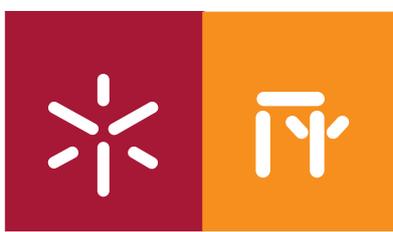




**Universidade do Minho**  
Instituto de Educação e Psicologia

Pedro Manuel Azevedo da Costa

**Comportamentos de Saúde dos  
Adolescentes Escolarizados: um estudo  
efectuado com alunos do 3º ciclo e do  
ensino secundário.**



**Universidade do Minho**

Instituto de Educação e Psicologia

Pedro Manuel Azevedo da Costa

**Comportamentos de Saúde dos  
Adolescentes Escolarizados: um estudo  
efectuado com alunos do 3º ciclo e do  
ensino secundário.**

Dissertação de Mestrado em Educação  
Área de Especialização Educação para a Saúde

Trabalho realizado sob a orientação do  
**Professor Doutor José Alberto Gomes Precioso**

Outubro de 2009

## **AGRADECIMENTOS**

Desde o momento em que dei início a este projecto de investigação até à sua finalização, muitas foram as pessoas que, directa ou indirectamente, contribuíram decisivamente para a sua realização, pelo que agradeço e expresso a minha profunda gratidão pelo apoio prestado.

Ao Professor Doutor José Precioso pela sua competência na orientação desta investigação.

Ao Órgão de Direcção e Professores da escola onde foi realizada a recolha de informações, pela abertura, colaboração e simpatia que demonstraram.

Aos alunos que colaboraram neste estudo.

Aos amigos, em especial à Margarida Ferreira e ao João Magalhães pelo apoio que me prestaram na elaboração deste estudo.

Aos meus pais, em especial à minha mãe, pela compreensão e confiança com que aceitaram em muitos momentos prescindir da atenção e dedicação que lhes devo.



## **Comportamentos de Saúde dos Adolescentes Escolarizados: um estudo efectuado com alunos do 3ºciclo e do ensino secundário**

### **RESUMO**

Os resultados da investigação sobre a saúde dos adolescentes, realizados nos últimos anos, permitem concluir que as ameaças à saúde desses grupos etários, advêm sobretudo do seu estilo de vida, no qual se inclui os comportamentos de saúde. A Educação para a Saúde (EpS) é uma das vias para promover a adopção de condutas saudáveis e/ou alterar comportamentos perniciosos, sendo a escola um dos locais privilegiados para o concretizar. Com o objectivo de promover a EpS em meio escolar, o Ministério da Educação determinou a inclusão de várias temáticas nos Projectos Educativos das Escolas (PEE), entre as quais se encontram: a alimentação, a actividade física, o consumo de substâncias psicoactivas, a sexualidade e as infecções sexualmente transmissíveis, com relevância para a prevenção da SIDA e a violência em meio escolar/saúde mental. Na elaboração de um PEE tem que se ter conta as necessidades de saúde dos alunos, pelo que se torna importante que cada escola identifique os problemas de saúde dos seus alunos, para os poder combater e monitorizar.

Nesse contexto, os objectivos desta investigação consistiram em: 1) caracterizar alguns comportamentos de saúde dos jovens adolescentes da amostra, 2) descrever a evolução dos comportamentos de saúde dos adolescentes ao longo da escolaridade, 3) analisar alguns factores relacionados com os comportamentos de saúde dos adolescentes e 4) descrever a percepção de actividades de promoção de saúde desenvolvidas na escola alvo.

Participaram no estudo 402 alunos dos 7º, 8º, 9º, 10º, 11º e 12º anos de escolaridade. O estudo consistiu na aplicação de um questionário anónimo de auto resposta, que incluía um grupo de questões sobre comportamentos de saúde e um outro grupo sobre temas de EpS desenvolvidos na escola. O questionário foi aplicado em Março de 2009 e os dados foram tratados no programa estatístico SPSS, tendo sido feitas distribuições de frequências e aplicado o teste do Qui-quadrado para relacionar os comportamentos de saúde com algumas variáveis sócio-demográfias e a retenção escolar.

Os resultados revelam que percentagens elevadas de alunos: 1) fazem uma alimentação hipercalórica; bebem excessivamente; fumam diariamente e ocasionalmente e praticam pouca actividade física/desporto, 2) de uma forma generalizada a prevalência de comportamentos prejudiciais para a saúde aumenta ao longo da escolaridade, 3) a retenção/reprovação escolar pode ser considerada como factor de risco de comportamentos prejudiciais à saúde, não se verificando o mesmo em relação à posição social e habilitações literárias dos pais e 4) regra geral, percentagens apreciáveis de alunos declaram que foram abordados vários temas de saúde na escola, mas essa percentagem diminui com a escolaridade.

Os resultados evidenciam a necessidade de construir um PEE que tenha em conta os principais problemas detectados e que contemple estratégias eficazes para a sua resolução.

Este estudo permitiu ainda a validação de um instrumento de recolha de dados sobre comportamentos de saúde, o qual pode ser utilizado na monitorização de comportamentos de saúde em meio escolar.



# **Health Behaviours of Adolescents Schooled: a study with students from 3<sup>rd</sup> cycle and secondary education**

## **ABSTRACT**

The results of research on adolescent health in recent years has inferred that the health threats on these particular age groups, come mainly from their lifestyle, which includes health behaviours. Education for Health (EfH) is one of the ways to promote the adoption of healthy behaviours and/or change adverse behaviours related to health, and so, schools are the best place to make it real. In order to promote EfH in schools, the Ministry of Education determined the inclusion of several topics in School Educational Projects (SEP) among them: nutrition, physical activity, consumption of psychoactive substances, sexuality and sexually transmitted infections, with relevance to AIDS prevention and violence at school/mental health. In the preparation of a SEP we must taken into account the health needs of students, and it is so important that each school identify the health problems of their students, to monitor and combat.

In this context, the aims of this research were: 1) characterize some of the health behaviours of young adolescents; 2) describe the evolution of the health behaviours of adolescents throughout school years; 3) analyze some factors related to health behaviours of adolescents and 4) describe the perception of health promoting activities developed in the target school.

There are 402 students who participated in the study from 7th, 8th, 9th, 10th, 11th and 12th grades. The study consisted of an anonymous and self response questionnaire which included a set of questions about health behaviours related to the inquired people and another group on EfH issues developed in school. The questionnaire was applied in March 2009 and data were processed in a statistical program known as SPSS in which were made frequency distributions and applied the square-chi to relate health behaviours with some variables.

The results show that high percentages of students: 1) have high calorie meals, they drink excessively, smoke daily and occasionally and there is a little physical activity/sport, 2) in general, harmful health behaviours increases throughout school years, 3) school retention /failure can be regarded as a risk factor for adverse health behaviours, but the same can not be said relatively to social position and literary qualifications of their parents and 4) generally, appreciable percentage of students state that discussed several health issues in school, but this percentage decreases with education.

The results show that there is a great the need of making a SEP that takes into account the key problems detected and includes effective strategies for their resolution. This study also allowed the validation of an instrument of data gathering on health behaviours, which can be used in monitoring health behaviours at schools.



# ÍNDICE GERAL

<b>CAPÍTULO I - CONTEXTUALIZAÇÃO E APRESENTAÇÃO DO ESTUDO .....</b>	<b>23</b>
1.1. INTRODUÇÃO.....	23
1.2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO .....	23
1.2.1. Adolescência .....	23
1.2.2. Problemas de Saúde dos Adolescentes .....	25
1.2.3. Determinantes dos Comportamentos de Saúde .....	30
1.2.4. Educação para a Saúde na Escola em Portugal .....	32
1.3. OBJECTIVOS DO ESTUDO .....	36
1.4. IMPORTÂNCIA DO ESTUDO.....	37
1.5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	38
1.6. DESCRIÇÃO GERAL DA DISSERTAÇÃO.....	39
<b>CAPÍTULO II - REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>41</b>
2.1. INTRODUÇÃO.....	41
2.2. COMPORTAMENTOS DE SAÚDE EM ADOLESCENTES.....	42
2.2.1. Hábitos Alimentares.....	42
2.2.1.1. <i>Noções básicas de uma alimentação saudável</i> .....	42
2.2.1.2. <i>Importância de uma alimentação saudável</i> .....	45
2.2.1.3. <i>Hábitos Alimentares em adolescentes Portugueses e Europeus</i> .....	47
2.2.1.4. <i>Evolução da prevalência de ingestão de alimentos saudáveis em Adolescentes Portugueses</i> .....	57
2.2.1.5. <i>Determinantes dos hábitos alimentares</i> .....	62
2.2.2. Hábitos de Ingestão de álcool.....	65
2.2.2.1. <i>Consequências do consumo de álcool pelas crianças e jovens</i> .....	65
2.2.2.2. <i>Hábitos de Ingestão de álcool em adolescentes Europeus e Portugueses</i> .....	67
2.2.2.3. <i>Evolução da prevalência de Ingestão de álcool em Adolescentes Portugueses</i> .....	74
2.2.2.4. <i>Determinantes do consumo de álcool pelas crianças e jovens</i> .....	83
2.2.3. Hábitos Tabágicos .....	85
2.2.3.1. <i>Consequências do consumo de tabaco pelas crianças e jovens</i> .....	85
2.2.3.2. <i>Hábitos Tabágicos em adolescentes Europeus e Portugueses</i> .....	87
2.2.3.3. <i>Evolução da prevalência do consumo de tabaco em Adolescentes Portugueses</i> .....	94
2.2.3.4. <i>Determinantes do consumo de tabaco pelas crianças e jovens</i> .....	100
2.2.4. Actividade Física nos Adolescentes.....	102
2.2.4.1. <i>Noção de actividade física</i> .....	102
2.2.4.2. <i>Importância da actividade física</i> .....	103
2.2.4.3. <i>Actividade física em adolescentes Europeus e Portugueses</i> .....	105

2.2.4.4. <i>Evolução da prevalência da prática de actividade física em Adolescentes Portugueses</i> .....	110
2.2.4.5. <i>Determinantes da actividade física pelas crianças e jovens</i> .....	115
2.3. ORIENTAÇÕES EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NA ESCOLA EM PORTUGAL .....	117
<b>CAPÍTULO III - METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO.....</b>	<b>123</b>
3.1. INTRODUÇÃO.....	123
3.2. DESCRIÇÃO DO ESTUDO REALIZADO.....	123
3.2.1. População e Amostra.....	124
3.2.2. Selecção da Amostra.....	125
3.2.3. Caracterização da Amostra.....	125
3.2.4. Selecção da Técnica de Investigação: Inquérito por Questionário.....	127
3.2.5. Instrumento de Recolha de Dados: Elaboração e Validação.....	129
3.2.6. Recolha de Dados.....	132
3.2.7. Tratamento de Dados.....	133
<b>CAPÍTULO IV - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS .....</b>	<b>135</b>
4.1. INTRODUÇÃO.....	135
4.2. DESCRIÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS.....	136
4.2.1. Comportamentos de Saúde dos Adolescentes da Amostra.....	136
4.2.1.1. <i>Hábitos Alimentares</i> .....	136
4.2.1.2. <i>Hábitos de Ingestão de Bebidas Alcoólicas</i> .....	162
4.2.1.3. <i>Hábitos Tabágicos</i> .....	173
4.2.1.4. <i>Hábitos da Prática de Actividade Física</i> .....	178
4.2.1.5. <i>Massa Corporal dos Alunos da Amostra</i> .....	188
4.2.2. Factores Relacionados com os Comportamentos de Saúde dos Alunos.....	191
4.2.2.1. <i>Relação entre a retenção/reprovação escolar e os comportamentos de saúde dos adolescentes</i> .....	191
4.2.2.2. <i>Relação entre a posição social e os comportamentos de saúde dos adolescentes</i> .....	199
4.2.2.3. <i>Relação entre as habilitações literárias dos pais dos alunos e os comportamentos de saúde dos filhos</i> .....	207
4.2.3. Percepção de Temas de Promoção de Saúde Desenvolvidas na Escola.....	214
4.2.3.1. <i>Temas sobre alimentação saudável abordados na escola pelos alunos do 9º e 12º ano de escolaridade</i> .....	214
4.2.3.2. <i>Temas sobre alcoolismo abordados na escola pelos alunos do 9º e 12º ano de escolaridade</i> .....	215
4.2.3.3. <i>Temas sobre tabagismo abordados na escola pelos alunos do 9º e 12º ano de escolaridade</i> .....	217
4.2.3.4. <i>Temas sobre actividade física e desporto abordados na escola pelos alunos do 9º e 12º ano de escolaridade</i> .....	218
<b>CAPÍTULO V - CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E RECOMENDAÇÕES.....</b>	<b>221</b>
5.1. INTRODUÇÃO.....	221
5.2. CONCLUSÕES DA INVESTIGAÇÃO.....	221
5.2.1. Comportamentos de saúde dos adolescentes da amostra.....	221

5.2.1.1. Conclusões sobre os hábitos alimentares.....	221
5.2.1.2. Conclusões sobre hábitos de consumo de bebidas alcoólicas.....	226
5.2.1.3. Conclusões sobre hábitos tabágicos.....	227
5.2.1.4. Conclusões sobre hábitos de actividade física e desporto.....	227
5.2.1.5. Conclusões sobre o índice de massa corporal dos alunos.....	228
5.2.2. Factores Relacionados com Comportamentos de Saúde dos Alunos.....	229
5.2.2.1. Conclusões sobre a relação entre a retenção/reprovação escolar e alguns comportamentos de saúde dos adolescentes da amostra.....	229
5.2.2.2. Conclusões sobre a relação entre a posição social e alguns comportamentos de saúde dos adolescentes da amostra.....	230
5.2.2.3. Conclusões sobre a relação entre as habilitações literárias dos pais e alguns comportamentos de saúde dos adolescentes da amostra.....	230
5.2.3. Conclusões sobre percepção de temas de Educação para a Saúde abordados na escola, pelos dos alunos do 9º e 12º ano de escolaridade.....	232
5.3. IMPLICAÇÕES DOS RESULTADOS.....	233
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>239</b>
<b>LEGISLAÇÃO.....</b>	<b>253</b>
<b>ENDEREÇOS ELECTRÓNICOS.....</b>	<b>255</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>259</b>
<b>ANEXO 1.....</b>	<b>259</b>
<b>ANEXO 2.....</b>	<b>269</b>

## SIGLAS E ABREVIATURAS

ACSM – American College of Sports Medicine

cL – Centilitro

DGIDC – Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular

ECATD – Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga

EpS – Educação para a Saúde

EPS – Escola Promotora de Saúde

ESPAD – European School Survey Project on Alcohol and other Drugs

FC – Frequência cardíaca

GTES – Grupo de Trabalho de Educação Sexual

HBSC – Health Behaviour in School-aged Children

IARC – International Agency for Research on Cancer

IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência

IMC – Índice de Massa Corporal

INME – Inquérito Nacional em Meio Escolar

ODT – Observatório da Droga e da Toxicodependência

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PEE – Projecto Educativo de Escola

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

PS – Promoção de Saúde

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SPSS – Statistical Package for the Social Science

UE – União Europeia

UNESCO – United Nations Educational Scientific and Cultural Organization

USDHHS – United States Department of Health and Human Services

VIH – Vírus da imunodeficiência humana

WHO – World Health Organization

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Consumo de cerveja, vinho e bebidas espirituosas, durante os últimos 30 dias em Portugal, em função do sexo (ESPAD 2007) .....	<b>74</b>
<b>Tabela 2:</b> Caracterização da amostra por ano de escolaridade, sexo e média de idade .....	<b>126</b>
<b>Tabela 3:</b> Caracterização da amostra por ano de escolaridade, idade e sexo .....	<b>126</b>
<b>Tabela 4:</b> Frequência do número de refeições realizadas numa semana pelos alunos da amostra .....	<b>136</b>
<b>Tabela 5:</b> Frequência do número de refeições realizadas numa semana pelos alunos da amostra, em função do sexo .....	<b>138</b>
<b>Tabela 6:</b> Frequência de refeições realizadas numa semana pelos alunos da amostra, em função do ano de escolaridade .....	<b>139</b>
<b>Tabela 7:</b> Frequência de ingestão de alimentos entre as principais refeições, em função do sexo .....	<b>140</b>
<b>Tabela 8:</b> Frequência de ingestão de alimentos entre as principais refeições, por ano de escolaridade .....	<b>141</b>
<b>Tabela 9:</b> Frequência do local onde é habitual os alunos fazerem as principais refeições, em função da escolaridade.....	<b>143</b>
<b>Tabela 10:</b> Frequência de consumo de alguns alimentos e bebidas pelos alunos da amostra ..	<b>146</b>
<b>Tabela 11.A:</b> Frequência de consumo de alguns alimentos e bebidas, por nível de escolaridade .....	<b>149</b>
<b>Tabela 11.B:</b> Frequência de consumo de alguns alimentos e bebidas, por nível de escolaridade .....	<b>152</b>
<b>Tabela 12:</b> Frequência de consumo de legumes, fruta e refrigerantes, por idade e sexo .....	<b>154</b>
<b>Tabela 13:</b> Frequência de consumo de alguns alimentos e bebidas ao pequeno-almoço.....	<b>156</b>
<b>Tabela 14:</b> Frequência de consumo de alguns alimentos e bebidas ao pequeno-almoço, por nível de escolaridade.....	<b>159</b>
<b>Tabela 15:</b> Frequência de consumo de alguns alimentos e bebidas ao lanche.....	<b>161</b>
<b>Tabela 16:</b> Frequência de alunos que experimentaram consumir bebidas alcoólicas.....	<b>162</b>

<b>Tabela 17:</b> Frequência de alunos que experimentaram consumir <i>bebidas alcoólicas</i> , em função do sexo .....	<b>163</b>
<b>Tabela 18:</b> Frequência de alunos que experimentaram consumir bebidas alcoólicas, por ano de escolaridade .....	<b>164</b>
<b>Tabela 19:</b> Frequência de alunos que experimentaram consumir bebidas alcoólicas, em função da idade e sexo.....	<b>165</b>
<b>Tabela 20:</b> Frequência de alunos da amostra que consumiram bebidas alcoólicas até à embriaguez, em função do sexo .....	<b>166</b>
<b>Tabela 21:</b> Frequência de alunos da amostra que consumiram bebidas alcoólicas até à embriaguez, em função do ano de escolaridade .....	<b>167</b>
<b>Tabela 22:</b> Frequência de consumo de vinho, cerveja e bebidas brancas pelos alunos da amostra .....	<b>168</b>
<b>Tabela 23:</b> Frequência de consumo de vinho, cerveja e bebidas brancas pelos alunos da amostra, em função do sexo.....	<b>169</b>
<b>Tabela 24:</b> Frequência de consumo de vinho pelos alunos da amostra, em função da escolaridade .....	<b>170</b>
<b>Tabela 25:</b> Frequência de consumo de cerveja pelos alunos da amostra, em função da escolaridade .....	<b>171</b>
<b>Tabela 26:</b> Frequência de consumo de bebidas brancas pelos alunos da amostra, em função da escolaridade.....	<b>172</b>
<b>Tabela 27:</b> Prevalência de fumadores diários, semanais e ocasionais.....	<b>173</b>
<b>Tabela 28:</b> Prevalência de fumadores diários, semanais e ocasionais, em função do sexo .....	<b>174</b>
<b>Tabela 29:</b> Prevalência de fumadores diários, semanais e ocasionais, em função do ano de escolaridade .....	<b>175</b>
<b>Tabela 30:</b> Número de cigarro consumidos por dia, pelos alunos fumadores da amostra, por sexo .....	<b>176</b>
<b>Tabela 31:</b> Número de cigarro consumidos por dia, pelos alunos fumadores da amostra, por nível de escolaridade.....	<b>176</b>
<b>Tabela 32:</b> Tentativas de deixar de fumar efectuadas pelos alunos fumadores da amostra, em função do sexo .....	<b>177</b>

<b>Tabela 33:</b> Tentativas de deixar de fumar efectuadas pelos alunos fumadores da amostra, por nível de escolaridade .....	<b>178</b>
<b>Tabela 34:</b> Frequência da prática de actividade física/desporto fora do horário escolar, pelos alunos da amostra.....	<b>179</b>
<b>Tabela 35:</b> Frequência da prática de actividade física/desporto fora do horário escolar, pelos alunos da amostra, em função do sexo.....	<b>180</b>
<b>Tabela 36:</b> Frequência da prática de actividade física/desporto fora do horário escolar, pelos alunos da amostra, por ano de escolaridade.....	<b>181</b>
<b>Tabela 37:</b> Frequência de alunos da amostra que praticam desporto fora da escola, em função do sexo .....	<b>182</b>
<b>Tabela 38:</b> Frequência de alunos da amostra que praticam desporto fora da escola, por ano de escolaridade .....	<b>183</b>
<b>Tabela 39:</b> Modalidades desportivas mais praticadas pelos alunos da amostra fora da escola.....	<b>184</b>
<b>Tabela 40:</b> Modalidades desportivas mais praticadas pelos alunos da amostra fora da escola, em função do sexo .....	<b>185</b>
<b>Tabela 41:</b> Modalidades desportivas mais praticadas pelos alunos da amostra fora da escola, por nível de escolaridade.....	<b>186</b>
<b>Tabela 42:</b> Frequência de alunos da amostra que integram uma equipa desportiva na escola, em função do sexo .....	<b>187</b>
<b>Tabela 43:</b> Frequência de alunos da amostra que integram uma equipa desportiva na escola, por ano de escolaridade.....	<b>188</b>
<b>Tabela 44:</b> Distribuição do índice de massa corporal dos alunos da amostra, em função do sexo .....	<b>189</b>
<b>Tabela 45:</b> Distribuição do índice de massa corporal dos alunos da amostra, por ano de escolaridade .....	<b>190</b>
<b>Tabela 46:</b> Relação entre a retenção/reprovação escolar e o hábito de tomar o pequeno-almoço, pelos alunos da amostra.....	<b>192</b>
<b>Tabela 47:</b> Relação entre a retenção/reprovação escolar e o hábito de comer fruta dos alunos da amostra.....	<b>193</b>

