



**Pedro João Soares
Gaspar**

**Educação para a Saúde e estudantes: as fontes e o
impacto da informação**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Comunicação e Educação em Ciência, realizada sob a orientação científica da Prof^a Doutora Anabela Maria Sousa Pereira (Orientadora) do Departamento de Ciências da Educação da Universidade de Aveiro e da Prof^a Doutora Maria dos Anjos Dixe (Co-orientadora), da Escola Superior de Saúde de Leiria.

Dedico este trabalho à minha Aninhas, que é uma luz...

o júri

presidente

Prof. Dr. Amadeu Mortágua Velho da Maia Soares
professor Catedrático da Universidade de Aveiro

Prof^a. Dr^a. Maria Margarida Nunes Gaspar de Matos
professora Associada com Agregação da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade
Técnica de Lisboa

Prof^a. Dr^a. Anabela Maria de Sousa Pereira
professora Auxiliar da Universidade de Aveiro (Orientadora)

Prof. Dr. Jorge Manuel Trigo de Almeida Simões
professor Associado Convidado da Universidade de Aveiro

Prof^a Dr^a. Maria dos Anjos Dixe
professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde de Leiria (Co-orientadora)

agradecimentos

Em primeiro lugar agradeço à Professora Doutora Anabela Maria Sousa Pereira e à Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe, que me orientaram neste trabalho. O facto de me terem colocado questões orientadoras e deixado explorar as diversas soluções para depois, mostrando grande disponibilidade e saber, as avaliarmos em conjunto, permitiu-me desenvolver a confiança e segurança necessárias para a realização deste trabalho.

A todos os alunos que participaram neste estudo, órgãos de gestão e professores das escolas secundárias Francisco Rodrigues Lobo, Domingues Sequeira, Afonso Lopes Vieira, da Escola Profissional de Leiria, Colégio Dr. Luís Pereira da Costa, Instituto Superior de Línguas e Administração de Leiria, Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Leiria, Escola Superior de Educação de Leiria e Escola Superior de Saúde de Leiria.

Aos colegas da Escola Superior de Saúde de Leiria, pelo apoio e incentivo. Reservo os agradecimentos finais para a minha família e amigos que compreenderam e aceitaram as ausências sem nunca deixarem de me apoiar.

palavras-chave

Educação para a saúde, informação de saúde, fontes, impacto auto-percebido, práticas e comportamentos, estudantes

resumo

Capacitar os indivíduos para identificarem os seus problemas e necessidades, utilizarem adequadamente os seus recursos, e promoverem uma vida saudável, implica esforços conjuntos dos vários agentes da promoção da saúde. A forma como os jovens acedem à informação de saúde, e o impacto que esta tem nas suas práticas e comportamentos constitui uma questão de interesse fulcral neste grupo, onde não se verificou diminuição na mortalidade e morbidade nos últimos anos.

O objectivo deste estudo quantitativo, correlacional, transversal, foi averiguar as fontes de informação de saúde, o impacto auto-percebido da informação de saúde e a sua relação com alguns comportamentos (rodoviários, sexuais, alimentares, actividade física, sono, álcool, tabaco, drogas) em 1166 jovens de ambos os sexos, dos ensinos secundário e superior que responderam a um questionário construído para o efeito.

A análise dos resultados revelou que: a) os estudantes auto-percebem de forma positiva o impacto da informação de saúde; b) os pares, a informação audiovisual e a família são as fontes de informação de saúde mais reconhecidas pelos estudantes, e a escola e a comunidade em sentido lato são as menos reconhecidas; c) quanto mais positivo é o impacto da informação de saúde auto-percebido pelos estudantes, maior é o reconhecimento das fontes de informação de saúde; d) o reconhecimento das fontes de informação de saúde correlaciona-se positivamente, e de forma estatisticamente significativa, com práticas e comportamentos sexuais, alimentares, rodoviários, de actividade física e de fumo de substâncias mais salutogénicas; e) a auto-percepção do impacto da informação de saúde correlaciona-se de forma positiva e estatisticamente significativa com todas as práticas e comportamentos determinantes de saúde estudados, à excepção do fumo de substâncias; f) existem diferenças em função do sexo, escalão etário, local de residência, nível de ensino e frequência de actividades relacionadas com a saúde na escola, no reconhecimento das fontes de informação de saúde, na auto-percepção do impacto dessa informação e nas práticas e comportamentos.

Os resultados realçam a importância de serem tomadas em consideração estas diferenças na escolha das melhores estratégias para a divulgação da informação, incrementação de níveis mais elevados de literacia em saúde e criação de grupos de trabalho motivantes e efectivos nos desígnios da promoção da saúde.

keywords

Health education, health information, sources, self-perceived impact, practices and behaviours, students.

abstract

In order for individuals to identify their problems and needs, to use their resources adequately and to promote a healthy lifestyle, collaboration between several aspects of health promotion is required. The way in which young people have access to health information and the impact of this information on their practices and behaviours constitutes a crucial aspect in this population as no reduction of mortality and morbidity was registered in the previous years. The aim of this quantitative, correlational and transversal study was to find out the sources of health information, the self-perceived impact of health information and the relation with some behaviours (road safety behavior, sexual, eating habits, physical activity, sleep habits, alcohol, smoking and taking drugs) in 1166 young people, both male and female, of secondary and higher education, who answered a questionnaire to those effects.

The analysis of the results revealed that: a) students perceived the impact of health information in a positive way; b) pairs, audiovisual information and family were the most accepted sources of health information, while the school and community were the least accepted sources; c) the more positively the students perceived the impact of health information, the greater was their acceptance of the source of the health information; d) the acceptance of health information was positively related in a statistically significant way with sexual practices, eating habits, road safety behavior, physical activity and smoking of substances in that the practices and behaviours were more healthy; e) the self-perceived impact of health information was positively related and statistically significant for all the health practices and behaviours which were studied except for substance smoking; f) there were differences related to gender, age, place of residence, qualification and frequency of activities related to health at school, in the acceptance of the impact of health information and in the practices and behaviours.

The results highlight the importance of taking into consideration these differences when choosing the best strategies for spreading information, setting up the highest levels of health education and organizing interesting and effective work groups where health promotion is concerned.

ÍNDICE

Lista de figuras e quadros	x
Introdução	xiv

I Parte - REVISÃO DA LITERATURA

Capítulo I	
A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	19
1. A EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE SAÚDE	19
2. A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E A PROMOÇÃO DA SAÚDE	23
3. OS OBJECTIVOS DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	30
4. AS PRÁTICAS E COMPORTAMENTOS COMO DETERMINANTES DE SAÚDE	31
4.1. Os comportamentos de saúde	34
5. A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA MUDAR PRÁTICAS E COMPORTAMENTOS	35
6. AS FONTES E OS CENÁRIOS DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	36
6.1. A Escola como cenário privilegiado da Educação para a Saúde	37
6.2. As Escolas Promotoras de Saúde (EPS)	39
6.3. A Rede Nacional das Escolas Promotoras de Saúde (RNEPS)	40
6.4. A Família	42
6.5. Os Meios de Comunicação de massas	43
6.6. Os Serviços Sociais e de Saúde	45
6.7. Outras Fontes e Cenários de Educação para a Saúde	45
7. EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E CIDADANIA	46
7.1. A literacia científica, a literacia em saúde e a cidadania	47
7.2. A perspectiva Ciência, Tecnologia e Sociedade na Educação para a Saúde	49
Capítulo II	
A SAÚDE DOS ADOLESCENTES E JOVENS	52
1. A ADOLESCÊNCIA E A JUVENTUDE	52
2. AS PRÁTICAS E COMPORTAMENTOS DOS ADOLESCENTES E JOVENS	55
2.1. Comportamento sexual	58
2.2. Comportamento Rodoviário	67
2.3. A alimentação	71
2.4. Hábitos de sono	76
2.5. Actividade física	80
2.6. Consumo de álcool	86
2.7. Hábitos tabágicos	91
2.8. Outras drogas	96

II Parte - CONTRIBUIÇÃO EMPIRICA

Capítulo III

METODOLOGIA GERAL	104
1. OBJECTIVOS, QUESTÕES E HIPÓTESES	104
2. AMOSTRA: SUA CONSTITUIÇÃO	105
3. CONTEXTO E PROCEDIMENTOS DE COLECCÃO DOS DADOS	106
4. VARIÁVEIS	108
4.1. Variáveis sócio-demográficas.....	108
4.2. Auto-percepção do Impacto da Informação de Saúde.....	110
4.3. Reconhecimento de Fontes de Informação de Saúde.....	111
4.4. Práticas e Comportamentos Determinantes de Saúde.....	111
5. CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DAS ESCALAS	112
5.1. Características psicométricas da EAPIIS.....	114
5.2. Características psicométricas da ERFIS.....	117
5.3. Características psicométricas da EPCDS.....	122
6. ANÁLISE DOS DADOS	130
6.1. Análise estatística dos resultados.....	130

Capítulo IV

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO	132
1. CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA	133
1.1. Sexo e Idade.....	133
1.2. Nível de ensino.....	133
1.3. Local de residência.....	133
1.4. Pessoas com quem vive.....	135
1.5. Cursos que frequentam.....	136
1.6. Actividades relacionadas com a saúde, que frequentam ou frequentaram na escola.....	136
1.7. Profissão dos pais.....	137
1.8. Ocupação dos pais.....	138
2. A AUTO-PERCEPÇÃO DO IMPACTO DA INFORMAÇÃO DE SAÚDE	139
2.1. A Auto-percepção do Impacto da Informação de Saúde em função do sexo.....	141
2.2. A Auto-percepção do Impacto da Informação de Saúde em função do escalão etário.....	141
2.3. A Auto-percepção do Impacto da Informação de Saúde em função do local de residência.....	142
2.4. A Auto-percepção do Impacto da Informação de Saúde em função do nível de ensino.....	143
2.5. A Auto-percepção do Impacto da Informação de Saúde em função da frequência ou não, na escola, de actividades relacionadas com a saúde.....	143
3. O RECONHECIMENTO DAS FONTES DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE	145
3.1. O reconhecimento das fontes de Informação de Saúde em função do sexo.....	147

3.2.	O reconhecimento das fontes de Informação de Saúde em função do escalão etário.	148
3.3.	O reconhecimento das fontes de Informação de Saúde em função do local de residência	149
3.4.	O reconhecimento das fontes de Informação de Saúde em função do nível de ensino.....	150
3.5.	O reconhecimento das fontes de Informação de Saúde em função da frequência ou não, na escola, de actividades relacionadas com a saúde.....	151
4.	AS PRÁTICAS E COMPORTAMENTOS DETERMINANTES DE SAÚDE.....	152
4.1.	As Práticas e Comportamentos Determinantes de Saúde, em função do sexo.....	159
4.2.	As Práticas e Comportamentos Determinantes de Saúde, em função do escalão etário	168
4.3.	As Práticas e Comportamentos Determinantes de Saúde, em função do local de residência	176
4.4.	As Práticas e Comportamentos Determinantes de Saúde, em função do nível de ensino.....	185
4.5.	As Práticas e Comportamentos Determinantes de Saúde, em função em função da frequência na escola de actividades relacionadas com a saúde.....	192
4.6.	As correlações entre as diferentes sub-escalas de práticas e comportamentos determinantes de saúde.....	200
5.	A RELAÇÃO ENTRE A INFORMAÇÃO DE SAÚDE E AS PRÁTICAS E COMPORTAMENTOS DETERMINANTES DE SAÚDE.....	203
5.1.	A relação entre a Auto-percepção do Impacto da Informação de Saúde e as Fontes de Informação de saúde mais reconhecidas.....	203
5.2.	A relação entre as fontes de informação mais reconhecidas e as práticas e comportamentos determinantes de saúde.....	204
5.3.	A relação entre a Auto-percepção do Impacto da Informação de Saúde e as práticas e comportamentos determinantes de saúde.....	206
6.	CONCLUSÃO GERAL	209
	Referencias bibliograficas.....	216
	Webgrafia.....	229
	Apêndices.....	232

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1 -	Número de elementos da amostra por escalão etário, nível de ensino e local de residência, em função do sexo	134
Figura 2 -	Representação gráfica das médias dos factores da ERFIS.....	146
Figura 3 -	Representação gráfica das médias das sub-escalas da Escala de Práticas e Comportamentos determinantes de saúde (EPCDS)	154
Quadro 1 -	Distribuição da amostra por sexos	105
Quadro 2 -	Média, mediana, moda, desvios padrões, mínimos e máximos da idade, em função do sexo e para a globalidade da amostra.....	106
Quadro 3 -	Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da EAPIIS	115
Quadro 4 -	Análise factorial da EAPIIS pelo método de condensação em componentes principais. Solução após rotação varimax (N=1166)	115
Quadro 5 -	Resumo dos resultados da análise em componentes principais da EAPIIS	116
Quadro 6 -	Matriz de correlações de <i>Pearson</i> entre os quatro factores e o total da EAPIIS	117
Quadro 7 -	Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da ERFIS	118
Quadro 8 -	Análise factorial da ERFIS pelo método de condensação em componentes principais. Solução após rotação varimax (N=1166)	119
Quadro 9 -	Resumo dos resultados da Análise em Componentes Principais da ERFIS	121
Quadro 10 -	Matriz de correlações de <i>Pearson</i> entre os sete factores e o total da ERFIS	121
Quadro 11 -	Média, desvio padrão e limites, por item, assim como as correlações e a consistência interna (Alfa de Cronbach) da PCSEX (N=693)	123
Quadro 12 -	Média, desvio padrão e limites, por item, assim como as correlações e a consistência interna (Alfa de Cronbach) da PCROD (N=1166)	124
Quadro 13 -	Média, desvio padrão e limites, por item, assim como as correlações e a consistência interna (Alfa de Cronbach) da PCALIM (N=1166)	124
Quadro 14 -	Média, desvio padrão e limites, por item, assim como as correlações e a consistência interna (Alfa de Cronbach) da PCSONO (N=1166)	125
Quadro 15 -	Média, desvio padrão e limites, por item, assim como as correlações e a consistência interna (Alfa de Cronbach) da PACTFIS (N=1166)	125
Quadro 16 -	Média, desvio padrão e limites, por item, assim como as correlações e a consistência interna (Alfa de Cronbach) da PCALCOOL (N=1166)	126
Quadro 17 -	Média, desvio padrão e limites, por item, assim como as correlações e a consistência interna (Alfa de Cronbach) da PCFUMO (N=1166)	126
Quadro 18 -	Média, desvio padrão e limites, por item, assim como as correlações e a consistência interna (Alfa de Cronbach) da PCDROGAS (N=1166)	126
Quadro 19 -	Correlações dos itens com a sub-escala da EPCDS a que pertencem (excluindo esse item), e com as sub-escalas a que não pertencem	127
Quadro 20 -	Matriz de correlações de <i>Pearson</i> entre as oito sub-escalas da EPCDS	130
Quadro 21 -	Distribuição da amostra por nível de ensino frequentado.....	133
Quadro 22 -	Distribuição da amostra por local de residência	133
Quadro 23 -	Distribuição da amostra por escalão etário, nível de ensino e local de residência, em função do sexo.....	134
Quadro 24 -	Distribuição da amostra segundo as pessoas com quem vivem e grupos definidos com base na tipificação dessas pessoas.....	135
Quadro 25 -	Distribuição da amostra por curso frequentado.....	136
Quadro 26 -	Distribuição da amostra por frequência na escola de actividades relacionadas com a saúde.	136
Quadro 27 -	Distribuição da amostra por tipologia das actividades relacionadas com a saúde frequentadas em contexto escolar.....	137
Quadro 28 -	Distribuição da amostra por classificação das profissões dos pais.....	138
Quadro 29 -	Distribuição da amostra por situação ocupacional dos pais.....	138
Quadro 30 -	Distribuição da amostra por situação ocupacional dos pais (situação conjunta).....	139
Quadro 31 -	Limites, médias e desvios padrões dos itens e do total da EAPIIS.....	139

Quadro 32 - Limites, médias e desvios padrões dos factores e do total da EAPIIS.....	140
Quadro 33 - Médias e desvios padrões observadas nos factores e no total da EAPIIS, em função do sexo, e resultados do teste <i>t-Student</i>	141
Quadro 34 - Médias e desvios padrões observadas nos factores e no total da EAPIIS, em função do escalão etário, e resultados do teste <i>t-Student</i>	142
Quadro 35 - Médias e desvios padrões observadas nos factores e no total da EAPIIS, em função do local de residência, e resultados do teste <i>t-Student</i>	142
Quadro 36 - Médias e desvios padrões observadas nos factores e no total da EAPIIS, em função do nível de ensino, e resultados do teste <i>t-Student</i>	143
Quadro 37 - Médias e desvios padrões observadas nos factores e no total da EAPIIS, em função da frequência na escola de actividades relacionadas com a saúde, e resultados do teste <i>t-Student</i>	144
Quadro 38 - Limites, médias e desvios padrões dos itens e do total da ERFIS.....	145
Quadro 39 - Limites, médias e desvios padrões dos factores da ERFIS.....	146
Quadro 40 - Médias e desvios padrões observadas nos factores e no total da ERFIS, em função do sexo, e resultados do teste <i>t-Student</i>	147
Quadro 41 - Médias e desvios padrões observadas nos factores e no total da ERFIS, em função do escalão etário, e resultados do teste <i>t-Student</i>	148
Quadro 42 - Médias e desvios padrões observadas nos factores e no total da ERFIS, em função do local de residência, e resultados do teste <i>t-Student</i>	149
Quadro 43 - Médias e desvios padrões observadas nos factores e no total da ERFIS, em função do nível de ensino, e resultados do teste <i>t-Student</i>	150
Quadro 44 - Médias e desvios padrões observadas nos factores e no total da ERFIS, em função da frequência na escola de actividades relacionadas com a saúde, e resultados do teste <i>t-Student</i>	151
Quadro 45 - Médias e desvios padrões dos itens e das respectivas sub-escalas da Escala de Práticas e Comportamentos determinantes de saúde (EPCDS).....	153
Quadro 46 - Frequências absolutas e relativas de algumas práticas e comportamentos sexuais, em função do sexo (N=693).....	155
Quadro 47 - Frequências absolutas e relativas de algumas práticas e comportamentos rodoviários, em função do sexo (N=570)	157
Quadro 48 - Frequências absolutas e relativas de algumas práticas e comportamentos de consumo de drogas, em função do sexo (N=1166).....	158
Quadro 49 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCSEX, em função do sexo, e resultados do teste <i>t-Student</i>	160
Quadro 50 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCROD, em função do sexo, e resultados do teste <i>t-Student</i>	161
Quadro 51 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCALIM, em função do sexo, e resultados do teste <i>t-Student</i>	162
Quadro 52 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCSONO, em função do sexo, e resultados do teste <i>t-Student</i>	163
Quadro 53 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PRACTFIS, em função do sexo, e resultados do teste <i>t-Student</i>	164
Quadro 54 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCALCOOL, em função do sexo, e resultados do teste <i>t-Student</i>	165
Quadro 55 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCFUMO, em função do sexo, e resultados do teste <i>t-Student</i>	165
Quadro 56 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCDROGAS, em função do sexo, e resultados do teste <i>t-Student</i>	166
Quadro 57 - Médias e desvios padrões observadas nos totais das sub-escalas da EPCDS, em função do sexo, e resultados do teste <i>t-Student</i>	167
Quadro 58 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCSEX, em função do escalão etário, e resultados do teste <i>t-Student</i>	168
Quadro 59 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCROD, em função do escalão etário, e resultados do teste <i>t-Student</i>	169
Quadro 60 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCALIM, em função do escalão etário, e resultados do teste <i>t-Student</i>	170

Quadro 61 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCSONO, em função do escalão etário, e resultados do teste <i>t-Student</i>	171
Quadro 62 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCACTFIS, em função do escalão etário, e resultados do teste <i>t-Student</i>	172
Quadro 63 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCALCOOL, em função do escalão etário, e resultados do teste <i>t-Student</i>	173
Quadro 64 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCFUMO, em função do escalão etário, e resultados do teste <i>t-Student</i>	174
Quadro 65 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCDROGAS, em função do escalão etário, e resultados do teste <i>t-Student</i>	175
Quadro 66 - Médias e desvios padrões observadas nos totais das sub-escalas da EPCDS, em função do escalão etário, e resultados do teste <i>t-Student</i>	176
Quadro 67 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCSEX, em função do local de residência, e resultados do teste <i>t-Student</i>	177
Quadro 68 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCROD, em função do local de residência, e resultados do teste <i>t-Student</i>	178
Quadro 69 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCALIM, em função do local de residência, e resultados do teste <i>t-Student</i>	179
Quadro 70 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCSONO, em função do local de residência, e resultados do teste <i>t-Student</i>	180
Quadro 71 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCACTFIS, em função do local de residência, e resultados do teste <i>t-Student</i>	181
Quadro 72 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCALCOOL, em função do local de residência, e resultados do teste <i>t-Student</i>	182
Quadro 73 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCFUMO, em função do local de residência, e resultados do teste <i>t-Student</i>	183
Quadro 74 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCDROGAS, em função do local de residência, e resultados do teste <i>t-Student</i>	183
Quadro 75 - Médias e desvios padrões observadas nos totais das sub-escalas da EPCDS, em função do local de residência, e resultados do teste <i>t-Student</i>	184
Quadro 76 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCSEX, em função do nível de ensino, e resultados do teste <i>t-Student</i>	185
Quadro 77 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCROD, em função do nível de ensino, e resultados do teste <i>t-Student</i>	186
Quadro 78 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCALIM, em função do nível de ensino, e resultados do teste <i>t-Student</i>	187
Quadro 79 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCSONO, em função do nível de ensino, e resultados do teste <i>t-Student</i>	188
Quadro 80 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCACTFIS, em função do nível de ensino, e resultados do teste <i>t-Student</i>	189
Quadro 81 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCALCOOL, em função do nível de ensino, e resultados do teste <i>t-Student</i>	190
Quadro 82 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCFUMO, em função do nível de ensino, e resultados do teste <i>t-Student</i>	191
Quadro 83 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCDROGAS, em função do nível de ensino, e resultados do teste <i>t-Student</i>	191
Quadro 84 - Médias e desvios padrões observadas nos totais das sub-escalas da EPCDS, em função do nível de ensino, e resultados do teste <i>t-Student</i>	192
Quadro 85 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCSEX, em função da frequência na escola de actividades relacionadas com a saúde, e resultados do teste <i>t-Student</i>	193
Quadro 86 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCROD, em função da frequência na escola de actividades relacionadas com a saúde, e resultados do teste <i>t-Student</i>	194
Quadro 87 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCALIM, em função da frequência na escola de actividades relacionadas com a saúde, e resultados do teste <i>t-Student</i>	195

Quadro 88 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCSONO, em função da frequência ou não, na escola, de actividades relacionadas com a saúde, e resultados do teste <i>t-Student</i>	196
Quadro 89 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCACTFIS, em função da frequência ou não, na escola, de actividades relacionadas com a saúde, e resultados do teste <i>t-Student</i>	196
Quadro 90 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCALCOOL, em função da frequência na escola de actividades relacionadas com a saúde, e resultados do teste <i>t-Student</i>	197
Quadro 91 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCFUMO, em função da frequência na escola de actividades relacionadas com a saúde, e resultados do teste <i>t-Student</i>	198
Quadro 92 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCDROGAS, em função da frequência na escola de actividades relacionadas com a saúde, e resultados do teste <i>t-Student</i>	199
Quadro 93 - Médias e desvios padrões observadas nos totais das sub-escalas da EPCDS, em função da frequência na escola de actividades relacionadas com a saúde, e resultados do teste <i>t-Student</i>	199
Quadro 94 - Matriz de correlações de <i>Pearson</i> entre as sub-escalas da EPCDS.....	200
Quadro 95 - Matriz de correlações de <i>Pearson</i> entre os factores e o total da ERFIS, e a Escala de Auto-percepção do Impacto da Informação de Saúde.....	203
Quadro 96 - Matriz de correlações de <i>Pearson</i> entre os factores e o total da ERFIS, e as sub-escalas da EPCDS.....	205
Quadro 97 - Matriz de correlações de <i>Pearson</i> entre os factores e o total da Escala de Auto-percepção do Impacto da Informação de Saúde, e as sub-escalas da EPCDS	207

INTRODUÇÃO

Em 1991, quando iniciámos a actividade profissional de enfermagem, as questões relacionadas com a responsabilidade dos técnicos de saúde em geral, e dos enfermeiros em particular, na promoção da saúde dos indivíduos, grupos e comunidades começaram a fazer parte das nossas preocupações diárias. Já nessa altura se vislumbrava nos níveis de ileteracia em saúde, na frequentemente desadequada (porque demasiado técnica e complexa) informação veiculada às acções de educação para a saúde, e na falta de continuidade e no carácter isolado dessas intervenções, importantes obstáculos para uma maior efectividade das acções de educação para a saúde, que de forma mais comum eram implementadas quer a nível das escolas, quer a nível comunitário em geral.

Mais tarde, em 2002, ao ingressarmos como assistente do 1º Triénio na Escola Superior de Enfermagem de Leiria (actual Escola Superior de Saúde de Leiria), tivemos a oportunidade de integrar grupos de trabalho com responsabilidades de planeamento, organização, implementação e avaliação de actividades relacionadas com a promoção de estilos de vida saudáveis nas populações estudantis de algumas escolas secundárias do concelho de Leiria. Nessa altura, não só aumentou a nossa curiosidade acerca da forma como tornar a informação mais efectiva na educação para a saúde, como surgiram novas inquietações, nomeadamente relacionadas com a importância do envolvimento de amplos segmentos da comunidade na prossecução dos objectivos da promoção da saúde, com o carácter transdisciplinar que deve caracterizar os grupos que promovem acções de educação para a saúde, e com a necessidade de integração de uma perspectiva Ciência, Tecnologia e Sociedade na educação para a saúde.

Surge assim o nosso interesse pelo estudo das fontes de informação de saúde que os estudantes mais reconhecem, da auto-percepção que têm do impacto dessa

informação, e da forma como estas se correlacionam com as suas práticas e comportamentos determinantes de saúde.

Actualmente o conceito de saúde implica a capacitação dos indivíduos para que possam desenvolver-se e influenciar positivamente o meio que os envolve, tomando decisões saudáveis e adaptando-se continuamente às exigências do meio (WHO, 1986b; Nutebean, 1997 e 1998). A Promoção da Saúde, e a Educação para a Saúde como estratégia da promoção da saúde, estão estreitamente ligadas a este novo conceito.

Existem muitas definições para Educação para a Saúde, e a maior parte delas salientam que se trata de processos e experiências educacionais com a finalidade de influenciar positivamente a saúde, diminuindo os factores de risco e incrementando os factores de protecção, detectando precocemente os problemas de saúde e alterando condutas que permitam o tratamento das doenças, recuperando a saúde e evitando as recaídas (Costa & López, 1998; Bennett & Murphy, 1999; Paul & Fonseca, 2001).

Capacitar os indivíduos para identificarem os seus problemas e necessidades, utilizarem adequadamente os seus recursos e promoverem uma vida saudável, implica esforços conjuntos dos vários agentes da promoção da saúde. Já em 1989, na Resolução n.º 89/C3/01 do Conselho de Ministros da CEE, se salienta que a Educação para a Saúde é um processo educacional compreensivo cuja responsabilidade deve ser participada pelas comunidades, pelas instituições e pelos grupos sociais (Official Journal, 1989).

Neste desígnio, a literacia científica em geral, e a literacia em saúde em particular, são fundamentais para o pleno exercício da cidadania, aspecto de particular importância na construção de sociedades mais igualitárias. A literacia científica, entendida como a capacidade de usar conhecimento científico para identificar questões, para estabelecer conclusões a partir de provas, com a intenção de compreender e ajudar a tomar decisões sobre o mundo natural e sobre as modificações nele operadas pela actividade humana (OCDE, 2004), reveste-se de grande importância na educação para a saúde, e a literacia em saúde em particular, definida como o conjunto de habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e capacidade dos indivíduos para aceder, compreender e usar informação como forma de promover e manter uma boa

saúde (WHO, 1998a), assume uma importância crescente no desenvolvimento social, económico e da saúde das sociedades actuais (Kickbusch, 2001).

De facto, a Educação para a Saúde requer aproximações interdisciplinares relacionando a educação ambiental e educação para a cidadania (Giordan, 2000), pois conhecendo melhor suas próprias condições de saúde (incluindo as causas e consequências), os indivíduos poderão actuar como agentes do seu próprio desenvolvimento, e não apenas como receptores passivos de ajuda (Bizzo, 2002).

Os estudantes dos ensinos secundário e superior têm merecido actualmente particular atenção devido ao facto de este ser um grupo etário onde nas últimas décadas não se têm verificado melhorias nas taxas de mortalidade e morbilidade (Raphael, 1996; Lee & Tsang, 2004), de integrarem nos seus estilos de vida muitas práticas e comportamentos responsáveis pela maioria das actuais doenças crónicas e diminuição da qualidade de vida (European Commission, 2003; Ministério da Saúde, 2004b; Currie & Roberts, 2004), e de serem um grupo em que uma saúde pobre pode ter a longo prazo efeitos muito negativos (WHO, 2001; Gabhainn, 2004; Torsheim *et al*, 2004; Vaz *et al*, 2005; Pereira *et al*, 2005). Atendendo aos motivos acima referidos, bem como aos escassos estudos existentes, parece-nos que deverá ser dado particular ênfase à fase etária dos adolescentes e jovens adultos, nomeadamente compreendida entre os 15 aos 25 anos.

Conhecer melhor as fontes de informação de saúde que os estudantes mais reconhecem, a auto-percepção que têm do impacto dessa informação, e a forma como estas se correlacionam com as suas práticas e comportamentos, parece-nos importante para tornar mais efectivos os esforços na promoção da saúde. Para tal procurámos, utilizando metodologia quantitativa exploratória, obter informações que nos permitissem este melhor conhecimento.

Nos capítulos que constituem a revisão da literatura do nosso trabalho abordámos, de forma que tentámos ser integradora, os aspectos ligados aos conceitos de saúde, de educação e promoção da saúde, suas fontes, cenários e importância para o exercício da cidadania, e também a contextualização da adolescência e juventude nas práticas e comportamentos determinantes de saúde.

Deste modo, no Capítulo I abordamos os conceitos de Saúde e de Educação para a Saúde com estratégia da Promoção da Saúde, referindo o seu contributo na alteração de práticas e comportamentos. São abordadas igualmente as fontes e cenários da educação para a saúde, com enfoque especial na Escola, Família, Meios de comunicação de massas, Serviços Sociais e de Saúde, os Pares e a Comunidade em sentido lato. No final deste capítulo é dada uma perspectiva da importância da Educação para a Saúde no exercício da cidadania, abordando aspectos como a literacia científica em geral e literacia em saúde em particular, bem como da importância da inclusão, neste contexto, de uma perspectiva Ciência, Tecnologia e Sociedade.

No Capítulo II são abordados os aspectos mais relevantes da saúde dos adolescentes e jovens, com enfoque especial nas suas práticas e comportamentos, nomeadamente no que se refere ao comportamento sexual, rodoviário, alimentar, hábitos de sono, actividade física, consumo de bebidas alcoólicas, fumo de substâncias e consumo de outras drogas.

Os objectivos, as questões, as hipóteses e a metodologia empregue no nosso trabalho empírico são apresentadas no Capítulo III. Como foram recolhidos dados quantitativos e se procedeu à construção de escalas, são apresentados os procedimentos efectuados e as características psicométricas dos instrumentos.

Procedemos à apresentação dos resultados e sua discussão no Capítulo IV. São primeiro apresentados e discutidos os resultados do estudo das características sócio-demográficas da amostra, ao que se segue a apresentação e discussão dos resultados do estudo do impacto auto-percebido da informação de saúde, das fontes de informação reconhecidas, das práticas e comportamentos determinantes de saúde, e por fim das correlações entre o impacto auto-percebido da informação, as fontes reconhecidas e as práticas e comportamentos determinantes de saúde. A avaliação geral das conclusões do estudo, os limites dessas conclusões e as implicações para as práticas de Educação para a Saúde e investigações futuras são apresentadas no ponto seis deste capítulo, a Conclusão Geral.

I Parte - REVISÃO DA LITERATURA

CAPÍTULO I

A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

O conceito de Saúde tem evoluído ao longo dos anos, e actualmente implica a capacitação dos indivíduos para que possam desenvolver-se e influenciar positivamente o meio que os envolve, tomando decisões saudáveis e adaptando-se continuamente às exigências do meio. A Promoção da Saúde e a Educação para a Saúde estão estreitamente vinculadas a esta evolução. Neste capítulo abordaremos a evolução destes conceitos, com enfoque especial na Educação para a Saúde como estratégia para mudar práticas e comportamentos determinantes da Saúde.

1. A EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE SAÚDE

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 1948) ao definir saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, apresentava já uma visão multidimensional afastada do tradicional ênfase médico dado à saúde física. Contudo esta histórica definição sofreu contestações, sendo apresentados por Ewles e Simnett (2003) quer o carácter irreal e idealista do sentimento de “*completo bem-estar*”, quer a visão estática que o conceito “*estado de*” confere à saúde, num contexto em que vida e viver são processos sobretudo dinâmicos, como as duas razões principais que as motivaram.

De facto, como referem vários autores, entre eles Pais Ribeiro (1998, 2000) e Matos (2004), ocorreu na década de 70 do século XX, um período de maior centralização na Saúde conhecido como a Segunda Revolução da Saúde, que emergiu sobretudo da evidência de que as principais causas de mortalidade e morbidade estavam associadas ao comportamento humano. O termo “saúde” passou a abranger não só as doenças mas sobretudo a intervenção que se faz com as pessoas que estão saudáveis, de forma a reduzir a probabilidade de estas virem a adoecer. Recorde-se que, como salientam estes autores, a Primeira Revolução da Saúde (que resultou da personalidade de Louis Pasteur e de Robert Kock, do pensamento que dominava na viragem do século XIX para o século XX, e das condições que facilitaram a implantação da teoria do germe característica do modelo biomédico) se reporta ao período de maior centralização na prevenção das doenças, e que a actual Terceira Revolução da Saúde (que surge com a evolução económica, política e social da última década do século XX) se centra essencialmente no controlo dos custos, embora se preocupe também em fornecer aos utentes e profissionais informações acerca dos procedimentos mais adequados para obter melhores resultados.

Apesar da omnipresença do paradigma patogénico, como estruturante do desenvolvimento das ciências que têm como objecto a saúde, ter sido tão marcante até ao final da década de sessenta do século passado que a própria evolução do conceito saúde foi posta em causa pela sua limitação a uma vaga *ausência de doença* e a um impossível *completo bem-estar*, a evidência acumulada pela investigação nas várias áreas relacionadas com a saúde impôs a necessidade de se encontrar uma outra estrutura teórica que permitisse completar a compreensão do binómio saúde e cidadão. É assim que emerge um novo paradigma no campo da saúde, o paradigma da salutogénese (do latim: *salus* = *saúde*; e do grego: *genesis* = *origens*) que acentua as origens da saúde e do bem-estar, e que passa a constituir uma outra proposta fundamental na abordagem da saúde, focada na descoberta não da doença, mas sim dos factores que mantêm o cidadão com a melhor saúde (OPSS, 2003a).

Com a definição de saúde lançada em 1986 pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1986a), o conceito foi expandido e tornou-se mais objectivo, passando a definir-se como a extensão em que um individuo ou grupo é, por um lado capaz de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades, e por outro lado capaz de modificar ou

lidar com o meio que o envolve. A saúde passa a ser vista como um recurso para a vida de todos os dias, e uma dimensão da qualidade de vida. Nutbean (1997) acrescenta que este recurso, a saúde, é avaliado como uma vantagem pessoal e social, e Giordan (2000) salienta o facto de esta definição ter a vantagem de incluir dimensões psico-sociais, e não apenas biológicas, e personificar uma visão utópica que deve ser posta em perspectiva e considerada uma directriz, uma bússola que aponta o caminho. Actualmente torna-se necessário integrar também as dimensões ambientais, pois o número crescente de cancros e outras doenças faz suspeitar de muitos parâmetros ambientais. Citando Frasquilho (1998):

Resumindo a evolução paradigmática no domínio da saúde, passou-se da polarização clássica entre a procura de causas orgânicas para as patologias e identificação das mesmas no meio ambiente para uma visão mais multifactorial e probabilística, denominada «salutogénese» (p.13).

Ewles e Simnett (2003) são da opinião que é fundamental considerar que a saúde implica a capacidade de adaptação contínua às alterações constantes das exigências, expectativas e estímulos, uma vez que todos os aspectos da saúde estão interrelacionados e são interdependentes. A mesma opinião foi também expressa por Costa & López (1998), quando referiram que o novo conceito de saúde implica dar poder ao indivíduo para que este se desenvolva e influencie positivamente o meio que o envolve, e que o termo “*poder*” se refere à capacidade de tomar decisões que afectam a vida e os determinantes pessoais e ambientais de saúde, e à capacidade de adaptação contínua às novas e dinâmicas exigências do meio.

A noção de que a saúde é uma responsabilidade individual, mas também social e que envolve as pessoas na melhoria da sua qualidade de vida, é assim reforçada, não obstante se reconhecer que numa visão holística da saúde, quer o potencial de cada pessoa quer as suas necessidades são diferentes.

Entre algumas das características importantes da nova definição de Saúde salientadas por Pais Ribeiro (1998), está o facto de esta ser uma definição que tem subjacente que a saúde se manifesta nas áreas do bem-estar e da funcionalidade e que não é apenas ausência de doença, o facto de a saúde se manifestar nos domínios interdependentes, mental, social e físico, de resultar de uma interacção complexa entre o que constitui os aspectos pessoais e os aspectos (quer físicos quer sociais) do meio

ambiente, e de a saúde se definir como uma configuração de bem-estar resultante de uma auto-avaliação, da expressão de uma opinião pessoal acerca de si próprio.

A saúde, então, não é apenas uma realidade objectiva que traduz o bom funcionamento do corpo. É antes uma realidade subjectiva relacionada com a forma de a pensar e de a representar mentalmente. Citando Silva (2002, p.19): *“Pessoas diferentes pensam a saúde de maneiras diferentes. Épocas e culturas diversas pensam a saúde, também, de maneiras diversas”*.

Os conceitos de saúde, tal como os de doença, estão no centro dos valores sociais da sociedade humana porque expressam muitas das assumpções fundamentais acerca do significado da vida e da morte. Como consequência, a descrição de saúde tende necessariamente a oferecer a descrição de “uma vida boa”. Porque as concepções de saúde tendem a fundir-se em ou ser baseadas em religiões fundamentais e pontos de vista morais acerca da existência, e as diferenças nas orientações para a saúde tendem a reflectir ou a expressar estruturas básicas e diferenças culturais nas relações de poder na sociedade, existe pouco consenso acerca do que constitui saúde e doença (Turner, 2000). A expressão “estar de boa saúde” é a que melhor corresponde à noção que as pessoas têm do que é sentirem-se bem, sem preocupações especiais quanto a algum aspecto do seu funcionamento bio-psicológico ou mental (Silva, 2002).

É, assim, muitas vezes difícil estabelecer a fronteira entre um indivíduo saudável e outro que não o está, e o que é considerado doença ou saúde. Por outro lado, saúde e ausência de doença não são conceitos equiparáveis e inclusive, em certos casos torna-se difícil torná-los compatíveis (Costa & López, 1998).

Para a maioria das pessoas a norma é ser saudável, pois é assim que se sentem durante a maior parte do tempo. As crenças sobre o estar doente existem no contexto das crenças sobre o ser saudável, onde doença significa não estar saudável, sentirmo-nos diferentes do habitual, etc. (Ogden, 1999), e o conceito de saúde *“...varia consoante o contexto histórico e cultural, social e pessoal, científico e filosófico, espelhando a variedade de contextos da experiência humana”* (Pais Ribeiro, 1998, p.85). Neste sentido também Giordan (2000) defende que cada grupo humano, em cada momento da sua história, elabora a sua própria versão de saúde, a qual ajusta dentro com uma determinada concepção de vida, projectos, constrangimentos e possibilidades. Cada

grupo social, cada ser humano, tem as suas próprias necessidades e aspirações, e implementa estratégias diferentes para as satisfazer.

Em relação à saúde parece, portanto, preferível evitar falar em normas. No entanto, como é salientado por Turner (2000), apesar de se tentar, em ciências sociais, evitar a confusão entre as noções de “norma” como um estado *standart* prescrito, e “normal” como a descrição de um estado que traduza a média de vários estados, no mundo quotidiano estas noções separadas tendem a fundir-se porque a descrição de uma “média” fornece uma conveniente medida de moralidade.

Não obstante a evolução do seu conceito, parece continuarem, portanto, a levantar-se questões acerca do significado de saúde, mas sobretudo acerca das estratégias desenvolvidas na sua prossecução. Citando Honoré (2002):

... depois de a sua significação económica ter ganho importância, (...) surgiu a necessidade de a clarificar por entre um conjunto repleto de actividades, por vezes incoerentes. A maior incoerência é fazer tantos esforços, despender tanta energia e recursos para a reparar e tão pouco para a conservar, prevenir e desenvolver (p.18).

2. A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Na década de 70 do século passado, o termo Educação para a Saúde foi usado para descrever o trabalho desenvolvido com as pessoas para lhes melhorar a saúde através da sua atitude individual e alteração de comportamentos (Ewles & Simnett, 2003). Contudo, na década de 80, houve um grande debate acerca do uso de termos como a Educação para a Saúde e Promoção da Saúde, essencialmente porque a vasta gama de actividades empreendidas na prossecução de uma melhor saúde divergiam daquilo que tradicionalmente se designa por Educação para a Saúde (WHO, 1998b; Costa & López, 1998; Ewles & Simnett, 2003).

No passado, o termo Educação para a Saúde descrevia uma série de acções, incluindo a mobilização social e a combinação de acções individuais e sociais projectadas para obter compromissos e apoios políticos, aceitação social e sistemas de apoio para metas de saúde ou programas particulares. Estes métodos são actualmente integrados no termo Promoção da Saúde (WHO, 1998a) e a Educação para a Saúde é vista como um seu importante elemento.

Segundo o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS, 2003b), entre algumas das referências fundamentais na evolução das políticas de saúde nos últimos 25 anos (período durante o qual os Estados com "orçamentos sociais" evoluíram para a ideia de "políticas públicas", em que já não se trata só de assegurar o acesso a serviços existentes, mas sim de moldar a natureza desses serviços e de outras formas de acção aos objectivos explícitos das políticas de saúde) está a ideia de Promoção da Saúde, explícita na Carta de Ottawa.

Na Carta de Ottawa (WHO, 1986b) refere-se que a saúde não se produz nas pessoas pelos serviços de saúde, mas antes resulta da capacidade e iniciativas individuais em interacção com os profissionais de saúde, com a sua rede social de apoio e com o seu meio ambiente físico e social. Reconhece-se a importância dos determinantes culturais e sociais da saúde, dos estilos de vida saudáveis, e dos meios organizacionais específicos como sejam o meio urbano, as escolas, e o local de trabalho.

Como é referido por Silva (2002), o actual conceito de saúde procura consciencializar que, para além do sentimento de bem-estar, de poder fazer uma vida normal e de viver com prazer, existe uma outra realidade relacionada com o desenvolvimento de potencialidades do corpo e da mente, encaradas numa perspectiva que não se esgota na actualidade imediata, mas antes encara as perspectivas futuras. Esta autora acrescenta que é neste sentido que hoje se fala em promoção da saúde como uma atitude global, que visa promover condições de desenvolvimento que permitam que a vida das pessoas seja saudável durante todo o seu percurso.

Quando se fala de atitude global fala-se da integração dos aspectos de carácter mais geral que regem relações de poder capazes de promover os interesses efectivos do cidadão (procedimentos segundo os quais se identificam, negociam, estabelecem e avaliam as regras de decisão colectiva), e dos aspectos operacionais de governo (legislação, estabelecimento de prioridades, financiamento, regulação, contratualização, desenvolvimento de distintos tipos de recursos, organização e gestão), que em conjunto constituem a governação da saúde (OPSS, 2003b).

Não obstante a sua proximidade e convergência, os conceitos de Educação para a Saúde e de Promoção da Saúde são diferentes. A Promoção da Saúde é um processo mais amplo que integra várias estratégias, entre as quais a Educação para a Saúde. A

clarificação destes conceitos, apontando as suas diferenças mas, sobretudo, as suas complementaridades, parece-nos pertinente.

Existem muitas definições para Educação para a Saúde, e a maior parte delas salientam que se trata de processos e experiências educacionais com a finalidade de influenciar positivamente a saúde.

A definição de Educação para a Saúde aceite pelo Conselho de Ministros da CEE e consagrada na Resolução n.º 89/C3/01 (Official Journal, 1989) menciona-a como um processo baseado em regras científicas que utiliza oportunidades educacionais programadas de forma a capacitar os indivíduos, agindo isoladamente ou em conjunto, para tomarem decisões fundamentais sobre assuntos relacionados com saúde. Costa e López (1998, p.29) definem-na como “...un proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza-aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables y hacer difíciles las prácticas de riesgo”, e consideram-na uma estratégia básica para o amplo processo por meio do qual os indivíduos, os grupos e as comunidades melhoram o seu controlo sobre os determinantes pessoais e ambientais da saúde. Redman (2003) acrescenta que se trata de uma área dinâmica essencial também para as inovações que se desenvolvem actualmente no sistema de saúde.

Existem diferentes modelos de educação para a saúde, que diferem entre si por partirem de pressupostos diferentes e terem objectivos diversos. Segundo Navarro (1995), eles podem ser organizados esquematicamente em *modelos comportamentais ou persuasivos*, cujo objectivo consiste em diminuir a incidência de doenças através da modificação dos comportamentos individuais, seja pelo condicionamento seja pela aposta predominantemente na informação (defendendo que esta por si só permite a modificação das atitudes que estão na base dos comportamentos), e em *modelos sócio-ecológicos*, que implicam o relacionamento interpessoal e a participação permanente da população. Neste contexto defende que o modelo que melhor respeita as pessoas e as populações é o sócio-ecológico e, pelo contrário, considera insuficientes e eticamente inaceitáveis os modelos comportamentais ou persuasivos, por esquecerem os contextos socio-políticos que geram os comportamentos (uma vez que é o profissional de saúde a decidir quais são os comportamentos a desenvolver), e por limitarem a educação para a saúde a um conjunto de actividades estereotipadas, em que a inter-relação pessoal é

usada como um meio de conseguir melhor aceitação da informação, num processo não participativo e centrado no profissional de saúde.

Na mesma linha de pensamento estão diversos autores, entre os quais Ewles e Simnett (2003), que definem as acções de Educação para a Saúde como oportunidades planeadas para as pessoas aprenderem sobre saúde, e empreenderem alterações voluntárias nos seus comportamentos. Estes programas vão desde a disponibilização de informação, exploração de valores e atitudes, até à promoção de condições para a tomada de decisões e desenvolvimento de aptidões, que proporcionem as alterações de comportamento desejadas. Envolvem o desenvolvimento da auto-estima e da capacidade de agir de forma salutar, para que os indivíduos se tornem capazes de “actuar” positivamente sobre a sua própria saúde.

A Educação para a Saúde deve incluir oportunidades construídas de forma consciente para aprender, e deve envolver formas de comunicação projectadas para melhorar a literacia de saúde, incluindo a melhoria dos conhecimentos e o desenvolvimento de aptidões de vida conducentes à saúde dos indivíduos e das comunidades. Para tal é necessário que envolva a comunicação de informação relativa à sociedade subjacente, às condições económicas e ambientais que influenciam a saúde, aos factores de risco individuais e comportamentos de risco, e ao uso do sistema de cuidados de saúde. Deve estar, assim, não só relacionada com a comunicação de informação, mas também com a promoção da motivação, aptidões e confiança necessárias para intervir no processo de melhoria da saúde (WHO, 1998a).

Recorde-se que já em 1989, a Resolução n.º 89/C3/01 do Conselho de Ministros da CEE salienta que a Educação para a Saúde é um processo educacional compreensivo cuja responsabilidade deve ser participada pelas comunidades, pelas instituições e pelos grupos sociais (Official Journal, 1989).

De facto, é com crescente criticismo que se vê a Educação para a Saúde de uma forma demasiado “estreita” e muito focada nos comportamentos e aptidões individuais (Ewles & Simnett, 2003). Torna-se explícito que os programas de Educação para a Saúde não podem limitar-se a informar a população sobre problemas isolados, e actualmente têm-se enfatizado a importância de observar o sujeito como um todo, envolvendo os seus processos intelectuais, afectivos e culturais para tornar possível atingir maior efectividade na mudança de comportamentos.

Os programas de Educação para a Saúde devem ter em consideração a investigação básica sobre condutas de saúde, e mobilizar os conhecimentos acerca do papel das crenças e atitudes pessoais, as normas e/ou as redes sociais (Dias *et al*, 2004), e devem extrapolar o campo da informação e integrar os valores, costumes, modelos e símbolos sociais que levam a formas específicas de condutas e práticas (Gazzinelli *et al*, 2005).

Ao processo mais amplo, que integra a Educação para a Saúde, Costa e López (1998) designam por Promoção da Saúde. Este processo, segundo referem, tem sido definindo como qualquer combinação de Educação para a Saúde e apoios do tipo organizativo, legislativo ou normativo, económico e ambiental que facilitem as práticas saudáveis. Esta definição enfatiza a importância da educação no processo de promoção da saúde.

Foi com base na Declaração sobre os Cuidados de Saúde Primários de Alma-Ata (WHO, 1978), onde se concluiu que a saúde não é uma finalidade em si mesma, mas antes um recurso que deve estar ao alcance de todos para o desenvolvimento progressivo das comunidades, e onde se delinearam as orientações para atingir a Saúde para Todos no ano 2000 e seguintes, que na primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa a 21 de Novembro de 1986, se aprovou a Carta de Ottawa (WHO, 1986b).

As estratégias que emergem deste documento sistematizam-se em cinco grandes domínios: a definição de políticas, legislação e regulamentação; a criação de ambientes de suporte; o reforço da acção comunitária; a informação, educação para a saúde e capacitação (*empowerment*) individual e colectiva; e a reorientação dos serviços de saúde.

O termo “*empowerment*”, que começa a ser amplamente usado no contexto da Promoção da Saúde é, segundo Carvalho (2004), um conceito complexo que envolve noções de campos de conhecimento distintos. Tem raízes nas lutas pelos direitos civis, no movimento feminista e na ideologia da “acção social” presentes nas sociedades dos países desenvolvidos na segunda metade do século XX, e é influenciado nos anos 70 pelos movimentos de auto-ajuda, e nos 80 pela psicologia comunitária. Já na década de 90 recebe o influxo de movimentos que procuram afirmar o direito da cidadania sobre

distintas esferas da vida social, entre as quais a prática médica, a educação em saúde e o ambiente físico.

A Carta de Ottawa (WHO, 1986b) define a Promoção da Saúde como o processo de capacitar os indivíduos e as comunidades a aumentar o auto-controlo da sua saúde no sentido de a melhorar. E salienta que para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos ou os grupos devem ser capazes de identificar e realizar as suas aspirações, de satisfazer as suas necessidades e de modificar ou adaptar-se ao meio.

As primeiras conferências internacionais que se seguiram a Ottawa, nomeadamente na cidade de Adelaide, em 1988 sob o tema “Estabelecer Políticas Públicas Saudáveis” (WHO, 1988), e em Söndsvall, em 1991 sob o tema “Criar Meios Favoráveis à Saúde” (WHO, 1991) permitiram precisar o sentido e a pertinência das principais estratégias enunciadas na Carta de Ottawa.

Já a 4ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, sob o tema “Novos Protagonistas para uma Nova Era: Orientando a Promoção da Saúde pelo Século XXI adentro”, que se realizou em 1997 em Jacarta (WHO, 1997), envolveu o sector privado no apoio à promoção da saúde e criou uma oportunidade quer para reflectir sobre o que se aprendeu quanto a uma efectiva promoção da saúde, quer para reanalisar os determinantes da saúde e identificar as orientações e estratégias a adoptar para responder aos desafios no século XXI.

Nas prioridades então definidas destaca-se (1) a *promoção da responsabilidade social no que respeita à saúde* (decisores políticos, sector público e privado), (2) o *reforço dos investimentos para o desenvolvimento em saúde* (investir mais em saúde e reorientar os recursos existentes às necessidades de grupos específicos), (3) a *consolidação e expansão das parcerias em saúde* (que ofereçam benefício mútuo através da partilha da especialização, competências e recursos, e visem o desenvolvimento social e da saúde) e (4) o *aumento da capacitação da comunidade e do indivíduo* (através da educação, formação para a liderança, aquisição de competências e conhecimentos essenciais para uma mudança efectiva, e também através do acesso aos recursos e aos processos de decisão).

Em Junho de 2000, na Cidade do México, durante a Quinta Conferência Global sobre Promoção da Saúde com o tema “Promoção da Saúde: Rumo a uma Maior

Equidade” (WHO, 2000), reconheceu-se que a consecução do nível mais alto possível de saúde é positivo para o aproveitamento da vida e necessário para o desenvolvimento social, económico e para a equidade. Reconheceu-se igualmente que, apesar da melhoria significativa da saúde e provisão de serviços, verificada em muitos países do mundo nos últimos anos do século XX, ainda persistem inúmeros problemas que prejudicam o desenvolvimento social e económico, e a equidade em termos de saúde e bem-estar. É salientado, por isso, a urgência em abordar os determinantes sociais, económicos e ambientais da saúde, e fortalecer os mecanismos de colaboração em todos os sectores e níveis da sociedade, onde a promoção da saúde deve ser um componente fundamental das políticas e programas públicos.

Destas constatações resultaram algumas recomendações de acções a desenvolver, entre as quais se destacam (1) o colocar a promoção da saúde como prioridade fundamental das políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais, (2) assegurar a participação activa de todos os sectores e da sociedade civil, na implementação das acções de promoção da saúde que fortaleçam e ampliem as parcerias na área da saúde, (3) apoiar a preparação de planos de acção nacionais para a promoção da saúde e (4) defender a ideia de que os órgãos da ONU são responsáveis pelo impacto, em termos de saúde, da sua agenda de desenvolvimento.

A Promoção da Saúde está direccionada para a influência sobre os determinantes de saúde. Não se limita a acções dirigidas a fortalecer aptidões e capacidades individuais. Também recorre a acções dirigidas a aliviar o impacto na saúde das condições sócio-económicas e do ambiente físico envolvente. Neste sentido, visa criar condições que ofereçam uma melhor oportunidade para se estabelecer uma relação entre os esforços pessoais dos indivíduos e os resultados de vida positivos em termos de saúde (Nutebean, 1997). É descrita como um “processo”, um meio para atingir um fim e não um resultado em si mesmo. Não é algo realizado *nos* ou *para* os indivíduos, mas sim *com* e *para* os indivíduos ou grupos, em que participação e parceria são valores fundamentais (Nutbeam, 1998), e onde o papel activo das populações assume primordial importância. Citando Pais Ribeiro (1998):

... a promoção da saúde implica devolver à população o poder em matéria de saúde, retirando-o às instituições, aos dirigentes, aos profissionais e à tecnologia. O objectivo primordial da promoção da saúde no futuro poderia assim, ser o de facilitar a transferência de recursos importantes na saúde, tais como conhecimentos, técnicas, poder, e dinheiro, para a comunidade (p.69).

3. OS OBJECTIVOS DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Historicamente a Educação para a Saúde tem como objecto os comportamentos e estilos de vida, e orienta os seus objectivos para a prevenção primária - diminuindo os factores de risco e incrementando os factores de protecção, para a prevenção secundária - detectando precocemente os problemas de saúde e alterando condutas que permitam o tratamento das doenças, e para prevenção terciária - recuperando a saúde e evitando as recaídas (Costa & López, 1998; Bennett & Murphy, 1999; Paul & Fonseca, 2001).

Tendo em consideração o conceito positivo de saúde, Costa e López (1998) defendem que os objectivos da Educação para a Saúde se orientam no sentido de capacitar os indivíduos para: a) definir os seus próprios problemas e necessidades; b) compreender o que podem fazer acerca desses problemas com os seus próprios recursos e apoios internos; c) e promover as acções mais apropriadas para fomentar uma vida saudável e o bem-estar da comunidade. Também Bennett e Murphy (1999) referem que a Educação para a Saúde se tem concentrado prioritariamente na alteração dos comportamentos ou dos factores intrapessoais como as atitudes e as crenças (que se julgam determinantes do comportamento), a fim de promover um melhor estado de saúde nos indivíduos e nas populações. Esta perspectiva é compatível com o ponto de vista preventivo, como defendem, entre outros, Costa e López (1998) :

(...) la potenciación de los recursos personales de la gente, para tomar decisiones y afrontar con éxito las demandas y problemas de su entorno, se vislumbra como una estrategia de enorme potencial para la prevención (p.33).

Em Educação para a Saúde acima de tudo estão envolvidas alterações de atitudes e incremento de competências relacionais, onde se destaca a habilidade para levar a cabo iniciativas concretas e gerir situações, ou seja, o saber agir (Giordan, 2000). E neste cenário ela não surge nem actua no “vazio”, pelo contrário, dirige-se a indivíduos, a comportamentos e estilos de vida, a factores de risco e de protecção impregnados de cultura. E as normas de conduta, as crenças e os valores que configuram a cultura e as subculturas de um grupo social ou de uma sociedade inteira, e também os seus mitos e crenças, são uma parte essencial da sua identidade e uma parte essencial do contexto em

que nascem os comportamentos e estilos de vida vinculados à saúde e à doença, e sobre os quais exercem uma influencia facilitadora ou dificultadora (Costa & López, 1998).

Em suma, o grande objectivo da Educação para a Saúde é melhorar a saúde dos indivíduos e das comunidades. Para tal dirige-se particularmente às práticas e comportamentos determinantes da saúde, visando debelar ou minimizar os que são prejudiciais, e promover os que são benéficos.

4. AS PRÁTICAS E COMPORTAMENTOS COMO DETERMINANTES DA SAÚDE

O termo “estilo de vida” tem sido utilizado para descrever unidades discretas e observáveis de acção, e enquanto tal é sinónimo de comportamento (Pais Ribeiro, 1998) ou de constelações de comportamentos (Costa & López, 1998). É usado para enfatizar o facto de os comportamentos terem um papel importante para a compreensão das doenças e também o aspecto multi-causal de muitas das actuais doenças crónicas, causadas não pela actuação de um único agente, mas mais pela interacção entre factores comportamentais, circunstâncias ambientais e características fisiológicas. Neste sentido, os estilos de vida têm sido estudados quer para tentar determinar as consequências dos comportamentos, quer para tentar compreender porque é que algumas pessoas assumem, no que se refere à saúde, mais riscos do que outras (Uitenbroek *et al*, 1996).

As ligações entre comportamento e saúde ganharam notoriedade na segunda metade do século passado, quando se começou a aceitar e a considerar de forma crescente que as pessoas tinham um papel cada vez mais activo na saúde e na doença. Como já foi referido, o modelo de saúde que então emergiu centrou-se na relação entre comportamentos e doenças, inicialmente numa perspectiva de prevenção das doenças e mais tarde numa perspectiva de promoção da saúde (Pais Ribeiro, 1998).

De facto, as alterações verificadas nas causas de morte ao longo do século XX *“(...) podem ser em parte explicadas pelas mudanças que ocorreram em doenças relacionadas com os comportamentos, como as doenças coronárias, cancro e VIH.”* (Ogden, 1999, p.25), e citando Paúl e Fonseca (2001):

O actual estilo de vida nos países ditos desenvolvidos, caracterizado por alimentação e exercício físico inadequados, por inúmeros comportamentos aditivos e pela exposição a elementos tóxicos e a ritmos de vida incompatíveis com a regulação circadiana dos corpos,

surge como o factor responsável pelo aumento das doenças crónicas e por uma quebra significativa e generalizada da qualidade de vida das pessoas (p.59).

É com base na aceitação de que os comportamentos em que nos envolvemos, e as circunstâncias em que vivemos, têm impacto sobre a saúde, e de que alterações adequadas a podem melhorar, que muitas das estratégias de promoção da saúde são programadas (Bennett & Murphy, 1999). Daí que sejam também numerosas as informações publicadas de programas de promoção da saúde que demonstram a importância de encorajar e promover alterações positivas nos comportamentos das populações (Prohaska *et al*, 2000).

De acordo com o *European Health Report 2002* (WHO, 2003), as doenças crónicas não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares, osteoarticulares, cancro, patologia respiratória crónica, diabetes *mellitus*, e as perturbações da saúde mental como a depressão, constituem actualmente a principal causa de morbilidade e mortalidade nas sociedades desenvolvidas. São também as principais responsáveis por situações de incapacidade, muitas vezes permanente, e perda de qualidade de vida, com impacto significativo no consumo de serviços de saúde, meios complementares de diagnóstico, medicamentos e dias de internamento.

Segundo o Ministério da Saúde (2003), a nível europeu estas doenças representaram em 2000 cerca de 75% da carga da doença (*burden of disease*) expressa em DALYs (um DALY - *disability adjusted life years*, corresponde à perda de um ano de vida saudável). Estas doenças têm, como etiologia comum, um conjunto de factores fundamentalmente ligados aos estilos de vida individuais. A forma como cada pessoa gere o seu capital de saúde ao longo da vida, através de opções individuais expressas no que se pode entender como estilo de vida, constitui assim uma questão fulcral na génese da saúde individual e colectiva.

No relatório *The health status of the European Union – Narrowing the health gap*. (European Commission, 2003), é reconhecido que comportamentos como o fumo de tabaco, abuso de álcool, dieta inadequada, consumo de drogas, inactividade física, condições ambientais pobres e baixos estados socio-económicos, são os principais determinantes dos problemas de saúde mais importantes. Interagem entre si de um modo complexo e os resultados no estado de saúde são o impacto combinado de todos eles.

Como tem sido destacado (Bennett & Murphy, 1999; Ogden, 1999), o facto de 50% da mortalidade ligada às principais causas de morte se dever ao comportamento dos indivíduos, indica que estes têm um efeito potencialmente importante na longevidade.

Steptoe e Wardle (2001) referem que as diferenças na saúde e taxas de mortalidade prematura verificadas entre os países da Europa ocidental e central e os países da Europa oriental são inquietantes, e que têm aumentado progressivamente nos últimos 30 anos. Segundo estes autores, a morte prematura por doenças cardiovasculares e as causas externas são o maior contributo para este padrão. E apesar de se apontarem algumas explicações para esta tendência - desde a pobreza de cuidados de saúde até à poluição ambiental - tem sido argumentado que os comportamentos, destacando-se os hábitos tabágicos, padrões de ingestão de álcool, o consumo de gorduras e antioxidantes e o *stress* psico-social, têm o maior contributo.

Dados divulgados no *site* oficial do Observatório Português dos Sistemas de Saúde, relativos a 1998, e que se confirmam em anos mais recentes (Ministério da Saúde, 2001; Ministério da Saúde, 2004a) apontam como causas de mortalidade mais relevantes em Portugal, comportamentos como o consumo de tabaco, o abuso do álcool, dietas pouco saudáveis, a condução rodoviária de risco, a toxicodependência e a inactividade física. Muitas vezes estes comportamentos inserem-se em más condições ambientais, baixo nível socio-económico e serviços de saúde inadequados (Ministério da Saúde, 2001).

As práticas de saúde, e também as de risco, incorporam verdadeiras constelações de comportamentos mais ou menos organizadas, mais ou menos complexas e coerentes, mais ou menos estáveis e duradouras, e todas elas fortemente impregnadas do ambiente e do meio em que vive o indivíduo (Costa & López, 1998). Na mesma linha de pensamento estão Bennett e Murphy (1999, p.60) quando afirmam que os comportamentos “(...) *não têm lugar num vácuo social ou cultural, e muitos (...) transportam consigo significados que ultrapassam o simples acto comportamental*”.

A Saúde Comportamental desafia os princípios biomédicos acerca da separação mente/corpo e é descrita como uma disciplina preocupada com a manutenção da saúde e a prevenção da doença em indivíduos normalmente saudáveis, através do uso de *informações educativas para modificar comportamentos e estilos de vida* (Ogden,

1999). E é porque a saúde e os comportamentos com ela relacionados ocorrem dentro de um complexo sistema de influências múltiplas (Bennett & Murphy, 1999), e porque um estilo de vida saudável implica práticas saudáveis numa série de comportamentos e actividades pessoais (Steptoe & Wardle, 2001), que uma promoção da saúde eficaz se deve dirigir ao sistema, e não apenas a indivíduos e comportamentos isolados dentro dele.

4.1. Os comportamentos de saúde

O comportamento dos indivíduos face à saúde distribui-se ao longo de um espectro vasto que vai desde as acções para manter e promover positivamente a saúde, até às acções envolvidas na doença e na morte (Andrade, 2001).

Os comportamentos de saúde são geralmente encarados como comportamentos relacionados com o estado de saúde do indivíduo. Matarazzo (1984) citado por Ogden (1999, p.26) fez a distinção entre os comportamentos que têm um efeito negativo na saúde, ou “comportamentos patogénicos” que se traduzem por hábitos prejudiciais para a saúde, e os comportamentos que podem ter um efeito positivo para a saúde, ou “comportamentos imunogénicos” ou de protecção da saúde. Matos (2004) refere-se aos comportamentos de protecção como aqueles que têm um efeito minimizador do risco.

Bennett e Murphy (1999) referiram o abuso de tabaco, de álcool, a má nutrição e a falta de exercício como os quatro comportamentos que mais negativamente influenciam a saúde. Paúl e Fonseca (2001), acrescentam o uso de drogas a este grupo que encabeça a extensa lista de comportamentos considerados pouco saudáveis. Outros, como o não usar cinto de segurança, conduzir em excesso de velocidade e não usar preservativo em actividade sexual de alto risco, são também largamente referenciados como determinantes importantes da saúde dos indivíduos (Bennett & Murphy, 1999; McLellan *et al*, 1999; Ogden, 1999; Cotrim *et al*, 2000; Paúl & Fonseca, 2001; Currie & Roberts, 2004; Christopherson & Jordan-Marsh, 2004; Lee & Tsang, 2004).

