordo com a variável distrito e tendo observado diferenças significativas, optámos pela mesma divisão nos grupos de foco. Deste modo, optámos pela realização de grupos em Braga, Bragança e Porto, e, respeitando a recomendação de homogeneidade (Daley, 2013), todos os participantes de cada grupo devem pertencer ao mesmo distrito.

5. Grau de familiaridade entre os participantes

A decisão acerca de incluir num mesmo grupo, participantes que são conhecidos entre si depende do tema do grupo de foco (Pettersen-Sweeney, 2005). Durante a aplicação dos questionários, alguns jovens manifestaram sentir-se mais confortáveis em revelar informação a colegas da mesma turma em detrimento de outros

desconhecidos, pelo que optámos pelo recrutamento de participantes dentro da mesma turma. Similarmente, Hennesy e Heary (2005) defendem que a vantagem no recrutamento dentro de uma turma, prende-se com o grau de familiaridade entre participantes, dado que pode ser necessário um pouco de tempo para os mesmos se conhecerem e ganharem confiança, antes de partilharem informação. De facto, os adolescentes gostam de atividades que envolvem os seus amigos, pelo que o recrutamento pode ser facilitado se conhecerem os outros ou trouxerem um amigo (Liamputtong, 2011).

2.2.3 Número de grupos

O número de grupos e participantes por grupo depende dos objetivos do estudo, mas devem permitir comparações mediante as características de uma determinada população, determinada nos objetivos (Hansen & Machin, 2013). Deste modo, para tomar a decisão acerca do número de grupos de foco a realizar tivemos em consideração a homogeneidade da estrutura dos grupos de foco (Daley, 2013), e a relevância das variáveis distrito e ano de escolaridade para cumprir os objetivos do estudo. Uma vez que manipulámos anteriormente (no estudo quantitativo) a variável distrito e ano de escolaridade, e encontrámos diferenças significativas entre os mesmos, resolvemos planear os grupos de foco cruzando estas variáveis. No final, foram programados e realizados nove grupos de foco: um por ano letivo (7º, 9º e 11º) em cada um dos três distritos (Braga, Bragança e Porto). Deste modo, podemos resumir a nossa opção com a seguinte equação:

3 distritos (Braga, Bragança e Porto) X 3 anos de escolaridade (7º, 9º e 11º) = 9 GF (72 adolescentes)

2.2.4 Número de participantes por grupo

Embora os grupos de foco com adolescentes possam apresentar diversos tamanhos (de 2 a 12), a sua dimensão depende essencialmente do tema em estudo (Hansen & Machin, 2013; Ndengeyingoma et al., 2013). No entanto, tem sido recomendado que estes possuam entre 5 a 8 participantes (Poole & Peyton, 2013). No nosso estudo, considerámos adequado planear grupos de 6 a 10 participantes, pois com menos de 6 poderia ser difícil manter a

dinâmica e discussão adequada (Hansen & Machin, 2013) e não mais de 10, para permitir que todos falassem, facilitando a gestão da discussão (Krueger & Casey, 2009) e evitando que a transcrição fosse um processo complexo caso os participantes falassem entre si (Ndengeyingoma et al., 2013).

2.2.5 Processo de amostragem

Uma vez que pretendíamos manipular e controlar as variáveis género, idade, ano de escolaridade, local de residência, número de grupos de foco e número de participantes por grupo, o nosso processo de amostragem baseou-se numa amostra por conveniência (Freire & Almeida, 2008; Coutinho 2014).

2.2.6 Amostra final

Foram distribuídos 80 pedidos de autorização aos encarregados de educação de 80 jovens, dos quais 8 não participaram no estudo por não possuírem a referida autorização, não quererem participar, ou por terem faltado no dia em que o respetivo grupo de foco aconteceu. Deste modo, a taxa de participação foi de aproximadamente 86%. Os grupos de foco foram realizados nos meses de abril e maio de 2016. Como planeado, cada grupo de foco englobou um mínimo de 7 a um máximo de 9 elementos, o que se revelou adequado para a realização dos grupos. Da mostra final fizeram parte 72 adolescentes com idades compreendidas entre 12 e 18 anos ($M = 14.54$, $DP = 1.76$). Deste modo, a amostra final ficou constituída por 32 raparigas e 40 rapazes. A Tabela 15 demonstra a distribuição do número de participantes pelos grupos de foco, segundo o ano de escolaridade, local de residência e género.

Tabela 15: *Distribuição da amostra por ano de escolaridade e distrito e género.*

	<i>7º ano</i>	<i>9º ano</i>	<i>11º ano</i>
<i>Braga</i>	GF1	GF2	GF3
	9 participantes ♀5 ♂4	8 participantes ♀4 ♂4	8 participantes ♀4 ♂4
<i>Porto</i>	GF4	GF5	GF6
	8 participantes ♀3 ♂5	8 participantes ♀1 ♂7	9 participantes ♀4 ♂5
<i>Bragança</i>	GF7	GF8	GF9
	7 participantes ♀4 ♂3	8 participantes ♀4 ♂4	7 participantes ♀3 ♂4

2.2.7 A construção do guião dos grupos de foco

Relativamente ao planeamento dos Grupos de Foco, foi estabelecido previamente que estes decorreriam em período de aulas e que teriam a duração aproximada de 45 minutos, coincidente com a recomendação de Krueger e Casey (2009), que sugerem o tempo de uma aula com aproximadamente, 45 a 60 minutos. Construímos o guião com atenção que este deve ter menos questões do que com adultos (Krueger & Casey, 2009), com cerca de 8 a 16 questões (Peterson-Sweeney, 2005). Além disso, tivemos em consideração que na condução de um grupo de foco, o investigador deve procurar ser muito claro, mover-se do geral para o particular (Hansen & Machin (2013) e das questões menos para as mais sensíveis (Peterson-Sweeney, 2005).

Daley (2013) chama a atenção que os adolescentes mais jovens ou que estão na fase das operações concretas do desenvolvimento cognitivo (Piaget, 1964, 1972) podem não ser capazes de compreender a escolha múltipla, a perspetiva dos outros, as possibilidades no futuro (o que pode acontecer no futuro) ou situações hipotéticas. Isto pode provocar respostas monossilábicas ou limitar a sua participação. No entanto, questões demasiado simples podem evitar a possibilidade de explicação dos adolescentes mais maduros, capazes de analisar situações complexas e preferências e expressar opiniões (Daley, 2013).

Na elaboração do guião tivemos em consideração que, sem perder de vista o rigor científico, o grupo de foco fosse divertido e não aborrecido (Collucci, 2007; Krueger & Casey, 2009). Os guiões podem incluir questões orientadas para atividades, o que pode captar a

atenção dos jovens e até enriquecer os dados (Collucci, 2007). No entanto, tivemos que ter em consideração a limitação do tempo disponível para as atividades. Para iniciar o guião, a definição dos conceitos “*media*” e “saúde” pareceram a melhor escolha, de forma a explorar as percepções dos jovens sobre esses conceitos e clarifica-los antes de prosseguir para questões mais complexas. Quando considerámos que as definições estavam incompletas e/ou confusas, clarificámos os conceitos: a saúde foi descrita através da definição da OMS (1946, 1986) e para exemplificar os *media* distinguimos os tradicionais e digitais através imagens em pequenas cartolinas recortadas previamente.

Incluimos igualmente, atividades quebra-gelo que são muito úteis para iniciar a discussão e promover o debate entre os jovens (Daley, 2013; Krueger & Casey, 2009; Peterson-Sweeney, 2005). Logo no princípio e depois das instruções sobre confidencialidade e direitos nas dinâmicas dos grupos de foco, foi-lhes pedido que escolhessem um nome fictício e o escrevessem num *post-it* grande com canetas fluorescentes e o colassem na camisola. Obviamente que o moderador foi primeiro a fazê-lo, permanecendo, no entanto, com o nome real, para não confundir os jovens. Todos os jovens, sem exceção, foram recetivos à atividade e a realizaram de bom grado, e, a grande maioria considerou esta iniciativa muito divertida, no decorrer da discussão.

Outra atividade que também contribuiu para um ambiente mais descontraído foi a de escolherem os *media* que utilizam e gostam mais. Esta questão revelou-se de elevada importância não apenas pela sua potencialidade de “quebra-gelo”, mas igualmente por servir de “rampa de lançamento” para muitas outras questões do guião. Quando os jovens revelavam dificuldades em definir o que era *media*, ou quando permaneciam mais silenciosos perante esta questão, foi pedido aos jovens que elaborassem uma lista sobre os *media* que conhecem. Esta técnica simples - *free listings* - é, no entanto, eficaz para estimular a discussão (Bernard, 1995; Colluci, 2007).

Outra estratégia já conhecida pela literatura incluía pedir aos jovens que desenhassem uma campanha, um slogan ou um spot publicitário que tenha a ver com o tópico (Colluci, 2007; Krueger, 1998). No nosso caso, o desenho de uma campanha serviu o propósito de forma ideal. O que pretendíamos era que os jovens utilizassem a imaginação para escolher um tópico de saúde que considerassem relevante e sugerissem quais os meios de divulgação que consideram relevantes para o efeito, quando eles próprios são o alvo.

Sendo este guião semiestruturado, no decorrer dos grupos de foco, a direção que os participantes seguiam era o fator determinante na forma, ordem e pertinência das questões colocadas pelo moderador. Não obstante, houve a tentativa de abordar, de forma não rígida, alguns pontos e questões-chave:

1. Definição de conceitos
2. Importância dos *media*
3. Fontes de informação sobre saúde
4. Utilização e avaliação da informação
5. Finalização
6. Feedback

2.2.8 Orientações

No início dos grupos de foco, foram lembradas algumas informações, determinadas pela ética e o bom senso, nomeadamente, as aconselhadas por Norris e colaboradores (2012):

7. a participação é voluntária,
8. discordar é natural,
9. apenas pode falar uma pessoa de cada vez,
10. respeito mútuo é essencial (não gozar os outros nem os tentar deixar ficar mal) e
11. a informação partilhada durante a dinâmica dos grupos é confidencial, não podendo ser partilhada posteriormente

Acrescentámos ainda as informações sobre os objetivos do estudo, da ausência de obrigatoriedade de responder a todas as questões e da possibilidade de desistência, a qualquer momento, sem qualquer julgamento de valor. A confidencialidade foi assegurada antes do início dos grupos de foco, na transcrição, análise e relatórios (Krueger & Casey, 2009; Peterson-Sweeney, 2005), tendo os adolescentes sido informados de que a gravação

áudio apenas servia o propósito de posterior transcrição e seria mantida em sigilo. Os jovens foram ainda encorajados a falar uns com os outros e a partilhar pensamentos e sentimentos e informados de que não existem respostas certas ou erradas (Daley, 2013; Krueger & Casey, 2009) e, que, portanto, não pode existir julgamento quanto ao que partilham (Daley, 2013).

2.2.9 Instruções e consentimentos

O primeiro contacto com os participantes ocorreu em contexto de sala de aula, o que permitiu dar instruções detalhadas, explicar os objetivos e dar abertura a potenciais questões, bem como a distribuição dos consentimentos. Permitiu ainda aos jovens pensar na sua participação e dar tempo caso optassem por não participar, sem se sentirem pressionados ou envergonhados, o que pode traduzir-se num impacto negativo na dinâmica do grupo e consequente qualidade dos resultados (Daley, 2013).

Foram distribuídos consentimentos informados e pedidos de autorização para os pais a um máximo de 10 alunos, por grupo planeado (procurando um número aproximado de rapazes e raparigas), que manifestassem motivação em participar. Era nossa intenção evitar, assim, um número baixo de participantes por motivos de desistência da participação, ou pela não devolução dos formulários de consentimento informado assinados pelos pais, independentemente da razão (perda, esquecimento dos papéis ou ausência de assinatura).

2.2.10 Espaço

Os grupos de foco devem ser conduzidos em locais que os adolescentes costumem frequentar ou encontrar-se (Daley, 2013) e que lhes seja conveniente (Peterson-Sweeney, 2006), pois essa familiaridade e facilidade de acesso dos participantes com o contexto constitui, salvo exceções, um fator facilitador dos GF (Hennesy & Heary, 2005). Por essa razão, além das questões óbvias de logística e de segurança, os grupos de foco realizaram-se nas respetivas escolas, em salas destacadas para o efeito. Além disso, tivemos em consideração que o ambiente exerce influência no grupo (Hansen & Machin, 2013) e que confidencialidade é valorizada pela maioria dos adolescentes nos GF, pelo que é necessário assegurar que o que partilham não é ouvido por externos e se manterá no grupo (Daley, 2013). O local escolhido deve ser confortável, não deve ter distrações nem ser ameaçador, e

os participantes devem estar sentados em ordem oval ou circular, para permitir que todos se possam ver claramente (Peterson-Sweeney, 2006). Tivemos estes aspetos sempre presentes e, durante todo o processo das dinâmicas dos grupos, as portas mantiveram-se fechadas, apenas com o investigador e participantes, de modo a prevenir distrações e inibições por receio de serem ouvidos.

2.2.11 O papel do moderador

As relações de poder e a conformidade podem levantar problemas relativamente aos grupos de foco (Hansen & Machin, 2013). Com o objetivo de tentar evitar a influência das relações de poder que os pais e professores podem ter no que diz respeito à decisão da participação dos jovens, estes foram lembrados acerca dos seus direitos de participação voluntária antes da realização efetiva dos grupos (Norris et al., 2012). Nesta primeira fase também o moderador deve ter em atenção a sua apresentação aos jovens e como querem ser tratados para evitar um desequilíbrio de poder (Daley, 2013). O moderador apresentou-se, pediu para ser tratado pelo seu nome e que cada participante escolhesse um nome pelo qual seria tratado durante a dinâmica dos grupos. Além disso, e como estamos a trabalhar com adolescentes, precisamos garantir que podem dizer o que sentem sem julgamentos e de modo confidencial (Daley, 2013).

Embora o papel do moderador seja facilitar, moderar e estimular discussão entre os participantes (Hansen & Machin 2013), alguns estudos com grupos de foco com adolescentes identificaram enviesamentos por causa do papel do moderador. Os adolescentes podem ser influenciados pelas opiniões que o moderador transparece ainda que sem intenção (Daley, 2013). Por mais cuidado na linguagem e comportamento utilizado, a interação dos investigadores-participantes pode, de facto influenciar a qualidade dos dados recolhidos (Ndengeyingoma et al., 2013). Uma das nossas tentativas de distinguir a autoridade característica nas salas de aula e proporcionar conforto, constituiu a cedência de liberdade para que os participantes se sentassem onde quisessem, em cadeiras dispostas em círculo, com uma mesa no centro, para evitar a autoconsciência (Hennesy & Heary, 2003). Sabíamos que os jovens devem ser encorajados a falar uns com os outros e partilhar pensamentos e sentimentos (Krueger & Casey, 2009). Deste modo, tivemos em atenção que o moderador deve encorajar (sem expor) todos a participar e impedir que um dos participantes domine, dar

oportunidades aos mais reservados ou hesitantes a falar o que pensam sobre isso ou a razão pelo que concordam ou discordam, sem expor, com cuidado num ambiente de suporte, encorajador e respeitador, mesmo que o jovem não queira participar (Daley, 2013).

Um dos fatores que pode ter facilitado as dinâmicas dos grupos foi o facto de o moderador gostar de trabalhar com adolescentes, o que, por si só, aumenta as hipóteses de correr bem (Krueger & Casey, 2009).

2.2.12 Recolha, transcrição e análise dos dados

Na impossibilidade da gravação audiovisual dos grupos de foco, optámos apenas pelo áudio. Deste modo, incluímos um investigador auxiliar ao moderador, que preenche a lacuna existente da ausência da imagem, no que diz respeito à linguagem não-verbal e às relações entre os pares, anotando as informações pertinentes (Hennesy & Heary, 2003).

De seguida, para garantir a confiabilidade, os dados dos nove grupos de foco foram transcritos o mais rapidamente após os mesmos. O investigador que os analisou e transcreveu foi o mesmo que esteve presente nos grupos de foco e o produto final foi comparado com as gravações antes da análise dos dados.

A análise dos dados qualitativos consistiu em examinar, categorizar e analisar os tipos de resposta relativamente aos títulos e temas do quadro teórico (Hansen & Machine, 2013). Deste modo, como metodologia de tratamento dos dados, implementou-se a análise de conteúdo, procedendo-se à sua interpretação, identificando categorias específicas das ideias principais referidas nas respostas. De seguida, as categorias específicas com significados idênticos foram incluídas em dimensões mais gerais, possibilitando uma organização mais estruturada da informação (ex. Coutinho, 2014). Esta análise combinou um método dedutivo – previsto num protocolo baseado nos pressupostos teóricos – e indutivo – incluindo categorias que foram aparecendo ao longo da análise do texto (Schilling, 2006). No entanto, devido à vasta abrangência e complexidade das atitudes e perceções dos jovens, as categorias não puderam ser tratadas como mutuamente exclusivas, adequando-se, por vezes a mais do que a um tema (Granehein & Lundman, 2004).

De modo a garantir a confiabilidade dos dados, as categorias de análise e a codificação foram verificadas por um segundo investigador durante todo o processo de análise de conteúdo (Shenton, 2004). Mais especificamente, várias reuniões foram realizadas com este investigador familiarizado com o tema de investigação durante o processo de categorização.

Este investigador serviu de “advogado do Diabo”, desafiando o processo de categorização e a sua interpretação (Krane, Andersen, & Streat, 1997). Deste modo, estas reuniões permitiram chegar a um consenso relativamente ao protocolo de codificação e das categorias criadas. Este processo de discussão permitiu ao investigador principal deste estudo alargar as suas perceções e experiências, analisar perspetivas alternativas e potenciais falhas nas análises. Além disso, através do teste de ideias alternativas, o investigador conseguiu evitar potenciais enviesamentos dos dados (Shenton, 2004). A análise de conteúdo foi realizada com recurso ao programa *MAXQDA 12*.

De um modo geral, a análise de conteúdo deste material resultou num maior número de padrões identificados do que se esperaria inicialmente. Esses padrões resultaram em diferentes níveis de análise e organização de dados englobando dimensões, sub-dimensões, categorias e subcategorias, descrita no capítulo dos resultados qualitativos. É importante ter em atenção que todas as codificações aqui apresentadas partiram do ponto de vista dos jovens, das suas perceções e das suas formas de transmitir a informação sobre os temas levantados nos grupos de foco.

Síntese final

Ao longo deste capítulo apresentámos, analisámos e justificámos as razões das nossas escolhas sobre as abordagens, os métodos de recolha de dados, os instrumentos, os procedimentos, os tipos de análise e as questões de validação e ética pelas quais nos regemos (resumo na Tabela 16). As opções, os procedimentos adotados, bem como os constrangimentos surgidos em cada um destes métodos, determinaram a qualidade dos dados quantitativos e qualitativos neste estudo, que são alvo de análise e discussão nos capítulos que se seguem.

Tabela 16: *Esquema-síntese dos métodos e técnicas de investigação utilizados*

	ESTUDO 1 - QUANTITATIVO	ESTUDO 2 - QUALITATIVO
MÉTODO	Quantitativo – Inquérito	Qualitativo – Grupos de foco
RECRUTAMENTO E AMOSTRA	3 distritos (Braga, Bragança e Porto) X 3 anos de escolaridade (7º, 9º e 11º) = 906 jovens	Nº de grupos de foco 3 distritos (Braga, Bragança e Porto) X 3 anos de escolaridade (7º, 9º e 11º) = 9 grupos de foco Nº de elementos por grupo 9 GF X (7 a 9 participantes) =72 participantes
INSTRUMENTO	Inquérito por questionário transversal autoadministrado em formato papel	Guião de GF (semiestruturado)
PEDIDOS DE AUTORIZAÇÃO/ CONSENTIMENTO	Pedidos de autorização a: 1. Direção Geral de Educação; 2. Diretores de agrupamento; 3. Coordenadores de escola, 4. Diretores de turma; 5. Professores; 6. Pais; 7. Consentimento informado aos jovens participantes.	
LOCAL DE RECOLHA DA AMOSTRA	Dentro da escola, em salas previstas e/ou disponíveis para o efeito (salas de aulas e salas de reunião).	
AGENDAMENTO	Sempre durante o período de aulas, agendado com os professores responsáveis.	
DURAÇÃO	Aproximadamente 40 minutos, especialmente dependente do nível de escolaridade dos participantes.	Aproximadamente 60 minutos, dependendo do tempo disponível (aulas de 45 ou 90 minutos) e do desenvolvimento do grupo de foco (atrasos não previstos, capacidade de comunicação dos participantes, tempos de hesitação).
ANÁLISE DOS DADOS	Testando relações estatísticas entre variáveis, com base na literatura: descritivas, testes de diferenças, de correlação, regressões e equações estruturais. Software: SPSS e AMOS	Codificando variáveis através da análise de conteúdo: encontrando padrões de acordo com quadros conceptuais prévios e novos elementos encontrados. Software: MAXQDA

Nota introdutória

Este capítulo é dedicado à componente quantitativa deste estudo e abrange os resultados encontrados através da análise dos dados obtidos a partir dos inquéritos por questionário descritos no capítulo anterior – Metodologia. Esta análise teve como linhas orientadoras os objetivos deste trabalho e inclui a caracterização dos adolescentes que compõem a amostra, assim como temáticas como os comportamentos de saúde dos jovens, as suas fontes de informação e a Literacia Mediática em Saúde dos jovens.

1. Caracterização dos participantes

A amostra final é constituída por 906 estudantes com idades compreendidas entre 11 e 19 anos de idade ($M = 14,14$). Deste grupo, 56.5% são jovens do sexo feminino e 43.4% do sexo masculino. Uma vez que a variável “ano de escolaridade” foi controlada, 35.7% dos alunos encontram-se a frequentar o 7º ano de escolaridade, 33.08% encontram-se inscritos no 9º ano e 30.6% encontram-se no 11º ano do ensino secundário.

Do mesmo modo, tendo-se, também, controlado o distrito onde se localizava a escola, não é surpreendente que os distritos de residência dos jovens sejam, nomeadamente, Braga (37.1%), Porto (32.7%) e Bragança (30.2%). A divisão da amostra por variáveis sociodemográficas encontra-se representada na Tabela 17. Mais especificamente, a relação entre as variáveis “ano de escolaridade” e “distrito de residência” encontra-se disponível na Tabela 18, revelando 9 grupos distintos e relativamente equitativos, de acordo com as possibilidades e constrangimentos do estudo.

Tabela 17: *Dados sociodemográficos da amostra*

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Min.	Max.
Idade	14.14	1.79	11	19
Distribuição por género				
Género	<i>n</i>		Percentagem	
Feminino	512		56.6%	
Masculino	393		43.4%	
Distribuição por ano de escolaridade				
Ano de escolaridade	<i>n</i>		Percentagem	
7º ano	323		35.7%	
9º ano	306		33.08%	
11º ano	277		30.6%	
Distribuição por distrito				
Distrito	<i>n</i>		Percentagem	
Braga	336		37.1%	
Porto	296		32.7%	
Bragança	274		30.2%	

Tabela 18: *Relação distrito/escolaridade*

	7º ano	9º ano	11º ano	Total
Braga	123	124	89	336
Porto	96	86	114	296
Bragança	104	96	74	274
Total	321	306	275	906

Tendo em consideração o número de irmãos, verificamos que a maioria dos jovens referem ter pelo menos um irmão (79.3%, $n = 729$), enquanto 19.3% dos jovens ($n = 177$) mencionam não ter irmãos. Relativamente aos jovens que têm irmãos, 53.5% ($n = 492$) têm um irmão, 18.2% ($n = 167$) têm dois irmãos e 7.6% ($n = 70$) têm três ou mais irmãos. Além disso, 31.4% dos jovens ($n = 289$) não têm irmãos mais velhos, 34.3% ($n = 315$) têm um irmão mais velho e 12.2% ($n = 112$) têm 2 ou mais irmãos mais velhos (Tabela 19).

Tabela 19: *Dados relativos aos irmãos*

Tem irmãos?						
Sim				Não		
n		%		n		%
729		79.3		177		19.3
Número de Irmãos	1		2		3 ou mais	
	n	%	n	%	n	%
	492	53.5	167	18.2	70	7.6
Sem Irmãos mais velhos		Um Irmão mais velho		Mais do que um Irmão mais velho		
n	%	n	%	n	%	
289	31.4	315	34.3	112	12.2	

No que se refere ao nível de habilitações dos pais, a maioria refere que as mães finalizaram o ensino superior ($n = 373$, 41.2%) e o ensino secundário ($n = 257$, 28.4%). Por outro lado, poucos são os casos em que a mãe concluiu somente o 4º ano de escolaridade ($n = 22$, 2.4%) e apenas 1 adolescente (0.1%) refere que a mãe não completou o 4º ano. Do mesmo modo, a maioria dos pais possui o ensino superior ($n = 294$, 32.5%) ou o ensino secundário ($n = 242$, 26.7%). Por outro lado, 56 referem que os seus pais têm somente o 4º ano (6.2%) e apenas 2 (0.2%) afirmam que os pais não completaram o 4º ano (Tabela 20).

Tabela 20: *Habilitações dos pais*

	Mãe		Pai	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sem Habilitações	1	.1	2	.2
Até 4º Ano	22	2.4	56	6.2
Até 6º Ano	59	6.5	73	8.1
Até 9º Ano	122	13.5	137	15.1
Ensino Secundário	257	28.4	242	26.7
Ensino Superior	373	41.2	294	32.5
Não sabe	62	6.8	84	9.3

Com o objetivo de conhecer a situação profissional atual dos pais dos adolescentes desta amostra, pediu-se aos participantes para “descrever a profissão atual da mãe” (ou a última que ela exerceu). Esta questão em forma de descrição das atividades laborais foi considerada necessária, pois muitos dos participantes demonstraram dificuldade em

classificar com exatidão a profissão dos seus pais. Desta forma, as respostas foram categorizadas em grandes grupos profissionais seguindo a tabela de classificação das profissões.

Especificamente em relação à mãe, a maioria refere que as suas mães são especialistas das atividades intelectuais e científicas ($n = 307$, 33.4%), seguidas das trabalhadoras de serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedoras ($n = 203$, 22.1%). Um pequena parte dos adolescentes refere que a sua mãe se encontra a estudar ($n = 2$, 0.2%) ou que está reformada ($n = 4$, 0.4%) (Gráfico 11).



Gráfico 11: Profissão das mães

No que se refere às profissões dos pais, de modo semelhante às mães, a grande parte dos adolescentes refere que os seus pais são especialistas das atividades intelectuais e científicas ($n = 274$, 29.8%) e trabalhadores de serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores ($n = 136$, 14.8%). Por outro lado, um encontra-se nas forças armadas (0.1%) e 5 são reformados (0.5%) (Gráfico 12).

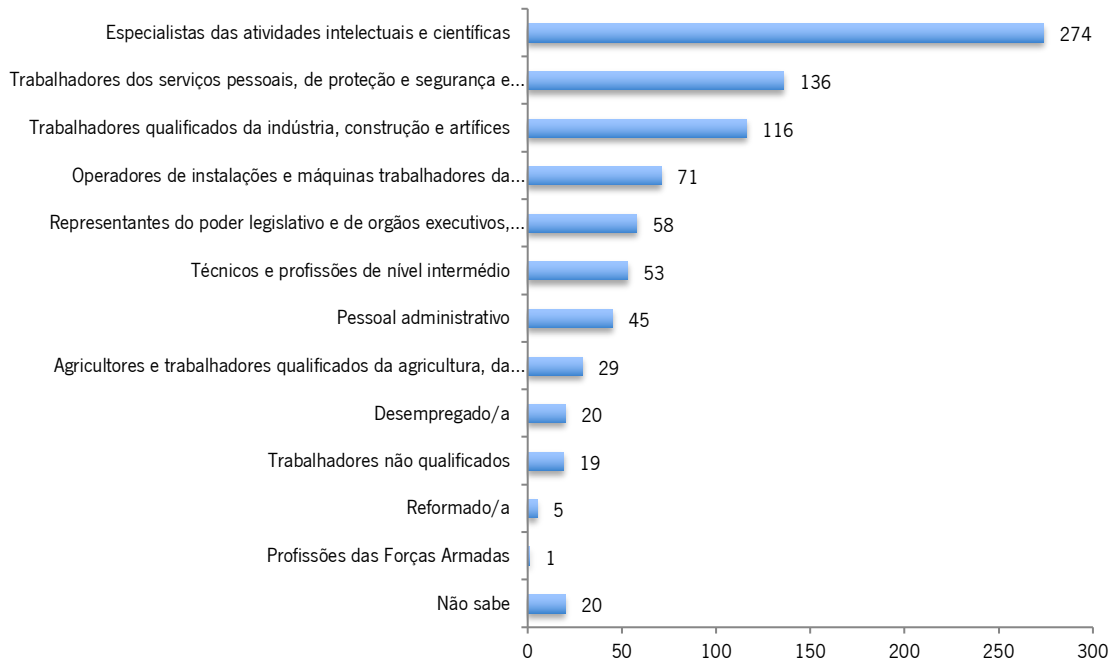


Gráfico 12: Profissão dos pais

2. Usos e práticas mediáticas

Numa fase inicial da análise, e tendo em consideração os objetivos desta tese, procurámos explorar os padrões de uso dos *media* destes jovens. Das atividades analisadas, em média, os jovens despendem mais tempo a ouvir música ($M = 3.08$), utilizar as redes sociais ($M = 3.06$) e a navegar na Internet ($M = 3.01$) do que a utilizar outros meios. Em média, os participantes despendem menos tempo a ler jornais e revistas ($M = 2.48$) e a ouvir rádio ($M = 1.84$) (Tabela 21).

Tabela 21: *Valores médios do tempo de utilização dos media (de 1 = Não utilizo a 5 = Mais de 3 horas)*

Atividade	M	DP
Ouvir música	3.08	1.18
Utilizar redes sociais	3.06	1.18
Pesquisar/navegar na Internet	3.01	1.02
Conversar em <i>chats</i>	2.92	1.24
Ver televisão	2.83	.93
Enviar SMS ou MMS Por telemóvel	2.72	1.27
Falar ao telefone/telemóvel	2.48	1.04
Jogar videojogos	2.17	1.26
Ler livros (impressos ou digitais)	2.12	.95
Ouvir rádio (ou Web rádio)	1.84	.91
Ler jornais e revistas (impressos ou digitais)	1.51	.65

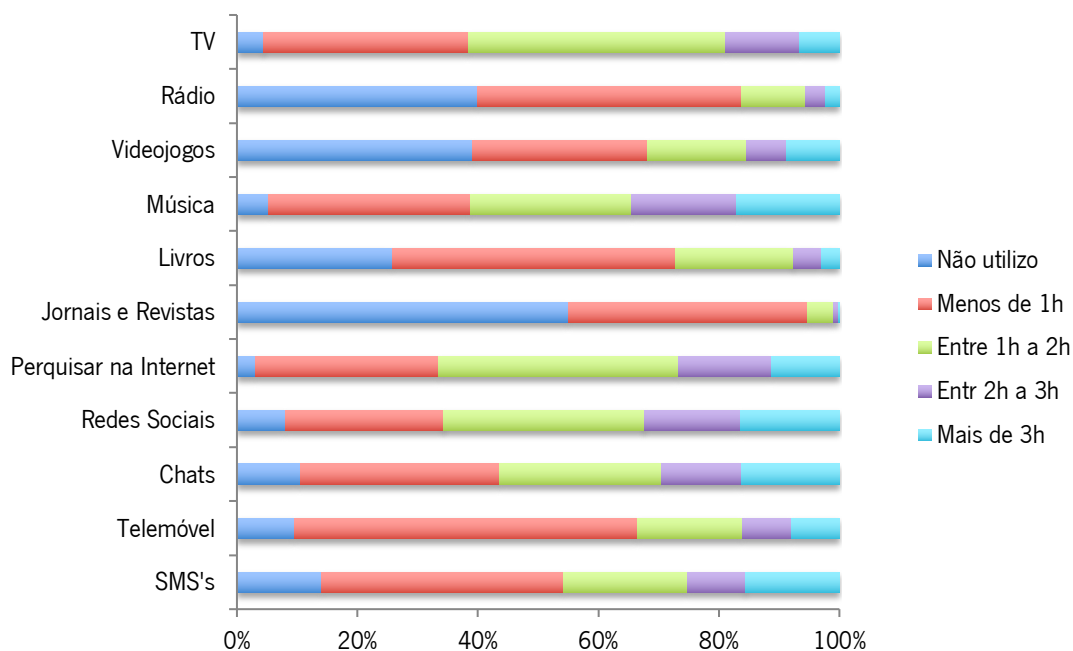


Gráfico 13: Utilização dos *media*

O Gráfico 13 apresenta as frequências de cada uma das atividades. Como podemos observar, a distribuição dos dados é diversificada, mas a atividade de “ouvir música” constitui uma das atividades que apresenta valores mais equitativamente distribuídos. No entanto, uma maior percentagem de jovens afirma ouvir música, em média, menos de uma hora (33.4%) ou entre uma a duas horas (26.8%). A música pode ter um papel relativamente às emoções, à identidade, controlo/ação pessoal e relações interpessoais, influenciando, deste modo, o desenvolvimento do jovem e até a sua saúde mental (ex., Laiho, 2004). Além disso, a terapia através da música já revelou servir propósitos terapêuticos, promovendo a autoestima, a expressão, as relações entre pares, as competências de aprendizagem (Cheong-Clinch, 2009), podendo até ser útil em terapias de promoção do *coping* em jovens em processo de luto (ex. Mcferran, Roberts, & O’Grady, 2010).

No que concerne à utilização de redes sociais, também se observa algum equilíbrio entre as percentagens das opções, destacando-se, no entanto, a percentagem de jovens que, em média, utiliza as redes sociais entre uma a duas horas (33.3%) e os que as utilizam menos de uma hora (26.3%). Apenas 3% revela não despende tempo a pesquisar/navegar na Internet (apresentando os restantes valores bastante equiparados). Destaca-se, no entanto, a percentagem dos que a utilizam, em média, uma a duas horas (39.8%) e menos de uma hora

(30.5%). Do mesmo modo, conversar em *chats* apresenta uma distribuição equilibrada ao longo das frequências, destacando-se, no entanto, as percentagens de jovens que, em média, conversam em *chats* menos de uma hora (33.2%) e de uma a duas horas (26.8%). De facto, é inegável a relevância da Internet para os jovens (ex. Sergi et al., 2016).

Para a atividade “ver TV”, observa-se maiores percentagens para os que referem usufruir dela de uma a duas horas (42.7%) e menos de uma hora (34.0%) por dia, seguindo-se os que a utilizam entre 2 a 3 horas (12.3%). Contudo, o tempo despendido, em média, com as atividades online, superam a televisão, mas é interessante reparar que esta parece, por sua vez, superar os outros *media* digitais analisados neste estudo. Estes dados sugerem que a televisão continua a ter um papel de destaque na vida dos jovens (ex. Strasburger et al., 2013; Pereira et al., 2015) e que estes podem estar a ver conteúdos televisivos no computador e em telemóveis. Congruentemente, apenas 40 jovens (4.42%) referem não ver televisão.

Em seguida, surgem as atividades com o telemóvel, sendo interessante atentar que, consistentemente com alguns estudos (ex. Rosen, 2010), existe neste estudo a tendência já descrita de os jovens despendem mais tempo a enviar mensagens de texto do que a falar ao telefone ou telemóvel.

Posteriormente, encontram-se os jogos online seguidos de outros *media* tradicionais. De facto, estes foram descritos frequentemente como não sendo utilizados: ler jornais/revistas (55%) ouvir rádio (40%) e jogar videojogos (39.1%). No caso dos videojogos, os dados são consistentes com os resultados encontrados no estudo de Pereira et al. (2015), que explicam que os valores baixos de uso dos videojogos podem dever-se ao facto dos jovens jogarem frequentemente online.

De um modo geral, as atividades em que os jovens admitem despendem mais de 3 horas são, por ordem decrescente: ouvir música ($n = 152$), utilizar as redes sociais ($n = 147$), conversar em *chats* ($n = 146$) e enviar SMS/MMS ($n = 139$). Por outro lado, as mais votadas como não sendo utilizadas são: ler jornais/revistas ($n = 488$), ouvir rádio ($n = 358$) e jogar videojogos ($n = 350$). Embora não seja possível estimar com exatidão o tempo total que os jovens passam com os ecrãs, pode-se assumir que estes consomem grande parte das rotinas diárias dos jovens.

2.1 Papel do género, ano de escolaridade e distrito nos usos mediáticos

Após a análise do padrão geral de utilização dos *media*, procurámos identificar potenciais diferenças em cada uma das atividades mediáticas em função do género, ano de escolaridade e distrito onde frequentam a escola. As análises estatísticas mais detalhadas encontram-se no Anexo 8.1.

No que diz respeito ao género, os resultados sugerem que as raparigas tendem a despende mais tempo com quase todos os *media* analisados, nomeadamente, a ouvir música, visitar redes sociais, enviar mensagens de texto e MMS, falar ao telemóvel e ouvir rádio. Estas também parecem despende mais tempo a ler livros do que os rapazes, independentemente do distrito e ano de escolaridade. Estes dados são consistentes com os estudos que indicam que as raparigas tendem a usar mais telemóveis (Cotton, Shank & Anderson, 2014; Lampert, Sygusch & Schlack, 2007; Matos et al., 2015; Ohannessian, 2009; Pereira et al., 2015), ler livros e ouvir rádio (ex., Pereira, Pinto e Moura, 2015), ouvir música ou usar MP3/MP4 (Cotton et al., 2014; Lampert et al., 2007; Pereira et al., 2015) e, em geral, para utilizar mais as tecnologias relacionadas com a comunicação (Cotton et al., 2014). O Gráfico 14 apresenta as diferenças significativas encontradas. Estas diferenças de género podem dever-se a uma maior tendência para *multitasking* encontrada nas raparigas relativamente à música e comunicação (*chats*, e-mail, ouvir ou fazer download de músicas) (ex. Cotton et al., 2014).

Todavia, os dados demonstraram que o uso dos videojogos é a única atividade com a qual os rapazes despendem mais tempo do que as raparigas, independentemente do ano de escolaridade e distrito. Coerentemente, existe uma direção clara e consistente na literatura, relativamente à soberania dos rapazes quanto ao uso de videojogos (ex., Cotton et al., 2014; Garcia-Continente, Pérez-Gimenez, Espelt, & Adell, 2013; Lampert et al., 2007; Ohannessian, 2009; Pereira et al., 2015).

Para finalizar, foi observado que não existem diferenças de género relativamente ao tempo despendido a navegar na Internet, ver TV (Ohannessian, 2009), usar *chats* e ler jornais e revistas.

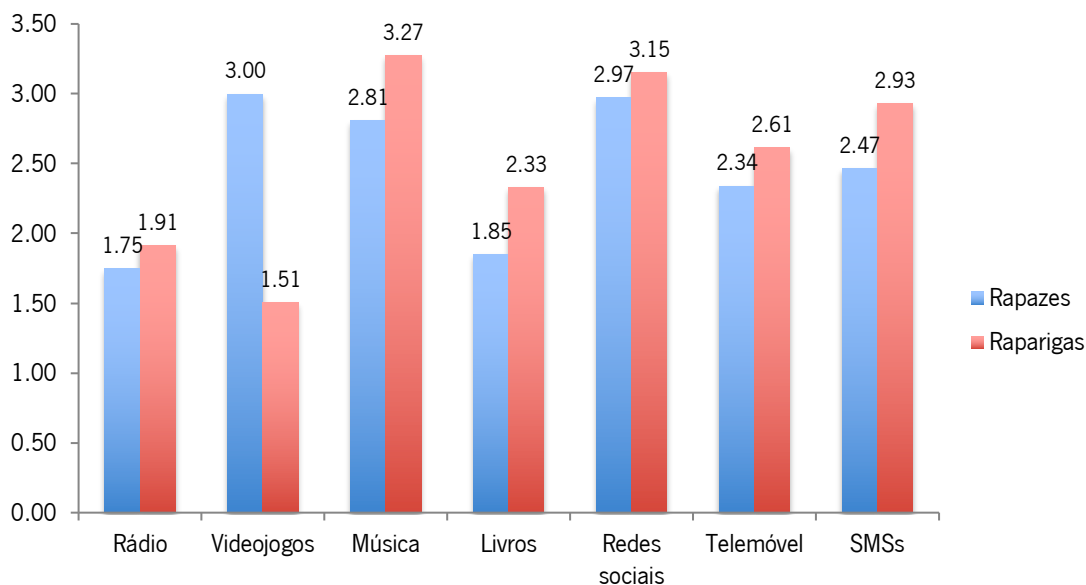


Gráfico 14: Diferenças significativas no uso dos *media* em função do género

Quando se considerou a escolaridade, os dados revelaram que os adolescentes de níveis escolares superiores tendem a despende mais tempo com os *media*. Com efeito, os dados apontam que os alunos mais jovens (do 7º ano) tendem a apresentar uma menor frequência de utilização de grande parte dos *media*: ouvir música, navegar na Internet, usar redes sociais, conversar em *chats*, falar ao telemóvel, enviar mensagens de texto e MMS por telemóvel e a ler jornais e revistas. Como exceção, foi observado que os jovens do 11º ano tendem a jogar menos videojogos e a ver menos TV (apenas observado no distrito do Porto) do que os restantes (Gráfico 15).

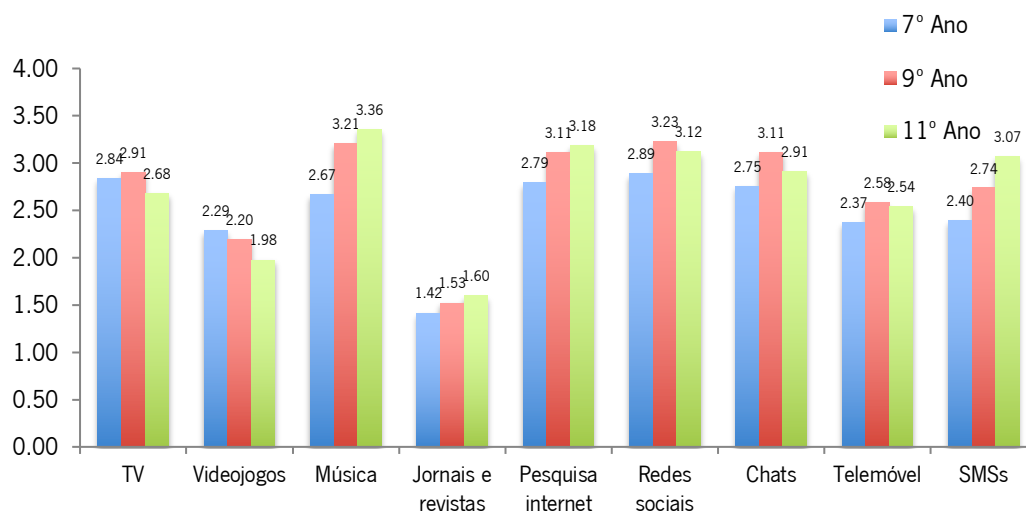


Gráfico 15: Diferenças significativas no uso dos *media* em função da escolaridade

Tendo em consideração as análises de diferenças em função do distrito, não foi possível observar uma tendência clara ou consistente no que diz respeito à natureza litoral/interior, o que parece indicar que os jovens no Norte de Portugal tendem a aproximar-se quanto ao tempo de uso dos *media*, independentemente do local onde habitam e estudam. O Gráfico 16 apresenta as diferenças significativas encontradas. Mais especificamente, foi verificado que os adolescentes do Porto ouvem mais rádio do que os de Braga e que estes despendem menos tempo a enviar SMS/MMS comparativamente com os do Porto e de Bragança. Para além disso, os de Bragança também leem mais do que os de Braga, o que poderá dever-se a uma tendência para uma maior quantidade de estímulos de outra natureza no litoral, que não apenas o incentivo à leitura. Estas diferenças culturais podem traduzir-se num maior número de atividades nos estudantes de braga e um menor foco e investimento de tempo em cada uma das mesmas.

Convém reparar que alguns dos locais de recolha da amostra envolvidos neste estudo apresentam diferenças quanto ao nível de desenvolvimento urbano (ex. centro da cidade do Porto e Macedo de Cavaleiros). No entanto, essas diferenças não se fazem notar de modo consistente, o que indica que o acesso e uso dos *media* parece ser semelhante, no que se refere aos jovens do norte.

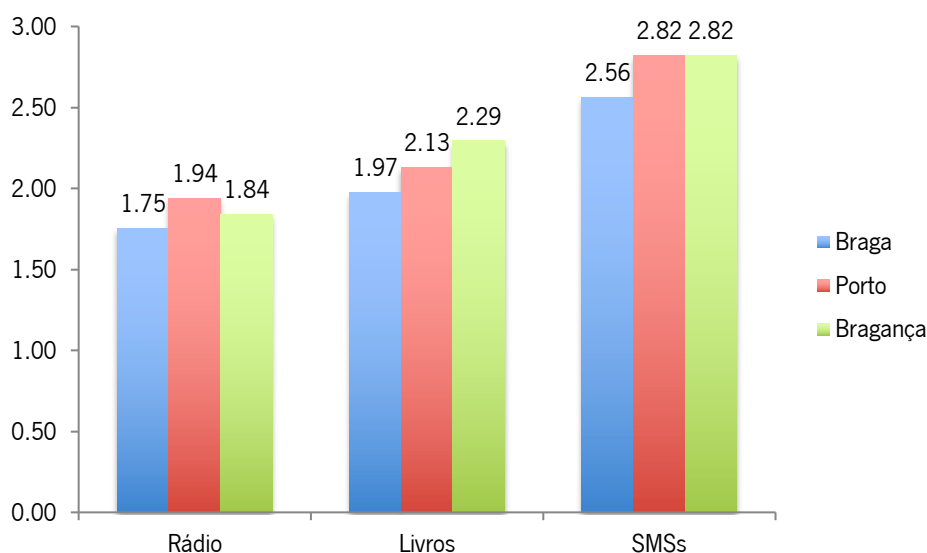


Gráfico 16: Diferenças significativas no uso dos media em função do distrito

Em modo de conclusão, estes dados sugerem um padrão de uso dos *media* em que os adolescentes do sexo feminino e os mais velhos tendem a despendem mais tempo com os

media analisados. Todavia, no que diz respeito ao local onde frequentam a escola, não foram encontradas tendências claras, o que parece indicar que a localização não é uma variável determinante (ex. Pereira, Pereira & Melro, 2015), devido, provavelmente, à globalização dos *media* e à acessibilidade e acesso dos adolescentes aos meios digitais.

2.2 Séries/programas

Relativamente a este tema, procurámos compreender quais as séries ou programas de televisão preferidos dos jovens, incidindo especialmente em séries/programas com conteúdos de saúde. Os jovens revelaram dificuldade em selecionar a série/programa favorito(a), mas a lista dos resultados revelou ser muito diversificada, com quase 200 entradas. Como se pode verificar na Tabela 22, as séries/programas favoritos dos jovens pertencem à categoria de entretenimento e ficção. As três mais mencionadas são: “The Walking Dead ($n = 38$), “Hawai - Força Especial” ($n = 36$) e “Teen Wolf” ($n = 26$). No geral, os jovens parecem revelar uma predileção pela ficção, policiais, aventura e telenovelas.

Tabela 22: Frequências de preferência de programas/séries

Ranking	Nome da série/programa	n	%
1º	The Walking Dead	38	4.2
2º	Hawai – Força Especial	36	4.0
3º	Teen Wolf	26	2.9
4º	Game of Thrones	24	2.6
5º	A Única mulher	22	2.5
6º	The Vampire Diaries	21	2.3
7º	Morangos com Açúcar	20	2.1
8º	Castle	18	2.0
9º	Pretty Little Liars	16	1.8
9º	Arrow	16	1.8
9º	The Big Bang Theory	16	1.8

Não obstante a referência a estes conteúdos, a grande maioria dos jovens indicou que não vê séries ou programas que abordem algum tema de saúde ou risco para a saúde ($n = 559$) enquanto 338 responderam afirmativamente. Quando foi pedido a estes últimos que especificassem os programas ou séries com temas de saúde que assistem, apenas algumas respostas se destacaram com um maior número menções: “Grey’s Anatomy” ($n = 38$), “Peso

Pesado” ($n = 36$) e o “Dr. House” ($n = 26$). Os programas que apresentaram n inferior a 10 não foram incluídos na Tabela 23.

Tabela 23: Frequências do visionamento de programas/séries de que abordam temas de saúde/risco

Ranking	Nome da série/programa	n	%
1º	Grey's Anatomy	38	4.2
2º	Peso Pesado	36	4.0
3º	Dr. House	26	2.9

Estes conteúdos mediáticos diferem das séries favoritas ao reportarem, preferencialmente, a um contexto hospitalar ou problema de saúde. Deste modo, os adolescentes revelaram não ter conhecimento de que as suas séries ou programas favoritos incluem conteúdos de saúde. De facto, nenhuma das onze séries favoritas dos jovens foi citada nos três primeiros lugares, como contendo temas de saúde. É interessante reparar que os jovens referiram algumas séries preferidas cujo público-alvo são os jovens e que abordam frequentemente comportamentos de risco associados aos adolescentes (ex. sexo desprotegido, gravidez na adolescência, consumo excessivo de álcool, consumo de drogas) mas, tendencialmente, não consideraram estes temas como questões de saúde/risco. Por exemplo, a série mais citada como favorita dos jovens é “The Walkind Dead”, que incide num protagonista que acorda de um coma e luta pela sobrevivência com seres com mutações biológicas (mortos-vivos), defendendo-se com violência física (por exemplo, com objetos cortantes) e matando, muitas vezes, de modo sangrento, os referidos seres. No entanto, esta série não foi percebida pelos adolescentes como contendo temas sobre saúde.

A ausência desta percepção, revela que os estudantes não têm presente a definição de saúde proposta pela OMS, que define a saúde como *“um estado de total bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença ou enfermidade.”* (OMS, 1946, p.100) e acrescenta que *“A saúde (...) é vista como um recurso de vida diária, não o objetivo de viver (...) é um conceito positivo, enfatizando recursos sociais e pessoais, bem como capacidades físicas”* (OMS, 1986, p.1). Os jovens parecem associar a saúde à ausência de doença física, apresentando dificuldades em identificar/reconhecer as suas componentes sociais e psicológicas. Para além disso, é importante referir que a capacidade de identificação de

conteúdos de saúde nos *media* é uma das componentes da LMS (Levin-Zamir et al., 2011), e que a maior parte dos jovens parece não demonstrar essa capacidade.

3. Comportamentos de saúde

Procurando explorar e aprofundar o tema de estudo e os objetivos desta tese, neste subcapítulo debruçamo-nos sobre alguns comportamentos de saúde (fazer exercício físico ou desporto; adotar uma alimentação pouco saudável; fazer dieta ou adotar outro método para emagrecer; consumir bebidas alcoólicas; envolver-se em lutas ou comportamentos agressivos e fumar tabaco). Deste modo, verificámos que o comportamento de saúde mais frequente nos jovens é a prática de exercício físico ($M = 3.65$), sendo o consumo de tabaco o menos frequente ($M = 1.27$) (Tabela 24).

Tabela 24: Comportamentos de saúde

<i>Ranking</i>	Comportamentos de saúde	<i>M</i>	<i>DP</i>
1°	Fazer exercício físico ou desporto	3.65	1.19
2°	Alimentação pouco saudável	2.46	.85
3°	Fazer dieta ou outro método para emagrecer	2.22	1.20
4°	Beber bebidas alcoólicas	1.55	.83
5°	Envolvimento em lutas ou comportamento agressivos	1.37	.67
6°	Fumar tabaco	1.27	.81

Ao analisar o Gráfico 17, podemos observar que, de facto, a atividade física apresenta os valores mais baixos de jovens que nunca a praticaram (4.4%) e a percentagem mais elevada de jovens que a praticam sempre (31.7%). Por outro lado, nas maiores percentagens de jovens que afirmam nunca apresentar determinado comportamento encontram-se o consumo de tabaco (86.4%). Embora estes resultados possam parecer positivos, convém lembrar, no entanto, que os dados foram auto reportados, pelo que estes se podem dever à deseabilidade social e à recolha de dados em ambiente controlado.

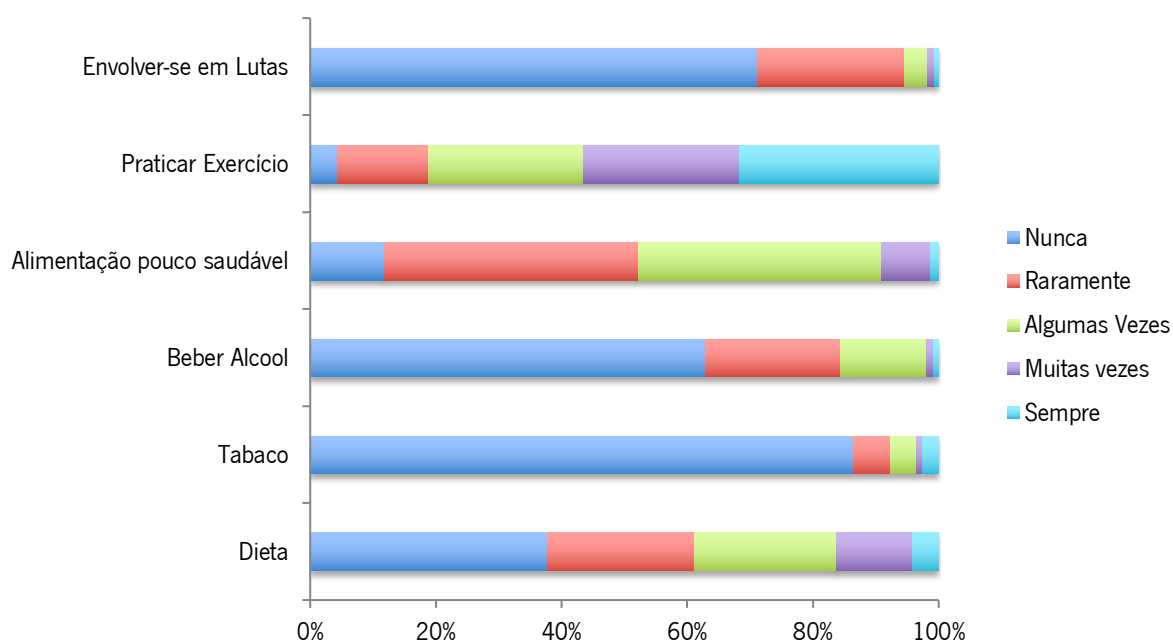


Gráfico 17: Comportamentos de saúde

3.1 Diferenças nos comportamentos de saúde

De seguida, procurámos analisar a relação destes comportamentos com a idade dos adolescentes. Os dados sugerem que todos os comportamentos de saúde analisados, excetuando o exercício físico e o envolvimento em lutas, têm uma associação positiva com a idade. Estes dados indicam que à medida que a idade dos jovens avança, aumenta a tendência para a adoção de quase todos os comportamentos analisados, diminuindo, no entanto, a tendência para realizarem atividade física e envolverem-se em lutas (ver Anexo 8.2).

Em geral, relativamente às diferenças de género, os resultados são consistentes com a literatura, revelando que os rapazes tendem a fazer mais atividade física do que as raparigas (ex., Matos et al., 2015, 2014; Santos et., al., 2014), envolvendo-se, no entanto, mais frequentemente em lutas (ex., Matos et al., 2015). Por outro lado, as raparigas tentem a aderir mais frequentemente a dietas (ex., Matos et al., 2015; Mendes et. al., 2014; Oliveira et. al., 2015) (Gráfico 18). (ver Anexo 8.3).

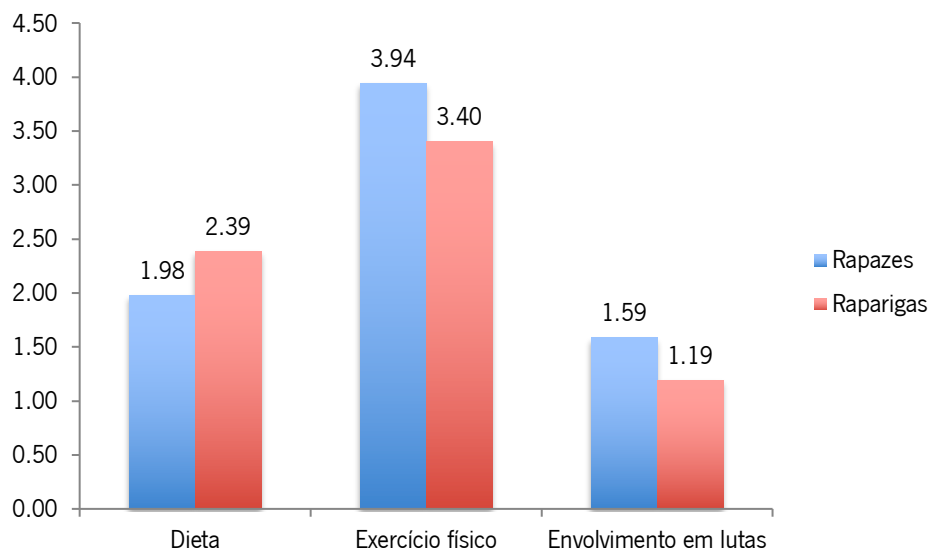


Gráfico 18: Diferenças significativas nos comportamentos de saúde em função do género

Congruentemente com a literatura, os resultados apontaram a tendência dos adolescentes mais velhos (11º ano) consumirem mais frequentemente tabaco e álcool, adotarem uma alimentação pouco saudável (ex., Matos et al., 2015) e realizarem menos frequentemente exercício físico (ex., Marques & Matos, 2014; Matos et al., 2015), quando comparados com os mais jovens. No entanto, tendem a envolver-se menos em comportamentos agressivos do que os restantes anos (ex., Matos et al., 2015) (Gráfico 19).

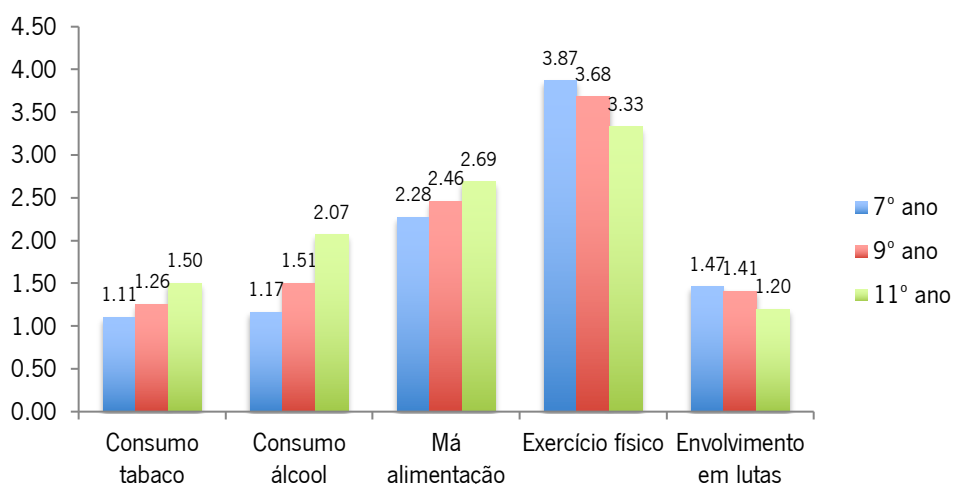


Gráfico 19: Diferenças significativas nos comportamentos de saúde em função da escolaridade

No que diz respeito à localização geográfica, os jovens de Bragança tendem a consumir mais frequentemente tabaco, comparando com os jovens de Braga. Além disso, os

de Bragança e Porto tendem a consumir álcool mais frequentemente (Gráfico 20). Contudo, apenas no distrito de Bragança, foi encontrado que os rapazes tendem a consumir mais frequentemente álcool e tabaco do que as raparigas.

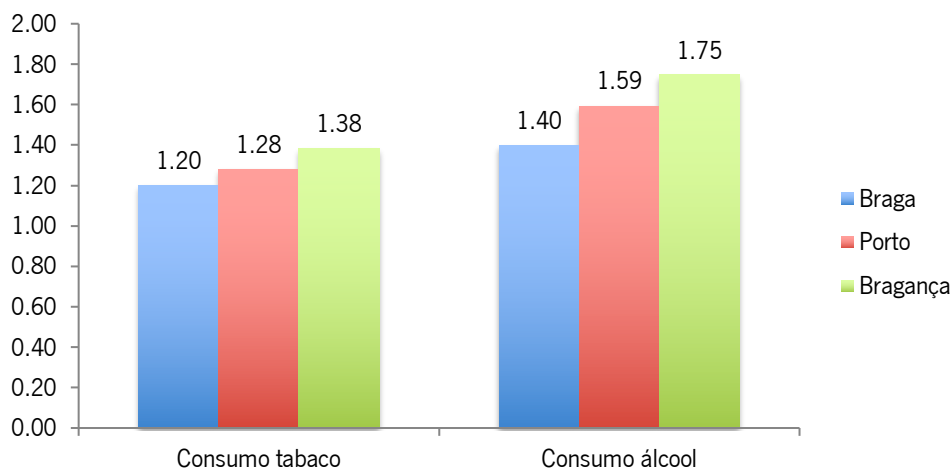


Gráfico 20: Diferenças significativas nos comportamentos de saúde em função do distrito

Concretizando, parece existir evidência, ainda que timidamente, de que os adolescentes mais velhos, os rapazes e os estudantes de Bragança tendem a envolver-se mais em comportamentos prejudiciais para a saúde.

3.1 Usos mediáticos e comportamentos de saúde

Seguidamente, procuramos explorar as associações entre o uso dos *media* em geral e da Internet, em particular, e os comportamentos de saúde analisados neste trabalho: dieta, consumo de tabaco e álcool, exercício físico, má alimentação e envolvimento em lutas. Com efeito, verificou-se que ambos - o uso dos *media* no geral e da Internet em particular - demonstraram associações positivas com a dieta, consumo de álcool, má alimentação e envolvimento em lutas (ver Anexo 8.2). Estes dados sugerem o potencial efeito da frequência de utilização dos *media* nos comportamentos dos adolescentes (Rosen et al., 2014). Segundo Bandura (1962, 1985, 1986, 1999, 2001), os conteúdos mediáticos têm o potencial de servir como modelos que podem reforçar o comportamento dos jovens.

4. Comportamentos online

Subsequentemente, com o objetivo de aprofundar possíveis comportamentos dos jovens que possam ocorrer online, analisamos três atividades, nomeadamente, a publicação de conteúdos privados em redes sociais ou blogs, as conversas com desconhecidos na Internet e a possibilidade dos jovens serem provocados, ofendidos ou ameaçados através dos *media* (Tabela 25). A maioria dos jovens afirma que nunca se envolve nestes comportamentos/situações (Gráfico 21). Para estes três comportamentos/situações, as frequências diminuíram ao longo da escala, isto é, à medida que a frequência do comportamento aumenta na escala, o número de jovens que afirma apresentar o comportamento diminui.

Tabela 25: Comportamentos online

<i>Ranking</i>	Comportamentos online	<i>M</i>	<i>DP</i>
1º	Publicar conteúdos pessoais em redes sociais ou blogs	1.70	1.00
2º	Falar com desconhecidos na Internet	1.87	.09
3º	Ser provocado, ofendido ou ameaçado através dos <i>media</i>	1.25	.30

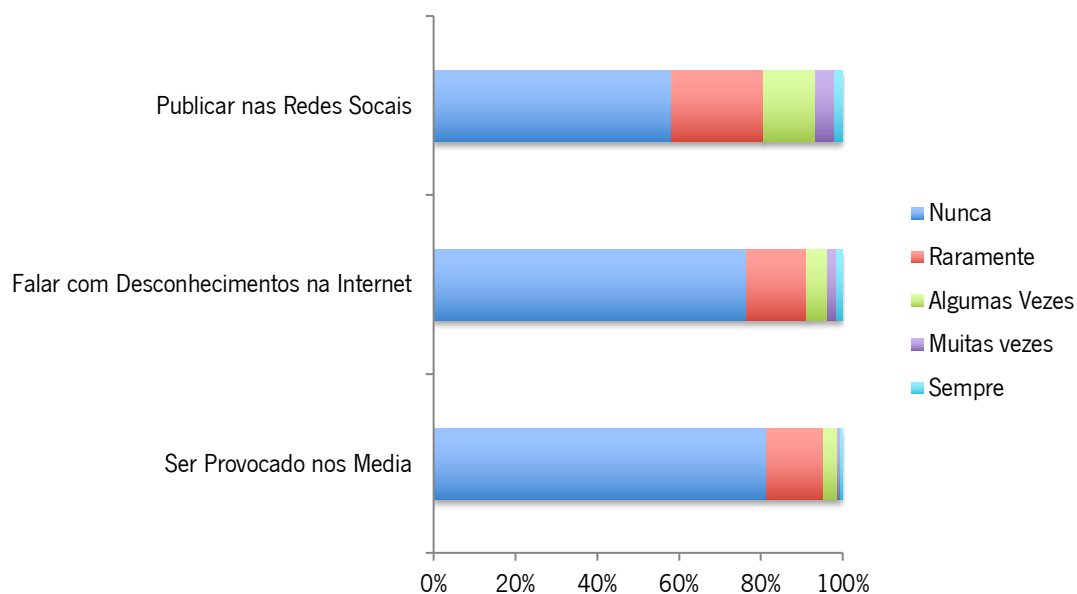


Gráfico 21: Comportamentos online

Embora a maior parte dos jovens tenha referido que nunca apresenta estes comportamentos online, em média, os jovens assumiram que tendem a publicar mais conteúdos muito pessoais em redes sociais ou blogs do que a apresentar os restantes comportamentos analisados. Mais especificamente, mais de 40% admitiram apresentar esse comportamento. Aproximadamente um quarto dos jovens inquiridos admite, igualmente, que já conversou com desconhecidos na Internet.

Paralelamente, na análise da frequência de provocação, ofensa ou ameaça através dos *media*, que corresponde ao risco de vitimização por *cyberbullying* (ou *cyber-aressment* ou *cyber-agression*), a proporção dos jovens que respondeu afirmativamente (não respondeu “nunca”) é de cerca de 1/5. Estes resultados são superiores aos encontrados em alguns estudos (ex., Lampert et al., 2012; Matos et al., 2015), o que pode apontar para uma maior consciencialização dos jovens para o problema.

Estes dados parecem sugerir que os adolescentes podem estar a apresentar alguns comportamentos que os podem expor a riscos online (Livingstone & Haddon, 2009).

4.1 Diferenças nos comportamentos online

Adicionalmente, procuramos compreender a influência de variáveis contextuais e individuais (género, escolaridade, distrito) nos comportamentos online (Anexo 8.4). Com efeito, os dados do nosso estudo indicaram que os rapazes, em detrimento das raparigas, tendem a conversar mais frequentemente com estranhos na Internet (Gráfico 22). Uma possível explicação para estes resultados recai sobre o facto de os rapazes terem manifestado jogar mais online, o que já revelou previamente uma associação com conversas online com novas pessoas (Liau et al., 2005).

Tendo em consideração a associação entre comportamentos online e a idade, o comportamento de publicar conteúdo privado em redes sociais e blogs demonstrou estar positivamente associado com a idade. Estes resultados são consistentes com o estudo EU Kids Online (Barbovschi et al., 2012), que revelou existir uma associação positiva entre este comportamento e a idade dos jovens (e consequentemente, com a escolaridade). Desta forma, parecem ser os mais velhos a apresentar maior tendência para falar com desconhecidos na Internet (Anexo 8.2).

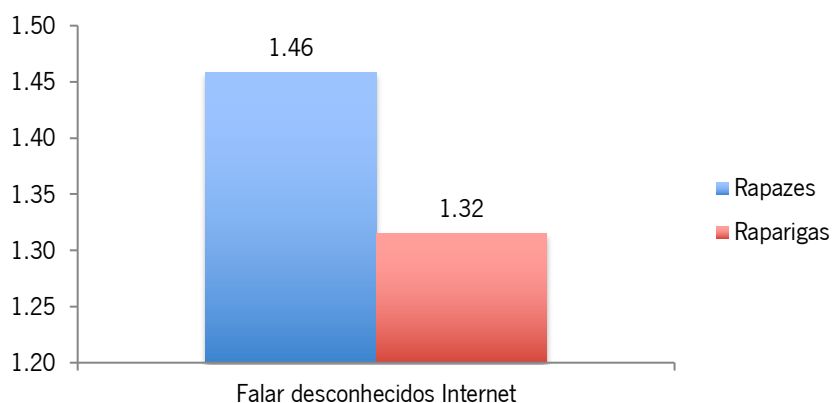


Gráfico 22: Diferenças significativas nos comportamentos online em função do género

Os dados revelaram, ainda, que são os jovens do 7º ano que reportam uma menor frequência na tendência para serem vítimas de provocações na Internet, comparativamente aos do 9º ano, o que parece ir ao encontro dos dados encontrados na literatura que sugere maiores níveis de vitimização por *cyberbullying* nos jovens mais velhos (Matos et al., 2015; Hong, Lee, Espelage, Hunter, Patton & Rivers, 2016). No entanto, alguns estudos chamam a atenção para o facto de os adolescentes mais velhos tenderem a pedir menos ajuda (ex., Pereira et al., 2016), contribuindo deste modo para uma possível invisibilidade do *cyberbullying*. Por outro lado, os adolescentes do 9º ano também apresentam maior tendência para falar com desconhecidos na Internet que os do 7º ano (Gráfico 23). Estes dados parecem sugerir que os estudantes mais velhos podem apresentar um maior risco de provocação.

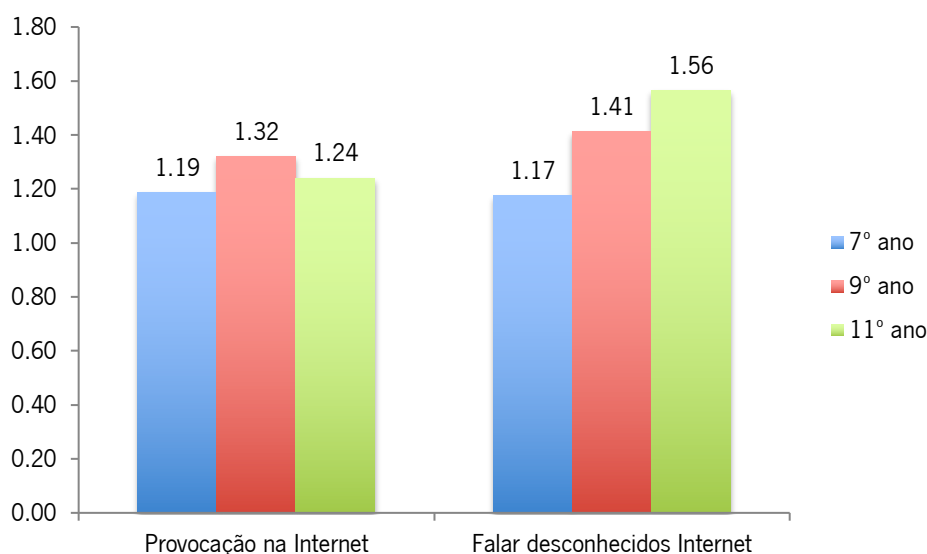


Gráfico 23: Diferenças significativas nos comportamentos online em função da escolaridade

No que diz respeito à localização, verificou-se que este comportamento de falar com desconhecidos na Internet parece ser significativamente mais prevalente no distrito do Porto do que no distrito de Braga (Gráfico 24).

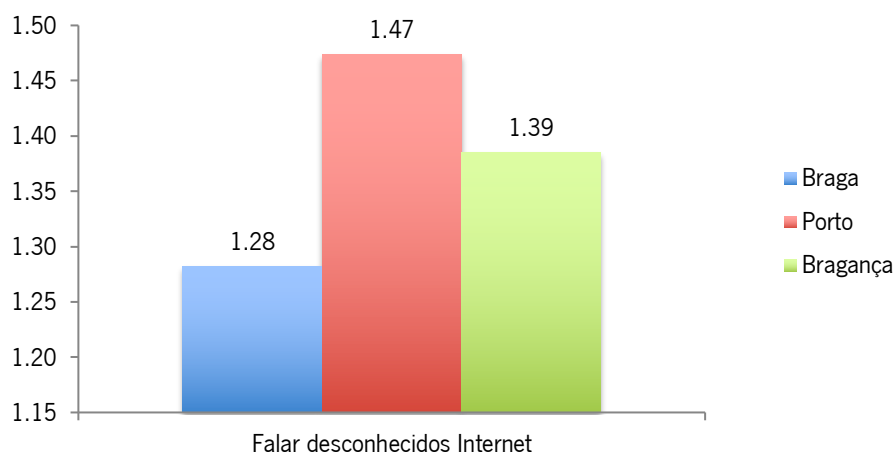


Gráfico 24: Diferenças significativas nos comportamentos online em função do distrito

Além disso, no distrito do Porto, são os rapazes e os do 7ºano que tendem a publicar menos frequentemente conteúdo privado em redes sociais ou blogues. Estes dados são contrários a um estudo com adolescentes e jovens universitários que encontrou que os comportamentos de publicar conteúdo privado em redes sociais estavam associados negativamente com a idade/escolaridade dos jovens (ex., Błachnio et al., 2015). No entanto, é importante ter em atenção que as diferenças de género, escolaridade ou idade não foram significativas para os distritos de Braga e Bragança. Com efeito, estes dados sugerem a necessidade de ter em consideração as variáveis contextuais e situacionais que possam afetar este comportamento.

Concluindo, podemos inferir que embora as percentagens de jovens com estes fatores de risco sejam baixas, nenhum dado indica uma tendência para a sua diminuição, merecendo atenção por parte da investigação. Como observado nos comportamentos de saúde, os adolescentes mais velhos tendem a um maior risco online, o que não quer dizer que a intervenção preventiva não deva começar em idades precoces. Por um lado, esta diferença pode dever-se ao facto de os jovens mais velhos despenderem mais tempo e realizarem mais atividades online e sentirem menor mediação e monitorização por parte dos pais (Vaala &

Bleakley, 2015). Por outro lado, a procura de sensações aumenta ao longo da adolescência (ex., Collado et al., 2014), o que faz com que possam correr mais riscos.

4.2 Usos mediáticos e comportamentos online

Relativamente aos comportamentos online (falar com desconhecidos na Internet, publicar conteúdos escritos ou imagens muito pessoais ou íntimos em blogs ou em redes sociais; ser provocado, ofendido ou ameaçado através da Internet, telemóvel ou outros meios electrónicos), os dados revelaram que quanto mais os jovens usam a Internet e os *media* em geral, maior a tendência para estes revelarem conteúdo privado em blogs ou redes sociais (Anexos 8.2). De modo consistente com vários estudos, quanto mais os adolescentes usam a Internet, maior é a probabilidade de vitimização por *cyberbullying* (Kowalski & Giumetti, 2014; Navarro et al., 2013; Festl et al., 2013).

Adicionalmente, os jovens que usam mais a Internet e os *media* em geral tendem a conversar mais online com pessoas que não conhecem. Estes dados parecem demonstrar que quanto mais tempo (e maior diversidade de atividades realizadas) online, maiores as hipóteses de contactar com mais pessoas e de, conseqüentemente, de conhecer novas (Barbovschi et al., 2012). De acordo com o “Usage Paradigm”, o uso da Internet parece estar associado a mais oportunidades e a mais riscos (ex., Livingstone & Haddon, 2009, p. 17), o que pode igualmente justificar a associação positiva encontrada entre falar com estranhos online e a frequência de uso dos restantes *media*.

5. Fontes de informação sobre saúde

5.1 Obtenção de informação sobre saúde

Tendo por objetivo avaliar a frequência de obtenção de informação de saúde por parte dos adolescentes, centrámo-nos em 21 fontes de informação específicas. Desta forma, procurámos avaliar a frequência da obtenção de informação através de cada uma das fontes.

Como é visível na Tabela 26, os jovens tendem a obter mais (frequentemente) informação de saúde através dos pais ($M = 3.91$), profissionais de saúde ($M = 3.69$) e Internet ($M = 3.18$). Tendo em consideração as análises mais específicas no Gráfico 16, as fontes que foram as mais citadas como ocorrendo “muitas vezes” ou “sempre” foram os pais (41.5% e

28.1%), os profissionais de saúde (31.7% e 26.7%) e a Internet (30.2% e 10.2%) (Gráfico 16). Por outro lado, as fontes através das quais dizem obter menos frequentemente informação de saúde são os programas de rádio ($M = 1.88$), a música ($M = 1.81$), os videojogos ($M = 1.56$) e as linhas de apoio ($M = 1.47$). Embora constitua a menor frequência apresentada na tabela, é relevante notar que há jovens que sentem que não têm fontes às quais recorrer ($M = 1.31$), nomeadamente, “algumas vezes” ($n = 93$), “muitas vezes” ($n = 11$) ou mesmo “sempre” ($n = 20$) (Gráfico 25).

Tabela 26: Obtenção de informação de saúde (fontes mais citadas)

<i>Ranking</i>	Obtenção de informação de saúde	<i>M</i>	<i>DP</i>
1°	Pais	3.91	.89
2°	Profissionais de saúde	3.69	1.06
3°	Internet	3.18	1.07
4°	Programas de informação	2.97	1.01
5°	Professores e outros	2.94	1.06
6°	TV	2.91	.97
7°	Campanhas	2.91	1.09
8°	Sites	2.74	1.30
9°	Séries	2.52	1.19
10°	8°. Amigos	2.52	.93
11°	9°. Redes sociais	2.51	1.12
12°	10°. Irmãos	2.46	1.22

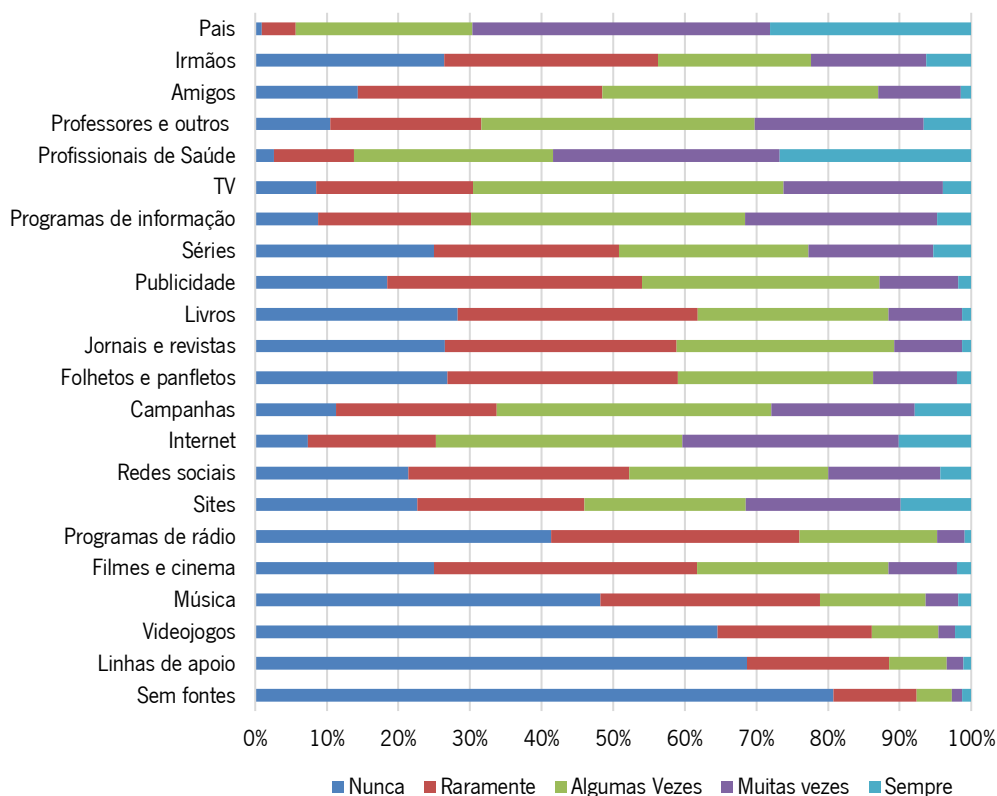


Gráfico 25: Obtenção de informação de saúde

Apesar de não existir consensualidade na literatura, alguns estudos apontam os pais (ou pelo menos um deles) como a principal fonte de informação sobre saúde (ex., Ackard & Neumark-Sztainer, 2001; Baheiraei et al., 2013; Levin-Zamir, 2011). No entanto, parece existir uma tendência para a Internet constituir a fonte primária de informação sobre saúde (ex., Ghaddar et al., 2012; Navarra et al., 2014; Ralph et al., 2011; Skopelja et al., 2008).

Embora de forma não prevalente, a Internet revelou-se, neste estudo, como uma fonte de informação também muito importante para os jovens. Entre as fontes mediáticas, a Internet demonstrou claramente um papel de destaque através da qual os jovens obtêm e procuram mais informação de saúde. Contudo, é importante ter em consideração que existe uma tendência para a literatura sobre procura e utilização de informação de saúde se focar quase exclusivamente na Internet ou recursos online (Kim & Syn, 2014).

Paralelamente, a soberania dos pais como fonte de informação para a saúde pode ser explicada pela perceção acerca do conceito de saúde. Mais especificamente, os jovens poderiam considerar que as questões de saúde se referiam apenas a sintomas ou doenças. Neste caso, poderiam estar a referir que, apenas quando se sentem mal ou estão doentes, recorrem ou obtêm informação sobre saúde através dos pais.

Neste sentido, é interessante considerar o estudo de Brooks et al. (2015), que descobriu uma tendência para o aumento da facilidade de comunicar com os pais nos 32 países analisados, inversa ao caso específico de Portugal, na qual encontrou uma tendência para a sua diminuição. No entanto, os dados do nosso estudo indicam que jovens portugueses tendem não só a não ter dificuldades em conversar com os seus pais, mas também a preferi-los, comparativamente a outras fontes de informação, pelo menos, no que diz respeito a temas de saúde.

5.2 Diferenças na obtenção de informação sobre saúde

Com o objetivo de identificar diferenças em função de género, escolaridade e distrito, foram realizados testes de diferenças para a obtenção de informação sobre saúde para cada uma das fontes de informação (Anexo 8.5). No geral, estes dados sugerem que são as raparigas que tendem a procurar mais frequentemente informação de saúde, quer a partir de fontes interpessoais ou mediáticas (Gráfico 26), consistentemente com a literatura (ex. Vardavas et al., 2009). Como observado anteriormente, alguns estudos indicam que as raparigas tendem a um maior uso de diferentes *media* (Cotton et al., 2014; Lampert et al., 2007; Matos et al., 2015; Ohannessian, 2009; Pereira et al., 2015) e especialmente das tecnologias relacionadas com a comunicação (Cotton et al., 2014).

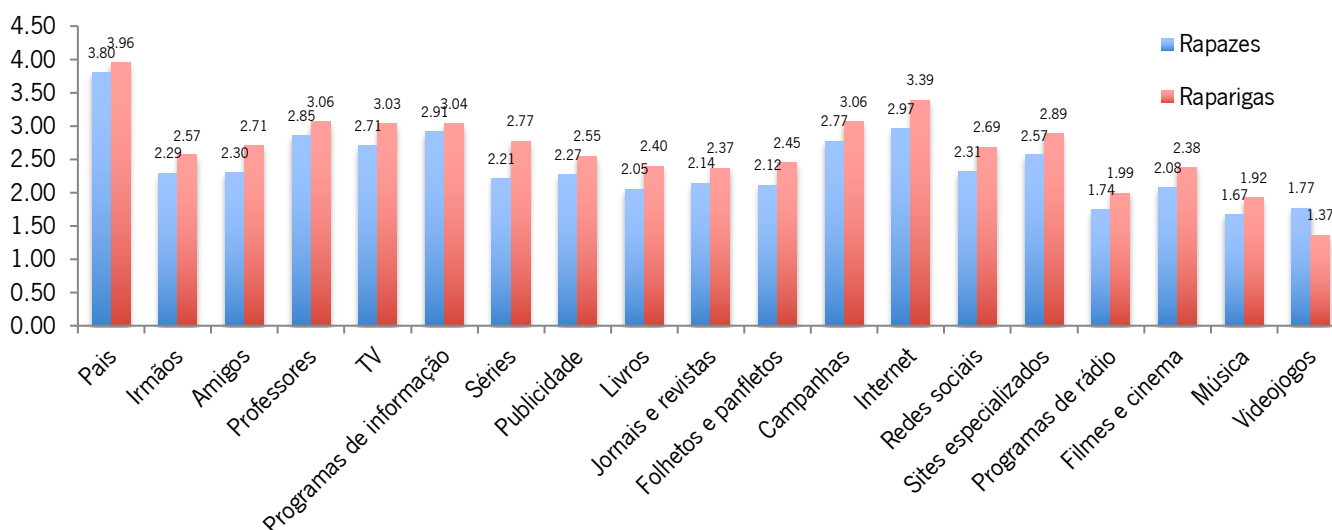


Gráfico 26: Diferenças significativas na obtenção de informação de saúde em função do género

Relativamente à escolaridade, verificaram-se diferenças significativas no recursos aos amigos, professores, séries, jornais e revistas, folhetos e panfletos, Internet, redes sociais e linhas de apoio. De um modo geral, os dados demonstram que os jovens mais velhos tendem a procurar mais frequentemente informação de saúde através dos *media*, o que seria de esperar, uma vez que também estes revelaram um maior uso dos *media* (Gráfico 27).

De modo semelhante às diferenças nos usos dos *media*, as diferenças encontradas relativas aos anos de escolaridade podem ser explicadas por uma tendência para a monitorização pelos pais do uso dos *media* nos filhos mais jovens, quando comparados com os mais velhos, que geralmente possuem maior independência e autonomia (ex., Top, 2016). Os mais velhos também têm mais experiência, e conseqüentemente, mais oportunidades de procurar e ser alvo de informação de saúde, assim como de saber como obter a informação que pretendem. Além disso, também se encontram num patamar escolar mais complexo e exigente, que lhes pode dar uma maior capacidade de procura da informação. Por outro lado, importa referir que são os alunos do 7º ano que mais sentem que não têm fontes de informação de saúde. Este dado pode ser justificado pela ausência de recursos que estes podem utilizar, comparativamente com os mais velhos que, como vimos anteriormente, tendem, por exemplo, a usar mais a Internet.

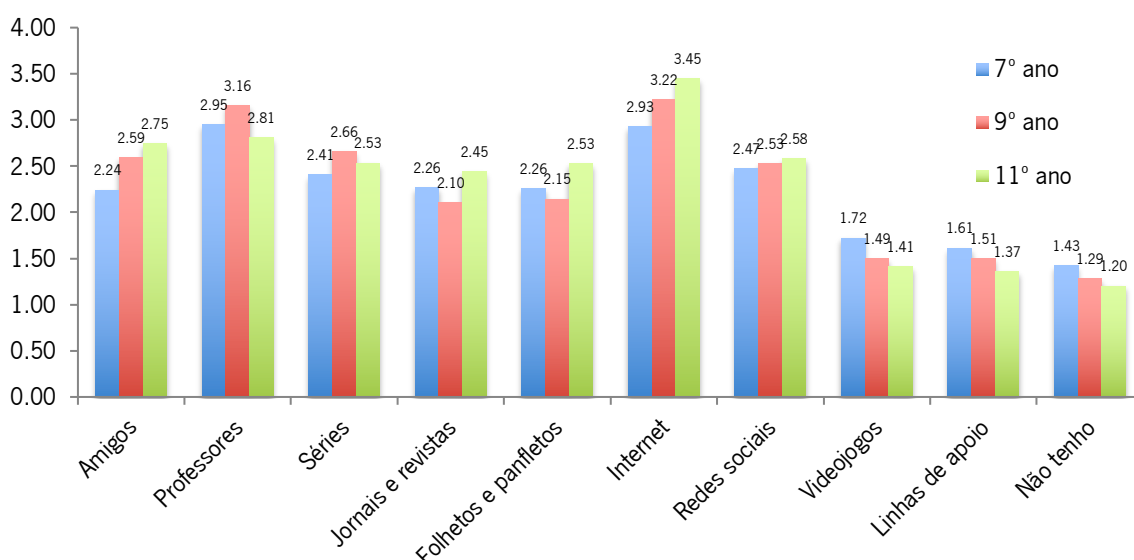


Gráfico 27: Diferenças significativas na obtenção de informação de saúde em função da escolaridade

No que diz respeito à área de residência, não foi encontrado um padrão consistente relativamente às diferenças na frequência de obtenção de informação de saúde nesta amostra. No entanto, o Gráfico 28 apresenta as diferenças significativas encontradas na obtenção de informação através dos irmãos, professores, publicidade, livros, folhetos e panfletos, campanhas, música, videojogos, e na perceção de que não têm fontes de informação.

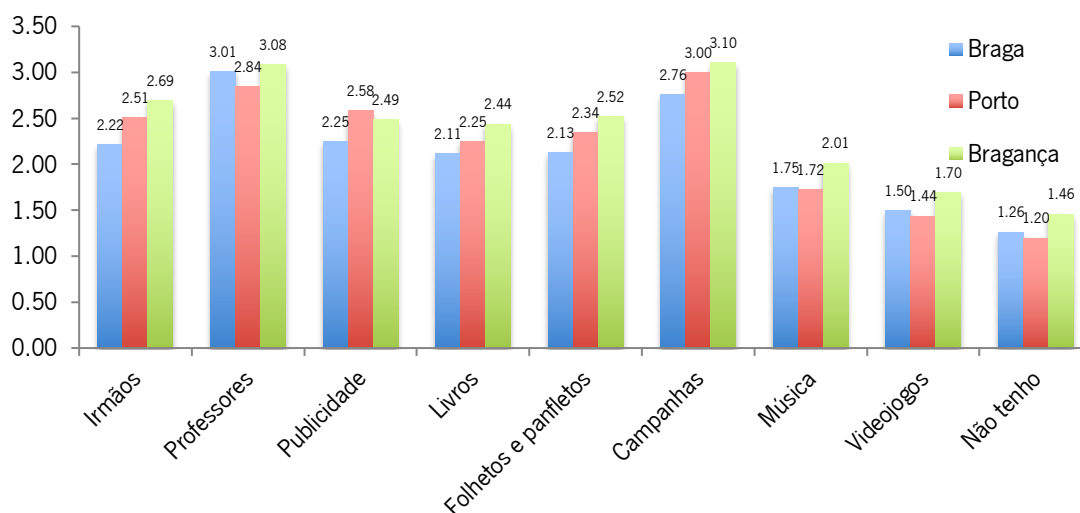


Gráfico 28: Diferenças significativas na obtenção de informação de saúde em função do distrito

5.3 Obtenção de informação e comportamentos de saúde

Nesta secção, procuramos explorar os padrões de associação entre a obtenção de informação sobre saúde, através de fontes de informação interpessoais e mediáticas, e os comportamentos de saúde (Anexo 8.2). Deste modo, os dados deste estudo revelaram uma associação positiva entre a frequência de obtenção de informação de saúde através de fontes interpessoais e o exercício físico. Estes dados parecem indicar que, em geral, os que contactam com os adolescentes (ex., pais, irmãos, amigos, professores, profissionais de saúde) tendem a promover comportamentos saudáveis e/ou ajudar na prevenção de comportamentos de risco.