<b>Tabela 48:</b> Relação entre a retenção/reprovação escolar e o hábito de consumir leite magro, pelos alunos da amostra .....	<b>194</b>
<b>Tabela 49:</b> Relação entre a retenção/reprovação escolar e o hábito de consumir refrigerantes/ bebidas açucaradas, pelos alunos da amostra .....	<b>195</b>
<b>Tabela 50:</b> Relação entre a retenção/reprovação escolar e a experimentação de bebidas alcoólicas, pelos alunos da amostra.....	<b>195</b>
<b>Tabela 51:</b> Relação entre a retenção/reprovação escolar e os episódios de embriaguez dos alunos da amostra.....	<b>196</b>
<b>Tabela 52:</b> Relação entre a retenção/reprovação escolar e o hábito de consumo de tabaco, pelos alunos da amostra.....	<b>197</b>
<b>Tabela 53:</b> Relação entre a retenção/reprovação escolar e a prática de actividade física/ desporto fora do horário escolar, pelos alunos da amostra.....	<b>198</b>
<b>Tabela 54:</b> Relação entre a posição social e o hábito de tomar o pequeno-almoço, pelos alunos da amostra.....	<b>200</b>
<b>Tabela 55:</b> Relação entre a posição social e o hábito de comer fruta, pelos alunos da amostra .....	<b>201</b>
<b>Tabela 56:</b> Relação entre a posição social e o hábito de consumir leite magro, pelos alunos da amostra .....	<b>202</b>
<b>Tabela 57:</b> Relação entre a posição social e o hábito de consumir refrigerantes/bebidas açucaradas, pelos alunos da amostra .....	<b>203</b>
<b>Tabela 58:</b> Relação entre a posição social e a experimentação de consumo de bebidas alcoólicas, pelos alunos da amostra.....	<b>203</b>
<b>Tabela 59:</b> Relação entre a posição social e os episódios de embriaguez dos alunos da amostra .....	<b>204</b>
<b>Tabela 60:</b> Relação entre a posição social e o hábito de consumo de tabaco, pelos alunos da amostra .....	<b>205</b>
<b>Tabela 61:</b> Relação entre a posição social e a prática de actividade física e/ou desporto fora do horário escolar, pelos alunos da amostra.....	<b>206</b>
<b>Tabela 62:</b> Relação entre as habilitações literárias dos pais e o hábito de comer fruta dos alunos da amostra.....	<b>208</b>

<b>Tabela 63:</b> Relação entre as habilitações literárias dos pais e o hábito de consumir refrigerantes/bebidas açucaradas dos alunos da amostra .....	<b>209</b>
<b>Tabela 64:</b> Relação entre as habilitações literárias dos pais e a experimentação de consumo de bebidas alcoólicas pelos alunos da amostra .....	<b>210</b>
<b>Tabela 65:</b> Relação entre as habilitações literárias dos pais e os episódios de embriaguez dos alunos da amostra .....	<b>211</b>
<b>Tabela 66:</b> Relação entre as habilitações literárias dos pais e o hábito de consumo de tabaco dos alunos da amostra.....	<b>212</b>
<b>Tabela 67:</b> Relação entre as habilitações literárias dos pais e a prática de actividade física e/ou desporto dos alunos da amostra.....	<b>213</b>
<b>Tabela 68:</b> Temas sobre alimentação saudável abordados na escola pelos alunos do 9º e 12º ano de escolaridade .....	<b>215</b>
<b>Tabela 69:</b> Temas sobre alcoolismo abordados na escola pelos alunos do 9º e 12º ano de escolaridade .....	<b>216</b>
<b>Tabela 70:</b> Temas sobre tabagismo abordados na escola pelos alunos do 9º e 12º ano de escolaridade .....	<b>218</b>
<b>Tabela 71:</b> Temas sobre actividade física e desporto abordados na escola pelos alunos do 9º e 12º ano de escolaridade.....	<b>219</b>

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Recomendações de porções diárias de ingestão de alguns alimentos.....	<b>45</b>
<b>Quadro 2:</b> Doenças associadas ao consumo de tabaco .....	<b>87</b>
<b>Quadro 3:</b> Matriz de indicadores e objectivos do questionário.....	<b>130</b>

## ÍNDICE DE MAPAS

<b>Mapa 1:</b> Distribuição de estudantes europeus que consumiram qualquer bebida alcoólica durante os últimos 30 dias ( ESPAD 2007 ).....	<b>71</b>
<b>Mapa 2:</b> Distribuição de estudantes europeus que utilizaram cigarros nos últimos 30 dias ( ESPAD 2007 ).....	<b>91</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Etiologia dos comportamentos humanos.....	<b>31</b>
--	-----------

## ÍNDICE DE GRÁFICOS E ESQUEMAS

<b>Gráfico 1:</b> Ingestão do pequeno-almoço durante a semana, por grupo etário em alguns países europeus ( HBSC 2006 ).....	<b>49</b>
<b>Gráfico 2:</b> Ingestão do pequeno-almoço durante a semana, por jovens portugueses, por sexo e grupo etário ( HBSC 2006 ) .....	<b>50</b>
<b>Gráfico 3:</b> Consumo diário de fruta, por grupo etário, em alguns países europeus (HBSC 2006).....	<b>51</b>
<b>Gráfico 4:</b> Consumo diário de fruta dos jovens portugueses, por sexo e grupo etário ( HBSC 2006 ) .....	<b>52</b>
<b>Gráfico 5:</b> Consumo diário de vegetais, por grupo etário, em alguns países europeus ( HBSC 2006 ) .....	<b>53</b>
<b>Gráfico 6:</b> Consumo diário de vegetais por jovens portugueses, por sexo e grupo etário ( HBSC 2006 ) .....	<b>54</b>
<b>Gráfico 7:</b> Consumo diário de refrigerantes, por grupo etário, em alguns países europeus ( HBSC 2006 ) .....	<b>55</b>
<b>Gráfico 8:</b> Consumo diário de refrigerantes, por jovens portugueses, por sexo e grupo etário ( HBSC 2006 ) .....	<b>56</b>
<b>Gráfico 9:</b> Evolução da prevalência de ingestão de pequeno-almoço, durante a semana, de jovens portugueses, por sexo e grupo etário ( HBSC 2002/2006 ) .....	<b>58</b>
<b>Gráfico 10:</b> Evolução da prevalência do consumo diário de fruta, pelos jovens portugueses, por sexo e grupo etário ( HBSC 1998/2002/2006 ) .....	<b>59</b>
<b>Gráfico 11:</b> Evolução da prevalência do consumo diário de vegetais, pelos jovens portugueses, por sexo e grupo etário ( HBSC 2002/2006 ).....	<b>60</b>
<b>Gráfico 12:</b> Evolução da prevalência do consumo diário de refrigerantes, pelos jovens portugueses, por sexo e grupo etário ( HBSC 1998/2002/2006 ).....	<b>61</b>

<b>Gráfico 13:</b> Evolução da prevalência do consumo diário de doces/chocolates, pelos jovens portugueses, por grupo etário ( HBSC 2002/2006 ) .....	<b>62</b>
<b>Esquema1:</b> Factores que influenciam o consumo alimentar de cada indivíduo.....	<b>64</b>
<b>Gráfico 14:</b> Consumo de álcool pelo menos uma vez por semana, em alguns países europeus, por grupo etário ( HBSC 2006 ) .....	<b>68</b>
<b>Gráfico 15:</b> Consumo de álcool pelo menos uma vez por semana, pelos jovens portugueses, por sexo e grupo etário ( HBSC 2006 ) .....	<b>69</b>
<b>Gráfico 16:</b> Consumo de álcool, pelo menos uma vez durante a vida, em função do sexo, em alguns países que integraram o ESPAD 2007 .....	<b>70</b>
<b>Gráfico 17:</b> Consumo excessivo de álcool durante os últimos 30 dias, em função do sexo, em alguns países que integraram o ESPAD 2007.....	<b>72</b>
<b>Gráfico 18:</b> Evolução da prevalência de jovens portugueses que consomem álcool pelo menos uma vez por semana, em função do sexo e grupo etário ( HBSC 1998/2002/2006 ) .....	<b>75</b>
<b>Gráfico 19:</b> Prevalência de jovens portugueses que consumiram álcool ao longo da vida, em função do sexo e grupo etário ( ECATD 2003 ) .....	<b>76</b>
<b>Gráfico 20:</b> Prevalência de jovens portugueses que consumiram álcool nos últimos 30 dias, em função do sexo e grupo etário ( ECATD 2003 ) .....	<b>77</b>
<b>Gráfico 21:</b> Prevalência de jovens portugueses que consumiram cerveja nos últimos 30 dias, em função do sexo e grupo etário ( ECATD 2003 ).....	<b>78</b>
<b>Gráfico 22:</b> Prevalência de jovens portugueses que consumiram vinho nos últimos 30 dias, em função do sexo e grupo etário ( ECATD 2003 ) .....	<b>78</b>
<b>Gráfico 23:</b> Prevalência de jovens portugueses que consumiram bebidas destiladas nos últimos 30 dias, em função do sexo e grupo etário ( ECATD 2003 ).....	<b>78</b>
<b>Gráfico 24:</b> Evolução da prevalência de jovens portugueses que consumiram álcool ao longo da vida, em função do sexo ( ESPAD 2007 ) .....	<b>80</b>
<b>Gráfico 25:</b> Evolução da prevalência de jovens portugueses que consumiram álcool nos últimos 30 dias, em função do sexo ( ESPAD 2007 ).....	<b>81</b>

<b>Gráfico 26:</b> Evolução da prevalência de jovens portugueses com episódios esporádicos de consumo excessivo de álcool, nos últimos 30 dias em função do sexo ( ESPAD 2007).....	<b>82</b>
<b>Gráfico 27:</b> Consumo de tabaco pelo menos uma vez por semana, por grupo etário, em alguns países europeus ( HBSC 2006 ).....	<b>88</b>
<b>Gráfico 28:</b> Prevalência de jovens portugueses que fumam pelo menos uma vez por semana, em função do sexo e grupo etário ( HBSC 2006 ).....	<b>90</b>
<b>Gráfico 29:</b> Prevalência de estudantes que utilizaram cigarros nos últimos 30 dias, em alguns países europeus, em função do sexo ( ESPAD 2007 ) .....	<b>92</b>
<b>Gráfico 30:</b> Prevalência de estudantes que utilizaram cigarros ao longa da vida, em alguns países europeus, em função do sexo ( ESPAD 2007 ) .....	<b>93</b>
<b>Gráfico 31:</b> Prevalência de estudantes que utilizaram 40 ou mais cigarros ao longa da vida, em alguns países europeus, em função do sexo ( ESPAD 2007 ).....	<b>94</b>
<b>Gráfico 32:</b> Evolução da prevalência de jovens portugueses que fumam pelo menos uma vez por semana, em função do sexo e grupo etário ( HBSC 1998/2002/2006 ) .....	<b>95</b>
<b>Gráfico 33:</b> Evolução da prevalência de jovens portugueses que consumiram tabaco nos últimos 30 dias, em função do sexo e grupo etário ( ECATD 2003 ).....	<b>96</b>
<b>Gráfico 34:</b> Evolução da prevalência de jovens portugueses que consumiram tabaco ao longo da vida, em função do sexo e grupo etário ( ECATD 2003 ).....	<b>97</b>
<b>Gráfico 35:</b> Evolução da prevalência de jovens portugueses que consumiram tabaco nos últimos 30 dias, em função do sexo ( ESPAD 2007).....	<b>98</b>
<b>Gráfico 36:</b> Evolução da prevalência de jovens portugueses que consumiram tabaco ao longo da vida, em função do sexo ( ESPAD 2007) .....	<b>99</b>
<b>Gráfico 37:</b> Evolução da prevalência de jovens portugueses que consumiram 40 ou mais cigarros ao longo da vida, em função do sexo ( ESPAD 2007) .....	<b>100</b>
<b>Gráfico 38:</b> Frequência de jovens que praticam actividade física moderada a vigorosa (pelo menos 1 hora por dia) por grupo etário, em alguns países europeus ( HBSC 2006 ).....	<b>106</b>
<b>Gráfico 39:</b> Frequência de jovens portugueses que praticam actividade física moderada a vigorosa (pelo menos 1 hora por dia) em função do sexo e idade ( HBSC 2006 ).....	<b>107</b>

<b>Gráfico 40:</b> Frequência do número de dias que os adolescentes foram fisicamente activos (pelo menos 1 hora por dia) em função do sexo e grupo etário, em alguns países europeus ( HBSC 2002 ).....	<b>108</b>
<b>Gráfico 41:</b> Modalidades desportivas praticadas pelos jovens portugueses, em função do sexo e grupo etário ( HBSC 2006 ) .....	<b>110</b>
<b>Gráfico 42:</b> Prevalência da prática de actividade física (pelo menos uma hora por dia) durante a última semana ( HBSC 2002/2006 ).....	<b>111</b>
<b>Gráfico 43:</b> Prevalência da prática de actividade física (pelo menos uma hora por dia) durante a última semana em função do sexo ( HBSC 2002/2006 ).....	<b>112</b>
<b>Gráfico 44:</b> Prevalência da prática de actividade física (pelo menos uma hora por dia) durante a última semana em função da idade ( HBSC 2002/2006 ).....	<b>113</b>
<b>Gráfico 45:</b> Prevalência da prática desportiva, em função do sexo e idade (HBSC 2002/2006 ).....	<b>114</b>

## **CAPÍTULO I**

### **CONTEXTUALIZAÇÃO E APRESENTAÇÃO DO ESTUDO**

#### **1.1. INTRODUÇÃO**

Neste capítulo da dissertação apresentamos o estudo que nos propusemos realizar e debruçamo-nos sobre os pressupostos teóricos inerentes à contextualização do mesmo.

Após esta secção introdutória (1.1) onde se faz uma breve síntese do capítulo, abordamos a contextualização do estudo (1.2) onde começamos por expor o conceito de adolescência (1.2.1) por se tratar de uma investigação cujo alvo são jovens adolescentes.

Seguidamente, como o objectivo principal deste estudo é investigar comportamentos de saúde em adolescentes, mais precisamente: hábitos alimentares; consumo de álcool e de tabaco; prática da actividade física; referimos alguns dos problemas de saúde inerentes a esta faixa etária de jovens adolescentes (1.2.2) bem como, os determinantes dos comportamentos de saúde (1.2.3) e concluímos com um enquadramento da Educação para a Saúde na escola em Portugal (1.2.4).

Posteriormente, expomos os objectivos que nos norteiam neste estudo (1.3) salientando a sua importância (1.4) e apresentamos as limitações da investigação (1.5). Terminamos este capítulo procedendo a uma breve descrição geral da estrutura da dissertação (1.6).

#### **1.2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO**

##### **1.2.1. Adolescência**

*“...o conceito de adolescência, enquanto período particular, distinto, da vida, situado entre a infância e a idade adulta, é um conceito recente.”*

Huerre, Pagan-Reymond & Reymond (2000, p.7)

Importa nesta dissertação começar por definir o conceito de adolescência, já que a população do estudo são os adolescentes. Este conceito é recente na história da Humanidade, porque nas sociedades primitivas mais evoluídas, como na antiga Grécia e Roma, e também nas sociedades da Idade Média e dos tempos modernos, não se falava em adolescência. Esta é uma passagem obrigatória entre a infância e a idade adulta, sendo um fenómeno sociocultural que reflecte todos os indícios do mal-estar visível e sensível de uma sociedade em mutação. A adolescência afirma-se como um fenómeno sociocultural no século XX (Huerre, Pagan-Reymond & Reymond, 2000).

Segundo os autores citados a palavra "*adolescência*" surge de uma evolução na Língua Latina, a partir de uma raiz indo-europeia, "*al*", que significa "*alimentar*". Ocorreram diversas derivações do termo "*al*", como por exemplo, "*aleré*" que significa "*alimentar, fazer crescer*" e posteriormente surgiu "*ol*", que é uma variante de "*al*", da qual derivou a palavra "*adolescere*", que significa *crescer*. O participio presente "*adolescens*" significa "*estar a crescer*" e o participio passado "*adultus*" significa "*parar de crescer*".

O adolescente é aquele que está a crescer e amadurecer, quer do ponto de vista orgânico e psicológico, quer na perspectiva social e humana. "*A adolescência é, pois, um crescer para a maturidade humana que passa por três fases de maturação: orgânica, psicológica e social*" (Tavares & Alarcão, 2002, p.39). Em cada uma destas fases há um estágio de transição de criança para a idade adulta. Entenda-se como estágio um período distinto do desenvolvimento humano, que pressupõe uma estrutura estruturada e estruturante, e integradora de todo um processo de formação e que não assenta necessariamente no conceito de idade (Tavares & Alarcão, 2002).

Para Sprinthall & Collins (1999, p.40) "*a adolescência engloba uma acção combinada entre as nítidas modificações biológicas, sociais e cognitivas dos indivíduos, e os contextos ou domínios, nos quais eles experienciam as exigências e as oportunidades que afectam o seu desenvolvimento psicológico*".

Helena Fonseca<sup>1</sup> (2005) refere que os adolescentes crescem a ritmos diferentes, quer a nível somático, quer a nível psíquico, ou seja, evoluem interiormente e exteriormente a ritmos

---

<sup>1</sup> Presidente da secção de Medicina do Adolescente da sociedade Portuguesa de Pediatria e Vice-Presidente da International Association for Adolescent Health.

diferentes. A adolescência é um período de grandes transformações fundamentais, de ordem biológica, cognitiva, psicológica e social, e de múltiplas aventuras individuais. A autora salienta que estas alterações ocorrem em todos os jovens adolescentes, mas em contextos culturais, sociais, económicos, familiares e de saúde ou doença diferentes, sendo estes cenários determinantes no desenvolvimento do adolescente. Neste sentido a família, escola e pares constituem alicerces de crescimento, contribuindo acentuadamente para a promoção de estilos de vida mais saudáveis.

A passagem da infância à idade adulta é um percurso que leva o jovem adolescente da dependência e pouca responsabilidade até à autonomia responsável. É um trajecto, pouco linear, de desenvolvimento cognitivo, psicossocial e psicosexual, que o leva a interrogar-se sobre as alterações do seu corpo e dos seus comportamentos, tornando-o, algumas vezes, muito egocêntrico, acreditando que é imune aos comportamentos de risco e conseqüentemente à invulnerabilidade (Fonseca, 2005).

### **1.2.2. Problemas de Saúde dos Adolescentes**

Segundo o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida, do Ministério da Saúde *“as doenças crónicas não transmissíveis (doenças cardiovasculares, cancro, patologia respiratória crónica, diabetes mellitus, as doenças osteoarticulares e as perturbações da saúde mental, como a depressão) constituem, hoje, a principal causa de morbilidade e mortalidade nas sociedades desenvolvidas”* e sobretudo na população adulta. O mesmo documento reconhece que *“os erros alimentares, a obesidade, o consumo de tabaco, a ingestão excessiva de álcool, a inactividade física e a má gestão do stresse”*, são os principais factores que estão na origem das doenças anteriormente referidas (Ministério da Saúde, 2003, p.1).

Para Precioso (2009) estas patologias estão relacionadas com o estilo de vida das pessoas. Os estilos de vida são *“o conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, apreendidos através do processo de socialização e constantemente re-interpretados e testados ao longo do ciclo de vida”* (Ministério da Saúde, 2003, pp 2-3).

O conceito de estilos de vida, no século XX, surgiu como caracterizador social. Só na década de sessenta e setenta é que se associa este conceito aos fenómenos de comportamentos de consumo e aos desejos e aspirações de consumo, pelo que se pode definir *“estilo de vida como hábitos inculcados e transmissíveis”* (Santos, 2001, p.463).

Os estilos de vida nem sempre são sinónimos de qualidade de vida e conseqüentemente podem promover a adopção de comportamentos nefastos para a saúde, levando por isso a inúmeras patologias.

Segundo o Ministério da Saúde (2004) as principais causas de morte nos jovens são as externas e os tumores malignos. O aumento dos comportamentos de risco entre os jovens, tais como, o sedentarismo, os desequilíbrios nutricionais (excesso de peso, obesidade, bulimia, anorexia) os consumos relacionados com o álcool, o tabaco e as drogas ilícitas, as condutas violentas (mais frequentes nos rapazes) a morbidade e mortalidade por acidentes, e a maternidade e paternidade precoces, têm contribuído para um aumento dos problemas de saúde nos jovens. Tal facto levou o Ministério da Saúde a considerar os adolescentes como um grupo de intervenção prioritária, pelo que urge incentivar, prioritariamente, a adopção de estilos de vida e padrões de comportamento que condicionem favoravelmente a saúde (Ministério da Saúde, 2004).

O sedentarismo e os desequilíbrios nutricionais (excesso de peso, obesidade, bulimia, anorexia) são particularmente graves no Mundo e no nosso país. Em Portugal, segundo o documento "Promoção de Saúde em Meio Escolar. Promoção de uma Alimentação Saudável", 30% das crianças entre os 7 e os 11 anos são consideradas obesas ou com excesso de peso. Este estudo foi realizado pela plataforma da UE sobre Dieta, Actividade Física e Saúde, em colaboração com a Associação Europeia para o Estudo da Obesidade. A obesidade e o excesso de peso em jovens adolescentes, associado a estilos de vida sedentários, têm graves efeitos na saúde e são responsáveis pelo aumento dos factores de risco de maior morbidade e mortalidade na vida adulta. Associado à obesidade aparece, muito frequentemente, a diabetes mellitus tipo 2, a hipercolesterolemia e a hipertensão arterial, que aumentam o risco de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, sendo estas actualmente a maior causa de morte nas sociedades desenvolvidas. Ainda relacionado com o excesso de peso pode estar a discriminação social e auto-imagem negativa, que, conseqüentemente, originam problemas de comportamento e de aprendizagem (Ministério da Saúde, 2006a).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1998a) nos países em desenvolvimento, mais de metade de 12,2 milhões de mortes, por dia, em crianças com idade inferior a 5 anos, estão associadas a uma má nutrição. Entre 30 a 40% dos tumores nos homens e 60% nas mulheres são atribuídos à dieta alimentar (Dixey *et al.*, 1999). Aproximadamente 75% dos

cancros aparecem ligados a factores associados aos estilos de vida, como alimentação, consumo de álcool e tabaco (Holford, 2000).

O número de obesos no mundo continua a aumentar de forma preocupante (OMS, 1998b). Uma alimentação adequada e equilibrada na infância e na adolescência aumenta a probabilidade dos jovens se tornarem adultos saudáveis (OMS, 1998a). Os maus hábitos alimentares associados a uma diminuição da actividade física, potenciam o aparecimento de sobrepeso e de obesidade das crianças e jovens adolescentes. Para a Organização Mundial de Saúde (2000a) a obesidade é uma doença crónica-degenerativa na qual o excesso de gordura coloca em risco o estado de saúde do indivíduo obeso. A obesidade na infância e adolescência está associada ao nível socio-económico e educacional das famílias (Wang, 2001).

Num estudo efectuado em Portugal com 4511 crianças, das quais 2237 rapazes e 2274 raparigas, com idades compreendidas entre os 7 e os 9 anos de idade, a taxa de indivíduos com sobrepeso e obesidade foi de 31,5%, dos quais 20,3% tinham excesso de peso e 11,3% eram obesos (Padez *et al.*, 2004).

Sallis & Owen (1999) defendem a ideia que o declínio da actividade física nas crianças e adolescentes em idade escolar deve-se a influências biológicas e sociais. Os mesmos autores referem que a actividade física pode influenciar a saúde das crianças e adolescentes, porque diminui as causas de morbilidade através da redução de peso e do *stress* psicológico e, por outro lado, a actividade física durante a adolescência pode reduzir o risco de desenvolvimento de doenças crónicas em adulto.

Uma alimentação saudável promove a saúde dos indivíduos. Nesta perspectiva, é essencial investir na educação alimentar das crianças e jovens adolescentes, pois durante esta fase do desenvolvimento humano, os hábitos alimentares adquiridos têm importantes repercussões no estado de saúde destes ao nível do bem-estar físico e emocional (King *et al.*, 1996, citado em Matos *et al.*, 2003).