A Educação para a Saúde deve considerar a crescente complexidade da nova morbidade e mortalidade da espécie, cada vez mais associada aos comportamentos e estilos de vida, e também a crescente exigência de qualidade nos cuidados e na atenção da saúde. Ela adquire um enorme potencial num cenário em que progressivamente os

indivíduos se têm tornado menos passivos, e assumem um papel mais activo e participativo nas questões relacionadas com a saúde (Costa & López, 1998).

5. A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA MUDAR PRÁTICAS E COMPORTAMENTOS

A Educação para a Saúde é frequentemente vista como uma “panaceia preventiva” que tem respostas para quase todos os males (Costa & López, 1998). Mas os comportamentos que integram os estilos de vida e as acções repetidas do dia-a-dia são complexos, menos relacionados com um sistema formal de cuidados e mais difíceis de mudar e de manter do que os outros (Andrade, 2001). Como é salientado por Giordan (2000), em Educação para a Saúde o conhecimento não é suficiente. Alguns ainda acreditam que os problemas podem ser resolvidos com campanhas publicitárias ou intervenções nos meios de comunicação de massas, mas a realidade mostra a ineficácia de campanhas de prevenção, onde os obstáculos são vários: emocionais, cognitivos, e até metacognitivos.

A maior parte das experiências e contextos de aprendizagem de saúde não são experiências deliberadas ou fruto da planificação. As práticas e hábitos de saúde também se adquirem de forma independente dos programas de Educação para a Saúde. O próprio meio oferece condições e circunstâncias que incitam, estimulam e motivam os comportamentos e estilos de vida. Face a eles, a Educação para a Saúde oferece uma influência que pode chegar a ser irrelevante, ou mesmo contrária aos valores e ensinamentos da vida quotidiana, a não ser que tenha um certo controlo sobre o meio e sobre os contextos de aprendizagem precoce onde vivem e crescem os indivíduos (Costa & López, 1998).

A melhor estratégia parece ser a conjugação de esforços em que, como é salientado por Andrade (2001), quer o Estado, através das organizações de Saúde Pública, quer a Comunidade e a população, considerem as vantagens e os benefícios da promoção da saúde e participem mutuamente para aumentar a eficácia e melhorar os resultados, através da mudança de comportamentos e de estilos de vida.

Alguns estudos permitem concluir que os melhores programas de Educação para a Saúde podem ter êxito em melhorar ou incrementar o conhecimento, algum êxito em

melhorar as atitudes, e um êxito pouco frequente em facilitar alterações nos comportamentos e estilos de vida (Tones & Robinson, 1990).

Frasquilho (1998) destaca a necessidade de se considerarem três conjuntos de factores que influenciam o comportamento de saúde, e que podem ser efectivamente modificados pelas intervenções educacionais: (1) os factores predisponentes relacionados com o individuo (valores, crenças, atitudes, percepções, informação, motivação), (2) os factores capacitantes (conhecimentos, competências) e (3) os factores de reforço, de natureza contextual (representações sociais, normas comportamentais, atitudes grupais). Matos (2004) salienta que as estratégias de resposta para a alteração de comportamentos de risco devem incluir o desenvolvimento de competências pessoais e relacionais, assim como a criação de mais envolvimento facilitadores da saúde no sentido da promoção de comportamentos de protecção.

No Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Ministério da Saúde, 2004a), o combate às causas subjacentes às principais doenças relacionadas com os estilos de vida é considerado uma grande prioridade para a acção, e exige que se consagre uma atenção particular a factores como o consumo de álcool e de tabaco, a alimentação, o excesso de peso e a obesidade, a insuficiente actividade física, a má gestão do *stress*, o abuso de drogas, e a factores de natureza socioeconómica, geradores de fenómenos de violência e exclusão social.

6. AS FONTES E OS CENÁRIOS DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

É considerando a necessidade de observar os processos intelectuais, afectivos e culturais dos indivíduos para atingir maior efectividade em termos da mudança comportamentos, e considerando o facto de os programas de Educação para a Saúde não poderem limitar-se a iniciativas que visem informar acerca dos problemas, mas que devem integrar os valores, costumes, modelos e símbolos sociais que levam a formas específicas de condutas e práticas, que assume particular relevo o envolvimento dos vários agentes ou fontes de Educação para a Saúde, e o aproveitamento dos vários contextos ou cenários em que esta pode ser implementada.

A importância da conjugação de esforços e do estabelecimento de parcerias entre os vários agentes que trabalham na promoção da saúde tem sido salientada por

inúmeros autores, entre os quais Ewles e Simnett (2003) que referem que o leque de agentes que podem ser envolvidos neste esforço inclui Organizações Internacionais (e.g. WHO), Governos Nacionais, Serviços Nacionais de Saúde, Organizações Não Governamentais, Serviços privados de saúde, Poder Local (professores, gabinetes de saúde ambiental, trabalhadores sociais), Polícia, Bombeiros, Organizações profissionais e sindicatos, Organizações comerciais e industriais, Comunidade Local e Grupos de Voluntários (e.g. alcoólicos anónimos), Instituições de Ensino (Escolas, Universidades, Institutos Politécnicos...), Empregadores, Igrejas e organizações religiosas e Redes informais (e.g. vizinhos, amigos, familiares...), e os meios de comunicação de massa (Televisão, Rádio, Internet, Jornais, Revistas...).

6.1. A Escola como cenário privilegiado da Educação para a Saúde

Como vem sendo largamente destacado (Costa & López, 1998; WHO, 2001; Aerts *et al*, 2004; Ministério da Saúde, 2004a), a Escola tem sido o principal cenário em que se têm promovido programas e acções de Educação para a Saúde com a pretensão não só de melhorar os conhecimentos dos alunos, mas também as suas práticas de saúde. Existe um amplo acordo acerca da sua importância como cenário privilegiado de Educação para a Saúde, essencialmente pelo potencial que reúne quando consegue assegurar condições saudáveis, tanto no espaço da sala de aula como dentro do espaço escolar, quando consegue promover um ambiente propício à aprendizagem e estimular as relações entre as pessoas, e quando consegue promover a participação e a criatividade dos alunos e entender que a auto-estima e a autonomia são aspectos fundamentais para a promoção da saúde.

É durante os anos escolares que são formadas algumas características da personalidade e diversos aspectos relacionados com a saúde e com os comportamentos de risco, que mais tarde serão determinantes do estado de saúde. Também pelo facto de na maior parte dos países a escolaridade mínima ser obrigatória, ela ocupa uma posição única para a melhoria do estado de saúde dos jovens (Maes & Lievens, 2003). Citando Costa e López (1998, p.44): *“Ningún otro contexto comunitario relacionado con la salud se aproxima a la magnitud de la empresa educativa escolar.”*

O ser humano passa uma longa e importante etapa de sua vida na Escola. Porque a sua missão educativa é complementar à missão da família, ela contribui na construção

de valores pessoais e dos significados atribuídos a objectos e situações, entre os quais a saúde (Aerts *et al*, 2004). De facto, o cenário escolar é o palco fundamental dos jovens pelo menos 9 a 10 anos das suas vidas, 6 a 8 horas por dia. Como tal, provavelmente afecta a sua saúde e bem-estar. E desta perspectiva, pode ser vista como um recurso para, ou um risco para a saúde dos jovens (Samdal *et al*, 2004).

O conceito de Promoção de Saúde Escolar (*Health Promoting School Concept*) não considera a saúde apenas como uma parte do curriculum escolar (a nível da sala de aulas), mas também considera o seu ambiente físico e social, e as influências da comunidade mais abrangente, com especial ênfase na influência dos pais (Maes & Lievens, 2003). A promoção da saúde escolar deve desenvolver-se de forma a proporcionar a integração e reforço mútuo do conjunto de experiências dos jovens, que sejam compatíveis com os objectivos educacionais e com os valores da escola (Nutebean, 1997).

O primeiro alvo destas iniciativas é envolver todos os participantes da comunidade escolar (estudantes, professores, auxiliares de educação, administrativos, pais e serviços de saúde escolar), na identificação de aspectos do ambiente escolar que é necessário melhorar e desenvolver, e na implementação de intervenções com esse fim (ENHPS, 1998). Neste sentido, os alunos devem ser considerados como elementos activos das acções de educação para a saúde e, citando Pereira (2001):

(...) espera-se que cada aluno, enquanto indivíduo, possa participar e construir o seu projecto de vida pessoal, tendo em vista o seu bem estar, bem como ser um agente promotor de saúde no contexto escolar (p.3).

A Promoção da Saúde Escolar, tal como o próprio conceito de saúde e de educação para a saúde, sofreu uma considerável evolução nas últimas décadas.

Durante a década de 70 do século XX, as preocupações parentais sobre o uso de drogas conduziu a intervenções muito específicas com as quais se pretendia advertir as crianças dos perigos do seu uso. Em muitos casos pretendia-se que com uma única intervenção em sala de aula se ‘vacinassem’ os estudantes, imunizando-os contra esse flagelo. Mas as dúvidas levantadas acerca da eficiência de tais intervenções estimularam o aparecimento de uma Educação para a Saúde mais sistemática, com uma aproximação à saúde mais global e positiva, cobrindo muitos tópicos como a prevenção, higiene, segurança, primeiros socorros, entre outros. Mais tarde, os curricula de biologia

alargaram-se e passaram a incluir a dimensão de saúde, principalmente no ensino primário e secundário. Os tópicos mais frequentemente desenvolvidos são a dietética, higiene corporal e oral, a educação sexual com enfoque na contraceção e, especialmente desde o surgimento da SIDA, na prevenção de ISTs (Infecções Sexualmente Transmitidas), e consumo de drogas (Giordan, 2000).

Pretende-se que, no contexto escolar, a educação para a saúde seja cada vez mais uma característica intrínseca da própria escola. Citando Pereira (2001):

A Educação para a Saúde, para além de integrar os currículos das diferentes áreas e disciplinas, vai muito para além disso, pretende «instalar-se» nas relações e interacções que se estabelecem dentro e fora da escola, propõe-se criar os meios para que todos quantos lá vivem e trabalham possam controlar e melhorar a sua saúde física e emocional (p.33).

Hoje considera-se *escola saudável* a que possui um ambiente solidário e propício à aprendizagem, que está envolvida e empenhada no desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favorecedores da saúde e da aprendizagem de comportamentos que permitam a protecção do meio ambiente e conservação de recursos naturais, e na implicação, cada vez maior, da população em projectos de promoção da saúde (Aerts *et al*, 2004).

É do reconhecimento que a educação para a saúde não se deve restringir a um currículo específico, mas antes deve fazer parte de um programa global da escola, que surtem as Escolas Promotoras de Saúde.

6.2. As Escolas Promotoras de Saúde

Em 1991/1992, o Conselho da Europa, a Comissão Europeia e a Delegação Regional para a Europa da Organização Mundial de Saúde criaram a *European Network of Health Promoting Schools* (ENHPS). O que começou por ser um projecto-piloto envolvendo quatro países (República Checa, a Hungria, a Polónia e a Eslováquia), em 1999 era já uma rede que incluía mais de 5.000 escolas, e envolvia 400.000 estudantes em 38 países incluindo, desde Setembro de 1994, Portugal.

Esta rede europeia de escolas promotoras de saúde expandiu-se rapidamente nos últimos anos, principalmente porque os sectores da saúde e da educação viram neste projecto uma iniciativa consolidada, que juntava conhecimento e compreensão (acerca da promoção da saúde nos cenários escolares) a uma flexibilidade que permitia às

escolas determinarem as suas necessidades e desenvolverem os seus próprios esforços no sentido de as satisfazer, numa relação de rede em que a parceria era tanto um método como um objectivo (Burgher *et al*, 1999).

O principal objectivo desta rede é melhorar e proteger o bem-estar de alunos, professores, pessoal não docente e da comunidade mais abrangente. As Escolas Promotoras de Saúde comprometem-se a si próprias promover a saúde, tornando mais seguros e saudáveis os seus ambientes sociais e físicos (ENHPS, 1998).

A ENHPS desenvolve projectos em cinco categorias diferentes e em que, ao contrário do que se verifica nos tradicionais programas de educação para a saúde que focam assuntos únicos e de forma isolada, procura tratar os temas de forma integrante. As duas primeiras categorias relacionam-se com a melhoria do ambiente físico das escolas e com o desenvolvimento de programas direccionados aos tópicos relacionados com a saúde (nutrição, ambiente, tabaco, álcool e outras drogas, educação sexual e prevenção de ISTs, sociedade multicultural, etc...). A terceira refere-se à edificação da democracia nas escolas, procurando aumentar a independência e liberdade de acção dos alunos, criar relações mais igualitárias entre eles e o pessoal escolar, e dando-lhe voz na tomada de decisões relacionadas com a organização das actividades. Os alunos aprendem como expressar as suas opiniões, escolhem e trabalham juntos na prossecução de objectivos comuns, ajudam-se mutuamente perante a evidência de problemas comuns, aprendem mais activamente e tornam-se mais activos no papel que desempenham com os professores e outro pessoal escolar. Isto implica um trabalho de capacitação dos alunos em habilidades necessárias para fazerem o melhor uso da sua liberdade, e requer novas capacidades do pessoal escolar e alterações nos curricula e administração da escola. Deste modo, as duas ultimas categorias de actividades incluem o desenvolvimento de políticas e de materiais para o treino dos professores, e as actividades de treino, quer em tópicos relacionados com a promoção e educação para a saúde, quer em áreas da comunicação, ensino e métodos de aprendizagem, e cooperação com os pais (Burgher *et al*, 1999).

6.3. A Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde

Em 2001, quatro anos após se decidir alargar o projecto-piloto da Rede Europeia das Escolas Promotoras de Saúde, em Portugal a Rede Nacional de Escolas Promotoras

de Saúde (RNEPS) integrava quase 2000 estabelecimentos de educação e cerca de 259 centros de saúde. E no ano lectivo 2001/02 incluía 3407 escolas e jardins-de-infância (35% da população estudantil) e 265 centros de saúde (74% do total de centros de saúde).

De facto, de 1999/2000 para 2000/2001 as escolas integradas na RNEPS aumentaram em 154%. Segundo dados do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Ministério da Saúde, 2004a), no ano lectivo 2001/02, 84% dos Centros de Saúde existentes em Portugal fizeram Saúde Escolar. Esta actividade foi desenvolvida em 4.188 (78%) Jardins-de-infância, 7.744 (84%) Escolas do Ensino Básico e Secundário e 82 (43%) Escolas Profissionais.

A importância das escolas na Promoção da Saúde parece incontestável. Na Suécia, por exemplo, verificou-se a partir dos anos 80 do século passado, e prolongando-se ao longo da década de 90 do mesmo século, uma tendência para a deterioração dos comportamentos dos adolescentes. Esta deterioração deveu-se, entre outros factores, ao agravamento da economia, que envolveu as escolas e conduziu a uma diminuição considerável do investimento em serviços de saúde escolar e em instalações escolares. As turmas tornaram-se maiores, a disponibilidade dos professores para falarem com os alunos fora das salas de aula desapareceu na maioria das comunidades escolares, e os professores de apoio especial começaram a rarear. Por outro lado, o apoio dado depois das aulas foi restringido às crianças mais jovens (Berg-Kelly, 2003).

Não obstante a sua reconhecida importância, é necessário ser realista acerca do que se pode esperar das Escolas enquanto Promotoras de Saúde, e não contribuir para o mito de que elas podem, por si só, resolver os problemas de saúde da sociedade.

As escolas não estão melhor equipadas para produzir alterações massivas de comportamentos de saúde do que o estão para o fazer em relação a outros comportamentos social e ambientalmente determinantes, como a violência. Nem as Escolas podem compensar a pobreza, a falta de condições dignas de habitação, ou a vida familiar disfuncional (Nutebean, 1997). A investigação acerca da forma como o ambiente social da escola pode contribuir para a etiologia dos comportamentos de saúde dos jovens é escassa e por vezes inconsistente. A vida diária na escola provavelmente afecta a saúde e bem-estar dos jovens, mas a natureza exacta desta relação não é clara e

não podem ser tiradas conclusões definitivas (Maes & Lievens, 2003; Aveyard *et al*, 2004; Samdal *et al*, 2004).

Também interessa considerar que a vivência da experiência escolar varia muito entre os indivíduos. As crianças mais velhas tendem a gostar menos da escola, a perceber o seu desempenho como pobre e a sentirem-se mais pressionados com o trabalho escolar, apesar do apoio que sentem da parte dos colegas/amigos ser bom e similar ao longo dos diferentes escalões etários. É mais provável as raparigas gostarem da escola e terem um forte sentimento de realização, do que os rapazes, mas por outro lado sentem-se mais pressionadas com o trabalho escolar (Morgan, 2004). E para que a escola seja efectiva na promoção da saúde, é necessário que os alunos se sintam envolvidos, integrados e identificados com os seus objectivos.

6.4. A Família

A saúde dos adolescentes é condicionada, em grande medida, pelo ambiente familiar que lhes satisfaz as necessidades imediatas e básicas de abrigo, alimentos, educação, cuidados de saúde e valores morais e espirituais necessários à formação do carácter. Citando a *World Health Organization* (WHO, 2001):

À família, apoiada pela comunidade e pelo ambiente multisectorial mais alargado, cabe a responsabilidade primeira pelo desenvolvimento saudável dos adolescentes. Os valores eternos do respeito pela verdade e pela dignidade humana, tal como são transmitidos no seio da família e, em geral, pelos modelos do papel social, permitem que muitos adolescentes se desenvolvam como membros bem ajustados à sociedade (p.1).

Segundo Costa e López (1998), a família é o contexto de socialização primária por excelência, onde muito precocemente se enraízam e desenvolvem os hábitos, costumes e rotinas de saúde, e também os riscos e condições de insegurança. Por isso a competência parental, através do treino e capacitação, tem sido uma das estratégias preventivas mais utilizadas para assegurar que as crianças cresçam e se desenvolvam em condições saudáveis e com hábitos e costumes também saudáveis.

Dados relativos à sociedade francesa e referidos por Braconnier e Marcelli (2000), destacam o facto de os pais serem os interlocutores privilegiados dos adolescentes para os problemas de saúde. Em família fala-se de questões relacionadas com a SIDA (para 50,6% dos adolescentes), consumo de tabaco (49%), de álcool

(41,2%) e de drogas (40,9%), e também de gravidez (40%) e de sexualidade (33%). Segundo os autores, estes dados refutam, de certo modo, a ideia de que o diálogo entre os adolescentes e os pais não existe, mesmo quando em certas famílias são confrontados com pais pouco informados, indiferentes ou até hostis. Também Pederson *et al* (2004) referem que são mais os adolescentes que consideram fácil falar com os pais acerca de coisas que os preocupam, do que aqueles que acham difícil.

6.5. Os Meios de Comunicação de massas

O papel dos meios de comunicação de massas na educação para a saúde em particular, e na promoção da saúde em geral, não é interpretado de forma consensual. Por um lado é criticado pelo facto de se constituírem canais de propaganda, por outro lado é elogiado pelo seu potencial de persuasão de pessoas em grande escala (Dias *et al*, 2004).

A WHO (2001) destaca o seu papel na promoção da saúde e refere que a televisão, a rádio e outros *media* de entretenimento alcançam uma elevada percentagem dos adolescentes das zonas urbanas, e têm potencialidades para chegar junto das zonas rurais. Salienta ainda o papel dos meios de comunicação informais sob a forma de entretenimento, como as peças de teatro, que se têm revelado eficazes para informar e apresentar problemas sensíveis aos jovens em geral e, particularmente, aos que se encontram fora das escolas.

A Carta Europeia de Ambiente e Saúde que resultou da 1ª Conferencia Europeia sobre Ambiente e Saúde – Frankfurt 7-8 Dez 1989 (WHO, 1989), a respeito da comunicação social e saúde salienta no ponto 7, dos Direitos e Responsabilidades, que os grandes meios de comunicação social desempenham um papel chave na promoção da consciencialização, bem como na promoção de atitudes positivas, face à protecção da saúde e do ambiente. Têm responsabilidade na informação adequada e exacta, devendo ser encorajados a comunicar, eficazmente, esta informação ao público.

Não obstante a informação divulgada ser frequentemente considerada pelos profissionais de saúde e pela comunidade científica como pouco credível, viciada e desajustada, e a apatia e ileteracia do público em geral constituir uma forte barreira ainda não completamente ultrapassada, os meios de comunicação de massas constituem

importantes fontes de informação, e são percebidas pelas pessoas como críveis, actualizadas e valiosas (Dias *et al*, 2004).

Em Abril de 2000, nos Estados Unidos, investigadores na área dos meios de comunicação de massas, da educação e da saúde pública, trabalharam em conjunto numa conferencia subordinada ao tema “*Setting Research Directions for Media Literacy and Health Education*”, no sentido de medir o impacto de intervenções direccionadas às ameaças de saúde dos jovens, de estimular a evidência descritiva sobre o crescimento e natureza da literacia em meios de comunicação de massas (*Media Literacy*), e de iniciar uma apreciação mais completa e ampla das conexões interdisciplinares entre os campos de estudos de meios de comunicação de massas, da educação e da saúde pública (Center for Media Studies, 2000). Nesta conferência foi amplamente reconhecida a importância da exposição aos meios de comunicação de massas na formação de atitudes, percepções e comportamentos nas crianças e nos jovens, e salientou-se que, nos Estados Unidos, os profissionais de saúde têm vindo de forma crescente a adoptar intervenções nestes meios (nomeadamente na televisão, cinema, musica, jornais e revistas, jogos de vídeo e Internet), como forma de abordar variadas ameaças à saúde das crianças e adolescentes. O valor dos meios de comunicação de massas para mudar percepções e atitudes ao redor das escolhas de estilo de vida, incluindo comportamento agressivo, nutrição, consumo de álcool, tabaco e droga, uso de cinto de segurança entre outros, tem sido enfatizado.

Em Portugal, a Lei da Televisão (Lei n.º 32/2003), no seu Artigo 47.º, relativamente às obrigações específicas dos operadores que actuem ao abrigo de concessão do serviço público de televisão, salienta na alínea j do ponto 2, que a estes operadores incumbe, entre outras, ceder tempo de emissão à Administração Pública, com vista à divulgação de informações de interesse geral, nomeadamente em matéria de saúde e segurança públicas. Também a Lei da Rádio (Lei n.º 4/2001), não obstante ser mais lata no que se refere a questões relacionadas com a saúde, considera no seu Artigo 9.º relativo aos fins da actividade de radiodifusão que, entre outros, constituem fins dos serviços de programas generalistas de radiodifusão, no quadro dos princípios constitucionais vigentes, contribuir para a formação do público, favorecendo o reconhecimento da cidadania enquanto valor essencial à democracia. Neste contexto entendemos que a literacia em saúde assume particular importância para o exercício da cidadania, aspecto que desenvolveremos mais adiante.

6.6. Os Serviços Sociais e de Saúde

Os Serviços Sociais e de Saúde são considerados contextos de grande interesse para a Educação para a Saúde, cujas acções se desenvolvem a partir dos Centros de Saúde, Hospitais e outras instituições, e adquirem uma importância particular pela maior vulnerabilidade das crianças e adolescentes que a eles recorrem, e pelo impacto que têm no futuro e posterior desenvolvimento saudável (Costa & López, 1998). Mas interessa ter em consideração que a questão do acesso dos adolescentes a estes serviços ainda constitui um aspecto que merece uma reflexão profunda pois, tal como é citado pela *World Health Organization* (WHO, 2001):

Os adolescentes não têm acesso, não utilizam de modo adequado os serviços de saúde disponíveis devido à falta de directrizes e orientações e não beneficiam dos progressos alcançados nas tecnologias da medicina e da saúde. Não dispõem de informações correctas sobre os serviços existentes nem têm os necessários meios económicos e sociais que lhes dêem a possibilidade de tomar decisões esclarecidas para proteger a própria saúde (p.4).

6.7. Outras Fontes e Cenários de Educação para a Saúde

Outras fontes e cenários, onde potencialmente se desenvolvem acções de Educação para a Saúde, incluem os Serviços Sociais, os pares e a comunidade em sentido lato. Estes cenários podem promover a saúde e o bem-estar dos adolescentes, proporcionando-lhes um ambiente indutor do desenvolvimento sanitário ou, pelo contrário, podem originar condições perigosas e hostis, prejudiciais à saúde e ao desenvolvimento (WHO, 2001).

No caso específico do grupo de pares, estes são frequentemente vistos como um mecanismo através do qual os comportamentos relacionados com a saúde dos jovens podem ser influenciados. Settertobulte e Matos (2004), referem que o grupo de pares afecta decisivamente os comportamentos e atitudes de saúde pela influência e reforço que exerce sobre as normas e valores, estabelecendo uma identidade social e cultural e conferindo modelos de comportamentos. Salientam ainda que, numa perspectiva de saúde, esta influência é complexa, podendo promover quer comportamentos de risco, quer comportamentos protectores.

Em Portugal, não obstante o longo caminho a percorrer, várias iniciativas comprovam o reconhecimento da importância da Educação para a Saúde como estratégia de promoção da saúde. Estas passam pela Lei de Bases do Sistema Educativo que possibilita a inclusão nos planos curriculares do ensino básico de uma área de formação pessoal e social focalizada na Educação para a Saúde (Lei n.º 115/97, de 19 de Setembro), pela introdução da Educação Sexual nas escolas (Lei n.º 120/99 de 11 de Agosto), pela adesão das escolas à Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde, e até pelo papel desempenhado pelos meios de comunicação de massas, onde se destacam quer as publicações periódicas, quer os artigos de jornalismo científico na área da saúde, os programas televisivos, as campanhas direccionadas e os canais temáticos entretanto surgidos.

Nos esforços efectuados para melhorar a saúde das pessoas, contexto onde as práticas e comportamentos determinantes da saúde têm relevo especial, parece-nos fundamental a integração da Educação para a Saúde numa perspectiva Ciência, Tecnologia e Sociedade (CTS), onde o incremento de níveis de literacia científica em geral e de literacia de saúde em particular, se assumem como vectores essenciais.

7. EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E CIDADANIA

Como âmbito social do conhecimento e da prática, a Educação para a Saúde é objecto de debate e controvérsia. Não se discorda dos seus bons propósitos, mas debate-se a questão dos seus limites, do seu campo de intervenção, onde começa e onde acaba. A este facto não é alheia a imprecisão que ainda encerram os conceitos de saúde, de qualidade de vida ou de bem-estar. Por outro lado, é difícil dizer quando determinada prática pedagógica entra na categoria da Educação para a Saúde, ou quando uma prática de educação sanitária deixa de ser Educação para a Saúde e passa a ser uma prática educativa diferente (Costa & López, 1998). Não obstante, parece claro que a educação é vital para a saúde. Pessoas com baixos níveis de educação em crianças têm maior probabilidade de ter uma saúde pobre em adultos, e promovendo a educação para todos está-se a combater uma das causas das desigualdades em saúde (Departement of Health, 1999).

A literacia científica em geral, e a literacia em saúde em particular, são fundamentais para o pleno exercício da cidadania, aspecto de particular importância na construção de sociedades mais igualitárias.

7.1. A literacia científica, a literacia em saúde e a cidadania

A difusão científica vem sendo apontada como instrumento, e mesmo como movimento social, capaz de intermediar o fortalecimento da cidadania e a melhoria da saúde das populações (Bizzo, 2002).

Um cidadão literado cientificamente é aquele que usa conceitos e procedimentos científicos e se guia por valores na tomada de decisões no dia-a-dia ao interagir com os outros e com o ambiente, que compreende as inter-relações ciência-tecnologia e outras dimensões da sociedade como a económica e a social (OCDE, 2004). A literacia científica, entendida como a capacidade de usar conhecimento científico para identificar questões, para estabelecer conclusões a partir de provas, com a intenção de compreender e ajudar a tomar decisões sobre o mundo natural e sobre as modificações nele operadas pela actividade humana, reveste-se de grande importância na educação para a saúde.

Segundo Kickbusch (2001), são bem conhecidos e investigados os múltiplos efeitos positivos da educação e literacia (em geral) na saúde das populações. Mas, apesar da literacia geral ser um importante determinante de saúde, não é suficiente para fazer face aos grandes desafios que as sociedades mais desenvolvidas ou em vias de desenvolvimento enfrentam.

O conhecimento científico deve ser formalizado e objectivado para uma forma de difusão que possa ocorrer na educação para saúde em instituições de cuidados de saúde, nas escolas (por exemplo, no ensino de ciências) ou noutros contextos. Neste processo mantém-se a exigência de precisão, profundidade, explanação de mecanismos de doença e metabólicos, clareza e actualidade (Bizzo, 2002).

A literacia em saúde foi definida pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1998a) como o conjunto de habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e capacidade dos indivíduos para aceder, compreender e usar informação como forma de promover e manter uma boa saúde. Para Kickbusch (2001), esta forma de literacia assume uma importância crescente no desenvolvimento social, económico e

da saúde das sociedades actuais. Um índice de literacia em saúde poderia tornar-se um importante indicador do resultado da promoção de saúde e das actividades de prevenção, poderia documentar as competências de saúde e as capacidades da população de um determinado país, comunidade ou grupo, e poderia ser relacionado com um conjunto de resultados económicos, sociais e de saúde.

De facto, o pouco questionamento da população em geral face às questões de saúde deve-se, frequentemente, à sua baixa literacia em saúde (Bizzo, 2002). O analfabetismo funcional em saúde (*functional health illiteracy*) é, para Erlen (2004), uma inaptidão silenciosa que afecta milhões de pessoas e requer a atenção dos profissionais de saúde. Segundo esta autora, a inadequada literacia em saúde levanta questões éticas porque é uma barreira para os cuidados de saúde, na medida em que pode tornar os utentes menos cooperativos, menos activos na prática de medidas preventivas, e incapazes de tomar decisões relacionadas com saúde, ou até levá-los a tomar decisões que afectam negativamente a sua saúde.

Apesar da importância que se lhe reconhece, apenas no ano 2000, e pela primeira vez, foi incluído dentro dos objectivos nacionais no âmbito da saúde nos Estados Unidos, publicados pelo *Department of Health and Human Services*, um objectivo para melhorar a literacia em saúde. Este objectivo foi integrado num capítulo dedicado à Comunicação de Saúde, e era muito geral - melhorar a literacia em saúde de pessoas com inadequadas ou marginais habilidades de literacia em geral. Não apresentava, contudo, nenhuma medida estabelecida de literacia de saúde para ser usada na monitorização do progresso em relação a este objectivo (Department of Health and Human Services, 2000).

Tal como a literacia científica, também a literacia em saúde é fundamental para que as pessoas integrem a promoção da saúde no exercício da sua cidadania. Citando Merchán-Hamann (1999):

Pensamos que há a possibilidade de criar uma prática democrática da educação para a saúde que eduque na contemplação e valorização da diversidade e que confira poder aos sujeitos com base na busca permanente de valores de cidadania e da construção de uma sociedade mais justa (p.91).

7.2. A perspectiva Ciência, Tecnologia e Sociedade na Educação para a Saúde

Num cenário em que o desenvolvimento constitui uma ameaça à saúde individual e colectiva das pessoas, quer pelo estilo de vida que “impõe”, quer pela poluição que produz e recursos que esgota, é imperativo enquadrar a saúde individual como resultante da saúde colectiva e de um modelo de vida e desenvolvimento, que está dependente das opções políticas e económicas ao nível do governo das sociedades.

Como é referido por Silva (2002), a promoção da saúde em geral e a educação para a saúde em particular, não podem ser encaradas apenas como tarefas individuais e isoladas, mas antes como tarefas de cidadania organizadas, em que se verifique a participação activa dos cidadãos nos processos de decisão, e de responsabilidade governativa.

Parece imprescindível uma participação mais activa e global das populações na promoção da saúde. Mas para que esta participação possa ser efectiva, há que as tornar capazes de tomar decisões fundamentadas acerca do que é melhor para o seu bem-estar individual e colectivo.

As últimas décadas do século XX tornaram mais evidente a crise da visão tradicional da ciência e da tecnologia como entidades isoladas das controvérsias sociais. O aparecimento de uma orientação académica que reclama a contextualização social da tecnologia e da ciência, tem vindo a coincidir com o crescente questionamento social da autonomia do desenvolvimento tecnológico e da supremacia dos especialistas na tomada de decisões sobre esse desenvolvimento tecnológico (Santos, 1999; Gordillo *et al*, 2000).

A expressão “Ciência, Tecnologia e Sociedade” (CTS) define um campo de trabalho académico cujo objecto de estudo é constituído pelos aspectos sociais da ciência e da tecnologia, tanto no que concerne aos factores sociais da ciência que influem na mudança científico-tecnológica, como no que diz respeito às suas consequências sociais e ambientais (Bazzo *et al*, 2003). Este movimento, ou perspectiva, alcançou um elevado grau de desenvolvimento quer a nível académico, orientando estudos sobre tecnologia e ciência socialmente contextualizados, quer a nível do activismo social, suportando a legitimação de posições críticas à ideia de que qualquer avanço tecnológico e científico será socialmente positivo e, logo, aceite à

priori pela opinião pública (Gordillo *et al*, 2000). Um dos seus principais objectivos é, citando Santos (1999):

(...) o desenvolvimento de uma cidadania individual e social para lidar com problemas que têm dimensões científicas e tecnológicas, num contexto que se entende para além do laboratório e das fronteiras das disciplinas (p.25).

A democracia pressupõe que também os cidadãos, e não apenas os seus representantes políticos, tenham a capacidade de entender alternativas e, entendendo-as, expressar opiniões e tomar decisões bem fundamentadas. Nesse sentido, o objectivo da educação em CTS é a alfabetização para propiciar a formação de amplos segmentos sociais de acordo com a nova imagem da ciência e da tecnologia, que emerge ao ter em conta o seu contexto social (Bazzo *et al*, 2003), e prepará-los melhor para lidar com as realidades da vida actual (Silva, 1999).

Também em Educação para a Saúde estes princípios nos parecem fundamentais, na medida em que é importante tentar juntar Saúde e Sociedade com tópicos como violência, problemas sanitários, ou controvérsias científicas que envolvam, por exemplo, os alimentos, o ambiente, a poluição, os medicamentos, as drogas.

A Educação para a Saúde requer que se processem, de forma progressiva, aproximações interdisciplinares relacionando a educação ambiental e educação para a cidadania (Giordan, 2000). Conhecendo melhor suas próprias condições de saúde (incluindo as causas e consequências), os indivíduos poderão actuar como agentes do seu próprio desenvolvimento, e não apenas como receptores passivos de ajuda, pois a mera prescrição de comportamentos ou atitudes torna-os mais dependentes, por vezes com perda da própria autonomia (Bizzo, 2002).

Ao analisarmos as cinco fases que, segundo Bazzo *et al* (2003), as unidades curriculares CTS contemplam, quer estejam integradas em programas já estabelecidos em ciência, tecnologia e engenharia, em ciências sociais ou em cursos de artes e línguas, quer estejam estruturadas como cursos independentes, podemos verificar a sua importância e potencial na literacia em saúde, e particularmente na responsabilização individual pela promoção da saúde colectiva. As cinco fases a que estes autores se referem são (1) a formação de atitudes de responsabilidade pessoal em relação ao ambiente e à qualidade de vida; (2) a consciencialização quer do conteúdo científico-tecnológico, quer dos efeitos das diferentes opções tecnológicas sobre o bem-estar dos

indivíduos e o bem-estar comum; (3) a consideração dos factores científicos, tecnológicos, éticos, económicos e políticos na tomada de decisões; (4) a acção individual e social responsável, orientada a levar para a prática o processo de estudos e tomada de decisões, geralmente em colaboração com grupos comunitários; e (5) a generalização e considerações mais amplas de teoria e princípio, incluindo a natureza “sistémica” da tecnologia e dos seus impactos sociais e ambientais, a formulação de políticas nas democracias tecnológicas modernas, e os princípios éticos que possam guiar o estilo de vida e as decisões políticas sobre o desenvolvimento tecnológico.

* *
*

Neste capítulo foram abordados alguns aspectos ligados à educação para a saúde, com ênfase especial nos seus objectivos e potencial como estratégia para mudar práticas e comportamentos. Foram também abordadas as fontes e cenários privilegiados para a educação para a saúde, bem como a sua importância no desenvolvimento da cidadania. No capítulo seguinte deste trabalho iremos contextualizar estes aspectos, com enfoque nas práticas e comportamentos de saúde, a um grupo específico, o dos adolescentes e jovens.

CAPÍTULO II

A SAÚDE DOS ADOLESCENTES E JOVENS

Não obstante a adolescência ser uma fase crucial para um desenvolvimento da saúde conducente a uma população saudável, nem por isso se verifica uma melhoria dos indicadores de saúde nesta faixa da população, nomeadamente no que diz respeito às taxas de mortalidade e de morbilidade. As práticas e comportamentos determinantes de saúde, que integram os estilos de vida dos adolescentes e jovens, parecem ter um papel determinante neste facto. As características desta fase de desenvolvimento com transformações fisiológicas, cognitivas e sócio-afectivas notórias, associadas à descoberta da identidade, não deverão pois ser menosprezadas na identificação dos factores (de risco e protecção) que influenciam as opções comportamentais para a saúde.

1. A ADOLESCÊNCIA E A JUVENTUDE

A adolescência é definida como um período de transição entre a infância e a idade adulta, que se caracteriza por alterações fisiológicas rápidas e objectivas, tais como um crescimento rápido, maturação do sistema reprodutor e alterações no aspecto

físico. Nesta passagem da dependência da infância para a interdependência da idade adulta, ao longo de um processo de maturação progressiva, ocorre um significativo desenvolvimento psicossocial, em particular nos aspectos emocionais, intelectual e espiritual (WHO, 2001). Biologicamente é marcada pelo começo da puberdade, cujo momento preciso depende do instrumento de medida ou do critério adoptado. Nas raparigas o início da menstruação (menarca) é um sério indicador, tal como o é, nos rapazes, o momento da primeira ejaculação (espermarca). Acontece mais tarde nos rapazes do que nas raparigas. Depois deste período os adolescentes tornam-se sexualmente maduros e podem potencialmente tornar-se pais (Smith *et al*, 2001).

Nesta fase ocorre um conjunto de modificações neuro-endócrinas, imperceptíveis para o adolescente e para aqueles com quem priva, e que se traduzem em manifestações morfológicas, funcionais e de comportamento com significado psicológico e social importante (Gaspar, 1999).

A adolescência, tal como a conhecemos hoje, é uma realidade histórica relativamente recente que surge em meados do século XIX, altura em que o controle das famílias sobre as crianças se estendeu até ao casamento. Esta actual concepção representa o produto de um maior prolongamento temporal entre a maturidade biológica e o assumir de papéis sociais de adulto (Braconnier & Marcelli, 2000, Prazeres, 2002). Alguns autores afirmam mesmo que a representação de uma “juventude”, que se constitui como grupo autónomo, contestatário ou marginal relativamente ao mundo adulto, é ainda mais recente, só sendo detectável depois da Segunda Guerra Mundial. Hoje, a adolescência é considerada “(...) *uma etapa do desenvolvimento humano, que pressupõe a passagem de uma situação de dependência infantil para a inserção social e a formação de um sistema de valores que definem a idade adulta*” (Sampaio, 1994, p.241).

As alterações físicas decorrentes da puberdade têm efeitos psicológicos. O adolescente começa a tomar consciência do seu desenvolvimento sexual e das alterações a nível do tamanho e forma do corpo, tom de voz, textura da pele e pêlos faciais e corporais que lhe estão associados (Gaspar, 1999). Nesta fase é natural que tenham dúvidas, que podem assumir a forma de sentimentos de perplexidade e preocupação face ao corpo em mudança (elegância, beleza, acne, etc...), de comparação com os outros jovens, de timidez e insegurança (Marques *et al*, 2000).

Apesar de ser relativamente fácil determinar o início da adolescência, fazendo-o coincidir com o início da puberdade, já é mais difícil dizer quando é que esta termina.

Segundo Claes (1990), a adolescência termina com a entrada do indivíduo na sociedade dos adultos, e salienta que, apesar do acesso ao estatuto adulto não estar definido por critérios precisos e unanimemente reconhecidos, um certo número de acontecimentos marcam esta passagem, como sejam o entrar no mercado de trabalho, deixar a casa familiar ou comprometer-se numa vida de casal.

Tavares e Alarcão (1992) delimitam a fase da adolescência ao período compreendido entre os 11/12 anos e os 19/21 anos, mas salientam o facto de este tender a prolongar-se na sociedade actual. Consideram na adolescência três períodos distintos: (1) fase inicial – puberdade ou pré-adolescência e que se situa entre os 11 e os 14 anos; (2) fase intermédia – adolescência propriamente dita e que se situa aproximadamente entre os 13 e os 16 anos; e (3) fase final – a juventude, que se situa aproximadamente entre os 15 e os 21 anos.

Nos textos anglo-saxónicos são comuns os termos como *late adolescents*, *middle adolescents* e *early adolescents*, traduzidos frequentemente por “adolescentes finais”, “adolescentes médios” e “adolescentes iniciais” respectivamente. Já a *World Health Organization*, segundo Prazeres (2002), considera, na maioria dos documentos, a adolescência e a juventude como os períodos da vida que medeiam entre os 10 e os 19 anos e entre os 15 e os 25 anos, respectivamente.

De acordo com Tavares e Alarcão (1992), na fase inicial da adolescência a estrutura da personalidade parece ser determinada essencialmente pela componente física, somática, orgânica, em que as transformações são mais ou menos aceleradas e a instabilidade do comportamento se manifesta, por vezes, de uma forma brusca e agressiva na procura e na afirmação da sua própria identidade, com repercussões mais ou menos profundas nos diferentes aspectos da sua personalidade. Já na fase intermédia, começa a emergir o adolescente intelectual e idealista, verificando-se uma transição do exercício operativo de uma inteligência concreta para uma inteligência formal e abstracta, através da qual o adolescente procura afirmar a sua identidade de adulto no domínio do pensamento e das ideias. É nesta fase que os aspectos cognitivos começam a emergir como determinantes na estrutura da personalidade do indivíduo e a condicionar todo o seu comportamento. E na fase final, referem ainda, está em jogo o corte de tudo

aquilo que lhe resta de criança e que mantém ainda o adolescente ligado aos pais, como sejam o sentimento de segurança e protecção, e também laços afectivos.

Nesta fase, a juventude, aproxima-se a entrada em pleno no mundo dos adultos e, de acordo com Prazeres (1998), a relação da dependência estreita da família passa a ser “temperada” por outras referências centradas no grupo de pares e noutros adultos fora do contexto familiar, referencias essas que se tornam cada vez mais significativas.

Ao longo deste ciclo, o individuo modifica a representação que tem de si próprio e dos outros, e constrói a sua identidade psicossocial que traduz a progressiva elaboração do “*eu*” (do inglês *self*) que, segundo Claes (1990) é caracterizada pela: (1) aquisição de uma continuidade temporal do “*eu*”, que assume o passado da infância e detém as capacidades de projecção no futuro; (2) afirmação de um “*eu*” que se demarca das imagens parentais interiorizadas; e (3) comprometimento em escolhas que garantem a coerência do “*eu*”, principalmente através de opções profissionais, da polarização sexual e do comprometimento ideológico.

Os jovens tendem a criar grupos de pertença que desenvolvem subculturas próprias, diversificam as personalidades de culto, e fazem proliferar estilos de vida díspares, não obstante o contexto social contemporâneo poder induzir a massificação de ideias e de comportamentos (Prazeres, 2002). É nas práticas e comportamentos que integram os estilos de vida assumidos, que residem os principais determinantes da sua saúde individual e colectiva, com um grande impacto ao longo da vida.

2. AS PRÁTICAS E OS COMPORTAMENTOS DOS ADOLESCENTES E JOVENS

Em contraste com que se verifica para outros grupos, a morbidade e mortalidade verificada no escalão etário dos 10 aos 25 anos nos países ocidentais não tem decrescido nas últimas décadas. Por ser considerada uma faixa etária saudável devido às baixas taxas de mortalidade e morbidade, este grupo foi tendencialmente considerado como de baixa prioridade para as intervenções relacionadas com a saúde (Raphael, 1996; Lee & Tsang, 2004).

Actualmente, devido a uma melhor compreensão da adaptação às mudanças a que os adolescentes estão sujeitos, alterou-se a percepção de que estes são, por norma,

saudáveis. Citando a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2001) ao referir-se à saúde dos adolescentes:

É evidente que são vulneráveis e que se encontram em risco face à morbilidade e à mortalidade. A má saúde dos adolescentes é muitas vezes fruto de ambientes insalubres, de sistemas inadequados de apoio à promoção de estilos de vida saudáveis, da falta de informações correctas e de serviços de saúde insuficientes ou desajustados (p.1).

A adolescência é um período de tremendas alterações nos contextos físicos e psicológicos, económicos e sociais dos comportamentos de saúde (Gabhainn, 2004). E os padrões de comportamentos que se estabelecem precocemente são frequentemente mantidos durante a idade adulta (WHO, 2001; Gabhainn, 2004; Torsheim *et al*, 2004).

Na perspectiva das ciências sociais, a saúde dos adolescentes é considerada de duas formas: como uma transição bem sucedida e como uma capacidade de enfrentar o meio com sucesso e bem-estar (*successful coping*). Já na perspectiva mais tradicional da saúde o enfoque é colocado na ausência de morbilidade e mortalidade, e ainda no desenvolvimento de estilos de vida saudáveis e na evitação de comportamentos de risco (Raphael, 1996).

Sendo a saúde um recurso, o investimento em saúde pública é um tema não apenas de prevenção ou cura de doenças, mas também de capacitação das pessoas para funcionarem de modo óptimo face às exigências e desafios. E na adolescência a saúde é um recurso particularmente importante na medida em que uma saúde pobre pode ter a longo prazo efeitos negativos (WHO, 2001; Gabhainn, 2004; Torsheim *et al*, 2004).

Os jovens precisam de lidar com vários desafios durante a sua transição para a vida de adultos. Estarem de boa saúde – fisicamente, emocionalmente e socialmente – ajuda-os a lidar produtivamente com as suas mudanças. Promover a saúde dos jovens pode trazer, a longo prazo, benefícios individuais e sociais (Torsheim *et al*, 2004).

Na investigação dos comportamentos de saúde dos jovens, o *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study* é um estudo considerado ímpar porque, para além de monitorizar a saúde e os comportamentos de saúde ao longo do tempo e em vários países, investiga o contexto familiar, o ambiente escolar, os pares, e o ambiente socioeconómico no qual eles crescem, para compreender que factores moldam e influenciam a sua saúde e os seus comportamentos de saúde (Currie & Roberts, 2004).

O estudo HBSC teve o seu início em 1983/1984 na Inglaterra, Finlândia, Noruega, Áustria e Dinamarca, e o seu mais recente relatório é relativo aos anos 2001/2002 e envolve 35 países, incluindo Portugal que iniciou a sua participação em 1997/1998. Neste estudo (2001/2002) participaram 162 306 adolescentes com idades entre os 11 e os 15 anos. Destes, 2940 eram Portugueses (1419 rapazes e 1521 raparigas).

Nos Estados Unidos foram identificados seis comportamentos de risco, adoptados pelos adolescentes e jovens, e que de certo modo podem justificar o facto de não se verificarem decréscimos nas taxas de morbilidade e mortalidade neste grupo. Esses comportamentos de risco incluem danos não intencionais (acidentes) e violência, consumo de tabaco, de álcool e uso de outras drogas, comportamentos sexuais e comportamentos dietéticos insalubres, e inactividade física (Christopherson & Jordan-Marsh, 2004). O mesmo padrão é observado na maioria dos países europeus (European Commission, 2003; Currie & Roberts, 2004; Ministério da Saúde, 2004b).

Esta situação abrange também Portugal, país onde se verifica um aumento dos comportamentos de risco entre os jovens, nomeadamente do sedentarismo, desequilíbrios nutricionais (particularmente importante entre as raparigas), condutas violentas (particularmente importante entre os rapazes), da maternidade e paternidade precoces (em particular, em adolescentes com menos de dezassete anos), de comportamentos potencialmente aditivos (nomeadamente álcool, tabaco e drogas ilícitas) e também um aumento da morbilidade e mortalidade por acidentes. Estes são, inclusive, a principal causa de morte nas crianças e jovens a partir do primeiro ano de vida. Determinam também um número muito elevado de anos potenciais de vida perdidos e geram um grande número de jovens com deficiência, cujos custos económicos e psicossociais são difíceis de calcular (Ministério da Saúde, 2004b).

É com base nestes dados que passamos a descrever as práticas e comportamentos dos adolescentes e dos jovens, nomeadamente em relação ao comportamento sexual, rodoviário, alimentação, hábitos de sono, actividade física, consumo de álcool, tabaco e outras drogas. Apresentaremos dados de estudos internacionais e destacamos a situação relativa a este grupo etário em Portugal.

2.1. Comportamento sexual

A sexualidade é uma dimensão humana eminentemente relacional e íntima, com uma vertente emocional muito forte, e é essencial na formação da identidade global, do auto-conceito, da auto-estima e, de forma geral, do bem-estar físico e emocional dos indivíduos (Marques *et al*, 2000).

A saúde sexual pode ser descrita nos adolescentes como a integração positiva dos aspectos físicos, emocionais, intelectuais e sociais da sexualidade. Neste período, o desenvolvimento da sexualidade envolve alterações físicas associadas à puberdade, alterações psicológicas e acontecimentos interpessoais. Aprenderem a sentir-se confortáveis com eles próprios, a lidarem com os seus sentimentos sexuais e a relacionarem-se saudavelmente com os outros, assume particular importância neste contexto (Ross *et al*, 2004).

Podem-se considerar três períodos ou estadios no desenvolvimento sexual durante a segunda década da vida. O primeiro acontece, habitualmente, até cerca dos doze anos, em que uma parte significativa dos jovens não iniciou ainda as transformações pubertárias mais evidentes (aceleração brusca do crescimento, acentuação dos caracteres sexuais secundários, menarca, primeiras ejaculações); o segundo ocorre, mais frequentemente, por volta dos treze/catorze anos, altura em que os fenómenos pubertários cursam de forma mais exuberante e rápida; e o terceiro período, a partir dos catorze/quinze anos, em que a transformação corporal pubertária desacelera e se acentuam quer os sentimentos e a procura da autonomia face aos adultos, quer a experimentação de relações amorosas e, para uma parte dos jovens, de relações sexuais coitais (Marques *et al*, 2000).

O desenvolvimento sexual traz sonhos e desejos de um novo tipo de relação, uma oportunidade para a aproximação íntima a outra pessoa (Apter *et al*, 2004). Durante as últimas décadas, o início da actividade sexual tem acontecido mais cedo, e nos países nórdicos ainda mais do que noutras partes da Europa (Kaltiala-Heino *et al*, 2003).

A maturação de um jovem é em muitos aspectos solitária e incerta, tornando-o assim mais vulnerável (Apter *et al*, 2004). Felizmente muitos deles emergem deste contexto de grandes mudanças com resultados positivos. Não obstante, vários dos

comportamentos associados à adolescência – espontaneidade, imaturidade social, correr riscos, e “volatilidade” - podem afectar a saúde sexual (Ross *et al*, 2004).

A sexualidade também tem uma atenção excessiva por parte dos meios de comunicação de massas, por exemplo na moda, filmes, música popular e outros, e o facto de uma vida sexual activa ser apresentada como um padrão e sinal de “vida boa” nos adultos, pode induzir os adolescentes a adoptá-la como uma norma (Kaltiala-Heino *et al*, 2003). Um ambiente que promova e encoraje o amor-próprio, e junte uma educação sexual adequada e suficiente, ajuda-os a fazerem melhores escolhas e manterem e protegerem a sua saúde sexual (Apter *et al*, 2004).

Em todos os lugares do mundo há pessoas que se envolvem em práticas sexuais comprometedoras para a saúde e até para a vida. A tendência para ver este facto como o resultado da avaliação individual do risco em questão e das prioridades que o indivíduo estabelece, conduziu a um forte ênfase em programas de informação e intervenções de saúde orientados para o indivíduo. E apesar da evidência das suas limitações, a suposição de que o comportamento sexual seguro depende principalmente do conhecimento e consciência individual, continua a moldar muitas das políticas e programas de saúde sexual e reprodutiva (Gammeltoft, 2002).

Pela importância que assume na determinação da saúde individual e colectiva, as práticas e comportamentos sexuais têm sido frequentemente estudados.

Sugere-se que o início precoce da actividade sexual reflecte uma maior probabilidade de desenvolvimento problemático da adolescência. Por várias razões eles podem iniciar a actividade sexual antes de estarem preparados, incluindo a pressão dos pares, ambientes familiares desfavoráveis, expectativa de alcançar mais cedo a transição para a maioridade e o consumo de substâncias. Alguns estudos associam a actividade sexual precoce a comportamento anti-social, quer durante a infância quer durante a adolescência. Outros estudos apontam para o facto de o comportamento anti-social, e também os sintomas de depressão, aumentarem com o início precoce da actividade sexual, e que os adolescentes dependentes de drogas, com distúrbios mentais como a esquizofrenia e com comportamento anti-social, têm maior probabilidade de se envolverem em actividades sexuais de risco e, retrospectivamente, relatarem ter iniciado mais cedo a actividade sexual (Kaltiala-Heino *et al*, 2003).

Pensa-se também que quanto mais precoce é a idade em que se iniciam as relações sexuais, maior é a probabilidade de elas ocorrerem de forma desprotegida, com maiores riscos de ISTs (Infecções Sexualmente Transmissíveis) e gravidez não planeada. Esta prematuridade está também correlacionada com outros comportamentos de risco, como sejam o consumo de álcool e drogas, o que aumenta a probabilidade de serem relações, para além de desprotegidas, não intencionais ou involuntárias (Ross *et al*, 2004).

Um numero significativo de indivíduos com problemas de consumo abusivo de substancias, e que têm encontros sexuais casuais e/ou têm múltiplos parceiros sexuais, não usam preservativos. Este comportamento coloca-os, e aos seus parceiros, perante um elevado risco de infecção por VIH (vírus da imunodeficiência humana), entre outras. Num estudo que envolveu 26 indivíduos sexualmente activos, de ambos os sexos, e em fase de tratamento em relação ao abuso de drogas e de álcool, os resultados revelaram que as práticas sexuais de risco neste subgrupo podiam ser explicadas através de três factores: (1) intoxicação, (2) percepções negativas acerca dos preservativos, e (3) distorções cognitivas. As percepções negativas dos homens acerca dos preservativos e as preocupações das mulheres em não contrariarem os seus parceiros sexuais, com medo da rejeição, revelaram um sinergismo conducente às práticas de risco (Nadeau *et al*, 2000).

Os resultados de um estudo transversal, quantitativo, que envolveu 38.517 estudantes finlandeses de ambos os sexos e com idades entre os 14 e os 16 anos (Kaltiala-Heino *et al*, 2003), revelaram que os adolescentes, de ambos os sexos, que relataram experiências sexuais íntimas, relataram mais sintomas de depressão. Os autores salientam que a associação entre actividade sexual e a depressão poderá acontecer de dois modos. Por um lado é possível que os adolescentes reajam com depressão a actividade sexual precoce, antes de estarem emocionalmente preparados para integrar de modo equilibrado as experiências sexuais na sua auto-imagem. Por outro lado, também é possível que os adolescentes deprimidos procurem a aproximação e aceitação através do relacionamento sexual como uma forma de auto-terapia.

Os resultados obtidos por Alferes (1997) num estudo com 587 jovens de ambos os sexos e idades entre os 18 e os 34 anos, estudantes do ensino superior em Coimbra, revelaram que a taxa de virgindade era menor no sexo masculino do que no feminino.

Em média, a primeira relação sexual aconteceu, para os rapazes, um ano antes do que para as raparigas, e a paixão pelo parceiro era maior nelas do que neles. Os rapazes também relataram ter, em média, maior número de parceiros sexuais, e o pensamento sobre sexo e a permissividade ao sexo ocasional também se revelou mais comum entre eles do que entre as raparigas. Já o conhecimento acerca da eficácia dos métodos contraceptivos e a sensibilidade para a educação sexual e planeamento familiar, foram mais notórios nas raparigas.

O estudo HBSC 2001/2002, revela que cerca de 20% dos jovens com 15 anos relataram ter tido relações sexuais. As diferenças entre géneros foram evidentes e em cerca de um terço dos países e regiões (incluindo Portugal), é duas vezes mais provável que, comparando com as raparigas, nesta idade os rapazes tenham tido relações sexuais. Contudo em muitos outros países as diferenças são subtis e, inclusive, em cinco países (Inglaterra, Finlândia, Alemanha, Escócia e País de Gales) a probabilidade das raparigas terem tido relações sexuais é maior que a dos rapazes (Morgan, 2004).

Segundo o mesmo estudo, cerca de 75% dos jovens de 15 anos relataram ter usado preservativo durante a última vez que tiveram relações sexuais e, em quase todos países e regiões, mais os rapazes do que as raparigas (Ross *et al*, 2004). Contudo em Portugal verifica-se o contrário (77,8% das raparigas e 68,5% rapazes) Aliás, a proporção de rapazes portugueses que relatam o uso de preservativo é a menor entre todos os países que participaram neste estudo - 68,5% em Portugal contra 91% na Grécia, onde a percentagem foi a maior (Morgan, 2004).

Segundo Ramos (2001), os adolescentes que usam irregularmente a contracepção revelam atitudes negativas face à mesma. Entre essas atitudes está a repugnância, e o medo de interferência com o desempenho e de que pareça haver premeditação do acto. Também os adolescentes com baixo nível cognitivo estão menos motivados para a contracepção, nomeadamente porque um número elevado deles não conhece a filosofia básica da reprodução e não consciencializou os riscos. Aqueles que são provenientes de famílias de baixo estrato social, revelam também menor tendência a usar contraceptivos.

Porque as interacções sexuais não são sempre racionalmente ou deliberadamente calculadas, e frequentemente desenvolvem-se sob baixos níveis de reflexão e premeditação consciente (Gammeltoft, 2002), é importante que a saúde sexual dos

adolescentes se baseie em três componentes: o reconhecimento dos direitos sexuais, a educação e aconselhamento sexual, e disponibilidade de serviços de alta qualidade e confidencialidade (Apter *et al*, 2004).

De entre os factores que contribuem para a menor adesão ao uso de contraceptivos pelos adolescentes, estão as dificuldades institucionais no acesso à contraceção, nomeadamente a falta de privacidade, grande carga de procedimentos administrativos, atendimento moroso e tardio, pouca disponibilidade dos profissionais, horários rígidos e desadequados, normas pouco flexíveis e culpabilizantes, atendimento e instalações pouco motivantes, falta de neutralidade na avaliação da problemática adolescente e dúvidas quanto à confidencialidade. A estas acrescem ainda as dificuldades socio-culturais no acesso à contraceção, como sejam as comunidades rígidas e fechadas, o contexto cultural e/ou religioso, e os mitos e tabus (Ramos, 2001).

O papel da família, principalmente das mães, pode assumir grande importância no que se refere à educação para a saúde sexual, pois são interlocutoras privilegiadas.

Num estudo de natureza qualitativa que envolveu 382 mães e 405 adolescentes americanos de ambos os sexos, com idades entre os 13 e os 15 anos (DiIorio *et al*, 1999), os resultados mostraram que a discussão de tópicos sobre a sexualidade era mais provável com as mães do que com os pais, tanto para os rapazes como para as raparigas. Os rapazes, contudo, em relação às raparigas apresentaram uma maior probabilidade de discutir esses tópicos com os pais. Tanto os rapazes como as raparigas apresentaram maiores probabilidades de discutir tópicos relacionados com a sexualidade com os amigos do que com os pais, mas menor probabilidade com os amigos do que com as mães. Tanto os rapazes como as raparigas revelaram-se muito confortáveis ao discutir assuntos sexuais com os amigos. Os rapazes menos confortáveis do que as raparigas ao abordar estes aspectos com as mães, mas mais confortáveis do que elas ao fazerem-no com os pais. O conteúdo das conversações dos rapazes quer com as mães, quer com os pais e os amigos, foi bastante consistente e tópicos como as ISTs incluindo a SIDA, e o uso do preservativo foram os mais frequentemente abordados. As raparigas, por sua vez, revelaram maior tendência para falarem sobre o ciclo menstrual com as mães, sobre a abstinência sexual com os pais, e sobre as relações sexuais com os amigos. Em ambos os sexos, os que relataram um maior número de tópicos discutidos com as mães

apresentavam menor probabilidade de terem iniciado relações sexuais, em relação aos que informaram um maior número de tópicos discutidos com os amigos.

A maior preocupação em termos de saúde pública, à volta da saúde sexual, inclui a gravidez e as ISTs. Estes dois aspectos são causas significantes de problemas sociais, económicos e de saúde entre os jovens (Ross *et al*, 2004). Em Portugal existem razões que nos fazem pensar que muito existe a fazer nesta área. Citando Veiga e colaboradores (2000):

(...) são vários os índices que nos colocam num indesejado topo da tabela na União Europeia: crescimento, nos últimos anos, da infecção HIV em toxicodependentes e heterossexuais; maior taxa de gravidezes não desejadas em adolescentes; maior incidência de tuberculose na população (p.26).

Os dados de um estudo efectuado pela Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG) e pela Sociedade Portuguesa de Medicina de Reprodução (SPMR) com cerca de 3900 mulheres com idades entre os 15 e os 49 anos de idade, com o objectivo de avaliar as práticas contraceptivas das mulheres portuguesas, revelaram que uma em cada seis jovens entre os 15 e os 19 anos tem uma vida sexualmente activa sem utilizar qualquer contraceptivo, e que 33% dessas jovens já recorreram à utilização da pílula do dia seguinte (Público, 2005).

Por outro lado, o número de casos reais de ISTs não é, em Portugal, completamente conhecido. A maior incidência destas doenças parece verificar-se no sexo masculino, entre os 25 e os 44 anos de idade, e na região de Lisboa e Vale do Tejo. À semelhança do que se passa no resto da Europa, o número de doentes nas consultas de ISTs tem vindo a aumentar, e os adolescentes e adultos jovens são geralmente os mais afectados, assim como os que têm dificuldades de acesso aos cuidados de saúde. A elevada prevalência do VIH em Portugal parece indicar que existem números elevados das outras ISTs (Ministério da Saúde, 2004b).

Os obstáculos que se colocam às práticas sexuais mais seguras não se relacionam apenas com as escolhas individuais ou com as interações interpessoais íntimas, mas também com os sistemas morais e de coação social. O reconhecimento das capacidades individuais para os comportamentos e práticas na esfera sexual é importante, mas é igualmente importante reconhecer a responsabilidade das comunidades e dos sistemas políticos na formação desses comportamentos e práticas.

Os esforços de promoção de saúde dirigidos apenas ao indivíduo são provavelmente inúteis se não forem acompanhados de reformas sociais e morais (Gammeltoft, 2002). Por outro lado, se os programas de prevenção se restringirem apenas ao nível informativo, eles mostrar-se-ão insuficientes para provocar mudanças duradouras nas atitudes e nas práticas sexuais. Isso torna-se ainda mais grave por se tratar de um sector directamente ligado à afectividade e à impulsividade, que envolve a vida amorosa das pessoas, atingindo aspectos ligados à confiança, fidelidade e negociação em termos de prevenção (Andaló, 1995).

Com os seus recursos e instrumentos de socialização, a sociedade procura, formal ou informalmente, transmitir os seus valores e regras de conduta no campo da sexualidade. E a Escola, enquanto espaço de grande importância na socialização das crianças e dos jovens, tem um papel a desempenhar na preparação sexual destas gerações (Marques *et al*, 2000).

Quando a sexualidade do adolescente não é condenada, e a educação sexual e saúde sexual são promovidas, é possível melhorar a sua saúde sexual com custos comparativamente pequenos (Apter *et al*, 2004). Tanto as gravidezes indesejadas como as ISTs são passíveis de prevenção eficaz através de esforços coordenados da escola, família, serviços de saúde, de educação, e organizações comunitárias. Contudo, para desenvolver programas efectivos é importante conhecer o comportamento sexual entre os adolescentes, e os determinantes sociais e culturais dos comportamentos de risco sexual e dos factores protectores (Ross *et al*, 2004).

Porque a gravidez e as ISTs são causas significantes de problemas sociais, económicos e de saúde entre os jovens, têm recebido a maior fatia da atenção da saúde pública, e têm sido os alvos preferenciais dos programas de educação sexual. Constituem dois aspectos de um problema, mas interligados e que importa considerar em conjunto.

Não obstante um de cada três adolescentes ter a sua primeira relação sexual sem qualquer protecção (Ramos, 2001), o uso de preservativo é o método anticoncepcional mais comum nas primeiras relações sexuais. É um método contraceptivo muito apropriado para os adolescentes porque não só previne gravidezes, mas também diminui os riscos de ISTs e as alterações da citologia cervical. A dupla protecção, conseguida

pelo uso de anticoncepcionais hormonais e preservativo, apesar de largamente recomendado não é comum entre eles.

Mas, como referem Apter *et al* (2004), à medida que a idade avança, e quando entram numa relação mais estável, os adolescentes optam pelos métodos hormonais, principalmente, os orais. De acordo com os mesmos autores, as baixas taxas de adesão ao uso do preservativo também podem estar relacionadas com o preço, as dificuldades em comprar, o carácter não planeado das experiências sexuais, o uso de álcool e drogas e a vontade para correr riscos. Por outro lado, pode ser considerado “inconveniente” por interromper o acto sexual, uma vez que a sua colocação deve acontecer durante a erecção do pénis, e antes do contacto genital.

Quando se questiona se as pessoas mudam o seu comportamento sexual ao reflectirem sobre a infecção por VIH, é corrente destacar que certos grupos ou indivíduos não o fazem ou, inclusive, devolvem comportamentos de risco. No entanto, uma mudança significativa de comportamentos foi verificada, em termos globais, particularmente entre os que vivem próximo dos epicentros da pandemia da infecção por VIH. A Tailândia e o Uganda foram modelos entre os países menos desenvolvidas, e a Holanda e Austrália entre os mais desenvolvidos (Donovan & Ross, 2000).

Entre nós ainda há muito trabalho a desenvolver, conforme indicam os resultados de alguns estudos entre a população portuguesa.