Alguns estudos sugerem que os conteúdos mediáticos, como a publicidade a alimentos pouco saudáveis ou os *advergames*, podem influenciar negativamente a alimentação (ex., Bickham et al., 2013; Harris et al., 2012). Neste estudo também foi verificado que a frequência de obtenção de informação de saúde através de fontes mediáticas apresenta uma

associação positiva com uma má alimentação e consumo de álcool. Estes dados parecem sugerir que a quantidade de informação sobre nutrição ou alimentação presente nos *media* não está correta e/ou é superada pela publicidade a alimentos prejudiciais e de bebidas alcoólicas. Além disso, os jovens podem ter o conhecimento sobre os alimentos que devem consumir, e escolher, no entanto, acarretar os riscos do consumo de alimentos prejudiciais.

Adicionalmente, ambas as fontes interpessoais e mediáticas (frequência de obtenção de informação sobre saúde) revelaram estar associadas positivamente ao comportamento de seguir uma dieta alimentar. Não obstante o caráter dualista deste comportamento, estes dados indicam que a saúde dos adolescentes é influenciada pelos agentes interpessoais e pelos *media*.

5.4 Obtenção de informação e comportamentos online

No que diz respeito aos comportamentos online, os resultados apontam que a tendência para ser provocado (*bullying*), e de publicar conteúdos privados nas redes sociais está associada positivamente com a obtenção de informação por fontes mediáticas. Deste modo, os adolescentes que são mais provocados ou que partilham mais nas redes sociais conteúdos pessoais tendem a obter mais frequentemente informação de saúde através das fontes mediáticas (Anexo 8.2). Estes resultados podem parecer contraditórios, uma vez que seria de esperar que mais informação sobre saúde conduzisse a um maior conhecimento e uma maior competência para evitar a vitimização por este tipo de comportamento. No entanto, uma maior tendência para obter informação de saúde através dos *media* pode incluir um maior consumo da Internet e uma maior exposição online. Por outro lado, obter informação sobre saúde não implica necessariamente que esta seja correta ou positiva. A título de exemplo, no estudo de den Hamer e Konijnen (2015), uma elevada exposição a conteúdo mediático antissocial e/ou de risco (ex., agressão, consumo de drogas, roubo) revelou contribuir para o aparecimento de comportamentos de *cyberbullying*. Tendo em atenção as evidências da barreira ténue entre vítima e agressor (ex., Lampert et al., 2012; Pereira et al., 2016), podemos colocar a hipótese de que existe uma relação entre esses conteúdos e a tendência para a vitimização.

5.5 Obtenção de informação, conversas com os pais e uso dos media

De ressaltar, igualmente, as associações positivas entre a obtenção de informação de saúde através das fontes interpessoais e as conversas com pais (sobre saúde e *media*, e total), o uso dos *media* e da Internet e a probabilidade de publicarem conteúdos privados em redes sociais ou blogs. A obtenção de informação de saúde por fontes interpessoais apresenta, igualmente, associações positivas com as conversas com pais (sobre saúde e *media*, e total) e com o uso dos *media*. Estes dados parecem sugerir o papel importante dos pais como *mediadores* da informação que os seus filhos obtêm através das fontes interpessoais e mediáticas (Anexo 8.6)

5.6 Preferências e escolhas das fontes de informação

Nesta fase da análise de dados, procurámos explorar as preferências e escolhas dos jovens relativamente às fontes de informação sobre saúde, incidindo especificamente sobre aquela a que recorrem em primeiro lugar, as que consideram ser mais fáceis de aceder, as que gostam mais, e as que percebem como confiáveis e menos confiáveis.

Com efeito, como pode ser constatado na Tabela 27, os pais são a fonte à qual cerca de dois terços dos jovens (60.6%) recorrem em primeira instância quando têm dúvidas pessoais sobre saúde/doença, seguida da Internet (16.8%) e dos profissionais de saúde (10.6%).

Tabela 27: Fontes a que recorrem em primeiro lugar

Ranking	Fontes	N	%
1º	Pais	549	60.6
2º	Internet	152	16.8
3º	Profissionais de saúde	96	10.6
4º	Amigos/colegas	16	1.8
5º	Irmãos	11	1.2
6º	Sites especializados de informação médica	9	1

Por outro lado, quando nos focamos na fonte que consideram de mais fácil acesso, é inegável o destaque da Internet (47.1%), ainda que não muito distante dos pais (41.2%). Embora exista uma grande variabilidade de fontes citadas, essas apresentam um número reduzido de referências, quando comparadas com os pais e a Internet (Tabela 28).

Tabela 28: Facilidade de acesso às fontes de informação

Ranking	Fontes	N	%
1°	Internet	354	47.1
2°	Pais	310	41.2
3°	Profissionais de saúde	19	2.5
4°	Amigos/colegas	17	2.3
5°	Televisão	10	1.3

Quando questionados relativamente aos meios de informação que gostam mais de utilizar, foram uma vez mais destacados os pais e a Internet (Tabela 29), sendo citados por, respetivamente, 37% e 36.9% dos estudantes (apenas uma menção a mais para os pais). Bastante menos citadas seguem-se, por ordem decrescente, os profissionais de saúde (8.8%) os amigos/colegas (4.8%) e os irmãos (2.7%).

Tabela 29: Preferência das fontes de informação

Ranking	Fontes	N	%
1°	Pais	277	37
2°	Internet	276	36.9
3°	Profissionais de saúde	66	8.8
4°	Amigos/colegas	36	4.8
5°	Irmãos	20	2.7
6°	Redes sociais	13	1.7
7°	Televisão	12	1.6
8°	Séries e programas de entretenimento	11	1.5
9°	Sites especializados	10	1.3

Na análise das fontes que os adolescentes consideram ser mais confiáveis, uma vez mais os pais constituem a maioria das respostas (52.2%), seguidos dos profissionais de saúde (27.8%). Distanciando-se com uma grande margem destas encontra-se a Internet, que foi a terceira fonte mais citada (5.6%), seguindo-se os irmãos (3%) e os amigos/colegas (3%) e os livros (2.2%) (Tabela 30).

De facto, os dados do estudo de Ying et. al., (2015) apontam para uma associação positiva entre a confiança dos adolescentes nos seus pais e a comunicação entre pais e adolescentes. Tais dados colocam a hipótese de que a confiança explica o facto de os pais constituírem uma fonte de informação tão preponderante.

Tabela 30: Confiança nas fontes de informação

Ranking	Fontes	N	%
1º	Pais	384	52.2
2º	Profissionais de saúde	204	27.8
3º	Internet	41	5.6
4º	Irmãos	22	3
4º	Amigos/colegas	22	3
5º	Livros impressos ou digitais	16	2.2
6º	Música	9	1.2

Do outro lado do espectro, a questão da falta de confiança nas fontes apresenta resultados mais homogéneos (Tabela 31), sendo que a fonte mais citada foi a Internet em geral (20.9%) e as redes sociais em específico (19.9%). Afastando-se em termos numéricos, mas ainda bastante citadas, encontram-se, por ordem descendente, a publicidade (11.7%), os videojogos (8.3%), os amigos/colegas (4.8%), a televisão (3.8%), os pais (3.6%), as linhas telefónicas (3.4%), as séries e os irmãos (ambos apresentam a percentagem de 2.9%). De facto, estudos anteriores já demonstraram (Fergie et al., 2013; Jones & Biddlecom, 2011; Ralph et al., 2011) que os jovens questionam, muitas vezes, a confiabilidade da informação que obtêm através da Internet. Por exemplo, Jones e Biddlecom (2011) observaram que a maioria dos adolescentes tendia a desconfiar da informação sobre sexualidade que está disponível online. Estes dados levantam questões sobre o papel da Internet na obtenção de informação sobre saúde e indiciam que existem outras razões (que não a confiança) que levam à sua utilização e que superam a confiança na informação.

Tabela 31: Falta de confiança nas fontes de informação

Ranking	Fontes	N	%
1º	Internet	153	20.9
2º	Redes sociais	146	19.9
3º	Publicidade	86	11.7
4º	Videojogos	61	8.3
5º	Amigos/colegas	59	4.8
6º	Televisão	28	3.8
7º	Pais	27	3.7
8º	Linhas de apoio telefónico	25	3.4
9º	Irmãos	21	2.9
9º	Séries e programas de entretenimento	21	2.9
10º	Folhetos/panfletos	18	2.5
11º	Professores/profissionais da escola	15	2
11º	Música	15	2
12º	Filmes e cinema	13	1.8
13º	Livros impressos ou digitais	12	1.6
14º	Programas de rádio	11	1.5
15º	Jornais e revistas impressos ou digitais	9	1.2

É interessante reparar que a Internet é a fonte que os jovens consideram mais fácil de aceder, é a segunda que preferem, mas é também a fonte em que menos confiam. Por outro lado, os programas de rádio e os jornais e revistas impressos ou digitais, foram os *media* analisados menos citados pelos jovens como não merecendo confiança, o que pode indicar que os consideram fiáveis. No entanto, os jovens não salientaram estes meios de informação quando questionados acerca das fontes com maior facilidade de utilização, os da sua preferência e os mais confiáveis, o que pode justificar o uso menos frequente dos mesmos.

Sintetizando, os pais são a fonte de informação que os jovens mais procuram e em quem depositam mais confiança. Por outro lado, consideram a Internet o meio mais fácil de aceder, embora pouco confiável.

5.7 Obtenção de informação por tema de saúde

Com o objetivo de identificar se os adolescentes preferem fontes de informação diferentes para diferentes temas (nomeadamente, o consumo de tabaco, a nutrição, a alimentação e o peso saudável, as bebidas alcoólicas, o exercício e atividade física e a resolução de problemas relacionais) foram analisadas as suas opções específicas para cada um destes temas.

No caso do tabaco, os pais constituíram a fonte de informação através da qual os jovens obtêm mais informação, obtendo 37.8% das citações. Embora com muito menor número, as fontes que se seguiram foram a televisão (14.9%), os amigos (10.8%), os professores e a Internet (ambos com 8.8%). As pontuações mais baixas referem-se a: médico/enfermeiro (3.9%), folhetos/panfletos (2.8%), jornais e revistas (1.8%), irmãos (1.6%), livros impressos (1%) e rádio (0.4%). Da amostra total, 43 jovens (5.3%) referiram não ter fontes de saúde para o tema “tabaco”. Dezanove participantes (2%) referiram outra fonte não disponível nas hipóteses do questionário assinalando a opção de “outra fonte”. Desses jovens, 6 mencionaram um ou mais membros da família (avós, tios ou primos, familiares em geral), 4 referiram o contexto escolar, e de modo isolado citaram as campanhas, o café, “o que vejo no dia-a-dia”, “eu” e “por todo o lado” (Tabela 32).

Relativamente ao tema da nutrição, alimentação e peso saudável, os jovens parecem obter mais informação sobre estes temas através dos pais e do médico/enfermeiro, apresentando estas fontes a frequência de 38.6% ($n = 312$) e 25.2% ($n = 204$) do total dos jovens. A estas seguiram-se por ordem descendente: a televisão (12.1%), os professores (7.7%), a Internet (7.4%). Os restantes foram pouco seleccionados. De 18 adolescentes (2.2%) que referiram outra fonte, 6 mencionam os treinadores, *personal trainer* e /ou *colegas de equipa*, 5 referiram familiares (família em geral ou um/ambos os avós), dois referiram um nutricionista (que num dos participantes coincide com a prima) e outros mencionaram isoladamente outras fontes, nomeadamente a escola, as aulas de nutrição, as campanhas, o ginásio e “todas as fontes”. Da totalidade dos participantes, 9 jovens (1.1%) referiram não ter meios para obter informação sobre este tema.

No que concerne ao tema do álcool, os pais foram, uma vez mais, soberanos, constituindo o meio citado por 38.5% ($n = 318$) do total de participantes, seguindo-se a televisão (18.3%), os amigos (12%), a Internet (6.7%) os médicos e enfermeiros (4%), os professores (3.9%) e os irmãos (3.3%). Para este tema, 72 jovens (8.9%) afirmam que não têm fontes. De 6 participantes que referem obter informação por outros meios, 3 referiram bares ou café, e os restantes mencionaram campanhas, tios e a escola.

No caso do exercício e atividade física, ainda que em menor escala, os pais mantiveram igualmente o primeiro lugar no ranking das fontes de informação mais significativas, com 271 participantes (33.4%). Deste modo, os pais demonstraram ser a fonte de informação a partir da qual mais obtêm informação acerca de temas relacionados com o

exercício físico, pelo que se poderá colocar a hipótese de estes incentivarem à prática de atividade física ou desporto. Aos pais sucederam os professores (19.6%), a Internet (10.1%), o médico/enfermeiro (9.7%), a televisão e os amigos (ambos com 8.4%) e os irmãos (3.6%). As outras fontes foram pouco citadas. Do total de participantes que responderam, 20 selecionaram outra fonte e 15 jovens (1.8%) afirmaram não ter fontes de informação para este tema. Dos que escolheram uma fonte alternativa, 11 referiram o treinador, 3 mencionaram a escola e 2 referiram o ginásio ou pessoas do ginásio. Foram igualmente mencionadas as campanhas, o próprio jovem e “toda a gente”.

De modo idêntico aos outros temas de saúde, também a resolução de problemas com os outros apresentou como fonte primordial os pais (39.4%). No entanto, esta opção aproximase mais da segunda mais citada, os amigos (34%). A estes meios sucederam-se os irmãos (6.1%) e a Internet (3%). As restantes fontes disponíveis como opção foram pouco selecionadas. Este foi o tema que apresentou o maior número jovens que indicaram que não têm fontes a que recorrer, com a percentagem de 12% ($n = 101$). Dos que referiram outra fonte, 4 referiam-se a eles próprios e 2 mencionaram o centro de estudo ou explicadora. Este foi o primeiro tema para o qual foram referidos o psicólogo e um grupo da igreja.

Tabela 32: Fontes de informação por tema de saúde

	Tabaco	Nutrição	Bebidas alcoólicas	Exercício físico	Problemas relacionais
Pais	308	312	318	271	332
Irmãos	13	13	27	29	51
Amigos	88	14	99	68	286
Professores	72	62	32	159	18
Médico/Enfermeiro	32	204	33	79	4
Televisão	121	98	151	68	9
Internet	72	60	55	82	25
Livros impressos	8	2	6	2	6
Jornais e revistas	15	11	10	10	0
Folhetos/Panfletos	23	4	16	5	0
Rádio/Web Rádio	3	2	1	4	1
Outra fonte	16	18	6	20	9
Sem fonte	43	9	72	15	101

Como é facilmente verificável na Tabela 32, contrariamente aos estudos que apontam que as fontes tendem a modificar com o tema (ex. Marcell & Halpern-Felsher, 2007), quando os jovens foram questionados acerca de questões de saúde específicas, os pais continuaram a

ser a fonte de informação principal em cada um dos temas, com destaque para os problemas relacionais. Estes dados remetem para os obtidos por Levin-Zamir et al. (2011), que apontam que os pais eram a fonte de informação mais prevalente para quase todos os tópicos de saúde analisados nesse estudo e são consistentes com a ideia de que os pais permanecem a fonte primordial para obtenção de informação de saúde para a maioria dos temas (ex., Ackard & Neumark-Sztainer, 2001; Baheiraei et al., 2014; Levin-Zamir et al., 2011).

Neste contexto, a Internet não mereceu um grande destaque em nenhum dos temas, distanciando-se, no entanto, dos livros e da rádio, que foram os menos citados. Para o tema da nutrição, poucos jovens sentem que não têm a quem recorrer, o que não acontece com os problemas relacionais, que parece ser o tema em que mais jovens se sentem isolados.

5.8 Procura de informação na Internet

Na exploração da importância da Internet como fonte de informação, procurámos compreender o modo como estes procuram informação online sobre saúde/doença. Neste caso, a grande maioria dos jovens optou por afirmar que procuraria primeiramente no motor de busca da Google (95.7%). Como se pode observar no Gráfico 20, as outras opções foram significativamente menos mencionadas.

Apenas 17 jovens referiram ir diretamente a um portal ou site específico, e os que assim preferem referiram a Wikipédia ($n = 4$) e apenas um exemplo de outras opções foi citado: “Site da Direção Geral de Saúde”, “Plataforma do Ministério da Saúde”, “Num site de saúde”, “Tumblr”, “bem estar”, “Portal de saúde, mas depende da doença”, “Sites do governo sobre o assunto”, “Algum que este relacionado com o assunto, “Depende de qual for o assunto”. Dos oito jovens que selecionaram a opção “fórum”, três especificaram as suas opções: “Reddit”, “Yahoo”, e “Qualquer um que pareça viável”. Dos três jovens que procuram em outro motor de busca, dois especificaram o “bing”. Relativamente aos jovens que referiram outro local, apenas um explorou a ideia afirmando que pesquisaria num “site oficial de médicos” (Gráfico 29).

Estes dados sugerem a importância do Google na procura de informação na Internet. Com efeito, seria importante que estudos futuros explorassem o modo como este motor de busca devolve e prioriza a informação sobre saúde que os adolescentes procuram na Internet.

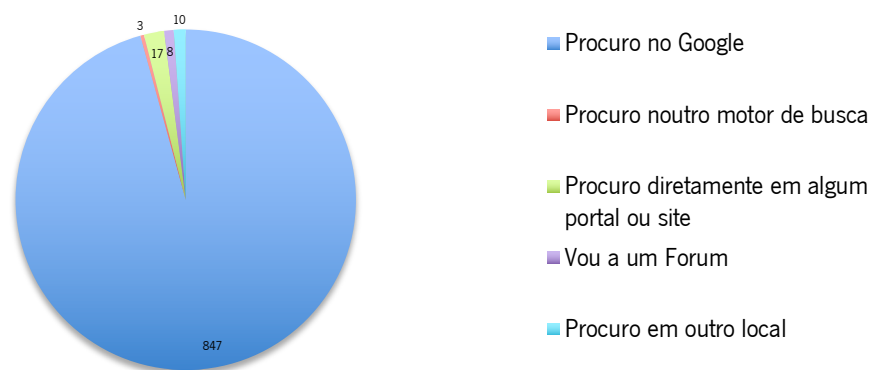


Gráfico 29: Procura de informação sobre saúde na Internet

5.9 Comunicação com os pais

Tendo em consideração a importância dos pais nesta etapa de desenvolvimento, procurámos aprofundar a análise da comunicação dos adolescentes com os seus pais, especificamente, sobre *media* e saúde. De facto, como pode ser verificado no Gráfico 30, os jovens tendem a falar “muitas vezes” ou mesmo “sempre” com os pais sobre saúde (32.4% e 29.4%), sobre comportamentos de risco (24.9% e 22.2%), sobre o que veem na televisão (22.7% e 10%) e sobre as suas atividades na Internet (15.1% e 4.1%).

No entanto, as conversas que mais admitem “nunca” ter com os pais referem-se a atividades na Internet (13.9%) e comportamentos de risco (11.8%) (Gráfico 21). Alguns jovens podem sentir-se à vontade para falar com os pais sobre comportamentos de risco, enquanto outros evitam esse tema. Por outro lado, os jovens podem sentir-se mais à vontade para falar com os pais sobre certos comportamentos de risco (ex., comer muitos doces) em detrimento de outros (ex., consumir drogas).

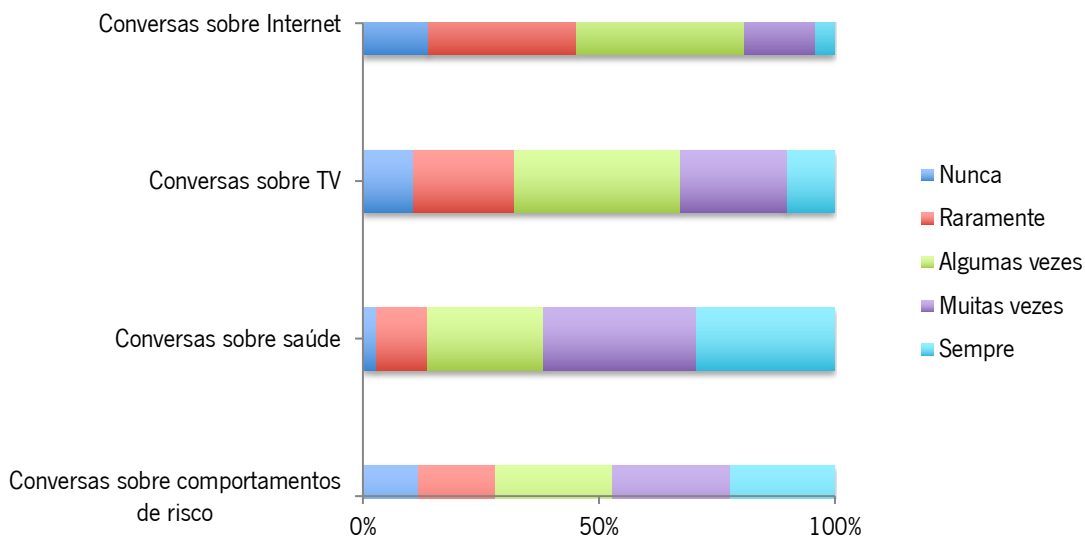


Gráfico 30: Conversas com os pais

5.9.1 Conversas com os pais e comportamentos de saúde

Procuramos, igualmente, explorar as associações das conversas com os pais com os comportamentos de saúde e online (Anexo 8.2). De um modo geral, destaca-se a associação negativa entre cada um dos tipos de conversas (sobre o que fazem com os *media* e sobre saúde/risco) com o consumo de tabaco e envolvimento em lutas. Relativamente ao consumo de álcool, encontrou-se uma associação negativa com as conversas com os pais sobre saúde, sobre *media* e ambas as conversas. Contudo, no caso da dieta, verificou-se uma associação positiva apenas com as conversas sobre o que fazem nos *media* e ambos os tipos de conversas.

As dietas alimentares constituem, assim, uma exceção ao padrão encontrado, provavelmente devido a uma possível interpretação dual do comportamento de dieta: por um lado, se equilibrada, pode ser associada à diminuição de gorduras e açúcares e consequentemente promotora de saúde, mas se exagerada pode estar relacionada com problemas de distorção da imagem corporal ou mesmo com perturbações alimentares (ex., Rohde et al., 2016). Deste modo, a primeira impressão pode ter prevalecido, e devido à crescente divulgação da informação sobre nutrição, os pais podem estar a incentivar os seus filhos a fazer dietas para uma alimentação saudável ou a restringir a ingestão de produtos menos saudáveis.

No entanto, em geral, os dados tendem a alimentar a ideia de que a facilidade na comunicação entre pais e filhos influencia positivamente a saúde dos adolescentes (Tomé et al., 2012). Deste modo, os pais devem promover um ambiente positivo no qual os adolescentes se sintam confortáveis em revelar informação pessoal, o que permite que possam ser apoiados e aconselhados (Branje et al., 2012).

Além disso, estes resultados parecem ir ao encontro do estudo de Austin et al. (2015), que propôs que o pensamento crítico dos pais acerca das fontes mediáticas (e seus conteúdos) constituía um fator preditor de hábitos alimentares saudáveis nos seus filhos. Segundo estes autores, os programas de intervenção dos pais podem atuar de duas formas na promoção da saúde dos filhos: se os pais distinguem boas e más fontes de informação e se promovem competências de pensamento crítico sobre as mensagens mediáticas nos seus filhos.

Concretizando, estes dados podem indicar que os pais estão a alertar os seus filhos para evitarem o consumo de tabaco, álcool e comportamentos agressivos, ao mesmo tempo que medeiam as potencialidades (positivas ou negativas) dos *media*, reforçando a promoção de boas práticas e ajudando a evitar comportamentos prejudiciais.

5.9.2 Conversas com os pais e comportamentos online

No que diz respeito aos comportamentos online, foram encontradas associações negativas entre as conversas com os pais (sobre saúde e *media*), e a frequência de falar com desconhecidos na Internet. Estes resultados parecem indicar que os pais podem estar a aconselhar os filhos sobre possíveis riscos na Internet. Neste contexto, alguns estudos demonstraram que os jovens que fazem novos contactos online tendem a ter menos restrições parentais (Barbovschi et al., 2012; Liao et al., 2005). No entanto, embora existam indícios de que a restrição da interação dos jovens na Internet seja eficaz na diminuição do risco online, é necessário ter em consideração que esta pode anular as vantagens da interação online (com pares, por exemplo), e ter cuidado na limitação da liberdade dos jovens (Livingstone & Helsper, 2008). De qualquer modo, os pais parecem preferir as conversas com os jovens, à restrição da interação (Livingstone & Helsper, 2008) (Anexo 8.2).

5.9.3 Diferenças nas conversas com os pais

Ainda relativamente às conversas com os pais, avaliámos a importância das variáveis individuais e contextuais (género, escolaridade e distrito) (Anexo 8.7). De facto, a literatura indica que a comunicação entre pais e filhos é influenciada pelo género, idade (Nomaguchi, 2008, Portugal & Isabel, 2013), escolaridade (Tomé et al., 2012), género dos respetivos pais e área de residência (Portugal & Isabel, 2013). Consistentemente com a literatura (Nomaguchi, 2008; Portugal & Isabel, 2013), comparando raparigas com rapazes, são elas que tendem a conversar mais com os seus pais sobre saúde (e comportamentos de risco) e sobre os seus comportamentos com os *media* (Internet e televisão). Estes dados podem dever-se ao facto de, desde cedo, as raparigas serem frequentemente mais encorajadas a expressar-se, comparativamente aos rapazes (ex., Giacobbo, Jané, Bonillo, Arrufat, & Araújo, 2014) (Gráfico 31).

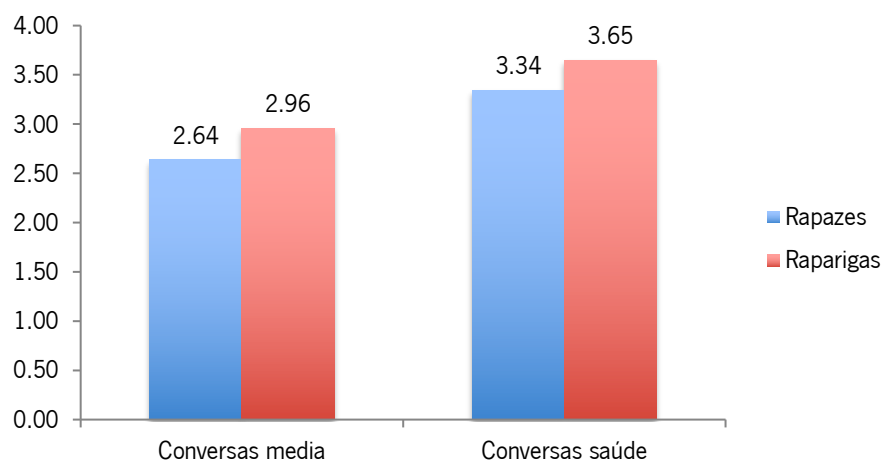


Gráfico 31: Diferenças significativas na conversas com os pais em função do género

No entanto, relativamente a estes temas específicos, a escolaridade não se revelou significativa, parecendo não se verificar a tendência de a comunicação diminuir ao longo do tempo (Tomé, et al., 2012), o que pode sugerir uma relativa estabilidade no padrão da comunicação sobre estes temas. Contudo, foram observadas diferenças significativas relativamente ao distrito, apontando que os adolescentes de Braga tendem a conversar menos sobre o que fazem nos *media* comparativamente aos jovens de Bragança (Gráfico 32). Não obstante estes resultados, não parece existir um padrão consistente nas diferenças em função do distrito.

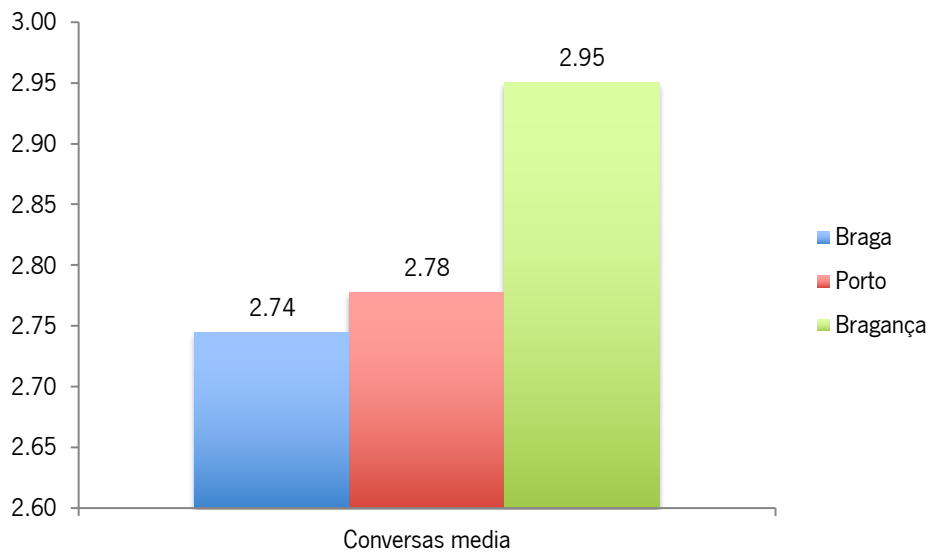


Gráfico 32: Diferenças significativas na conversas com os pais em função do distrito

6. Percepções dos jovens sobre o impacto dos *media* nos seus comportamentos de saúde

Neste fase do estudo, procurámos perceber a percepção dos adolescentes em relação ao impacto dos *media* nos seus próprios comportamentos de saúde, mas também nos comportamentos de saúde dos (outros) jovens, em geral. Como se pode verificar no Gráfico 33, a maior percentagem dos jovens afirma que os *media* têm alguma (50.4%) ou muita influência (34.5%) nos comportamentos de saúde dos jovens em geral. No que se refere aos seus próprios comportamentos, as maiores percentagens são observadas para as opções “alguma influência” (52.6%) e “pouca influência” (23.1%) (Gráfico 24).

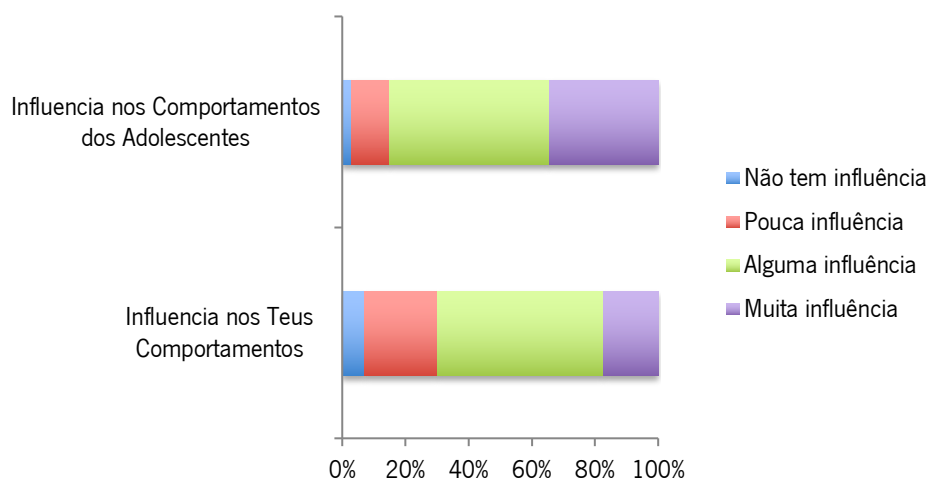


Gráfico 33: Percepção de influência dos media nos comportamentos de saúde

Procurando aprofundar estes dados, observamos que a análise das diferenças na percepção de influência dos *media* nos comportamentos dos adolescentes no geral e nos seus próprios comportamentos, revelou diferenças significativas nas respostas dos participantes. $t(881) = 11.91, p < .001$ Estes dados sugerem que a percepção do efeito da influência dos *media* nos adolescentes, em geral, é significativamente superior à percepção da mesma nos seus próprios comportamentos (Tabela 33). Consistentemente, Begoray e colaboradores (2009) também sugerem que os adolescentes tendem a ter diversas opiniões acerca da influência dos *media*, salientando que alguns jovens consideram que os *media* não os afeta, enquanto outros reconhecem o seu impacto.

Tabela 33: Diferenças na percepção sobre a influência no “outro” e no próprio

	Influência nos comportamentos dos adolescentes		Influência nos teus comportamentos		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Percepção da Influência	3.16	.75	2.80	.80	11.91	< .001

7. Literacia Mediática em Saúde

Nesta fase, e tendo em consideração os objetivos deste estudo, procuramos aprofundar a análise de dados da Literacia Mediática em Saúde, sem perder de vista a LS e *eHealth Literacy*. Com efeito, para além da análise do padrão de associações destas medidas com outras dimensões em estudo, procurou-se, para cada uma delas, analisar o efeitos do género, escolaridade e distrito, bem com avaliar as diferenças, tendo em consideração diferentes níveis desta capacidade. Adicionalmente, foram ainda explorados os preditores de cada uma das literacias, considerando variáveis teoricamente relacionadas: uso dos *media* e, mais especificamente, a Internet; frequência de obtenção de informação através de fontes mediáticas e interpessoais e conversas com os pais (sobre saúde e sobre *media*). Por fim, de forma a explorar as relação com as outras dimensões em estudo, foram realizadas análises de mediação múltipla, tendo por objetivo compreender a relação destas variáveis com as literacias.

7.1 Literacia em Saúde

Como foi referido no capítulo da metodologia, foi adaptada uma medida desenvolvida por Begoray e Kwan (2011) para avaliar a Literacia em Saúde (percebida) nos adolescentes da amostra. Considerando especificamente os dados relativos às frequências desta escala, é possível verificar que os jovens tendem a considerar que apresentam uma grande capacidade para encontrar e fazer questões sobre a informação de saúde. Por outro lado, a capacidade de avaliar a informação obteve as piores classificações, revelando ser esta a dificuldade mais proeminente nos adolescentes inquiridos, o que merecerá uma maior atenção mais à frente (Gráfico 34).

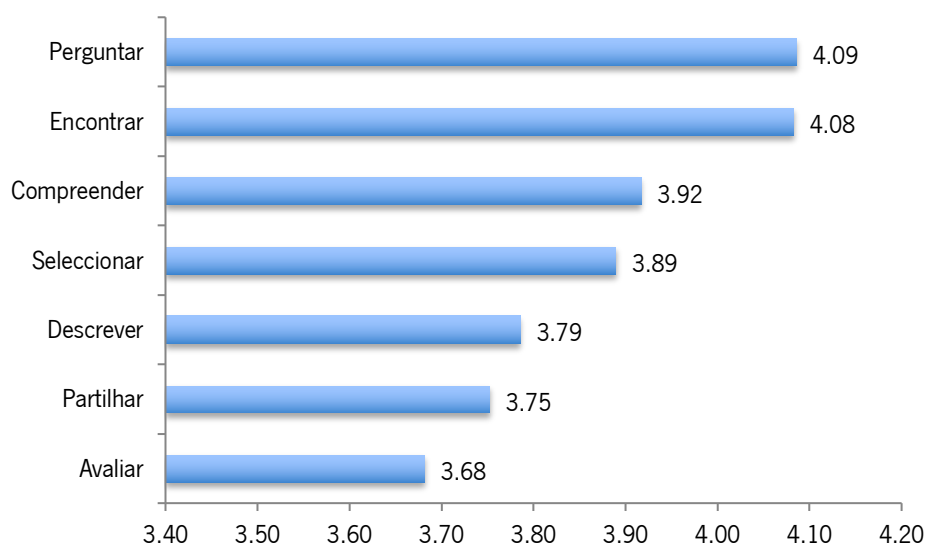


Gráfico 34: Dimensões da Literacia em Saúde (percebida)

7.1.1. Fatores relacionados com a LS

Procurámos, igualmente, identificar potenciais relações/associações da LS com outras dimensões consideradas relevantes para a sua compreensão. Com efeito, relativamente à Literacia em Saúde, foram encontradas associações positivas com a *eHealth Literacy*, a LMS, a frequência na obtenção de informação de saúde por meio de fontes mediáticas e interpessoais, as conversas com os pais no seu total (e especificamente sobre os *media* e sobre saúde, uso da Internet e idade) (Anexo 8.6).

Paralelamente, a literatura sobre Literacia em Saúde em adolescentes tem sugerido consistentemente uma relação entre esta e os comportamentos de saúde (ex., Ghaddar et.al.,

2012; Higgins et al., 2009; Jain & Bickam, Manganello, 2008; Massey et al., 2012; Massey et al., 2013; Brown et al., 2007). Neste estudo, em específico, os resultados sugerem que os adolescentes que se envolvem mais em lutas tendem a ter menores níveis de Literacia em Saúde. Por outro lado, os adolescentes que fazem mais exercício tendem a ter níveis superiores de Literacia em Saúde. De modo semelhante ao nosso estudo, o estudo HLS-EU Consortium (2012) não encontrou correlações significativas entre LS e consumo de tabaco, BMI e consumo de álcool, encontrando, no entanto, uma correlação positiva forte entre LS e a frequência de exercício físico (Anexo 8.2).

7.1.2. Diferenças entre os níveis de LS e as variáveis em estudo

De forma a explorar mais aprofundadamente a LS nos adolescentes, procurou-se avaliar as diferenças em função dos níveis de Literacia em Saúde, tendo em consideração as variáveis em estudo. Para tal, os participantes foram divididos em três grupos considerando os níveis de literacia baixo ($n = 266$), médio ($n = 293$) e alto ($n = 312$). Estes grupos foram divididos equitativamente em três grupos, de acordo com as pontuações obtidas (Tabela 34).

Deste modo, foram encontradas diferenças significativas em função da obtenção (frequência da) de informação de saúde a partir de fontes mediáticas, $F(2,773) = 4.52$, $p = .011$, $\eta^2_p = .01$. e de fontes interpessoais, $F(2,824) = 19.20$, $p < .001$, $\eta^2_p = .05$, sugerindo que os adolescentes que têm níveis mais altos de LS tendem a obter mais (frequentemente) informação sobre saúde por meio de fontes mediáticas, quando comparados com os que têm baixos níveis de literacia. No caso das fontes interpessoais, parece existir uma tendência crescente: quanto maior a frequência de obtenção de informação a partir de fontes interpessoais, maior a Literacia em Saúde..

De facto, a literatura tem documentado a importância das fontes de informação interpessoais e mediáticas sobre saúde para a LS em adolescentes (ex., Paek et., 2011, Manganello, 2008; Massey et al., 2013). Por outro lado, existem estudos que se focam, igualmente, na potencial influência da LS na quantidade, procura, obtenção ou seleção das fontes de informação (Kim, Lim & Park, 2015; Meppelink, Smit, Diviani, & Weert, 2016; Gaglio, Glasgow & Bull, 2012). Similarmente, no estudo de Paek e colaboradores (2011) foi

observada uma relação positiva entre a frequência de informação de saúde através de agentes interpessoais e mediáticos e a LS reportada.

Relativamente às conversas com os pais, foram encontradas diferenças significativas nas conversas no seu total, $F(2,850) = 11.66, p < .001, \eta^2_p = .03$, e mais especificamente nas conversas sobre o que fazem nos *media*, $F(2,861) = 5.89, p = .003, \eta^2_p = .01$, e sobre saúde, $F(2,853) = 13.63, p < .001, \eta^2_p = .03$. Estes dados sugerem que, nas conversas no seu total, e nas conversas sobre o que fazem nos *media*, são os adolescentes com baixos níveis de LS que tendem a apresentar valores inferiores nestas variáveis comparativamente com os que têm altos níveis de LS. Além disso, nas conversas sobre saúde é sugerida uma tendência crescente, em que quanto maior a Literacia em Saúde dos adolescentes, mais os jovens tendem a conversar sobre saúde com os pais.

Estes resultados são consistentes com os de Paek et al. (2011), que revelaram que a facilidade de acesso aos pais para obter informação de saúde estava significativamente e positivamente relacionada com a LS. Deste modo, as comunicações sobre saúde com os pais parecem promover as competências inerentes à Literacia em Saúde. Por outro lado, os jovens com maiores níveis de LS podem tender a procurar mais os pais para conversar sobre temas de saúde.

Tendo em consideração o uso dos *media*, apenas se encontraram diferenças significativas para o uso da Internet, $F(2,850) = 5.69, p = .004, \eta^2_p = .05$, sendo que os adolescentes com uma capacidade média de LS tendem a usar mais a Internet, comparativamente com os jovens com baixa literacia. Estes dados parecem consistentes com os estudos que defendem que os *media* podem apresentar um enorme potencial na promoção da saúde e da Literacia em Saúde dos jovens (ex. Ghaddar et.al., 2012; Ghorbani & Hedari, 2011; Yap, Reavley & Jorm, 2012). Também no estudo de Manganello e Sojka (2016), numa amostra de adolescentes afro-americanos, verificou-se que o uso da Internet se encontrava associado positivamente com a LS. Mais especificamente, Ghaddar et.al., (2012) observou que a LS estava associada positivamente com a procura de informação sobre saúde online.

Tabela 34: Diferenças entre os níveis de LS considerando as variáveis em estudo

	1. Baixo		2. Médio		3. Alto		F	p	μ_p^1	Scheffe
	M	DP	M	DP	M	DP				
Fontes mediáticas	2.27	.53	2.39	.55	2.44	.61	4.52	.011	.01	1 < 3
Fontes interpessoais	2.94	.61	3.14	.58	3.27	.67	19.20	.000	.05	1<2<3
Conversas saúde	2.73	.89	2.76	.89	3.00	1.01	13.63	.000	.03	1<2<3
Conversas média	3.27	1.05	3.53	.96	3.73	1.05	5.89	.003	.01	1 < 3
Conversas total	3.00	.86	3.14	.79	3.37	.91	11.66	.000	.03	1 < 3
Uso média	2.68	.64	2.80	.65	2.75	.75	2.80	.061	.01	
Uso internet	2.89	.93	3.12	.96	2.97	.98	5.69	.004	.01	1 < 2

Embora não se tenham encontrado diferenças relativas ao género e ao distrito, foram observadas diferenças significativas em função a escolaridade, $F(2,852) = 7.02$, $p = .001$, $\eta_p^2 = .02$, sendo que os adolescentes do 7º ano tendem a apresentar menores níveis de LS, comparativamente aos do 9º e 11º anos de escolaridade (Gráfico 35). Na análise das correlações, também se verificou uma associação positiva da LS com a idade. Estes dados sugerem que os adolescentes mais velhos e com maiores níveis de escolaridade tendem a apresentar níveis superiores de LS.

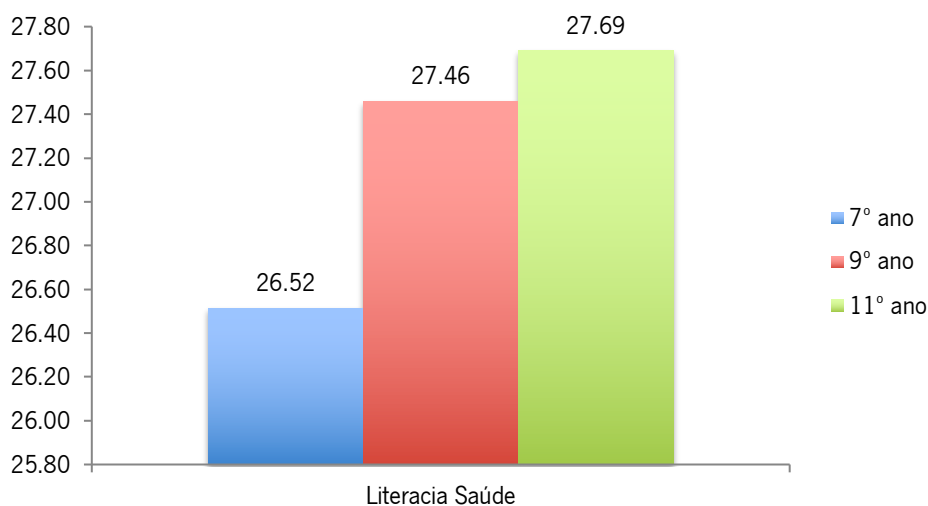


Gráfico 35: Literacia em Saúde em função da escolaridade

7.1.3. Preditores da LS

Com o objetivo de identificar os principais preditores da LS, foram realizadas análises considerando preditores sociodemográficos (género, distrito, escolaridade) e as dimensões consideradas neste estudo, nomeadamente o uso dos *média*, as conversas com os pais e as

fontes mediáticas e interpessoais. No caso dos preditores sociodemográficos, a regressão múltipla, $R^2 = .02$, $F(3,864) = 3.70$, $p = .004$, demonstrou que a escolaridade ($\beta = -.14$, $p = .001$) é um preditor significativo de LS, sugerindo que menores níveis de escolaridade estão associados a menor LS (Tabela 35).

Tabela 35: *Literacia em Saúde e variáveis sociodemográficas*

	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	R^2
Género	-.33	.27	-.04	-1.23	.033	
Escolaridade						
7º ano	-1.13	.33	-.14	-3.45	.001	
9º ano	-.16	.34	-.02	-.48	.632	
11º ano	.00	-	-	-	-	.02
Distrito						
Braga	.33	.33	.04	.99	.321	
Porto	.50	.34	.06	1.48	.140	
Bragança	.00	-	-	-	-	

Nota. Género (Sexo feminino = 0; Sexo masculino = 1); Ter irmãos (Não tem = 0; Tem irmãos = 1)

Tendo em consideração os dados das diferenças e desta regressão, a escolaridade parece assim ser um fator preponderante da LS. Esta tendência já tinha sido observada em populações adultas (ex. Espanha & Ávila, 2016; Espanha, Ávila & Mendes, 2016; The HLS-EU Consortium, 2012), em que a LS se encontrava associada positivamente à escolaridade em populações predominantemente adultas. No entanto, temos que interpretar estes dados com cuidado com a comparação entre resultados de estudos da LS em adultos e os encontrados em adolescentes. Por exemplo, os resultados destes estudos tendem a encontrar uma associação negativa com a idade. Contudo, verificámos neste estudo que a LS aumenta significativamente com a idade dos adolescentes. Estes resultados podem dever-se às diferenças entre a primeira (13 a 14 anos) e a segunda fase (15-19 anos) da adolescência, sendo esta última caracterizada pelo aumento da capacidade de tomar decisões conscientes e avaliar riscos (Unicef, 2011) que progride até à idade adulta.

Quando foram consideradas variáveis teoricamente relevantes para a predição da Literacia em Saúde, $R^2 = .05$, $F(5,692) = 7.17$, $p < .001$, verificou-se que a (frequência de

obtenção de informação sobre saúde através fontes interpessoais ($\beta = .15$, $p = .001$) constituíram o único preditor de LS (Tabela 36). Estes dados demonstram que os jovens que têm mais fontes interpessoais para a saúde tendem a ter maiores níveis de LS. Em estudos anteriores (ex., Paek et., 2011, Manganello, 2008; Massey et al., 2013) já tinha sido documentada a importância das fontes de informação interpessoais e mediáticas sobre saúde para a LS em adolescentes. No entanto, este estudo parece sugerir que os as fontes interpessoais podem ser ainda mais importantes na LS dos adolescentes.

Tabela 36: Literacia em Saúde e fontes de informação

	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
Fontes mediáticas	.21	.29	.03	.70	.482	
Fontes interpessoais	.92	.28	.15	3.27	.001	
Conversas pais media	.00	.18	.00	.00	.998	.05
Conversas pais saúde	.32	.17	.07	1.81	.070	
Uso dos media	-.02	.21	-.00	-.10	.924	

7.1.4. Mediadores da LS

Na tentativa de explorar as relações da LS com as variáveis em estudo, realizaram-se, ainda, testes de mediação. Deste modo, verificou-se que a relação entre a frequência de obtenção de informação a partir de fontes mediáticas e a Literacia em Saúde é *mediada* pelas conversas com os pais sobre saúde, $F(4,718) = 6.61$, $p < .001$, $R^2 = .04$ (Figura 14). O estudo de Paek et al. (2011) também verificou que a relação entre o uso dos *media* e LS é *mediada* por agentes interpessoais. Estes dados parecem ser consistentes quando se tem em consideração que este estudo aponta que os pais são a fonte de informação interpessoal predominante.

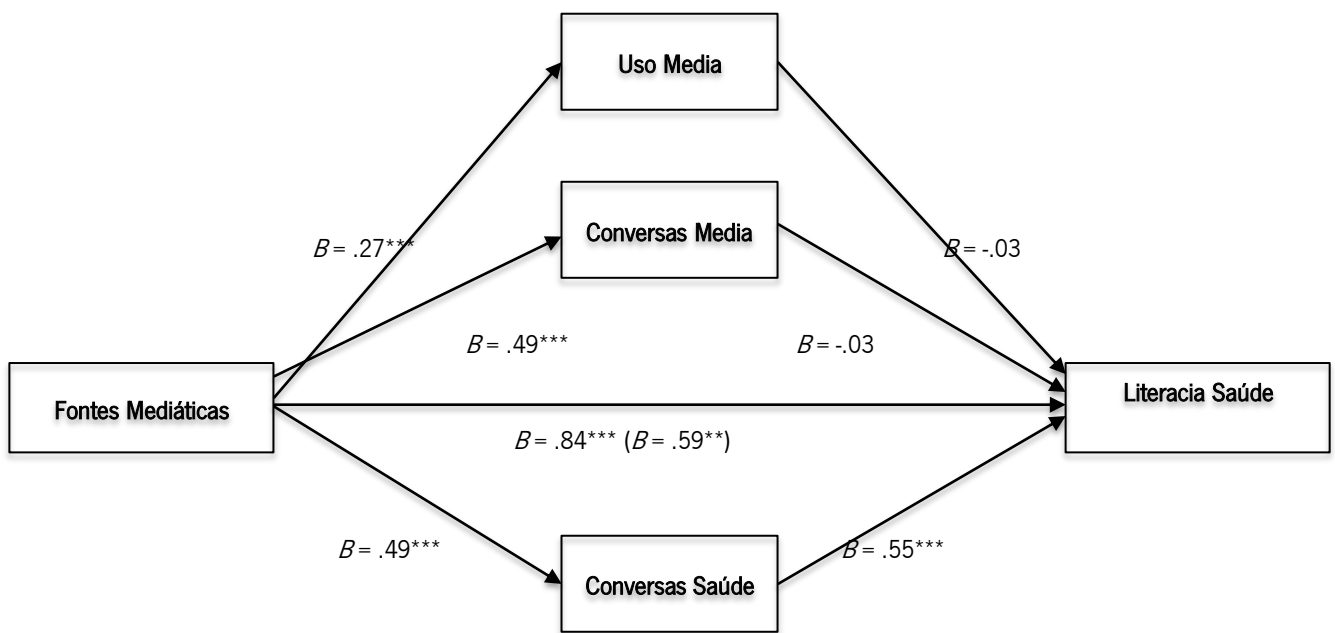


Figura 14: Modelo de mediação entre as fontes mediáticas e a Literacia em Saúde

Por sua vez, a relação entre as conversas com os pais e a LS é *mediada* pelas fontes interpessoais $F(4,696) = 8.23, p < .001, R^2 = .05$ (Figura 15), o que pode sugerir que as conversas com os pais podem conduzir uma maior frequência de obtenção de informação de saúde por parte dos mesmos e de outros agentes interpessoais, o que, como verificado anteriormente, promove a LS dos adolescentes. Deste modo, os programas de LS focados nos adolescentes devem ter em consideração todas as pessoas que com eles contactam. (ex., Banister et. al., 2011; Loureiro et al., 2013; Higgins et al., 2009).

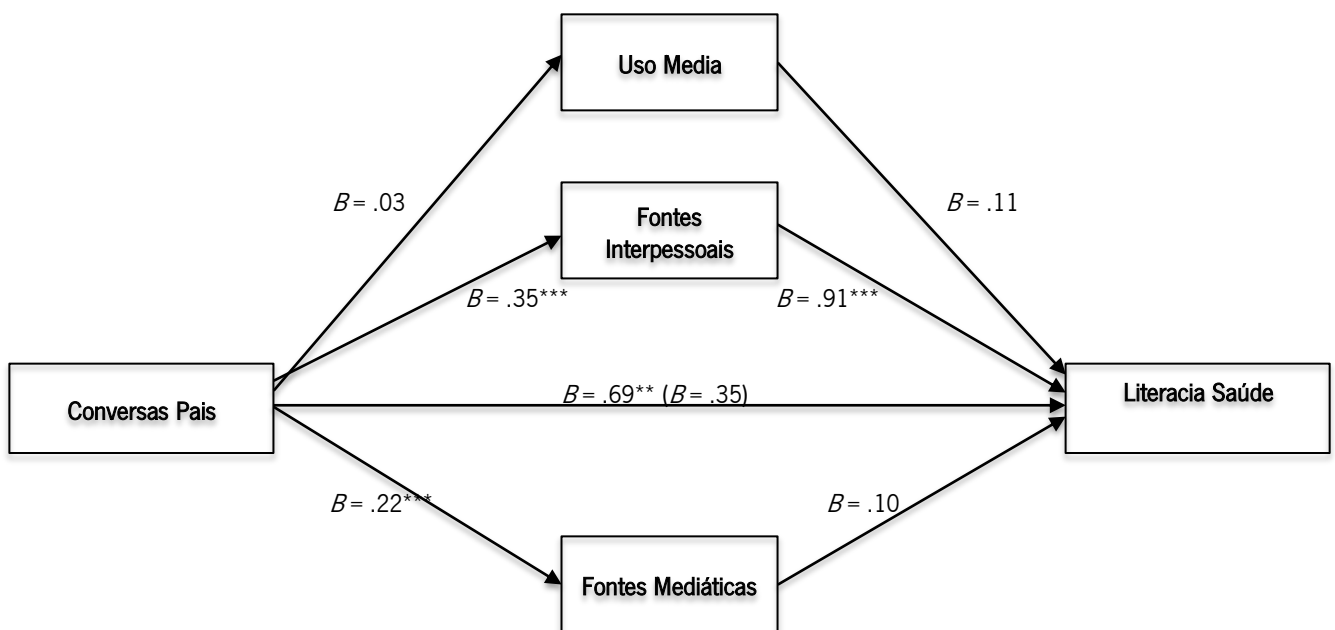


Figura 15: Modelo de mediação entre as conversas com os pais (sobre saúde e media) e a Literacia em Saúde

7.2 *eHealth Literacy*

De forma a avaliar componentes da *eHealth Literacy*, foi adaptada uma versão reduzida da medida de Norman e Skinner (2006b). Deste modo, procurou-se analisar estas componentes com o objetivo de determinar qual a mais prevalente. No geral, os jovens revelaram uma capacidade de encontrar informação de saúde superior à capacidade de avaliar e de utilizar essa informação (Gráfico 36). No estudo de Tubaishat e Habiballah (2016), os sujeitos não demonstraram a capacidade de avaliar e distinguir recursos viáveis de suspeitos online, conseguindo, no entanto, procurar e localizar informação e utilizar a informação de saúde. A avaliação da informação parece ser, assim, uma das tarefas mais complexas relativamente à informação online.

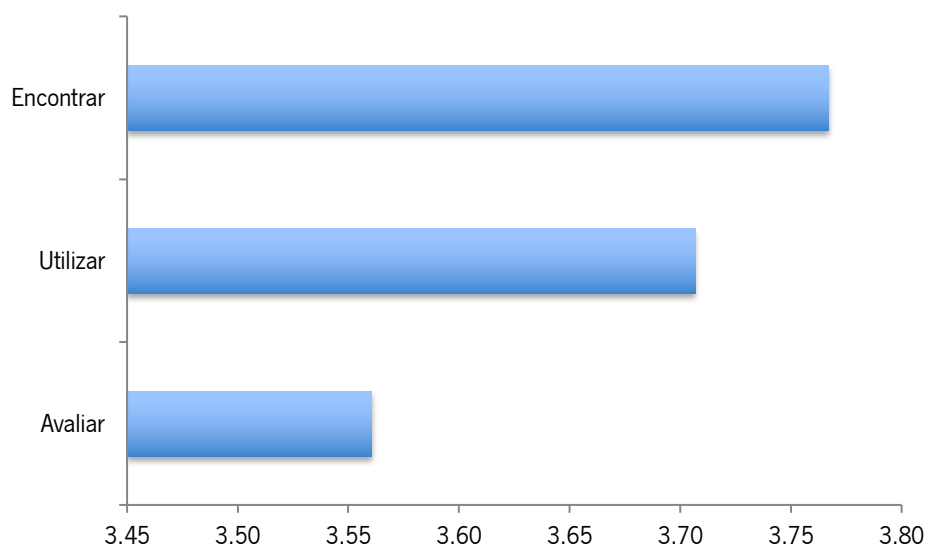


Gráfico 36: Dimensões da *eHealth Literacy*

7.2.1. *Fatores relacionados com a eHealth Literacy*

A análise de correlação revelou associações positivas entre a *eHealth Literacy* e as fontes mediáticas, bem como com o uso dos *media* e da Internet (Anexo 8.7). Estes dados sugerem que os adolescentes com níveis superiores de *eHealth Literacy* tendem a obter mais informação sobre saúde a partir de fontes mediáticas e a usar mais os *media* e a Internet.

Além disso, alguns estudos sugerem uma influência positiva da *eHealth Literacy* na saúde e comportamentos com ela relacionados (ex., Hove et al., 2011; Neter & Brainin, 2012; Norman & Skinner, 2006a), bem como na perceção de que a Internet é útil e importante para

fazer escolhas de saúde (Park & Lee, 2015; Tubaishat & Habiballah, 2016). No mesmo sentido, este estudo demonstrou, especificamente, uma associação positiva entre a *eHealth Literacy* e a frequência com que os jovens referiam fazer exercício físico, revelando que os adolescentes com níveis superiores de *eHealth Literacy* tendem a realizar mais atividade física.

Relativamente aos comportamentos com os *media*, e contrariamente ao esperado, a *eHealth Literacy* revelou estar positivamente associada com o comportamento de conversar com desconhecidos na Internet e com o comportamento de publicar conteúdos pessoais nas redes sociais, revelando que os jovens com maiores níveis de *eHealth Literacy* tendem a falar mais frequentemente com desconhecidos na Internet e a publicar mais conteúdos pessoais. Contudo, devemos ter em consideração que a publicação pode estar associada ao maior uso da Internet (já observado neste estudo) e que os jovens com maior *eHealth Literacy* podem ter maior perceção de ter competências no uso da Internet (Koo et al., 2012; Tubaishat & Habiballah, 2016) e, conseqüentemente, uma melhor perceção da sua capacidade para avaliar a informação que partilham nas redes sociais. Esta perceção pode promover nos jovens uma sensação de maior controlo sobre os comportamentos de risco online e as suas conseqüências.

7.2.2. Diferenças entre os níveis de eHealth Literacy e as variáveis em estudo

Tendo em consideração os diferentes níveis da capacidade de *eHealth Literacy* obtidos nesta amostra, nomeadamente, os baixos ($n = 326$), os médios ($n = 323$) e os elevados ($n = 229$), observaram-se diferenças quanto à frequência de informação de saúde através de fontes mediáticas, $F(2,779) = 3.59$, $p = .028$, $\eta^2_p = .01$, sugerindo que os adolescentes com níveis baixos de *eHealth Literacy* tendem a obter menos (frequentemente) informação por meio de fontes mediáticas, comparativamente aos que apresentaram níveis altos (Tabela 37). Foram ainda encontradas diferenças no uso da Internet, $F(2,859) = 4.81$, $p = .008$, $\eta^2_p = .01$, indicando que os adolescentes com níveis baixos de *eHealth Literacy* são os que usam menos a Internet, comparativamente com os com níveis médios e altos. A este propósito, a literatura já tinha demonstrado que um nível maior *eHealth Literacy* está associado a uma maior procura de informação sobre saúde na Internet (Chang et. al., 2015; Neter & Brainin, 2012; Van den Vaart et al., 2011). Estes dados podem indicar que quanto mais os jovens usam a Internet e, a partir dela, pesquisam e obtêm conteúdos de saúde

(processo que pode decorrer, por exemplo, através de um processo de tentativa-erro), mais aprimoram a capacidade procurar, avaliar e utilizar a informação de saúde.

Tabela 37: *Diferenças entre os níveis de eHealth Literacy considerando as variáveis em estudo*

	1. Baixo		2. Médio		3. Alto		<i>F</i>	<i>p</i>	μ^2	Scheffé
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>				
Fontes mediáticas	2.30	.56	2.40	.54	2.43	.61	3.59	.028	.01	1 < 3
Fontes interpessoais	3.11	.59	3.15	.61	3.15	.71	.59	.553	.00	
Conversas saúde	3.52	1.01	3.55	1.04	3.55	1.08	.38	.684	.00	
Conversas media	2.85	.93	2.84	.95	2.81	.97	.16	.850	.01	
Conversas total	3.18	.85	3.20	.87	3.18	.90	.31	.733	.00	
Uso media	2.68	.66	2.80	.69	2.82	.74	2.76	.064	.01	
Uso internet	2.88	.96	3.10	.95	3.09	.98	4.81	.008	.01	1<2,3

No que diz respeito aos dados sociodemográficos, similarmente a alguns estudos (Norman & Skinner, 2006b; Tubaishat & Habiballah, 2016), não foram encontradas diferenças significativas consistentes na *ehealth literacy* quanto ao género, idade/escolaridade e distrito (Anexo 8.9).

7.2.3. Preditores da eHealth Literacy

Seguindo os mesmos procedimentos descritos anteriormente para a LS, quando considerados os fatores demográficos, a regressão múltipla não revelou um modelo significativo, $R^2 = .01$, $F(5,871) = 1.40$, $p = .136$, não tendo nenhum dos preditores se mostrado significativo. No entanto, quando foram consideradas variáveis teoricamente relevantes, o modelo foi significativo, $R^2 = .02$, $F(5,694) = 3.44$, $p = .004$, revelando que as fontes mediáticas ($\beta = .14$, $p = .001$) são preditores significativos *eHealth Literacy*, o que parece indicar que os adolescentes que obtêm mais frequentemente informação sobre saúde através de fontes mediáticas, tendem a apresentar maiores níveis de *eHealth Literacy* (Tabela 38). Estes dados vão ao encontro dos resultados encontrados num estudo que demonstrou uma relação entre a *eHealth Literacy* e a frequência de obtenção de informação de saúde a partir de algumas fontes mediáticas (Neter & Brainin, 2012). O contacto com os *media* parece, assim, favorecer o desenvolvimento de capacidades relacionadas com a obtenção e

manuseamento de informação online sobre saúde. Este processo pode decorrer através da transferência de conhecimento e competências de alguns canais mediáticos para o meio online, indicando que existem pontos em comum entre os diferentes *media*.

Tabela 38: *eHealth Literacy e fontes de informação*

	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
Fontes mediáticas	.61	.19	.14	3.22	.001	
Fontes interpessoais	-.07	.18	-.02	-.38	.703	
Conversas pais <i>media</i>	-.13	.12	-.05	-1.09	.275	.02
Conversas pais saúde	-.03	.11	-.01	-.28	.777	
Uso dos <i>media</i>	.22	.14	.06	1.65	.099	

7.2.4. Mediadores da *eHealth Literacy*

Numa análise das relações da *eHealth Literacy* com as variáveis em estudo, verificou-se que a frequência de obtenção de informação sobre saúde através de fontes mediáticas demonstrou ainda mediar parcialmente duas relações: a relação entre o uso dos *media* e a *eHealth Literacy* $F(5,694) = 3.44$, $p < .001$, $R^2 = .04$ (Figura 16) e, mais especificamente, a relação entre o uso de Internet e a *eHealth Literacy*, $F(5,717) = 3.56$, $p < .001$, $R^2 = .02$ (Figura 17). Estes dados parecem reforçar que um maior uso da Internet e outros *media* pelos jovens permite aos jovens aprimorar as capacidades de encontrar, avaliar e utilizar a informação de saúde obtida online.

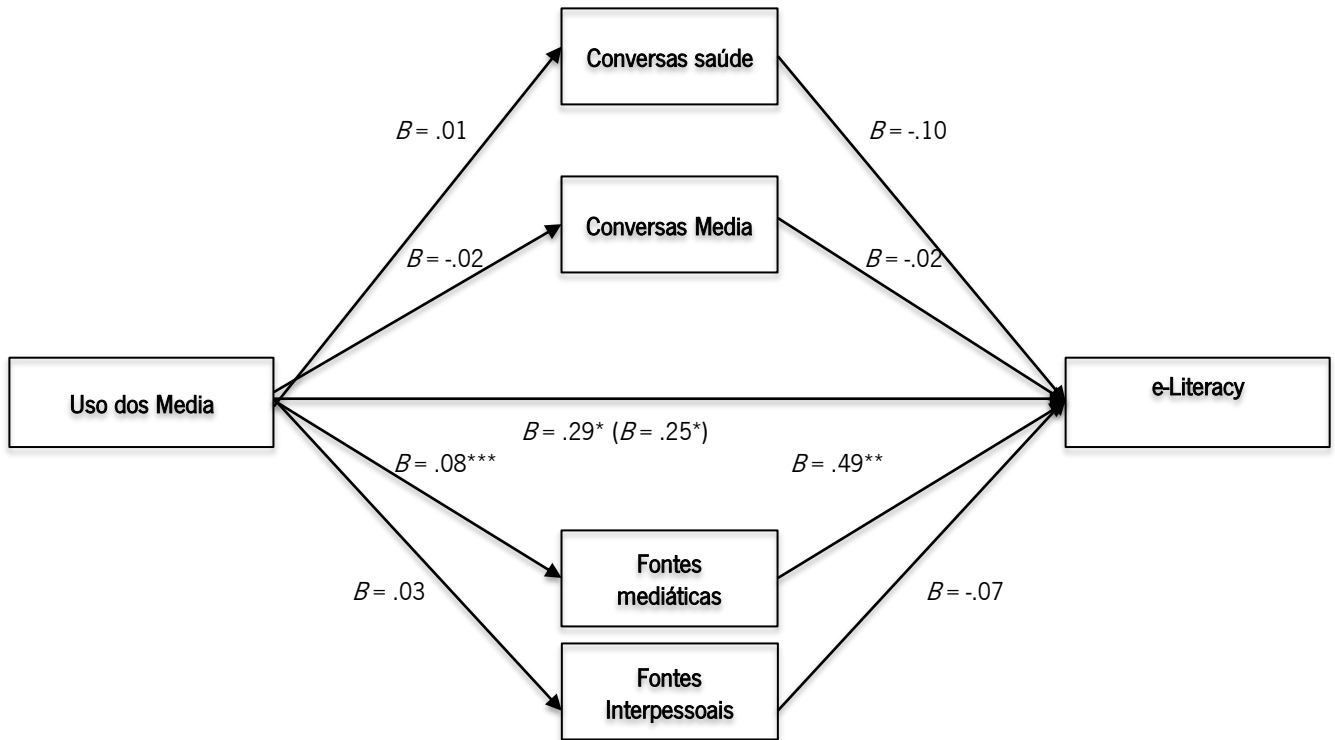


Figura 16: Modelo de mediação entre o uso dos *media* e a *eHealth Literacy*

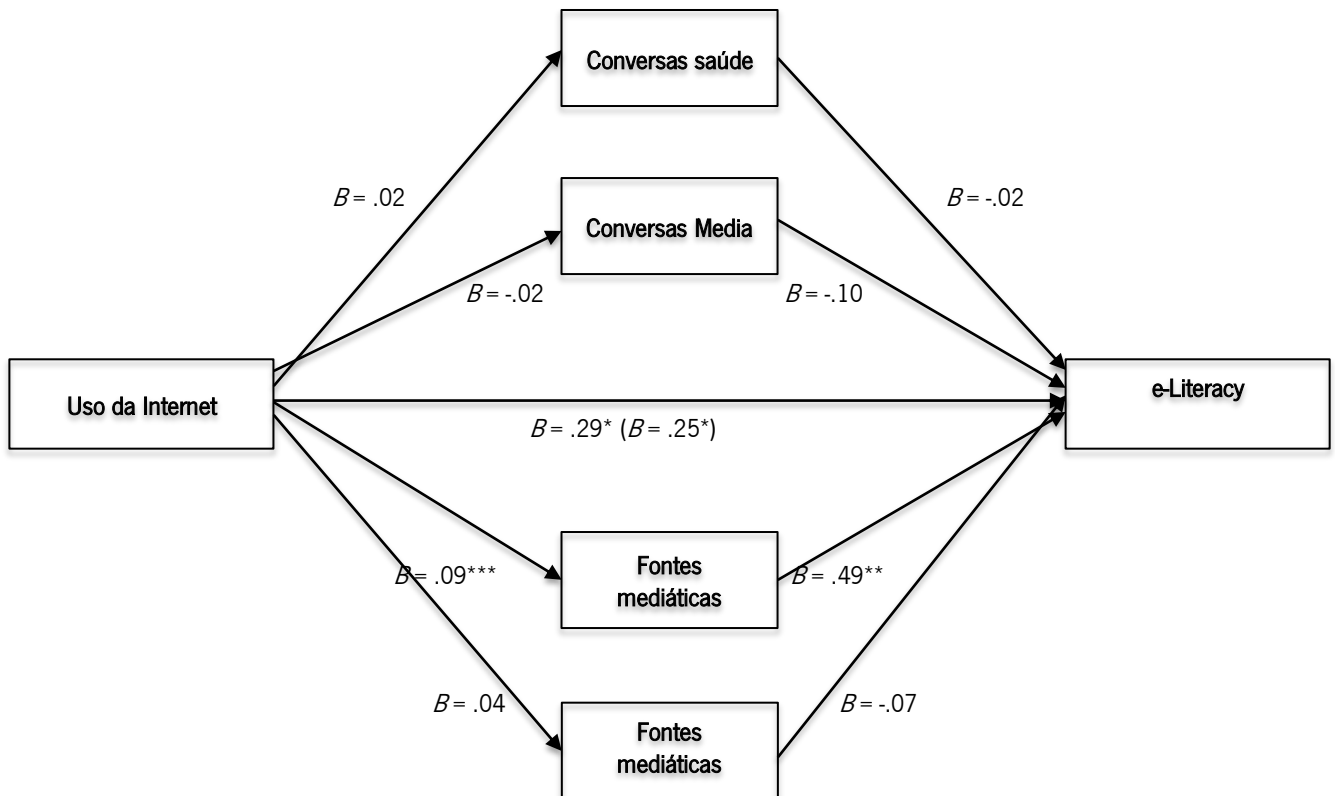


Figura 17: Modelo de mediação entre o uso da Internet e a *eHealth Literacy*

7.3 Literacia Mediática em Saúde

Segundo Levin-Zamir e colaboradores (2011), é possível determinar diferentes níveis de LMS, que variam entre quatro categorias sequenciais: capacidade de identificação/reconhecimento de conteúdos de saúde, avaliação crítica dos conteúdos de saúde nos *media*, influência percebida nos adolescentes (pares) e intenção de ação/reação.

Como referido no capítulo anterior, a LMS foi medida através de uma adaptação do instrumento desenvolvido por Levin-Zamir e colaboradores (2011), através do recurso a dois videoclipes que demonstram comportamentos de saúde, seguidos de algumas questões relativas aos mesmos.

Especificamente, o videoclipe 1 apresenta uma cena da comédia “Friends”, na qual dois amigos estão sentados no sofá ver o programa “Baywatch” na televisão e comentam o corpo de uma atriz enquanto bebem cerveja.

Tendo em consideração este videoclipe, foram poucos os alunos que responderam que já conheciam este videoclipe ($n = 172$, 19.9%). A grande maioria relata que a cena aborda um pouco um tema de saúde ($n = 277$, 30.9), seguindo-se os que sugerem que aborda um tema de saúde ($n = 206$, 23%). No entanto, alguns alunos consideraram que não aborda ($n = 125$, 13.9%), ou que definitivamente não aborda um tema de saúde ($n = 179$, 20%) (Gráfico 37).

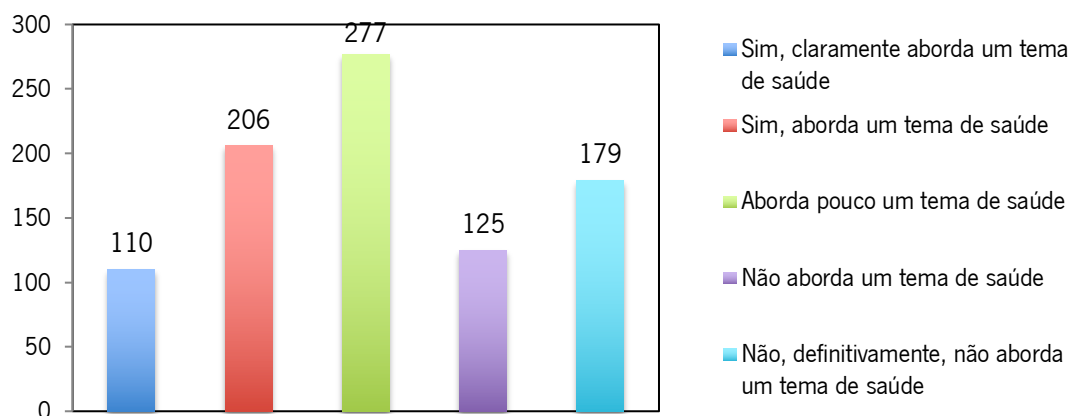


Gráfico 37: Identificação do tema de saúde para o videoclíp 1

De seguida, quando foi pedido aos adolescentes para identificarem o/os tema(s) específicos de saúde demonstrado(s) no videoclipe, foi observado que a maioria dos

adolescentes foi capaz de identificar um tema de saúde ($n = 511$, 56.7%), contrariamente a 391 (43.3%) que consideraram que o videoclipe não apresentava temas de saúde.³²

Quando questionados sobre a concordância com a mensagem (os comportamentos apresentados) no videoclipe, a maioria refere que concorda ($n = 290$, 33.6%), sendo que os restantes se distribuem pelas outras respostas, em que apenas 16% ($n = 138$,) não concordam, em nada, com a mensagem (Gráfico 38).

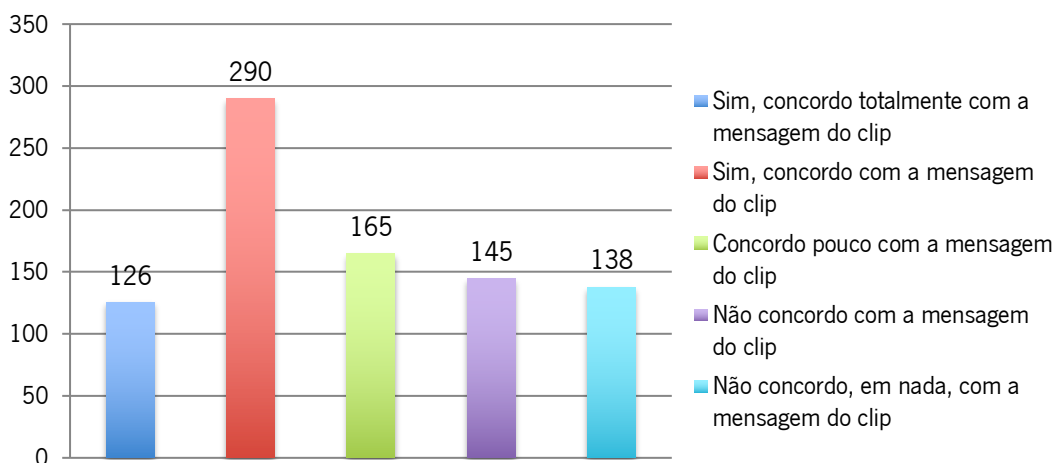


Gráfico 38: Concordância com a mensagem do videoclipe 1

Relativamente à análise da capacidade de pensamento crítico, foi pedido aos adolescentes para, em questão aberta, justificar porque concordam ou discordam com o videoclipe. As respostas dos adolescentes foram analisadas qualitativamente de modo a verificar se expressam opinião crítica relativamente ao conteúdo que mencionaram na categoria identificação/reconhecimento. Verificou-se que a maioria não foi capaz de

³² A identificação do tema saúde foi avaliada através de uma questão de escolha múltipla e uma de resposta aberta. A questão inicial de escolha múltipla incidiu sobre se o jovem identifica um tema de saúde no clipe, variando de “Sim, definitivamente, aborda um tema de saúde” até “Não, definitivamente, não aborda um tema de saúde”. Após esta questão, foi pedido aos participantes para indicarem qual o tema que o clipe aborda. Os adolescentes teriam pontuação de “1”, se indicassem que o clipe apresenta um tema de saúde na questão inicial, e nas seguintes indicassem, efetivamente, um tema relacionado com a saúde ou comportamentos de risco. Nos restantes casos, a cotação foi “0”, indicando ausência de identificação do tema de saúde. As razões para falta de pontuação na categorização identificação/reconhecimento de temas de saúde foram as seguintes: falta de identificação de tema de saúde; temas demasiado latos (ex. saúde pública) que até podem estar de alguma forma relacionados com o conteúdo apresentado, mas por si só não podem ser considerados como fazendo parte da categoria “tema de saúde”; não se aplica ao videoclipe - percepção errada dos conteúdos apresentados; falta de clareza no conteúdo descrito.

demonstrar uma análise crítica ($n = 616$, 83.5%) comparativamente aos que, efetivamente, a apresentaram ($n = 122$, 16.5%).³³

No que se refere à percepção da influência que este videoclipe tem no comportamento dos adolescentes, grande parte acredita que o videoclipe exerce uma influência negativa ($n = 328$, 36.7%). Contudo, alguns ($n = 253$, 28.3%) consideram que ver este videoclipe não influencia os adolescentes (Gráfico 39).³⁴

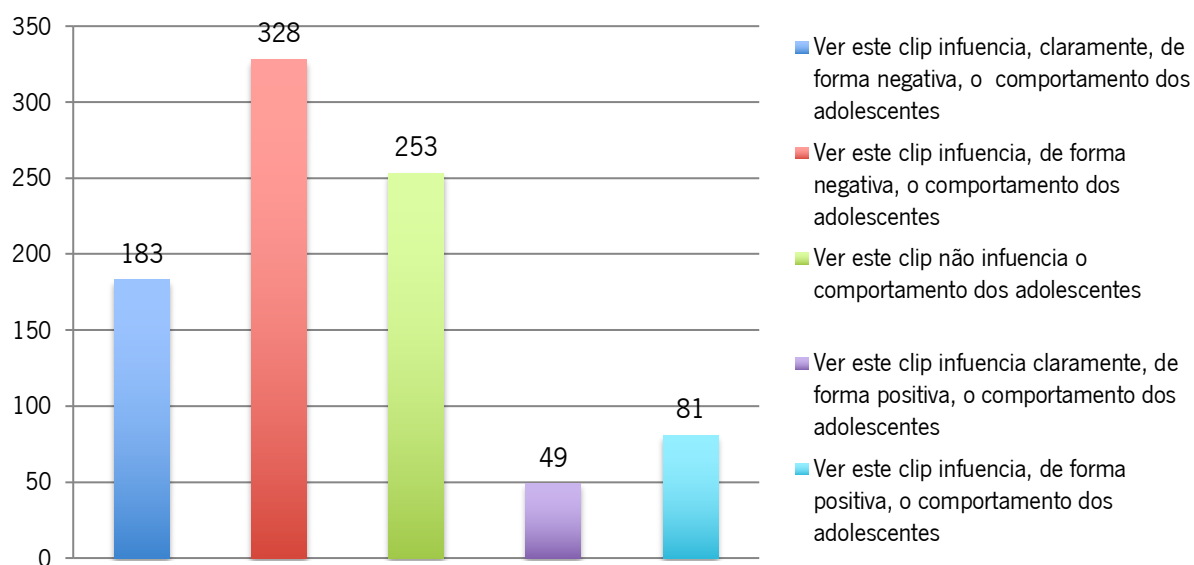


Gráfico 39: Percepção da influência para o videoclipe 1

Por fim, no que se refere à ação/reação, os adolescentes foram questionados acerca da sua “reação pessoal” ao videoclipe.³⁵ A maioria ($n = 450$, 50.6%) referiu que pretende

³³ A avaliação do pensamento crítico incluía uma questão de escolha múltipla com gradientes de “concordância” ou “não concordância” com o conteúdo do videoclipe, variando de “Sim, concordo totalmente com o conteúdo” a “Não concordo, em nada, com o conteúdo”. A questão de resposta aberta posterior serviu para revelar se os jovens têm consciência e se conseguiram explicar a razão da sua concordância/não concordância, explicitando as consequências que os comportamentos de saúde/risco descritos podem ter nas audiências ou nas pessoas que adoptam tais comportamentos. Apenas nestes casos as respostas eram cotadas com a pontuação de “1”. Caso não demonstrassem analisar a informação de modo crítico, a cotação era de “0”.

³⁴ A influência percebida do videoclipe nos comportamentos dos jovens foi avaliada através de uma questão de escolha múltipla, com as seguintes opções: “Ver este clip não influencia os comportamentos dos adolescentes” - cotada com “0” e as restantes (“Ver este clip influencia [claramente], de forma negativa/positiva, os comportamentos dos adolescentes) foram cotadas com “1”.

³⁵ A ação/reação foi avaliada com recurso a uma questão de escolha múltipla. Os participantes tiveram que apontar que tipo de reação têm perante o clip apresentado. Caso o jovem revelasse não apresentar qualquer (re)ação ou caso ela fosse de adoção dos comportamentos de risco demonstrados no clip, a resposta não seria cotada - “0”. As outras opções, que incluíam a intenção de evitar os comportamentos descritos no clip,

evitar os comportamentos apresentados. No entanto, alguns adolescentes ($n = 252$, 28.3%) referem não ter reação a este videoclipe (Gráfico 40). Estes dados indicam que os jovens consideram que este tipo de conteúdos influencia o seu comportamento, a ponto de evitarem comportamentos negativos para a sua saúde. No entanto, a própria presença do investigador e o contexto de sala de aula pode ter contribuído para os jovens manifestarem comportamentos socialmente expectáveis. Assim sendo, os jovens assumiriam que os videoclipes estariam a ter um papel didático para os alunos ao revelarem comportamentos prejudiciais à saúde dos jovens.

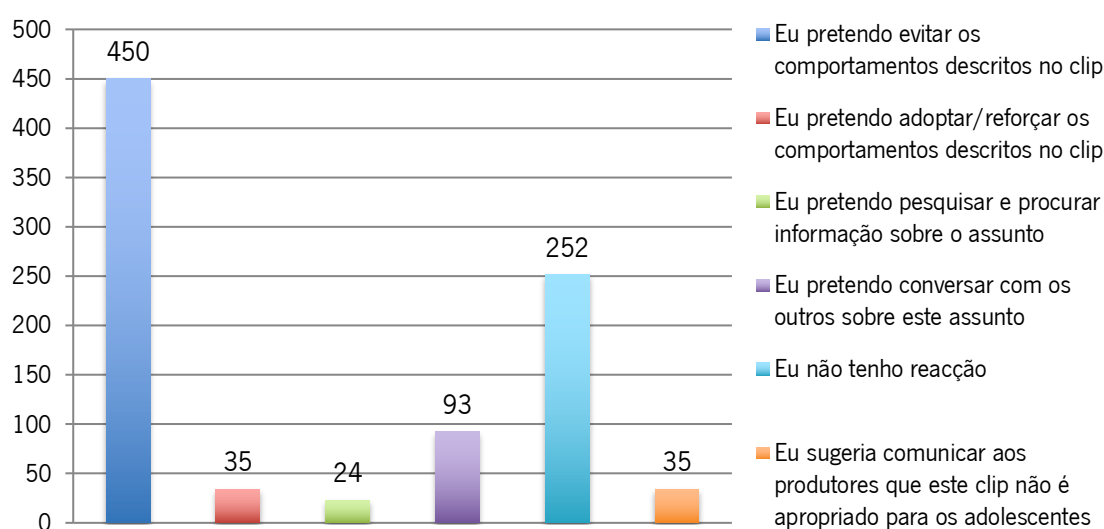


Gráfico 40: Ação/reação para o videoclip 1

Por fim, tendo em consideração a análise de cada uma das perguntas, foi possível obter uma pontuação para cada uma das componentes avaliadas, nomeadamente a identificação do tema de saúde, o pensamento crítico, a perceção de influência e a ação/reação (ver capítulo da Metodologia).³⁶Tendo em consideração a análise da cotação desta escala para o videoclipe 1, podem observar-se no Gráfico 41, os valores relativamente

pesquisar e procurar informação sobre o assunto, conversar com os outros sobre o assunto e sugerir aos produtores que o clip não é apropriado para os adolescentes, implicavam a cotação de "1".

³⁶ Cada categoria de LMS é dicotómica, em que 0 indica que a categoria não está presente, e 1 que está presente. Para cada um dos videoclipes apresentados, é possível obter um índice que varia entre 0 a um máximo de 4 (cotação de todas as dimensões). Através da soma dos índices de cada segmento de vídeo, é calculada a pontuação total em LMS de cada participante. Neste sentido, a pontuação varia entre 0 (indicando que nenhuma categoria de LMS foi identificada em nenhum segmento) e 8 (todas as categorias de LMS foram identificadas em todos os segmentos).

baixos de pensamento crítico ($n = 122$, 16.5%), mas elevados na percepção de influência que este tem sobre os comportamentos dos adolescentes ($n = 641$, 71.7%).

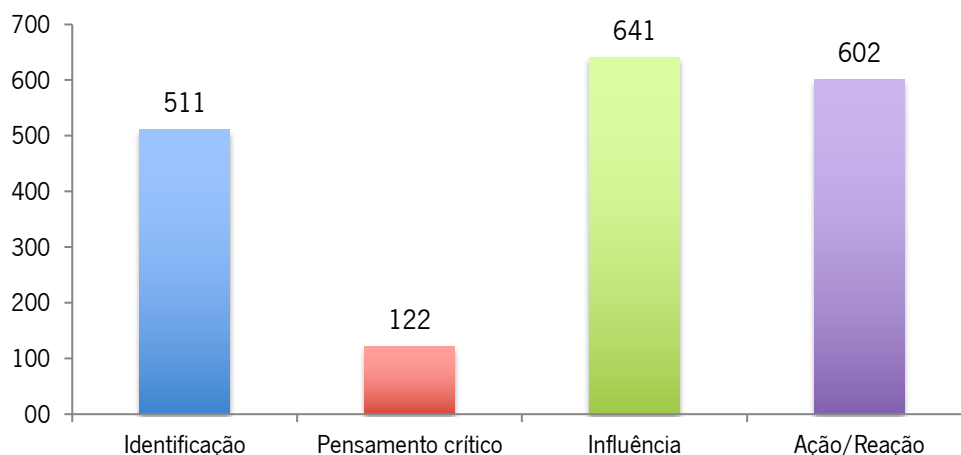


Gráfico 41: Componentes da LMS para o videoclip 1

No videoclipe 2, foi apresentado um excerto de uma reportagem intitulada “*Bullying na era digital*” que inclui o relato de uma mãe acerca do *bullying* sofrido pela filha através de mensagens enviadas a partir de uma rede social, e uma entrevista a uma adolescente acerca das questões do *bullying*, do *cyberbullying* e do *sexting*.

Considerando este videoclipe, apenas 66 (8.1%) referem que já conheciam o videoclipe.

Na questão alusiva à identificação de comportamentos de saúde, os valores encontram-se bastante distribuídos pela amostra. No entanto, destaca-se o número elevado dos que consideram que não aborda ($n = 178$, 20.2%), ou que definitivamente não aborda ($n = 186$, 21.1%) um tema de saúde (Gráfico 42).

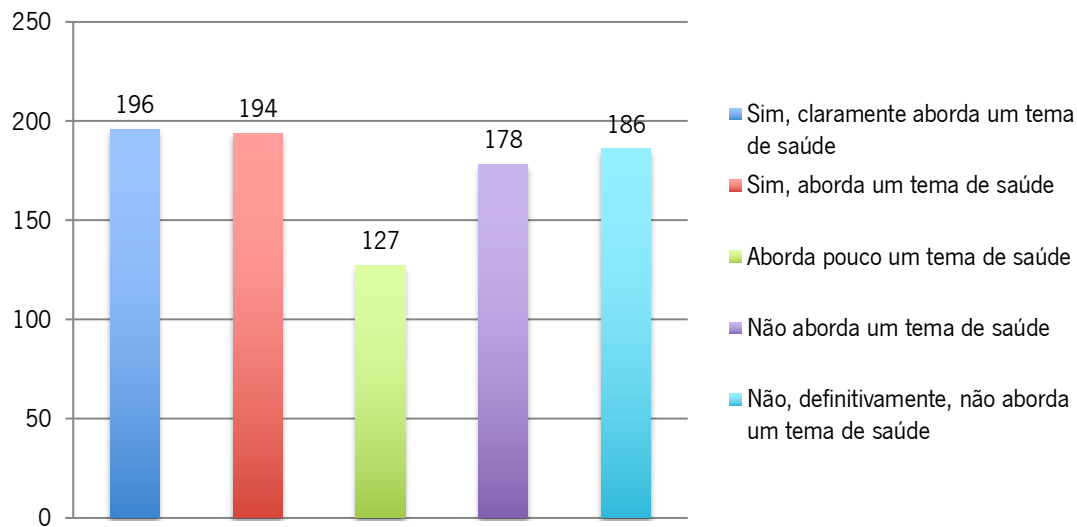


Gráfico 42: Identificação do tema de saúde para o videoclip 2

Com efeito, tendo em consideração a capacidade de identificação de um tema de saúde, apenas 443 (49.7%) conseguiram identificar um tema de saúde neste videoclipe, comparativamente com 448 (50.3%) que não identificaram. Estes valores sugerem que os jovens tiveram mais dificuldades em identificar temas de saúde na reportagem apresentada sobre *cyberbullying* do que na série “Friends”. Estes dados merecem atenção, uma vez que os jovens revelaram anteriormente uma perceção de que apresentam uma grande capacidade de encontrar informação sobre saúde.