Outro problema grave entre os adolescentes e jovens adultos é o consumo de álcool. “*O álcool e a embriaguez constituem o problema número um entre os jovens*” (Calafat & Munar, 1999, p.38). Excluindo o tabaco e a cafeína, o álcool é a substância psicotrópica mais consumida pelos jovens na União Europeia (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodpendência, 2003). Na Europa o álcool é uma das principais causas de morte e invalidez, sendo responsável por 7,4% das incapacidades e mortes prematuras (Madelin, 2008).

Em Portugal, tal como na União Europeia, os problemas ligados à ingestão de álcool têm aumentado em proporções preocupantes, constatando-se aumentos de consumos nos adolescentes, principalmente no sexo feminino (Ministério da Saúde, 2003). O aumento de ingestão de álcool no sexo feminino tem-se aproximado dos valores de consumo do sexo masculino.

O Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga, com jovens em idade escolar, ESPAD – European School Survey Project on Alcohol and other Drugs, realizado em 2007, constatou que a percentagem média de adolescentes que afirmaram já terem bebido álcool pelo menos uma vez durante a vida, é de aproximadamente 89%. O mesmo estudo aponta a percentagem de 84% de jovens portugueses que referiram ter bebido álcool, pelo menos uma vez na vida e, no que concerne ao consumo de qualquer bebida alcoólica nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias que antecederam o inquérito ESPAD 2007, os valores médios declinam para 79% e 60%, respectivamente (Hibell *et al.*, 2009). As taxas de consumo aumentam substancialmente entre os 13 e os 15 anos de idade, principalmente nos rapazes (Currie *et al.*, 2008). Entre 2003 e 2007, registou-se um aumento acentuado de jovens portugueses que ingeriram esporadicamente álcool em excesso, verificando-se nestes quatro anos um acréscimo de 25% nos rapazes e 34% nas raparigas (Hibell *et al.*, 2009).

Os diversos estudos realizados evidenciam que os níveis de ingestão de álcool tendem a aumentar, principalmente o consumo esporádico e excessivo. Neste cenário, é essencial investir na educação para os consumos de substâncias psicoativas das crianças e jovens adolescentes, visto que a não ingestão de álcool promove a saúde dos indivíduos.

O tabagismo é outro comportamento grave de saúde pública. Estima-se que aproximadamente um terço da população mundial seja fumadora, a prevalência de fumadores nos homens é de 47,5% e nas mulheres é de 10,3% (Tobacco Free Initiative, WHO, 2006).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2008) a epidemia do tabaco matou 100 milhões de pessoas no século XX e mata actualmente 5,4 milhões por ano, devido ao cancro do pulmão, doenças cardiovasculares e outras doenças. A menos que sejam tomadas medidas urgentes, em 2030, haverá mais de 8 milhões de mortes todos os anos, mais de 80% das mortes ocorrerão em países em desenvolvimento e estima-se um bilhão de mortes durante o século XXI devido ao tabaco (WHO, 2008).

Os resultados do estudo HBSC (Health Behaviour in school-aged Children) realizado em 2006, permite-nos constatar que são os adolescentes masculinos e mais velhos aqueles que mais frequentemente experimentam ou consomem tabaco. Em Portugal verifica-se um aumento da prevalência do consumo de tabaco durante a adolescência, sendo notório que as taxas de consumo aumentam substancialmente entre 13 e os 15 anos de idade. Este é um comportamento típico dos rapazes no início da adolescência mas, no decorrer da mesma passa a ser um hábito mais praticado e enraizado pelas raparigas (Currie *et al.*, 2008).

Os resultados do inquérito ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) 2007, evidenciam que, em média, 58% dos estudantes dos países que integraram o estudo afirmaram já ter fumado pelo menos uma vez na vida, 29% fumaram nos últimos 30 dias e 2% destes últimos fumaram pelo menos um maço de cigarros por dia. Portugal foi um dos países onde se registou uma das menores taxas (19%) de utilização cigarros nos últimos 30 dias. No que diz respeito à evolução da prevalência ao longo da vida, para o consumo de tabaco, é de registar uma descida acentuada entre 2003 e 2007. Esta tendência de descida também se constatou nos adolescentes Portugueses, tendo-se registado, no referido período, um decréscimo de 10 pontos percentuais, contudo, mais de metade (52%) dos jovens portugueses já experimentaram fumar (Hibell *et al.*, 2009).

Quanto mais precocemente se iniciar o consumo de tabaco, mais hipóteses há de se ficar dependente para a vida inteira. Os indivíduos que iniciam o consumo numa fase mais precoce da vida acumulam efeitos mais nefastos para a saúde e, quem consome outro tipo de droga aditiva raramente o faz antes de ser fumador (Macedo & Precioso, 2006). Assim sendo, importa investir na prevenção do consumo de tabaco na adolescência. É relevante e essencial que os profissionais ligados à área da saúde e da docência estejam sensibilizados e motivados para os problemas associados ao tabagismo. Os professores são fundamentais na prevenção por contactarem com crianças e adolescentes, directamente e em períodos regulares e dilatados do tempo de escolaridade.

Segundo Precioso (2006) o sucesso máximo na aplicação de acções de prevenção sobre o tabagismo nos jovens adolescentes, passa por uma real articulação entre profissionais de saúde e professores, dentro de um modelo de Escolas Promotoras de Saúde, atendendo à dimensão curricular, psicossocial, ambiental e comunitária.

Calafat & Munar (1999) referem que é entre os 12 e os 15 anos de idade ocorre o período crítico para o início do consumo de substâncias psicoactivas. Nesta cenário, é de relevar a educação para os consumos em meio escolar, sendo os professores ótimos veículos para a transmissão de conteúdos de promoção da saúde, porque têm uma função tutelar na educação/formação e Promoção da Saúde das crianças e jovens adolescentes. Implementar estratégias preventivas de comportamentos de risco para a saúde que envolvam os discentes, estimular o desenvolvimento de competências que permitam aos alunos enfrentar situações de tomada de decisões conscientes, tornando-os capazes de prever as consequências das suas decisões, são a principal missão de um professor em Educação para a Saúde (EpS).

### **1.2.3. Determinantes dos Comportamentos de Saúde**

Psicologicamente designa-se por comportamento *“tudo aquilo que os seres vivos fazem, dizem e pensam”* (Abrunhosa & Leitão, 1987, p.16) ou seja, não é mais do que o resultado de uma personalidade numa dada situação. Contribuem para a formação desta uma variada gama de factores de ordem fisiológica e psicológica.

Um comportamento de saúde pode ser entendido como *“o padrão de comportamento observável, as acções e hábitos que se relacionam com a manutenção, a cura e a melhoria de saúde”* (Gochman, citado por Russel, 1996, p.6).

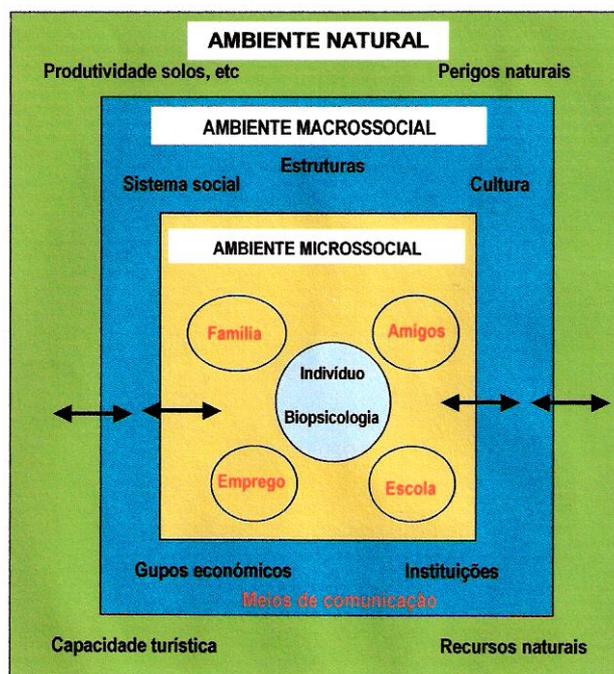
Os estilos de vida e os comportamentos de saúde estão intimamente ligados, estes últimos têm que ser entendidos como o resultado de interacções num contexto estrutural, cultural, social, não esquecendo os factores psicológicos. O meio ambiente, os hábitos alimentares, o consumo de álcool e drogas, os hábitos tabágicos, a actividade física e a sexual não segura são factores que condicionam um desenvolvimento saudável dos indivíduos (Matos *et al.*, 2003).

Os determinantes de saúde são os factores que condicionam a saúde das comunidades e dos indivíduos que as integram, neste contexto importa compreender os factores determinantes dos estilos de vida das pessoas. Segundo Mendoza, Pérez & Foguet (1994) os estilos de vida desenvolvem-se através de um complexo conjunto e interacção de factores biológicos, psicológicos, micro e macrosociais e ambientais como ilustra a Figura 1.

Os factores biológicos (idade, sexo, factores genéticos) e psicológicos (personalidade, interesses, educação recebida) determinam as características de cada indivíduo. Por outro lado,

cada indivíduo desenvolve-se influenciado por factores do meio microsocial, como a família, amigos, vizinhos, ambiente escolar ou laboral. Estes por sua vez são condicionados por factores macrosociais, dos quais salientamos o sistema social, as estruturas, a cultura, as instituições os meios de comunicação, os grupos económicos, entre outros. Como as condições de vida de uma sociedade são determinadas pelo meio físico geográfico, não podemos esquecer a influência dos factores ambientais (Mendoza, Pérez & Foguet, 1994).

**FIGURA 1**  
**Etiologia dos comportamentos humanos**



Fonte: Precioso, 2009, adaptado de Mendoza, Pérez & Foguet, 1994.

Para Branquinho (2000) os determinantes de saúde podem ser agrupados nas seguintes categorias de factores: "*biológicos*" - idade, sexo, factores genéticos; "*comportamentais e estilos de vida*" - fumar, exercício físico, alimentação; "*ambientais e condições de vida*" - alojamento, água, esgotos, condições de trabalho; "*sociais*" - emprego, estatuto socio-económico, apoio e rede social de contactos; "*relacionados com o sistema de saúde*" - políticas de saúde, serviços de saúde, acessibilidade e a forma como os cuidados de saúde são prestados.

Segundo o Ministério da Saúde (2003, p.2) "*os factores determinantes da saúde decorrem de factores individuais (genéticos, biológicos e psicológicos) e de factores ambientais,*

*económicos, sociais e culturais*”, o que torna necessária a implementação de redes e programas centrados em ambientes específicos (escolas, locais de trabalho, cidades, etc) predominantemente orientados para a capacitação dos indivíduos para a adopção de estilos de vida saudáveis e para a criação de condições ambientais, organizacionais e sociais mais favoráveis à saúde.

O controlo dos vários factores vastamente referidos constitui actualmente uma grande preocupação para a saúde pública. Sendo os comportamentos de saúde um dos principais alvos da Educação para a Saúde, torna-se necessário trabalhar as questões de saúde numa perspectiva multidisciplinar, não esquecendo nenhum dos determinantes (Rodrigues *et al.*, 2005).

Uma análise mais atenta aos determinantes anteriormente referidos, permite-nos afirmar que é necessário garantir a igualdade de oportunidades para todos, no acesso à saúde e à EpS. Para tal, é necessário encontrar respostas diferenciadas em função das necessidades específicas de cada comunidade e/ou indivíduo. O reduzido nível económico e educacional dos cidadãos condiciona a aplicação do conceito integral de saúde, ao longo do ciclo de vida do indivíduo (Matos *et al.*, 2004) pelo que, parece-nos fundamental a cooperação entre todos os actores implicados: governo, comunidade, escolas, pais e pares.

#### **1.2.4. Educação para a Saúde na Escola em Portugal**

A Promoção e a Educação para a Saúde surgem como área reconhecida pela Organização Mundial de Saúde, na Declaração de Alma-Ata (1978) realizada sob patrocínio da ONU. Mas é a partir da 1ª Conferência internacional da OMS, em Otawa (1986) sobre “Promoção da Saúde”, que a saúde começa a ser entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida, onde se acentua a valorização dos recursos pessoais e sociais.

Sabe-se que é durante a infância e a adolescência que se desenvolvem ou se enraízam hábitos saudáveis que permanecerão durante o percurso de vida de um indivíduo. Consequentemente a escola é o local de eleição para a EpS, porque pode integrar novos conhecimentos conducentes ao desenvolvimento de comportamentos saudáveis, através da implementação de currículos adequados (Duarte & Villani, 2001).

A EpS deve ter um carácter interdisciplinar e transversal e, o principal objectivo é melhorar a qualidade de vida dos jovens adolescentes e da comunidade escolar. Nos dias de

hoje, ser saudável, implica estar informado, ser culto, ser assertivo, autónomo e solidário (Vilar, 2006). A EpS não se deve limitar a uma abordagem meramente informativa. Os jovens adolescentes devem estar informados, contudo devem estar igualmente capacitados para tomarem *“decisões e responsabilizarem-se pela sua saúde, devendo ser competentes para adoptar estilos de vida saudáveis e para transformar o seu envolvimento físico e social de modo a favorecer um estilo de vida saudável, permitindo uma acessibilidade fácil, socialmente valorizada e duradoura”* (Matos et al., 2004, p.83).

EpS, em contexto escolar, consiste em dotar as crianças e os jovens de conhecimentos, atitudes e valores que os tornem capazes de tomar decisões adequadas ao bem-estar físico, social e mental (OMS, 1993).

Para promoverem a Saúde e a EpS, o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, em Fevereiro 2006, estabeleceram um protocolo, onde reconhecem que a Promoção da EpS em meio escolar, permite aos jovens desenvolver competências que os leve a construir um projecto de vida e a capacitá-los para fazerem escolhas conscientes e responsáveis (Ministério da Educação, 2006a). Já desde 1994 que os dois ministérios formalizaram uma parceria de colaboração entre centros de saúde e as escolas, no sentido de partilharem responsabilidades na promoção da saúde das comunidades educativas. Desta parceria resultou a criação de rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde (EPS) integrada na rede europeia, que constituiu uma mais valia para pôr em prática projectos no âmbito da saúde escolar (Ministério da Educação, 2006 b).

Actualmente, o Ministério da Educação (2006b) considera como áreas temáticas e prioritárias de actuação, a alimentação, actividade física, o consumo de substâncias psicoactivas, a sexualidade, as infecções sexualmente transmissíveis, designadamente VIH/SIDA, e a violência em meio escolar. No Ministério da Educação é a Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC) organismo central do Ministério, que assume responsabilidades em matéria de Promoção da Saúde no meio escolar, competindo-lhe a *“concepção da componente pedagógica e didáctica do sistema educativo, incluindo a definição dos conteúdos e do modelo de concretização dos apoios e complementos educativos”*<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Decreto-Regulamentar n.º 17/2004, de 28 de Abril.

Se atendermos ao conceito de EpS como um processo sistemático de ensino e aprendizagem orientado para a aquisição, eleição e manutenção de práticas saudáveis, evitando comportamentos de risco (Costa & López, 1996) não podemos ignorar a necessidade de formação do ser humano nesta área do conhecimento, ao longo do seu ciclo de vida. Neste contexto a escola surge como o espaço e o tempo privilegiados para influenciar e orientar, no sentido positivo, os comportamentos, atitudes e valores das crianças e jovens adolescentes. Eliminar comportamentos de risco para a saúde, nesta fase do desenvolvimento humano, deverá ser a principal meta a atingir, em EpS, pela comunidade educativa (Ministério da Saúde, 2006b).

As instituições escolares têm um papel fundamental na aquisição de estilos de vida saudáveis e na prevenção de comportamentos nocivos/risco. É necessário investir na promoção da saúde através de programas e/ou projectos dirigidos para colmatar os problemas de saúde prioritários dos jovens adolescentes, contribuindo para a criação de um estado de bem-estar físico, psíquico e social, e não a mera ausência de doença (OMS, 1978, 1986, 1988, 1991, 1997, 2000b).

No Plano Nacional de Saúde 2004/2010 a escola é considerada o espaço ideal para que as crianças e os jovens adquiram competências pessoais e sociais de forma a melhorarem a gestão da sua saúde e a agir sobre os determinantes dos comportamentos de saúde (Ministério da Saúde, 2004). A escola deve ser entendida como uma via geradora de bem-estar pessoal e social, capaz de criar condições que proporcionem uma vida mais activa, feliz e plena às novas gerações (Diogo & Vilar, 2000).

A escola contribui para a qualidade de vida dos jovens adolescentes, ao dotá-los de informação e competências que lhes permitam desenvolver e usar as suas potencialidades e controlar os determinantes da sua saúde (Matos, 2004). A qualidade de vida de cada indivíduo passa pela saúde e segurança individual e colectiva, é neste sentido que vão as orientações curriculares para o ensino das Ciências Físicas e Naturais (Ministério da Educação, 2001).

O mesmo documento define as competências a desenvolver, no 3º Ciclo do Ensino Básico, das quais salientamos o *“reconhecimento da necessidade de desenvolver hábitos de vida saudáveis e de segurança, numa perspectiva biológica, psicológica e social”*; o *“reconhecimento de que a tomada de decisão relativa a comportamentos associados à saúde e segurança global é influenciada por aspectos sociais, culturais e económicos”*; a *“compreensão dos conceitos essenciais relacionados com a saúde, utilização de recursos, e protecção*

*ambiental que devem fundamentar a acção humana no plano individual e comunitário”; e a “valorização de atitudes de segurança e de prevenção como condição essencial em diversos aspectos relacionados com a qualidade de vida” (Ministério da Educação, 2001, pp.143-144).*

Para Sampaio *et al.* (2007) a EpS em meio escolar poderá concretizar-se com a *“revitalização dos conteúdos curriculares das diversas disciplinas e inclusão desta temática nas áreas curriculares não disciplinares, de um modo estruturado e com avaliação da aprendizagem”* (Sampaio *et al.*, 2007, p.36). Segundo os mesmos autores, a Organização Mundial de Saúde no relatório *“Reduzindo riscos e promovendo uma vida saudável”* salienta a importância da promoção dos comportamentos de saúde, e da identificação e prevenção de factores de risco, assim como, destaca alguns factores ligados ao comportamento individual e interpessoal (sexo não protegido, consumo de substâncias psicoactivas e obesidade) que podem ser evitáveis e que são responsáveis por um terço de mortes no mundo (Sampaio *et al.*, 2007).

É à família, à escola e à sociedade a quem cabe prioritariamente a responsabilidade de capacitar os nossos jovens adolescentes, criando condições para que ponderem e alterem comportamentos/atitudes/valores/crenças, no sentido de promover estilos de vida mais saudáveis (Santos, 2001).

Assim sendo, as escolas não podem desenvolver os seus projectos educativos exclusivamente voltadas para o domínio dos desempenhos escolares dos seus alunos, limitando-se a instruir/transmitir conhecimentos. Não deverá ser o único objectivo das instituições escolares formarem indivíduos especializados em determinadas áreas do saber e das competências específicas. A escola tem que educar, nunca esquecendo que o ser humano é um todo holístico.

Educar para a saúde não se pode basear exclusivamente numa abordagem de carácter informativo, é importante que escola avalie os problemas reais de saúde dos seus discentes para definir metas e estratégias de intervenção que induzam comportamentos saudáveis.

Atendendo ao anteriormente exposto e sendo o investigador um docente do 3º Ciclo do Ensino Básico e do Ensino Secundário, que pretende assumir responsabilidades a nível da Promoção e EpS na escola onde lecciona, propusemo-nos desenvolver este trabalho académico para identificar alguns comportamentos de saúde dos adolescentes da população alvo e analisar alguns determinantes dos seus comportamentos de saúde, relacionados com idade, sexo, ano de escolaridade e retenção/reprovação escolar.

A finalidade a perseguir é a aplicação de medidas preventivas e/ou correctivas necessárias, e adequadas, tendentes à escolha e adopção, pelos jovens, de estilos de vida mais consentâneos com bem estar físico e psicológico.

Este trabalho académico desenvolve-se no seio de uma das escolas do centro da cidade de Vila Nova de Gaia. A selecção desta comunidade educativa, que é alvo do nosso estudo, não foi aleatória mas, resultou do questionamento do investigador, face à realidade observável nos estilos de vida, pouco saudáveis, dos jovens alunos do meio escolar onde exerce funções de docência, na área das Ciências Físicas e Naturais. Inquieto e preocupado com os comportamentos de saúde da referida comunidade, o investigador propôs-se, na medida do possível, conhecer a realidade, para poder actuar com maior conhecimento de causa.

### **1.3. OBJECTIVOS DO ESTUDO**

A finalidade principal desta investigação é identificar os comportamentos de saúde e constatar as necessidades em educação para a saúde na comunidade em estudo, para definir linhas orientadoras, que permitirão, posteriormente, a elaboração de um projecto educativo e a criação de um observatório de comportamentos de saúde, com vista a colmatar as necessidades em educação para a saúde da população alvo.

No contexto do que foi dito, delineámos para este estudo quatro grandes objectivos:

1) Caracterizar alguns comportamentos de saúde (hábitos alimentares, prática de actividade física, consumo de álcool e de tabaco) dos jovens adolescentes da amostra;

2) Descrever a evolução dos comportamentos de saúde dos adolescentes ao longo da escolaridade;

3) Analisar alguns factores relacionados com comportamentos de saúde dos adolescentes (idade, sexo, escolaridade, retenção/reprovação escolar, posição social e habilitações literárias dos pais);

4) Descrever a percepção de actividades de promoção de saúde desenvolvidas na escola alvo.

#### 1.4. IMPORTÂNCIA DO ESTUDO

A Educação e a Saúde são duas vertentes indissociáveis. Os hábitos alimentares, a actividade física e o consumo de álcool e tabaco, foram os indicadores escolhidos na investigação que nos propusemos fazer pois, são factores importantes no desenvolvimento cognitivo, psicossocial e psicosexual dos adolescentes, tanto mais que a aquisição de muitos comportamentos e hábitos de saúde ocorrem na infância e na adolescência.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1978, 1986, 1988, 1991, 1997, 2000b) uma vida saudável só é possível quando nos regulamos por normas de conduta baseadas em estilos de vida que respeitem o nosso equilíbrio e completo bem-estar físico, mental, social e espiritual. Por outro lado, a Declaração de Nairobi (UNESCO, 1976) reconhece que cabe a todos nós, governo, pais, professores, comunidade, criar condições para que cada adolescente desenvolva integral e harmoniosamente todas as suas capacidades. Em consequência, a promoção da saúde é uma responsabilidade de todos: governos, sectores da saúde, sectores sociais, sectores económicos, organizações não governamentais, autarquias, comunidade, escolas, famílias e o próprio indivíduo. A saúde deixou de ser exclusivamente da responsabilidade do respectivo sector, exigindo a cada um de nós estilos de vida saudáveis tendentes a aproximarmo-nos do completo bem estar físico, mental e social.

Neste sentido, cabe à escola e aos professores promover processos que visem aumentar a capacidade dos jovens para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Tal só é possível se o educador encarar o seu papel, a nível da educação para a saúde, centrando a prática educativa nas *“disposições e capacidades individuais/grupais, oferecendo conhecimentos, influenciando modos de pensar, gerando ou clarificando valores, ajudando a mudar atitudes e crenças, facilitando a aquisição de competências”* (Rodrigues et al., 2005, p.19). O papel do jovem é o mais importante em todo o processo de aprendizagem, ao professor cabe, apenas, ajudá-lo a assumir as suas responsabilidades no processo, promovendo estratégias que o capacite para aprender a pensar e a resolver problemas (Rosário, 2004).