O estudo de comportamentos numa amostra de 4693 estudantes universitários portugueses, de ambos os sexos e maioritariamente com idades entre os 18 e os 24 anos revelou que, em relação ao comportamento sexual, grande parte dos alunos universitários (83,4%) já teve relações sexuais, e que 5,7% iniciaram antes dos 15 anos e 21,2% entre os 15 e 16 anos. No que se refere à última relação sexual 38,8% referem não ter utilizado o preservativo e 10% admite não ter utilizado preservativo no último relacionamento com um(a) parceiro(a) não habitual, não obstante terem revelado, na esmagadora maioria dos casos, bons conhecimentos acerca do VIH/SIDA. São os rapazes, e dentro destes os mais velhos, aqueles que mais riscos correm relacionados com o não uso de preservativo, e também relativamente ao risco de ter múltiplos parceiros, este é superior para o sexo masculino, e aumenta com a idade (CNLCS, 2004).

Num outro estudo sobre opiniões, atitudes e comportamentos relacionados com a SIDA, efectuado numa amostra de 1000 indivíduos residentes em Portugal Continental com idades entre os 15 e os 69 anos, nos resultados destaca-se que 16% dos entrevistados relataram que no ano anterior tiveram mais de um parceiro sexual, ou pelo menos um parceiro ocasional. Destes, 20% responderam que nunca usavam o preservativo, e 42% que o usavam às vezes. Em relação à última relação sexual, 32% responderam que ela ocorreu sem preservativo. Sobre as razões deste comportamento, 50% referiram não verem razão para usar protecção. E embora os resultados mostrem que são maioritariamente da opinião que a SIDA é um problema muito importante (97%), os indivíduos inquiridos apresentam muito desconhecimento sobre a forma de transmissão do vírus, e apenas 60% dos homens e 66% das mulheres estão pessoalmente preocupados com ela (CNLCS/ISCSP, 2004).

As nossas raízes culturais, derivadas das culturas greco-romanas e judaica-cristã, eminentemente repressoras em especial no que diz respeito ao exercício da sexualidade pelas mulheres, podem ser obstáculos à promoção da saúde sexual. O uso de contraceptivos, por exemplo, pode estar carregado - conscientemente ou não - de culpa, pois em última análise utilizá-los é premeditar o exercício da sexualidade (Vitiello, 1995). Isto pode contribuir para a evidência de que a existência de métodos anticoncepcionais eficazes não conduz, automaticamente, à redução do número de abortos nas adolescentes.

Outro aspecto a considerar é o facto de a prevenção de gravidezes não intencionais em adolescentes requerer quatro elementos: (1) um desejo para usar protecção, (2) um bom método contraceptivo, (3) capacidade para o obter, e (4) capacidade para o usar correctamente. Todos estes componentes são importantes e se algum deles falhar, a contracepção falhará também. Nos países desenvolvidos existem bons métodos anticoncepcionais, mas é necessário desenvolver e melhorar os restantes componentes (Apter *et al*, 2004).

Cerca de metade dos casos de gravidez na adolescência ocorre nos primeiros seis meses após o início de actividade sexual (Ramos, 2001), e de entre os países da União Europeia, Portugal possui uma das maiores taxas de gravidezes não desejadas em adolescentes, muito acima da média europeia (Figueiredo *et al*, 2004; Laranjeira & Prazeres, 2004). Estes dados não surpreendem, nomeadamente quando analisamos os

resultados obtidos por estudos recentes (Público, 2005) e verificamos as elevadas percentagens de jovens sexualmente activas que não usam qualquer contraceptivo, e daquelas que já recorreram à utilização da pílula do dia seguinte.

A contracepção de emergência (ou pílula do dia seguinte), está disponível sem receita médica na maioria dos países europeus. É considerada uma boa solução quando o preservativo se rompe e existe a possibilidade de ocorrer gravidez. Porém, a eficácia preventiva da contracepção de emergência não deve ser super valorizada, pois na realidade é muito mais baixa que o uso regular de anticoncepcionais orais (Apter *et al*, 2004).

Não obstante se considerar por vezes excessiva a atenção que os meios de comunicação de massas dão à actividade sexual, importa salientar que eles assumem um papel de relevo na informação das populações em geral, e dos jovens em particular.

Num estudo efectuado por Merchán-Hamann (1995) acerca do grau de informação, atitudes e representações sobre o risco e a prevenção de SIDA em adolescentes pobres do Rio de Janeiro, com 416 alunos de ambos os sexos e idades entre os 13 e os 18 anos verificou-se que, em relação às fontes primárias de informação, os principais veículos do conhecimento foram a televisão e o rádio (65%), valor muito superior ao observado para as conversas informais com os amigos e colegas (13%), exposição veiculada por instituições de saúde (10%) e professores da escola (7,8%).

Num estudo mais recente, relativo ao conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras em relação às Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e que envolveu 249 mulheres (das quais 25% eram adolescentes e mais de metade tinha até 29 anos de idade), Fernandes *et al* (2000) verificaram que a fonte de onde estas haviam recebido as informações acerca das ISTs foi preferencialmente a Televisão (87,4%), com uma representação consideravelmente superior a outras fontes referenciadas, como os folhetos informativos (22,8%), a Escola (14%), e os Profissionais de Saúde (7,5%).

2.2. Comportamento rodoviário

Todos os anos, nas estradas de todo o Mundo, mais de 20 milhões de pessoas morrem ou ficam gravemente feridas (WHO, 2003b). Na Região Europeia, os acidentes rodoviários causam cerca de 120 000 mortes e 2,5 milhões de feridos por ano. Um terço

das mortes e dos feridos graves envolvem jovens com menos de 25 anos de idade (WHO, 2003).

Durante a última metade do Século XX, em alguns países os acidentes ultrapassaram as doenças infecto-contagiosas como a maior causa de morte nas crianças e adolescentes. O risco de acidentes cresce dramaticamente durante a adolescência e são responsáveis por cerca de 70% de todas as mortes de jovens (WHO, 2003; Pickett, 2004).

Na faixa etária dos 5 aos 19 anos, as taxas de mortalidade e morbidade devido a causas externas diminuíram na maioria dos países europeus, mas não em Portugal (WHO, 2003) onde, pelo contrário, se verifica um aumento (Ministério da Saúde, 2004b).

Cerca de metade das mortes ocorridas na segunda década de vida devem-se a “causas externas”, ou seja, aos acidentes, aos suicídios, e a outras violências. Em 1998, quase 30% dos óbitos na adolescência deveram-se a acidentes de transporte, nomeadamente com veículos a motor (Prazeres, 2002). Em 2001 os óbitos por acidentes de viação em indivíduos com idades inferiores a 25 anos corresponderam a 26,14% do total (1863 mortes). As frequências absolutas nos escalões etários dos 15 aos 24 anos (407 mortes) e dos 25 aos 34 anos (304 mortes) foram as mais elevadas (Direção-Geral da Saúde, 2003). Segundo os dados disponibilizados pela Direção Geral de Viação (2004), cerca de 15,8% do total de mortos registado nos primeiros 10 meses de 2004 foram peões, sendo que a maior parte destas vítimas resultou de acidentes que ocorreram dentro das localidades (66,4%). Destas vítimas, 24,3% tinham menos de 30 anos. As vítimas mortais de veículos de duas rodas (velocípedes, ciclomotores e motociclos), na sua maioria condutores, representaram 27,3% dos mortos, 42,7% dos quais com menos de 30 anos. Os condutores e passageiros de veículos ligeiros, por sua vez, constituíram 51,1% do total de mortes. Nos condutores e passageiros de veículos ligeiros, o grupo mais atingido foi o dos 20-24 anos (18,9%). Comparativamente com o período homólogo do ano 2003, o decréscimo do número de vítimas mortais não se reflectiu nalguns grupos etários, nomeadamente no dos 15 aos 19 anos e nos dos 55 aos 59 anos.

De facto, Portugal faz parte do grupo de países da União Europeia com maiores taxas de mortalidade de jovens, de ambos os sexos, relacionadas com acidentes

rodoviários. Os outros países são a Grécia e a Bélgica. Portugal também faz parte do grupo de países (com a Grécia, Irlanda e Itália) em que não se verifica uma tendência decrescente no número de acidentes com feridos (European Commission, 2003; Ministério da Saúde, 2004b), que geram um grande número de jovens com deficiência.

Os adolescentes masculinos são mais vulneráveis quanto a contrair incapacidades e a morrerem em consequência de riscos assumidos que, intencionalmente ou não, venham a resultar, por exemplo, em acidentes rodoviários (WHO, 2001). A análise dos dados de 2001 relativos aos óbitos e taxas de mortalidade por acidentes de trânsito com veículos a motor em Portugal, revelam que do total das 1863 mortes, 1414 eram homens, e 449 eram mulheres, o que correspondeu a uma taxa de mortalidade por 100000 indivíduos de 28,4% e 8,4% respectivamente (Direcção-Geral da Saúde, 2003).

Os custos associados podem ser medidos de formas diferentes. A um nível individual os acidentes podem provocar dor, sofrimento, perdas de tempo e produtividade, e incómodo para as vítimas e suas famílias. Acidentes mais graves podem resultar em tratamentos médicos, necessidade de reabilitação, incapacidades permanentes e até morte. O impacto social dos acidentes pode ser medido financeiramente através dos custos de tratamentos, reabilitação e perdas de produtividade (Pickett, 2004).

Em Portugal, na Resolução do Conselho de Ministros 42/97, publicada no Diário da República n.º 16 de 13 de Março, foi criado o Conselho Nacional de Prevenção Rodoviária (CNPR), ao qual compete a coordenação e a gestão estratégica de todas as componentes envolvidas neste fenómeno. O Director-Geral da Saúde integra este Conselho, que tem como uma das suas atribuições aprovar planos que contemplem a participação, de forma articulada, de departamentos do Estado com competências nas áreas da circulação e segurança rodoviária, entre os quais a saúde, e de associações do sector, e que tenham como principal objectivo a redução do número de mortos em acidentes rodoviários (Ministério da Saúde, 2004b).

O Plano Nacional de Prevenção Rodoviária - em vigor desde 2003 - apresenta como objectivo geral uma redução de 50% no número de mortos e de feridos graves até 2010, relativamente à média de 1998-2000 (Ministério da Administração Interna, 2003).

E no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, a prevenção dos acidentes rodoviários e das suas consequências constitui uma prioridade consensual (Ministério da Saúde, 2004a).

Comparando as vítimas mortais e os feridos graves registados de Janeiro a Outubro, nos anos de 2001 a 2004, com os respectivos decréscimos médios anuais necessários para o cumprimento do preconizado no Plano Nacional de Prevenção Rodoviária conclui-se que, em todos os anos, os valores observados tanto para as vítimas mortais como para os feridos graves, foram sempre inferiores aos respectivos limites anuais. Em 2004, o número de mortos foi 18,3% mais baixo do que o limite estimado para estas vítimas e o de feridos graves 30,8% (Direcção Geral de Viação, 2004). Contudo, é necessário a manutenção dos esforços actuais, e o desenvolvimento de novas estratégias, para melhorar os indicadores que colocam Portugal, nesta matéria, numa posição pouco desejável.

Há evidência de que os acidentes rodoviários podem ser evitados e assim poupadas centenas de milhares de vidas. Na Suécia, por exemplo, a avaliação de três anos de implementação de programas específicos para a prevenção de acidentes, incluindo os rodoviários, e em que a legislação foi uma das estratégias mais importantes, mostrou uma redução de cerca de 28% (European Commission, 2003).

Os dados existentes realçam a necessidade de, no que concerne à segurança nas estradas, reconhecer o motorista, o veículo, e o ambiente físico envolvente, como as três componentes de um sistema dinâmico dentro o qual a segurança é uma responsabilidade compartilhada (WHO, 2003b).

Desenvolver intervenções que influenciem a opinião pública, as normas sociais e os aspectos culturais relacionados com a segurança, assim como identificar combinações óptimas de medidas preventivas, constitui um desafio importante, pois provavelmente serão mais efectivas na prevenção de acidentes do que as intervenções isoladas que visam a alteração de atitudes e convicções individuais (Lund & Aarø, 2004).

No que diz respeito a este tipo de sinistralidade, o abuso de substâncias, nomeadamente álcool, desempenha um importante papel. Portugal faz parte do grupo de países (com a França e a Bélgica) onde a condução sob o efeito de álcool é reconhecidamente um importante problema de saúde pública (European Commission, 2003, Ministério da Saúde, 2004a).

Nos resultados de um estudo quantitativo, transversal que envolveu 683 estudantes universitários suíços, de ambos os sexos e com uma média de idades de 24,8 anos e 3,5 anos de desvio padrão, Vollrath e Torgersen (2002) destacam o facto de o género masculino se encontrar relacionado com maior probabilidade conduzir sob o efeito de álcool, e de serem os indivíduos *hedonistas* (que os autores classificam como socialmente habilitados, emocionalmente e fisicamente robustos, resistentes ao *stress* e orientados para o prazer) aqueles que mais relataram conduzir sob o efeito de álcool.

Nos resultados do estudo HBSC 2001/2002, destaca-se o facto de mais rapazes que raparigas relatarem ter tido um ou mais acidentes que resultaram em tratamento médico. Em todas as culturas do mundo, os rapazes estão, provavelmente, mais expostos a riscos físicos que as raparigas, o que se traduz em taxas mais altas de lesões/acidentes. Embora as diferenças de sexo sejam mais pronunciadas em alguns países e regiões, a consistência desta tendência é notável, inclusive em todas as faixas etárias (Pickett, 2004).

2.3. A alimentação

A alimentação é uma necessidade fundamental do ser humano e é um dos factores que mais afecta a saúde. O aforismo “somos o que comemos” traduz bem este facto. Segundo Rozin *et al* (1999), para os seres humanos, a comida é o maior contribuinte para o bem-estar físico, a maior fonte de prazer mas também de *stress*, de preocupação e de despesa.

Os alimentos são fundamentais para a sobrevivência, segurança e bem-estar da humanidade. Esta consciencialização conduz à necessidade do estabelecimento de uma relação de confiança com os alimentos de que dispomos. Há cerca de 20 anos atrás esta confiança parecia mais sólida e, sobretudo, com expectativas de se fortalecer cada vez mais. Gonçalves Ferreira, na sua obra *Nutrição Humana* (Ferreira, 1983) referia que:

...o alimento é hoje em termos da vida do homem qualquer coisa que se conhece suficientemente bem – na composição, na produção e na utilização – para se pensar que todos os indivíduos poderão vir a dispor dele e consumi-lo de acordo com as suas necessidades, sem riscos para a saúde (p.1221).

Mas verificamos hoje que muitos dos problemas de saúde que afectam as populações, estão relacionados com o consumo de alimentos.

A alimentação saudável é um pré-requisito para a saúde em qualquer das etapas da vida. A adopção de hábitos alimentares saudáveis é fundamental na promoção da saúde e prevenção das doenças (Calado, 1998; Lytle, 2003). Na adolescência, uma alimentação saudável é aquela que possibilita o desenvolvimento máximo consentido pelas características genéticas, que incrementa a capacidade de resposta imune e de realizar trabalho e demais actividades da vida de relação, que contribui para as aptidões escolares e diferenciação profissional ao beneficiar a capacidade mental e favorecer a atenção, que impede o desenvolvimento de doenças ligadas aos excessos (obesidade, diabetes tipo II, hipertensão, aterosclerose, doença mental, e outras), que possibilita ao organismo funcionar e reparar as estruturas e regular a produção e eliminação de calor de modo a manter constantes a temperatura corporal e permitir o metabolismo adequado (Martins, 1995).

Há mais de uma década que organizações internacionais, nacionais e profissionais, como a Organização Mundial de Saúde e a *American Heart Association* entre outras, defendem e disseminam directrizes para uma alimentação saudável, recomendando a todas as pessoas (a partir dos dois anos de idade) a adopção de uma dieta rica em frutas e vegetais e pobre em gordura total (não mais do que 30% do total de calorias diárias) e em ácidos gordos saturados (menos de 10% das calorias diárias). Não obstante, a maioria das crianças e dos adolescentes consomem demasiadas gorduras totais, ácidos gordos saturados e açúcar, e quantidades insuficientes de frutas, vegetais e cálcio (Lytle, 2003).

As dietas ricas em calorias e lípidos estão associadas a maior risco de doenças cardiovasculares, diabetes e certos tipos de cancro. Pelo contrário, existem associações inversas entre o consumo de alimentos vegetais e esses tipos de cancro, de diabetes e também de obesidade (Ferrari & Torres, 2002).

O comportamento alimentar das populações em geral, e dos jovens em particular, tem sido amplamente investigado, e as diferenças dos padrões têm sido destacadas e são vastas.

O consumo de frutas e vegetais por parte das crianças está relacionado com diferentes factores e não é clara a sua relação com o nível sócio-económico, formação académica, conhecimentos de nutrição e saúde, e crenças acerca das dietas, quer das crianças quer das suas mães. A promoção do comportamento alimentar saudável nas

crianças parece requerer uma atenção especial à educação nutricional e às práticas alimentares dos seus pais (Gibson *et al*, 1998).

Contento *et al* (1988), num estudo sobre as escolhas alimentares dos adolescentes, identificou cinco orientações de consumo diferentes: consumo por prazer (*hedonistic*) consumo social/ambiental, consumo pessoal, consumo por influência do grupo de pares (*peer-supported*) e consumo por orientações de saúde dos pais (*parent supported health orientations*).

Num estudo de natureza qualitativa que envolveu 1005 indivíduos finlandeses com idades entre os 18 e os 81 anos, e em que se avaliaram as suas orientações em relação às características *hediónicas* e às características salutogénicas dos alimentos, Roininen *et al* (1999) verificaram que as mulheres estavam mais interessadas nos aspectos relacionados com a salubridade e com o sabor dos alimentos do que os homens, e que os jovens estavam menos preocupados com a saúde e mais interessados com o sabor dos alimentos do que os mais velhos. Verificou-se nas mulheres e nos jovens mais apetência para comer doces, e que tanto as mulheres como os homens têm forte tendência para usar a comida para se recompensarem. Os mais velhos mostraram-se, na generalidade, mais interessados na prática de dietas saudáveis e no uso de produtos naturais do que os mais jovens, e os indivíduos com mais apetência para comer doces e para usar a comida como recompensa mostraram orientar as suas escolhas mais nos aspectos hediónicos dos alimentos e menos na sua salubridade, o que sugere que consideram os alimentos saturados de gordura mais agradáveis e que os usam para satisfazer os seus desejos e para se recompensarem.

Berg *et al* (2000), num estudo realizado na Suécia com crianças entre os 11 e os 15 anos de idade, verificaram que as atitudes relacionadas com consumo de leite e de pão foram influenciadas pelas suas convicções acerca dos aspectos sensoriais e dos aspectos salutogénicos desses alimentos. As raparigas e as crianças mais velhas revelaram maior conhecimento sobre as alternativas mais saudáveis e as crianças mais velhas, de ambos os sexos, revelaram maior tendência para escolher opções mais saudáveis.

Em Portugal, nos resultados de um inquérito para avaliação do conhecimento nutricional da população estudantil da Universidade de Coimbra, aplicado por Castilho e Silveira (1991) a 278 alunos dos 18 aos 26 anos, verificou-se em ambos os sexos

percentagens relativamente elevadas de jovens que não ingeriam alimentos a meio da manhã (69% dos rapazes e 57% das raparigas) e que comiam pouco pão e fruta, assim como percentagens relativamente elevadas (52,7% dos rapazes e 36,2% das raparigas) que possuem uma noção pouco precisa sobre o que é uma alimentação equilibrada. Não obstante, a maioria dos inquiridos considerou a alimentação equilibrada importante para o seu bem-estar.

Um estudo efectuado com 185 adolescentes portugueses de ambos os sexos, escolarizados e de 16 anos (Calado, 1998), revelou um grande desconhecimento dos adolescentes estudados (46,1%) sobre a relação entre os alimentos e a sua composição em gorduras alimentares. Não obstante, os inquiridos revelaram-se maioritariamente favoráveis ao consumo de alimentos pobres em gorduras e maioritariamente desfavoráveis ao consumo de alimentos pobres em fibras. No que se refere aos comportamentos alimentares, verificou-se que apesar do consumo de fibras alimentares, principalmente fornecidas pelo grupo alimentar do pão e farinhas, atingir valores muito aceitáveis (17,6g /dia), existia um acréscimo, quanto ao recomendado, no consumo de gorduras totais, monoinsaturadas e colesterol. O principal fornecedor destas gorduras era o grupo alimentar da carne e seus derivados, e os ovos o principal fornecedor de colesterol.

Investigações conduzidas pela equipa de estudos de doenças do comportamento alimentar, do Hospital de Santa Maria mostraram que a percentagem de mulheres a desejar perder peso ultrapassa a percentagem de mulheres com excesso de peso (num dos estudos, 97% de mulheres com peso normal desejava emagrecer), que o medo de engordar e o comportamento de dieta para perder peso são frequentes na população feminina e que mais de 10% das raparigas de peso normal ou baixo podiam estar a fazer dieta (Carmo, 1997).

Também num estudo da imagem corporal realizado com 420 adolescentes portugueses, alunos dos ensinos básico, secundário e superior (Gaspar, 1999), os dados mostraram que o número de raparigas que desejava ser mais magra foi significativamente superior ao número dos rapazes. Do total de adolescentes inquiridos, 11.2% (19% das raparigas e cerca de 3% dos rapazes) mencionam a gordura como o aspecto corporal que gostariam de modificar. Mais recentemente, num estudo efectuado por Dixe (2002), que envolveu 1388 estudantes portugueses do ensino secundário e

superior, de ambos os sexos e com idades compreendidas entre os 14 e os 25 anos, os resultados mostraram que mais raparigas que rapazes estão insatisfeitos com o peso corporal. Quanto ao desejo de emagrecer, à preocupação com a dieta e à perseguição extrema da magreza, verificou-se também que, em média, os valores são mais elevados nas raparigas, independentemente da idade, e que estas apresentam maior risco de desenvolvimento de doenças ligadas ao comportamento alimentar.

Estas diferenças de género confirmam-se no estudo HBSC 2001/2002 onde se verificou que apesar da insatisfação com o peso corporal ser comum quer entre os rapazes quer entre as raparigas, muito mais raparigas percepcionaram o seu corpo como demasiado gordo (33% das raparigas e 20% dos rapazes) e relataram fazer dieta ou usar outras formas de perder peso (17,5% das raparigas e 8,2% dos rapazes). Quer a insatisfação com o corpo, quer as estratégias para perder peso, aumentam muito com a idade entre as raparigas, mas não nos rapazes. Aos 15 anos cerca de 23% das raparigas relatam tentar perder peso (Morgan, 2004).

Ainda no estudo HBSC 2001/2002 (Vereecken *et al*, 2004) verifica-se que entre os adolescentes é comum o elevado consumo de doces (cerca de 1/3 dos jovens relataram comer doces e chocolates pelo menos uma vez por dia) e bebidas açucaradas (32% dos rapazes e 25% das raparigas relatam beber bebidas açucaradas todos os dias), e que um número significativo de jovens não toma o pequeno-almoço e consome poucas frutas e vegetais. Apenas 30% come fruta todos os dias e ainda menos são os que comem vegetais todos os dias. Foram também consideráveis as diferenças de idade e género que se verificaram no que diz respeito ao hábito de não tomar o pequeno-almoço (*skipping breakfast*), ao consumo de frutas e vegetais, e ao consumo de refrigerantes. Os rapazes relataram mais frequentemente tomar o pequeno-almoço do que as raparigas (69% e 60% respectivamente) e, para ambos os sexos, mais os jovens do que os mais velhos. Em relação ao consumo de bebidas açucaradas a percentagem de rapazes (32%) que relataram consumi-las diariamente foi maior do que a percentagem de raparigas (25%). Já em relação ao consumo de frutas (37% das raparigas e 30% dos rapazes) e de vegetais (34% das raparigas e 28% dos rapazes), verificou-se o contrário.

2.4. Hábitos de sono

Existe evidência científica de que o sono contribui significativamente para várias e importantes funções cognitivas, emocionais e relacionadas com o desempenho (National Institutes of Health, 1997; National Sleep Foundation, 2000). Dormir o suficiente ajuda-nos a pensar mais claramente, a melhorar o desempenho em tarefas complexas, e a desfrutar mais completamente da vida quotidiana.

Pelo contrário, a sonolência diminuiu os níveis de agilidade e de concentração e, em muitos casos, pode provocar o adormecimento inesperado. Quando é excessiva está também associada a memória a curto prazo reduzida, a menor capacidade de aprendizagem, humor negativo, piores desempenhos, menor produtividade, e até perda de controlo de algumas formas de comportamento (National Sleep Foundation, 2000).

O sono não é simplesmente uma interrupção da maior parte da actividade cerebral, mas antes uma sucessão de ciclos regulares de sono REM (*Rapid Eye Movement*) associado a maior actividade cerebral, e que alternam com sono não-REM, associado a menor actividade cerebral. Como é referido por Dahl e Lewin (2002), trata-se de um processo activo em que algumas regiões de cérebro mostram a mesma (ou mais) actividade do que aquela que têm durante os períodos de vigília. A continuidade, o tempo, e o padrão das diferentes fases do sono, são necessários para o processo restaurador que lhe é associado

Ainda se debate a função do sono REM e não-REM e porque precisamos de ambos. Várias hipóteses são sugeridas. Uma delas é que a redução de actividade cerebral durante o sono não-REM permite a reparação de células cerebrais. Outra é que a interrupção da libertação de neurotransmissores (monoaminas que activam as células nervosas cerebrais que controlam os músculos) durante o sono REM pode permitir que os receptores cerebrais dessas substâncias se recuperem e readquiram a sensibilidade total (que se vai atenuando ao longo do dia devido à estimulação sucessiva), o que ajuda na regulação do humor e na aprendizagem. Por último, a intensa actividade neuronal do sono REM no início da vida (e que se sabe decresce gradualmente com a idade) pode ser responsável pelo desenvolvimento adequado do cérebro (Siegel, 2003).

Nos adolescentes e nos adultos jovens a prevalência da sonolência é elevada, está a crescer e é responsável por sérias consequências como, por exemplo, os acidentes de tráfego (National Institutes of Health, 1997; National Sleep Foundation, 2000).

Várias razões justificam a importância que o sono tem no desenvolvimento de uma adolescência saudável. Ele parece ser particularmente importante durante os períodos de maturação do cérebro (Dahl & Lewin, 2002). Apesar de estar bem documentado que cerca de 95% do seu desenvolvimento acontece até cerca dos cinco anos de idade, há uma segunda onda de crescimento, particularmente no córtex pré-frontal, que continua durante a adolescência. Durante esse tempo, novas células e conexões entre neurónios conectam os hemisférios direito e esquerdo do cérebro, num processo crítico para a inteligência, auto-consciência e desempenho do adolescente (Jenkins, 2004).

Segundo a National Sleep Foundation (2000), nos aspectos fisiológicos relacionados com os padrões e necessidades de sono associadas à puberdade, destaca-se o facto de os adolescentes necessitarem de mais horas de sono do que os pré-adolescentes (no geral cerca de 8,5 a 9,25 horas por noite), de a sonolência diurna aumentar, em muitos deles para níveis patológicos, mesmo quando dormem o número de horas considerado óptimo, e de o padrão de sono sofrer uma tendência para se prolongar para além do tempo óptimo, quer no dormir, quer no manter-se acordado (no estudante típico do ensino secundário é natural, se não for despertado, dormir até às 11 horas da manhã, ou mais).

No decurso da puberdade existem alterações substanciais, biológicas e psicossociais, no sono e na regulação circadiana. Nesta fase, as interacções entre os domínios físico e psicossocial podem conduzir a alterações dramáticas nos padrões de sono. Muitos adolescentes não dormem o suficiente, e está demonstrado que esta privação tem os seus maiores efeitos negativos no controle do comportamento, das emoções e da atenção, no desenvolvimento de competências sociais e académicas, e de distúrbios psiquiátricos (Ponciano & Pereira, 2005). As consequências directas, e mais óbvias, na saúde são os comportamentos de alto risco associados ao abuso de substâncias e acidentes de viação (Dahl & Lewin, 2002).

Com a puberdade ocorre um atraso nos relógios circadianos que regulam o sono e a vigília. Como os adolescentes habitualmente não podem compensar o facto de adormecerem tarde, e precisam de mais horas de sono que os irmãos mais jovens e de que os pais (aproximadamente 9 horas e 15 minutos diários) e os horários escolares estão habitualmente desajustados aos seus relógios circadianos, isso leva a que durmam

menos horas e que os valores adequados de vigiância ocorram mais tarde, ao longo do dia. E mesmo quando dormem o número de horas adequadas, tendem a estar sonolentos durante a manhã (National Sleep Foundation, 1999). Também a excitação diurna, que resulta das actividades escolares e demais interacção social, reflecte-se na actividade cerebral do adolescente durante as fases de sono. Quando o período de sono é encurtado, o desempenho no dia seguinte vai sofrer perturbações (Jenkins, 2004).

O sono requer tranquilidade e relativa ausência de responsabilidades, e por isso é naturalmente restringido a locais e períodos seguros. A estimulação (luz, som e outros) nestes locais e durante estes períodos é uma ameaça ao sono adequado, particularmente após o desenvolvimento pubertário, altura em que os adolescentes se preparam para assumir o papel de adultos, inclusive na manutenção da segurança, e se tornam mais facilmente despertáveis pela estimulação externa (Dahl & Lewin, 2002).

Em muitos países, os hábitos de sono dos adolescentes caracterizam-se pelas horas tardias em que adormecem, pelo número insuficiente de horas de sono nos dias em que têm actividades escolares, e pelos padrões inconsistentes de sono entre os dias da semana e os fins-de-semana. Estes hábitos resultam, principalmente, da tendência de ficarem acordados até tarde, das suas necessidades de mais horas de sono, e da pressão de terem que se levantar cedo para ir para a escola (Radoševic-Vidacek & Košec, 2004).

Admite-se a hipótese de que, nos jovens, os problemas relacionados com o sono se devem ao conflito entre as necessidades fisiológicas, dirigidas ao sono e seus padrões, e os factores comportamentais e psicossociais que influenciam os hábitos de sono. Estas alterações contribuem para a sonolência excessiva, e isso tem um impacto negativo na forma como os adolescentes “funcionam” durante o dia, e aumentam o risco de ocorrerem acidentes e lesões (National Sleep Foundation, 2000). De facto, as consequências mais devastadoras da sonolência são os danos e mortes relacionadas com lapsos de atenção e maiores tempos de reacção em momentos críticos, como durante a condução de veículos (National Institutes of Health, 1997; National Sleep Foundation, 2000), mas outras, porventura mais subtis, estão também bem documentadas.

Os investigadores defendem que não dormir o número suficiente de horas, para além de aumentar o risco de lesões acidentais e de morte; diminui e empobrece o desempenho escolar, promove o humor negativo, a dificuldade em controlar emoções e

comportamentos problemáticos como a agressividade, e aumenta a probabilidade de uso de estimulantes, incluindo a cafeína, nicotina, álcool e substâncias similares (National Sleep Foundation, 2000; Jenkins, 2004). São mais os jovens que conduzem com excesso de sonolência do que aqueles que o fazem sob o efeito de álcool (National Institutes of Health, 1997).

Estudos realizados por Pereira & Ramos (2000) e Machuco *et al* (2000) indicaram que quando se comparam os alunos dos primeiros anos com os alunos dos últimos anos de frequência na Universidade, os últimos apresentam comportamentos menos saudáveis, dormem menos, alteram frequentemente os ritmos circadianos com as noitadas, e têm mais dores de cabeça. Outros estudos realizados com estudantes universitários jovens mostraram que estes, quando privados de períodos adequados de sono, evidenciam mais dificuldades na aprendizagem de tarefas novas (National Institutes of Health, 1997; Jenkins, 2004).

Num estudo longitudinal desenvolvido entre 1989 e 1993, que envolveu 7960 jovens de ambos os sexos e com idades entre os 12 e os 18 anos, Patten *et al* (2000) salientam o facto de, em ambos os sexos o fumo de cigarros, e no sexo feminino os sintomas de depressão, estarem associados ao desenvolvimento, persistência e manutenção de problemas de sono. Neste contexto sugerem a redução dos sintomas depressivos e do fumo de cigarros nos adolescentes, como um factor importante na prevenção e tratamento dos problemas relacionados com o sono.

Nos adolescentes, o controlo dos horários de deitar e de acordar assume grande importância para a sua saúde. Os resultados de inúmeras investigações são consistentes ao apontar a falta de regularidade do horário de início do sono como uma alteração psicofisiológica primária do início da depressão (Dahal *et al*, 1996).

Verifica-se que muitos adolescentes não dormem o número de horas necessário, especialmente durante a semana, e têm padrões de sono irregulares. Os horários de sono durante a semana são muito diferentes dos praticados ao fim-de-semana, quer no que se refere ao número de horas que dormem, quer aos horários em que o fazem. Os padrões irregulares de sono podem contribuir para uma troca das fase de sono (tendência para prolongar o tempo que, ao longo das manhãs, passam na cama), dificuldade em adormecer ou acordar, e sono fragmentado e de pior qualidade (National Sleep Foundation, 2000).

Apesar de precisarem de dormir cerca de 9 horas diárias, a realidade da vida de um adolescente típico – com actividades escolares que começam cedo, actividades extra-escolares que terminam tarde, os trabalhos de casa e, para alguns, um emprego em *part-time* – mostra que a maioria provavelmente não dorme mais do que 7,5 horas diárias (Jenkins, 2004).

Os pais são aconselhados a encorajar e ajudar os seus filhos adolescentes a estabelecer e manter horários, para adormecer e para acordar, que sejam constantes e adequados às suas idades. Para tal é necessário que criem ambientes propícios ao sono saudável, adequando a luz e os ruídos, a música, limitando o uso da televisão, do computador e do telefone, ajustando os horários das actividades extra-escolares e, também, que sejam bons modelos de práticas de sono saudáveis (National Sleep Foundation, 2000).

2.5. Actividade física

Os estilos de vida fisicamente inactivos são um dos principais desafios actuais da saúde pública. Observa-se, principalmente nas sociedades ocidentais, um aumento da prevalência das doenças cardiovasculares, e verifica-se que de entre os factores de risco, o sedentarismo é dos mais prevalentes e só é ultrapassado pelo tabagismo. Mas apesar da referência à sua relação com a saúde não ser recente, apenas nas três últimas décadas foi possível confirmar que o baixo nível de actividade física representa um importante factor de risco no desenvolvimento de doenças crónicas degenerativas não transmissíveis, onde se destacam as doenças cardiovasculares.

Actualmente, o aumento das doenças próprias de uma sociedade sedentária, o apoio científico e médico à actividade física e o incentivo dado a uma medicina preventiva que reduza os custos da medicina curativa, convertem o exercício físico num importante expoente e barreira principal de oposição a uma série de problemas de saúde com grande impacte social (Frankish *et al*, 1998; Calmeiro & Matos, 2000; Padez, 2002; Ministério da Saúde, 2003).

A actividade física regular pode reduzir o risco de doenças cardiovasculares, cancro do cólon, diabetes não insulino-dependente e osteoporose. Pode também ter benefícios em pessoas com artrite, obesidade, a ansiedade e ou depressão. O aumento da actividade física é frequentemente associado a uma correspondente melhoria da aptidão

física que, por sua vez, influencia a qualidade de sono (Roberts *et al*, 2004). A participação em actividades desportivas, porque se correlaciona negativamente com os hábitos tabágicos e consumo de álcool, também ajuda a promover estilos de vida saudáveis (Pastor *et al*, 2003).

Nas directrizes para a promoção de actividade física nos jovens existem duas recomendações primárias. A primeira é de que os jovens inactivos devem, idealmente, participar em alguma actividade física de intensidade moderada pelo menos 30 minutos por dia. A segunda e mais importante, é que todos eles devem, idealmente, participar em actividades físicas moderadas durante uma hora por dia. Saliente-se que antes de 1997, períodos de vinte minutos de actividade física moderada ou vigorosa estruturada para três ou mais dias numa semana já faziam parte de recomendações padrão, e a alteração para períodos de 30 a 60 minutos deveu-se, em grande parte, ao facto de a maioria dos jovens já ter 30 minutos activos por dia e ainda assim serem preocupantes os níveis crescentes de obesidade verificados (Roberts *et al*, 2004).

O exercício físico moderado, praticado de forma regular, melhora a resposta funcional do organismo em diferentes parâmetros que contribuem para melhorar o estilo e qualidade de vida, e pode ser incluído nas actividades de vida diária, incluindo as de lazer, sem necessitar de ajustes dramáticos ao quotidiano das populações.

Interessa referir que têm sido amplamente debatidas as directrizes para os níveis adequados de actividade física das populações. O consenso emergente enfatiza o facto de apenas meia hora de exercício físico moderado, por dia e ao longo da vida, poder levar a um decréscimo de 50% do risco de contrair uma doença cardíaca, diabetes e obesidade. Este nível de actividade pode ser alcançado com movimentos corporais da vida diária, como caminhar para o trabalho ou para a escola, subir e descer escadas, dançar e outras actividades de lazer e desportos recreativos (Secretaria de Políticas de Saúde / MS, 2002).

No estudo HBSC 2001/2002 a actividade física foi definida como qualquer actividade que aumenta os batimentos do coração e faz o indivíduo sentir a respiração ofegante durante algum tempo. Pode ser realizada em jogos desportivos, actividades escolares, jogos com amigos, ou caminhando para a escola. Já a actividade física moderada foi definida como o equivalente a andar em passo estugado, que provoque no

indivíduo a sensação moderada de calor e aumente ligeiramente o ritmo respiratório (Roberts *et al*, 2004).

Os jovens constituem um grupo em que os níveis de sedentarismo têm aumentado nos últimos anos, o que pode ter repercussões negativas na sua saúde futura. A influência da actividade física na sua saúde, pela importância que consensualmente lhe é reconhecida, tem sido amplamente investigada.

Em Portugal verifica-se um aumento do sedentarismo e, actualmente, é o país da Comunidade Europeia com níveis mais elevados (Ministério da Saúde, 2004b). Por exemplo, entre os jovens de 15 anos, Portugal tem a menor percentagem de indivíduos (apenas 20%) que praticam o recomendado pelas guias de orientação no que se refere à actividade física (Morgan, 2004). Cerca de 75% da população com 15 anos ou mais descreve a sua principal actividade de tempos livres como ler, ver televisão ou outras actividades sedentárias (Ministério da Saúde, 2004b).

O tempo que passam em frente do ecrã da televisão é um indicador importante dos seus níveis de sedentarismo. Também o uso dos computadores cresceu rapidamente ao longo da última década e tornou-se numa popular actividade de lazer que dispensa a actividade física. Para além disso, o número de horas gastas em actividades escolares e a fazer os trabalhos de casa, limita o tempo disponível para actividades lúdicas que envolvam actividade física. Também neste aspecto existem diferenças entre géneros e, enquanto que ver televisão e vídeos são actividades universalmente populares entre rapazes e raparigas, passar muitas horas consecutivas no computador é mais comum entre os rapazes e passar longas horas a estudar em casa é mais comum entre as raparigas (Matos *et al*, 2001; Todd & Currie, 2004).

O aumento dos níveis de sedentarismo representa uma redução nos gastos de calorias, e se a ingestão de calorias se mantém inalterada, aumenta a prevalência de excesso de peso e de obesidade nas crianças e adolescentes.

Numa amostra aleatória de estudantes da Universidade de Coimbra, que englobou 2835 rapazes e 3366 raparigas com idades entre os 18 e os 23 anos observados entre 1995 e 2001, 20,3% dos rapazes e 10,5% das raparigas tinham excesso de peso, e 2,7% dos rapazes e 1,3% das raparigas apresentavam obesidade (Padez, 2002). Tais estudos exigem que em Portugal sejam implementadas novas estratégias de combate à obesidade, nas quais salientamos a necessidade de exercício físico. Contudo, quando

comparadas com outras populações como as da América e da China, estudos realizados (Machuco *et al*, 2000; Pereira & Ramos, 2000; Pereira *et al*, 2005) revelaram que os portugueses conseguem manter razoáveis níveis de estilos de vida saudável no que concerne aos hábitos alimentares e à prática de actividade física.

Apesar da probabilidade de lesões músculo-esqueléticas aumentar em paralelo com o aumento dos níveis de actividade, conforme sugerem alguns estudos (Matos *et al*, 2001; Roberts *et al*, 2004), as vantagens parecem ser evidentes e o aumento dos níveis de actividade física entre os jovens é um imperativo importante do ponto de vista da saúde pública. No combate às causas subjacentes às principais doenças relacionadas com os estilos de vida, definido como uma grande prioridade incluída no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Ministério da Saúde, 2004a), exige-se a consagração de uma atenção particular a factores como a insuficiente actividade física.

Durante a adolescência, a actividade física trás benefícios para a saúde, quer em termos correntes quer no futuro. A sua prática não apenas melhora a saúde mas também mantém uma relação positiva com a percepção de saúde e boa aptidão. Os adolescentes activos auto-percepcionam-se como mais saudáveis e ajustados do que os adolescentes sedentários (Pastor *et al*, 2003).

Num estudo transversal, quantitativo, que envolveu 568 jovens australianos de 18 anos e de ambos os sexos (Milligan *et al*, 1997), destaca-se que, quando questionados acerca de como se classificariam em relação à sua actividade física, 23,4% dos rapazes e 47,6% das raparigas consideraram-se “inactivos” ou “não muito activos”, e no que diz respeito à prática de pelo menos 30 minutos de actividade física 3 vezes por semana, 19,5% dos rapazes e 39% das raparigas classificaram-se “relativamente inactivos”. Ainda segundo o mesmo estudo, tanto nos rapazes como nas raparigas se verificou que os mais sedentários obtiveram menores médias de auto-eficácia que os fisicamente activos, e que os mais activos se revelaram mais confiantes de que poderiam manter os níveis de actividade que apresentavam na altura. Os principais obstáculos à prática de actividade física que referiram foram “ser muito cansativo”, “falta de vontade”, “a actividade física rotineira ser aborrecida”, “interferência na vida social” e “dificuldade em arranjar tempo disponível”. Nos rapazes relativamente inactivos foi significativamente maior a importância que atribuíram aos obstáculos “ser muito cansativo”, “falta de vontade”, “e “a actividade física rotineira ser aborrecida”, e entre

as raparigas relativamente inactivas verificou-se que, para além destes, também a referência à “interferência na vida social” e à “dificuldade em arranjar tempo disponível” foram significativamente maiores. Por fim, nos rapazes verificou-se uma correlação negativa, significativa, entre a actividade física e a depressão. Nas raparigas esta correlação não foi significativa, contudo a aptidão física avaliada através do uso de bicicletas ergométricas revelou uma associação inversa significativa com a depressão nas raparigas, mas não nos rapazes.

Num estudo quase experimental que envolveu 47 estudantes adolescentes femininas de duas escolas Americanas, Jamner *et al* (2004) concluem que as intervenções baseadas na escola e direccionadas para as adolescentes sedentárias podem ser efectivas no incremento dos níveis de actividade física e na prevenção do declínio da aptidão cardiovascular.

Os resultados do estudo HBSC relativos a 2001/2002 demonstram que os rapazes são fisicamente mais activos que as raparigas, que menos de 50% dos jovens, em todos os escalões etários e na maioria dos países, praticam as recomendações correntes, e que os níveis de actividade física declinam continuamente com a idade, e mais abruptamente nas raparigas. Os jovens passam uma quantidade significativa de tempo a ver televisão, a usar o computador ou a fazer os trabalhos de casa e, apesar das associações encontradas entre níveis de comportamento sedentário e níveis de inactividade física serem positivas mas fracas, o tempo gasto em comportamento sedentário reduz o tempo disponível para a actividade física. Globalmente, cerca de um quarto dos jovens gastam quatro ou mais horas por dia a ver televisão, um sétimo gasta mais de três horas por dia a usar o computador e quase um quinto gasta mais do que três horas por dia a estudar à secretária (Morgan, 2004; Roberts *et al*, 2004).

Num estudo quantitativo, transversal, que envolveu 1038 estudantes espanhóis, de ambos os sexos e com idades entre os 15 e os 18 anos (Pastor *et al*, 2003), os resultados revelaram que a participação em actividades desportivas tinha uma relação inversa significativa com o consumo de tabaco e de álcool, sentimentos de ansiedade e depressão e sintomas como dor de cabeça, de estômago, dores nas costas e vertigens. A percepção de saúde, que revelou uma relação inversa significativa com estas variáveis, revelou também uma relação positiva significativa com a prática de desporto. A

percepção de aptidão, por sua vez, apresentou-se associada positiva e significativamente quer com a percepção de saúde quer com a participação em actividades desportivas.

Também Barros (2003), que com base no Inquérito Nacional de Saúde 1998/99 realizou uma exploração do efeito de decisões de comportamento individual sobre o estado de saúde, verificou que os indivíduos que praticam actividade física moderada ou intensa auto-reportam um melhor estado de saúde do que aqueles que não praticam qualquer actividade física.

Os resultados dos diversos estudos reforçam a pertinência de serem desenvolvidas estratégias tendentes à promoção de índices de actividade física mais elevados, em todas as idades, mas particularmente entre os jovens.

Qualquer esforço para melhorar estes índices deveria ter em consideração quer as barreiras quer os facilitadores (por exemplo, melhorando a escolha de actividades de educação física na escola e enfatizando os aspectos sociais do desporto). Além disso, os políticos deveriam colocar mais ênfase em desafios mais abrangentes, como a disponibilização de instalações adequadas (Roberts *et al*, 2004).

Nem todos os esforços e nem todas as estratégias revelam a mesma efectividade no incremento da actividade física nas populações. Segundo a *Task Force on Community Preventive Services* (Community Preventive Services, 2002), a colocação de avisos motivadores (*point-of-decision prompts*) junto aos elevadores e escadas rolantes, que encorajem as pessoas a usar as escadas normais e assim obterem benefícios de saúde, inclusive a perda de peso, são recomendados. Também fortemente recomendadas são as campanhas comunitárias em larga escala, desde que para além de envolverem a televisão, a rádio, os jornais e suplementos, e até o cinema, na difusão de mensagens que promovam a actividade física, incluam esforços direccionados mais individualmente, como grupos de apoio e de auto-ajuda, aconselhamento individual, triagem de factores de risco, educação nos locais de trabalho, nas escolas e noutros locais de concentração de pessoas, e actividades ambientais como a criação de pistas ou troços para caminhadas. Em relação às actividades em sala de aulas, quando focalizadas apenas na divulgação de informação acerca dos benefícios da actividade física ou focalizadas na redução do tempo que os estudantes passam a ver televisão ou a jogar *video-games*, não há evidência suficiente de que sejam efectivas, ao contrário daquelas que envolvem a alteração dos curricula e das políticas de forma a aumentar o tempo que

os estudantes passam envolvidos em actividade física moderada ou intensa nas aulas de Educação Física, e dos programas individualmente desenhados e adaptados aos interesses específicos dos indivíduos, às suas preferências e disponibilidade para a mudança. Também as actividades que visam alterar os meios locais no sentido de criar condições e oportunidades para a actividade física (quer construindo espaços adequados, quer aumentando as facilidades de acessos aos espaços existentes), são fortemente recomendadas.

2.6. Consumo de álcool

Segundo Mello *et al* (2001), de uma forma geral a tipologia dos problemas ligados ao consumo de álcool engloba os problemas no Indivíduo, na Família, no Trabalho e na Comunidade. No individuo destacam-se os efeitos episódicos agudos, as consequências de um consumo excessivo e prolongado, e os efeitos de um consumo em determinadas circunstâncias – *e.g.* gravidez, aleitamento e menoridade. Na família destaca-se a sua perturbação, a do lar e a descendência. No trabalho é a diminuição de rendimento laboral, o aumento do absentismo, acidentes, e reformas prematuras, e na Comunidade são as perturbações nas relações sociais e da ordem pública, os delitos, actos violentos, criminalidade, desemprego, vagabundagem, degradação da saúde e do nível de vida e bem-estar da comunidade e os acidentes de viação, os aspectos que assumem maior relevo.

O álcool é actualmente considerado uma substância psicoactiva muito perigosa, e em alguns países europeus está relacionado com cerca de 6% da mortalidade total (Settertobulte *et al*, 2001). Em termos globais, e segundo o *The European Health Report 2002* (WHO, 2003), 1,5% das mortes na Europa são atribuídas ao seu consumo (por ano cerca de 55 000 jovens, uma em cada 4 mortes de homens com idades entre os 15 e os 29 anos e entre 40% a 60% de todas as mortes provocadas por acidentes). Em 2001, ocorreram 750 mortes em Portugal por acidente de viação atribuíveis ao álcool (Ministério da Saúde, 2004a).

Não obstante estes dados, o uso de álcool está embebido na cultura da maioria dos países. Em 1996 o consumo anual *per capita* excedia os 10 litros em cerca de metade dos países que fazem parte do estudo HBSC (Schmid & Gabhainn, 2004).

A Europa é o continente com a mais elevada taxa de consumo, e Portugal é um dos países com maiores consumos de álcool e de prevalência de problemas a ele ligados. No que diz respeito ao consumo de vinho, em 2000 atingiu-se o quarto lugar mundial, com 50 Litros por habitante. Embora o consumo de vinho tenha diminuído de forma apreciável nas últimas décadas, o consumo de cerveja tem vindo a aumentar vertiginosamente, mais de 390% entre 1970 e 2000, tal como o consumo de bebidas destiladas, que aumentou cerca de 180% no mesmo período (Mello *et al*, 2001).

Este consumo é particularmente preocupante entre os jovens, de ambos os sexos, onde se verificam consideráveis aumentos, especialmente de cerveja e das novas bebidas alcoólicas denominadas “*alcopops*” (refrigerantes misturados com álcool) produzidas especificamente para estes grupos alvos (Settertobulte *et al*, 2001).

A experimentação de álcool é comum e muitos jovens tornam-se consumidores regulares. Dados do estudo HBSC 2001/2002 mostram que aos 15 anos 29% bebem bebidas alcoólicas regularmente (Morgan, 2004). Para estes números contribui o facto de, para os jovens que vivem nos países e regiões em que o álcool está mais embebido nas suas culturas, os adultos, os colegas, os irmãos e os meios de comunicação de massas serem um importante modelo para o consumo (Schmid & Gabhainn, 2004).

Tal como noutros países, também em Portugal, nos últimos anos, os hábitos tradicionais de consumo de bebidas alcoólicas sofreram alterações, entre as quais Mello *et al* (2001) destacam o crescente consumo de bebidas alcoólicas pelos jovens, o crescente consumo de bebidas destiladas mais fortemente alcoolizadas (aperitivos, *whisky*, licores, *cocktails*), a internacionalização e uniformização dos hábitos de beber e o consumo de novas bebidas (sumos com álcool - “*alcopops*”, *shots*,...).

Para estas alterações muitos factores contribuíram. Por exemplo, as propagandas comerciais que associam ao álcool uma variedade de “vantagens”, incluindo a camaradagem social, masculinidade, atracção sexual, romance e aventura predominam, e raramente são difundidas imagens nos meios de comunicação de massas que mostrem as consequências negativas, como o embaraço, as ressacas, os acidentes e a violência (Schmid & Gabhainn, 2004).

Por outro lado, nos jovens o álcool tende a ter uma conotação positiva, e a atracção imediata é mais forte do que as consequências a longo prazo, e até mesmo a curto prazo. E não obstante a proporção de jovens com dependência do álcool ser

inicialmente pequena, e as doenças relacionadas com o seu consumo não se manifestarem precocemente, interessa salientar que as fundações para o abuso de álcool e de outras substâncias psicoactivas estão enraizadas na infância e adolescência (Settertobulte *et al*, 2001).

O consumo de álcool pelos jovens pode estar relacionado com inúmeros factores, para além dos ligados à cultura específica dos grupos sociais.

O álcool pode representar um privilégio desejado do mundo dos adultos, e usá-lo pode fazer com que sintam que se parecem mais velhos e vejam neste facto uma forma de aumentarem a sua autonomia e independência em relação aos pais ou tutores. Ao mesmo tempo, num grupo de colegas o consumo de álcool pode resultar da percepção de que toda a gente no grupo consome, de que pode facilitar a interacção e o estabelecimento de novas amizades, aumentar a popularidade ou a influência da imagem entre os colegas, e de que pode ajudá-los a relaxar e enfrentar as exigências do meio (Schmid & Gabhainn, 2004).

Entre os jovens, este consumo é frequentemente associado a festividade, divertimento e farra. Actualmente, em inúmeros países, verifica-se o desenvolvimento de um padrão de consumo associado a ocasiões ditas especiais, e o termo “*binge drinking*” tem sido amplamente usado para descrever quer as situações em que, numa ocasião específica, ocorre intoxicação alcoólica aguda por ingestão excessiva, quer as situações em que ocorre um padrão de consumo excessivo durante um período de tempo mais extenso e propositadamente estabelecido para este propósito, como sejam as festas, fins-de-semana, férias, entre outros.

Segundo Kuntsche *et al* (2004), ao longo da última década o “*binge drinking*” entre os estudantes universitários tornou-se a maior preocupação de saúde pública nos Estados Unidos. Também na Europa se verifica um aumento da sua prevalência, particularmente entre os adolescentes. Numa revisão bibliográfica que envolveu a síntese de artigos relacionados, estes autores concluem que o “*binge drinking*” é muito mais comum entre os homens do que entre as mulheres, e na maioria dos países atinge o seu pico máximo na adolescência tardia ou nos adultos jovens. Estes bebedores não conhecem suficientemente os riscos potenciais, e raramente planeiam mudar o seu comportamento. Os autores salientam ainda que, tanto na Europa como nos Estados Unidos, uma relação pobre com os pais, ou uma vigilância insuficiente por parte dos

país, está associada a elevadas prevalências de “*binge drinking*” nos adolescentes, que a influência dos pares é, entre eles, um forte predictor deste comportamento, e que é menos provável nos países em que o álcool está integrado na vida quotidiana, do que nos países onde o seu consumo aos fins-de-semana é culturalmente mais aceite.

Quando o propósito de beber é ficar embriagado e daí resulta uma intoxicação, podem-se esperar consequências para a saúde. A intoxicação provoca uma menor coordenação motora e capacidade de julgamento crítico, e reduz os níveis de inibição. Entre os jovens adolescentes os efeitos podem ser evidentes, mesmo com consumos relativamente baixos (Schmid & Gabhainn, 2004).

Os efeitos comportamentais do álcool variam de indivíduo para indivíduo, e as expectativas que têm acerca do álcool exercem um forte efeito sobre comportamentos que parecem influir quer na decisão de beber quer no comportamento na intoxicação (Gouveia *et al*, 1993). Não obstante, o seu consumo imoderado está frequentemente ligado a condutas violentas, lesões acidentais e relações sexuais desprotegidas, com possibilidade de surgirem gravidezes não desejadas e/ou ISTs, e também ao consumo de outras substâncias nocivas (Prazeres, 2002).

De acordo com os resultados do Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na população portuguesa – 2001, publicados no *Annual Report on the Drug Phenomena. Portugal – 2002* (EMCDDA, 2002), e relativos aos estudantes em Portugal, com idades entre os 12 e os 18 anos, verificou-se que o consumo de álcool se encontra associado a 80% dos estudantes que fumam tabaco, a 25% dos que consomem *cannabis*, a 8% dos que consomem *ecstasy*, 7% dos que consomem cocaína, tranquilizantes ou sedativos, 6% dos que consomem anfetaminas e a 5% dos que consomem LSD ou heroína.

Por haver um reconhecimento unânime do seu carácter determinante para a saúde, o consumo de álcool pelos adolescentes e jovens tem sido estudado em inúmeros países.

Os resultados de um estudo longitudinal realizado na Finlândia por Kirsti e Saija (2002), com 1300 crianças de 12 anos (e as acompanhou até aos 15), sugerem que o consumo abusivo de álcool pode ser uma tentativa para lidar com sentimentos de depressão, que a ideação suicida pode preceder o abuso de álcool, embora mais frequentemente nas raparigas que nos rapazes, e que os sentimentos de fracasso escolar

e baixa auto-estima aos 12 anos se associam ao abuso de álcool aos 15 anos nas raparigas, mas não nos rapazes. Nestes, são os problemas de relação interpessoal e tendências agressivas aos 12 anos que se associam ao abuso de álcool aos 15.

Os resultados do estudo HBSC 2001/2002 (Morgan, 2004) indicam que é mais provável nos rapazes o relato do consumo de álcool, embora os números mascarem as diferenças geográficas que se verificam. O consumo varia consideravelmente entre países e regiões, assim como varia o tipo de bebidas alcoólicas consumidas. Em Israel e Itália, por exemplo, os jovens relatam uma iniciação relativamente precoce ao consumo e embriaguez. Porém, beber habitualmente é comum nestes países. A Finlândia tem taxas altas de embriaguez e taxas baixas de ingestão moderada regular, enquanto que a Itália tem baixas taxas de embriaguez e taxas altas de consumo regular de cerveja, vinho e bebidas destiladas. Em Portugal, e relativamente à faixa etária dos 15 anos, 20,5% dos rapazes e 11,0% das raparigas relataram consumir regularmente bebidas alcoólicas (independentemente do tipo de bebidas), 12,2% dos rapazes e 10,2% das raparigas referiram consumir regularmente bebidas espirituosas, e 25,5% dos rapazes e 18,9% das raparigas referiram já se ter embriagado duas ou mais vezes.

Mello *et al* (2001) referem-se a alguns estudos realizados em Portugal, nos últimos anos, e destacam nos resultados o facto de 87,5% dos rapazes e 76% das raparigas estudantes com idades entre 15 e 20 anos, consumirem bebidas alcoólicas (1996), de 82,6% dos jovens de 16 anos que deixaram a escola consumirem bebidas alcoólicas (1997); de 80% dos rapazes e das raparigas estudantes dos ensinos secundário e superior com idades entre os 15 e os 25 anos consumirem regularmente “*alcopops*” (1998), de cerca de 10 a 20% dos estudantes universitários e do ensino politécnico de Coimbra, com idades entre os 17 e os 24 anos, apresentarem problemas ligados ao álcool, e de no ensino secundário 18% dos rapazes e 10% das raparigas, com idade média de 16 anos, dizerem ter-se embriagado mais de vinte vezes (1998).

Não obstante, o reconhecimento pelos jovens dos problemas ligados ao álcool parece estar patente. Num estudo qualitativo exploratório envolvendo 61 indivíduos de ambos os sexos e com idades entre os 13 e os 22 anos, que visou detectar quais os comportamentos que os jovens consideram favoráveis e desfavoráveis à saúde no sentido amplo (saúde pessoal e impacto social), Frasquilho (1998) verificou nos resultados que o uso e uso imoderado de álcool, e embriaguez foram os

comportamentos problema que, logo a seguir ao consumo de droga, mais citações obteve.

Os resultados de um estudo quantitativo transversal envolvendo 81 indivíduos de ambos os sexos e com idades entre os 12 e os 15 anos, cujo objectivo foi identificar os principais problemas nos estilos de vida dos jovens da área do Centro de Saúde de Carnaxide, Santos (1999) destaca o facto de 19,7% dos adolescentes relatarem ingerir frequentemente bebidas alcoólicas (8,6% ingeriam frequentemente cerveja, 6,2% vinho e 4,9% bebidas destiladas).

Estes dados reforçam a necessidade de inverter a situação relativa ao consumo de álcool entre os jovens. Nesse sentido, os programas de prevenção baseados na escola, treino de habilidades e intervenções sumárias parecem promissores, especialmente quando combinados com intervenções comunitárias.

Estas intervenções comunitárias, na opinião de Schmid e Gabhainn (2004), devem incluir campanhas nos meios de comunicação de massas, anúncios das restrições e do regulamento da disponibilização de bebidas alcoólicas aos jovens por intermédio de políticas de regulação das lojas que as vendem, horas de abertura, treino de gerentes e de empregados, entre outras intervenções, que deveriam ser seriamente consideradas pelos governantes nos países onde tais políticas ainda não estão em curso. Estes autores defendem que as considerações legislativas que podem fazer parte das políticas de prevenção são os sistemas de licenciamento da produção e venda de bebidas alcoólicas, o uso de rótulos advertindo para os riscos do consumo excessivo e, talvez o mais importante, taxas sobre o álcool que tornassem os preços menos comportáveis pelos jovens.

2.7. Hábitos tabágicos

O consumo de tabaco é um dos principais factores implicados na origem de doenças crónicas não transmissíveis, que constituem hoje a principal causa de morbilidade e mortalidade nas sociedades desenvolvidas (Ministério da Saúde, 2003). Cerca de 215 milhões de europeus fumam tabaco. Na Europa 6% do total de mortes são atribuídas a este consumo (WHO, 2003), e em todo o mundo, este número está estimado em 1,2 milhões por ano (14% do total). As estimativas apontam para, até o ano 2020, cerca de 10 milhões de mortes por ano (Costa & Goldfarb, 2000).

Este consumo pode rapidamente transformar-se numa dependência física e psíquica, com o contributo de uma droga psicoactiva presente na folha do tabaco - a nicotina. O fumo do tabaco contém ainda mais de quatro mil compostos químicos, dos quais cerca de quarenta são reconhecidos como carcinogéneos. Por outro lado, outras substâncias adicionadas aos produtos do tabaco, como a amónia, cacau, glicerina, mentol, baunilha, aromatizantes, entre outras, têm consequências para a saúde, uma vez queimadas e inaladas, ainda não totalmente conhecidas (Nunes, 2002).

Não obstante a maioria dos estudos sobre os hábitos tabágicos considerar apenas dois tipos de comportamento, os fumadores e os não fumadores, a quantificação do número de cigarros consumidos tem sido frequentemente considerada em muitos trabalhos. Por exemplo, Lopes *et al* (1996) considerou fumadores regulares os adolescentes que fumam entre 1 e 6 ou mais de 6 cigarros por semana. Por sua vez Giraldes (1996) distinguiu os fumadores de menos de 20 cigarros dos fumadores de 20 a 40 cigarros por dia. Dijkstra *et al* (1998), mensurou os hábitos tabágicos dos inquiridos através de questões relativas ao número de anos em que mantêm o hábito de fumar, ao número de cigarros que fumam por dia, e às tentativas, nos últimos doze meses, efectuadas para deixar de fumar. Santos (1999) considerou hábitos tabágicos ligeiros o consumo de 1 a 5 cigarros por dia, e hábitos tabágicos moderados o consumo de 6 a 10 cigarros por dia, e, mais recentemente, Sasco *et al* (2002) distinguiram os fumadores de 1 a 5 cigarros por mês, dos fumadores de 6 a 10 e dos de mais de 10 cigarros por mês.

A dependência da nicotina inicia-se com a experimentação, e é nas faixas etárias mais jovens que se estabelece. Cerca de 90% dos actuais fumadores adultos tomaram-se dependentes da nicotina até os 19 anos de idade, e cerca de 50% dos jovens que experimentam o fumo de tabaco tornar-se-ão fumadores (Costa & Goldfarb, 2000).

Fumar é um comportamento bem enraizado nos jovens, e não há sinais claros que esteja a decrescer. Na Europa a prevalência de hábitos tabágicos entre jovens dos 15 aos 18 anos está estimada em cerca de 30%, com uma ligeira tendência para subir (WHO, 2003), e o estudo HBSC 2001/2002 revela que a prevalência de hábitos tabágicos aumenta com a idade (Godeau *et al*, 2004), e aos 15 anos 23% dos jovens fumam (Morgan, 2004).

Num estudo quantitativo, transversal, realizado por Sasco *et al* (2002) e que envolveu 913 crianças de ambos os sexos, com idades entre os 9 e os 11 anos, os

resultados indicam que 12,3% delas já haviam fumado pelo menos um cigarro, e destas 5,1% fizeram-no nos 30 dias que antecederam o estudo. Verificou-se que a idade (mais fumadores entre os mais velhos), o sexo (mais fumadores entre os rapazes), os comportamentos de risco e violência, e o uso de álcool estavam fortemente associados com os hábitos tabágicos. O estudo revelou ainda que das 112 crianças que relataram já ter fumado, 45.5% declararam não querer permanecer fumadores no futuro, e 26.8% não tinham a certeza. As restantes (27,7 %) declararam querer manter os hábitos tabágicos.

As diferenças entre os sexos são particularmente visíveis. Aos 15 anos, na maioria dos países da Europa, os rapazes relatam taxas de consumo de tabaco superiores às raparigas, embora as diferenças diminuam constantemente (WHO, 2003).

Em Portugal Continental cerca de 20% da população com mais de 10 anos, é fumadora. Os dados dos Inquéritos Nacionais de Saúde (INS) efectuados em 1987, 1996 e 1999 mostram que, no sexo masculino, a proporção de fumadores tem vindo a decrescer, à excepção do grupo etário dos 35-44 anos, enquanto que a tendência no sexo feminino tem sido crescente (Nunes, 2002).

Actualmente o consumo de tabaco entre as raparigas de 15 anos é igual ou excede o dos rapazes em cerca de metade dos países e regiões que participaram no estudo HBSC, entre os quais Portugal (Morgan, 2004), e a percentagem de raparigas que revelaram ter começado a fumar aos 15 anos é superior à percentagem dos rapazes que, com a mesma idade, começaram a fumar - 13,2% e 12,6% respectivamente (Godeau *et al*, 2004).

Para além dos malefícios directamente ligados ao fumo do tabaco, acresce o facto de os hábitos tabágicos se encontram frequentemente associados a outros consumos problemáticos.

De acordo com os resultados de 2001 do Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na população portuguesa, e relativos a estudantes com idades entre os 12 e os 18 anos, verificou-se que o uso de tabaco está associado ao uso de outras substâncias. De entre os fumadores, 80% consomem bebidas alcoólicas, 37% consomem cannabis, 10% heroína e 4% consomem cocaína (EMCDDA, 2002).

Vários factores, uns intrínsecos aos próprios jovens e outros extrínsecos, são determinantes na aquisição e manutenção dos hábitos tabágicos.