No que se refere à concordância com a mensagem do videoclipe, a maioria refere que concorda totalmente ($n = 424$, 48.1%) ou concorda ($n = 284$, 32.2%), em oposição aos que concordam pouco ($n = 43$, 4.9%), não concordam ($n = 48$, 5.4%), ou não concordam em nada ($n = 82$, 9.3%) (Gráfico 43).

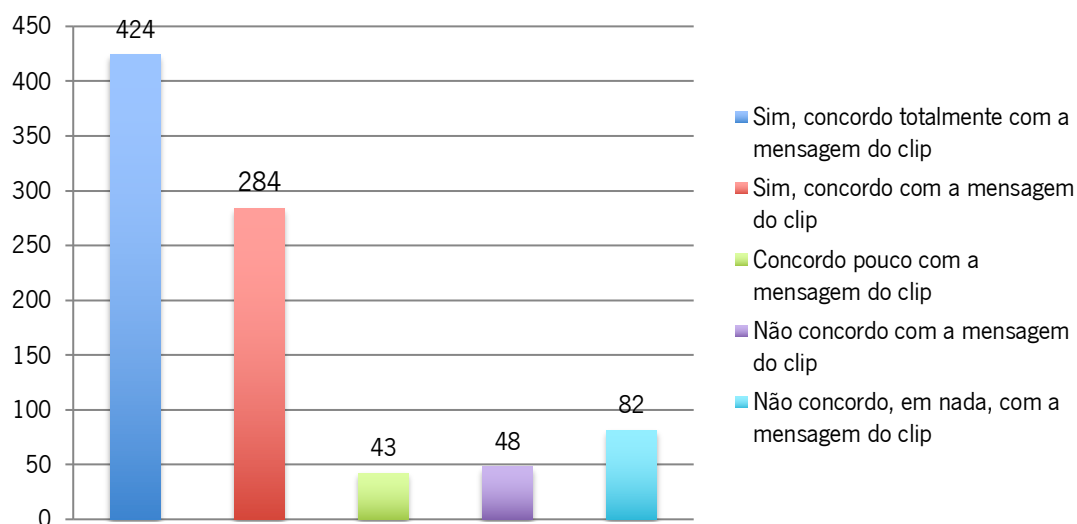


Gráfico 43: Concordância com a mensagem do videoclipe 2

À semelhança dos valores encontrados na análise do videoclipe 1, foi verificado que a maioria não apresenta pensamento crítico ($n = 605$, 80.6%) comparativamente aos que apresentam esta capacidade ($n = 146$, 19.4%).

No que concerne à percepção de influência nos comportamentos dos adolescentes, grande parte considera que ver o videoclipe influencia de forma positiva ($n = 333$, 37.9%) ou claramente positiva ($n = 253$, 28.8%). Por outro lado, apenas 94 (10.7%) indicam que o videoclipe não influencia os comportamentos dos jovens (Gráfico 44). Uma vez mais os jovens manifestam a ideia de que têm consciência de que os *media* influenciam o seu comportamento, ainda que o ambiente de aplicação de questionário pudesse influenciar as suas respostas.

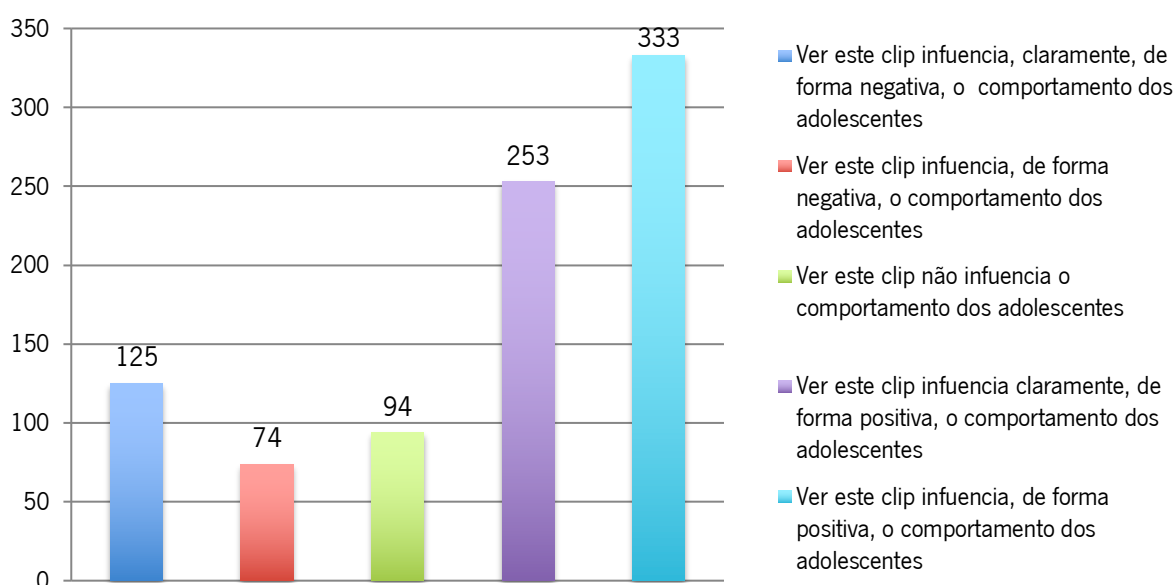


Gráfico 44: Percepção de influência para o videoclipe 2

No que diz respeito à ação/reação, comparativamente aos resultados referentes ao primeiro videoclipe, um maior número de jovens ($n = 671$, 76.4%) refere que pretende evitar os comportamentos apresentados no videoclipe 2 e uma menor percentagem dos participantes ($n = 71$, 8.1%) admite que não tem reação a este videoclipe (Gráfico 45).

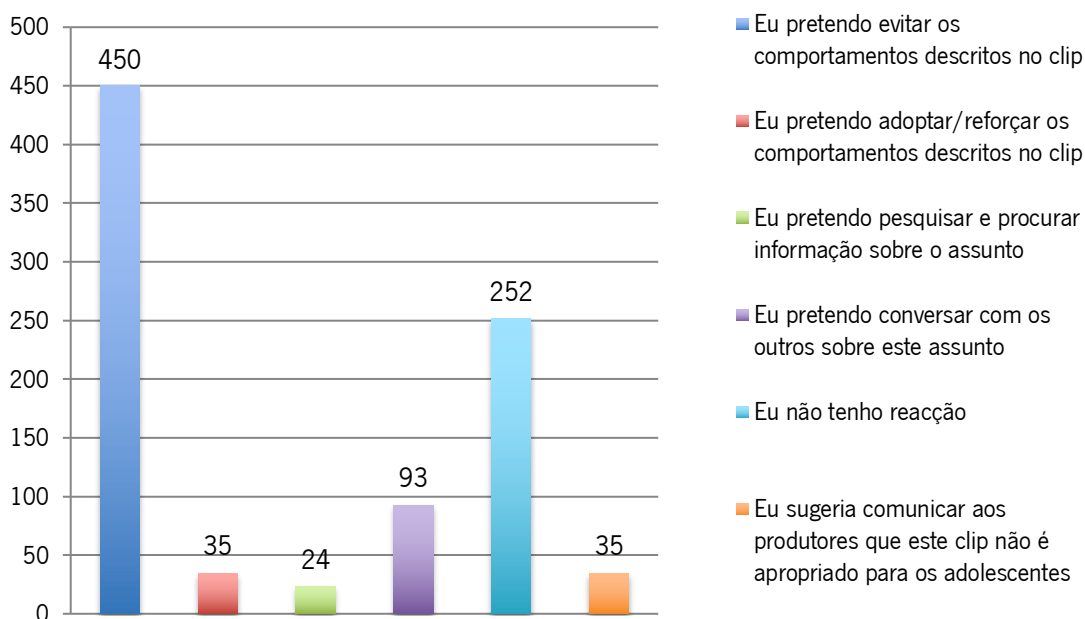


Gráfico 45: Ação/reação para o videoclipe 2

Na análise da cotação desta escala para o caso do videoclipe 2, observam-se, novamente, valores baixos de pensamento crítico ($n = 146$, 16.1%), mas elevados na perceção de influência nos comportamentos dos adolescentes ($n = 785$, 89.3%) e de ação/reação ($n = 787$, 89.6%) (Gráfico 46).

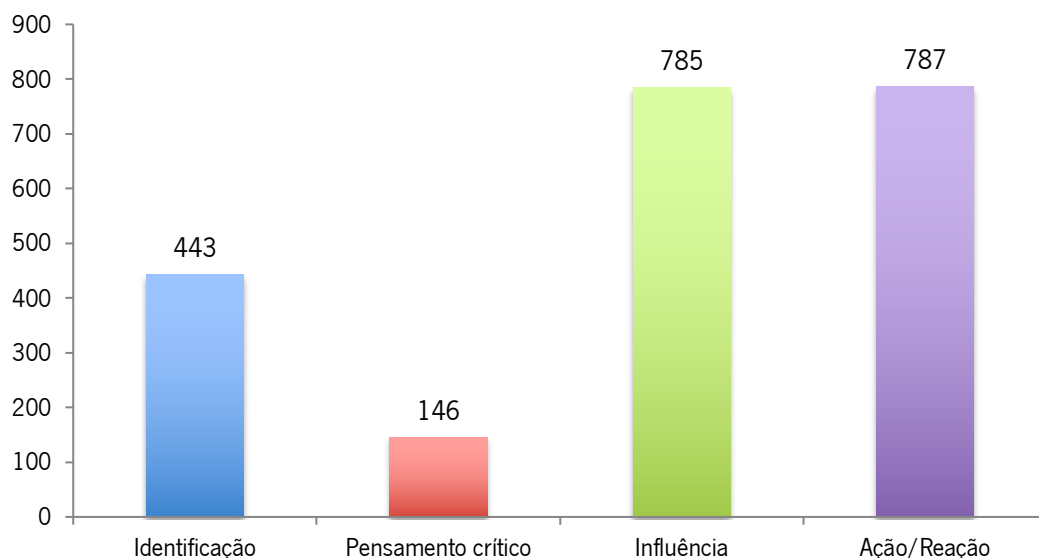


Gráfico 46: Componentes da LMS para o videoclip 2

De um modo geral, a análise dos dados relativos à LMS demonstrou que o pensamento crítico revelou ser a componente na qual os jovens obtiveram pontuações mais baixas, salientando uma grande lacuna nesta capacidade. Estes dados contrariam o estudo de Levin-Zamir et al. (2011), no qual a capacidade dos jovens na componente de pensamento crítico superou a capacidade de percepção de influência no outro. No entanto, a razão para estes resultados distintos pode ter a mesma explicação. No estudo de Levin-Zamir e colaboradoras (2011), as autoras argumentam que os jovens podem ter tido pontuações mais elevadas no pensamento crítico do que na influência, devido ao contexto de sala de aula apelar a que julguem o conteúdo de uma forma mais educacional.

7.3.1. Fatores relacionados com a LMS

Tendo em consideração os padrões de associação da LMS, verificaram-se associações positivas com as escalas de frequência de obtenção de informação através de fontes mediáticas e interpessoais, a comunicação com os pais (no seu total e nas suas dimensões de *media* e saúde) e a idade. Estes dados apontam que os estudantes com níveis superiores de LMS tendem a conversar mais com os pais (sobre *media* e saúde), a obter mais informação sobre saúde através de fontes mediáticas e interpessoais, e a ser mais velhos.

Relativamente aos comportamentos de saúde, a literatura existente aponta uma relação entre a L(C)MS e as decisões e respetivas mudanças nos comportamentos de saúde

(Begoray et al., 2010; Levin-Zamir et al., 2011; Wharf Higgins et al., 2012). Neste estudo, os adolescentes que apresentam menores níveis de LMS tendem a envolver-se mais em lutas e a consumir mais tabaco. Deste modo, é necessário ter em consideração a LMS como determinante nos comportamentos de saúde, o que pode promover futuras intervenções de promoção de saúde (Levin-Zamir et al., 2011) (Anexo 8.2 e 8.6).

7.3.2. Diferenças entre os níveis de LMS e as variáveis em estudo

Quando se analisaram os níveis baixos ($n = 140$), médios ($n = 145$) e elevados ($n = 372$) de LMS, foram encontradas diferenças significativas na frequência de obtenção de informação sobre saúde através de fontes mediáticas, $F(2,593) = 7.12, p = .001, \eta^2_p = .02$, e de fontes interpessoais, $F(2,626) = 11.11, p < .001, \eta^2_p = .03$, nas conversas com os pais sobre saúde, $F(6,644) = 4.12, p = .017, \eta^2_p = .01$, sobre o que fazem nos *media*, $F(2,651) = 5.72, p = .003, \eta^2_p = .02$, e no seu total, $F(2,643) = 6.70, p = .001, \eta^2_p = .02$ (Tabela 39).

No geral, estes dados sugerem que os grupos dos adolescentes com níveis mais baixos de LMS tendem a obter menos (frequentemente) informação de saúde a partir de fontes mediáticas. Adicionalmente, aqueles que têm níveis mais baixos tendem a obter menos informação de saúde através de fontes interpessoais, comparativamente aos que apresentaram níveis médios e altos de LMS. A LMS também demonstrou uma associação positiva com ambas as fontes de informação sobre saúde: interpessoais e mediáticas. Estes resultados relembram o estudo de Levin Zamir e colaboradoras (2011), que tinham previamente observado que quanto maior o número de fontes adultas interpessoais reportadas, maior o nível de LMS. Por outro lado, os *media* constituem igualmente fatores que influenciam positivamente a L(C)MS (Begoray et al., 2010, Levin-Zamir et al., 2011) e, por sua vez, podem ser influenciados por ela.

Foi igualmente observada a mesma tendência relativamente às conversas com os pais sobre saúde e os *media*, revelando a importância que os pais e a família possuem relativamente à LMS (Levin-Zamir et al., 2011, Begoray et al., 2010). Os pais, sendo uma fonte de informação tão consistentemente importante, podem promover competências que fazem parte da LMS, nomeadamente a análise crítica de conteúdos mediáticos (Zamir et al., 2011). Por outro lado, a LMS pode ajudar na seleção dos pais como fonte de informação privilegiada.

Tabela 39: Diferenças entre os níveis de LMS considerando as variáveis em estudo

	1. Baixo		2. Médio		3. Alto		<i>F</i>	<i>p</i>	μ^2	Scheffe
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>				
Fontes mediáticas	2.23	.66	2.34	.56	2.45	.53	7.12	.001	.02	1 < 3
Fontes interpessoais	2.94	.75	3.19	.60	3.22	.65	11,11	<.001	.03	1 < 2,3
Conversas saúde	3.11	1.05	3.47	1.15	3.60	.99	4.12	.017	.01	1 < 3
Conversas media	2.63	.99	2.81	1.02	2.95	.92	5.72	.003	.02	1 < 3
Conversas total	2.96	.85	3.14	.97	3.28	.84	6.70	.001	.02	1 < 3
Uso media	2.74	.74	2.67	.66	2.70	.67	.36	.701	.00	—
Uso internet	3.08	1.04	2.91	.93	2.92	.92	1.64	.194	.01	—

Na análise da influência do género, distrito e escolaridade (Anexo 8.10), foram encontradas diferenças significativas em função do género, $F(1,638) = 30.98$, $p < .001$, $\eta^2_p = .05$, sugerindo que as raparigas tendem ter níveis mais elevados de LMS comparativamente com os rapazes (Gráfico 47). De acordo com os estudos de Levin-Zamir e colaboradoras (2011) e de Begoray et al. (2010), a Literacia Mediática em Saúde está associada a fatores pessoais, como o género e a idade. Os dados encontrados neste estudo são congruentes com o estudo de Levin-Zamir e colaboradoras (2011), no qual as raparigas tendem ter níveis mais elevados de LMS, comparativamente aos rapazes. Como verificámos anteriormente, os resultados apontam que as raparigas também tendem a apresentar valores mais elevados em variáveis que demonstraram estar associadas com a LMS, nomeadamente, no uso dos *media*, nas conversas com os seus pais sobre *media* e saúde, e na obtenção de informação de saúde, quer através de fontes interpessoais ou mediáticas, comparativamente com os rapazes. Estes dados parecem contribuir para justificar os níveis superiores de LMS nas raparigas. Além disso, o lobo frontal do cérebro, que é responsável pelo raciocínio e tomada de decisão, desenvolve-se geralmente mais cedo nas raparigas (Unicef, 2011), o que pode influenciar a LMS.

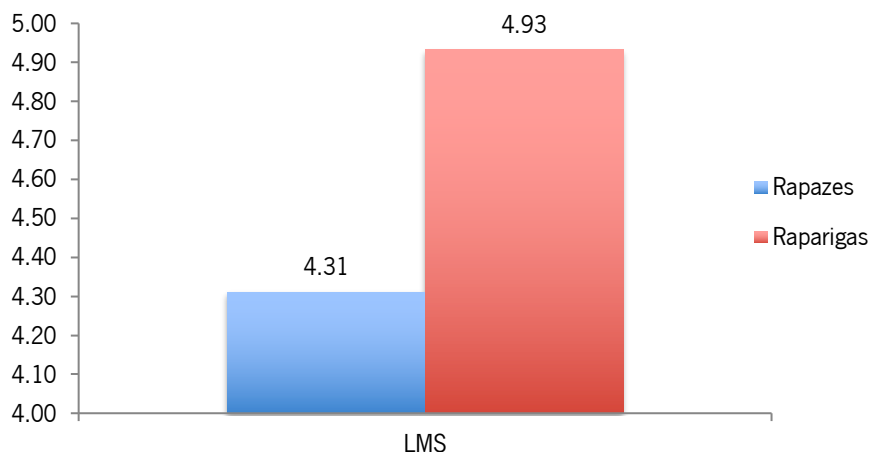


Gráfico 47: LMS em função do género

A escolaridade também revelou influenciar significativamente a LMS, $F(2,638) = 13.03$, $p < .001$, $\eta^2_p = .04$ (Gráfico 48), sugerindo que os estudantes do 7º ano ($M = 4.24$) têm níveis mais baixos de LMS comparativamente aos do 9º ano ($M = 4.89$) e os do 11º ano ($M = 4.87$) de escolaridade. De facto, o desenvolvimento cognitivo tem um papel importante na L(C)MS, que deve desenvolver-se ao longo de toda a vida (Wharf-Higgins et. al., 2012). Deste modo, e paralelamente à LS, também relativamente à LMS se pode hipotetizar que estes resultados se devem ao facto de, na segunda fase da adolescência, existir um aumento da capacidade de tomar decisões conscientes e avaliar riscos dos adolescentes (Unicef, 2011). Além disso, os adolescentes mais velhos ou com maior escolaridade também apresentaram valores mais altos nos fatores que se revelaram neste estudo como associados à LMS, como o uso dos *media* e as fontes de informação para a saúde (mediáticas e interpessoais), o que poderá ter conduzido ao desenvolvimento de capacidades relacionadas com a LMS.

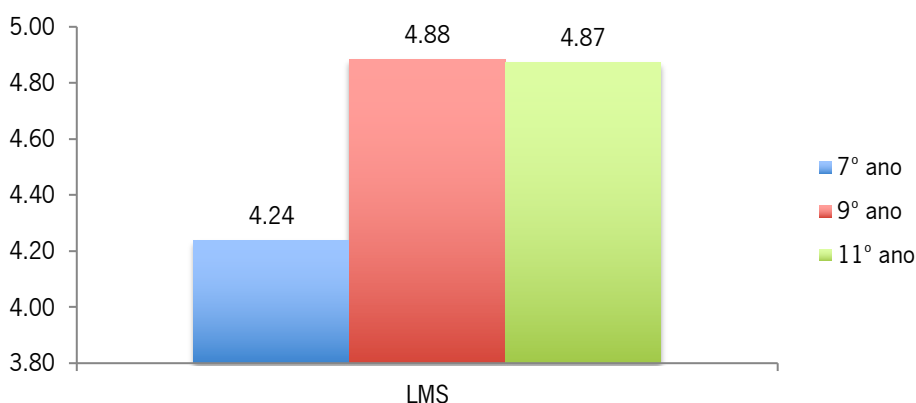


Gráfico 48: LMS em função da escolaridade

7.3.3. Preditores da LMS

No que se refere à análise dos preditores da LMS, tendo em consideração os fatores demográficos, a regressão múltipla revelou um modelo significativo, $R^2 = .09$, $F(5,650) = 13.46$, $p < .001$, tendo o género ($\beta = -.22$, $p < .001$) e a escolaridade ($\beta = -.21$, $p < .001$) revelado valores significativos. Estes dados reforçam a ideia de que os rapazes (Levin-Zamir et al., 2011) e adolescentes com nível de escolaridade mais baixos tendem a ter menores níveis de Literacia Mediática em Saúde (Tabela 40).

Tabela 40: Literacia Mediática em Saúde e variáveis sociodemográficas

	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
Género	-.64	.11	-.22	-5.84	< .001	
Escolaridade						
7º ano	-.64	.13	-.21	-4.79	< .001	
9º ano	-.03	.13	.01	.26	.796	
11º ano	.00	-	-	-	-	.09
Distrito						
Braga	.21	.13	.07	1.59	.113	
Porto	.23	.14	.07	1.65	.100	
Bragança	.00	-	-	-	-	

Nota. Género (Sexo feminino = 0; Sexo masculino = 1); Ter irmãos (Não tem = 0; Tem irmãos = 1)

Quando foram consideradas variáveis teoricamente relevantes da predição da LMS, nomeadamente, as fontes de obtenção de informação sobre saúde, as conversas com os pais e o uso dos *media*, observou-se um modelo significativo, $R^2 = .06$, $F(5,531) = 6.20$, $p < .001$, indicando que a obtenção de informação sobre saúde através de fontes mediáticas ($\beta = .10$, $p = .039$) e de fontes interpessoais ($\beta = .17$, $p = .001$) são preditores significativos da LMS (Tabela 41). Deste modo, os adolescentes que obtêm mais frequentemente informação sobre saúde através das fontes mediáticas e interpessoais para a saúde, tendem a ter maiores níveis de LMS. Estes dados são consistentes com os testes de diferenças e associações, realçando o papel preponderante que as fontes mediáticas e interpessoais têm na capacidade de LMS (Begoray et al., 2010, Levin-Zamir et al., 2011).

Tabela 41: Literacia Mediática em Saúde e fontes de informação

	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
Fontes mediáticas	.27	.13	.10	2.07	.039	
Fontes interpessoais	.41	.13	.17	3.24	.001	
Conversas pais média	.01	.07	.01	.11	.915	.06
Conversas pais saúde	-.01	.08	.00	-.01	.993	
Uso dos media	-.01	.09	-.01	-.12	.904	

7.3.4. Mediadores da LMS

Por fim, na exploração da relação entre as variáveis em estudo e a LMS, foi verificado que a relação entre as conversas com os pais e a LMS é mediada pela obtenção de informação de saúde a partir de fontes interpessoais e de fontes mediáticas, $F(4,535) = 7.84$, $p < .001$, $R^2 = .06$ (Figura 19). Estes dados sugerem o papel central das fontes interpessoais e mediáticas nesta relação, revelando que as conversas com os pais constituem um fator que pode aumentar a obtenção de informação de saúde através dos *média* e dos que contactam com os adolescentes (pares, professores, etc.), o que está associado com maiores níveis de LMS.

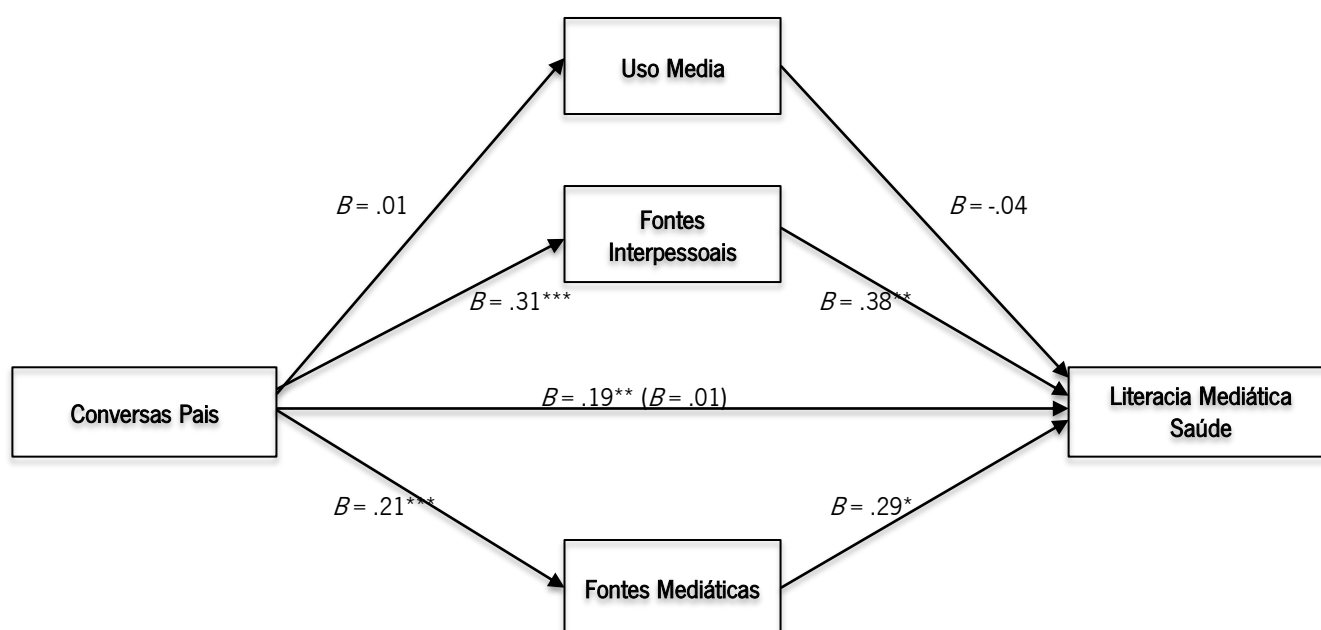


Figura 18: Modelo de mediação entre as conversas com os pais e a LMS

Síntese final

As análises apresentadas neste capítulo dão indícios e respostas importantes aos objetivos, hipóteses e questões deste estudo. Contudo, abrem caminho a mais questões do que respostas.

Os resultados apontam que os jovens, e em especial as raparigas e os mais velhos, passam muitas horas com os diversos *media*, dos quais se destacam as atividades na Internet (especialmente as redes sociais) e a música. Todavia, ainda ficam muitas questões por explorar, nomeadamente as razões para os jovens despenderem mais tempo com alguns *media* e alguns conteúdos específicos e as funções que os mesmos podem assumir.

Grande parte dos jovens admite publicar conteúdos pessoais em redes sociais ou blogues. São os mais velhos e os rapazes que tendem a apresentar mais comportamentos de risco online, bem como menos comportamentos saudáveis. Os dados apontam que o tempo despendido com os *media*, online e com fontes de informação (sobre saúde) mediáticas, pode ter um efeito potenciador dos comportamentos online de risco e nos prejudiciais à saúde. No entanto, os resultados indicam, igualmente, que o tempo despendido online promove a capacidade de procurar, avaliar e utilizar informação sobre saúde. Estes dados incentivam à reflexão acerca da importância dos *media* na vida e, mais especificamente, na saúde dos jovens.

Por outro lado, as conversas com os pais (sobre *media* e saúde) funcionam como um fator “protetor”, diminuindo a probabilidade de ocorrerem comportamentos de risco. Estes dados devem ser mais aprofundadamente analisados e explorados, uma vez que os pais assumem o papel de principal fonte de informação para a saúde. São os pais que os jovens mais procuram e em quem mais confiam. Contudo, conversam com eles mais frequentemente sobre a sua saúde, do que acerca do que fazem na Internet. Os adolescentes consideram a Internet o meio mais facilmente acessível, perdendo, contudo, em confiança depositada. Na Internet, o Google é o modo preferido para pesquisar informação. Estes resultados levantam questões acerca de outros fatores que possam determinar a escolha dos jovens pelos pais e pela Internet como suas fontes de informação, bem como acerca do modo como “exploram” esses meios de comunicação.

Relativamente à LMS, muitos fatores revelaram estar relacionados ou mesmo determiná-la. Esta revelou-se mais elevada nas raparigas, nos jovens com mais escolaridade, nos que conversavam mais com os pais sobre saúde e *media*, nos que obtinham mais

informação sobre saúde através de fontes de informação mediáticas e interpessoais. A LMS revelou estar associada a comportamentos mais saudáveis.

A capacidade de encontrar informação sobre saúde parece ser uma tarefa fácil para os jovens, ou pelos menos é assim que o percebem. Todavia, frequentemente, os jovens revelam dificuldade em identificar temas de saúde em diferentes conteúdos mediáticos. Qual a razão desta dificuldade?

Os jovens têm a percepção de que os *media* têm mais influência nos pares do que neles mesmos. No entanto, estes parecem ter maior consciência da influência dos *media* do que capacidade de avaliação (crítica) da informação sobre saúde. É, todavia, necessário descortinar de que modo e em que aspetos percebem a influência dos *media* e quais os processos envolvidos para distinguirem se a informação é viável ou não.

Grande parte dos adolescentes admite não ter reação perante conteúdos de saúde que lhes são apresentados e que têm menos facilidade em partilhar informação sobre saúde do que em encontrá-la. No entanto, seria pertinente explorar com quem partilham informação e os fins para os quais utilizam essa informação.

O capítulo seguinte é de apresentação dos resultados qualitativos e procura explorar muitas das questões que brotaram da análise dos resultados quantitativos.

CAPÍTULO V: RESULTADOS QUALITATIVOS

Nota introdutória

Após a análise e exploração dos dados quantitativos deste estudo, seguem-se os resultados da sua componente – os dados qualitativos. Nesta fase do estudo, procuramos explorar e aprofundar os resultados obtidos na componente quantitativa, incidindo sobretudo sobre os seus resultados mais significativos. Do mesmo modo, procuramos colmatar lacunas que, pela sua natureza descritiva, não foram possíveis de analisar na fase quantitativa.

Com efeito, inicialmente procuramos analisar as perceções que os adolescentes têm acerca dos conceitos de *media* e saúde, na tentativa de perceber o significado e a importância que lhes atribuem no dia a dia. Além disso, após explorar os *media* que mais utilizavam na componente quantitativa, procuramos nesta fase, não apenas reforçar esses dados, mas igualmente compreender quais os *media* que preferem e as razões subjacentes ao seu uso.

No mesmo sentido, e em articulação com a componente quantitativa, abordamos as perceções acerca do papel das fontes mediáticas e interpessoais na saúde dos jovens. Uma vez que a componente quantitativa salientou a importância dos pais e da Internet, nesta fase colocamos especial ênfase nas razões que motivam tais preferências.

Paralelamente, procuramos colmatar uma das lacunas da componente quantitativa, tentando perceber quais as táticas que os jovens usam para avaliar a credibilidade da informação que obtêm, assim como as razões para confiar ou não nesta informação. Outra lacuna que exploramos nesta componente foi a perceção de influência dos *media*, após termos verificado que os jovens tendem a considerar que os *media* têm mais influência nos outros do que em si próprios. Além disso, analisamos os aspetos positivos e negativos que consideram que os *media* apresentam, e quais os *media* que consideram ter mais impacto e que estão mais relacionados com a sua saúde.

Por fim, focamo-nos na participação ativa dos adolescentes na gestão da informação, procurando perceber como a utilizam e partilham. Mais uma vez, focamo-nos particularmente nos pais e na Internet. Por fim, e como forma de dar “voz” aos adolescentes sobre estes temas, analisamos qual a relevância que atribuem a este tema dos *media* e saúde, assim como as estratégias que consideram mais eficazes para promover a saúde nos adolescentes e os temas que mais lhes interessam dentro desta problemática.

1. Participantes

Como indicado anteriormente, a amostra da componente qualitativa deste estudo inclui um total de 72 participantes, distribuídos por 9 grupos de foco. A Figura 19 apresenta os dados demográficos dos participantes. Como pode ser observado, 56% dos participantes é do sexo masculino, sendo que 33% frequenta o 7º ano, 33% o 9º ano e 34% o 11º ano de escolaridade. Relativamente ao distrito, Braga e Porto apresentam o mesmo número de participantes (35%) e 30% são de Bragança.

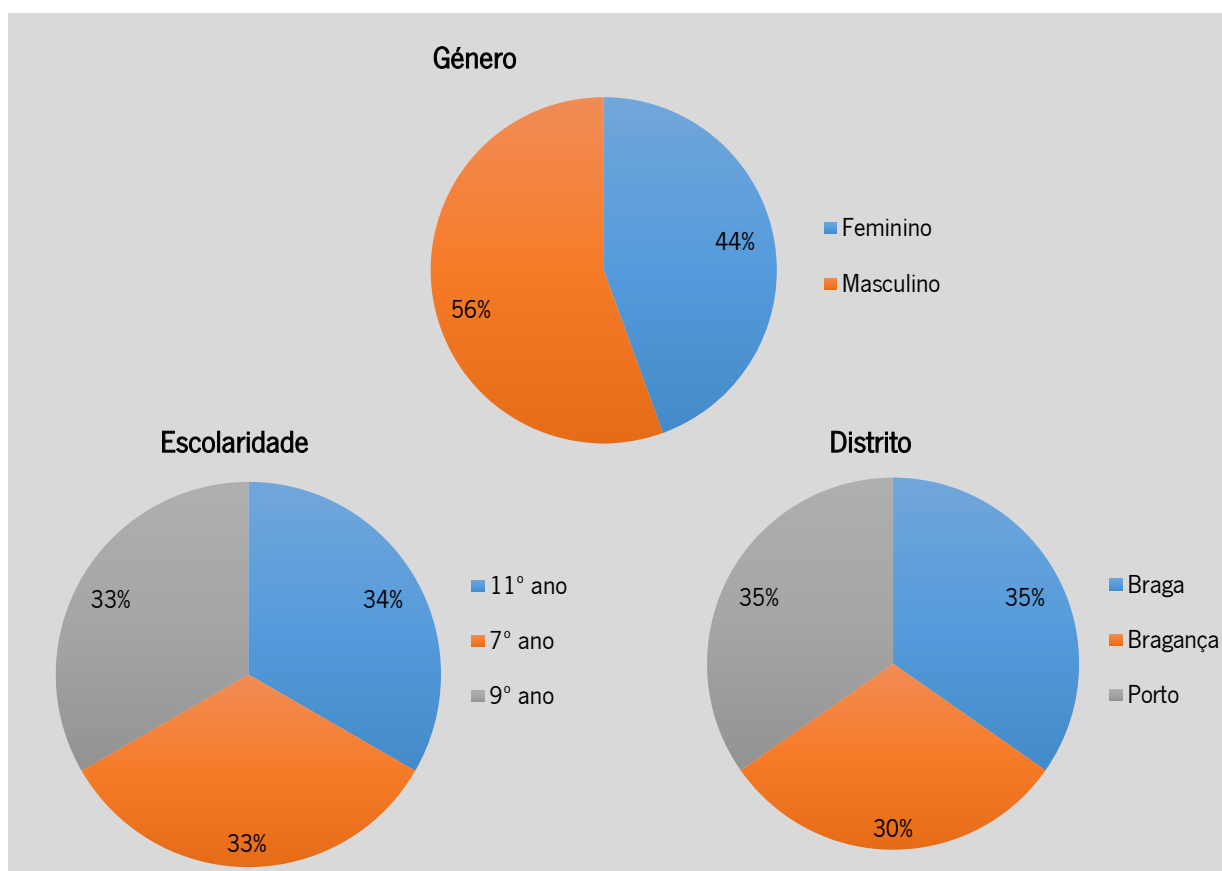


Figura 19: Distribuição dos participantes em função do género, escolaridade e distrito

Além disso, os participantes deste estudo têm idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos de idade ($M = 14.54$, $DP = 1.76$). O Gráfico 49 apresenta a distribuição da idade dos participantes.

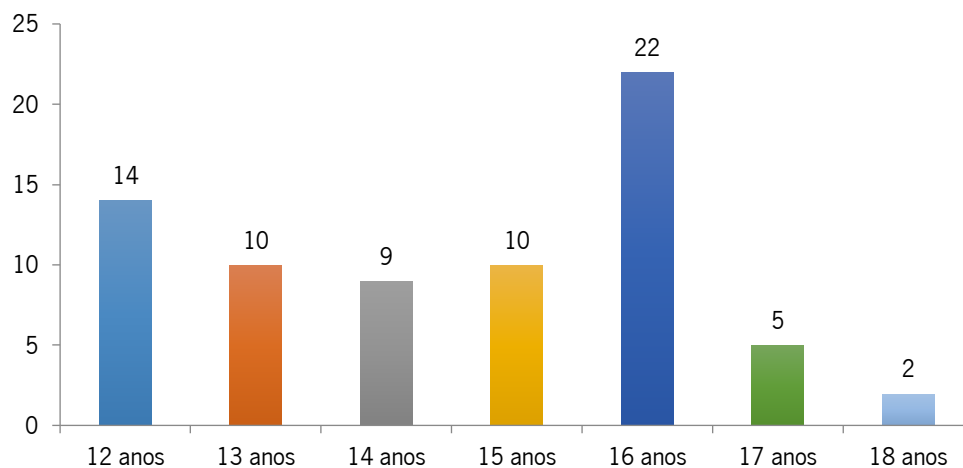


Gráfico 49: Distribuição dos participantes por idade.

A maioria refere ter irmãos ($n = 53$, 73.6%), sendo que 40 (68.9%) referiram ter um irmão, 14 referiram ter dois irmãos (24.1%), três referiram ter três irmãos (5.2%) e apenas um (1.7%) referiu ter quarto irmãos. Considerando os que referem ter irmãos, 32 (55.2%) indicaram que têm irmãos mais velhos.

No que se refere às habilitações da mãe, a maioria ($n = 29$, 40.28%) tem o ensino superior, seguindo-se o ensino secundário ($n = 20$, 27.8%), 9º ano ($n = 11$, 15.27%), 6º ano ($n = 5$, 6.94%), e apenas 2 ($n = 2$, 2.77%) referem ter o 4º ano. Relativamente às habilitações dois pais, 25 (34.72%) referem ter o ensino superior e 24 (33.33%) o ensino secundário. Além disso, 12 (16.66%) indicam ter o 9º ano, 4 (5.55%) o 6º ano e 2 (2.77%) o 4º ano.

Mais especificamente, a Tabela 42 apresenta a síntese dos dados de cada grupo de foco.

Tabela 42: Dados demográficos dos participantes dos grupos de foco

	7º Ano			9º Ano			11º Ano		
	Nome fictício	Género	Idade	Nome fictício	Género	Idade	Nome fictício	Género	Idade
Braga	Bruno	M	13	Rita	F	14	Nel	M	16
	Juliana	F	12	Fuentela	M	16	Fiona	F	16
	Ana	F	12	Camila	F	15	Tone	M	17
	Margarida	F	13	Jussana	F	16	Miguel	M	16
	Francisca	F	12	Alexa	F	15	Nutela	F	16
	Pedro	M	12	João	M	17	Bianca	F	17
	Filipa	F	13	John	M	15	Antónia	F	16
	Zé	M	12	Rui	M	16	Nuno	M	16
	Rui	M	12						
Porto	Beatriz	F	12	Zé	M	15	Mila	F	16
	Adele	F	13	Isabel	F	14	Alice	F	16
	Curry	M	12	Leitão	M	15	Matilde	F	16
	Jonas	M	13	Zeca	M	15	Shego	F	17
	John	M	13	Cris	M	14	Carlão	M	16
	Lennon								
	Timofei	M	13	Trump	M	14	Tiroide	M	16
	Renato	M	12	Obama	M	14	Mesquitão	M	18
	Tita	F	13	Osama	M	14	Guidão	M	18
Bragança							Pascuá	M	16
	Inês	F	13	Ekko	M	14	Bruno	M	16
	Benfica	F	12	Luísa	F	14	Eduarda	F	17
	Mínimo	M	13	Uta Cruz	F	14	Alexandre	M	16
	Minnie	F	12	Joana	F	15	Olívia	F	16
				Cristina					
	Tiburcio	M	12	Rui	M	15	Mara	F	16
	Zéquinha	M	12	Cacildo	M	14	Aurélio	M	16
	Sory	F	12	Garen	M	14	Diamantino	M	16
			Sofia Isabel	F	15				

2. Observação preliminar

A natureza dos grupos de foco permite uma observação de alguns padrões de comportamento ainda anterior à análise formal dos dados. De um modo geral, os jovens não se abstêm de falar dos temas abordados neste trabalho, mostrando um genuíno interesse em participar e motivação para responder e discutir os temas entre si. A sensação de que a sua opinião é importante e de *empowerment* é um fator determinante para favorecer um fluxo satisfatório expectável de recolha de informação no decorrer da recolha de dados de qualquer natureza. Enquanto na recolha de dados quantitativos, os jovens se revelaram mais divertidos na visualização dos cliques, o formato de “discussão mais informal” e a consciencialização de

estarem efetivamente a ser ouvidos sem filtros, reservas ou restrições³⁷, constituiu, muito provavelmente um *trigger* para uma participação mais entusiasta. Uma vez que a comunicação é na sua grande maioria não verbal (Shi & Si, 2010), foi possível interpretar, para além de padrões de comunicação, uma linguagem corporal consistente com motivação, curiosidade e vontade de participar:

- Pedir com afinco ao professor ou à moderadora para participar;
- Chegar a sua cadeira para a frente ou chegar-se para a frente na sua cadeira;
- Virar bruscamente para quem está com a palavra;
- Abanar a cabeça (reforçando positiva ou negativamente);
- Interromper os colegas;
- Gaguejar de ânsia para apresentar uma ideia;
- Tentar falar mais alto do que os colegas;
- Repetir as suas próprias ideias com receio de não ser ouvido;
- Chamar a atenção de colegas para estes estarem a interromper uma ideia;
- Apresentar razões para discordarem dos colegas.

Ao longo dos grupos de foco, foi possível identificar um grau de atenção em “U” invertido, isto é, em geral no princípio os jovens apresentavam hesitação e cuidado com as suas palavras e no final, manifestaram, por vezes, sinais de cansaço ou de esgotamento de ideias. Esta tendência permitiu que, na maior parte dos casos, a verdadeira essência da informação de centrasse 5 minutos após o início e antes de terminar o grupo de foco. Esta observação parece indicadora de que, para esta faixa etária e para o tema em questão, o período de tempo dos grupos de foco foi razoável e não escasso, como se temia inicialmente (devido às restrições da duração de uma aula escolar).

Foram igualmente observadas diferenças nos estilos de comunicação no que diz respeito ao género e à idade/ano de escolaridade. Em geral, as raparigas foram as que se revelaram mais comunicativas, espontâneas e motivadas para falarem sobre os temas em questão, quando comparadas com os rapazes que se mostraram mais receosos em revelar informação, apresentando-se mais calados, hesitantes e com gaguejos. Quando comparados com os adolescentes mais velhos, os adolescentes mais jovens revelaram-se, em geral, mais espontâneos e com menos filtros, sem receios de revelar informação, progredindo facilmente

³⁷ Excetuando as regras inerentes aos grupos de foco apresentadas no capítulo da metodologia

para temas mais sensíveis como questões de saúde de familiares e sexualidade. Este padrão foi particularmente visível nos jovens que frequentavam o 7º ano de escolaridade.

3. Temas resultantes da análise de conteúdo

Como referido na metodologia, os conteúdos analisados através da análise de conteúdo resultaram, do geral para o particular em temas, dimensões e categorias. Existem ainda alguns casos em que as dimensões se dividem em dimensões gerais e específicas e as categorias são desdobradas em subcategorias. Deste modo, os resultados qualitativos serão descritos, apresentando primeiramente os seis temas resultantes da análise de conteúdo:

- 1) Perceção dos conceitos “*media*” e “saúde”
- 2) Motivos para usos e práticas mediáticas
- 3) O papel central dos pais e da Internet
- 4) Seleção/avaliação da informação
- 5) Importância dos *media*
- 6) Participação e *empowerment*

De seguida, descrevemos cada uma das categorias, que foram organizadas em dimensões e subdimensões. Além disso, em alguns casos, foi pertinente incluir subcategorias, com o objetivo de especificar detalhes relevantes da respetiva categoria. Para cada uma das categorias e/ou subcategorias, procuramos incluir exemplos de citações ilustrativas na maioria dos casos. Estas citações são apresentadas em tabelas, ao longo do texto. No entanto, nos casos em que a inclusão de citações ilustrativas não acrescenta informação relevante para a compreensão da categoria, estas não foram incluídas. Para além da descrição das categorias, são igualmente descritas observações importantes resultantes da interação dos jovens. Nestes casos, foram incluídos exemplos de citações ilustrativas ao longo do texto.

4. Perceção sobre os conceitos “*media*” e “saúde”

Tendo em consideração os dados do estudo quantitativo, procuramos aprofundar os conceitos que os adolescentes têm de *media* e de saúde. Como tal, especificamente no que se refere ao conceito de *media*, os adolescentes mencionaram diversos exemplos do que

consideraram pertencer a este conceito, destacando-se os novos *media* (e em especial os relacionados com a Internet e as redes sociais), que se sobrepujaram aos tradicionais (ex. televisão e os jornais). Além disso, foram também mencionados conteúdos (ex. notícias, comédia) e dispositivos eletrónicos (câmara e colunas).

Sory: Acho também que é todas as áreas em que os jovens partilham mensagens, chamadas e Internet. É tudo o que tem a ver com computadores, telemóveis, tablets, tem a ver com informática. É tudo o que nós agora não podemos viver sem eles... tipo comunicações. (Bragança, 7º)

Para além dos *media* que identificaram, os adolescentes associaram este conceito ao de *comunicação* ("É toda a comunicação que nós usamos com a tecnologia, e o que nós podemos fazer com ela", Minie, Bragança, 7º) e de *informação e conhecimento* ("Todos os meios de divulgação da informação", John, Braga, 9º). Do mesmo modo, também salientaram *a relação simbiótica com as novas tecnologias* (ex. robótica, domótica).

Sory: É tudo o que tenha a ver com comunicação, com psicologia, telecomunicações, robótica, domótica... tudo o que aprendemos em TIC.

Moderador: Domótica?

Sory: Sim, Domótica é uma aplicação que faz as persianas abrir e fechar...

Benfica: Significa uma casa inteligente. (Bragança, 7º)

O sentimento de que existe *um poder/domínio* (de dependência, manipulação e benefício financeiro) que os *media* têm sobre os adolescentes e as pessoas em geral foi também associada aos *media* ("Porque penso que os *media* conseguem manipular de forma indireta as pessoas que estão a ver e a obter informação", Mara, Bragança, 11º), bem como a associação com os meios de comunicação social, *meios de comunicação social, o conceito de inserção na sociedade* ("O que nos permite inserir na sociedade", Eduarda, Bragança 11º), e a alusão ao *jornalismo* (imprensa e locutores). Por fim, os adolescentes tenderam a considerar os *media* foram igualmente considerados um bem essencial e/ou uma *necessidade básica* ("Acho que é um bem essencial. Acho que é uma necessidade básica, apesar de às vezes não ajudar porque pode causar o isolamento das pessoas", Obama, Porto, 9º). Estes dados sugerem assim uma grande importância e impacto que os *media* têm no quotidiano dos adolescentes. A Tabela 43 apresenta a síntese de todas as categorias desta dimensão.

Tabela 43: *Percepção de media*

Subdimensões	Categorias	Subcategorias
<i>Media</i> identificados	Media tradicionais	Televisão
		Jornais
		Rádio
	Dispositivos eletrónicos	Revistas
		Colunas
		Câmara
	Novos <i>Media</i>	Informática
		Tablets
		Computador
		Telemóvel
	Conteúdos	Internet
		Publicidade
		Música
		Fofocas
		Notícias
		Vídeo
		Comédia
Comunicação		
Informação e conhecimento		
Tecnologias		
Poder/Domínio		
Meios de comunicação (social)		
Inserção na sociedade		
Necessidade básica		

Paralelamente, a análise sobre a noção de “saúde” da perspetiva dos jovens foi outra preocupação para este estudo. Tendo em consideração que no estudo quantitativo os adolescentes demonstraram alguma dificuldade na identificação das componentes do conceito de saúde presentes nas suas séries favoritas, achamos particularmente interessante perceber a desconstrução desta dimensão tão complexa (mesmo para um *expert* na área). De um modo geral, os jovens associam o tema de saúde à ideia de **ser saudável e/ou adotar um estilo de vida saudável**. Nesta categoria mais do que uma definição, os jovens demonstraram conhecimento sobre o impacto de certos hábitos, atitudes e comportamentos na sua saúde. No entanto, se na sua maioria, os jovens consideram ser saudável e ter um estilo de vida saudável sinónimos, alguns jovens têm uma opinião divergente (“...mesmo que ter saúde e ter uma vida saudável sejam coisas diferentes, vai dar ao mesmo porque se não tivermos uma vida saudável, mais tarde ou mais cedo, vamos perder a saúde”, Fiona, Braga, 11º)

Nesta categoria, os jovens destacaram sobretudo a questão “**Alimentação/Nutrição**”, o que pode indicar a relevância deste hábito nesta faixa etária. Foram referidas questões como a alimentação no seu geral, a questão da diversidade de alimentos, a inclusão de alimentos específicos saudáveis e o evitamento do consumo excessivo de alimentos potencialmente prejudiciais.

Filipa, Braga, 7º: Eu... saúde... penso logo em saudável. Eu penso logo numa boa alimentação.

Zé, Braga, 7º: Comer fruta.

Francisca, Braga, 7º: Não comer chocolates a mais.

Pedro, Braga, 7º: Comer sopa todos os dias.

Zé, Braga, 7º: Não abusar dos doces.

Margarida, Braga, 7º: Beber água.

Zé, Braga, 7º: Comer fruta.

Juliana, Braga, 7º: Comer todas as partes da roda.

Outros temas que emergiram dizem respeito ao **exercício físico, ao equilíbrio/estabilidade e a cuidados gerais**. É importante salientar outros comportamentos menos mencionados nesta categoria, que dizem respeito a uma boa relação social, uma boa forma, ter qualidade de vida, ser acompanhado em consultas de rotina, apanhar sol e manter uma boa higiene.

Adicionalmente, os jovens tendem associar o conceito de saúde à noção de **bem-estar**, por si só ou acompanhada frequentemente pela componente física, psicológica e social, isoladamente ou em conjuntos de dois ou três conceitos, em que a social foi a menos popular. A facilidade ou fluidez com que alguns jovens descreveram estas ideias transpareceu uma certa familiaridade com estes conceitos, provavelmente provenientes de conteúdos de algumas disciplinas ou de outras fontes que citem esta parte da definição de Saúde da OMS.

Isabel, Porto, 9º: OMS, acho que é essa definição, não me lembro... mas acho que é o nosso bem-estar... (e acrescentam os outros) é o nosso bem-estar físico, e psicológico e social.

Moderador: Mas por palavras vossas o que significa, o que é a saúde?

Obama: Ser saudável... Ser saudável é estar bem fisicamente, psicologicamente e socialmente. Ter uma relação social com as pessoas que nos rodeiam. É estar bem psicologicamente, tem a ver com o nosso estado psicológico, é (refere entre aspas) a nossa cabeça estar bem ou mal, se temos algum problema. Se na escola estamos a safarmo-nos bem. E fisicamente, se estamos bem.

(...)

Isabel: Eu acho que também é viver num bom ambiente familiar, escolar.”

Por outro lado, os jovens destacam igualmente a importância da **integração social** para a saúde, sugerindo que este conceito está associado à interação/integração do indivíduo na sociedade e o acesso aos cuidados de saúde (“Ser saudável, é não estar só, é estar

também com o nosso grupo de amigos...”, Pascual, Porto, 11^o), bem como à a **ausência de doença** (“Não sei (...) só penso em ir ao médico e ele dizer-me que não está nada de errado. Então posso ir embora e não tenho de fazer mais nada. É só isso que eu penso”, Nutela, Braga, 11^o)

Alguns jovens associaram o conceito de saúde a **profissionais** nessa área (médicos, enfermeiros) e **instituições de saúde** (hospitais, centros de saúde, farmácias). Além disso, estes alunos referiram igualmente a biologia do corpo humano, bem como com alguns processos (bactérias e vacinação), inseridos na categoria **biologia**. Similarmente, foram também referidos os processos de desenvolvimento, nomeadamente a percepção de que o nível de **desenvolvimento** implica desafios específicos para a saúde e de que uma boa saúde pode aumentar a longevidade.

Adicionalmente, foi possível perceber outras percepções subjacentes aos discursos destes adolescentes relativamente ao tema de saúde. Embora muitos jovens já tivessem demonstrado uma perspetiva multifatorial da saúde indicando diversos fatores relacionados (ex. bem-estar físico e psíquico), por vezes eles mencionaram explicitamente a percepção de que este conceito abrange diversas facetas e é multifatorial. Além disso, estes jovens referiram, ainda, que a saúde é essencial para a vida, bem como a dificuldade em definir o conceito e atingir esse estado. Na Tabela 44 são apresentadas as categorias incluídas na dimensão de percepção de saúde.

Deste modo, os dados sugerem que a maioria dos jovens associa o conceito de saúde a “bem-estar” e “salubridade”. Os jovens parecem estar familiarizados com a noção de “bem-estar” ainda que grande parte das vezes não associassem a nenhuma das suas componentes ou descuidassem alguma (ex. social). Relativamente à salubridade, revelaram uma tendência para associar a saúde a comportamentos para a atingir (ex. alimentação saudável). No entanto, apesar de que parecem ter noção da sua abrangência e complexidade, no estudo quantitativo tendem a não identificar os conteúdos de saúde nas suas séries favoritas. Estes dados sugerem que os adolescentes têm consciência da amplitude do tema da saúde, mas tendem a demonstrar alguma dificuldade na identificação das suas componentes nos *media*.

Tabela 44: Perceção de “saúde”

Categorias	Subcategorias
Ser saudável/Estilo de vida saudável	(Boa) Alimentação/Nutrição
	Exercício físico
	Equilíbrio/estabilidade
	Ter Cuidados gerais
	Boa relação social
	Boa forma
	Qualidade de vida
	Consultas de rotina
	Apanhar sol
	Higiene
Bem-estar	Bem-estar físico e psicológico
	Bem-estar social
	Bem-estar psicológico/psíquico
	Bem-estar físico
Integração na sociedade	Bem estar físico, psicológico e social
	Boa relação social
	Depende das pessoas
	Dificuldade em integrar-se
Instituições/Profissionais de Saúde	Acesso à saúde
	Médicos
	Enfermeiros
	Hospitais
	Centros de saúde
	Símbolo da farmácia
Doença/Ausência de doença	Ausência de doença
	Corpo e mente são
Biologia	Doenças
	Tudo o que envolve/estado do corpo humano
	Órgãos
	Bactérias
Perspetiva desenvolvimental	Vacinas
	Puberdade
	Fases da vida
	Longevidade

5. Motivos para os usos e práticas mediáticas

Com o objetivo de aprofundar os dados obtidos acerca do padrão de utilização, procurou-se igualmente na componente de qualitativa deste estudo explorar este tema com os adolescentes. Por constituir um tema que os jovens dominam e gostam, esta dimensão constituiu, por vezes, o mote para iniciar as conversas nos grupos de foco. Introduzir este

tema foi especialmente útil para iniciar conversas com grupos que aparentemente se encontravam mais intimidados, ou que revelavam mais sinais de apreensão: vergonha em escolher canetas, escolha de nomes fictícios menos arrojados, maiores silêncios e ausência de questões/dúvidas sobre o próprio grupo de foco.

Deste modo, esta questão serviu a função de quebra-gelo para questões mais complexas. A adicionar a esta preciosa ajuda, esta questão, que surgiu frequentemente de forma espontânea, proporcionou dados importantes acerca dos *media* que os jovens usam, como usam, os que preferem e os conteúdos que seguem. De referir que não foram observadas diferenças nos *media* que utilizam e que preferem relativamente ao distrito.

5.1 Media que utilizam e preferem

Nesta componente qualitativa do estudo, procurámos, também, explorar e aprofundar os *media* e conteúdos que os jovens utilizam e preferem e o contexto da sua utilização (ver Tabela 45). No discurso dos participantes destacou-se claramente a preponderância dos novos *media* e, em especial, da Internet, que parece ser acedida mais frequentemente através dos telemóveis. Estes dados salientam a importância que a Internet tem no quotidiano dos jovens (ex., Sergi et al., 2016).

Tabela 45: *Media que utilizam e preferem*

Dimensão	Categoria	Subcategoria	
Novos <i>media</i>	Internet	Aparelho onde utilizam	Telemóveis e smartphones
			No Portátil
			Computador
			Tablet
			Consola de jogos eletrónicos
		Onde utilizam	Em casa
			Na escola
		Conteúdos na Internet	Instagram
			YouTube
			Facebook
			Twitter
			Snapchat
			Chats
<i>Media</i> tradicionais		Jogos eletrónicos	
		Revistas	
		Rádio	
		Jornais	
		Cartas	
		Televisão	

5.2 Conteúdos e temas que gostam e procuram

Tendo em consideração os conteúdos e temas que estes adolescentes mais gostam e procuram, no estudo quantitativo já conseguimos perceber algumas das séries e programas de televisão que mais lhes agradam. No entanto, nesta componente qualitativa procuramos incidir sobre os conteúdos que estes mais seguem e os temas que mais os cativam. O verdadeiro desafio na codificação desta dimensão consistiu em distinguir conteúdos (ex. séries) os temas (ex. sexualidade), que pesquisam e vêm, uma vez que foram citadas muitas vezes pesquisas a “sites de filmes” e “Twittes de TV”. Por exemplo, os jovens sugeriram que seguem personagens como YouTubers, bloggers e vidders (e vloguers), em vez de temas específicos, considerando, neste caso, mais importante a personagem do que o tema em si. Para além disso, os jovens referiram acompanhar séries através de diversos dispositivos, especialmente na Internet, mostrando o cruzamento entre os diversos *media*.

Dentro dos temas que os jovens mais mencionaram, **o tema da saúde** revelou-se como um dos que mais os interessa e cativa, por curiosidade ou necessidade de informação. Dentro do subtema da saúde, as áreas mais enaltecidas dizem respeito à **nutrição** e à **atividade física**.

Nutela: Por exemplo há um, não me estou a lembrar do canal dele, sobre o veganismo. Montes de pessoas pensam que o veganismo é só comer erva e fruta, “não podes comer nada?” Não, isso não é verdade, tipo os vegans têm uma alimentação correta. Têm fontes de proteína, têm montes de coisas e as pessoas normalmente pensam que “ah, não vou comer carne de porco porque não é saudável”, então comem galinha e comem peixe porque é saudável. Isso está errado porque o peixe e a galinha também contêm montes de doenças que podem ser transmitidas mesmo que estejam cozinhadas. Há um médico que é vegan e que estuda, está sempre a estudar coisas dessas, que põe vídeos quase todas semanas, às vezes mais de uma vez por semana, e está sempre a falar disso... e dá para aprender muita coisa e se a maior parte das pessoas visse isso, provavelmente deixava de comer carne e produtos animais porque pronto...

(...)

Bianca: O que eu pesquiso muito, e não é só na Internet mas também falo com amigos, sobre nutrição, é uma coisa que eu gosto e, por acaso, os meus amigos também gostam desses assuntos, estão informados. É um tema de conversa que eu tenho bastante.

Tone: Sim, por acaso também pesquiso bastante. (Braga 11°)

Outro tema de saúde que pesquisam, embora muito menos citado, diz respeito à **prevenção, investigação e cura de doenças e epidemias**. Do mesmo modo, também demonstraram interesse nas questões relacionadas com a **saúde mental**.

Fiona: Eu costumava procurar mais, agora nem tanto, cenas tipo de sintomas de doenças mentais e não sei o quê, porque uma coisa tão... o meu pai tem ansiedade e não sei quê, há tipo histórico na minha família e então estou sempre preocupada com esse tipo de coisas. (Braga 11°)

Adicionalmente, ainda referiram o interesse por **problemas de saúde por que passaram na primeira pessoa** (ou de algum familiar), bem como os **sintomas** que sentem, para serem devolvidas doenças na pesquisa.

Olívia: Procuo pelos sintomas... no Google.

Bruno: No Google.

Moderador: E como é que vocês escolhem a informação?

Olívia: Primeiro é aquela que aparecer, vemos e depois... Por exemplo, dói a barriga e apresentam-nos um cancro do estômago e depois acho que é melhor recorrer a outro site.

Aurélio: Depende da informação que o site contém.

Mara: Ir a blogs de médicos, que permitem enviar as mensagens, para tentar fazer um diagnóstico. Já fiz isso, era para um tio meu. Não confio muito, depois fico hipocondríaca, fico a pensar que tenho tudo. Vejo na mesma, mas prefiro ir ao médico a seguir. Mas vejo na mesma. (Bragança, 11°)

Por fim, a questão da **sexualidade** (“Ao início claro, ia ver à net... Antes tinha dúvidas, agora já não tenho... foi com a experiência...” (risos), Mesquitão, Porto 11°) e os **vícios** foram

também destacados. No entanto, relativamente à sexualidade, os jovens tendem a referir que não pesquisam muito ou que já não pesquisam.

Além dos temas relacionados com saúde, os adolescentes mencionaram, ainda, outros interesses, nomeadamente a moda e beleza, pessoas/personagens, desporto, humor, frases positivas/inspiradoras, motos e carros e jogos. De facto, muitos adolescentes demonstraram as suas preocupações de **moda e beleza**, típicas da fase da adolescência em que se encontram (ex. borbulhas), mas também as preferências de consumo (ex. sapatilhas).

Alice: Como tirar uma borbulha, por exemplo (risos).

Guidão: Isso já aconteceu, mais naquela fase em que apareciam as borbulhas...

Pascual: Eu também já andei aí um tempo em que estava desesperado com as espinhas. Pesquisava na Internet e via isto, isto e isto melhorava... depois, isto, isto e isto... melhorava... mas nada coincidia uma com a outra... Mas por acaso, há meio ano, fui a um dermatologista que, devido a uma doença que tive essa médica indicou-me um dermatologista, que ele disse que é um processo que demora, mas tenho sentido muita diferença, mês a mês, para acompanhar o processo...

Guidão: A beleza física... lá está, eu preocupo-me imenso, e é por causa disso que eu comecei a preocupar-me mais e a ter mais atenção com a nutrição...

Moderador: Por causa do teu bem-estar físico?

Guidão: Exatamente... Pratico desporto, também requer isso. Gosto de me sentir bem com o meu corpo... com a minha força...

Alice: Se nos sentirmos bem, somos sempre muito mais felizes... (Porto 11º)

No entanto, e embora as preocupações possam variar entre rapazes e raparigas, ambos revelaram valorizar a imagem e o bem-estar. Alguns jovens demonstraram seguir as pessoas que admiram ou os peritos em temas específicos do seu interesse. Também foram referidos, ainda que isoladamente, o *lifestyle* e os twites de séries.

Paralelamente, na tentativa de colmatar esta lacuna no estudo quantitativo, procuramos também analisar quais os conteúdos que os jovens mais seguem. Neste caso, os programas de entretenimento, e, em especial, as séries, parecem assumir uma importância central nas funções de lazer, descontração e até informação (“...se não forem as séries, que é que nos salva desta escola?”, Nutela, Braga, 11º).

No entanto, embora com muito menor destaque, é importante referir que os jovens também mencionaram acompanhar as notícias da atualidade e/ou o telejornal, ver filmes e/ou acompanhar sites sobre filmes e música e/ou seguir aplicações de música (“Oiço música todos os dias.”, Isabel, Porto, 9º). O e-mail, a Wikipedia e o Google foram igualmente conteúdos referidos por estes jovens (Tabela 46).

Tabela 46: *Conteúdos que gostam e procuram*

Categoria	Subcategoria
Saúde	Nutrição
	Exercício físico/Desporto
	Doenças - prevenção e tratamento
	Saúde mental
	Problemas de saúde seus ou próximos
	Sintomas
	Sexualidade
Outros temas de interesse	Vícios
	Moda e Beleza
	Pessoas/Personagens
	Desporto
	Humor
	Frases positivas/inspiradoras
	Motos e carros
	Jogos
	<i>Lifestyle</i>
	<i>Twites</i> de TV
Conteúdos	Séries e programas de entretenimento
	Filmes
	Música
	Telejornal/notícias
	Google
	Wikipédia
	E-mail

5.3 Razões para a utilização dos *media*

Embora no estudo quantitativo fosse possível perceber o padrão geral de utilização dos *media* pelos adolescentes, nesta fase qualitativa foi possível aprofundar esta questão procurando perceber quais as razões da utilização desses *media*. Nesta dimensão estão incluídas as razões apresentadas pelos jovens para a utilização de determinados *media* ou a sua preferência pelos mesmos.

Deste modo, durante as conversas com os jovens e após a codificação, chegámos a alguns pontos-chave. Os jovens revelaram um grande conhecimento e uma grande facilidade,

habilidade e desenvoltura em transmitir as vantagens do que gostam de ver ou fazer, ainda que alguns conteúdos (ex. jogos eletrónicos) não sejam popularmente vistos como benéficos para a sua faixa etária.

As razões apresentadas tocam essencialmente as quatro áreas que mais sobressaíram nas conversas com os jovens: a Internet (em geral), as redes sociais, os jogos eletrónicos e o telemóvel.

Como vimos, geralmente os jovens tendem a usar os *media* que mais gostam, sobretudo as redes sociais. Assim, não é surpreendente que as razões para utilizarem as redes sociais tenham sido as mais apresentadas.

Especificamente em relação à Internet, os jovens apresentaram motivos para o seu uso muito diversificados, desde a **obtenção, partilha e seleção de informação, aprendizagem e auxílio em trabalhos escolares, lazer, refúgio e socialização** (conhecer pessoas novas, comunicar com amigos) (Tabela 47).

Obama: A Internet é o *media* "Rei"... que tem toda a variedade de temas que nos permitem quase tudo. Até todos os equipamentos da nossa casa e até da escola, usamos a Internet. Tudo... Ver a informação, escrever a informação, comunicar, ver as pessoas...

(...)

Obama: Acho que é um bem essencial. Acho que é uma necessidade básica, apesar de às vezes não ajudar porque pode causar o isolamento das pessoas. A Internet é importante porque ajuda a comunicar com os amigos quando vais para casa, ajuda a passar o tempo, ajuda a ter informação sobre uns e outros, como é que cada um está. Acho que ajuda bastante a passar informação.

Cris: Pode ser um refúgio para as pessoas. Quando não estão a passar bons momentos.

Isabel: Eu acho que a Internet também nos ajuda muito nos trabalhos. Ao longo da minha vida, quando preciso não me refúgio na Internet. Mas, eu refugio-me mais na música, nos desenhos... utilizo mais a Internet para comunicar com amigos que estão longe, neste momento.

Leitão: Mas a própria música, como a arranjaste, foi na Internet?

Obama: Também na aprendizagem, a Internet ajuda-te muito a aprender coisas, na Internet explica de tudo. As línguas, curiosidades sobre os países.

Além disso, os adolescentes salientaram a componente *multitasking* que a Internet oferece, a rapidez na informação e a possibilidade de utilização em qualquer parte. Associado a esta vantagem da Internet, foi considerada igualmente a **possibilidade de através desta ser possível também aceder a conteúdos televisivos, vídeos no YouTube e redes sociais.**

Tabela 47: Razões para usar a Internet

Dimensão	Categorias
Razões para usar a Internet	Obtenção de informação
	Seleção da informação
	Partilha de informação
	Socialização
	Possibilidade de ver conteúdos
	Aprendizagem
	Possibilidade de Multitasking
	Fazer trabalhos escolares
	Rapidez da informação
	Refúgio em maus momentos
	Lazer
	Utilização em qualquer parte

Dentro da Internet, os conteúdos mais referidos foram as redes sociais, mencionando, sobretudo, o Facebook, o YouTube, o Instagram, Snapchat e o Twitter. No âmbito das redes sociais, o Facebook foi a mais mencionada, não necessariamente porque a preferem (como vimos anteriormente). Considerando as redes sociais em geral, parece serem notórias algumas vantagens que os participantes destacaram. Estes jovens consideram que as redes sociais promovem a interação social, e conseqüentemente, favorecem a comunicação (que se deve muitas vezes à popularidade de determinada rede social – moda). Além disso, proporcionam momentos de lazer e divertimento, sobretudo na interação com outros, na visualização, partilha e edição de fotos, bem como a sua praticidade. Consideram, igualmente, que as redes sociais lhes permitem estar informados relativamente à atualidade, que pode ser sobre os colegas e escola ou numa escala mais geral.

Euarda: Porque é possível comunicar.

(...)

Olívia: Convivemos e conhecemos os hábitos das outras pessoas....

Mara: É uma maneira de conhecer o mundo, ter uma perceção do mundo e do que nos envolve.

Olívia: Chamar a atenção de certas atitudes e circunstâncias que existem ao nível do diálogo. (Bragança, 11º)

Fiona: porque é tipo uma... estamos sempre a interagir uns com os outros. Não somos só nós e temos a noção de que há outras pessoas a partilhar, pronto, aquilo que vêem, e é interessante ver.

Antónia: podemos saber notícias mundialmente. É mais fácil.

Bianca: ou também simplesmente só por diversão (...). (Braga, 11º)

Relativamente ao Facebook, embora considerem que este esteja ultrapassado e a cair em desuso, admitem que ainda se mantém muito popular, considerando que tem benefícios, como o facto de toda a gente ter uma conta (rede social abrangente). A possibilidade de comunicar com pessoas no estrangeiro, de obter feedback dos outros, de favorecer a comunicação, de conhecer pessoas novas e fortalecer as amizades também foram consideradas razões para usar o Facebook. Por outro lado, facilidade na partilha e divulgação de informação, mesmo a nível escolar, de saúde e notícias, o facto de ter muita informação e de esta ser considerada relevante são igualmente motivos para a sua utilização. Por fim, alguns adolescentes, referiram ainda os jogos, o facto de incluir o *messenger* e o divertimento.

Miguel: Toda a gente tem Facebook, até o meu avô!

EKKO: Eu sou brasileiro, tenho família no Brasil e às vezes falo com eles. Também tenho alguns primos em Espanha.

Luísa: Dá para falar para o estrangeiro, por videochamada.

Uta: Nós normalmente temos um grupo de turma, onde podemos falar os assuntos...

Rui: Gosto de ver vídeos, sobre os meus interesses próprios (Bragança, 11).

Paralelamente, o YouTube foi considerado mais cativante pelo conteúdo diversificado e o divertimento, nomeadamente no acompanhamento de YouTubers e dos vlogues (blogues em vídeo). Os adolescentes referiram a informação e a vertente mais didática dos vídeos do YouTube (ver tutoriais), bem como o acompanhamento de vídeos sobre jogos.

Moderador: E tu gostas do YouTube porquê?

John: Pelo diverso conteúdo que tem, por alguns YouTubers...

Moderador: E que é que tu vês nos YouTubers?

John: Muita coisa. Há vlogues, os jogos de que mais gostam...

Moderador: Tu também Camila?

Camila: Não são os mesmos tipos de vídeos. Ele é mais *gaming*...

Moderador: Vocês seguem YouTubers?

Alexa: Sim.

Rita: Claro.

(...)

Tone: Para passar o tempo.

Moderador: Procuram alguma informação no YouTube?

Bianca: Tutoriais.

Fiona: Eu uso mais quando me apetece rir de alguma coisa.

Nutela: Há uma YouTuber que eu vejo muito, que é a “Super-woman”, não sei se alguém conhece, pronto, ela faz vídeos normais e depois faz vlogues diários. Eu costumo ver os vlogues porque ela é uma pessoa que trabalha muito, dedica-se muito ao trabalho que faz, pronto, é o YouTube mas para ela... ganha o dinheiro dessa maneira, é uma pessoa muito positiva e não sei quê e então ajuda, tipo, quando se está a ter um dia menos bom, como ela é só energia positiva, ajuda nesse aspeto e faz de nós, os que as vêem, ficar com uma mente mais positiva e alegre e mais dedicados ao que queremos ser. (Braga, 11º)

O Instagram é mais popular pela quantidade de fotos ou vídeos que consegue contemplar e também pela possibilidade de edição de fotos, que, segundo os jovens, é também o ponto forte do Snapchat. Relativamente ao Instagram salientaram a sua privacidade, edição, partilha e visualização de fotos, feedback dos outros e a possibilidade de seguir a vida dos famosos sem ser "amigo" deles. Esta rede social foi também considerada uma ocupação de tempos-livres, sendo que uma das participantes salientou a possibilidade de ver desenhos.

Sory: Eu gosto do Instagram porque podemos ver as fotos dos outros e partilhar as nossas.

Inês: O Instagram é fixe, porque podemos editar a fotografias, tiramos umas fotos, podemos por a preto e branco, editar, podemos fazer várias coisas... e podemos ver a vida dos famosos sem ter que ser amigos deles, podemos segui-los e ver a vida deles...

(...)

Minie: É a única rede social que nela podes editar as fotografias... O Instagram dá para editar as fotos sem que nós editemos noutra programa... para não gastarmos espaço no telemóvel.

Quando foi salientado o Snapchat, os adolescentes consideraram que a possibilidade de comunicar e partilhar, mas sobretudo de restrição e seleção de quem vê as fotos, a edição de fotos, de não permitir comentários e a possibilidade de seguir vida dos famosos sem ser "amigo" deles foram razões apresentadas para o seu uso.

Benfica: Eu gosto do *Snapchat*, contamos a nossa vida, o que quisermos... partilhamos os nossos momentos por 24 horas, com nós quisermos, com os nossos amigos.

(...)

Minie: O Snapchat também podemos editar... podemos por várias caras diferentes... podemos por em câmara lenta e podemos pôr rápido... podemos fazer muita coisa...

Inês: E se for algum dia especial, também tem um efeito...

Minie: Se for a Páscoa, podemos pôr uns coelhos e ovos à nossa volta...

Inês: O dia da mulher... (Bragança, 7^o)

No que se refere ao Twitter, estes adolescentes consideraram esta rede social divertida e informativa, na qual não encontram muitos comentários negativos. Referem também o anonimato e o facto de acederem ao que as pessoas escrevem, embora não tenham mencionado razões específicas para o seu uso.

Rita: Em todo o lado as pessoas falam mal...

Camila: Pois, uns mais que outros. No twitter, se calhar não vês tanto isso...

Jussana: Ya...

Moderador: Sentes que no twitter as pessoas não falam mal?

Camila: Quer dizer, falar falam, mas assim comentar mal o que o outro disse, assim mal...

Jussana: Pois, falar mal deve ser porque têm alguma disputa, e depois falam no twitter.

Camila: Ya... (Braga, 9°)

Mila: Twitter, por exemplo. Eu uso para ver o que as outras pensam mas não dizem... mas escrevem... então consigo perceber.

Moderador: E porque achas que isso acontece?

Mila: Como não têm coragem de dizer, mas como estão a escrever sai. E pronto...

Shego: E também utilizo porque muitas vezes surgem perguntas anónimas... Eles perguntam mas ninguém sabe quem perguntou... conseguem respostas sem ter que se expor... (Porto, 11°).

De um modo geral, estes dados parecem apontar também uma crescente valorização de alguns jovens relativamente ao anonimato, privacidade, impossibilidade de comentários, restrição de quem segue os seus conteúdos e ausência de comentários negativos. Deste modo, revelam uma tendência para a preocupação crescente com o resguardo da sua imagem virtual e uma restrição crescente da partilha de conteúdos nas redes sociais (Tabela 48).

Tabela 48: *Razões para a utilização das redes sociais*

Dimensão	Categorias
Razões para usar as redes sociais em geral	Interação social e comunicação
	Informação sobre a atualidade
	Lazer
	Divertimento
	Praticidade
	Visualização, partilha e edição de fotos
Razões para usar o Facebook	Messenger do Facebook
	Toda a gente tem Facebook
	Comunicação com pessoas no estrangeiro
	Partilha de informação escolar
	Fortalecer amizades
	Favorecer a comunicação
	Fácil divulgação da informação
	Notícias
	Informação mais relevante
	Rede social abrangente
	Muita informação
	Informação de saúde
	Pelos jogos
Feedback de outros	
Partilhar interesses	
Conhecer pessoas	
Razões para usar o YouTube	Divertimento
	YouTubers
	Divertimento
	Vlogs
	Conteúdo diversificado
	Ver tutoriais
Vertente didática	

	Informação
	Vídeos de jogos
	Ocupação de tempos-livres
	Ver desenhos
	Privacidade
Razões para usar o Instagram	Tem mais fotos ou vídeos
	Partilha e visualização de fotos de outros
	Seguir vida dos famosos sem ser "amigo" deles
	Edição de fotos
	Feedback dos outros
	Comunicar e partilhar
Razões para usar o Snapchat	Restrição/Seleção de quem vê as fotos
	Não permite comentários
	Edição de fotos
	Seguir vida dos famosos sem ser "amigo" deles
	Divertido
Razões para usar o Twitter	Não se vê muitos comentários negativos
	Anonimato
	Aceder ao que as pessoas escrevem e não dizem
	Informativo

Do mesmo modo, estes adolescentes, e sobretudo os rapazes, também destacaram várias vantagens associadas ao uso dos jogos eletrónicos, muito para além do espetável. A interação social foi a mais destacada tanto pela possibilidade de conhecer pessoas novas, como a de socializar com os amigos. A diversão e desafio também mostrou o seu peso, assim como a o facto de permitir sair da rotina. No entanto, foi igualmente apresentada a vertente didática e de promoção da aprendizagem (ex. de línguas) e o treino da estratégia, raciocínio e reação. Embora com menor destaque, foram mencionadas como vantagens dos jogos o facto de cada vez mais raparigas jogarem, permitir várias atividades simultaneamente (ex. comunicar com amigos e jogar) e demonstrar um maior nível de seriedade (comparativamente a outros jogos) (Tabela 49).

Isabel: Eu não costumo jogar. Prefiro estar nas redes sociais do que estar a jogar.

Cris: Quando jogo estou a falar com pessoas novas no skype.

Leitão: Aquilo é uma mistura que basicamente é top...

Zé: Quando estamos a jogar podemos estar a fazer várias coisas ao mesmo tempo. Conhecer pessoas novas, estar com os nossos amigos, mas sem estarmos com eles, ao falarmos no skype, jogar com os nossos amigos e temos divertimento com eles, e aprendemos com os outros. Técnicas de jogo... ou outras coisas. Mas também podemos encontrar pessoas mal-intencionadas...

Trump: Normalmente, quando estamos a jogar com os nossos amigos é tranquilo. É muito bom, é uma combinação que só nos faz bem, que até nos ajuda a conviver. É que chega a um ponto, na nossa idade, não há mais nada para ver. Já sabemos quase tudo (refere que este quase tudo é entre aspas... por que não sabemos), olhamos... é uma coisa que encontramos todos os dias no nosso dia a dia. (Bragança, 9º)

Tabela 49: Razões para a utilização dos jogos electrónicos

Dimensão	Categorias
Vantagens dos jogos electrónicos	Conhecer pessoas novas
	Diversão
	Popularidade
	Sair da rotina
	Socialização com amigos
	Desafio
	Trabalhar raciocínio, estratégia, reação
	Componente didática e de promoção da aprendizagem
	Incluir raparigas
	Possibilidade de Multitasking
	Seriedade

Ainda no que se refere às razões para utilizar os *media*, o telemóvel mereceu destaque nos grupos de foco (Tabela 50).. De facto, os jovens salientam a sua praticidade de utilização, mas também a possibilidade de acesso a redes sociais e outros conteúdos. A outrora grande funcionalidade do telemóvel como “telefone” parece estar a perder terreno para os mais jovens. Entre as vantagens para a sua utilização, foram apontadas o facto de permitir o acesso facilitado a aplicações, a função de despertador, mas igualmente a possibilidade de telefonar (tendo destacado telefonar aos pais).

Tone: Porque é fácil de ligar.

Nel: Vamos a essas redes sociais todas no telemóvel.

Bianca: É mais fácil transportar.

Miguel: E agora essas acessibilidades todas muito mais facilmente.

Bianca: E para ligar ao pai e à mãe também...

(...)

Nutela: Por exemplo, quando vamos para fora, é muito mais fácil ter o telemóvel no bolso e o carregador na mochila do que levar o PC, ou levar outras coisas... (Braga, 11º)

John: Só uso o telemóvel como despertador e para telefonar às pessoas. (Braga, 9º)

Tabela 50: *Razões para a utilização do telemóvel*

Dimensão	Categorias
Vantagens do Telemóvel	Prático
	Acesso a conteúdos e redes sociais
	Telefonar aos pais
	Acesso facilitado a aplicações
	Despertador

6. O papel central dos pais e da Internet

Nesta seção procuramos apresentar como os adolescentes gerem a informação de saúde, incidindo sobre as fontes que utilizam e a que recorrem em primeiro lugar. Além disso, tendo em consideração estes grupos de foco, foram destacadas e analisadas duas fontes primordiais de informação sobre saúde: os pais e a Internet.

6.1 Fontes que utilizam e a que recorrem em primeiro lugar

A par da componente quantitativa deste estudo, procuramos explorar de forma mais aprofundada quais as fontes de informação sobre saúde a que estes adolescentes recorrem, especificando, de seguida, quais as que recorrem em primeiro lugar. A Tabela 9 apresenta exemplos de cada um dos meios que os adolescentes mencionam utilizar.

Em consonância com os resultados da componente quantitativa, obteve-se uma primazia de meios interpessoais percecionados como fontes de informação. No conjunto das fontes mediáticas, a Internet foi a fonte que mais emergiu, distinguindo-se claramente a sua relevância comparativamente com as outras. Além das fontes interpessoais e mediáticas, os jovens referiram, igualmente, algumas instituições de saúde que consideram fontes de informação (Tabela 51).

Tabela 51: *Fontes de informação de saúde que os adolescentes utilizam*

Categorias	Exemplos
Interpessoais	Instituições de saúde
	Médicos
	Escola/Aulas/Professores
	Pais
	Treinador
	Família
	Irmãos
Mediáticas	Colegas
	Instagram
	Folhetos
	Internet
	Linha Saúde 24
	Livros
	Jornal
	Notícias
	Televisão
	Revistas
	Cartazes
Campanhas	
Instituições de saúde	Publicidade
	Farmácia
	Clínica
	Hospitais
	Centro de saúde

A Tabela 52 apresenta as fontes a que os jovens consideram que recorrem em primeiro lugar quando têm questões de saúde. Assim, como na componente quantitativa deste estudo, os pais destacaram-se claramente das outras fontes. Geralmente, os jovens referiam-se aos pais, mas os que especificaram um dos progenitores, referiram muito mais frequentemente a mãe. De facto, parece existir algum consenso na literatura no que se refere ao papel dos pais como fonte de informação sobre saúde (ex., Ackard & Neumark-Sztainer, 2001; Baheiraei et al., 2014; Levin-Zamir, 2011).

Similarmente, a Internet surge mais uma vez com papel de destaque como fonte de informação de saúde, tal como foi observado em outros estudos (ex., Ghaddar et al., 2012; Navarra et al., 2014; Ralph et al., 2011; Skopelja et al., 2008).

Tabela 52: *Fontes mediáticas e interpessoais que os adolescentes recorrem em primeiro lugar*

Categorias	Exemplos
Interpessoais	Família
	Colegas
	Médicos
	Avós
	Pais
	Treinador
	Irmãos
Mediáticas	Primo
	Linha de apoio
	Internet
	Livros

6.2 Pais como fontes de informação

Revelando ser a fonte de informação com maior peso na componente quantitativa deste estudo, este dado não poderia deixar de ser explorado. Quisemos, assim, obter respostas e aprofundar temas que se impuseram na análise do estudo quantitativo e emergiram durante os grupos de foco: os jovens têm preferências em falar com algum dos progenitores? Se sim, com qual e porquê? Quem toma a iniciativa das conversas? Quais os temas que os levam a procurar os pais? Quais as razões para a soberania de ambos os pais como fontes de informação? Quais os temas que levam os pais a falarem com eles? Quais os temas sobre os quais não gostam de falar com os pais? Existem razões para estarem insatisfeitos ou evitarem procurar obter informação por parte dos pais?

Com efeito, na análise dos pais como fonte de informação, os adolescentes demonstraram preferência por um dos pais no geral, ou mais especificamente pela mãe ou pai para obter informação de saúde. O sentido de preferência utilizado neste contexto prende-se apenas com a utilização dos pais como um recurso para obter informação e não a um sentimento ou afinidade mais forte por um dos progenitores, ainda, que, obviamente, as questões emocionais possam ter um papel nas decisões quotidianas. Em geral os jovens demonstraram uma tendência para preferir falar sobre saúde com a mãe (e/ou a percepção de

que os adolescentes assim o fazem), bastante mais significativa do que falar com o pai. Por outro lado, alguns jovens consideraram que as raparigas conversam mais com as mães e os rapazes procuram mais os pais ou amigos, justificando com a similaridade de experiência relativamente ao seu desenvolvimento ou desconforto por falar com o sexo oposto. No entanto, esta perspetiva não foi consensual:

Moderador: E vocês costumam falar mais com o pai ou com a mãe?

Minie: Mãe.

Inês: Pai.

Mínimo: Mãe.

Sory: As raparigas quando normalmente têm algum problema de saúde vão sempre as mães. Porque há coisas que o pai não tem...

Tibúrcio: Não tem nada a ver.

Benfica: Por exemplo, a puberdade das meninas e dos meninos é completamente diferente. Por exemplo, nós não vamos falar com o nosso pai sobre... pronto sobre o período, vamos falar com a mãe.

Sory: Também não vamos chegar ao nosso pai... "Olha, pai quando eras jovem como era quando tinhas o teu cabelo oleoso?" Não vamos...

Inês: Eu não concordo com a Benfica porque também depende da confiança que temos com o pai ou mãe. Por exemplo, eu tenho mais confiança com o pai, mas também falo com a minha mãe sobre outros assuntos. Por exemplo, tenho mais aconchego com o meu pai do que propriamente com a minha mãe. (Bragança, 7)

Estes dados podem indicar que jovens apresentam uma maior facilidade em falar com a mãe, em comparação com o pai, ou uma tendência para considerarem as mães como principais confidentes, consistentemente com a literatura (ex., Brooks et al., 2015, Matos et al., 2015; Nomaguchi, 2008). Por outro lado, alguns jovens demonstraram não procurar muito os pais ou tendem a considerar que a escolha pelo pais (ou por um deles) depende do tema em questão. Além disso, outros jovens consideram ser indiferente falar com um ou outro.

Quando analisadas as razões apresentadas para a **preferência especificamente pela mãe**, estas foram muito diversificadas, revelando que os padrões de comunicação entre membros da família são únicos e apresentam uma dinâmica muito própria. A disponibilidade foi o motivo mais salientado pelos jovens, sendo, no entanto, de referir que este engloba alguns casos de jovens que passam mais tempo com a mãe ou se encontram a viver atualmente apenas com a mãe, por motivo de separação/divórcio dos pais.

Margarida: Porque eu vivo com a minha mãe, passo mais tempo com a minha mãe e passo mais tempo com ela.

Moderador: Mas se vivesses com os dois?

Margarida: Contava aos dois, porque estávamos juntos. (Braga, 7^o)

Estes dados são consistentes com os estudos que indicam que a mãe continua a ser a mais disponível para conversar com seus filhos (ex., Matos, 2015).

Relativamente às restantes razões apresentadas, o número de citações foi mais reduzido, mas alguns jovens apresentaram mais do que uma razão pela preferência, nomeadamente a confiança (“Se calhar por causa dela que nos criou e nos deu atenção e então... a partir dela temos mais confiança”, Jonas, Porto, 7º), a semelhança de experiências (“As raparigas quando normalmente têm algum problema de saúde vão sempre as mães. Porque há coisas que o pai não tem...”, Sory, Bragança, 7º) e a maior demonstração de afeto.

Ana: Não é que a mãe goste mais do filho do que o pai, não, gostam do filho da mesma forma, só que a mãe mostra mais e então, prontos, então se tivermos algum problema acho vamos logo à mãe porque a mãe, é a minha opinião, dá aquele carinho que o pai não dá. Não é que não goste de nós, mas tem uma forma diferente de estar (Braga, 7º).

Outras razões incluíram a preocupação (“Concordo, porque pelo menos as mães mostram que estão mais preocupadas, pelo menos mostram”, Ana, Braga, 7º), paciência (“Também por terem mais paciência para nós”, Pascual, Porto, 11º) e mais experiência em assuntos relacionados com a saúde, por uma questão de retribuição e que esta tende mais a tomar a iniciativa.

É mais com a minha mãe, não tanto com o meu pai. É que a minha mãe, acho que por ser a mãe... por estar mais connosco desde pequenos quando estamos doentes... ela vai para o médico connosco, por ser ela a comprar os medicamentos, por ser ela a comprar as coisas e a tratar de nós, é que falamos mais... elas são mais especializadas nisso... Não é por outra coisa. (Jonas, Porto, 11º)

Além disso, consideraram que o pai tende a desvalorizar os sintomas e que mesmo este procura a mãe com questões de saúde (“Eu vou à minha mãe... até o meu pai pergunta à minha mãe o que fazer quando está doente...”, Alice, Porto, 11º).

Embora de forma menos enaltecida, os jovens também apresentam **razões para preferir falar com os pais**, salientando igualmente a justificação da confiança (“...também depende da confiança que temos com o pai ou mãe. Por exemplo, eu tenho mais confiança com o pai, mas também falo com a minha mãe sobre outros assuntos.”, Inês, Bragança, 7º), disponibilidade (“Eu por acaso não, eu não acho que seja a mãe. Por exemplo, no meu caso, a minha mãe é professora, não posso ir ter com ela e dizer-lhe, posso ir ter com ela e dizer-lhe

certas coisas, mas ela provavelmente pode estar ocupada e não posso colocar a ela. Vou mais ao meu pai que tem mais disponibilidade”, Juliana, Braga, 7º) e “aconchego” emocional (“Por exemplo, tenho mais aconchego com o meu pai do que propriamente com a minha mãe, Inês, Bragança, 7º). Contudo, na sua maioria apresentam limitações em conversar com a mãe (ex. preocupação exagerada, menores capacidades de gestão da preocupação). É interessante que a preocupação, referida em cima como uma razão para preferir falar com a mãe, serve aqui igualmente de motivo para a preferência pelo pai, considerando que a mãe se preocupa (“A minha mãe também é assim um bocado para o ... é tipo mais para o paranoica. Começa logo a dizer *“Ai, tu tem cuidado com isso!”*”, Juliana, Braga, 7º) e fala demasiado (“Comigo é mais ao contrário. Eu não falo tanto com a minha mãe, depois ela começa a falar, falar, falar de histórias e eu é que não tenho paciência...”, Matilde, Porto, 11º) ou que tende a ter uma reação negativa aos seus problemas (“Depende, às vezes é o meu pai porque a minha mãe berra comigo quando eu lhe digo que me dói alguma coisa”, Fiona, Braga, 11º ano).