É amplamente reconhecida a importância de uma alimentação saudável, da não ingestão de bebidas alcoólicas, da ausência de hábitos tabágicos e da prática de exercício físico. Tem-se registado nas populações, um aumento do número de doenças relacionadas com a inexistência ou com a reduzida prevalência destes comportamentos de saúde. As crianças e os jovens em idade escolar têm mais facilidade em incorporar hábitos, atitudes e conhecimentos e

por esse facto, é nesta faixa etária que devem ser implementados programas em EpS, pelo que, a OMS (1998a) recomendou a criação de Escolas Promotoras de Saúde e o empenhamento das mesmas na promoção de comportamentos de saúde dos jovens em idade escolar.

O trabalho de pesquisa a que nos propusemos pretende indagar se os adolescentes, da comunidade educativa em estudo, apresentam ou não estilos de vida saudáveis, o que permitirá monitorizar comportamentos de saúde, para identificar problemas em EpS emergentes, mas também, os já solucionados.

Em síntese, este trabalho permitirá saber: 1) quais os problemas de saúde existentes na comunidade educativa, 2) como evoluem esses problemas ao longo da escolaridade, 3) que factores estão relacionados com os comportamentos de saúde dos alunos, 4) que actividades tem desenvolvido a escola a nível da prevenção. Com base nestes dados a escola estará em condições de elaborar um Projecto Educativo de Escola (PEE) mais dirigido aos problemas de saúde detectados e aos factores que os determinam. O conhecimento das actividades em EpS realizadas na escola, também permitirá identificar temas omissos e delinear linhas orientadoras em EpS pois, é da responsabilidade da escola criar condições para estimular os adolescentes à prática de condutas mais adequadas ao seu bem-estar integral. Concomitantemente, pretende-se com este projecto desenvolver os alicerces e estruturas necessários à criação de um observatório dos comportamentos de saúde, na comunidade em estudo.

### **1.5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

Na elaboração de uma dissertação sempre ocorrem falhas, porque o tempo é exíguo. A principal limitação está nas dificuldades em aprofundar o estudo, pois as inúmeras variáveis envolvidas e a grande quantidade de bibliografia disponível, foram factores limitantes. Tal facto obrigou a um esforço redobrado para a sua concretização, impossibilitou o estudo de todos os comportamentos de saúde e impediu-nos que fossem aprofundados os conhecimentos sobre factores de risco. Por outro lado, a descrição da percepção dos alunos sobre os temas de promoção de saúde desenvolvidas na escola, não foi confrontada com a opinião dos professores e do Conselho Executivo acerca do mesmo.

O tempo disponível para a realização desta investigação também foi limitado pela recente adequação das Áreas de Especialização do Mestrado em Educação (de natureza académica) a Bolonha, o que fez com que o Conselho Académico estabelecesse,

impreterivelmente, a data de 30 de Outubro de 2009 como data limite para requerer provas de mestrado.

Relativamente à técnica de recolha de dados usada na investigação, inquirido por questionário, é de salientar a percepção que o investigador teve, em relação ao facto de muitos alunos responderem aleatoriamente à questão número 13, “Com que frequência consumes os seguintes alimentos ao lanche?”. Os mesmos alegaram que tal procedimento decorreu da similitude entre as perguntas número 11, 12 e 13. Na questão 22, devido à extensão do questionário e ao grande número de temas apresentados nesta pergunta, notou-se um esforço dos discentes em ler e responder com seriedade nos primeiros itens, mas no decorrer das respostas à referida pergunta constatou-se que alguns alunos já não liam e davam sempre a mesma resposta.

Merece, ainda, realce a falta de respeito/formação de alguns inquiridos, que tendo sido alertados para a não obrigatoriedade do preenchimento do questionário e para a seriedade nas respostas, optaram por responder falseando todos os dados. Esta situação foi detectada pelo investigador através da questão número dois, numa turma do 11º ano em dois alunos. Muito provavelmente em 402 discentes outros casos poderão ter passado despercebidos.

## **1.6. DESCRIÇÃO GERAL DA DISSERTAÇÃO**

Com a finalidade de atingir os objectivos da investigação a que nós propusemos, organizámos este estudo em duas grandes partes: a revisão bibliográfica e a contribuição pessoal.

Com a revisão bibliográfica, procurámos que ela servisse de sustentação para a realização do estudo empírico e para a discussão dos resultados obtidos. O enquadramento teórico permitiu-nos aprofundar, de forma sucinta, alguns conhecimentos que entendemos pertinentes para fundamentar e articular o tema. Abordámos alguns conteúdos relacionados com hábitos alimentares, actividade física, consumo de álcool e tabaco, nos jovens adolescentes Europeus e Portugueses. Comparamos a evolução da prevalência destes comportamentos de saúde, atendendo à diferença de género, idade e à escolaridade.

Na segunda parte, que diz respeito à contribuição pessoal, descrevemos a metodologia utilizada; a natureza da investigação; a caracterização da amostra em estudo; a técnica e o instrumento de recolha de dados. Procuramos desenvolver uma adequada análise e discussão

dos resultados, em função dos objectivos que nos propusemos atingir, de forma a retirar conclusões fiáveis e sugestões para futuras reflexões e/ou eventuais aplicações em campos de investigações.

## **CAPÍTULO II**

### **REVISÃO DE LITERATURA**

#### **2.1. INTRODUÇÃO**

Neste capítulo apresenta-se uma revisão da literatura que fundamente a investigação desta dissertação e, de acordo com os objectivos deste estudo, decidimos organiza-lo em cinco grandes temas que entendemos serem os mais adequados ao nível de estruturação e da compreensão deste estudo.

Após esta secção introdutória (2.1) onde se faz uma breve síntese do capítulo, abordamos alguns comportamentos de saúde em jovens adolescentes (2.2) mais precisamente, os hábitos alimentares, a ingestão de álcool, o consumo de tabaco e prática de actividade física. No que se refere aos hábitos alimentares (2.2.1) abordam-se noções básicas de uma alimentação saudável (2.2.1.1) a importância de uma alimentação saudável (2.2.1.2) contextualizamos os hábitos alimentares de adolescentes europeus e portugueses (2.2.1.3) analisamos a evolução da prevalência de ingestão de alimentos saudáveis em adolescentes portugueses (2.2.1.4) e especificamos os determinantes dos hábitos alimentares (2.2.1.5).

Quanto aos hábitos de Ingestão de álcool (2.2.2) enunciamos as consequências do consumo de álcool pelas crianças e jovens (2.2.2.1) abordamos os hábitos de Ingestão de álcool dos adolescentes europeus e portugueses (2.2.2.2) apresentamos dados sobre a evolução da prevalência de ingestão de álcool em adolescentes portugueses (2.2.2.3) e descrevemos os determinantes do consumo de álcool pelas crianças e jovens (2.2.2.4).

No que diz respeito aos hábitos tabágicos (2.2.3) reportamo-nos a apresentar as consequências do consumo de tabaco pelas crianças e jovens adolescentes (2.2.3.1) clarificamos hábitos de consumo de tabaco dos adolescentes europeus e portugueses (2.2.3.2) estudamos a evolução da prevalência do consumo de tabaco em adolescentes portugueses (2.2.3.3) e enumeramos os determinantes do consumo de tabaco pelas crianças e jovens (2.2.3.4).

Posteriormente, aprofundamos os conhecimentos sobre a prática de actividade física (2.2.4). Nesta secção procuramos definir actividade física (2.2.4.1) salientar a importância da actividade física (2.2.4.2) caracterizamos os hábitos da prática de actividade física dos adolescentes europeus e portugueses (2.2.4.3) bem como, a evolução da prevalência da prática de actividade física em adolescentes portugueses (2.2.4.4) e especificamos os determinantes da prática de actividade física pelas crianças e jovens adolescentes (2.2.4.5).

Damos por concluído este capítulo, fazendo um breve referência às orientações em Educação para a Saúde na Escola em Portugal (2.3).

## **2.2. COMPORTAMENTOS DE SAÚDE EM ADOLESCENTES**

### **2.2.1. Hábitos Alimentares**

#### **2.2.1.1. Noções básicas de uma alimentação saudável**

*“...a alimentação humana um fenómeno complexo, pluriforme e multidimensional, onde se encaixam em paletes interconectadas o biológico, o psicológico, o sociológico, o económico, o nutricional, o dietético, o gustativo, a identidade, a sociabilidade e a saúde...”.*

Policarpo Lopes (2006, p.8)

Comer é *“simultaneamente uma criação da necessidade e uma criação do desejo regulada pelos códigos culturais”* (Lopes, 2006, p.9). Se por um lado o acto de consumir alimentos é um comportamento básico intrínseco, como caminhar, respirar, chorar, rir, ou como a sexualidade, porque provoca sensações agradáveis ou desagradáveis, como a satisfação, o bem-estar, o prazer e a emoção; por outro lado, obedece a códigos culturais e sociais, porque é um acto vivido, percebido, pensado e representado pelos indivíduos e grupos sociais no mundo global em que vivemos, ou seja, os hábitos e práticas alimentares são o resultado não só de determinismos biológicos do ser humano, mas também socioculturais.

Segundo o mesmo autor comer consiste em *“ingerir alimentos para satisfazer a necessidade pulsional de garantir o funcionamento do metabolismo do organismo e a sobrevivência do homem, mas significa ainda a expressão de uma filiação e a pertença social, a produção de laço social e a participação no processo de produção-recomposição das identidades”* (Lopes, 2006, p.8). Nesta perspectiva, comer não é só uma necessidade nutritiva,

mas também práticas de comportamentos individuais e colectivos, pensados, vividos e repensados em torno do acto alimentar.

Para o funcionamento do metabolismo do organismo e sobrevivência do homem, a vida diária do indivíduo deve contemplar uma alimentação saudável e obedecer às linhas orientadoras definidas pela Organização Mundial da Saúde (1998a) as quais passamos a destacar: a integração de uma variedade de alimentos que forneçam hidratos de carbono (fonte de energia) proteínas, vitaminas, sais minerais e fibras; ter uma forte componente de cereais, vegetais e fruta; ser pobre em gorduras, sobre tudo gorduras saturadas e colesterol, para ajudar a manter um índice de massa corporal correcto, reduzir o risco de ataque cardíaco e de determinados tipos de cancro; contemplar poucos açúcares para prevenir a obesidade e a cárie dentária; ser comedida em cloreto de sódio (sal das cozinhas) para ajudar a reduzir o risco de hipertensão; e ser moderada em bebidas alcoólicas para evitar problemas de saúde, dependência ou acidentes.

Segundo Ferreira (1994) a dieta diária de um indivíduo deve contemplar uma alimentação racional que assenta em quatro leis:

**1ª – Lei da Quantidade:** a alimentação diária deve ser constituída por uma quantidade de alimentos que satisfaça as exigências energéticas do organismo;

**2ª – Lei da Qualidade:** o regime alimentar deve ser diversificado na sua composição, fornecendo ao organismo todos os nutrientes necessários;

**3ª – Lei da Harmonia:** as quantidades dos diferentes nutrientes que integram a dieta alimentar, devem apresentar entre si proporções convenientes para o organismo, atendendo à diferentes fases da vida do desenvolvimento humano;

**4ª – Lei da Adequação:** a alimentação deve ser adequada ao organismo a que se destina, atendendo às necessidades energéticas do mesmo, tendo em conta a fase da vida do indivíduo e o seu estado geral.

A adopção de uma alimentação equilibrada, segundo Brandão (2007) atende a um plano alimentar diário mínimo, com um total de 1700 kcal/dia em seis refeições por dia, em intervalos de 2,5 horas, atendendo à fisiologia do aparelho digestivo. Para um adolescente, que não tem problemas de saúde física, esse plano deve comportar:

- **Pequeno - almoço:** 2,5 dL de leite meio gordo e um pão ou seis colheres de cereais;
- **Meio da manhã:** um iogurte ou uma peça de fruta média e três bolachas integrais ou de água e sal;
- **Almoço:** sopa, que pode ser substituída por legumes ou saladas, 130 gramas de carne ou peixe cozidos ou grelhados e sem molhos, com três colheres de sopa de arroz ou de massa ou puré ou duas batatas médias, e uma peça de fruta de tamanho médio;
- **Lanche:** um iogurte ou uma peça de fruta e um pão;
- **Jantar:** idêntico ao almoço, diversificando na escolha dos alimentos em relação ao almoço;
- **Ceia:** um copo de leite meio gordo (2,5 dL) e três bolachas integrais ou de água e sal.

Segundo Femenías & Hernández (2003) o que constitui a base de uma alimentação saudável e equilibrada é o conhecimento, por parte de cada pessoa, dos alimentos e das quantidades adequadas que é necessário consumir de cada um deles. No quadro 1 apresentamos algumas indicações destes autores, sobre as porções diárias que os adolescentes saudáveis, devem ingerir, de alguns alimentos, para levar a cabo uma alimentação equilibrada.

Os autores anteriormente citados acrescentam, às indicações do Quadro 1, uma lista de recomendações gerais para uma alimentação saudável:

- regular o horário das refeições, fazendo no mínimo três refeições diárias;
- evitar fritos e gorduras, ingerir de preferência alimentos grelhados e cozidos;
- comer sem pressa e mastigar bem os alimentos;
- consumir muitas frutas, verduras, legumes e cereais integrais;
- beber muitos líquidos, de preferência água, durante o dia;
- estabelecer ementas diárias.

### Quadro 1

#### Recomendações de porções diárias de ingestão de alguns alimentos

ALIMENTOS	PORÇÃO	EQUIVALENTE A UMA PORÇÃO
Produtos lácteos: leite, iogurtes e queijos.	3 a 4 porções/dia	1 porção = 1 chávena de 250mL de leite 1 porção = 2 iogurtes (250 g) 1 porção = 40 g de queijo magro ou pouco gordo
Verduras e hortaliças.	2 porções/dia, uma delas em cru	1 porção = prato fundo de verduras (250 g) 1 porção = 1 taça da salada variada
Frutas.	2 a 3 porções/dia, uma delas um citrino	1 porção = 1 peça média de fruta 1 porção = 1 copo de sumo natural de 125 mL
Farináceos e açúcares.	4 a 5 porções/dia	1 porção = 2 fatias de pão (60 g) 1 porção = 1 taça de cereais não açucarados (40 g) 1 porção = 2 colheres de sopa de arroz ou massa 1 porção = 2 batatas do tamanho de um ovo
Carnes, enchidos e ovos.	2 porções/dia, de preferência carnes magras	1 porção = 1 bife médio de carne (100 – 120 g) 1 porção = porção de 160 – 180 g de peixe 1 porção = 1 ovo + 2 claras
Gorduras e óleos.	4 a 5 porções/dia	1 porção = colher de sopa de azeite 1 porção = 1 colher de sopa de maionese 1 porção = 1 mão-cheia de frutos secos

Fonte de dados: Femenias & Hernández, 2003.

#### 2.2.1.2. Importância de uma alimentação saudável

A alimentação é vital para todos os seres vivos mas, uma alimentação saudável contribuirá para que os seres humanos, em particular, tenham um desenvolvimento harmónico e usufruam de bem-estar e de bom estado de saúde (Santos, Duarte & Precioso, 2003).

A dimensão nutritiva do acto alimentar tem uma componente biológica e outra psicológica, a alimentação é entendida como uma fonte de energia, de vitalidade, de crescimento e manutenção da vida. A organoléptica é uma outra dimensão que está associada às sensações e emoções do tipo olfactivo, visual, gustativo, táctil e térmico, bem como, as sensações preceptivas responsáveis pelas atracções ou resistências aos alimentos. Estas sensações psicofisiológicas formalizam-se num conjunto de códigos como agradável/desagradável, prazer/náuseas e gostar/não gostar (Lopes, 2006).

A dimensão sanitária do acto alimentar está ligada aos efeitos benéficos ou prejudiciais da alimentação, pois, este acto é factor potenciador de bem-estar, prazer e de saúde, por outro lado, pode criar ansiedade angústia devido à privação de alimento ou mal-estar, náuseas, risco de intoxicação, contaminação ou de doença (Lopes, 2006).

Salienta-se, ainda, a dimensão estética, que impõe ao ser humano práticas, escolhas e decisões alimentares, que levem a alterações corporais em consonância com a imagem social do corpo esbelto e sedutor, através de uma alimentação harmoniosa em qualidade e variedade de alimentos e prazer sensorial (Lopes, 2006).

A motivação para a ingestão de alimentos ricos em gorduras e açúcares, veiculada pela publicidade, associada a uma actividade física reduzida, está a aumentar o índice de massa corporal dos nossos jovens adolescentes (Lopes, 2006).

O comportamento dos jovens é influenciado pela maturação somática e psicológica acelerada, assim como, pela progressiva independência que rompe com os hábitos alimentares tradicionais. Os estilos de vida dos adolescentes comportam cada vez mais horários irregulares, ausência de refeições importantes como é o pequeno-almoço e um aumento do consumo de *"junk food"*, este é o termo usado para caracterizar uma alimentação de baixo valor nutritivo, muito rica em gorduras saturadas, sal e/ou açúcar e com numerosos aditivos alimentares (Fonseca, 2005). O marketing aos produtos alimentares, como o *"junk food"*, desenvolveu comportamentos e práticas que conduzem a consumos compulsivos e desregulados, que podem levar a patologias alimentares como a bulimia, anorexia e obesidade (Lopes, 2006, p.164).

O jejum prolongado, resultante da ausência da ingestão da primeira refeição do dia, provoca uma diminuição dos níveis de glicose no sangue que é responsável pela falta de forças, sensações de desmaio, dores de cabeça, diminuição do rendimento intelectual e irritabilidade, que alguns jovens apresentam no decorrer das actividades lectivas (Fonseca, 2005).

Uma alimentação pouco saudável na fase de desenvolvimento de um adolescente, pode aumentar o risco de doenças crónicas, como a osteoporose, doenças cardiovasculares, a diabetes e a obesidade, sendo esta última já considerada por alguns especialistas a epidemia do século XXI. Define-se obesidade como um índice de Massa Corporal (IMC) superior ao percentil 95 para a idade e sexo. Considera-se Excesso de Peso como um índice de Massa Corporal entre o percentil 85 e 95. O IMC calcula-se dividindo o "peso" em quilogramas pelo quadrado da altura em metros (Fonseca, 2005).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998a) apresenta dois argumentos de grande importância para a necessidade de uma alimentação saudável, em todas as fases da vida do ser humano. Em primeiro salienta a existência de inúmeras doenças (hipertensão, diabetes, obesidade, doenças cardiovasculares, osteoporose, arteriosclerose, cancros alimentares) relacionadas com comportamentos associados a erros alimentares das populações e dos indivíduos, que estão ligadas à carência ou excesso de alimentos, bem como, ao défice qualitativo e /ou quantitativo de nutrientes; em segundo, refere as vantagens de uma dieta alimentar saudável, no desenvolvimento físico e no rendimento intelectual das crianças.

Uma alimentação adequada na infância e na adolescência aumenta a probabilidade das crianças se tornarem adultos saudáveis, produtivos e capazes de assumir as suas responsabilidades enquanto cidadãos. Uma boa alimentação na idade adulta contribui para uma população saudável, mais produtiva e com menos custos para a saúde (OMS, 1998a).

O Ministério da Educação (2006c) responsabiliza a escola no sentido de *“oferecer refeições saudáveis, equilibradas e seguras, que ajudem a preencher as necessidades nutricionais e energéticas dos jovens”* (p.24), porque reconhece que *“uma alimentação saudável e equilibrada é um factor determinante para ganhos em saúde, e no rendimento escolar dos alunos”* (p.8).

### **2.2.1.3. Hábitos Alimentares em adolescentes Portugueses e Europeus**

Com a finalidade de caracterizarmos os hábitos alimentares dos jovens adolescentes portugueses e europeus escolarizados, recorreremos aos estudos do HBSC (Health Behaviour in School-aged Children). O HBSC é um projecto de investigação com jovens adolescentes em idade escolar, que tem como finalidade conhecer e aprofundar os conhecimentos sobre os comportamentos de saúde, estilos de vida e contextos sociais.

O projecto iniciou-se em 1982 com equipas de investigadores da Finlândia, Noruega e Inglaterra, com o objectivo de contribuir para a elaboração de programas e para as práticas de promoção e de educação para a saúde, dirigidas a jovens escolarizados a um nível nacional e internacional. Posteriormente foi adoptado como um estudo colaborativo do Gabinete Regional da OMS da Europa (WHO Regional Office for Europe) por serem os únicos estudos existentes a nível internacional, serem fiáveis e fornecerem dados comparáveis entre diversos países.

A sondagem é feita nas escolas através do preenchimento de um inquérito por questionário, elaborado pelos membros da equipa internacional do HBSC. Os países membros têm de respeitar um protocolo de pesquisa internacional (Currie *et al.*, 2001). O primeiro inquérito foi efectuado em 1983/84, pelos países fundadores e pela Áustria. A partir de então, a investigação realiza-se de quatro em quatro anos num número crescente de países. Actualmente conta com 44 países, sendo Portugal membro associado desde 1998. No nosso país a equipa responsável pela investigação é a “Aventura Social & Saúde” que pôs em prática o projecto em 1998, 2002 e 2006, cuja coordenação é da responsabilidade da Professora Margarida Matos, da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa.