Num estudo de natureza quantitativa realizado no Reino Unido por Thrush *et al* (1997), que envolveu 1985 crianças de ambos os sexos, com idades entre os 8 e os 12 anos e com o objectivo de analisar a representação das percepções que estes tinham dos pontos de vista dos pais e amigos fumadores (nomeadamente se as crianças tinham a percepção de que os hábitos tabágicos eram percebidos, pelos pais e amigos fumadores, como algo mais positivo ou mais negativo) salienta-se nos resultados o facto de os jovens fumadores revelarem um conjunto de convicções sobre os pontos de vista de outros fumadores que diferiam sistematicamente das convicções reveladas pelos não fumadores, o que sugere a existência de um mecanismo psicológico social implicado no início precoce dos hábitos tabágicos nos adolescentes. Nas crianças fumadoras as percepções que estas têm acerca dos pontos de vista dos pais e amigos fumadores foi, para a maioria, mais conotada com aspectos positivos do que com aspectos negativos, verificando-se o contrário entre as crianças não fumadoras.

Também está bem documentado que a prevalência de hábitos tabágicos varia marcadamente entre escolas. Não existe evidência de que esta variação se deve às escolas, mas é crível que, tal como exercem fortes influências nos desenlaces psicológicos e sociais dos seus alunos, elas possam também influenciar os seus hábitos tabágicos. O facto de os adolescentes se mostrarem desinteressados e desligados de intervenções didácticas, organizadas na escola e direccionadas ao consumo de tabaco, parece constituir um factor de risco para a aquisição de hábitos tabágicos, independentemente de já terem ou não experimentado fumar (Aveyard *et al*, 2003).

Num estudo quantitativo, transversal, com 3918 estudantes de ambos os sexos, entre os 11 e os 15 anos, de 115 escolas Australianas, os resultados revelaram que aqueles que tinham uma percepção negativa do seu ambiente escolar e não sentiam os professores como fonte de incentivo e apoio, tinham maior probabilidade de assumir comportamentos de risco, quando comparados com os estudantes que tinham uma visão mais positiva da escola e dos professores. O incentivo e apoio dos professores estava mais fortemente associado, de forma inversa, a comportamentos como o uso de tabaco, uso de álcool e ao não uso de capacete (bicicleta), do que o ambiente escolar (McLellan *et al*, 1999).

A aceitação social da dependência à nicotina tem-se constituído como um dos grandes obstáculos para o controle do tabagismo. Os cigarros são anunciados e vendidos

em qualquer lugar e o acto de fumar é inserido como comportamento “desejável” pelos meios de comunicação de massas, onde pessoas respeitadas e admiradas aparecem a fumar. Ao mesmo tempo, a publicidade ao tabaco parece estar, frequentemente, dirigida aos jovens. Seja de forma directa utilizando imagens e argumentos que aproveitam a inquietude, a busca de auto-afirmação, a rebeldia, a procura de independência, e outros valores e susceptibilidades comuns, seja de forma indirecta associando o acto de fumar ao desporto, às artes, à música, aos ídolos e à moda, ou até patrocinando eventos nessas áreas (Costa & Goldfarb, 2000). Também no cinema, mesmo quando o tema não é abordado directamente, ele está presente num grande número de inserções e associações com cenas de prazer, sexo, relaxamento e tomadas de decisão (Costa & Goldfarb, 2000; Dias *et al*, 2004).

Para controlar os hábitos tabágicos nos jovens, e à semelhança do que se passa no que concerne à generalidade das práticas e comportamentos determinantes da saúde, é necessário a conjugação de esforços e o desenvolvimento de trabalho concertado entre as diversas fontes de promoção da saúde, e nos diversos cenários.

A educação para a saúde, que tem constituído a principal abordagem de prevenção da habituação tabágica na adolescência, deveria iniciar-se no seio da família, onde o exemplo dos pais é fundamental (pais fumadores, para além de exporem as crianças ao fumo passivo, oferecem modelos de identificação com este consumo). Mas para além da família, a escola e a comunidade em geral, incluindo a política e os meios de comunicação de massas, assume particular importância neste contexto.

A educação para a saúde deve ajudar as crianças e os jovens a construir uma auto-estima positiva e a desenvolverem a capacidade de resistir às pressões dos pais, da publicidade e da sociedade em geral, para que fiquem habilitados a decidir de modo informado, autónomo e responsável. Neste sentido, e segundo Nunes (2002), a prevenção do tabagismo na Escola deve ser tema curricular obrigatório a desenvolver através de processos pedagógicos activos, embora enquadrado numa perspectiva de aquisição global de competências para uma vida adulta saudável. Os professores, como referência importante para as crianças e jovens, devem ter presente o importante papel que detêm na sua educação e, no caso de serem fumadores, devem abster-se de fumar junto deles.

As estratégias que envolvem também a comunidade em geral, os legisladores, o poder político e os meios de comunicação de massas, têm mostrado a sua efectividade nesta área. Nos EUA, por exemplo, uma taxa relativamente baixa de consumo de tabaco em 2001/2002, e que começou a baixar desde o pico atingido em 1997, está relacionada com o aumento do preço dos cigarros (cerca de 70% desde Dezembro de 1997 a Maio de 2001), e também com os esforços baseados na escola para a prevenção do uso de tabaco, e exposição a campanhas estatais e nacionais de prevenção difundidas pelos meios de comunicação de massas (Godeau *et al*, 2004). Neste contexto Nunes (2002) defende o importante papel das organizações de juventude e dos meios de comunicação social pelo potencial que têm na informação dos jovens e do grande público, e a implementação de medidas legislativas adequadas pois, salienta, ao proibir a publicidade aos produtos do tabaco, ao aumentar os seus preços, controlar os meios automáticos de venda e ao proibir a venda de cigarros em pequenos maços, de forma a limitar o seu acesso, são medidas com tanta ou maior eficácia que as medidas educativas.

2.8. Outras drogas

O consumo de drogas ilícitas é um problema de saúde que não atinge apenas os consumidores mas também toda a sociedade. Os problemas ao nível sanitário (ISTs e a tuberculose), ao nível escolar (insucesso escolar e abandono precoce, comportamentos violentos e anti-sociais, pouca resistência à pressão de grupo, experimentação de drogas em idade precoce), ao nível criminal (crimes contra o património, roubos ou atentados à integridade física) e social (deterioração do tecido social, desrespeito ou incumprimento de regras e valores instituídos, prostituição, sobrecarga da Segurança Social), fundamentam este pressuposto (Ministério da Saúde, 2004b).

Nos jovens, a afirmação da identidade social pode dar-se pela vinculação a grupos que utilizam condutas anti-sociais, como o uso de drogas lícitas e ilícitas, colocando-os no caminho da violência (Aerts *et al*, 2004).

Tanto nos países da Região Europeia como nos Estados Unidos verifica-se uma tendência de crescimento do consumo de drogas ilícitas. Os jovens relatam usar mais drogas e começam a usá-las mais cedo (Bogt *et al*, 2004). De acordo com os resultados do Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População

Portuguesa-2001 (Balsa *et al*, 2004), em Portugal os primeiros consumos ocorreram, essencialmente, em idades precoces. 14% iniciaram o consumo antes dos 15 anos, 58% quando tinham entre 15 e 19 anos, e 20% com idades entre 20 e 24 anos. A idade média, no momento do primeiro consumo é de 18 anos no caso da *cannabis*, 19 no caso das anfetaminas, 21 no caso do LSD e 20 no caso das outras substâncias.

Segundo o relatório *The European Health Report 2002* (WHO, 2003), a análise da prevalência do uso de drogas entre a população da União Europeia revela que uso de drogas ilícitas está concentrado nos adultos jovens, principalmente do sexo masculino e meio urbano, e que entre 1995 e 1999 a prevalência de abuso de drogas como a *cannabis*, anfetaminas, LSD e outros alucinógenos, e cocaína ou derivados aumentou em toda a união europeia (excepto na Irlanda e no Reino Unido).

Em Portugal estima-se a existência de 70.000 a 100.000 toxicodependentes, e os consumos caracterizam-se por serem, também, maioritariamente no sexo masculino (82,8%), em idades entre os 25 e 34 anos (51,5%). Do total, 77,6% são consumidores de heroína, 27,3% de *cannabis* e 27% de cocaína. O *ecstasy*, anfetaminas e outras drogas sintéticas têm vindo a conquistar terreno, particularmente entre os jovens e em idades consideradas precoces (12-14 anos). 32,2% dos consumidores de droga administram-na por via endovenosa, 13,6% são seropositivos ao VIH (dos quais 43,6% em tratamento retroviral), 5,4% ao vírus da hepatite B, 44,7% ao vírus da hepatite C e 2,3% têm tuberculose (Ministério da Saúde, 2004b).

Em quase todos os países que participam no estudo HBSC 2001/2002, uma proporção crescente de adolescentes, e mais os rapazes que as raparigas, relata que o consumo de *cannabis* faz parte de um repertório de comportamentos normais e culturais do grupo de amigos (Bogt *et al*, 2004).

Na Europa o consumo de *cannabis* assume particular relevo (1 a 9% de prevalência nos últimos 12 meses, enquanto que as outras substâncias raramente apresentam prevalências acima dos 1%). Todos os indicadores apontam para que o seu uso, e o de estimulantes, tenha aumentado significativamente nos últimos anos. Para os jovens com menos de 18 anos de idade, a *cannabis* é amplamente a substância ilegal mais usada, e a ela se deve o facto de o uso de drogas ilícitas entre estudantes adolescentes ter subitamente duplicado em muitos países da Europa, incluindo Portugal (WHO, 2003). Nos Estados Unidos cerca de metade dos estudantes do ensino superior

relataram ter experimentado o seu consumo, e um terço relatou tê-lo feito durante o mês anterior ao inquérito (Bogt *et al*, 2004).

O *The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD) é um estudo desenvolvido a nível Europeu por proposta do *CAN - The Swedish Council on Alcohol and other Drugs*, com o apoio do Grupo Pompidou do Conselho da Europa. Pretende acompanhar a evolução dos consumos de substâncias lícitas e ilícitas nos alunos de diversos países da Europa. Realizou-se pela primeira vez em 1995, e repetiu-se em 1999 e 2003. Portugal participou desde o início. Os resultados de 2003 e relativos a Portugal, apresentados por Feijão (2004) em Junho de 2004, referem-se a uma amostra de cerca de 18000 alunos do 7.º ao 12.º anos, com idades entre os 13 aos 18 anos. Nos resultados destaca-se o aumento da percentagem de jovens que já experimentou drogas ou que as consome esporádica ou habitualmente. De 1999 para 2003, a percentagem de alunos de 16 anos que já experimentou alguma droga subiu de 12 para 18% e, paralelamente a percentagem de alunos de 16 anos que já consumiu *cannabis* (sob qualquer das suas formas de apresentação - marijuana ou erva, haxixe, óleo, etc.) passou de 9 para 15%, enquanto que a dos já experimentaram “outras drogas” que não a *cannabis* passou de 6 para 7%. A percentagem dos que já consumiram tranquilizantes ou ansiolíticos, sem receita médica, baixou de 8 para 5% de 1999 para 2003. Verificou-se também, neste período, aumentos significativos da prevalência do consumo de quase todas as substâncias (exceptuando as anfetaminas, cuja prevalência estabilizou, e a heroína, em que houve mesmo um ligeiro decréscimo), e que a substância com maior número de consumidores é a *cannabis* (15%), seguida dos inalantes (8%), do *ecstasy* (4%) e das anfetaminas, cocaína e cogumelos alucinogénios (3% cada), da heroína, do crack e do LSD (2%) e por último do GHB (*ecstasy* líquido ou “*rape drug*”) e dos esteroides anabolizantes (com cerca de 1% cada). Verificou-se que a percentagem de consumidores de *cannabis* aumenta acelerada e uniformemente com a idade, passando de 2%, aos 13 anos para 28% aos 18 anos, e que enquanto a percentagem de consumidores de *ecstasy* e de cogumelos alucinogéneos, aumenta com a idade, as percentagens de alunos que já experimentaram cocaína ou GHB aumentam até aos 15/16 anos e a partir daí decrescem.

Também o Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Portuguesa-2001, que envolveu uma amostra de 14184 indivíduos

entrevistados, residentes no continente e nas ilhas, de ambos os sexos e com idades entre os 15 e os 64 anos de idade, revelou dados em muitos aspectos similares. Nos resultados apresentados por Balsa *et al* (2004), não obstante Portugal ter apresentado taxas de prevalência de declarações de consumo de substâncias psicoactivas ilícitas geralmente mais baixas do que as de outros países europeus (7,8% no caso da população entre 15 e 64 anos), quer ao nível do conjunto da população quer ao nível das populações de jovens adultos (15-34 anos), registaram-se declarações de consumo de heroína superiores à da maioria dos países que foram considerados na comparação: 0,7% ao longo da vida, a segunda taxa mais alta a seguir à da Inglaterra e do País de Gales (1,0%). Por outro lado, a substância ilícita amplamente mais consumida, a *cannabis*, apresentou uma taxa de prevalência de 7,6% ao longo da vida e de 3,3% ao longo do último ano e, comparativamente com os outros países, quer se considere o conjunto da população, quer se considere os jovens adultos (15-34 anos), Portugal apresentou a segunda maior taxa de continuidade no caso da *cannabis*, e a maior no caso do *ecstasy*. Os dados revelaram ainda que os homens consomem sempre mais do que as mulheres (no conjunto da população, 11,7% dos homens e 4% das mulheres consumiram uma qualquer substância ao longo da vida), e que esta relação é de 11,5% e 3,9% no caso da *cannabis*; 1,2% e 0,2% no caso da heroína; 1,5% e 0,3% no caso da cocaína ou 1,1% e 0,3% no caso do *ecstasy*. Em relação à idade, os consumos são mais elevados nos grupos etários mais jovens. A prevalência de consumo de qualquer substância é de 12,4% no grupo 15- 24 anos, 12,9% no grupo 25-34 anos, 7,7% no grupo 35-44 anos e baixa para 2,2% e 0,4% nos escalões etários seguintes. Ainda de acordo com os dados deste estudo, salienta-se o facto de a *cannabis* ter sido a substância que deu início aos consumos em 70,7% dos casos (23% iniciaram com *cannabis* e outra substância ao mesmo tempo e só 6,3% iniciaram com outra substância).

Os adolescentes estão sujeitos a influências contraditórias em relação ao uso da *cannabis*. Por um lado este é apresentado como uma ameaça à saúde e à estabilidade mental e até mesmo como um degrau ou trampolim para o uso de “drogas duras”. Por outro lado, a *cannabis* é exaltada como uma das drogas usadas pelas estrelas *Pop* e outros modelos populares, e isto num contexto em que o predictor mais forte do uso individual de drogas é o seu uso dentro do grupo de colegas (Bogt *et al*, 2004). E, segundo os mesmos autores, apesar de vários estudos argumentarem que um padrão de

uso moderado de *cannabis*, tal como acontece com o álcool, não ser necessariamente prejudicial, pelo menos socialmente, e sugerirem que os adolescentes que consomem *cannabis* em doses moderadas são melhor ajustados e têm melhores habilidades sociais que aqueles que não usam ou usam em excesso substâncias psicoactivas, é absolutamente necessário distinguir o seu uso ocasional do uso frequente, que é associado a resultados negativos e predictivo de abandono escolar, práticas sexuais desprotegidas e envolvimento em comportamentos delinquentes, e também associado a debilidade e doença física. Salientam ainda que estudos recentes convergem na evidência de que uso de *cannabis* pode activar psicoses e depressões, particularmente entre pessoas que são propensas a esses problemas.

Como substâncias ilícitas que são, interessa tentar perceber de que forma os jovens acedem às drogas, e quais os contextos que privilegiam para as consumir.

Os dados do Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Portuguesa-2001 (Balsa *et al*, 2004) revelam que, no que concerne à fonte da primeira obtenção da substância psicoactiva consumida, a maior parte dos indivíduos refere os amigos e conhecidos. Os colegas de escola assumem algum destaque no caso dos consumidores de *cannabis*, e o parceiro sexual desempenha um papel com alguma relevância no caso dos consumidores de heroína e de cocaína. Também no que concerne às pessoas a quem os consumidores recorreram para obter o produto utilizado no último consumo, se verifica que os amigos continuam a ocupar um lugar de destaque, embora mais discretamente do que no caso do primeiro consumo.

Ainda de acordo com os resultados deste inquérito, as situações de consumo mais frequentemente citadas são as férias e os fins-de-semana fora de casa, seguindo-se as situações em que se encontram sozinhos, desocupados, faltam ou não têm aulas. Quanto às ocasiões de consumo, destacam-se a noite da passagem de ano, as festas públicas e as festas *techno/raves* e *transe*, as despedidas de solteiro, festas escolares e familiares, a celebração do final do ano lectivo, e a saída e/ou entrada no serviço militar. No que diz respeito às razões apontadas para o consumo, a maioria refere a valorização do efeito «sentir-se *high*», a curiosidade de experimentar, a necessidade de relaxar, a influência do grupo de amigos e a necessidade de se tornar sociável. Registou-se ainda a referência à necessidade de atingir dimensões espirituais, de obter energia física para as

actividades de lazer, de esquecer os problemas, reduzir inibições ou timidez, de melhorar contactos físicos ou sexuais e de melhorar o raciocínio.

Para que as intervenções de promoção da saúde nesta área sejam efectivas, importa conhecer todos os dados disponíveis que ajudem a compreender os padrões de consumo de drogas, particularmente nos jovens. Muitos estudos examinaram a efectividade de intervenções nesta área.

Programas baseados na escola são efectivos quanto usam uma aproximação interactiva. Programas de intervenção e de prevenção baseados na Família e orientados na comunidade também podem ser efectivos. As campanhas dos meios de comunicação de massas demonstraram um aumento dos conhecimentos sobre drogas mas pareceram menos efectivos na prevenção ou redução do seu uso. Não obstante, podem interagir positivamente e complementar outros programas (Cuijpers, 2002).

Pela importância que o consumo da *cannabis* assume entre os jovens, independentemente de as políticas nacionais serem liberais ou restritivas, os países deveriam desenvolver programas de educação e prevenção que tornem claros os efeitos adversos para a saúde do seu uso abusivo (Cuijpers & Schippers, 2002). A mesma opinião é expressa por Bogt *et al* (2004) quando referem que os pais, outros modelos, políticas de controlo e campanhas nos meios de comunicação de massas podem influenciar as atitudes face às substâncias psicoactivas legais e ilegais, e afectar o seu consumo advertindo para o seu potencial nocivo.

* *
*

A realidade, quer mundial quer portuguesa, é suficientemente preocupante e evidente, e remete para a necessidade de serem desenvolvidos mais estudos que complementem e esclareçam esta problemática, nomeadamente no que diz respeito á forma de tornar mais efectivas as intervenções de educação para a saúde junto das populações. Nesse sentido iremos apresentar o nosso contributo, com a realização de um estudo empírico.

II Parte - CONTRIBUIÇÃO EMPIRICA

CAPÍTULO III

METODOLOGIA GERAL

1. OBJECTIVOS, QUESTÕES E HIPÓTESES

A parte empírica deste trabalho tem como objectivos:

- Identificar as fontes de Informação de saúde que os estudantes do ensino secundário e superior mais reconhecem, e o impacto, que percebem, da informação de saúde;

- Conhecer as práticas e comportamentos determinantes da saúde dos estudantes;

- Saber qual o papel que desempenham a idade, o sexo, o local de residência, o nível de ensino e as actividades relacionadas com a saúde que frequentam ou frequentaram na escola, o impacto da informação de saúde e as fontes de informação de saúde, nas práticas e comportamentos determinantes de saúde.

Ao longo deste trabalho, centrado nos estudantes dos ensinos secundário e superior, procurámos responder às seguintes questões gerais:

- a) Quais as fontes de informação de saúde que os estudantes mais reconhecem?
- b) Qual a sua auto-percepção do impacto da informação de saúde?
- c) Que práticas e comportamentos dos estudantes são mais salutogénicas ou mais patogénicas?

- d) Qual o papel desempenhado pelo sexo, idade, o local de residência, o nível de ensino, a frequência na escola de actividades relacionadas com a saúde, as fontes de informação de saúde e a auto-percepção do impacto da Informação de Saúde, nas práticas e comportamentos determinantes de saúde?

O enquadramento teórico permite-nos deduzir uma hipótese geral para a qual procuraremos apoio empírico. Na sequência do que foi exposto relativamente à Educação para a Saúde, à inter-acção indivíduo-contexto, e às práticas e comportamentos determinantes de saúde dos adolescentes e jovens, *esperamos encontrar evidências do efeito da idade, sexo, local de residência, nível de ensino, actividades relacionadas com a saúde frequentadas na escola, auto-percepção do impacto da informação de saúde e o reconhecimento de fontes de informação de saúde, nas práticas e comportamentos determinantes de saúde.*

2. CONSTITUIÇÃO DA AMOSTRA

A população alvo deste estudo são os estudantes que frequentam instituições de ensino secundário e superior no Concelho de Leiria, no ano lectivo de 2004/2005 (4.708 no ensino secundário e 7.188 no ensino superior, segundo os dados disponibilizados pelo Ministério da Educação no *site* oficial do Instituto Nacional de Estatística). A amostra foi recolhida entre Novembro de 2004 e Fevereiro de 2005, em quatro Escolas Superiores e cinco Escolas Secundárias, e é constituída por 1166 alunos (408 rapazes e 758 raparigas, conforme consta no Quadro 1). A média de idades é de 18,69 anos (DP=2,86). As raparigas são, em média, mais velhas do que os rapazes (Quadro 2).

A técnica de amostragem utilizada foi não probabilística, accidental.

Quadro 1 - Distribuição da amostra por sexos

<i>Sexo</i>	<i>N</i>	<i>P</i>
Masculino	408	34,99
Feminino	758	65,01
Total	1166	100,00

Quadro 2 - Média, mediana, moda, desvios padrões, mínimos e máximos da idade, em função do sexo e para a globalidade da amostra

<i>Sexo</i> \ <i>Idade</i>	<i>Média</i>	<i>Mediana</i>	<i>Moda</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
Masculino	17,89	17,00	17,00	2,75	15,00	25,00
Feminino	19,12	19,00	20,00	2,82	15,00	25,00
Total	18,69	18,00	17,00	2,86	15,00	25,00

3. CONTEXTO E PROCEDIMENTOS DE COLECÇÃO DOS DADOS

As sessões de preenchimento do questionário decorreram nas escolas (Escola Superior de Saúde de Leiria, Escola Superior de Educação de Leiria, Escola Superior de Tecnologia e Gestão, Instituto Superior de Línguas e Administração de Leiria, Escola Profissional de Leiria, Escola Secundária Francisco Rodrigues Lobo, Escola Secundária de Domingos Sequeira, Escola Secundária com 3.º ciclo do ensino básico de Afonso Lopes Vieira, e Colégio Dr. Luís Pereira da Costa) que colaboram no estudo, durante uma aula previamente seleccionada para o efeito, após o contacto e pedido de autorização efectuado junto dos Conselhos Directivos e Conselhos Executivos das Instituições envolvidas. Nestas aulas esteve presente um(a) professor(a) que recebeu instruções explícitas relativamente ao procedimento a adoptar e para assegurar o preenchimento individual e voluntário do questionário. Cada questionário continha instruções relativas ao preenchimento e à garantia de anonimato. Após o preenchimento, os questionários foram colocados, pelos alunos, invertidos numa caixa de cartão opaco. Cada sessão durou aproximadamente 25 minutos.

O questionário utilizado resultou do aperfeiçoamento de uma versão que foi ensaiada em dois momentos distintos. Num primeiro momento, com o objectivo de testar a compreensão e a adequação das questões, a clareza das instruções e da escala das respostas, sentimos a necessidade de realizar uma aplicação experimental utilizando o método da reflexão falada (*Thinking Aloud*). Assim, seleccionámos alguns elementos com características similares à amostra pretendida, no que respeita à idade, sexo e nível de ensino, para que os resultados obtidos contribuíssem para a coerência da análise do

instrumento. Outros critérios de elegibilidade foram o voluntarismo e a disponibilidade revelada pelos estudantes.

Com os elementos seleccionados constituíram-se dois grupos. Um grupo de 5 indivíduos (três do sexo feminino e dois do sexo masculino), com idades entre os 18 e os 21 anos e que frequentam o ensino superior, e um segundo grupo de 4 indivíduos (dois do sexo feminino e dois do sexo masculino), com idades os 15 e os 17 anos e que frequentam o ensino secundário.

As reuniões aconteceram em momentos diferentes, uma com o primeiro grupo e outra com o segundo, e foram precedidas de uma breve explicação acerca do que consiste o método da reflexão falada, de como iria decorrer e com que objectivos. Porque algumas questões poderiam suscitar constrangimentos caso não estivessem garantidas condições mínimas de anonimato, optámos pelas reuniões de grupo em detrimento das reuniões individuais. Os indivíduos foram informados que, caso assim o desejassem, os questionários preenchidos poderiam não ser entregues ao investigador, mas antes destruídos por eles (com triturador de papel) após a reunião.

Para uma melhor observação, colocámo-nos numa posição frente ao grupo e, à medida que iam preenchendo o questionário, eram anotados os seus comportamentos verbais e não verbais. No final foi-lhes pedido que verificassem se todas as questões tinham sido respondidas e, nos casos em que se verificaram falhas, questionaram-se os seus eventuais motivos.

Foram registados os resultados da reunião numa grelha (Apêndice A) elaborada para o efeito, e que é constituída por duas partes. A primeira destinada ao registo dos comportamentos verbais, incluindo a anotação das dúvidas expressas em relação às instruções e conteúdos dos itens, alternativas de resposta, supressão ou introdução de novos itens, e ainda um espaço destinado a comentários e percepção do interesse. A segunda parte é destinada ao registo dos comportamentos não verbais, concretamente sobre as expressões faciais apresentadas, a forma de abordagem do questionário e a forma como participaram no processo.

As reuniões decorreram num clima informal mas calmo e com privacidade. Os participantes mostraram-se interessados e motivados, tecendo comentários adequados e oportunos. O preenchimento dos questionários demorou, em média, 30 minutos e todos

os participantes nas reuniões optaram por destruir os questionários após o seu preenchimento, análise e discussão.

Como resultado da análise dos procedimentos descritos, e com base na técnica do método da reflexão falada, sentimos a necessidade de alterar algumas questões tornando-as mais claras, de introduzir alguns itens pertinentes que foram sugeridos pelos inquiridos, e de proceder a algumas alterações gráficas, nomeadamente no alinhamento das questões, tamanho da letra e espaço disponível para as respostas. Nas questões relativas ao comportamento sexual e a alguns itens do comportamento rodoviário, sentimos a necessidade de introduzir instruções específicas para que o seu preenchimento fosse feito apenas pelos indivíduos que, respectivamente, tivessem relações sexuais, e que conduzissem veículos motorizados.

Num segundo momento, e após a introdução das alterações, procedemos à aplicação do questionário, em sala de aula, a 30 alunos do 1º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Leiria (actual Escola Superior de Saúde de Leiria). Após a análise das respostas verificámos não existir necessidade de proceder a alterações, pelo que considerámos o instrumento de avaliação definitivo.

Após o tratamento estatístico dos dados, nomeadamente o estudo das características psicométricas das escalas elaboradas, que conduziu à eliminação de alguns itens, a versão definitiva do questionário é apresentado como Apêndice B.

4. VARIÁVEIS

4.1. Variáveis sócio-demográficas

Idade - Idade de cada elemento, em anos (questão nº.1, aberta). Com base na idade definiram-se dois escalões etários: os adolescentes médios e os adolescentes finais dos 15 aos 19 anos inclusive, e os jovens dos 20 aos 25 anos inclusive.

Sexo - Masculino ou feminino (questão nº.2, fechada dicotómica : M vs. F).

Local de residência - Auto-relato do local de residência actual (questão nº.3, aberta).

Com base nesse relato foram definidos dois grupos:

- Urbanos - Residentes em cidades ou vilas.
- Rurais - Residentes em aldeias.

Pessoas com quem vive - Auto-relato da constituição familiar ou do grupo com quem vive actualmente (questão nº.4, mista). Com base nesse relato foram definidos seis grupos:

- Família nuclear.
- Família monoparental.
- Família reconstruída ou outros familiares.
- Amigos
- Cônjuge ou companheiro(a) e filhos
- Sozinho.

Profissão dos pais - Relato da profissão dos pais (questões nº.5 e nº.6, abertas). Com base nesse relato e de acordo com a Classificação Nacional de Profissões - *versão de 1994* (CNP-94), foram definidos nove grupos:

- Grupo 1-** Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa
- Grupo 2-** Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas
- Grupo 3-** Técnicos e profissionais de Nível Intermédio
- Grupo 4-** Pessoal Administrativo e Similares
- Grupo 5-** Pessoal dos Serviços e Vendedores
- Grupo 6-** Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas
- Grupo 7-** Operários, Artífices e Trabalhadores Similares
- Grupo 8-** Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem
- Grupo 9-** Trabalhadores Não Qualificados

Ocupação dos pais - Relato da situação de emprego dos pais (questões nº.7 e nº.8, fechadas de escolha múltipla). Foram definidos três grupos:

- Empregado/Ocupado(a).
- Desempregado(a).
- Reformado(a).

Nível de ensino - Auto-relato do ano escolar frequentado (questão nº.9, fechada de escolha múltipla). Com base nesse relato foram definidos dois níveis:

Nível secundário - do 10º ao 12ºano.

Nível superior - a partir do 12º ano.

Ano - Auto-relato do ano frequentado. Para os estudantes do ensino secundário, questão nº.10 e para os alunos do ensino superior questão nº.11, abertas.

Curso - Auto-relato do curso frequentado. Para os estudantes do **ensino secundário**, questão nº. 12, mista. Com base nesse relato foram definidos tres grupos:

Curso Geral

Curso Tecnológico

Curso Profissional

Para os estudantes do **ensino superior**, questão nº. 13, aberta. Com base nesse relato foram definidos oito grupos:

Engenharia e técnicas afins

Saúde

Jornalismo e Informação

Letras

Formação de Professores e Ciências da Educação

Serviços Sociais

Ciências Sociais e do Comportamento

Comércio e Administração

(A definição destes grupos teve em consideração os critérios adoptados pelo Departamento de Prospectiva e Planeamento do Ministério da Educação, e utilizados pelo Instituto Nacional de Estatística).

Actividades relacionadas com a saúde que frequentaram ou frequentam na escola - Questão nº.14, mista, onde se pretendeu conhecer quais as actividades relacionadas com a saúde que os estudantes frequentaram ou frequentam na escola.

4.2. Auto-percepção do Impacto da Informação de Saúde.

As questões nº.15 à nº.28 referem-se à *Auto-percepção do Impacto da Informação de Saúde*. Com base nestas 14 questões fechadas com cinco respostas alternativas (*Nunca, Raramente, Às vezes, Frequentemente e Muito frequentemente ou*

Sempre) pretende-se avaliar o Impacto da Informação de Saúde percebido pelos estudantes. Os itens foram pontuados de 1, para a resposta *Nunca*, a 5 para a resposta *Muito frequentemente ou Sempre*. Pontuações mais elevadas correspondem a um impacto percebido, da informação de saúde, mais positivo.

Porque não encontramos qualquer instrumento já existente e validado para este efeito, procedemos à elaboração e validação de uma escala, que designámos por *Escala de Auto-percepção do Impacto da Informação de Saúde* (EAPIIS).

4.3. Reconhecimento das Fontes de Informação de Saúde

Com base nas questões n.º.29 à n.º.56, fechadas com cinco respostas alternativas (*Nunca, Raramente, Às vezes, Frequentemente e Muito frequentemente ou Sempre*) pretende-se averiguar quais as fontes de informação de saúde que os estudantes mais reconhecem. Os itens foram pontuados de 1, para a resposta *Nunca*, a 5 para a resposta *Muito frequentemente ou Sempre*. Pontuações mais elevadas correspondem a um maior reconhecimento das *Fontes de Informação de Saúde*.

Também neste caso, e porque não encontramos qualquer instrumento já existente e validado para este efeito, procedemos à elaboração de uma escala, que designámos por *Escala de Reconhecimento das Fontes de Informação de Saúde* (ERFIS).

4.4. Práticas e Comportamentos Determinantes de Saúde

A questão n.º.57, fechada dicotómica (*Sim versus Não*) refere-se à condução de veículos motorizados.

As questões n.º.58, n.º.59 e n.º.60, fechadas com cinco respostas alternativas (*Nunca, Raramente, Às vezes, Frequentemente e Muito frequentemente ou Sempre*) referem-se a práticas e comportamentos específicos de condução de veículos motorizados, e destinam-se a ser preenchidas apenas pelos estudantes que responderam *Sim* na questão anterior.

A questão n.º.61, fechada dicotómica (*Sim versus Não*) refere-se à actividade sexual, entendida como práticas sexuais envolvendo parceiro(s).

As questões nº.63 à nº.131 referem-se às *Práticas e Comportamentos Determinantes de Saúde*. Às primeiras 8 questões responderam apenas os estudantes que na questão nº.61 se auto-referenciaram sexualmente activos. Às restantes responderam todos. Com base nestas 69 questões fechadas com cinco respostas alternativas (*Nunca, Raramente, Às vezes, Frequentemente e Muito frequentemente ou Sempre*) pretende-se avaliar as práticas e comportamentos determinantes de saúde, dos estudantes. Os itens foram pontuados de 1, para a resposta *Nunca*, a 5 para a resposta *Muito frequentemente ou Sempre*. Alguns itens têm cotação invertida. Pontuações mais elevadas correspondem a comportamentos mais salutogénicos.

Apesar de existirem algumas escalas relacionadas com a avaliação das diferentes dimensões das práticas e comportamentos, e que ao longo da revisão da literatura fizemos referência, nomeadamente aos resultados dos estudos em que estiveram envolvidas, e de onde retirámos ensinamentos, ideias e até alguns itens, optámos pela construção de um instrumento original que incluísse as dimensões de comportamentos pretendidas e alguns itens considerados pertinentes do ponto de vista teórico. Deste modo fomos também ao encontro de um objectivo nosso, subjacente a este trabalho, e que era o desenvolvimento de competências na construção de escalas. Assim, procedemos à elaboração e validação de uma escala compósita (na medida que integra oito sub-escalas distintas relativas às práticas e comportamentos sexuais, rodoviários, alimentares, de sono, de actividade física, de consumo de bebidas alcoólicas, de fumo de substâncias e de consumo de outras drogas), e que designámos por *Escala de Práticas e Comportamentos Determinantes de Saúde - EPCDS*.

5. CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DAS ESCALAS

Para que qualquer medição seja precisa é essencial que, primeiro, meça o que se pretende medir e não outro aspecto diferente ou parecido (esta característica designa-se *validade*), e segundo, que se a medição for repetida, nas mesmas condições e com os mesmos respondentes, o resultado obtido seja idêntico (esta característica designa-se *fidelidade*).

A inspecção da validade dos itens foi feita do seguinte modo:

- Inspecção da correlação de cada item com a escala total. Este procedimento foi efectuado para todas as escalas, e indica-nos se cada parte se subordina ao todo, isto é, se cada item se define como um bom operante do constructo geral que pretende medir (Streiner e Norman, 1989; Vaz-Serra, 1994). De acordo com os critérios apontados por diversos autores (Nunnally, 1978; Streiner e Norman, 1989), estas correlações devem ser superiores a 0,20;

- Inspecção da correlação do item com a escala a que pertence e com as escalas a que não pertence (validade convergente-discriminante). Este procedimento foi efectuado para as sub-escalas da EPCDS. Segundo Pais Ribeiro (1999), se a correlação do item com a escala a que pertence for substancialmente mais elevada do que a correlação do item com as escalas a que não pertence, a validade convergente-discriminante do item é boa.

- Análise factorial pelo método de condensação em componentes principais, segundo a regra de Kaiser (raízes latentes iguais ou superiores a um) e seguida de rotação ortogonal do tipo *varimax*. Este procedimento foi efectuado para as escalas EAPIIS e ERFIS.

- Inspecção da correlação entre os factores (procedimento efectuado para as escalas EAPIIS e ERFIS).

O estudo da fidelidade foi realizado de acordo com os seguintes critérios:

- Determinação do coeficiente Alfa de Cronbach, tanto para a globalidade dos itens como para o conjunto da escala após irem sendo excluídos, um a um. Este procedimento foi efectuado para todas as escalas. A determinação do coeficiente Alfa de Cronbach de todos os itens é uma medida da consistência global, tanto melhor quanto mais elevada a nota obtida. Segundo alguns autores, entre os quais Pais Ribeiro (1999) e Hill & Hill (2000), uma boa consistência interna deve exceder um α de 0,80, mas são aceitáveis valores acima de 0,60 quando as escalas têm um número muito baixo de itens.

Seguindo estes critérios, e partindo de um total de 169 itens (23 relacionados com a atitude face à informação de saúde, 28 relacionados com as fontes de informação de saúde e 118 relacionados com as práticas e comportamentos determinantes de saúde), seleccionámos 111 itens (14 relacionados com a atitude face à informação de saúde, 28 relacionados com as fontes de informação de saúde e 69 relacionados com as práticas e comportamentos determinantes de saúde).

5.1. Características psicométricas da EAPIIS.

A EAPIIS - *Escala de Auto-percepção do Impacto da Informação de Saúde* é constituída por catorze itens, e pretende avaliar o impacto da informação de saúde percebido pelos estudantes.

Fidelidade

O Quadro 3 mostra a fidelidade avaliada através da consistência interna de cada um dos itens e da escala total. Os valores são bons, de acordo com Hill & Hill (2000), (de 0,83 a 0,85 para os itens e 0,85 para o total da escala) e verifica-se que, na maioria dos casos (78,57%), descem quando os itens são excluídos, o que significa que quando estão presentes melhoram a homogeneidade da escala.

Validade dos itens

A inspeção da validade dos itens foi feita através da inspeção da correlação de cada item com a escala total (consistência interna do item).

Pela análise do Quadro 3 pode verificar-se que o valor mais baixo da correlação (entre cada item e o total da escala a que pertence quando esta não contém o item) é de 0,27.

Quadro 3 - Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da EAPIIS

Itens	Descrição	Limites	M	DP	r do total sem o item	α de Cronbach quando o item é excluído
15	Sinto necessidade dessa informação	1-5	3,12	0,85	0,31	0,85
16	Tenho curiosidade nessa informação	1-5	3,48	0,85	0,43	0,84
17	Procuro-a quando estou preocupado com a minha saúde	1-5	3,46	0,92	0,41	0,84
18	Responde às minhas dúvidas	1-5	3,29	0,73	0,48	0,84
19	Explica-me "como fazer"	1-5	3,24	0,76	0,50	0,84
20	Chega em "tempo útil"	1-5	2,95	0,74	0,44	0,84
21	Compreendo o que leio	1-5	3,77	0,74	0,27	0,85
22	Compreendo o que oiço	1-5	3,81	0,72	0,28	0,85
23	Incentiva-me a saber mais sobre como manter-me saudável	1-5	3,73	0,79	0,60	0,83
24	Ajuda-me a resolver problemas do dia-a-dia	1-5	3,28	0,84	0,63	0,83
25	Faz-me reflectir nas minhas prática e comportamentos	1-5	3,50	0,83	0,63	0,83
26	Leva-me a mudar de práticas e comportamentos	1-5	3,15	0,86	0,57	0,83
27	Faz-me sentir mais responsável	1-5	3,42	0,89	0,62	0,83
28	Faz-me sentir mais seguro(a)	1-5	3,46	0,86	0,61	0,83
Escala Total EAPIIS		14-70	47.67	6,69		0,85

A análise factorial pelo método de condensação em componentes principais (Quadro 4) e segundo a regra de Kaiser (raízes latentes iguais ou superiores a um) extraiu 4 factores que, após a rotação *varimax* explicam 65,37% da variância total.

Quadro 4 - Análise factorial da EAPIIS pelo método de condensação em componentes principais. Solução após rotação *varimax* (N=1166)

Item	Descrição	h ²	F1	F2	F3	F4
27	Faz-me sentir mais responsável	0,716	0,83	0,15	0,03	0,04
26	Leva-me a mudar de práticas e comportamentos	0,676	0,81	0,09	-0,04	0,10
28	Faz-me sentir mais seguro(a)	0,635	0,76	0,24	0,04	0,03
25	Faz-me reflectir nas minhas prática e comportamentos	0,591	0,71	0,19	0,08	0,22
24	Ajuda-me a resolver problemas do dia-a-dia	0,572	0,66	0,24	0,07	0,28
23	Incentiva-me a saber mais sobre como manter-me saudável	0,509	0,56	0,21	0,21	0,33
18	Responde às minhas dúvidas	0,707	0,12	0,82	0,14	0,09
19	Explica-me "como fazer"	0,693	0,19	0,80	0,07	0,07
20	Chega em "tempo útil"	0,443	0,29	0,57	0,18	-0,04
17	Procuro-a quando estou preocupado com a minha saúde	0,389	0,22	0,46	-0,07	0,35
21	Compreendo o que leio	0,898	0,06	0,12	0,94	-0,01
22	Compreendo o que oiço	0,894	0,07	0,13	0,93	-0,01
15	Sinto necessidade dessa informação	0,712	0,12	0,05	-0,09	0,83
16	Tenho curiosidade nessa informação	0,720	0,22	0,07	0,07	0,81
Eigenvalues			4,85	1,92	1,22	1,16
Variância Explicada ($\Sigma = 65,37\%$)			34,66	13,69	8,71	8,31

Todos os itens têm uma saturação superior a 0,30 e não se verificam correlações simultâneas com dois factores em que a distância entre ambos os valores não diste em mais do que 0,1.

Como se pode observar no final do Quadro 4, ao factor 1 está associada 34,66% da variância total. Este factor é saturado sobretudo pelos itens relacionados com o efeito da informação de saúde percebido pelos estudantes, e por isso atribuímos-lhe a designação de *Efeito percebido*.

Ao factor 2 está associada 13,69 % da variância total. Este factor é saturado sobretudo pelos itens relacionados com a acessibilidade da informação de saúde percebida pelos estudantes, e por isso atribuímos-lhe a designação de *Acessibilidade percebida*.

Ao factor 3 está associada 8,71 % da variância total. Este factor é saturado sobretudo pelos itens relacionados com a compreensão da informação de saúde, e por isso atribuímos-lhe a designação de *Compreensão*.

E ao factor 4 está associada 8,31 % da variância total. Este factor é saturado sobretudo pelos itens relacionados com a motivação para a informação de saúde, e por isso atribuímos-lhe a designação de *Motivação*.

O Quadro 5 resume os resultados da análise factorial. Nele podemos observar que foi rejeitada a hipótese da matriz de correlação constituir uma matriz de identidade ($\chi^2 = 6481,62$, $p < 0,0001$) e que a medida de Keiser-Meyer-Olkin ($KMO = 0,83$) se aproxima da unidade, garantindo que a adequação do modelo factorial a esta matriz de correlações é elevada.

Quadro 5 - Resumo dos resultados da análise em componentes principais da EAPIIS

Factores	Itens com maior saturação no factor	Nome atribuído ao factor
F1	23, 24, 25, 26, 27 e 28	<i>Efeito percebido</i>
F2	17, 18, 19 e 20	<i>Acessibilidade percebida</i>
F3	21 e 22	<i>Compreensão</i>
F4	15 e 16	<i>Motivação</i>
Estatísticas relativas à análise factorial:		
Percentagem total da variância explicada pelos factores: 65,37%		
KMO = 0,83		
Teste da esfericidade de Bartlett = 6481,62, $p < 0,0001$		

No Quadro 6 podemos observar que todas as correlações entre os diferentes factores e o total da escala são muito significativas ($p < 0,001$).

Quadro 6 - Matriz de correlações de *Pearson* entre os quatro factores e o total da EAPIIS

	F1	F2	F3	F4
F1-Efeito percebido	1,000			
F2- Acessibilidade percebida	0,275**	1,000		
F3-Compreensão	0,002 ^{ns}	0,242**	1,000	
F4-Motivação	0,385**	0,531**	0,165**	1,000
EAPIIS Total	0,547**	0,770**	0,393**	0,896**

* Significativo para $p \leq 0,01$; ** Significativo para $p \leq 0,001$; ^{ns} não significativo

Os valores das correlações são razoáveis (entre 0,896 e 0,393), o que permite afirmar que tendem a medir o mesmo constructo, permitindo interpretações unidimensionais. As correlações entre os factores são, à excepção do que se verifica entre os factores F1-*Efeito percebido* e F3-*Compreensão*, muito significativas ($p < 0,001$). Estes resultados apontam para a utilização quer dos resultados globais da escala, quer dos sub-totais dos factores.

5.2.Características psicométricas da ERFIS.

A ERFIS - *Escala de Reconhecimento das Fontes de Informação de Saúde* é uma escala multifactorial (7 factores) que pretende mensurar o reconhecimento das fontes de informação relativa à saúde, nomeadamente nos factores Escola, Família, Pares, Serviços de Saúde, Comunidade em sentido lato, Informação audiovisual e Informação escrita. É constituída por 28 itens.

Fidelidade

O Quadro 7 mostra a fidelidade avaliada através do coeficiente Alfa de Cronbach. Os valores são bons, de acordo com Hill & Hill (2000), (de 0,89 a 0,90 para os itens e 0,90 para o total da escala) e verifica-se que, na maioria dos casos (85,71%), descem quando os itens são excluídos, o que significa que quando estão presentes melhoram a homogeneidade da escala.

Validade dos itens

As correlações de cada item com a escala total (consistência interna do item) foram superiores a 0,20. Pela análise do Quadro 7 pode verificar-se que o valor mais baixo da correlação (entre cada item e o total da escala a que pertence quando esta não contém o item) é de 0,26.

Quadro 7 - Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da ERFIS

Itens	Descrição	Limites	M	DP	r do total sem o item	α de Cronbach quando o item é excluído
29	Com os professores, fora das aulas	1-5	2,05	0,92	0,40	0,89
30	Com os professores, em sala de aulas	1-5	2,69	1,01	0,42	0,89
31	Em manuais escolares	1-5	2,74	1,02	0,42	0,89
32	Em actividades organizadas pela escola	1-5	2,64	0,88	0,45	0,89
33	Com os pais	1-5	3,23	0,98	0,30	0,90
34	Com os irmãos	1-5	2,55	1,14	0,34	0,90
35	Com familiares (excluindo os pais e os irmãos)	1-5	2,60	0,98	0,39	0,89
36	Com os colegas, na escola	1-5	3,31	0,83	0,28	0,90
37	Com os amigos, fora da escola	1-5	3,35	0,87	0,26	0,90
38	No Centro de Saúde	1-5	2,75	1,06	0,49	0,89
39	No Hospital	1-5	2,56	1,07	0,56	0,89
40	Na farmácia	1-5	2,67	1,05	0,55	0,89
41	Na clínica ou consultório médico particular	1-5	2,63	1,13	0,44	0,89
42	No Supermercado, Centro Comercial, ...	1-5	1,87	0,83	0,53	0,89
43	Em actividades religiosas	1-5	1,70	0,86	0,40	0,89
44	Com a Polícia	1-5	1,60	0,77	0,51	0,89
45	Com os Bombeiros	1-5	1,91	0,97	0,49	0,89
46	Na Televisão	1-5	3,25	0,83	0,45	0,89
47	Na Rádio	1-5	2,67	0,94	0,48	0,89
48	No Cinema	1-5	2,30	0,98	0,43	0,89
49	Na Internet	1-5	3,15	1,08	0,52	0,89
50	Em Jornais e/ou revistas especializadas	1-5	3,31	1,01	0,50	0,89
51	Em Jornais e/ou revistas generalistas	1-5	2,84	0,92	0,46	0,89
52	Nas Bibliotecas Municipais	1-5	2,35	1,00	0,54	0,89
53	Nas Bibliotecas da Escola	1-5	2,43	0,98	0,49	0,89
54	Nos Clubes e Associações (desportivos, teatro, dança, ...)	1-5	2,07	1,01	0,58	0,89
55	Nos espaços públicos (cartazes, painéis, quadros ...)	1-5	2,41	0,91	0,61	0,89
56	Em Encontros, Jornadas, Congressos temáticos...	1-5	2,62	1,10	0,53	0,89
Escala Total ERFIS			2,58	0,50	0,90	

A análise factorial pelo método de condensação em componentes principais e segundo a regra de Kaiser (raízes latentes iguais ou superiores a um) extraiu 7 factores que, após a rotação ortogonal do tipo *varimax* explicam 62,14% da variância total (Quadro 8).

Quadro 8 - Análise factorial da ERFIS pelo método de condensação em componentes principais. Solução após rotação varimax (N=1166)

<i>Item</i>	<i>Descrição</i>	<i>h²</i>	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7
42	No Supermercado, Centro Comercial, ...	0,527	0,63	0,23	0,07	0,14	0,22	0,08	0,02
43	Em actividades religiosas	0,479	0,64	0,00	0,08	0,17	0,03	0,16	-0,02
44	Com a Polícia	0,629	0,74	0,22	0,07	0,11	0,06	0,12	-0,06
45	Com os Bombeiros	0,529	0,62	0,30	0,10	0,13	0,06	0,11	-0,09
54	Nos Clubes e Associações (desportivos, teatro, dança, ...)	0,474	0,62	0,07	0,21	-0,01	0,12	0,08	0,15
55	Nos espaços públicos (cartazes, painéis, quadros ...)	0,417	0,41	0,06	0,35	0,08	0,29	-0,06	0,16
38	No Centro de Saúde	0,764	0,09	0,84	0,10	0,17	0,07	0,02	0,05
39	No Hospital	0,800	0,22	0,83	0,14	0,18	0,06	0,07	-0,05
40	Na farmácia	0,781	0,18	0,82	0,19	0,08	0,10	0,11	-0,06
41	Na clínica ou consultório médico particular	0,563	0,18	0,68	0,17	-0,05	0,04	0,19	0,00
50	Em Jornais e/ou revistas especializadas	0,684	-0,08	0,25	0,68	0,06	0,35	0,13	0,09
51	Em Jornais e/ou revistas generalistas	0,574	0,07	0,07	0,64	0,04	0,37	0,13	-0,03
52	Nas Bibliotecas Municipais	0,709	0,37	0,17	0,72	0,13	0,01	0,06	0,00
53	Nas Bibliotecas da Escola	0,706	0,31	0,12	0,70	0,31	0,05	0,02	0,01
56	Em Encontros, Jornadas, Congressos temáticos...	0,462	0,18	0,19	0,54	0,23	0,12	-0,01	0,19
29	Com os professores, fora das aulas	0,510	0,26	0,08	0,01	0,65	0,06	0,12	0,02
30	Com os professores, em sala de aulas	0,744	0,11	0,04	0,12	0,84	0,05	0,10	-0,02
31	Em manuais escolares	0,646	0,03	0,09	0,29	0,74	0,03	0,02	0,03
32	Em actividades organizadas pela escola	0,494	0,10	0,15	0,11	0,62	0,18	0,02	0,20
46	Na Televisão	0,702	0,00	0,11	0,15	0,09	0,80	0,04	0,14
47	Na Rádio	0,687	0,30	0,06	0,18	0,07	0,74	0,06	0,03
48	No Cinema	0,580	0,36	-0,02	0,15	0,12	0,62	0,10	0,12
49	Na Internet	0,474	0,00	0,15	0,43	0,07	0,48	0,06	0,15
33	Com os pais	0,653	0,04	0,10	-0,05	0,14	0,12	0,78	0,05
34	Com os irmãos	0,473	0,14	0,12	0,15	0,03	0,01	0,64	0,11
35	Com familiares (excluindo os pais e os irmãos)	0,645	0,23	0,09	0,07	0,05	0,05	0,75	0,10
36	Com os colegas, na escola	0,843	0,00	-0,03	0,09	0,11	0,13	0,15	0,88
37	Com os amigos, fora da escola	0,848	0,02	-0,03	0,08	0,06	0,15	0,11	0,90
Eigenvalues			7,59	2,45	1,81	1,74	1,64	1,10	1,06
Variância Explicada ($\Sigma = 62,14\%$)			27,12	8,75	6,46	6,21	5,87	3,95	3,78

Todos os itens têm uma saturação superior a 0,40 e apenas num item (item 49) se verificam saturações simultâneas em dois factores (F3 e F5) em que os valores não distam em mais do que 0,1. Estas saturações simultâneas nos dois factores podem dever-se ao facto do item em questão (49 – *Na Internet*) pretender avaliar o reconhecimento desta fonte de informação que integra, amiúde, *Informação escrita* (F3) e *Informação Audiovisual* (F5). Pela importância teórica que o item tem, optámos pela sua manutenção.

Conforme podemos observar no final do Quadro 8, ao factor 1 está associada 27,12% da variância total. Este factor é saturado sobretudo pelos itens relacionados com as fontes de informação da comunidade em sentido lato e por isso atribuímos-lhe a designação de *Comunidade lata*.

Ao factor 2 está associada 8,75 % da variância total, é saturado sobretudo pelos itens relacionados com as fontes de informação dos serviços e instituições de saúde e por isso atribuímos-lhe a designação de *Serviços de Saúde*.

Ao factor 3 está associada 6,46 % da variância total, é saturado sobretudo pelos itens relacionados com a informação escrita em livros, jornais e revistas e por isso atribuímos-lhe a designação de *Informação escrita*.

Ao factor 4 está associada 6,21 % da variância total, é saturado sobretudo pelos itens relacionados com a informação obtida na escola e por isso atribuímos-lhe a designação de *Escola*.

Ao factor 5 está associada 5,87 % da variância total, é saturado sobretudo pelos itens relacionados com a informação nos meios audiovisuais de comunicação de massas e por isso atribuímos-lhe a designação de *Informação Audiovisual*.

Ao factor 6 está associada 3,95 % da variância total, é saturado sobretudo pelos itens relacionados com a informação obtida através dos familiares e atribuímos-lhe a designação de *Família*, e por ultimo, ao factor 7 está associada 3,78 % da variância total, é saturado sobretudo pelos itens relacionados com a informação de saúde obtida através de amigos e colegas e atribuímos-lhe a designação de *Pares*.

O Quadro 9 resume os resultados da análise factorial. Nele podemos observar que foi rejeitada a hipótese da matriz de correlação constituir uma matriz de identidade ($\chi^2 = 13247,79$, $p < 0,0001$) e que a medida de Keiser-Meyer-Olkin (KMO = 0,88) se aproxima da unidade, garantindo que a adequação do modelo factorial a esta matriz de correlações é elevada.

Quadro 9 - Resumo dos resultados da Análise em Componentes Principais da ERFIS

Factores	Itens com maior saturação no factor	Nome atribuído ao factor
F1	42, 43, 44, 45, 54 e 55	<i>Comunidade lata.</i>
F2	38, 39, 40 e 41	<i>Serviços de Saúde.</i>
F3	50, 51, 52, 53 e 56	<i>Informação escrita.</i>
F4	29, 30, 31 e 32	<i>Escola.</i>
F5	46, 47, 48 e 49	<i>Informação Audiovisual.</i>
F6	33, 34 e 35	<i>Família.</i>
F7	36 e 37	<i>Pares.</i>

Estatísticas relativas à análise factorial:
 Percentagem total da variância explicada pelos factores: 62,14%
 KMO = 0,88
 Teste da esfericidade de Bartlett = 13247,79, $p < 0,0001$

No Quadro 10 podemos observar que todas as correlações entre os diferentes factores e o total da escala são muito significativas ($p < 0,001$). Os valores das correlações variam de bons a razoáveis (oscilando entre 0,801 e 0,351), o que permite afirmar que tendem a medir o mesmo constructo, permitindo interpretações unidimensionais.

Quadro 10 - Matriz de correlações de *Pearson* entre os sete factores e o total da ERFIS

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7
F1-Comunidade lata.	1,000						
F2-Serviços de Saúde.	0,450**	1,000					
F3-Informação escrita.	0,518**	0,448**	1,000				
F4-Escola.	0,385**	0,295**	0,442**	1,000			
F5-Informação Audiovisual.	0,455**	0,287**	0,571**	0,306**	1,000		
F6-Família.	0,347**	0,295**	0,253**	0,236**	0,251**	1,000	
F7-Pares.	0,115**	0,011 ^{ns}	0,215**	0,187**	0,316**	0,240**	1,000
ERFIS Total	0,767**	0,672**	0,801**	0,631**	0,698**	0,535**	0,351**

* Significativo para $p \leq 0,01$; ** Significativo para $p \leq 0,001$; ^{ns} não significativo

As correlações entre os factores, à excepção do que se verifica entre os factores F2- *Serviços de Saúde* e F7- *Pares*, são altamente significativas ($p < 0,001$). Estes resultados apontam para a utilização quer dos resultados globais da escala, quer dos sub-totais dos factores.

5.3. Características psicométricas da EPCDS

A EPCDS - *Escala de Práticas e Comportamentos Determinantes da Saúde* é uma escala multidimensional que integra 8 sub-escalas ou dimensões. A sub-escala PCSEX (7 itens) refere-se às práticas e comportamentos sexuais, a sub-escala PCROD (8 itens) refere-se às práticas e comportamentos rodoviários, a sub-escala PCALIM (18 itens) refere-se às práticas e comportamentos alimentares, a sub-escala PCSONO (8 itens) às práticas e comportamentos de sono, a sub-escala PCACTFIS (7 itens) às práticas e comportamentos de actividade física, a sub-escala PCALCOOL (10 itens) às práticas e comportamentos de consumo de bebidas alcoólicas, a sub-escala PCFUMO (5 itens) às práticas e comportamentos de fumo de substâncias (tabaco e *cannabis*), e a sub-escala PCDROGAS (6 itens) às práticas e comportamentos de consumo de outras drogas. As oito sub-escalas integram, no seu conjunto, 69 itens, dos quais 30 têm cotação inversa. Pontuações mais elevadas são conotadas com comportamentos mais salutogénicos.

No que se refere às práticas e comportamentos sexuais, o estudo das características psicométricas da sub-escala PCSEX foi feito incluindo apenas os estudantes que na questão nº.61 referem ser sexualmente activos (N=693), uma vez que tivemos em consideração que esta é uma dimensão das práticas e comportamentos determinantes de saúde que não é passível de ser avaliada naqueles que referem não ter actividade sexual "*sexual intercourse*", entendida como práticas sexuais envolvendo parceiro(a)(s). Nas restantes sub-escalas foram incluídos todos os elementos da amostra (N=1166).

É de referir ainda que, dadas as características do instrumento constituído por oito sub-escalas independentes que pretendem avaliar dimensões das práticas e comportamentos determinantes da saúde, cada uma delas composta por um número reduzido de itens, os índices mencionados nos Quadros 11 a 18 foram calculados em relação à sub-escala a que pertencem e não à totalidade da escala compósita.

O estudo dos itens e da fidelidade foi feito através da determinação do coeficiente Alfa de Cronbach, tanto para a globalidade dos itens como para o conjunto da sub-escala após irem sendo excluídos, um a um, os vários itens.

Fidelidade

Conforme a análise dos Quadros 11 a 18 permite verificar, os valores são satisfatórios a bons (0,58 a 0,87 para as sub-escalas). O valor de Alfa de Cronbach mais baixo foi obtido na sub-escala relativa às práticas e comportamentos de actividade física - PRACTFIS.

Verifica-se que, na grande maioria dos casos, os valores do Alfa de Cronbach descem quando os itens da respectiva sub-escala são excluídos, o que significa que quando estes itens estão presentes melhoram a homogeneidade da sub-escala. Há 6 itens (64, 81, 107, 121, 125 e 126) que, depois de retirados, não fazem baixar o valor do coeficiente Alfa de Cronbach da respectiva sub-escala. No entanto não foram retirados em virtude de não prejudicarem substancialmente a homogeneidade da escala quando presentes, e serem considerados importantes em termos de conteúdo.

Quadro 11 - Média, desvio padrão e limites, por item, assim como as correlações e a consistência interna (Alfa de Cronbach) da PCSEX (N=693)

Escala (N=693)	Itens	Descrição	M	DP	Limites <i>r do total</i> <i>sem o item</i>	<i>a de</i> Cronbach (sem o item)
PCSEX	63	O preservativo é usado quando tenho relações sexuais	3,88	1,33	1-5 0,33	0,59
	64ⁱ	Tenho relações sexuais sob o efeito de álcool ou de drogas	4,43	0,92	1-5 0,19	0,62
	65	Falo das doenças sexualmente transmissíveis com o(s) meu(s) parceiro(a)(s) sexuais	3,59	1,20	1-5 0,36	0,57
	66	Se não tiver preservativos recuso uma relação sexual com uma pessoa desconhecida	4,64	0,93	1-5 0,32	0,58
	67	Recuso uma relação sexual se não tiver preservativos	3,95	1,26	1-5 0,49	0,52
	68	Tomo precauções para evitar a gravidez indesejada	4,61	0,90	1-5 0,27	0,60
	69	Falo das doenças sexualmente transmissíveis com o(s) meu(s) amigo(a)(s)	3,73	0,97	1-5 0,36	0,57
Total PCSEX			4,12	0,60		0,62

ⁱ Item de cotação inversa

Quadro 12 - Média, desvio padrão e limites, por item, assim como as correlações e a consistência interna (Alfa de Cronbach) da PCROD (N=1166)

Escala (N=1166)	Itens	Descrição	M	DP	Limites	<i>r</i> do total sem o item	<i>a</i> de Cronbach (sem o item)
PCROD	70 ⁱ	Aceito boleia de pessoas que conduzem em excesso de velocidade	3,71	0,99	1-5	0,29	0,64
	71	Procuro manter-me dentro dos limites de velocidade quando viajo nalgum veículo	3,41	1,04	1-5	0,33	0,63
	72	Uso cinto de segurança quando viajo de automóvel, no banco da frente	4,81	0,58	1-5	0,30	0,64
	73	Uso cinto de segurança quando viajo de automóvel no banco de trás	3,45	1,34	1-5	0,36	0,63
	74	Procuro as passadeiras para atravessar a rua	3,77	0,86	1-5	0,49	0,60
	75	A pé desloco-me nos passeios.	4,25	0,76	1-5	0,43	0,61
	76	Uso roupa clara ou fluorescente, se ando em ruas mal iluminadas com trânsito.	2,16	1,03	1-5	0,31	0,63
	77	Olho e respeito a sinalização dos semáforos.	4,32	0,81	1-5	0,36	0,62
Total PCROD			3,73	0,51			0,66

ⁱ Item de cotação inversa

Quadro 13 - Média, desvio padrão e limites, por item, assim como as correlações e a consistência interna (Alfa de Cronbach) da PCALIM (N=1166)

Escala (N=1166)	Itens	Descrição	M	DP	Limites	<i>r</i> do total sem o item	<i>a</i> de Cronbach (sem o item)
EPCALIM	78	Tomo o Pequeno-almoço	4,37	1,01	1-5	0,32	0,71
	79	Tomo o Almoço	4,78	0,54	1-5	0,24	0,72
	80	Tomo o Jantar	4,76	0,54	1-5	0,21	0,72
	81	Faço uma refeição ligeira entre o Pequeno-almoço e o Almoço	3,42	1,30	1-5	0,23	0,73
	82	Bebo leite ou como derivados do leite (queijo, iogurte...)	4,40	0,72	1-5	0,31	0,71
	83	Às principais refeições como carne ou peixe ou ovos	3,17	1,05	1-5	0,24	0,72
	84	Leio os rótulos das embalagens dos alimentos	1,91	1,00	1-5	0,39	0,71
	85	Calculo a variedade de nutrientes que ingiro diariamente	3,88	0,86	1-5	0,27	0,72
	86	Como sopa	3,31	1,01	1-5	0,45	0,70
	87	Como feijão, grão, ervilhas, favas...	3,73	0,96	1-5	0,34	0,71
	88	Como hortaliças (alface, couve, espinafres...)	3,96	0,89	1-5	0,44	0,70
	89	Como fruta	3,18	0,88	1-5	0,38	0,71
	90 ⁱ	Como aperitivos salgados	3,00	1,06	1-5	0,24	0,72
	91 ⁱ	Às refeições bebo refrigerante	3,12	0,74	1-5	0,31	0,71
	92 ⁱ	Como fritos (rissol, panadinhos...)	3,51	0,96	1-5	0,27	0,72
	93 ⁱ	Como molhos (maionese, <i>Ketchup</i> , mostarda)	2,69	0,87	1-5	0,30	0,72
	94 ⁱ	Como doces (bolos, gelados, chocolates, rebuçados, gomas...)	3,30	0,77	1-5	0,20	0,72
95 ⁱ	Como "fast food" (<i>hamburgers</i> , <i>pizzas</i> , <i>sandes</i> ...)	4,37	1,01	1-5	0,38	0,71	
Total PCALIM			3,60	0,38			0,73

ⁱ Item de cotação inversa

Quadro 14 - Média, desvio padrão e limites, por item, assim como as correlações e a consistência interna (Alfa de Cronbach) da PCSONO (N=1166)

Escola (N=1166)	Itens	Descrição	M	DP	Limites r do total sem o item	a de Cronbach (sem o item)
PCSONO	96 ⁱ	Durmo menos de 7 ou 8 horas diárias	3,05	1,03	1-5 0,37	0,57
	97	Durmo mais de 8 horas diárias	2,94	0,98	1-5 0,29	0,60
	98 ⁱ	Faço directas (24 horas sem dormir)	4,22	0,77	1-5 0,31	0,59
	99 ⁱ	Bebo café para me manter acordado	4,25	1,02	1-5 0,33	0,58
	100 ⁱ	Falto às aulas da manhã porque adormeci	4,46	0,79	1-5 0,31	0,59
	101 ⁱ	Adormeço nas aulas	4,75	0,59	1-5 0,30	0,59
	102 ⁱ	Durante o dia adormeço ao realizar tarefas como ler,ver TV,estudar...	4,23	0,89	1-5 0,29	0,59
	103	Durmo as horas suficientes para me sentir repousado de manhã	3,30	0,95	1-5 0,35	0,58
Total PCSONO			3,90	0,46		0,62

ⁱ Item de cotação inversa

Quadro 15 - Média, desvio padrão e limites, por item, assim como as correlações e a consistência interna (Alfa de Cronbach) da PCACTFIS (N=1166)

Escola (N=1166)	Itens	Descrição	M	DP	Limites r do total sem o item	a de Cronbach (sem o item)
PCACTFIS	104	Faço caminhadas de 30 ou mais minutos seguidos	2,54	1,03	1-5 0,32	0,54
	105	Pratico desporto que me faz suar (futebol, atletismo, andebol, outro...)	2,90	1,33	1-5 0,45	0,48
	106	Pratico desporto na escola	2,23	1,41	1-5 0,34	0,53
	107	Frequento ginásios, academias de dança, classes de ginástica...	1,86	1,19	1-5 0,21	0,58
	108	Desloco-me a pé quando visito amigos	3,00	1,02	1-5 0,30	0,55
	109	Em distâncias até 1,5 km aproximadamente desloco-me a pé	2,90	1,16	1-5 0,24	0,57
	110	Nas distâncias até 5 km aproximadamente desloco-me de bicicleta	2,10	1,13	1-5 0,26	0,56
Total PCACTFIS			2,50	0,63		0,58

Quadro 16 - Média, desvio padrão e limites, por item, assim como as correlações e a consistência interna (Alfa de Cronbach) da PCALCOOL (N=1166)

Escola (N=1166)	Itens	Descrição	M	DP	Limites r do total sem o item	Alfa de Cronbach (sem o item)
PCALCOOL	111 ⁱ	Aceito viajar (boleia) com um condutor que bebeu demais	4,49	0,76	1-5 0,42	0,86
	112 ⁱ	Às refeições bebo vinho ou cerveja	4,42	0,83	1-5 0,65	0,86
	113 ⁱ	Bebo <i>shots</i>	3,87	1,02	1-5 0,72	0,85
	114 ⁱ	Bebo bebidas alcoólicas destiladas (whisky, vodka, absinto, licorés...)	3,89	1,00	1-5 0,58	0,84
	115 ⁱ	Bebo bebidas alcoólicas quando estou sozinho	4,62	0,76	1-5 0,71	0,85
	116 ⁱ	Bebo bebidas alcoólicas quando quero divertir-me	3,92	1,10	1-5 0,66	0,84
	117 ⁱ	Bebo bebidas alcoólicas quando quero conhecer outras pessoas	4,53	0,83	1-5 0,59	0,85
	118 ⁱ	Bebo até perder a consciência dos meus actos	4,74	0,60	1-5 0,49	0,85
	119 ⁱ	Falto às aulas por causa da "ressaca"	4,83	0,45	1-5 0,52	0,86
	120 ⁱ	Tenho dificuldade em concentrar-me por causa da "ressaca"	4,65	0,74	1-5 0,53	0,86
Total PCALCOOL			4,40	0,56		0,87

ⁱ Item de cotação inversa

Quadro 17 - Média, desvio padrão e limites, por item, assim como as correlações e a consistência interna (Alfa de Cronbach) da PCFUMO (N=1166)

Escola (N=1166)	Itens	Descrição	M	DP	Limites r do total sem o item	Alfa de Cronbach (sem o item)
PCFUMO	121	Evito os ambientes fechados onde se fuma	2,97	1,17	1-5 0,45	0,80
	122 ⁱ	Fumo tabaco	4,21	1,33	1-5 0,77	0,70
	123 ⁱ	Fumo mais de 10 cigarros por dia	4,59	1,00	1-5 0,80	0,70
	124 ⁱ	Fumo mais de 20 cigarros por dia	4,84	0,57	1-5 0,60	0,78
	125 ⁱ	Fumo cannabis (haxixe, marijuana, erva...)	4,75	0,73	1-5 0,46	0,80
Total PCFUMO			4,27	0,74		0,80

ⁱ Item de cotação inversa

Quadro 18 - Média, desvio padrão e limites, por item, assim como as correlações e a consistência interna (Alfa de Cronbach) da PCDROGAS (N=1166)

Escola (N=1166)	Itens	Descrição	M	DP	Limites r do total sem o item	Alfa de Cronbach (sem o item)
PCDROGAS	126 ⁱ	Tomo comprimidos para dormir	4,85	0,51	1-5 0,33	0,85
	127 ⁱ	Tomo comprimidos para me manter acordado	4,93	0,39	1-5 0,61	0,76
	128 ⁱ	Consumo heroína	4,98	0,26	1-5 0,71	0,76
	129 ⁱ	Consumo cocaína	4,97	0,28	1-5 0,72	0,75
	130 ⁱ	Tomo comprimidos estimulantes (ecstasy, drunfos...)	4,96	0,32	1-5 0,65	0,76
	131 ⁱ	Tomo comprimidos relaxantes (valium...)	4,89	0,45	1-5 0,64	0,76
Total PCDROGAS			4,93	0,27		0,80

ⁱ Item de cotação inversa

Validade dos itens

Interessa recordar que, pelo facto do estudo das características psicométricas da sub-escala PCSEX ter sido feito considerando uma sub-amostra, os valores apresentados das correlações de cada item da PCSEX com a sub-escala a que pertencem e com as sub-escalas a que não pertencem foram obtidos seleccionando os indivíduos sexualmente activos (N=693). Estes valores aparecem destacados no Quadro 19 a fundo cinzento 10%. As restantes correlações apresentadas têm em consideração a totalidade da amostra (N=1166).