Por outro lado, alguns alunos consideraram que o pai possui maior conhecimento e inteligência (“É assim, eu conto à minha mãe, mas depois vou contar ao meu pai porque a minha mãe às vezes não sabe a resposta e o meu pai pronto...os homens são mais inteligentes...”, Francisca, Braga, 7º) ou que recorrem a este por terem passado pela mesma experiência (saúde masculina) (“Eu acho que os problemas que os homens geralmente têm, na saúde do sexo masculino, vou falar com o meu pai. Vou mais ao meu pai”, Jonas, Porto, 7º). Estas perceções são consistentes com o estudo de Levin e Currie (2010), em que os rapazes apresentaram menor dificuldade em conversar com a figura paternal. Também no estudo de Portugal e Isabel (2013), os rapazes portugueses revelaram a perceção de que confiam e partilham mais informação com o pai do que a mãe. O estudo de Nomaguchi (2008) também merece destaque dado que os seus dados revelaram que, embora ambos os géneros tendam a preferir a mãe, os rapazes referiram mais os pais do que as raparigas.

Ainda em menor escala, encontram-se os jovens para os quais o pai e a mãe constituem fontes de informação semelhantes, **sem apresentar especial preferência** de um em detrimento do outro (“Eu não tenho problema em falar com a minha mãe, ou com o meu pai...”, Pedro, Braga, 7º), os que referiram que o tema determinaria a escolha de um dos progenitores (“Não sei, depende também dos problemas. Uns podia contar mais à mãe,

outros mais ao pai”, Margarida, Braga, 7º) e outros que mencionaram que **não conversam muito com os pais** (“Eu não falo assim tanto com os meus pais...”, Trump, Porto 9º).

No que se refere especificamente à interação e comunicação com os pais, parece haver uma maior **tendência para serem os pais a tomar a iniciativa nas conversas**, e em particular, as mães. A razão que apontam é fundamentalmente é a experiência. Aparentemente, a sexualidade e as relações amorosas constituem o tema em que os pais tomam mais iniciativa de iniciar conversas com os seus filhos.

Zequinha: Sim, especialmente quando falamos sobre essa matéria [sexualidade].

Sory: Não falo muito esse assunto com os meus pais.

Zequinha: Nessa altura era quinto ou sexto ano, então os meus pais perguntavam-me por essa matéria então a minha mãe exigiu que estudasse comigo.

Sory: A minha mãe está sempre a avisar-me sobre os perigos que existem na sociedade. A minha mãe diz o que é que há lá fora, para ter cuidado.

Tibúrcio: A minha mãe falou-me na altura da matéria do ano passado...

Inês: As raparigas têm de ter mais cuidado, os rapazes não. Porque por exemplo, na questão de ter bebés, as raparigas é que sofrem com as consequências, os rapazes não ficam grávidos e as raparigas ficam...

(...)

Sory: Eu nem vou falar, a minha mãe já me contou tantas vezes dos perigos que eu já sei... mas ela está sempre... tens de ter cuidado, os rapazes são perigosos, e não sei que mais...

Benfica: Eu não puxo por esses assuntos, mas ela esta sempre a dizer para ter cuidado... está sempre a explicar-me as coisas... (Bragança, 7º)

Não obstante a tendência para pais tomarem a iniciativa, muitos jovens referiram que a **procura é mútua** (“Varia às vezes, são eles que nos dão conselhos...”, Guidão, Porto, 11º) ou que são eles próprios a tomar a iniciativa de falar com os pais.

Além disso, em alguns grupos de foco foram aprofundados os **temas que conversam com os pais**. Este tema esteve longe de um consenso, mas foi possível reunir algumas ideias acerca do que os jovens mais facilmente conversam com os pais e do que evitam que seja falado. Alguns jovens referem que conversam sobre tudo com pais e outros apenas sobre temas que consideram mais “comuns”. Entre os temas que conversam com os pais encontram-se a saúde (em geral, sintomas), sexualidade, a puberdade, o cyberbullying, mas igualmente temas que falam na escola, o desporto, as notícias, burocracias, vida profissional, entre outros.

Matilde: A minha mãe sempre me explicou as coisas desde muito nova... uma vez fui ter com ela e disse-lhe - uma mãe de uma amiga minha vai comprar um bebé! Não filha, os bebés vêm dentro da barriga das mães... e continuou e eu disse. Ok. Não quero saber mais... Sempre me explicou... Sempre que tenho uma dúvida, falo com ela.

(...)
Guidão: Sobre a nossa vida profissional. (Porto, 11°)

Por outro lado, alguns dos temas que não conversam com os pais também incluem a sexualidade, os problemas alimentares, os problemas na escola, assuntos constrangedores e os comportamentos de risco (por medo de represálias).

Moderador: Quais são os assuntos de saúde que vocês não contariam aos vossos pais?
Juliana: Por exemplo, no caso da dislexia. Se eu me achasse muito gorda... anorexia, isso! Se eu me achasse muito gorda seria mais a minha prima, a minha prima tem esse problema.
Moderador: Irias falar com ela?
Juliana: Eu, por exemplo, procurava uma pessoa que tivesse passado por essa experiência.
(...)
Margarida: Aqueles constrangedores.
Zé: Assuntos sexuais.
(...)
Zé: Se um jovem por exemplo fumasse. Também não diria.
Juliana: Os jovens acabam por não contar esses problemas porque sabem que os pais depois vão estar contra eles. (Braga, 7°)

Embora muitos jovens referissem que confirmam a informação da Internet com os pais, outros assumem evitar falar com eles sobre o mesmo. No entanto, muitos jovens admitem que os pais têm, ou deveriam ter, um papel ativo na sua relação com a Internet, restringindo o que fazem, ou participando nas atividades online dos filhos:

Sory: Os pais também têm de ter um bocado de cuidado para não deixar ver o que é desapropriado para a idade. Por exemplo, está lá o filme, o filme tem bolinha vermelha, nós não vemos. Também os pais têm de considerar na linha vermelha o que é possível de ver...
Benfica: Mas há pais que não consideram essa ideia Sory! Há pais que não se interessam.
(...)
Sory: Sim, há coisas que vejo na Internet que prefiro falar com as minhas amigas do que com os meus pais. Porque se eu digo: "Olha mãe, encontrei aquele reclame e aquele reclame era mesmo para pessoas parvas", ela diz logo, "O que andas a ver na Internet, vê lá que desligo a Internet". Então prefiro falar com as minhas amigas...
Tibúrcio: Se a tua mãe te perguntasse o que andas a fazer na Internet o que é que responderias?
Sory: Eu dizia a verdade. Não lhe ia dizer estive numa rede social e que vi 90 pessoas a postarem que estavam em Vinhais... contava o mínimo que pudesse. É para falar entre amigas e não contar tudo aos nossos pais. (Porto, 7°)

Tendo em consideração a importância que os pais revelaram como fonte primordial de saúde para os jovens, foram também exploradas as **razões principais** para tal nesta componente qualitativa. Quando se referia os dois pais em geral, ou não era especificado um deles, as principais razões salientadas para os procurar foram a **confiança** ("Normalmente

temos mais confiança neles, e qualquer coisa que eles nos digam... não é que nós acreditemos logo, mas ficamos com uma ideia mais forte”, Guidão, Porto, 11º), o **conhecimento e a experiência** que os pais possuem (“Quando nós precisamos que necessite de mais sabedoria, vamos ter com os nossos pais, pois eles têm mais experiência da vida”, Obama, Porto, 9º), o facto de verem os pais como os seus **“cuidadores”** (“Porque são eles que cuidam de nós”, Bragança, 9º), a proximidade (“Tudo o que os pais nos ensinaram desde pequenos, eles estão próximos de nós em tudo e sabem tudo”, Diamantino, Bragança, 11º) o **conforto** (“Pelo conforto que nos podem transmitir”, Mara, Bragança, 11º) e a **disponibilidade** (“Depende também. O que eu ia dizer é que se os pais tipo não estiverem disponíveis naquele momento, são os amigos sem dúvida.”, Zé, Porto, 9º).

No que se refere à confiança, Ying et. al. (2015) observam que uma maior confiança dos adolescentes nos seus pais aumenta a comunicação entre estes. Deste modo, pode colocar-se a hipótese de a confiança ser uma das razões para justificar a consistência e prevalência dos pais como fontes de informação para a saúde, neste estudo. Estes dados são consistentes com o facto dos pais se demarcarem como primeira fonte que procuram, em ambas as componentes qualitativas e quantitativas deste estudo.

Além disso, os jovens referiram, ainda, outras razões para recorrerem aos pais em primeiro lugar, como o facto destes se **“saberem informar”** sobre as dúvidas que tenham mesmo que não saibam a resposta (“Eu ia aos meus pais porque se eles não soubessem como me ajudar, eles provavelmente iam perguntar ao médico.”, Juliana, Braga, 7º) ou para **confirmar informação que encontraram na Internet** (“Procuro para me queixar, mas depois vou à Internet. Por exemplo, eu digo do que me queixo, depois vou a Internet ver, eles depois falam comigo e eu excluo algumas alternativas...”, Olívia, Bragança, 11º), considerando que os pais são uma fonte melhor. Por outro lado, consideram que os seus pais podem ser uma **boa fonte de solução para os seus problemas** (“Os pais têm solução para tudo.”, Filipa, Braga, 7º) e que estes são os que conhecem o seu historial médico e, como tal, os podem ajudar melhor.

Ana: Eu acho que também os pais sabem o nosso histórico da saúde. Eles sabem quando éramos crianças, bebés, prontos, não nos lembramos disso. Sabem as doenças que nós já tivemos, se é comum termos aqueles problemas em certa altura, o que devemos fazer. Como eles nos conhecem mais ou menos, já sabem como é que... Quais são os problemas que costumamos ter, prontos, eu acho que é uma das razões que nos levam a procurar os pais.

Pedro: Porque os pais são os nossos pais, foram eles que nos criaram, e sendo eles nos criaram são as pessoas que melhor nos conhecem, digo eu, e depois os pais tentam sempre fazer tudo por nós, coisa que nem toda a gente faz e nem às vezes pode e por isso é que eu acho que os pais... (Braga, 7º)

Por outro lado, os jovens também consideram que recorrer aos pais serve como forma de **retribuição da sua dedicação** (“Porque os pais são os nossos pais, foram eles que nos criaram, e sendo eles que nos criaram, são as pessoas que melhor nos conhecem, digo eu, e depois os pais tentam sempre fazer tudo por nós.”, Pedro, Braga, 7º) e pela sua **preocupação** (“Eu acho que são as pessoas que mais se preocupam connosco. Se soubessem que estamos com alguma doença, acho que eram as pessoas capazes, que seriam capazes de virar o mundo todo ao contrário só para encontrar a solução”, Ana, Braga, 7º)

No entanto, foi possível igualmente encontrar no discurso dos adolescentes, embora em pequena escala, que estes por vezes **não se sentem satisfeitos com a informação proveniente dos pais ou preferem não falar com os pais**. Uma das razões apresentadas prende-se com o **confronto de gerações** que, segundo os jovens, é demonstrado quando os pais comparam o seu percurso com o dos seus filhos, como forma de revelar exemplos positivos ou evitar situações que consideram perigosas. Os jovens consideram que, por vezes, este discurso é repetitivo e desinteressante e que não acrescenta informação útil para a sua vivência (“Por exemplo, a minha mãe começa a falar e a dizer: *No meu tempo, nem isto nem aquilo...* É eu digo... Uii, xau!! Vou-me embora.”, Cacildo, Bragança, 9º). Outra razão para não procurarem os pais está relacionada com o facto de **despenderem mais tempo com os amigos**, pelo que recorrem a estes e sentem menos necessidade de procurar os seus pais, com quem não têm tanta disponibilidade para conversar.

Isabel: Eu estou todos os dias com os meus pais. Mas passo mais tempo com os amigos, se calhar como têm mais ou menos a minha idade, ou são mais velhos, acho que sabem melhor as coisas.

(...)

Obama: Nós identificamo-nos mais com os nossos amigos, porque passamos muito mais tempo com eles do que com os nossos pais.

Obama: Os pais só os vemos à noite e de manhã.

Trump: Pois! (Porto, 9º)

Foram também citados o **dispersar das conversas** por parte dos pais (“Por exemplo, eu faço uma pergunta, ela começa por essa e depois passa para outras... Pronto...”, Ekko,

Bragança, 9º), o desconforto que os pais podem provocar (“Porque às vezes há pais que não deixam os filhos pôr-se à vontade”, Margarida, Braga, 7º), **a vergonha por parte dos jovens** (“Acho que temos tendência a desviar esses assuntos [sexualidade], dos pais. A maioria das pessoas...”, Tone, Braga, 11º), o **confronto com erros** e a **falta de aprovação** e de algumas atitudes por parte destes.

Juliana: “...nunca admitimos os nossos erros, e às vezes quando falamos com os nossos pais eles dizem que estamos a fazer isto errado, e nós dizemos que não porque não conseguimos perceber os nossos erros.” (Braga, 7º)

É interessante reparar que foi mencionada a **preocupação excessiva** por parte dos pais (“...porque falar com os pais pode não ser uma boa abordagem... Porque eles ficam logo preocupados.”, Obama, Porto, 9º). No entanto, de modo controverso foi também referida a **desvalorização de sintomas**, fazendo, uma vez mais notar que existem muitas diferenças individuais que se prendem até com a personalidade dos pais e filhos, justificando tão grande variedade de atitudes, comportamentos e percepções (Tabela 53).

Juliana: O mal de falar com os pais às vezes é que posso ter uma dor no pé ou assim e os pais dizem “Ah, isso não é nada” e começa a agravar, e se os meus pais tivessem ligado ao que eu dizia, talvez depois assim no futuro podia não ter tantas dores (Braga, 7º).

Tabela 53: Pais como fonte de informação de saúde

Dimensão	Subdimensão	Categorias
Preferência por um dos pais	Falam mais ou preferem falar com mãe	Disponibilidade
		Confiança
		Semelhanças nas experiências
		Mais afetuosa
		Experiencia com a saúde dos filhos
		Retribuição
		Mãe com mais paciência
		Mãe preocupa-se mais ou mostra mais preocupação
		Pai desvaloriza
		Até o pai procura a mãe
	Mães tomam a iniciativa	
	Falam mais ou preferem falar com o pai	Maior disponibilidade
		Confiança
		Aconchego
Mãe fala demais		

	Mais inteligentes do que as mães
	Mãe é preocupada
	Mãe é mais crítica
	Mesma experiência/saúde masculina
	Indiferente ser pai ou mãe
	Não conversa muito com os pais
	Falar com pai ou mãe depende do problema
	Raparigas falam mais com mães
	Rapazes falam mais com pais ou amigos
Iniciativa das conversas	Sexualidade e relações amorosas
	Alimentação
	Perigos da sociedade
	Vícios/Drogas
	Tudo
	Notícias/Atualidade
	Problemas na escola ("asneiras")
	Desporto
	Questões sobre sexualidade de amigos
	Puberdade
	Bullying
	Saúde masculina (fala com o pai)
	Sexualidade
	Pais e jovens procuram-se mutuamente
São eles que procuram os pais	
Temas que falam com os pais	Saúde em geral
	Desporto
	Problemas com amigos
	Cyberbullying
	Sexualidade
	O que dão nas aulas sobre saúde
	Apenas sintomas
	Vida profissional
	Burocracias
	Sexualidade
	Notícias
Tudo/quase tudo	
Temas que não gostam de falar muito com os pais	Comportamentos de risco
	Sexualidade
	Constrangedores
	Problemas alimentares
O que faz na Internet	
Razões para conversarem com pais (mãe e/ou pai)	Confiança
	Conhecimento
	Experiência
	Cuidadores

	Proximidade
	Sabem informar-se
	Conhecem melhor o histórico médico
	Retribuição de dedicação
	Disponibilidade
	Confirmar informação da Internet com os pais
	Conforto
	Melhor que a Internet
	Têm solução para tudo
Razão para não falar com os pais/insatisfação com informação	Confronto de gerações
	Despendem mais tempo com amigos
	Pais não iriam aprovar
	Dispersam
	Vergonha
	Desconforto que podem causar
	Pais confrontam com erros
	Desvalorizam sintomas
	Preocupação excessiva

6.3 Internet como fonte de informação

Para além dos pais, também verificamos que a Internet foi uma fonte muito frequente e importante para os adolescentes, quer na componente quantitativa deste estudo, assim como nesta fase qualitativa. Assim, procuramos explorar mais aprofundadamente a Internet como fonte de informação sobre saúde nos adolescentes, nomeadamente o local onde procuraram a informação, o modo como selecionam a informação que recolhem na Internet e as perceções sobre a mesma.

Relativamente ao local específico onde procuram informação de saúde, e congruentemente com os resultados encontrados no componente quantitativo deste estudo, os adolescentes revelaram que o Google é, definitivamente, o local de eleição e mais frequente para procurar informação na Internet, pela sua rapidez e relativa confiabilidade. O recurso à Wikipedia, surgiu, por vezes, como o passo seguinte à pesquisa no Google. Além disso, os sites e blogs (incluindo sites de médicos para confirmar diagnóstico), aplicações de notícias com conteúdos de saúde e o YouTube também foram mencionados.

Bianca: Google, a questão e depois pergunto ao Google, e depois limpar o histórico.

Tone: Algumas vezes, quando metemos uma pergunta no Google, aparece nalguns sites, por exemplo uma pergunta similar e cinco respostas mais lidas, mas não só sobre esses assuntos, também sobre outros. Mas quando metemos no Google, aparecem logo respostas a essas perguntas. Algumas mais certas que outras. (Braga, 11°)

Moderador: Quando procuram na Internet, como é que fazem?

Shego: Motor de busca.

Moderador: E qual o motor de busca que mais utilizam?

Shego: Google.

Mesquitão: Google.

Guidão: Amigos.

Carlão: (risos) estamos a falar de motores de busca.

Shego: Eu por exemplo, no outro dia, uma amiga minha perguntou-me o que era a circuncisão. Eu queria explicar-lhe, mas não conseguia. Então fui ao Google, pesquisei, página da Wikipedia e disse - é isto!

Moderador: Foste primeiro ao Google ou à Wikipedia?

Shego: Fui primeiro ao Google e apareceu a Wikipedia.

Moderador: E como é que vocês fazem para pesquisar?

Guidão: Também... normalmente

Mesquitão: sim

Moderador: E mais, como é que vocês fazem para pesquisar, por norma vão sempre ao Google?

Carlão: Sim, por norma o Google é mais confiável...

Guidão: YouTube, também... (Porto, 11°)

Neste sentido, os adolescentes apresentaram diversas **razões que os levam a pesquisar informação na Internet**. A **facilidade de acesso** foi a razão mais apontada pelos jovens pela escolha de Internet para procurar informação. Nesta categoria, a maior parte dos jovens referiram-se à pouca energia despendida no processo de acesso e a rapidez no acesso e devolução da informação. No entanto, foram também referidas a praticidade na sua utilização e conveniência do momento.

Bianca: Está mais à mão. (Braga, 11°)

Carlão: Eu acho que primeiro sou capaz de ir à Internet... Porque é o meio mais prático, e não tenho de esperar porque aquilo é praticamente imediato.

Bruno: Por conveniência. (Porto 11°)

Olívia: Porque existe muita informação e é muito fácil de aceder.

Mara: Porque pomos os sintomas e aparece logo a doença [na Internet].

Eduarda: É muito mais rápida. (Bragança, 11°)

Bianca: É mais fácil.

Nutela: Mais rápido.

Outra razão muito citada entre os jovens foi a **confidencialidade e/ou anonimato**, por desconforto em revelar na realidade virtual, mas igualmente na vida real, os conteúdos que procuram. Nesta categoria, denota-se assim, uma tendência para preservar a sua vida pessoal dos pais, amigos e de outras pessoas com a qual possam contactar na Internet através de blogs e outros sites de perguntas e respostas.

João: ...mas se for uma pergunta muito muito pessoal que não queiras que ninguém saiba, assim de forma anónima, às vezes é a única maneira (Braga, 9°).

Fiona: Não temos de contar a ninguém.

Bianca: Não temos de dar a cara.

Tone: Fazemos isso em questões pessoais, em questões que não queremos mesmo que mais ninguém saiba. (Braga, 11°)

Pedro: Às vezes iríamos procurar mais vezes à Internet aqueles assuntos em que não nos sentimos tão à vontade para falar com... Há certos assuntos mais pessoais que nem os amigos, nem os pais. Mesmo coisas assim tipo totalmente privadas em que não me sinto à vontade para falar com os amigos (Braga 7°).

Menos referidas, mas não menos relevantes, encontram-se razões como a **insatisfação/complementação da informação que obtêm dos pais** (ou a procura quando sentem que pais não dão resposta a determinado tema) (“Às vezes quando a minha mãe não me diz... tudo o que eu quero, vou ao Google ver.”, Beatriz, Porto, 7°), a imensa **quantidade de informação** disponível na Internet (“Porque existe muita informação e é muito fácil de aceder”, Olívia, Bragança 11°) e a **indisponibilidade de alguém** próximo para conversar (“Ou se a pessoa estiver longe...” , Adele, Porto, 7°) (Tabela 54).

Tabela 54: *Internet como fonte de informação*

Dimensão	Categoria	Subcategoria
Internet - onde procuram?		Google
		YouTube
		Wikipédia
		Sites/blogues
		Aplicações de notícias com conteúdos de saúde
Razões para procurarem a Internet		Facilidade de acesso
		Praticidade e conveniência
		Confidencialidade/Anonimato
		Complementar informação dos pais
		Quantidade da informação
		Indisponibilidade de outra pessoa

7. Avaliação/Seleção da informação

No sentido de aprofundar as questões relacionadas com o modo como os jovens avaliam e selecionam a informação sobre saúde, procurámos explorar as táticas que utilizam para distinguir informação credível da não viável, bem como perceções dos adolescentes sobre as características distintivas dos dois. Muito poucos jovens assumiram não saber distinguir a informação viável da que não deveriam confiar. Também foi referido que esse processo ocorre automaticamente ou por instinto. No entanto, na sua grande maioria, foram assumidas crenças muito enraizadas sobre formas de distinção e uma grande segurança quanto a essa capacidade.

Moderador: E digam-me outra coisa. Há bocado estavam a falar das características da informação em que se pode confiar, o que é bastante interessante, mas como é que sabem que não podem confiar em determinada informação? Por exemplo que encontram na Internet.

Nutela: Aqueles sites que têm bué anúncios, tipo de cenas “perca peso!”, “joga aqui!”

Fiona: Belezas russas...

Tone: Com o passar do tempo vai-se aprendendo. Já é quase automático.

Nutela: É mais instinto que outra coisa. (Braga, 11^o)

7.1 Táticas para avaliar a informação

Relativamente às táticas apresentadas, algumas categorias surgiram frequentemente e revelaram não possuir uma natureza mutuamente exclusiva. Por vezes, os jovens apresentavam várias táticas numa mesma ideia. Para esta dimensão, a categoria que mais sobressaiu refere-se a uma **procura de confirmação e/ou repetição** de informação na Internet, o que sugere que quanto mais a informação é consistente com a que obtiveram previamente e for na mesma direção, mais credível se torna para os jovens.

Tone: Vamos pelo que tiver mais credibilidade. Por exemplo, se um diz, abrimos o primeiro, e diz, por exemplo, A, e abrimos o segundo e já diz B, vamos abrir 4 ou 5 e vamos ver o que diz mais A ou B. Vamos mais também por aí. (Braga, 11^o).

Bruno: (...) Porque se eu tenho dúvidas, ir ver à Internet... não vou, porque não me sinto seguro daquilo que diz lá, mas se eu já sei alguma coisa e aquilo ainda me reforça mais e tenho mais ou menos a ideia do que aquilo é e aquilo está a coincidir com a minha ideia, reforça mais a minha ideia...” (Braga, 7^o).

Jussana: (...) se for tipo trabalhos de escola, tipo a matéria que demos, se for mais ou menos parecido com o que está no site, é isso que, pelo menos, eu seleciono (Braga, 7^o).

Cris: Acho que quanto mais a informação se repetir é porque é válida (Porto, 9^o)

Os jovens também **confirmam a informação com outros significativos** como pais, Internet, amigos, professores ou pessoas mais velhas ou especialistas (“Podemos ir à net e se não tivermos a certeza podemos falar com os pais”, Zé, Braga, 7º). Outra tática que usam frequentemente é consultar o **feedback** em sites e blogs de diversos conteúdos como vídeos, aplicações, sites. Alguns jovens referiram que a quantidade de *likes* e comentários positivos e/ou negativos pode ser determinante para a confiança em determinado conteúdo (“Pelos comentários que as pessoas deixam (...)Procuro em todos os comentários, para fazer uma média”, Aurélio, Braga, 11º).

Além disso, os adolescentes descreveram, ainda, uma tendência para **valorizar a primeira página** de pesquisa devolvida por um motor de busca (maioritariamente o google) e, dentro dessa, da primeira informação nessa página (“Então em primeiro, aparecem os sites mais visualizados e são esses”, Ekko, Bragança, 9º).

Alguns jovens apenas consultam as páginas seguintes se não ficarem satisfeitos com a informação que obtiveram previamente. Por outro lado, também foi referida a **desvalorização da informação a partir da segunda página** por considerarem ser menos credível. Também consideram que o número de visitas das páginas vai decrescendo e os nomes dos sites começam a parecer suspeitos a partir da segunda página, o que pode justificar a discrepância na confiança da informação.

No entanto, os jovens dizem que muitas vezes **procuram várias fontes**, referindo que um só ponto de vista não garante credibilidade e que mais do que uma fonte pode garantir mais informação e, conseqüentemente, uma melhor perceção do que é credível. (“Nós normalmente também não vamos só pesquisar a um site, vamos a vários e, por exemplo, um diz que é fixe, depois outro já diz que são mentiras ou mitos”, Bianca, Braga, 11º).

Dentro desta dimensão, também estão as referências que os jovens fizeram relativamente a confiar na informação **congruente com a obtida previamente em contexto escolar** (“Há coisas que nós já demos nas aulas, já temos uma noção...”, Matilde; “Sim, já temos uma noção..., Shego, Porto, 11º). Os adolescentes referem usar esta estratégia sobretudo para a realização de trabalhos escolares, embora não excepcionalmente. Também referem que a identificação de informação de confiança é um processo aprendido com o tempo, revelando que com a **experiência** em navegar na Internet vêem melhorada a capacidade de distinguir informação viável da informação não credível. (Quando se usa a

Internet há algum tempo, começa-se a aprender em que tipo de sites podemos confiar. (Fiona, Braga, 11^o).

A Tabela 55 apresenta as categorias relativas às táticas utilizadas para avaliar a informação.

Tabela 55: *Táticas para avaliar a informação*

Dimensão	Categorias
Táticas para avaliar a informação	Procura de confirmação e/ou repetição de informação
	Discussão/confirmação da informação com outros significativos
	Verificar feedback
	Valorizar a primeira página de pesquisa
	Procurar em várias fontes/sites
	Desvalorizar a informação a partir da segunda página
	Congruente com a informação obtida em meio escolar
	Experiência adquirida pela pesquisa

4.2 Razões para confiar e desconfiar da informação

Alguns estudos indicam que os jovens se questionam frequentemente acerca do grau de confiança que podem depositar na informação online (Fergie et al., 2013; Ralph et al., 2011). Mais especificamente, o estudo de Jones e Biddlecom (2011) também sugeriu que uma grande parte dos adolescentes desconfiava ou não confiava totalmente na informação online sobre sexualidade (Tabela 56).

Neste estudo, os jovens conseguiram reunir mais formas de identificar informação credível do que formas de detetar informação “impostora”. No entanto, em ambos foram enfatizados padrões muito consistentes, bem como ideias isoladas, o que não impediu uma grande variabilidade, muitas similaridades e até contradições interessantes para análise.

Neste sentido, foi possível observar no discurso dos adolescentes algumas razões que utilizam para garantir que a informação é credível e, por outro lado, razões para desconfiar da informação. De um modo geral, no que se refere às razões para confiar na informação online, os jovens revelaram valorizar o modo como a informação se encontra **escrita, nomeadamente**, que demonstre estar bem-escrita, congruente, credível, bem argumentada, organizada, complexa e que pareça profissional ou realista ou tenha por base estudos científicos.

Miguel: No que parecer mais legível, mais bem escrito. Mais profissional.

Tone: Com mais suporte por trás, com mais argumentos que sustentem a informação... (Braga, 11º)

Uta: Organizada

Ekkko: Organizada, sim!

Uta: Tem normalmente o tema por etapas. Tem o argumento... (Bragança, 11º)

Diversos: Quando é complexa.

Bruno: Quando é complicada e venha numas palavrinhas (...) mas que também pareça real (Braga, 7º)

A credibilidade da informação apareceu, de igual modo, associada a **fontes especializadas de saúde**. Os jovens citaram os sites de Instituições de Saúde, incluindo os sites em que colocam sintomas e lhes é devolvida a doença associada, bem como o site da Organização Mundial de Saúde. Ainda referente a esta categoria, os jovens referiram os canais do YouTube de médicos, os blogs de médicos com aparições na televisão e os sites recomendados pelo seu médico.

Bianca: Há médicos, por exemplo, que na TV ou assim têm o próprio blog deles, e eu acho que nesses posso confiar. (Braga, 11º).

Alexandre: Se tiver fontes credíveis. Por exemplo, em hospitais... onde colocamos a informação (sintomas) e dão o diagnóstico. (Bragança, 11º)

Leitão: Mas depende do próprio site, se for da OMS, provavelmente irei acreditar, mas se for um site tipo de perguntas e com comentários, a dizer é mentira... não irei acreditar. (Porto, 7º)

Juliana: Se eu estivesse nessa situação, provavelmente iria a um site que fala assim sobre assuntos desses e que por exemplo o médico tinha-me dito "este site pode tirar dúvidas". Eu se calhar ia acabar por ir a esse tal site.

Francisca: Sites que nós sabemos que são mesmo de saúde, de hospitais, de centros de saúde, esses nós sabemos que podemos mesmo confiar, porque se são dos hospitais... (Braga, 7º)

Como observado na categoria anterior, os jovens referiam como atestado de credibilidade a informação contida em **sites específicos**. No entanto, nesta categoria foram incluídos os que não estão associados a organizações, instituições ou profissionais de saúde. Deste modo, foi referido o YouTube, os sites de jornais (ex. Jornal de Notícias), a Wikipédia e o site "Escolha do consumidor". É interessante referir que a Wikipédia já tinha sido referida previamente na dimensão "Razões para desconfiar da informação", o que demonstra a controvérsia perante a informação apresentada por esta via.

João: Só costumo ir a sites de confiança, por exemplo sites que conhecemos bastante, como o Jornal de Notícias... Tentamos procurar redes de confiança. (Braga, 9º)

Timoflei: O YouTube é mais fiável. (Porto 7º)

Joana: Eu acho que a Wikipedia é onde a informação aparece certa. (Bragança, 9º)

A **popularidade dos sites/informação** também foi referida como associada a credibilidade através de um elevado número de *likes*, do número de pessoas que usam e/ou da popularidade/credibilidade da empresa que representa.

Timoflei: O YouTube é mais fiável.

John: É mais fiável, porque é utilizado por muita gente. E porque normalmente as pessoas seguem aqueles sítios onde tem mais gente.

Renato: Talvez porque a empresa fez o site mais seguro.

Timoflei: Porque este é o site mais usado no mundo e se tiver algum problema desses vai ser um escândalo. (Porto 7º)

As experiências na primeira pessoa revelaram constituir igualmente um indício de que merece credibilidade, especialmente no que concerne aos **testemunhos de pessoas** que passaram por determinada situação que os jovens também experienciaram.

Ekko: Também quando perguntas alguma coisa, há certas páginas em que tens alguém a fazer uma pergunta e as respostas...

Cacildo: E depois tens os comentários com mais likes.

Ekko: Tens a informação, as experiências próprias. (Bragança, 9º)

Fiona: ...ou então opiniões de pessoas que já passaram por coisas do género, ou assim.

Bianca: Ya, testemunhos (Braga, 11º)

Outra componente credível da informação prende-se com a observação de outros. Isto é, os jovens tendem a acreditar na **informação ou meios de informação utilizados por pessoas de confiança** ou em conteúdos criados por modelos em quem confiam (ex. canais do youtube).

Jonas: Eu acho que as pessoas também seguem o youtube, porque se calhar as pessoas... em que elas confiam... também vão ao youtube e então normalmente tendem a seguir as pessoas em que confiam (no canal)...

Moderador: E tu segues pessoas no youtube?

Renato: Não, mas por exemplo, uma pessoa em que eu confio vai ver um vídeo então também vou ver... (Porto, 7º)

As restantes características referidas pelos jovens dizem respeito à **aparência agradável do layout** (“A gente abre uma página e... ao ver a imagem da página, vê o layout da página, a gente já vê como é... se tiver uma aparência agradável temos tendência a confiar mais”, Shego, Porto, 11°), à presença da extensão *https* que indica que o **site é seguro** (“Para ver se o site é seguro é necessário ver no link se aparece http...Mas em geral não devemos confiar. Em termos de informação sim, mas nem sempre as coisas da Internet são confiáveis”, Isabel, Porto, 9°) e à natureza **não editável da informação** de determinada página/site (“Eu procuro um site em que a informação aparece em pdf, em que ninguém possa mexer...”, Zequinha, Bragança, 7°).

Tabela 56: *Razões para confiar na informação*

Dimensão	Categorias
Razões para confiar na informação	Informação (aparentemente)bem escrita
	Fonte especializada de saúde
	Sites específicos
	Popularidade do site
	Testemunhos de experiências similares
	Utilizada por pessoas em quem confiam
	Layout de página agradável
	Site seguro
	Informação não editável

De um modo geral, alguns dos critérios sugeridos pelos adolescentes deste estudo são consistentes com os encontrados num outro estudo sobre avaliação da informação na Internet numa população de adultos (Diviani, van den Putte, Meppelink & Weert, 2016). Esse estudo segue o código de conduta HON (Health on the Internet) que corresponde um conjunto de *guidelines*, com o objetivo de estabelecer critérios na avaliação acerca da qualidade da informação sobre saúde presente na Internet (Dorman, 2002). Das estratégias apresentadas pelos adolescentes que coincidem com as do estudo de Diviani et al. (2016), destacamos algumas, nomeadamente, a ausência de anúncios publicitários, autoria de sites por médicos, data da publicação, referência a estudos científicos, sites de instituições reconhecidas.

Por outro lado, estes jovens foram igualmente capazes de apontar diversos sinais que consideram ser um motivo para desconfiar da informação de saúde que obtêm. Os **interesses comerciais** constituíram, claramente, a categoria mais popular e consensual entre os jovens. Estes não hesitaram em apontar, com recurso à ironia e ao humor, que têm habilidade em identificar a publicidade, mesmo que mascarada, e que esta constitui um alerta para a credibilidade da informação a ela associada. Para isso, referiram quatro pontos essenciais de alerta: o excesso de publicidade, prémios suspeitos, anúncios suspeitos e pedidos de número de telefone (“Aquelas publicidades... Quando vamos a um site e vemos.... russa bonita... queres namorar comigo?... (risos) e logo vejo que é publicidade enganosa. Porque nenhuma russa vem de propósito para namorar com uma pessoa”, Benfica, Bragança, 7º).

Outro ponto que se destacou como causando desconfiança entre os adolescentes foi a forma como a **informação se encontra escrita**, especialmente se esta não faz sentido ou está confusa. Referem também desconfiar de sites com nomes estranhos, com informação extensa, informação errada, mal escrita e/ou contraditória. Alguns dialetos específicos (português do Brasil, por exemplo) ou certas línguas como árabe, ou outras desconhecidas, constituíram, também, motivo de desconfiança de alguns jovens. Também referiram que tendem em não confiar na informação que provém de **opiniões/conselhos**, em blogs ou outros sites (como de perguntas e respostas) e nas opiniões que não se baseiam em factos.

Por outro lado, os jovens também referiram que a credibilidade da informação estaria comprometida caso encontrassem **informação grave, alarmante ou catastrófica**. A busca de sintomas em sites que devolviam como condição o cancro foi o exemplo mais citado.

Pedro: Eu acho que ir aos pais é o melhor que nós temos a fazer, mas... Também acho que ir à Internet é a pior maneira de se resolver as coisas. Primeiro, porque só os pais e os médicos é que nos estão a ver mesmo à frente deles e conseguem ter uma ideia dos sintomas, por exemplo, a Internet diz-nos os sintomas e não temos a certeza se aquilo está correto. E podemos ver algo que é um bocado estúpido: dizemos que estamos com tosse e na Internet diz que estamos com cancro. E eu fico tipo “fogo, que é que vou fazer da vida? Eu acho que se tivesse com cancro preferia estar à beira de um pai ou médico. Pelo menos não ia ficar ali a queixar-me da vida sozinho. (Braga, 7º)

John: O fim do mundo é em 2019”... (Porto 7º)

Por vezes, foram destacados **sites específicos** nos quais sentiam que não confiavam, destacando-se a Wikipédia e a Yahoo (que se enquadra mais na categoria de motor de busca). A este propósito, uma jovem referiu que a desconfiança de sites como a Wikipédia se deve ao facto da possibilidade de edição por qualquer pessoa (“Por exemplo a Wikipédia não é fiável,

porque qualquer pessoa pode mudar aquilo.”, Beatriz, Porto, 7º). Houve também quem se focasse mais na forma do que no conteúdo, sugerindo que sites com **aparência suspeita**, como cores “estranhas” ou formais, suscitam desconfiança. (“Da estrutura do site. Muito formal, com as cores esquisitas...”, Uta, Bragança, 9º). Foram ainda referidas isoladamente algumas outras condições de suspeita da viabilidade da informação, nomeadamente o facto de **determinado vídeo ser gravado com telemóvel** (“Se for gravado com o telemóvel”, Tita, Porto, 7º), **de um site não apresentar um “cadeado no link”** (“Vejo quando não tem aquele cadeado em cima”. Tita, Porto, 7º) **ou ser uma informação antiga** (Tabela 57).

Ekko: Assim mais antigo.... a informação ser mais velha.

Moderador: E como sabes que é mais velha?

Ekko: Porque está lá quando o site foi criado, quando aquilo foi postado.(Bragança, 9º).

Tabela 57: Razões para desconfiar da informação

Dimensão	Categorias
Razões para desconfiar da informação	Interesses comerciais
	Informação escrita de modo suspeito
	Opinião/conselhos de outros
	Catastrofização ou Informação alarmante
	Sites específicos suspeitos
	Aparência suspeita
	Vídeo gravado com telemóvel
	Ausência de “cadeado no link”.
	Informação antiga

8. Representações acerca da importância dos *media*

Nesta secção, procuramos explorar, na perspetiva dos adolescentes, quais as suas perceções acerca do impacto dos *media*, quer para si, quer para a sociedade em geral. De seguida, foram analisados os aspetos que consideram benéficos e/ou vantajosos dos *media* e, por outro lado, os pontos que consideram negativos. Paralelamente, explorámos quais os *media* que estes jovens consideram que têm mais impacto na saúde, assim como temas de saúde que consideram estar mais associados aos *media*.

8.1 Perceções sobre o impacto dos *media*

Na componente quantitativa deste estudo, observamos que os adolescentes tendem a considerar que os *media* têm mais impacto nos adolescentes em geral do que em si próprios. Partindo deste dado, consideramos necessário explorar mais aprofundadamente as suas perceções acerca dos *media*. Com efeito, quando questionamos os adolescentes acerca do impacto que os *media* têm nas suas vidas, as perceções foram muito variadas e, por vezes, contraditórias. Os jovens consideram existir um papel **predominantemente positivo** dos *media* e outros situam-se no **espectro oposto (predominantemente negativo)** (Tabela 58).

Moderador: Mas acham que tem aspetos mais negativos ou mais positivos?

John: Mais positivos, Braga, 9º

(...)

Rita: Mas acho que o lado negativo é mais devastador do que o lado positivo. (...) as pessoas dão mais importância ao negativo.

Neste sentido, também consideraram que meios de comunicação podem ser **benéficos e prejudiciais (dualista)** (“Ao mesmo tempo algo bom, mas também algo mau”. Jonas, Porto, 7º). Contudo, uma pequena parte dos jovens julga que os *media* **não têm qualquer papel** na sua vida ou na sua saúde (“Não influencia em nada”, Mesquitão, Porto, 11º).

Por outro lado, também consideram que **a importância dos *media* depende do indivíduo** (“De um jovem não sei.... depende da pessoa....”, Alexandre, Bragança, 11º). Apesar disso, os adolescentes parecem ter noção de que os *media* têm um impacto em **todos os comportamentos e escolhas de todos os jovens**.

Olívia: Eu acho que isso é um bocado de cinismo. Porque os outros deixam-se influenciar mais do que nós?... nós vivemos no mesmo meio que eles... temos os mesmos gostos que eles...

João: Também vivemos numa era em que as pessoas são todas influenciadas, desde a maneira de vestir a tudo o que fazem no seu dia-a-dia.

(...)

João: Tu cresces a ver televisão, cresces a ver certas coisas, cresces à beira de outras coisas e tudo isso influencia. Tudo o que fazes hoje foi influenciado.

(..)

João: Não, tu escolhes coisas que queres fazer, mas as coisas que queres fazer são coisas que também foste influenciada a fazer (Braga, 9º).

Do mesmo modo, alguns adolescentes **responsabilizam-se e percecionam um impacto em si mesmos**, ao contrário de considerar que este apenas existe para os “outros jovens”.

Moderador: E achas que tem impacto em ti?

Eduarda: Hummmm..... bom... por um lado, negativamente, por causa das magrezas. Por outro lado, positivamente. Sei lá, acho que é um estereótipo que nós seguimos.

(..)

Mara: Acho que todos deixamos, em certa medida.

(..)

Olívia: Eu acho que nos influencia nos dois parâmetros. Além disso, nós é que nos influenciámos a nós próprios. (Porto, 11º)

No entanto, outros jovens também consideraram que o impacto dos *media* no seu comportamento **está sob o seu próprio controlo**.

Moderador: E achas que tem impacto em ti?

Eduarda: Hummmm... bom... por um lado, negativamente, por causa das magrezas. Por outro lado, positivamente. Sei lá, acho que é um estereótipo que nós seguimos.

Moderador: E vocês (os outros) sentem esse impacto?

Mara: Acho que todos deixamos, em certa medida.

Diamantino: Acho, também...

Moderador: Os outros também concordam? Todos acham que tem impacto?

Olívia: Eu acho que nos influencia nos dois parâmetros. Além disso, nós é que nos influenciámos a nós próprios. (Porto, 11º)

A este respeito, Begoray, Wharf Higgins e McDonald (2009) sugerem que os adolescentes tendem a ter uma visão dualista acerca da relação dos jovens com os *media*, salientando que alguns consideram que os *media* não têm impacto, enquanto outros defendem que ele existe.

Para além disso, também foi possível verificar que, para muitos destes adolescentes, o impacto dos *media* **tem vindo a diminuir** ao longo do seu percurso de vida ("Acho que nós antes já fomos mais influenciáveis, vamos crescendo e descobrindo o que está certo e o que está errado...", Alice, Porto, 11º) ou que pode ser uma **questão de geração**, criticando as gerações mais novas por maus hábitos e dependência dos *media*. No entanto, não existiu uma plena concordância neste ponto.

Fiona: Quando éramos mais pequenos, por exemplo, comigo, o meu pai, a minha hipótese ou era sair da mesa e ir brincar para algum lado com os meus primos ou ficar na mesa e implorar ao meu pai para me emprestar o telemóvel para jogar o jogo da cobra. E era isso.

Nutela: Porque a cena com as crianças agora é.. (...) E os pais também não os incentivam a brincar com ninguém e a falar com as pessoas.

Fiona: Ou isso ou ficam super mal educados e não têm a noção que têm de ter respeito.

Tone: Vivem num mundo à parte.

Nutela: O meu irmão está a ficar assim por causa dos vídeo jogos. Tipo, eles estão a jogar aqueles vídeo jogos super violentos, aquilo usa-se cada palavreado... depois eles não têm noção de que estão na realidade e falam assim com a família. Ainda outro dia quase que levou.

Tone: Não é só em casa, porque, por exemplo, o meu irmão anda no 3º ano, vai para a escola e os amigos dele já têm telemóvel e tablet e ficam lá a jogar na escola em vez de ir brincar.

Fiona: No meu tempo jogava-se à bola e andava-se no escorrega e no baloiço. (Braga, 11º)

Tabela 58: *Perceção de impacto dos media*

Dimensão	Categorias
Perceção de impacto dos <i>media</i>	Predominantemente positivo
	Predominantemente negativo
	Dualista
	Não tem impacto
	Impacto depende do indivíduo
	Tem impacto em todos os comportamentos dos jovens
	Perceção do impacto em si próprio
	Impacto sobre o seu controlo
	Impacto tem diminuído com o tempo
	Questão de geração

Paralelamente, quando questionados diretamente sobre o *media* com mais impacto na área da saúde, sobressaiu a Internet ou os seus conteúdos (redes sociais, YouTube, Google, sites de saúde). No entanto, também foi referida a televisão ou respetivos conteúdos (programas, telejornal), a tecnologia e software clínicos. Foram também referidos o telefone/telemóvel (como ajuda em caso de necessidade de auxílio), as revistas científicas, a publicidade, a rádio, os cartazes e os jornais (Tabela 59).

Tabela 59: *Media com mais impacto na saúde*

Dimensão	Categorias
Media com mais impacto na saúde	Internet
	Televisão
	Tecnologia
	Software clínicos
	Telefone/telemóvel
	Revistas científicas
	Publicidade
	Rádio
	Cartazes
	Jornais

Além disso, relativamente à área da saúde que consideram que tem mais relação com os *media*, a saúde psicológica foi a mais mencionada e inclui alguns casos associados ao comportamento aditivo com os *media* e as consequências do Cyberbullying. Contudo, também foram salientados os temas da alimentação/nutrição. Foram mencionados isoladamente o

exercício físico, os problemas de olhos, as dores de pescoço, a higiene e as doenças e o socorro em caso de auxílio (Tabela 60).

Tabela 60: *Temas de saúde mais associados aos media*

Dimensão	Categorias
Temas de saúde mais associados aos Media	Comportamento aditivo
	Consequências do Cyberbullying
	Alimentação/nutrição
	Informação e conhecimento
	Exercício físico
	Problemas dos olhos
	Dores no pescoço
	Higiene
	Doenças
	Socorro em caso de auxílio.

8.2 Aspectos positivos e negativos dos *media*

Ao longo das conversas com os jovens sobre a importância e o impacto dos *media* nas suas vidas e na sua saúde, muitos jovens referiram exemplos concretos que se enquadravam numa dimensão positiva ou negativa. Se muitas vezes mencionaram *media* específicos, outros referiram-se aos *media* em geral, o que impossibilitou um reagrupamento por *media* referido. Para além disso, verificámos que grande parte dos exemplos foram apresentados na terceira pessoa (Tabela 61).

Deste modo, nesta secção, agrupámos todas as categorias relativas aos aspectos que os adolescentes consideram que são positivos e/ou negativos nos *media*. Considerando concretamente o lado positivo, uma das categorias mais destacadas pelos jovens tem a ver com a **componente informativa** dos *media*, mencionando a rapidez, a transferência, a divulgação e a possibilidade da atualização. Os jovens destacaram a sua importância desde a necessidade de informação sobre temas mais pertinentes e conhecimento sobre investigação, até às informações mais simples e informais do dia-a-dia.

Fiona: Porque precisamos de estar informados, é bom estar atento ao que se passa à nossa volta.(...) por exemplo, antigamente, quando alguma coisa acontecia, por exemplo, num grupo de amigos, acontecia alguma coisa a uma pessoa, tinha de se esperar até que estivessem juntos outra vez para se contar. Agora não. Mal a coisa se passa, pode-se agarrar no telemóvel e contar ou ligar. Isso é importante.

Tone: A rapidez da informação

Miguel: Em tempo real (Braga, 11°)

As possibilidades e rapidez da **comunicação** foram também bastante salientadas pelos jovens. Foram referidas as vantagens da facilidade de contactarem com os pares e outros significativos que, por vezes, se encontram a muita distância e/ou perderam contacto e com os quais seria difícil o contacto face-a-face. Além disso, também foram referidos os *chats* (ex. Skype) que permitem o benefício de visualizar a cara das pessoas. As redes sociais também foram mencionadas, em especial, o Facebook, onde foi referido que é fácil encontrar pessoas que não vêem há muito tempo, porque quase toda a gente tem lá um perfil. Além disso, foi considerado que utilizar os *media* para comunicar é uma forma de economizar.

Uta: Mais fácil de comunicar.

Sofia: Menos despesa.

Cacildo: Mais rápido do que as cartas.

EKKO: Mais eficaz. (Bragança, 9°)

Bianca: E dá para manter comunicação à distância

Nutela: A comunicação à distância...

Fiona: Não só para termos informação rápida e não sei quê. Tudo bem que os *media* nos podem separar, por exemplo, aquilo que a Nutela estava a falar, de as pessoas quando estão frente a frente nem falam, mas, por exemplo, quando estamos a ver um filme, como estamos em família, é importante termos esses momentos juntos para quando está toda a gente junta a ver um filme.

Nel: E também, por exemplo, se tivermos alguém fora do país através do Skype podemos falar com ele.

Tone: Estamos muito mais próximos.

Bianca: E mesmo quando perdemos... quando perdemos a comunicação com alguém e se não sabemos onde os encontrar, podemos, se ele tiver Facebook, por exemplo, procurar lá e marcar qualquer coisa.

Miguel: Toda a gente tem Facebook, até o meu avó!

Bianca: Depois é mais fácil encontrar as pessoas também. (Braga, 11°)

Embora a informação já tenha sido aqui referida, foi criada uma categoria que é específica da **informação de saúde**. Quanto a este tema, os jovens referiram que programas de informação, e até alguns de entretenimento, informam e alertam para informações atuais e pertinentes de saúde, como o aparecimento de doenças e epidemias (Gripe A, Zica e Ébola), respetivos cuidados de prevenção e novos tratamentos de doenças novas ou já existentes. Também foi mencionada a ajuda que os *media* podem prestar na escolha de medicação. Um jovem referiu que esta informação faz com que as pessoas tenham mais cuidado com a sua saúde. No entanto, foi também referido que os alertas para novas epidemias podem provocar medo exacerbado e uma certa “paranoia” na população.

Tita: Dá-nos várias hipóteses tipo, só numa doença dá-nos várias opções...

Renato: Pode-nos dar ajuda a escolhermos alguns medicamentos.. (Porto, 7º)

Sory: Os bonecos (desenhos animados) também informam... por exemplo, os bonecos não vão dizer o que faz mal à saúde, os legumes que fazem mal....

Tibúrcio: Mas também podes ver nos livros. Os livros também informam...

Sory: Mas os livros também é *media*.... não vão dizer o que faz mal à saúde, se faz bem à saúde... e que cativam as crianças a comerem os legumes...

Moderador: Vocês já estão a falar de coisas de saúde... Então como é que vocês acham que os *media* podem ser importantes para a saúde dos jovens?

Inês: Para mim a saúde tem a ver com a alimentação que tens...

Sory: Os bonecos também incitam as crianças a serem mais saudáveis... mas não só para crianças como também para adolescentes e adultos. Por exemplo, na TLC, naqueles programas de corpo... "I want to change my body" isso põe as pessoas informadas sobre as doenças que podem existir.

Tibúrcio: Por exemplo, o Zica e o Ébola... também incentiva todos a terem cuidados com a saúde.

Zequinha: Se não existissem os *media*... por exemplo, nós se calhar vamos ao médico, três e quatro vezes por ano ao médico, não saberíamos o que estaria a passar-se naquele hospital, quais as doenças, quais os vírus, só saberíamos, se calhar, passado muitos meses. No caso dos *media*, eles informam quase no momento.

Minie: Muitas vezes os *media* também nos ajudam... quando temos de nos deslocar ao médico e isso...

Inês: Por exemplo, se há terremotos os rádios ajudam-nos a informar onde nos vamos abrigar e isso.... e também por causa...

Tibúrcio: Também há programas para emagrecer, há dietas, acho eu... de por exemplo...

Benfica: Na MTV..

Sory: Os *media* ajudam muito quando estamos a espalhar vídeos por todos os lugares para avisar o que está a acontecer..

Benfica: Quando há terremotos e nós ficamos todos preocupados com a família... sobre o que se está a passar... por exemplo, quando há ataques nós queremos saber logo como é que está a nossa família... não vamos estar todos a ocupar as linhas 112...(Bragança, 9º)

Miguel: Sim, para nos mantermos mais informados.

Tone: Estamos mais perto dessas informações, de qualquer tipo de doença...

Miguel: O aparecimento de novas doenças, sabemos mais rápido.

Bianca: E é lá que se divulga quando há uma doença grande e... métodos para prevenir.

Tone: E sintomas que podes ter quando tens essas coisas. Quando foi aquilo da gripe A e agora do ébola e assim, para nós termos mais cuidado. Mas também alerta muito as pessoas. Se as pessoas tiverem o mínimo sintoma, muitas ficam logo paranoicas a pensar que têm isso. (Braga, 11º)

Além disso, os jovens consideraram igualmente que os *media* podem ter uma função positiva na **prevenção da violência**, referindo sobretudo o bullying e o cyberbullying. Mais especificamente, foram referidos que os programas, as séries, os filmes, as redes sociais e o youtube (e os youtubers) têm o papel de demonstrar casos reais, alertando e sensibilizando para esta realidade. Foi também referido que os *media* também informam o que fazer e com quem falar numa situação dessa natureza. Foram, ainda, referidas as campanhas da APAV (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima), o combate à violência doméstica e o alerta para a violência contra animais que alertam a população para estas problemáticas.

Bruno: Então podem ser aquelas campanhas da APAV e assim.... a violência doméstica. (Bragança, 11º)

Juliana: Há uma coisa de que me lembrei agora. É uma coisa boa ... e má às vezes.. hum.. é boa!
Porque na TV criam-se muitos filmes acerca de bullying e isso é bom porque as pessoas quando vêem esses vídeos ficam mais sensibilizadas e mais alertadas para esse problema.
(Braga, 9º)

Joana: Há outras coisas. Não sei se viram o programa “E se fosse consigo”?, em que encenaram uma cena de bullying e estavam a ver as pessoas que passavam e aquelas que iam ajudar o jovem que estava a sofrer. Também muitas pessoas refugiam-se em casa, na Internet, por causa do bullying e, nesse caso, é negativo.

Ekko: Nesse programa, também ouvimos o caso da obesidade e do racismo. No caso da obesidade, foi a mãe a envergonhar a filha perante todas as pessoas na praia. A filha queria participar num concurso e a mãe não a deixou por ela ser gorda e envergonhava-a em frente das pessoas.

Sofia: Eu vi um filme no YouTube que era uma rapariga que sofria de bullying pela Internet.

Ekko: Era cyberbullying.

Sofia: Achei muito interessante.

Ekko: E quanto a isso, há YouTubers que fazem esses vídeos. E até há um canal brasileiro, um programa mais de rir, tem sobre tudo, sobre essas coisas que acontecem com os jovens. Há a parte da brincadeira e a parte mais séria.

Joana: Há muitos YouTubers que fazem isso, geralmente recebem muito ódio nos comentários. E eles chamam mais a atenção para esse tema...(Bragança, 9º).

A este respeito, salientam o papel dos *media* no **combate ao comportamento aditivo**, através de programas e, em especial, séries que retratam a vida dos adolescentes e que englobam casos de vício de tabaco, álcool e drogas. Segundo os jovens, estas séries servem de alerta para as consequências de tais comportamentos.

Fiona: E uma coisa que faço muito no tumblr é procurar cenas de séries que vejo, porque a maior parte delas fala, (além de ser uma série de entretenimento, não é) falam-nos de assuntos muito pesados e muito importantes hoje em dia. Por exemplo, falam sobre os adolescentes começarem a fumar cada vez mais cedo, falam sobre cenas... porque é que... como hei de explicar.... Desequilíbrios que as pessoas acabam por ter quando ficam viciadas nalguma coisa, uhm.... Esse tipo de coisas.

Nutela: Por acaso há uma série muito boa sobre isso, que retrata a vida de muitos adolescentes e que ao ver nós vemos essa realidade. Tipo, podemos vivê-la, mas ao ver de fora é diferente e ao ver tentamos corrigir sempre esses erros.

Moderador: Tipo quê? Qual é a série?

Nutela: Skins. Não é recente, mas pronto, quando se vê tipo... Eu nunca fumei nem consumi drogas nem nada, mas o pessoal que vê a série e que faz isso, que eu conheço um ou dois casos, que viu a série e fogo... viram as consequências. (Braga, 11º)

Foi neste sentido que os adolescentes consideram que os *media* podem ter um papel importante no apoio a **causas sociais** e humanitárias, nomeadamente as campanhas de combate à fome em países de África, campanhas de apoio às vítimas (ex. violência doméstica) e sensibilização quanto a estereótipos sociais e preconceito.

Olívia: Mas os meios de comunicação servem também para combater essas ideias pré-feitas....

Bruno: ...que podem ajudar a combater a fome em África...(Bragança, 11º).

De um modo geral, os jovens sugeriram que os *media* promovem as denúncias, sensibilizações, alertas e ajuda humanitária referente a questões sociais. Além disso, foi surpreendente que os jovens se tenham referido aos *media* como benéficos no **combate aos próprios potenciais problemas** por estes criados através de formação, proporcionando informação e alerta contra o vício da Internet, por exemplo (“Se não existissem os meios de comunicação também não faziam aquelas formações dos cuidados a ter com a Internet e as crianças e adultos não teriam os cuidados que temos agora...”, Benfica, Bragança, 7°).

A **rapidez e informação na prestação de auxílio** que os *media* possibilitam, como chamadas de um telemóvel para a linha 112, até alertas no rádio (e outros *media*) em caso de catástrofes como terremotos foi considerado um benefício dos *media*. Os adolescentes consideram que os *media* podem ajudar a informar os cidadãos sobre abrigos possíveis e localização de familiares. Ainda referente a esta categoria, foram também referidas as tecnologias mais avançadas de agilização na prestação de socorro por ambulâncias, por exemplo.

Nutela: Por outro lado, estares a uma chamada de distância de ligares para o 112 para dizeres o que é que tu tens, ou que alguém desmaiou ou algo assim, isso é importante. Tipo, agora há muitas máquinas e muitas cenas tecnológicas para ajudar a tratar os doentes e melhorou muito a área da saúde nesse aspeto. (Braga, 11°)

Inês: Por exemplo, se há terremotos, os rádios ajudam-nos a informar onde nos vamos abrigar e isso... e também por causa...

(...)

Sory: Os *media* ajudam muito quando estamos a espalhar vídeos por todos os lugares para avisar o que está a acontecer..

Benfica: Quando há terremotos e nós ficamos todos preocupados com a família... sobre o que se está a passar... por exemplo, quando há ataques, nós queremos saber logo como é que está a nossa família... não vamos estar todos a ocupar as linhas 112. (Bragança, 7°)

Um outra vantagem dos *media* que os adolescentes mencionaram foi a possibilidade de **socialização/interação social**. No entanto, esta não foi consensual, o que originou uma categoria com o mesmo nome na dimensão seguinte que reflete o lado negativo do espectro no que se refere à importância dos *media*. No lado positivo, foi referido que os *media* permitem a integração e convívio na sociedade, a possibilidade de se expressarem e os benefícios de certas regras e estereótipos sociais, como construídos pela sociedade e guia do comportamento dos jovens (ex. revistas). Também foi mencionada a ideia de que os *media* podem combater ideias pré-concebidas e preconceitos. Nesta categoria, foi igualmente referida a televisão como benéfica, podendo propiciar bons momentos em família, quando esta se junta, por exemplo, a ver um filme. Do mesmo modo, as redes sociais também foram

consideradas como benéficas, promovendo as relações interpessoais, possibilitando um maior número de amigos e facilitando o contato. No entanto, foi ressaltado, de modo cômico, que a qualidade nas relações não se prende necessariamente com a quantidade de amigos que possuem nas redes sociais. Alguns jovens referiram que os *media* (ex. redes sociais) ajudam a ultrapassar barreiras como a timidez, introversão e isolamento e que essas capacidades de socialização podem-se transpor para a “vida real”.

Ana: Serve principalmente para integrar as pessoas num grupo, numa população. Acho que serve muito para integrar as pessoas.

(...)

Pedro: Eu também acho que essas redes sociais são muito boas para um certo tipo de pessoas, que são muito tímidas. Que muita gente tímida vai para o Facebook, eu sei disso, porque já conheci muita gente assim...que foi para o Facebook, porque tinha problemas em falar com as pessoas e lá no Facebook conseguia tipo, como não estava cara a cara, conseguia falar melhor com as outras pessoas e acabando por depois ficar menos tímidos...apesar de ser melhor, eu pelo menos acho, falar com algumas pessoalmente, mais vale falar pelo Facebook do que não falar, não é? Sempre é melhor para as pessoas...

Filipa: Sentir-se mais à vontade

Moderador: Mais ideias?

Margarida: Com o Facebook há pessoas que podem ficar mais sociáveis do que outras, fazendo mais amigas, então na vida real ficam mais sociáveis do que outras pessoas que não têm, por exemplo.

Bruno: Mas isso não quer dizer nada, tens 5000 amigos no Facebook, mas podes... Jesus Cristo também só tinha 12 e foi traído. (risos) (Braga, 7º)

Fiona: Redes sociais como o twitter e isso, quando uma pessoa se sente mal, essas cenas são tipo diários online e as pessoas vão para lá e desabafam, depois ficam-se a sentir melhor, não é? Isso é importante, ou então tens aquelas pessoas que não falam com ninguém e ficam fechadas e depois...(Braga, 11º)

Assim, uma outra vantagem dos *media* está relacionada com a **saúde mental/bem-estar**, em que os jovens mencionaram o apoio psicológico de grupos de ajuda a doentes (ex. no Facebook) e que as redes sociais e vídeos, por exemplo, podem ser oportunidades para superar tristeza e se sentirem melhor.

Filipa: Por exemplo, quando muitas pessoas se sentem mal, acho que vão ao youtube pesquisar vídeos para se rirem um bocado e acho que isso é essencial para a pessoa por vezes superar a sua tristeza.

(...)

Ana: Eu concordo com o que a Filipa disse, porque no Facebook, por exemplo, dá para guardar vídeos que nós vemos. Eu conheço muita gente que quando está triste, por exemplo, vai ao Facebook, vai aos guardados, e põe-se a ver os vídeos que tinham guardado e começam-se a rir sozinhos e acabamos por melhorar o nosso estado de humor.

(...)

Francisca: O Facebook, por exemplo, às vezes também dá muito apoio psicológico, porque quando alguém tem uma doença grave, no Facebook criam grupos para ajudar essa pessoa e imagine-se que não tem dinheiro suficiente: o Facebook divulga a doença dessas pessoas e as pessoas começam a contribuir também. (Braga, 7º)

Os adolescentes também consideraram os potenciais benefícios dos *media* para a **imagem corporal, alimentação e dieta**, uma área que, embora tenha sido mais associada a uma componente negativa, também encontrou aqui um espaço demarcado. A este respeito, os jovens referiram os *media* como promotores de uma alimentação saudável através de, por exemplo, programas e vídeos com receitas saudáveis ou dietas de emagrecimento (mencionadas no sentido positivo) e programas de entretenimento que têm personagens com hábitos saudáveis. Como já foi referido, embora muitos jovens considerem os *media* responsáveis pela idealização de beleza e pelas perturbações alimentares, também foi mencionado o seu papel no combate a estes ideais de beleza.

Tibúrcio: Também há programas para emagrecer, há dietas, acho eu... de por exemplo...

Benfica: Na MTV..

(...)

Inês: Sim, por exemplo o Popeye ensinava as pessoas a comer espinafres.... e depois há outras que incentivam....

(...)

Minnie: Na alimentação, que deveremos ter uma boa alimentação.

Eduarda: As revistas acho que têm um papel positivo. Tipo há revistas de boa qualidade.... e também acho que a aparência física que aparece nessas revistas somos nós que as pusemos, eu acho!

Eduarda: O que nós gostamos de ver é o que aparece nas revistas. (...) Hummmm..... bom... por um lado, negativamente, por causa das magrezas. Por outro lado, positivamente. Sei lá, acho que é um estereótipo que nós seguimos. (Bragança, 11^o)

Com efeito, os jovens destacaram também as vantagens dos *media* no incentivo ao **desporto**. Para além de conteúdos que ensinam exercícios e aplicações para monitorização da atividade física, foram referidos os modelos na área do desporto (ex. Cristiano Ronaldo) que apresentam um exemplo positivo de dedicação, persistência e trabalho árduo, que se estende da componente física para a mental.

Joana: Ensinam a fazer exercício físico.

Ekko: Dão dicas, tipo para casa.

Joana: Ensinam a dar dicas de como fazer em casa exercício.

Sofia: ... ou mesmo aplicações para manter a forma física.

Moderador: E vocês costumam usá-las?

Ekko: Sim.

Joana: Sim.

Ekko: Eu também, jogo Basquetebol e mesmo no final dos treinos, em casa, tipo deito-me e acordo todo dorido. Por isso faço sempre ao chegar a casa depois dos treinos. (Bragança, 9^o)

Por fim, o **lazer** foi também mencionado como uma potencialidade dos *media*, especialmente associado à Internet. Os jovens salientaram a sua vertente de passatempo e entretenimento, de distração dos “problemas do mundo” e de inspiração e motivação para fazer atividades criativas ou do seu interesse (ex. desenho, alterar disposição do quarto).

Fiona: Porque precisamos de estar informados, é bom estar atento ao que se passa à nossa volta, nem que seja só para nos rirmos ou distrairmos um bocadinho, é sempre bom.

(...)

Tone: E para passar o tempo, muitas vezes estamos na sala do aluno... (Braga, 11º)

Foi igualmente referida a potencialidade dos *media* na **aprendizagem** em diversas vertentes. De acordo com os jovens, eles permitem aumentar o conhecimento, aprender inglês e até mesmo lembrar de fazer os trabalhos de casa.

Mara: Facilita-nos o conhecimento. (Bragança, 11º)

Ekko: O nosso grupo de turma... dá muito jeito para lembrar dos TPC's.

Ekko: Eu esqueço-me bastante.

Luísa: Aprende-se muito mais rápido. Eu aprendi inglês, uma parte do inglês muito mais rápido.

Rui: Eu também, não entendia nada de inglês, depois comecei a ver youtubers em inglês. No início, ouvia alguns com a tradução por baixo, também os filmes e isso... depois apeguei-me mais ao inglês e agora é tudo em inglês.

Cacildo: Eu também, mas continuo sem entender bem. (Bragança, 9º)

Sory: Também há programas que nos ensinam mais do que uma simples aula. (Bragança, 7º)

Além disso, mencionaram também que os *media* promovem **avanços na ciência**, nomeadamente para a pesquisa/investigação e a tecnologia de automatização (“...A tecnologia já nos permite fazer carros sem serem os homens a magoarem-se... já pode ir polícia a nossa casa em caso de alarme....” Sory, Bragança, 7º).

Tabela 61: *Aspetos positivos dos media*

Dimensão	Categorias
Aspetos positivos dos <i>media</i>	Informação
	Comunicação
	Informação sobre doenças, tratamento e auxílio
	Combate à Violência
	Apoio a causas sociais
	Socialização/interação social
	Apoio no combate aos problemas que cria
	Alimentação, dieta e imagem corporal
	Lazer
	Rapidez e informação no socorro
	Combater o comportamento aditivo
	Desporto
	Aprendizagem
	Avanços na ciência
Saúde mental/humor/estado de espírito	

Do outro lado do espectro da perceção de impacto dos *media*, os jovens também foram bastante hábeis em destacar aquilo que consideram ser aspetos negativos dos *media*. Assim, estes jovens referiram sobretudo os potenciais **perigos presentes ou possíveis através da Internet** e, em especial, a possibilidade de conhecer e falar com pessoas que não conhecem. No entanto, esta opinião foi controversa, pois alguns adolescentes consideraram que é bom conhecer pessoas novas, mas outros mencionam que não é aconselhável marcar encontros face-a-face com pessoas que só contactaram pela Internet. Também referiram questões mais específicas, mas relacionadas com este tema, como o risco de pedofilia, os sites de tráfico humano, o rapto, o recrutamento para terrorismo e o *hacking* de perfis pessoais. Alguns adolescentes consideram que os jovens são ingénuos e que tendem a acreditar e a imitar o que observam na Internet, que consideram conter muitas ideias erradas e desafios potencialmente nocivos.

Camila: Sim, mas é mais no género de enganar.

João: Há de tudo, desde... É assim, tudo tem o seu lado bom e mau. Há de tudo desde contratar assassinos, sites de vender drogas e armas...

John: Prostitutas...

João: E eu sei porque já vi... Há sites que fazem tráfico humano, pessoas sem membros, vês comer o último animal da espécie...

Moderador: Qual é o risco para miúdos da vossa idade?

João: Traumas, é provável.

John: Influência.

Camila: A pedofilia.

Rui: Por exemplo, há pessoas que pensam “tô na Internet, a Internet não tem perigo” e pronto, segue, basicamente.

Rita: Eu acho que neste caso do terrorismo, eles estão a contratar pessoas através principalmente do Facebook e pessoas pouco mais velhas do que nós.

John: Raptos.

Moderador: Como se processam os raptos pela Internet?

Rui: Com laços de amizade, mas falsos, mas que depois se encontram e é totalmente diferente. (Braga,

9º)

Para os jovens, os *media* têm um grande impacto na **alimentação, nos problemas alimentares e na imagem corporal** através da idealização da beleza, modelagem social e desejabilidade em ser como seus modelos de referência.

Matilde: Influencia muito, não só as modelos, mas também atrizes famosas... toda a gente as acha bonitas e assim... mesmo em termos de saúde e comportamentos... se calhar, as pessoas.. Eu não.. mas tenho amigas que vêem as modelos, que só comem isto ou só comem aquilo... e as pessoas acabam por imitar esses comportamentos, porque acham que vão ficar como elas... Nem sempre esses comportamentos são os mais adequados... pode funcionar com elas, mas não funcionar com outras pessoas...

Moderador: Vocês concordam?

Pascual: Concordo.

Guidão: Concordo.

Tiroide: Concordo.

Moderador: Por que concordam?

Shego: Porque os jovens são muito influenciáveis e qualquer informação que lhes digam que é verdade, eles acreditam.

Alice: E também nos *media*, vemos as pessoas a fazer... e também pensamos que se calhar connosco também resulta..

Matilde: Mais dietas... vêem muitas pessoas a fazer..

Shego: E os exercícios..

Mila: Concordo porque... quando não havia Internet e outros recursos as pessoas viam como eram e aceitavam... e depois com a Internet começa a haver pessoas diferentes... e nós começamos a ver essas pessoas e queremos ser iguais, sem Internet se calhar não era tanto assim... agora é mais...

(...)

Shego: Também nos pode deitar abaixo.. Porque não somos iguais às pessoas que nos tentam impingir... tentamos ser, mas não conseguimos...(Porto, 7º)

Alguns jovens têm consciência de que os *media* vendem um estereótipo social de ideal físico que leva ao desejo e tentativa de atingir o inatingível, através de dietas e exercícios, o que pode resultar em baixa autoestima, depressões e perturbações alimentares, como a bulimia e anorexia, o que já foi demonstrado pela literatura (Vandenbosch & Eggermont, 2016). No entanto, os jovens tendem a falar mais dos seus pares do que a admitir um

impacto em si mesmos, embora admitam que para eles a componente física é uma parte essencial do seu bem-estar.

Por outro lado, o **vício dos jogos eletrónicos** foi associado, por vezes, à desvalorização da alimentação e/ou ingestão de snacks e “comida rápida”, o que pode, por sua vez, levar à obesidade. Foi também referida a publicidade a bebidas e alimentos açucarados nocivos para a saúde e o incentivo a fazer dieta por parte de alguns programas. Além disso, foi também referida a associação entre os *media* e o problema da obesidade, na qual, por exemplo, os *media* podem levar ao isolamento social, o que resulta no aumento do peso. As perturbações alimentares foram incluídas nesta categoria, em detrimento da saúde mental, tendo em consideração a associação que os jovens fizeram aos comportamentos de dieta e desejabilidade social promovidos pelos *media*. Estes dados revelam que os jovens parecem ter consciência dos potenciais efeitos nocivos dos *media* na sua alimentação (ex., Bickam et al., 2013; Harris et al., 2012).

Paralelamente, o **Bullying/Cyberbullying** foi, também, um dos temas mais referidos pelos jovens, com exemplos na primeira e na terceira pessoas. Referiram os perigos da divulgação da informação na Internet, salientando o seu carácter eterno. Além disso, demonstraram consciência do efeito exponencial de partilhar conteúdos na Internet e de que muitas vítimas de cyberbullying passam a agressores por “vingança”. Muitos jovens revelaram conhecer as consequências negativas psicológicas do bullying e cyberbullying, descritas de seguida na categoria “Saúde mental”. No entanto, alguns jovens consideraram que é possível evitá-lo ou controlá-lo, desvalorizando o seu poder destrutivo. Estes dados parecem sugerir que, embora alguns jovens tenham consciência das consequências psicológicas negativas (e outras) que advêm do cyberbullying (Cook, Williams, Guerra, Kim, & Sadek, 2010), o facto de acreditarem que é possível evitá-lo e controlá-lo pode demonstrar desconhecimento dos contornos que tal situação pode provocar.

Pedro: Eu estava-me a lembrar de uma coisa que não é muito boa, mas vou dizer na mesma. Tipo faço natação e há gente do outro lado do país, tipo temos um grupo, e umas pessoas do outro lado do país fizeram umas fotos, pronto, eram umas fotos assim um bocado inapropriadas e depois essa foto andou pelo país todo e foi muito mau para essa pessoa.

(...)

Pedro: Sim, porque ao passarmos as fotos pelo Facebook, qualquer pessoa pode pegar na foto e mandar para outro amigo. Foi o que aconteceu, de um amigo vai para outro e acabou por andar por toda a gente. Até chegou aqui.

(...)

Zé: Eu acho que o youtube é bom, mas também pode não ser, porque imagine que uma pessoa se quer, por exemplo, vingar de outra e faz um certo vídeo e posta no youtube.

Filipa: Eu concordo muito com o que o Zé disse, porque há muita gente que filma coisas que a pessoa foi filmada não quer e, ao postar no youtube, aquilo pode espalhar-se, aquilo acaba por ter muitas visualizações e depois publicam, pegam nesses vídeos e publicam nas redes sociais, como o Facebook e isso depois espalha-se, espalha-se, espalha-se...

Francisca: Há pessoas que vão ver os vídeos e depois, para ter mais piada, vão editá-los e cortar e para ter mais piada ainda ficam cada vez pior...

Juliana: Quem publica vídeos também tem de ter em conta que ao publicar está a partilhar com a sociedade e ao publicar pode haver certos riscos.

Filipa: O problema é que muita gente não pensa assim.

Bruno: Há muitas pessoas que pensam “fizeste-me mal, vou fazer-te mal também”.

Juliana: Já vi um caso em que havia uma rapariga que tinha cancro e o sonho dela era ser youtuber. E o canal dela foi hackeado e apagaram-lhe o vídeo e apagaram-lhe o canal e ela ficou muito triste. Depois vários youtubers até estavam a tentar divulgar essa mensagem porque ela tinha cancro e era muito triste. (Braga, 7).

De facto, uma das áreas da saúde mais mencionadas prende-se com a **saúde mental** e, mais especificamente, com a depressão e o **suicídio**, frequentemente associado ao cyberbullying. Estes adolescentes mencionaram muitos exemplos em que os jovens se suicidavam por cyberbullying, mas também por incentivo e romantização do suicídio nos *media* (morte por amor). Os jovens também associaram os *media* ao isolamento social, dependência da Internet e preocupação excessiva apelidada de “hipocondria”. Esta última foi associada ao exagero (ex. pesquisa de sintomas e evolução de doenças como cancro ou alerta exagerado sobre Gripe A.). Outro tema referido foi a pressão social e a ansiedade de querer ser como modelos sociais que observam nos *media*, e a frustração quando se apercebem que tal não é possível. A propósito dos jogos eletrónicos foi ainda referida a alienação social, isto é, a percepção de que os jovens podem, por vezes, confundir a realidade com o virtual.

Isabel: Quando estávamos a falar do que é bom ou mau, eu estava a pensar nas questões de cyberbullying. Pode ser muito mau, pode levar ao suicídio...

Obama: Mas o suicídio é mais raro. Apesar dos casos de cyberbullying, há casos e casos...

Leitão: Pois quando isso é levado ao extremo (em relação ao suicídio).

Isabel: Mesmo não levado ao extremo, afeta psicologicamente uma pessoa, pode levar à depressão. (Porto, 9°)

Ana: Eu ia dizer à bocado, mas depois esqueci-me, mas por exemplo, eu ouvi umas histórias há uns tempos, acho que foi na televisão, pronto. Há muitos vídeos no youtube, nas redes sociais, na Internet, pronto, que fala, pronto, são histórias de rapazes e de raparigas que gostam um do outro, então um mata-se, então o outro acaba por se matar porque, pronto, porque eles gostam muito um do outro, porque prometeram ficar juntos. Há muitos desses vídeos. E eu vi uma história que era de uma rapariga que, pronto, viu um desses vídeos e, pronto, ela já tinha tido um namorado, mas pronto, eles já eram maiores de idade, e pronto, o namorado tinha-se suicidado, porque ele sofria de bullying, não interessa. E ela quando viu esses vídeos, porque queria lidar com a depressão, então foi ver esses vídeos, vou ver como é que as outras pessoas lidavam, e ela ao ver aquilo, pronto, pensou que o melhor a fazer era também suicidar-se para mostrar o amor que tinha pelo outro.

(...) Esses filmes às vezes influenciam pelo lado errado a pessoa. (Braga, 7°)

O uso abusivo de ecrãs foi também bastante associado a **problemas de visão**, como cansaço dos olhos e até problemas mais sérios, como miopia. No entanto, alguns jovens referiram truques para aguentarem mais tempo a olhar para o mesmo ecrã (ex. regular a luminosidade do ecrã).

Pedro: Eu infelizmente uso óculos, porque desde que eu tinha um ano que vejo televisão e como era muito pequeno ficava colado a ver aquilo, tinha mesmo o focinho encostado.

Moderador: Achas que foi a televisão?

Pedro: Foi mesmo a televisão. E agora não tenho de usar óculos, porque vejo bem, mas se quiser ler ou jogar...(Braga, 7º)

Nutela: Acho que também podemos ligar um bocado a saúde e o facto de sermos saudável aos *media*. Por exemplo, o telemóvel e o computador, se abusarmos, a nossa visão, e mesmo a nossa cabeça, vai deixar de funcionar tão bem. Por exemplo, telemóvel: a geração de agora, como estamos num ecrã demasiado próximo, pode provocar problemas de visão, como miopia e cénas assim, quando somos mais velhos.

Fiona: Agora há muitas mais pessoas da nossa idade e mais novas, uh, as pessoas ganham problemas de visão cada vez mais cedo. Há cada vez mais miúdos a usarem óculos. (Braga, 11º)

Zeca: Há uma coisa que agora saiu em vários telemóveis, que é a visão noturna, quando há menos luminosidade, para regular a temperatura do ecrã, regula automaticamente o ecrã, com tudo e as cores, para ser menos cansativo. (Porto, 9º)

A dependência ou o comportamento viciante na Internet, nos telemóveis, nos tablets e nos jogos eletrónicos foi também bastante mencionada como potencial consequência dos novos *media*. O vício dos irmãos mais novos e das crianças foi salientado, bem como um potencial refúgio a uma realidade adversa. Como vimos na dimensão anterior, os jovens acreditam que os *media* podem ajudar em termos de socialização.

Eduarda: É tão importante que nos tornamos dependentes.

(...)

Diamantino: Eu acho que nos *media*...encontramos tantas coisas que fazem bem ou mal. Encontramos tantas coisas... mas temos de encontrar um equilíbrio.... já tenho o exemplo de um amigo meu que jogava com ele, em que ele estava completamente viciado, só saía para comer um hambúrguer, rápido, nessa altura tinha hábitos alimentares muito maus...

Moderador: E ele jogava o quê?

Diamantino: Playstation

Bruno: Como dizia o Diamantino não podemos ficar lá agarrados a ver as coisas.

(...)

Jussana: ..E também às vezes, quando estás muito tempo na Internet é se calhar porque as pessoas da tua família não te dão assim tanta atenção e pode ser um problema às vezes de saúde que te deixa mais viciado naquilo. (Braga, 7º)

No entanto, também acreditam que os *media* podem estar a diminuir a **interação social**. De qualquer forma, estes consideram que o modo como as pessoas interagem está a ser

modificado pelo padrão de uso dos *media*. Estes referem que os *media* levam ao isolamento, introversão, refúgio e diminuição de contacto em família e na escola, provocando ansiedade na comunidade em geral. Referem, igualmente, que tem havido menor contacto face-a-face e que o contato maioritariamente virtual pode provocar ansiedade social e diminuir a aceitação da verdadeira essência das pessoas. É interessante reparar que, a este respeito, os jovens criticam os ainda mais jovens pelos comportamentos viciantes que apresentam e por adquirirem maus hábitos (ex. palavras aprendidos em jogos eletrónicos). Os adolescentes consideram que existe uma diminuição dos jogos tradicionais e de rua e que os mais velhos permitem que tal aconteça, não os incentivando e não impedindo que utilizem o *tablet*, por ser mais fácil para lidar com as crianças.

Nutela: Por exemplo, outro dia fui com os meus pais e o meu irmão a um café e nós estávamos a falar, ou mesmo quando vou com os meus amigos, tipo, mais velhos e estamos todos a conversar, aí não sei quê, tem sempre uma mesa de miúdos, 12, 13 anos, todos sentados a mexer nos telemóveis e a tirar fotografias ao que estão a comer e comunicam assim. Voltam a olhar, tipo, não estão a falar... qual é o sentido de sair com as pessoas se não se está com as pessoas? Mas depois tem os lados positivos de que a Bianca falou.

(...)

Nutela: ... por exemplo, no outro dia, tive um almoço de família e uma prima minha super novinha não sabia fazer daqueles jogos clássicos que fazias com as mãos, tipo, ou jogar à macaca, ou assim. Estava com os pais, num jantar é muito mais fácil dar um tablet para a mão ou um telemóvel para estarem entretidos do que ensinarem-lhes uns jogos para eles estarem com os miúdos pequenos a jogar. Eu acho que isso...

Tone: Não é só em casa, porque, por exemplo, o meu irmão anda no 3º ano, vai para a escola e os amigos dele já têm telemóvel e tablet, e ficam lá a jogar na escola em vez de ir brincar. (Braga, 11º)

Mila: Concordo, porque... quando não havia Internet e outros recursos, as pessoas viam como eram e aceitavam... e depois com a Internet começam a ver pessoas diferentes... e nós começamos a ver essas pessoas e queremos ser iguais, sem Internet se calhar não era tanto assim... agora é mais... (Porto, 11º)

Joana: Os *media* também podem não beneficiar alguém. Também vi noutra canal em que várias pessoas foram despedidas devido ao que eles disseram nos *media* sobre os patrões....(Bragança, 9º)

O **consumo de substâncias** foi também considerado como um aspeto negativo associado aos *media*, nomeadamente o incentivo ao consumo do tabaco e álcool, por imitação de comportamentos, modelagem social e deseabilidade social. Associado a este incentivo, os jovens mencionaram também a publicidade enganosa alusiva a medicação, especialmente na TV, que iludem ou exageram os efeitos desejáveis para os jovens (ex. emagrecimento), além de poderem causar efeitos adversos e resistência por habituação a medicamentos. Contudo, a este propósito, ressaltam que os *media* também informam e alertam para estes problemas.

Nutela: Por exemplo, outro dia fui com os meus pais e o meu irmão a um café, e nós estávamos a falar, ou mesmo quando vou com os meus amigos, tipo, mais velhos e estamos todos a conversar, aí não sei quê, tem sempre uma mesa de miúdos, 13, 12 anos, todos sentados a mexer nos telemóveis e a tirar fotografias ao que estão a comer e comunicam assim. Voltam a olhar, tipo, não estão a falar... qual é o sentido de sair com as pessoas se não se está com as pessoas? Mas depois tem os lados positivos de que a Bianca falou.

(...)

Nutela: ... por exemplo, no outro dia, tive um almoço de família e uma prima minha super novinha não sabia fazer daqueles jogos clássicos que fazias com as mãos, tipo, ou jogar à macaca, ou assim. Estava com os pais, num jantar é muito mais fácil dar um tablet para a mão ou um telemóvel para estarem entretidos do que ensinarem-lhes uns jogos para eles estarem com os miúdos pequenos a jogar. Eu acho que isso...

Tone: Não é só em casa porque, por exemplo, o meu irmão anda no 3º ano, vai para a escola e os amigos dele já têm telemóvel e tablet, e ficam lá a jogar na escola em vez de ir brincar. (Braga, 11º)

Mila: Concordo porque... quando não havia Internet e outros recursos, as pessoas viam como eram e aceitavam... e depois com Internet começam a ver pessoas diferentes... e nós começamos a ver essas pessoas e queremos ser iguais, sem Internet se calhar não era tanto assim... agora é mais... (Porto, 11º)

Joana: Os *media* também podem não beneficiar alguém. Também vi noutra canal em que várias pessoas foram despedidas devido ao que eles disseram nos *media* sobre os patrões...(Bragança, 9º)

Adicionalmente, estes jovens consideraram que os *media* podem ter **informações enganosas/erradas**, sugerindo que existem notícias e informações erradas. Estes chamaram a atenção para os perigos da informação errada sobre saúde, destacando a Internet como o meio mais relacionado com a informação ludibriada.

Ana: Há certas notícias que chegam mais rápido ao Facebook do que à televisão

Rui: Há o problema que certas pessoas brincam com um certo tipo de notícias, e vamos dizer ao nosso grupo de colegas e acaba por ficar mal porque é tudo...

Pedro: e da morte do Ronaldo...

Filipa: Um problema que eu acho do Facebook é que aparecem muitas notícias, mas nem sempre são verdade e que nos podem induzir em erro.

Pedro: Foi aquela morte do Ronaldo em que eu acreditei feito patinho...

Margarida: Eu acreditei na morte do Justin Bieber.

Pedro: Podiam-me pagar à vontade que eu era o primeiro a partilhar a notícia.

(...)

Francisca: Acho que nunca fui à net procurar respostas, mesmo que os meus pais não soubessem, porque a Internet pode nos dar, por exemplo, dizer que estamos com aquilo e os sintomas são os que nós temos, mas dar-nos falsos medicamentos que provavelmente não nos irão fazer bem, porque podemos ter ou alergia a qualquer coisa que aquele medicamento contenha...(Braga, 7º)

Por outro lado, também consideraram que os *media* podem **afetar o repouso e a higiene do sono**, pois consideraram que podem diminuir o tempo de descanso à noite, especialmente por utilização de telemóvel. No entanto, no que se refere a esta categoria, os jovens apressam-se a apresentar soluções (ex. pausas de intervalo), procurando demonstrar que têm controlo sobre esse efeito ("E não só, há pessoas que.... Tira horas de sono, porque há muitos

adolescentes que antes de ir para a cama pegam no telemóvel e ficam horas e horas e horas“, João, Braga, 9º)

Consistentemente, os adolescentes consideram, ainda, que os *media* estão associados à **(in)atividade física/sedentarismo**, pois levam a que estes permaneçam mais tempo em casa na companhia dos *media*, como os jogos electrónicos.

Sofia: ...Faz-nos ficar mais um bocadinho em casa. (...);

Joana: “Sedentarismo. Como no caso do irmão do Ekko, aquele comportamento pode acabar por influenciar. Se for muito rotineiro”, Bragança, 9º).

Por outro lado, foi também mencionado que os *media* podem estar associados a expectativas irrealistas de modelos de referência nos *media*, quanto à prática de exercício físico. Com efeito, os jovens consideram que os *media* podem também levar ao **desenvolvimento de doenças**, nomeadamente, por um sistema imunitário enfraquecido (“E não só, tipo, agora há mais pessoal com alergias, porque não estão tão habituados a ir lá para fora brincar, especialmente as crianças, e são menos imunes às doenças do que eram antigamente, por isso...”, Bianca, Braga, 11º). O efeito negativo do uso dos *media*, sobretudo dos jogos electrónicos, no **rendimento escolar**, foi igualmente destacado (Tabela 62).

Moderador: Ok! E vocês jogam porquê?

Garan: Porque é um jogo.... tipo...

Cacildo: Para tirar negativas. (risos) (Bragança, 9º)

Tabela 62: *Aspetos negativos dos media*

Dimensão	Categorias
Aspetos negativos dos <i>media</i>	Perigos na Internet (geral)
	Alimentação, problemas alimentares e imagem corporal
	Bullying e Cyberbullying
	Saúde Mental e suicídio
	Problemas de visão
	Dependência
	Diminuição da interação social
	Incentivo ao consumo de substâncias
	Informação errada
	Diminuição no repouso
	(In)Atividade física/sedentarismo
	Desenvolvimento de doenças/sistema imunitário enfraquecido
	Prejudica o rendimento escolar

9. Participação e *empowerment*

Nesta secção, foi explorado, do ponto de vista dos adolescentes, como estes geralmente utilizam a informação que obtêm. Esta análise teve em consideração os dados obtidos no decorrer dos grupos de foco desta componente qualitativa do estudo, mas igualmente os dados da componente quantitativa, que demonstraram o papel primordial da Internet e dos pais como fonte de informação sobre saúde. Com efeito, para além da informação obtida no geral, focámos nestas duas fontes, procurando perceber e explorar como os adolescentes geram esta informação.

Além disso, procuramos explorar a percepção que os adolescentes têm no que se refere à relevância deste tema, assim como propostas para promover a saúde, tendo em consideração que seriam mais eficazes aos olhos dos adolescentes. Por fim, tentamos ainda perceber que temas gostavam mais de ser trabalhados ou abordados, e sobre os quais sentem que necessitam de mais informação. Procuramos, deste modo, colmatar algumas lacunas da componente quantitativa que, pela sua natureza descritiva, não permitiu dar “voz” aos adolescentes.