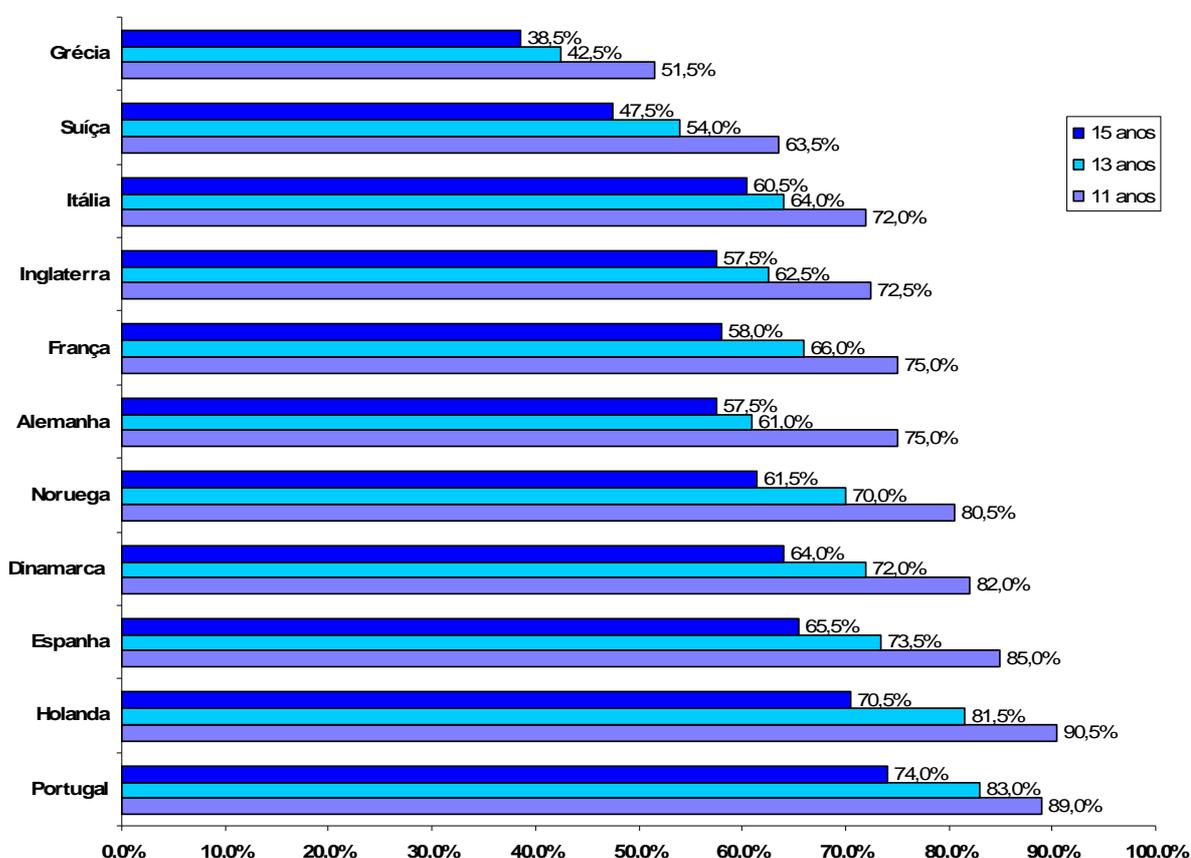
O último estudo do HBSC realizou-se em 2006. O questionário utilizado neste estudo, “Comportamento e Saúde em jovens em idade escolar”, foi o adoptado no estudo internacional do HBSC em 2002. A técnica de escolha da amostra foi a “cluster sampling” e todas as questões seguiram o formato indicado no protocolo de pesquisa internacional (Currie *et al.*, 2001) englobaram questões demográficas (idade, género, estatuto socio-económico) questões sobre comportamentos de saúde (hábitos alimentares, consumo de álcool, tabaco e drogas, comportamentos sexuais, actividade física) assim como, outras perguntas relacionadas com a família, grupo de pares, lazer e conhecimentos face ao VIH/SIDA (Currie *et al.*, 2008).

O número total de inquiridos no inquérito HBSC 2006, foi de 204534, 104301 do sexo feminino e 100233 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 11, 13 e 15 anos. A média de idade dos três grupos etários, em toda a amostra, foi de 11,6 , 13,6 e 15,6 respectivamente. O relatório internacional da Saúde Behaviour in School-aged Children (HBSC) publicado em 2008, pelo Gabinete Regional da OMS para Europa, é o mais completo estudo até à data, e apresenta as principais conclusões do inquérito HBSC 2006, sobre os padrões de saúde, comportamentos e os contextos sociais entre os jovens de 41 países da Europa e América do Norte. O objectivo do relatório é destacar as desigualdades existentes nos jovens da amostra, a nível dos comportamentos de saúde e bem-estar e, também, fornecer informação que possa influenciar nas políticas e práticas de saúde contribuindo, assim, para a melhoria da saúde de todos os jovens (Currie *et al.*, 2008).

No estudo HBSC 2006, realizado em Portugal, a amostra foi de 4877 jovens adolescentes, de escolas públicas, com uma média de idade de 14 anos (Matos *et al.*, 2006). Contudo o relatório internacional do HBSC, publicado em 2008, contempla apenas uma amostra

de 3919 inquiridos, 2035 raparigas e 1884 rapazes (Currie *et al.*, 2008). Os resultados divulgados no relatório internacional permitem-nos verificar que alguns comportamentos de saúde se relacionam com hábitos alimentares. Tomar o pequeno-almoço, regularmente, é uma conduta considerada importante para um estilo de vida saudável, assim, uma das questões colocadas aos jovens foi quantas vezes tomavam o pequeno-almoço durante a semana. No Gráfico 1 encontram-se os resultados obtidos em alguns países que integraram o estudo.

**Gráfico 1**  
**Ingestão do pequeno-almoço durante a semana, por grupo etário em alguns países europeus ( HBSC 2006 )**



Fonte de Dados: Currie *et al.* (2008).

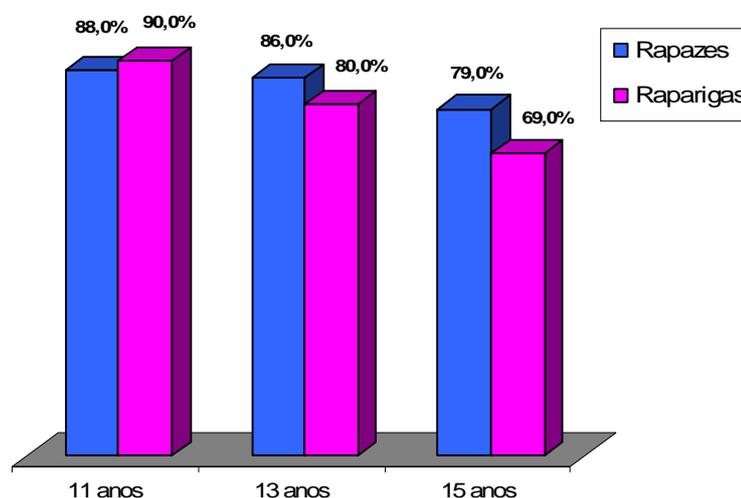
Pela análise dos valores apresentados, concluímos que o hábito de tomar pequeno-almoço varia, consideravelmente, entre países em todas as idades. É um comportamento de saúde que parece ser habitual em alguns países mas, que declina durante a adolescência, especialmente nas raparigas. Diminui, apreciavelmente, nos rapazes, entre os 11 e os 15 anos de idade, na maioria dos países, e nas raparigas diminui em todos os países.

Os jovens portugueses do grupo etário dos 13 e 15 anos são os que mais, frequentemente, afirmam tomar o pequeno-almoço, já na faixa etária dos 11 anos este hábito é mais comum nos adolescentes holandeses. Os adolescentes gregos são os que apresentam as menores taxas de ingestão, em todas as idades (Currie *et al.*, 2008).

Se compararmos os resultados deste estudo (2006) como o realizado em 2002, continuamos a verificar que os jovens portugueses são os europeus que mais frequentemente tomam o pequeno almoço, excepto na faixa etária dos 11 anos, onde este hábito continua a ser mais comum nos adolescentes holandeses (Currie *et al.*, 2004).

Se continuarmos a analisar aos resultados da população portuguesa que integrou o estudo HBSC 2006, constata-se que 82% dos jovens portugueses toma pequeno-almoço todos os dias úteis da semana, sendo os rapazes e os jovens mais novos (Gráfico 2) os que apresentam uma maior percentagem da prática deste hábito alimentar.

**Gráfico 2**  
**Ingestão do pequeno-almoço durante a semana, por jovens portugueses, por sexo e grupo etário ( HBSC 2006 )**



Fonte de Dados: Currie *et al.* (2008).

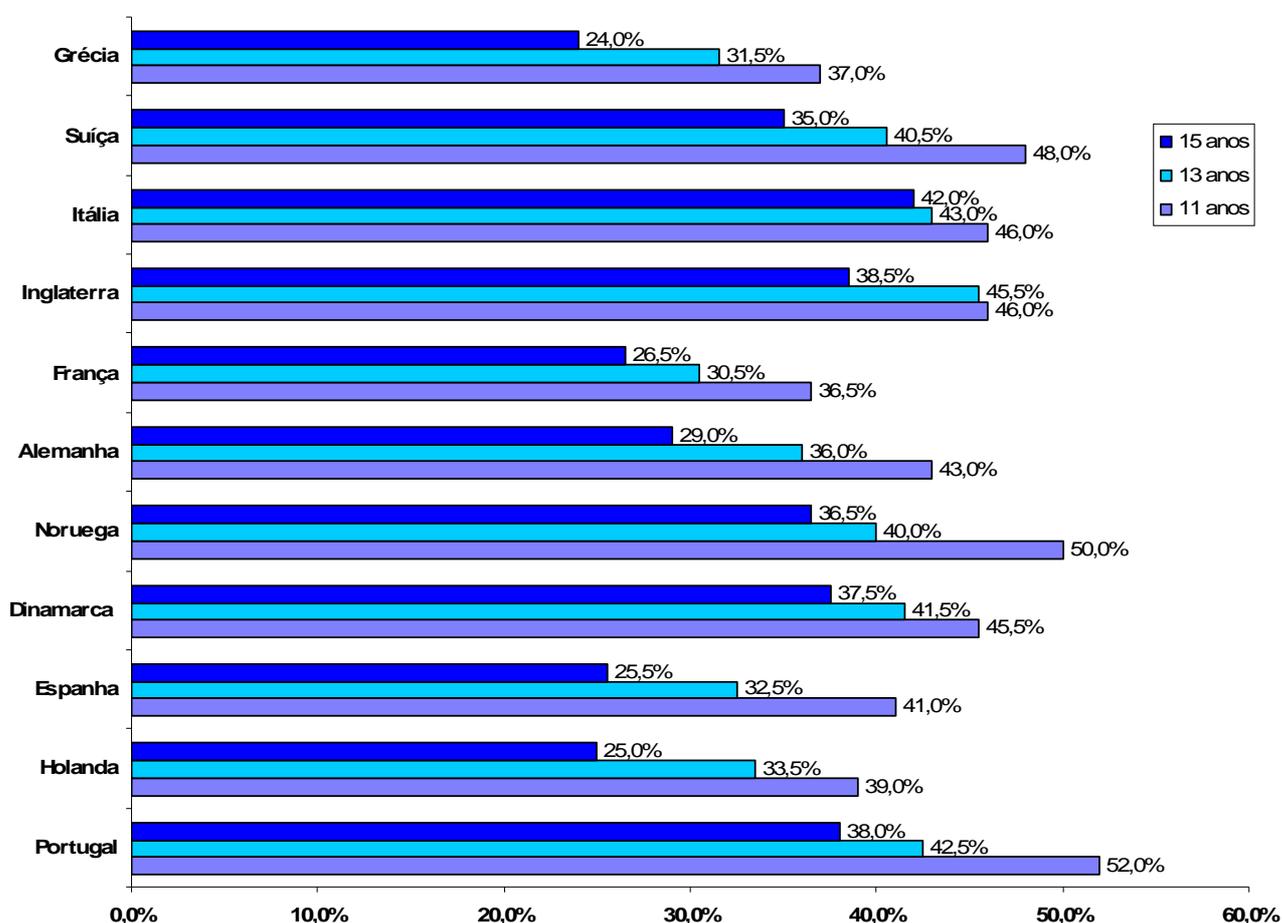
No grupo etário dos 11 anos este comportamento é mais comum nos indivíduos do sexo feminino contudo, esta tendência inverte-se nos grupos etários seguintes. Entre os 11 e os 15 anos há um declínio de 21 pontos percentuais nas raparigas e de 9 pontos nos rapazes,

podendo-se concluir que durante a adolescência os jovens, principalmente os indivíduos do sexo feminino, perdem o hábito, saudável, de tomar o pequeno-almoço.

O consumo diário de frutas foi outro comportamento estudado, por ser um indicador usado pelo HBSC. Pelos resultados do relatório internacional do HBSC 2008, os valores encontrados (Gráfico 3) variam entre países, nos três grupos etários, notando-se também um grande decréscimo durante a adolescência.

**Gráfico 3**

**Consumo diário de fruta, por grupo etário, em alguns países europeus (HBSC 2006)**



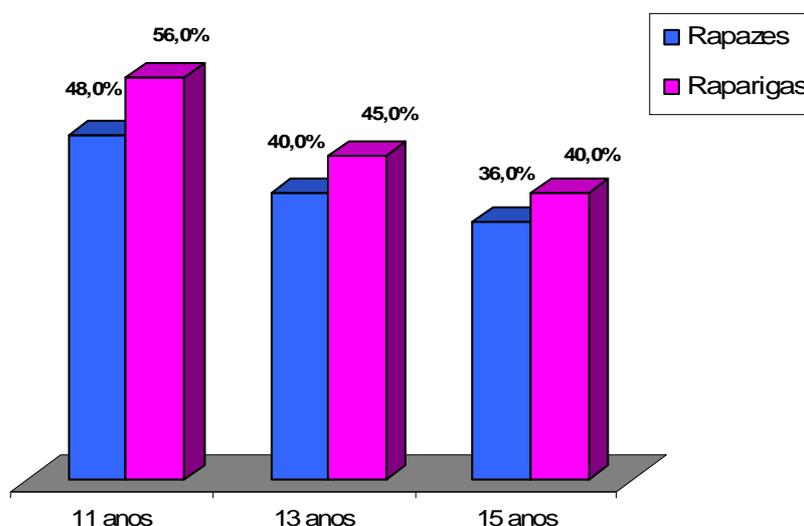
Fonte de Dados: Currie *et al.* (2008).

O consumo diário de frutas varia, substancialmente, entre países e, na generalidade, as taxas de ingestão deste alimento saudável diminuem com a idade, sendo mais baixas nos rapazes. No grupo de países em estudo, representados no Gráfico 3, Portugal é o país onde os adolescentes mais novos (11 anos) consomem mais fruta diariamente (52%) já os Franceses e

os Gregos são os que menos consomem, 36,5% e 37%, respectivamente. Na faixa dos 13 anos é na Inglaterra onde se regista a maior frequência, 45,5%, seguindo-se a Itália com 43% e Portugal com 42,5%. A França é onde ocorre o menor consumo, mais precisamente 30,5%, seguida da Grécia com 31,5%. No grupo etário dos 15 anos continuam a ser os Gregos os que menos ingerem este alimento (24%) e os Italianos os que consomem mais (42%) (Currie *et al.*, 2008).

Se atendermos aos resultados por género, constata-se que são as raparigas e os adolescentes mais jovens os que consomem mais este tipo de alimento. É, principalmente, nos rapazes onde a redução da ingestão de fruta é mais significativa no decorrer da adolescência. Esta tendência generalizada nos diferentes países europeus, que integraram o estudo, também se verifica em Portugal como se pode comprovar pela análise do Gráfico 4 (Currie *et al.*, 2008).

**Gráfico 4**  
**Consumo diário de fruta dos jovens Portugueses, por sexo e grupo etário**  
**( HBSC 2006 )**

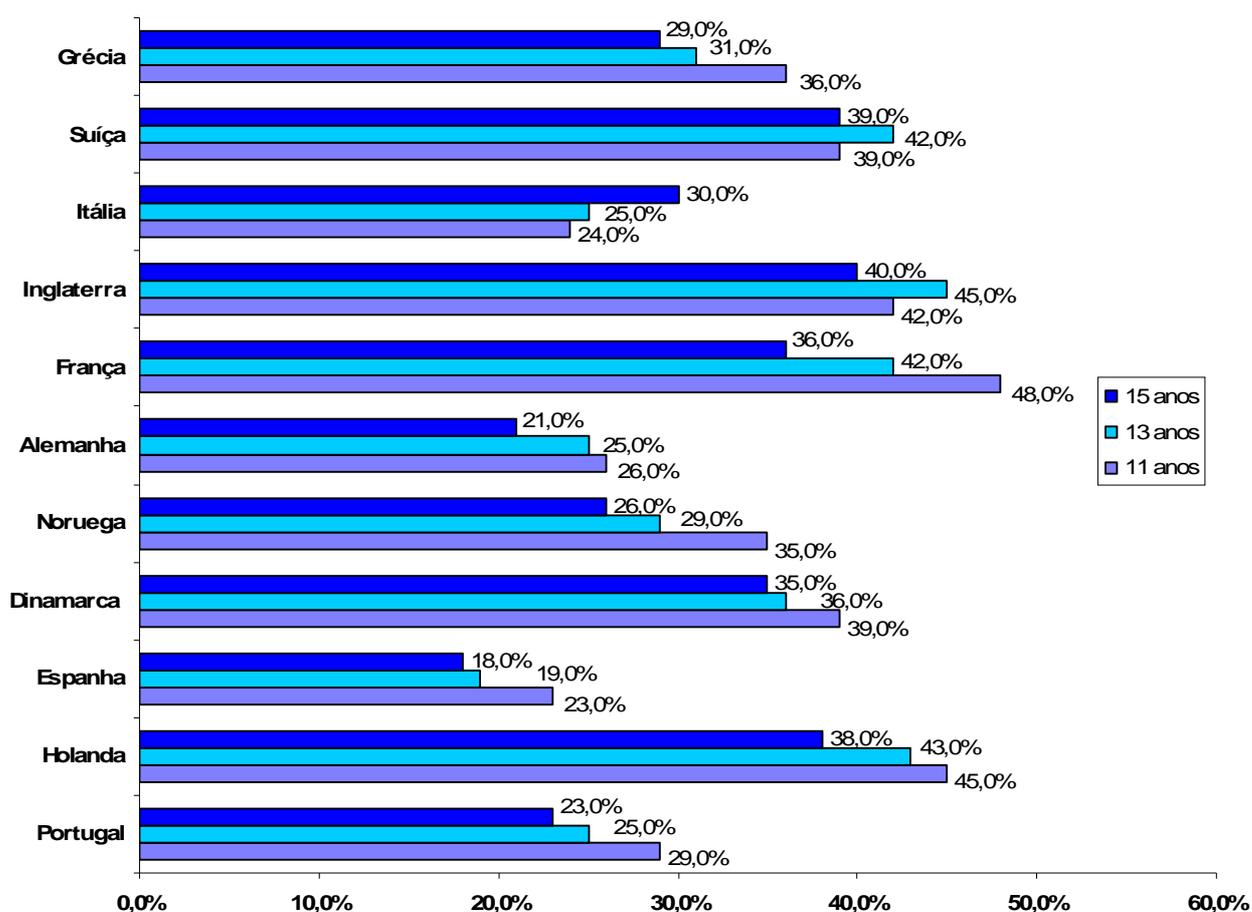


Fonte de Dados: Currie *et al.* (2008).

Nos três grupos etários o consumo diário de fruta é mais comum nos indivíduos do sexo feminino. Mais de metade dos jovens mais novos comem fruta (52%) nos mais velhos este valor diminui para 38%. Entre os 11 e os 15 anos há uma diminuição de 16 pontos percentuais nas raparigas e de 12 pontos nos rapazes. Assim, e de acordo com estes dados, é durante a adolescência que os jovens perdem o hábito saudável de ingerir fruta (Currie *et al.*, 2008).

O consumo diário de vegetais foi outro comportamento de saúde estudado pelo HBSC 2006. Pelos resultados do relatório internacional, os valores encontrados para os países referenciados no Gráfico 5, variam, consideravelmente, entre países, nos três grupos etários.

**Gráfico 5**  
**Consumo diário de vegetais, por grupo etário, em alguns países europeus**  
**( HBSC 2006 )**



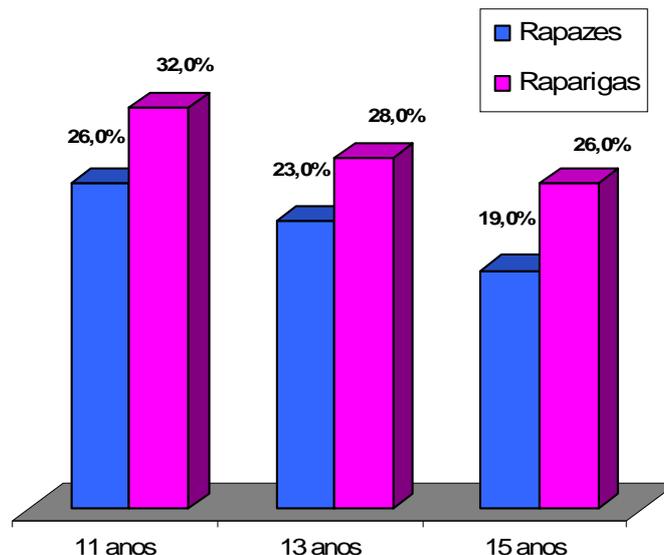
Fonte de Dados: Currie *et al.* (2008).

Pela análise gráfica verifica-se uma diminuição na ingestão de vegetais durante a adolescência, em todos os países, à exceção de Itália, onde se constata o inverso, e na Inglaterra e Suíça, onde os jovens de 13 anos são os que apresentam as maiores taxas de ingestão. A maior frequência de consumo regista-se na Inglaterra, França e Holanda, com um valor médio de 42% e a menor taxa média é de 20% na Espanha. Este país é onde aparecem as menores percentagens de ingestão de vegetais nos três grupos etários. Os maiores índices (48%)

deste hábito alimentar ocorrem nos jovens franceses de 11 anos e na faixa dos 13 e 15 anos em Inglaterra, respectivamente 45% e 40%. Portugal é o terceiro país, a seguir à Espanha e Alemanha, onde se verifica o menor valor médio de consumo, mais precisamente 26%, correspondendo este valor a 23% , 25% e 29%, respectivamente, na faixa etária dos 11, 13 e 15 anos (Currie *et al.*, 2008).

Se atendermos aos resultados por género, constata-se que são as raparigas e os jovens mais novos os que consomem mais este tipo de alimento e, regra geral, é nos rapazes onde a redução da ingestão de vegetais é mais acentuada no decorrer da adolescência. Esta tendência geral nos diferentes países europeus que integraram o estudo, também se verifica em Portugal, como se pode comprovar através da leitura do Gráfico 6 (Currie *et al.*, 2008).

**Gráfico 6**  
**Consumo diário de vegetais por jovens portugueses, por sexo e grupo etário**  
**( HBSC 2006 )**

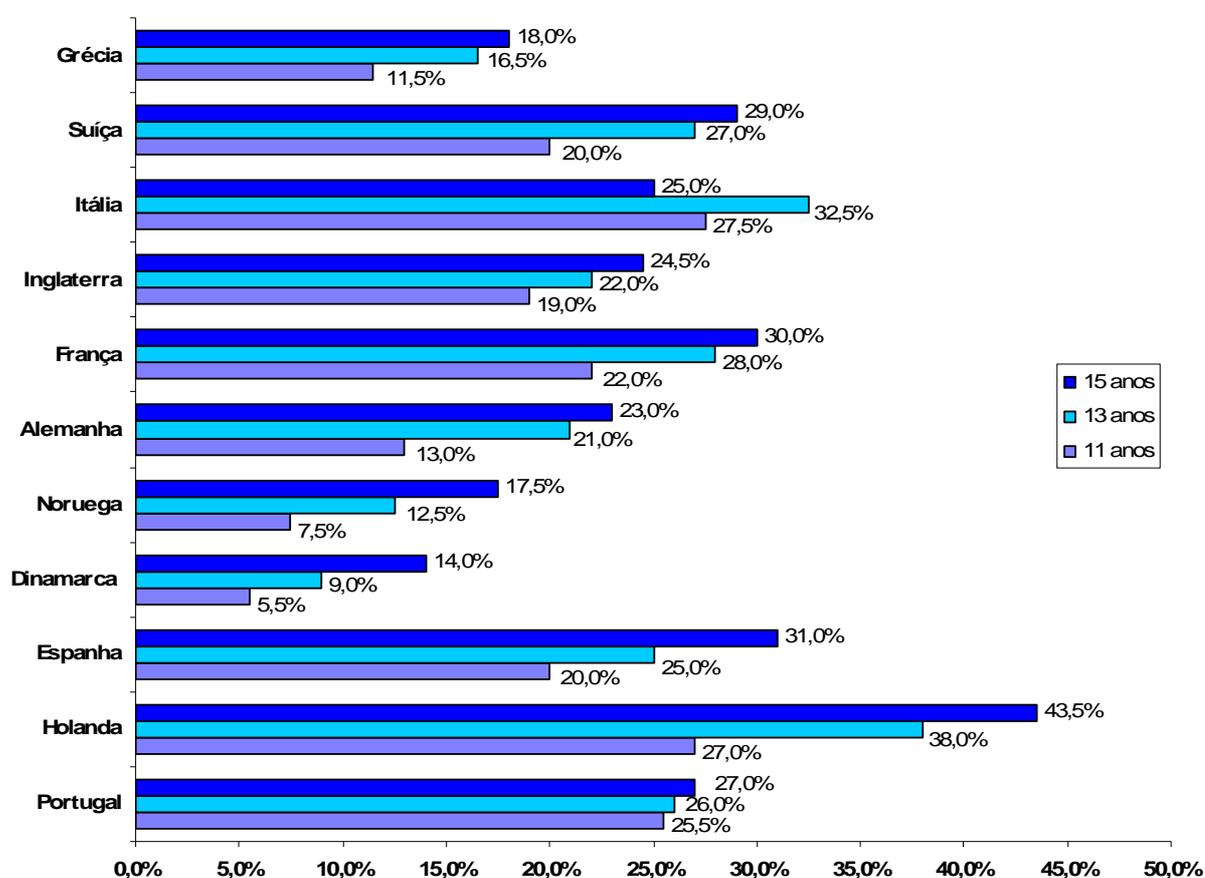


Fonte de Dados: Currie *et al.* (2008).