Quadro 19 - Correlações dos itens com a sub-escala da EPCDS a que pertencem (excluindo esse item), e com as sub-escalas a que não pertencem

<i>Item</i>	PC SEX	PC ROD	PC ALIM	PC SONO	PC ACTFIS	PC ALCOOL	PC FUMO	PC DROGAS
63	0,33	0,10	0,03	0,03	0,18	0,03	0,07	0,04
64 ⁱ	0,19	0,33	0,26	0,33	0,00	0,59	0,44	0,18
65	0,36	0,26	0,22	0,02	0,07	0,19	0,09	0,02
66	0,32	0,20	0,15	0,10	-0,07	0,28	0,10	0,17
67	0,49	0,19	0,20	0,08	0,08	0,20	0,14	0,07
68	0,27	0,10	0,15	0,15	-0,08	0,16	0,13	0,22
69	0,36	0,14	0,21	-0,06	0,11	0,04	0,03	-0,03
70 ⁱ	0,15	0,29	0,21	0,18	0,01	0,37	0,17	0,05
71	0,21	0,33	0,19	0,08	-0,08	0,19	0,11	0,06
72	0,25	0,30	0,14	0,08	-0,10	0,22	0,09	0,22
73	0,18	0,36	0,25	0,20	0,05	0,28	0,22	0,05
74	0,20	0,49	0,28	0,14	0,00	0,30	0,19	0,01
75	0,15	0,43	0,21	0,12	0,05	0,22	0,12	0,05
76	0,10	0,31	0,17	0,12	0,03	0,19	0,14	-0,03
77	0,26	0,36	0,21	0,18	-0,06	0,20	0,04	0,14
78	0,11	0,14	0,32	0,24	0,06	0,18	0,22	0,12
79	0,15	0,09	0,24	0,18	0,00	0,13	0,15	0,12
80	0,17	0,07	0,21	0,19	0,04	0,13	0,12	0,13
81	0,13	0,10	0,23	0,14	0,09	0,08	0,15	0,00
82	0,20	0,15	0,31	0,10	0,09	0,12	0,12	0,07
83	0,21	0,12	0,24	0,18	-0,03	0,16	0,11	0,14
84	0,21	0,32	0,39	0,04	0,06	0,12	0,12	0,00

(Continua na página seguinte)

Quadro 19 (continuação)

Item	PC SEX	PC ROD	PC ALIM	PC SONO	PC ACTFIS	PC ALCOOL	PC FUMO	PC DROGAS
85	0,15	0,14	0,27	-0,07	0,18	0,05	0,09	-0,07
86	0,18	0,28	0,45	0,08	0,04	0,19	0,12	0,05
87	0,11	0,19	0,34	0,06	0,06	0,11	0,07	-0,05
88	0,16	0,23	0,44	0,09	0,09	0,15	0,10	-0,04
89	0,21	0,20	0,38	0,07	0,18	0,15	0,14	-0,02
90 ⁱ	0,07	0,11	0,24	0,14	-0,07	0,25	0,12	0,10
91 ⁱ	0,07	0,15	0,31	0,04	-0,10	0,17	0,08	-0,01
92 ⁱ	0,08	0,15	0,27	0,12	0,00	0,13	0,07	0,01
93 ⁱ	0,10	0,14	0,30	0,18	-0,03	0,29	0,18	0,00
94 ⁱ	0,02	0,09	0,20	0,04	0,00	0,08	-0,01	-0,09
95 ⁱ	0,10	0,20	0,38	0,16	0,01	0,25	0,09	0,04
96 ⁱ	0,03	0,05	0,05	0,37	-0,02	0,13	0,11	0,07
97	-0,01	0,00	0,00	0,29	0,04	0,00	0,05	-0,01
98 ⁱ	0,05	0,22	0,27	0,31	-0,17	0,45	0,27	0,16
99 ⁱ	0,06	0,11	0,08	0,33	-0,01	0,33	0,25	0,26
100 ⁱ	0,17	0,21	0,18	0,31	0,04	0,39	0,31	0,15
101 ⁱ	0,17	0,24	0,18	0,30	-0,06	0,28	0,15	0,10
102 ⁱ	0,09	0,13	0,15	0,29	-0,03	0,23	0,14	0,12
103	0,14	0,19	0,20	0,35	0,15	0,16	0,18	0,14
104	0,10	0,04	0,17	-0,02	0,32	0,04	0,06	-0,02
105	0,03	-0,13	-0,04	0,06	0,45	-0,12	0,02	0,05
106	-0,01	-0,03	-0,03	0,09	0,34	0,00	0,08	-0,06
107	0,10	0,02	0,16	-0,04	0,21	-0,04	0,02	-0,14
108	0,02	0,04	0,08	-0,10	0,30	-0,04	0,02	-0,05
109	0,08	0,10	0,08	-0,07	0,24	0,05	0,01	-0,04
110	0,04	-0,05	-0,02	0,04	0,26	0,01	0,12	-0,03
111 ⁱ	0,30	0,40	0,24	0,21	0,09	0,42	0,26	0,07
112 ⁱ	0,27	0,27	0,24	0,32	-0,03	0,65	0,36	0,17
113 ⁱ	0,12	0,32	0,25	0,32	-0,06	0,72	0,34	0,07
114 ⁱ	0,23	0,34	0,27	0,36	-0,05	0,58	0,39	0,13
115 ⁱ	0,27	0,27	0,23	0,24	-0,14	0,71	0,33	0,32
116 ⁱ	0,26	0,36	0,28	0,34	-0,02	0,66	0,38	0,20
117 ⁱ	0,27	0,34	0,24	0,30	-0,03	0,59	0,29	0,31
118 ⁱ	0,30	0,29	0,24	0,30	-0,03	0,49	0,38	0,31
119 ⁱ	0,22	0,18	0,18	0,32	0,07	0,52	0,29	0,14
120 ⁱ	0,23	0,25	0,22	0,29	0,05	0,53	0,33	0,06
121	0,19	0,24	0,20	0,24	0,10	0,35	0,45	0,07
122 ⁱ	0,17	0,19	0,22	0,30	0,10	0,42	0,77	0,08
123 ⁱ	0,17	0,18	0,22	0,26	0,09	0,36	0,80	0,15
124 ⁱ	0,19	0,15	0,17	0,21	0,03	0,33	0,60	0,34
125 ⁱ	0,25	0,22	0,19	0,27	-0,03	0,42	0,46	0,36
126 ⁱ	-0,03	0,04	0,05	0,21	0,04	0,08	0,09	0,33
127 ⁱ	0,11	0,07	0,03	0,23	-0,10	0,18	0,11	0,61
128 ⁱ	0,18	0,08	0,01	0,10	-0,14	0,22	0,15	0,71
129 ⁱ	0,20	0,10	0,03	0,10	-0,12	0,23	0,22	0,72
130 ⁱ	0,22	0,12	0,08	0,13	-0,09	0,27	0,30	0,65
131 ⁱ	0,10	0,08	0,00	0,16	-0,01	0,21	0,16	0,64

ⁱ Item de cotação inversa

Correlações estatisticamente significativas para $r \geq 0,06$

Correlação de cada item com a sub-escala a que pertence (validade convergente)

Pode verificar-se no Quadro 19 que o valor mais baixo da correlação (entre cada item e o total da sub-escala a que pertence quando esta não contém o item) é de 0,19 (item 64), sendo no entanto estatisticamente significativa. Todos os restantes itens obtêm correlações superiores a 0,20. Os valores encontrados permitem referir a homogeneidade dos itens em 98,55%.

Comparação da correlação do item com a sub-escala a que pertence e com as sub-escalas a que não pertence (validade discriminante)

A correlação do item com a sub-escala a que pertence deverá ser superior em 10 pontos à da correlação com as sub-escalas a que não pertence, o que se verifica em 72,46% dos itens. Verifica-se também que 92,75 % dos itens se encontram mais correlacionados com o total da sua escala do que com o total das outras escalas. As exceções são os itens 64 (item da sub-escala PCSEX que apresenta uma correlação superior nas sub-escalas PCROD, PCALIM, PCALCOOL, PCSONO e PCFUMO), 70 (item da sub-escala PCROD que apresenta correlação mais elevada na sub-escala PCALCOOL), 90 (item da sub-escala PCALIM que apresenta correlação mais elevada na sub-escala PCALCOOL), e itens 98, 99 e 100 (itens da sub-escala PCSONO que apresentam correlação mais elevada na sub-escala PCALCOOL). Optou-se por manter estes itens nas respectivas sub-escalas porque, por um lado a sua remoção não melhorava substancialmente o Alfa de Cronbach, e por outro lado descrevem práticas e comportamentos importantes no contexto deste estudo e são pertinentes do ponto de vista teórica.

Os resultados obtidos para as correlações reúnem a evidência necessária para a validade de conteúdo da cada sub-escala e para se poder afirmar que existe homogeneidade de conteúdo dos itens dentro de cada sub-escala.

As sub-escalas devem apresentar correlações entre si não muito elevadas (pois indicariam que poderíamos estar a utilizar duas ou mais escalas para avaliar o mesmo aspecto) mas também não demasiado baixas (pois assim não existia relação entre elas).

Em relação às correlações entre as sub-escalas da EPCDS, a análise do Quadro 20 permite verificar que quase todas as correlações são positivas e estatisticamente significativas ($p \leq 0,01$ e $p \leq 0,05$), apesar de alguns valores da correlação serem baixos.

Quadro 20 - Matriz de correlações de *Pearson* entre as oito sub-escalas da EPCDS

	PC SEX	PC ROD	PC ALIM	PC SONO	PC ACTFIS	PC ALCOOL	PC FUMO	PC DROGAS
PC SEX	1,00							
PC ROD	0,33**	1,00						
PC ALIM	0,30**	0,38**	1,00					
PC SONO	0,16**	0,25**	0,24**	1,00				
PC ACTFIS	0,09*	-0,01 ^{ns}	0,10*	0,003 ^{ns}	1,00			
PC ALCOOL	0,36**	0,45**	0,35**	0,44**	-0,03 ^{ns}	1,00		
PC FUMO	0,24**	0,26**	0,26**	0,34**	0,09*	0,49**	1,00	
PC DROGAS	0,15**	0,11**	0,04 ^{ns}	0,23**	-0,08*	0,25**	0,22**	1,00

* Significativo para $p \leq 0,05$; ** Significativo para $p \leq 0,01$; ^{ns} não significativo

As correlações entre as oito sub-escalas variam de muito fracas a moderadas (entre 0,003 para as correlações entre PCACTFIS e PCSONO, e 0,49 para a correlação entre PCALCOOL e PCFUMO).

De salientar que a sub-escala PCACTFIS apresenta as correlações mais baixas em relação a todas as restantes sub-escalas.

Os valores das correlações verificadas nas sub-escalas da EPCDS permitem-nos referir que existe uma fraca relação entre elas mas não a sua total independência.

6. ANÁLISE DOS DADOS

6.1. Análise estatística dos resultados

O tratamento dos dados obtidos foi realizado por computador, através do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* - versão 11.0 para *Windows* e recorreu-se a técnicas de estatística descritiva: frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (médias aritméticas), medidas de dispersão e

variabilidade (desvio padrão, mínimos e máximos), e estatística inferencial (testes *t* de *Student* para grupos independentes e correlações de *Pearson*). Em todas as provas estatísticas utilizamos os seguintes níveis de significância:

$p > 0,05$ – a diferença não é significativa;

$p \leq 0,05$ – a diferença é significativa;

$p \leq 0,01$ – a diferença é muito significativa;

$p \leq 0,001$ – a diferença é altamente significativa.

CAPÍTULO IV

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo apresentamos os resultados da análise às respostas ao questionário. Inclui, além de uma breve análise descritiva, os resultados relativos aos testes de hipóteses e a discussão e síntese dos achados mais importantes.

Nos Quadros e Figuras apresentados neste capítulo omitimos as fontes e a data de recolha de informação, uma vez que todos se reportam aos dados obtidos através da aplicação do questionário aos estudantes do ensino secundário e superior que frequentam instituições de ensino no Concelho de Leiria.

1. CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA

1.1. Sexo e Idade

Conforme referimos anteriormente, quando caracterizámos a amostra (pág. 104), as raparigas estão mais representadas, constituindo 65,01% da amostra. A média de idades é de 18,69 anos (DP=2,86). As raparigas são, em média, mais velhas do que os rapazes.

1.2. Nível de ensino

Os alunos do ensino secundário representam 54,12% da amostra estudada (Quadro 21).

Quadro 21 - Distribuição da amostra por nível de ensino frequentado

<i>Nível de ensino</i>	<i>N</i>	<i>P</i>
Secundário	631	54,12
Superior	535	45,88
Total	1166	100,00

1.3. Local de residência

Dos inquiridos, 49,57% residem actualmente em meio Urbano, e 50,43% em meio Rural (Quadro 22).

Quadro 22 - Distribuição da amostra por local de residência

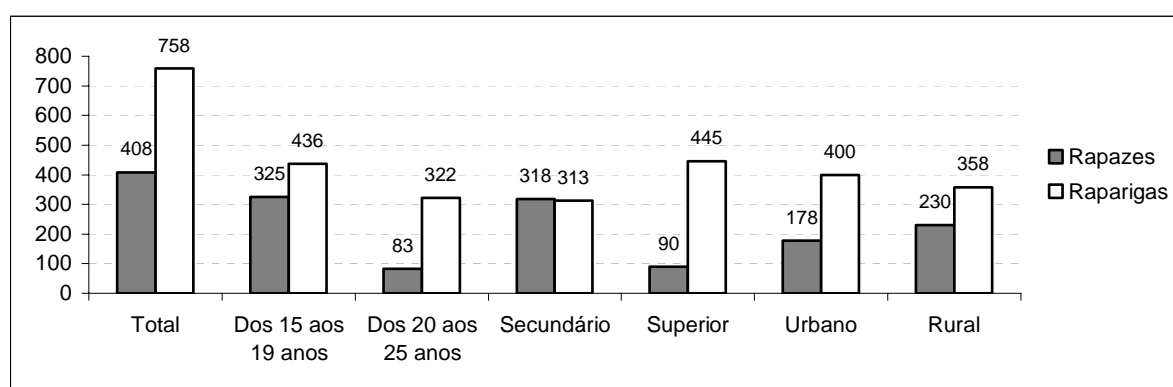
<i>Local de residência</i>	<i>N</i>	<i>P</i>
Urbano	578	49,57
Rural	588	50,43
Total	1166	100,00

Sintetizando, há mais raparigas do que rapazes na amostra, e este padrão também se observa quando se analisa a constituição dos escalões etários (mais evidente no dos 20 aos 25 anos), do local de residência e do grupo que frequenta o ensino superior. Onde se observa um equilíbrio maior é no grupo de estudantes do ensino secundário (Quadro 23 e Figura 1).

Quadro 23 - Distribuição da amostra por escalão etário, nível de ensino e local de residência, em função do sexo

	Rapazes		Raparigas		Total	
	N	P	N	P	N	P
	408	34,99	758	65,01	1166	100,00
Escalão etário						
Dos 15 aos 19 anos	325	27,87	436	37,39	761	65,27
Dos 20 aos 25 anos	83	7,12	322	27,62	405	34,73
Nível de ensino						
Secundário	318	27,27	313	26,84	631	54,12
Superior	90	7,72	445	38,16	535	45,88
Local de residência						
Urbano	178	15,27	400	34,30	578	49,57
Rural	230	19,73	358	30,70	588	50,43

Figura 1 – Número de elementos da amostra por escalão etário, nível de ensino e local de residência, em função do sexo



Estes resultados podem justificar-se pelo facto da amostra ser constituída por estudantes, e as raparigas representarem, em termos gerais e segundo os dados do

Instituto Nacional de Estatística disponíveis no seu *site* oficial, a maior percentagem dos estudantes do ensino superior em Portugal.

1.5. Pessoas com quem vive

Pela análise do Quadro 24 verificamos que 48,71% dos jovens inquiridos vivem com o pai, mãe e irmão(s), e 17,92% vivem com o pai e a mãe. A proporção mais elevada imediatamente a seguir é obtida pelos jovens que vivem com os amigos, e que representam 12,78% da amostra.

Em relação aos grupos definidos com base nas respostas, verifica-se que a maioria dos jovens vivem com a *família nuclear* (68,78%). O grupo imediatamente mais representativo é o constituído pelos *amigos* (12,78%), seguido da *família monoparental* (9,69%).

Quadro 24 - Distribuição da amostra segundo as pessoas com quem vivem e grupos definidos com base na tipificação dessas pessoas

<i>Pessoas com quem vive</i>	<i>N</i>	<i>P</i>	<i>Grupos</i>	<i>N</i>	<i>P</i>
Pai e mãe	209	17,92	Família nuclear	802	68,78
Pai, mãe e irmão (s)	568	48,71			
Pai, mãe, Avó (s)	3	0,26			
Pai, Mãe, Irmão (s), Avó (s)	22	1,89			
Pai	8	0,69	Família monoparental	113	9,69
Mãe	36	3,09			
Mãe e irmão (s)	54	4,63			
Mãe e Avó (s)	4	0,34			
Mãe, Irmão (s) e avó (s)	4	0,34			
Pai e Irmão (s)	6	0,51			
Pai e avó (s)	1	0,09			
Padrasto, mãe e irmão (s)	12	1,03	Família reconstruída e outros familiares	33	2,83
Pai e Madrasta	2	0,17			
Irmão (s)	6	0,51			
Avó(s)	7	0,60			
Tios	3	0,26			
Outros familiares	3	0,26	Cônjuge Companheiro(a) Filhos	35	3,00
Cônjuge	11	0,94			
Conjuge e filho(s)	14	1,20			
Namorada(o)	10	0,86	Amigos	149	12,78
Amigos	149	12,78			
Sozinho	34	2,92	Sozinho	34	2,92
Total	1166	100,00		1166	100,00

1.6. Cursos que frequentam

Os alunos do ensino secundário que frequentam o Curso Geral representam 32,68% da amostra. O segundo grupo mais representado, 12,35% dos estudantes inquiridos, é constituído pelos alunos do ensino superior que frequentam cursos na área da Saúde (Quadro 25).

Quadro 25 - Distribuição da amostra por curso frequentado

<i>Nível de Ensino</i>	<i>Curso</i>	<i>N</i>	<i>P</i>
Ensino Secundário	Curso Geral	381	32,68
	Curso Profissional	127	10,89
	Curso Tecnológico	123	10,55
Ensino Superior	Saúde	144	12,35
	Ciências Sociais e do Comportamento	100	8,58
	Serviços Sociais	77	6,60
	Formação de professores e Ciências da Educação	67	5,75
	Comércio e administração	46	3,95
	Engenharias e técnicas afins	39	3,34
	Jornalismo e Informação	38	3,26
	Letras	24	2,06
Total		1166	100,00

1.7. Actividades relacionadas com a saúde, que frequentam ou frequentaram na escola

Conforme se verifica no Quadro 26, apenas 33,53% dos estudantes refere frequentar ou ter frequentado na escola pelo menos uma actividade relacionada com a saúde. A maioria, 66,47%, refere não frequentar ou ter frequentado na escola tais actividades.

Quadro 26 - Distribuição da amostra por frequência na escola de actividades relacionadas com a saúde

<i>Frequência na escola de actividades relacionadas com a saúde</i>	<i>N</i>	<i>P</i>
Nenhuma actividade	775	66,47
Uma ou mais actividades	391	33,53
Total	1166	100,00

O Quadro 27 permite verificar que, quanto à tipologia das actividades frequentadas, a Educação para a Saúde em sentido lato foi a mais referenciada pelos estudantes (251), seguida da Prevenção Rodoviária (166) e Educação Sexual (160). Outros temas, onde se incluem Socorrismo, Técnicas de Promoção da Saúde e Higiene e Segurança no Trabalho foram referenciados por 41 estudantes.

Quadro 27 - Distribuição da amostra por tipologia das actividades relacionadas com a saúde frequentadas em contexto escolar

<i>Actividades relacionadas com a saúde frequentadas em contexto escolar</i>	<i>Sim</i>		<i>Não</i>	
	<i>N</i>	<i>P</i>	<i>N</i>	<i>P</i>
Educação para a Saúde (<i>sentido lato</i>)	251	21,53	915	78,47
Educação Sexual	160	13,72	1006	86,28
Prevenção Rodoviária	166	14,24	1000	85,76
Outras	41	3,52	1025	96,48

1.8. Profissão dos pais

Pela análise do Quadro 28 verificamos que na profissão do pai se destaca a representatividade dos *Operários, Artífices e Trabalhadores Similares* (31,30%) e dos *Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio* (15,52%). Na profissão da mãe destaca-se a representatividade dos *Trabalhadores Não Qualificados* (43,91%) e *Pessoal dos Serviços e Vendedores* (13,55%).

Quadro 28 - Distribuição da amostra por classificação das profissões dos pais

Profissões (CNP-94)	Pai		Mãe	
	N	P	N	P
Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa	96	8,23	48	4,12
Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	79	6,78	46	3,95
Técnicos e profissionais de Nível Intermédio	181	15,52	153	13,12
Pessoal Administrativo e Similares	35	3,00	99	8,49
Pessoal dos Serviços e Vendedores	95	8,15	158	13,55
Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas	43	3,69	8	0,69
Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	365	31,30	18	1,54
Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem	146	12,52	124	10,63
Trabalhadores Não Qualificados	126	10,81	512	43,91
Total	1166	100,00	1166	100,00

1.9. Ocupação dos pais

Verifica-se que, na maioria dos casos (85,68%) o pai está *empregado/ocupado*, e que uma proporção considerável das mães (27,53%) está *desempregada* (Quadro 29).

Quadro 29 - Distribuição da amostra por situação ocupacional dos pais

Ocupação dos pais	Pai		Mãe	
	N	P	N	P
Empregado/Ocupado(a)	999	85,68	808	69,30
Desempregado(a)	84	7,20	321	27,53
Reformado(a)	83	7,12	37	3,17
Total	1166	100,00	1166	100,00

A maioria dos estudantes tem o pai e a mãe empregados (61,75%). Os estudantes com o pai e mãe em situação de desemprego simultânea representam 2,66% da amostra (Quadro 30).

Quadro 30 - Distribuição da amostra por situação ocupacional dos pais (situação conjunta)

<i>Ocupação dos pais (situação conjunta)</i>	<i>N</i>	<i>P</i>
Os dois empregados	720	61,75
Um empregado e outro desempregado	317	27,19
Um empregado e outro reformado	50	4,29
Os dois reformados	22	1,89
Um desempregado e outro reformado	26	2,23
Os dois desempregados	31	2,66
Total	1166	100,00

2. A AUTO-PERCEPÇÃO DO IMPACTO DA INFORMAÇÃO DE SAÚDE

Tendo em consideração que a Escala de Auto-percepção do Impacto da Informação de Saúde (EAPIIS) permite um *score* mínimo de 14 pontos e um máximo de 70 pontos, os valores obtidos para a globalidade da amostra (M=47,67; DP=6,69) conotam-se com uma auto-percepção positiva do impacto da informação de saúde (Quadro 31).

Quadro 31 - Limites, médias e desvios padrões dos itens e do total da EAPIIS

<i>Itens</i>	<i>Descrição</i>	<i>Limites</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
15	Sinto necessidade dessa informação	1-5	3,12	0,85
16	Tenho curiosidade nessa informação	1-5	3,48	0,85
17	Procuro-a quando estou preocupado com a minha saúde	1-5	3,46	0,92
18	Responde às minhas dúvidas	1-5	3,29	0,73
19	Explica-me "como fazer"	1-5	3,24	0,76
20	Chega em "tempo útil"	1-5	2,95	0,74
21	Compreendo o que leio	1-5	3,77	0,74
22	Compreendo o que ouço	1-5	3,81	0,72
23	Incentiva-me a saber mais sobre como manter-me saudável	1-5	3,73	0,79
24	Ajuda-me a resolver problemas do dia-a-dia	1-5	3,28	0,84
25	Faz-me reflectir nas minhas prática e comportamentos	1-5	3,50	0,83
26	Leva-me a mudar de práticas e comportamentos	1-5	3,15	0,86
27	Faz-me sentir mais responsável	1-5	3,42	0,89
28	Faz-me sentir mais seguro(a)	1-5	3,46	0,86
Total EAPIIS		14-70	47.67	6,69

Os itens n.º20 - Chega em “*tempo útil*” e n.º15 - Sinto necessidade dessa informação foram , em média os menos pontuados. Os itens n.º22 - Compreendo o que oiço, e n.º21 - Compreendo o que leio, foram, em média, os mais pontuados.

No Quadro 32 podemos observar que o factor 3, relacionado com a compreensão da informação de saúde foi, em média, o mais pontuado (M=3,79; DP=0,70), logo seguido do factor 1, relacionado com o efeito percebido da informação (M=3,42; DP=0,65). Estes resultados indiciam que os estudantes não têm, em termos gerais, dificuldade em compreender a informação relativa à saúde a que têm acesso, e que percebem de forma positiva o efeito dessa informação nas suas práticas e comportamentos.

Quadro 32 - Limites, médias e desvios padrões dos factores e do total da EAPIIS

Factor	Ítems	Descrição	Limites	M	DP
F4	15	Sinto necessidade dessa informação	1-5	3,30	0,74
	16	Tenho curiosidade nessa informação			
F2	17	Procuro-a quando estou preocupado com a minha saúde	1-5	3,24	0,56
	18	Responde às minhas dúvidas			
	19	Explica-me " <i>como fazer</i> "			
	20	Chega em " <i>tempo útil</i> "			
F3	21	Compreendo o que leio	1-5	3,79	0,70
	22	Compreendo o que oiço			
F1	23	Incentiva-me a saber mais sobre como manter-me saudável	1-5	3,42	0,65
	24	Ajuda-me a resolver problemas do dia-a-dia			
	25	Faz-me reflectir nas minhas prática e comportamentos			
	26	Leva-me a mudar de práticas e comportamentos			
	27	Faz-me sentir mais responsável			
	28	Faz-me sentir mais seguro(a)			
Total EAPIIS			14 -70	47.67	6,69

Por outro lado, conforme podemos observar no mesmo quadro, os factores relacionados com a motivação para a informação (M=3,30; DP=0,74) e com a acessibilidade percebida (M=3,24; DP=0,56) foram os menos pontuados, o que parece indicar que, em relação ao impacto da informação de saúde percebido pelos estudantes, são mais valorizados a compreensibilidade da informação e os seus efeitos nas práticas e comportamentos, do que os aspectos relacionados com a acessibilidade dessa informação e motivação para a ela aceder.

2.1. A Auto-percepção do Impacto da Informação de Saúde em função do sexo

Pela análise do Quadro 33, podemos verificar que, em média, as raparigas revelaram uma Auto-percepção do Impacto da Informação de Saúde mais positiva do que os rapazes. As diferenças são estatisticamente significativas para o total da escala ($t=-6,019$; $p=0,000$), e para os factores, exceptuando o relacionado com a *Compreensão*. Estes resultados sugerem que as raparigas auto-percepcionam de forma mais positiva que os rapazes, o impacto da informação de saúde, nomeadamente no que se refere aos efeitos, acessibilidade e motivação.

Quadro 33 - Médias e desvios padrões observadas nos factores e no total da EAPIIS, em função do sexo, e resultados do teste *t-Student*

Factor	Rapazes (N=408)		Raparigas (N=758)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
F4 - <i>Motivação</i>	3,16	0,76	3,38	0,72	-4,857	0,000*
F2 - <i>Acessibilidade percebida</i>	3,15	0,61	3,28	0,53	-3,484	0,001*
F3 - <i>Compreensão</i>	3,75	0,74	3,80	0,67	-1,144	0,253 ^{ns}
F1 - <i>Efeito percebido</i>	3,26	0,71	3,51	0,60	-6,024	0,000*
Total da EAPIIS	46,02	7,27	48,56	6,02	-6,019	0,000*

* Significativo ; ^{ns} não significativo

No que diz respeito à compreensão da informação de saúde, factor onde em média as pontuações foram mais elevadas para ambos os sexos, parece não haver diferenças entre os rapazes e as raparigas.

2.2. A Auto-percepção do Impacto da Informação de Saúde em função do escalão etário

Como se observa no Quadro 34, em média, os alunos mais velhos (dos 20 aos 25 anos) revelaram uma Auto-percepção do Impacto da Informação de Saúde mais positiva do que os mais jovens (dos 15 aos 19 anos). As diferenças são estatisticamente significativas para o total da escala ($t=-3,696$; $p=0,000$) e para os factores relacionados com a *motivação* ($t=-5,912$; $p=0,000$) e com o *efeito percebido* ($t=-3,592$; $p=0,000$).

Quadro 34 - Médias e desvios padrões observadas nos factores e no total da EAPIIS, em função do escalão etário, e resultados do teste *t-Student*

Factor	Dos 15 aos 19 anos		Dos 20 aos 25 anos		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
F4 - <i>Motivação</i>	3,22	0,77	3,47	0,65	-5,912	0,000*
F2 - <i>Acessibilidade percebida</i>	3,23	0,59	3,25	0,51	-0,539	0,590 ^{ns}
F3 - <i>Compreensão</i>	3,78	0,71	3,79	0,68	-0,176	0,861 ^{ns}
F1 - <i>Efeito percebido</i>	3,38	0,68	3,51	0,59	-3,592	0,000*
Total da EAPIIS	47,18	6,92	48,59	5,82	-3,696	0,000*

* Significativo ; ^{ns} não significativo

Estes resultados sugerem que os estudantes mais velhos, em relação aos mais novos, auto-percebem de forma mais positiva o impacto da informação de saúde, nomeadamente no que se refere aos efeitos e motivação. No que diz respeito à acessibilidade percebida e compreensão da informação de saúde, não encontramos diferenças estatisticamente significativas.

2.3. A Auto-percepção do Impacto da Informação de Saúde em função do local de residência

No Quadro 35 podemos verificar que as diferenças de médias entre os alunos urbanos e rurais são pequenas, e não são estatisticamente significativas, quer para o total da escala, quer para os factores.

Quadro 35 - Médias e desvios padrões observadas nos factores e no total da EAPIIS, em função do local de residência, e resultados do teste *t-Student*

Factor	Urbanos		Rurais		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
F4 - <i>Motivação</i>	3,34	0,76	3,27	0,71	1,509	0,132 ^{ns}
F2 - <i>Acessibilidade percebida</i>	3,22	0,55	3,25	0,57	-1,036	0,300 ^{ns}
F3 - <i>Compreensão</i>	3,79	0,69	3,78	0,70	0,205	0,838 ^{ns}
F1 - <i>Efeito percebido</i>	3,44	0,62	3,41	0,68	0,588	0,557 ^{ns}
Total da EAPIIS	47,74	6,44	47,60	6,74	0,376	0,707^{ns}

* Significativo ; ^{ns} não significativo

2.4. A Auto-percepção do Impacto da Informação de Saúde em função do nível de ensino

Em média, os alunos do ensino superior revelaram uma Auto-percepção do Impacto da Informação de Saúde mais positiva do que os do ensino secundário (Quadro 36). As diferenças são estatisticamente significativas para o total da escala ($t=-4,159$; $p=0,000$) e para os factores relacionados com a *motivação* ($t=-8,792$; $p=0,000$) e com o *efeito percebido* ($t=-3,588$; $p=0,000$). Estes resultados sugerem que os estudantes do ensino superior auto-percebem de forma mais positiva que os estudantes do ensino secundário, o impacto da informação de saúde, nomeadamente no que se refere aos seus efeitos sobre as práticas e comportamentos, e à motivação. No que diz respeito à acessibilidade percebida e compreensão da informação de saúde, não encontramos diferenças estatisticamente significativas.

Quadro 36 - Médias e desvios padrões observadas nos factores e no total da EAPIIS, em função do nível de ensino, e resultados do teste *t-Student*

Factor	Secundário		Superior		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
F4 - <i>Motivação</i>	3,14	0,75	3,50	0,67	-8,792	0,000*
F2 - <i>Acessibilidade percebida</i>	3,23	0,61	3,24	0,50	-0,548	0,584 ^{ns}
F3 - <i>Compreensão</i>	3,80	0,71	3,78	0,68	0,485	0,628 ^{ns}
F1 - <i>Efeito percebido</i>	3,36	0,70	3,50	0,58	-3,588	0,000*
Total da EAPIIS	46,95	7,15	48,52	5,75	-4,159	0,000*

* Significativo ; ^{ns} não significativo

2.5. A Auto-percepção do Impacto da Informação de Saúde em função da frequência ou não, na escola, de actividades relacionadas com a saúde

Os alunos que não frequentaram na escola nenhuma actividade relacionada com a saúde revelam, em média, uma Auto-percepção do Impacto da Informação de Saúde menos positiva do que aqueles que frequentaram uma ou mais actividades (Quadro 37). As diferenças são estatisticamente significativas para o total da escala ($t=-2,021$; $p=0,043$), e para os factores relacionados com a *motivação* ($t=-2,635$; $p=0,009$) e com o

efeito percebido ($t=-2,396$; $p=0,017$). Os resultados sugerem que os estudantes que frequentam ou frequentaram na escola actividades relacionadas com a saúde, auto-percebem de forma mais positiva o impacto da informação de saúde, nomeadamente no que se refere aos efeitos e motivação.

Quadro 37 - Médias e desvios padrões observadas nos factores e no total da EAPIIS, em função da frequência na escola de actividades relacionadas com a saúde, e resultados do teste *t-Student*

Factor	Nenhuma actividade		Uma ou mais actividades		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
F4 - <i>Motivação</i>	3,26	0,74	3,38	0,74	-2,635	0,009*
F2 - <i>Acessibilidade percebida</i>	3,23	0,57	3,25	0,55	-0,638	0,524 ^{ns}
F3 - <i>Compreensão</i>	3,80	0,68	3,76	0,72	0,980	0,327 ^{ns}
F1 - <i>Efeito percebido</i>	3,39	0,67	3,49	0,62	-2,396	0,017*
Total da EAPIIS	46,95	6,68	48,22	6,39	-2,021	0,043*

* Significativo ; ^{ns} não significativo

Em síntese, na globalidade os estudantes auto-percebem de forma positiva o impacto da informação de saúde, e os factores relacionados com a compreensão e com o efeito percebido da informação de saúde foram os mais pontuados.

As raparigas mais do que os rapazes, os alunos do ensino superior mais do que os do ensino secundário, os mais velhos mais do que os mais novos e aqueles que frequentaram ou frequentam na escola actividades relacionadas com a saúde mais do que aqueles que não frequentaram nem frequentam tais actividades, revelam uma auto-percepção mais positiva do impacto da informação de saúde.

No factor relacionado com a compreensão da informação não se observaram diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos grupos, e no factor relacionado com a acessibilidade percebida apenas se verificam diferenças estatisticamente significativas em função do género, sendo que as raparigas têm uma percepção da acessibilidade da informação de saúde mais positiva que os rapazes.

3. O RECONHECIMENTO DAS FONTES DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE

Numa análise individual dos itens (Quadro 38), verifica-se que os amigos fora da escola (M=3,35; DP=0,87) e os colegas na escola (M=3,31; DP=0,83) são as fontes de informação de saúde que os estudantes mais reconhecem. Os jornais e/ou revistas especializadas (M=3,31; DP=1,01), a Televisão (M=3,25; DP=0,83), os pais (M=3,23; DP=0,98) e a Internet (M=3,15; DP=1,08) são as fontes que, imediatamente a seguir, são mais reconhecidas. No pólo inverso encontram-se os professores fora das aulas (M=2,05; DP=0,92), os Bombeiros (M=1,98; DP=0,97), supermercados e centros comerciais (M=1,87; DP=0,83), as actividades religiosas (M=1,70; DP=0,86) e a Polícia (M=1,60; DP=0,77).

Quadro 38 - Limites, médias e desvios padrões dos itens e do total da ERFIS

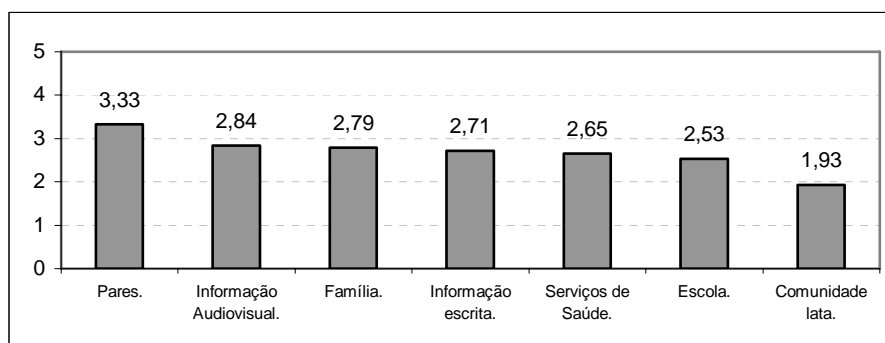
Itens	Descrição	Limites	M	DP
37	Com os amigos, fora da escola	1-5	3,35	0,87
36	Com os colegas, na escola	1-5	3,31	0,83
50	Em Jornais e/ou revistas especializadas	1-5	3,31	1,01
46	Na Televisão	1-5	3,25	0,83
33	Com os pais	1-5	3,23	0,98
49	Na Internet	1-5	3,15	1,08
51	Em Jornais e/ou revistas generalistas	1-5	2,84	0,92
38	No Centro de Saúde	1-5	2,75	1,06
31	Em manuais escolares	1-5	2,74	1,02
30	Com os professores, em sala de aulas	1-5	2,69	1,01
40	Na farmácia	1-5	2,67	1,05
47	Na Rádio	1-5	2,67	0,94
32	Em actividades organizadas pela escola	1-5	2,64	0,88
41	Na clínica ou consultório médico particular	1-5	2,63	1,13
56	Em Encontros, Jornadas, Congressos temáticos...	1-5	2,62	1,10
35	Com familiares (excluindo os pais e os irmãos)	1-5	2,60	0,98
39	No Hospital	1-5	2,56	1,07
34	Com os irmãos	1-5	2,55	1,14
53	Nas Bibliotecas da Escola	1-5	2,43	0,98
55	Nos espaços públicos (cartazes, painéis, quadros ...)	1-5	2,41	0,91
52	Nas Bibliotecas Municipais	1-5	2,35	1,00
48	No Cinema	1-5	2,30	0,98
54	Nos Clubes e Associações (desportivos, teatro, dança, ...)	1-5	2,07	1,01
29	Com os professores, fora das aulas	1-5	2,05	0,92
45	Com os Bombeiros	1-5	1,91	0,97
42	No Supermercado, Centro Comercial, ...	1-5	1,87	0,83
43	Em actividades religiosas	1-5	1,70	0,86
44	Com a Polícia	1-5	1,60	0,77
Total da ERFIS		28-140	72,25	13,96

Por factores (Quadro 39 e Figura 2), verificamos que os *Pares* são, em média, as fontes de informação de saúde mais reconhecidas pelos estudantes (M=3,33; DP=0,80), logo seguidos da *Informação Audiovisual* (M=2,84; DP=0,73) e da *Família* (M=2,79; DP=0,79).

Quadro 39 - Limites, médias e desvios padrões dos factores da ERFIS

Factor	Limites	M	DP
F7 - <i>Pares</i>	1-5	3,33	0,80
F5 - <i>Informação Audiovisual</i>	1-5	2,84	0,73
F6 - <i>Família</i>	1-5	2,79	0,79
F3 - <i>Informação escrita</i>	1-5	2,71	0,75
F2 - <i>Serviços de Saúde</i>	1-5	2,65	0,91
F4 - <i>Escola</i>	1-5	2,53	0,73
F1 - <i>Comunidade lata</i>	1-5	1,93	0,61

Figura 2 - Representação gráfica das médias dos factores da ERFIS



Estes resultados podem relacionar-se com o facto de, nestes escalões etários, os pares se tornarem referências cada vez mais significativas (Prazeres, 1998; Settertobulte & Matos, 2004), os jovens terem, entre algumas das actividades de lazer mais populares, o uso de fontes de informação audiovisual como sejam ver televisão, usar o computador e ler (Ministério da Saúde, 2004b; Todd & Currie, 2004, Morgan, 2004), e

também o facto de ser na família que precocemente se enraízam e desenvolvem os hábitos, costumes e rotinas de saúde (Costa & López, 1998), de alguns estudos mostrarem que os pais são os interlocutores privilegiados dos adolescentes para os problemas de saúde (Braconnier & Marcelli, 2000), e que são mais os adolescentes que consideram fácil falar com os pais acerca de coisas que os preocupam, do que aqueles que acham difícil (Pederson *et al.*, 2004).

A *Escola* (M=2,53; DP=0,73) foi a segunda fonte de informação de saúde menos reconhecida, a seguir à *Comunidade em sentido lato* (M=1,93; DP=0,61), o que pode relacionar-se com o facto de apenas 391 estudantes (33,53% da amostra) referirem ter frequentado, ou frequentarem, na escola actividades relacionadas com a saúde.

3.1. O reconhecimento das fontes de Informação de Saúde em função do sexo

No Quadro 40 podemos verificar que as raparigas, em média, pontuam mais que os rapazes no reconhecimento de todas as fontes de informação de saúde, à excepção da *Comunidade em sentido lato* onde se verifica o inverso. As diferenças são estatisticamente significativas para o total da escala ($t=-5,749$; $p=0,000$) e para todos os factores exceptuando a *Família* e a *Comunidade em sentido lato*. Para ambos os sexos, os *Pares* são as fontes mais reconhecidas, logo seguidos da *Informação Audiovisual*

Quadro 40 - Médias e desvios padrões observadas nos factores e no total da ERFIS, em função do sexo, e resultados do teste *t-Student*

Factor	Rapazes (N=408)		Raparigas (N=758)		t	p
	M	DP	M	DP		
F7 - <i>Pares</i>	3,18	0,87	3,41	0,74	-4,694	0,000*
F5 - <i>Informação Audiovisual</i>	2,75	0,75	2,89	0,71	-3,162	0,002*
F6 - <i>Família</i>	2,75	0,80	2,81	0,79	-1,311	0,190 ^{ns}
F3 - <i>Informação escrita</i>	2,48	0,75	2,84	0,73	-7,977	0,000*
F2 - <i>Serviços de Saúde</i>	2,46	0,96	2,76	0,86	-5,264	0,000*
F4 - <i>Escola</i>	2,38	0,73	2,61	0,71	-5,404	0,000*
F1 - <i>Comunidade lata</i>	1,94	0,66	1,92	0,59	0,505	0,611 ^{ns}
Total da ERFIS	68,96	14,99	74,02	13,04	-5,749	0,000*

* Significativo ; ^{ns} não significativo

Os resultados sugerem que as raparigas reconhecem mais as fontes de informação de saúde do que os rapazes, e que, para ambos os sexos, as fontes mais reconhecidas são os pares e a informação audiovisual.

3.2. O reconhecimento das fontes de Informação de Saúde em função do escalão etário

Os estudantes mais velhos em média reconhecem mais as fontes de informação de saúde do que os estudantes mais novos (Quadro 41). As diferenças são estatisticamente significativas para o total da escala ($t=-3,696$; $p=0,000$).

Por factores destaca-se a *Família* como a única fonte de informação de saúde mais reconhecida pelos estudantes mais novos do que pelos mais velhos ($t=2,327$; $p=0,020$). Estes resultados podem estar relacionados com o facto de, como é referido por Tavares e Alarcão (1992), na fase final da adolescência se verificar o corte de tudo aquilo que mantém ainda o adolescente ligado aos pais, como sejam o sentimento de segurança e de protecção, e também, como é referido por Prazeres (1998), nessa altura surgirem referências fora do contexto familiar que se tornam cada vez mais significativas para o adolescente e jovem.

Uma vez mais, para ambos os grupos, os *Pares* são as fontes mais reconhecidas, logo seguidos da *Informação Audiovisual*.

Quadro 41 - Médias e desvios padrões observadas nos factores e no total da ERFIS, em função do escalão etário, e resultados do teste *t-Student*

Factor	Dos 15 aos 19 anos		Dos 20 aos 25 anos		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
F7 - <i>Pares.</i>	3,30	0,83	3,38	0,72	-1,653	0,099 ^{ns}
F5 - <i>Informação Audiovisual.</i>	2,77	0,73	2,99	0,69	-5,019	0,000*
F6 - <i>Família.</i>	2,83	0,78	2,72	0,81	2,327	0,020*
F3 - <i>Informação escrita.</i>	2,57	0,73	2,97	0,73	-8,978	0,000*
F2 - <i>Serviços de Saúde.</i>	2,55	0,94	2,83	0,81	-5,252	0,000*
F4 - <i>Escola.</i>	2,54	0,71	2,51	0,76	0,556	0,578 ^{ns}
F1 - <i>Comunidade lata.</i>	1,92	0,63	1,93	0,58	-0,220	0,826 ^{ns}
Total da ERFIS	70,93	14,29	74,71	12,97	-3,696	0,000*

* Significativo ; ^{ns} não significativo

Os resultados sugerem que os estudantes mais velhos reconhecem mais as fontes de informação de saúde do que os estudantes mais novos, mas estes reconhecem mais a família como fonte de informação de saúde, e que, para ambos, as fontes mais reconhecidas são os pares e a informação audiovisual.

3.3. O reconhecimento das fontes de Informação de Saúde em função do local de residência

No Quadro 42 observa-se que entre os estudantes que residem em meio urbano e os que residem em meio rural, para o total da escala não se verificam diferenças estatisticamente significativas no reconhecimento das fontes de informação de saúde. Por factores, os *Pares* e a *Informação Audiovisual* são, uma vez mais, as fontes mais reconhecidas por ambos os grupos, e verifica-se que os estudantes que residem em meio urbano, em média reconhecem mais a *Informação Audiovisual* ($t=2,313$; $p=0,021$), a *Família* ($t=2,027$; $p=0,043$) e os *Serviços de Saúde* ($t=2,105$; $p=0,035$), do que os estudantes que residem em meio rural. As diferenças de médias são maiores para o reconhecimento dos *Serviços de Saúde* como fontes de informação de saúde, e este resultado pode estar relacionado com questões de acessibilidade a estes serviços que, pensamos, é menor para as populações rurais.

Quadro 42 - Médias e desvios padrões observadas nos factores e no total da ERFIS, em função do local de residência, e resultados do teste *t-Student*

Factor	Urbano		Rural		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
F7 - <i>Pares</i> .	3,36	0,77	3,30	0,82	1,263	0,207 ^{ns}
F5 - <i>Informação Audiovisual</i> .	2,89	0,73	2,79	0,72	2,313	0,021*
F6 - <i>Família</i> .	2,84	0,80	2,74	0,77	2,027	0,043 *
F3 - <i>Informação escrita</i> .	2,74	0,78	2,68	0,73	1,264	0,206 ^{ns}
F2 - <i>Serviços de Saúde</i> .	2,71	0,90	2,60	0,91	2,105	0,035 *
F4 - <i>Escola</i> .	2,49	0,75	2,57	0,70	-1,835	0,067 ^{ns}
F1 - <i>Comunidade lata</i> .	1,92	0,60	1,94	0,62	-0,626	0,532 ^{ns}
Total da ERFIS	72,79	14,39	71,71	13,51	0,376	0,707^{ns}

* Significativo ; ^{ns} não significativo

Os resultados sugerem que, quer para os estudantes que residem em meio urbano quer para os residem em meio rural, as fontes mais reconhecidas são os pares e a informação audiovisual, e que os urbanos reconhecem mais a informação audiovisual, a família e os serviços de saúde, do que os rurais.

3.4. O reconhecimento das fontes de Informação de Saúde em função do nível de ensino

Os alunos do ensino superior, em média reconhecem mais as fontes de informação de saúde do que os estudantes do ensino secundário (Quadro 43). As diferenças são estatisticamente significativas para o total da escala ($t=-4,159$; $p=0,000$) e para todos os factores exceptuando a *Família* e a *Comunidade em sentido lato*. Destaca-se o facto de, uma vez mais, para ambos os grupos, os *Pares* e a *Informação Audiovisual* serem as fontes mais reconhecidas.

Quadro 43 - Médias e desvios padrões observadas nos factores e no total da ERFIS, em função do nível de ensino, e resultados do teste *t-Student*

Factor	Secundário		Superior		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
F7 - <i>Pares</i> .	3,28	0,86	3,39	0,70	-2,399	0,017*
F5 - <i>Informação Audiovisual</i> .	2,75	0,76	2,95	0,67	-4,969	0,000*
F6 - <i>Família</i> .	2,82	0,79	2,76	0,78	1,193	0,233 ^{ns}
F3 - <i>Informação escrita</i> .	2,51	0,73	2,95	0,71	-10,261	0,000*
F2 - <i>Serviços de Saúde</i> .	2,50	0,96	2,82	0,82	-6,174	0,000*
F4 - <i>Escola</i> .	2,48	0,70	2,58	0,75	-2,361	0,018*
F1 - <i>Comunidade lata</i> .	1,91	0,64	1,94	0,58	-0,849	0,392 ^{ns}
Total da ERFIS	69,98	14,96	74,91	12,85	-4,159	0,000*

* Significativo; ^{ns} não significativo

Estes resultados parecem indiciar que os estudantes do ensino superior reconhecem mais as fontes de informação de saúde do que os estudantes do ensino secundário, e que, para ambos, as fontes mais reconhecidas são os pares e a informação audiovisual.

3.5. O reconhecimento das fontes de Informação de Saúde em função da frequência ou não, na escola, de actividades relacionadas com a saúde

Os estudantes que, na escola, frequentaram ou frequentam actividades relacionadas com a saúde, reconhecem mais as fontes de informação de saúde do que os estudantes que não frequentaram nem frequentam tais actividades (Quadro 44). As diferenças são estatisticamente significativas para o total da escala ($t=-2,021$; $p=0,043$), e para todos os factores excepto a *Família* e os *Serviços de Saúde*. Também aqui, para ambos os grupos, os *Pares* e a *Informação Audiovisual*, são as fontes mais reconhecidas.

Os resultados sugerem que os estudantes que frequentaram ou frequentam na escola actividades relacionadas com a saúde reconhecem mais as fontes de informação de saúde do que os estudantes que não frequentaram nem frequentam tais actividades, e que, para ambos, as fontes mais reconhecidas são os pares e a informação audiovisual.

Quadro 44 - Médias e desvios padrões observadas nos factores e no total da ERFIS, em função da frequência na escola de actividades relacionadas com a saúde, e resultados do teste *t-Student*

Factor	Nenhuma actividade		Uma ou mais actividades		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
F7 · <i>Pares</i> .	3,28	0,82	3,42	0,74	-2,918	0,004*
F5 · <i>Informação Audiovisual</i> .	2,80	0,73	2,93	0,71	-3,101	0,002*
F6 · <i>Família</i> .	2,79	0,79	2,80	0,79	-0,126	0,900 ^{ns}
F3 · <i>Informação escrita</i> .	2,64	0,75	2,84	0,75	-4,343	0,000 *
F2 · <i>Serviços de Saúde</i> .	2,62	0,90	2,72	0,92	-1,768	0,077 ^{ns}
F4 · <i>Escola</i> .	2,45	0,73	2,68	0,69	-5,057	0,000*
F1 · <i>Comunidade lata</i> .	1,89	0,61	2,01	0,61	-3,107	0,002 *
Total da ERFIS	70,95	13,76	74,81	14,01	-2,021	0,043 *

* Significativo ; ^{ns} não significativo

Sintetizando, os amigos fora da escola e os colegas na escola são as fontes de informação de saúde mais reconhecidas pelos estudantes. A estas seguem-se os jornais

e/ou revistas especializadas, a televisão, os pais e a Internet. Quando se analisam os resultados por factores, verifica-se que os *Pares* e a *Informação Audiovisual* são as fontes mais reconhecidas, e a *Escola* e a *Comunidade em sentido lato* são as menos reconhecidas. Nos estudantes, este padrão verifica-se para ambos os sexos, níveis de ensino, escalão etário, local de residência e frequência ou não, na escola, de actividades relacionadas com a saúde.

As raparigas, em média, reconhecem mais as fontes de informação de saúde do que os rapazes, os estudantes do ensino superior mais do que os do ensino secundário, e os estudantes mais velhos mais do que os mais novos.

Em relação ao local de residência, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas para o total da escala, mas observa-se que aqueles que residem em meio urbano, em relação aos que residem em meio rural, reconhecem mais a *Informação Audiovisual*, a *Família* e os *Serviços de Saúde* como fontes de informação de saúde.

Os estudantes que frequentaram ou frequentam, na escola, actividades relacionadas com a saúde, reconhecem mais as fontes de informação de saúde do que aqueles que não frequentaram nem frequentam tais actividades.

4. AS PRÁTICAS E COMPORTAMENTOS DETERMINANTES DE SAÚDE

Neste ponto faremos a análise das práticas e comportamentos determinantes de saúde, auto-relatados pelos estudantes, nas dimensões *Comportamento sexual* (PCSEX), *Comportamento rodoviário* (PCROD), *Comportamento alimentar* (PCALIM), *Hábitos de sono* (PCSONO), *Actividade física* (PCACTFIS), *Consumo de álcool* (PCALCOOL), *Fumo de substâncias* (PCFUMO) e *Consumo de outras drogas* (PCDROGAS).

Pela análise do Quadro 45 e Figura 3 podemos verificar que é nas dimensões *Actividade física* (M=2,50; DP=0,63) e *Comportamento Alimentar* (M=3,60; DP=0,38) que, em média, os estudantes menos pontuam. As dimensões *Consumo de outras drogas* (M=4,93; DP=0,27) e *Consumo de álcool* (M=4,40; DP=0,56) são, em média, as mais pontuadas.

Quadro 45 - Médias e desvios padrões dos itens e das respectivas sub-escalas da Escala de Práticas e Comportamentos determinantes de saúde (EPCDS)

Sub Escala	Itens	Descrição	M	DP
PCSEX (N=693)	63	O preservativo é usado quando tenho relações sexuais	3,88	1,33
	64 ⁱ	Tenho relações sexuais sob o efeito de álcool ou de drogas	4,43	0,92
	65	Falo das doenças sexualmente transmissíveis com o(s) meu(s) parceiro(a)s sexuais	3,59	1,20
	66	Se não tiver preservativos recuso uma relação sexual com uma pessoa desconhecida	4,64	0,93
	67	Recuso uma relação sexual se não tiver preservativos	3,95	1,26
	68	Tomo precauções para evitar a gravidez indesejada	4,61	0,90
	69	Falo das doenças sexualmente transmissíveis com o(s) meu(s) amigo(a)s	3,73	0,97
Total	PCSEX		4,12	0,60
PCROD (N=1166)	70 ⁱ	Aceito boleia de pessoas que conduzem em excesso de velocidade	3,71	0,99
	71	Procuo manter-me dentro dos limites de velocidade quando viajo nalgum veículo	3,41	1,04
	72	Uso cinto de segurança quando viajo de automóvel, no banco da frente	4,81	0,58
	73	Uso cinto de segurança quando viajo de automóvel no banco de trás	3,45	1,34
	74	Procuo as passadeiras para atravessar a rua	3,77	0,86
	75	A pé desloco-me nos passeios.	4,25	0,76
	76	Uso roupa clara ou fluorescente, se ando em ruas mal iluminadas com trânsito.	2,16	1,03
77	Olho e respeito a sinalização dos semáforos.	4,32	0,81	
Total	PCROD		3,73	0,51
PCALIM (N=1166)	78	Tomo o Pequeno-almoço	4,37	1,01
	79	Tomo o Almoço	4,78	0,54
	80	Tomo o Jantar	4,76	0,54
	81	Faço uma refeição ligeira entre o Pequeno-almoço e o Almoço	3,42	1,30
	82	Bebo leite ou como derivados do leite (queijo, iogurte...)	4,40	0,72
	83	Às principais refeições como carne ou peixe ou ovos	3,17	1,05
	84	Leio os rótulos das embalagens dos alimentos	1,91	1,00
	85	Calculo a variedade de nutrientes que ingiro diariamente	3,88	0,86
	86	Como sopa	3,31	1,01
	87	Como feijão, grão, ervilhas, favas...	3,73	0,96
	88	Como hortaliças (alface, couve, espinafres...)	3,96	0,89
	89	Como fruta	3,18	0,88
	90 ⁱ	Como aperitivos salgados	3,00	1,06
	91 ⁱ	Às refeições bebo refrigerante	3,12	0,74
92 ⁱ	Como fritos (rissol, panadinhos...)	3,51	0,96	
93 ⁱ	Como molhos (maionese, <i>Ketchup</i> , mostarda)	2,69	0,87	
94 ⁱ	Como doces (bolos, gelados, chocolates, rebuçados, gomas...)	3,30	0,77	
95 ⁱ	Como " <i>fast food</i> " (<i>hamburgers, pizzas, sandes</i> ...)	4,37	1,01	
Total	PCALIM		3,60	0,38
PCSONO (N=1166)	96 ⁱ	Durmo menos de 7 ou 8 horas diárias	3,05	1,03
	97	Durmo mais de 8 horas diárias	2,94	0,98
	98 ⁱ	Faço directas (24 horas sem dormir)	4,22	0,77
	99 ⁱ	Bebo café para me manter acordado	4,25	1,02
	100 ⁱ	Falto às aulas da manhã porque adormeci	4,46	0,79
	101 ⁱ	Adormeço nas aulas	4,75	0,59
	102 ⁱ	Durante o dia adormeço ao realizar tarefas como ler, ver TV, estudar...	4,23	0,89
103	Durmo as horas suficientes para me sentir repousado de manhã	3,30	0,95	
Total	PCSONO		3,90	0,46
PRACTFIS (N=1166)	104	Faço caminhadas de 30 ou mais minutos seguidos	2,54	1,03
	105	Pratico desporto que me faz suar (futebol, atletismo, andebol, outro...)	2,90	1,33
	106	Pratico desporto na escola	2,23	1,41
	107	Frequento ginásios, academias de dança, classes de ginástica...	1,86	1,19
	108	Desloco-me a pé quando visito amigos	3,00	1,02
	109	Em distâncias até 1,5 km aproximadamente desloco-me a pé	2,90	1,16
110	Nas distâncias até 5 km aproximadamente desloco-me de bicicleta	2,10	1,13	
Total	PRACTFIS		2,50	0,63

ⁱ Item de cotação inversa

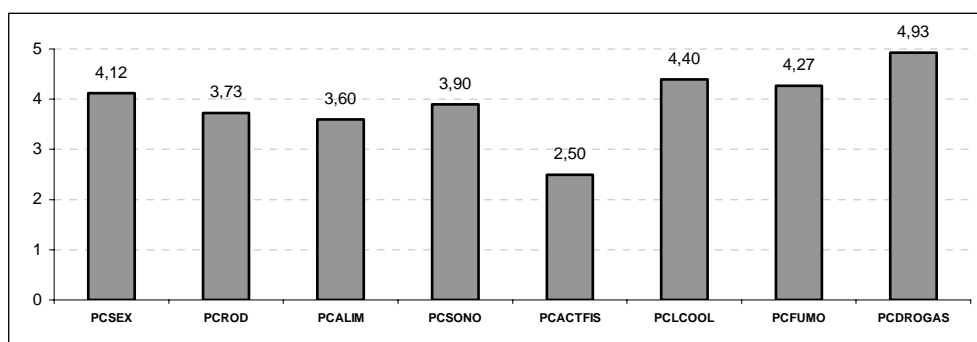
(Continua na página seguinte)

Quadro 45 (continuação)

Sub Escala	Itens	Descrição	M	DP
PCALCOOL (N=1166)	111 ⁱ	Aceito viajar (boleia) com um condutor que bebeu demais	4,49	0,76
	112 ⁱ	Às refeições bebo vinho ou cerveja	4,42	0,83
	113 ⁱ	Bebo <i>shots</i>	3,87	1,02
	114 ⁱ	Bebo bebidas alcoólicas destiladas (whisky, vodka, absinto, licores...)	3,89	1,00
	115 ⁱ	Bebo bebidas alcoólicas quando estou sozinho	4,62	0,76
	116 ⁱ	Bebo bebidas alcoólicas quando quero divertir-me	3,92	1,10
	117 ⁱ	Bebo bebidas alcoólicas quando quero conhecer outras pessoas	4,53	0,83
	118 ⁱ	Bebo até perder a consciência dos meus actos	4,74	0,60
	119 ⁱ	Falto às aulas por causa da "ressaca"	4,83	0,45
	120 ⁱ	Tenho dificuldade em concentrar-me por causa da "ressaca"	4,65	0,74
Total	PCALCOOL		4,40	0,56
PCFUMO (N=1166)	121	Evito os ambientes fechados onde se fuma	2,97	1,17
	122 ⁱ	Fumo tabaco	4,21	1,33
	123 ⁱ	Fumo mais de 10 cigarros por dia	4,59	1,00
	124 ⁱ	Fumo mais de 20 cigarros por dia	4,84	0,57
	125 ⁱ	Fumo cannabis (haxixe, marijuana, erva...)	4,75	0,73
Total	PCFUMO		4,27	0,74
PCDROGAS (N=1166)	126 ⁱ	Tomo comprimidos para dormir	4,85	0,51
	127 ⁱ	Tomo comprimidos para me manter acordado	4,93	0,39
	128 ⁱ	Consumo heroína	4,98	0,26
	129 ⁱ	Consumo cocaína	4,97	0,28
	130 ⁱ	Tomo comprimidos estimulantes (ecstasy, drunfos...)	4,96	0,32
	131 ⁱ	Tomo comprimidos relaxantes (valium...)	4,89	0,45
Total	PCDROGAS		4,93	0,27

ⁱ Item de cotação inversa

Figura 3 - Representação gráfica das médias das sub-escalas da Escala de Práticas e Comportamentos determinantes de saúde (EPCDS)



Apesar dos resultados revelarem que nas práticas e comportamentos sexuais, rodoviários, fumo de substâncias e consumo de outras drogas, os estudantes obtêm pontuações médias elevadas e que, portanto, podem ser conotadas com práticas e comportamentos globalmente salutogénicos, entendemos que, por se tratarem de práticas e comportamentos em que os desvios podem ser mais determinantes para a

saúde a curto e médio prazo, merecem uma análise mais detalhada, que apresentamos a seguir.