9.1 Utilização da informação

Esta dimensão foi criada com o objetivo de analisar o modo como os adolescentes utilizam a informação. As respostas dos jovens foram organizadas segundo a proveniência da informação, pelo que, quando os jovens não especificavam de onde a informação provinha ou quando se discutiam diversas fontes, esta informação foi incluída na categoria “informação geral” (Tabela 63).

Deste modo, quando questionados sobre a forma como utilizam a informação, os jovens demonstraram uma tendência para partilhar a informação sem, no entanto, especificarem com quem. Deste modo, a ideia mais presente nesta dimensão foi a de **partilha/procura de outros pontos de vista** diferentes para permitir a possibilidade de comparação e uma tomada de decisão e aplicação prática.

John: Se não ficar satisfeito, procuro noutro lado, se tiver a ver com a saúde, por exemplo...
(Porto, 7º)

Guidão: Eu gosto de partilhar, tenho outras opiniões.

Shego: E comparar...

Guidão: Lá está, nós só ouvimos a dos outros... comparamos... para podermos aplicar, não sei, dependendo das várias opiniões... lá está, nós depois podemos partilhar com os nossos familiares... já que eles são pessoas que normalmente nós queremos ser iguais...normalmente eles dizem o que acham melhor... e nos fazemos...

(Porto, 11º)

Nutela: Gosto da comunicação, tipo, pessoalmente, saber informações e discutir coisas, como assuntos, com outras pessoas. Porque só ler uma notícia e não saber o que as outras pessoas acham sobre isso... o assunto nem sempre está correto. Quando lemos algures no jornal ou na televisão, há sempre alguém que sabe mais do que isso. (Braga, 11º)

Quando especificaram como partilhavam a informação, os adolescentes mencionaram especialmente **o debate com os amigos**, superando as outras fontes de informação. As razões apresentadas prendem-se com a confiança e similaridade de experiências. Alguns jovens revelam uma preferência em debater com os amigos em detrimento dos pais, dependendo, essencialmente, do tema em questão. No entanto, estes resultados podem dever-se à ideia implícita durante as discussões de que a informação provém essencialmente da Internet e dos pais. De facto, as maiores fontes de informação mencionadas previamente foram os pais e Internet, pelo que a conversa evoluía, muitas vezes, a partir dessas fontes de informação.

Shego: Muitas das conversas que tenho com as minhas amigas... nós organizamos uma discussão sobre diversos temas, a alimentação, a sexualidade... Eii.. dá para fazer isto e a gente discute. (Porto, 11º).

Olívia: Sim. Às vezes é mais fácil falarmos logo com os colegas.

Moderador: Concordam com a Olívia?

Coro: Sim.

Moderador: E então por que é que é mais fácil partilhar informação com os amigos?

Diamantino: Estamos mais à vontade, estão na mesma realidade que nós. (Bragança, 11º)

Beatriz: Eu costumo partilhar... Costumo falar com a minha mãe e com os meus colegas.. Mais os meus colegas...

Timoflei: Eu falo com os meus pais sobre os temas mais adequados. Os menos adequados, eu falo com os meus colegas. Ou seja, piadas que envolvam o Joãozinho... (Porto, 7º)

Moderador: Vocês costumam partilhar a informação com amigos, pais?

Sory: Sim. Mas há coisas que eu prefiro falar com as minhas amigas do que falar com os meus pais.

(Bragança, 11º)

Outros jovens revelaram a consciência de que a sua utilização da informação **depende do tipo da informação e da confiança na fonte**.

Moderador: Imaginem, vocês vão aos vossos pais, a Internet ou aos amigos buscar a informação. E depois o que é que fazem?

Uta: Depende do tipo de informação. (Bragança, 9º)

Camila: Depende dos amigos. Se tiver confiança, falo logo.

John: Depende ...Depende do tipo de assunto. Por exemplo, se for uma coisa que demos na aula, pergunto.

Moderador: Mesmo que seja sobre sexualidade? Se deram na aula, tudo bem, mas se foi um amigo que vos contou alguma coisa importante, aí se calhar...

John: Ya.

Camila: Ya...

Jussana: Só se o amigo disser assim “olha, podes perguntar à tua mãe se não sei quê...” tipo, já me aconteceu e eu pergunto, não é? (Braga, 9º)

Por outro lado, os jovens apenas referiram os a **partilha com os pais** quando questionados diretamente com exemplos específicos. Quando confrontados com o tema da sexualidade, houve falta de consensualidade e contradições.

Matilde: A minha mãe sempre me explicou as coisas desde muito nova... uma vez fui ter com ela e disse-lhe - uma mãe de uma amiga minha vai comprar um bebé! Não filha, os bebés vêm dentro da barriga das mães... e continuou e eu disse. Ok. Não quero saber mais.... Sempre me explicou... sempre que tenho uma dúvida, falo com ela. (Porto, 11º)

Alguns jovens referiram **que validam a informação dos pais com um médico** e, se possível, validam também esta com uma segunda opinião médica.

Olívia: Vamos ao médico e confirmamos a informação. Eu confirmo, mas... sei lá... às vezes fico reticente com o prognóstico dele.

Mara: Eu não confio totalmente em médicos e gosto de ter uma informação extra para perceber se estou certa.

(...)

Olívia: Mesmo em relação ao médico, não fico só com a opinião dele. Por norma vou ao hospital primeiro. Se não confiar muito vou a uma clínica privada. (Braga, 7º)

Por fim, um jovem do GF6 revelou, ainda, que geralmente põe em prática os conselhos que recebe justificando que o faz pela **desejabilidade em ser como as pessoas que o aconselham** (“...lá está, nós depois podemos partilhar com os nossos familiares... já que eles são pessoas a quem normalmente nós queremos ser iguais... normalmente eles dizem o que acham melhor... e nós fazemos...”, Guidão, Porto, 11º).

Tabela 63: *Utilização da informação geral*

Dimensão	Categorias
Informação em geral	Partilha/Procura de outros pontos de vista
	Debater a informação com os amigos
	Dependência da fonte e informação
	Partilha com os pais
	Validação da informação com um médico
	Seguir os conselhos de modelos de referência

Relativamente à informação dos pais, foi interessante reparar que os jovens **recorrem frequentemente à Internet para complementar ou confirmar a informação** que receberam destes, sendo esta a resposta mais frequente (“Às vezes quando a minha mãe me diz.... tudo o que eu quero, vou ao Google ver”, Beatriz, Porto, 7º). No entanto, este comportamento não invalidou que também fossem bastante mencionadas as categorias seguintes, que refletem as referências dos jovens relativamente à **confiança e satisfação** (“Eu confio na opinião dos pais”, Tita, Porto, 7º) da informação que recebem dos progenitores e da **reflexão** posterior à mesma, antes de uma tomada de decisão ou ação.

Moderador: Outra coisa. Por exemplo, vão muitas vezes aos vossos pais e eles dão-vos uma informação. O que fazem com ela?

Diversos: Pensamos nisso.

(...)

Ana: Refletimos sobre o que nos disseram.

Juliana: Refletimos. (...)

(...)

Ana: Mas eu acho que não vamos aplicá-lo diretamente. Primeiro acho que refletimos nela, pensamos um bocado...(Braga, 7º)

A categoria que gerou, provavelmente, mais controvérsia, prende-se com a **partilha/complementação da informação dos pais com colegas**. Os jovens afirmam que depende do assunto, mas é interessante salientar uma jovem que referiu que existem assuntos que conversam com os pais que se tornam constrangedores no contexto dos pares.

Moderador: Vocês depois costumam conversar com os vossos amigos sobre aquilo?

Fiona: Sim, depois acabamos por ouvir sempre mais qualquer coisa. (Braga, 11º)

Juliana: Depende da informação. Às vezes pode ser um assunto constrangedor. Às vezes não vou falar aos meus amigos, porque eles podem gozar. (Braga, 7º)

Moderador: Vocês costumam partilhar com os vossos colegas o que falam com os vossos pais?

Timoflei: Não (Porto, 7º)

A procura de informação recorrendo a familiares, como tios e avós, também foi referida (“Tento falar com outras pessoas mais velhas também, tipo tias ou assim”, Bianca, Braga, 11º), bem como a procura de **complementação noutros locais** (sem qualquer outra especificação) caso não estivessem satisfeitos (Tabela 64).

Moderador: Muito bem. E se, por acaso, não estiverem satisfeitos?
Zé: Procuramos outra resposta (Braga, 7º).

Tabela 64: *Utilização da informação dos pais*

Dimensão	Categorias
Informação dos pais	Recorrem à Internet
	Confia/fica satisfeito
	Refletem sobre o que os pais dizem
	Partilha com pares
	Recorrem a outros familiares
	Procurar noutros locais

Relativamente à informação obtida através da Internet, como já referido no tema da Avaliação/Seleção da informação, os jovens **confirmam com outros significativos** a informação obtida por este meio. Como esta informação foi previamente referida, nesta secção apenas é importante referir que os outros significativos são amigos, especialistas, professores, pessoas mais velhas, mas especialmente os pais. Neste campo, é interessante e relevante ressaltar a complementaridade bidirecional que os jovens fazem da informação que obtêm dos pais e Internet. De facto, alguns jovens mencionam que confirmam a informação que obtêm dos pais na Internet ou, por outro lado, **confirmam a informação da Internet com os pais**.

Uta: Às vezes também tenho de perguntar aos pais.
Moderador: Então procuras na Internet e a seguir vais confirmar com os teus pais, é isso?
Uta: Sim é isso. (Bragança, 9º)

Zé: Podemos ir à net e se não tivermos a certeza podemos falar com os pais.
Olívia: Procuo para me queixar, mas depois vou à Internet. Por exemplo, eu digo do que me queixo, depois vou à Internet ver, eles depois falam comigo e eu excluo algumas alternativas.... (Braga, 7º)

Tibúrcio: Pergunto à minha mãe se é verdade.
(...)
Sory: Sim, há coisas que vejo na Internet que prefiro falar com as minhas amigas do que com os meus pais. Porque se eu digo: olha mãe, encontrei aquele reclame e aquele reclame era mesmo para pessoas

parvas. Ela diz logo, o que andas a ver na Internet, vê lá que desligo a Internet. Então prefiro falar com as minhas amigas....

Tibúrcio: Se a tua mãe te perguntasse o que andas a fazer na Internet o que é que responderias?

Sory: Eu dizia a verdade. Não lhe ia dizer estive numa rede social e que vi 90 pessoas a postarem que estavam em Vinhais.... contava o mínimo que pudesse. É para falar entre amigas e não contar tudo aos nossos pais. (Bragança, 7º)

No entanto, esta escolha também não foi consensual, sendo até referido que não comentam com os pais o que fazem na Internet (por receio de represálias, como a proibição de utilizar a Internet), preferindo os **pares** para partilhar a informação ou outros, como médicos, por exemplo (“Não confio muito, depois fico hipocondríaca, fico a pensar que tenho tudo. Vejo na mesma, mas prefiro ir ao médico a seguir. Mas vejo na mesma”, Mara, Bragança, 11º)

Além disso, os jovens também mencionaram que procuram confirmar **a informação na própria Internet**, procurando repetições e feedback positivo em sites, blogs, etc.

Tone: Costumo ter sempre 2 pontos de vista.

Fiona: Na Internet convém ter sempre mais do que um, pelo menos. (Braga, 11º).

Quando identificam na Internet informação enganosa, uma das jovens referiu ir mais além e devolver feedback negativo ao site, **denunciando** a situação (“Quando é assim, aparece sempre lá um questionário, para saber se gosto do site, se não gosto do site. Então ele pergunta porquê? Eu respondo... é um site mentiroso... Eu faço sempre queixa, porque pode não ser sério...”, Sory, Bragança, 7º). No entanto, outro jovem refere que, na mesma situação, apenas **ignora** (“Quando é assim ignoro...”, Tibúrcio, Bragança, 7º) (Tabela 65).

Tabela 65: *Utilização da informação da Internet*

Dimensão	Categorias
Informação da Internet	Confirmação/partilha (ou não) da Internet com pais
	Confirmação/Partilha da informação com outros
	Confirmar/Comparar informação da Internet
	Denuncia informação enganosa
	Ignora informação enganosa

9.2 Relevância do tema

Dentro deste tema, outro ponto que mereceu aprofundamento prendeu-se com a **pertinência de conversarmos sobre os diversos temas explorados durante os grupos de foco** (Tabela 66). Quase todos os jovens que se manifestaram, referiram que era importante falar e

demonstraram vontade de explorar mais estes assuntos. No entanto, um jovem não considerou o tema relevante. Por outro lado, muitos jovens mostraram interesse e/ou a importância de ver o tema trabalhado na escola, no contexto de sala de aulas. Alguns sugeriram disciplinas específicas que já fazem parte do currículo e um jovem considerou que deveria existir mesmo uma disciplina isolada para o tema:

Eu acho que era importante que fosse uma disciplina só mesmo porque, por exemplo, no caso da cidadania, embora nós falemos disso, não vamos mesmo ao fundo da questão, e além disso só temos 45 minutos por semana. Por isso, acho que era importante. (Zé, Braga, 7º)

Mais especificamente, os jovens consideram que este tema poderia ser incluído no programa de algumas disciplinas, nomeadamente: Religião e Moral; Cidadania; Educação Visual; Filosofia; História; Inglês; Francês; ou uma disciplina isolada para o efeito.

Paralelamente, quando foram analisadas as **razões que os jovens apresentam para considerar este tema relevante** e as que justificam a vontade e importância da sua inclusão nos programas curriculares, verificamos que estas apresentaram algumas similaridades, pelo que foram diluídas na subdimensão “Justificação da relevância do tema”.

A razão mais apontada para a pertinência do tema seria a sua potencial função de **alerta, informação e/ou sensibilização** para um tema relevante para os jovens e do qual manifestaram vontade e/ou reconhecem a importância de saber mais. A função é a divulgação da informação para ajudar os jovens a possuir maior conhecimento e a agir no contexto de prevenção.

Moderador: Acham que é importante falar sobre estes assuntos?

Diversos: Sim.

Bianca: Sim, também é preciso alertar.

Fiona: Ficar atentos àquilo que nós fazemos. (Braga, 11º)

Olívia: Sim, para divulgar mais a informação...

Mara: Para sensibilizar... para dar a conhecer os meios de comunicação da saúde. (Bragança, 11º)

Zé: Para nos mantermos informados e tomarmos precauções...

Diversos: Sim.

Ana: Para alertar os jovens de hoje em dia. (Braga, 7º)

O gosto pelo tema também foi abordado, nomeadamente o facto de considerarem o tema **interessante** e diferente do habitual para as suas aulas.

Tiróide: E até se tornava mais interessante..

Guidão: Acho que era uma disciplina ótima! (Porto, 11º)

Moderador: Mas gostavam que este tema fosse incluído nas vossas disciplinas?

Luísa: Eu preferia.

Cacildo: Seria mais interessante (Bragança, 9º)

Foi também referida a **relevância social** que o tema tem, por considerarem que outros temas abordados nas aulas não são tão relevantes, que este os pode preparar para o futuro e ajudar pessoas que passem por situações mencionadas na conversas que tivemos, bem como a compreender a relação entre *media* e saúde.

Guidão: Está a preparar-nos para o futuro... sabemos que vai ser importante e que nós vamos crescer com elas... há disciplinas que nós estamos a dar... sabemos que vai ser importante, mas muito secundário.. (Porto, 11º)

Ana: Estamos a ter opiniões de outras pessoas, não só as nossas, estamos a ter novas ideias e também, através disto, acabamos por ajudar outras pessoas (Braga, 7º).

Ekko: Por acaso, se algum de nós estivesse a passar por algum problema desses e se por acaso fosse falado nas aulas.... era interessante discutirmos para ter mais informação sobre o que poderia fazer. (Bragança, 9º)

A vontade de **ouvir e debater a opinião** de todos foi também manifestada neste contexto. Embora não o dissessem textualmente, parecem considerar necessária e enriquecedora esta experiência. Estes referiram que falta um tempo para essa forma de discussão e partilha de ideias e que esta se deveria processar entre os jovens e especialistas. Estes jovens consideram que dessa forma aprenderiam o que todos teriam para oferecer, o que os poderia ajudar.

Guidão: Eu acho que é muito importante. Porque estamos a discutir entre nós, porque ouvimos a opinião de outras pessoas (...) Gostava, se em todas as aulas fosse assim. Nem que seja em grupo de 9 alunos e os de fora estarem a ouvir e depois íamos rodando à vez que era para ouvirmos a opinião de todos. (Porto, 11º)

Alice: Falta-nos tipo... um tempo para conseguirmos debater ideias... (Porto, 11º)

Muito relacionada com as vantagens do debate, encontra-se a próxima categoria “**Ver de outra perspetiva**”, relacionada com a capacidade de ver as coisas de um outro ângulo e até fazer “raciocinar” como foi mencionado, o que está intimamente relacionado com o pensamento crítico.

Guidão: ...e pode ser que daqui para a frente consigamos ver as coisas de outra forma... (Porto, 11º)

Zé: Porque até nos ajuda a raciocinar sobre este tema (Porto, 9º).

A **abrangência**, variedade de vertentes, possibilidades e conteúdos diversificados também foi expressa pelos jovens (“Eu acho que não é um tema chato, porque há muitas vertentes”, John, Porto, 7º). Por último, mas não menos importante, encontra-se o desejo de **ser ouvido e a possibilidade de expressar o que sente**. Esta é uma componente muito importante, dado que estes demonstraram que, em algumas disciplinas, não lhes é permitida essa “liberdade” que, aparentemente, valorizam bastante.

Nutela: Na aula de filosofia. A filosofia é daquelas disciplinas que não devia ser passar num caderno e pôr num teste. É que é uma cena tão subjetiva e tipo, devias comunicar e estar a discutir com o professor e ter debate entre a turma. Quando o professor fala connosco, parece que só nos faz perguntas que vais responder e vai estar mal na mesma, não interessa a resposta que vais dar.

Tone: E mesmo que tenha o mesmo ponto de vista que nós, vai buscar outra resposta que também esteja bem só para dizer que a nossa está mal.

Bianca: E depois há as cenas de falar deste filósofo que achava isto e deste assim... nós podíamos pegar nas ideias deles e fazer o que nós achávamos sobre isto. (Braga, 11º)

Pedro: E também é uma conversa mais livre. Nas aulas não podemos falar disto...

Juliana: Acabamos por nos libertar, os que são mais tímidos podem... (Braga, 7º)

Contudo, o GF4 com adolescentes mais jovens mostraram falta de concordância relativamente à perceção de que a sua voz não seria ouvida. Este grupo envolveu-se numa discussão, na qual os seus elementos demonstram que sentem que a nível micro (professores, pares) podem ser ouvidos, mas que a nível mais macro (sociedade) não acreditam ter qualquer voz.

Moderador: Costumam envolver-se neste tipo de conversas?

Ana: Não, mas depende, às vezes há estes bocaditos... não costumamos envolver-nos diariamente, não!

Moderador: Vocês sentem que são ouvidos, as vossas opiniões são ouvidas?

Diversos: Sim.

Rui: Nem sempre...

(...)

Juliana: Se nós queremos divulgar uma coisa, os adultos não nos dão tanta importância, porque somos crianças, inventamos muitas coisas e às vezes não nos vão dar tanta importância como nós queríamos.

Bruno: Não acreditam em ti, porque tu mentes uma vez, mentes à segunda, à terceira...já começa a...

Juliana: Não, não tem nada a ver com isso...

Bruno: Não, tem tudo a ver...

Moderador: O que estou a perguntar é se sentem que a vossa opinião é muitas vezes ouvida.

Diversos: Às vezes não, na sociedade não...

Ana: Na sociedade em geral não, mas nas pessoas mais próximas, professores, colegas, amigos...

Pedro: Quem nos conhece...

Juliana: As crianças têm uma opinião melhor que os adultos, por isso deve-se ouvir. Por exemplo, se eu quiser divulgar uma coisa, que sei que é muito importante e que as pessoas deviam saber, eu provavelmente não vou conseguir divulgar essa informação. Se, digamos, um ator famoso divulgar essa informação, as pessoas já vão prestar atenção(...) Se eu falar com as pessoas, elas não me vão dar ouvidos...(Braga 7º)

De facto, jovens consideram que, por vezes, sentem falta de um espaço onde possam discutir e partilhar ideias, salientando o enriquecimento que daí pode advir. De facto, Begoray e colaboradores (2009) sugerem que os jovens gostam mais de estar envolvidos do que apenas a receber informação dos professores. Estes autores observaram que os adolescentes querem oportunidades para expressar as suas opiniões e “pôr as mãos à obra nos projetos” (p. 39).

Ao longo da conversa com o GF9 (Porto, 11º), uma ideia complementou os outros grupos de foco – a consciência de que alguns temas importantes são apenas contemplados em anos prematuros de formação e que deveriam ser incluídos quando o seu desenvolvimento permite um pensamento crítico e capacidade de argumentação.

Matilde: Sim, falávamos de saúde, sexualidade... Agora no secundário, só temos mesmo as disciplinas obrigatórias... falta tempo para isso...

Mila: Estamos só a comentar que a área de projeto, educação cívica, oferta complementar...

Shego: Pelo menos na minha turma, antes fazíamos isso... sobre estes temas... tínhamos saúde, sobre os direitos do homem...

Guidão: Acaba por ser importante.. mas nós demos isso numa altura em que éramos muito novos e que não tínhamos maturidade nem perspectiva...

Carlão: Nem capacidade de argumentação...

Guidão: Acho que é mais adequado nessa altura, 11º ou 12º ano... nesta fase...

Carlão: Assim como quando começamos a dar filosofia, podemos dar essas coisas, quando temos mais capacidade mental e de raciocínio.

Guidão: Acho que era mais adequado agora. Quando era mais novo, não ligava nada a área de projeto, era praticamente a falar das faltas que nós tínhamos, não dávamos tanta importância a isto. (Porto, 11º)

Tabela 66: *Justificação da relevância do tema*

Dimensão	Categorias
Justificação da relevância do tema	Alertar/Informar/Sensibilizar
	Tema interessante
	Relevância social/ajudar pessoas
	Ouvir a opinião de todos/debater ideias
	Ver de outra perspetiva/impelir ao pensamento crítico
	Muito diversificado
	Possibilidade de ser ouvidos/expressar o que sentem

9.3 Propostas para promover a saúde

A perceção dos jovens sobre realização de iniciativas de promoção da saúde mais cativantes e pertinentes foi um dos focos deste estudo. Nesta secção, focámo-nos em procurar perceber que estratégias os adolescentes consideram mais eficazes para promover a saúde, bem como os temas que consideram de mais interesse na sua perspetiva. Deste modo, das variadas e criativas propostas que surgiram, obtivemos estratégias de promoção da saúde, as áreas e temas propostos e meios de divulgação utilizados para divulgar a informação ou realizar iniciativas (Tabela 67).

Especificamente em relação às estratégias para campanhas de promoção de saúde, destaca-se a ideia de que as **personalidades famosas** seriam uma ótima opção, pela questão do impacto da sua idealização, admiração e imitação. Foram mencionadas a eficácia da partilha das experiências destas personalidades na área da saúde, desmistificando-os e revelando-as como pessoas reais. Foram citadas frequentemente as “pessoas famosas”, assim como foram também especificados cantores, atores e youtubers. No entanto, para esta categoria, a personalidade individual mais citada foi o Cristiano Ronaldo.

Guidão: Para já depende da pessoa.. Acho que se fosse o Cristiano Ronaldo a trabalhar sobre um tema de saúde ia dar mais nas vistas, porque ia ter mais visibilidade... porque tem a ver com a profissão dele, o futebol requer uma boa saúde.

Pascual: Muitas pessoas têm-no como uma referência... então seguem-no. Para mim é uma pessoa exemplar, lutou muito por aquilo que tem... na minha maneira de ver.. acho que é uma pessoa humilde. Não é por ser português, é a minha opinião... Ele para ter o que tem, ele treina muito. É o primeiro a chegar ao treino, é o último a sair do treino, treina mais que os outros... ele para ter o que tem lutou muito e também ajuda pessoas... Também ajuda pessoas, não faz tatuagens para poder dar sangue, não bebe álcool. (Porto, 11°)

A **criação de eventos**, como concertos com pessoas famosas ou palestras, também foi referida como uma forma de aliciar jovens a ouvir mensagens importantes. Os adolescentes consideram que seria algo fácil de divulgar, dado que os próprios jovens gostam de partilhar esses conteúdos nas redes sociais e até foi sugerido que fossem gratuitos.

João: Acho que a melhor maneira era fazer tipo... sei lá... fazer um concerto com um famoso qualquer. E mandá-lo divulgar... Mas assim algo que os jovens gostem de ouvir. Porque assim acho que somos bastante influenciados e a mensagem espalhava-se muito mais rapidamente, porque depois essa pessoa também iria pôr nas redes sociais e tal... (Braga, 9º)

Inês: Uma tournée... até bastava uma daquelas carrinhas... há umas carrinhas de saúde para irem para as aldeias...

Zequinha: Era uma caravana...

Inês: Íamos para as aldeias, até se promovia assim...

Zequinha: Eu era milionário, então andava a sobrevoar com uma avioneta, com uma daquelas letras....(Bragança, 7º)

Muitos jovens referiram que a proximidade com os públicos (ex. na escola, aldeias), sem *mediadores*, seria uma boa tática para fazer passar a mensagem mais eficazmente e com mais impacto, salientando o **contato direto** como uma estratégia importante para promover a saúde.

Tibúrcio: Eu criava... ia mostrar as pessoas a ajudarem... íamos dar a volta nem que fosse só ao distrito. Ia às escolas, íamos para o meio das praças, nem que fosse só para fazer demonstrações, como é que aquilo se apanhava... como se fazia... (Bragança, 7º)

Luísa: Porque se virmos os testemunhos das pessoas cara a cara, acho que tomamos mais consciência sobre esse assunto... e sabendo do assunto real... cria mais impacto. (Bragança. 9º)

Outro ponto muito relevante, e por vezes até associado às personalidades famosas, são os **testemunhos de vida reais**. Foi, assim, sugerido um impacto positivo na prevenção de problemas dos jovens, através da consciencialização da realidade pelo choque da sua proximidade.

Beatriz: Convidaria pessoas que já tinham vivido a experiência e teriam mais à vontade... (Porto, 7º)

Olívia: Fazia palestras para pessoas que recuperaram ou que estão em recuperação. Procurava trazer familiaridade, pessoas com cancro para darem testemunho. Ou de familiares de pessoas que já partiram. (Bragança, 11º)

Joana: Tentaria tornar o tema, por pior que fosse, em algo apelativo. Não sei mesmo como tornar apelativo.... mas talvez através de testemunhos.... perguntarem aos alunos, ouvir os testemunhos...

Luísa: Talvez fazer como na televisão "E se fosse consigo"...

Joana: Mas testemunhos mesmo...

Luísa: Sim, mas lá tinha, deram três exemplos, de uma rapariga que era gordinha, que gozaram com ela, puseram lá um rapaz e tinha lá o testemunho das mães.

Moderador: E por que achas que esses testemunhos são importantes?

Lúisa: Porque se virmos os testemunhos das pessoas cara a cara, acho que tomamos mais consciência sobre esse assunto... e sabendo do assunto real... cria mais impacto. (Bragança, 9º)

Os **YouTubers** foram também muito citados, devido à popularidade que ganharam entre os jovens, sendo mesmo referido que esta opção se deve aos “milhões” de seguidores que muitos destes possuem (John: “Sim... e depois os youtubers à parte, digamos assim. Com os milhões de pessoas que usam por dia, acho que também seria uma boa forma de divulgar”, Braga, 9º).

A tática da **interatividade** foi também referida, no sentido de permitir uma canal de comunicação entre pessoas que quisessem conversar ou obter informação, ajudar ou obter ajuda.

Adele: “Talvez criasse um blog, as pessoas mandavam comentários e eu tentava responder...”, Porto, 7º;
Ekko: “Várias opiniões de várias pessoas... de todas as que se quisessem juntar, cada um tinha a sua opinião...dar a sua opinião.”(Bragança, 9º).

Outra sugestão surpreendente estava relacionada com a utilização de atores ou modelos que se distingam pela sua boa aparência para divulgar ou apelar a uma mensagem. Deste modo, a utilização da **atratividade** foi considerada uma boa tática para as campanhas de saúde.

Shogo: Eu pegava numa atriz ou modelo que fosse considerada uma *sex symbol*. (...) por exemplo, como as modelos da “Victoria’s Secret”, como é uma de cada país, e falava da sexualidade, pegava nelas e falava sobre a sexualidade. Pelo menos a população masculina e a população feminina, as lésbicas... prestariam mais atenção a esse tema. Talvez na outra vertente, pegava no Cristiano Ronaldo.... Ou então fazer por idades, para as pessoas mais velhas... usava várias personagens... pegava no Sean Connery, como um *sex symbol*, e usava as várias personagens para divulgar a informação... (Porto, 11º)´

Foram, ainda, sugeridas **ações de beneficência** em que seriam os jovens a ajudar diretamente em problemas sociais de relevo (“Contratava jovens e dizia: *tens x vagas*. Eles vinham, eu pagava-lhes e eles vinham comigo a África para darmos de comer aos pretinhos.”, Nutela, Braga, 11º) e a utilização de **imagens chocantes** ou extravagantes para a campanha (“Eu provavelmente, se quisesse fazer assim uma campanha dessas, procurava fazer alguns posters assim a avisar, às vezes com imagens escandalosas que as pessoas ficam, assim, sensibilizadas.”, Juliana, Braga, 7º).

Tabela 67: *Estratégias para promover a saúde*

Dimensão	Categorias
Estratégias para promover a saúde	Pessoas famosas
	Criação de eventos
	Contacto direto
	Testemunhos reais
	Interatividade
	YouTubers
	Pessoas atraentes
	“Choque” pela imagem
	Beneficência

Quando foram abordados acerca dos **temas que consideram mais relevantes nas campanhas de promoção de saúde**, os jovens referem o combate a **doenças**, sendo dentro desta categoria realçada a preocupação com o combate ao cancro (“Era sobre o cancro e tentaria ajudar a encontrar a cura para algumas doenças”, Bruno, Bragança, 11º) e a **alimentação/nutrição** (“Tentava diminuir os produtos que normalmente fazem mal à saúde. Não extingui-los, mas reduzi-los para que as pessoas pudessem gostar da comida e, para além disso, não era tão prejudicial para a saúde”, Jonas, Porto, 7º). Além de proporem iniciativas de saúde em geral, sem especificar, os outros temas específicos propostos incluíram o **bullying** (“Falaria sobre o bullying”, Beatriz, Porto, 7º), a **saúde mental** (“A saúde mental. Hoje em dia muitos jovens não sabem lidar com isso e também os pais não sabem.. e acabam por ignorar e dar desculpas... e muitas vezes as pessoas estão doentes e os pais desvalorizam... e às vezes as pessoas têm mesmo problemas...”, Matilde, Porto, 11º), a **segurança na Internet** (“Escolheria o tema da segurança na Internet”, Obama, Porto, 9º), a **sexualidade** (“Também sobre ter bebés quando somos mais novos... porque há uma menina aqui que até desistiu da escola, porque tinha um bebé...”, Benfica, Bragança, 7º), o **exercício físico/desporto** (“Escolhia para temas de saúde o desporto, nutrição...”, Guidão, Porto, 11º), a **obesidade** (“Escolhia o tema da obesidade, as consequências da obesidade”, Cacildo, Bragança, 9º), **saúde em geral** (“Eu acho que tentaria ajudar qualquer tipo de problema, tentava englobar tudo”, Renato, Porto, 7º); algumas **problemáticas sociais** (casamento infantil e o racismo), **fome em África** (“Contratava jovens e dizia: “tens x vagas”. Eles vinham, eu pagava-lhes e eles vinham comigo a África para darmos de comer aos pretinhos”, Nutela, Braga, 11º), **comportamentos aditivos** (“Os temas seriam mais sobre cancro e sobre os

vícios”, Aurélio, Bragança, 11º) e **doação de sangue** (“Divulgaria... incentivar as pessoas a dar sangue”, Alice, Porto, 11º) (Tabela 68).

Tabela 68: *Temas a divulgar/cuidar*

Dimensão	Categorias
Temas a divulgar/cuidar	Doenças
	Alimentação/Nutrição
	Bullying
	Saúde Mental
	Segurança na Internet
	Sexualidade
	Saúde (em geral)
	Obesidade
	Problemáticas sociais
	Fome em África
	Exercício físico/Desporto
	Doação de sangue
	Comportamento aditivos

Além disso, com o objetivo de divulgar a informação sensibilizando para os temas descritos e utilizar as estratégias referidas anteriormente, os adolescentes propuseram diversos **meios de divulgação**, onde se destacou novamente a **Internet**. Em geral, as **redes sociais** revelaram ser o meio de divulgação mais popular, sem especificações, mas foram citadas também especificamente o Facebook, o YouTube e o Twitter (Tabela 69).

Shego : A Internet em geral. Mas o Facebook, é para mim o que poderia ser melhor para espalhar a informação, seria o Facebook, porque a maior parte das pessoas, acho que todos nós aqui temos Facebook, mas nem todos têm twitter ou outras redes, o Facebook é a única comum, toda a gente tem... O Facebook é a melhor aposta. (Porto, 11º)

Jussana: Eu usaria as redes sociais, porque hoje em dia, até os avós e tudo já estão nas redes sociais. (Braga, 9º)

Guidão: O youtube acho que é mais ... é o melhor meio, porque tem lá as visualizações e acabas por saber todas as informações e sabes tudo ao ponto... (Porto, 11º)

Bruno: Eu acho que a maneira de hoje em dia ser mais eficaz ia ser as redes sociais para fazer tipo... a Juliana falou dos posters, mas eu, sinceramente, e falo por experiência própria, as pessoas hoje em dia não ligam tanto a essas coisas. Mas por exemplo, praticamente todas as crianças de hoje em dia têm Facebook e então fazer uma campanha através do Facebook acho que seria a maneira mais eficaz. E o Facebook ainda tem a possibilidade de pagar pouco para fazer ainda mais publicidade àquela campanha. Ou seja, seria aquilo, era bem mais fácil do que andar a imprimir posters pela escola e acho que até ia sair mais caro.

Pedro: Na escola muita gente não presta atenção, era as redes sociais, porque os alunos, os alunos não, as pessoas estão mais frequentemente nas redes sociais e iam perceber melhor aí do que propriamente ao passarem no intervalo por um poster...

Ana, Braga 7º: Pois, eu acho que além do que referiram o Bruno e o Pedro... eu acho também que no Facebook e na Internet e tudo podemos espalhar melhor por todo o país, senão por outros países; com os posters é muito mais difícil. Além de gastarmos muito dinheiro a imprimir, não se pode colocar em todo o lado e acho que agora até tem ajudado muitas pessoas com problemas, porque nas redes sociais podemos estar com toda a gente, enquanto que se for com posters não podemos estar a levar para todo o lado, só podemos estar num sitio. E pronto, e é mais, se virmos nas redes sociais prestamos mais atenção do que um poster que está no meio da rua. (Braga 7º)

Dentro dos *media tradicionais*, a televisão foi a mais popular como meio de divulgação, através da publicidade, de programas de TV específicos ou telejornais. De facto, a subcategoria TV superou, em popularidade, os meios da Internet, com a exceção das redes sociais, que foram soberanas relativamente a esta área. Ainda dentro da categoria dos *media tradicionais*, os cartazes/posters/placards também foram muitos citados comparando com os panfletos, jornais e filmes, que foram bastante menos mencionados.

Sory: ...televisão. Criava um programa... ir até aos programas da tarde, da televisão... (Bragança, 7º)

Shego: Criava um programa de televisão, tipo um Top models. (Porto, 11º)

Rita: Se tivesse dinheiro, fazia um documentário, neste caso, sobre saúde.

Moderador: E como divulgavas o documentário?

Rita: Não sei bem onde é que os documentários passam... No National Geographic.

Moderador: Na televisão, é isso?

Rita: Sim. (Braga, 9º)

Embora já tenha sido referida a propósito da TV, a **publicidade** prova merecer o destaque de uma categoria isolada, por ter sido bastante referida também associada a sites, redes sociais ou isoladamente sem associação a um *media* específico.

Margarida: Mas se for publicidade ou assim, as pessoas podem nem acreditar, mas pelo menos estão a ver e podem alertar outras pessoas (Braga, 7º)

Zequinha: Propaganda nos intervalos na televisão... (Bragança, 7º)

As **iniciativas na escola** propostas pelos jovens dizem também respeito a variadas formas de divulgação desde cartazes a conversas em contexto de sala de aula e sessões, palestras e demonstrações nas escolas. Foi referido que para obterem uma maior adesão, estas deveriam ocorrer ao mesmo tempo que as aulas escolares.

Nutela: Acho que falar na sala de aula também. Às vezes os professores passam um filme que não tem nada a ver com educação sexual ou cenas assim, é só mesmo para sumariar e não dar aula nesse dia, e os alunos se calhar, até já foi um filme que já vimos...e ficamos ali..ok...

- Fiona: Ya, e depois ainda levamos sermões se não estivermos atentos

(..)

Nuno: Bastava ser uma palestra em altura de aulas que o pessoal...

Nutela: Mas também não pode ser uma palestra muito secante. Tipo, o pessoal geralmente é “temos palestra não temos aula, fixe”, mas depois estão na palestra a mexer no telemóvel, porque aquilo está a ser uma seca... (Braga, 11º)

Estes adolescentes referiram ainda as **iniciativas móveis**, como as demonstrações ambulantes (ex. por distritos e aldeias), tournées de carrinhas de saúde, carros impressos e até avionetas com mensagens acopladas.

Inês: Uma tournée... até bastava uma daquelas carrinhas... há umas carrinhas de saúde para irem para as aldeias...

Zequinha: Era uma caravana...

Inês: Íamos para as aldeias, até se promovia assim...

Zequinha: Eu era milionário, então andava a sobrevoar com uma avioneta, com uma daquelas letras...

(Bragança, 7º)

Também foram mencionadas, embora em muito menor escala, as **linhas telefónicas** de saúde com comunicação privilegiada a hospitais.

Tita: Baseado nestes comentários, podia criar, por exemplo, uma linha telefónica para a qual nós enviássemos uma mensagem, ligado a um hospital, enviavam-nos informação... como naqueles sites... que nos enviassem informação verdadeira. (Porto, 7º).

Tabela 69: *Meios de divulgação das campanhas de promoção de saúde*

Dimensão	Categorias
Meios de divulgação das campanhas de promoção de saúde	Internet
	<i>Media</i> tradicionais
	Publicidade
	Iniciativas na escola
	Iniciativas móveis
	Linha telefónica

9.4 Temas que gostavam de ver trabalhados

Nos grupos de foco realizados, exploramos igualmente os temas que os jovens consideram que deviam ser mais trabalhados, quer pelo seu interesse e curiosidade, quer por sentirem necessidade de obter mais informação sobre esses assuntos. Especificamente na

área da saúde, referem a sexualidade, a alimentação e nutrição, a saúde no geral, as doenças e, especificamente, a Zica.

Os jovens, em geral, sentem-se informados, e por vezes até “bombardeados” com a informação sobre sexualidade. No entanto, consideram que ainda continua um tema tabu, mas que a tendência venha a diminuir com o tempo. Alguns jovens gostariam de ver o tema trabalhado de um modo menos teórico e mais prático:

Moderador: Quais os temas que gostariam de ver trabalhados?

Uta: Sobre a sexualidade e drogas.

Jussana: Eu acho que não, porque nas escolas há mais gente de fora para explicar isso. Acho que coisas diferentes... isso já está muito batido. Pelo menos, já tens os amigos para perguntar, os pais...

João: Eu acho que a sexualidade ainda é um pouco tabu. Acho que esse é que é o problema. Mas conforme os anos vão passando, é menos tabu. Todos os anos, já se fala melhor sobre isso.

John: Já se fala melhor.

João: Mas ainda é um assunto...

Camila: Há pouco à vontade.

(...)

Moderador: Então sobre a sexualidade, acham que têm a informação toda de que precisam?

Diversos: Sim.

Jussana: Pois, é sempre a mesma coisa.

Camila: Não variam.

(...)

John: É que uma coisa é falar, outra coisa é, digamos, fazer.

Moderador: Acham que deviam falar mais sobre experiência prática do que teoria?

John: Sim, eu acho que sim.

Camila: Eu acho que sim, porque estamos sempre a falar de teoria...(Braga, 9º).

Como os jovens que participaram no GF3 prescindiram de uma palestra sobre sexualidade para participar neste estudo, esta circunstância serviu de mote para explorar esta questão. Neste sentido, criticam a repetição dos temas e a estrutura das aulas sobre o tema. Consideram, igualmente, que a informação deveria abranger outras vertentes como as questões de género e que estas deveriam ser explicadas com menos tabus:

Moderador: Por exemplo, uma coisa que me suscitou bastante curiosidade. A professora acabou por dizer que vocês tinham uma palestra sobre sexualidade, não é? Para ser completamente franca, achei estranho vocês quererem participar nesta atividade tendo uma palestra tão interessante.

Nutela: Falam sempre da mesma coisa... preservativos, DST's. Tipo, nós estamos ali, já ninguém faz perguntas, porque já toda a gente sabe.

Moderador: Quais são os temas que vocês acham que as pessoas realmente não estão a dar informação sobre aquilo? E vocês queriam saber mais?

Fiona: Sexualidade, porque a maior parte dos professores.... do que estava a falar há bocadinho, passam um filme qualquer e acham que aquilo já está feito, o que basicamente, o que os filmes normalmente têm é, têm um bocado de sexo e falam um bocado sobre isso e depois seguem a vida.

Nutela: Um filme bom de sexualidade foi a rapariga dinamarquesa que nem sequer foi uma professora nossa que passou, foi uma professora de substituição, que não nos queria mandar para casa, mas também não queria estar a dar aula, então disse “ah, vamos ver este que é muito bom”. Eu já o tinha visto, mas o filme para falar dos temas de sexualidade é bom, porque agora, recentemente, ninguém

quer saber dos preservativos e dos métodos contraceptivos, porque nós damos isso no 9º, mesmo no 8º ano, nós damos isso e sabemos isso. Na rapariga dinamarquesa é mesmo uma questão de sexualidade, tipo ele quer mudar de género. Há bebés que nascem com 2 géneros e os pais têm de optar por um e às vezes optam mal e depois acontecem essas cenas. Quando crescem é um rapaz e vira-se para a mãe e diz que quer ser rapariga. Acho que as pessoas não se focam tanto nisso. Focam-se mais no óbvio...

Fiona: A sexualidade não é só as pilinhas... tem outras coisas, de que tipo de pessoas é que gostamos, quem é que queremos ser, não é só sexo.

Moderador: Mas o que gostavam então de saber mais e que não vos está a ser dito?

Fiona: Mais essa parte da sexualidade que não tem só a ver com o sexo, mas com...

Bianca: Tipo a homossexualidade.

Nutela: O sexo "outro", não percebo isso. Por exemplo, quando se cria um perfil no facebook, pergunta "masculino", "feminino", "outro". Não entendo isso. Tipo, sei que há.. o teu amigo... é um rapaz, fisicamente, mas não quer ser tratado como um rapaz, é tratado tipo... como .. nem é isto nem aquilo.

Fiona: Tudo por nomes que não são nem masculinos nem femininos. Unisexo, basicamente.

Moderador: E que acham disso?

Nutela: Eu não me importo. É normal, é a escolha dele.

Tone: Mas acho que mesmo os professores têm mais tabus em relação a isso do que nós.

Nutela: Sim, a falar sobre isso mesmo. A professora de inglês tenta falar connosco "não fiquem envergonhados". Nós estávamos a falar, ela é que fica tipo... (Braga, 11º)

No entanto, também foi referido por um adolescente mais jovem, a vergonha em falar sobre o assunto. ("Chega-se a um ponto em que se pensa que se sabe tudo e depois não se sabe nada, mas só que a vergonha em falar com os outros acaba por nos prejudicar", Bruno, Braga, 7º).

É importante referir que outros jovens consideram que as aulas de educação sexual não foram suficientes, centrando-se apenas na componente biológica, ou consideram que os conteúdos poderiam ser explicados por especialistas. É particularmente importante atentar nos exemplos de jovens que estão insatisfeitos com os moldes da "Educação Sexual", não conversam com os pais e/ou apresentam comportamentos de risco (não utilizar o preservativo) ou estereótipos de género enraizados (ex. responsabilização da rapariga).

Moderador: Mesmo os rapazes, perante dúvidas falam com os pais?

Mesquitão: Eu não.

Moderador: E são mais eles que tomam a iniciativa ou são vocês?

Matilde: Eles.

Carlão: A partir do momento em que eles sabem que nós começamos a nossa vida sexual ativa... não é! Pelo menos a mim o única alerta que me dão é "não queiras já filhos"... E para isso usar preservativo, que é um método contraceptivo, tanto para não engravidar como para não apanhar doenças... Não correr o risco... Eu pelo menos falo por mim... se eu tenho uma vida sexual ativa, tenho de ter confiança com quem estou... então não tenho problemas com as doenças sexuais.

Matilde: "O seguro morreu de velho... e a desconfiança da vida".

Matilde: A minha mãe sempre me explicou as coisas desde muito nova (...)

Carlão: Nem eu...

Moderador: Mesmo os rapazes, perante dúvidas falam com os pais?

Mesquitão: Eu não.

Carlão: Nem eu...

Moderador: As aulas de educação sexual, foram suficientes?

Carlão: Não.
Mila: Mais ou menos
Tiroide: Não esclarecem nada
Shego: Falam de processos biológicos só.
Matilde: E quando explicam as coisas... por exemplo, explicam só o preservativo masculino e o feminino.
Nunca ninguém explicou como usar o feminino.
Guidão: Concordo.
Matilde: As aulas que eu tive eram com professoras normais... mas mesmo assim não vinham pessoas com outra formação...
(...)
Moderador: Achas que as sessões sobre sexualidade informam bem, é isso?
Mesquitão: Não sei, acho que é muito cedo, é muito teórico...
Mila: Acho que as aulas que tivemos eram muito teóricas...
Mesquitão: Acho que deveria ser contínuo...
Mila: Tu falas no 6º ano, mas não é contínuo.. e chegas ao 9º ano, ao 10º ou ao 11º já não te lembras de nada... fica tudo muito disperso... acho que não está muito certo.
Matilde: Eu por acaso falo tudo com a minha mãe. Eu não penso muito assim, porque falo com a minha mãe...
Mesquitão: Eu acho que eles não são diretos. Tipo... é muita teoria... por exemplo, como se faz um bebé, é na barriga... ahhh... eu quero é..... (risos)
Carlão: Pouca prática.

O tema da nutrição foi também abordado, pois os adolescentes consideram que é um tema do qual obtêm muita informação. No entanto, sugerem que esta não vai ao encontro da informação que pretendem, se contradiz na Internet ou não é a mais correta. Também associam o tema aos distúrbios alimentares.

Camila: A alimentação, acho que é uma coisa de que gostaria de saber...
Jussana: Ai, eu acho que não. Já é uma coisa que tem tanta...
Rita: Pois, já se sabe muito, é como a sexualidade.
Alexa: Acho que há muita informação na Internet sobre a alimentação, mas que essa informação não é correta... e as pessoas guiam-se muito por isso.
Camila: Ya... tipo, façam aquele batido...
John: Anorexia, por exemplo.
Alexa: Distúrbios alimentares. (Braga, 9º)

Olívia: Eu só não confio em sites de nutricionismo, porque se contradizem. Por exemplo, há sites que recomendam que não devemos beber leite a partir de determinada idade. Há outros que recomendam precisamente o contrário. Então faço o que acho que está melhor... e pronto!
E tem outras, também. No nutricionismo é diferente.

Por outro lado, foi igualmente referido que a informação disponível sobre a nutrição está relacionada especialmente com a saúde, enquanto que os jovens priorizam a beleza em detrimento da saúde. Também foi considerado importante este tema ser aprofundado na escola:

Tone: Sobre a nutrição, o que tenho procurado nos últimos tempos, hum, há coisas... Na nutrição, geralmente fala-se mais de suplementos mais para ganhos de massa muscular e assim, e uma das

coisas que eu tenho visto mais é que as pessoas dão mais atenção a isso do que a suplementos vitamínicos e protetores para articulações e suplementos alimentares que são importantes. As pessoas querem mais um corpo musculado a todo o custo do que uma boa saúde.

Nuno: Pessoal que toma proteínas e assim e nem sequer faz exercício físico.

Nutela: Tomar proteínas sem exercício físico ficam a rebolar...

Moderador: E vocês, os outros rapazes, também procuram esse tipo de questões? Também acham que é importante a nutrição..

Miguel: É importante.

Nuno: Sim.

(...)

Nuno: Acho que não aprendemos só com a escola, com as aulas...

Tone: Muito mais cedo, muito pessoal da nossa idade toma proteínas e assim, muitas vezes sem acompanhamento médico, sem o acompanhamento devido de um nutricionista e fazem...

Bianca: Coisas destas também podiam ser informadas na escola. (Braga, 11^o)

Do mesmo modo, também foi manifestada curiosidade e vontade em saber um pouco mais sobre o tema do Cyberbullying, especialmente no que diz respeito a uma vertente de prevenção. No entanto, como já tínhamos observamos anteriormente, são, por vezes, subestimadas as consequências e modos de atuação. De facto, os adolescentes parecem demonstrar um falso sentido de controlabilidade sobre as questões relacionadas com o Cyberbullying.

Moderador: Ou vocês estão informados sobre esse assunto [cyberbullying]?

Diversos: Sim.

Tone: Não estamos informados, mas sabemos o que significa.

Nutela: E como se proteger.

Nuno: É não querer saber simplesmente.

Tone: Exato, ignorar. É cada vez mais a melhor forma de as pessoas se calarem.

Nuno: Estupidez e imaturidade por parte das pessoas, não vale a pena ligar.

Moderador: Há pouco quando estávamos a falar do cyberbullying, alguns de vós não concordavam com esta ideia. Era o Obama, o Trump e o Leitão?

Obama: Porque aquilo é muito fácil de contornar.

Trump: Podemos dar uma queixa à polícia.

Obama: A um simples click podemos resolver as coisas. Mas é claro que há casos e casos...No bullying, pode-se dar queixa na polícia, em alguns casos até é assustador.

Por vezes, o bullying foi também confundido com dinâmicas da amizade, em que os jovens salientaram diferenças de género nos processos de socialização.

Ekko: Bullying...amizade... é o que acontece. Nós tipo... agora é o que acontece muito.... isso dos jovens.... às vezes é a marca da amizade deles...

Cacildo: Há hoje em dia há... nós dizemos logo se não gostamos... mas as raparigas entre elas dizem... "Txau linda" e tal... sempre cheias de coisas.

Moderador: Mas achas que isso é uma forma de fazer bullying?
Ekko: Os rapazes, basicamente, são mais abertos uns com os outros, não é?!
Uta: Mas são entre eles. Mas não revelam nada....
Ekko: Mas as raparigas são diferentes.

Foi igualmente salientado que existe uma desvalorização do bullying em contexto escolar:

Uta: Mas por vezes as situações de bullying acontecem dentro da própria turma e os professores não fazem nada. As autoridades não fazem nada...
Luísa: Por exemplo, naquele programa que passou, o rapaz morreu por causa do bullying e a direção daquela escola não fez nada... e só depois de passar algum tempo de ele morrer é que depois foram dizer que ele já sofria de bullying.

Também foi manifestado interesse em saber e opinar mais sobre temas da atualidade (ex. política, guerra, o terrorismo, os refugiados, o turismo):

Camila: Falar de assuntos da atualidade, sobre os terroristas e os refugiados e expormos a nossa opinião e falarmos sobre isso.
John: A situação do país também seria interessante.
Rita: Politicamente seria melhor...
(...)
John: Não só politicamente. Por exemplo, a nível de turismo.
Moderador: Depende do tema também?
Camila: Sim.
(...)
John: Não estou a falar só de política. O país tem muitas coisas, turismo...

No entanto, os jovens consideram que a informação e a sociedade não esclarece as dúvidas que os jovens realmente têm. A este respeito, é considerado que a informação é repetida, mas não é desenvolvida como pretendiam, referindo que a informação na Internet não é suficiente.

Luísa: Pois, hummm...às vezes é muito repetitiva. Não, porque se desenvolvem....
Uta: Imagina, as notícias que saem sobre a guerra, é sempre sobre a mesma coisa, mas eles nunca nos esclarecem sobre esses assuntos.
Moderador: Mas não te sentes esclarecida sobre isso?
Luísa: Não...
Uta: ... e também muita dessa informação é escondida de nós.... e essa tal liberdade que dizem existir que dizem que há na Internet, não é assim tão verdade....
Moderador: Por que é que achas que isso acontece?
Uta: Não, porque simplesmente eles falam sempre da mesma coisa, mas não desenvolvem...

De um modo geral, ainda são diversos os temas nos quais os jovens sentem que necessitam de mais informação. É possível observar no seu discurso que, embora sejam “bombardeados” com muita informação sobre os diversos temas, esta nem sempre vai ao encontro das suas necessidades, considerando que os temas não são abordados de forma a esclarecer os jovens tendo em consideração a sua realidade. Begoray e colaboradores (2009) verificaram que os adolescentes tendem a criticar os professores por apenas proporcionarem informação demasiado geral e sem aprofundar os temas, nem especificar a informação que sentem que necessitam (Tabela 70).

Tabela 70: *Temas que gostava de ver trabalhados*

Dimensão	Categorias
Temas que gostavam de ver trabalhados	Sexualidade
	Alimentação e nutrição
	Saúde no geral
	Doenças
	Sexualidade abordada de um modo menos teórico e mais prático
	Questões do género
	Cyberbullying
	Temas da atualidade

Síntese final

Os resultados qualitativos apresentados neste capítulo serviram não apenas o propósito de consolidar, clarificar e aprofundar os dados obtidos na fase quantitativa, como também os transcenderam e apontaram novas áreas de interesse para a investigação que cruza as temáticas relacionadas com a *media*, a saúde e a adolescência. Deste campo tão vasto de ideias e perspectivas, emergiram pontos fulcrais para este estudo.

Os meios de comunicação social são considerados pelos adolescentes uma necessidade básica essencial à socialização humana. Destes meios (e paralelamente aos resultados encontrados no estudo quantitativo) a Internet destaca-se, de modo consistente, pela sua praticidade, facilidade de acesso e quase omnipresença, assim como o facto de permitir confidencialidade e/ou anonimato e infinitas possibilidades, muitas vezes em simultâneo. Esta serve uma multiplicidade de propósitos nas suas rotinas, como a obtenção, partilha e seleção de informação, a aprendizagem, o lazer e a socialização.

Dos imensos conteúdos disponíveis online, os jovens sentem-se particularmente atraídos pelas redes sociais como o Facebook e o YouTube. No entanto, as séries disponíveis online e os *influencers* (ex. youtubers, vloguers) ganham cada vez mais terreno no seu quotidiano. Neste contexto, o tema da saúde atrai muito a atenção dos mais jovens e, dentro desta área, os temas da nutrição e a atividade física ganham particular relevo.

Consistentemente com alguns estudos, assim como com os resultados quantitativos deste estudo, a Internet é o médium que mais se destaca como fonte de informação de saúde (ex. Ghaddar, Valerio, Garcia & Hansen, 2012; Navarra, Neu, Toussi, Nelson, & Larson, 2014; Ralph et al., 2011; Skopelja et al., 2008). Contudo, os pais destacam-se como o principal meio nesta área (ex., Ackard & Neumark-Sztainer, 2001; Baheiraei et al., 2013; Levin-Zamir, 2011). A confiança, a disponibilidade e a experiência dos pais são algumas das razões que levam a esta preferência. No entanto, a mãe é a mais procurada e a principal confidente (ex., Brooks, 2015, Matos, 2015; Nomaguchi, 2008) por ser, frequentemente, a mais disponível para conversar com seus filhos (ex., Matos, 2015).

Enquanto os adolescentes tendem a confiar na informação proveniente dos pais, sentem maior necessidade de avaliar a credibilidade da informação que obtêm através da Internet. Neste contexto, a consistência/coerência da informação encontrada capta a confiança dos jovens, isto é, quanto mais a informação confirma a ideia que obtiveram previamente, mais credível se torna para os jovens. Os pais e Internet são, frequentemente, meios

complementares, pois devido às vantagens e características diferentes, um é utilizado para confirmar, complementar ou esclarecer a informação obtida pelo outro e vice-versa. Os jovens ficam igualmente atentos ao modo como a informação está redigida, ao feedback e opiniões que recebe e à publicidade suspeita.

Relativamente à importância dos *media*, os jovens são extremamente hábeis em identificar áreas onde sentem que têm impacto nas vidas dos jovens. Contudo, à semelhança do que foi encontrado na componente quantitativa, este efeito é percebido como mais relevante nos pares do que em si próprios. O impacto positivo e negativo identificado deixa a imagem de uma percepção dualista na avaliação das vantagens e desvantagens que os *media* lhes devolvem, ainda que, no geral, como já foi referido, os considerem essenciais à sua existência.

O papel dos *media* e outras áreas relacionadas com a saúde e os *media* são considerados temas interessantes e importantes pelos jovens. Estes admitem receber muita informação sobre muitos destes temas, mas consideram que esta devia ser incluída nos programas curriculares e/ou ser disponibilizada com outro tipo de abertura, que lhes permita um papel mais ativo e participante.

No caso das campanhas de promoção da saúde, os adolescentes sugerem que estas devem recorrer a pessoas de referência que admiram (ex. YouTubers, jogadores de futebol, pessoas fisicamente atraentes, especialistas na área), que funcionam frequentemente como modelos a seguir. Essas campanhas podem recorrer igualmente a eventos que apreciem (ex. concertos). Neste contexto, os jovens valorizam o contacto direto, a interatividade, os testemunhos reais, a beneficência e imagens marcantes/chocantes.

Estes dados que emergiram da análise qualitativa e os encontrados na componente quantitativa deste trabalho dão pistas essenciais que devem ser analisadas, comparadas e discutidas à luz dos objetivos do estudo, e esse é o propósito do capítulo que se segue.

O tema da relação entre os *media* e a saúde tem chamado a atenção de diversos autores (ex., Brown & Bobkowski, 2011; Pereira et al., 2018; Pereira et al., 2015; Strasburger et al., 2010, 2012). Simultaneamente, a literatura que tem em consideração o cruzamento entre a LS e a LM ainda é muito incipiente, como salientam Levin-Zamir e colaboradoras (2011) e Wharf Higgins e Begoray (2012). Por outro lado, Levin-Zamir e Bertschi (2018) referem a importância das variáveis contextuais e ambientais na análise dos conceitos de Literacia Mediática em Saúde (LMS).

É na base deste contexto que o objetivo deste estudo foi explorar as fontes de informação, os fatores sociodemográficos e os comportamentos online e de saúde, na sua relação com a LMS. Este estudo foi suportado por uma base metodológica quantitativa, através da qual explorámos os usos mediáticos dos jovens as fontes de informação que utilizam e os seus comportamentos (online e de saúde). Explorámos ainda como estas variáveis estão relacionadas com a LMS. Na componente qualitativa, aprofundámos as perceções sobre as fontes de informação e verificámos que os jovens percecionam os *media* como meios profundamente importantes e com impacto nas suas vidas e saúde. Além disso, os jovens revelaram que estão efetivamente a implementar algumas estratégias de avaliação da informação. Este capítulo pretende, assim, integrar a informação recolhida nos dois capítulos de resultados de modo a responder com maior solidez aos objetivos propostos neste trabalho.

Deste modo, apresentamos em seguida os temas centrais neste capítulo, nomeadamente, as rotinas e preferências dos jovens com os *media*, as fontes de informação sobre saúde mais relevantes na vida dos adolescentes, a relação entre os meios de informação e os comportamentos online e de saúde dos jovens, a perceção acerca do impacto dos *media*, a capacidade de avaliação da informação e a relação entre a LMS dos jovens e as grandes variáveis deste estudo.

1. As rotinas com os media: fazem o quê e para quê?

Nesta análise, procurámos observar padrões de utilização dos *media* pelos adolescentes desta amostra. De uma perspetiva global, os jovens despendem grande parte do seu tempo diário na companhia dos *media* e passam mais tempo a ouvir música do que a realizar qualquer outra atividade mediática. No entanto, os jovens não consideraram a música

uma fonte frequente de informação de saúde, revelando que, possivelmente, não têm consciência dos conteúdos que tão frequentemente ouvem ou os estilos musicais que selecionam não lhes providenciam informação sobre o tema. Os estudos salientam os benefícios da música para o bem-estar e saúde dos jovens (ex., Cheong-Clinch, 2009; Laiho, 2004; McFerran et al., 2010; McFerran et al., 2013). Similarmente, este estudo aponta a relevância da música como fonte de informação sobre saúde para os adolescentes portugueses. Estes dados constituem uma inovação nesta área e revelam o potencial de um meio de fácil disseminação.

Não obstante o reconhecimento do valor da música por parte dos jovens, na componente qualitativa deste estudo, ela não se destacou dos restantes *media*. Aparentemente, os jovens não associam a música aos *media* e, por vezes, consideram que existe uma relação simbiótica entre esta e a Internet, que é *medium* que mais destacam. Ambas as componentes deste estudo indicam que são as diversas aplicações da Internet e atividades online que mais ocupam o seu tempo e se destacam nas suas vidas, revelando a importância e magnitude do seu papel na vida dos jovens (ex., Sergi et al., 2016). Apelidada, por vezes, como “*media* rei” ou “uma necessidade básica”, os jovens revelaram reconhecer as potencialidades da Internet ao assumir que a utilizam para informação e aprendizagem, bem como para lazer, refúgio e socialização. Dentro da infinidade de possibilidades dos conteúdos na Internet, ambos os estudos indicam o destaque dos *chats* (ex. *Skype, WhatsUp*) e, especialmente, das redes sociais (ex. *Instagram, Youtube, Facebook, Twitter, Snapchat*). Entre estas sobressai o uso do *Facebook* (embora esta não seja necessariamente a que mais apreciam) e o *Youtube*. Os jovens demonstraram utilizar e apreciar as redes sociais que estão na “moda”, e que permitam a socialização, lazer/refúgio, aprendizagem e informação acerca da atualidade, para além da possibilidade de visualização de vídeos e “seguir” pessoas que admiram. Valorizam, igualmente, a quantidade e as possibilidades de visualização, partilha e edição de fotos. É importante reparar que os jovens consideram gratificante a possibilidade de conhecer pessoas novas, divulgar informação e fotos, bem como obter o feedback de outros, incomodando-se, simultaneamente, com a quantidade de comentários negativos que possam sofrer, com a manutenção do anonimato e com a restrição de pessoas que visualizam os conteúdos dos seus perfis. No entanto, grande parte dos jovens publica conteúdos muito pessoais em redes sociais ou *blogs* e cerca de um quarto dos adolescentes deste estudo admite ter-se envolvido em conversas com desconhecidos na Internet. Embora não constituam

uma maioria, é importante atentar que a componente qualitativa deste estudo revela que falar com desconhecidos é frequentemente percebido como um processo natural de socialização positivo, no qual incorrem, ainda que nem sempre de modo intencional, podendo advir, por exemplo, de conversas em *chats* ou jogos online.

Similarmente, um quinto dos jovens revelou já ter sofrido episódios de provocação, ofensa ou ameaça através dos *media*, o que pode corresponder à vitimização por *cyberbullying* (ou *cyber-aressment/cyber-agression*). Uma vez que estes números são superiores aos encontrados anteriormente por outros autores (ex., Lampert et al., 2012; Matos et al., 2015), os jovens podem atualmente estar mais consciencializados e atentos para este problema, reconhecendo mais facilmente as suas facetas.

Ainda que apenas uma parte dos jovens apresente estes comportamentos de risco online, estes dados merecem atenção por parte da investigação e salientam que a intervenção preventiva deve ser instaurada em idades precoces. Os próprios jovens consideram que é necessário desconstruir alguns mitos e fomentar a informação e competências para evitar perigos online e/ou lidar com possíveis consequências que daí possam advir.

Mais do que em portáteis, os jovens acedem à Internet essencialmente através do telemóvel, por ser um aparelho prático de utilizar e transportar, e por permitir facilmente o acesso a redes sociais e outros conteúdos. É demonstrado, deste modo, que o espectro de atividades do telemóvel tem vindo a aumentar. É igualmente interessante salientar que, consistentemente com alguns estudos, os jovens tendem a despende mais tempo a enviar mensagens de texto e MMSs, do que a conversar ao telefone ou telemóvel (ex. Rosen, 2010). Todas estas possibilidades (*chats*, mensagens, fotografias) parecem estar a fomentar a comunicação e a socialização. No entanto, considerando que a comunicação não verbal é a mais relevante, perde-se algo na passagem das mensagens? Estarão estas a passar por um processo de metamorfose como, por exemplo, os *emoji* a substituir as expressões faciais?

Os dados da componente qualitativa parecem indicar que os jovens não fazem apenas *multitasking*, como também valorizam e selecionam os *media* e os conteúdos que lhes permitem essa “vantagem”. A título de exemplo, a Internet é apreciada por permitir uma infinita lista de possibilidades, como o caso do *Facebook* que é passível de ser explorado e manuseado, permitindo simultaneamente, que comuniquem no seu próprio *chat* com um ou mais colegas e amigos.

Os dados qualitativos revelam, igualmente, que os jovens estão a cruzar diferentes meios quando, por exemplo, acedem à Internet no telemóvel e assistem a séries na Internet. Assim como Pereira e colaboradores (2015) observaram, os resultados deste estudo também sugerem que a televisão continua a ter um papel relevante para os jovens.

Os programas de entretenimento e, em especial, as séries, parecem fazer parte desses conteúdos e desempenhar um papel importante no lazer e informação dos adolescentes.

Embora os jovens continuem a assistir a conteúdos televisivos, estes tendem a despendem menos tempo a ouvir rádio, ler livros, jornais e revistas, mesmo que estes sejam disponibilizados online. Do mesmo modo, ainda que os dados pareçam indicar que os adolescentes despendem pouco tempo a jogar videojogos, estes dados são consistentes com o estudo de Pereira et al. (2015), que sugere que tal pode dever-se ao facto dos jovens poderem estar a jogar com frequência na Internet. De facto, na componente qualitativa deste estudo, os rapazes revelaram jogar videojogos pelas suas potencialidades na diversão, socialização e desafio, embora seja interessante que também racionalizem a sua utilização apresentando as suas possibilidades de aprendizagem (ex. de línguas) e treino da estratégia, raciocínio e reação.

Consistentemente com a literatura, os rapazes deste estudo tendem a usar mais os videojogos do que as raparigas (ex., Cotton, Shank & Anderson, 2014; Garcia-Contiente, Pérez-Gimenez, Espelt, & Adell, 2013; Lampert, Sygusch & Schlack, 2007; Ohannessian, 2009; Pereira, Pinto, & Moura, 2015). No entanto, as raparigas, de um modo geral, tendem a envolver-se em mais atividades com os restantes *media* (Cotton, Shank & Anderson, 2014; Lampert, Sygusch & Schlack, 2007; Matos et al., 2015; Ohannessian, 2009; Pereira, Pinto & Moura, 2015) e, em especial, com tecnologias elencadas à comunicação (Cotton, Shank & Anderson, 2014). De facto, Cotton e colaboradores (2014) sugerem que estas diferenças podem estar associadas a uma maior tendência para as raparigas revelarem mais *multitasking* no que diz respeito à música e à comunicação. No entanto, os nossos resultados parecem contradizer-se quando indicam que são os rapazes, em detrimento das raparigas, que tendem a conversar mais frequentemente com desconhecidos na Internet, contrariando até o estudo EU Kids Online (Barbovschi, Manirescu, Velicu & Laslo, 2012). Uma das possíveis explicações para estes resultados recai sobre o facto de os rapazes terem manifestado jogar mais na internet, o que já revelou previamente uma associação com o comportamento dos

adolescentes de conversar com novas pessoas online (Liau et al., 2005). Por outro lado, o facto de as raparigas serem mais encorajadas a expressar-se (ex., Giacobbo et al., 2013), pode fazer com que o contacto com novas pessoas através de *chats*, por exemplo, constitua uma alternativa de socialização mais fácil e atraente para os rapazes.

Além disso, enquanto os videojogos e televisão tendem a ser mais populares entre os mais novos (Rosen et al., 2010), o consumo da maior parte dos *media* e da tecnologia, bem como a predisposição para correr riscos online tendem a ser mais frequentes nos jovens com mais escolaridade. A título de exemplo, foi observada a tendência para os jovens sofrerem algum tipo de provocação online aumentar com a idade. Embora os jovens mais velhos tenham uma maior propensão para sofrer vitimização por *cyberbullying* (Matos et al., 2015; Hong, et al., 2016) tendem igualmente a pedir menos ajuda (ex., Pereira et al., 2016), o que pode abrir espaço para a invisibilidade do *cyberbullying*.

Por outro lado, os jovens mais velhos tendem a despender mais tempo em atividades com os *media*, em geral, e com a Internet, em particular, a receber uma menor mediação e monitorização por parte dos pais (Top, 2016; Vaala & Bleakley, 2015) e a ser mais independentes e autónomos (ex., Top, 2016).

Concretizando, os resultados deste estudo apontam que o aumento da idade/escolaridade dos adolescentes parece ser um fator que contribui para o aumento de práticas com os *media*. Como Livingstone e Helsper (2010) argumentam, com mais práticas e oportunidades, é igualmente maior a probabilidade de desenvolver comportamentos que podem representar algum tipo de risco para a segurança e bem-estar dos jovens. Similarmente, os dados indicam que os jovens mais velhos têm mais práticas mediáticas e também incorrem em mais riscos.

Neste estudo, parece existir, a evidência de que as raparigas realizam mais atividades mediáticas. No entanto, e de modo análogo ao estudo de Livingstone & Helsper (2010), os rapazes apresentam uma maior tendência para incorrer em comportamentos de risco online. Este resultado pode dever-se a uma maior tendência para a consciencialização e previsão das consequências do risco (ex., lesão) por parte das raparigas. (Morrongiello & Rennie, 1998).

Quanto à localização geográfica, Pereira e colaboradores (2015) já tinham encontrado que esta variável não é significativa, relativamente aos usos e práticas mediáticas. De facto, no que diz respeito ao distrito de residência (litoral, interior) não foram encontradas tendências claras e/ou consistentes quanto aos usos e práticas com os *media* e riscos online, o que

parece indicar que a localização geográfica não é uma variável determinante nesta área em Portugal. Tal deve-se, provavelmente, à globalização dos *media* e ao facto de os jovens que nasceram neste milénio terem um acesso sem precedente às tecnologias e à generalização do acesso dos adolescentes aos meios tecnológicos (Bucksch et al., 2016).

2. Fontes de informação: O destaque dos pais e a “competição” com a internet

Grande parte da literatura aponta a Internet como primeira fonte de informação de saúde (ex., Ghaddar et al., 2012; Navarra et al., 2014; Ralph et al., 2011; Skopelja et al., 2008) e os estudos que abordam a procura e utilização de informação de saúde tendem a focar-se na própria Internet ou em recursos online (Kim & Syn, 2014). Como verificado neste estudo, a Internet é o *medium* que mais se destaca na vida dos jovens, sendo reconhecida por estes como o mais importante na aquisição e procura de informação sobre saúde.

Similarmente a outros trabalhos (ex., Ackard & Neumark-Sztainer, 2001; Baheiraei et al., 2014; Levin-Zamir et al., 2011), os pais são, consistente e demarcadamente, a fonte onde os jovens adquirem e procuram ativamente informação sobre este tema. Para justificar esta preferência, poder-se-ia hipotetizar que jovens restringem o conceito de saúde a mal-estar e doença, sendo expectável que, quando não se sentem bem, os pais sejam os primeiros que contactam. No entanto, quando questionados sobre alguns temas específicos (ex. tabaco), os pais continuaram a ser a fonte de informação principal para a aquisição de informação sobre saúde, contrariamente ao que aponta o estudo de Marcell e Halpern-Felsher (2007), mas que é consistente com estudos que indicam que, de facto, os pais constituem a principal fonte para obtenção de informação de saúde para muitos temas com ela relacionados (ex., Ackard & Neumark-Sztainer, 2001; Baheiraei et al., 2014; Levin-Zamir et al., 2011).

Poder-se-ia igualmente considerar que, por uma questão de desejabilidade social, os adolescentes referissem o que considerariam expectável no estudo ou mais aceite socialmente (ex., Krumpal, 2013), evidenciando os pais e ocultando outros meios de informação como a Internet. No entanto, esta hipótese não se coloca devido à indubitável e consistente soberania da fonte ‘pais’ relativamente à procura, obtenção e abordagem de diversos temas específicos. Os grupos de foco reforçam a refutação desta hipótese, pois num ambiente muito mais informal, que propiciou o aprofundamento desta questão, grande parte dos jovens revelaram a facilidade de comunicação com os pais sobre saúde.

Afastadas estas hipóteses, porque é que é que os pais se destacam tão demarcadamente como fonte de informação?

Os dados deste estudo apontam que os pais são a fonte de informação em que os jovens mais confiam. Consistentemente, os dados qualitativos reforçam a ideia de que esta é a principal razão para conversarem com estes sobre saúde. Todavia, os jovens revelaram, igualmente, outras razões que justificam esta escolha, nomeadamente a valorização do conhecimento, experiência e proximidade dos pais, bem como um sentimento de que estes são os seus cuidadores. No entanto, para além da capacidade de reconhecer estas características nos pais, os jovens revelam conseguir identificar as individualidades de cada progenitor e utilizá-las a seu favor. Assim sendo, e talvez porque a comunicação entre pais e filhos é influenciada pelo género dos pais (Portugal & Isabel, 2013), os jovens tendem a preferir a mãe para conversar por ser mais “fácil” e/ou por a verem como a principal confidente (ex., Brooks et al., 2015, Matos et al., 2015; Nomaguchi, 2008). Embora a confiança se tenha manifestado muito importante na escolha do progenitor, a disponibilidade revelou ser um fator primordial. Os jovens tendem a passar mais tempo com a mãe (ex. em caso de separação/divórcio dos pais) o que permite que esta se mantenha a mais acessível e disponível para conversar com os seus filhos (ex., Matos et al., 2015). Contudo, é também interessante reparar que algumas razões para conversar com a mãe coincidem com as referentes ao pai, nomeadamente, a disponibilidade, mas também a confiança, que se revela ser, uma vez mais, um fator relevante na comunicação pais-filhos.

Do outro lado do espectro, os adolescentes questionam-se e desconfiam mais da informação que encontram na Internet (ex., Fergie et al., 2012; Jones & Biddlecom, 2011; Ralph et al., 2011) e, especificamente, nas redes sociais. Se têm uma atitude de desconfiança para com a internet, o que justifica a sua relevância?

Os dados do estudo quantitativo sugerem que a Internet e os pais competem de perto quanto à facilidade de acesso, o que para além de ajudar a explicar a preferência pelos pais, indica que esta característica pode sobrepor-se a uma atitude de desconfiança para com a internet. O estudo qualitativo reforça que os jovens valorizam especialmente a facilidade no acesso à internet (rapidez, praticidade, comodidade e conveniência), e acrescenta que a possibilidade de confidencialidade/anonimato que esta permite é também muito apreciada pelos adolescentes.

Para além disso, é relevante atentar que alguns jovens revelaram utilizar a internet pela

necessidade de complementar a informação que obtêm dos pais, e a impossibilidade/indisponibilidade de conversar com alguém próximo. Por outro lado, também foi observado que, por vezes, recorrem aos pais para discutir informação que obtêm na Internet. Deste modo, além destas fontes parecerem competir entre si, apresentam uma natureza complementar numa relação bidirecional complexa e particular de cada interação familiar e características individuais do adolescente. No entanto, no que respeita a temas de saúde, a Internet tende a perder a batalha para os pais, provavelmente devido à questionabilidade da confiança que podem depositar.

Não podemos ignorar que os jovens admitem que são os pais que tendem a tomar mais a iniciativa de iniciar um diálogo e, em especial, a mãe. Além disso, nem todos os jovens referem procurar ou mesmo conversar com os seus pais. Alguns escolhem complementar/confirmar essa informação com a internet e outros significativos, existindo mesmo casos mais preocupantes de jovens que sentem que não têm fontes de informação sobre saúde a que recorrer.

Apesar de constituir uma minoria, o que pode impedir alguns jovens de conversar com os pais e/ou sentir satisfeitos com a informação que deles obtêm?

Segundo os jovens, o confronto de gerações é um dos grandes responsáveis, pois consideram que a comparação das suas dinâmicas com as da juventude dos pais não faz qualquer sentido. Esta comparação e/ou a possibilidade de despenderem mais tempo com os pares permite que estes possam substituí-los como confidentes ainda que, por sua vez, alguns jovens tenham referido constrangimentos em conversar com pares sobre temas que partilham com os pais (medo de “ser gozado”). Além disso, os jovens também parecem ser pouco tolerantes quando os pais dispersam do tema que os levou a procurá-los em primeira instância, alongando-o ou transpondo para outros tópicos que não lhes cativam o interesse. Por outro lado, podem sentir vergonha e desconforto em conversar sobre alguns temas e/ou querer evitar reprovação e confronto por parte dos pais. Para além disso, é interessante reparar que a preocupação excessiva por parte dos pais em relação aos seus filhos e (contrariamente) a desvalorização de sintomas dos jovens, por exemplo, constituem ambos exemplos de comportamentos que os deixam insatisfeitos. Deste modo, os pais têm que superar grandes desafios relativamente ao modo como se expressam, para que os adolescentes se sintam compreendidos e motivados para iniciar e manter uma conversa.

No entanto, os jovens revelaram uma maior motivação para conversar com os seus pais

acerca de questões de saúde/risco, do que sobre as atividades que envolvem os *media* (televisão e Internet). Consistentemente, os dados qualitativos confirmam que a facilidade na comunicação com os pais pode variar com o tema que pretendem abordar. Relativamente a tópicos de saúde, foi apresentada especial relutância no que diz respeito à sexualidade. Estes dados reforçam a natureza complexa da comunicação sobre temas sensíveis como a sexualidade, com os pais, os pares e os educadores. Os resultados lançam ainda a hipótese de que os agentes interpessoais (ex. professores) possam não estar a abordar estes tópicos conveniente e abertamente (ex. educação sexual nas escolas).

Comparativamente ao tema da saúde e ao que veem na televisão, as conversas sobre atividades online, revelaram ser, no estudo quantitativo, as que mais admitem nunca ter com os seus pais, embora o tema não tenha sido consensual no estudo qualitativo. Conforme referido, alguns jovens chegam mesmo a confirmar a informação da Internet com os pais e outros assumem evitar falar com eles sobre o tema, por exemplo, por medo de represálias (ex., proibição de aceder à internet). No entanto, é interessante observar que foi esporadicamente admitido pelos jovens que os pais têm, ou deveriam ter, um papel ativo na sua relação com a Internet, participando ou mesmo restringindo as atividades online dos filhos. Esta observação é controversa, se tivermos em consideração que a autonomia e a liberdade são “direitos” particularmente estimados pelos adolescentes.

A comunicação com os pais (sobre *media* e saúde), já por si complexa, está ainda relacionada com a frequência com que os jovens adquirem informação sobre saúde, não apenas através dos *media*, mas também a partir de outros agentes interpessoais. Os pais estipulam o meio mediático dos filhos e podem encorajar a sua utilização, além de poderem mediar a relação entre os jovens e os *media* (Nathanson, 2015). Além disso, podem promover a saúde dos seus filhos, ao distinguir entre fontes de informação pela sua qualidade (Austin et al., 2015) e determinar a sua frequência. Estes podem igualmente demarcar e mediar o contacto e a informação que os jovens obtêm através de pares, professores e profissionais de saúde, entre outros.

Para além disso, existem outros fatores de natureza sociodemográfica que interferem igualmente na relação dos jovens com os pais e com as restantes fontes de informação. Consistentemente com a literatura (Nomaguchi, 2008; Portugal & Isabel, 2013), comparando raparigas com rapazes, são elas que mais frequentemente conversam com os seus pais e adquirem mais informação sobre saúde através de outros agentes interpessoais. Estes dados

podem dever-se ao facto de, desde a infância, as raparigas serem frequentemente mais encorajadas a expressar-se, quando comparadas com os rapazes (ex., Giacobbo et al., 2014). Esta tendência foi observada nos grupos de foco, pois, no geral, as raparigas iniciaram e desenvolveram os tópicos com muita mais facilidade e fluidez. No entanto, e consistentemente com a literatura (ex. Vardavas et al., 2009), as raparigas não tendem apenas a obter mais frequentemente informação de saúde a partir de outros significativos, mas também a partir de fontes mediáticas. Estes dados podem dever-se à já analisada tendência para um maior uso de grande parte dos *media* pelas raparigas (Cotton et al., 2014; Lampert et al., 2007; Matos et al., 2015; Ohannessian, 2009; Pereira et al., 2015), para apresentar mais *multitasking* relativamente à música e comunicação (ex. Cotton et al., 2014) e a uma tendência dos pais para limitarem menos o uso dos *media* nas filhas (ex., Top, 2016) do que nos seus filhos rapazes.

Contrariamente ao género, a idade/escolaridade não se revelou importante na comunicação com os pais, não se verificando a tendência para esta diminuir ao longo do tempo. Estes dados parecem ser inconsistentes com os de Tomé e colaboradores (2012), que observaram uma tendência para a diminuição da comunicação com os pais. Os dados deste estudo parecem revelar uma estabilidade no padrão da comunicação, ao longo do tempo, muito embora, aquando dos grupos de foco, os mais velhos tendessem a ser menos comunicativos e a falar com mais reservas. No entanto, os jovens mais velhos revelaram tender a obter mais frequentemente informação de saúde através dos *media*. Estes resultados eram expectáveis, pois os mais velhos revelaram, igualmente, um maior uso dos *media*, podendo também se dever a uma menor monitorização dos filhos mais velhos, que, estão numa fase caracterizada por maior independência e autonomia (ex., Top, 2016). Deste modo, enquanto a comunicação com os pais e agentes interpessoais tende para a estabilidade à medida que os jovens crescem, é o modo como se relacionam com os *media* que mais se altera.

Relativamente à área de residência, assim como observaram Portugal e Isabel (2013), este estudo também não demonstrou uma tendência para esta influenciar a comunicação entre pais e filhos. Os jovens de Bragança assumiram conversar mais com os seus pais sobre os *media*. No entanto, os resultados sugerem que não existem diferenças consistentes na obtenção de informação de saúde, a partir de meios interpessoais ou mediáticos. É assim reforçada a ideia de que a localização geográfica não é determinante, pois os jovens tendem a

aproximar-se nos seus padrões de obtenção de informação de saúde.

3. A verosímil relação entre fontes de informação e os comportamentos

À semelhança das correntes teóricas mais “pessimistas” que partem do princípio que os *media* influenciam negativamente a saúde, os dados deste estudo sugerem igualmente que maior tempo despendido com as atividades mediáticas pode aumentar a probabilidade de ocorrência de comportamentos potencialmente prejudiciais para a saúde, como uma alimentação pouco saudável, o consumo de álcool, o envolvimento em lutas e a adoção de dietas (ex., Andsager et al., 2002; Araújo et al., 2014; Borzekowski et. al., 2015; Harris et.al. 2012, Harrison & Hefner, 2014; 2012; Hoffman-Goetz et al., 2014; Horner et. al., 2008; Lwin & Malik., 2012; Nunez-Smith et al., 2008; Strasburger, 2009; Veldhuis et al., 2014). Quando foi considerado apenas o uso da internet, o tempo despendido com este meio revelou estar relacionado com a adoção dos mesmos comportamentos. Estes dados demonstram o poder que este médium exerce sobre os adolescentes, possivelmente por abranger uma grande quantidade de conteúdos capazes de incitar a comportamentos e atitudes dos adolescentes, como por exemplo, a publicidade a bebidas alcoólicas e a alimentos pouco saudáveis e as séries e vídeos a exibir corpos excessivamente magros e/ou violência gratuita.

Com efeito, a exposição a conteúdos mediáticos sobre saúde pode favorecer o consumo de bebidas alcoólicas, comportamento muitas vezes retratado nos *media* como meio de socialização. A frequência de conteúdos mediáticos sobre saúde a que os jovens estão expostos também revelaram propiciar comportamentos de dieta. Embora este comportamento não seja necessariamente negativo para a manutenção da saúde, muitos estudos demarcam a relação entre os *media* (ou a idealização de beleza neles contida) e a insatisfação corporal ou mesmo com perturbações alimentares (Harrison, 2008; Latzer et al., 2015; Lwin & Malik., 2012; Rodgers et al., 2015; Strasburger, 2009), que se manifestam, frequentemente, através de comportamentos de dieta exacerbados na tentativa de alcançar um corpo “ideal” (ex., Polivy & Heatherton, 2015).

De um modo geral, no que se refere a comportamentos de risco com os *media*, os dados indicam que o tempo que os jovens despendem online (e, possivelmente, uma maior diversidade de atividades realizadas online) aumenta a probabilidade de conhecer e contactar

com mais pessoas desconhecidas (Barbovschi et al., 2012), de revelar conteúdo muito privado ou íntimo em redes sociais, e de vitimização por *cyberbullying* na adolescência (Kowalski & Giumetti, 2014; Navarro et al., 2013; Festl et al., 2013). À semelhança do “Usage Paradigm” sugerido por Livingstone e Haddon (2009), o uso da Internet parece, deste modo, estar associado a mais oportunidades e a mais riscos. Esta perspetiva pode igualmente justificar a relação entre a frequência de uso dos outros *media* e o aumento de comportamentos de risco online.

Por outro lado, a frequência de informação específica de saúde adquirida pelos *media* em geral parece também contribuir para o aumento dos comportamentos de risco online nestes jovens (ser mais provocados online e revelar conteúdo privado ou íntimo em redes sociais ou blogs). Ver ou ouvir informação sobre saúde não garante necessariamente que seja positiva ou motive comportamentos positivos. A este propósito, Hamer e Konijin (2015) revelaram que a elevada exposição a conteúdos mediáticos de risco e/ou antissocial (ex. roubo, agressão, consumo de drogas) pode favorecer a manifestação de comportamentos de *cyberbullying*.

O tempo despendido com os *media*, bem como a informação de saúde obtida por estes (e pelos agentes interpessoais) aumentam a probabilidade dos adolescentes publicarem informação privada em redes sociais e blogs. Acrescendo o facto de este ser o comportamento de risco online mais assumido pelos adolescentes, seria interessante compreender melhor as idiosincrasias desta relação e repensar o papel dos *media* e das pessoas que contactam com os adolescentes. A par desta relação, seria importante explorar as motivações dos jovens para sentirem necessidade de se expor e, por vezes, utilizarem as redes sociais e os blogs para espelhar o seu melhor lado, se refugiarem e até desabafarem.

Na análise da relação entre meios de informação e comportamentos de saúde e de risco online dos adolescentes, é necessário igualmente ter em atenção o livre arbitrio e o equilíbrio que os jovens tentam encontrar no seu dia-a-dia, entre custos e benefícios. Dada a quantidade de informação a que os jovens de hoje têm acesso, temos que colocar a hipótese de que estes podem ter conhecimento acerca do que representa uma alimentação ideal e as consequências do consumo de álcool mas, escolherem, conscientemente, e de livre vontade acarretar com os riscos dos seus atos, atraídos pelos supostos benefícios que podem obter.

Por outro lado, mais informação adquirida através de agentes interpessoais revelou estar associada a um aumento do comportamento de exercício físico. No entanto, parece

existir evidência de que também aumenta a possibilidade de comportamentos de dieta e, como já referido, a frequência com que publicam conteúdos privados em redes sociais ou blogs. Estes dados parecem indicar que, em geral, a frequência do contacto com outros significativos com os adolescentes tende a funcionar como um fator de promoção de hábitos de saúde saudáveis, mas pode também aumentar a partilha de informação pessoal com os mesmos e a necessidade de afirmação perante a sociedade, alimentando nos jovens um ímpeto para revelarem informações mais privadas com o objetivo de promoção da sua imagem social.

Contudo, quando consideramos especificamente a comunicação com os pais, é evidente a tendência inversa à verificada com as práticas com os *media* e a informação proveniente dos mesmos. Mais especificamente, os dados apontam a potencialidade da comunicação pais-filhos diminuir a probabilidade de comportamentos prejudiciais de saúde (consumo de tabaco e de álcool e o envolvimento em lutas). Similarmente, de acordo com Tomé e colaboradores (2012), a facilidade na comunicação com os pais influencia de forma positiva a saúde dos jovens. Desta forma, os dados a este estudo indicam um cenário positivo se tivermos em consideração que, como já referido, os pais revelaram-se, consistente e destacadamente, o meio de informação que os jovens mais procuram e a partir do qual obtêm mais informação de saúde.

Aparentemente, as conversas com os pais tendem a aumentar a probabilidade de adesão a dietas alimentares, pelo que estes podem estar a motivar os seus filhos a restringir a ingestão de alimentos prejudiciais e a adotar uma dieta nutritiva e saudável.

Não obstante o carácter dualista do comportamento de dieta, é interessante notar a tendência para todos os meios de informação sobre saúde aumentarem este comportamento nos adolescentes. Estes dados devem ser tidos em consideração em estudos futuros pois, mais do que respostas, levantam questões que necessitam de ser aprofundadas. Que tipo de dietas tendem a ser motivadas pelas fontes de informação? Quais as suas consequências (positivas ou negativas)? O que pode ser alterado de modo a diminuir os riscos de dietas prejudiciais?

Por outro lado, as conversas com os pais tendem a inibir a ocorrência de conversas dos adolescentes com desconhecidos na Internet. Neste sentido, é interessante ter em atenção que este comportamento é mais prevalente em jovens com menos restrições parentais (Barbovski et al., 2012; Liao et al., 2005) embora, como argumentam Livingstone e Helsper

(2008), estas possam limitar a liberdade dos jovens e esbater as vantagens da interação social.

Concretizando, estes dados podem indicar que os pais estão a alertar os seus filhos para evitar comportamentos prejudiciais, ao mesmo tempo que medeiam as potencialidades (positivas ou negativas) dos *media*.

Constituindo os pais o principal meio de informação sobre saúde e um fator protetor relativamente aos comportamentos de risco dos filhos, é importante que estes propiciem a partilha de informação mais pessoal por parte dos filhos, deixando-os confortáveis num ambiente positivo, permitindo, deste modo, o apoio e o aconselhamento dos adolescentes (Branje et al., 2012).