Em Portugal, pouco mais de um quarto dos jovens mais novos (29%) consomem vegetais e nos mais velhos este valor diminui para 23%. Nos três grupos etários a ingestão diária de vegetais é mais comum nas raparigas. Os resultados revelam que durante a adolescência os jovens Portugueses perdem o hábito, saudável, de ingerir vegetais, como se verifica pelo decréscimo de sete pontos percentuais nos rapazes e de seis pontos nas raparigas (Currie *et al.*, 2008).

O consumo de refrigerantes foi outro dos comportamentos de saúde alvo de estudo pelo HBSC. Os resultados mostram grandes diferenças entre países e entre grupos etários, verificando-se na maioria dos países um aumento do consumo durante a adolescência. O Gráfico 7 ilustra a distribuição da frequência da ingestão diária de refrigerantes, por grupo etário, em alguns países europeus.

**Gráfico 7**  
**Consumo diário de refrigerantes, por grupo etário, em alguns países europeus**  
**( HBSC 2006 )**

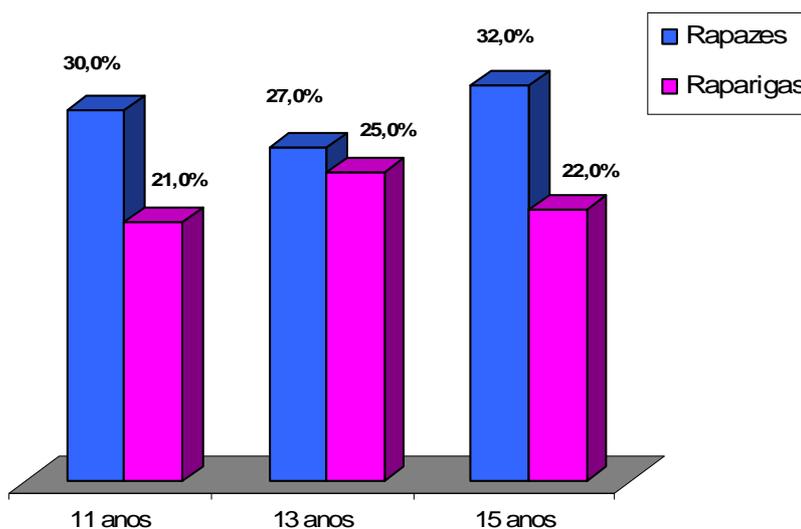


Fonte de Dados: Currie *et al.* (2008).

A Dinamarca é o país onde o consumo diário de refrigerantes é mais reduzido nos três grupos etários e na Holanda é onde se registam as maiores taxas. Em todos os países, à exceção da Itália, constata-se um aumento da prática deste hábito durante a adolescência. Em Portugal a taxa de ingestão também aumenta na adolescência, contudo, verifica-se uma variação pouco acentuada quando analisamos os resultados por grupo etário e por sexo (Gráfico 8). Concluímos que é na faixa dos 13 anos que as raparigas consomem mais refrigerantes (25%)

enquanto que nos rapazes, com esta mesma idade, o consumo é o menor (27%) (Currie *et al.*, 2008).

**Gráfico 8**  
**Consumo diário de refrigerantes, por jovens portugueses, por sexo e grupo etário ( HBSC 2006 )**



Fonte de Dados: Currie *et al.* (2008).

Nos três grupos etários mais de um quarto dos jovens adolescentes portugueses consomem refrigerantes diariamente, isto é, 25,5%, 26% e 27%, respectivamente, nos 11, 13 e 15 anos (Currie *et al.*, 2008).

Um outro hábito alimentar generalizado na alimentação diária de qualquer ser humano, é a ingestão de alimentos ricos em açúcar. O último relatório internacional da Saúde Behaviour in School-aged Children (HBSC) de 2008, não contempla estudos do consumo diário doces/chocolates, contudo, o relatório internacional HBSC de 2004, apresenta resultados sobre a ingestão diária de doces, destacando-se, pela negativa, uma elevada frequência de consumo. Este comportamento é mais corriqueiro nos jovens da faixa etária dos 13 anos. No nosso país é um hábito com maior significado nos adolescentes do sexo masculino, mais precisamente, 22,3% nas raparigas e 27,8% nos rapazes (Currie *et al.*, 2004).

Se analisarmos os resultados do estudo HBSC realizado em 1998, constatamos que esse relatório inclui outros comportamentos alimentares, como a ingestão de batatas fritas, batatas em pacote, doces e chocolates, e se analisarmos os dados apresentados, verificamos

que em muitos países europeus a percentagem de adolescentes que declaram ingerir diariamente estes alimentos é considerável, o que indicia a prática de uma dieta rica em gorduras e hipercalórica (Currie *et al.*, 2000). “Uma dieta hipercalórica, juntamente com um estilo de vida sedentário conduz à obesidade” (Femenías & Hernández, 2003. p.18). Se atendermos aos resultados da população Portuguesa que integrou este estudo, salienta-se como preocupante o facto de 22% das raparigas e 31% dos rapazes consumirem, diariamente, batatas fritas (Currie *et al.*, 2000).

Apesar do último relatório internacional HBSC de 2008 não contemplar estudos do consumo diário de doces/chocolates, os resultados, preliminares, da equipa responsável pelo projecto em Portugal, integram taxas da frequência de ingestão destes alimentos. Quando os analisámos, não se observam diferenças estatisticamente significativas entre sexos, nem entre grupos etários, visto que, as taxas, 23,9% nas raparigas e 22% nos rapazes, permitem-nos afirmar que o consumo é 1,9 % superior no sexo feminino. Se fizermos uma leitura dos dados por faixa etária, constatamos que os adolescentes de 11 anos registam uma taxa de 23%, os de 13 anos, 23,7% e os de 15 anos 22,8% (Matos *et al.*, 2006).

#### **2.2.1.4. Evolução da prevalência de ingestão de alimentos saudáveis em Adolescentes Portugueses**

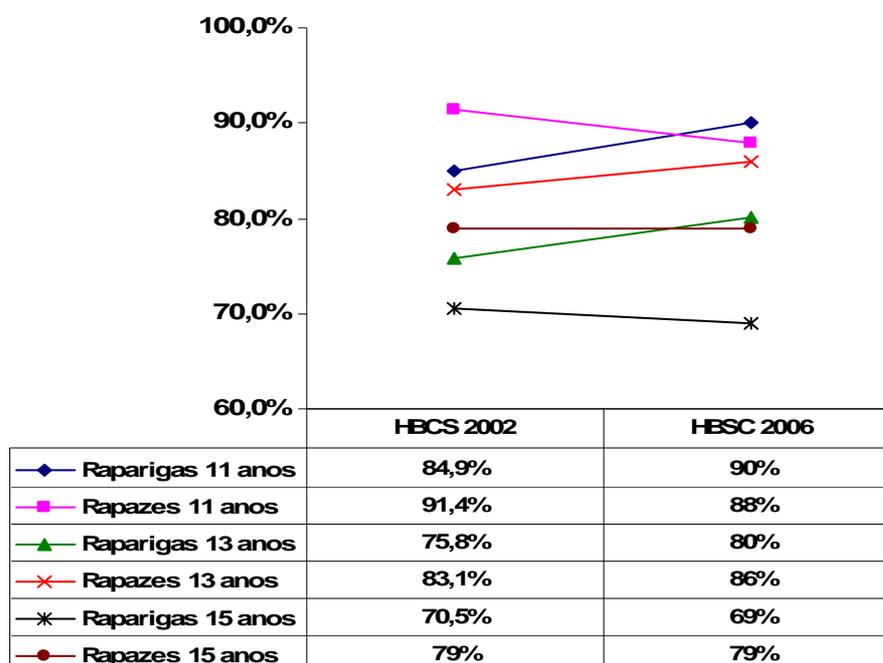
Para caracterizarmos a evolução da prevalência de ingestão de alimentos saudáveis nos adolescentes portugueses, também recorreremos a alguns dados do HBSC. Antes de analisarmos a prevalência de ingestão de alimentos saudáveis nestes, importa destacar a prevalência do comportamento de tomar o pequeno-almoço.

Segundo um artigo da Associação Portuguesa dos Nutricionistas, esta refeição deve fornecer energia e nutrientes para as primeiras horas do dia, evitando situações de fraqueza e quebra de rendimento físico e intelectual durante a manhã. Contribuiu, assim, para uma distribuição alimentar e calórica mais saudável e equilibrada ao longo do dia. As crianças e adolescentes, por se encontrarem numa fase de crescimento e desenvolvimento, não devem ser privadas do pequeno-almoço (Nunes, 2002).

O Gráfico 9 permite-nos comparar os resultados do último HBSC, 2006, com os resultado do estudo realizado quatro anos antes.

Gráfico 9

Evolução da prevalência de ingestão de pequeno-almoço, durante a semana, de jovens portugueses, por sexo e grupo etário ( HBSC 2002/2006 )



Fonte de Dados: Currie *et al.* (2004, 2008).

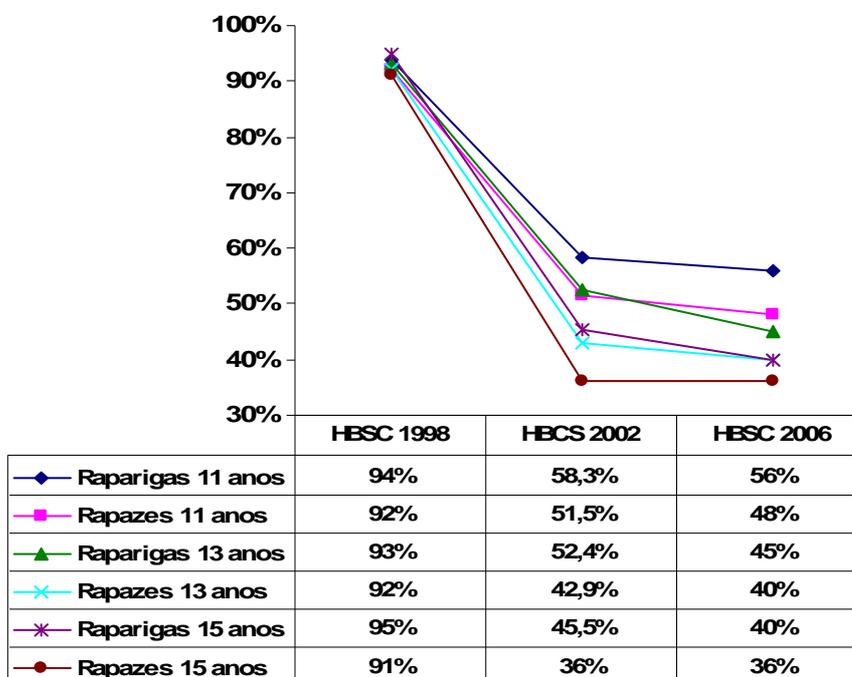
Através da análise gráfica verificamos que os jovens portugueses, à medida que a idade aumenta, apresentam uma diminuição no hábito de tomar o pequeno-almoço, o que é contraproducente para a saúde dos mesmos. A frequência deste hábito, regra geral, é maior nos adolescentes do sexo masculino, excepto no grupo etário dos 11 anos relativo ao estudo de 2006 (Currie *et al.*, 2004, 2008).

Atendendo à evolução da prevalência entre 2002 e 2006, salienta-se, positivamente, o aumento do hábito de ingerir pequeno-almoço nos jovens, de ambos os sexos, na faixa etária dos 13 anos e nas raparigas do grupo dos 11 anos. Destaca-se, negativamente, o decréscimo deste hábito matinal na taxa de adolescentes do sexo masculino com 11 anos e do sexo feminino com 15 anos (Currie *et al.*, 2004, 2008).

Um dos alimentos considerado saudável é a fruta, para caracterizar a prevalência de adolescentes portugueses que ingerem fruta diariamente, recorreremos aos dados dos três últimos inquéritos HBSC realizados (Currie *et al.*, 2000, 2004, 2008). Os resultados da população portuguesa que integrou o estudo são apresentados no Gráfico 10.

Gráfico 10

Evolução da prevalência do consumo diário de fruta, pelos jovens portugueses, por sexo e grupo etário ( HBSC 1998/2002/2006 )



Fonte de Dados: Currie *et al.* (2000, 2004, 2008).

Se atendermos aos resultados da população portuguesa que integrou o estudo de 1998, constata-se que os jovens portugueses são dos europeus que mais ingerem fruta diariamente, em todos os grupos etários e em ambos os sexos, mais de 90% dos adolescentes portugueses consomem fruta.

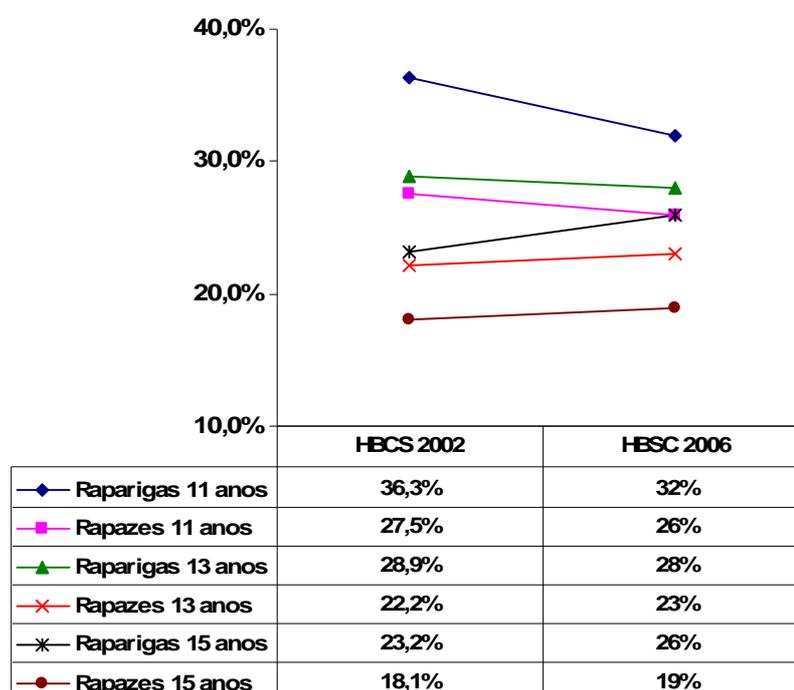
No período dos 8 anos a que se reportam os três estudos, constatamos que as taxas de ingestão de fruta decrescem, apreciavelmente, em todos os grupos etários e em ambos os sexos. Se compararmos os resultados do HBSC 1998, com os realizados posteriormente, verificamos uma descida, muito acentuada, independentemente da idade e do género. Em todos os casos se constata uma diminuição superior a 35% nas taxas de consumo (Currie *et al.*, 2000, 2004, 2008).

Entre 2002 e 2006 também ocorreu uma diminuição da prevalência de adolescentes que ingeriam fruta, contudo, é muito pouco expressiva quando comparada com a que verificou entre 1998 e 2002. Os resultados permitem-nos concluir que este comportamento, saudável, é cada vez mais negligenciado nos jovens portugueses (Currie *et al.*, 2000, 2004, 2008).

Os vegetais são outro alimento considerado de qualidade para a saúde e, por isso, para caracterizar a prevalência de adolescentes portugueses que ingerem vegetais, diariamente, recorreremos aos dados do HBSC realizados em 2002 e 2006. Os resultados da evolução deste hábito alimentar, em Portugal, no período indicado, são apresentados no Gráfico 11.

**Gráfico 11**

**Evolução da prevalência do consumo diário de vegetais, pelos jovens Portugueses, por sexo e grupo etário ( HBSC 2002/2006 )**



Fonte de Dados: Currie *et al.* (2004, 2008).

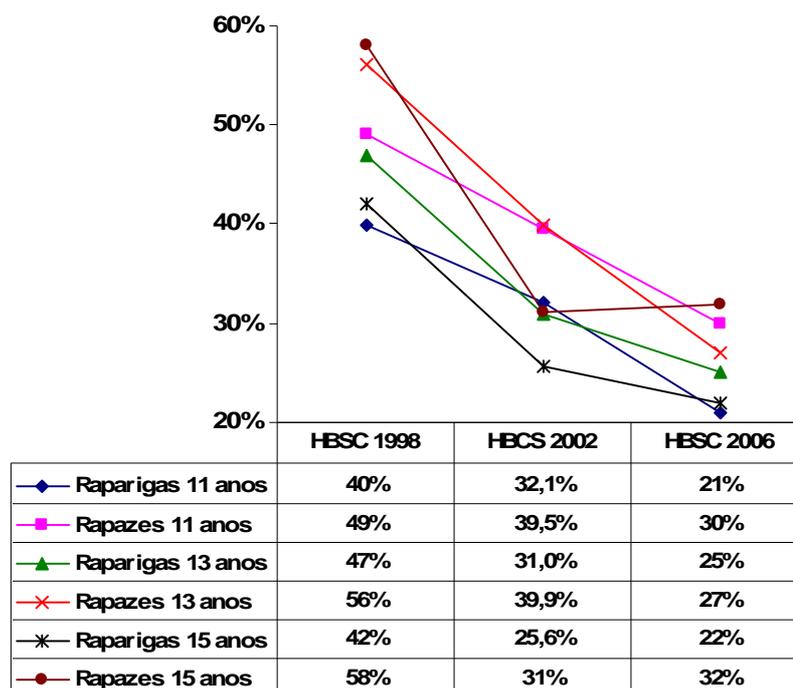
No Gráfico 11, constata-se, nos dois estudos, que este comportamento alimentar é frequente e mais comum nos jovens do sexo feminino, em todas as faixas etárias. Entre 2002 e 2006, no grupo dos 11 anos ocorreu uma regressão no hábito de ingestão diária de vegetais, principalmente nas raparigas, onde se verificou um recuo de 4,3 pontos percentuais, nos rapazes esta descida foi apenas de 1,5% (Currie *et al.*, 2004, 2008).

Os rapazes de 13 anos e os adolescentes da faixa dos 15 anos apresentam um, ligeiro, aumento na frequência deste comportamento. Relativamente aos jovens mais velhos, é nas raparigas onde se observa a maior evolução, mais concretamente, 2,8% e nos rapazes a subida é de apenas 0,9% (Currie *et al.*, 2004, 2008).

Analisando os dados dos três inquéritos HBSC, no que concerne à ingestão de refrigerantes, verifica-se uma grande frequência do hábito de consumo destas bebidas. O Gráfico 12, ilustra-nos a evolução da prevalência deste comportamento desde 1998 até 2006.

**Gráfico 12**

**Evolução da prevalência do consumo diário de refrigerantes, pelos jovens portugueses, por sexo e grupo etário ( HBSC 1998/2002/2006 )**



Fonte de Dados: Currie *et al.* (2000, 2004, 2008).

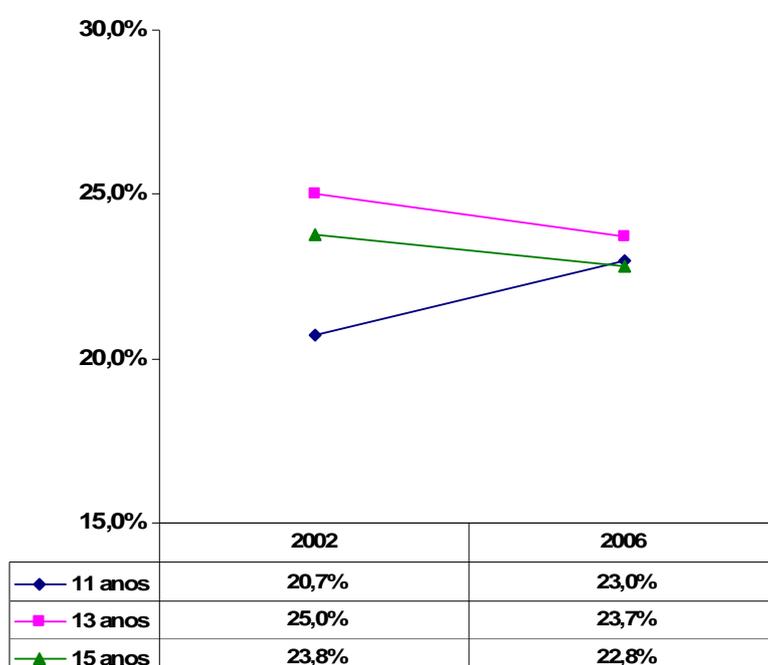
Nos três estudos o consumo de refrigerantes é maior nos rapazes em todos os grupos etários e, regra geral, também é mais elevado nos adolescentes mais velhos. Entre 1998 e 2006 ocorreu uma expressiva diminuição do consumo deste tipo de bebidas mas, a maior descida foi de 29% nos rapazes de 13 anos e a menor foi de 19% no grupo etário dos 11 anos em ambos os sexos (Currie *et al.*, 2000, 2004, 2008).

No período dos 8 anos a que dizem respeito os três estudos, constatamos que apenas nos rapazes de 15 anos é que ocorreu um aumento da prevalência entre 2002 e 2006, embora pouco apreciável (1%). Os resultados permitem-nos concluir que este comportamento, pouco saudável, é cada vez menos frequente nos jovens portugueses (Currie *et al.*, 2000, 2004, 2008).

Os doces/chocolates são alimentos considerados pouco benéficos para a saúde, pelo que, para caracterizar a prevalência de adolescentes portugueses que ingerem este tipo de açúcares, diariamente, recorreremos aos dados da equipa portuguesa que integrou os projectos do HBSC, pelo facto do relatório internacional da Saúde Behaviour in School-aged Children (HBSC) de 2008 não apresentar este estudo (Gráfico 13).

**Gráfico 13**

**Evolução da prevalência do consumo diário de doces/chocolates, pelos jovens portugueses, por grupo etário ( HBSC 2002/2006 )**



Fonte de Dados: *Matos et al.* (2003, 2006).