Comportamento sexual

Os resultados revelam que, de entre os 693 estudantes que referem ser sexualmente activos, 8,37% dos rapazes e 8,79% das raparigas referem nunca usar o preservativo e 4,41% dos rapazes e 9,66% das raparigas referem usá-lo apenas raramente (Quadro 46). As proporções de estudantes que referem não usar ou raramente usar o preservativo, apesar de não serem tão elevadas como as relatadas em estudos anteriores (Ross *et al*, 2004; CNLCS, 2004; CNLCS/ISCSP, 2004), não deixam de constituir uma fonte de preocupação, não só devido às implicações que podem ter a curto e médio prazo na saúde individual destes jovens, mas também numa perspectiva de saúde pública.

Quadro 46 - Frequências absolutas e relativas de algumas práticas e comportamentos sexuais, em função do sexo (N=693)

Alguns aspectos do comportamento sexual	Rapazes sexualmente Activos (N=227)		Raparigas sexualmente Activas (N=466)	
	N	P	N	P
Nunca usam preservativo	19	8,37	41	8,79
Raramente usam preservativo	10	4,41	45	9,66
Muito frequentemente ou sempre têm relações sexuais com pessoas que conhecem mal	3	1,32	3	0,64
Frequentemente têm relações sexuais com pessoas que conhecem mal	11	4,85	-	-
Muito frequentemente ou sempre têm relações sexuais sob o efeito de álcool ou drogas	3	1,32	6	1,29
Frequentemente têm relações sexuais sob o efeito de álcool ou drogas	13	5,73	8	1,72
Nunca tomam precauções para evitar a gravidez indesejada	11	4,85	14	3,00
Raramente tomam precauções para evitar a gravidez indesejada	2	0,88	3	0,64
Às vezes tomam precauções para evitar a gravidez indesejada	20	8,81	12	2,58

Esta preocupação é reforçada se atendermos que o uso imoderado de álcool e de drogas está relacionado com maiores probabilidades de envolvimento em práticas sexuais de risco (Nadeau *et al*, 2000; Kaltiala-Heino *et al*, 2003; Ross *et al*, 2004), e verificarmos no mesmo quadro que 1,32% dos rapazes e 1,29% das raparigas referem ter muito frequentemente ou sempre relações sexuais sob o efeito de álcool ou drogas, e

5,73% dos rapazes e 1,72% das raparigas referem fazê-lo frequentemente (destes, 9 relatam usar o preservativo apenas às vezes, 6 relatam usá-lo raramente e 1 relata nunca usar), e também que 4,85% dos rapazes referem ter frequentemente relações sexuais com pessoas que conhecem mal e 1,32% dos rapazes e 0,64% das raparigas referem fazê-lo muito frequentemente ou sempre (destes, 6 relatam usar o preservativo apenas às vezes, 1 relata usá-lo raramente ou 1 relata nunca usar). No que se refere ao número de parceiros sexuais e à permissividade ao sexo ocasional, as diferenças de sexos verificadas neste estudo convergem com os resultados obtidos por Alferes (1997).

Os resultados revelam também que 4,85% dos rapazes e 3,00% das raparigas relatam nunca tomar precauções para evitar a gravidez indesejada (15 destes estudantes têm entre 15 e 19 anos e 10 têm entre os 20 e os 25 anos), 0,88% dos rapazes e 0,64% das raparigas relatam fazê-lo raramente, e 8,81% dos rapazes e 2,58% das raparigas apenas o fazem às vezes. Estes resultados, embora revelem proporções inferiores de jovens, nomeadamente de raparigas que não tomam precauções para evitar uma gravidez indesejada, que o estudo recente realizado em Portugal pela Sociedade Portuguesa de Ginecologia e pela Sociedade Portuguesa de Medicina de Reprodução (Público, 2005), pode ajudar a explicar as elevadas taxas de gravidez na adolescência, que colocam Portugal muito acima da média Europeia (Figueiredo *et al*, 2004; Laranjeira & Prazeres, 2004).

Comportamento Rodoviário

O Quadro 47 apresenta os resultados do estudo de alguns aspectos do comportamento rodoviário (que não constituem itens da sub-escala PCROD) e revelam que, de entre os 570 estudantes que referiram conduzir veículos motorizados, 1,97% dos rapazes e 1,09% das raparigas referem conduzir muito frequentemente ou sempre quando bebem demais (um rapaz e duas raparigas com idades entre os 15 e os 19 anos, e três rapazes e duas raparigas com idades entre os 20 e os 25 anos), e 2,96% dos rapazes e 1,36% das raparigas (três rapazes e três raparigas com idades entre os 15 e os 19 anos, e três rapazes e duas raparigas com idades entre os 20 e os 25 anos) referem fazê-lo frequentemente.

Quadro 47 - Frequências absolutas e relativas de algumas práticas e comportamentos rodoviários, em função do sexo (N=570)

Alguns aspectos do comportamento rodoviário	Rapazes que conduzem veículos motorizados (N=203)		Raparigas que conduzem veículos motorizados (N=367)	
	N	P	N	P
Conduzem muito frequentemente ou sempre (carro, moto, motorizada, etc.) quando bebem demais	4	1,97	4	1,09
Conduzem frequentemente (carro, moto, motorizada, etc.) quando bebem demais	6	2,96	5	1,36
Quase nunca ou nunca se mantêm dentro dos limites de velocidade quando conduzem	17	8,37	6	1,63
Raramente se mantêm dentro dos limites de velocidade quando conduzem	28	13,79	30	8,17
Conduzem muito frequentemente ou sempre (carro, moto, motorizada, etc.) sob o efeito de drogas	3	1,48	2	0,54
Conduzem frequentemente (carro, moto, motorizada, etc.) sob o efeito de drogas	7	3,45	2	0,54

Estes resultados integram-se num contexto em que Portugal é considerado um dos países onde a condução sob o efeito do álcool é reconhecidamente um problema de saúde pública (European Commission, 2003; Ministério da Saúde, 2004a). A agravar este cenário, verificamos também que, em relação à condução sob o efeito de drogas, 1,48% dos rapazes e 0,54% das raparigas referem conduzir muito frequentemente ou sempre sob o efeito de drogas (dois rapazes com idades entre os 15 e os 19 anos, e um rapaz e duas raparigas com idades entre os 20 e os 25 anos), e que 3,45% dos rapazes e 0,54% das raparigas (dois rapazes e uma rapariga com idades entre os 15 e os 19 anos, e cinco rapazes e uma rapariga com idades entre os 20 e os 25 anos) referem fazê-lo frequentemente.

No que se refere ao respeito dos limites de velocidade, no mesmo Quadro podemos observar que 8,37% dos rapazes e 1,63% das raparigas referem que quase nunca ou nunca se mantêm dentro dos limites de velocidade quando conduzem (quinze rapazes e duas raparigas com idades entre os 15 e os 19 anos, e dois rapazes e quatro raparigas com idades entre os 20 e os 25 anos), e 13,79% dos rapazes e 8,17% das raparigas referem que raramente se mantêm dentro dos limites de velocidade quando conduzem (treze rapazes e três raparigas com idades entre os 15 e os 19 anos, e quinze rapazes e vinte sete raparigas com idades entre os 20 e os 25 anos).

No seu conjunto, estes resultados ajudam a justificar o quadro actual, que distingue os jovens como o grupo com as mais elevadas frequências absolutas de mortes

por acidentes de viação (Direcção-Geral da Saúde, 2003; Direcção Geral de Viação, 2004).

Fumo de *cannabis* e consumos de outras drogas

Pela análise do Quadro 48 observamos que, em relação ao fumo da *cannabis*, 2,45% dos rapazes e 1,32% das raparigas relatam fazê-lo muito frequentemente ou sempre, 2,21% dos rapazes e 0,40% das raparigas relatam fazê-lo frequentemente, e 6,62% dos rapazes e 2,64% das raparigas relatam fazê-lo às vezes. (Por escalões etários verifica-se são os mais novos que relatam fumar *cannabis* mais frequentemente, nomeadamente 11 dos estudantes que referem fazê-lo muito frequentemente ou sempre, 8 dos que referem fazê-lo frequentemente e 31 dos que referem fazê-lo às vezes, têm entre os 15 e os 19 anos).

Quadro 48 - Frequências absolutas e relativas de algumas práticas e comportamentos de consumo de drogas, em função do sexo (N=1166)

Fumo de <i>cannabis</i> e consumo de outras drogas	Rapazes (N=408)		Raparigas (N=758)	
	N	P	N	P
Fumam <i>cannabis</i> muito frequentemente ou sempre	10	2,45	10	1,32
Fumam <i>cannabis</i> frequentemente	9	2,21	3	0,40
Fumam <i>cannabis</i> às vezes	27	6,62	20	2,64
Tomam estimulantes (ecstasy, drunfos...) muito frequentemente ou sempre	4	0,98	-	-
Tomam estimulantes (ecstasy, drunfos...) frequentemente	1	0,25	1	0,13
Tomam estimulantes (ecstasy, drunfos...) às vezes	2	0,49	2	0,26
Consumem heroína muito frequentemente ou sempre	5	1,23	-	-
Consumem heroína às vezes	2	0,49	1	0,13
Consumem cocaína muito frequentemente ou sempre	4	0,98	-	-
Consumem cocaína frequentemente	1	0,25	-	-
Consumem cocaína às vezes	2	0,49	1	0,13
Injectam-se com drogas muito frequentemente ou sempre	4	0,98	-	-
Injectam-se com drogas às vezes	3	0,74	-	-

No mesmo Quadro, no que diz respeito ao consumo de estimulantes (*ecstasy* e outros), os dados revelam que 0,98% dos rapazes (com idades dos 15 aos 19 anos) referem fazê-lo muito frequentemente ou sempre, 0,17% dos estudantes (um rapaz entre

os 15 e os 19 anos, e uma rapariga entre os 20 e os 25 anos) referem fazê-lo frequentemente, e 0,51% dos estudantes (dois rapazes com idades entre os 15 e os 19 anos, e dois rapazes e duas raparigas com idades entre os 20 e os 25 anos) relatam fazê-lo às vezes.

Já em relação ao consumo de heroína, podemos observar que 0,43% dos estudantes (4 rapazes com idades dos 15 aos 19 anos e um com idade entre os 20 e os 25 anos) referem fazê-lo muito frequentemente ou sempre e que 0,26% (um rapaz com idade entre os 15 e os 19 anos, e um rapaz e uma rapariga com idades entre os 20 e os 25 anos) referem fazê-lo às vezes. Quanto ao consumo de cocaína também 0,98% dos rapazes (com idades dos 15 aos 19 anos) referem fazê-lo muito frequentemente ou sempre, um rapaz (entre os 15 aos 19 anos) refere fazê-lo frequentemente, e 0,26% dos estudantes (um rapaz entre os 15 e os 19 anos, e um rapaz e uma rapariga entre os 20 e os 25 anos) referem fazê-lo às vezes. No que se refere ao uso de drogas injectáveis os dados revelam que 0,98% dos rapazes (com idades dos 15 aos 19 anos) referem fazê-lo muito frequentemente ou sempre e que 0,26% dos estudantes (um rapaz entre os 15 e os 19 anos e dois entre os 20 e os 25 anos) referem fazê-lo às vezes.

Estes resultados estão de acordo com o facto de o uso de drogas ilícitas estar concentrado nos jovens, principalmente masculinos (WHO, 2003, Ministério da Saúde, 2004b; Balsa *et al*, 2004), de a *cannabis* ser uma droga popular entre os adolescentes e jovens estudantes (Bogt *et al*, 2004; WHO, 2003; Feijão, 2004). Os resultados revelados em relação ao consumo de cocaína e de heroína também se aproximam dos revelados em estudos anteriores, na população portuguesa (Feijão, 2004; Balsa *et al*, 2004), e não são tranquilizadores.

4.1. As Práticas e Comportamentos Determinantes de Saúde, em função do sexo

Neste ponto fazemos a apresentação e análise dos resultados das práticas e comportamentos determinantes de saúde, em função do sexo. Serão apresentados e analisados os resultados individuais dos itens e também dos totais das 8 sub-escalas.

4.1.1. As práticas e comportamentos sexuais, em função do sexo

Fazendo uma análise individual dos itens da sub-escala PCSEX verificamos que, em relação às práticas e comportamentos sexuais (Quadro 49) as raparigas pontuam em média mais que os rapazes em todos os itens à exceção do que se refere ao uso do preservativo, em que se verifica o contrário. As diferenças são estatisticamente significativas para todos os itens.

Quadro 49 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCSEX, em função do sexo, e resultados do teste *t-Student*

PCSEX	Rapazes (N=227)		Raparigas (N=466)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
63 O preservativo é usado quando tenho relações sexuais	4,07	1,29	3,79	1,35	2,669	0,008*
64 ⁱ Tenho relações sexuais sob o efeito de álcool ou de drogas	4,22	1,02	4,53	0,85	-3,987	0,000*
65 Falo das doenças sexualmente transmissíveis com o(s) meu(s) parceiro(a)s sexuais	3,22	1,19	3,77	1,16	-5,762	0,000*
66 Se não tiver preservativos recuso uma relação sexual com uma pessoa desconhecida	4,31	1,15	4,81	0,75	-5,970	0,000*
67 Recuso uma relação sexual se não tiver preservativos	3,78	1,25	4,03	1,25	-2,491	0,013*
68 Tomo precauções para evitar a gravidez indesejada	4,38	1,02	4,72	0,81	-4,435	0,000*
69 Falo das doenças sexualmente transmissíveis com o(s) meu(s) amigo(a)s	3,52	1,01	3,83	0,94	-3,945	0,000*
Total PCSEX	3,93	0,63	4,21	0,56	-5,746	0,000*

ⁱ Item de cotação inversa ; * Significativo ; ^{ns} não significativo

No mesmo Quadro verificamos que os rapazes relatam ter mais frequentemente práticas e comportamentos sexuais de risco que as que as raparigas, nomeadamente no que se refere a terem mais frequentemente relações sexuais sob o efeito de álcool ou drogas, recusarem menos frequentemente ter relações sexuais caso não tenham preservativos, falarem menos frequentemente das ISTs com o(a)s parceiro(a)s sexuais e com os amigos, e tomarem, menos frequentemente, precauções para evitar uma gravidez indesejada. Estes resultados estão de acordo com os obtidos, para amostras que incluíram adolescentes e jovens portugueses, por Alferes (1997) e mais recentemente Morgan (2004), CNLCS (2004) e CNLCS/ISCSP (2004), e permitem concluir que os rapazes têm práticas e comportamentos sexuais de risco mais frequentemente que as raparigas.

4.1.2. As práticas e comportamentos rodoviários, em função do sexo

Quanto às práticas e comportamentos rodoviários, podemos observar no Quadro 50 que, em média, as raparigas pontuam mais que os rapazes em todos os itens, e que as

diferenças são estatisticamente significativas tanto no que se refere aos itens como para o total da escala.

Os rapazes aceitam mais frequentemente boleia de pessoas que conduzem em excesso de velocidade e procuram menos frequentemente manter-se dentro dos limites de velocidade, usam menos frequentemente o cinto de segurança, e também menos frequentemente procuram as passeadeiras para atravessar a rua, usam os passeios quando se deslocam a pé, usam roupa clara ou fluorescente em ruas mal iluminadas e com trânsito, e olham e respeitam a sinalização dos semáforos.

Quadro 50 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCROD, em função do sexo, e resultados do teste *t-Student*

PCROD	Rapazes (N=408)		Raparigas (N=758)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
70 [†] Aceito boleia de pessoas que conduzem em excesso de velocidade	3,33	1,04	3,79	0,91	-7,194	0,000*
71 Procuo manter-me dentro dos limites de velocidade quando viajo nalgum veículo	3,22	1,02	3,60	0,93	-6,244	0,000*
72 Uso cinto de segurança quando viajo de automóvel, no banco da frente	4,62	0,82	4,90	0,41	-5,628	0,000*
73 Uso cinto de segurança quando viajo de automóvel no banco de trás	3,08	1,31	3,42	1,31	-3,649	0,000*
74 Procuo as passeadeiras para atravessar a rua	3,48	0,96	3,89	0,80	-7,897	0,000*
75 A pé desloco-me nos passeios.	4,11	0,78	4,32	0,73	-5,077	0,000*
76 Uso roupa clara ou fluorescente, se ando em ruas mal iluminadas com trânsito.	1,91	0,87	2,26	1,05	-5,076	0,000*
77 Olho e respeito a sinalização dos semáforos.	4,15	0,88	4,44	0,72	-4,846	0,000*
Total PCROD	3,52	0,52	3,85	0,48	-10,765	0,000*

[†] Item de cotação inversa ; * Significativo ; ^{ns} não significativo

Estes resultados estão de acordo com o facto dos adolescentes e jovens masculinos serem unanimemente considerados mais vulneráveis quanto a contraírem incapacidades e a morrerem em acidentes rodoviários (WHO, 2001; Pickett, 2004), e aproximam-se dos dados relativos a Portugal e disponibilizados pela Direcção-Geral da Saúde (2003), Direcção Geral de Viação (2004), e dos dados de 2001/2002 do estudo HBSC (Pickett, 2004), e permitem concluir que os rapazes têm práticas e comportamentos rodoviários de risco mais frequentemente que as raparigas.

4.1.3. As práticas e comportamentos alimentares, em função do sexo

Em relação às práticas e comportamentos alimentares (Quadro 51), verifica-se que as raparigas, em relação aos rapazes, referem consumir mais frequentemente leite e seus derivados, sopas, hortaliças e fruta, e menos frequentemente aperitivos salgados, refrigerantes às refeições, fritos, molhos, doces e “*fast food*”, o que está de acordo com

os resultados obtidos por Castilho e Silveira (1991) e no estudo HBSC (Vereecken *et al*, 2004). Também referem mais frequentemente ler os rótulos dos alimentos e calcular a variedade de nutrientes que ingerem diariamente, o que pode estar relacionados com o medo de engordar, o desejo de emagrecer, e com o facto de os comportamentos de dieta serem mais comuns entre as raparigas (Carmo, 1997; Gaspar, 1999; Dixe, 2002; Morgan 2004), mas também com o facto de mais raparigas que rapazes possuírem noções precisas do que é uma alimentação equilibrada (Castilho & Silveira, 1991), e de as raparigas revelarem maior conhecimento sobre as alternativas alimentares mais saudáveis (Berg *et al*, 2000). Já em relação ao tomar a refeição do jantar, as raparigas referem fazê-lo menos frequentemente que os rapazes. É curioso notar que, em relação ao “saltar” refeições, no estudo HBSC (Vereecken *et al*, 2004) foram encontradas diferenças em função do sexo, verificando-se que as raparigas referiam, mais frequentemente que os rapazes, não tomar o pequeno-almoço.

Quadro 51 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCALIM, em função do sexo, e resultados do teste *t-Student*

		Rapazes (N=408)		Raparigas (N=758)		<i>t</i>	<i>p</i>
PCALIM		M	DP	M	DP		
78	Tomo o Pequeno-almoço	4,15	1,11	4,24	1,06	0,076	0,940 ^{ns}
79	Tomo o Almoço	4,73	0,54	4,72	0,61	1,270	0,204 ^{ns}
80	Tomo o Jantar	4,73	0,53	4,70	0,60	2,210	0,027*
81	Faço uma refeição ligeira entre o Pequeno-almoço e o Almoço	3,37	1,27	3,30	1,32	0,502	0,616 ^{ns}
82	Bebo leite ou como derivados do leite (queijo, iogurte...)	4,12	0,90	4,37	0,82	-2,167	0,030*
83	Às principais refeições como carne ou peixe ou ovos	4,26	0,78	4,44	0,67	-1,414	0,158 ^{ns}
84	Leio os rótulos das embalagens dos alimentos	2,98	1,05	3,40	0,97	-7,353	0,000*
85	Calculo a variedade de nutrientes que ingiro diariamente	1,78	0,94	2,02	0,97	-3,582	0,000*
86	Como sopa	3,52	0,92	4,03	0,81	-7,280	0,000*
87	Como feijão, grão, ervilhas, favas...	3,14	1,03	3,36	1,01	-1,697	0,090 ^{ns}
88	Como hortaliças (alface, couve, espinafres...)	3,42	1,02	3,85	0,90	-5,626	0,000*
89	Como fruta	3,68	0,93	4,02	0,88	-4,637	0,000*
90 ⁱ	Como aperitivos salgados	2,84	0,87	3,31	0,86	-9,143	0,000*
91 ⁱ	Às refeições bebo refrigerante	2,55	0,91	3,23	1,02	-9,726	0,000*
92 ⁱ	Como fritos (rissol, panadinhos...)	2,93	0,73	3,18	0,75	-5,049	0,000*
93 ⁱ	Como molhos (maionese, <i>Ketchup</i> , mostarda)	3,12	1,02	3,62	0,86	-7,499	0,000*
94 ⁱ	Como doces (bolos, gelados, chocolates, rebuçados, gomas...)	2,64	0,92	2,80	0,85	-2,370	0,018*
95 ⁱ	Como "fast food" (<i>hamburgers, pizzas, sandes...</i>)	3,03	0,74	3,38	0,74	-6,876	0,000*
Total PCALIM		3,46	0,35	3,68	0,38	-9,914	0,000*

ⁱ Item de cotação inversa ; * Significativo ; ^{ns} não significativo

As diferenças que acabamos de relatar são estatisticamente significativas, quer para os itens descritos quer para o total da escala, e permitem concluir que as raparigas têm práticas e comportamentos alimentares mais salutogénicos que os rapazes.

4.1.4. As práticas e comportamentos de sono, em função do sexo

No que se refere às práticas e comportamentos de sono (Quadro 52), as raparigas, em relação aos rapazes, relatam menos frequentemente dormir menos de 7 ou 8 horas diárias, fazer directas, beber café para se manterem acordadas e adormecer nas aulas. As diferenças são estatisticamente significativas para estas práticas e comportamentos. Saliente-se o facto de, para ambos os sexos, os itens relacionados com o número de horas diárias de sono e com o dormir o número de horas suficiente para se sentirem repousados de manhã, foram os que obtiveram as pontuações médias mais baixas. Estes resultados podem estar relacionados com o facto de a maioria dos adolescentes e jovens não dormirem o número de horas suficientes (National Sleep Foundation, 2000; Jenkins, 2004; Radošević-Vidacek & Košec, 2004).

Quadro 52 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCSONO, em função do sexo, e resultados do teste *t-Student*

PCSONO	Rapazes (N=408)		Raparigas (N=758)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
96 ⁱ Durmo menos de 7 ou 8 horas diárias	2,87	0,99	3,08	0,99	-2,286	0,022*
97 Durmo mais de 8 horas diárias	2,87	0,95	2,93	0,98	0,738	0,461 ^{ns}
98 ⁱ Faço directas (24 horas sem dormir)	3,87	0,80	4,28	0,72	-6,667	0,000*
99 ⁱ Bebo café para me manter acordado	4,19	1,01	4,13	1,08	2,922	0,004*
100 ⁱ Falto às aulas da manhã porque adormeci	4,27	0,87	4,33	0,85	-0,593	0,553 ^{ns}
101 ⁱ Adormeço nas aulas	4,58	0,74	4,77	0,57	-4,334	0,000*
102 ⁱ Durante o dia adormeço ao realizar tarefas como ler, ver TV, estudar...	4,12	0,95	4,11	0,91	0,760	0,448 ^{ns}
103 Durmo as horas suficientes para me sentir repousado de manhã	3,23	1,00	3,28	0,92	0,033	0,973 ^{ns}
Total PCSONO	3,87	0,47	3,92	0,46	-1,757	0,079^{ns}

ⁱ Item de cotação inversa ; * Significativo ; ^{ns} não significativo

Não obstante as diferenças em função do sexo encontradas em algumas práticas e comportamentos, os resultados obtidos para o total da escala levam-nos a concluir que não existem diferenças, entre os rapazes e raparigas, nas práticas e comportamentos de sono.

4.1.5. As práticas e comportamentos de actividade física, em função do sexo

Quanto às práticas e comportamentos de actividade física, pode observar-se no Quadro 53 que os rapazes, em relação às raparigas, relatam praticar mais frequentemente desporto na escola e desporto que os faz suar, e também deslocarem-se

de bicicleta em distâncias até 5 km aproximadamente. Já no que se refere aos ginásios, academias de dança e classes de ginástica, são as raparigas que relatam mais frequentemente o seu uso. As diferenças são estatisticamente significativas.

Quadro 53 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCACTFIS, em função do sexo, e resultados do teste *t-Student*

PCACTFIS	Rapazes (N=408)		Raparigas (N=758)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
104 Faço caminhadas de 30 ou mais minutos seguidos	2,63	1,13	2,50	0,98	1,501	0,134 ^{ns}
105 Pratico desporto que me faz suar (futebol, atletismo, andebol, outro...)	3,66	1,19	2,42	1,17	13,797	0,000*
106 Pratico desporto na escola	2,50	1,28	1,62	1,13	8,368	0,000*
107 Frequento ginásios, academias de dança, classes de ginástica...	1,87	1,21	2,03	1,26	-1,975	0,048*
108 Desloco-me a pé quando visito amigos	2,96	1,03	2,94	1,02	0,063	0,950 ^{ns}
109 Em distâncias até 1,5 km aproximadamente desloco-me a pé	2,81	1,18	2,87	1,15	-0,943	0,346 ^{ns}
110 Nas distâncias até 5 km aproximadamente desloco-me de bicicleta	2,33	1,09	1,75	0,95	10,023	0,000*
Total PCACTFIS	2,72	0,63	2,39	0,61	8,849	0,000*

* Significativo ; ^{ns} não significativo

As diferenças encontradas nas práticas e comportamentos de actividade física em função do sexo, estão de acordo com os resultados obtidos por Milligan *et al* (1997) e mais recentemente com os resultados relativos a 2001/2002 do estudo HBSC (Morgan, 2004; Roberts *et al*, 2004) e permitem concluir que os rapazes são fisicamente mais activos que as raparigas.

4.1.6. As práticas e comportamentos de consumo de bebidas alcoólicas, em função do sexo

Em relação ao consumo de bebidas alcoólicas (Quadro 54), verifica-se que os rapazes referem aceitar boleia de condutores que bebem em excesso, beber bebidas alcoólicas às refeições, beber *shots* e bebidas destiladas em geral, fazerem-no quando estão sozinhos, quando querem divertir-se e conhecer outras pessoas, fazerem-no até perder a consciência dos seus actos e terem dificuldades em concentrar-se por causa da “ressaca”, mais frequentemente que as raparigas, e as diferenças são estatisticamente significativas.

Quadro 54 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCALCOOL, em função do sexo, e resultados do teste *t-Student*

PCALCOOL	Rapazes (N=408)		Raparigas (N=758)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
111 ⁱ Aceito viajar (boleia) com um condutor que bebeu demais	4,17	0,97	4,50	0,69	-4,794	0,000*
112 ⁱ Às refeições bebo vinho ou cerveja	3,85	1,01	4,45	0,77	-8,848	0,000*
113 ⁱ Bebo shots	3,49	1,05	3,86	0,96	-4,929	0,000*
114 ⁱ Bebo bebidas alcoólicas destiladas (whisky, vodka, absinto, licores...)	3,32	1,06	3,94	0,91	-8,242	0,000*
115 ⁱ Bebo bebidas alcoólicas quando estou sozinho	4,07	1,08	4,75	0,55	-9,952	0,000*
116 ⁱ Bebo bebidas alcoólicas quando quero divertir-me	3,43	1,11	3,93	1,07	-6,813	0,000*
117 ⁱ Bebo bebidas alcoólicas quando quero conhecer outras pessoas	4,10	1,06	4,62	0,69	-7,994	0,000*
118 ⁱ Bebo até perder a consciência dos meus actos	4,48	0,80	4,77	0,54	-6,512	0,000*
119 ⁱ Falto às aulas por causa da "ressaca"	4,76	0,50	4,77	0,53	0,121	0,904 ^{ns}
120 ⁱ Tenho dificuldade em concentrar-me por causa da "ressaca"	4,41	0,89	4,63	0,75	-3,849	0,000*
Total PCALCOOL	4,17	0,63	4,52	0,47	-9,669	0,000*

ⁱ Item de cotação inversa ; * Significativo ; ^{ns} não significativo

As diferenças encontradas nas práticas e comportamentos de consumo de bebidas alcoólicas, em função do sexo, convergem com o que é referido por Kuntsche *et al* (2004), com os resultados referenciados por Mello *et al* (2001), por Vollrath e Torgersen (2002) e com os resultados relativos a 2001/2002 do estudo HBSC (Morgan, 2004; Schmid & Gabhainn, 2004), e permitem concluir que os rapazes têm práticas e comportamentos de consumo de bebidas alcoólicas mais patogénicos que as raparigas.

4.1.7. As práticas e comportamentos de fumo de substâncias, em função do sexo

No que se refere ao fumo de tabaco, as raparigas, em relação aos rapazes, referem menos frequentemente fumar mais de 10 cigarros e mais de 20 cigarros por dia. As diferenças são estatisticamente significativas (Quadro 55).

Quadro 55 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCFUMO, em função do sexo, e resultados do teste *t-Student* para grupos independentes

PCFUMO	Rapazes (N=408)		Raparigas (N=758)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
121 Evito os ambientes fechados onde se fuma	2,71	1,20	2,85	1,14	-1,534	0,125 ^{ns}
122 ⁱ Fumo tabaco	3,73	1,54	3,94	1,51	-1,447	0,148 ^{ns}
123 ⁱ Fumo mais de 10 cigarros por dia	4,22	1,32	4,44	1,12	-2,410	0,016*
124 ⁱ Fumo mais de 20 cigarros por dia	4,62	0,81	4,83	0,56	-3,744	0,000*
125 ⁱ Fumo cannabis (haxixe, marijuana, erva...)	4,39	1,06	4,74	0,76	-4,887	0,000*
Total PCFUMO	4,17	0,82	4,33	0,70	-3,248	0,001*

ⁱ Item de cotação inversa ; * Significativo ; ^{ns} não significativo

Estas diferenças em função do sexo estão de acordo com os dados relatados na maioria dos países da Europa (WHO, 2003), mas as pequenas diferenças de médias verificadas nos itens em questão, e o facto de não se terem verificado diferenças estatisticamente significativas, entre rapazes e raparigas, na referência ao acto de fumar tabaco, está de acordo com a tendência para o equilíbrio das proporções de rapazes e raparigas fumadoras, já apontada por Nunes (2002) e mais recentemente referenciada por Morgan (2004) e Goudeau *et al* (2004).

No que se refere ao fumo de *cannabis*, e conforme se pode observar no mesmo Quadro, as raparigas referem fazê-lo menos frequentemente que os rapazes, e as diferenças são estatisticamente significativas, o que está de acordo com o facto de o uso de drogas ilícitas, entre as quais a *cannabis*, estar concentrado nos jovens, e principalmente nos rapazes (WHO, 2003, Ministério da Saúde, 2004b; Balsa *et al*, 2004, Bogt *et al*, 2004).

As diferenças encontradas, nas práticas e comportamentos de fumo de substâncias, em função do sexo, permitem concluir que os rapazes têm práticas e comportamentos de fumo de substâncias mais patogénicos que as raparigas.

4.1.8. As práticas e comportamentos de consumo de outras drogas, em função do sexo

Em relação ao consumo de outras drogas (Quadro 56), as raparigas, em relação aos rapazes, referem consumir menos frequentemente heroína, cocaína e estimulantes como o *ecstasy*, o que está de acordo com o facto de o uso de drogas ilícitas estar concentrado nos jovens, principalmente masculinos (WHO, 2003, Ministério da Saúde, 2004b; Balsa *et al*, 2004; Feijão, 2004).

Quadro 56 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCDROGAS, em função do sexo, e resultados do teste *t-Student* para grupos independentes

PCDROGAS	Rapazes (N=408)		Raparigas (N=758)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
126 ⁱ Tomo comprimidos para dormir	4,86	0,52	4,82	0,55	2,461	0,014*
127 ⁱ Tomo comprimidos para me manter acordado	4,88	0,56	4,92	0,37	-0,872	0,384 ^{ns}
128 ⁱ Consumo heroína	4,93	0,48	5,00	0,09	-2,430	0,016*
129 ⁱ Consumo cocaína	4,92	0,50	4,99	0,12	-2,535	0,012*
130 ⁱ Tomo comprimidos estimulantes (ecstasy, drunfos...)	4,88	0,56	4,97	0,22	-2,554	0,011*
131 ⁱ Tomo comprimidos relaxantes (valium...)	4,87	0,60	4,86	0,46	0,468	0,640 ^{ns}
Total PCDROGAS	4,92	0,39	4,94	0,17	-0,868	0,386^{ns}

ⁱ Item de cotação inversa ; * Significativo ; ^{ns} não significativo

Por outro lado, as raparigas referem consumir mais frequentemente comprimidos para dormir do que os rapazes. As diferenças de médias são pequenas mas estatisticamente significativas.

Não obstante, as diferenças encontradas em algumas práticas e comportamentos, em função do sexo, não se verificam para o total da escala, e sugerem que não existe diferença, entre os rapazes e as raparigas, nas práticas e comportamentos de consumo de outras drogas.

Resumindo, comparando as diferenças de sexo (Quadro 57), em média, os rapazes pontuam mais que as raparigas apenas na sub-escala de práticas e comportamentos de Actividade física (M=2,72; DP=0,63 e M=2,39; DP=0,71 respectivamente). Nas restantes sub-escalas as raparigas pontuam, em média, mais do que os rapazes. As diferenças são estatisticamente significativas, à excepção do verificado nas práticas e comportamentos de sono e no consumo de outras drogas.

Quadro 57 - Médias e desvios padrões observadas nos totais das sub-escalas da EPCDS, em função do sexo, e resultados do teste *t-Student*

Subescala	Rapazes (N=408)		Raparigas (N=758)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
PCROD (N=1166)	3,52	0,52	3,85	0,48	-10,765	0,000*
PCSEX (N=693)	3,93	0,63	4,21	0,56	-5,746	0,000*
PCALIM (N=1166)	3,46	0,35	3,68	0,38	-9,914	0,000*
PCSONO (N=1166)	3,87	0,47	3,92	0,46	-1,757	0,079 ^{ns}
PCACTFIS (N=1166)	2,72	0,63	2,39	0,61	8,849	0,000*
PCALCOOL (N=1166)	4,17	0,63	4,52	0,47	-9,669	0,000*
PCFUMO (N=1166)	4,17	0,82	4,33	0,70	-3,248	0,001*
PCDROGAS (N=1166)	4,92	0,39	4,94	0,17	-0,868	0,386 ^{ns}

* Significativo; ^{ns} não significativo

Podemos concluir que as raparigas têm práticas e comportamentos sexuais, rodoviários, alimentares, de consumo de bebidas alcoólicas e de fumo de substâncias mais salutogénicas que os rapazes, e práticas e comportamentos de actividade física menos salutogénicos que os rapazes.

4.2. Práticas e Comportamentos Determinantes de Saúde, em função do escalão etário

Neste ponto fazemos a apresentação e análise dos resultados das práticas e comportamentos determinantes de saúde, em função do escalão etário. Serão apresentados e analisados os resultados individuais dos itens e também dos totais das 8 sub-escalas.

4.2.1. As práticas e comportamentos sexuais, em função do escalão etário

Podemos verificar que em relação às práticas e comportamentos sexuais (Quadro 58), são os estudantes mais novos (dos 15 aos 19 anos) aqueles que, comparativamente aos mais velhos, relatam usar o preservativo mais frequentemente. Estes resultados podem estar relacionados com o facto de, como é referido por Apter *et al* (2004), à medida que a idade avança, e quando entram numa relação mais estável, os adolescentes optarem pelos métodos anticoncepcionais hormonais, em detrimento do preservativo.

Quadro 58 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCSEX, em função do escalão etário, e resultados do teste *t-Student*

PCSEX	Dos 15 aos 19 anos (N=344)		Dos 20 aos 25 anos (N=349)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
63 O preservativo é usado quando tenho relações sexuais	4,19	1,23	3,57	1,37	6,335	0,000*
64 ⁱ Tenho relações sexuais sob o efeito de álcool ou de drogas	4,46	0,94	4,40	0,90	0,750	0,453 ^{ns}
65 Falo das doenças sexualmente transmissíveis com o(s) meu(s) parceiro(a)(s) sexuais	3,52	1,27	3,65	1,12	-1,461	0,144 ^{ns}
66 Se não tiver preservativos recuso uma relação sexual com uma pessoa desconhecida	4,55	1,07	4,74	0,75	-2,747	0,006*
67 Recuso uma relação sexual se não tiver preservativos	4,03	1,26	3,87	1,25	1,778	0,076 ^{ns}
68 Tomo precauções para evitar a gravidez indesejada	4,56	0,96	4,66	0,83	-1,435	0,152 ^{ns}
69 Falo das doenças sexualmente transmissíveis com o(s) meu(s) amigo(a)(s)	3,70	1,01	3,75	0,94	-0,639	0,523 ^{ns}
Total PCSEX	4,15	0,64	4,09	0,56	1,180	0,238^{ns}

ⁱ Item de cotação inversa ; * Significativo ; ^{ns} não significativo

Já no que se refere a recusar uma relação sexual com uma pessoa desconhecida se não tiver preservativos, são os estudantes mais velhos os que relatam fazê-lo mais frequentemente. Estes resultados reforçam, de certo modo, o que acima referimos, pois entendemos que é um dado abonatório ao que se entende, geralmente, por “relação mais estável”.

As diferenças são estatisticamente significativas para estas duas práticas e comportamentos, mas não para o total da escala, pelo que podemos concluir não haver diferença, entre os estudantes mais novos e os mais velhos, nas práticas e comportamentos sexuais.

4.2.2. As práticas e comportamentos rodoviários, em função do escalão etário

Em relação às práticas e comportamentos rodoviários (Quadro 59) podemos verificar que foram os estudantes mais velhos (dos 20 aos 25 anos) aqueles que, comparando com os mais novos, relataram mais frequentemente procuram manter-se dentro dos limites de velocidade quando viajam nalgum veículo, usar cinto de segurança quando viajam no banco da frente, procurar as passadeiras para atravessar a rua, usar roupa clara ou fluorescente se andam em ruas mal iluminadas e com trânsito, e olhar e respeitar a sinalização dos semáforos.

Quadro 59 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCROD, em função do escalão etário, e resultados do teste *t-Student*

	Dos 15 aos 19 anos (N=761)		Dos 20 aos 25 anos (N=405)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
PCROD						
70 [†] Aceito boleia de pessoas que conduzem em excesso de velocidade	3,68	1,04	3,77	0,91	-1,373	0,170 ^{ns}
71 Procuo manter-me dentro dos limites de velocidade quando viajo nalgum veículo	3,27	1,09	3,66	0,88	-6,660	0,000*
72 Uso cinto de segurança quando viajo de automóvel, no banco da frente	4,77	0,63	4,87	0,47	-3,193	0,001*
73 Uso cinto de segurança quando viajo de automóvel no banco de trás	3,48	1,36	3,40	1,28	0,969	0,333 ^{ns}
74 Procuo as passadeiras para atravessar a rua	3,72	0,88	3,86	0,81	-2,741	0,006*
75 A pé desloco-me nos passeios.	4,22	0,77	4,31	0,73	-1,940	0,053 ^{ns}
76 Uso roupa clara ou fluorescente, se ando em ruas mal iluminadas com trânsito.	2,11	1,02	2,24	1,04	-1,968	0,049*
77 Olho e respeito a sinalização dos semáforos.	4,27	0,84	4,42	0,73	-3,265	0,001*
Total PCROD	3,69	0,53	3,82	0,48	-4,020	0,000*

[†] Item de cotação inversa ; * Significativo ; ^{ns} não significativo

Estes resultados podem ajudar a compreender o facto de, em Portugal, apesar do decréscimo do número de feridos e vítimas mortais que se tem observado nos últimos quatro anos e em termos gerais, ele não se verificar no escalão etário dos 15 aos 19 anos (Direcção Geral de Viação, 2004), num contexto em que, inclusivamente, se verifica um aumento dos comportamentos de risco entre os jovens e também um aumento da morbilidade e mortalidade por acidentes (Ministério da Saúde, 2004b).

As diferenças são estatisticamente significativas, e podemos concluir que os estudantes mais novos, em relação aos mais velhos, têm mais frequentemente práticas e comportamentos rodoviários de risco.

4.2.3. As práticas e comportamentos alimentares, em função do escalão etário

No que se refere às práticas e comportamentos alimentares, conforme se pode observar no Quadro 60, apesar dos estudantes mais novos referirem tomar o pequeno-almoço, o almoço e fazer uma refeição ligeira entre o pequeno-almoço e o almoço mais frequentemente que os estudantes mais velhos, os estudantes mais velhos referem mais frequentemente que os mais novos, ler os rótulos dos alimentos, comer sopa, leguminosas e hortaliças, e referem menos frequentemente consumir aperitivos salgados, refrigerantes às refeições, fritos, doces e “fast food”.

Quadro 60 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCALIM, em função do escalão etário, e resultados do teste *t-Student*

		Dos 15 aos 19 anos (N=761)		Dos 20 aos 25 anos (N=405)		<i>t</i>	<i>p</i>
PCALIM		M	DP	M	DP		
78	Tomo o Pequeno-almoço	4,42	0,97	4,27	1,06	2,427	0,015*
79	Tomo o Almoço	4,81	0,49	4,72	0,61	2,481	0,013*
80	Tomo o Jantar	4,79	0,51	4,72	0,60	1,895	0,059 ^{ns}
81	Faço uma refeição ligeira entre o Pequeno-almoço e o Almoço	3,51	1,27	3,24	1,32	3,490	0,001*
82	Bebo leite ou como derivados do leite (queijo, iogurte...)	4,30	0,84	4,34	0,86	-0,741	0,459 ^{ns}
83	Às principais refeições como carne ou peixe ou ovos	4,40	0,70	4,40	0,76	0,040	0,968 ^{ns}
84	Leio os rótulos das embalagens dos alimentos	3,03	1,06	3,43	0,97	-6,411	0,000*
85	Calculo a variedade de nutrientes que ingiro diariamente	1,89	0,99	1,97	1,01	-1,277	0,202 ^{ns}
86	Como sopa	3,82	0,85	3,99	0,88	-3,144	0,002*
87	Como feijão, grão, ervilhas, favas...	3,24	1,01	3,43	0,99	-3,121	0,002*
88	Como hortaliças (alface, couve, espinafres...)	3,67	0,98	3,86	0,89	-3,432	0,001*
89	Como fruta	3,95	0,90	3,98	0,87	-0,618	0,537 ^{ns}
90 ⁱ	Como aperitivos salgados	3,10	0,88	3,34	0,84	-4,463	0,000*
91 ⁱ	Às refeições bebo refrigerante	2,84	1,05	3,30	1,01	-7,255	0,000*
92 ⁱ	Como fritos (rissol, panadinhos...)	3,08	0,73	3,20	0,75	-2,613	0,009*
93 ⁱ	Como molhos (maionese, Ketchup, mostarda)	3,48	1,01	3,57	0,85	-1,440	0,150 ^{ns}
94 ⁱ	Como doces (bolos, gelados, chocolates, rebuçados, gomas...)	2,63	0,89	2,81	0,84	-3,435	0,001*
95 ⁱ	Como "fast food" (hamburgers, pizzas, sandes...)	3,24	0,78	3,40	0,73	-3,201	0,001*
Total PCALIM		3,57	0,36	3,66	0,40	-4,075	0,000*

ⁱ Item de cotação inversa ; * Significativo ; ^{ns} não significativo

Estes resultados podem estar relacionados com o facto de os indivíduos mais jovens, em relação aos mais velhos, estarem mais interessados nos aspectos relacionados com o sabor dos alimentos e menos com os aspectos relacionados com a

sua salubridade, conforme indicam os resultados obtidos por Roininen *et al* (1999), e também com o facto de os indivíduos mais velhos revelarem maior tendência para escolher as opções alimentares mais saudáveis, conforme indicam os resultados obtidos por Berg *et al* (2000).

As diferenças são estatisticamente significativas e permitem concluir que, no geral, os estudantes mais velhos têm práticas e comportamentos alimentares mais salutogénicos que os estudantes mais novos.

4.2.4. As práticas e comportamentos de sono, em função do escalão etário

Em relação às práticas e comportamentos de sono (Quadro 61) verifica-se que apesar dos estudantes mais novos relatarem fazer “directas” mais frequentemente que os seus colegas mais velhos, relatam beber café para se manterem acordados, faltar às aulas de manhã por adormecerem e adormecerem durante o dia a realizar tarefas como estudar ou ver televisão, menos frequentemente que os estudantes mais velhos.

Quadro 61 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCSONO, em função do escalão etário, e resultados do teste *t-Student*

PCSONO	Dos 15 aos 19 anos (N=761)		Dos 20 aos 25 anos (N=405)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
96 ⁱ Durmo menos de 7 ou 8 horas diárias	3,07	1,06	3,03	0,98	0,607	0,544 ^{ns}
97 Durmo mais de 8 horas diárias	2,98	0,99	2,88	0,96	1,601	0,110 ^{ns}
98 ⁱ Faço directas (24 horas sem dormir)	4,16	0,79	4,32	0,71	-3,527	0,000*
99 ⁱ Bebo café para me manter acordado	4,30	0,99	4,16	1,05	2,211	0,027*
100 ⁱ Falto às aulas da manhã porque adormeci	4,58	0,71	4,24	0,87	6,835	0,000*
101 ⁱ Adormeço nas aulas	4,75	0,57	4,74	0,61	0,302	0,762 ^{ns}
102 ⁱ Durante o dia adormeço ao realizar tarefas como ler, ver TV, estudar...	4,27	0,88	4,15	0,90	2,248	0,025*
103 Durmo as horas suficientes para me sentir repousado de manhã	3,31	0,96	3,28	0,94	0,425	0,671 ^{ns}
Total PCSONO	3,93	0,46	3,85	0,46	2,686	0,007*

ⁱ Item de cotação inversa ; * Significativo ; ^{ns} não significativo

A pesquisa bibliográfica que efectuámos não nos permite fundamentar totalmente estes resultados, mas aventamos a hipótese de o facto de os estudantes mais jovens viverem mais frequentemente com os pais, enquanto que os mais velhos residem mais frequentemente fora de casa ao deslocarem-se para mais perto das instituições de ensino que frequentam, fazer com que os primeiros estejam mais controlados, pelos encarregados de educação, em relação ao cumprimento dos horários escolares, e o facto

de o consumo de café, que tem tendência a aumentar entre os indivíduos que dormem um numero insuficiente de horas (National Sleep Foundation, 2000; Jenkins, 2004) ser mais popular entre os mais velhos e as actividades de lazer que envolvem actividade física serem mais populares entre os mais jovens, fazer com que quer o consumo de café para combater a sonolência, quer o adormecer durante actividades mais sedentárias seja mais frequente entre os mais velhos.

As diferenças são estatisticamente significativas, e permitem concluir que os estudantes mais novos têm práticas e comportamentos de sono mais salutogénicos que os estudantes mais velhos.

4.2.5. As práticas e comportamentos de actividade física, em função do escalão etário

Em relação às práticas e comportamentos de actividade física, o Quadro 62 permite observar que os estudantes mais novos relatam praticar desporto na escola, praticar desportos que os fazem suar, deslocarem-se a pé quando visitam amigos e usar a bicicleta para deslocações até 5 km aproximadamente, mais frequentemente que os estudantes mais velhos.

Quadro 62 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCACTFIS, em função do escalão etário, e resultados do teste *t-Student*

PCACTFIS	Dos 15 aos 19 anos (N=761)		Dos 20 aos 25 anos (N=405)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
104 Faço caminhadas de 30 ou mais minutos seguidos	2,55	1,06	2,51	0,97	0,666	0,506 ^{ns}
105 Pratico desporto que me faz suar (futebol, atletismo, andebol, outro...)	3,14	1,32	2,44	1,21	9,124	0,000*
106 Pratico desporto na escola	2,67	1,44	1,40	0,86	18,720	0,000*
107 Frequento ginásios, academias de dança, classes de ginástica...	1,84	1,17	1,92	1,24	-1,093	0,274 ^{ns}
108 Desloco-me a pé quando visito amigos	3,05	1,01	2,90	1,04	2,468	0,014*
109 Em distâncias até 1,5 km aproximadamente desloco-me a pé	2,94	1,15	2,82	1,16	1,653	0,099 ^{ns}
110 Nas distâncias até 5 km aproximadamente desloco-me de bicicleta	2,34	1,19	1,64	0,84	11,681	0,000*
Total PCACTFIS	2,65	0,62	2,23	0,57	11,466	0,000*

* Significativo ; ^{ns} não significativo

Estes resultados estão de acordo com a maioria dos autores e estudos consultados, e que apontam para o facto de os níveis de actividade física decrescerem com a idade (Ministério da Saúde, 2004b; Morgan, 2004).

As diferenças são estatisticamente significativas e permitem concluir que os estudantes mais jovens são fisicamente mais activos que os estudantes mais velhos.

4.2.6. As práticas e comportamentos de consumo de bebidas alcoólicas, em função do escalão etário

No que diz respeito às práticas e comportamentos de consumo de bebidas alcoólicas (Quadro 63), verifica-se que os estudantes mais novos, comparando com os mais velhos, relatam beber “shots” mais frequentemente. Este resultado pode estar relacionado com o facto de as “alcopops” serem produzidas e publicitadas especificamente para os consumidores jovens (Settertobulte *et al*, 2001), e o fenómeno “binge drinking” estar a crescer em muitos países da Europa, particularmente entre os adolescentes (Kuntsche *et al*, 2004). Os estudantes mais velhos, por sua vez, relatam beber vinho ou cerveja às refeições, faltar às aulas por causa da “ressaca” e ter dificuldades de concentração por causa da “ressaca” mais frequentemente que os mais novos.

Quadro 63 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCALCOOL, em função do escalão etário, e resultados do teste *t-Student*

PCALCOOL	Dos 15 aos 19 anos (N=761)		Dos 20 aos 25 anos (N=405)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
111 ⁱ Aceito viajar (boleia) com um condutor que bebeu demais	4,50	0,79	4,48	0,70	0,368	0,713 ^{ns}
112 ⁱ Às refeições bebo vinho ou cerveja	4,48	0,83	4,31	0,82	3,177	0,002*
113 ⁱ Bebo shots	3,82	1,06	3,98	0,92	-2,767	0,006*
114 ⁱ Bebo bebidas alcoólicas destiladas (whisky, vodka, absinto, licores...)	3,86	1,04	3,96	0,93	-1,682	0,093 ^{ns}
115 ⁱ Bebo bebidas alcoólicas quando estou sozinho	4,59	0,81	4,67	0,67	-1,732	0,084 ^{ns}
116 ⁱ Bebo bebidas alcoólicas quando quero divertir-me	3,89	1,13	3,97	1,05	-1,175	0,240 ^{ns}
117 ⁱ Bebo bebidas alcoólicas quando quero conhecer outras pessoas	4,51	0,86	4,57	0,76	-1,161	0,246 ^{ns}
118 ⁱ Bebo até perder a consciência dos meus actos	4,73	0,62	4,74	0,56	-0,268	0,788 ^{ns}
119 ⁱ Falto às aulas por causa da "ressaca"	4,90	0,33	4,70	0,59	6,395	0,000*
120 ⁱ Tenho dificuldade em concentrar-me por causa da "ressaca"	4,72	0,68	4,51	0,84	4,353	0,000*
Total PCALCOOL	4,40	0,56	4,39	0,55	0,301	0,764^{ns}

ⁱ Item de cotação inversa ; * Significativo ; ^{ns} não significativo

Apesar de se observarem diferenças estatisticamente significativas no que se refere a estas práticas e comportamentos específicos, o mesmo não se verifica para o total da escala, pelo que podemos concluir que não existe diferença, entre os estudantes mais jovens e os estudantes mais velhos, nas práticas e comportamentos de consumo de bebidas alcoólicas.

4.2.7. As práticas e comportamentos de fumo de substâncias, em função do escalão etário

No que se refere ao fumo de substâncias (Quadro 64), os alunos mais velhos relatam fumar tabaco, fumar mais de 10 e mais de 20 cigarros por dia, mais frequentemente que os estudantes mais novos. Estes resultados estão de acordo com os dados relativos a 2001/2002 do estudo HBSC, apesar de este envolver jovens com idades mais baixas (11, 13 e 15 anos) e que revelam que a prevalência de hábitos tabágicos aumenta com a idade (Godeau *et al*, 2004). No que se refere ao consumo de *cannabis* não se observam diferenças estatisticamente significativas, o que pode ser explicado pelo facto de esta ser a substância psicoactiva ilícita amplamente mais usada pelos estudantes (Bogt *et al*, 2004) e que na grande maioria dos casos dá início ao consumo de drogas (Balsa *et al*, 2004), e de a percentagem de estudantes que com 16 anos que já consumiu *cannabis* estar a aumentar (Feijão, 2004).

Quadro 64 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCFUMO, em função do escalão etário, e resultados do teste *t-Student*

PCFUMO	Dos 15 aos 19 anos (N=761)		Dos 20 aos 25 anos (N=405)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
121 Evito os ambientes fechados onde se fuma	2,97	1,18	2,98	1,15	-0,164	0,870 ^{ns}
122 ⁱ Fumo tabaco	4,30	1,27	4,05	1,44	2,976	0,003*
123 ⁱ Fumo mais de 10 cigarros por dia	4,65	0,95	4,48	1,09	2,532	0,012*
124 ⁱ Fumo mais de 20 cigarros por dia	4,88	0,47	4,78	0,71	2,524	0,012*
125 ⁱ Fumo cannabis (haxixe, marijuana, erva...)	4,76	0,72	4,75	0,75	0,249	0,803 ^{ns}
Total PCFUMO	4,31	0,72	4,21	0,79	2,176	0,030*

ⁱ Item de cotação inversa ; * Significativo ; ^{ns} não significativo

As diferenças encontradas são estatisticamente significativas para estas práticas e comportamentos e para o total da escala, e permitem concluir que os estudantes mais velhos têm práticas e comportamentos de fumo de substâncias mais patogénicos que os estudantes mais jovens, e que estas diferenças se devem essencialmente ao fumo de tabaco.

4.2.8. As práticas e comportamentos de consumo de outras drogas, em função do escalão etário

Em relação ao consumo de outras drogas, conforme se observa no Quadro 65, não se observam diferenças estatisticamente significativas nas práticas e comportamentos em função do escalão etário, e apenas no que se refere a tomar comprimidos para dormir, os estudantes mais velhos, comparativamente aos mais novos, referem fazê-lo mais frequentemente.

Quadro 65 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCDROGAS, em função do escalão etário, e resultados do teste *t-Student*

PCDROGAS	Dos 15 aos 19 anos (N=761)		Dos 20 aos 25 anos (N=405)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
126 ⁱ Tomo comprimidos para dormir	4,88	0,47	4,80	0,59	2,366	0,018*
127 ⁱ Tomo comprimidos para me manter acordado	4,92	0,42	4,93	0,34	-0,191	0,848 ^{ns}
128 ⁱ Consumo heroína	4,98	0,30	4,99	0,15	-0,795	0,427 ^{ns}
129 ⁱ Consumo cocaína	4,97	0,32	4,98	0,17	-0,612	0,541 ^{ns}
130 ⁱ Tomo comprimidos estimulantes (ecstasy, drunfos...)	4,96	0,34	4,96	0,27	0,131	0,896 ^{ns}
131 ⁱ Tomo comprimidos relaxantes (valium...)	4,90	0,46	4,87	0,44	1,075	0,282 ^{ns}
Total PCDROGAS	4,93	0,29	4,92	0,22	0,852	0,394^{ns}

ⁱ Item de cotação inversa ; * Significativo ; ^{ns} não significativo

Estes resultados podem justificar-se pelo facto de, em Portugal, os consumos de substâncias psicoactivas se iniciar em idades precoces - 14% antes dos 15 anos e 58% entre os 15 e os 19 anos (Balsa *et al*, 2004), e as prevalências dos consumos de quase todas as substâncias também estarem a aumentar significativamente (Feijão, 2004).

Os resultados permitem concluir que não há diferença nas práticas e comportamentos de consumo de outras drogas entre os estudantes mais jovens e os estudantes mais velhos.

Resumindo os resultados principais, pela análise do Quadro 66 podemos verificar que, em média, os estudantes do escalão etário dos 15 aos 19 anos pontuam mais do que os do escalão etário dos 20 aos 25 anos nas sub-escalas *Hábitos de sono* (M=3,93; DP=0,46 e M=3,85; DP=0,46 respectivamente), *Actividade física* (M=2,65; DP=0,62 e M=2,23; DP=0,57 respectivamente) e *Fumo de substâncias* (M=4,31; DP=0,72 e M=4,21; DP=0,79 respectivamente).

Quadro 66 - Médias e desvios padrões observadas nos totais das sub-escalas da EPCDS, em função do escalão etário, e resultados do teste *t-Student*

Subescala	Dos 15 aos 19 anos (N=761)		Dos 20 aos 25 anos (N=405)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
PCROD (N=1166)	3,69	0,53	3,82	0,48	-4,020	0,000*
PCSEX (N=693)	4,15	0,64	4,09	0,56	1,180	0,238 ^{ns}
PCALIM (N=1166)	3,57	0,36	3,66	0,40	-4,075	0,000*
PCSONO (N=1166)	3,93	0,46	3,85	0,46	2,686	0,007*
PCACTFIS (N=1166)	2,65	0,62	2,23	0,57	11,466	0,000*
PCALCOOL (N=1166)	4,40	0,56	4,39	0,55	0,301	0,764 ^{ns}
PCFUMO (N=1166)	4,31	0,72	4,21	0,79	2,176	0,030*
PCDROGAS (N=1166)	4,93	0,29	4,92	0,22	0,852	0,394 ^{ns}

* Significativo ; ^{ns} não significativo

Por outro lado, são os estudantes do escalão etário dos 20 aos 25 anos que, em média, pontuam mais nas sub-escalas *Comportamento rodoviário* (M=3,82; DP=0,48 e M=3,69; DP=0,53 respectivamente) e *Comportamento Alimentar* (M=3,66; DP=0,40 e M=3,57; DP=0,36 respectivamente). As diferenças são estatisticamente significativas.

4.3. Práticas e Comportamentos Determinantes de Saúde, em função do local de residência

Neste ponto fazemos a apresentação e análise dos resultados das práticas e comportamentos determinantes de saúde, em função do local de residência habitual dos estudantes. Uma vez mais serão apresentados e analisados os resultados individuais dos itens e também dos totais das 8 sub-escalas.

4.3.1. As práticas e comportamentos sexuais, em função do local de residência

No Quadro 67 podemos verificar que, em relação às práticas e comportamentos sexuais, os estudantes que residem em meio rural relatam usar mais frequentemente o preservativo quando têm relações sexuais do que os que residem em meio urbano. As diferenças são estatisticamente significativas.

Quadro 67 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCSEX, em função do local de residência, e resultados do teste *t-Student*

PCSEX	Urbano (N=402)		Rural (N=291)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
63 O preservativo é usado quando tenho relações sexuais	3,73	1,34	4,08	1,31	-3,420	0,001*
64 ¹ Tenho relações sexuais sob o efeito de álcool ou de drogas	4,38	0,91	4,51	0,92	-1,835	0,067 ^{ns}
65 Falo das doenças sexualmente transmissíveis com o(s) meu(s) parceiro(a)(s) sexuais	3,63	1,13	3,53	1,29	1,063	0,288 ^{ns}
66 Se não tiver preservativos recuso uma relação sexual com uma pessoa desconhecida	4,67	0,90	4,61	0,96	0,771	0,441 ^{ns}
67 Recuso uma relação sexual se não tiver preservativos	3,97	1,23	3,92	1,30	0,569	0,569 ^{ns}
68 Tomo precauções para evitar a gravidez indesejada	4,64	0,83	4,57	0,99	1,052	0,293 ^{ns}
69 Falo das doenças sexualmente transmissíveis com o(s) meu(s) amigo(a)(s)	3,76	0,93	3,69	1,03	0,907	0,365 ^{ns}
Total PCSEX	4,11	0,58	4,13	0,63	-0,385	0,700^{ns}

¹ Item de cotação inversa ; * Significativo ; ^{ns} não significativo

Estes resultados podem ser considerados intrigantes, principalmente se considerarmos que, de entre os factores que contribuem para uma menor adesão ao uso de contraceptivos em geral, pelos adolescentes e jovens, estão as dificuldades institucionais no acesso a esses contraceptivos, nomeadamente a falta de privacidade e dúvidas quanto à confidencialidade, entre outras (Ramos, 2001), e que a nível das comunidades rurais, mais pequenas e em que as pessoas eventualmente se relacionam de forma mais próxima, estas dificuldades possam ser, porventura, mais evidentes.

A isto acresce, e segundo os resultados deste estudo que apresentámos no ponto 3, o facto de os estudantes que residem em meio urbano reconhecerem mais os Serviços de Saúde como fontes de informação de saúde do que os estudantes que residem em meio rural. Mas, e por outro lado, interessa também ter em consideração que o contexto social contemporâneo pode induzir a massificação de ideias e comportamentos (Prazeres, 2002), e os resultados apresentados no ponto 2 deste trabalho mostrarem que, em relação à acessibilidade da informação de saúde percebida pelos estudantes, não existem diferenças significativas em função do local de residência.

Nas restantes práticas e comportamentos sexuais estudados não se observam diferenças estatisticamente significativas. Os resultados permitem-nos concluir que não existe diferença em função do local de residência, nas práticas e comportamentos sexuais relatados pelos estudantes.

4.3.2. As práticas e comportamentos rodoviários, em função do local de residência

Em relação às práticas e comportamentos rodoviários (Quadro 68) podemos verificar que os estudantes que residem em meio urbano, em relação aos que residem em meio rural, relatam procurar mais frequentemente manter-se dentro dos limites de velocidade quando viajam nalgum veículo, usar cinto de segurança quando viajam no banco da frente e procurar as passadeiras para atravessar a rua.

Quadro 68 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCROD, em função do local de residência, e resultados do teste *t-Student*

PCROD	Urbano (N=578)		Rural (N=588)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
70 ¹ Aceito boleia de pessoas que conduzem em excesso de velocidade	3,75	0,95	3,67	1,03	1,359	0,174 ^{ns}
71 Procuo manter-me dentro dos limites de velocidade quando viajo nalgum veículo	3,49	1,03	3,32	1,05	2,737	0,006*
72 Uso cinto de segurança quando viajo de automóvel, no banco da frente	4,85	0,53	4,77	0,63	2,333	0,020*
73 Uso cinto de segurança quando viajo de automóvel no banco de trás	3,36	1,36	3,53	1,31	-2,162	0,031*
74 Procuo as passadeiras para atravessar a rua	3,79	0,88	3,76	0,84	0,601	0,548 ^{ns}
75 A pé desloco-me nos passeios.	4,33	0,76	4,18	0,74	3,246	0,001*
76 Uso roupa clara ou fluorescente, se ando em ruas mal iluminadas com trânsito.	2,09	1,00	2,22	1,05	-2,302	0,022*
77 Olho e respeito a sinalização dos semáforos.	4,36	0,77	4,28	0,84	1,608	0,108 ^{ns}
Total PCROD	3,75	0,51	3,72	0,52	1,110	0,267^{ns}

¹ Item de cotação inversa ; * Significativo ; ^{ns} não significativo

Estes resultados poderão estar relacionados com o tradicional maior controlo e policiamento nas cidades (para o uso do cinto de segurança e controlo de velocidade), e com as maiores dificuldades em termos de acessos (para o uso de passadeiras) que eventualmente se verificam em meios rurais. Já no que se refere ao uso do cinto quando viajam no banco de trás do automóvel e uso de roupa clara ou fluorescente quando andam em ruas mal iluminadas e com trânsito, são os estudantes que residem em meio rural que o relatam fazer com mais frequência.

As diferenças são estatisticamente significativas para estas práticas e comportamentos, mas o mesmo não se verifica para o total da escala, pelo que podemos

concluir não existirem diferenças, em função do local de residência, nas práticas e comportamentos rodoviários dos estudantes.

4.3.3. As práticas e comportamentos alimentares, em função do local de residência

No que se refere às práticas e comportamentos alimentares (Quadro 69), verifica-se que os estudantes que residem em meio rural relatam tomar o pequeno-almoço e fazer uma refeição ligeira entre o pequeno-almoço e o almoço, mais frequentemente que os estudantes que residem em meio urbano. Estes, por outro lado, relatam ler mais frequentemente os rótulos dos alimentos, e consumir menos frequentemente aperitivos salgados, refrigerantes às refeições, fritos e doces que os estudantes que residem em meio rural.