Assim sendo, as intervenções sobre saúde ou risco online, que incluam os progenitores (ex., formação dos pais, promoção de competências de comunicação), podem ver os seus resultados potencializados. Estas podem promover a saúde dos jovens, se ajudar os progenitores a distinguir entre boas e más fontes de informação e a promover o pensamento crítico dos filhos, relativamente a conteúdos mediáticos (Austin et al., 2015).

Esta relação consistente entre *media* e os comportamentos de risco, e o facto acrescido dos adolescentes despenderem grande parte do seu tempo com os mesmos, levantam muitas questões sobre as práticas mediáticas dos jovens e as características da informação a que têm acesso, mas apoiam a relevância e urgência da promoção de competências de Literacia Mediática em Saúde nos jovens.

4. A Perceção da influência dos Media: ambivalente e superior “nos outros”

Para além da relação entre meios de informação e comportamentos dos jovens, interessa descortinar de que modo os adolescentes interpretam o papel que os *media* podem ter nas suas vidas em geral, e na sua própria saúde, em particular. Numa primeira fase, os dados quantitativos demonstraram claramente uma tendência para os jovens considerarem que os *media* exercem significativamente mais influência nos seus pares do que em si próprios. Estes resultados são consistentes com a teoria do *Third Person Effect*³⁸ (Davison,

³⁸ *Third Person Effect*. “reflete a tendência para as pessoas sobrestimarem a influência que os meios de comunicação têm nas atitudes e comportamentos de outros. Mais especificamente, os indivíduos que são membros de uma audiência e expostos a uma comunicação persuasiva (quer esta comunicação tenha ou não a intenção de ser persuasiva) e tendem a considerar que esta comunicação tem um efeito maior nos outros do que em si próprios.” (Davison, 1983, p. 3).

1983; Lo et al., 2015; Shcweisberger et al., 2014; Wei & Lo, 2015), e contrariam a teoria do *First Person Effect*³⁹ (ex. Golan & Day, 2008; Innes & Zeitz, 1988; Tiedge et al., 1991).

Tendo em consideração o modelo do “influência da influência presumida” (Gunther & Storey, 2003), estas percepções podem, por sua vez, influenciar a manifestação ou alteração de determinadas atitudes e comportamentos, algumas das quais podem afetar negativamente a saúde dos adolescentes. Neste sentido, é necessário que a investigação recorra à metodologia experimental ou longitudinal, por exemplo, para analisar em profundidade o potencial impacto destas percepções no conhecimento, intenções, atitudes e comportamentos dos adolescentes relativamente aos *media* e à saúde.

Com caráter complementar, o estudo qualitativo revela uma diversidade de percepções acerca da importância dos *media*, emergindo até algumas contradições. Se, por um lado, foi demonstrado o sentimento de responsabilização pela influência em si mesmos ou que os *media* influenciam todos os jovens, por outro lado, foi igualmente manifestada a ideia de que a influência apenas existe em “outros jovens”, ou que esta é controlável. Do mesmo modo, também consideram que esta influência exercida pelos *media* pode depender de cada pessoa, indicando que alguns jovens podem ser mais suscetíveis aos *media*.

Além disso, alguns consideram que a influência dos *media* tem vindo a diminuir ao longo do seu percurso de vida, sugerindo que tal se deve a uma questão de geração, da qual se distanciam das “crianças de hoje”, no que se refere aos maus hábitos e dependência dos *media*.

Não obstante, uma pequena tendência dos adolescentes para o foco na importância que os *media* têm nas suas vidas e os seus aspetos positivos, foi igualmente demonstrada uma grande capacidade de reconhecer as suas consequências negativas. De facto, a maioria dos jovens tende a revelar uma perspetiva ambivalente acerca do impacto dos *media*, considerando que estes são, simultaneamente, positivos e negativos. Para além da diversidade e do reconhecimento de questões atuais, é interessante destacar a alusão aos *media* como benéficos no combate aos potenciais problemas que eles próprios possam instigar, como é o caso da função informativa e de alerta contra perigos online.

Concetuando, consistentemente com o estudo de Begoray e colaboradoras (2009), os adolescentes têm opiniões diversas acerca da influência dos *media*, sendo que alguns

³⁹ *First Person Effect*: pode ser descrito sumariamente como a percepção de uma maior influência dos *media* ou da comunicação em si próprios do que nos outros (ex. Golan & Day, 2008; Innes & Zeitz, 1988; Tiedge et al., 1991).

consideram que os *media* não os influencia e, simultaneamente, outros reconhecem efetivamente o seu efeito. No entanto, o estudo qualitativo permitiu observar uma capacidade dos jovens para reconhecer o impacto dos *media* em diversas áreas. A Tabela 71 apresenta as principais vertentes que resultaram das percepções dos adolescentes deste estudo e a análise da contraposição entre o potencial positivo e o negativo sobre os *media*:

Tabela 71: *Contraposição entre percepção de influência positiva e negativa dos media.*

Potencial positivo	Potencial negativo
Informação	Informação errada
Informação sobre doenças, tratamento e auxílio	Desenvolvimento de doenças/sistema imunitário enfraquecido
Promoção da socialização e comunicação	Inibição da interação social
Informação sobre boas práticas de alimentação	Influência do Ideal de beleza em problemas alimentares
Lazer/Divertimento	Dependência dos <i>media</i> (ex. jogos online)
Combate ao comportamento aditivo (álcool, drogas)	Incentivo ao consumo de substâncias (álcool, drogas)
Informação e promoção de prática desportiva	(In)Atividade física/sedentarismo
Potencial didático/Aprendizagem	Potencial prejudicial para o rendimento escolar
Divulgação de avanços na ciência, na área da saúde	Desenvolvimento de doenças/sistema imunitário enfraquecido, problemas de visão, diminuição do repouso
Promoção da saúde mental/Bom Humor	Perigo para a saúde mental e incentivo ao suicídio
Alerta para perigos online	Perigos na internet (em geral)
Combate à Violência	Possibilidade de <i>Bullying</i> e <i>Cyberbullying</i>

5. A avaliação da informação: o maior desafio

Para além da percepção de influência, era objetivo deste estudo explorar o modo como os adolescentes avaliam a informação que procuram (ex., pais, internet) e a informação que lhes é “imposta” (ex. escola, campanhas).

Os dados quantitativos indicam que os jovens tendem a apresentar uma grande capacidade para encontrar informação de saúde. No entanto, a avaliação dessa informação foi a competência onde foram consistentemente percecionadas e manifestadas mais dificuldades. Estes resultados foram visíveis quando se considerou os *media*, em geral, bem como a Internet, em particular, congruentemente com o estudo de Tubaishat e Habiballah (2016).

No que diz respeito à LMS, os jovens demonstraram que a avaliação crítica é a sua maior dificuldade, contrariando o estudo de Levin-Zamir et al. (2011), no qual a capacidade de pensamento crítico dos jovens superou a competência de percepção de influência no outro.

De facto, a capacidade de avaliação da informação sobre saúde (LS e e-Health Literacy) e a avaliação crítica (LMS) constituem as dificuldades mais proeminentes dos jovens. Com efeito, os esforços da investigação e das intervenções não apenas nestas áreas, mas também

em áreas de promoção de saúde ou prevenção da doença devem dar a devida importância às competências de análise da informação, de distinção de informação credível da duvidosa e do modo como essa informação pode ser útil ou prejudicial.

Quando este tema foi explorado no estudo qualitativo, mais especificamente na análise do modo como os jovens discriminam a informação que obtêm na avaliação da informação confiável (ou não confiável), estes referiram essencialmente a informação que obtêm online. O Tabela 72 apresenta uma interpretação sumariada dos critérios utilizados pelos adolescentes para avaliação da informação encontrados na componente qualitativa. O quadro encontra-se dividido em critérios da avaliação e características da informação (confiável ou duvidosa).

Tabela 72: Critérios de avaliação da informação

Critérios de avaliação da informação	Caraterísticas da informação confiável	Caraterísticas de informação duvidosa
Forma como está escrita	<ul style="list-style-type: none"> - Clara - Organizada - Aparentemente profissional - Complexa - Aparentemente realista - Bem argumentada - Apoiada em estudos científicos 	<ul style="list-style-type: none"> - Idioma brasileiro ou desconhecido - Informação antiga - Contradições - Sem sentido aparente - Mal escrita _____ _____
Publicidade	<ul style="list-style-type: none"> - Ausente ou discreta 	<ul style="list-style-type: none"> - Em excesso - Prémios exacerbados - Promessas irrealistas - Pedido de número de telefone
Repetição/Confirmação de informação prévia	<ul style="list-style-type: none"> - Informação da Internet repetida/confirmada na Internet - Informação repetida/confirmada em diferentes fontes de informação (ex. pais, Internet, amigos, professores). - Na mesma direção - Consensual - Congruente com a informação obtida previamente em meio escolar 	<ul style="list-style-type: none"> - Adquirida por um único meio de informação.
Feedback	<ul style="list-style-type: none"> - Geralmente positivo - Número elevado de utilizadores - Número elevado de “Likes” - Utilizada por pessoas em quem confiam 	<ul style="list-style-type: none"> - Geralmente negativo - Blogs - Opiniões de outros - Conselhos sem exemplos - Existência de queixas - Sites de perguntas e/ou comentários
Localização da informação na Internet	<ul style="list-style-type: none"> - Na primeira página devolvida por motor de busca - As primeiras opções da primeira página (mais visualizadas) 	<ul style="list-style-type: none"> - A partir da 2ª página devolvida por motor de busca, encontram-se os sites menos credíveis e menos visualizados

Como é possível observar, as estratégias/critérios para avaliar a credibilidade da informação são bastante diversificadas. Deste modo, é possível observar padrões e controvérsias, por exemplo, no que diz respeito aos sites considerados simultaneamente fidedignos e alvo de desconfiança (ex., Wikipédia).

Analisando o quadro, é igualmente possível verificar que muitos dos critérios sugeridos pelos adolescentes são similares aos indicados no estudo de Diviani e colaboradores (2016), o qual se rege pelo código de conduta HON⁴⁰, nomeadamente, a data da publicação, a referência a estudos científicos e a sites de instituições reconhecidas, a autoria de sites por médicos e a ausência de anúncios publicitários.

Para além desta avaliação de confiabilidade da informação na Internet, a componente qualitativa revelou que os jovens avaliam e possuem opiniões diversificadas acerca da qualidade e adequabilidade da informação que recebem na escola e na sociedade em geral.

Relativamente a temas sobre a relação entre *media* e saúde, os jovens manifestaram interesse, curiosidade e pertinência de estes serem (mais) trabalhados em contexto de sala de aula, em disciplinas existentes ou inteiramente dedicadas ao tema. Os adolescentes destacaram a sua potencial função de alerta, informação, sensibilização e prevenção (ex., *cyberbullying*, intenção de contactar pessoalmente com pessoas que conhecem online), considerando que estes tópicos são diferentes, muito abrangentes e mais pertinentes quando comparados com outros conteúdos curriculares atuais.

Os jovens salientaram ainda a importância de se expressarem, serem ouvidos e ouvirem, e debaterem ideias, ressaltando que necessitam de espaço para o pensamento crítico e abertura a diferentes perspetivas que, por exemplo, referem não possuir no contexto de sala de aulas. Eles querem oportunidades de partilhar a sua opinião e tendem a preferir estar envolvidos na prática do que ser apenas recetores da informação dos professores (Begoray et al., 2009)

A educação sexual foi um dos temas que mereceu mais destaque na componente qualitativa. Embora os jovens sintam que são “bombardeados” com informação sobre este tema, o modo como é abordada não os satisfaz. Consideram que este tópico deveria ser trabalhado de um modo menos teórico e mais prático, menos repetitivo ou estruturado de um modo diferente (ex. por vezes, foi criticada a substituição da discussão sobre o tema por filmes

⁴⁰ HON (Health on the Internet) corresponde a um conjunto de *guidelines* com o objetivo de estabelecer critérios na avaliação acerca da qualidade da informação sobre saúde presente na Internet.

ou sugerida a substituição de um filme por outro mais adequado). Por outro lado, os jovens parecem considerar que as aulas de educação sexual, que ocorrem no 6º ano, são demasiado prematuras. Além disso, sentem, por vezes, que estas continuam a apresentar tabus (ex. relativamente à homossexualidade, diversidade sexual), que não lhes fornecem a informação necessária, não são esclarecedoras e se centram exclusivamente na componente biológica, sugerindo que estas poderiam ser dadas por especialistas na área, em vez de professores destacados. Deste modo, os jovens demonstram uma tendência para considerar que estes temas não são bem abordados e organizados, para além de não serem explorados da forma como preferem (Begoray et al., 2009).

Relativamente a este tema, é particularmente preocupante que os jovens se sintam descontentes com a estrutura e conteúdos que fazem parte da educação sexual. Além disso, foram observados alguns exemplos nos quais os jovens referem que não conversam com os pais sobre o assunto e outros apresentam estereótipos de género enraizados (ex. responsabilização da rapariga no ato sexual), ou sentem vergonha em conversar sobre o tema e/ou sobre a prática de comportamentos sexuais de risco (ex. não utilizar preservativo).

Por outro lado, os jovens destacam, uma vez mais, importância do tema da nutrição/alimentação. Assim como para o tema da sexualidade, muitos consideram que existe muita informação, sugerindo, no entanto, que esta frequentemente não vai ao encontro do que pretendem, que se contradiz ou que não é a mais correta. As questões da nutrição/alimentação foram, por vezes, associadas a distúrbios alimentares como a anorexia e a bulimia. Alguns jovens admitem que os adolescentes priorizam a beleza em detrimento da saúde, podendo, por exemplo, incorrer em comportamentos nutricionais errados (ex. consumir proteína em exagero). Com efeito, alguns jovens sentem vontade e/ou necessidade de incluir este tema no âmbito do seu percurso escolar.

O *cyberbullying* constituiu outro tema discutido e que suscita curiosidade dos jovens, especialmente pela componente da prevenção. No entanto, enquanto alguns jovens conhecem as suas consequências mais graves (ex. suicídio), outros revelaram uma perceção de completo controlo sobre o seu evitamento, subestimando os meandros da vitimização por *cyberbullying*. Por vezes, os jovens revelaram a perceção de que existe uma barreira ténue entre as dinâmicas de amizade e o *bullying*, naturalizando-o como se fizesse parte do processo de socialização. Além disso, o discurso dos jovens chegou mesmo a revelar uma descrença nos agentes sociais que devem ter um papel ativo neste tipo de situações, como professores,

direção da escola e autoridades.

Para além de manifestarem interesse pela sexualidade, nutrição/alimentação e *cyberbullying*, existem alguns temas da atualidade que gostariam de explorar e até dar a sua opinião, como a política, a guerra, o terrorismo, os refugiados e o turismo.

Com efeito, podemos inferir que apesar da enorme quantidade de informação disponível e do esforço da escola para proporcionar informação de qualidade, os jovens sentem que esta nem sempre é esclarecedora ou suficiente, é repetida ou não é desenvolvida como pretendem. Os jovens salientam, assim, a necessidade da escola e da sociedade em geral repensar e propor alternativas relativamente ao modo como a informação (ex., aulas, campanhas) é planeada e transmitida a esta camada social, e avaliar a eficácia da transmissão dessa informação.

6. A relação entre a LMS e as características sociodemográficas, as fontes de informação e os comportamentos

Identificada e analisada a avaliação da informação nas componentes quantitativa e qualitativa do estudo, é importante refletir sobre as relações que a LMS revelou em três domínios: as características individuais e ambientais, as fontes de informação e os comportamentos dos adolescentes.

Tendo em consideração os fatores individuais e ambientais, a LMS parece ser mais elevada nas raparigas e nos estudantes de nível de escolaridade superior. Também Levin Zamir et al., (2011) obtiveram resultados semelhantes, indicando que são as raparigas e os adolescentes mais velhos que geralmente apresentam níveis superiores de LMS.

Relativamente ao género, estes dados fazem sentido se atendermos ao facto de as raparigas apresentarem valores mais elevados do que os rapazes em variáveis que demonstraram estar associadas positivamente com a LMS, nomeadamente, no que diz respeito ao uso dos *media*, à frequência de obtenção de informação de saúde (através de fontes interpessoais e mediáticas) e às conversas com seus pais (sobre *media* e saúde). Além disso, o lobo frontal do cérebro, que é responsável pelo raciocínio e tomada de decisão, desenvolve-se geralmente mais cedo nas raparigas (Unicef, 2011), o que pode influenciar a LMS.

No que diz respeito aos estudantes com mais escolaridade, o desenvolvimento de capacidades relacionadas com a LMS pode, igualmente, ter a ver com o facto de estes

também apresentarem valores mais altos nos fatores que se revelaram neste estudo como associados à LMS, como o uso dos *media* e as fontes de informação para a saúde (mediáticas e interpessoais). Por outro lado, na segunda fase da adolescência, parece existir um aumento da capacidade de tomar decisões conscientes e avaliar riscos dos adolescentes (Unicef, 2011).

Além disso, a LMS revelou estar associada a mais fontes de informação sobre saúde (mediáticas e interpessoais), assim como a mais comunicação com os pais (sobre os *media* e temas de saúde). Tal como Levin Zamir et al. (2011) observou, um maior número de fontes interpessoais parece ter um impacto positivo na LMS dos adolescentes. Consistentemente, os *media* também parecem promover a LMS, assim como foi observado em estudos anteriores (Begoray et al., 2010; Levin-Zamir et al., 2011). Por outro lado, a LMS parece também ser favorável a comportamentos de saúde mais positivos. O papel preponderante da LMS nos comportamentos de saúde já foi previamente estabelecido (ex., Begoray et al., 2010; Levin-Zamir et al., 2011; Wharf Higgins & Begoray, 2012), pelo que este estudo veio confirmar a literatura, sugerindo, mais especificamente, que os adolescentes com maiores níveis de LMS tendem a consumir menos tabaco e a envolverem-se menos em lutas.

Importa ainda destacar que a relação entre a comunicação com os pais e a LMS, é mediada pela obtenção de informação de saúde a partir de fontes interpessoais e de fontes mediáticas. Deste modo, os resultados indicam que as pessoas relevantes na vida do adolescente e os *media* podem promover ainda mais a LMS, para além dos pais.

Como seria esperado, tendo em consideração os modelos teóricos abordados neste estudo (ex., Levin-Zamir e Bertschi, 2018; Levin-Zamir et al., 2011; Wharf Higgins & Begoray, 2012), foi verificado que a Literacia Mediática em Saúde se encontra associada positivamente com a *eHealth Literacy* e a Literacia em Saúde.

Don't judge each day by the harvest you reap but by the seeds that you plant.

Robert Louis Stevenson

Partindo da abrangente área da obtenção de informação sobre (e para) a saúde dos adolescentes, este estudo incidiu particularmente na Literacia Mediática em Saúde. Este foi o mote que levou ao aprofundamento das preferências, perceções e competências dos adolescentes, numa sociedade que cada vez mais disponibiliza informação através de uma multiplicidade de meios de natureza diversa.

Uma vez imergidos neste processo complexo, interessou igualmente a identificação de antecedentes e consequentes da Literacia Mediática em Saúde. Neste contexto, foram exploradas e relacionadas as suas características individuais (ex. género, a idade), o meio social (ex. zona de residência), as fontes de informação (interpessoais e mediáticas), e os comportamentos dos jovens (online e de saúde). Na tentativa de os identificar e associar, recorreremos a uma análise quantitativa, à qual se sucedeu a exploração das perceções e discernimento dos adolescentes alusivos a esses temas e relações, através de uma análise qualitativa. Como demanda a investigação com adolescentes, esta metodologia teve em consideração as idiosincrasias desta faixa etária, bem como os respetivos procedimentos éticos e morais.

Na exploração da obtenção de informação para a saúde, surgiu a inevitabilidade de abordar o modo como os jovens interagem com os *media*. Estes revelaram a sua importância no tempo despendido e diversidade de oportunidades que permitem a socialização, lazer e aprendizagens. Nesta área, as atividades na internet e, mais especificamente, nas redes sociais e nos *chats*, demarcam-se clara e consistentemente.

No entanto, é evidente que o ambiente online está a proporcionar a realização de atividades que eram usuais com outros meios, como ver séries na TV, ouvir música no rádio, conversar através do telefone ou jogar videojogos em consolas. Considerando esta evidência, a internet não parece estar a substituir os outros *media*, mas a adicionar possibilidades às atividades que deles eram exclusivas. Muito para além da convergência de inúmeras possibilidades num só meio, a Internet facilita o processo de *multitasking* e o acesso instantâneo à informação ou aos conteúdos que pretendem. Estas possibilidades são

amplamente reconhecidas pelos adolescentes, encontrando-se bem patente nos seus discursos sobre a importância e a “necessidade” deste “*media del*”. No entanto, os adolescentes não parecem cientes dos possíveis riscos associados às suas práticas online, subestimando a sua gravidade e potenciais consequências.

O telemóvel veio permitir a possibilidade de “navegar online” cada vez mais rapidamente e por mais tempo e, por vezes, sem limitação de tempo ou dados. Por ser um meio que os pode acompanhar em qualquer altura e em qualquer lugar, acaba por ser o mais utilizado no acesso à Internet, função primordial que desempenha atualmente, não obstante o facto de os jovens continuarem a despendir grande parte do seu tempo a enviar SMS e MMS. Estes dados sugerem a possibilidade de se estar perante uma mudança na natureza da comunicação dos jovens, especialmente com os pares, embora seja necessária mais investigação para explorar em que parâmetros esta acontece. Possivelmente, por maior incentivo social ou menor inibição parental, as raparigas e os adolescentes mais velhos tendem a despendir mais tempo com os *media*. Além disso, com a idade/escolaridade crescem igualmente as possibilidades de risco online, o que parece indicar que a necessidade de aprovação social e a procura de sensações (frequentemente associados ao período da adolescência) suplantam o desenvolvimento cognitivo e a ponderação na tomada de decisão, associados ao seu desenvolvimento. Por sua vez, as atividades mediáticas dos adolescentes e os potenciais riscos associados não parecem ser determinados pela natureza do meio geográfico.

A partir do aprofundamento acerca dos meios de informação, os jovens apontam a primordialidade dos pais na procura (e obtenção) no que respeita a diversos temas de saúde. Embora exista uma tendência para a iniciativa nas conversas partir dos progenitores, os jovens partilham informação com os pais devido à confiança que existe na relação parental.

Nesta relação, sobressai a comunicação com a mãe, não apenas pela confiança que lhe é depositada, mas, principalmente, por uma questão de disponibilidade. Por outro lado, a maior facilidade de comunicação com seus pais, por parte das raparigas, pode dever-se a um maior incentivo da sociedade no processo de socialização das raparigas. Enquanto o género parece um fator determinante na comunicação pais-filhos, parece haver uma certa estabilização nos seus padrões ao longo do tempo e do desenvolvimento dos jovens, bem como uma equidade no que refere à natureza do seu local de residência.

Os pais e a Internet são ambos considerados meios de fácil acesso, mas a desconfiança associada ao conteúdo online parece conceder vantagem aos pais. No entanto, a rapidez e a comodidade no acesso associada à possibilidade de confidencialidade e anonimato, aliciam os jovens para a procura de informação online. Distinguindo as diversas vantagens dos pais e da Internet, os adolescentes reconhecem, frequentemente, a complementaridade entre a informação obtida por estes meios, para alimentar o ímpeto para confirmar ou adicionar informação.

Por outro lado, os jovens revelaram dificuldade acrescida em partilhar com os pais as atividades que realizam com os *media*, admitindo, no entanto, o papel que estes devem ter no controlo do que fazem na Internet. Contudo, dentro do já complexo e amplo tema da saúde, a sexualidade sobressai como o tópico mais sensível e menos passível de partilha com os pais, sendo necessário explorar a possibilidade de potenciais consequências desta lacuna.

Considerando os pais como a principal fonte de informação dos jovens, é um bom prospeto o constatado efeito positivo que a comunicação pais-filhos pode exercer nos comportamentos de saúde e de risco online dos jovens. Esta relação acentua a tónica na necessidade de um ambiente de aceitação e compreensão no seio da família, incentivando ao diálogo e evitando o desconforto da partilha de informação sensível ou (considerada) “tabu”. Para tal, também os pais necessitam de uma estrutura sólida de recursos relativamente ao pensamento crítico e às competências de comunicação. Suplementarmente, seria ideal uma gestão equilibrada entre a monitorização ou restrição das atividades dos seus filhos com os *media* e o respeito pela sua liberdade e privacidade. Este balanceamento de custo-benefício constitui um verdadeiro desafio, que se vê ampliado quando considerada a tendência expressa neste estudo para um efeito negativo da frequência das atividades com os *media* (e exposição aos seus conteúdos) na probabilidade de comportamentos prejudiciais. No entanto, e destacando a Internet, pela importância no tempo despendido e possibilidades que permite aos jovens, é necessário ter em mente que, de acordo com Livingstone e Haddon (2009), para além das oportunidades online (ainda que positivas), também existem riscos.

Acrescendo aos fatores que podem constituir risco, os adolescentes tendem a considerar que a influência dos *media* é superior nos seus pares - *Third Person Effect* (Davidson, 1983; Lo et al., 2015; Shcweisberger et al., 2014; Wei & Lo, 2015), subestimando

assim os efeitos que podem insurgir em si mesmos. Esta percepção não apenas pode baixar a guarda em relação a fatores de risco, como diminui a probabilidade de os jovens sentirem a necessidade de utilizar ou desenvolver competências protetoras como o pensamento crítico, e, conseqüentemente, a Literacia Mediática em Saúde. Este discernimento pode ainda influenciar as escolhas, atitudes e comportamentos dos adolescentes, respeitantes à saúde - modelo da “influência da influência presumida” (Gunther & Storey, 2003) - bem como afetar o modo como se relacionam com os *media* e os seus conteúdos.

Na perspetiva dos adolescentes, o impacto dos *media* pode depender de fatores como o controlo e a idade. Estes tendem a assumir, numa primeira fase, uma perspetiva positiva sobre as possibilidades dos *media*, a nível social (ex. informação, desenvolvimento) bem como individual (ex. lazer, aprendizagem). Por outro lado, assumem com a mesma perspicácia as suas potencialidades negativas como, por exemplo, a influência de uma idealização da imagem corporal na autoestima dos jovens e o *cyberbullying*. Para a mesma questão social ou individual conseguem discernir aspetos negativos e positivos e demonstram a consciência de que os *media* lhes devolvem informação relativamente à sua própria influência negativa (ex. alerta contra o *cyberbullying* e vício da internet).

Independentemente da fonte de informação, os adolescentes demonstram uma capacidade de encontrar informação sobre saúde muito superior à aptidão de avaliar de forma crítica. Na distinção da informação fidedigna ou dúbia, os jovens empregam diversas estratégias, muitas das quais adequadas, embora divergentes de jovem para jovem. Este facto deve-se à ausência de uma (in)formação estandardizada que constitua uma referência com linhas orientadoras sobre o julgamento da informação que obtêm. Embora não exclusivamente, a discussão sobre este tema é especialmente vital e premente relativamente à internet, devido às infinitas formas de divulgação e acesso à informação online.

Os jovens possuem posições claras e concisas relativamente à qualidade e ao modo como a informação lhes é ou deve ser apresentada. A educação para os *media* e a relação com a saúde são temas muito subtis ou mesmo inexistentes no programa curricular, ainda que, para além da sua importância, apresentem um grande potencial de cativar os jovens. A educação sexual, que faz parte do programa curricular, carece frequentemente de formadores especializados no tema e nem sempre é abordado na sua amplitude, com uma atitude aceitante e de abertura à partilha de experiências. Relativamente a este e muitos outros

temas, não existe espaço para os jovens se expressarem e debaterem as suas ideias nas aulas, embora seja patente a vontade de se fazerem ouvir. Embora exista uma grande quantidade de informação disponível na sua formação, assim como na sociedade em geral, persiste a percepção de que a informação é repetida e complexa, ainda que, simultaneamente, insuficiente e pouco esclarecedora. Não sendo apresentada e desenvolvida do modo como os adolescentes pretendem, toda a informação disponível não é suficiente para preencher as suas aspirações.

A identificação de tendências e fatores determinantes ou resultantes da Literacia Mediática em Saúde era um dos grandes objetivos deste estudo. Com efeito, observou-se que a capacidade de identificar, encontrar, avaliar criticamente ou utilizar a informação sobre saúde tende a ser superior nas raparigas e nos adolescentes com mais escolaridade, o que significa que os rapazes e os mais jovens merecem especial atenção na promoção destas competências.

As competências aqui identificadas são potencializadas através da obtenção de informação de saúde e da comunicação com os pais. Por sua vez, essas competências apresentam o potencial de alterar a relação dos adolescentes com as fontes de informação e de promover os seus padrões de comunicação. No seio desta potencial comunhão, coexistem permutas de influência complexas em que, por exemplo, os pais medeiam a relação dos filhos com os *media*, bem como os meios de informação influenciam a comunicação com os progenitores.

Estas relações exercem influência na Literacia Mediática em Saúde, que, por sua vez, é importante na ponderação das escolhas que irão promover as atitudes e os comportamentos saudáveis ou, do lado inverso, evitar os prejudiciais.

Considerando este conjunto de associações entre determinantes e consequentes da Literacia Mediática em Saúde, para uma análise mais completa importa visitar o modelo teórico anteriormente proposto (Figura 20):

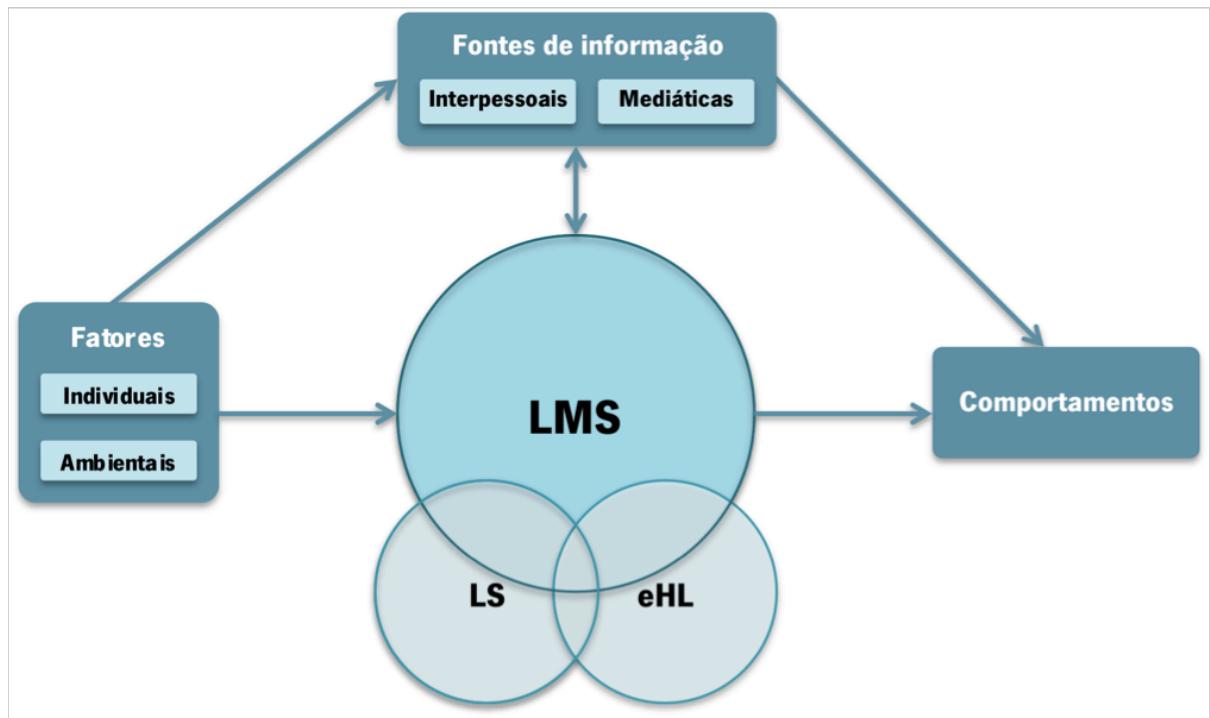


Figura 20: Modelo Interacionista da Literacia Mediática em Saúde.

A análise deste esquema permite verificar a complexidade das relações, determinantes e efeitos da Literacia Mediática em Saúde. É importante lembrar que no grupo dos agentes mediáticos, a Internet destaca-se por ser uma peça-chave na compreensão das rotinas e na procura de informação de saúde dos jovens. No mundo online, as redes sociais, os chats, os Vloguers e YouTubers constituem a grande “tendência do momento” nas preferências e usos dos mais jovens. Por outro lado, os pais destacaram-se, não apenas entre os meios interpessoais, mas igualmente como o principal meio de informação para a saúde, superando, inclusivamente, os agentes mediáticos.

A identificação de características das fontes de informação e da LMS, bem como dos seus condicionantes e repercussões, são de grande interesse devido à sua potencialidade em futuros estudos e na prática.

Limitações e sugestões para investigações futuras

Apesar deste estudo pretender alcançar resultados inovadores e prestar um contributo para a investigação na área da Literacia Mediática em Saúde, apresentou desafios e constrangimentos e levantou questões pertinentes para a investigação. Devido à extensa dimensão desta área de investigação, foi apenas abrangida uma das pontas de um iceberg de

grandes proporções. Isto sugere um longo e sinuoso caminho na direção do desvendamento das estruturas e processos inerentes à comunicação e literacia dos adolescentes. No entanto, os objetivos deste trabalho tiveram sempre presente que uma casa é construída a partir de cada pedra que a constitui e cuja ausência comprometeria a estabilidade de toda a obra. Posto isto, assim como fomos beber à literatura a informação que serviu de alicerce à realização de toda a investigação, almejamos que esta inspire e desafie a replicação e exploração de dados e a abrangência de outras variáveis, recursos, metodologias e populações.

Deste modo, são, de seguida, partilhadas algumas dificuldades e aprendizagens, e sugeridas algumas abordagens que possam ser úteis a futuros investigadores e profissionais na área da comunicação, saúde, educação e sociologia. Por uma questão de organização, estas incidem na amostra, métodos e instrumentos, recolha da amostra e análise de dados.

A amostra

A amostra deste estudo incidiu apenas em três anos de escolaridade, incidindo mais em algumas idades dos jovens, o que pode comprometer uma equidade plena de uma amostra representativa da adolescência. Neste sentido, seria desejável a contemplação de um maior número de anos de escolaridade e/ou tentar um equilíbrio maior na forma como as idades são distribuídas. Por outro lado, este estudo decorreu em localizações específicas do Norte de Portugal (Braga, Porto e Bragança), em escolas onde foi obtida a respetiva autorização. Além disso, foram contempladas somente as diferenças realizadas entre distritos, deixando de fora características do local onde estes jovens residem e estudam. Idealmente, a investigação pode ter este aspeto em consideração e abranger um tamanho de amostra superior, englobando o máximo de idades e anos de escolaridade possíveis (dentro das idades da adolescência, em crianças ou em adultos), e contemplando outras características dos contextos sociais como o acesso a recursos e oportunidades (ex., culturais, económicos) e a natureza rural/urbana. Deste modo, poder-se-ia obter um panorama mais fidedigno da realidade dos adolescentes portugueses e identificar outras potenciais diferenças entre características individuais, sociais e culturais dos jovens, das suas práticas mediáticas, competências e perceções. Neste sentido, poderiam ser identificados fatores potenciadores da Literacia Mediática e alcançado um maior conhecimento acerca do impacto que a LMS teria

na promoção de comportamentos saudáveis e prevenção dos comportamentos de risco dos adolescente.

Os métodos e os instrumentos

Devido a fatores como a mutabilidade de dados considerados neste estudo, como os usos mediáticos dos jovens, os estudos longitudinais teriam um maior potencial para contemplar variáveis alusivas ao desenvolvimento de cada jovem e às alterações associadas às respetivas fases da adolescência. Controlando fatores que se revelassem estáveis na vida do adolescente (ex., contexto familiar e social) seria mais eficaz e precisa a identificação da evolução, regressão ou estabilidade de estilos de comunicação, competências, perceções, atitudes e comportamentos. Deste modo, a metodologia longitudinal suplantaria a limitação de recolha de amostra num único momento (transversal), que foi a possível neste estudo, tendo em conta o tempo planeado para a sua realização.

Os constrangimentos na obtenção de algumas das autorizações, restringiram o número de escolas e os alunos abrangidos neste estudo e aumentou o tempo necessário para a recolha da amostra. A necessidade de aprovação de aplicação de inquérito por questionário por parte da DGE⁴¹ e a demora (ou ausência) nas respostas de alguns responsáveis pelos agrupamentos e escolas, constituíram fatores que atrasaram o processo. Por outro lado, os desafios do cumprimento do plano curricular de algumas disciplinas colocaram igualmente entraves à disponibilização de tempo, por parte dos professores, para a aplicação do inquérito por questionário. Os constrangimentos passaram igualmente pela impossibilidade de autorização dos pais (especialmente por esquecimento dos jovens) e por atividades já previstas para determinados alunos, o que fez com que, em algumas turmas, fossem aplicados somente um ou dois questionários, ou mesmo nenhum. Estas situações podem ser particularmente frustrantes quando envolvem viagens longas e tempo e dinheiro despendidos. Todas estas questões chamam a atenção para a necessidade de uma atitude persistente e resiliente e, simultaneamente, paciente e sensível do investigador que se proponha a fazer investigação em ambiente escolar.

⁴¹ A primeira apreciação do inquérito por questionário realizado pela DGE, sugeriu que algumas questões tinham a potencialidade de identificação do adolescente, acrescendo o facto de abordar temas de saúde considerados sensíveis. Deste modo, o questionário foi alterado, submetido novamente aprovado.

No entanto, para não se incorrer no erro de apresentar um panorama excessivamente negativo do processo de integração nas escolas e no contacto com os respetivos profissionais, importa referir que a informação referida nesta secção representa apenas parte da realidade. Devem ser ressaltados os esforços e a disponibilidade, participação e até demonstrações de curiosidade e incentivo por parte de alguns diretores de agrupamentos e coordenadores de escolas, professores e adolescentes, no prosseguimento da recolha da amostra.

A recolha da amostra

Embora tivesse sido inicialmente planeado (inclusive com algumas escolas) a construção do instrumento em duas versões (em papel e digital), a grande maioria das escolas não apresentaram condições para o uso de computadores (ex. salas ocupadas com aulas de TIC, falta de computadores, problemas técnicos). Contudo, o formato digital poderia cativar mais o interesse pela interatividade, evitar dificuldades de legibilidade de alguns dados e diminuir o tempo necessário à introdução de dados no software SPSS. A aplicação de questionários foi realizada maioritariamente em aulas de 45 minutos, o que obrigou à retirada de informação do questionário e do guião dos grupos de foco, que seriam provavelmente uma mais-valia para este estudo. Posto isto, foi necessária uma seleção criteriosa e desafiante de questões a incluir em ambas as partes deste estudo (quantitativo e qualitativo) e, simultaneamente, não prescindir do tempo referente a questões éticas e morais subjacentes (ex., apresentação do estudo e dos direitos dos jovens). Na impossibilidade de avaliar todos os dados que se pretendia foi, por vezes, realizada uma seleção de alguns exemplos de determinados comportamentos de risco (neste caso, conscientes da impossibilidade de abranger a grandiosidade do tema da saúde e dos riscos online). Idealmente, a investigação deveria ter em consideração estes fatores, nomeadamente a gestão do tempo, o contexto e o formato e a aplicação dos instrumentos no planeamento dos respetivos estudos com adolescentes em ambiente escolar.

Outro aspeto a ter em consideração neste estudo é o recurso a algumas medidas de autorrelato, pois estas acedem a perceções que são subjetivas e estão sujeitas a enviesamento por questões de desejabilidade social ou comprometimento da memória ao longo do tempo. As questões abordadas não fizeram referência a situações que aconteceram imediatamente antes da aplicação do questionário ou da realização dos grupos de foco, mas a hábitos, atitudes e comportamentos ao longo do tempo. Este constitui um grande desafio para

a investigação que pretenda aceder às rotinas dos adolescentes e às suas competências relacionadas com a LMS. Este processo pode ser facilitado recorrendo a diários ou atividades de avaliação de competências. Seria igualmente interessante e desafiante compreender em que medida o ambiente escolar e a presença do professor, do investigador e dos pares podem influenciar as respostas dos jovens.

Pistas para a ação

Para além do reconhecimento de um estudo a nível académico, a maior gratificação que uma investigação pode almejar é a possibilidade de prestar um contributo para as práticas sociais, a nível micro ou macro, no sentido do progresso da sociedade. Idealmente, a sinergia entre a investigação e a prática trabalhariam conjuntamente em perfeita comunhão. No entanto, a resistência à mudança de políticas de trabalho, aliada à mutabilidade das próprias tendências de investigação, dificultam esse equilíbrio. Neste campo, destacamos os desafios e as limitações do trabalho com menores de idade, a falta de consistência de metodologias na área das literacias e comunicação com os jovens, as alterações constantes na definição (e perceção) do conceito de adolescência e o progresso exponencial das tecnologias relacionadas com os *media* que implicam novos comportamentos.

Com estas considerações em mente, apresentamos assim algumas ideias que emergiram ou se evidenciaram nos resultados do nosso estudo, que podem inspirar iniciativas de promoção de competências de comunicação e de Literacia Mediática em Saúde.

A avaliação prévia

Antes de qualquer campanha, intervenção ou workshop com jovens, importa saber quais principais necessidades e os métodos mais eficazes, eficientes e motivantes. Os resultados deste estudo evidenciam o grande potencial de serem os adolescentes a prestar essas pistas para a ação. As intervenções beneficiam de avaliações prévias de competências, atitudes, comportamentos e perceções dos jovens sobre os temas em si. Adicionalmente, a análise sobre o que os adolescentes valorizam, sentem que necessitam e consideram ter mais impacto não deve ser descuidada e deve ser tida em consideração nos planos de intervenção.

Os media e as campanhas de saúde

Nesta área, a internet não pode ser ignorada, pela relevância quase omnipresença na vida dos adolescentes. No entanto, o tema das campanhas de saúde deve ser abordado com cuidado uma vez que não se trata de falta de informação, mas de consciencialização de informação relevante, viável e credível. Podem ser disponibilizados documentos, sites e instrumentos, adequados à sua idade e estandardizada (ex., divulgados pela escola). Convém que estes sejam claros, inequívocos, com linguagem adequada às idades dos jovens, onde estes possam obter informação sobre os assuntos do seu interesse (ex. nutrição, sexualidade, etc.). Podem permitir que estes se manifestem e discutam ideias, possibilitando, no entanto, o anonimato de que, por vezes, não prescindem. Seguindo as próprias sugestões dos jovens, podem incluir pessoas próximas que eles admiram, sejam experientes na área, teórica ou prática (ex., vítimas), para promover a identificação e a sensibilização.

O formato de uma rede social exclusiva à temática com possibilidade de *chat* incluído poderia ser interessante para os adolescentes. Os conteúdos poderiam ser divulgados por pessoas relevantes, como pessoas famosas ou com experiência de vida sobre a temática. Pode ser também divulgada através de *vloguers*, *youtubers*, séries e música. A disponibilização de jogos pedagógicos online pode constituir suplementos divertidos e dar feedback de conhecimentos adquiridos.

Similarmente aos estudos que salientam a importância da música na vida do adolescente, (ex., Laiho, 2004; McFerran et al., 2013) e o seu potencial terapêutico (ex., Cheong-Clinch, 2009; McFerran et al., 2010), também este estudo salienta a potencialidade da inserção da música nas áreas da educação e na saúde. Além de ser uma tarefa atrativa para os jovens, visto despendem muito tempo na sua companhia. A utilização da música na sala de aula e nas campanhas de saúde pode abranger mais jovens e ser para eles mais interessante e fácil de memorizar, aumentando o seu potencial impacto positivo.

Os pais

Como não poderia deixar de ser, os pais, que se revelaram uma peça-chave neste estudo, devem ser considerados na promoção da saúde e da Literacia Mediática em Saúde. Eles apresentam a potencialidade de ser a primeira fonte de informação, de promover práticas benéficas para a saúde (ou evitar as negativas) e diminuir riscos online. Os pais apresentam

um papel mediador, relativamente às práticas mediáticas e, direta e indiretamente, à informação de saúde à qual os jovens são expostos. Idealmente, todos os pais teriam acesso a formação presencial sobre o tema, tarefa que pode revelar-se um grande desafio na prática, por questões de disponibilidade e motivacionais, entre outras. Deste modo, poderia ser facilitado o acesso a um guia que os oriente perante esta missão tão desafiante. Este pode ser disponibilizado na internet e validado a nível nacional (ex. site da DGE). Tendo em conta que a disponibilidade é essencial no processo de comunicação, este instrumento deverá ser claro, apelativo, interativo e *user-friendly*. A relevância do papel e da frequência da comunicação pais-filhos poderá ser salientada, bem como as idiossincrasias de cada fase da adolescência e a igualdade de oportunidades entre irmãos (que pode variar com a idade), independentemente do seu género. Poderá abordar igualmente, a importância dos pais estabelecerem um ambiente de confiança na relação com os seus filhos, respeitando a individualidade do adolescente, e simultaneamente, aconselhando-os, reconhecendo sinais de alerta e estabelecendo limites. Poderá igualmente permitir a troca de experiências de pais de forma anónima. As próprias dificuldades na comunicação, o possível desconforto e o conflito com os filhos poderão ser abordados nesse conjunto de informações disponibilizadas. Contudo, não podemos incorrer na pretensão de criar um instrumento que dará todas as respostas. Cada pai, mãe ou filho tem as suas idiossincrasias, a sua personalidade, sucedendo o mesmo com o estilo de comunicação familiar, que é única e passível de alterações ao longo do tempo, devido ao desenvolvimento do adolescente e alterações no meio envolvente. Estas lacunas devem ser contempladas, de modo promover o bom senso de estabelecer um equilíbrio entre a comunicação adequada e frequente com o jovem e a promoção da sua autonomia, essenciais para o seu desenvolvimento.

A escola

Tendo em atenção os discursos dos jovens e a observação em contexto de recolha de dados, a “Educação para os *Media*” e a “Saúde e Sexualidade” (que constituem dimensões da área curricular “Educação para a Cidadania”) (DGE, 2013)⁴² parecem não estar a ser suficientemente explorados ou a satisfazer a necessidade dos jovens. As aulas de Educação

⁴² Disponível em:

http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ECidadania/educacao_para_cidadania_linhas_orientadoras_no_v2013.pdf

para a Cidadania têm, aproximadamente, a duração de 45 minutos por semana, restringindo a possibilidade da abordagem de uma grande quantidade de informação que deveria integrar, pelo que constitui um grande desafio. Por outro lado, os professores e os diretores de turma encontram-se frequentemente assoberbados nas tarefas relativas aos alunos e à(s) disciplina(s) pela(s) qual/quais são responsáveis. Deste modo, e como foi frequentemente sugerido pelos próprios professores contactados ao longo do estudo, estes temas poderiam ser explorados com profissionais detentores de formação específica na área, o que parece não ser frequente. Isto não significa que os professores não possam abordar o tema da Literacia Mediática e da Literacia em Saúde, no entanto, devido ao grau de abrangência, idiosincrasias e complexidade do cruzamento entre estes temas, seria fortemente aconselhável uma formação prévia aos professores que a irão transmitir aos estudantes. Considerando as próprias perceções dos jovens, a informação teria que ser clara e livre de tabus, preconceitos e estereótipos, embora os devesse abordar. A formação deveria ser predominantemente prática, incentivando à discussão de ideias de modo aberto e demonstrando uma atitude aceitante e de respeito pela individualidade e diversidade das ideias dos jovens – dar-lhes voz. Por conseguinte, esta pode incorporar atividades cativantes e criativas a ser realizadas pelos alunos, supervisionadas pelo formador/professor. Podem ser demonstrados conteúdos mediáticos de curta duração (clips de séries) e sugeridos outros (ex. filmes) para complementar a formação, caso assim o pretendam. Os temas podem abordar a relação entre os *media* e a saúde, em vez de cada um dos temas isoladamente. Neste campo, o Referencial de Educação para os *Media*⁴³ (Pereira et al., 2014) serve de inspiração (embora não o substitua), incidindo, em especial, nos descritores de desempenho do 3º ciclo e Ensino Secundário. Por conseguinte, o presente trabalho evidencia exemplos de áreas que estão, ou podem vir a ser trabalhadas, em formação a nível curricular, através da Direção Geral de Educação (DGE) ou a nível do agrupamento escolar, ou no âmbito de entidades como a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), as Administrações Regionais de Saúde (ARS), a Direção-Geral da Saúde (DGS), os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), o Instituto Português da Juventude (IPJ), o Instituto Português do Desporto e Juventude (IPDJ), a Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (CNPDP) e as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ):

⁴³ Disponível em: http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ficheiros/referencial_educacao_media_2014.pdf

- Demonstrar de que modo o tempo sem pausas em frente aos ecrãs pode ter relação com alguns problemas de saúde física (ex., problemas de visão) e mental (ex., dependência dos videojogos classificada como um distúrbio psiquiátrico pela OMS) e propor técnicas para o regular;
- Discutir em grupo a possível tendência para subestimar e/ou não reconhecer a influência positiva e negativa dos *media*;
- Demonstrar a potencialidade dos *media* nas competências e bem-estar dos jovens (ex., fóruns e blogs que funcionam como grupos de ajuda);
- Explicar a importância da comunicação e incentivar a expressar ideias de modo construtivo;
- Incentivar a comunicação com os pais sobre a saúde, o que veem na televisão e fazem na internet, encorajando-os a tomar iniciativa mesmo em relação a temas desconfortáveis, e demonstrando em que medida essa comunicação os pode ajudar;
- Ajudar o adolescente a agir perante uma grande quantidade de informação e, em caso de sentimento de isolamento social, demonstrar-lhe as suas potencialidades e encaminhar para os respetivos profissionais ou entidades, em casos mais graves;
- Dar a conhecer os meios disponíveis para o jovem manifestar as suas opiniões e ter um papel ativo nos *media*;
- Propor táticas para diferenciar entre informação confiável e duvidosa (ex. *fake news*);
- Compreender como funciona a ordenação e disponibilização da informação das páginas devolvidas pelos principais motores de busca;
- Evidenciar o caráter eterno da informação divulgada na internet e discutir a distinção entre o que é público e privado. Demonstrar a importância das configurações de privacidade, salvaguardando, no entanto, que esta não é absoluta.
- Explicar o conceito e as características do *cyberbullying*, distinguindo-o de processos de socialização normativo; referir o *sexting* e ensinar comportamentos de reconhecimento, prevenção e intervenção perante o problema, no próprio e nos pares.
- Salientar que a comunicação online com pessoas que não se conhece pessoalmente pode apresentar características diferentes do que o que aparenta ser e que daí não devem resultar encontros face a face, mesmo que estes ocorram em espaços públicos;
- Alertar para as potenciais consequências da divulgação de dados pessoais;

- Desmistificar a sobrevalorização da idealização da imagem corporal presente nos *media*, e compreender a sua relação com a autoestima e problemas alimentares;
- Ajudar a encontrar informação credível sobre nutrição e alimentação (ex. site da OMS) e alertar para publicidade enganosa acerca do tema;
- Explicar as técnicas às quais os *media* recorrem para cativar e seduzir audiências e o modo como o erotismo e o sensacionalismo são utilizados pelos *media* para cativar a atenção dos adolescentes;
- Ajudar a identificar atitudes e consumos potencialmente motivados pelos *media*, focando especialmente nos comportamentos dos seus “ídeos”;
- Ajudar a identificar exemplos de estereótipos, valores morais, preconceitos e discriminação em conteúdos mediáticos, incentivando-os a adotar uma atitude crítica perante os mesmos. Mostrar-lhes a legislação relativa à proteção de menores, respeito pela vida privada, direito ao bom nome e à propriedade intelectual;
- Informar acerca da existência de jogos e grupos radicais/extremistas que possam tentar seduzir o adolescente a adotar comportamentos inconsequentes e perigosos para si próprio ou para o próximo
- Explicar os fatores de risco (ex. alienação social) e incentivar à denúncia e à procura de ajuda através de profissionais especializados, caso se revele necessário;
- Explicar que os conteúdos a que assistem em programas de ficção como séries, têm como objetivo atingir o maior número de audiências e, para conseguir este objetivo, recorrem à “glamorização”, exagero, atenuação, camuflagem, ocultação ou romantização de personagens ou situações.

Em conclusão, existe um conjunto de abordagens que podem ser adotadas no estudo e nas práticas relacionadas com a comunicação e a Literacia Mediática em Saúde. Contemplando estas e outras áreas de intervenção, de um modo adequado e apelativo para a fase da adolescência, os pais, a escola e a sociedade em geral poderão ajudar os jovens a aproveitar os benefícios e as oportunidades dos *media* e dos agentes interpessoais para a comunicação e promoção da sua Saúde.

REFERÊNCIAS

A

- Ackard, D. M., & Neumark-Sztainer, D. (2001). Health care information sources for adolescents: Age and gender differences on use, concerns, and needs. *Journal of Adolescent Health, 29*(3), 170-176.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50*(2), 179-211. doi: 10.1016/0749-5978(91)90020-T
- Amaro, A. Silvestre, C., & Fernandes, L. (2013). *Estatística descritiva: O segredo dos dados*. Londres: Lulu.com
- Andsager, J. L., Austin, E. W., & Pinkleton, B. E. (2002). Gender as a variable in interpretation of alcohol-related messages. *Communication Research, 29*(3), 246–269. doi: 10.1177/0093650202029003002
- Antunes, J. A. (2015). Crise económica, saúde e doença. *Psicologia, Saúde & Doenças, 16*(2), 267-277.
- Aquino, J. M. G., Miranda, P. S. F., Luz, A., & Moleiro, P. (2016). O perfil biopsicossocial do adolescente em consulta hospitalar—experiência de 8 anos de uma unidade de medicina do adolescente. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente, 6*(2), 31-46.
- Araújo, J., Teixeira, J., Gaio, A. R., Lopes, C., & Ramos, E. (2015). Dietary patterns among 13-y-old Portuguese adolescents. *Nutrition, 31*(1), 148-154.
- Arendt, F., Scherr, S., Till, B., Prinzellner, Y., Hines, K., & Niederkrotenthaler, T. (2017). Suicide on TV: Minimising the risk to vulnerable viewers. *Bmj, 358*, j3876. doi:10.1136/bmj.j3876
- Aromataris, E., & Pearson, A. (2014). The systematic review: an overview. *AJN The American Journal of Nursing, 114*(3), 53-58.
- Atkinson, A. M., Bellis, M., & Sumnall, H. (2013). Young peoples' perspective on the portrayal of alcohol and drinking on television: findings of a focus group study. *Addiction Research & Theory, 21*(2), 91-99.
- Aufderheide, P. (Ed.), (1993). Media literacy: A report of the national leadership conference on media literacy. Aspen, CO: Aspen Institute. Retirado de <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED365294.pdf>
- Austin, E. W., & Meili, H. K. (1994). Effects of interpretations of televised alcohol portrayals on children's alcohol beliefs. *Journal of Broadcasting & Electronic Media, 38*(4), 417-435.
- Austin, E. W., Pinkleton, B. E., Chen, Y. C., & Austin, B. W. (2015). Processing of sexual media

- messages improves due to media literacy effects on perceived message desirability. *Mass Communication and Society*, 18(4), 399-421.
- Austin, E. W., Pinkleton, B. E., Hust, S. J., & Cohen, M. (2005). Evaluation of an American Legacy Foundation/Washington state department of health media literacy pilot study. *Health Communication*, 18(1), 75-95.
- Austin, E. W., Pinkleton, B. E., & Fujioka, Y. (2000). The role of interpretation processes and parental discussion in the media's effects on adolescents' use of alcohol. *Pediatrics*, 105(2), 343-349.
- Austin, E. W., Pinkleton, B. E., & Funabiki, R. P. (2007). The desirability paradox in the effects of media literacy training. *Communication research*, 34(5), 483-506.
- Austin, E. W., Pinkleton, B. E., Radanielina-Hita, M. L., & Ran, W. (2015). The role of parents' critical thinking about media in shaping expectancies, efficacy and nutrition behaviors for families. *Health Communication*, 30(12), 1256-1268.
- Ayers, J. W., Althouse, B. M., Leas, E. C., Dredze, M., & Allem, J. P. (2017). Internet searches for suicide following the release of 13 reasons why. *JAMA Internal Medicine*, 177, 1527-1529. doi: 10.1001/jamainternmed.2017.3333

B

- Baheiraei, A., Mirghafourvand, M., Charandabi, S. M. A., Mohammadi, E., & Nedjat, S. (2014). Health-promoting behaviors and social support in Iranian women of reproductive age: a sequential explanatory mixed methods study. *International journal of public health*, 59(3), 465-473.
- Bandura, A. (1962). Social learning through imitation. In M. R. Jones (Ed.), Nebraska Symposium on. Motivation. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Bandura, A. (1965). Influence of models' reinforcement contingencies on the acquisition of imitative responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1(6), 589-595.
- Bandura, A. (1986). Fearful expectations and avoidant actions as coeffects of perceived self-inefficacy. *American Psychologist*, 41(12), 1389-1391.
- Bandura, A. (1999). A social cognitive theory of personality. In L. Pervin & O. John (Eds.), *Handbook of personality* (2nd ed., pp. 154-196). New York: Guilford Publications.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory of mass communication. *Media Psychology*, 3(3), 265-299.
- Banerjee, S. C., & Greene, K. (2007). Antismoking initiatives: Effects of analysis versus

- production media literacy interventions on smoking-related attitude, norm, and behavioral intention. *Health Communication, 22*(1), 37-48.
- Banister, E. M., Begoray, D. L., & Daly, L. K. (2011). Responding to adolescent women's reproductive health concerns: empowering clients through health literacy. *Health Care for Women International, 32*(4), 344-354.
- Barbovschi, M., Marinescu, V., Velicu, A., & Laszlo, E. (2012). Meeting new contacts online. In S. M. Livingstone, L. Haddon, & A. Gorzig (Eds.), *Children, risk and safety on the internet* (177-189). Bristol: Policy Press.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*(6), 1173.
- Bauer, K. W., Neumark-Sztainer, D., Fulkerson, J. A., Hannan, P. J., & Story, M. (2011). Familial correlates of adolescent girls' physical activity, television use, dietary intake, weight, and body composition. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 8*(1), 1-10. doi: 10.1186/1479-5868-8-25
- Begoray, D. L., Banister, E. M., Wharf Higgins, J., & Wilmot, R. (2014). Online, tuned in, turned on: Multimedia approaches to fostering critical media health literacy for adolescents. *Asia-Pacific Journal of Health, Sport and Physical Education, 5*(3), 267-280.
- Begoray, D. L., Banister, E. M., Wharf Higgins, J., & Wilmot, R. (2015). Puppets on a String? How Young Adolescents Explore Gender and Health in Advertising. *Journal of Media Literacy Education, 6*(3), 46-64.
- Begoray, D., & Brown, A. (2018). Empowering Indigenous Learners through the Creation of Graphic Novels. *Journal of Media Literacy Education, 10*(3), 132-151.
- Begoray, D., Cimon, M., & Wharf-Higgins, J. W. (2010). *Mediating health: The powerful role of the media*. Nova York: Nova Science Publishers.
- Begoray, D., Wharf-Higgins, J. W., Harrison, J., & Collins-Emery, A. (2013). Adolescent reading/viewing of advertisements: Understandings from transactional and positioning theory. *Journal of Adolescent & Adult Literacy, 57*(2), 121-130.
- Begoray, D., Wharf-Higgins, J., & MacDonald, M. (2009). High school health curriculum and health literacy: Canadian student voices. *Global Health Promotion, 16*(4), 35–42. <https://doi.org/10.1177/1757975909348101>

- Begoray, D., & Kwan, B. (2011). A Canadian exploratory study to define a measure of health literacy. *Health Promotion International*, 27(1), 23-32.
- Begoray, D., Marshall, E.A., Shone, L., & Rowlands, G. (2012). Health literacy and lifelong learning. In D. Begoray, D. Gillis, & G. Rowlands (Eds.), *Health literacy in context: International perspectives* (pp. 75-98). New York: Nova Science Publishers Inc.
- Berge, J. M., MacLehose, R. F., Loth, K. A., Eisenberg, M. E., Fulkerson, J. A., & Neumark-Sztainer, D. (2015). Parent-adolescent conversations about eating, physical activity and weight: prevalence across sociodemographic characteristics and associations with adolescent weight and weight-related behaviors. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(1), 122–135. doi: 10.1007/s10865-014-9584-3
- Bergsma, L. J. (2004). Empowerment education: The link between media literacy and health promotion. *American Behavioral Scientist*, 48(2), 152-164.
- Bergsma, L. J. (2011). Media literacy and health promotion for adolescents. *Journal of Media Literacy Education*, 3(1), 25-28.
- Bergsma, L. J., & Carney, M. E. (2008). Effectiveness of health-promoting media literacy education: a systematic review. *Health Education Research*, 23, 522-542. doi: 10.1093/her/cym084
- Bergsma, L. J. & Ferris, E. (2011). The impact of health-promoting media-literacy education on nutrition and diet behavior. In V. R. Preedy, R. R. Watson, & C. R. Martin (Eds.), *Handbook of behavior, food and nutrition* (pp. 3391-3411). New York: Springer.
- Berkman, N. D., Davis, T. C., & McCormack, L. (2010). Health literacy: what is it?. *Journal of Health Communication*, 15(S2), 9-19.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97-107.
- Bernard, H. R. (1995). *Research methods in anthropology: Qualitative and quantitative approaches* (2^o Ed.). Walnut Creek, California: Altamira Press.
- Bickham, D. S., Blood, E. A., Walls, C. E., Shrier, L. A., & Rich, M. (2013). Characteristics of screen media use associated with higher BMI in young adolescents. *Pediatrics*, 131(5), 935-941.
- Bickham, D. S., Hswen, Y., & Rich, M. (2015). Media use and depression: exposure, household rules, and symptoms among young adolescents in the USA. *International*

journal of public health, 60(2), 147-155.

- Bickham, D. S., & Slaby, R. G. (2012). Effects of a media literacy program in the US on children's critical evaluation of unhealthy media messages about violence, smoking, and food. *Journal of Children and Media*, 6, 255-271. doi: 10.1080/17482798.2012.662031
- Bier, M. C., Zwarun, L., & Fehrmann Warren, V. (2011). Getting universal primary tobacco use prevention into priority area schools: a media literacy approach. *Health Promotion Practice*, 12, 152-158. doi: 10.1177/1524839911414887
- Błachnio, A., Przepiorka, A., Bałakier, E., & Boruch, W. (2016). Who discloses the most on Facebook? *Computers in Human Behavior*, 55, 664-667.
- Błachnio, A., Przepiorka, A., & Pantic, I. (2016). Association between Facebook addiction, self-esteem and life satisfaction: A cross-sectional study. *Computers in Human Behavior*, 55, 701-705.
- Bohanna, I., & Wang, X. (2012). Media guidelines for the responsible reporting of suicide: a review of effectiveness. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 33(4), 190-198.
- Boniel-Nissim, M., Lenzi, M., Zsiros, E., de Matos, M. G., Gommans, R., Harel-Fisch, Y., ... van der Sluijs, W. (2015). International trends in electronic media communication among 11- to 15-year-olds in 30 countries from 2002 to 2010: association with ease of communication with friends of the opposite sex. *The European Journal of Public Health*, 25(suppl 2), 41-45. doi: 10.1093/eurpub/ckv025
- Borzekowski, D., & Rich, M. (2012). Children, media, and health. *Journal of Children and Media*, 6(1), 1-4.
- Borzekowski, D., Ross, C. S., Jernigan, D. H., DeJong, W., & Siegel, M. (2015). Patterns of media use and alcohol brand consumption among underage drinking youth in the United States. *Journal of Health Communication*, 1-7. doi: 10.1080/10810730.2014.965370
- Branje, S., Laursen, B., & Collins, W. A. (2012). Parent-child communication during adolescence. In A. L. Vangelisti (Ed.), *Routledge handbook of family communication* (pp. 271-286). New York: Routledge
- Brochado, S., Fraga, S., Soares, S., Ramos, E., & Barros, H. (2017). Cyberbullying among adolescents: the influence of different modes of inquiry. *Journal of Interpersonal Violence*. doi: 10.1177/0886260517744182

- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Brooks, F., Zaborskis, A., Tabak, I., Carmen Granado Alcón, M. D., Zemaitiene, N., de Roos, S., & Klemera, E. (2015). Trends in adolescents' perceived parental communication across 32 countries in Europe and North America from 2002 to 2010. *The European Journal of Public Health, 25*(2), 46-50.
- Brown J. D. (2006) 'media literacy has potential to improve adolescents' health', *Journal of Adolescent Health, 39*, 459-460.
- Brown, J. D., & Bobkowski, P. S. (2011). Older and newer media: Patterns of use and effects on adolescents' health and well-being. *Journal of Research on Adolescence, 21*(1), 95-113.
- Brown, S. L., Teufel, J. A., & Birch, D. A. (2007). Early adolescents perceptions of health and health literacy. *Journal of School Health, 77*(1), 7-15.
- Bryce, J., & Fraser, J. (2014). The role of disclosure of personal information in the evaluation of risk and trust in young peoples' online interactions. *Computers in Human Behavior, 30*, 299-306.
- Buckingham, D. (2005). *The media literacy of children and young people: A review of the research literature*. Retirado de <http://eprints.ioe.ac.uk/145/1/Buckinghammedialiteracy.pdf>
- Buckingham, D., & Bragg, S. (2004). Introduction. In D. Buckingham, & S. Bragg (Eds.), *Young people, sex and the media: The facts of life?* (pp. 1-16). London: Palgrave Macmillan
- Buckingham D., & Kehily M. J. (2014). Introduction: Rethinking youth cultures in the age of global media. In Buckingham D., Bragg, S., & Kehily M.J. (Eds), *Youth cultures in the age of global media*. (pp. 1-18). London: Palgrave Macmillan.
- Bucksch, J., Sigmundova, D., Hamrik, Z., Troped, P. J., Melkevik, O., Ahluwalia, N., ... & Inchley, J. (2016). International trends in adolescent screen-time behaviors from 2002 to 2010. *Journal of Adolescent Health, 58*(4), 417-425.
- Bush, A. J., Smith, R., & Martin, C. (1999). The influence of consumer socialization variables on attitude toward advertising: A comparison of African-Americans and Caucasians. *Journal of Advertising, 28*(3), 13-24.
- Bustreo, F., & Chestnov, O. (2013). Emerging issues in adolescent health and the positions and priorities of the world health organization. *Journal Adolescent Health, 52*, S4.

C

- Callejo Gallego, J. (2012). La observación de la adolescencia del sistema de comunicación. In J. Callejo Gallego & J. Gutiérrez Brito, *Adolescencia entre pantallas: Identidades juveniles en el sistema de comunicación* (pp. 17-35). Barcelona: Gedisa.
- Calderón, J. L., Baker, R. S., & Wolf, K. E. (2000). Focus groups: A qualitative method complementing quantitative research for studying culturally diverse groups. *Education for Health, 13*(1), 91.
- Campbell, K., & Peebles, R. (2014). Eating disorders in children and adolescents: state of the art review. *Pediatrics, 134*(3), 582-592.
- Cardoso, G., Espanha, R., & Lapa, T. (2009). *Do quarto de dormir para o mundo: Jovens e media em Portugal*. Lisboa: Âncora Editora.
- Cardoso, G., Mendonça, S., Paisana, M., Lima, T., & Neves, M. (2015). *Os Media e as dinâmicas geracionais na sociedade Portuguesa: Análise dos impactos das variáveis geracionais nas práticas mediáticas dos portugueses*. Lisboa: Publicações OberCom. Retirado de <https://obercom.pt/wp-content/uploads/2016/06/Os-Media-e-as-din%C3%A2micas-geracionais-na-sociedade-Portuguesa-2014.pdf>
- Carlson, S. A., Fulton, J. E., Lee, S. M., Foley, J. T., Heitzler, C., & Huhman, M. (2010). Influence of limit-setting and participation in physical activity on youth screen time. *Pediatrics, 126*(1), 89–96. doi: 10.1542/peds.2009-3374
- Carter, M. A., & Swinburn, B. (2004). Measuring the 'obesogenic' food environment in New Zealand primary schools. *Health Promotion International, 19*(1), 15-20.
- Caruthers, A. S., Van Ryzin, M. J., & Dishion, T. J. (2014). Preventing high-risk sexual behavior in early adulthood with family interventions in adolescence: Outcomes and developmental processes. *Prevention Science, 15*(1), 59-69.
- Carvalho, A. T. (2015). *Avaliação dos níveis de Literacia Mediática: estudo exploratório com adultos no mercado de trabalho*. Tese de Mestrado não publicada, Universidade do Minho, Braga.
- Carvalho M., Matos M. G. & Equipa Aventura Social (2014). Psychosocial determinants of mental health and risk behaviours in adolescents. *Journal of Health Science, 6*, 22-35. doi: 10.5539/gjhs.v6n4p22.
- Catan, G., Espanha, R., Mendes, R., Toren, O., & Chinitz, D. (2015a). Health information technology implementation-impacts and policy considerations: a comparison between

- Israel and Portugal. *Israel Journal of Health Policy Research*, 4(41), 1-12. doi: 10.1186/s13584-015-0040-9
- Catan, G., Espanha, R., Mendes, R., Toren, O., & Chinitz, D. (2015b). The Impact of eHealth and mHealth on doctor behavior and patient involvement: An Israeli and Portuguese comparative approach. In R. Cornet, L. Stoicu-Tivadar, A. Hörbst, C. L. Parra Calderón, S. K. Andersen & M. Hercigonja-Szekeres (Eds.), *Digital healthcare empowering Europeans* (pp. 813-817). doi: 10.3233/978-1-61499-512-8-813
- Centers For Disease Control And Prevention et al. (2008) Unintentional strangulation deaths from the "choking game" among youths aged 6-19 years—United States, 1995-2007. *MMWR: Morbidity and Mortality Weekly Report*, 57(6), 141-144
- Chang, F. C., Chiu, C. H., Chen, P. H., Miao, N. F., Lee, C. M., Chiang, J. T., & Pan, Y. C. (2015). Relationship between parental and adolescent eHealth literacy and online health information seeking in Taiwan. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 18(10), 618-624. doi:10.1089/cyber.2015.0110
- Chapin, J. R. (2013). I know you are, but what am I? Adolescents' third-person perception regarding dating violence. *The Journal of Educational Research*, 106(5), 393-398.
- Chen, Y. C. (2013). The effectiveness of different approaches to media literacy in modifying adolescents' responses to alcohol. *Journal of Health Communication*, 18(6), 723-739.
- Chen, Y. C., Kaestle, C. E., Estabrooks, P., & Zoellner, J. (2013). US Children's acquisition of tobacco media literacy skills: a focus group analysis. *Journal of Children and Media*, 7(4), 409-427.
- Cheng, S., Kuo-Hsun Ma, J., & Missari, S. (2014). The effects of Internet use on adolescents' first romantic and sexual relationships in Taiwan. *International Sociology*, 29(4), 324-347. doi: 10.1177/0268580914538084
- Cheong-Clinch, C. (2009). Music for engaging young people in education. *Youth Studies Australia*, 28(2), 50-57.
- Chinn, D. (2011). Critical health literacy: A review and critical analysis. *Social Science & Medicine*, 73(1), 60-67.
- Chisholm, J. S., & Trent, B. (2012). "Everything... affects everything": Promoting critical perspectives toward bullying with thirteen reasons why. *English Journal*, 101(6), 75-80.
- Cho, H., & Boster, F. J. (2008). First and third person perceptions on anti-drug ads among adolescents. *Communication Research*, 35(2), 169-189.

- Clarke, A. M., Kuosmanen, T., & Barry, M. M. (2015). A systematic review of online youth mental health promotion and prevention interventions. *Journal of Youth and Adolescence*, *44*(1), 90-113.
- Collado, A., Felton, J. W., MacPherson, L., & Lejuez, C. W. (2014). Longitudinal trajectories of sensation seeking, risk taking propensity, and impulsivity across early to middle adolescence. *Addictive Behaviors*, *39*(11), 1580-1588.
- Colucci, E. (2007). "Focus groups can be fun": The use of activity-oriented questions in focus group discussions. *Qualitative Health Research*, *17*(10), 1422-1433.
- Comissão Europeia. (2009). *Official Journal of the European Union L227/9 - Commission Recommendation on media literacy in the digital environment for a more competitive audiovisual and content industry and an inclusive knowledge society*. Retirado de <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009H0625&from=EN>
- Compton, J., & Pfau, M. (2004). Use of inoculation to foster resistance to credit card marketing targeting college students. *Journal of Applied Communication Research*, *32*(4), 343-364.
- Cook, C. R., Williams, K. R., Guerra, N. G., Kim, T. E., & Sadek, S. (2010). Predictors of bullying and victimization in childhood and adolescence: A meta-analytic investigation. *School Psychology Quarterly*, *25*(2), 65-83. doi: 10.1037/a002014
- Corcoran, L., Guckin, C., & Prentice, G. (2015). Cyberbullying or cyber aggression?: A review of existing definitions of cyber-based peer-to-peer aggression. *Societies*, *5*(2), 245-255.
- Costa, S. D. (2014). *O efeito da televisão na comunicação interpessoal familiar*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade do Minho, Portugal.
- Costigan, S. A., Barnett, L., Plotnikoff, R. C., & Lubans, D. R. (2013). The health indicators associated with screen-based sedentary behavior among adolescent girls: A systematic review. *Journal of Adolescent Health*, *52*(4), 382-392. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.07.018
- Côté, F., Godin, G., & Gagné, C. (2006). Efficiency of an evidence-based intervention to promote and reinforce tobacco abstinence among elementary schoolchildren in a school transition period. *Health Education & Behavior*, *33*(6), 747-759.
- Cotten, S. R., Shank, D. B., & Anderson, W. A. (2014). Gender, technology use and ownership, and media-based multitasking among middle school students. *Computers in Human Behavior*, *35*, 99-106.

- Cottrell, S. (2005). *Critical thinking skills: Developing effective analysis and arguments*. New York: Palgrave MacMillan
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas*. Coimbra: Edições Almedina.
- Creswell, J. W. (2009). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (3^a Ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4^a Ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications
- Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., De Looze, M., Roberts, C., ... & Barnekow, V. (2012). Social determinants of health and well-being among young people. *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen: World Health Organization. Retirado de www.hbsc.org/publications/international

D

- Dahal, S., Maharjan, S., Subedi, R. K., & Maharjan, J. (2015). Role of media in provoking cigarette smoking among adolescents in urban Nepal. *Health, 7*(1), 98–105. doi: 10.4236/health.2015.71011
- Daley, A. M. (2013). Adolescent-friendly remedies for the challenges of focus group research. *Western Journal of Nursing Research, 35*(8), 1043-1059.
- Damour, L. K., Cordiano, T. S., & Anderson-Fye, E. P. (2015). My sister's keeper: identifying eating pathology through peer networks. *Eating Disorders, 23*(1), 76-88.
- Darcy, A. M., Doyle, A. C., Lock, J., Peebles, R., Doyle, P., & Le Grange, D. (2012). The Eating Disorders Examination in adolescent males with anorexia nervosa: how does it compare to adolescent females?. *International Journal of Eating Disorders, 45*(1), 110-114.
- Davison, W. P. (1983). The third-person effect in communication. *Public Opinion Quarterly, 47*(1), 1-15.
- Declaração de Grunwald (1982). Declaração de Grunwald sobre educação para os media. Retirado de <http://www.gmcs.pt/ficheiros/pt/declaracao-de-grunwald-sobre-educacao-para-os-media.pdf>
- Dehne, K. L., & Riedner, G. (2001). Adolescence—a dynamic concept. *Reproductive Health matters, 9*(17), 11-15.
- Den Hamer, A. H., & Konijn, E. A. (2015). Adolescents' media exposure may increase their

- cyberbullying behavior: a longitudinal study. *Journal of Adolescent Health*, 56(2), 203-208.
- Den Hamer, A. H, Konijn, E. A., & Keijer, M. G. (2014). Cyberbullying behavior and adolescents' use of media with antisocial content: A cyclic process model. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 17(2), 74-81.
- Devís-Devís, J., Peiró-Velert, C., Beltrán-Carrillo, V. J., & Tomás, J. M. (2012). Brief report: Association between socio-demographic factors, screen media usage and physical activity by type of day in Spanish adolescents. *Journal of Adolescence*, 35(1), 213–218. doi: 10.1016/j.adolescence.2010.11.009
- Dewhirst, T. (2008). Tobacco Portrayals in U.S. Advertising and Entertainment Media. In P. E. Jamieson & D. Romer (Eds.), *The changing portrayal of adolescents in the media since 1950*. New York: Oxford University Press.
- Direção-Geral da Saúde (2017). Plano nacional de prevenção do suicídio 2013/2017. Programa Nacional de Saúde Mental. Retirado de <http://www.saudementalpt.pt/index.php?pagina=Doc&id=166>
- Direção Geral de Saúde (2018). Rede de Referência Hospitalar *Psiquiatria da infância e da adolescência*. Retirado de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/06/RRH-Psiquiatria-da-Inf%C3%A2ncia-e-da-Adolesc%C3%A2ncia-Para-CP.pdf>
- Diviani, N., Van den Putte, B., Meppelink, C. S., & van Weert, J. C. (2016). Exploring the role of health literacy in the evaluation of online health information: insights from a mixed-methods study. *Patient Education and Counseling*, 99(6), 1017-1025.
- Domingues, S., Leite, J., Martins, I., Sampaio, J., Fonseca, G., & Lira, S. (2016). Risk behaviours of Portuguese adolescents and environment influence. *Nascer e Crescer*, 23(3), 124-133.
- Dorman, S. M. (2002). Health on the net foundation: Advocating for quality health information. *Journal of School Health*, 72(2), 86-87.
- Dworak, M., & Wiater, A. (2013). Media, sleep and memory in children and adolescents. *Journal of Sleep Disorders & Therapy*, 2(7), 1-4.

E

- Eintraub, E. W., Kristine, A., & Johnson, K. (1997). Effects of general and alcohol-specific media literacy training on children's decision making about alcohol. *Journal of health*

communication, 2(1), 17-42.

- Eisner, M. P., & Malti, T. (2015). Aggressive and violent behavior. In R. M. Lerner & M. E. Lamb (Eds.), *Handbook of Child Psychology and Developmental Science* (Vol. 3) (pp. 795-884). Hoboken: Wiley
- Erikson, E.H. (1963). *Childhood and society* (2ª Ed.). Nova Iorque: Norton.
- Erikson, E.H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. Nova Iorque: Norton.
- Espanha, R. (2008). Internet and health contents. *Observatorio (OBS*)*, (3), 69-95.
- Espanha, R. (2016). Informação sobre saúde: as fontes de informação e a construção da autonomia. *Revista Factores de Risco*, 40, 15-23.
- Espanha, R., Ávila, P. (2016). Literacia em Saúde em Portugal. *Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian*.
- Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. (2015). ILS – PT Inquérito à Literacia em Saúde Portugal: Relatório final. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Retirado de https://www.academia.edu/21502281/ILS_PT_Inqu%C3%A9rito_%C3%A0_Literacia_e_m_Sa%C3%BAdade_Portugal
- European Health Literacy Project Consortium (The Hls-Eu Consortium) (2012) *Comparative Report On Health Literacy In Eight Eu Member States (Second Extended And Revised Version)* Retirado de: https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/135/2015/09/neu_rev_hls-eu_report_2015_05_13_lit.pdf

F

- Faria, P. D. (2011). Saúde pública e crise: uma reflexão. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(2), 97-99.
- Fergie, G., Hunt, K., & Hilton, S. (2013). What young people want from health-related online resources: a focus group study. *Journal of Youth Studies*, 16(5), 579-596.
- Ferreira C., Ferreira, H., Vieira, M. J., Costeira, M., Branco, L., Dias, Â., & Macedo, L. (2017). Epidemiologia do uso de internet numa população adolescente e sua relação com hábitos de sono. *Acta Medica Portuguesa*, 30, 524-533.
- Field, A. (2010). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage Publications.
- Festl, R., Scharnow, M., & Quandt, T. (2013). Problematic computer game use among adolescents, younger and older adults. *Addiction*, 108(3), 592-599.
- Fischer, P., Greitemeyer, T., Kastenmüller, A., Vogrincic, C., & Sauer, A. (2011). The effects of risk-glorifying media exposure on risk-positive cognitions, emotions, and behaviors: A

- meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 137, 367–390.
- Fischhoff, B. (1992). Risk taking: A developmental perspective. In J. F. Yates (Ed.), *Wiley series in human performance and cognition. Risk-taking Behavior* (pp. 133-162). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Flay, B. R., & Petraitis, J. (1994). A new theory of health behavior with implications for preventive interventions. *Advances in Medical Sociology*, 4, 19-44.
- Francisco, R., Espinoza, P., González, M. L., Penelo, E., Mora, M., Rosés, R., & Raich, R. M. (2015). Body dissatisfaction and disordered eating among Portuguese and Spanish adolescents: The role of individual characteristics and internalisation of sociocultural ideals. *Journal of Adolescence*, 41, 7-16.
- Freire, P. (1970). *Pedagogy of the oppressed*. Nova Iorque: Continuum.
- Freire, P. (1973). *Education for a critical consciousness*. Nova Iorque: Seabury.
- Freire, T., & Almeida, L. S. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (5.^a Ed.). Braga: Psiquilibrios.
- Frisch, A. L., Camerini, L., Diviani, N., & Schulz, P. J. (2011). Defining and measuring health literacy: How can we profit from other literacy domains? *Health Promotion International*, 27(1), 117-126.

G

- Gainer, J. (2012). Critical thinking: Foundational for digital literacies and democracy. *Journal of Adolescent & Adult Literacy*, 56(1), 14-17.
- Gaglio, B., Glasgow, R. E., & Bull, S. S. (2012). Do patient preferences for health information vary by health literacy or numeracy? A qualitative assessment. *Journal of Health Communication*, 17(3), 109-121.
- Garcia-Contente, X., Pérez-Giménez, A., Espelt, A., & Nebot Adell, M. (2013). Factors associated with media use among adolescents: A multilevel approach. *The European Journal of Public Health*, 24(1), 5-10.
- Gaspar, P. J. S. (2006). *Educação para a saúde e estudantes: as fontes e o impacto da informação*. Tese de Doutoramento não publicada. Instituto Politécnico de Leiria, Leiria, Portugal.
- Geraee, N., Kaveh, M. H., Shojaeizadeh, D., & Tabatabaee, H. R. (2015). Impact of media

- literacy education on knowledge and behavioral intention of adolescents in dealing with media messages according to stages of change. *Journal of Advances in Medical Education & Professionalism*, 3(1), 9-14.
- Ghaddar, S. F., Valerio, M. A., Garcia, C. M., & Hansen, L. (2012). Adolescent health literacy: the importance of credible sources for online health information. *Journal of School Health*, 82(1), 28-36.
- Ghorbani, N. R., & Heidari, R. N. (2011). Effects of information and communication technology on youth's health knowledge. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 23(3), 363-368.
- Giacobo, R. S., Jané, M. C., Bonillo, A., Arrufat, F. J., & Araujo, E. (2014). ADHD and functional somatic symptoms: structural equations of a conceptual model. *Child and Adolescent Mental Health*, 19(2), 83-89.
- Giddens, A. (1997). *Sociologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gillis, B. (2011). Thirteen Reasons Why. *Journal of Adolescent & Adult Literacy*, 54(7), 542-546. doi:10.1598/JAAL.54.7.9
- Goethe, J. V. (1774). *The sorrows of young Werther* (E. Lane, Trans.). Sawtry, Reino Unido: Dedalus.
- Golan, G. J., & Day, A. G. (2008). The first-person effect and its behavioral consequences: A new trend in the twenty-five year history of third-person effect research. *Mass Communication and Society*, 11(4), 539-556.
- Goldman, M. S., Brown, S. A., & Christiansen, B. A. (1987). Expectancy theory-thinking about drinking. In H. T. Blane & K. E. Leonard (Eds.), *Psychological theories of drinking and alcoholism* (pp. 181-226). New York, NY: Guilford Publications.
- Gonçalves, C. (2017). Crise pós-2008 nas cidades portuguesas da NUT III Oeste: desemprego e exclusão social. *Cadernos Metrópole*, 19(38), 71-100.
- Gonçalves, C., Abreu S., Padrão, P., Pinho, O., Graça, P., Breda J., ... Moreira, P. (2015). Association between sodium excretion and hydration status by Free Water Reserve: a cross-sectional analysis in adolescents. *BMC Nutrition* 1(1):17. doi: 10.1186/s40795-015-0013-y
- Gonçalves, C., Abreu, S., Padrão, P., Pinho, O., Graça, P., Breda, J., ... & Moreira, P. (2016). Sodium and potassium urinary excretion and dietary intake: a cross-sectional analysis in adolescents. *Food & Nutrition Research*, 60(1), 29442. doi: 10.3402/fnr.v60.29442
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research:

- concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Gray, S. L., Culpepper, C. L., & Welsh, D. P. (2012). Adolescence. In V. S. Ramachandran (Ed.), *The Encyclopedia of Human Behavior* (pp. 22-29). San Diego: Academic Press
- Green, M. C., & Clark, J. L. (2013). Transportation into narrative worlds: implications for entertainment media influences on tobacco use. *Addiction*, 108(3), 477-484.
- Greenberg, C. J., & Wang, L. (2012). Building health literacy among an urban teenage population by creating online health videos for public and school health curriculum use. *Journal of Consumer Health On the Internet*, 16, 135-146. doi: 10.1080/15398285.2012.673459
- Greig, A. D., Taylor, M. J., & MacKay, T. (2013). *Doing research with children: A practical guide* (3^a Ed.). London: SAGE Publications.
- Gross F. L. (1987). *Introducing Erik Erikson: An invitation to his thinking*. Lanham, MD: University Press of America.
- Guilamo-Ramos, V., Lee, J. J., Kantor, L. M., Levine, D. S., Baum, S., & Johnsen, J. (2015). Potential for using online and mobile education with parents and adolescents to impact *Sexual and Reproductive Health*. *Prevention Science*, 16(1), 53–60. doi: 10.1007/s11121-014-0469-z
- Gunther, C., Seger, J., Kennel, J., Nurko, I., & Batcho, B. (2014). Testing feasibility of a campus dairy campaign designed to increase college students' awareness of the importance of calcium. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 46(4), S145-S146.
- Gunther, A. C., & Storey, J. D. (2003). The influence of presumed influence. *Journal of Communication*, 53(2), 199-215.

H

- Hansen, A., & Machin, D. (2013). *Media and communication research methods*. London: Macmillan International Higher Education.
- Harris, J. L., Speers, S. E., Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2012). US food company branded advergames on the Internet: children's exposure and effects on snack consumption. *Journal of Children and Media*, 6(1), 51-68.
- Harrison, K. (2008). Adolescent body image and eating in the media: Trends and implications for adolescents health. In P. Jamieson & D. Romer (Eds.), *The changing portrayal of adolescents in the media since 1950* (pp. 165-197). New York: Oxord University Press

- Harrison, K., & Hefner, V. (2014). Virtually perfect: Image retouching and adolescent body image. *Media Psychology, 17*(2), 134-153.
- Hasebrink, U., & Hasebrink, I. P. (2013). Young people's identity construction and media use: Democratic participation in Germany and Austria. In P. Dahgren (Ed.), *Young Citizens and new media: Learning for democratic participation* (pp. 91-112). New York: Routledge.
- Hasinoff, A. A. (2014). Blaming sexualization for sexting. *Girlhood Studies, 7*(1), 102-120.
- Helsper, E. J., & Eynon, R. (2010). Digital natives: where is the evidence? *British Educational Research Journal, 36*(3), 503-520.
- Hennessy, E., & Heary, C. (2005). Exploring children's views through focus groups. In S. Greene & D. Hogan (Eds.), *Researching children's experience: Approaches and methods* (236-252). London: SAGE Publications.
- Hindmarsh, C. S., Jones, S. C., & Kervin, L. (2015). Effectiveness of alcohol media literacy programmes: a systematic literature review. *Health Education Research, 30*(3), 449-465.
- Hobbs, R. (1998). 'The seven great debates in the media literacy movement', *Journal of Communication, 48*(1), 16-32.
- Hoffman-Goetz, L., Donelle, L., & Ahmed, R. (2014). Mass Media and Health Literacy. In *Health Literacy in Canada: A Primer for Students* (pp. 123-146). Toronto: Canadian Scholars' Press.
- Hohepa, M., Scragg, R., Schofield, G., Kolt, G. S., & Schaaf, D. (2009). Associations between after-school physical activity, television use, and parental strategies in a sample of New Zealand adolescents. *Journal of Physical Activity & Health, 6*(3), 299-305.
- Hong, J. S., Lee, J., Espelage, D. L., Hunter, S. C., Patton, D. U., & Rivers Jr, T. (2016). Understanding the correlates of face-to-face and cyberbullying victimization among US adolescents: a social-ecological analysis. *Violence and Victims, 31*(4), 638-663.
- Horner, J., Jamieson, P. E., & Romer, D. (2008). The Changing Portrayal of Alcohol Use in Television Advertising. In P. E. Jamieson & D. Romer (Eds.), *The changing portrayal of adolescents in the media since 1950*. London: Oxford University Press.
- Houck, C., Swenson, R., Donenberg, G., Papino, A., Emerson, E., & Brown, L. K. (2014). Adolescents' emotions prior to sexual activity and associations with sexual risk factors. *AIDS and Behavior, 18*(8), 1615-1623.

- Houghton, S., Hunter, S. C., Rosenberg, M., Wood, L., Zadow, C., Martin, K., & Shilton, T. (2015). Virtually impossible: limiting Australian children and adolescents daily screen based media use. *BMC Public Health, 15*(5), 1-11.
- Hove, T., Paek, H. J., & Isaacson, T. (2011). Using adolescent eHealth literacy to weigh trust in commercial web sites. *Journal of Advertising Research, 51*, 524-537. doi: 10.2501/JAR-51-3-524-537
- Hurley, J., Linsley, P., Rowe, S., & Fontanella, F. (2014). Empathy at a distance: A qualitative study on the impact of publically-displayed art on observers. *International Journal of Mental Health Nursing, 23*, 419–426. doi: 10.1111/inm.12073
- Hust, S. J., Brown, J. D., & L'Engle, K. L. (2008). Boys will be boys and girls better be prepared: An analysis of the rare sexual health messages in young adolescents' media. *Mass Communication & Society, 11*(1), 3-23.