Entre 2002 e 2006, constata-se que nos adolescentes mais novos (11 anos) ocorreu um aumento de 2,3% no hábito de ingestão diária de doces/chocolates, já os adolescentes do grupo etário dos 13 e 15 anos apresentam uma diminuição da prevalência, 1,0% e 1,3%, respectivamente (*Matos et al.*, 2003, 2006).

**2.2.1.5. Determinantes dos hábitos alimentares**

O estado de saúde das comunidades e dos indivíduos que as constituem é condicionado por um conjunto de factores interligados e interactivos, que se designam por determinantes da

saúde e estão agrupados nas seguintes categorias: biológicos (ex: idade, sexo, factores genéticos); comportamentos e estilos de vida (ex: fumar, consumo álcool, exercício físico limitado, alimentação pouco saudável); ambiente e condições de vida (ex: emprego, estatuto sócio-económico, apoio e redes sociais); e as relacionadas com o sistema de saúde (ex: políticas de saúde, serviços de saúde, acessibilidades) (Rodrigues *et al.*, 2005).

O controlo destes determinantes é actualmente uma grande preocupação de saúde pública, pois, segundo o Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva (2002) as doenças relacionadas com práticas alimentares não saudáveis, como é o caso das doenças cardiovasculares, são a primeira causa de morte no mundo ocidental e em Portugal. Assim sendo, é necessário desde a infância educar as crianças para práticas alimentares saudáveis porque, ao procedermos desta forma estamos a controlar os factores que influenciam esses comportamentos de saúde .

Segundo Loureiro (1999) a educação sobre práticas alimentares deve começar na infância, este é o momento ideal para se apropriarem de modelos alimentares adequados e saudáveis, como tal, é necessário conhecer os factores que influenciam o ser humano na tomada de decisões pois, só assim será possível intervir nas mudanças comportamentais.

Para Nunes & Breda (2001) as crianças não nascem com a capacidade para escolher os alimentos em função do seu valor nutricional e, os seus hábitos alimentares são aprendidos através da observação, da experiência e da educação. Nesta perspectiva, a família desempenha um papel fundamental na aquisição de hábitos adequados durante os primeiros anos de vida. A família e, posteriormente, a escola devem ser os locais de excelência para a aquisição de comportamentos alimentares saudáveis.

Na escola os professores devem utilizar todas as oportunidades para promover a educação alimentar, no sentido de fomentarem estilos de vida saudáveis. É ainda de destacar a influência que poderá ser exercida pela comunicação social, publicidade, moda e pressão do grupo de pares do adolescente, como determinantes na tomada de decisões relativas aos seus comportamentos de saúde (Natário, 1993).

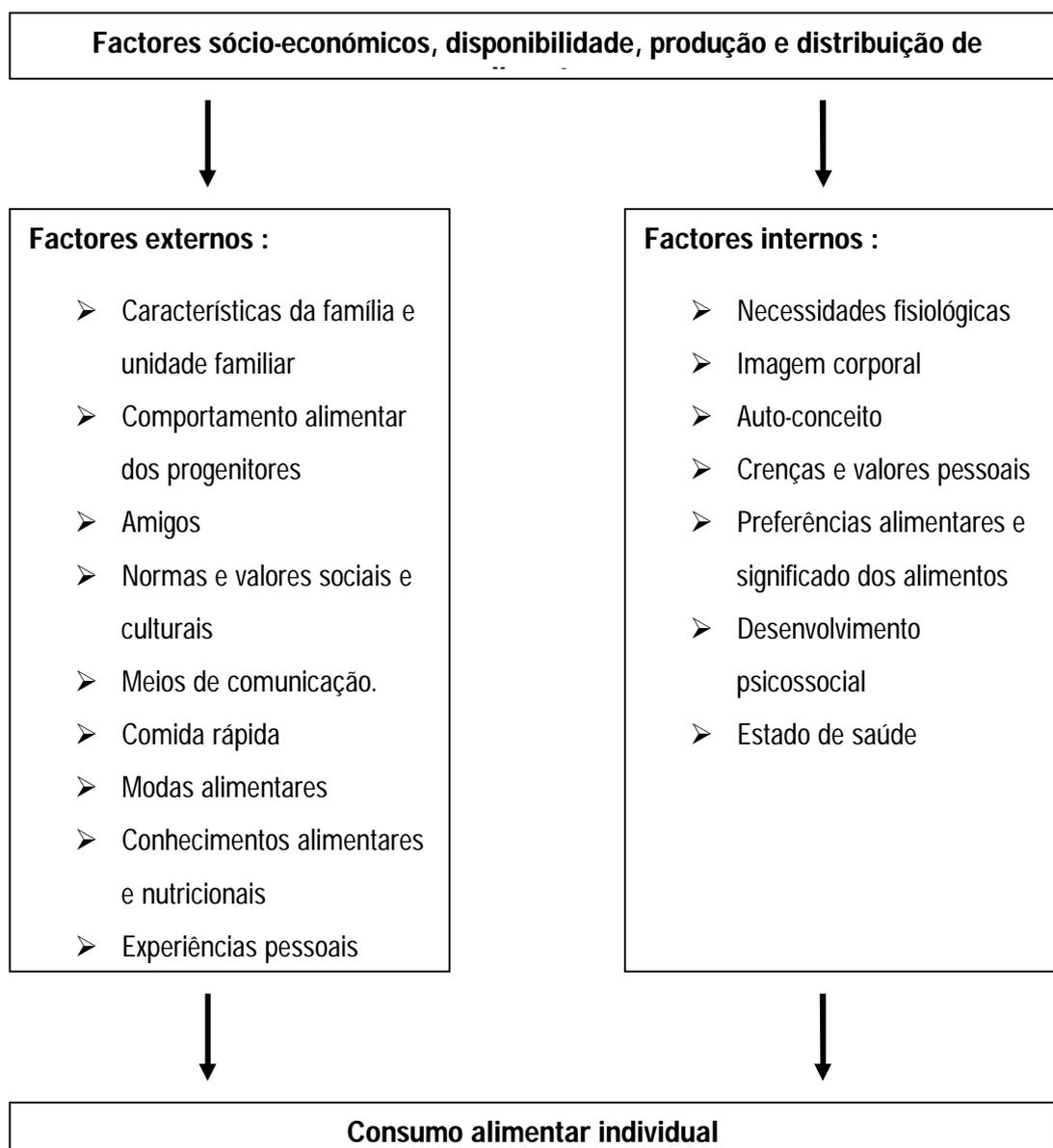
Nos últimos tempos, na sociedade global em que vivemos, o estatuto do consumidor sobressai cada vez mais. Os hábitos alimentares tradicionais dos nossos adolescentes têm tendência a dissiparem-se, dando lugar à *“americanização dos hábitos alimentares”* (Lopes, 2006, p.12) que se estão a homogeneizar globalmente. Hoje em dia, os jovens são estimulados,

incessantemente, para o consumo de bens e serviços pelos média, através da pressão publicitária com apelativos slogans e agressivas campanhas de consumo, que contribuem para hábitos alimentares muito pouco saudáveis (Lopes, 2006).

Segundo Moreira (1999) o consumo alimentar dos adolescentes é condicionado pela interação de um conjunto de factos internos e externos ao indivíduo. O Esquema 1 apresenta um conjunto de factores, externos e internos ao ser humano, os quais, segundo o autor, influenciam/condicionam as práticas alimentares de cada indivíduo.

### Esquema1

#### Factores que influenciam o consumo alimentar de cada indivíduo



Adaptado de Moreira, 1999.

O estilo de vida de um indivíduo, no qual se incluem atitudes e comportamentos de saúde, constitui um dos mais importantes determinantes de uma vida saudável. As práticas alimentares fazem parte integrante dos estilos de vida dos seres humanos e segundo Mendoza, Pérez & Foguet (1994) relacionam-se através de uma complexa interacção de factores:

- *“Factores biológicos e psicológicos”* – a personalidade, os interesses e a educação recebida determinam as características individuais dos indivíduos;

- *“Factores do ambiente microsocial onde o indivíduo se desenvolve”* – como a família, casa, vizinhos, escola, pares, ambiente laboral, etc.;

- *“Factores macrossociais”* – relacionados com o sistema social, a cultura, as instituições, os meios de comunicação, os grupos económicos, etc.;

- *“Factores ambientais”* – influência do meio físico geográfico que se modifica constantemente pela acção do homem.

## **2.2.2. Hábitos de Ingestão de álcool**

### **2.2.2.1. Consequências do consumo de álcool pelas crianças e jovens**

*“Alcohol is a psychoactive drug that can lead to hazardous consumption and dependency which is associated with an increased risk of morbidity and mortality.”*

OMS (2000c)

O etanol é um composto orgânico,  $\text{CH}_3\text{CH}_2\text{OH}$ , é o álcool existente nas bebidas alcoólicas, é obtido por fermentação de açúcares existentes em diversos produtos de origem vegetal, tais como frutos, cereais, tubérculos, etc. (Aragão & Sacadura, 2002).

Segundo a Organização Mundial de Saúde o álcool é considerado uma droga psicoactiva, pelo facto de alterar as funções nos organismos vivos, quando consumido por estes (OMS, 2000c).

O álcool, como qualquer outra droga, é um problema social grave que afecta particularmente os jovens adolescentes. Tudo pode começar por uma habituação que leva a excessos, originados pela imaturidade ou por comportamentos impulsivos, que são típicos nos adolescentes (Palha, 2007).

O processo de destilação do álcool, foi introduzido pelos Árabes na Europa, na idade Média. Na altura acreditava-se que era cura para quase tudo, hoje sabemos que o seu valor terapêutico é limitado. A ingestão em excesso traz graves problemas de saúde, porque altera o equilíbrio e completo bem estar físico, mental, social do indivíduo (Aragão & Sacadura, 2002).

As moléculas deste composto são solúveis na água e nos lípidos, o que permite uma rápida distribuição por todo o organismo humano, conseguindo atravessar a barreira hemática cerebral e provocar alguns efeitos, os quais levam à euforia e a efeitos tóxicos. Embora afecte o sistema nervoso central, também atinge todos os outros órgãos. No cérebro ele interfere com os neurotransmissores dando origem inicialmente a uma fase de excitação, seguida de sonolência, por vezes profunda com paragem respiratória (Aragão & Sacadura, 2002).

O consumo excessivo pode levar à embriaguez, que pode ser acompanhada de alterações de comportamento, alucinações, delírios e de amnésia dos factos ocorridos durante esse período. A intoxicação aguda pode levar ao coma e a intoxicação crónica pode originar gastrites, cianoses, polinevrite, diabetes por pancreatite crónica etílica, síndrome de Wernicke, enfermidade de Marchiafava-Bignami (lesão etílica encefálica) microcardiopatía alcoólica, anemia hemolítica hiperlipémica, crises de hipoglicémicas e encefalopatía (Aragão & Sacadura, 2002).

Os jovens que consomem álcool, diariamente, estão sujeitos a problemas patológicos orgânicos, os que bebem de forma compulsiva, habitualmente, ao fim-de-semana apresentam problemas de comportamento e frequentemente embriaguez, que pode ser acompanhada de dores de cabeça, náuseas, vômitos, perda da coordenação psicomotora e pode levar ao coma ou à morte (Calafat & Munar, 1999). Os constrangimentos do consumo, abusivo, de álcool, pelos jovens adolescentes estão relacionados com problemas neuroquímicos e outros característicos desta fase do desenvolvimento humano (Pechansky *et al.*, 2004).

A ingestão excessiva de álcool está também associada a comportamentos violentos, acidentes rodoviários, quedas, comportamentos de risco, entre os quais as relações sexuais desprotegidas (Calafat, 2002). Também pode causar danos cerebrais alterando o sistema dopaminérgico, ao nível das vias do córtex pré-frontal, e do sistema límbico, afectando o comportamento, as emoções e a formação da sua identidade (Pechansky *et al.*, 2004).

Segundo Palha (2007) os sinais e sintomas indicadores de consumo excessivo de álcool ou drogas na adolescência são: rendimento académico mais baixo, lapsos breves de atenção e concentração, absentismo e atrasos nos horários escolares, incapacidade para lidar com

frustrações, mudanças constantes de grupos de amigos íntimos, irritabilidade com os membros da família e amigos íntimos, desconfiança face aos amigos, rebeldia, mentiras aos pais e professores e conduta impulsiva. Assim sendo, cabe a todos nós, principalmente pais e professores, interpretar estes sinais nos adolescentes e não negligenciar, os comportamentos e atitudes que poderão indiciar os excessos no consumo de álcool.

#### **2.2.2.2. Hábitos de Ingestão de álcool em adolescentes Europeus e Portugueses**

O HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), estudo colaborativo da Organização Mundial de Saúde, também tem investigado sobre comportamentos de saúde relacionados com os hábitos de consumo de álcool nos adolescentes. Nos estudos de 1998, 2002 e 2006, os resultados permitiram conhecer melhor o perfil dos jovens europeus e portugueses que experimentam ou ingerem habitualmente álcool.

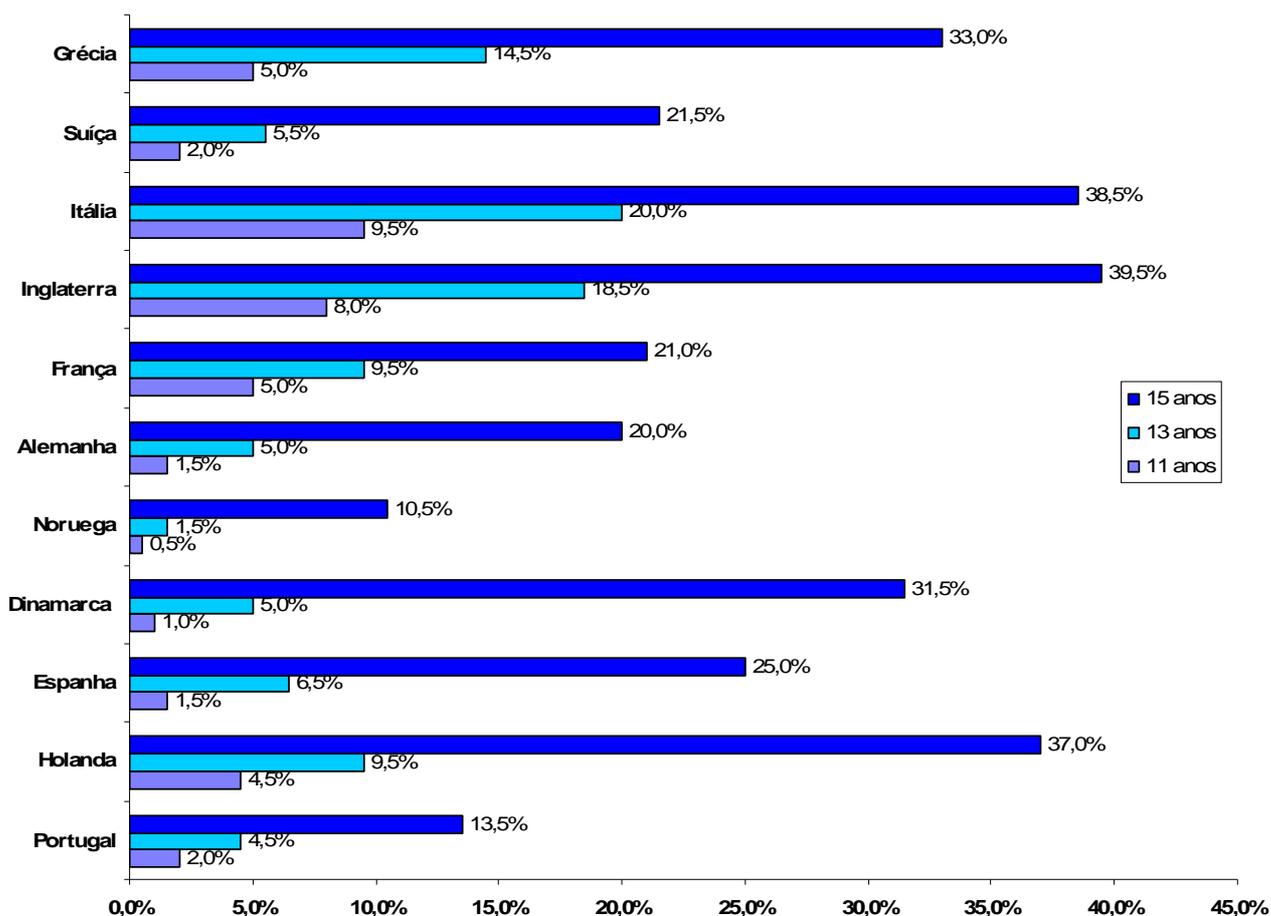
Os resultados do estudo de 2006, divulgados no relatório internacional do HBSC de 2008, permitem-nos concluir sobre alguns comportamentos de saúde relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas. Dos países europeus que seleccionamos para o nosso estudo (Gráfico 14), constatamos que existem grandes diferenças da prevalência de ingestão semanal de álcool durante a adolescência, assim como há significativas variações entre países (Currie *et al.*, 2008).

Os valores apresentados no Gráfico 14 permite-nos afirmar que as taxas de consumo aumentam, substancialmente, entre 13 e os 15 anos, em todos os países. A Itália e a Inglaterra são os países onde a ingestão é mais elevada, nas três faixas etárias, atingindo no grupo etário dos 11 anos consumos de 9,5% e 8%, respectivamente. No grupo dos jovens de 15 anos estes valores passam para 38,5% e 39,5%. A Noruega é o país onde a prevalência de consumo é menor durante toda a adolescência (Currie *et al.*, 2008).

Comparativamente com os restantes países que integram o estudo, Portugal é o segundo país com consumos mais baixos na faixa dos 13 e 15 anos. Se analisarmos as diferenças entre grupos etários, verificamos que, em todos os países, os consumos aumentam durante a adolescência. Dos 11 para os 13 anos o menor incremento ocorre na Noruega (1%) e Portugal regista o segundo menor aumento (2,5%). Dos 13 para os 15 anos constatamos que estes dois países apresentam o incremento de 9%, sendo ultrapassados, substancialmente, por

todos os outros e registando-se os valores mais elevados de 27,5% na Holanda e 26,5% na Dinamarca (Currie *et al.*, 2008).

**Gráfico 14**  
**Consumo de álcool pelo menos uma vez por semana, em alguns países europeus, por grupo etário ( HBSC 2006 )**

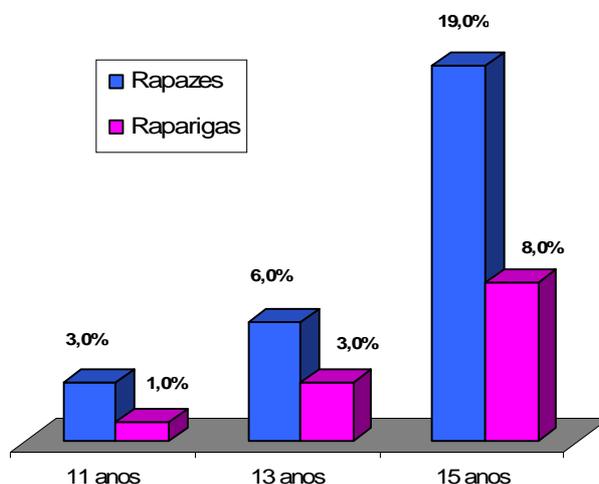


Fonte de Dados: Currie *et al.* (2008).

Procedendo a uma análise dos resultados do HBSC 2006 em função do género, concluímos que em quase todos os países o consumo semanal de álcool é maior nos rapazes, apenas a Espanha contraria esta tendência. No grupo etário dos 13 anos são as raparigas que consomem mais e na faixa dos 15 anos os dois sexos apresentam a mesma taxa de ingestão. Em relação a Portugal, o Gráfico 15 traduz a distribuição por sexo e grupo etário dos adolescentes que declararam ingerir álcool pelo menos uma vez por semana (Currie *et al.*, 2008).

### Gráfico 15

#### Consumo de álcool pelo menos uma vez por semana, pelos jovens portugueses, por sexo e grupo etário ( HBSC 2006 )



Fonte de Dados: Currie *et al.* (2008).

Da interpretação do Gráfico 15 regista-se um aumento da prevalência de ingestão semanal de álcool durante a adolescência em ambos os sexos. É notório que as taxas de consumo aumentam substancialmente entre os 13 e os 15 anos de idade, principalmente nos rapazes onde há um aumento de 13 pontos percentuais, quando comparado com os 5 pontos nas raparigas (Currie *et al.*, 2008).

O Inquérito Nacional em Meio Escolar (INME) é um estudo realizado a nível Nacional que caracteriza com minúcia os consumos dos alunos que integram o 3.º Ciclo do Ensino Básico e Ensino Secundário, das diferentes regiões do país. É um estudo desenvolvido pelo Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT). O último inquérito realizou-se em 2006, encontra-se em fase de conclusão e os resultados preliminares apontam as percentagens de alunos que já consumiram alguma bebida alcoólica como sendo 59% no 3º Ciclo e 88% no Secundário. Em relação aos jovens que consumiram álcool nos últimos 12 meses que antecederam o estudo, regista-se uma taxa de 48% no 3º Ciclo e 79% no Secundário, assim como, ingeriram estas bebidas nos últimos 30 dias, 32% no 3º Ciclo e 58% no Secundário (Feijão, 2008).

A nível Europeu há a destacar o estudo do European School Survey project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) que tem uma periodicidade de 4 anos e foi desenvolvido em 1995, 1999, 2003 e 2007, tendo sido o relatório deste último apresentado no dia 26 de Março de

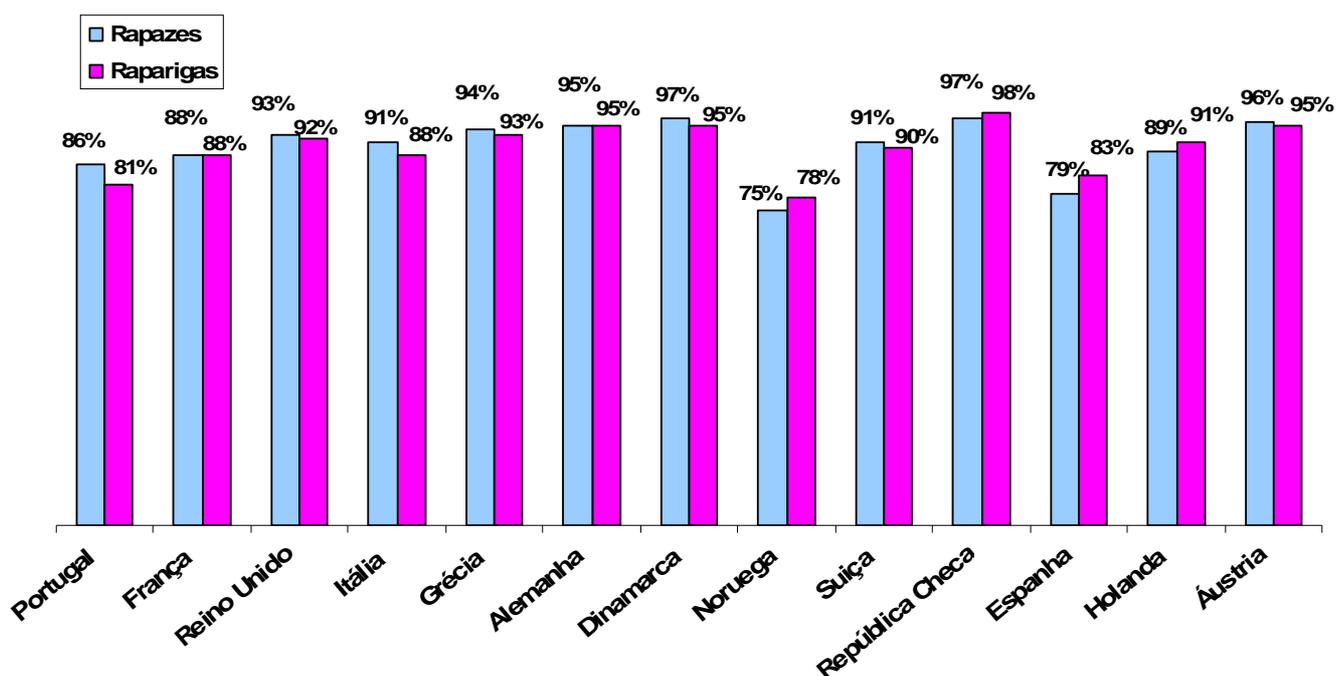
2009. Este trabalho permite ter uma visão global do desenvolvimento do fenómeno de consumo, a nível europeu, e estabelecer comparações entre os países.