Quadro 69 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCALIM, em função do local de residência, e resultados do teste *t-Student*

	Urbano (N=578)		Rural (N=588)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
PCALIM						
78 Tomo o Pequeno-almoço	4,31	1,05	4,43	0,96	-1,992	0,047*
79 Tomo o Almoço	4,75	0,57	4,81	0,50	-1,646	0,100 ^{ns}
80 Tomo o Jantar	4,74	0,59	4,79	0,49	-1,477	0,140 ^{ns}
81 Faço uma refeição ligeira entre o Pequeno-almoço e o Almoço	3,25	1,32	3,59	1,25	-4,485	0,000*
82 Bebo leite ou como derivados do leite (queijo, iogurte...)	4,28	0,86	4,35	0,83	-1,416	0,157 ^{ns}
83 Às principais refeições como carne ou peixe ou ovos	4,37	0,72	4,42	0,72	-1,140	0,255 ^{ns}
84 Leio os rótulos das embalagens dos alimentos	3,24	1,06	3,10	1,04	2,255	0,024*
85 Calculo a variedade de nutrientes que ingiro diariamente	1,92	1,00	1,91	1,00	0,268	0,789 ^{ns}
86 Como sopa	3,86	0,87	3,89	0,86	-0,516	0,606 ^{ns}
87 Como feijão, grão, ervilhas, favas...	3,29	0,99	3,33	1,03	-0,695	0,487 ^{ns}
88 Como hortaliças (alface, couve, espinafres...)	3,69	0,95	3,78	0,97	-1,549	0,122 ^{ns}
89 Como fruta	3,94	0,89	3,98	0,90	-0,931	0,352 ^{ns}
90 ⁱ Como aperitivos salgados	3,27	0,86	3,10	0,88	3,351	0,001*
91 ⁱ Às refeições bebo refrigerante	3,10	1,07	2,89	1,04	3,440	0,001*
92 ⁱ Como fritos (rissol, panadinhos...)	3,19	0,75	3,05	0,72	3,299	0,001*
93 ⁱ Como molhos (maionese, Ketchup, mostarda)	3,49	0,94	3,53	0,98	-0,700	0,484 ^{ns}
94 ⁱ Como doces (bolos, gelados, chocolates, rebuçados, gomas...)	2,78	0,85	2,61	0,88	3,366	0,001*
95 ⁱ Como "fast food" (hamburgers, pizzas, sandes...)	3,32	0,75	3,27	0,78	1,181	0,238 ^{ns}
Total PCALIM	3,60	0,40	3,60	0,37	-0,021	0,983^{ns}

ⁱ Item de cotação inversa ; * Significativo ; ^{ns} não significativo

Estes resultados podem estar relacionados com o facto de os estudantes que residem em meio rural, por terem que se deslocar mais frequentemente para as vilas e cidades onde frequentam as instituições de ensino, fazerem mais refeições fora de casa e optarem mais frequentemente por refeições rápidas ou *snacks*, que os estudantes que

residem em meio urbano, onde a probabilidade de frequentar instituições de ensino perto de casa e fazer as refeições em casa é maior.

As diferenças são estatisticamente significativas para estas práticas e comportamentos, mas não para o total da escala, pelo que podemos concluir que não existem diferenças, em função do local de residência, nas práticas e comportamentos alimentares dos estudantes.

4.3.4. As práticas e comportamentos de sono, em função do local de residência

Em relação às práticas e comportamentos de sono, podemos verificar no Quadro 70 que os estudantes que residem em meio rural relatam dormir mais de 8 horas diárias e relatam dormir as horas suficientes para se sentirem repousados de manhã, mais frequentemente que os estudantes que residem em meio urbano que, por sua vez, relatam mais frequentemente faltar às aulas de manhã porque adormeceram.

Quadro 70 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCSONO, em função do local de residência, e resultados do teste *t-Student*

PCSONO	Urbano (N=578)		Rural (N=588)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
96 ⁱ Durmo menos de 7 ou 8 horas diárias	3,00	1,00	3,11	1,06	-1,833	0,067 ^{ns}
97 Durmo mais de 8 horas diárias	2,89	0,94	3,00	1,01	-2,028	0,043*
98 ⁱ Faço directas (24 horas sem dormir)	4,21	0,76	4,22	0,77	-0,032	0,974 ^{ns}
99 ⁱ Bebo café para me manter acordado	4,20	1,03	4,30	1,00	-1,745	0,081 ^{ns}
100 ⁱ Falto às aulas da manhã porque adormeci	4,31	0,85	4,62	0,68	-6,829	0,000*
101 ⁱ Adormeço nas aulas	4,74	0,60	4,76	0,57	-0,426	0,670 ^{ns}
102 ⁱ Durante o dia adormeço ao relizar tarefas como ler, ver TV, estudar...	4,22	0,85	4,23	0,92	-0,355	0,723 ^{ns}
103 Durmo as horas suficientes para me sentir repousado de manhã	3,22	0,96	3,38	0,94	-2,874	0,004*
Total PCSONO	3,85	0,46	3,95	0,46	-3,867	0,000*

ⁱ Item de cotação inversa ; * Significativo ; ^{ns} não significativo

Estes resultados podem eventualmente estar relacionados com o facto de, em meio urbano, serem mais frequentes as solicitações e oportunidades de actividades extra-escolares que terminam tarde, incluindo os empregos em *part-time*, e que segundo Jenkins (2004), contribuem para o insuficiente número de horas de sono que caracteriza o adolescente típico. As diferenças são estatisticamente significativas para estas práticas e comportamentos, e também para o total da escala, pelo que podemos concluir que os estudantes que residem em meio rural têm práticas e comportamentos de sono mais salutogénicas que os estudantes que residem em meio urbano.

4.3.5. As práticas e comportamentos de actividade física, em função do local de residência

No que se refere às práticas e comportamentos de actividade física (Quadro 71), verifica-se que os estudantes que residem em meio rural, em relação aos que residem em meio urbano, relatam praticar mais frequentemente desporto na escola e desportos que os fazem suar, assim como relatam usar mais frequentemente a bicicleta em deslocamentos até 5 km. Os que residem em meio urbano, por sua vez, apenas em relação ao deslocarem-se a pé quando visitam amigos e percorrer a pé distâncias até aproximadamente 1,5 km, o relatam mais frequentemente que os residentes em meio rural.

Quadro 71 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCACTFIS, em função do local de residência, e resultados do teste *t-Student*

PCACTFIS	Urbano (N=578)		Rural (N=588)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
104 Faço caminhadas de 30 ou mais minutos seguidos	2,57	1,03	2,51	1,02	1,065	0,287 ^{ns}
105 Pratico desporto que me faz suar (futebol, atletismo, andebol, outro...)	2,74	1,31	3,05	1,33	-4,042	0,000*
106 Pratico desporto na escola	1,93	1,26	2,52	1,48	-7,282	0,000*
107 Frequento ginásios, academias de dança, classes de ginástica...	1,91	1,21	1,81	1,18	1,414	0,158 ^{ns}
108 Desloco-me a pé quando visito amigos	3,09	1,05	2,91	0,98	2,958	0,003*
109 Em distâncias até 1,5 km aproximadamente desloco-me a pé	2,98	1,18	2,82	1,12	2,284	0,023*
110 Nas distâncias até 5 km aproximadamente desloco-me de bicicleta	1,76	0,98	2,43	1,17	-10,708	0,000*
Total PCACTFIS	2,43	0,63	2,58	0,63	-4,186	0,000*

* Significativo ; ^{ns} não significativo

As diferenças são estatisticamente significativas também para o total da escala, pelo que podemos concluir que os estudantes que residem em meio rural têm práticas e comportamentos de actividade física mais salutogénicas que os estudantes que residem em meio urbano.

4.3.6. As práticas e comportamentos de consumo de bebidas alcoólicas, em função do local de residência

Em relação ao consumo de bebidas alcoólicas (Quadro 72) podemos verificar que os estudantes que residem em meio urbano relatam mais frequentemente beber vinho ou cerveja às refeições, faltar às aulas por causa da “ressaca” e terem dificuldades

em concentrar-se por causa da “ressaca”, do que os estudantes que residem em meio rural.

Quadro 72 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCALCOOL, em função do local de residência, e resultados do teste *t-Student*

PCALCOOL	Urbano (N=578)		Rural (N=588)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
111 ⁱ Aceito viajar (boleia) com um condutor que bebeu demais	4,48	0,75	4,51	0,76	-0,582	0,560 ^{ns}
112 ⁱ Às refeições bebo vinho ou cerveja	4,33	0,87	4,50	0,79	-3,488	0,001*
113 ⁱ Bebo shots	3,84	0,98	3,91	1,05	-1,131	0,258 ^{ns}
114 ⁱ Bebo bebidas alcoólicas destiladas (whisky, vodka, absinto, licores...)	3,89	1,00	3,89	1,01	-0,090	0,928 ^{ns}
115 ⁱ Bebo bebidas alcoólicas quando estou sozinho	4,63	0,71	4,60	0,81	0,813	0,417 ^{ns}
116 ⁱ Bebo bebidas alcoólicas quando quero divertir-me	3,88	1,07	3,95	1,13	-1,086	0,278 ^{ns}
117 ⁱ Bebo bebidas alcoólicas quando quero conhecer outras pessoas	4,50	0,82	4,56	0,83	-1,265	0,206 ^{ns}
118 ⁱ Bebo até perder a consciência dos meus actos	4,74	0,58	4,73	0,62	0,212	0,832 ^{ns}
119 ⁱ Falto às aulas por causa da "ressaca"	4,75	0,55	4,92	0,30	-6,712	0,000*
120 ⁱ Tenho dificuldade em concentrar-me por causa da "ressaca"	4,57	0,79	4,72	0,69	-3,460	0,001*
Total PCALCOOL	4,36	0,58	4,43	0,54	-2,081	0,038*

ⁱ Item de cotação inversa ; * Significativo ; ^{ns} não significativo

Estes resultados podem estar relacionados com o facto de o meio urbano, em comparação com o meio rural, tradicionalmente apresentar uma oferta maior de eventos e locais onde se consomem habitualmente bebidas alcoólicas (bares, festas, discotecas...).

As diferenças são estatisticamente significativas para estas práticas e comportamentos e também para o total da sub-escala, pelo que podemos concluir que os estudantes residentes em meio rural têm práticas e comportamentos de consumo de bebidas alcoólicas mais salutogénicos que os estudantes que residem em meio urbano.

4.3.7. As práticas e comportamentos de fumo de substâncias, em função do local de residência

No que se refere ao fumo de substâncias, podemos verificar no Quadro 73 que, em comparação com os estudantes que residem em meio rural, os estudantes que residem em meio urbano relatam mais frequentemente fumar tabaco, e fumar mais de 10 e mais de 20 cigarros. As diferenças são estatisticamente significativas. No que se refere ao consumo de *cannabis* não se observam diferenças estatisticamente significativas.

Quadro 73 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCFUMO, em função do local de residência, e resultados do teste *t-Student*

PCFUMO	Urbano (N=578)		Rural (N=588)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
121 Evito os ambientes fechados onde se fuma	2,98	1,18	2,96	1,16	0,294	0,769 ^{ns}
122 ⁱ Fumo tabaco	4,09	1,41	4,33	1,25	-3,057	0,002*
123 ⁱ Fumo mais de 10 cigarros por dia	4,49	1,09	4,69	0,90	-3,335	0,001*
124 ⁱ Fumo mais de 20 cigarros por dia	4,81	0,64	4,88	0,48	-2,041	0,041*
125 ⁱ Fumo cannabis (haxixe, marijuana, erva...)	4,72	0,77	4,78	0,69	-1,380	0,168 ^{ns}
Total PCFUMO	4,22	0,79	4,33	0,69	-2,482	0,013*

ⁱ Item de cotação inversa ; * Significativo ; ^{ns} não significativo

Estes resultados permitem concluir que os estudantes residentes em meio urbano têm práticas e comportamentos de fumo de substâncias mais patogênicos que os estudantes residentes em meio rural, e que estas diferenças se devem essencialmente ao fumo de tabaco.

4.3.8. As práticas e comportamentos de consumo de outras drogas, em função do local de residência

Em relação ao consumo de outras drogas não se verificam diferenças estatisticamente significativas nas práticas e comportamentos, entre os estudantes que residem em meio urbano e os que residem em meio rural (Quadro 74).

Quadro 74 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCDROGAS, em função do local de residência, e resultados do teste *t-Student*

PCDROGAS	Urbano (N=578)		Rural (N=588)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
126 ⁱ Tomo comprimidos para dormir	4,83	0,55	4,87	0,48	-1,279	0,201 ^{ns}
127 ⁱ Tomo comprimidos para me manter acordado	4,94	0,30	4,91	0,46	1,521	0,128 ^{ns}
128 ⁱ Consumo heroína	4,99	0,20	4,97	0,30	0,885	0,376 ^{ns}
129 ⁱ Consumo cocaína	4,98	0,18	4,96	0,35	1,136	0,256 ^{ns}
130 ⁱ Tomo comprimidos estimulantes (ecstasy, drunfos...)	4,96	0,23	4,96	0,38	0,240	0,811 ^{ns}
131 ⁱ Tomo comprimidos relaxantes (valium...)	4,88	0,43	4,90	0,47	-0,785	0,433 ^{ns}
Total PCDROGAS	4,93	0,22	4,93	0,31	0,123	0,902^{ns}

ⁱ Item de cotação inversa ; * Significativo ; ^{ns} não significativo

Tal com acontece para outras práticas e comportamentos, também no que diz respeito ao consumo de outras drogas parece ocorrer uma massificação de ideias e

comportamentos induzida pelo contexto social contemporâneo, tal como é referido por Prazeres (2002).

Os resultados permitem-nos concluir que não há diferenças, em função do local de residência, nas práticas e comportamentos de consumo de outras drogas.

O Quadro 75 pretende sintetizar os resultados principais que acabámos de apresentar e discutir.

Quadro 75 - Médias e desvios padrões observadas nos totais das sub-escalas da EPCDS, em função do local de residência, e resultados do teste *t-Student*

Subescala	Urbano (N=578)		Rural (N=588)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
PCROD (N=1166)	3,75	0,51	3,72	0,52	1,110	0,267 ^{ns}
PCSEX (N=693)	4,11	0,58	4,13	0,63	-0,385	0,700 ^{ns}
PCALIM (N=1166)	3,60	0,40	3,60	0,37	-0,021	0,983 ^{ns}
PCSONO (N=1166)	3,85	0,46	3,95	0,46	-3,867	0,000*
PCACTFIS (N=1166)	2,43	0,63	2,58	0,63	-4,186	0,000*
PCALCOOL (N=1166)	4,36	0,58	4,43	0,54	-2,081	0,038*
PCFUMO (N=1166)	4,22	0,79	4,33	0,69	-2,482	0,013*
PCDROGAS (N=1166)	4,93	0,22	4,93	0,31	0,123	0,902 ^{ns}

* Significativo ; ^{ns} não significativo

Podemos verificar que, em média, os estudantes que residem em meio rural pontuam mais que os que residem em meio urbano nas sub-escalas *Hábitos de sono* (M=3,95; DP=0,46 e M=3,85; DP=0,46 respectivamente), *Actividade física* (M=2,58; DP=0,63 e M=2,43; DP=0,63 respectivamente), *Consumo de álcool* (M=4,43; DP=0,54 e M=4,36; DP=0,58 respectivamente) e *Fumo de substâncias* (M=4,33; DP=0,69 e M=4,22; DP=0,79 respectivamente). As diferenças são estatisticamente significativas.

4.4. Práticas e Comportamentos Determinantes de Saúde, em função do nível de ensino

Neste ponto fazemos a apresentação e análise dos resultados das práticas e comportamentos determinantes de saúde, em função do nível de ensino que os estudantes frequentam. Serão apresentados e analisados os resultados individuais dos itens e também dos totais das 8 sub-escalas.

4.4.1. As práticas e comportamentos sexuais, em função do nível de ensino

A análise individual dos itens permite verificar que, em relação às práticas e comportamentos sexuais (Quadro 76), os estudantes do ensino superior, em relação aos do ensino secundário, relatam mais frequentemente falar das doenças sexualmente transmissíveis com os seus parceiros sexuais, recusarem uma relação sexual com uma pessoa desconhecida se não tiverem preservativos e tomar precauções para evitar a gravidez indesejada. Já no que se refere ao uso do preservativo, são os estudantes do ensino secundário que o relatam mais frequentemente, o que pode estar relacionado com o facto de os alunos do ensino secundário serem maioritariamente mais jovens que os do ensino superior, as suas relações amorosas serem ainda pouco estáveis e, como tal, ainda não terem optado pelos métodos anticoncepcionais hormonais, em detrimento do preservativo, como é referido por Apter *et al* (2004).

Quadro 76 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCSEX, em função do nível de ensino, e resultados do teste *t-Student*

PCSEX	Secundário (N=254)		Superior (N=439)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
63 O preservativo é usado quando tenho relações sexuais	4,28	1,18	3,65	1,36	6,451	0,000*
64 ⁱ Tenho relações sexuais sob o efeito de álcool ou de drogas	4,39	0,98	4,46	0,88	-0,935	0,350 ^{ns}
65 Falo das doenças sexualmente transmissíveis com o(s) meu(s) parceiro(a)(s) sexuais	3,43	1,29	3,68	1,13	-2,564	0,011*
66 Se não tiver preservativos recuso uma relação sexual com uma pessoa desconhecida	4,44	1,16	4,76	0,74	-4,044	0,000*
67 Recuso uma relação sexual se não tiver preservativos	3,94	1,31	3,95	1,23	-0,073	0,941 ^{ns}
68 Tomo precauções para evitar a gravidez indesejada	4,50	1,04	4,67	0,80	-2,309	0,021*
69 Falo das doenças sexualmente transmissíveis com o(s) meu(s) amigo(a)(s)	3,65	1,05	3,77	0,92	-1,547	0,123 ^{ns}
Total PCSEX	4,09	0,65	4,13	0,56	-0,912	0,362^{ns}

ⁱ Item de cotação inversa ; * Significativo ; ^{ns} não significativo

As diferenças são estatisticamente significativas para estas práticas e comportamentos, mas não para o total da escala. De salientar que este é um padrão já

anteriormente verificado quando descrevemos os resultados em função do escalão etário.

Podemos concluir que não existem diferenças, em função do nível de ensino frequentado, nas práticas e comportamentos sexuais.

4.4.2. As práticas e comportamentos rodoviários, em função do nível de ensino

No que se refere às práticas e comportamentos rodoviários (Quadro 77), verifica-se que os alunos do ensino superior, em relação aos do ensino secundário, relatam mais frequentemente procurar manterem-se dentro dos limites de velocidade quando viajam nalgum veículo, usar cinto de segurança quando viajam no banco da frente, procurar as passadeiras para atravessar a rua, a pé deslocarem-se nos passeios e olhar e respeitar a sinalização dos semáforos. As diferenças são estatisticamente significativas.

Quadro 77 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCROD, em função do nível de ensino, e resultados do teste *t-Student*

PCROD	Secundário (N=631)		Superior (N=535)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
70 [†] Aceito boleia de pessoas que conduzem em excesso de velocidade	3,68	1,07	3,75	0,90	-1,122	0,262 ^{ns}
71 Procuo manter-me dentro dos limites de velocidade quando viajo nalgum veículo	3,21	1,11	3,64	0,90	-7,331	0,000*
72 Uso cinto de segurança quando viajo de automóvel, no banco da frente	4,74	0,66	4,88	0,46	-4,269	0,000*
73 Uso cinto de segurança quando viajo de automóvel no banco de trás	3,47	1,37	3,42	1,29	0,570	0,569 ^{ns}
74 Procuo as passadeiras para atravessar a rua	3,69	0,92	3,87	0,78	-3,750	0,000*
75 A pé desloco-me nos passeios.	4,21	0,78	4,31	0,72	-2,313	0,021*
76 Uso roupa clara ou fluorescente, se ando em ruas mal iluminadas com trânsito.	2,12	1,01	2,20	1,04	-1,461	0,144 ^{ns}
77 Olho e respeito a sinalização dos semáforos.	4,23	0,86	4,43	0,72	-4,399	0,000*
Total PCROD	3,67	0,54	3,81	0,48	-4,952	0,000*

[†] Item de cotação inversa ; * Significativo ; ^{ns} não significativo

Estes resultados, já anteriormente observados na análise em função do escalão etário, e dado que os alunos do ensino secundário têm maioritariamente idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos, uma vez mais podem ser contextualizados no cenário actual de Portugal, onde não se verifica um decréscimo na morbilidade e mortalidade por acidentes de viação, no escalão etário dos 15 aos 19 anos (Direcção Geral de Viação, 2004), verificando-se inclusive, entre os jovens, um aumento dos comportamentos de risco e também um aumento da morbilidade e mortalidade por acidentes (Ministério da Saúde, 2004b).

As diferenças são estatisticamente significativas, e podemos concluir que os estudantes do ensino secundário, em relação aos estudantes do ensino superior, têm mais frequentemente práticas e comportamentos rodoviários de risco.

4.4.3. As práticas e comportamentos alimentares, em função do nível de ensino

Em relação às práticas e comportamentos alimentares, podemos verificar no Quadro 78 que os estudantes do ensino secundário, em relação aos do ensino superior, referem mais frequentemente tomar o pequeno-almoço, o almoço e o jantar. Já no que se refere à leitura dos rótulos dos alimentos, ao cálculo da variedade diária de nutrientes, ao consumo de sopas, leguminosas e hortaliças, são os estudantes do ensino superior que mais frequentemente relatam estas práticas e comportamentos, e menos frequentemente relatam o consumo de aperitivos salgados, refrigerantes às refeições, fritos, molhos, doces e “fast food”.

Quadro 78 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCALIM, em função do nível de ensino, e resultados do teste *t-Student*

PCALIM	Secundário (N=631)		Superior (N=535)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
78 Tomo o Pequeno-almoço	4,44	0,98	4,28	1,03	2,708	0,007*
79 Tomo o Almoço	4,83	0,48	4,72	0,59	3,413	0,001*
80 Tomo o Jantar	4,80	0,51	4,72	0,57	2,457	0,014*
81 Faço uma refeição ligeira entre o Pequeno-almoço e o Almoço	3,48	1,30	3,34	1,29	1,837	0,066 ^{ns}
82 Bebo leite ou como derivados do leite (queijo, iogurte...)	4,29	0,86	4,35	0,83	-1,193	0,233 ^{ns}
83 Às principais refeições como carne ou peixe ou ovos	4,39	0,72	4,41	0,72	-0,409	0,682 ^{ns}
84 Leio os rótulos das embalagens dos alimentos	2,94	1,07	3,43	0,97	-8,148	0,000*
85 Calculo a variedade de nutrientes que ingiro diariamente	1,85	0,98	1,99	1,02	-2,409	0,016*
86 Como sopa	3,78	0,87	3,99	0,84	-4,333	0,000*
87 Como feijão, grão, ervilhas, favas...	3,20	1,05	3,43	0,95	-3,820	0,000*
88 Como hortaliças (alface, couve, espinafres...)	3,65	1,02	3,83	0,87	-3,260	0,001*
89 Como fruta	3,94	0,93	3,99	0,85	-1,067	0,286 ^{ns}
90 ⁱ Como aperitivos salgados	3,05	0,89	3,34	0,83	-5,686	0,000*
91 ⁱ Às refeições bebo refrigerante	2,77	1,05	3,27	1,01	-8,255	0,000*
92 ⁱ Como fritos (rissol, panadinhos...)	3,06	0,73	3,19	0,75	-3,005	0,003*
93 ⁱ Como molhos (maionese, Ketchup, mostarda)	3,45	1,01	3,59	0,88	-2,591	0,010*
94 ⁱ Como doces (bolos, gelados, chocolates, rebuçados, gomas...)	2,61	0,91	2,78	0,82	-3,318	0,001*
95 ⁱ Como "fast food" (hamburgers, pizzas, sandes...)	3,25	0,81	3,36	0,71	-2,472	0,014*
Total PCALIM	3,54	0,36	3,67	0,39	-5,601	0,000*

ⁱ Item de cotação inversa ; * Significativo ; ^{ns} não significativo

Estes resultados são similares aos obtidos na análise dos itens em função do escalão etário, e também neste caso entendemos que se podem relacionar com o facto de os indivíduos mais jovens, e que frequentam o ensino secundário, estarem mais interessados no sabor dos alimentos e menos na sua salubridade (Roininen *et al*, 1999),

e os indivíduos mais velhos, que frequentam o ensino superior, revelarem maior tendência para escolher as opções alimentares mais saudáveis (Berg *et al*, 2000).

As diferenças são estatisticamente significativas e permitem concluir que, no geral, os estudantes do ensino superior têm práticas e comportamentos alimentares mais salutogénicos que os estudantes do ensino secundário.

4.4.4. As práticas e comportamentos de sono, em função do nível de ensino

No que se refere às práticas e comportamentos de sono (Quadro 79), verifica-se que são os estudantes do ensino secundário que referem mais frequentemente “fazer directas”. Mas são os estudantes do ensino superior que referem mais frequentemente beber café para se manterem acordados e faltarem às aulas da manhã porque adormeceram. As diferenças são estatisticamente significativas.

Quadro 79 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCSONO, em função do nível de ensino, e resultados do teste *t-Student*

PCSONO	Secundário (N=631)		Superior (N=535)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
96 ⁱ Durmo menos de 7 ou 8 horas diárias	3,06	1,08	3,05	0,97	0,172	0,864 ^{ns}
97 ⁱ Durmo mais de 8 horas diárias	2,99	1,00	2,89	0,95	1,635	0,102 ^{ns}
98 ⁱ Faço directas (24 horas sem dormir)	4,13	0,81	4,32	0,70	-4,227	0,000*
99 ⁱ Bebo café para me manter acordado	4,36	0,97	4,12	1,05	4,072	0,000*
100 ⁱ Falto às aulas da manhã porque adormeci	4,64	0,68	4,25	0,86	8,563	0,000*
101 ⁱ Adormeço nas aulas	4,74	0,58	4,75	0,59	-0,291	0,771 ^{ns}
102 ⁱ Durante o dia adormeço ao realizar tarefas como ler, ver TV, estudar...	4,26	0,90	4,18	0,87	1,570	0,117 ^{ns}
103 ⁱ Durmo as horas suficientes para me sentir repousado de manhã	3,31	0,97	3,29	0,93	0,284	0,777 ^{ns}
Total PCSONO	3,94	0,47	3,86	0,45	2,936	0,003*

ⁱ Item de cotação inversa ; * Significativo ; ^{ns} não significativo

Uma vez mais os resultados se aproximam dos obtidos na análise em função do escalão etário, e novamente aventamos a hipótese de o facto de os estudantes do ensino secundário viverem mais frequentemente com os encarregados de educação, poder fazer com que estejam mais controlados em relação ao cumprimento dos horários escolares, e o facto de o consumo de café ser mais popular entre os mais velhos poder levar a que o seu consumo para combater a sonolência seja mais frequente entre os alunos do ensino superior.

As diferenças são estatisticamente significativas, e permitem concluir que os estudantes do ensino secundário têm práticas e comportamentos de sono mais salutogénicos que os estudantes do ensino superior.

4.4.5. As práticas e comportamentos de actividade física, em função do nível de ensino

Pela análise do Quadro 80 podemos verificar que os estudantes do ensino secundário, em relação aos do ensino superior, relatam praticar mais frequentemente desporto na escola e praticar desportos que os fazem suar, deslocarem-se a pé para visitar amigos e usar a bicicleta para deslocções até 5 km.

Quadro 80 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCACTFIS, em função do nível de ensino, e resultados do teste *t-Student*

PCACTFIS	Secundário (N=631)		Superior (N=535)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
104 Faço caminhadas de 30 ou mais minutos seguidos	2,56	1,07	2,51	0,98	0,808	0,419 ^{ns}
105 Pratico desporto que me faz suar (futebol, atletismo, andebol, outro...)	3,30	1,31	2,43	1,18	11,871	0,000*
106 Pratico desporto na escola	2,97	1,40	1,36	0,78	24,661	0,000*
107 Frequento ginásios, academias de dança, classes de ginástica...	1,82	1,18	1,92	1,21	-1,376	0,169 ^{ns}
108 Desloco-me a pé quando visito amigos	3,05	1,01	2,93	1,03	1,992	0,047*
109 Em distâncias até 1,5 km aproximadamente desloco-me a pé	2,94	1,16	2,86	1,15	1,181	0,238 ^{ns}
110 Nas distâncias até 5 km aproximadamente desloco-me de bicicleta	2,46	1,21	1,67	0,85	13,170	0,000*
Total PCACTFIS	2,73	0,61	2,24	0,56	14,201	0,000*

* Significativo ; ^{ns} não significativo

Estes resultados aproximam-se dos obtidos na análise em função do escalão etário, e estão de acordo com a tendência dos níveis de actividade física decrescerem com a idade (Ministério da Saúde, 2004b; Morgan, 2004).

As diferenças são estatisticamente significativas e permitem concluir que os estudantes do ensino secundário são fisicamente mais activos que os estudantes do ensino superior.

4.4.6. As práticas e comportamentos de consumo de bebidas alcoólicas, em função do nível de ensino

No que se refere ao consumo de bebidas alcoólicas, verificamos no Quadro 81 que os estudantes do ensino secundário relatam beber “shots” e bebidas destiladas em

geral, fazerem-no quando estão sozinhos, quando querem divertir-se, e fazerem-no até “perderem a consciência dos seus actos”, mais frequentemente que os estudantes do ensino superior. Mas, por outro lado, referem faltar às aulas ou ter dificuldades de concentração por causa da “ressaca”, menos frequentemente.

Quadro 81 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCALCOOL, em função do nível de ensino, e resultados do teste *t-Student*

PCALCOOL	Secundário (N=631)		Superior (N=535)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
111 ⁱ Aceito viajar (boleia) com um condutor que bebeu demais	4,51	0,79	4,47	0,71	0,726	0,468 ^{ns}
112 ⁱ Às refeições bebo vinho ou cerveja	4,46	0,84	4,37	0,82	1,721	0,085 ^{ns}
113 ⁱ Bebo <i>shots</i>	3,79	1,09	3,97	0,91	-3,003	0,003*
114 ⁱ Bebo bebidas alcoólicas destiladas (whisky, vodka, absinto, licores...)	3,82	1,08	3,97	0,90	-2,608	0,009*
115 ⁱ Bebo bebidas alcoólicas quando estou sozinho	4,54	0,86	4,71	0,62	-3,987	0,000*
116 ⁱ Bebo bebidas alcoólicas quando quero divertir-me	3,85	1,16	3,99	1,02	-2,105	0,036*
117 ⁱ Bebo bebidas alcoólicas quando quero conhecer outras pessoas	4,50	0,89	4,57	0,74	-1,588	0,113 ^{ns}
118 ⁱ Bebo até perder a consciência dos meus actos	4,71	0,66	4,77	0,53	-1,973	0,049*
119 ⁱ Falto às aulas por causa da "ressaca"	4,94	0,26	4,70	0,57	8,987	0,000*
120 ⁱ Tenho dificuldade em concentrar-me por causa da "ressaca"	4,73	0,69	4,55	0,79	4,086	0,000*
Total PCALCOOL	4,38	0,58	4,41	0,53	-0,737	0,462^{ns}

ⁱ Item de cotação inversa ; * Significativo ; ^{ns} não significativo

Também aqui estes resultados se aproximam do descrito anteriormente na análise em função do escalão etário e, apesar de se observarem diferenças estatisticamente significativas no que se refere a estas práticas e comportamentos específicos, o mesmo não se verifica para o total da escala, pelo que podemos concluir que não existem diferenças nas práticas e comportamentos de consumo de bebidas alcoólicas entre os estudantes do ensino secundário e os estudantes do ensino superior.

4.4.7. As práticas e comportamentos de fumo de substâncias, em função do nível de ensino

Em relação ao fumo de substâncias (Quadro 82), não observámos diferenças estatisticamente significativas, em função do nível de ensino, em nenhum dos itens, pelo que podemos concluir que não há diferenças entre as práticas e comportamentos dos estudantes do ensino secundário e superior.

Quadro 82 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCFUMO, em função do nível de ensino, e resultados do teste *t-Student*

PCFUMO	Secundário (N=631)		Superior (N=535)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
121 Evito os ambientes fechados onde se fuma	2,94	1,19	3,01	1,15	-1,043	0,297 ^{ns}
122 ⁱ Fumo tabaco	4,28	1,29	4,14	1,38	1,770	0,077 ^{ns}
123 ⁱ Fumo mais de 10 cigarros por dia	4,61	1,02	4,57	0,98	0,683	0,495 ^{ns}
124 ⁱ Fumo mais de 20 cigarros por dia	4,85	0,53	4,83	0,61	0,577	0,564 ^{ns}
125 ⁱ Fumo cannabis (haxixe, marijuana, erva...)	4,72	0,78	4,79	0,66	-1,806	0,071 ^{ns}
Total PCFUMO	4,28	0,75	4,27	0,74	0,233	0,816^{ns}

ⁱ Item de cotação inversa ; * Significativo ; ^{ns} não significativo

4.4.8. As práticas e comportamentos de consumo de outras drogas, em função do nível de ensino

No que se refere ao consumo de outras drogas, verifica-se (Quadro 83) que os estudantes do ensino superior referem tomar comprimidos para dormir mais frequentemente que os do ensino secundário.

Quadro 83 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCDROGAS, em função do nível de ensino, e resultados do teste *t-Student*

PCDROGAS	Secundário (N=631)		Superior (N=535)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
126 ⁱ Tomo comprimidos para dormir	4,89	0,47	4,80	0,56	3,012	0,003*
127 ⁱ Tomo comprimidos para me manter acordado	4,92	0,45	4,93	0,32	-0,588	0,557 ^{ns}
128 ⁱ Consumo heroína	4,97	0,33	4,99	0,14	-1,210	0,226 ^{ns}
129 ⁱ Consumo cocaína	4,97	0,34	4,98	0,17	-0,892	0,372 ^{ns}
130 ⁱ Tomo comprimidos estimulantes (ecstasy, drunfos...)	4,95	0,37	4,97	0,24	-0,846	0,398 ^{ns}
131 ⁱ Tomo comprimidos relaxantes (valium...)	4,91	0,44	4,86	0,46	1,912	0,056 ^{ns}
Total PCDROGAS	4,38	0,58	4,41	0,53	-0,737	0,462^{ns}

ⁱ Item de cotação inversa ; * Significativo ; ^{ns} não significativo

As diferenças são estatisticamente significativas apenas no que diz respeito a esta prática e comportamento. Os resultados permitem concluir que não há diferença nas práticas e comportamentos de consumo de outras drogas, entre os estudantes do ensino secundário e os estudantes do ensino superior.

Sintetizando os resultados principais podemos verificar, pela análise do Quadro 84, que em média os alunos do ensino secundário pontuam mais do que os alunos do ensino superior nas sub-escalas *Hábitos de sono* (M=3,94; DP=0,47 e M=3,86;

DP=0,45 respectivamente), e *Actividade física* (M=2,73; DP=0,61 e M=2,24; DP=0,56 respectivamente).

Quadro 84 - Médias e desvios padrões observadas nos totais das sub-escalas da EPCDS, em função do nível de ensino, e resultados do teste *t-Student*

Subescala	Secundário (N=631)		Superior (N=535)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
PCROD (N=1166)	3,67	0,54	3,81	0,48	-4,952	0,000*
PCSEX (N=693)	4,09	0,65	4,13	0,56	-0,912	0,362 ^{ns}
PCALIM (N=1166)	3,54	0,36	3,67	0,39	-5,601	0,000*
PCSONO (N=1166)	3,94	0,47	3,86	0,45	2,936	0,003*
PCACTFIS (N=1166)	2,73	0,61	2,24	0,56	14,201	0,000*
PCALCOOL (N=1166)	4,38	0,58	4,41	0,53	-0,737	0,462 ^{ns}
PCFUMO (N=1166)	4,28	0,75	4,27	0,74	0,233	0,816 ^{ns}
PCDROGAS (N=1166)	4,94	0,32	4,92	0,20	0,860	0,390 ^{ns}

* Significativo ; ^{ns} não significativo

Por outro lado, são os estudantes do ensino superior que, em média, pontuam mais nas sub-escalas *Comportamento rodoviário* (M=3,81; DP=0,48 e M=3,67; DP=0,54 respectivamente) e *Comportamento Alimentar* (M=3,67; DP=0,39 e M=3,54; DP=0,36 respectivamente). As diferenças são estatisticamente significativas.

4.5. Práticas e Comportamentos Determinantes de Saúde, em função da frequência na escola de actividades relacionadas com a saúde

Neste ponto fazemos a apresentação e análise dos resultados das práticas e comportamentos determinantes de saúde, em função da frequência ou não, na escola, de actividades relacionadas com a saúde, e serão apresentados e analisados quer os resultados individuais dos itens, quer dos totais das 8 sub-escalas.

4.5.1. As práticas e comportamentos sexuais, em função da frequência na escola de actividades relacionadas com a saúde

Podemos verificar que, em relação às práticas e comportamentos sexuais (Quadro 85), os estudantes que frequentaram ou frequentam na escola uma ou mais actividades relacionadas com a saúde, relatam recusar uma relação sexual com uma pessoa desconhecida, se não tiverem preservativos, mais frequentemente do que os estudantes que não frequentaram ou frequentam tais actividades.

Quadro 85 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCSEX, em função da frequência na escola de actividades relacionadas com a saúde, e resultados do teste *t-Student*

PCSEX	Nenhuma actividade (N=423)		Uma ou mais actividades (N=270)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
63 O preservativo é usado quando tenho relações sexuais	3,88	1,33	3,88	1,35	-0,020	0,984 ^{ns}
64 [†] Tenho relações sexuais sob o efeito de álcool ou de drogas	4,38	0,98	4,51	0,82	-1,934	0,054 ^{ns}
65 Falo das doenças sexualmente transmissíveis com o(s) meu(s) parceiro(a)(s) sexuais	3,55	1,19	3,65	1,21	-1,069	0,285 ^{ns}
66 Se não tiver preservativos recuso uma relação sexual com uma pessoa desconhecida	4,59	0,98	4,73	0,82	-2,038	0,042 *
67 Recuso uma relação sexual se não tiver preservativos	3,90	1,25	4,03	1,26	-1,280	0,201 ^{ns}
68 Tomo precauções para evitar a gravidez indesejada	4,59	0,92	4,65	0,87	-0,884	0,377 ^{ns}
69 Falo das doenças sexualmente transmissíveis com o(s) meu(s) amigo(a)(s)	3,69	0,99	3,79	0,94	-1,254	0,210 ^{ns}
Total PCSEX	4,08	0,62	4,18	0,56	-2,020	0,044*

[†] Item de cotação inversa ; * Significativo ; ^{ns} não significativo

As diferenças são estatisticamente significativas no que diz respeito a esta prática e comportamento específico, e também para o total da escala, e podem estar relacionadas com o facto de a prevenção das ISTs, principalmente desde o surgimento da SIDA, ser um dos tópicos mais frequentemente desenvolvidos em acções de educação para a saúde em contexto escolar (Giordan, 2000), e da educação sexual ser um dos temas específicos de actividades relacionadas com a saúde frequentadas em contexto escolar, mais referidos pelos participantes neste estudo (ponto 1.7.).

Podemos concluir que os estudantes que frequentam ou frequentaram na escola actividades relacionadas com a saúde têm práticas e comportamentos sexuais de risco menos frequentemente que os estudantes que não frequentam ou frequentaram tais actividades, e as diferenças devem-se essencialmente à recusa de relações sexuais com uma pessoa desconhecida se não tiverem preservativos.

4.5.2. As práticas e comportamentos rodoviários, em função da frequência na escola de actividades relacionadas com a saúde

No que se refere às práticas e comportamentos rodoviários, o Quadro 86 permite verificar não se verificam diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos itens.

Quadro 86 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCROD, em função da frequência na escola de actividades relacionadas com a saúde, e resultados do teste *t-Student*

PCROD	Nenhuma actividade (N=775)		Uma ou mais actividades (N=391)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
70 [†] Aceito boleia de pessoas que conduzem em excesso de velocidade	3,75	1,00	3,64	0,98	1,852	0,064 ^{ns}
71 Procuo manter-me dentro dos limites de velocidade quando viajo nalgum veículo	3,38	1,05	3,46	1,02	-1,115	0,265 ^{ns}
72 Uso cinto de segurança quando viajo de automóvel, no banco da frente	4,80	0,61	4,83	0,52	-0,832	0,405 ^{ns}
73 Uso cinto de segurança quando viajo de automóvel no banco de trás	3,43	1,38	3,49	1,25	-0,702	0,483 ^{ns}
74 Procuo as passadeiras para atravessar a rua	3,80	0,84	3,71	0,90	1,785	0,075 ^{ns}
75 A pé desloco-me nos passeios.	4,28	0,75	4,21	0,77	1,361	0,174 ^{ns}
76 Uso roupa clara ou fluorescente, se ando em ruas mal iluminadas com trânsito.	2,15	1,02	2,16	1,03	-0,119	0,905 ^{ns}
77 Olho e respeito a sinalização dos semáforos.	4,33	0,79	4,31	0,84	0,212	0,832 ^{ns}
Total PCROD	3,74	0,50	3,73	0,54	0,463	0,643^{ns}

[†] Item de cotação inversa ; * Significativo ; ^{ns} não significativo

Os resultados permitem concluir que não há diferença nas práticas e comportamentos rodoviários entre os estudantes que frequentam ou frequentaram na escola actividades relacionadas com a saúde, e os estudantes que não frequentam nem frequentaram tais actividades.

4.5.3. As práticas e comportamentos alimentares, em função da frequência na escola de actividades relacionadas com a saúde

Também em relação às práticas e comportamentos alimentares, o Quadro 87 permite verificar que não se observaram diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos itens.

Quadro 87 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCALIM, em função da frequência na escola de actividades relacionadas com a saúde, e resultados do teste *t-Student*

		Nenhuma actividade (N=775)		Uma ou mais actividades (N=391)		<i>t</i>	<i>p</i>
PCALIM		M	DP	M	DP		
78	Tomo o Pequeno-almoço	4,38	1,00	4,34	1,01	0,588	0,557 ^{ns}
79	Tomo o Almoço	4,79	0,52	4,75	0,57	1,139	0,255 ^{ns}
80	Tomo o Jantar	4,78	0,52	4,72	0,58	1,749	0,081 ^{ns}
81	Faço uma refeição ligeira entre o Pequeno-almoço e o Almoço	3,37	1,32	3,51	1,25	-1,710	0,087 ^{ns}
82	Bebo leite ou como derivados do leite (queijo, iogurte...)	4,31	0,86	4,33	0,82	-0,411	0,681 ^{ns}
83	Às principais refeições como carne ou peixe ou ovos	4,41	0,75	4,37	0,67	0,768	0,443 ^{ns}
84	Leio os rótulos das embalagens dos alimentos	3,16	1,04	3,19	1,07	-0,410	0,682 ^{ns}
85	Calculo a variedade de nutrientes que ingiro diariamente	1,89	1,01	1,96	0,97	-1,088	0,277 ^{ns}
86	Como sopa	3,86	0,88	3,92	0,82	-1,196	0,232 ^{ns}
87	Como feijão, grão, ervilhas, favas...	3,30	1,02	3,32	0,99	-0,325	0,745 ^{ns}
88	Como hortaliças (alface, couve, espinafres...)	3,72	0,97	3,75	0,95	-0,515	0,607 ^{ns}
89	Como fruta	3,93	0,91	4,03	0,86	-1,803	0,072 ^{ns}
90 ⁱ	Como aperitivos salgados	3,16	0,88	3,22	0,86	-1,174	0,241 ^{ns}
91 ⁱ	Às refeições bebo refrigerante	2,98	1,07	3,02	1,05	-0,605	0,545 ^{ns}
92 ⁱ	Como fritos (rissol, panadinhos...)	3,13	0,74	3,10	0,75	0,553	0,580 ^{ns}
93 ⁱ	Como molhos (maionese, <i>Ketchup</i> , mostarda)	3,51	0,96	3,53	0,94	-0,354	0,723 ^{ns}
94 ⁱ	Como doces (bolos, gelados, chocolates, rebuçados, gomas...)	2,69	0,91	2,71	0,80	-0,400	0,690 ^{ns}
95 ⁱ	Como " <i>fast food</i> " (<i>hamburgers, pizzas, sandes...</i>)	3,31	0,78	3,27	0,74	0,729	0,466 ^{ns}
Total PCALIM		3,59	0,38	3,61	0,39	-0,890	0,374^{ns}

ⁱ Item de cotação inversa ; * Significativo ; ^{ns} não significativo

Os resultados permitem concluir que não há diferença nas práticas e comportamentos alimentares entre os estudantes que frequentam ou frequentaram na escola actividades relacionadas com a saúde, e os estudantes que não frequentam nem frequentaram tais actividades.

4.5.4. As práticas e comportamentos de sono, em função da frequência na escola de actividades relacionadas com a saúde

No que se refere às práticas e comportamentos de sono (Quadro 88) verifica-se que os estudantes que frequentam ou frequentaram na escola uma ou mais actividades relacionadas com a saúde relatam faltar às aulas de manhã porque adormeceram, mais frequentemente que os estudantes que não frequentam ou frequentaram tais actividades. As diferenças são estatisticamente significativas apenas para esta prática e comportamento específico.

Quadro 88 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCSONO, em função da frequência na escola de actividades relacionadas com a saúde, e resultados do teste *t-Student*

		Nenhuma actividade (N=775)		Uma ou mais actividades (N=391)		<i>t</i>	<i>p</i>
PCSONO		M	DP	M	DP		
96 ⁱ	Durmo menos de 7 ou 8 horas diárias	3,05	1,06	3,06	0,98	-0,095	0,924 ^{ns}
97	Durmo mais de 8 horas diárias	2,96	1,00	2,91	0,93	0,901	0,368 ^{ns}
98 ⁱ	Faço directas (24 horas sem dormir)	4,24	0,77	4,17	0,77	1,468	0,142 ^{ns}
99 ⁱ	Bebo café para me manter acordado	4,28	1,02	4,19	1,01	1,461	0,144 ^{ns}
100 ⁱ	Falto às aulas da manhã porque adormeci	4,50	0,76	4,38	0,84	2,497	0,013 *
101 ⁱ	Adormeço nas aulas	4,74	0,61	4,77	0,53	-0,803	0,422 ^{ns}
102 ⁱ	Durante o dia adormeço ao relizar tarefas como ler, ver TV, estudar...	4,21	0,91	4,26	0,83	-0,826	0,409 ^{ns}
103	Durmo as horas suficientes para me sentir repousado de manhã	3,32	0,95	3,26	0,96	1,133	0,257 ^{ns}
Total PCSONO		3,91	0,47	3,87	0,45	1,432	0,152^{ns}

ⁱ Item de cotação inversa ; * Significativo ; ^{ns} não significativo

Os resultados permitem concluir que não há diferença nas práticas e comportamentos de sono entre os estudantes que frequentam ou frequentaram na escola actividades relacionadas com a saúde, e os estudantes que não frequentam nem frequentaram tais actividades.

4.5.5. As práticas e comportamentos de actividade física, em função da frequência na escola de actividades relacionadas com a saúde

Em relação às práticas e comportamentos de actividade física, o Quadro 89 permite verificar que os estudantes que frequentam ou frequentaram na escola uma ou mais actividades relacionadas com a saúde relatam praticar desporto na escola menos frequentemente que os estudantes que não frequentam ou frequentaram tais actividades.

Quadro 89 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCACTFIS, em função da frequência na escola de actividades relacionadas com a saúde, e resultados do teste *t-Student*

		Nenhuma actividade (N=775)		Uma ou mais actividades (N=391)		<i>t</i>	<i>p</i>
PCACTFIS		M	DP	M	DP		
104	Faço caminhadas de 30 ou mais minutos seguidos	2,50	1,02	2,62	1,04	-1,836	0,067 ^{ns}
105	Pratico desporto que me faz suar (futebol, atletismo, andebol, outro...)	2,89	1,36	2,92	1,25	-0,331	0,740 ^{ns}
106	Pratico desporto na escola	2,33	1,44	2,03	1,32	3,547	0,000 *
107	Frequento ginásios, academias de dança, classes de ginástica...	1,86	1,22	1,88	1,15	-0,328	0,743 ^{ns}
108	Desloco-me a pé quando visito amigos	2,99	1,04	3,01	0,98	-0,303	0,762 ^{ns}
109	Em distâncias até 1,5 km aproximadamente desloco-me a pé	2,93	1,17	2,84	1,12	1,365	0,172 ^{ns}
110	Nas distâncias até 5 km aproximadamente desloco-me de bicicleta	2,11	1,15	2,07	1,09	0,681	0,496 ^{ns}
Total PCACTFIS		2,52	0,65	2,48	0,60	0,934	0,351^{ns}

* Significativo ; ^{ns} não significativo

As diferenças são estatisticamente significativas apenas para esta prática e comportamento específico. Os resultados permitem concluir que não há diferença nas práticas e comportamentos de actividade física entre os estudantes que frequentam ou frequentaram na escola actividades relacionadas com a saúde, e os estudantes que não frequentam nem frequentaram tais actividades.

4.5.6. As práticas e comportamentos de consumo de bebidas alcoólicas, em função da frequência na escola de actividades relacionadas com a saúde

No que se refere às práticas e comportamentos de consumo de bebidas alcoólicas (Quadro 90), não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos itens.

Quadro 90 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCALCOOL, em função da frequência na escola de actividades relacionadas com a saúde, e resultados do teste *t-Student*

PCALCOOL	Nenhuma actividade (N=775)		Uma ou mais actividades (N=391)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
111 ⁱ Aceito viajar (boleia) com um condutor que bebeu demais	4,50	0,77	4,48	0,74	0,367	0,714 ^{ns}
112 ⁱ Às refeições bebo vinho ou cerveja	4,44	0,81	4,38	0,87	1,041	0,298 ^{ns}
113 ⁱ Bebo shots	3,90	1,00	3,82	1,04	1,284	0,199 ^{ns}
114 ⁱ Bebo bebidas alcoólicas destiladas (whisky, vodka, absinto, licores...)	3,90	0,98	3,87	1,05	0,428	0,669 ^{ns}
115 ⁱ Bebo bebidas alcoólicas quando estou sozinho	4,61	0,78	4,63	0,73	-0,317	0,752 ^{ns}
116 ⁱ Bebo bebidas alcoólicas quando quero divertir-me	3,91	1,14	3,93	1,02	-0,284	0,777 ^{ns}
117 ⁱ Bebo bebidas alcoólicas quando quero conhecer outras pessoas	4,55	0,82	4,49	0,83	1,244	0,214 ^{ns}
118 ⁱ Bebo até perder a consciência dos meus actos	4,74	0,61	4,73	0,58	0,314	0,754 ^{ns}
119 ⁱ Falto às aulas por causa da "ressaca"	4,84	0,44	4,82	0,47	0,958	0,338 ^{ns}
120 ⁱ Tenho dificuldade em concentrar-me por causa da "ressaca"	4,67	0,71	4,60	0,80	1,411	0,159 ^{ns}
Total PCALCOOL	4,41	0,56	4,37	0,56	0,909	0,363^{ns}

ⁱ Item de cotação inversa ; * Significativo ; ^{ns} não significativo

Os resultados permitem concluir que não há diferença nas práticas e comportamentos de consumo de bebidas alcoólicas entre os estudantes que frequentam ou frequentaram na escola actividades relacionadas com a saúde, e os estudantes que não frequentam nem frequentaram tais actividades.

4.5.7. As práticas e comportamentos de fumo de substâncias, em função da frequência na escola de actividades relacionadas com a saúde

Também no que se refere ao fumo de substâncias (Quadro 91), não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos itens estudados.

Quadro 91 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCFUMO, em função da frequência na escola de actividades relacionadas com a saúde, e resultados do teste *t-Student*

PCFUMO	Nenhuma actividade (N=775)		Uma ou mais actividades (N=391)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
121 Evito os ambientes fechados onde se fuma	2,97	1,18	2,98	1,15	-0,092	0,927 ^{ns}
122 ⁱ Fumo tabaco	4,23	1,34	4,18	1,32	0,503	0,615 ^{ns}
123 ⁱ Fumo mais de 10 cigarros por dia	4,60	1,01	4,58	1,00	0,352	0,725 ^{ns}
124 ⁱ Fumo mais de 20 cigarros por dia	4,84	0,57	4,84	0,56	0,033	0,974 ^{ns}
125 ⁱ Fumo cannabis (haxixe, marijuana, erva...)	4,73	0,78	4,81	0,61	-1,895	0,058 ^{ns}
Total PCFUMO	4,27	0,76	4,28	0,71	-0,091	0,927^{ns}

ⁱ Item de cotação inversa ; * Significativo ; ^{ns} não significativo

Podemos concluir que não há diferença nas práticas e comportamentos de fumo de substâncias entre os estudantes que frequentam ou frequentaram na escola actividades relacionadas com a saúde, e os estudantes que não frequentam nem frequentaram tais actividades.

4.5.8. As práticas e comportamentos de consumo de outras drogas, em função da frequência na escola de actividades relacionadas com a saúde

Em relação ao consumo de outras drogas, o Quadro 92 permite verificar que os estudantes que frequentam ou frequentaram na escola uma ou mais actividades relacionadas com a saúde relatam consumir cocaína menos frequentemente que os estudantes que não frequentam ou frequentaram tais actividades. As diferenças são estatisticamente significativas apenas para esta prática e comportamento específico.

Quadro 92 - Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da PCDROGAS, em função da frequência na escola de actividades relacionadas com a saúde, e resultados do teste *t-Student*

PCDROGAS	Nenhuma actividade (N=775)		Uma ou mais actividades (N=391)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
126 ⁱ Tomo comprimidos para dormir	4,86	0,49	4,83	0,56	1,075	0,283 ^{ns}
127 ⁱ Tomo comprimidos para me manter acordado	4,92	0,41	4,94	0,35	-0,661	0,509 ^{ns}
128 ⁱ Consumo heroína	4,97	0,31	4,99	0,10	-1,910	0,056 ^{ns}
129 ⁱ Consumo cocaína	4,96	0,34	4,99	0,07	-2,557	0,011 [*]
130 ⁱ Tomo comprimidos estimulantes (extasy, drunfos...)	4,95	0,36	4,97	0,22	-0,931	0,352 ^{ns}
131 ⁱ Tomo comprimidos relaxantes (valium...)	4,89	0,46	4,90	0,43	-0,218	0,827 ^{ns}
Total PCDROGAS	4,93	0,30	4,94	0,20	-0,599	0,494^{ns}

ⁱ Item de cotação inversa ; * Significativo ; ^{ns} não significativo

Os resultados permitem concluir que não há diferença nas práticas e comportamentos de consumo de outras drogas entre os estudantes que frequentam ou frequentaram na escola actividades relacionadas com a saúde, e os estudantes que não frequentam nem frequentaram tais actividades.

O Quadro 93 pretende sintetisar os principais resultados obtidos em função da frequência na escola de actividades relacionadas com a saúde.

Quadro 93 - Médias e desvios padrões observadas nos totais das sub-escalas da EPCDS, em função da frequência na escola de actividades relacionadas com a saúde, e resultados do teste *t-Student*

Subescala	Nenhuma actividade (N=775)		Uma ou mais actividades (N=391)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
PCROD (N=1166)	3,74	0,50	3,73	0,54	0,463	0,643 ^{ns}
PCSEX (N=693)	4,08	0,62	4,18	0,56	-2,020	0,044 [*]
PCALIM (N=1166)	3,59	0,38	3,61	0,39	-0,890	0,374 ^{ns}
PCSONO (N=1166)	3,91	0,47	3,87	0,45	1,432	0,152 ^{ns}
PCACTFIS (N=1166)	2,52	0,65	2,48	0,60	0,934	0,351 ^{ns}
PCALCOOL (N=1166)	4,41	0,56	4,37	0,56	0,909	0,363 ^{ns}
PCFUMO (N=1166)	4,27	0,76	4,28	0,71	-0,091	0,927 ^{ns}
PCDROGAS (N=1166)	4,93	0,30	4,94	0,20	-0,599	0,494^{ns}

* Significativo ; ^{ns} não significativo

A análise do Quadro 93 permite verificar que, em relação aos estudantes que não frequentam ou frequentaram na escola nenhuma actividade relacionada com a saúde, os estudantes que frequentam ou frequentaram uma ou mais destas actividades pontuam, em média, mais nas sub-escalas Práticas e comportamentos sexuais, alimentares, fumo de substâncias e consumo de outras drogas. Contudo, as diferenças só são significativas para a sub-escala relativa ao *Comportamento Sexual* (M=4,18; DP=0,56 e M=408; DP=0,62 respectivamente).

4.6. As correlações entre as diferentes sub-escalas de práticas e comportamentos determinantes de saúde.

O Quadro 94 apresenta os resultados das correlações entre as oito dimensões das práticas e comportamentos determinantes de saúde estudados. A sua análise permite compreender melhor de que forma estes se encontram, ou não, relacionados entre si.

Quadro 94 - Matriz de correlações de *Pearson* entre as sub-escalas da EPCDS

	PC SEX	PC ROD	PC ALIM	PC SONO	PC ACTFIS	PC ALCOOL	PC FUMO	PC DROGAS
PC SEX	1,00							
PC ROD	0,33**	1,00						
PC ALIM	0,30**	0,38**	1,00					
PC SONO	0,16**	0,25**	0,24**	1,00				
PC ACTFIS	0,09*	-0,01 ^{ns}	0,10*	0,003 ^{ns}	1,00			
PC ALCOOL	0,36**	0,45**	0,35**	0,44**	-0,03 ^{ns}	1,00		
PC FUMO	0,24**	0,26**	0,26**	0,34**	0,09*	0,49**	1,00	
PC DROGAS	0,15**	0,11**	0,04 ^{ns}	0,23**	-0,08*	0,25**	0,22**	1,00

* Significativo para $p \leq 0,05$; ** Significativo para $p \leq 0,01$; ^{ns} não significativo

Analisando a matriz de correlações entre as sub-escalas da EPCDS (Quadro 94), podemos verificar que, em relação às práticas e comportamentos sexuais, as correlações são positivas e estatisticamente significativas com todas as restantes sub-escalas. As correlações mais fortes verificam-se com a sub-escala das práticas e comportamentos de consumo de bebidas alcoólicas ($r=0,36$; $p \leq 0,01$). Também a correlação com as práticas e comportamentos de consumo de outras drogas, é positiva e estatisticamente

significativa ($r=0,15$; $p\leq 0,01$), embora mais fraca. Estes resultados estão de acordo com o facto de, entre os adolescentes e jovens, o consumo imoderado de bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoactivas, se relacionar frequentemente com o aumento das práticas e comportamentos sexuais de risco, como é defendido por inúmeros autores (Nadeau *et al*, 2000; Apter *et al*, 2004; Ross *et al*, 2004).

Em relação às práticas e comportamentos rodoviários, verificam-se as correlações positivas mais fortes com as práticas e comportamentos de consumo de bebidas alcoólicas ($r=0,45$; $p\leq 0,01$), o que está de acordo com o facto de os acidentes de viação relacionados com o consumo imoderado de álcool assumirem grande relevo em Portugal (Mello *et al*, 2001, European Commission, 2003; Ministério da Saúde, 2004a).

As práticas e comportamentos de sono apresentam correlações positivas e estatisticamente significativas com as sub-escalas de práticas e comportamentos de consumo de bebidas alcoólicas ($r=0,44$; $p\leq 0,01$), fumo de substâncias ($r=0,34$; $p\leq 0,01$) e consumo de outras drogas ($r=0,23$; $p\leq 0,01$). Estes resultados estão de acordo com alguns autores, nomeadamente a National Sleep Foundation (2000) e Jenkins (2004), que defendem que não dormir o número de horas suficiente aumenta o risco de, entre outros, uso de estimulantes, incluindo a cafeína, nicotina, álcool e substâncias similares. Interessa salientar que a correlação verificada com as práticas e comportamentos rodoviários ($r=0,25$; $p\leq 0,01$) pode estar relacionada com o facto de as consequências mais devastadoras da sonolência poderem ser os lapsos de atenção e maiores tempos de reacção em momentos críticos como sejam a condução de veículos, e serem mais os jovens que conduzem com excesso de sonolência do que aqueles que o fazem sob o efeito de álcool (National Institutes of Health, 1997; National Sleep Foundation, 2000).

Verificámos também que, embora fracas, são positivas e estatisticamente significativas as correlações entre as práticas e comportamentos de actividade física e as práticas e comportamentos sexuais ($r=0,09$; $p\leq 0,05$), alimentares ($r=0,10$; $p\leq 0,05$) e de fumo de substâncias ($r=0,09$; $p\leq 0,05$). Estes resultados estão de acordo com os obtidos por Pastor *et al* (2003) que indiciam que a prática de actividade física ajuda a promover estilos de vida saudáveis, nomeadamente porque se correlaciona negativamente com os hábitos tabágicos e consumo de álcool.

Não verificámos uma correlação positiva entre as práticas e comportamentos de consumo de bebidas alcoólicas e as práticas e comportamentos de actividade física, conforme indicia a correlação fraca, negativa e não significativa, que obtivemos ($r=-0,03$), mas podemos observar correlações positivas e estatisticamente significativas com as práticas e comportamentos de fumo de substâncias ($r=0,49$; $p\leq 0,01$) e consumo de outras drogas ($r=0,25$; $p\leq 0,01$). Estes resultados convergem com a opinião de que o consumo de álcool está frequentemente ligado a condutas de risco como sejam o consumo de outras substâncias nocivas (Prazeres, 2002), nomeadamente ao fumo de tabaco, *cannabis* e consumo de outras drogas (EMCDDA, 2002).

* *
*

Os principais resultados relativos às práticas e comportamentos determinantes de saúde sugerem que as raparigas têm práticas e comportamentos sexuais, rodoviários, alimentares, de consumo de bebidas alcoólicas e de fumo de substâncias mais salutogénicos que os rapazes, e práticas e comportamentos de actividade física menos salutogénicos que os rapazes. Sugerem também que os estudantes mais novos (dos 15 aos 19 anos) têm práticas e comportamentos de actividade física, hábitos de sono e fumo de substâncias mais salutogénicos que os estudantes mais velhos (dos 20 aos 25 anos), que por sua vez têm práticas e comportamentos rodoviários e alimentares mais salutogénicos que os primeiros. Os estudantes que residem em meio rural têm práticas e comportamentos de actividade física, hábitos de sono, consumo de álcool e fumo de substâncias mais salutogénicos que os estudantes que residem em meio urbano, e os alunos do ensino secundário têm práticas e comportamentos de actividade física e de hábitos de sono mais salutogénicos que os estudantes do ensino superior que, por seu lado, têm práticas e comportamentos rodoviários e alimentares mais salutogénicos que os estudantes do ensino secundário. Por fim, os resultados sugerem também que os estudantes que frequentaram em contexto escolar uma ou mais actividades relacionadas com a saúde têm práticas e comportamentos sexuais mais salutogénicos que os estudantes que não frequentam ou frequentaram na escola nenhuma destas actividades.

A forma como os estudantes acedem à informação de saúde, o impacto que auto-percebem dessa informação, e o modo como estes factores se relacionam com as suas práticas e comportamentos, constitui o conteúdo do ponto seguinte deste trabalho.

5. A RELAÇÃO ENTRE A INFORMAÇÃO DE SAÚDE E AS PRÁTICAS E COMPORTAMENTOS DETERMINANTES DE SAÚDE

Neste ponto faremos a análise da relação entre a auto-percepção do impacto da informação de saúde, as fontes de informação de saúde mais reconhecidas, e as práticas e comportamentos determinantes de saúde.

5.1. A relação entre a Auto-percepção do Impacto da Informação de Saúde e as Fontes de Informação de saúde mais reconhecidas.

Verifica-se, pela análise do Quadro 95, que a correlação entre o reconhecimento das Fontes de Informação de Saúde e a Auto-percepção do Impacto da Informação de Saúde é positiva e estatisticamente significativa ($r = 0,41$; $p \leq 0,001$). Por factores, verificam-se as correlações mais fortes na *Informação Audiovisual* ($r = 0,40$), *Informação escrita* ($r = 0,31$) e *Família* ($r = 0,30$), e as mais fracas nos *Pares* ($r = 0,17$) e na *Escola* ($r = 0,18$).

Quadro 95 - Matriz de correlações de *Pearson* entre os factores e o total da ERFIS, e a Escala de Auto-percepção do Impacto da Informação de Saúde

Fontes de informação de saúde reconhecidas	Auto-percepção do Impacto da Informação de Saúde <i>r</i> de <i>Pearson</i>
F7 - <i>Pares.</i>	0,17 *
F6 - <i>Família.</i>	0,30 *
F5 - <i>Informação Audiovisual.</i>	0,40 *
F3 - <i>Informação escrita.</i>	0,31 *
F2 - <i>Serviços de Saúde.</i>	0,28 *
F4 - <i>Escola.</i>	0,18 *
F1 - <i>Comunidade lata.</i>	0,24 *
Total ERFIS	0,41 *

* Significativo para $p \leq 0,001$

Os resultados sugerem que quanto mais positivo é o impacto da informação de saúde auto-percebido pelos estudantes, maior é o reconhecimento das fontes de informação de saúde. Esta correlação é mais forte no caso da Informação Audiovisual,

Informação escrita e Família, e mais fraca no caso dos Pares e da Escola. Estes resultados parecem indicar que, em relação às duas fontes de informação de saúde mais reconhecidas pelos estudantes (os pares e a informação audiovisual), no caso da Informação Audiovisual esse reconhecimento depende mais da auto-percepção do impacto da informação do que no caso dos Pares, onde se verifica a correlação, entre o reconhecimento das fontes de informação de saúde e a auto-percepção do impacto da informação de saúde, mais fraca.

A escola, apesar de ocupar uma posição única para a melhoria do estado de saúde dos jovens (Maes & Lievens, 2003), e de ser considerada o principal cenário em que se têm promovido programas e acções de Educação para a Saúde com a pretensão não só de melhorar os conhecimentos dos alunos, mas também as suas práticas de saúde (Costa & López, 1998; WHO, 2001; Aerts *et al*, 2004; Ministério da Saúde, 2004a), não só se revelou uma das fontes de informação de saúde menos reconhecidas pelos estudantes, como a correlação obtida entre este reconhecimento e o impacto da informação de saúde auto-percepcionado foi das mais baixas ($r=0,18$).

5.2. A relação entre as fontes de informação mais reconhecidas e as práticas e comportamentos determinantes de saúde.

Verifica-se que o *reconhecimento das fontes de informação de saúde* se correlaciona positivamente, e de forma estatisticamente significativa, com as práticas e comportamentos *sexuais, alimentares, rodoviário, de actividade física* e de *fumo de substâncias*. Observa-se uma correlação negativa estatisticamente significativa com as práticas e comportamentos de *consumo de outras drogas* (Quadro 96).