I

- Inchley, J., & Currie, D. (2016). Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the he 2013/2014 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Retirado de <http://www.hbsc.org/publications/international/>
- Innes, J. M., & Zeitz, H. (1988). The public's view of the impact of the mass media: A test of the 'third person' effect. *European Journal of Social Psychology, 18*(5), 457-463.
- Ioannou, S., Kouta, C., Constantinidou, M., & Ellina, P. (2014). Sexuality education as a collective responsibility: a new health education curriculum in Cyprus. *Sex Education, 14*, 375-386. doi: 10.1080/14681811.2014.918031
- Ishikawa, H., & Kiuchi, T. (2010). Health literacy and health communication. *BioPsychoSocial Medicine, 4*(1), 18.

J

- Jacobson, S. L. (2017). Thirteen reasons to be concerned about 13 Reasons Why. *The Brown University Child and Adolescent Behavior Letter, 33*(6), 8-8.
- Jain, A. V., & Bickham, D. (2014). Adolescent health literacy and the Internet: challenges and opportunities. *Current Opinion in Pediatrics, 26*(4), 435-439.
- Jennings, N. A. & Wartella, E. A. (2013). Digital technology and families. In A. L. Vangelisti (Ed.), *Routledge handbook of family communication* (pp. 448-462). New York: Routledge

- Jeong, S. H., Cho, H., & Hwang, Y. (2012). Media literacy interventions: A meta-analytic review. *Journal of Communication, 62*(3), 454-472.
- Johnson, S., & Wolke, D. (2013). Behavioural outcomes and psychopathology during adolescence. *Early Human Development, 89*, 199-207.
- Jones, R. K., & Biddlecom, A. E. (2011). Is the internet filling the sexual health information gap for teens? An exploratory study. *Journal of Health Communication, 16*(2), 112-123.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). "Mental health literacy": A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia, 166*(4), 182-186.

K

- Kar, S. K., Choudhury, A., & Singh, A. P. (2015). Understanding normal development of adolescent sexuality: A bumpy ride. *Journal of Human Reproductive Sciences, 8*(2), 70-74.
- Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., ... & McKee, M. (2013). Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet, 381*(9874), 1323-1331.
- Karapanos, E., Teixeira, P., & Gouveia, R. (2016). Need fulfillment and experiences on social media: A case on Facebook and WhatsApp. *Computers in Human Behavior, 55*, 888-897.
- Kargar, F. R., Ajilchi, B., Goreyshi, M. K., & Noohi, S. (2013). Effect of creative and critical thinking skills teaching on identity styles and general health in adolescents. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 84*, 464-469.
- Kenney, E. L., & Gortmaker, S. L. (2017). United States adolescents' television, computer, videogame, smartphone, and tablet use: associations with sugary drinks, sleep, physical activity, and obesity. *The Journal of Pediatrics, 182*, 144-149.
- Kerpelman, J. L., McElwain, A. D., Pittman, J. F., & Adler-Baeder, F. M. (2016). Engagement in risky sexual behavior: Adolescents' perceptions of self and the parent-child relationship matter. *Youth & Society, 48*(1), 101-125.
- Kickbusch, I. S. (2001). Health literacy: addressing the health and education divide. *Health Promotion International, 16*(3), 289-289.
- Kim, S. (2013). Does corporate advertising work in a crisis? An examination of inoculation

- theory. *Journal of Marketing Communications*, 19(4), 293-305.
- Kim, S. U., & Syn, S. Y. (2014). Research trends in teens' health information behaviour: a review of the literature. *Health Information & Libraries Journal*, 31(1), 4-19.
- Kim, Y. C., Lim, J. Y., & Park, K. (2015). Effects of health literacy and social capital on health information behavior. *Journal of Health Communication*, 20(9), 1084-1094.
- Kitzinger, J. (2005). Focus group research: Using group dynamics to explore perceptions, experiences and understandings. In I. Holloway (Ed.), *Qualitative Research in Health Care* (pp. 56-70). Berkshire: Open University Press
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling* (2^a Ed.). New York: Guilford Press.
- Knopf, A. (2017). Advice for parents on 13 reasons why. *The Brown University Child and Adolescent Behavior Letter*, 33(S6), 1-2. doi:10.1002/cbl.30221
- Kobylarz, F. A., Pomidor, A., & Heath, J. M. (2006). SPEAK. A mnemonic tool for addressing health literacy concerns in geriatric clinical encounters. *Geriatrics (Basel, Switzerland)*, 61(7), 20-26.
- Koo, M., Norman, C. D., & Chang, H. M. (2012). Psychometric evaluation of a Chinese version of the eHealth literacy scale (eHEALS) in school age children. *International Electronic Journal of Health Education*, 15, 29-37.
- Kowalski, R. M., Morgan, C. A., & Limber, S. P. (2012). Traditional bullying as a potential warning sign of cyberbullying. *School Psychology International*, 33(5), 505-519.
- Krane, V., Andersen, M. B., & Streaan, W. B. (1997). Issues of qualitative research methods and presentation. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 19(2), 213-218.
- Kristjansson, A. L., Sigfusson, J., Sigfusdottir, I. D., & Allegrante, J. P. (2013). Data collection procedures for school-based surveys among adolescents: The Youth in Europe Study. *Journal of School Health*, 83(9), 662-667.
- Krueger, R. A. (1998). *Moderating focus groups*. (Vol. 4). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Krueger R.A., & Casey, M.A. (2009) *Focus groups: A practical guide for applied research* (4^a Ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Krumpal, I. (2013). Determinants of social desirability bias in sensitive surveys: a literature review. *Quality & Quantity*, 47(4), 2025-2047.
- Kumar, A., Pandey, S. N., Pareek, V., Faiq, M. A., Khan, N. I., & Sharma, V. (2017).

Psychobiological determinants of 'Blue Whale Suicide Challenge' victimization: A proposition for the agency mediated mental health risk in new media age. *Etiologically Elusive Disorders Research Network (EEDRN)*. Retirado de <https://psyarxiv.com/8xh92/>

Kupersmidt, J. B., Scull, T. M., & Benson, J. W. (2012). Improving media message interpretation processing skills to promote healthy decision making about substance use: The effects of the middle school media ready curriculum. *Journal of Health Communication, 17*, 546-563. doi: 10.1080/10810730.2011.635769

L

Laiho, S. (2004). The psychological functions of music in adolescence. *Nordic Journal of Music Therapy, 13*(1), 47-63.

Lamb, S., Graling, K., & Lustig, K. (2011). Stereotypes in four current AOUM sexuality education curricula: Good girls, good boys, and the new gender equality. *American Journal of Sexuality Education, 6*(4), 360-380.

Ladd, G. W., Ettekal, I., Kochenderfer-Ladd, B., Rudolph, K. D., & Andrews, R. K. (2014). Relations among chronic peer group rejection, maladaptive behavioral dispositions, and early adolescents' peer perceptions. *Child Development, 85*(3), 971-988.

Lampert, C., & Donoso, V. (2012). Bullying. In S. Livingstone, L. Haddon, & A. Gorzig (Eds.), *Children, Risk and Safety on the Internet: Research and policy challenges in comparative perspective*. Bristol: Policy Press.

Lampert, T., Sygusch, R., & Schlack, R. (2007). Use of electronic media in adolescence: Results of the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 50*(5-6), 643-652.

Latzer, Y., Spivak-Lavi, Z., & Katz, R. (2015). Disordered eating and media exposure among adolescent girls: the role of parental involvement and sense of empowerment. *International Journal of Adolescence and Youth, 20*(3), 375-391.

Leech, R. M., McNaughton, S. A., & Timperio, A. (2014). The clustering of diet, physical activity and sedentary behavior in children and adolescents: a review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 11*(4), 1-9.

Lemola, S., Perkinson-Gloor, N., Brand, S., Dewald-Kaufmann, J. F., & Grob, A. (2015). Adolescents' electronic media use at night, sleep disturbance, and depressive

- symptoms in the smartphone age. *Journal of Youth and Adolescence*, 44(2), 405-418.
- L'Engle, K., Pardun, C. J., & Brown, J. D. (2004). Accessing adolescents: a school-recruited, home-based approach to conducting media and health research. *The Journal of Early Adolescence*, 24(2), 144-158.
- Lerman, A., & Bleakley, A. (2015). 146. Using the internet to meet people and adolescent sexual risk. *Journal of Adolescent Health*, 56(2), 36-84.
- Leung, W. C., & Lo, V.-H. (2015). Perceived harm of online drug-encouraging messages: Third-person effect and adolescents' support for rectifying measures. *Youth & Society*, 47(6), 850–872. doi: 10.1177/0044118X14565622
- Levin, K. A., & Currie, C. (2010). Family structure, mother-child communication, father-child communication, and adolescent life satisfaction: A cross-sectional multilevel analysis. *Health Education*, 110(3), 152-168.
- Levin-Zamir, D., & Bertschi, I. (2018). Media health literacy, eHealth literacy, and the role of the social environment in context. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(8), 1643.
- Levin-Zamir, D., Lemish, D., & Gofin, R. (2011). Media Health Literacy (MHL): development and measurement of the concept among adolescents. *Health Education Research*, 26(2), 323-335.
- Li, T. M., Chau, M., Wong, P. W., Lai, E. S., & Yip, P. S. (2013). Evaluation of a web-based social network electronic game in enhancing mental health literacy for young people. *Journal of medical Internet research*, 15(5), e80. doi: 10.2196/jmir.231
- Liamputtong, P. (2011). *Focus group methodology: Principles and practices*. Los Angeles: SAGE.
- Liau, A. K., Khoo, A., & Hwaang, P. (2005). Factors influencing adolescents engagement in risky internet behavior. *CyberPsychology & Behavior*, 8(6), 513-520.
- Livingstone, S. (2007). 'The Challenge of Engaging Youth Online Contrasting Producers' and Teenagers' Interpretations of Websites', *European Journal of Communication*, 22(2), 165-184.
- Livingstone, S. (2008). Taking risky opportunities in youthful content creation: teenagers' use of social networking sites for intimacy, privacy and self-expression. *New Media & Society*, 10(3), 393-411.
- Livingstone, S. (2014). Risk and harm on the internet. In A. Jordan & D. Romer (Eds.), *Media*

- and the well-being of children and adolescents* (129-146). Oxford: Oxford University Press.
- Livingstone, S., Bober, M., & Helsper, E. (2005). *Internet literacy among children and young people. Findings from the UK Children Go Online project*. London: LSE Research Online
- Livingstone, S., & Bulger, M. E. (2013). A global agenda for children's rights in the digital age: Recommendations for developing UNICEF's research Strategy. Retirado de http://eprints.lse.ac.uk/54276/1/livingstone_global_agenda_childrens_digital_2014_author.pdf
- Livingstone, S., & Görzig, A. (2012). "Sexting": the exchange of sexual messages online among European youth. In S. Livingstone, L. Haddon, & A. Gorzig (Eds.), *Children, Risk and Safety on the Internet: Research and policy challenges in comparative perspective* (pp. 151-164). Bristol: Policy Press.
- Livingstone, S., and Görzig, A. (2014) When adolescents receive sexual messages on the internet: Explaining experiences of risk and harm. *Computers in Human Behavior*, 33, 8-15.
- Livingstone, S., & Haddon, L. (2009). EU kids online: Final report. LSE, London: EU kids online. *EC Safer Internet Plus Programme Deliverable D, 6*. Retirado de <http://eprints.lse.ac.uk/24372/1/EU%20Kids%20Online%20final%20report%202009%208lsero%29.pdf>
- Livingstone, S., Haddon, L., & Görzig, A. (2012). *Children, risk and safety on the Internet: Kids online in comparative perspective*. Bristol: The Policy Press.
- Livingstone, S., & Helsper, E. J. (2008). Parental mediation of children's internet use. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, 52(4), 581-599.
- Livingstone, S. & Helsper, E. J. (2010) Balancing opportunities and risks in teenagers' use of the internet: The role of online skills and internet self-efficacy. *New Media & Society*, 12(2), 309-329.
- Livingstone, S., Nandi, A., Banaji, S., & Stoilova, M. (2017). Young adolescents and digital media uses, risks and opportunities in low- and middle-income countries: A rapid evidence review. London: GAGE.
- Livingstone, S., Ólafsson, K., Helsper, E. J., Lupiáñez-Villanueva, F., Veltri, G. A., & Folkvord, F. (2017). Maximizing opportunities and minimizing risks for children online: The role of digital skills in emerging strategies of parental mediation. *Journal of*

Communication, 67(1), 82-105.

- Livingstone, S., & Smith, P. K. (2014). Annual research review: Harms experienced by child users of online and mobile technologies: The nature, prevalence and management of sexual and aggressive risks in the digital age. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(6), 635-654.
- Lo, V. H., Wei, R., Lu, H. Y., & Hou, H. Y. (2015). Perceived issue importance, information processing, and third-person effect of news about the imported US beef controversy. *International Journal of Public Opinion Research*, 27(3), 341-360.
- Lo, V. H., Wei, R., & Wu, H. (2010). Examining the first, second and third-person effects of Internet pornography on Taiwanese adolescents: Implications for the restriction of pornography. *Asian Journal of Communication*, 20(1), 90-103.
- Lopes, P. (2015). Literacia Mediática: Práticas e competências de adultos em formação na Grande Lisboa. *Observatorio (obs*)*, 9(2), 47-78.
- Loureiro, L. M. (2015). Questionnaire for Assessment of Mental Health Literacy-QuALiSMental: study of psychometric properties/Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental-QuALiSMental: estudo das propriedades psicométricas/Cuestionario de Evaluación de la Alfabetización en la Salud Mental-QuALiSMental: estudio de las propiedades psicométricas. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(4), 79.
- Loureiro, L. M., Jorm, A. F., Mendes, A. C., Santos, J. C., Ferreira, R. O., & Pedreiro, A. T. (2013). Mental health literacy about depression: a survey of portuguese youth. *BMC Psychiatry*, 13, 1-8. doi:10.1186/1471-244X-13-129
- Lwin, M. O., & Malik, S. (2012). The role of media exposure, peers, and family on body dissatisfaction amongst boys and girls in Singapore. *Journal of Children and Media*, 6(1), 69-82.

M

- Machado-Rodrigues, A. M., Coelho e Silva, M. J., Ribeiro, L. P., Fernandes, R., Mota, J., & Malina, R. M. (2016). Waist circumference and objectively measured sedentary behavior in rural school adolescents. *Journal of School Health*, 86(1), 54-60.
- Mackert, M., Champlin, S. E., Pasch, K. E., & Weiss, B. D. (2013). Understanding health literacy measurement through eye tracking. *Journal of Health Communication*,

18(sup1), 185-196.

- Maitland, C., Stratton, G., Foster, S., Braham, R., & Rosenberg, M. (2013). A place for play? The influence of the home physical environment on children's physical activity and sedentary behaviour. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10(1), 99.
- Manganello, J. A. (2008). Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Education Research*, 23, 840-847. doi:10.1093/her/cym069
- Manganello, J. A., & Sojka, C. J. (2016). An exploratory study of health literacy and African American adolescents. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, 39(3), 221-239.
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., ... & Mehlum, L. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *Jama*, 294(16), 2064-2074.
- Marcell, A. V., & Halpern-Felsher, B. L. (2007). Adolescents' beliefs about preferred resources for help vary depending on the health issue. *Journal of Adolescent Health*, 41(1), 61-68.
- Marques, A., Calmeiro, L., Loureiro, N., Frasquilho, D., & de Matos, M. G. (2015). Health complaints among adolescents: Associations with more screen-based behaviours and less physical activity. *Journal of Adolescence*, 44, 150-157.
- Marques, A., & Matos, M. G. (2014). Trends and correlates of overweight and Obesity among adolescents from 2002 to 2010: A three-cohort study based on a representative sample of Portuguese adolescents. *American Journal of Human Biology*, 26(6), 844-849.
- Marques, A., & Matos, M. G. (2016). Trends in prevalence of overweight and obesity: are Portuguese adolescents still increasing weight? *International Journal of Public Health*, 61(1), 49-56.
- Massey, P., Prelip, M., Calimlim, B., Afifi, A., Quiter, E., Nessim, S., ... & Glik, D. (2013). Findings toward a multidimensional measure of adolescent health literacy. *American Journal of Health Behavior*, 37(3), 342-350.
- Massey, P., Prelip, M., Calimlim, B., Quiter, E., & Glik, D. (2012). Contextualizing an expanded definition of health literacy among adolescents in the health care setting. *Health Education Research*, 27(6), 961-974.
- Mathers, M., Canterford, L., Olds, T., Hesketh, K., Ridley, K., & Wake, M. (2009). Electronic media use and adolescent health and well-being: cross-sectional community study. *Academic Pediatrics*, 9(5), 307-314.
- Matos, M. G. (2015). Novos rumos na educação e promoção da saúde a partir de uma

- reflexão sobre a intervenção com crianças e adolescentes no trabalho do Aventura Social. *Saúde & Tecnologia*, 12, 5-7. doi: 10.25758/s&t.v0i12.1094
- Matos, M. G., Simões, C., Camacho, I., Reis, M., & Equipa Aventura Social (2015). *A saúde dos adolescentes portugueses em tempos de recessão: Dados nacionais do estudo HBSC de 2014*. Retirado de http://aventurasocial.com/arquivo/1437158618_RELATORIO%20HBSC%202014e.pdf
- Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Ramiro L., Reis, M., ... Diniz, J. (2012). *Aventura Social & Saúde: A saúde dos adolescentes portugueses: Relatório do estudo HBSC 2010*. Retirado de http://aventurasocial.com/arquivo/1334762276_Relatorio_HBSC_2010_PDF_Finalissimo.pdf
- Matos, M. G., Reis, M., Camacho, I., Simões, C., Gomez-Baya, D., Mota, C., ... & Equipa Aventura Social (2015). Em tempo de recessão, os adolescentes portugueses continuam saudáveis e felizes ou são ainda saudáveis mas já não felizes?. *Arquivos de Medicina*, 29(5), 116-122.
- McFerran, K., Garrido, S., O'Grady, L., Grocke, D., & Sawyer, S. M. (2015). Examining the relationship between self-reported mood management and music preferences of Australian teenagers. *Nordic Journal of Music Therapy*, 24(3), 187-203.
- McFerran, K., Roberts, M., & O'Grady, L. (2010). Music therapy with bereaved teenagers: A mixed methods perspective. *Death Studies*, 34(6), 541-565.
- McGuire, W.J. (1961a). The effectiveness of supportive and refutational defenses in immunizing and restoring beliefs against persuasion. *Sociometry*, 24, 184-197.
- McGuire, W.J. (1961b). Resistance to persuasion conferred by active and passive prior refutation of the same and alternative counterarguments. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63, 326-332.
- McQuail, D. (2003) *Teoria da comunicação de massas*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Mendes, V., Araújo, J., Lopes, C., & Ramos, E. (2014). Determinants of weight loss dieting among adolescents: a longitudinal analysis. *Journal of Adolescent Health*, 54(3), 360-363.
- Mendoza, K. (2009). Surveying parental mediation: Connections, challenges, and questions for media literacy. *Journal of Media Literacy Education*, 1, 28-41.

- Meppelink, C. S., Smit, E. G., Diviani, N., & Van Weert, J. C. (2016). Health literacy and online health information processing: Unraveling the underlying mechanisms. *Journal of health communication, 21*(2), 109-120.
- Michaelson, V., McKerron, M., & Davison, C. (2015). Forming ideas about health: A qualitative study of Ontario adolescents. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 10*(1), 1-12.
- Minghelli, B., Nunes, C., & Oliveira, R. (2013). Prevalence of overweight and obesity in portuguese adolescents: comparison of different anthropometric methods. *North American Journal of Medical Sciences, 5*(11), 653-659. doi: 10.4103/1947-2714.122309.
- Mojica, C. M., Parra-Medina, D., Yin, Z., Akopian, D., & Esparza, L. A. (2014). Assessing Media Access and Use Among Latina Adolescents to Inform Development of a Physical Activity Promotion Intervention Incorporating Text Messaging. *Health Promotion Practice, 15*(4), 548–555. doi: 10.1177/1524839913514441
- Morais, R. J. P. (2011). 'A família e a escola: os desafios da educação para os media.' in *Atas do Congresso Literacia, Media e Cidadania*, 659-674.
- Moretto, M. L. T., Svartman, B. P., Freller, C. C., Massola, G. M., Crochik, J. L., & Silva, P. F. D. (2017). O suicídio e a morte do narrador. *Psicologia USP, 28*(2), 159-164.
- Morrongiello, B. A., & Rennie, H. (1998). Why do boys engage in more risk taking than girls? The role of attributions, beliefs, and risk appraisals. *Journal of Pediatric Psychology, 23*(1), 33-43.
- Moschis, G. P., & Churchill Jr, G. A. (1978). Consumer socialization: A theoretical and empirical analysis. *Journal of Marketing Research, 15*(4), 599-609.

N

- Nagendra, G. (2012, Março). 'Using media as a training tool to enhance the ability of health care providers to deliver sexual health care to adolescents'. Artigo apresentado na National STD Prevention Conference, Minneapolis, Minnesota
- Napoli, J., & Ewing, M. T. (2000). The Net Generation: An analysis of lifestyles, attitudes and media habits. *Journal of International Consumer Marketing, 13*(1), 21–34.
- Nathanson, A. I. (2015). Media and the family: Reflections and future directions. *Journal of*

Children and Media, 9(1), 133-139.

- National Association of School Psychologists. (2017). *13 Reasons Why Netflix series: Considerations for educators*. Retirado de <https://www.nasponline.org/resources-and-publications/resources/school-safety-and-crisis/preventing-youth-suicide/13-reasons-why-netflix-series/13-reasons-why-netflix-series-considerations-for-educators>
- Navarra, A. M., Neu, N., Toussi, S., Nelson, J., & Larson, E. L. (2014). Health literacy and adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected youth. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 25(3), 203-213.
- Navarro, R., Serna, C., Martínez, V., & Ruiz-Oliva, R. (2013). The role of Internet use and parental mediation on cyberbullying victimization among Spanish children from rural public schools. *European Journal of Psychology of Education*, 28(3), 725-745.
- Ndengeyingoma, A., de Montigny, F., & Miron, J. M. (2013). Analyse comparative des méthodes de collecte de données qualitatives utilisées auprès des adolescents. *Recherche en Soins Infirmiers*, 112, 26-35.
- Neter, E., & Brainin, E. (2012). eHealth literacy: Extending the digital divide to the realm of health information. *Journal of Medical Internet Research*, 14(1), e19. doi: 10.2196/jmir.1619
- Niederkrotenthaler, T., Fu, K. W., Yip, P. S., Fong, D. Y., Stack, S., Cheng, Q., & Pirkis, J. (2012). Changes in suicide rates following media reports on celebrity suicide: a meta-analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(11), 1037-1042. doi: 10.1136/jech-2011-200707.
- Niederkrotenthaler, T., Herberth, A., & Sonneck, G. (2007). The "Werther-effect": legend or reality?. *Neuropsychiatrie: Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation: Organ der Gesellschaft Österreichischer Nervenärzte und Psychiater*, 21(4), 284-290.
- Niederkrotenthaler, T., & Sonneck, G. (2007). Assessing the impact of media guidelines for reporting on suicides in Austria: interrupted time series analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(5), 419-428.
- Nomaguchi, K. M. (2008). Gender, family structure, and adolescents' primary confidants. *Journal of Marriage and Family*, 70(5), 1213-1227.
- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006a). eHealth literacy: essential skills for consumer health in a networked world. *Journal of Medical Internet Research*, 8(2).
- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006b). eHEALS: the eHealth literacy scale. *Journal of*

Medical Internet Research, 8(4).

- Noro, P. S. (2010). *The influence and power of visual media on adolescents and the need for school-based media literacy instruction*. Tese de Doutorado não publicada, University of Pittsburgh, Pensilvânia.
- Norris, A. E., Aroian, K. J., Warren, S., & Wirth, J. (2012). Interactive performance and focus groups with adolescents: The power of play. *Research in Nursing & Health*, 35(6), 671-679.
- Nosarti, C. (2013). Structural and functional brain correlates of behavioral outcomes during adolescence. *Early Human Development*, 89(4), 221-227.
- Nouri, S. S., & Rudd, R. E. (2015). Health literacy in the “oral exchange”: An important element of patient–provider communication. *Patient Education and Counseling*, 98(5), 565-571.
- Nunez-Smith, M., Wolf, E., Huang, H. M., Chen, P. G., Lee, L., Emanuel, E. J., & Gross, C. P. (2010). Media exposure and tobacco, illicit drugs, and alcohol use among children and adolescents: a systematic review. *Substance Abuse*, 31(3), 174-192.
- Nunez-Smith, M., Wolf, E., Huang, H., M., Emanuel, E. J., and Gross, C. P. (2008). *Media and child and adolescent health: A systematic review*. Common Sense Media: San Fransisco, California.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.

O

- Oetting, E. R., & Donnermeyer, J. F. (1998). Primary socialization theory: The etiology of drug use and deviance. *Substance Use & Misuse*, 33(4), 995-1026.
- Oguro, J., & Kaigo, M. (2009). Suicide society?: Media responsibility and suicide in japan. *Media Asia*, 36(1), 16.
- Oh, H., Rizo, C., Enkin, M., & Jadad, A. (2005). What is eHealth?: a systematic review of published definitions. *World Hosp Health Serv*, 41(1), 32-40.
- Ohannessian, C. M. (2009). Media use and adolescent psychological adjustment: An examination of gender differences. *Journal of Child and Family Studies*, 18(5), 582-593.
- Okoniewski, A. E., Lee, Y. J., Rodriguez, M., Schnall, R., & Low, A. F. (2014). Health information seeking behaviors of ethnically diverse adolescents. *Journal of Immigrant and Minority health*, 16(4), 652-660.

- Olds, T. S., Maher, C. A., Ridley, K., & Kittel, D. M. (2010). Descriptive epidemiology of screen and non-screen sedentary time in adolescents: a cross sectional study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7(1), 92.
- Olivares, P. R., Cossio-Bolaños, M. A., Gomez-Campos, R., Almonacid-Fierro, A., & Garcia-Rubio, J. (2015). Influence of parents and physical education teachers in adolescent physical activity. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(2), 113–120. doi: 10.1016/j.ijchp.2015.01.002
- Oliveira, B. (2017). Entre as 13 razões e os 50 desafios: Um resumo analítico da série thirteen reasons why e dos desdobramentos do chamado jogo da baleia azul. *Revista de Educação do Vale do São Francisco*, 6(11), 172-175.
- Oliveira, L., Francisco, R., & Novo, R. (2015). Perfeccionismo, perturbações emocionais e suas relações com o comportamento alimentar perturbado: Um estudo com adolescentes Portugueses. *Psicologia*, 29(1), 23-34.
- Cruz, C.; Lopes, L. P., & Oliveira S. F.. (2017). o gestor escolar e os desafios do bullying: identificar, dialogar, gerir toda a equipe e ajudar. *Pedagogia em Ação*, 9(1), 54-64.
- Olweus, D. (1993). *Bullying at school: What we know and what we can do*. New York: Wiley-Blackwell.
- Organização Mundial de Saúde (s.d.). *Recognizing adolescence*. Retirado de <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2/page1/recognizing-adolescence.html>
- Organização Mundial de Saúde (1946). *Constitution of the World Health Organization*. Retirado de www.who.int/governance/eb/constitution/en/index.html
- Organização Mundial de Saúde (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 November 1986*. Retirado de https://www.healthpromotion.org.au/images/ottawa_charter_hp.pdf
- Organização Mundial de Saúde (2008). *Preventing suicide: A resource for media professionals*. Retirado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43954/9789241597074_eng.pdf?sequence=1
- Organização Mundial de Saúde (2013) Health literacy: the solid facts. Retirado de http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf.
- Organização Mundial de Saúde (2015a). *Adolescent health research priorities: report of a*

technical consultation, 13th and 14th October 2015, Geneva, Switzerland (No. WHO/FWC/MCA/15/07). Retirado de

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/203564/WHO_FWC_MCA_15_07_eng.pdf;jsessionid=84E6DCD79D433922B3CBA21A46F35391?sequence=1

Organização Mundial de Saúde (2015b). *Report of the review committee on second extensions for establishing national public health capacities and on IHR implementation*. Retirado de <https://www.who.int/ihr/qa-ihr-rc-11nov.pdf>

Organização Mundial de Saúde (2015c). *Mental health: responsible and deglamorized media reporting*. Retirado de www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/suicide/q9/en.

Ortiz, R., Shafer, A., Cates, J., & Coyne-Beasley, T. (2015). 41. Assessing Feasibility and Strategies for Clinicians to Communicate Via Social Media With Adolescent Patients About HPV Vaccination. *Journal of Adolescent Health, 56*(2), S22.

Ownby, R. L., Waldrop-Valverde, D., Hardigan, P., Caballero, J., Jacobs, R., & Acevedo, A. (2013). Development and validation of a brief computer-administered HIV-related health literacy scale (HIV-HL). *AIDS and Behavior, 17*(2), 710-718.

P

Paek, H. J., Gunther, A. C., McLeod, D. M., & Hove, T. (2011). How adolescents' perceived media influence on peers affects smoking decisions. *Journal of Consumer Affairs, 45*(1), 123-146.

Paek, H. J., Reber, B. H., & Lariscy, R. W. (2011). 'Roles of interpersonal and media socialization agents in adolescent self-reported health literacy: a health socialization perspective', *Health Education Research, 26*(1): 131-149. doi:10.1093/her/cyq082

Pais, J. M. (1990). A construção sociológica da juventude—alguns contributos. *Análise Social, 25*, 139-165.

Pais, J. M. (2009). A juventude como fase de vida: dos ritos de passagem aos ritos de impasse. *Saúde e Sociedade, 18*, 371-381.

Pais-Ribeiro, J., & Sousa, M. (2012). Vinculação e comportamentos de saúde: Estudo exploratório de uma escala de avaliação da vinculação em adolescentes. *Análise Psicológica, 20*(1), 67-75. doi:10.14417/ap.283

Palfrey, J. G., & Gasser, U. (2013). *Born digital: Understanding the first generation of digital natives*. New York: Basic Books

Park, H., & Lee, E. (2015). Self-reported eHealth literacy among undergraduate nursing

- students in South Korea: a pilot study. *Nurse education today*, 35(2), 408-413.
- Parrott, R. (2009). *Talking about health: Why communication matters* (Vol. 7). Oxford: John Wiley & Sons.
- Parton, C. (2015). Breaking the Binary: Using Kohlberg and Lesko to Examine Adolescence in Asher's Thirteen Reasons Why. *The Looking Glass: New Perspectives on Children's Literature*, 18(1).
- Patton, G. C., Viner, R. M., Linh, L. C., Ameratunga, S., Fatusi, A. O., Ferguson, B. J., & Patel, V. (2010). Mapping a global agenda for adolescent health. *Journal of Adolescent Health*, 47(5), 427-432.
- Pearson, N., Braithwaite, R. E., Biddle, S. J. H., van Sluijs, E. M. F., & Atkin, A. J. (2014). Associations between sedentary behaviour and physical activity in children and adolescents: a meta-analysis. *Obesity Reviews*, 15(8), 666–675. doi: 10.1111/obr.12188
- Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em Saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 259-275.
- Pereira, F., & Matos, M. (2016). Cyber-stalking victimization: What predicts fear among Portuguese adolescents?. *European Journal on Criminal Policy and Research*, 22(2), 253-270.
- Pereira, S., Moura, P. F. R. D., Masanet, M. J., Taddeo, G., & Tirocchi, S. (2018). Media uses and production practices: case study with teens from Portugal, Spain and Italy. *Comunicación y Sociedad*, 33, 89-114.
- Pereira, F., Spitzberg, B. H., & Matos, M. (2016). Cyber-harassment victimization in Portugal: Prevalence, fear and help-seeking among adolescents. *Computers in Human Behavior*, 62, 136-146.
- Pereira, S., Pinto, M., Madureira, E. J., Pombo, T., Guedes, M., Santos, L. F., & Pedroso, J. V. (2014). *Referencial de Educação para os Media para a Educação Pré-escolar, o Ensino Básico e o Ensino Secundário* (pp. 1-44). Portugal. Ministério da Educação e Ciência. Diretor-Geral da Direção-Geral da Educação. Retirado de <http://www.dge.mec.pt/educacao-para-os-media>
- Pereira, S., Pereira, L., & Melro, A. (2015). The Portuguese programme one laptop per child: Political, educational and social impact. In Pereira (Ed.), *Digital Literacy, technology and*

social inclusion: making sense of one-to-one computer programmes around the world (pp. 29- 100). Famalicão: Edições Húmus

- Pereira, S., Pinto, M., & Moura, P. (2015). Níveis de Literacia Mediática: Estudo exploratório com jovens do 12º ano. Braga: CECS - Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade
- Perry, E. L. (2014). Health literacy in adolescents: an integrative review. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 19*, 210-218. doi: 10.1111/jspn.12072
- Peterson-Sweeney, K. (2005). The use of focus groups in pediatric and adolescent research. *Journal of Pediatric Health Care, 19*(2), 104-110.
- Pfau, M. & Bockern, S. V. (1994). The persistence of inoculation in conferring resistance to smoking initiation among adolescents: The second year. *Human Communication Research, 20*(3), 413-430.
- Pfau, M., Bockern, S., & Kang, J. (1992). Use of inoculation to promote resistance to smoking initiation among adolescents. *Communications Monographs, 59*(3), 213-230.
- Pfoertner, T. K., Rathmann, K., Elgar, F. J., de Looze, M., Hofmann, F., Ottova-Jordan, V., ... & Richter, M. (2014). Adolescents' psychological health complaints and the economic recession in late 2007: A multilevel study in 31 countries. *The European Journal of Public Health, 24*(6), 961-967.
- Phillips, D. P. (1983). The impact of mass media violence on US homicides. *American Sociological Review, 48*(4) 560-568.
- Piaget, J. (1964). Part I: Cognitive development in children: Piaget development and learning. *Journal of Research in Science Teaching, 2*(3), 176-186.
- Piaget, J. (1972) Intellectual evolution from adolescence to adulthood. *Human Development, 15*, 1-12. doi: 10.1159/000271225
- Pinkleton, B. E., Austin, E. W., Chen, Y. C. Y., & Cohen, M. (2012). The role of media literacy in shaping adolescents' understanding of and responses to sexual portrayals in mass media. *Journal of Health Communication, 17*(4), 460-476.
- Pinkleton, B. E., Austin, E. W., Chen, Y. C. Y., & Cohen, M. (2013). Assessing effects of a media literacy-based intervention on US adolescents' responses to and interpretations of sexual media messages. *Journal of Children and Media, 7*(4), 463-479.
- Pinkleton, B. E., Austin, E. W., Cohen, M., Chen, Y. C. Y., & Fitzgerald, E. (2008). Effects of a peer-led media literacy curriculum on adolescents' knowledge and attitudes toward sexual behavior and media portrayals of sex. *Health Communication, 23*(5), 462-472.

- Pinkleton, B. E., Weintraub Austin, E., Cohen, M., Miller, A., & Fitzgerald, E. (2007). A statewide evaluation of the effectiveness of media literacy training to prevent tobacco use among adolescents. *Health Communication, 21*, 23-34. doi: 10.1080/10410230701283306
- Pinto, M., Pereira, S., Pereira, L., & Ferreira, T. D. (2011). *Educação para os media em Portugal: Experiências, atores e contextos*. Lisboa: Entidade Reguladora para a Comunicação Social.
- Pirkis, J., & Blood, R. W. (2001). Suicide and the media: Part I. Reportage in nonfictional media. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 22*(4), 146-154.
- Pirkis, J., Blood, R. W., Beautrais, A., Burgess, P., & Skehan, J. (2006). Media guidelines on the reporting of suicide. *Crisis, 27*(2), 82-87.
- Polivy, J., & Heatherton, T. (2015). Spiral model of dieting and disordered eating. In T. Wade (Ed.), *Encyclopedia of feeding and eating disorders* (pp. 1-3). Singapore: Springer
- Ponte, C. (2011). Uma geração digital? A influência familiar na experiência mediática de adolescentes. *Sociologia, Problemas e Práticas, (65)*, 31-50.
- Ponte, C. & Batista, S. (2019). *EU Kids Online Portugal. Usos, competências, riscos e mediações da internet reportados por crianças e jovens (9-17 anos)*. EU Kids Online e NOVA FCSH.
- Poole, E. S. & Peyton, T. (2013). Interaction design research with adolescents: Methodological challenges and best practices. In J. P. Hourcade, N. Sawhney & E. Reardon (Eds.), *Proceedings of the 12th International Conference on Interaction Design and Children - IDC '13* (pp 211-217). Nova York: ACM. doi: 10.1145/2485760.2485766.
- Portugal, A., & Isabel, A. M. (2013). A comunicação parento-filial: Estudo das dimensões comunicacionais realçadas por progenitores e por filhos. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 26*(3), 479-487.
- Potter, W. J. (2004). *Theory of media literacy: A cognitive approach*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Potter, W. J. (2008). *Media Literacy* (4th ed.). Los Angeles: Sage Publications.
- Potter, W. J. (2010). 'The state of media literacy', *Journal of Broadcasting & Electronic Media, 54*(4), 675-696.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods, 40*(3), 879-891.

- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (Outubro, 2016). SPSS and SAS macro for bootstrapping indirect effects in multiple mediator models. Retirado de <http://www.comm.ohio-state.edu/ahayes/SPSS%20programs/indirect.htm>.
- Prensky, M. (2001). Digital natives, digital immigrants part 1. *On the horizon*, 9(5), 1-6.
- Primack, B. A., Colditz, J. B., Pang, K. C., & Jackson, K. M. (2015). Portrayal of Alcohol Intoxication on YouTube. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 39(3), 496–503. doi: 10.1111/acer.12640
- Primack, B. A., Sidani, J., Carroll, M. V., & Fine, M. J. (2009). Associations between smoking and media literacy in college students. *Journal of Health Communication*, 14(6), 541-555.
- Pytash, K. E. (2013). Using YA literature to help preservice teachers deal with bullying and suicide. *Journal of Adolescent & Adult Literacy*, 56(6), 470-479.

R

- Radovic, A., Blackwood, A. N., & Miller, E. (2015). “It’s your twitter, so you can just say how you feel”: How adolescents with depression and their parents use social media. *Journal of Adolescent Health*, 56(2), S23.
- Ralph, L. J., Berglas, N. F., Schwartz, S. L., & Brindis, C. D. (2011). Finding teens in TheirSpace: using social networking sites to connect youth to sexual health services. *Sexuality Research and Social Policy*, 8(1), 38-49.
- Ramiro, L., Reis, M., de Matos, M. G., & Diniz, J. A. (2014). Trends in adolescent sexual behavior, impact of information, and attitudes about HIV/AIDS in Portugal. *Psychology, Health & Medicine*, 19(5), 614-624.
- Recomendação da Comissão Europeia (2009). Recomendação da comissão sobre Literacia Mediática no ambiente digital para uma indústria audiovisual e de conteúdos mais competitiva e uma sociedade do conhecimento inclusiva. Retirado de <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009H0625&from=BG>
- Reinard, J. C. (2008). *Introduction to communication research*. Boston: McGraw-Hill Higher Education.
- Rice, E., Winetrobe, H., Holloway, I. W., Montoya, J., Plant, A., & Kordic, T. (2015). Cell phone internet access, online sexual solicitation, partner seeking, and sexual risk Behavior among adolescents. *Archives of Sexual Behavior*, 44(3), 755–763. doi: 10.1007/s10508-014-0366-3

- Rocha, A. C., & Duarte, C. (2015a). Sexuality education in a representative sample of Portuguese schools: examining the impact of legislation. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, *20*, 47-56. doi:10.3109/13625187.2014.951996
- Rodgers, R. F., McLean, S. A., & Paxton, S. J. (2015). Longitudinal relationships among internalization of the media ideal, peer social comparison, and body dissatisfaction: Implications for the tripartite influence model. *Developmental Psychology*, *51*(5), 706.
- Rohde, P., Stice, E., & Marti, C. N. (2015). Development and predictive effects of eating disorder risk factors during adolescence: Implications for prevention efforts. *International Journal of Eating Disorders*, *48*(2), 187-198.
- Rosa, A., Loureiro, L., & Sequeira, C. (2014). Literacia em Saúde mental de adolescentes: Um estudo exploratório. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, *1*, 125-132.
- Rosen, L. D., Lim, A. F., Felt, J., Carrier, L. M., Cheever, N. A., Lara-Ruiz, J. M., Mendoza, J.S., & Rokkum, J. (2014). Media and technology use predicts ill-being among children, preteens and teenagers independent of the negative health impacts of exercise and eating habits. *Computers in Human Behavior*, *35*, 364-375.
- Ross, C. S., Maple, E., Siegel, M., DeJong, W., Naimi, T. S., Ostroff, J., ... Jernigan, D. H. (2014). The Relationship between brand-specific alcohol advertising on television and brand-specific consumption among underage youth. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *38*(8), 2234-2242. doi: 10.1111/acer.12488

S

- Saavedra, L., Nogueira, C., & Magalhães, S. (2010). Discourses of portuguese adolescents about sexuality and love: implications for sexual education. *Educação & Sociedade*, *31*(110), 135-156.
- Sallis, J. F. & Owen, N. (2002): Ecological models of health behavior. In K. Glanz, F. M. Lewis & B. K. Rimer (Eds.), *Health behaviour and health education: Theory, research, and practice* (pp. 462-484). (3rd ed). San Francisco: Jossey-Bass
- Salo, D., Kairam, N., Sherrow, L., Fiessler, F., Patel, D., & Wali, A. (2017). 224 “13 Reasons Why” Pediatric Psychiatric Presentations to an Emergency Department in Relation to Release Date. *Annals of Emergency Medicine*, *70*(4), S90.
- Sampaio, D. (2006). *Lavrar o mar: Um novo olhar sobre o relacionamento entre pais e filhos*. Lisboa: Caminho

- Sanders, L. M., Shaw, J. S., Guez, G., Baur, C., & Rudd, R. (2009). Health literacy and child health promotion: Implications for research, clinical care, and public policy. *Pediatrics*, *124*, 306-314. doi: 10.1542/peds.2009-1162g
- Santos, R. D., Gagliardi, A. C. M., Xavier, H. T., Magnoni, C. D., Cassani, R., Lottenberg, A. M. P., ... & Fenelon, G. (2013). I Diretriz sobre o consumo de gorduras e saúde cardiovascular. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, *100*(1), 1-40.
- Sasson, H., & Mesch, G. (2014). Parental mediation, peer norms and risky online behavior among adolescents. *Computers in Human Behavior*, *33*, 32-38.
- Savage, J., Ferguson, C. J., & Flores, L. (2017). The effect of academic achievement on aggression and violent behavior: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, *37*, 91-101.
- Sawyer, S. M., Afifi, R. A., Bearinger, L. H., Blakemore, S. J., Dick, B., Ezeh, A. C., & Patton, G. C. (2012). Adolescence: a foundation for future health. *The Lancet*, *379*(9826), 1630-1640.
- Sawyer, S.M. & Patton, G.C. (2015). Platforms for delivery of adolescent-friendly health care. In Z.A. Bhutta, M. Makrides, & A.M. Prentice (Eds). Health and nutrition in adolescents and young women: Preparing for the next generation (pp. 71-85). Basel: Nestlé Nutrition Institute Workshop Series, 80, 71-85. doi: 10.1159/000366142
- Scheibe, C., & Rogow, F. (2012). *The teacher's guide to media literacy: Critical thinking in a multimedia world*. Thousand Oaks, CA: Corwin
- Schilling, J. (2006). On the pragmatics of qualitative assessment. *European Journal of Psychological Assessment*, *22*(1), 28-37.
- Schweisberger, V., Billinson, J., & Chock, T. M. (2014). Facebook, the third-person effect, and the differential impact hypothesis. *Journal of Computer-Mediated Communication*, *19*(3), 403-413.
- Seedall, R. B., & Anthony, J. C. (2015). Monitoring by parents and hypothesized male-female differences in evidence from a nationally representative cohort re-sampled from age 12 to 17 years: An exploratory study using a "mutoscope" approach. *Prevention Science*, *16*(5), 696-706.
- Selkie, E., Midamba, N., & Moreno, M. (2015). Investigating key characteristics of electronic harassment incidents: A qualitative study. *Journal of Adolescent Health*, *56*(2), S22-S23.
- Sergi, I., Pace, A., Gnisci, A., Sarno, M., & Raucci, A. M. (2016). Internet dependence in high

- school student. In Esposito, A., Bassis, S., Morabito, F. C., & Pasero, E. (Eds.) *Advances in Neural Networks* (pp. 265–273). New York: Springer.
- Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information, 22*(2), 63-75.
- Shin, W., & Lwin, M. O. (2017). How does “talking about the Internet with others” affect teenagers’ experience of online risks? The role of active mediation by parents, peers, and school teachers. *New Media & Society, 19*(7), 1109-1126.
- Sidani, J. E., Shensa, A., Hoffman, B., Hanmer, J., & Primack, B. A. (2016). The association between social media use and eating concerns among US young adults. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 116*(9), 1465-1472.
- Siegel, M., DeJong, W., Naimi, T. S., Fortunato, E. K., Albers, A. B., Heeren, T., ... Jernigan, D. H. (2013). Brand-Specific Consumption of Alcohol Among Underage Youth in the United States. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 37*(7), 1195–1203. doi: 10.1111/acer.12084
- Silva, I. S., Veloso, A. L., & Keating, J. B. (2014). Focus group: Considerações teóricas e metodológicas. *Revista Lusófona de Educação, 26*, 175-190.
- Siricharoen, W. V. & Siricharoen N. (2012). Media and information literacy (MIL) for Thai youths. *International Journal of Psychological and Behavioral Sciences, 6*(7), 1897–1901.
- Sisask, M., & Värnik, A. (2012). Media roles in suicide prevention: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 9*(1), 123-138.
- Skopelja, E. N., Whipple, E. C., & Richwine, P. (2008). Reaching and teaching teens: Adolescent health literacy and the internet. *Journal of Consumer Health on the Internet, 12*, 105-118. doi:10.1080/15398280802121406
- Smahel, D., Wright, M. F., & Cernikova, M. (2015). The impact of digital media on health: children’s perspectives. *International Journal of Public Health, 60*(2), 131-137.
- Smart, K. A., Parker, R. S., Lampert, J., & Sulo, S. (2012). Speaking up: Teens voice their health information needs. *The Journal of School Nursing, 28*(5), 379-388.
- Smith, P. K., Mahdavi, J., Carvalho, M., Fisher, S., Russell, S., & Tippett, N. (2008). Cyberbullying: Its nature and impact in secondary school pupils. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*(4), 376-385.
- Soares, N. M. M., Leão, A. S., Santos, J. R., Monteiro, G. R., dos Santos, J. R., Thomazzi, S.

- M., & Silva, Roberto Jerônimo dos Santos. (2014). Systematic review shows only few reliable studies of physical activity intervention in adolescents. *The Scientific World Journal*, 2014, 206478-8. doi:10.1155/2014/206478
- Sobel, M. E. (1982). Asymptotic confidence intervals for indirect effects in structural equation models. *Sociological Methodology*, 13, 290-312.
- Sobral, J. M., Gonçalves, C. M., & Coimbra, J. L. (2009). A influência da situação profissional parental no desenvolvimento vocacional dos adolescentes. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 10(1), 11-22.
- Soellner, R., Huber, S., & Reder, M. (2014). the Concept of eHealth Literacy and its measurement: German translation of the eHEALS. *Journal of Media Psychology: Theories, Methods, and Applications*, 26(1), 29-38.
- Sørensen, K., & Brand, H. (2013). Health literacy lost in translations? Introducing the European health literacy glossary. *Health Promotion International*, 29(4), 634-644.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12(1), 80. Doi: 10.1186/1471-2458-12-80
- Sousa, P., Fonseca, H., Gaspar, P., & Gaspar, F. (2014). Internet-based intervention programme for obese adolescents and their families (Next. Step): research protocol of a controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 70(4), 904-914.
- Spencer, J., Olson, J., Schragger, S., Tanaka, D., & Belzer, M. (2015). Sexting and adolescents: A descriptive study of sexting and youth in an urban population. *Journal of Adolescent Health*, 56(2), S22. doi: 10.1016/j.jadohealth.2014.10.044
- Spengler, S., Mess, F., & Woll, A. (2015). Do media use and physical activity compete in adolescents? Results of the MoMo Study. *PLOS ONE*, 10(12), e0142544. doi: 10.1371/journal.pone.0142544
- Spizzirri, R. C. P., Wagner, A., Mosmann, C. P., & Armani, A. B. (2017). Adolescência conectada: Mapeando o uso da internet em jovens internautas. *Psicologia Argumento*, 30(69), 327-335.
- Squellati, R. N. (2010). Health literacy: Understanding basic health information. *Creative Nursing*, 16(3), 110-114.
- Stack, S. (2000). Suicide: a 15-year review of the sociological literature part I: cultural and economic factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30(2), 145-162.

- Starcevic, V., & Aboujaoude, E. (2015). Cyberchondria, cyberbullying, cybersuicide, cybersex: "new" psychopathologies for the 21st century? *World Psychiatry, 14*(1), 97-100.
- Steinberg, L. (2007). Risk taking in adolescence: New perspectives from brain and behavioral science. *Current Directions in Psychological Science, 16*(2), 55-59.
- Steinberg, L. (2008). A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Developmental Review, 28*(1), 78-106.
- Steinberg, L. (2010). A dual systems model of adolescent risk-taking. *Developmental Psychobiology: The Journal of the International Society for Developmental Psychobiology, 52*(3), 216-224.
- Steinberg, L., Albert, D., Cauffman, E., Banich, M., Graham, S., & Woolard, J. (2008). Age differences in sensation seeking and impulsivity as indexed by behavior and self-report: evidence for a dual systems model. *Developmental Psychology, 44*(6), 1764-1778.
- Steinberg, S. B. (2017). Sharenting: Children's privacy in the age of social media. *Emory Law Journal, 66*, 839-884
- Stern, S., & Brown, J. D. (2008). From Twin Beds to Sex at Your Fingertips: Teen Sexuality in Movies, Music, Television, and the Internet, 1950 to 2005. In P. E. Jamieson & D. Romer (Eds.), *The changing portrayal of adolescents in the media since 1950*. New York: Oxford University Press.
- Sterz, G. A., & Silva, J. C. D. Depressão na infância e na adolescência. *Boletim Entre SIS, 2*(1), 92-102.
- Stevenson, N. (2014). *The Transformation of the Media: Globalisation, morality and ethics*. London: Routledge.
- Strasburger, V. C. (2009). Media and children: What needs to happen now?. *JAMA, 301*(21), 2265-2266.
- Strasburger, V. C., Hogan, M. J., Mulligan, D. A., Ameenuddin, N., Christakis, D. A., Cross, C., ... & Moreno, M. A. (2013). Children, adolescents, and the media. *Pediatrics, 132*(5), 958-961.
- Strasburger, V. C., Jordan, A. B., & Donnerstein, E. (2010). Health effects of media on children and adolescents. *Pediatrics, 125*(4), 756-767. doi:10.1542/peds.2009-2563
- Strasburger, V. C., Jordan, A. B., & Donnerstein, E. (2012). Children, Adolescents, and the Media: Health Effects. *Pediatric Clinics, 59*(3), 533-587.

doi:10.1016/j.pcl.2012.03.025

- Strasburger, V. C., Wilson, B. J., & Jordan, A. B. (2009). *Children, adolescents, and the media*. (2nd Edition), Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Incorporated.
- Subrahmanyam, K., & Šmahel, D. (2011). Constructing identity online: Identity exploration and self-presentation. In R. J. R. Levesque (Ed.), *Digital youth: The role of media in the development* (pp. 59-80). Nova Iorque: Springer.
- Sudak, H. S., & Sudak, D. M. (2005). The media and suicide. *Academic Psychiatry, 29*(5), 495-499.
- Sullivan, L. E. (2009). Media. In L. E. Sullivan (Ed.), *The SAGE glossary of the social and behavioral sciences*. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc. doi: 10.4135/9781412972024
- Sun, T., & Wu, G. (2012). Traits, predictors, and consequences of Facebook self-presentation. *Social Science Computer Review, 30*(4), 419-433.
- Swenson, R. R., Houck, C., Sarfati, D., Emerson, E., Donenberg, G., & Brown, L. K. (2015). HIV testing among teens attending therapeutic schools: Having a personal source of information about HIV/AIDS matters! *The Journal of Primary Prevention, 36*(3), 155-166.

T

- Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S. (2007). *Using multivariate statistics* (5^a Ed.). New York: Allyn and Bacon.
- Tapscott, D. (1998). *Growing up digital: The rise of the Net generation*. Nova Iorque: McGraw-Hill.
- Teddlie, C., & Tashakkori, A. (2009). *Foundations of mixed methods research: Integrating quantitative and qualitative approaches in the social and behavioral sciences*. Thousand Oaks: Sage.
- Thoman, E. (1993). Skills and strategies for media education. Retirado de <http://www.medialit.org/reading-room/skills-strategies-media-education>, Janeiro 2014
- Thoman, E., Jolls, T. & Share, J. (2002). *Literacy for the 21st century: An overview and orientation guide for media literacy education*. Los Angeles: Center for Media Literacy
- Thomas, H. J., Connor, J. P., & Scott, J. G. (2015). Integrating traditional bullying and cyberbullying: challenges of definition and measurement in adolescents—a review. *Educational Psychology Review, 27*(1), 135-152.

- Tiedge, J. T., Silverblatt, A., Havice, M. J., & Rosenfeld, R. (1991). Discrepancy between perceived first-person and perceived third-person mass media effects. *Journalism Quarterly*, 68(1-2), 141-154.
- Tomé, G., de Matos, M. G., Camacho, I., Simões, C., & Diniz, J. A. (2012). Portuguese adolescents: the importance of parents and peer groups in positive health. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(3), 1315-1324.
- Top, N. (2016). Socio-demographic differences in parental monitoring of children in late childhood and adolescents' screen-based media use. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, 60(2), 195-212.
- Transfield, D., Denyer, D., & Smart, P. (2003). Toward a methodology for developing evidence-informed management knowledge by means of systematic review. *British Journal of Management*, 14, 207-22.
- Tubaishat, A., & Habiballah, L. (2016). eHealth literacy among undergraduate nursing students. *Nurse education today*, 42, 47-52.
- Tyner, K. (Ed.). (2010). *Media literacy: New agendas in communication*. Nova lorque: Routledge.

U

- UNESCO (2015). Literacy. Retirado de <http://www.unesco.org/new/en/education/themes/education-building-blocks/literacy/>
- United Nations Children's Fund (UNICEF) (2011). *The state of the world's children 2011: Adolescence an age of opportunity* [E-Book]. Retirado de https://www.unicef.org/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report_EN_02092011.pdf
- United Nations Children's Fund (UNICEF) (2016) *70 Years for Every Child*. Unicef Annual Report 2015. Retirado de https://www.unicef.org/publications/index_92018.html

V

- Vaala, S. E., & Bleakley, A. (2015). Monitoring, mediating, and modeling: Parental influence on adolescent computer and Internet use in the United States. *Journal of Children and Media*, 9(1), 40-57.
- van der Vaart, R., van Deursen, A. J., Drossaert, C. H., Taal, E., van Dijk, J. A., & van de Laar, M. A. (2011). Does the eHealth Literacy Scale (eHEALS) measure what it intends to

- measure? Validation of a Dutch version of the eHEALS in two adult populations. *Journal of Medical Internet Research*, 13(4).
- van Oosten, J. M. F., Peter, J., & Valkenburg, P. M. (2015). The influence of sexual Music videos on adolescents' misogynistic beliefs: The role of video content, gender, and affective engagement. *Communication Research*, 1-23. doi: 10.1177/0093650214565893
- Vandenbosch, L., & Eggermont, S. (2016). The interrelated roles of mass media and social media in adolescents' development of an objectified self-concept: A longitudinal study. *Communication Research*, 43(8), 1116-1140.
- Vangelisti, A. L. (Ed.). (2003). *The Routledge Handbook of Family Communication*. New York: Routledge.
- Vardavas, C. I., Kondilis, B. K., Patelarou, E., Akrivos, P. D., & Falagas, M. E. (2009). Health literacy and sources of health education among adolescents in Greece. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 21(2), 179-186.
- Veldhuis, J., Konijn, E.A. and Seidell, J.C., 2014. Counteracting media's thin-body ideal for adolescent girls: Informing is more effective than warning. *Media Psychology*, 17(2), 154-184.
- Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A., & Currie, C. (2012). Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet*, 379(9826), 1641-1652.
- Viveiro, C., Marques, M., Passadouro, R., & Moleiro, P. (2014). Os adolescentes e a internet: padrões de (ab) uso. *Adolescência e Saúde*, 11(2), 7-18.

W

- Wakefield, M. A., Loken, B., & Hornik, R. C. (2010). Use of mass media campaigns to change health behaviour. *The Lancet*, 376(9748), 1261-1271.
- Webb, T., & Martin, K. (2012). Evaluation of a Us school-based media literacy violence prevention curriculum on changes in knowledge and critical thinking among adolescents. *Journal of Children and Media*, 6, 430-449. doi: 10.1080/17482798.2012.724591
- Wei, R., & Lo, V. (2015). News on the move: Predictors of mobile news consumption and engagement among Chinese mobile phone users. *Electronic News*, 9(3), 177-194.
- Weigelt, D. (2015). O rádio e os jovens em Portugal: Usos e hábitos. In M. Oliveira & N. Prata (Eds.), *Rádio em Portugal e no Brasil: Trajetória e cenários* (pp. 99-111). Braga: CECS - Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade

- Weinreich, N., Glick, D. & Prelip, M. (2010). 'Teen2Xtreme: Using social media to improve adolescents' health literacy'. In *Atas do CDC's National Conference on Health Communication, Marketing and Media*. Atlanta, GA
- Wall, K., Almeida, A. N. de, Vieira, M. M., Cunha, V. (Coord.). In Rodrigues, L., Coelho, F., Leitão, M., & Atalaia, S. (2015). *Impactos da crise nas crianças portuguesas: Indicadores, políticas, representações*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais
- Wharf Higgins, J., & Begoray, D. (2012). Exploring the borderlands between media and health: Conceptualizing "Critical Media Health Literacy." *Journal of Media Literacy Education*, 4,136-148.
- Wharf Higgins, J., Begoray, D., Beer, C., Harrison, J., & Collins, A. (2012). Strategies for measuring and maximizing health literacy of youth. In R. Marks (Ed.), *Health literacy and school-based health education* (pp. 79-143). Bingley, Reino Unido: Emerald Group Publishing Limited.
- Wharf Higgins, J., Begoray, D., & MacDonald, M. (2009). A social ecological conceptual framework for understanding adolescent health literacy in the health education classroom. *American Journal of Community Psychology*, 44, 350-362. doi: 10.1007/s10464-009-9270-8.
- White, R. W., & Horvitz, E. (2009). Cyberchondria: studies of the escalation of medical concerns in web search. *ACM Transactions on Information Systems (TOIS)*, 27(4), 1-37.
- Wilmot, R. M., Begoray, D. L., & Banister, E. M. (2013). Aboriginal adolescents, critical media health literacy, and the creation of a graphic novel health education tool. *In Education*, 19, 72-85.
- Wilson, B. J. & Drogos, K. (2012). The Media and Family Communication. In A. L. Vangelisti (Ed.), *Routledge handbook of family communication* (pp. 436-459). New York: Routledge
- Wójcicki, T. R., Grigsby-Toussaint, D., Hillman, C. H., Huhman, M., & McAuley, E. (2014). Promoting physical activity in low-active adolescents via Facebook: A pilot randomized controlled trial to test feasibility. *JMIR Research Protocols*, 3(4), e56. doi: 10.2196/resprot.3013
- Wolff, B., Knodel, J., & Sittitrai, W. (1993). Focus groups and surveys as complementary research methods: A case example. In D. L. Morgan (Ed.), *Successful focus groups: Advancing the state of the art* (pp. 118-136). Newbury Park, CL: SAGE

Y

- Yang, A. C., Tsai, S. J., Yang, C. H., Shia, B. C., Fuh, J. L., Wang, S. J., ... & Huang, N. E. (2013). Suicide and media reporting: A longitudinal and spatial analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *48*(3), 427-435.
- Yap, M. B., Reavley, N. J., & Jorm, A. F. (2012). Associations between awareness of beyondblue and mental health literacy in Australian youth: Results from a national survey. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *46*, 541-552. doi: 10.1177/0004867411435288
- Yetter, G., & Capaccioli, K. (2010). Differences in responses to web and paper surveys among school professionals. *Behavior Research Methods*, *42*(1), 266-272. doi:10.3758/BRM.42.1.266
- Ying, L., Ma, F., Huang, H., Guo, X., Chen, C., Xu, F. (2015) Parental monitoring, parent-adolescent communication, and adolescents' trust in their parents in China. *PLOS ONE* *10*(8), e0134730.

Z

- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S. (2005). Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promotion International*, *20*, 195-203. doi: 10.1093/heapro/dah609

Sites consultados

Dicionário Priberam da Língua Portuguesa

<http://www.priberam.pt/dlpo/>

Direção Geral da Educação - pedidos de autorização para aplicação de inquéritos/realização de estudos de investigação em meio escolar

[Página](http://www.dgidec.min-edu.pt/index.php?s=directorio&pid=59)

Dream teens

www.dreamteens.aventurasocial.com

Infopédia Dicionários Porto Editora

<https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa>

Instituto Nacional de Estatística (INE)

http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main

Ministério da Educação e Ciência

<http://www.dgidec.min-edu.pt/>

National Association for Media Literacy Education

<https://namle.net/>

Núcleo de Educação para a saúde (NES) a nível da Direção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular do Ministério da Educação (Despacho n° 15987/2006)

<http://diario.vlex.pt/vid/despacho-julho33369866>

Ofcom (entidade reguladora da Comunicação no Reino Unido)

<https://www.ofcom.org.uk/research-and-data/media-literacy-research/media-literacy>

Organização Mundial de saúde (OMS) Physical activity recommendations

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

SBRN (Sedentary Behavior Research Network)

<https://www.sedentarybehaviour.org/sbrn-terminology-consensus-project/>

Anexo 1 – Autorização da Direção Geral de Educação (DGE)

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

O pedido de autorização do inquérito n.º 0506900001, com a designação *Comunicação e Literacia Mediática em Saúde: inquérito aos adolescentes*, registado em 29-09-2015, foi aprovado.

Avaliação do inquérito:

Exmo.(a) Senhor(a) Diana Pinto
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 Vitor Pedroso
Diretor-Geral
DGE

Observações:

- a) A realização dos Inquéritos fica sujeita a autorização da Direções dos Agrupamentos de Escolas do ensino público da região Norte do país - Braga, Porto e Bragança - 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, devendo fazer-se em estreita articulação com as Direções dos Agrupamentos.
- b) Deve considerar-se o disposto na Lei nº 67/98 em matéria de garantia de anonimato dos sujeitos, confidencialidade, proteção e segurança dos dados, sendo necessário solicitar o consentimento informado e esclarecido do titular dos dados. No caso presente de inquirição de alunos menores (menos de 18 anos) este deverá ser primeiramente atestado pelos seus representantes legais mas também recolher o seu consentimento informado. As autorizações assinadas pelos Encarregados de Educação e pelos alunos devem ficar em poder da Escola/Agrupamento ao qual pertencem os alunos. Não deve haver cruzamento ou associação de dados entre os que são recolhidos pelos instrumentos de inquirição e os constantes das declarações de consentimento informado.
- 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 2 – Pedido de Autorização aos Diretores dos Agrupamentos de Escolas para a participação no Estudo



Universidade do Minho
CECS Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade

Exmo(a). Senhor(a),
Diretor(a) do Agrupamento de Escolas XXXX

O meu nome é Diana Pinto e encontro-me a realizar um projeto de doutoramento intitulado “Media, comunicação e Literacia em Saúde na adolescência”, em curso no Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade (CECS) da Universidade do Minho, apoiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (referência SFRH BD/89335/2012).

Com este estudo pretende-se recolher informação sobre as fontes de informação para a saúde dos adolescentes, as suas perceções quanto às mesmas e a influência que essas fontes podem ter na Literacia em Saúde desses jovens.

No âmbito deste projeto, venho por este meio solicitar a vossa colaboração para a aplicação de um inquérito por questionário, a turmas do X e X anos de escolaridade da Escola X. O questionário será aplicado a uma amostra de alunos a frequentar escolas do ensino público de Braga, Bragança e Porto. O pedido formal de inquérito por questionário foi previamente aprovado à Direção Geral de Educação (inquérito n.º 0506900001). O preenchimento do questionário é anónimo e confidencial. A duração estimada para o seu preenchimento é de 40 minutos.

Em anexo, envio o pedido de autorização a ser distribuído aos encarregados de educação.

Estou ao dispor para o esclarecimento de quaisquer dúvidas ou questões.

Agradecendo desde já a atenção,

Diana Pinto

Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade (CECS), Universidade do Minho



Anexo 3 - Termo de consentimento informado para a aplicação dos inquéritos por questionário



Universidade do Minho
CECS Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade

Termo de consentimento informado

Vimos por este meio requerer autorização para a participação no projeto de doutoramento “Media, comunicação e Literacia em Saúde em adolescentes”, em curso no Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade, da Universidade do Minho.

Este estudo pretende estudar as fontes de informação para a saúde dos adolescentes, as suas perceções quanto às mesmas e a influência que essas fontes podem ter na Literacia Mediática para a saúde desses jovens.

Os participantes deste projeto estarão a contribuir para o desenvolvimento da investigação na área da comunicação e Literacia Mediática em Saúde. Desta forma, solicita-se a resposta a um inquérito por questionário elaborado para adolescentes a frequentar o 3º ciclo ou secundário.

O seu preenchimento é **anónimo e confidencial**.

Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, entre em contato com Diana Pinto, responsável pelo estudo, pelo número de telemóvel 968086177 ou pelo e-mail dyanapinto@gmail.com.

Perante os esclarecimentos prestados, autorizo o meu filho(a)
....., **nascido a**
...../...../....., **a participar nesta investigação, na qualidade de voluntário.**

....., de de 2015

Assinatura do encarregado de educação

Perante os esclarecimentos prestados, concordo em participar, como voluntário, na investigação.

Assinatura do(a) aluno(a) voluntário(a)



Anexo 4 – Inquérito por questionário



Universidade do Minho
CECS Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade

INQUÉRITO AOS ALUNOS

Este questionário destina-se a recolher dados para um estudo que está a ser desenvolvido na Universidade do Minho. Gostaríamos muito de saber como utilizas as informações sobre saúde e media. Não há respostas certas ou erradas, mas é importante que respondas de forma sincera. O questionário é **anónimo** e os teus dados **não** serão revelados.

Grupo I - Caracterização sociodemográfica

1.1 Idade: _____

1.2 Género: Feminino ¹ Masculino ²

1.3 Ano de escolaridade: 7º Ano ¹ 9º Ano ² 11º Ano ³

1.4 Qual é o concelho onde vives? _____

1.5 Tens irmãos? Sim ¹ Não ²

Se sim, quantos? _____ Com que idades? _____

1.6 Quais são as habilitações dos teus pais?

	Sem habilitações	Até ao 4º ano	Até ao 6º ano	Até ao 9º ano	Ensino secundário	Ensino superior	Não sei
Mãe	<input type="radio"/> ¹	<input type="radio"/> ²	<input type="radio"/> ³	<input type="radio"/> ⁴	<input type="radio"/> ⁵	<input type="radio"/> ⁶	<input type="radio"/> ⁷
Pai	<input type="radio"/> ¹	<input type="radio"/> ²	<input type="radio"/> ³	<input type="radio"/> ⁴	<input type="radio"/> ⁵	<input type="radio"/> ⁶	<input type="radio"/> ⁷

1.7 Descreve a profissão atual da tua **mãe** (ou a última que ela exerceu).

1.8 Descreve a profissão atual do teu **pai** (ou a última que ele exerceu).

Grupo II – Utilização dos meios de comunicação social

2.1 Em média, quantas horas por dia dedicas a:

	Não utilizo	Menos de 1 hora	Entre 1 a 2h	Entre 2 a 3h	Mais de 3h
Ver TV	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Ouvir rádio (ou Web rádio)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Jogar videojogos	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Ouvir música	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Ler livros (impressos ou digitais)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Ler jornais e revistas (impressos ou digitais)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Pesquisar/Navegar na Internet	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Usar as redes sociais (ex. Facebook, fóruns)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Conversar em chats (ex. chat do Facebook)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Falar ao telefone/telemóvel	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Enviar SMSs ou MMSs por telemóvel	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Outra atividade. Qual? _____	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

2.2 Com que frequência conversas com os **teus pais** (ou encarregados de educação) sobre:

(1 = Nunca a 5 = Sempre)

	(1) Nunca	(2) Raramente	(3) Algumas vezes	(4) Muitas vezes	(5) Sempre
O que fazes na Internet	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
O que vês na televisão	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
A tua saúde, em geral	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Os teus comportamentos de risco (ex. comer muitas gorduras/doces, fumar)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

2.3 Qual a tua **série ou programa televisivo** favorito?

2.4 Costumas ver alguma **série ou programa televisivo** que aborde algum tema de saúde/risco para a saúde?

Sim 1 Não 2

2.5 Se sim, qual/quais?

2.6 Se não, porquê?

2.7 Na tua opinião, que influência têm os meios de comunicação social nos comportamentos de saúde dos adolescentes?

(1) Não têm influência	(2) Têm pouca influência	(3) Têm alguma influência	(4) Têm muita influência
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4

Grupo III – Procura e obtenção de informação sobre saúde

3.1 Para os assuntos da coluna à esquerda, assinala a fonte de informação onde mais vês ou ouves informação:
(para cada assunto assinala apenas 1 fonte de informação)

Assuntos	Fontes de Informação	Não tenho fontes de informação	Pais	Irmãos	Amigos	Professor (es)	Médico/ Enfermeiro	Televisão	Internet	Livros (impresos ou digitais)	Jornais e revistas (impresos ou digitais)	Folhetos/ Panfletos	Rádio/ Web Rádio	Outra fonte, qual?
Tabaco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Nutrição, alimentação e peso saudável	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Bebidas alcoólicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Exercício e atividade física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Resolver problemas da minha relação com os outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

3.2 Imagina que queres pesquisar uma doença ou um comportamento de risco na **Internet**. Como fazes? (Seleciona 1 das opções)

- Procuro no Google
- Procuro noutro motor de busca (ex: Bing) Qual? _____
- Procuro diretamente em algum portal ou *site* Qual? _____
- Vou a um fórum que discuta o assunto Qual? _____
- Procuro em outro local Qual? _____

3.3 Com que frequência obténs informação sobre saúde a partir de:
(1 = Nunca a 5 = Sempre)

	(1) Nunca	(2) Raramente	(3) Algumas vezes	(4) Muitas vezes	(5) Sempre
a) Pais	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
b) Irmãos	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
c) Amigos/colegas	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
d) Professores ou outros profissionais da escola	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
e) Profissionais de saúde (ex. médico de família, enfermeiros)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
f) Televisão	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
g) Programas de informação (ex. Telejornal, documentários)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
h) Séries e programas de entretenimento (ex. Telenovelas, <i>Big Bang Theory</i> , <i>Anatomia de Grey</i>)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
i) Publicidade	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
j) Livros (impressos ou digitais)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
k) Jornais e revistas (impressos ou digitais)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
l) Folhetos/panfletos	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
m) Campanhas de promoção de saúde na escola, no centro de saúde, em cartazes	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
n) Internet	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
o) Redes sociais (ex. Facebook, blogs)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
p) Sites especializados de informação médica	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
q) Programas de rádio	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
r) Filmes/cinema	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
s) Música	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
t) Videojogos	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
u) Linhas telefónicas de apoio	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
v) Sinto que não tenho ninguém/fontes de informação a que recorrer	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

3.4 Das fontes de informação mencionadas na questão anterior, qual é aquela que:

- Recorres em **1º lugar** quando tens questões pessoais sobre saúde/doença? _____
- É mais fácil de aceder? _____
- Gostas mais de utilizar? _____
- Te inspira mais confiança? _____
- Te inspira menos confiança? _____

Grupo IV – Crenças e atitudes

4.1 Para as seguintes afirmações indica se concordas ou se discordas?

(1 = Discordo totalmente a 5 = Concordo totalmente)

	(1) Discordo totalmente	(2) Discordo	(3) Não concordo nem discordo	(4) Concordo	(5) Concordo totalmente
Tenho capacidade para ENCONTRAR a informação de saúde que quero.	<input type="radio"/> ¹	<input type="radio"/> ²	<input type="radio"/> ³	<input type="radio"/> ⁴	<input type="radio"/> ⁵
Tenho capacidade para PERGUNTAR aos outros sobre informação de saúde que preciso.	<input type="radio"/> ¹	<input type="radio"/> ²	<input type="radio"/> ³	<input type="radio"/> ⁴	<input type="radio"/> ⁵
Tenho capacidade para COMPREENDER a informação de saúde que encontro.	<input type="radio"/> ¹	<input type="radio"/> ²	<input type="radio"/> ³	<input type="radio"/> ⁴	<input type="radio"/> ⁵
Tenho capacidade para SELECIONAR a informação de saúde que quero.	<input type="radio"/> ¹	<input type="radio"/> ²	<input type="radio"/> ³	<input type="radio"/> ⁴	<input type="radio"/> ⁵
Tenho capacidade para AVALIAR que informação de saúde é de confiança.	<input type="radio"/> ¹	<input type="radio"/> ²	<input type="radio"/> ³	<input type="radio"/> ⁴	<input type="radio"/> ⁵
Tenho capacidade para DESCREVER aos outros as minhas preocupações de saúde.	<input type="radio"/> ¹	<input type="radio"/> ²	<input type="radio"/> ³	<input type="radio"/> ⁴	<input type="radio"/> ⁵
Tenho capacidade para PARTILHAR com os outros a informação de saúde que aprendi.	<input type="radio"/> ¹	<input type="radio"/> ²	<input type="radio"/> ³	<input type="radio"/> ⁴	<input type="radio"/> ⁵
Sei como ENCONTRAR fontes de informação úteis, sobre saúde, na INTERNET.	<input type="radio"/> ¹	<input type="radio"/> ²	<input type="radio"/> ³	<input type="radio"/> ⁴	<input type="radio"/> ⁵
Sei como AVALIAR se as fontes de informação sobre saúde, na INTERNET, são boas ou más, confiáveis ou não confiáveis.	<input type="radio"/> ¹	<input type="radio"/> ²	<input type="radio"/> ³	<input type="radio"/> ⁴	<input type="radio"/> ⁵
Sei como UTILIZAR a informação sobre saúde que encontro na INTERNET.	<input type="radio"/> ¹	<input type="radio"/> ²	<input type="radio"/> ³	<input type="radio"/> ⁴	<input type="radio"/> ⁵

4.2 Na tua opinião, que influência têm os meios de comunicação social nos teus comportamentos de saúde?

(1)	(2)	(3)	(4)
Não têm influência	Têm pouca influência	Têm alguma influência	Têm muita influência
<input type="radio"/> ¹	<input type="radio"/> ²	<input type="radio"/> ³	<input type="radio"/> ⁴

Grupo V – Hábitos do dia a dia

5.1 Com que frequência te acontece, no teu dia a dia, cada uma das seguintes atividades ou situações?

(1 = Nunca a 5 = Sempre)

	(1) Nunca	(2) Rara- mente	(3) Algumas vezes	(4) Muitas vezes	(5) Sempre
Fazer dieta ou utilizar algum método para emagrecer para melhorar a imagem física	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Fumar tabaco	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Beber bebidas alcoólicas	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Alimentar-me de forma pouco saudável (consumir refrigerantes/fritos/pizzas/hambúrgueres)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Fazer exercício físico ou desporto (sem contar com aulas de Educação Física)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Envolver-me em lutas ou comportamentos agressivos	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Ser provocado, ofendido ou ameaçado através da Internet, telemóvel ou outros meios electrónicos (ex. Facebook, Fóruns, Twitter)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Falar com desconhecidos na internet	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Publicar conteúdos escritos ou imagens muito pessoais em blogs ou redes sociais (ex. divulgar onde passo férias, etc.)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

Grupo VI – Atividade - Resposta a clipes apresentados – Clipe 1

6.1 Conheces este clipe? Sim ¹ Não ²

- A. **Sim, claramente, aborda** um tema de saúde ¹
B. **Sim, aborda** um tema de saúde ²
C. **Aborda pouco** um tema de saúde ³
D. **Não aborda** um tema de saúde ⁴
E. **Não, definitivamente**, não aborda um tema de saúde ⁵
- 6.2 Na tua opinião, este clipe aborda algum tema de saúde? (seleciona apenas uma opção)

6.3 Na tua opinião, que tema é que este clipe aborda?

6.4 Na tua opinião, qual é a mensagem deste clipe?

6.5 Concordas com a mensagem deste clipe? (seleciona apenas uma opção)

- A. **Sim, concordo totalmente** com a mensagem do clipe ¹
B. **Sim, concordo** com a mensagem do clipe ²
C. **Concordo pouco** com a mensagem do clipe ³
D. **Não concordo** com a mensagem do clipe ⁴
E. **Não concordo, em nada**, com a mensagem do clipe ⁵

6.6 Justifica a tua opção?

6.7 Na tua opinião, até que ponto é que ver este clipe influencia o comportamento dos adolescentes? (seleciona apenas uma opção)

- A. Ver este clipe influencia, **claramente, de forma negativa**, o comportamento dos adolescentes ¹
B. Ver este clipe influencia, **de forma negativa**, o comportamento dos adolescentes ²
C. Ver este clipe **não influencia** o comportamento dos adolescentes ³
D. Ver este clipe influencia, **claramente, de forma positiva**, o comportamento dos adolescentes ⁴
E. Ver este clipe influencia, **de forma positiva**, o comportamento dos adolescentes ⁵

6.8 Justifica a tua opção.

6.9 Qual é a tua reação pessoal a este clipe? (seleciona a opção que mais se aproxima da tua reação)

- A. Eu pretendo evitar os comportamentos descritos no clipe ¹
B. Eu pretendo adotar/reforçar os comportamentos descritos no clipe ²
C. Eu pretendo pesquisar e procurar informação sobre o assunto ³
D. Eu pretendo conversar com os outros sobre este assunto ⁴
E. Eu não tenho reação ⁵
F. Eu sugeria comunicar aos produtores que este clipe não é apropriado para os adolescentes ⁶

Clipe 2

6.1 Conheces este clipe? Sim ¹ Não ²

6.2 Na tua opinião, este clipe aborda algum tema de saúde? (seleciona apenas uma opção)

- A. **Sim, claramente, aborda** um tema de saúde ¹
- B. **Sim, aborda** um tema de saúde ²
- C. **Aborda pouco** um tema de saúde ³
- D. **Não aborda** um tema de saúde ⁴
- E. **Não, definitivamente**, não aborda um tema de saúde ⁵

6.3 Na tua opinião, que tema é que este clipe aborda?

6.4 Na tua opinião, qual é a mensagem deste clipe?

6.5 Concordas com a mensagem deste clipe? (seleciona apenas uma opção)

- A. **Sim, concordo totalmente** com a mensagem do clipe ¹
- B. **Sim, concordo** com a mensagem do clipe ²
- C. **Concordo pouco** com a mensagem do clipe ³
- D. **Não concordo** com a mensagem do clipe ⁴
- E. **Não concordo, em nada**, com a mensagem do clipe ⁵

6.6 Justifica a tua opção?

6.7 Na tua opinião, até que ponto é que ver este clipe influencia o comportamento dos adolescentes? (seleciona apenas uma opção)

- A. Ver este clipe influencia, **claramente, de forma negativa**, o comportamento dos adolescentes ¹
- B. Ver este clipe influencia, **de forma negativa**, o comportamento dos adolescentes ²
- C. Ver este clipe **não influencia** o comportamento dos adolescentes ³
- D. Ver este clipe influencia, **claramente, de forma positiva**, o comportamento dos adolescentes ⁴
- E. Ver este clipe influencia, **de forma positiva**, o comportamento dos adolescentes ⁵

6.8 Justifica a tua opção.

6.9 Qual é a tua reação pessoal a este clipe? (seleciona a opção que mais se aproxima da tua reação)

- A. Eu pretendo evitar os comportamentos descritos no clipe ¹
- B. Eu pretendo adotar/reforçar os comportamentos descritos no clipe ²
- C. Eu pretendo pesquisar e procurar informação sobre o assunto ³
- D. Eu pretendo conversar com os outros sobre este assunto ⁴
- E. Eu não tenho reação ⁵
- F. Eu sugeria comunicar aos produtores que este clipe não é apropriado para os adolescentes ⁶

Anexo 5 - Análise Exploratória de Dados (AED) do Inquérito por questionário

Análise Exploratória de Dados (AED) foi realizada com o objetivo de contribuir para a validação para a população portuguesa das escalas utilizadas neste estudo. Para tal, considerou-se .32 o ponto de corte/saturação para aceitação de um item em cada uma das escalas (Tabachnick & Fidell, 2007).

Utilização dos meios de comunicação social

A AED revelou uma estrutura unidimensional para a Escala de Uso dos Media (Kaiser Meyer Olkin [KMO] = .78; teste de Bartlett = 2065.25, $p < .001$), embora os itens de jornais e revistas, videojogos e livros fossem eliminados por apresentarem uma saturação inferior a .32 (Tabachnick & Fidell, 2007). Esta versão de 8 itens revelou níveis de fiabilidade apropriados (Tabela 1).

Tabela 1: *Estrutura Fatorial da Escala de Utilização dos Media*

	Uso dos media
Redes sociais	.80
<i>Chats</i>	.80
<i>SMSs</i>	.71
Telemóvel	.70
Pesquisar na internet	.64
Música	.62
TV	.33
Rádio	.33
Variância	41.31
Alpha de Cronbach	.79

Com o objetivo de obter uma escala mais específica da Internet, realizou-se uma nova AED incluindo apenas os itens relativos ao uso da Internet ($KMO = .64$; teste de Bartlett = 1022.36, $p < .001$), tendo-se verificado que estes podem formar uma medida válida para medir o seu uso (Escala de Uso da Internet), com níveis de fiabilidade bastante aceitáveis (Tabela 2). Embora ainda fossem testadas outras possibilidades, nomeadamente o uso de media tradicionais, não foi possível encontrar uma outra solução apropriada.

Tabela 2: *Estrutura Factorial da Escala de Utilização da Internet*

	Uso da Internet
Redes sociais	.91
<i>Chats</i>	.88
Pesquisar na Internet	.74
Variância	71.61
Alpha de Cronbach	.80

Procura e obtenção de informação sobre saúde

Tendo em consideração o modelo de Paek et al, (2011), foram realizadas análises de AED separadas para os “Agentes de Socialização Interpessoais” e para os “Agentes de Socialização Mediáticos”.

Relativamente à Escala de Agentes de Socialização Interpessoais, a AED ($KMO = .66$; teste de Bartlett = 383.08, $p < .001$) revelou um fator que inclui os itens relativos à frequência de obtenção de informação sobre saúde através de meios interpessoais (e.g., irmãos), com valores de fiabilidade apropriados. Embora o valor de fiabilidade seja inferior a .70, este considerou-se aceitável devido às características exploratórias deste estudo e ao reduzido número de itens que a escala apresenta (Tabela 3).

Tabela 3: *Estrutura Factorial da Escala de Agentes de Socialização Interpessoais*

	Agentes interpessoais
Pais	.71
Irmãos	.65
Amigos	.64
Professores	.58
Profissionais de saúde	.57
Variância	39.70
Alpha de Cronbach	.61

No que se refere à Escala de Agentes de Socialização Mediáticos, a AED (KMO = .88; teste de Bartlett = 4113.60, $p < .001$) revelou uma estrutura unidimensional em que todos os itens foram aceites (saturação superior a .32), com uma valor de fiabilidade bastante aceitável (Tabela 4).

Tabela 4: *Estrutura Factorial da Escala de Agentes de Socialização Mediáticos*

	Agentes mediáticos
Jornais Revistas	.72
Folhetos Panfletos	.65
Rádio	.64
Livros	.63
Publicidade	.63
Sites	.62
TV	.59
Filmes e Cinema	.59
Programas de Informação	.58
Internet	.58
Campanhas	.57
Séries	.56
Redes Sociais	.56
Música	.50
Linhas Apoio	.45
Videojogos	.33
Variância	33.89
Alpha de Cronbach	.87

Comunicação com os pais

No que se refere à estrutura fatorial da Escala de Conversas com os pais, a AED revelou uma estrutura de dois factores/subescalas: conversas sobre os media (2 itens) e conversas sobre saúde (2 itens) (KMO = .73; teste de Bartlett = 918.97, $p < .001$). Ambos apresentam valores de fiabilidade apropriados. No total, estes fatores formam a Escala de Conversa com os Pais e explicam 77.35% do total da variância, apresentando, igualmente, valores de *Alpha de Cronbach* apropriados ($\alpha = .77$) (Tabela 5).

Tabela 5: *Estrutura Fatorial da Escala de Conversas com os Pais*

	Conversas media	Conversas saúde
Conversas sobre TV	.87	
Conversas sobre internet	.81	
Conversas sobre comportamentos de risco		.87
Conversas sobre saúde		.81
Variância	38.75	38.60
Alpha de Cronbach	.71	.69

Perceção de Literacia em Saúde (percebida)

A Escala de Literacia em Saúde (percebida) apresentou uma estrutura de um fator (KMO = .84; teste de Bartlett = 1562.57, $p < .001$), com um valor de fiabilidade bastante aceitável (Tabela 6).

Tabela 6: *Estrutura Factorial da Escala de Literacia em Saúde (percebida)*

	Literacia em Saúde
Selecionar	.75
Compreender	.71
Perguntar	.68
Encontrar	.66
Avaliar	.66
Descrever	.66
Partilhar	.62
Variância	45.82
Alpha de Cronbach	.80

eHealth Literacy (percebida)

A AED da escala de *eHealth Literacy* (percebida) revelou uma estrutura unifatorial (KMO = .70; teste de Bartlett = 754.48, $p < .001$), com um valor de fiabilidade bastante aceitável (Tabela 7).

Tabela 7: *Estrutura Factorial da Escala de eHealth Literacy (percebida)*

	<i>eHealth Literacy</i>
Selecionar	.75
Compreender	.71
Perguntar	.68
Variância	45.82
Alpha de Cronbach	.79

Anexo 6 - Termo de consentimento informado para a realização dos grupos de foco



Universidade do Minho
CECS Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade

Pedido de autorização / Termo de consentimento informado

Vimos por este meio requerer autorização para a participação no projeto de doutoramento “Media, comunicação e Literacia em Saúde em adolescentes”, em curso no Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade, da Universidade do Minho.

Este estudo pretende estudar as fontes de informação para a saúde dos adolescentes, as suas perceções quanto às mesmas e a influência que essas fontes podem ter na Literacia Mediática em Saúde desses jovens.

Os participantes deste projeto estarão a contribuir para o desenvolvimento da investigação na área da comunicação e Literacia Mediática em Saúde. Desta forma, solicita-se a participação dos jovens na realização de grupos focais – grupos de discussão e atividades sobre os media e a saúde. Estas atividades serão realizadas na escola. Os dados serão gravados (gravação de voz) e analisados de forma confidencial, salvaguardando que a identidade dos participantes nunca será revelada. Os jovens participam apenas se quiserem e podem deixar de participar a qualquer momento.

Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, entre em contato com Diana Pinto, responsável pelo estudo, pelo número de telemóvel 968086177 ou pelo e-mail media.health.literacy.2015@gmail.com

Perante os esclarecimentos prestados, autorizo o meu filho(a)
....., nascido a
...../...../....., a participar nesta investigação, na qualidade de voluntário.

....., de de 2015

Assinatura do encarregado de educação

Perante os esclarecimentos prestados, concordo em participar, como voluntário, na investigação.

Assinatura do(a) aluno(a) voluntário(a)



Anexo 7 - Guião dos grupos de foco

1. Introdução

- Dar as boas-vindas aos jovens e agradecer a disponibilidade. Explicar o estudo em termos muito gerais e referir a duração (45 minutos) e o teor da nossa conversa.
- Garantir anonimato e confidencialidade na divulgação e tratamento dos dados e clarificar que se não se sentirem confortáveis com algum tema podem parar a qualquer momento.
- Explicar que a nossa conversa será gravada (apenas áudio) para não se perder informação que se poderia esquecer mais tarde.
- Informar os participantes que este nosso encontro nada tem a ver com avaliação, e que não há respostas certas e erradas, sendo o mais importante a sinceridade nas intervenções.
- Pedir para preencher uma folha com dados demográficos (similar à dos questionários).

2. Definição de conceitos

- O que entendem por “media”? (explicar, se necessário)
- E o que entendem por “saúde”? O que significa este conceito para vós? (explicar, se necessário)

3. Importância dos media

- Que meios de comunicação costumam usar no vosso dia-a-dia? E quais os que gostam mais de usar? Porquê?
- Na tua opinião, que importância têm os media na vida dos jovens? E em particular na saúde dos jovens?

Possíveis questões a explorar:

Quais os “media” que têm mais impacto? Em que aspetos de saúde?

4. Fontes de informação sobre saúde

- Quais são as vossas principais fontes de informação sobre saúde?
- Quando querem saber alguma coisa relacionada com saúde, onde é que procuram essa informação?(caso não refiram os pais)
- Muitos jovens recorrerem primeiro aos pais para fazer questões sobre saúde. Qual é a vossa opinião sobre isso?

Possíveis questões a explorar:

Fariam o mesmo? Porquê? A qual dos pais recorrem e porquê? Costumam falar com os pais sobre assuntos de saúde? Quem toma a iniciativa dessas conversas? E se forem questões sobre problemas com os outros? É onde vão primeiro para todos os assuntos de saúde? E se quisessem ter mais informação sobre sexualidade, como dúvidas sobre prevenção da gravidez ou DSTs?

Caso refiram a Internet:

Onde procuram? Como pesquisam? Sentem que podem confiar nessa informação? Porquê? Só procuram num “local” ou em vários? E qual é o papel dos amigos? E da TV?

5. Utilização e avaliação da informação

- Como é que sabem se uma informação sobre saúde é, ou não, de confiança?

Possíveis questões a explorar:

Quais as características de uma informação em que se pode confiar? E as características de uma informação em que não se pode confiar? Depende da fonte?

- O que fazem com a informação que encontram ou vos dizem?

Possíveis questões a explorar:

Partilham informação? Confirmam-na? Conversam com os outros?

6. Finalização

- Porque é que acham que é importante falar sobre os media e a saúde?
- Se tivessem que fazer uma campanha de promoção da saúde dos jovens, como é que a fariam? Como divulgariam a informação?

Possíveis questões a explorar:

Gostavam de saber mais sobre este tema? O que acham sobre este tema fazer parte de uma das vossas disciplinas?

7. Feedback

- O que acharam da nossa conversa? Têm questões ou comentários?

Possíveis questões a explorar:

Gostavam de saber mais sobre este tema? O que acham sobre este tema fazer parte de uma das vossas disciplinas?

Anexo 8 - Resultados quantitativos

8.1 Diferenças no tempo de utilização dos Media

Ouvir música

Relativamente à prática de ouvir música, foram encontradas diferenças em função do género, $F(1,870) = 39.55$, $p < .001$, $\eta^2_p = .04$, indicando que as raparigas ($M = 3.28$) ouvem mais música, quando comparadas com os rapazes ($M = 2.80$). Foram também encontradas diferenças significativas ao nível da escolaridade, $F(2,870) = 25.44$, $p < .001$, $\eta^2_p = .06$, sendo que os testes post hoc de Scheffe revelaram que são os adolescentes do 7º ano ($M = 2.70$) que ouvem menos música do que os do 9º ($M = 3.20$) e 11º anos ($M = 3.3$).

Tabela 1: *Diferenças em ouvir música*

Ouvir música	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p
Género	39.55	.000	0.04
Escolaridade	25.44	.000	0.06
Distrito	1.89	.151	0.00
Género X Escolaridade	0.47	.627	0.00
Género X Distrito	0.05	.950	0.00
Escolaridade X Distrito	1.86	.115	0.01
Género X Escolaridade X Distrito	0.37	.828	0.00

Utilizar redes sociais

Relativamente à utilização de redes sociais, foram encontradas diferenças significativas em função do género, $F(1,879) = 5.01$, $p = .025$, $\eta^2_p = .01$, revelando que as raparigas ($M = 3.14$) utilizam mais as redes sociais do que os rapazes ($M = 2.96$). A variável escolaridade apresentou igualmente valores significativos, $F(2,879) = 6.16$, $p = .002$, $\eta^2_p = .01$, sendo que os testes post hoc de Scheffe revelaram que os alunos do 7º ano ($M = 2.88$) utilizam menos as redes sociais que do 9º ($M = 3.20$) e 11º ano ($M = 3.12$).

Tabela 2: *Diferenças na utilização de redes sociais*

Uso das redes sociais	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p
Género	5.01	.025	.01
Escolaridade	6.16	.002	.01
Distrito	1.73	.178	.00
Género X Escolaridade	0.23	.796	.00
Género X Distrito	0.25	.778	.00
Escolaridade X Distrito	1.35	.250	.01
Género X Escolaridade X Distrito	0.17	.951	.00

Pesquisar/navegar na internet

Relativamente ao tempo despendido a pesquisar na internet, encontraram-se diferenças na escolaridade, $F(2,879) = 10.01$, $p < .001$, $\eta^2_p = .02$ - Os testes post hoc de Scheffe revelaram que os alunos do 7º ano ($M = 2.79$) navegam/pesquisam menos na Internet que os do 9º ($M = 3.10$) e 11º anos ($M = 3.18$).

Tabela 3: *Diferenças de pesquisa/navegação na Internet*

Uso da pesquisa na internet	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p
Género	1.76	.186	.00
Escolaridade	10.01	.000	.02
Distrito	1.55	.214	.00
Género X Escolaridade	1.97	.140	.00
Género X Distrito	0.47	.624	.00
Escolaridade X Distrito	1.90	.108	.01
Género X Escolaridade X Distrito	0.20	.939	.00

Conversar em chats

Relativamente às conversas através de chats, foram encontradas diferenças significativas quanto à escolaridade, $F(2,879) = 6.99$, $p = .001$, $\eta^2_p = .01$. Testes post hoc de Scheffe revelaram que os alunos do 7º ano ($M = 3.74$) conversam menos por chats do que os do 9º ano de escolaridade ($M = 3.11$).

Tabela 4: *Diferenças nas conversas em chats*

Conversas em chats	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p
Género	2.36	.125	.00
Escolaridade	6.99	.001	.02
Distrito	2.74	.065	.01
Género X Escolaridade	0.61	.546	.00
Género X Distrito	0.12	.883	.00
Escolaridade X Distrito	0.29	.886	.00
Género X Escolaridade X Distrito	1.51	.197	.01

Ver televisão

Relativamente à TV, foram encontradas diferenças significativas considerando a escolaridade, $F(2,882) = 4.66$, $p = .010$, $\eta^2_p = .01$. Testes post hoc revelaram que os alunos do 9º ano ($M = 2.93$) tendem a ver mais televisão que os do 11º ano ($M = 2.69$). Foi ainda encontrada uma interação escolaridade X distrito, $F(4,882) = 2.61$, $p = .034$, $\eta^2_p = .01$. Análises posteriores indicaram diferenças significativas no distrito do Porto em função da escolaridade, $F(2,293) = 5.39$, $p = .002$, $\eta^2_p = .05$. Os testes post hoc de Scheffe revelaram que os alunos do 11º ano ($M = 2.54$) vêem significativamente menos televisão que os do 9º ($M = 2.99$) e 7º ano ($M = 2.86$), no distrito do Porto. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para Braga e Bragança relativamente à escolaridade.

Tabela 5: *Diferenças em ver televisão*

Ver televisão	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p
Género	.07	.788	.00
Escolaridade	4.66	.010	.01
Distrito	2.38	.094	.01
Género X Escolaridade	.08	.926	.00
Género X Distrito	.94	.390	.00
Escolaridade X Distrito	2.61	.034	.01
Género X Escolaridade X Distrito	.20	.938	.00

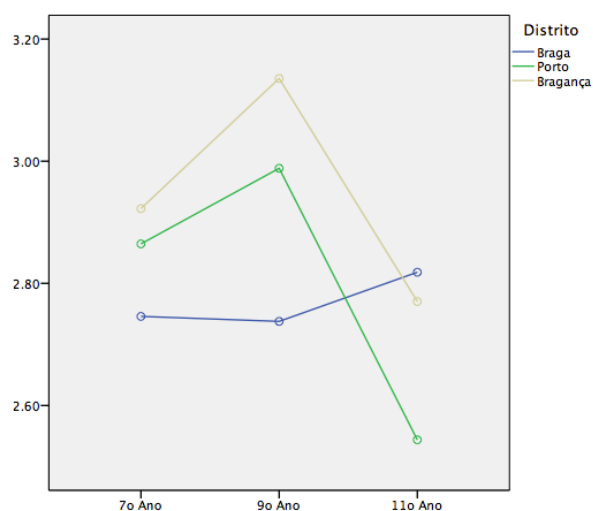


Figura 1: Diferenças em ver televisão

Envio de SMS/MMS por telemóvel

Tendo em consideração o envio de SMS/MMS, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no género, $F(1,875) = 36.25$, $p < .001$, $\eta^2_p = .04$, indicando que as raparigas ($M = 2.94$) despendem mais tempo a enviar SMS/MMS, quando comparadas com os rapazes ($M = 2.44$).

A escolaridade também revelou diferenças significativas, $F(2,880) = 17.84$, $p < .001$, $\eta^2_p = .04$. De facto, os testes post hoc de Scheffe sugerem que o envio de SMS/MMS aumenta com a escolaridade, sendo que os alunos do 7º ano ($M = 2.42$) que gastam menos tempo a enviar SMS/MMS, comparativamente com os do 9º ($M = 2.72$), que por sua vez, enviam menos do que os do 11º ano ($M = 3.07$). Também foram encontradas diferenças significativas quanto ao distrito, $F(2,880) = 3.42$, $p = .033$, $\eta^2_p = .01$, revelando através dos testes post hoc de Scheffe que os de Braga ($M = 2.55$), despendem menos tempo a enviar SMS/MMS comparativamente com os do Porto ($M = 2.82$) e de Braga ($M = 2.83$).

Tabela 6: Diferenças no envio de SMS ou MMS por telemóvel

Envio de SMS/MMS	F	p	η^2_p
Género	36.25	.001	.04
Escolaridade	17.84	.001	.04
Distrito	3.42	.033	.01
Género X Escolaridade	0.35	.708	.00
Género X Distrito	0.25	.776	.00
Escolaridade X Distrito	0.67	.612	.00
Género X Escolaridade X Distrito	1.27	.279	.01

Falar ao telefone/telemóvel

Na análise das conversas ao telemóvel/telemóvel, foram identificadas diferenças significativas ao nível do género, $F(1,880) = 15.47$, $p < .001$, $\eta^2_p = .02$, sugerindo que as raparigas ($M = 3.60$) conversam mais tempo ao telefone, comparativamente aos rapazes ($M = 2.32$). Além disso, a escolaridade também revelou resultados significativos, $F(2,880) = 3.42$, $p = .033$, $\eta^2_p = .01$, não tendo, no entanto, os testes post hoc de Scheffe revelando diferenças significativas.

Tabela 7: Diferenças nas conversas por telefone/telemóvel

Conversas por telefone/telemóvel	F	p	η^2_p
Género	15.47	.001	.02
Escolaridade	3.42	.033	.01
Distrito	1.49	.225	.00
Género X Escolaridade	1.25	.287	.00
Género X Distrito	0.32	.724	.00
Escolaridade X Distrito	0.58	.674	.00
Género X Escolaridade X Distrito	2.09	.080	.01

Jogar videojogos

Relativamente ao jogo de videojogos, foram encontradas diferenças significativas no género, $F(1,875) = 424.72$, $p < .001$, $\eta^2_p = .38$, sugerindo que os rapazes ($M = 3.00$) jogam videojogos por mais tempo do que as raparigas ($M = 1.54$). Foram também encontradas diferenças significativas quanto à escolaridade, $F(2,875) = 7.11$, $p = .001$, $\eta^2_p = .02$, sendo que os testes post hoc de Scheffe revelaram que são os do 11º ano ($M = 3.00$) que jogam videojogos por menos tempo, comparativamente com os do 9º ($M = 2.30$) e 7º anos ($M = 2.20$). De modo igual, encontraram-se diferenças significativas para o distrito, $F(2,875) = 4.52$, $p = .011$, $\eta^2_p = .01$, não se encontrando, no entanto, diferenças significativas nos testes post hoc. Duas interações foram ainda encontradas, nomeadamente entre o género e a escolaridade, $F(2,875) = 3.69$, $p = .025$, $\eta^2_p = .01$, e entre o género e o distrito, $F(4,875) = 5.19$, $p = .006$, $\eta^2_p = .01$. Relativamente à interação o género e a escolaridade, foram encontradas diferenças de género em Braga, $F(1,329) = 200.70$, $p < .001$, $\eta^2_p = .38$, Porto, $F(1,292) = 189.36$, $p < .001$, $\eta^2_p = .39$, e Bragança, $F(1,266) = 81.50$, $p < .001$, $\eta^2_p = .24$. Em todos os distritos, são os rapazes ($M_{Braga} = 3.14$, $M_{Porto} = 2.88$, $M_{Bragança} = 2.97$) que apresentam valores mais elevados (jogando mais), comparativamente com as raparigas ($M_{Braga} = 3.51$, $M_{Porto} = 1.30$, $M_{Bragança} = 1.78$). No que concerne ao ano de escolaridade, são igualmente os

rapazes, ($M_{7^{\text{ano}}}= 3.13$, $M_{9^{\text{ano}}}= 3.09$, $M_{11^{\text{ano}}}= 2.72$) que jogam mais que as raparigas ($M_{7^{\text{ano}}}= 1.68$, $M_{9^{\text{ano}}}= 1.44$, $M_{11^{\text{ano}}}= 1.47$), independentemente do ano de escolaridade.

Tabela 8: Diferenças em jogar videojogos

Jogar videojogos	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p
Género	424.72	.000	.38
Escolaridade	7.11	.001	.02
Distrito	4.52	.011	.01
Género X Escolaridade	3.69	.025	.01
Género X Distrito	5.19	.006	.01
Escolaridade X Distrito	1.67	.156	.01
Género X Escolaridade X Distrito	1.96	.098	.01

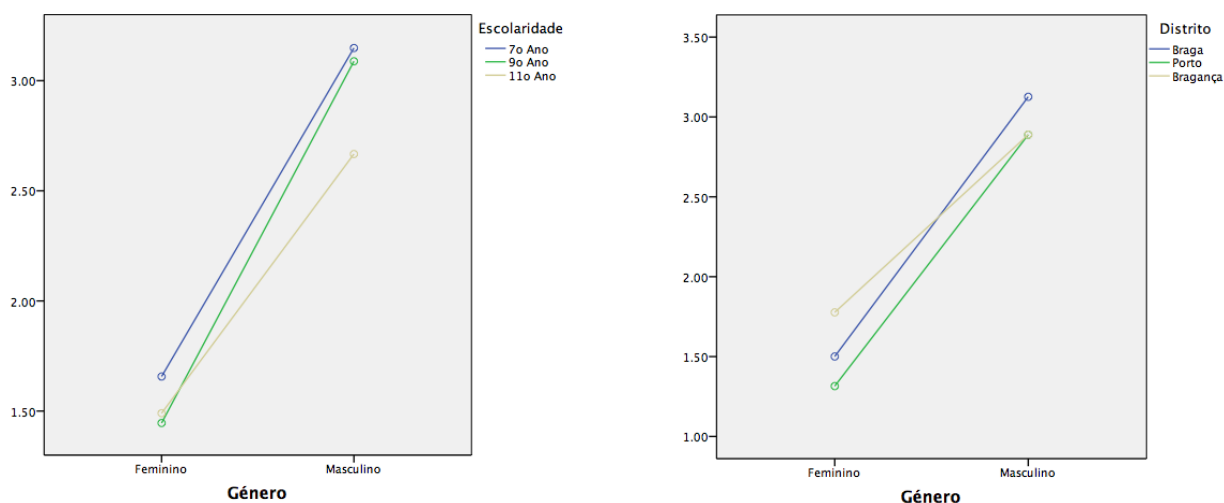


Figura 2: Diferenças em jogar *videojogos*

Ler livros (impressos ou digitais)

No que se refere à leitura de livros, foram encontradas diferenças significativas no género, $F(1,873) = 60.33$, $p < .001$, $\eta^2_p = .06$, sugerindo que as raparigas ($M = 2.33$) despendem mais tempo a ler livros do que os rapazes ($M = 1.85$). Foram também encontradas diferenças significativas no distrito, $F(2,873) = 7.96$, $p < .001$, $\eta^2_p = .02$. Testes post hoc de Scheffe revelaram que são os adolescentes de Bragança ($M = 2.30$) leem mais do que os de Braga ($M = 1.98$).

Além disso, duas interações foram encontradas, entre o género e a escolaridade, $F(2,875) = 4.01$, $p = .019$, $\eta^2_p = .01$, e entre o género e o distrito, $F(4,875) = 4.13$, $p = .016$, $\eta^2_p = .01$. Estes dados sugerem que, independentemente do nível de escolaridade – 7º ano, $F(1,329) = 4.29$, $p = .028$, $\eta^2_p = .02$, 9º ano - $F(1,295) = 34.28$, $p < .001$, $\eta^2_p = .10$, 11º ano, $F(1,275) = 22.91$, $p < .001$, $\eta^2_p = .10$, e do distrito onde residem – Braga, $F(1,328) = 21.75$, $p < .001$, $\eta^2_p = .08$, Porto, $F(1,293) = 5.23$, $p = .023$, $\eta^2_p = .02$, Bragança, $F(1,264) = 37.51$, $p < .001$, $\eta^2_p = .12$ – são as raparigas ($M_{Braga} = 2.19$, $M_{Porto} = 2.24$, $M_{Bragança} = 2.58$, $M_{7ºano} = 2.23$, $M_{9ºano} = 2.33$, $M_{11ºano} = 2.44$) que leem mais livros comparativamente com os rapazes ($M_{Braga} = 1.67$, $M_{Porto} = 1.99$, $M_{Bragança} = 1.89$, $M_{7ºano} = 1.99$, $M_{9ºano} = 1.70$, $M_{11ºano} = 1.86$).

Tabela 9: Diferenças na leitura de livros

Leitura de livros	F	p	η^2_p
Género	60.33	.000	.06
Escolaridade	1.56	.211	.00
Distrito	7.96	.000	.02
Género X Escolaridade	4.01	.019	.01
Género X Distrito	4.13	.016	.01
Escolaridade X Distrito	.48	.751	.00
Género X Escolaridade X Distrito	1.00	.405	.00

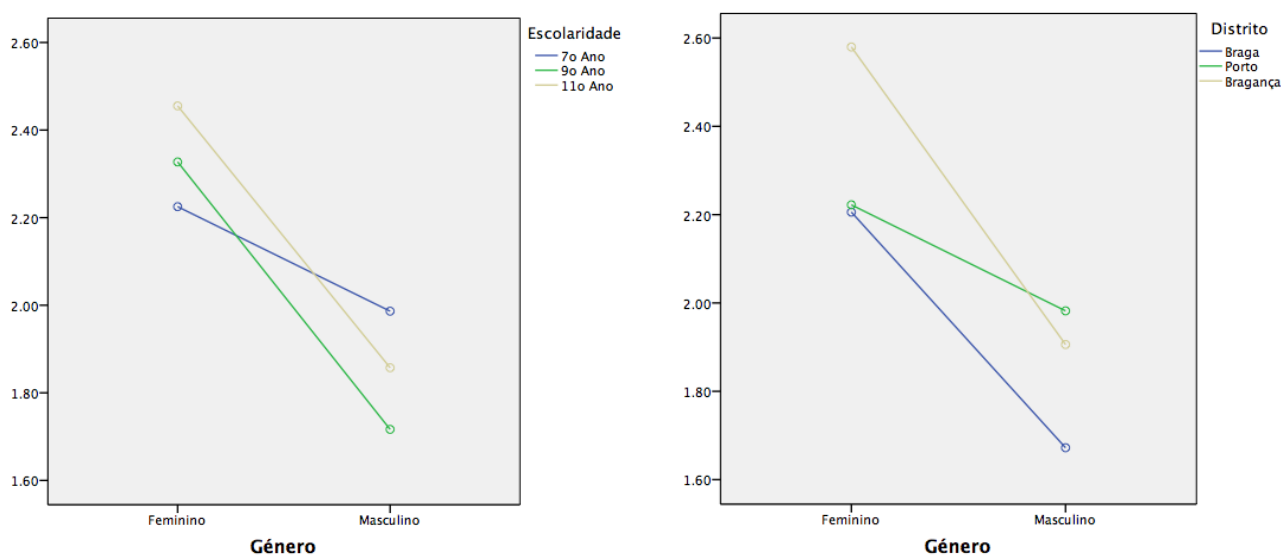


Figura 3: Diferenças na leitura de livros

Ouvir rádio (ou web rádio)

Na análise desta variável, foram encontradas diferenças significativas no que diz respeito ao género, $F(1,876) = 7.67$, $p = .006$, $\eta^2_p = .01$, sugerindo que as raparigas ($M = 1.91$) passam mais tempo a ouvir rádio, quando comparadas com os rapazes ($M = 1.76$). Foram igualmente identificadas diferenças no distrito, $F(2,876) = 3.28$, $p = .038$, $\eta^2_p = .01$. Testes post hoc revelaram que os adolescentes do Porto ($M = 1.93$) ouvem mais rádio do que os de Braga ($M = 1.76$).

Tabela 10: *Diferenças em ouvir rádio*

Ouvir rádio	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p
Género	7.67	.006	.01
Escolaridade	0.37	.688	.00
Distrito	3.28	.038	.01
Género X Escolaridade	2.34	.097	.01
Género X Distrito	1.50	.225	.00
Escolaridade X Distrito	1.10	.355	.01
Género X Escolaridade X Distrito	0.54	.703	.00

Ler jornais e revistas (impressos ou digitais)

No que se refere à leitura de jornais e revistas, foram encontradas diferenças no que concerne à escolaridade, $F(2,870) = 5.89$, $p = .003$, $\eta^2_p = .01$, tendo os testes post hoc de Scheffe revelado que os alunos do 7º ano ($M = 1.43$) passam menos tempo a ler jornais e revistas, comparativamente aos do 11º ano de escolaridade ($M = 1.59$).

Tabela 11: *Diferenças na leitura de jornais e revistas*

Uso dos jornais e revistas	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p
Género	1.29	.256	0.00
Escolaridade	5.89	.003	0.01
Distrito	2.77	.063	0.01
Género X Escolaridade	2.12	.121	0.00
Género X Distrito	2.82	.060	0.01
Escolaridade X Distrito	0.91	.459	0.00
Género X Escolaridade X Distrito	1.58	.177	0.01

8.2 Associações entre comportamentos de saúde e online e as dimensões em estudo

Tabela 12: Correlações de Pearson entre os Comportamentos de Saúde e Online e as Dimensões em Estudo

	Dieta	Tabaco	Consumo álcool	Má alimentação	Exercício físico	Envolvimento em lutas	Ser provocado	Falar desconhecidos internet	Publicar redes sociais
Literacia em Saúde	.03	-.02	.03	-.04	.15***	-.07*	-.01	-.00	.04
<i>eHealth Literacy</i>	.02	-.01	.02	-.04	.13***	.05	.01	.08*	.07*
LMS	.08	-.09*	.01	-.03	-.03	-.17***	-.04	-.05	-.01
Fontes mediáticas	.16***	.04	.10**	.09*	-.01	.02	.07*	.04	.20***
Fontes interpessoais	.13***	-.01	.02	-.03	.08*	-.01	.03	-.04	.10**
Conversas saúde	.06	-.07*	-.08*	-.01	.04	-.10**	-.03	-.11***	-.02
Conversas media	.08*	-.09*	-.06	.02	.00	-.10**	-.04	-.04	.02
Conversas total	.08*	-.09*	-.08*	.01	.03	-.11**	.05	-.08*	.01
Uso media	.16***	-.09	.24***	.16***	-.01	.13***	.01	.12***	.22***
Uso internet	.12***	.05	.20***	.16***	-.01	.15***	.10**	.17***	.23***
Idade	.10**	.26***	.48***	.16***	-.16***	-.08*	.03	.18***	.11**

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

8.3 Comportamentos de saúde

Dieta

Relativamente à dieta, foram encontradas diferenças significativas em função do sexo, sugerindo que as raparigas ($M = 2.39$) tendem a recorrer mais a dieta que os rapazes ($M = 2.00$), $F(1,878) = 21.84$, $p < .001$, $\eta^2_p = .02$ (Tabela 12).

Tabela 13: *Diferenças na dieta*

Fazer Dieta	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p
Género	21.84	.000	.02
Escolaridade	1.86	.156	.00
Distrito	.16	.849	.00
Género X Escolaridade	2.45	.085	.01
Género X Distrito	1.63	.196	.00
Escolaridade X Distrito	1.08	.362	.00
Género X Escolaridade X Distrito	.96	.430	.00

Consumo de tabaco

No que diz respeito ao consumo de tabaco, foram encontradas diferenças significativas em função da escolaridade, $F(2,879) = 16.08$, $p < .001$, $\eta^2_p = .04$, e do distrito, $F(2,879) = 5.77$, $p = .003$, $\eta^2_p = .01$. Testes post hoc de Scheffe revelaram que os alunos do 11º ano ($M = 1.50$) tendem a consumir mais tabaco que os do 9º ($M = 1.25$) e 7º ano ($M = 1.11$) de escolaridade. Relativamente ao distrito, os testes de Scheffe demonstraram que os estudantes de Bragança ($M = 1.37$) tendem a consumir mais que os de Braga ($M = 1.19$).

Ainda foi encontrado um efeito de interação género x distrito, $F(2,879) = 5.29$, $p = .005$, $\eta^2_p = .01$ (ver Gráfico X). Análises subsequentes demonstraram que, relativamente aos estudantes de Bragança, são os do rapazes ($M = 1.53$) que consomem mais tabaco $F(1,268) = 5.57$, $p = .011$, $\eta^2_p = .02$, comparativamente com as raparigas ($M = 1.25$). No entanto, não se encontraram diferenças para Braga e Porto.

Tabela 14: *Diferenças no consumo de tabaco*

Consumo de tabaco	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p
Género	0.27	.603	.00
Escolaridade	16.08	.000	.04
Distrito	5.77	.003	.01
Género X Escolaridade	1.42	.242	.00
Género X Distrito	5.29	.005	.01
Escolaridade X Distrito	.32	.868	.00
Género X Escolaridade X Distrito	.10	.982	.00

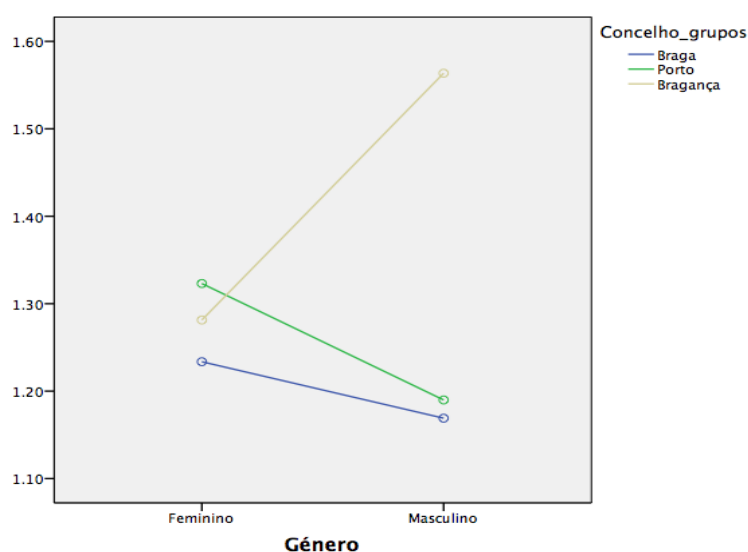


Figura 4: *Diferenças no consumo de tabaco*

Beber álcool

Relativamente ao consumo de álcool, foram encontradas diferenças significativas em função da escolaridade, $F(2,873) = 99.86$, $p < .001$, $\eta^2_p = .19$, e do distrito, $F(2,873) = 18.82$, $p < .001$, $\eta^2_p = .04$. Testes post hoc de Scheffe revelaram que os alunos do 11º ano ($M = 2.07$) tendem a consumir mais tabaco que os do 9º ($M = 1.49$) e 7º ano ($M = 1.17$) de escolaridade. Quanto ao distrito, os testes de Scheffe demonstraram que os estudantes de Braga ($M = 1.38$) tendem a beber menos álcool que os do Porto ($M = 1.60$) e de Bragança ($M = 1.72$). Foi também observada uma interação entre género e distrito, $F(4,873) = 6.60$, $p < .001$, $\eta^2_p = .01$, sendo que em Bragança, são os do rapazes ($M = 1.94$) que bebem mais álcool $F(1,265) = 9.06$, $p = .003$, $\eta^2_p = .03$, comparativamente com as raparigas ($M = 1.58$). Contudo, não se encontraram diferenças para Braga e Porto.

Tabela 15: *Diferenças no consumo de álcool*

Consumo de álcool	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p
Género	2.39	.122	.00
Escolaridade	99.86	.000	.19
Distrito	18.82	.000	.04
Género X Escolaridade	2.67	.070	.01
Género X Distrito	6.60	.001	.01
Escolaridade X Distrito	.50	.736	.00
Género X Escolaridade X Distrito	.86	.490	.00

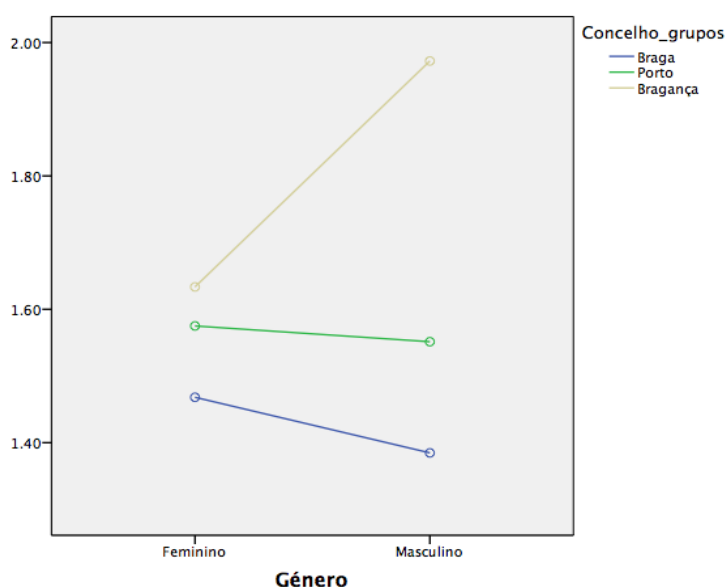


Figura 5: *Diferenças no consumo de álcool*

Alimentação pouco saudável

Na análise dos comportamentos alimentares pouco saudáveis, foram encontradas diferenças significativas na escolaridade, $F(1,878) = 21.84$, $p < .001$, $\eta^2_p = .02$, sugerindo que os alunos do 11º ano ($M = 2.68$) tendem a ter uma alimentação menos saudável que do 9º ($M = 2.46$) e 7º ($M = 2.27$) anos (Tabela 15).

Tabela 16: *Diferenças na alimentação pouco saudável*

Alimentação pouco saudável	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p
Género	1.41	.235	.00
Escolaridade	15,04	.000	.03
Distrito	.00	.999	.00
Género X Escolaridade	2.49	.084	.01
Género X Distrito	1.33	.265	.00
Escolaridade X Distrito	1.04	.388	.00
Género X Escolaridade X Distrito	1.06	.378	.00

Exercício físico

Relativamente ao exercício físico, foram encontradas diferenças significativas na no género, $F(1,877) = 21.84, p < .001, \eta^2_p = .02$, escolaridade, $F(2,877) = 21.84, p < .001, \eta^2_p = .02$. Estes dados sugerem que os rapazes ($M = 2.95$) que fazem mais exercício físico que as raparigas ($M = 2.43$). Testes post hoc de Scheffe indicaram que os sugerindo que os alunos do 11º ano ($M = 3.33$) tendem a fazer menos exercício físico que os do 9º ($M = 3.68$) e 7º ($M = 3.90$) anos (Tabela 16).

Tabela 17: *Diferenças na prática de exercício físico*

Exercício físico	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p
Género	42.57	.000	.05
Escolaridade	15.26	.000	.03
Distrito	1.62	.199	.00
Género X Escolaridade	.79	.454	.00
Género X Distrito	2.08	.126	.00
Escolaridade X Distrito	.47	.755	.00
Género X Escolaridade X Distrito	.26	.904	.00

Envolvimento em comportamento agressivo

No que diz respeito ao envolvimento em lutas, a ANOVA revelou diferenças significativas no género, $F(1,879) = 84.86, p < .001, \eta^2_p = .09$, e na escolaridade, $F(1,879) = 18.21, p < .001, \eta^2_p = .04$. Neste caso, os rapazes ($M = 1.60$) tendem a envolver-se mais em lutas que as raparigas ($M = 1.19$). Relativamente escolaridade, os testes de Scheffe revelaram que os alunos do 11º ano ($M = 1.20$) tendem a envolver-se menos em lutas que os do 9º ($M = 1.42$) e 7º ($M = 1.47$) anos (Tabela 17).

Além disso, foi também encontrada uma interação entre género e escolaridade, $F(2,879) = 6.96, p < .001, \eta^2_p = .02$. Análises subsequentes indicam que, considerando os alunos do 7º anos, são os rapazes ($M = 1.80$) que tendem a envolver-se mais em lutas que as raparigas ($M = 1.22$), $F(1,317) = 26.69, p < .001, \eta^2_p = .14$. A mesma tendência foi igualmente verificada para o 9º ano, $F(1,302) = 26.30, p < .001, \eta^2_p = .08$ ($M_{rapazes} = 1.63, M_{raparigas} = 1.24$) e para o 11º ano, $F(1,274) = 14.06, p < .001, \eta^2_p = .05$ ($M_{rapazes} = 1.31, M_{raparigas} = 1.11$).

Tabela 18: *Diferenças no envolvimento em lutas*

Envolvimento em lutas	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p
Género	84.86	.000	.09
Escolaridade	18.21	.000	.04
Distrito	2.49	.083	.01
Género X Escolaridade	6.96	.001	.02
Género X Distrito	1.76	.172	.00
Escolaridade X Distrito	1.08	.365	.00
Género X Escolaridade X Distrito	.57	.688	.00

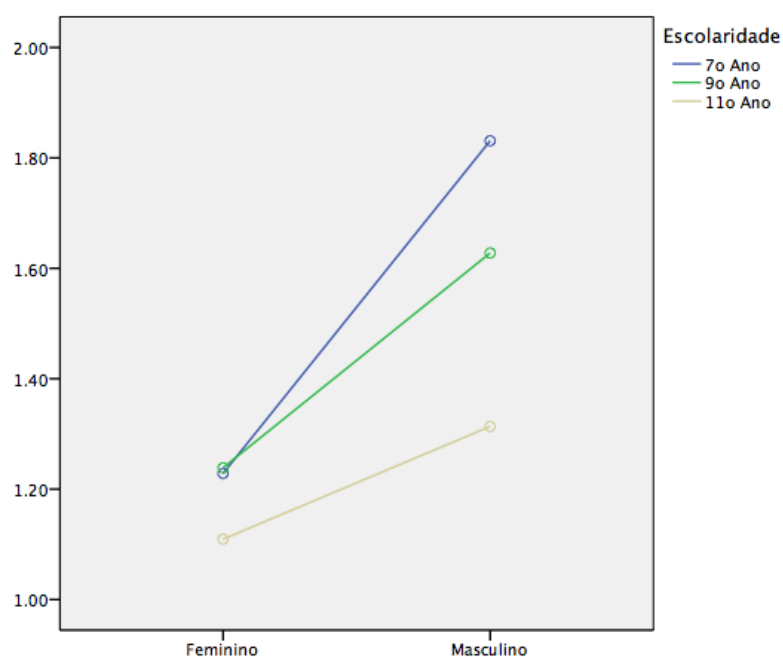


Figura 6: *Diferenças no envolvimento em lutas*

8.4 Diferenças dos comportamentos online

Falar com desconhecidos na internet

O comportamento de falar com desconhecidos na internet difere em função do género, $F(1,870) = 8.31$, $p = .004$, $\eta^2_p = .01$, escolaridade, $F(2,870) = 12.53$, $p < .001$, $\eta^2_p = .03$, e distrito, $F(2,870) = 3.85$, $p = .022$, $\eta^2_p = .01$. Mais especificamente, relativamente ao género, são os rapazes ($M = 1.46$) que tendem a falar mais frequentemente com desconhecidos através da internet, quando comparados com as raparigas ($M = 1.31$). Relativamente ao distrito, os testes de Scheffe revelaram que os adolescentes do Porto ($M = 1.47$) parecem falar mais com desconhecidos do que os de Braga ($M = 1.29$). Por fim, no caso da escolaridade, os testes de

Scheffe sugerem que os alunos do 7º ano ($M = 1.18$) tendem a falar menos com desconhecidos do que os do 9º ($M = 1.42$) e 11º ($M = 1.56$) anos (Tabela 18).

Adicionalmente, foram também encontradas interações entre género e distrito, $F(2,870) = 5.27$, $p = .005$, $\eta^2_p = .01$, escolaridade e distrito, $F(4,870) = 5.68$, $p < .001$, $\eta^2_p = .03$, e género, escolaridade e distrito, $F(4,870) = 2.64$, $p = .033$, $\eta^2_p = .01$. Com efeito, optou-se por analisar subsequentemente a interação que envolve estas variáveis. Deste modo, foi realizada uma análise dividindo os participantes por género, e sucessivamente, por distrito. Assim, considerando os adolescentes de Braga do sexo feminino, foram encontradas diferenças significativas na variável escolaridade, $F(2,188) = 5.54$, $p = .005$, $\eta^2_p = .07$, em que os testes post hoc de Scheffe revelaram que as alunas do 7º ano ($M = 1.12$) tendem falar menos com desconhecidos do que as do 9º ano ($M = 1.47$). Relativamente ao sexo masculino, foram igualmente encontradas diferenças significativas, $F(2,132) = 3.27$, $p = .041$, $\eta^2_p = .05$, sendo que os teste post hoc de Scheffe demonstraram igualmente que os rapazes do 7º ano ($M = 1.06$) tendem falar menos com desconhecidos comparativamente aos do 9º ano ($M = 1.41$).

Relativamente ao Porto, foram encontradas diferenças significativas no que concerne a escolaridade para o sexo feminino, $F(2,149) = 4.19$, $p < .001$, $\eta^2_p = .05$ e masculino, $F(2,141) = 13.28$, $p = .017$, $\eta^2_p = .16$. No caso dos raparigas, são as do 11º ano ($M = 1.57$) que tendem a falar mais com desconhecidos comparativamente às do 7º ano ($M = 1.14$). Para o caso dos rapazes, os testes de Scheffe indicaram que os do 11º ano ($M = 2.06$) falam mais com desconhecidos pela Internet que os do 9º ano ($M = 1.54$) e do 7º ano ($M = 1.12$).

Finalmente, considerando o distrito de Bragança, apenas foram encontradas diferenças significativas na escolaridade considerando as raparigas, $F(2,157) = 3.20$, $p = .043$, $\eta^2_p = .04$, sendo que os testes post hoc não revelaram, contudo, diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 19: *Diferenças em falar com desconhecidos na internet*

Falar com desconhecidos na internet	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p
Género	8.38	.004	.01
Escolaridade	12.53	.000	.03
Distrito	3.85	.022	.01
Género X Escolaridade	.13	.881	.00
Género X Distrito	5.27	.005	.01
Escolaridade X Distrito	5.68	.000	.03
Género X Escolaridade X Distrito	2.64	.033	.01

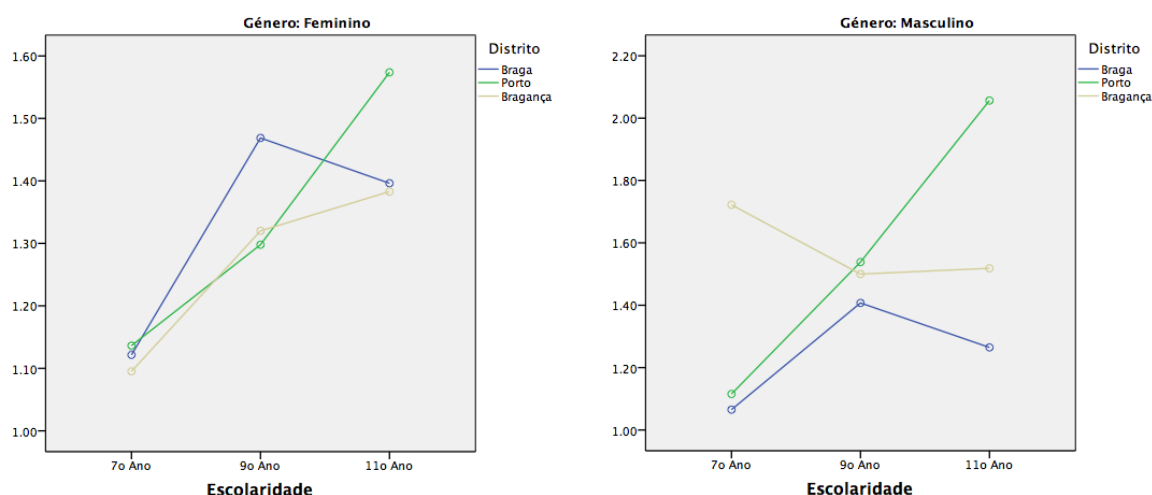


Figura 7: Diferenças em falar com desconhecidos da internet

Publicar conteúdo privado nas redes sociais

No que se refere às publicações nas redes sociais, foram encontradas interações significativas entre género e distrito, $F(2,874) = 6.51$, $p = .002$, $\eta^2_p = .02$, e escolaridade e distrito, $F(4,874) = 3.24$, $p = .012$, $\eta^2_p = .02$. Relativamente à interação género X distrito, testes subsequentes revelaram diferenças significativas de género apenas para o Porto, $F(1,292) = 13.33$, $p < .001$, $\eta^2_p = .04$, indicando que são as raparigas ($M = 2.01$) que tendem a publicar mais nas redes sociais comparativamente aos rapazes ($M = 1.57$). No que refere à interação escolaridade X distrito, os testes subsequentes sugerem igualmente apenas diferenças significativas de género para o Porto, $F(2,281) = 5.91$, $p = .003$, $\eta^2_p = .04$, tendo os testes post hoc de Scheffe apontado que são os do 11º ($M = 2.02$) que tendem a publicar mais nas redes sociais comparativamente aos do 7º ano ($M = 1.53$).

Tabela 20: Diferenças na publicação nas redes sociais

Publicar nas redes sociais	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p
Género	3.08	.080	.00
Escolaridade	1.14	.319	.00
Distrito	1.67	.189	.00
Género X Escolaridade	2.32	.099	.01
Género X Distrito	6.51	.002	.02
Escolaridade X Distrito	3.24	.012	.02
Género X Escolaridade X Distrito	.99	.413	.01

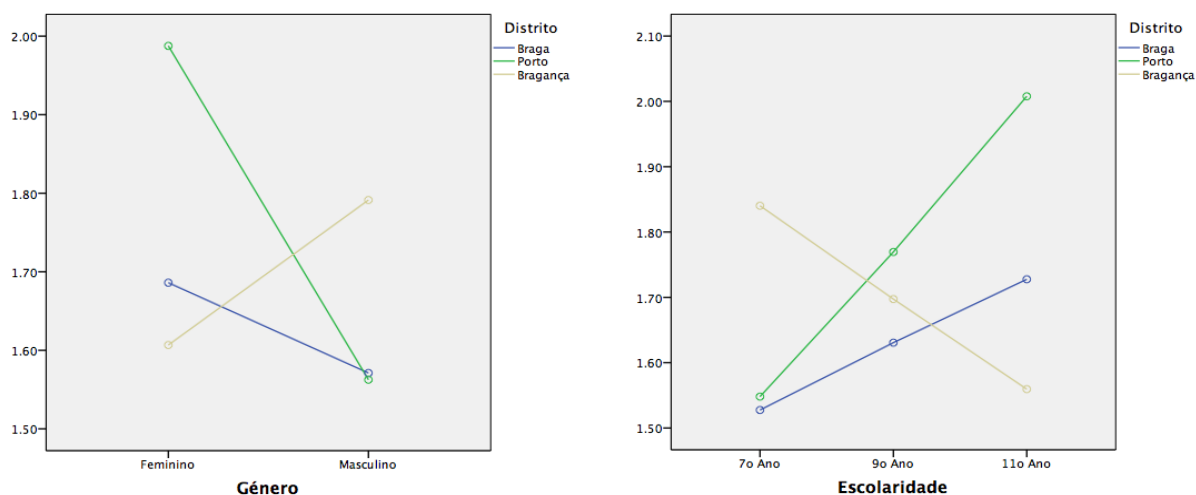


Figura 8: Diferenças na publicação nas redes sociais

Provocação, ofensa ou ameaça através de meios eletrónicos

Relativamente ao facto de ser vítima de provocação, as análises revelaram diferenças significativas para a variável escolaridade, $F(2,872) = 3.02$, $p = .049$, $\eta_p^2 = .07$, sendo que testes post hoc de Scheffe indicaram os alunos do 7º ano ($M = 1.20$) tendem ser menos provocados, ofendidos ou ameaçados do que os do 9º ano ($M = 1.32$) (Tabela 20).

Tabela 21: Diferenças na provocação

Ser provocado	<i>F</i>	<i>p</i>	η_p^2
Gênero	1.89	.170	.02
Escolaridade	3.02	.049	.07
Distrito	1.89	.154	.04
Gênero X Escolaridade	.70	.498	.02
Gênero X Distrito	2.25	.106	.05
Escolaridade X Distrito	2.37	.051	.11
Gênero X Escolaridade X Distrito	1.57	.179	.07

8.5 Diferenças na obtenção de informação de saúde

Pais

Relativamente à frequência de obtenção de informação através dos pais, foram encontradas diferenças significativas em função do género, $F(1,877) = 3.86$, $p = .050$, $\eta^2_p = .00$, sugerindo que as raparigas ($M = 3.97$) tendem a obter informação de saúde através dos pais, mais frequentemente do que os rapazes ($M = 3.83$). Também foi encontrada uma interação escolaridade e o distrito, $F(4,877) = 2.43$, $p = .046$, $\eta^2_p = .00$, (Figura 4) embora os testes subsequentes não tivessem revelado diferenças significativas (Tabela 22).

Tabela 22: *Análise das diferenças na obtenção de informação através dos pais*

Frequência - pais	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p
Género	3.86	.050	.00
Escolaridade	1.16	.314	.00
Distrito	0.22	.802	.00
Género X Escolaridade	.70	.498	.00
Género X Distrito	2.13	.120	.00
Escolaridade X Distrito	2.43	.046	.01
Género X Escolaridade X Distrito	.28	.894	.00

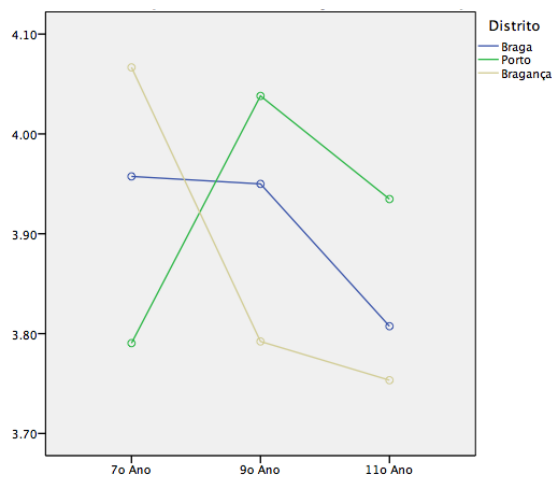


Figura 9: *Diferenças para a obtenção de informação dos pais*

Irmãos

No que se refere à frequência de obtenção de informação através dos irmão, foram encontradas diferenças significativas em função do género, $F(1,696) = 7.97$, $p = .005$, $\eta^2_p = .01$, sugerindo que as raparigas ($M = 2.58$) tendem a obter mais informação através dos irmãos do que os rapazes ($M = 2.30$). Foram também observadas diferenças significativas relativamente ao distrito, $F(1,696) = 5.92$, $p = .003$, $\eta^2_p = .01$, sendo que os testes post hoc de Scheffe revelaram que os adolescentes de Bragança ($M = 2.71$) tendem a obter mais informação dos irmãos, comparativamente aos de Braga ($M = 2.29$) (Tabela 23).

Tabela 23: *Análise das diferenças na obtenção de informação através dos irmãos*

Frequência dos irmãos	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p
Género	7.97	.005	.01
Escolaridade	1.52	.220	.00
Distrito	5.92	.003	.02
Género X Escolaridade	2.61	.074	.01
Género X Distrito	.36	.695	.01
Escolaridade X Distrito	1.26	.284	.01
Género X Escolaridade X Distrito	1.19	.312	.01

Amigos

No que diz respeito à frequência de obtenção de informação através dos amigos, foram encontradas diferenças significativas em função da género, $F(1,860) = 48.73$, $p < .001$, $\eta^2_p = .05$, sugerindo que as raparigas ($M = 2.70$) tendem a obter mais informação através dos amigos comparativamente com os rapazes ($M = 2.28$). Foram igualmente encontradas diferenças em função da escolaridade, $F(2,860) = 34.94$, $p < .001$, $\eta^2_p = .08$. Testes post hoc de Scheffe revelaram que os alunos do 11º ano ($M = 2.77$) tendem obter mais informação através dos amigos do que os do 9º ($M = 2.59$) e 7º anos ($M = 2.22$) de escolaridade.

Foi igualmente encontrado um efeito de interação entre o género, a escolaridade e o distrito, $F(4,860) = 2.56$, $p = .037$, $\eta^2_p = .01$ (ver Figura 5). Análises subsequentes demonstraram diferenças significativas na escolaridade, considerando os adolescentes do sexo feminino de Braga $F(2,185) = 11.45$, $p < .001$, $\eta^2_p = .11$, sendo que os testes de Scheffe indicaram que os alunos do 7º ano ($M = 2.21$) obtém menos informação por menos dos seus amigos, do que os do 9º ano ($M = 2.65$) e do 11º anos ($M = 2.90$) de escolaridade . Os

participantes do sexo feminino do Porto também demonstraram diferenças na escolaridade, $F(2,148) = 10.19$, $p < .001$, $\eta^2_p = .12$, demonstrando um padrão semelhante aos de braga, indicando que as alunas do alunos do 7º ano ($M = 2.20$) recorrem menos aos amigos que as do 9º ano ($M = 2.94$) e do 11º ano ($M = 2.93$). Relativamente aos adolescentes do sexo feminino de Bragança, não foram encontradas diferenças significativas.

Considerando os adolescentes do sexo masculino, obtiveram-se diferenças significativas na escolaridade em Braga, $F(2,133) = 7.35$, $p = .001$, $\eta^2_p = .10$, (sendo que os do 11º ano, $M = 2.69$, obtém mais informação de amigos do que os do 7º ano, $M = 1.93$), e igualmente em Bragança, $F(2,101) = 8.17$, $p = .001$, $\eta^2_p = .14$, sugerindo que os de 7º ano ($M = 1.79$) obtém menos informação por meio dos pares, comparando com os do 9º ano ($M = 2.33$) e do 11º ano ($M = 2.73$). No entanto, não foram encontradas diferenças significativas relativamente à escolaridade nos adolescentes do sexo masculino do Porto.

Tabela 24: Análise das diferenças na obtenção de informação através dos amigos

Frequência dos amigos	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p
Género	48.73	.000	.05
Escolaridade	34.94	.000	.08
Distrito	1.64	.195	.00
Género X Escolaridade	.49	.611	.00
Género X Distrito	1.84	.159	.00
Escolaridade X Distrito	1.28	.275	.01
Género X Escolaridade X Distrito	2.56	.037	.01

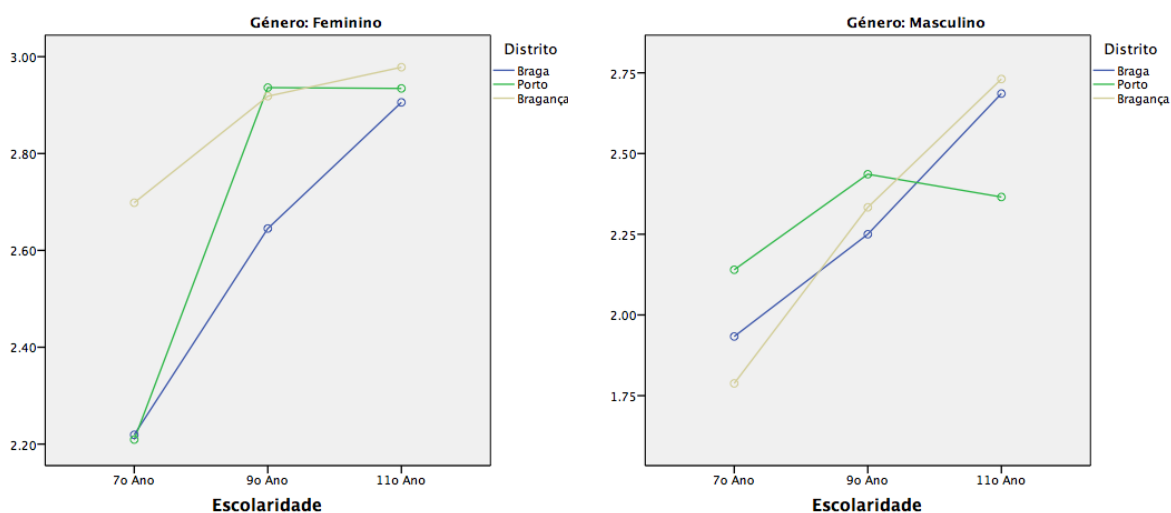


Figura 10: Diferenças na obtenção de informação através dos amigos

Foram igualmente encontradas diferenças em função da escolaridade, $F(2,870) = 9.32$, $p < .001$, $\eta^2_p = .01$. Testes post hoc de Scheffe revelaram que os alunos do 9º ano ($M = 3.17$) tendem obter mais informação através dos professores do que os do 7º ($M = 2.87$) e 11º anos ($M = 2.79$) de escolaridade. Por fim, foram igualmente observadas diferenças significativas em função do distrito, $F(2,870) = 3.22$, $p = .045$, $\eta^2_p = .01$, sendo que os testes post hoc de Scheffe sugerem que os alunos do Porto ($M = 2.80$) obtém menos informação através dos professores, comparando com os jovens de Braga ($M = 3.02$) e de Bragança ($M = 3.02$).

Tabela 25: *Análise das diferenças na obtenção de informação através dos professores*

Professores	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p
Género	8.31	.004	.01
Escolaridade	9.32	.000	.01
Distrito	3.11	.045	.01
Género X Escolaridade	1.57	.208	.00
Género X Distrito	1.70	.184	.00
Escolaridade X Distrito	.83	.505	.00
Género X Escolaridade X Distrito	.64	.632	.00

Profissionais de saúde

A análise das diferenças na frequência de obtenção de informação de saúde através de profissionais de saúde não revelou diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 26: *Análise das diferenças na obtenção de informação através dos profissionais de saúde*

Profissionais de saúde	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p
Género	2.70	.100	.00
Escolaridade	1.29	.276	.00
Distrito	1.45	.236	.00
Género X Escolaridade	.32	.724	.00
Género X Distrito	1.15	.317	.00
Escolaridade X Distrito	.63	.640	.00
Género X Escolaridade X Distrito	.75	.561	.00

Televisão

Considerando a televisão, foram encontradas diferenças significativa no que diz respeito ao género, $F(1,866) = 31.68$, $p < .001$, $\eta^2_p = .04$, sugerindo que as raparigas ($M = 3.06$) tendem a obter mais informação de saúde através da TV que os rapazes ($M = 2.71$).

Tabela 27: *Análise das diferenças na obtenção de informação através da televisão*

Frequência TV	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p
Género	31.68	.000	.04
Escolaridade	.13	.878	.00
Distrito	2.39	.092	.01
Género X Escolaridade	1.52	.219	.00
Género X Distrito	.82	.439	.00
Escolaridade X Distrito	1.47	.211	.01
Género X Escolaridade X Distrito	1.16	.329	.01

Campanhas de promoção de saúde

Relativamente à frequência de obtenção de informação através das campanhas, foram encontradas diferenças significativas considerando o género, $F(1,870) = 12.86$, $p < .001$, $\eta^2_p = .01$, sugerindo que as raparigas ($M = 3.02$) tendem a obter mais informação através destas, comparativamente aos rapazes ($M = 2.76$). As diferenças em função do distrito revelaram, igualmente, valores significativos, $F(2,870) = 5.42$, $p = .005$, $\eta^2_p = .01$. Os testes post hoc de Scheffe revelaram que os alunos de Bragança ($M = 3.08$) tendem a obter mais informação através das campanhas que os de Braga ($M = 2.74$).

Além disso, foi possível observar igualmente uma interação entre género, escolaridade e distrito, $F(4,870) = 2.71$, $p = .029$, $\eta^2_p = .01$ (ver Figura 18). No entanto, análises subsequentes não revelaram diferenças significativas entre os subgrupos.

Tabela 28: *Análise das diferenças na obtenção de informação através das campanhas de saúde*

Frequência Campanhas	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p
Género	12.86	.000	.01
Escolaridade	.11	.900	.00
Distrito	5.42	.005	.01
Género X Escolaridade	.30	.741	.00
Género X Distrito	2.62	.073	.01
Escolaridade X Distrito	.85	.494	.00
Género X Escolaridade X Distrito	2.71	.029	.01

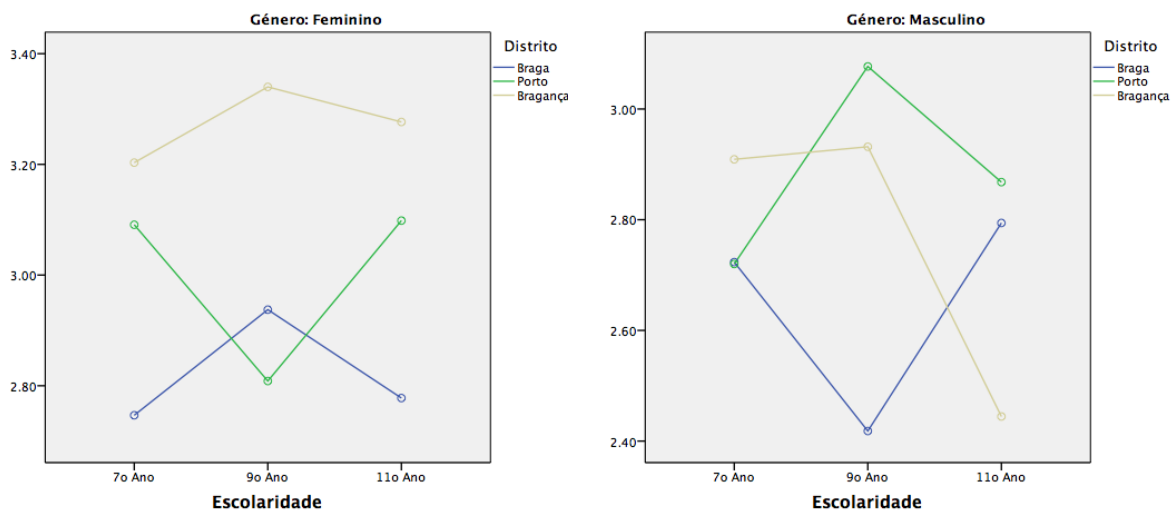


Figura 11: Diferenças na obtenção de informação através de campanhas

(Percepção de) Ausência de fontes de informação

As análises relativas à percepção de ausência de fontes de informação revelaram diferenças significativas para a escolaridade, $F(2,783) = 8.22$, $p < .001$, $\eta^2_p = .02$, sendo que os testes de Scheffe indicaram que os alunos do 7º ano ($M = 1.44$) são os que mais frequentemente sentem que não têm fontes de informação sobre saúde, comparativamente aos do 9º ano ($M = 1.29$) e 11º anos ($M = 1.20$). Foram igualmente encontradas diferenças no distrito, $F(2,783) = 5.18$, $p = .006$, $\eta^2_p = .01$, indicando que os alunos de Bragança ($M = 1.23$) consideram mais frequentemente que não têm fontes de informação a que recorrer, comparando com os jovens do Porto ($M = 1.42$).

Por fim, foi também observada uma interação entre género, escolaridade e distrito, $F(4,783) = 2.67$, $p = .031$, $\eta^2_p = .00$ (ver Gráfico 9). Análises posteriores demonstraram diferenças significativas em função da escolaridade para os adolescentes do sexo feminino do Porto, $F(2,135) = 1.60$, $p = .009$, $\eta^2_p = .07$ revelando que os do 7º ano ($M = 1.39$) sentem mais que não têm fontes de informação que os do 9º ano ($M = 1.00$). Não foram encontradas diferenças significativas nos restantes subgrupos.

Tabela 29: Análise das diferenças da crença da inexistência de fontes de informação

Frequência sem fontes	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p
Género	2.96	.086	.00
Escolaridade	8.22	.000	.02
Distrito	5.18	.006	.01
Género X Escolaridade	.57	.567	.00
Género X Distrito	.39	.677	.00
Escolaridade X Distrito	.74	.564	.00
Género X Escolaridade X Distrito	2.67	.031	.00

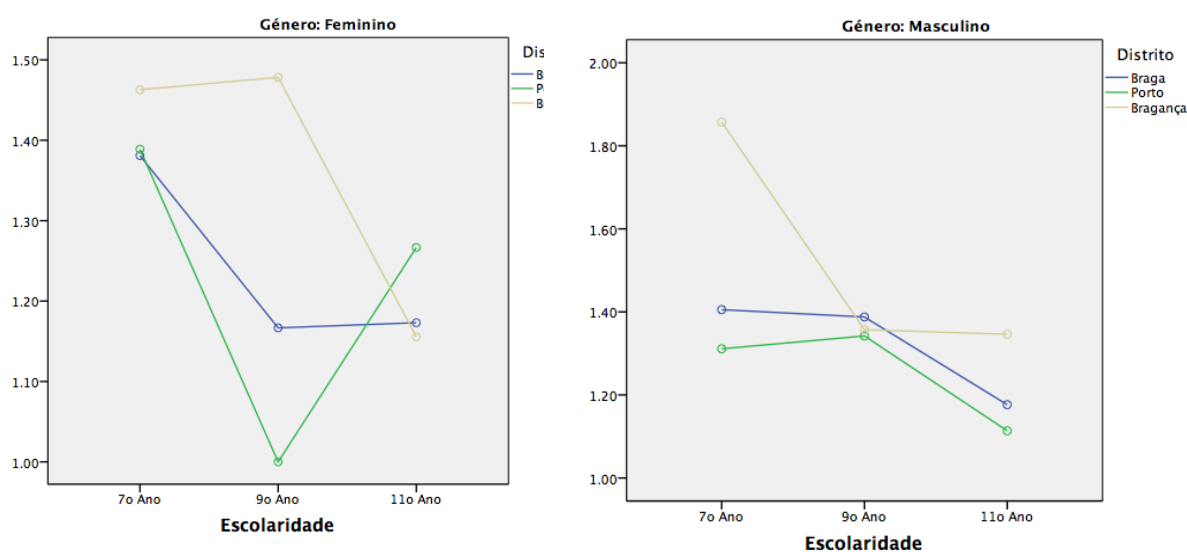


Figura 12: Diferenças na percepção de ausência de fontes de informação

Programas de informação

Relativamente aos programas de informação, foram encontradas diferenças significativas para a variável género, $F(1,857) = 11.87$, $p = .001$, $\eta^2_p = .01$, sendo que as raparigas ($M = 3.07$) tendem a obter mais informação através de programas de informação, quando comparadas com os rapazes ($M = 2.85$)

Além disso, foi igualmente encontrada uma interação entre distrito e escolaridade, $F(4,857) = 3.56$, $p = .007$, $\eta^2_p = .01$, sendo que as análises seguintes revelaram apenas diferenças significativas na escolaridade considerando o distrito de Braga, $F(2,322) = 6.91$, $p = .001$, $\eta^2_p = .04$ (ver Figura 8), sendo que os testes post hoc de Scheffe indicam que os alunos 7º ano ($M = 2.63$) obtêm menos informação através de programas de informação do

que os do 9º ano ($M = 3.09$) e 11º anos ($M = 3.04$) de escolaridade. Nos restantes grupos não foram encontradas diferenças significativas.

Tabela 30: Análise das diferenças na obtenção de informação através de programas de informação

Frequência Programas de Informação	F	p	η^2_p
Género	11.87	.001	.01
Escolaridade	1.64	.194	.00
Distrito	1.55	.212	.00
Género X Escolaridade	.96	.383	.00
Género X Distrito	.25	.780	.00
Escolaridade X Distrito	3.56	.007	.02
Género X Escolaridade X Distrito	.57	.687	.00

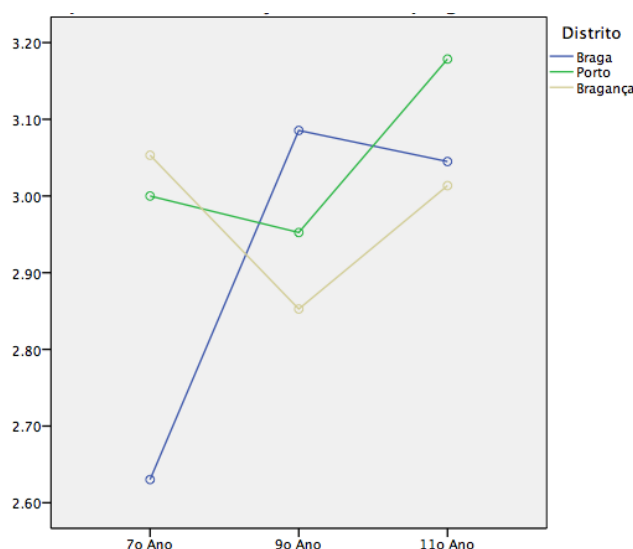


Figura 13: Diferenças na obtenção de informação por meio de programas de informação

Séries e outros programas de entretenimento

No que diz respeito às séries, foram encontradas diferenças significativas para o género, $F(1,871) = 69.40$, $p < .001$, $\eta^2_p = .07$, sendo que as raparigas ($M = 2.79$) tendem a obter mais informação através de séries comparativamente com os rapazes ($M = 2.17$). As diferenças em função da escolaridade também foram significativas, $F(2,871) = 7.67$, $p < .001$, $\eta^2_p = .02$. Testes post hoc de Scheffé sugerem que os alunos 7º ano ($M = 2.17$) obtêm menos informação através das séries comparativamente com os do 9º ano ($M = 2.32$) e 11º anos ($M = 2.67$) de escolaridade.

Foi igualmente observada uma interação entre género e distrito, $F(2,871) = 3.37$, $p = .035$, $\eta^2_p = .01$. Análises subsequentes demonstraram diferenças de género para Braga, $F(1,327) = 9.56$, $p = .002$, $\eta^2_p = .03$, Porto, $F(1,291) = 22.13$, $p < .001$, $\eta^2_p = .07$, e Bragança, $F(1,265) = 39.75$, $p < .001$, $\eta^2_p = .13$, revelando, em todos os distritos, que os adolescentes do sexo feminino ($M_{Braga} = 2.62$, $M_{Porto} = 2.85$, $M_{Bragança} = 2.92$) obtêm mais informação através das séries do que os do sexo masculino ($M_{Braga} = 2.22$, $M_{Porto} = 2.23$, $M_{Bragança} = 2.02$)

Tabela 31: *Análise das diferenças na obtenção de informação através de séries*

Frequência Séries	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p
Género	69.40	.000	.07
Escolaridade	7.67	.000	.02
Distrito	.51	.599	.00
Género X Escolaridade	1.43	.239	.00
Género X Distrito	3.37	.035	.01
Escolaridade X Distrito	1.20	.311	.01
Género X Escolaridade X Distrito	.57	.688	.00

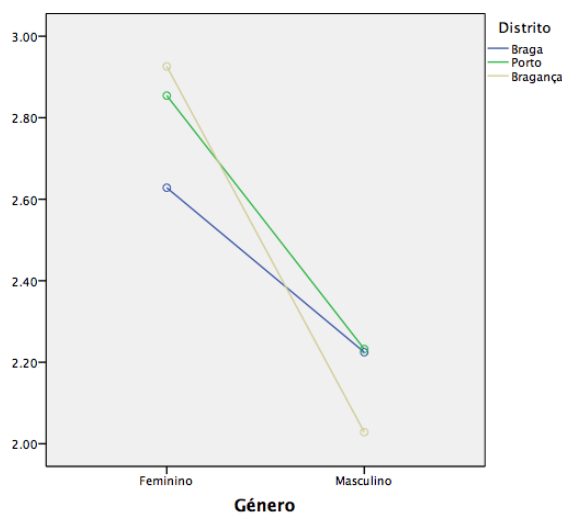


Figura 14: *Diferenças na obtenção de informação por meio de séries*

Linhas de Apoio

Tendo em consideração as linhas de apoio, foram encontradas diferenças significativas em função da escolaridade, $F(2,868) = 4.61$, $p = .010$, $\eta^2_p = .01$. Testes post hoc

de Scheffe sugerem que os alunos 7º ano ($M = 1.55$) obtêm informação mais frequentemente através das linhas de apoio, comparativamente com os do 11º ano ($M = 1.37$).

Foi igualmente encontrada uma interação entre escolaridade e distrito, $F(4,868) = 2.44$, $p = .045$, $\eta^2_p = .01$. As análises de *follow up* apontam diferenças no distrito de Bragança relativamente à escolaridade, $F(2,264) = 5.63$, $p = .004$, $\eta^2_p = .04$, sugerindo que os alunos do 7º ano ($M = 1.73$) tendem a obter mais informação através das linhas de apoio, comparativamente com os do 11º ano ($M = 1.30$). Não foram encontradas diferenças do que diz respeito à escolaridade nos distritos de Braga e Porto.

Tabela 32: Análise das diferenças na obtenção de informação através de linhas de apoio

Frequência linhas de apoio	F	p	η^2_p
Género	.04	.848	.00
Escolaridade	4.61	.010	.01
Distrito	1.43	.240	.00
Género X Escolaridade	1.10	.332	.00
Género X Distrito	.72	.486	.00
Escolaridade X Distrito	2.44	.045	.01
Género X Escolaridade X Distrito	.80	.528	.00

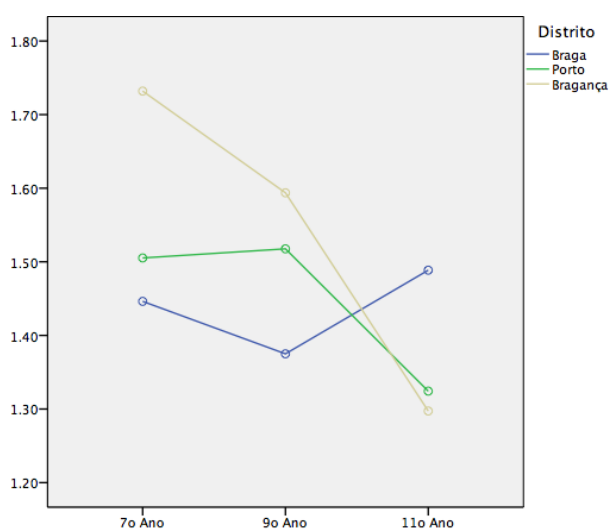


Figura 15: Diferenças na obtenção de informação por meio de programas de linhas de apoio

Publicidade

Relativamente á frequência da obtenção de informação através da publicidade, foram encontradas diferenças significativas ao nível do género, $F(1,869) = 21.62$, $p < .001$, $\eta^2 = .02$, indicando que as raparigas ($M = 2.54$) tendem a obter mais informação através da publicidade, comparativamente aos rapazes ($M = 2.26$).

Tabela 33: *Análise das diferenças na obtenção de informação através de publicidade*

Frequência Publicidade	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Género	21.62	.000	.02
Escolaridade	.42	.657	.00
Distrito	7.45	.001	.02
Género X Escolaridade	.57	.568	.00
Género X Distrito	2.54	.079	.01
Escolaridade X Distrito	1.56	.183	.01
Género X Escolaridade X Distrito	.52	.719	.00

Jornais e revistas (impressos ou digitais)

No que se refere à obtenção de informação através dos jornais e revistas, foram encontradas diferenças significativas ao nível do género, $F(1,868) = 19.00$, $p < .001$, $\eta^2 = .02$, indicando que as raparigas ($M = 2.39$) tendem a obter mais informação através de programas de informação, quando comparadas aos rapazes ($M = 2.10$). Foram também observadas diferenças no que diz respeito à escolaridade, $F(2,868) = 4.44$, $p = .012$, $\eta^2 = .01$, em que os testes post hoc de Scheffe sugerem que os adolescentes do 11º ano ($M = 2.43$) tendem a obter mais informação através de jornais e revistas, comparativamente aos do 9º ($M = 2.16$) e 7º anos ($M = 2.22$) de escolaridade.

Tabela 34: *Análise das diferenças na obtenção de informação através de jornais e revistas*

Frequência jornais e revistas	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p
Género	19.00	.000	.02
Escolaridade	4.44	.012	.01
Distrito	2.42	.090	.01
Género X Escolaridade	.54	.585	.00
Género X Distrito	1.00	.367	.00
Escolaridade X Distrito	.78	.537	.00
Género X Escolaridade X Distrito	.59	.671	.00

Folhetos e panfletos

Relativamente à obtenção de informação através de folhetos e panfletos, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas do que diz respeito ao género, $F(1,869) = 31.63$, $p < .001$, $\eta^2_p = .04$, revelando que as raparigas ($M = 2.47$) tendem a obter mais frequentemente informação através de folhetos e panfletos, quando comparadas com os rapazes ($M = 2.07$). Além disso, foram igualmente observadas diferenças no que concerne a escolaridade, $F(2,869) = 6.53$, $p = .002$, $\eta^2_p = .01$, sendo que os testes post hoc de Scheffe indicaram que os estudantes do 11º ano ($M = 2.51$) tendem a obter mais informação através de folhetos e panfletos do que os do 9º ($M = 2.21$) e 7º anos ($M = 2.20$) de escolaridade. O distrito revelou, igualmente, diferenças na informação por folhetos e panfletos, $F(2,869) = 10.43$, $p < .001$, $\eta^2_p = .02$, indicando através dos testes post hoc de Scheffe que os habitantes de Braga ($M = 2.10$) tendem a obter menos informação por folhetos e panfletos, quando comparados com os jovens do Porto ($M = 2.32$) e de Bragança ($M = 2.51$).

Tabela 35: *Análise das diferenças na obtenção de informação através de folhetos e panfletos*

Frequência de folhetos e panfletos	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p
Género	31.63	.000	.04
Escolaridade	6.53	.002	.01
Distrito	10.43	.000	.02
Género X Escolaridade	.67	.510	.00
Género X Distrito	1.51	.222	.00
Escolaridade X Distrito	.67	.616	.00
Género X Escolaridade X Distrito	1.38	.238	.01

Internet

Tendo em consideração a internet como fonte de informação, foram encontradas diferenças em função do género, $F(1,876) = 31.07$, $p < .001$, $\eta^2_p = .03$, revelando que as raparigas ($M = 3.35$) tendem a obter mais (frequentemente) informação através da internet, do que os rapazes ($M = 2.95$). Esta análise revelou ainda diferenças na escolaridade, $F(2,876) = 20.79$, $p < .001$, $\eta^2_p = .05$, em que os testes de Scheffe vieram indicar o uso da internet aumenta com o nível de escolaridade, sugerindo que os adolescentes do 11º ano ($M = 3.47$) usam mais frequentemente a Internet para obter informação de saúde que os do 9º ($M = 3.20$) e, por sua vez, estes usam mais que os do 7º ano ($M = 2.89$).

Tabela 36: *Análise das diferenças na obtenção de informação através da internet*

Frequência internet	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p
Género	31.07	.000	.03
Escolaridade	20.79	.000	.05
Distrito	.48	.619	.00
Género X Escolaridade	.54	.581	.00
Género X Distrito	.33	.718	.00
Escolaridade X Distrito	.12	.975	.00
Género X Escolaridade X Distrito	.22	.926	.00

Redes sociais

A análise das redes sociais como fonte de informação indicou diferenças significativas no género, $F(1,866) = 22.78$, $p < .001$, $\eta^2_p = .03$, revelando que as raparigas ($M = 2.66$) tendem a obter mais informação através das redes sociais, do que os rapazes ($M = 2.30$). Esta análise revelou ainda diferenças quanto à escolaridade, $F(2,866) = 3.23$, $p = .040$, $\eta^2_p = .01$, tendo os testes de Scheffe revelado que os adolescentes do 11º ano ($M = 2.64$) obtêm mais informação através das redes sociais para obter informação de saúde, quando comparados com os do 7º ($M = 2.37$).

Tabela 37: *Análise das diferenças na obtenção de informação através das redes sociais*

Frequência redes sociais	F	p	η^2_p
Género	22.78	.000	.03
Escolaridade	3.23	.040	.01
Distrito	.91	.402	.00
Género X Escolaridade	.41	.664	.00
Género X Distrito	.90	.407	.00
Escolaridade X Distrito	1.18	.319	.01
Género X Escolaridade X Distrito	.37	.833	.00

Sites especializados de informação médica

No que diz respeito aos sites especializados para obtenção de informação de saúde, foram encontradas diferenças significativas no que concerne o género, $F(1,864) = 10.97$, $p = .001$, $\eta^2_p = .01$, sugerindo que as raparigas ($M = 2.87$) tendem a obter mais informação através destes sites, comparativamente aos rapazes ($M = 2.55$).

Tabela 38: *Análise das diferenças na obtenção de informação através de sites especializados*

Frequência sites especializados	F	p	η^2_p
Género	10.97	.001	.01
Escolaridade	1.34	.261	.00
Distrito	2.98	.051	.01
Género X Escolaridade	.07	.935	.00
Género X Distrito	2.60	.075	.01
Escolaridade X Distrito	1.38	.239	.01
Género X Escolaridade X Distrito	1.00	.406	.00

Programas de rádio

Relativamente aos programas de rádio como fonte de informação de saúde, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito ao género, $F(1,864) = 9.05$, $p = .003$, $\eta^2_p = .01$, sugerindo que as raparigas ($M = 1.97$) tendem a obter mais informação através das dos programas de rádio, comparativamente aos rapazes ($M = 1.77$).

Tabela 39: Análise das diferenças na obtenção de informação através de programas de rádio

Frequência programas de rádio	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p
Género	9.05	.003	.01
Escolaridade	1.16	.313	.00
Distrito	2.88	.056	.01
Género X Escolaridade	.14	.866	.00
Género X Distrito	2.11	.122	.00
Escolaridade X Distrito	.98	.415	.00
Género X Escolaridade X Distrito	1.13	.339	.01

Filmes e cinema

No que diz respeito aos filmes e cinema para obtenção de informação de saúde, foram encontradas diferenças estatisticamente em função do género, $F(1,870) = 21.85$, $p < .001$, $\eta^2_p = .02$, o que indica que as raparigas ($M = 2.39$) tendem a obter mais informação através dos filmes e cinema que os rapazes ($M = 2.11$). Foi igualmente encontrada uma interação entre género e escolaridade, $F(2,870) = 8.40$, $p < .001$, $\eta^2_p = .02$. Análises subsequentes demonstraram que diferenças de género no 9º ano, $F(1,300) = 7.87$, $p = .005$, $\eta^2_p = .03$, e no 11º ano, $F(1,272) = 29.23$, $p < .001$, $\eta^2_p = .10$, sugerindo que os rapazes ($M_{9^\circ \text{ ano}} = 2.16$, $M_{11^\circ \text{ ano}} = 2.01$) tendem a usar menos os filmes e o cinema como fonte de informação, do que as raparigas ($M_{9^\circ \text{ ano}} = 2.48$, $M_{11^\circ \text{ ano}} = 2.61$) para estes dois anos letivos.

Tabela 40: Análise das diferenças na obtenção de informação através de programas de filmes e cinema

Frequência filmes e cinema	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p
Género	21.85	.000	.02
Escolaridade	2.83	.059	.01
Distrito	2.76	.064	.01
Género X Escolaridade	8.40	.000	.02
Género X Distrito	1.86	.156	.00
Escolaridade X Distrito	1.35	.250	.01
Género X Escolaridade X Distrito	.91	.460	.00

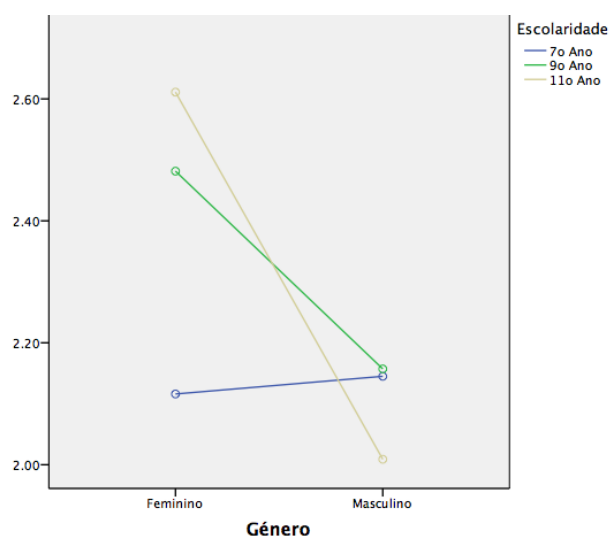


Figura 16: Diferenças na obtenção de informação por meio de filmes e cinema

Música

Na análise da música como fonte de informação de saúde, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para a variável género, $F(1,871) = 18.37$, $p < .001$, $\eta^2_p = .02$, o que indica que as raparigas ($M = 1.93$) tendem a obter informação mais frequentemente, através da música, do que os rapazes ($M = 1.65$). Também se encontraram diferenças significativas em função do distrito, $F(1,871) = 5.70$, $p = .003$, $\eta^2_p = .01$, indicando que os adolescentes de Bragança ($M = 2.02$) tendem a usar mais a música como fonte de informação, comparativamente com os de Braga ($M = 1.74$) e Porto ($M = 1.70$). Além disso, foram encontradas duas interações significativas, entre o género e o distrito, $F(2,871) = 3.50$, $p = .031$, $\eta^2_p = .01$, e entre o distrito e a escolaridade, $F(2,871) = 3.56$, $p = .007$, $\eta^2_p = .02$. Relativamente à interação género e distrito, análises subsequentes demonstraram diferenças significativas em função do género para Braga, $F(1,328) = 5.84$, $p = .016$, $\eta^2_p = .02$, e Bragança, $F(1,264) = 14.48$, $p < .001$, $\eta^2_p = .05$. Para ambos os distritos, são as raparigas ($M_{Braga} = 1.59$, $M_{Bragança} = 2.22$) que mais recorrem à música como fonte de informação de saúde, comparativamente aos dos rapazes ($M_{Braga} = 2.02$, $M_{Bragança} = 1.72$). No que se refere à interação distrito X escolaridade, verificaram-se diferenças significativas ao nível da escolaridade em Braga, $F(2,228) = 5.11$, $p = .007$, $\eta^2_p = .03$, e em Bragança, $F(2,263) = 3.18$, $p = .043$, $\eta^2_p = .02$. Testes post hoc de Scheffe indicaram que os apenas os de Braga diferem na obtenção de informação através da música, sugerindo que os 9º ano ($M = 1.94$) recorrem mais à música que os do 7º ano ($M = 1.56$).

Tabela 41: Análise das diferenças na obtenção de informação através da música

Frequência música	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p
Género	18.3	.000	.02
Escolaridade	.95	.389	.00
Distrito	5.70	.003	.01
Género X Escolaridade	1.37	.255	.00
Género X Distrito	3.50	.031	.01
Escolaridade X Distrito	3.56	.007	.02
Género X Escolaridade X Distrito	1.82	.123	.01

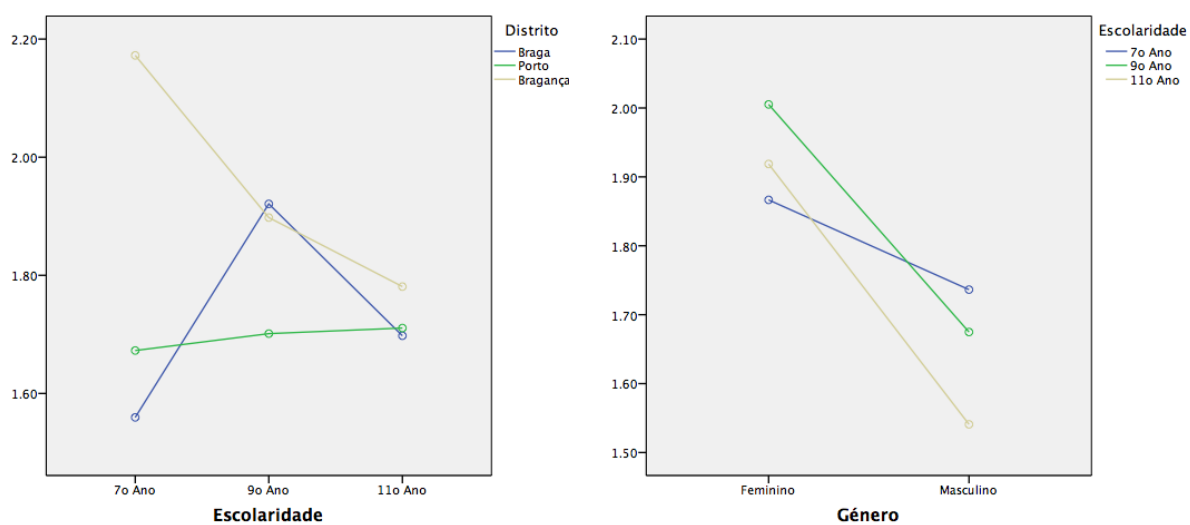


Figura 17: Diferenças na obtenção de informação por meio da música

8.6 Associações entre medidas de literacia e dimensões em estudo

Tabela 45: Correlações de Pearson para as variáveis em estudo

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Literacia em Saúde	1	.56***	.13**	.09*	.17***	.09*	.17***	.15***	.03	.07*	.12***
2. eHealth Literacy		1	.04	.10**	.03	.00	.02	.01	.10**	.14***	.06
3. LMS			1	.17***	.19***	.10*	.10*	.12**	.02	-.04	.17***
4. Fontes mediáticas				1	.50***	.30***	.26***	.32***	.21***	.15***	.07
5. Fontes interpessoais					1	.36***	.46***	.48***	.08*	.03	.05
6. Conversas media						1	.53***	.86***	.02	-.02	-.02
7. Conversas saúde							1	.89***	.07	.04	-.05
8. Conversas total								1	.06	.02	-.04
9. Uso media									1	.86***	.20***
10. Uso internet										1	.16***
11. Idade											1

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

8.7 Diferenças na comunicação com os pais

Comunicação com os pais sobre Saúde e comportamentos de risco

A análise das conversas com os pais sobre saúde revelou diferenças significativas em função do género, $F(1,865) = 16.44$, $p < .001$, $\eta^2_p = .02$, sugerindo que as raparigas ($M = 3.65$) tendem a conversar mais com os seus pais sobre saúde comparativamente aos rapazes ($M = 3.34$).

Tabela 43: *Análise das diferenças da comunicação com os pais sobre saúde*

Conversas sobre saúde	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p
Género	16.44	.000	.02
Escolaridade	.31	.733	.00
Distrito	2.64	.072	.01
Género X Escolaridade	.39	.674	.00
Género X Distrito	.25	.777	.00
Escolaridade X Distrito	.17	.954	.00
Género X Escolaridade X Distrito	2.30	.057	.01

Comunicação com os pais sobre Media (Internet e televisão)

No que diz respeito às conversas sobre o que fazem nos media com os pais, $F(1,877) = 24.41$, $p < .001$, $\eta^2_p = .03$, revelando que as raparigas ($M = 2.96$) tendem a conversar mais com os seus pais sobre o que fazem nos media que os rapazes ($M = 2.64$). Foram igualmente observadas diferenças significativas em função do distrito, $F(2,877) = 3.00$, $p = .050$, $\eta^2_p = .01$, tendo os testes post hoc de Scheffe revelado que os de Braga ($M = 2.74$) conversam menos sobre o que fazem nos media comparativamente aos de Bragança ($M = 2.95$).

Tabela 44: *Análise das diferenças da comunicação com os pais sobre Media*

Conversas sobre media	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p
Género	24.41	.000	.03
Escolaridade	.19	.825	.00
Distrito	3.00	.050	.01
Género X Escolaridade	.55	.575	.00
Género X Distrito	.56	.570	.00
Escolaridade X Distrito	2.00	.092	.01
Género X Escolaridade X Distrito	.58	.679	.00

Comunicação com os pais (saúde e media)

Relativamente ao total de conversas com os pais, foram encontradas diferenças significativas no género, $F(1,862) = 27.21$, $p < .001$, $\eta^2_p = .03$, revelando que as raparigas ($M = 3.30$) tendem a conversar mais com os seus pais, quando comparadas com os rapazes ($M = 2.98$). Fora ainda encontradas diferenças significativas para a variável distrito, $F(1,862) = 2.94$, $p = .053$, $\eta^2_p = .01$, sendo que os testes post hoc de Scheffe revelaram que os jovens de Bragança ($M = 3.30$) falam mais com os pais, comparativamente aos do Porto ($M = 3.09$) e Braga ($M = 3.11$).

Tabela 45: *Análise das diferenças no total da comunicação com os pais (saúde e media)*

Conversas total	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p
Género	27.21	.000	.03
Escolaridade	.29	.748	.00
Distrito	2.94	.053	.01
Género X Escolaridade	.29	.745	.00
Género X Distrito	.56	.570	.00
Escolaridade X Distrito	.21	.936	.00
Género X Escolaridade X Distrito	1.53	.192	.01

8.8 Diferenças na Literacia em saúde

Tendo em consideração a Literacia em Saúde, foram encontradas diferenças significativas em função a escolaridade, $F(2,852) = 7.02$, $p = .001$, $\eta^2_p = .02$, sendo que os testes post hoc de Scheffé revelaram que os adolescentes do 7º ano ($M = 26.52$) tendem a apresentar menores níveis de Literacia em Saúde comparativamente aos do 9º ($M = 27.47$) e 11º anos ($M = 27.69$) (Tabela 45) de escolaridade.

Tabela 46: *Análise das diferenças na Escala de Literacia em Saúde*

Literacia em Saúde	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p
Género	1.26	.262	.00
Escolaridade	7.02	.001	.02
Distrito	1.26	.284	.00
Género X Escolaridade	.82	.441	.00
Género X Distrito	.52	.595	.00
Escolaridade X Distrito	1.24	.291	.01
Género X Escolaridade X Distrito	.73	.575	.00

8.9 Diferenças na *eHealth Literacy*

No que diz respeito à *eHealth Literacy*, não foram encontradas diferenças significativas.

Tabela 47: *Análise das diferenças na Escala de eHealth Literacy*

<i>eHealth Literacy</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p
Género	2.52	.113	.00
Escolaridade	2.86	.058	.01
Distrito	0.49	.612	.00
Género X Escolaridade	0.69	.500	.00
Género X Distrito	0.05	.953	.00
Escolaridade X Distrito	1.02	.394	.00
Género X Escolaridade X Distrito	0.35	.843	.00

8.10 Diferenças na Literacia Mediática em Saúde

Relativamente à Literacia Mediática em Saúde (LMS), foram encontradas diferenças significativas em função do género, $F(1,638) = 30.98$, $p < .001$, $\eta^2_p = .05$, sugerindo que as raparigas ($M = 4.93$) tendem ter níveis mais elevados de Literacia Mediática em Saúde comparativamente com os rapazes ($M = 4.31$). Também foram encontradas diferenças significativas na escolaridade, $F(2,638) = 13.03$, $p < .001$, $\eta^2_p = .04$. Testes post hoc de Scheffé revelaram que os estudantes do 7º ano ($M = 4.24$) têm níveis mais baixos de Literacia Mediática em Saúde (LMS) comparativamente com os do 9º ano ($M = 4.89$) e os do 11º ano ($M = 4.87$) de escolaridade (Tabela 48).

Tabela 48: *Análise das diferenças na Literacia Mediática em Saúde (LMS)*

Literacia Mediática em Saúde (LMS)	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p
Género	30.98	<.001	.05
Escolaridade	13.03	<.001	.04
Distrito	1.10	.332	.00
Género X Escolaridade	1.67	.190	.01
Género X Distrito	.27	.763	.00
Escolaridade X Distrito	.04	.997	.00
Género X Escolaridade X Distrito	.36	.841	.00