Quadro 96 - Matriz de correlações de *Pearson* entre os factores e o total da ERFIS, e as sub-escalas da EPCDS

	PCSEX (N=693)	PCROD (N=1166)	PCALIM (N=1166)	PCSONO (N=1166)	PCACTFIS (N=1166)	PCALCOOL (N=1166)	PCFUMO (N=1166)	PCDROGAS (N=1166)
Fontes de informação de saúde reconhecidas	r de Pearson	r de Pearson	r de Pearson	r de Pearson	r de Pearson	r de Pearson	r de Pearson	r de Pearson
<i>Comunidade lata</i>	0,01 <i>ns</i>	0,02 <i>ns</i>	0,06 *	-0,08 *	0,18 **	-0,12 **	0,01 <i>ns</i>	-0,20 **
<i>Serviços de Saúde</i>	0,10 *	0,19 **	0,17 **	0,00 <i>ns</i>	0,07 *	0,04 <i>ns</i>	0,04 <i>ns</i>	-0,06 <i>ns</i>
<i>Informação escrita</i>	0,19 **	0,21 **	0,26 **	-0,02 <i>ns</i>	0,03 <i>ns</i>	0,02 <i>ns</i>	0,08 **	-0,11 **
<i>Escola</i>	0,19 **	0,13 **	0,16 **	0,01 <i>ns</i>	0,14 **	0,04 <i>ns</i>	0,10 **	-0,04 <i>ns</i>
<i>Informação Audiovisual</i>	0,14 **	0,08 **	0,08 **	-0,04 <i>ns</i>	0,05 <i>ns</i>	-0,04 <i>ns</i>	0,05 <i>ns</i>	0,00 <i>ns</i>
<i>Família</i>	0,10 **	0,09 **	0,08 **	-0,02 <i>ns</i>	0,14 **	0,00 <i>ns</i>	-0,02 <i>ns</i>	-0,06 *
<i>Pares</i>	0,11 **	-0,04 <i>ns</i>	-0,01 <i>ns</i>	-0,07 *	0,03 <i>ns</i>	-0,12 **	-0,04 <i>ns</i>	0,03 <i>ns</i>
Total ERFIS	0,18 **	0,17 **	0,19 **	-0,04 <i>ns</i>	0,14 **	-0,03 <i>ns</i>	0,06 *	-0,11 **

* Significativo para $p \leq 0,05$; ** Significativo para $p \leq 0,01$; *ns* - não significativo

A análise do mesmo quadro permite ainda verificar que o reconhecimento da *Comunidade* em sentido lato, como fonte de informação para a saúde, apresenta a correlação positiva e estatisticamente significativa mais elevadas com as práticas e comportamentos de actividade física ($r = 0,18$; $p \leq 0,01$). O reconhecimento dos *Serviços de Saúde* como fonte de informação para a saúde apresenta a correlação positiva e estatisticamente significativa mais elevada com as práticas e comportamentos rodoviários ($r = 0,19$; $p \leq 0,01$). O reconhecimento da *Informação Escrita* como fonte de informação para a saúde apresenta a correlação positiva e estatisticamente significativa mais elevada com as práticas e comportamentos alimentares ($r = 0,26$; $p \leq 0,01$). O reconhecimento da *Escola* como fonte de informação para a saúde apresenta a correlação positiva e estatisticamente significativa mais elevada com as práticas e comportamentos sexuais ($r = 0,19$; $p \leq 0,01$). O reconhecimento da *Informação Audiovisual* como fonte de informação para a saúde apresenta a correlação positiva e estatisticamente significativa mais elevada também com as práticas e comportamentos sexuais ($r = 0,14$; $p \leq 0,01$).

Em relação à *Família*, o seu reconhecimento como fonte de informação para a saúde apresenta a correlação positiva e estatisticamente significativa mais elevadas com as práticas e comportamentos de actividade física ($r = 0,14$; $p \leq 0,01$). Por fim, o reconhecimento dos *Pares* como fontes de informação para a saúde, apresenta a correlação positiva e estatisticamente significativa mais elevada com as práticas e comportamentos sexuais ($r = 0,11$; $p \leq 0,01$).

De salientar que o reconhecimento da *Comunidade* em sentido lato e dos *Pares*, como fontes de informação de saúde, apresentam correlações negativas e estatisticamente significativas com as práticas e comportamentos de consumo de bebidas alcoólicas ($r = -0,12$; $p \leq 0,01$ em ambas as situações), e no caso do reconhecimento da *Comunidade* em sentido lato, também com as práticas e comportamentos de consumo de outras drogas ($r = -0,20$; $p \leq 0,01$). Estes resultados podem estar relacionados com a reconhecida influência do grupo no consumo de bebidas alcoólicas (Schmid & Gabhainn, 2004; Kuntsche *et al*, 2004) e dos “apelos” frequentes ao consumo de álcool, que as campanhas publicitárias direccionam aos jovens (Schmid & Gabhainn, 2004), muitas vezes aproveitando eventos na comunidade (desportivos, culturais e outros).

Já em relação à correlação negativa verificada entre o reconhecimento da comunidade em sentido lato como fonte de informação de saúde, e o consumo de outras drogas, e não obstante se terem verificado correlações negativas estatisticamente significativas também com a Informação Escrita e com a Família, o facto de os resultados do Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Portuguesa – 2001 ter revelado que, de entre as ocasiões de consumo mais frequentemente citadas, estão essencialmente eventos na comunidade, como sejam as festividades públicas, festas *tecno/raves* e *transe*, entre outras (Balsa *et al*, 2004), poderá ajudar a compreender este resultado.

5.3. A relação entre a Auto-percepção do Impacto da Informação de Saúde e as práticas e comportamentos determinantes de saúde.

A análise do Quadro 97 permite verificar que a *Auto-percepção do Impacto da Informação de Saúde* se correlaciona de forma positiva e estatisticamente significativa com todas as sub-escalas das práticas e comportamentos determinantes de saúde estudados, à excepção do *Fumo de substâncias*.

Quadro 97 - Matriz de correlações de *Pearson* entre os factores e o total da Escala de Auto-percepção do Impacto da Informação de Saúde, e as sub-escalas da EPCDS

	PCSEX (N=693)	PCROD (N=1166)	PCALIM (N=1166)	PCSONO (N=1166)	PCACTFIS (N=1166)	PCALCOOL (N=1166)	PCFUMO (N=1166)	PCDROGAS (N=1166)
Auto-percepção do Impacto da Informação de Saúde	<i>r</i> de Pearson	<i>r</i> de Pearson	<i>r</i> de Pearson	<i>r</i> de Pearson	<i>r</i> de Pearson	<i>r</i> de Pearson	<i>r</i> de Pearson	<i>r</i> de Pearson
F4-Motivação	0,16 **	0,18 **	0,14 **	0,04 <i>ns</i>	0,00 <i>ns</i>	0,07 *	- 0,01 <i>ns</i>	0,09 **
F2-Acessibilidade percebida	0,23 **	0,23 **	0,19 **	0,08 **	0,08 **	0,12 **	- 0,06 *	0,08 **
F3-Compreensão	0,09 *	0,14 **	0,17 **	0,05 <i>ns</i>	0,07 *	0,10 **	0,06 *	0,02 <i>ns</i>
F1-Efeito percebido	0,29 **	0,30 **	0,23 **	0,07 *	0,06 *	0,19 **	0,01 <i>ns</i>	0,17 **
Total EAPIIS	0,31 **	0,33 **	0,27 **	0,09 **	0,08 **	0,19 **	0,00 <i>ns</i>	0,15 **

* Significativo para $p \leq 0,05$; ** Significativo para $p \leq 0,01$; *ns* - não significativo

As correlações estatisticamente significativas mais elevadas observam-se com o *Comportamento rodoviário* ($r = 0,33$; $p \leq 0,01$), *Comportamento sexual* ($r = 0,31$; $p \leq 0,01$) e *Comportamento alimentar* ($r = 0,27$; $p \leq 0,01$). As correlações mais baixas observam-se com a *Actividade física* ($r = 0,08$; $p \leq 0,01$) e com os *Hábitos de sono* ($r = 0,09$; $p \leq 0,01$).

Os resultados permitem concluir que quanto mais positiva é a auto-percepção do impacto da informação de saúde, mais salutogénicas são as práticas e comportamentos dos estudantes, à excepção dos relacionados com o fumo de substâncias, onde não se verificam diferenças.

Uma das razões para este resultado, em relação às práticas e comportamentos de fumo de substâncias, poderá estar relacionado com o facto de, por um lado, o meio oferecer condições e circunstâncias, face às quais a educação para a saúde chega a ser irrelevante, que incitam, estimulam e motivam os comportamentos e estilos de vida (Costa & López, 1998), e por outro lado, especificamente em relação ao fumo de tabaco, esse mesmo meio promover a aceitação social da dependência à nicotina através dos anúncios, exemplos de figuras públicas admiradas e respeitadas, imagens e argumentos, explícitos ou não, que parecem dirigidos especialmente aos jovens, à sua busca de auto-determinação, independência e outros valores e susceptibilidades comuns (Costa & Goldfarb, 2000; Dias *et al.*, 2004).

* *
*

Sintetizando, podemos afirmar que os resultados sugerem que o *reconhecimento das fontes de informação de saúde* se correlaciona positivamente, e de forma estatisticamente significativa, com práticas e comportamentos *sexuais, alimentares, rodoviários*, de *actividade física* e de *fumo de substâncias* mais salutogénicos, e que a *auto-percepção do impacto da informação de saúde* se correlaciona de forma positiva e estatisticamente significativa com todas as práticas e comportamentos determinantes de saúde estudados, à excepção do *fumo de substâncias*. Também observámos, nos resultados, uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre o *reconhecimento das fontes de informação de saúde* e a *auto-percepção do impacto da informação de saúde*.

Os resultados mostram ainda haver diferenças na auto-percepção do impacto da informação de saúde, e no reconhecimento das fontes de informação de saúde, em função do sexo, do escalão etário, local de residência, nível de ensino e actividades relacionadas com a saúde frequentadas em contexto escolar.

No próximo ponto apresentamos a conclusão geral deste trabalho, onde referimos os principais resultados, as limitações e implicações futuras deste estudo, assim como sugerimos investigações futuras que possam contribuir para um melhor conhecimento desta problemática.

6 . CONCLUSÃO GERAL

Centrámos o nosso estudo no contributo da Educação para a Saúde nas práticas e comportamentos dos estudantes. Conforme descrevemos no primeiro capítulo, a Educação para a Saúde como estratégia do processo mais amplo que é a Promoção da Saúde, é imprescindível para capacitar os indivíduos e as comunidades a aumentar o auto-controlo da sua saúde no sentido de a melhorar (WHO, 1986b), e envolve formas de comunicação projectadas para desenvolver a literacia e as aptidões de vida conducentes à saúde dos indivíduos e comunidades. Esta responsabilidade cabe a todos, e deve ser partilhada pelas comunidades, pelas instituições e pelos grupos sociais (Official Journal, 1989), pois o conjunto de habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para aceder, compreender e usar a informação como forma de promover e manter comportamentos salutogénicos, assume uma importância crescente no desenvolvimento social, económico e da saúde das sociedades actuais (Kickbusch, 2001). Esta perspectiva reforça a importância da literacia científica em geral, e da literacia em saúde em particular, no exercício da cidadania e da construção de uma sociedade mais justa onde a saúde, individual e colectiva, deve ser encarada como um desafio que a todos envolve, e a todos trás os maiores benefícios.

No segundo capítulo contextualizamos a saúde dos adolescentes e jovens, com enfoque nas suas práticas e comportamentos determinantes de saúde. Salientamos o facto de, entre eles e ao contrário do verificado para outros escalões etários, a morbidade e mortalidade não terem decrescido nas últimas décadas (Raphael, 1996; Lee e Tsang, 2004), apesar do reconhecimento de que a importância da saúde como recurso é particularmente importante neste grupo, na medida em que uma saúde pobre pode ter a longo prazo efeitos muito negativos (WHO, 2001; Gabhainn, 2004; Torsheim *et al*, 2004), e também o facto de a consideração das práticas e comportamentos determinantes de saúde ser de fundamental importância em relação aos jovens, por integrarem muitas das características dos estilos de vida actuais que são responsáveis pelo aumento das doenças crónicas e por uma quebra significativa e generalizada da qualidade de vida das pessoas. Estas práticas e comportamentos inserem-se no comportamento rodoviário, sexual, na alimentação, na actividade física, nos hábitos de

sono, no consumo de álcool, tabaco e outras drogas (European Commission, 2003; Ministério da Saúde, 2004b; Currie & Roberts, 2004).

Neste sentido, entendemos ser importante conhecer as fontes de informação de saúde que os estudantes reconhecem, o impacto da informação de saúde que auto-percebem, e o contributo de ambos para as suas práticas e comportamentos.

O nosso estudo empírico teve como objectivos (1) *identificar as fontes de Informação de saúde que os estudantes do ensino secundário e superior mais reconhecem, e o impacto, que percebem, da informação de saúde*, (2) *conhecer as práticas e comportamentos determinantes da saúde dos estudantes*, e (3) *saber qual o papel que desempenham a idade, o sexo, o local de residência, o nível de ensino e as actividades relacionadas com a saúde que frequentam ou frequentaram na escola, o impacto informação de saúde e as fontes de informação de saúde, nas práticas e comportamentos determinantes de saúde*. Para alcançarmos estes objectivos inquirimos 1166 estudantes do ensino secundário e superior, de ambos os sexos e com idades compreendidas entre os 15 e os 25 anos.

Os principais resultados

No que diz respeito aos principais resultados obtidos e sem pretendermos repetir-nos aqui, referimos apenas que, analisando o impacto da informação de saúde, verificamos que, na globalidade, os estudantes auto-percebem de forma positiva o impacto desta informação, e os factores relacionados com a compreensão e com o efeito percebido da informação de saúde foram os mais pontuados. Por outro lado, a análise das fontes de informação de saúde revelou que os *Pares*, a *Informação Audiovisual* e a *Família* são as fontes mais reconhecidas pelos estudantes, e a *Escola* e a *Comunidade em sentido lato* são as menos reconhecidas. Nos estudantes, este padrão verifica-se para ambos os sexos, níveis de ensino, escalão etário, local de residência e frequência ou não, na escola, de actividades relacionadas com a saúde. Os resultados mostraram também que a correlação entre o reconhecimento das Fontes de Informação de Saúde e a Auto-percepção do Impacto da Informação de Saúde é positiva e estatisticamente significativa, o que sugere que quanto mais positivo é o impacto da informação de saúde auto-percebido pelos estudantes, maior é o reconhecimento da

fonte de informação de saúde. Esta correlação é mais forte no caso da Informação Audiovisual, Informação escrita e Família, e mais fraca no caso dos Pares e da Escola.

Este estudo permitiu também reunir elementos empíricos que sugerem que o *reconhecimento das fontes de informação de saúde* se correlaciona positivamente, e de forma estatisticamente significativa, com práticas e comportamentos *sexuais, alimentares, rodoviários, de actividade física* e de *fumo de substâncias* mais salutogénicos, e que a *auto-percepção do impacto da informação de saúde* se correlaciona de forma positiva e estatisticamente significativa com todas as práticas e comportamentos determinantes de saúde estudados, à excepção do *fumo de substâncias*.

As diferenças encontradas na auto-percepção do impacto da informação de saúde, no reconhecimento das fontes de informação de saúde e nas práticas e comportamentos, em função do sexo, do escalão etário, local de residência, nível de ensino e actividades relacionadas com a saúde frequentadas em contexto escolar, mereceram também uma atenção especial.

Em relação ao impacto da informação de saúde, os resultados sugerem que as raparigas mais do que os rapazes, os estudantes mais velhos mais do que os mais novos, os alunos do ensino superior mais do que os do ensino secundário, e aqueles que frequentaram ou frequentam na escola actividades relacionadas com a saúde mais do que aqueles que não frequentaram nem frequentam tais actividades, revelam uma auto-percepção mais positiva do impacto desta informação.

No que se refere às fontes, os resultados sugerem que as raparigas, em média, reconhecem mais as fontes de informação de saúde do que os rapazes, os estudantes mais velhos mais do que os mais novos, os do ensino superior mais do que os do ensino secundário, e os estudantes que frequentam ou frequentaram, na escola, actividades relacionadas com a saúde, mais do que aqueles que não frequentam nem frequentaram tais actividades.

E em relação às práticas e comportamentos determinantes de saúde, os resultados mostraram diferenças em função do sexo que sugerem que as raparigas têm práticas e comportamentos sexuais, rodoviários, alimentares, de consumo de bebidas alcoólicas e de fumo de substâncias mais salutogénicos que os rapazes, e práticas e comportamentos de actividade física menos salutogénicos que os rapazes. As diferenças encontradas em função do escalão etário sugerem que os estudantes do escalão com

idades entre os 15 aos 19 anos têm práticas e comportamentos de actividade física, hábitos de sono e fumo de substâncias mais salutogénicos que os estudantes com idades entre os 20 aos 25 anos, e os estudantes do escalão etário dos 20 aos 25 anos têm práticas e comportamentos rodoviários e alimentares mais salutogénicos que os estudantes do escalão etário dos 15 aos 19 anos. Em relação ao local de residência, as diferenças encontradas sugerem que os estudantes que residem em meio rural têm práticas e comportamentos de actividade física, hábitos de sono, consumo de álcool e fumo de substâncias mais salutogénicos que os estudantes que residem em meio urbano.

No que diz respeito às diferenças em função do nível de ensino, os resultados encontrados sugerem que os alunos do ensino secundário têm práticas e comportamentos de actividade física e de hábitos de sono mais salutogénicos que os estudantes do ensino superior, e estes têm práticas e comportamentos rodoviários e alimentares mais salutogénicos que os estudantes do ensino secundário. Por fim, os resultados obtidos em função das actividades relacionadas com a saúde frequentadas na escola sugerem os estudantes que frequentaram uma ou mais destas actividades têm práticas e comportamentos sexuais mais salutogénicos que os estudantes que não frequentam ou frequentaram na escola nenhuma actividade relacionada com a saúde.

Limitações e implicações futuras

Interessa realçar que os resultados que acabamos de descrever devem ser interpretados com o cuidado a que as limitações deste estudo obrigam. De entre estas limitações destacamos o facto de, tratando-se de uma amostra acidental, não podermos garantir que é representativa de toda a população estudantil do ensino secundário e superior. Além disso, tratando-se de um estudo não experimental e de corte transversal, as considerações feitas, principalmente acerca do impacto da informação de saúde, saem fragilizadas. Também o facto de termos utilizado exclusivamente metodologia quantitativa, e a informação tratada resultar de respostas a itens fechados, poderá revelar menor validade de construção das escalas, e ter contribuído para as características psicométricas menos “robustas” de alguns dos instrumentos elaborados.

Após estas considerações, entendemos poder, mesmo assim, salientar que, na nossa opinião, os resultados obtidos realçam a importância de serem tomadas em consideração as diferenças de género, de idade, do local de residência e do nível de

ensino que frequentam, no planeamento e organização de acções de Educação para a Saúde, quer ao nível da determinação das práticas e comportamentos que devem ser alvos preferenciais da atenção destas iniciativas (não obstante a natureza holística que as deve caracterizar), quer da escolha das melhores estratégias para a divulgação da informação, incrementação de níveis mais elevados de literacia em saúde e criação de grupos de trabalho motivantes e efectivos nos desígnios da promoção da saúde. Deste modo sugerimos que:

O contributo e envolvimento de todas as fontes de informação de saúde é recomendável no contexto da Educação para a Saúde, como o fazem prever as correlações positivas e estatisticamente significativas verificadas entre todas as fontes de informação de saúde reconhecidas e o impacto da informação de saúde auto-percebido, e os resultados que indiciam que quanto maior é o reconhecimento de fontes de informação de saúde, mais positivo é o impacto dessa informação que os estudantes auto-percebem, e quanto mais positivo é o impacto auto-percebido, mais salutogénicas são muitas das suas práticas e comportamentos determinantes de saúde.

As actividades organizadas de forma a envolver os pares e a família, usando como veículos privilegiados de informação de saúde os meios audiovisuais actualmente disponíveis, podem ser mais efectivos na promoção da literacia em saúde e, desta forma, podem ser também mais efectivos na promoção de práticas e comportamentos saudáveis.

É necessário aumentar, e tornar mais efectivos, os esforços desenvolvidos em contexto escolar para a promoção da saúde, desenvolvendo mais actividades e fazendo-o de forma mais sistemática, de maneira a aumentar o seu reconhecimento como fonte de informação de saúde e tornar mais positivo o seu impacto, pois apesar de ser o principal cenário em que se têm promovido programas e acções de Educação para a Saúde, a escola é, logo a seguir à comunidade local, a fonte de informação de saúde menos reconhecida pelos estudantes, e apresenta também uma das correlações positivas mais fracas com o impacto auto-percebido da informação de saúde. Não obstante, a frequência na escola de actividades relacionadas com a saúde, correlaciona-se positivamente com o valor percebido da informação de saúde, e com

comportamento sexual mais salutogénico, o que é abonatório da sua importância na promoção de práticas e comportamentos mais salutogénicos.

É igualmente necessário aumentar junto dos estudantes o reconhecimento dos Serviços de Saúde como fontes de informação de saúde, melhorando a acessibilidade e disponibilidade dos mesmos junto a estes grupos, pois não obstante serem uma das fontes de informação de saúde menos reconhecidas, a sua correlação com a auto-percepção do impacto da informação de saúde foi, logo a seguir à informação audiovisual, informação escrita e família, o mais elevado.

Também nos parece de salientar que, embora seja fundamental manter uma abordagem holística quando se trata de promover práticas e comportamentos saudáveis, na definição de objectivos para as estratégias de Educação para a Saúde, as diferenças de género e de idade devem ser consideradas, tendo em conta que os resultados sugerem que elas são bem visíveis.

Investigações futuras

Dada a natureza deste trabalho, de certa forma pioneira nomeadamente no que diz respeito ao estudo das fontes de informação de saúde, do impacto da informação de saúde e das suas correlações com as práticas e comportamentos, vislumbram-se algumas linhas de investigação, que nos parecem pertinentes e que passamos a enumerar.

Os resultados revelaram que os Pares são as fontes de informação de saúde mais reconhecidas pelos estudantes, mas também que o reconhecimento do Pares apresenta a menor correlação com o impacto da informação de saúde auto-percebido. Pensamos ser importante, em investigações futuras, identificar os factores que justificam estes resultados, e muito particularmente verificar se a incrementação de níveis de literacia em saúde nos pares aumenta a correlação entre o seu reconhecimento como fontes de informação e o impacto auto-percebido dessa informação.

Outra sugestão para investigações futuras resulta do facto de a frequência na escola de actividades relacionadas com a saúde se correlacionar positivamente com o impacto percebido da informação de saúde, e com comportamento sexual mais salutogénico (que é uma das dimensões do comportamento mais focadas nestas actividades), não obstante o reconhecimento da escola como fonte de informação de saúde ter sido, logo a seguir à comunidade local, o menor, e também apresentar uma das

correlações positivas mais fracas com o impacto auto-percebido da informação de saúde. Deste modo, pensamos ser importante verificar de que modo o incremento de maior número e continuidade de actividades relacionadas com a saúde desenvolvidas em contexto escolar, influenciam quer o reconhecimento da escola como fonte de informação, quer a auto-percepção do impacto dessa informação.

Por fim, desenhos de investigação de natureza experimental e de corte longitudinal, poderão ser importantes no estudo da relação entre as fontes de informação, a auto-percepção do impacto dessa informação e as suas correlações com as práticas e comportamentos determinantes de saúde dos estudantes, ao longo do seu percurso escolar.

Referências Bibliográficas

- Aerts, D.; Alves, G. G.; La Salvia, M. W. & Abegg, C. (2004). Promoção de saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 1020-1028.
- Alferes, V.R. (1997). *Encenações e comportamentos sexuais: para uma psicologia social da sexualidade*. Porto: Edições Afrontamento.
- Andaló, C.S.A. (1995). Um trabalho sobre sexualidade na escola pública. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 6, 151-159.
- Andrade, M.C.P. (2001). Psicologia da Saúde: Contributos de uma abordagem interdisciplinar da Educação para a Saúde. *Revista Referência*, 7, 17-24.
- Apter, D.; Cacciatore, R. & Hermanson, E. (2004). Adolescent contraception. *International Congress Séries*, 1266, 81– 89.
- Aveyard, P.; Markham, W.A.; Almond, J.; Lancashire, E. & Cheng, K.K. (2003). The risk of smoking in relation to engagement with a school-based smoking intervention. *Social Science & Medicine*, 56, 869-882.
- Aveyard, P.; Markham, W.A. & Cheng, K.K. (2004). A methodological and substantive review of the evidence that schools cause pupils to smoke. *Social Science & Medicine*, 58, 2253-2265.
- Balsa, C.; Farinha, T.; Urbano, C. & Francisco, A. (2004). *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Portuguesa – 2001*. CEOS, Investigações Sociológicas, FCSH, UNL. Acedido a 18 de Março de 2005 em http://www.drogas.pt/media/publicacoes/sintese_balsa.pdf
- Barros, P.P. (2003). Estilos de vida e estado de saúde: uma estimativa da função de produção de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 3, 7-17.
- Bazzo, W.A.; Linsinger, I.V. & Pereira, L.T.V. (2003). *Introdução aos estudos CTS (ciência, tecnologia e sociedade)*. Madrid: Cadernos de Ibero-Americana. OEI- organização dos Estados Ibero-Americanos para a Educação a ciência e a cultura.
- Bennett, P. & Murphy, S.(1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Berg, C.; Jonsson, I. & Conner, M. (2000). Understanding choice of milk and bread for breakfast among Swedish children aged 11-15 years: an application of the Theory of Planned Behaviour. *Appetite*, 34, 5-19.
- Berg-Kelly, K. (2003). Adolescent Health, School Health Activities, Community Contexts, and Health Surveys in Sweden. *Journal Of Adolescent Health*, 33, 226–230.
- Bizzo, M. L.G. (2002). Difusão científica, comunicação e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 18, 307-314.

- Bogt, T.; Fotiou, A. & Gabhainn, S.N. (2004). Cannabis use. In: C. Currie *et al.* (Eds.), *Health and health behaviour among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey* (pp. 84-89). Health Policy for Children and Adolescence, No.4, WHO Regional Office for Europe.
Acedido a 20 de Setembro de 2004 em <http://www.euro.who.int/Document/e82923.pdf>
- Braconnier, A. & Marcelli, D.(2000). *As mil faces da Adolescência*. Lisboa, Climepsi Editores
- Brown, K.S.; Cameron, R.; Madill, C.; Payne, M.E.; Filsinger, S.; Manske, S.R. & Best, J.A. (2002). Outcome Evaluation of a High School Smoking Reduction Intervention Based on Extracurricular Activities. *Preventive Medicine* 35, 506-510.
- Bryman, A. & Cramer, D. (1993). *Análise de dados em Ciências Sociais. Introdução às técnicas utilizando o SPSS*. Oeiras: Celta Editora.
- Burgher, S.; Rasmussen, V.B. & Rivett, D. (1999). *The European Network of Health Promoting Schools: the alliance of education and health*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
- Calado, J.M. (1998). O adolescente e o consumo de gorduras e fibras alimentares – conhecimentos, atitudes e comportamentos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4, 5-21.
- Calmeiro, L. & Matos, M. (2000). A promoção da actividade física na escola: implementação e avaliação do programa de gestão pessoal. *Educação & Comunicação*, 3, 7-25.
- Carmo, I. (1997). *Magros, gordinhos e assim-assim: perturbações alimentares dos jovens* Porto: Edinter.
- Carvalho, S.R. (2004). Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 1088-1095.
- Castilho, M.C. & Silveira, M.I.N. (1991). Uma experiência de inquérito para avaliação do conhecimento nutricional da população estudantil da Universidade de Coimbra. *Revista Portuguesa de Nutrição*, 3, 46-55.
- Center for Media Studies (2000). *Setting Research Directions for Media Literacy and Health Education. A Research Conference held*. New Jersey, April 15 –17, 2000. Acedido a 12 de Fevereiro de 2005 em http://www.mediaudies.rutgers.edu/mh_conference/index.html
- Christopherson, T.M. & Jordan-Marsh, M. (2004). Culture & Risk Taking in Adolescents' Behaviors. *MCN, American Journal of Maternal Child Nursing*, 29, 100-105.
- Claes, M. (1990). *Os problemas da adolescência*. 2ª Ed. Lisboa: Editorial Verbo.
- CNLCS (2004). Sensibilização Nacional dos Estudantes do Ensino Superior: análise crítica. Acedido a 08 de Abril de 2005 em <http://www.sida.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005611.pdf>
- CNLCS/ ISCSP (2004). *Estudo sobre opiniões, atitudes e comportamentos relacionados com a SIDA: ficha técnica*. Acedido a 08 de Abril de 2005 em <http://www.sida.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005571.pdf>
- Community Preventive Services (2002). Recommendations to Increase Physical Activity in Communities. *American Journal of Preventive Medicine*, 22, 67–72.

- Contento, I. R.; Michela, J. L. & Goldberg, C. J. (1988). Food choice among adolescents: population segmentation by motivations. *Journal of Nutrition Education*, 20, 289–298.
- Costa, L. & Goldfarb, S. (2000). *Tabagismo - Estudos em Adolescentes e Jovens*. Acedido a 18 de Março de 2005 em <http://www.bireme.br/bvs/adolesc/P/cadernos/capitulo/cap16/cap16.htm>
- Costa, M. & López, E. (1998). *Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid. Ediciones Pirámide.
- Cotrim, B. C.; Carvalho, C. G. & Gouveia, N. (2000). Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 34, 636-45.
- Council of Europe, World Health Organization, Commission of the European Communities (1999). *The European Network of Health Promoting Schools: the alliance of education and health*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
- Cuijpers, P. (2002). Effective ingredients of school-based drug prevention programs A systematic review. *Addictive Behaviors*, 27, 1009-1023.
- Cuijpers, P. & Schippers, G.M. (2002). Integrating substance abuse treatment and prevention in the community. *Addictive Behaviors*, 27, 847-849.
- Currie C. & Roberts, C. (2004). Introduction. In: C. Currie *et al.* (Eds.), *Health and health behaviour among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey* (pp.1-6). Health Policy for Children and Adolescence, No.4, WHO Regional Office for Europe. Acedido a 20 de Setembro de 2005 em <http://www.euro.who.int/Document/e82923.pdf>
- Dahal, R.E.; Ryan, N.D.; Matty, M.K.; Birmaher, B.; Al-Shabbout, M.; Williamson, D.E. & Kupfer, D.J. (1996). Sleep Onset Abnormalities in Depressed Adolescents. *Biological Psychiatry*, 39, 400-410.
- Dahl, R.E. & Lewin, D.S. (2002). Pathways to Adolescent Health: Sleep Regulation and Behavior. *Journal of Adolescent Health*, 31, 175–184.
- Department of Health and Human Services (2000). *Healthy People 2010*. Washington: DHHS. Acedido a 17 de Janeiro de 2005 em <http://www.health.gov/healthypeople/document/html/volume1/11healthcom.htm>
- Department of Health (1999). *Saving Lives: Our Healthier Nation*. London: HMSO. Acedido a 17 de Janeiro em <http://www.official-documents.co.uk/document/cm43/4386/4386.htm>
- Dias, M.R.; Duque, A.F.; Silva, M.G. & Durá, E. (2004). Promoção da saúde: O renascimento de uma ideologia?. *Análise Psicológica*, 3, 463-473.
- Dixe, M.A.C. (2002). *Aspectos Familiares nas Doenças do Comportamento Alimentar*. (Tese de Doutoramento). Não publicado. Badajoz: Universidad de Extremadura. Facultad de Educació.
- Dijkstra, Arie; Roijackers, Jolanda & De Vries, Hein (1998). Smokers in four stages of readiness to change. *Addictive Behaviors*, 23, 339–350.

- DiIorio, C.; Kelley, M. & Hockenberry-Eaton, M. (1999). Communication About Sexual Issues: Mothers, Fathers, and Friends. *Journal Of Adolescent Health*, 24, 181–189.
- Direcção-Geral da Saúde (2003). *Risco de Morrer em Portugal, 2001*. Lisboa: DGS. Acedido a 12 de Janeiro de 2005 em http://www.dgv.pt/UploadedFiles/RelDez_04_03_Internet.pdf
- Direcção Geral de Viação (2004). *Acidentes com vitimas e vitimas*. Lisboa: DGV.
- Donovan, B. & Ross, M.W. (2000). Preventing HIV: determinants of sexual behaviour. *The Lancet*, 355, 1897-1901.
- EMCDDA (2002). *Annual Report on the Drug Phenomena. Portugal – 2002*. Lisboa: IPDT. Acedido a 17 de Março de 2005 em <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435>
- ENHPS (1998). *The Health Promoting School – an investment in education, health and democracy. Case study book. First Conference of the European Network of Health Promoting Schools, Thessaloniki–Halkidiki, Greece, 1–5 May 1997*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (document EUR/ICP/IVST 06 01 02 [B]).
- Erlen, J.A. (2004). Functional Health Illiteracy. Ethical Concerns. *Orthopaedic Nursing*, 23, 150-153.
- European Commission (2003). *The health status of the European Union – Narrowing the health gap*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Ewles, L. & Simnett, I. (2003). *Promoting Health. A practical guide*. New York: Baillière Tindall.
- Feijão, F. (2004). *ESPAD/2003 – Portugal. Que evolução de 1999 para 2003? Resultados preliminares*. Lisboa: IPDT. Acedido a 17 de Março de 2005 em <http://www.drogas.pt/media/publicacoes/>
- Fernandes, A.M.S.; António, D.G.; Bahamondes, L.G. & Cupertino, C.V. (2001). Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. *Cadernos de Saúde Pública*, 16, 103-112.
- Ferrari, C.K.B. & Torres, E.A.F.S. (2002). Alimentos funcionais: quando a boa nutrição melhora a nossa saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 20, 31-34.
- Ferreira, F.A.G. (1983). *Nutrição humana*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Figueiredo, B.; Pacheco, A. & Magarinho, R. (2004). Utentes da consulta externa de grávidas adolescentes da Maternidade Júlio Dinis entre os anos 2000 e 2003. *Análise Psicológica*, 3, 551-570.
- Frankish, C.J.; Milligan, C.D. & Reid, C. (1998). A review of relationships between active living and determinants of health. *Social Science & Medicine*, 47, 287-301.
- Frasquilho, M.A. (1998). Estilo de vida, comportamentos e educação para a saúde. Comportamento-problema e comportamento saudável segundo os adolescentes. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 16, 13-19.

- Gabhainn, S.N. (2004). Young people's health and health-related behaviour. Introduction. In: C. Currie *et al.* (Eds.), *Health and health behaviour among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey* (pp.53-54). Health Policy for Children and Adolescence, No.4, WHO Regional Office for Europe. Acedido a 20 de Setembro de 2005 em <http://www.euro.who.int/Document/e82923.pdf>
- Gammeltoft, T. (2002). Seeking trust and transcendence: sexual risk-taking among Vietnamese youth. *Social Science & Medicine*, 55,483–496.
- Gaspar, N.M.S. (1999). *Estudo da Imagem Corporal na Adolescência*. (Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica). Não publicado. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Gazzinelli, M.F.; Gazzinelli, A.; Reis, D.C. & Penna, C.M.M. (2005). Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cadernos de Saúde Pública*, 21, 200-206.
- Gibson, E. L.; Wardle, J. & Watts, C. J. (1998). Fruit and Vegetable Consumption, Nutritional Knowledge and Beliefs in Mothers and Children. *Appetite*, 31, 205–228.
- Giordan, A. (2000). Health Education, Recent and Future Trends. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz*, 95, 53-58.
- Giraldes, M.R. (1996). Estilos de vida e nível sócio-económico: o exemplo do consumo de tabaco em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 14, 69-76.
- Godeau, E.; Raha, G. & Hublet, A. (2004). Tobacco smoking. In: C. Currie *et al.* (Eds.), *Health and health behaviour among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey* (pp. 63-71). Health Policy for Children and Adolescence, No.4, WHO Regional Office for Europe. Acedido a 20 de Setembro de 2005 em <http://www.euro.who.int/Document/e82923.pdf>
- Gordillo, M.M.; Osório, C. & Cerezo, J.A.L. (2000). *La educación en valores a través de CTS. Contribución al Foro Iberoamericano sobre Educación en Valores*. Montevideo2-6 de Octubre de 2000. Acedido a 12 de Fevereiro de 2005 em <http://www.campus-oei.org/salactsi/mgordillo.htm>
- Gouveia, J.P.; Ramalheira, C.; Robalo, M.; Borges, J.C. & Almeida, J.R. (1993). Inventário de Expectativas e Crenças Pessoais Acerca do Álcool (IECPA). *Psiquiatria Clínica*, 14,147-163.
- Hill, M.M. & Hill, A. (2000). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Síbalo.
- Honoré, B. (2002). *A saúde em projecto* (Tradução de Ilda Cristina d'Espiney). Loures: Lusociência
- Instituto da Droga e da Toxicodpendência (2004). *Relatório Anual · 2003 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodpendências Vol. I - Informação Estatística · 2003*. Lisboa: IPDT. Acedido a 17 de Março de 2005 em <http://www.drogas.pt/media/publicacoes/>
- Jamner, M.S.; Spruijt-Metz, D.; Bassin, S. & Cooper, D.M. (2004). A Controlled Evaluation of a School-based Intervention to Promote Physical Activity Among Sedentary Adolescent Females: Project FAB. *Journal of Adolescent Health*, 34, 279–289.

- Jenkins, K. (2004). *Understanding teenagers` sleep habits*. Canadian Health Network. Acedido a 20 de Janeiro de 2005 em <http://www.canadian-health network.ca/servlet/>
- Kaltiala-Heino, R.; Kosunen, E. & Rimpel, M. (2003). Pubertal timing, sexual behaviour and self-reported depression in middle adolescence. *Journal of Adolescence*, 26 , 531-545.
- Kickbusch, I.S. (2001). Health literacy: addressing the health and education divide. *Health Promotion International*, 16, 289-297.
- Kumpulainen, K. & Roine, S. (2002). Depressive symptoms at the age of 12 years and future heavy alcohol use. *Addictive Behaviors*, 27, 425-436.
- Kuntsche, E.; Rehm, J. & Gmel, G. (2004). Characteristics of binge drinkers in Europe. *Social Science & Medicine*, 59,113-127.
- Laranjeira, A.R. & Prazeres, V. (2004). Padrões de Reprodução em Idades Jovens. *Cadernos da Direcção Geral da Saúde*, 4, 3-10.
- Lei n.º 32/2003, D.R., I Série - A, 193 (22-08-03) 5329 -5344.
- Lei n.º 04/2001, D.R., I Série - A, 46 (23-02-01) 1030 - 1042.
- Lei n.º 120/99, D.R., I Série - A, 186 (11-08-99) 5232 -5234.
- Lei n.º 115/97, D.R., I Série - A, 217 (19-09-97) 5082 -5083.
- Lee, A. & Tsang, C.K.K. (2004). Youth risk behaviour in a Chinese population: a territory-wide youth risk behavioural surveillance in Hong Kong. *Public Health*, 118, 88-95.
- Lopes, F.J.; Condeço, J.; Felício, M. & Correia, I. (1996). Hábitos tabágicos numa população de adolescentes escolarizados. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*, 14, 49-65.
- Lund, J. & Aarø, L.E. (2004). Accident prevention. Presentation of a model placing emphasis on human, structural and cultural factors. *Safety Science*, 42, 271-324.
- Lytle, L.A. (2003). Nutritional issues for adolescents. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology and Metabolism*, 17, 177-189.
- Machuco, Luís, Martins, Hélio & Pereira, A.M.S. (2000). Estudantes de Ciências do Desporto e Educação Física: suas atinências e contributos nos comportamentos de vida saudável. In 8.º *Congresso de Educação Física e Ciências do Desporto dos Países de Língua Portuguesa* (livro de resumos), 13/17 de Dezembro de 2000 (pp. 361-362). Lisboa.
- Maes, L. & Lievens, J. (2003). Can the school make a difference? A multilevel analysis of adolescent risk and health behaviour. *Social Science & Medicine*, 56, 517-529.
- Maroco, J. (2003). *Análise estatística-Com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Marques, A.M.; Prazeres, V.; Pereira, A.; Vilar, D.; Forreta, F.; Cadete, J. & Meneses, P.F. (2000) *Educação Sexual em Meio escolar – Linhas Orientadoras*. Lisboa: Ministério da Educação/Ministério da Saúde.

- Martins, S. (1995). Alimentação de um atleta adolescente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 13, 49-76.
- Matarazzo, J.D. (1984) *Behavioral Health: A 1990's challenge for the health sciences professions*. In J.D. Matarazzo, N.E. Miller, S.M. Weiss e J.A. Herd (Eds), *Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention* (pp.3-40).Nova Iorque: John Wiley.
- Matos, M.G.; Carvalhosa, S.F. & Diniz, J.A. (2001). *Actividade física e prática desportiva nos jovens portugueses*. 4, 1. FMH /PEPT /GPT. Acedido a 17 de Março de 2005 em <http://www.ine.pt/>
- Matos, M.G. (2004). Psicologia da Saúde, saúde pública e saúde internacional. *Análise Psicológica*, 3, 449-462.
- McLellan, L.; Rissel, C. ; Donnelly, N. & Bauman, A. (1999). Health behaviour and the school environment in New South Wales, Australia. *Social Science & Medicine*, 49, 611- 619.
- Mello, M.L.M.; Barrias, J. & Breda, J. (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Direcção-Geral de Saúde.
- Merchán-Hamann, E. (1995). Grau de Informação, Atitudes e Representações Sobre o Risco e a Prevenção de AIDS em Adolescentes Pobres do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 11, 463-478.
- Merchán-Hamann, E. (1999). Os ensinamentos da educação para a saúde na prevenção de HIV-Aids: subsídios teóricos para a construção de uma práxis integral. *Cadernos de Saúde Pública*, 15, 85-92.
- Milligan, R. A. K.; Burke, V.; Beilin, L. J. J.; Richards, J.; Dunbar, D.; Spencer, M.; Balde, E. & Gracey, M. P. (1997). Health-related behaviours and psycho-social characteristics of 18 year-old australians. *Social Science & Medicine*, 45, 1549 -1562.
- Ministério da Administração Interna (2003). *Plano Nacional de Prevenção Rodoviária*. Direcção Geral de Viação. Acedido a 23 de Março de 2005 em http://www.dgv.pt/seg_rod/pdf/PNPR.pdf
- Ministério da Saúde (2001). *Guias de Educação e Promoção da Saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (2003). *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (2004a). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Mais saúde para todos*. Volume I- Prioridades. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (2004b). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Mais saúde para todos*. Volume II -Orientações estratégicas. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

- Morgan, A. (2004). Discussion and implications. In: C. Currie *et al.* (Eds.), *Health and health behaviour among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey* (pp. 207-216). Health Policy for Children and Adolescence, No.4, WHO Regional Office for Europe. Acedido a 20 de Setembro de 2005 em <http://www.euro.who.int/Document/e82923.pdf>
- Nadeau, L.; Truchon, M. & Biron, C. (2000). High-risk sexual behaviors in a context of substance abuse. A focus group approach. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19, 319-328.
- National Institutes of Health (1997). *Working Group Report On Problem Sleepiness*. U.S. Department Of Health And Human Services. Acedido a 23 de Março de 2005 em http://www.nhlbi.nih.gov/health/prof/sleep/pslb_wg.pdf
- National Sleep Foundation (1999). *Teens should take steps now to adapt to their sleep/wake schedules to school bells*. Acedido a 20 de Janeiro de 2005 em <http://www.sleepfoundation.org/PressArchives/teens.cfm>
- National Sleep Foundation (2000). *Adolescents sleep needs and patterns: research report and resource guide*. Washington (DC): National Sleep Foundation.
- Navarro, M.F. (1995). Educação para a Saúde e profissionais de saúde comunitária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 13, 77-83.
- Nunnally, G. C. (1978). *Psychometric theory*. 2ª Edição. New York: McGraw Hill.
- Nunes, E. (2002). *Consumo de Tabaco Estratégias de Prevenção e Control*. Lisboa, Ministério da Saúde
- Nunes, E. & Breda, J. (2001). *Manual para uma alimentação saudável em jardins de infância*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion- progress, problems and Solutions. *Health Promotion International*, 13, 27-44.
- Nutebean, D. (1997). Promoting Health and Preventing Disease: An International Perspective on Youth Health Promotion. *Journal of Adolescent Health*, 20, 396-402.
- Nutebean, D. (1999). *The challenge to provide 'evidence' in health promotion*. *Health Promotion International*, 14, 99-101.
- Nutebean, D. & Kickbusch, I. (2000). Advancing health literacy: a global challenge for 21st century. *Health Promotion International*, 15, 183-184.
- OCDE (2004). *Education at a Glance 2004 – Glossary*. Acedido a 20 de Março de 2005 em <http://www.oecd.org/dataoecd/45/17/33692376.pdf>
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Manuais Universitários 11. Lisboa: Climepsi.
- Official Journal (1989). Resolution of the Council and the Ministers of Education meeting within the Council of 23 November 1988 concerning health education in schools. *Official Journal*, C3, 05/01/1989, 1-3. Acedido a 5 de Setembro de 2004 em <http://europa.eu.int/portail>

- OPSS (2003a). *A Salutogénese e o Cidadão*. Acedido a 20 de Outubro de 2004 em <http://www.observaport.org/OPSS/Menu/Cidadao/Salutogenese+e+o+cidadao/Estado+da+arte/estado+da+arte.htm>
- OPSS (2003b). *Evolução dos sistemas de saúde*. Acedido a 20 de Outubro de 2004 em <http://www.observaport.org/NR/OPSS/print.asp?id={1E872CB2-BD23-4BBD-A364-4A06A72C671D}&op=DOCUMENT>
- Padez, C. (2002). Actividade física, obesidade e saúde: uma perspectiva evolutiva. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 20, 11-20.
- Pais Ribeiro, J.L. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Pais Ribeiro, J.L. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: CLIMEPSI.
- Pais Ribeiro, J.L. (2000). Mental Health inventory : Um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2, 77-99.
- Pastor, Y.; Balaguer, I.; Pons, D. & Garcia-Merita, M. (2003). Testing direct and indirect effects of sports participation on perceived health in Spanish adolescents between 15 and 18 years of age. *Journal of Adolescence*, 26, 717-730.
- Patten, C.A.; Choi, W.S.; Gillin, J.C. & Pierce, J.P. (2000). Depressive Symptoms and Cigarette Smoking Predict Development and Persistence of Sleep Problems in US. *Adolescents. Pediatrics*, 106, 1-9. Acedido a 23 de Março de 2005 em <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/106/2/e23>
- Paul, C. & Fonseca, A.M. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Pedersen, M.; Alcón, M.C.G. & Rodriguez, C.M. (2004) Family and health. In: C. Currie *et al.* (Eds.), *Health and health behaviour among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey* (pp. 173-177). Health Policy for Children and Adolescence, No.4, WHO Regional Office for Europe. Acedido a 20 de Setembro de 2005 em <http://www.euro.who.int/Document/e82923.pdf>
- Pereira, A.M.S. (2001). *Para uma melhor compreensão da área de opção: Educação para a Saúde*. Coimbra: Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra (Policopiado, texto de circulação restrita).
- Pereira, A.M.S. & Ramos, S. (2000). Promoção dos estilos de vida saudável em contexto académico. In Constança Machado (Eds.). *Actas do Congresso Internacional Interfaces da Psicologia, Vol II* (pp. 229-237). Évora: Universidade de Évora.
- Pereira, A.M.S.; Vaz, A.L.; Motta, E.; Pinto, C.; Bernardino, O.; Melo, A.; Pereira, A.; Medeiros, J.; Lopes, P.; Ferreira, J.; Rodrigues, M.J. & Mendes, R. (2005). Projecto “Estilos de Vida Saudável versus Insucesso Escolar: sua etiologia, programas de acção e estratégias promotoras de qualidade”. In A. Pereira & E. Motta (Eds.). *Acção Social e Aconselhamento Psicológico no Ensino Superior: Investigação e Intervenção. Actas do Congresso Nacional* (pp. 307-314). Coimbra: SASUC Edições.

- Pickett, W. (2004). Injuries. In: C. Currie *et al.* (Eds.), *Health and health behaviour among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey* (pp. 145-152). Health Policy for Children and Adolescence, No.4, WHO Regional Office for Europe. Acedido a 20 de Setembro de 2005 em <http://www.euro.who.int/Document/e82923.pdf>
- Ponciano, E. & Pereira, A.M.S. (2005). *Estudante: Vamos conhecer a depressão*. Coimbra: SASUC Edições.
- Prazeres, V. (1998). *Saúde dos adolescentes: Princípios orientadores*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Prazeres, V. (2002). *Saúde dos adolescentes*. In Silva, Luísa Ferreira (2002). *Promoção da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Prohaska, T.R.; Peters, K.E. & Warren, J.S. (2000). Health Behavior: From Research to Community Practice. In G.L. Albrecht; R. Fitzpatrick, & S. Scrimshaw (Eds.), *The Handbook of Social Studies in Health & Medicine* (pp. 359-373). London: SAGE Publications Lda.
- Público (2005). Estudo: uma em cada seis adolescentes faz sexo desprotegido. *Jornal Público*, 2 de Março.
- Radošević-Vidacek, B. & Košcec, A.(2004). Shiftworking families: parents' working schedule and sleep patterns of adolescents attending school in two shifts. *Revista Saúde Pública*, 38, 38-46.
- Ramos, R. (2001). Dificuldades no acesso à Contracepção. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 29/30, 29-32.
- Raphael, D. (1996). Determinants of Health of North-American Adolescents: Evolving Definitions, Recent Findings, and Proposed Research Agenda. *Journal of Adolescent Health*, 19, 6-16.
- Redman, B.K.(2003). *A Prática da Educação para a Saúde*. Loures: Lusociência.
- RNEPS (2001). *Relatório de Actividades – CAN*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido a 28 de Janeiro de 2005 em <http://www.dgsaude.pt/>
- Roberts, C.; Tynjälä, J. & Komkov, A. (2004). Physical activity. In: C. Currie *et al.* (Eds.), *Health and health behaviour among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey* (pp. 90-97). Health Policy for Children and Adolescence, No.4, WHO Regional Office for Europe. Acedido a 20 de Setembro de 2005 em <http://www.euro.who.int/Document/e82923.pdf>
- Roininen, K., Lähteenmäki, L. & Tuorila, H. (1999). Quantification of Consumer Attitudes to Health and Hedonic Characteristics of Foods. *Appetite*, 33, 71–88.
- Ross, J.; Godeau, E. & Dias, S. (2004). Sexual health. In: C. Currie *et al.* (Eds.), *Health and health behaviour among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey* (pp. 153-160). Health Policy for Children and Adolescence, No.4, WHO Regional Office for Europe. Acedido a 20 de Setembro de 2005 em <http://www.euro.who.int/Document/e82923.pdf>

- Rozin, P.; Fischler, C.; Imada, S.; Sarubin, A. & Wrzesniewski, A. (1999). Attitudes to Food and the Role of Food in Life in the U.S.A., Japan, Flemish Belgium and France: Possible Implications for the Diet–Health Debate. *Appetite*, 33, 163–180.
- Samdal, O.; Dür, W. & Freeman, J. (2004). School. In: C. Currie *et al.* (Eds.), *Health and health behaviour among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey* (pp. 42-51). Health Policy for Children and Adolescence, No.4, WHO Regional Office for Europe. Acedido a 20 de Setembro de 2005 em <http://www.euro.who.int/Document/e82923.pdf>
- Sampaio, D. (1994). *Inventem-se novos pais*. 12ª Ed. Lisboa: Caminho.
- Santos, J.O. (1999). Preocupações dos adolescentes e algumas práticas dos seus estilos de vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 17, 27-42.
- Sasco, A.J.; Laforest, L.; Benhaïm-Luzon, V.; Poncet, M. & Little, R.E. (2002). Smoking and Its Correlates Among Preadolescent Children in France. *Preventive Medicine* 34, 226–234.
- Schmid, H. & Gabhainn, S.N. (2004). Alcohol use. In: C. Currie *et al.* (Eds.), *Health and health behaviour among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey* (pp. 72-83). Health Policy for Children and Adolescence, No.4, WHO Regional Office for Europe. Acedido a 20 de Setembro de 2005 em <http://www.euro.who.int/Document/e82923.pdf>
- Secretaria de Políticas de Saúde/MS (2002). Physical activity and life quality contribution in order to obtain a better healthy lifestyle. *Rev. Saúde Pública*, 36 , 254-256.
- Settertobulte, W.; Jensen, B.B. & Hurrelmann, K. (2001). *Drinking among young Europeans- WHO European Ministerial Conference on Young People and Alcohol Stockholm, 19 –21 February 2001*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Settertobulte, W. & Matos, M.G (2004). Peers and health. In: C. Currie *et al.* (Eds.), *Health and health behaviour among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey* (pp. 178-183). Health Policy for Children and Adolescence, No.4, WHO Regional Office for Europe. Acedido a 20 de Setembro de 2005 em <http://www.euro.who.int/Document/e82923.pdf>
- Siegel, J.M. (2003). *Porque dormimos*. UOL-Scientific American Brasil. Acedido a 23 de Março de 2005 em <http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias.php?noticiaid=8534&assunto=Sono>
- Silva, L.F. (2002). *Promoção da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Silva, M.E.V.M. (1999). *Desafios Pedagógicos para o Século XXI: suas raízes em forças de mudança de natureza científica, tecnológica e social*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Smith, P.K. *et al* (2001). *Compreender o desenvolvimento da criança*. Lisboa: Horizontes Pedagógicos-Instituto Piaget
- Stephoe, A.& Wardle, J. (2001).Health behaviour, risk awareness and emotional well-being in students from Eastern Europe and Western Europe. *Social Science & Medicine*, 53, 1621–1630.

- Streiner, D. L. & Norman, G.R. (1989). *Health measurement scales - a prattical guide to development and use*. London: Oxford Medical Publications.
- Tavares, J. & Alarcão, I. (1992). *Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem*. 1ª Ed. Coimbra: Livraria Almedina
- Thrush, D.; Fife-Schaw, C. & Breakwell, G.M. (1997). Young people's representations of others' views of smoking: is there a link with smoking behaviour?. *Journal of Adolescence*, 20, 57–70.
- Todd, J. & Currie, D. (2004). Sedentary behaviour. In: C. Currie *et al.* (Eds.), *Health and health behaviour among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey* (pp. 98-108). Health Policy for Children and Adolescence, No.4, WHO Regional Office for Europe. Acedido a 20 de Setembro de 2005 em <http://www.euro.who.int/Document/e82923.pdf>
- Tones, T. & Robinson (1990). *Health Education effectiveness and efficiency*. Londres: Chapman and Hall
- Torsheim, T.; Välimaa, R. & Danielson, M. (2004). Health and well-being. In: C. Currie *et al.* (Eds.), *Health and health behaviour among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey* (pp. 55-62). Health Policy for Children and Adolescence, No.4, WHO Regional Office for Europe. Acedido a 20 de Setembro de 2005 em <http://www.euro.who.int/Document/e82923.pdf>
- Turner, S.B. (2000) The history of changing concepts of health and illness: outline of a general model of illness categories. In G.L. Albrecht; R. Fitzpatrick, & S. Scrimshaw (Eds.), *The Handbook of Social Studies in Health & Medicine* (pp. 9-23). London: SAGE Publications Lda.
- Uitenbroek, D.G.; Kerekovska, A. & Festchieva, N. (1996). Health Lifestyle Behaviour And Socio-Demographic Characteristics. A Study Of Varna, Glasgow and Edinburgh. *Social Science & Medicine*.43, 367-377.
- Veiga, L.; Meliço-Silvestre, A.; Teixeira, F. & Martins, I. (2000). *Nem sempre o silêncio é de ouro – o caso da SIDA*. Coimbra: Instituto Politécnico de Coimbra.
- Vaz, A.L.; Motta, E. & Pereira, A.M.S. (2005). (In)sucesso académico, saúde e bem-estar. *Rua Larga – Revista da Reitoria da Universidade de Coimbra*.9, 8-9.
- Vaz-Serra, A (1994). *Inventário de Avaliação Clínica da Depressão*, Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica.
- Vereecken, C.; Ojala, K. & Jordan, M.D. (2004). Eating habits. In: C. Currie *et al.* (Eds.), *Health and health behaviour among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey* (pp. 110-119). Health Policy for Children and Adolescence, No.4, WHO Regional Office for Europe. Acedido a 20 de Setembro de 2005 em <http://www.euro.who.int/Document/e82923.pdf>
- Vitiello, N. (1995). Anticoncepção e sexualidade. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 6, 160-170.

- Vollrath, M. & Torgersen, S. (2002). Who takes health risks? A probe into eight personality types. *Personality and Individual Differences*, 32, 1185–1197.
- WHO (1948). *Officials Records of the World Health Organization*, n.º.2, p.100. United Nations, World Health Organization. Geneve: Interim Comission.
- WHO (1978). *Alma-Ata: Primary Health Care*. Geneve: WHO.
- WHO (1986a). *Health Promotion: concepts and principles in action, a policy framework*. Geneve: WHO
- WHO (1986b). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneve: WHO
- WHO (1988). *Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy*. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe. Acedido a 20 de Agosto de 2004 em http://www.who.int/hpr/NPH/docs/adelaide_recommendations.pdf
- WHO (1989). *European Charter on Environment and Health – First European Conference on Environment and Health. Frankfurt, 7-8 December 1989*. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe.
- WHO (1991). *Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Acedido a 20 de Agosto de 2004 em http://www.who.int/hpr/NPH/docs/sundsvall_statement.pdf
- WHO (1997). *A Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Acedido a 20 de Agosto de 2004 em http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_portuguese.pdf
- WHO (1998a) *Health promotion glossary*. Geneve: WHO.
- WHO (1998b). *Health 21: Health for All in the 21st century*. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe.
- WHO (2000). *Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Acedido a 20 de Agosto de 2004 em http://www.who.int/hpr/NPH/docs/mxconf_report_sp.pdf
- WHO (2001). *Saúde Dos Adolescentes: Estratégia Para A Região Africana*. WHO Regional Office for Africa. Brazzaville.
- WHO (2003). *The European Health Report 2002*, European Series, n.º 97. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- WHO (2003a). *Atlas of health in Europe*. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe.
- WHO (2003b). *The World health report : 2003 : shaping the future*. Geneve : WHO.

WEBGRAFIA

Comissão Nacional da Luta Contra a Sida (CNLCS)

Página Web oficial da CNLCS que para além de disponibilizar inúmera informação acerca da prevenção, diagnóstico, tratamento, apoio social e direitos dos doentes com SIDA, divulga dados sobre o VIH e SIDA em Portugal, e trabalhos e projectos de investigação nesta temática.

<http://www.sida.pt/>

Direcção Geral da Saúde

Página Web oficial da DGS, onde está disponível informação, publicações e artigos científicos em áreas como a Promoção da Saúde, Informação de Saúde e outras relacionadas.

<http://www.dgsaude.pt/>

Direcção-Geral de Viação (DGV)

Página Web oficial da DGV que disponibiliza não só informação acerca da legislação portuguesa em matéria de condução de veículos, mas também acerca da segurança e prevenção rodoviária, estatísticas e relatórios.

<http://www.dgv.pt/dgv/>

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)

Página Web oficial da EMCDDA, fundada em 1993 e com sede em Lisboa, e que disponibiliza ampla informação actualizada sobre as drogas, consumos e dependências na Europa.

<http://www.emcdda.eu.int/>

Instituto da Droga e da Toxicoddependência (IDT)

Página Web oficial do IDT que disponibiliza uma ampla e actualizada informação acerca do consumo de drogas em Portugal. Inclui tópicos relacionados com a prevenção, tratamento e dissuasão do consumo de drogas, bem como estatísticas, artigos de investigação e relatórios de actividades desenvolvidas em Portugal.

<http://www.drogas.pt/>

National Sleep Foundation

Na página Web desta Fundação Americana dedicada à promoção da segurança e saúde públicas através da compreensão do sono e das suas desordens, e ao apoio à investigação nesta área, encontra-se disponível uma vasta informação desta temática, e inumeros artigos científicos.

<http://www.sleepfoundation.org/>

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS)

Página Web oficial do OPSS. Este Observatório tem como finalidade proporcionar uma análise precisa, periódica e independente da evolução do sistema de saúde português e dos factores que a determinam, e é constituído por uma rede de investigadores e instituições académicas dedicadas ao estudo dos sistemas de saúde. Nesta página estão disponíveis inúmeros trabalhos de investigação sobre os serviços de saúde.

<http://www.observaport.org/OPSS/>

Organisation for Economic Co-operation and Development (OCDE)

Página Web oficial da OCDE que, entre outra informação, disponibiliza estatísticas e artigos relacionados com a Saúde e Desenvolvimento Económico e Social.

<http://www.oecd.org/>

SciELO - Scientific Electronic Library Online

Página Web que permite aceder a inúmeros artigos científicos e revistas internacionais dedicadas à Saúde Pública e Promoção da Saúde.

<http://www.scielo.org/>

The Canadian Health Network - healthy living and health promotion information

Página Web oficial da Public Health Agency of Canada, que disponibiliza uma ampla e actualizada informação (incluindo inúmeros artigos científicos) sobre vários tópicos relacionados com a saúde e a promoção de estilos de vida saudáveis.

<http://www.canadian-health-network.ca/>

The Center for Media Studies

Na página Web oficial desta organização, fundada pelo *Department of Journalism and Media Studies in the School of Communication, Information, and Library Studies* da Universidade de Rutgers, New Jersey, e que investiga o impacto dos meios de comunicação de massas na sociedade contemporânea, estão disponíveis vários artigos científicos e estudos relacionados com a Juventude, Meios de Comunicação de Massas, Educação e Saúde.

www.mediastudies.rutgers.edu

World Health Organization (WHO)

Página Web oficial da WHO, que disponibiliza inúmera informação relacionada com a Saúde e os seus determinantes, e permite o acesso a publicações e artigos científicos nesta área.

<http://www.who.int/>

APÊNDICES

Apêndice A Grelha de suporte ao Método da Reflexão Falada

Apêndice B Questionário

APÊNDICE A

Anexo 1 - Grelha de suporte - Método da Reflexão falada

	<i>Comportamento Verbal</i>	<i>Comportamento Não Verbal</i>
Idade____ Sexo____		
Duração do preenchimento : _____ Observações:		
Idade____ Sexo____		
Duração do preenchimento : _____ Observações:		
Idade____ Sexo____		
Duração do preenchimento : _____ Observações:		

APÊNDICE B
Questionário

Caro Aluno (a), no âmbito do Mestrado em Comunicação e Educação em Ciência da Universidade de Aveiro, estou a realizar um trabalho de investigação acerca do contributo da Educação para a Saúde nas práticas e comportamentos dos estudantes do ensino secundário e superior. A tua colaboração voluntária é essencial. As respostas são anónimas e confidenciais. **Não deixes nenhuma questão por responder.** Obrigado. (Pedro Gaspar - *pedrojs@clix.pt*)

1- Idade: ____ 2- Sexo: M. F. 3- Localidade onde resides actualmente: _____
 4- Com quem vives? (assinala todas as opções que se adequem) : Pai Mãe Irmão(s) Sózinho Outros quais? _____
 5- Profissão do pai: _____ 7- Empregado Sim Não Reformado
 6- Profissão da mãe: _____ 8- Empregada Sim Não Reformada

9- Nível de ensino que frequentas: Secundário Superior

Se frequentas o ENSINO SECUNDÁRIO : 10- Qual o ano? _____ 12- Qual o Curso? <input type="checkbox"/> Curso Geral . Qual?: _____ <input type="checkbox"/> Curso Tecnológico .Qual?: _____ <input type="checkbox"/> Curso Profissional .Qual?: _____ <input type="checkbox"/> Outro qual? _____	Se frequentas o ENSINO SUPERIOR : 11- Ano: _____ 13- Curso: _____
--	--

14- Que actividades relacionadas com a Saúde frequentas ou frequentaste NA ESCOLA?

	Sim	Não
Educação para a Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educação Sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prevenção de Acidentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra qual? _____		

De acordo com os parâmetros **Nunca, Raramente, Às vezes, Frequentemente e Muito frequentemente ou sempre**, dá a tua opinião sobre as seguintes questões:

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente ou sempre
15 Sinto necessidade dessa informação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Tenho curiosidade nessa informação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Procuro-a quando estou preocupado com a minha saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Responde às minhas dúvidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Explica-me "como fazer"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Chega em "tempo útil"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Compreendo o que leio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Compreendo o que oiço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Incentiva-me a saber mais sobre como manter-me saudável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Ajuda-me a resolver problemas do dia-a dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Faz-me reflectir nas minhas prática e comportamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 Leva-me a mudar de práticas e comportamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 Faz-me sentir mais responsável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 Faz-me sentir mais seguro(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

APÊNDICE B

A informação que me permite evitar práticas e comportamentos de risco e ter práticas e comportamentos saudáveis obtenho-a:

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente ou sempre
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

57 **Conduzo veículos motorizados (carro, moto, motorizada, etc.)** Sim Não

Se respondeste **Não** à questão anterior, passa para a questão **61**. Se respondeste **Sim** responde também às questões imediatamente a seguir:

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente ou sempre
58	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

61 **Tenho relações sexuais** Sim Não

Se respondeste **Não** à questão anterior, passa para a questão **70**. Se respondeste **Sim** responde também às questões imediatamente a seguir:

Em relação às minhas práticas e comportamentos, considero que:

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente ou sempre
63	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

APÊNDICE B

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente ou sempre
70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
92	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
93	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
94	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
95	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
96	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
97	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
98	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
99	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
102	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
103	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
104	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
105	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
106	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
107	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
108	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
109	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
110	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
111	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
112	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
113	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
114	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
115	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
116	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
117	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
118	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
119	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
120	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
121	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
122	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
123	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
124	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
125	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
126	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
127	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
128	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
129	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
130	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
131	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>