O projecto referido tem o apoio do Grupo Pompidou do Conselho da Europa e, nos diferentes países participantes, conta com a participação das instituições da maior relevância na área dos estudos de álcool e de drogas. Em Portugal, está a cargo de Fernanda Feijão (coordenadora nacional) e de Elsa Lavado, investigadoras do Observatório da Droga e da Toxicoddependência (ODT) do Instituto da Droga e da Toxicoddependência (IDT). Portugal integra o estudo desde o primeiro inquérito (Feijão, 2008). O que se realizou em 2007, contou com a participação de mais de 100 000 estudantes europeus de 35 países com 15 e 16 anos de idade e, investigou a evolução dos consumos de substâncias psicoactivas nos últimos 4 anos (Hibell *et al.*, 2009).

No inquérito ESPAD 2007, relativamente ao consumo de álcool, pode-se constatar através do Gráfico 16, para todos os países, que mais de dois terços dos estudantes beberam álcool, pelo menos uma vez, durante a sua vida.

**Gráfico 16**

**Consumo de álcool, pelo menos uma vez durante a vida, em função do sexo, em alguns países que integraram o ESPAD 2007**



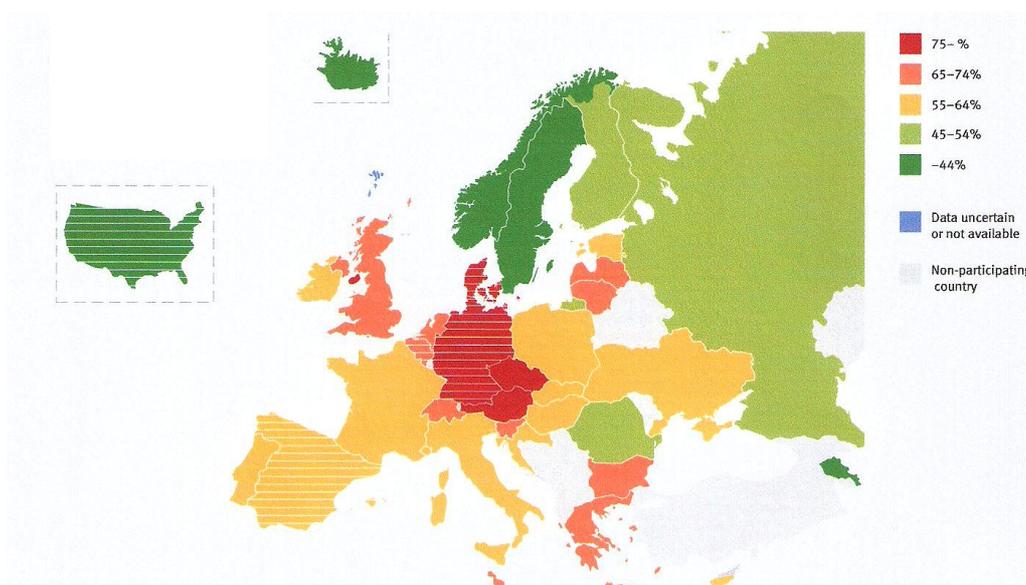
Fonte de Dados: Hibell *et al.* (2009).

A percentagem média de adolescentes que indicaram já terem bebido álcool pelo menos uma vez durante a sua vida, é de aproximadamente 89%. Do grupo de países referenciados no gráfico, é na Noruega (76,5%) e na Espanha (81%) onde se registam as menores taxas deste comportamento. Já as maiores frequências verificam-se na República Checa (97,5%) e na Áustria (95,5%). Se atendermos à diferença entre géneros as discrepâncias são pouco significativas, a maior é de 5% e ocorre no nosso país (Hibell *et al.*, 2009).

A percentagem de estudantes portugueses que referiram ter bebido álcool pelo menos uma vez durante a sua vida, é de 84%, mais precisamente de 86% nos rapazes e 81% nas raparigas. No que concerne ao consumo de qualquer bebida alcoólica nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias que antecederam o inquérito, os valores médios diminuem para 79% e 60%, respectivamente (Hibell *et al.*, 2009).

O Mapa 1, foi retirado do Relatório Europeu – ESPAD 2007 e ilustra a distribuição da percentagem de ingestão de qualquer bebida alcoólica, durante os últimos 30 dias.

**Mapa 1**  
**Distribuição de estudantes europeus que consumiram qualquer bebida alcoólica durante os últimos 30 dias ( ESPAD 2007 )**



Adaptado de Hibell *et al.* (2009).

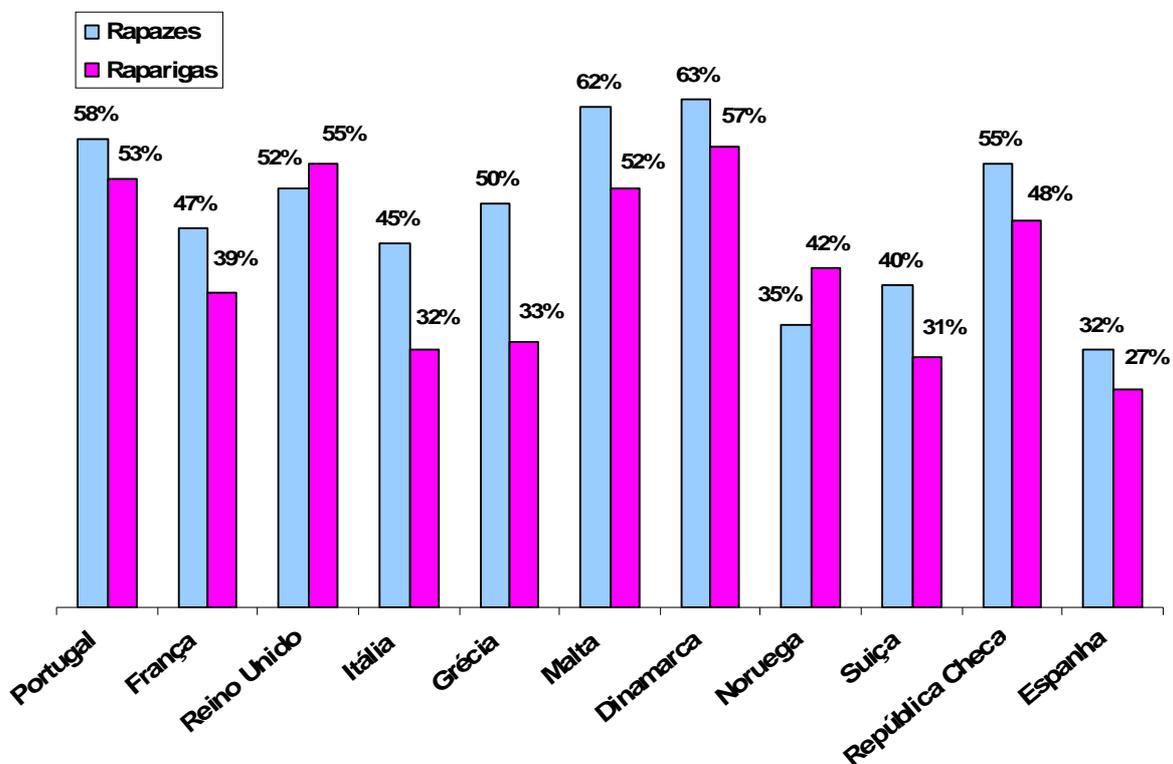
Pela leitura do mapa conclui-se que, na generalidade, são os jovens dos países nórdicos que apresentam as menores taxas da ingestão de qualquer bebida alcoólica, durante os últimos

30 dias que antecederam o estudo, mais precisamente, 31% na Islândia, 42% na Noruega, 44% na Suécia e 48% na Finlândia. As frequências mais elevadas registam-se na Áustria e Dinamarca com 80%, República Checa 76% e Alemanha 75%. Em Portugal verifica-se este comportamento em 60% dos adolescentes inquiridos, mais concretamente em 62% dos rapazes e em 58% das raparigas (Hibell *et al.*, 2009).

Analisando os resultados do inquérito ESPAD 2007, nos 35 países que integraram o estudo, no que diz respeito aos episódios de consumo excessivo de álcool nos últimos 30 dias que o antecederam, verificamos que, em média, 43% dos inquiridos, mais precisamente 47% dos rapazes e 39% das raparigas já tiveram este comportamento. O Gráfico 17, apresenta a frequência deste comportamento em alguns países que integraram este inquérito. O indicador usado foi a ingestão de cinco ou mais bebidas numa única ocasião (1 bebida = 50 cL de cerveja ou 15 cL de vinho ou 5 cL de bebida espirituosa) (Hibell *et al.*, 2009).

**Gráfico 17**

**Consumo excessivo de álcool durante os últimos 30 dias, em função do sexo, em alguns países que integraram o ESPAD 2007**



Fonte de Dados: Hibell *et al.* (2009).

Na generalidade, os valores médios apresentados divergem muito entre país e por género. Os maiores consumos registam-se na Dinamarca (60%) Malta (57%) e Portugal (56%) as menores taxas verificam-se na Espanha (29%) e Suíça (35%). Em todos os países, à excepção do Reino Unido e da Noruega, são os rapazes os que apresentam maior frequência deste comportamento alcoólico. A maior discrepância entre géneros ocorre na Grécia, onde os rapazes apresentam uma taxa de 17 pontos percentuais superior à do sexo oposto, por outro lado, a menor diferença constata-se no Reino Unido, onde as raparigas superam os rapazes em 3% (Hibell *et al.*, 2009).

Entre 2003 e 2007 Portugal foi o país onde esta conduta aumentou mais acentuadamente, passou de 25% para 56%, ou seja, subiu 31 pontos percentuais. No nosso país, neste último estudo, constatamos que 58% dos rapazes e 53% das raparigas tiveram consumos episódicos de excesso de álcool nos últimos 30 dias. Se tivéssemos como referência os últimos 12 meses que antecederam o estudo, constatávamos que se embebedaram 27% dos jovens do sexo masculino e 24% do sexo feminino (Hibell *et al.*, 2009).

Em relação ao consumo de cerveja, vinho e bebidas espirituosas, durante os últimos 30 dias que antecederam o estudo ESPAD 2007, em todos os países que integraram o inquérito, é de realçar a frequente ingestão de cerveja. A percentagem de consumo desta bebida varia entre os 31% na Arménia e os 70% na Bulgária, há um grupo de países como a Finlândia, Noruega Irlanda, Islândia e Suécia onde se registam consumos inferiores a 40%, por outro lado, na República Checa, Alemanha e Dinamarca, registam-se valores superiores a 60%. Quando se procede a uma comparação deste hábito por género, verificamos que é um comportamento predominantemente masculino, à excepção da Islândia (Hibell *et al.*, 2009).

O hábito de ingestão de vinho é inferior ao da cerveja, na grande maioria dos países. O maior consumo aparece em Malta com 63%, seguido-se 54% na Arménia, 52% na Áustria, 51% na Eslováquia e 50% na Hungria. O menor consumo é de 11% na Islândia, 13% na Noruega e 17% na Finlândia. Entre os dois últimos inquéritos, houve uma clara diminuição da percentagem média de jovens que bebem cerveja e/ou vinho durante os últimos 30 dias. Em relação às bebidas espirituosas a frequência mais expressiva aparece na Dinamarca e em Malta com 64% e a menor taxa de ingestão é de 16% na Arménia (Hibell *et al.*, 2009).

Analisando a frequência de ingestão de cerveja por género, verifica-se que, em todos países que integraram o estudo, à excepção da Islândia, mais rapazes do que raparigas ingerem

frequentemente esta bebida. O mesmo já não se verifica com o consumo de vinho, pois, em 18 dos 35 países há mais jovens do sexo feminino a consumi-lo. No que diz respeito às bebidas espirituosas, continuam a ser os adolescentes masculinos (20 países) os que mais bebem, contudo, as raparigas, em mais de metade dos países, apresentam taxas mais elevadas de ingestão deste tipo de bebidas, quando comparadas com o consumo de cerveja e vinho (Hibell *et al.*, 2009).

A Tabela 1 ilustra a realidade Portuguesa em relação à frequência do consumo de cerveja, vinho e bebidas espirituosas, por género, durante os últimos 30 dias que antecederam o inquérito do ESPAD 2007.

**Tabela 1**  
**Consumo de cerveja, vinho e bebidas espirituosas, durante os últimos 30 dias em Portugal, em função do sexo ( ESPAD 2007 )**

<b>Bebidas</b>	<b>Rapazes</b>	<b>Raparigas</b>	<b>Total</b>
<b>Cerveja</b>	59%	50%	54%
<b>Vinho</b>	35%	32%	33%
<b>Bebidas espirituosas</b>	51%	53%	52%

Fonte de Dados: Hibell *et al.* (2009).

As percentagens apresentadas mostram que, aproximadamente, mais de metade dos jovens Portugueses consomem frequentemente cerveja e bebidas de alto teor alcoólico. O vinho é ingerido apenas por um terço dos adolescentes. Procedendo a uma análise por género, constata-se que a taxa média de ingestão de cerveja é 9% menor nas raparigas contudo, estas bebem mais 2% de bebidas espirituosas. Os adolescentes de ambos os sexos ingerem menos vinho do que qualquer uma das outras bebidas (Hibell *et al.*, 2009).

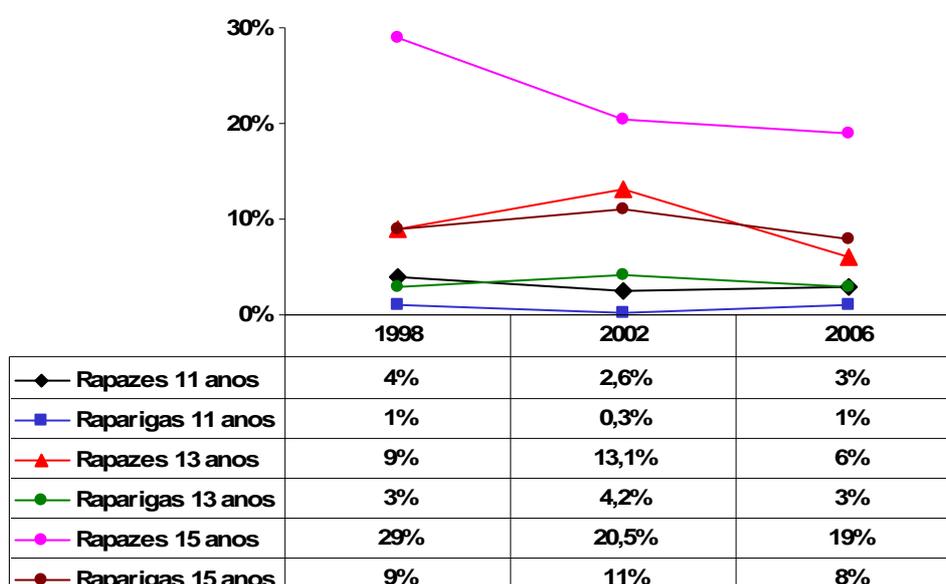
### **2.2.2.3. Evolução da prevalência de Ingestão de álcool em Adolescentes Portugueses**

O HBSC (Health Behaviour in school-aged Children), estudo colaborativo da Organização Mundial de Saúde, investigou sobre comportamentos de saúde relacionados com a ingestão de

álcool nos adolescentes, em 1998, 2002 e 2006, o que permitiu definir melhor o perfil dos jovens que experimentaram ou consomem habitualmente álcool. Estes três estudos investigaram o consumo de bebidas alcoólicas, pelo menos uma vez por semana, por grupo etário e por género, e os resultados referentes ao nosso país são apresentados no Gráfico 18.

**Gráfico 18**

**Evolução da prevalência de jovens portugueses que consomem álcool pelo menos uma vez por semana, em função do sexo e grupo etário ( HBSC 1998/2002/2006 )**



Fonte de Dados: Currie *et al.* (2000, 2004, 2008).

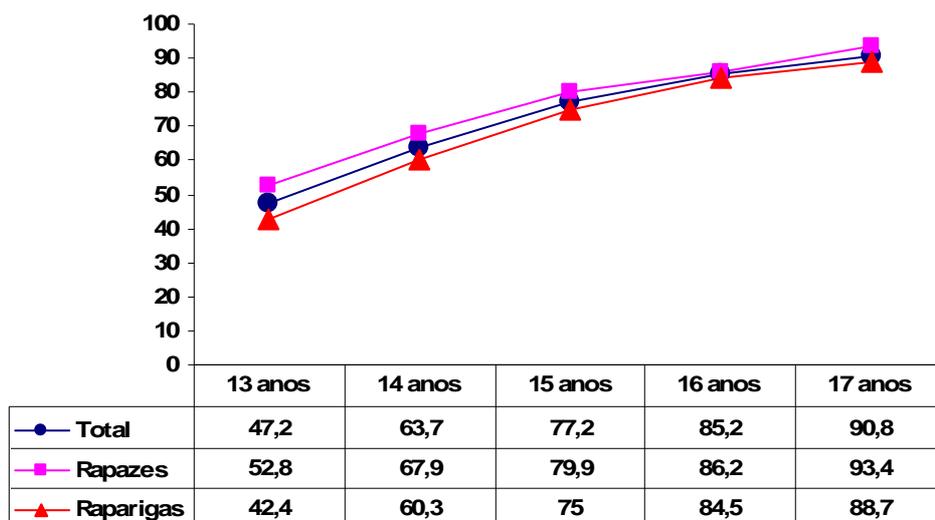
Ao longo dos 8 anos a que se reportam os estudos, não se observam diferenças significativas estatisticamente nos adolescentes do sexo feminino e nos rapazes do grupo etário dos 11 anos. Nos jovens masculinos de 13 anos, verificou-se entre 1998 e 2002 um incremento de 4,1%, e entre 2002 e 2006 declinou 7,1%, acabando por se traduzir numa diminuição de 3% entre 1998 e 2006. Nos rapazes da faixa dos 15 anos, registou-se entre 1998 e 2006 uma diminuição de dez pontos percentuais na prevalência deste comportamento de saúde (Hibell *et al.*, 2009).

O Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga, em alunos do ensino público, em Portugal Continental, no ano de 2003 (ECATD-2003) foi iniciado no Instituto da Droga e da

Toxicod dependência (IDT) insere-se no Programa de Estudos em Meio Escolar e representa o alargamento do Projecto ESPAD – European School Survey Project on Alcohol and other Drugs.

Depois do ECATD 2003, foi realizada uma recolha de dados em 2007, mas o estudo ainda está em curso, não havendo resultados disponíveis. A investigação que teve lugar no ano de 2003, permite-nos analisar, em Portugal continental, as prevalências ao longo da vida de ingestão de álcool, por grupo etário e género. Os resultados deste indicador da existência de experiência de consumo de bebidas com álcool são apresentados no Gráfico 19 (Feijão & Lavado, 2003).

**Gráfico 19**  
**Prevalência de jovens portugueses que consumiram álcool ao longo da vida, em função do sexo e grupo etário ( ECATD 2003 )**



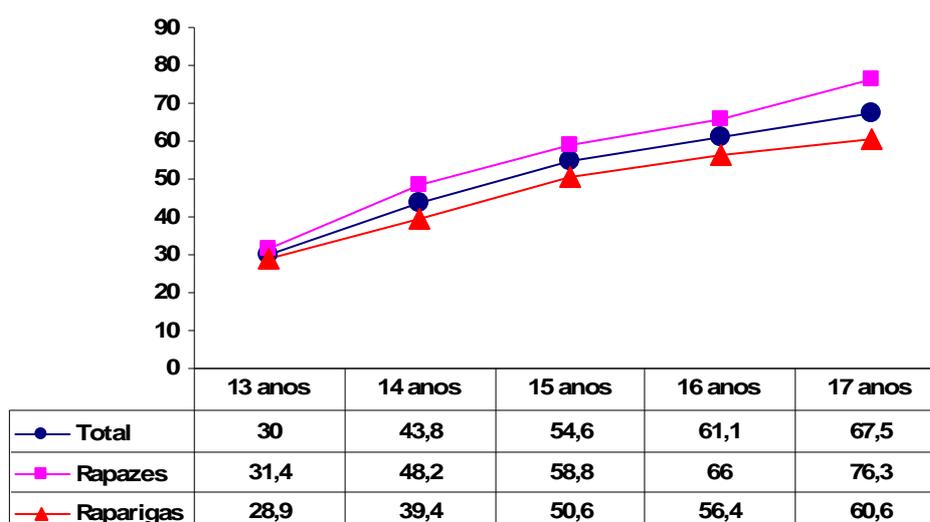
Adaptado de Feijão & Lavado (2003)

Pelo Gráfico 19 constata-se um aumento das prevalências durante a adolescência, cerca de 47% dos alunos de 13 anos e 91% dos alunos de 17 anos já experimentaram bebidas alcoólicas, pelo menos uma vez no seu percurso de vida. Quase metade dos jovens inquiridos, mais precisamente 47,2%, já ingeriram álcool, e em todos os grupos etários são baixas as diferenças entre as percentagens de rapazes e raparigas que já o fizeram (Feijão & Lavado, 2003).

No mesmo estudo foi usado como indicador do consumo actual de bebidas alcoólicas, os últimos 30 dias que antecederam o inquérito pois, representa o valor mais próximo da ingestão habitual. No Gráfico 20 são apresentadas as frequências por grupo etário e género, deste indicador. Mais uma vez se constata um aumento das prevalências durante a adolescência, 30% dos alunos de 13 anos e 67,5% dos alunos de 17 anos consumiram álcool nos 30 dias anteriores à realização do estudo. Os rapazes ingerem mais bebidas alcoólicas que as raparigas e a diferença entre sexos é menor nos jovens de 13 anos (2,5%) e maior na faixa etária dos 17 anos (15,7%) (Feijão & Lavado, 2003).

**Gráfico 20**

**Prevalência de jovens portugueses que consumiram álcool nos últimos 30 dias, em função do sexo e grupo etário ( ECATD 2003 )**



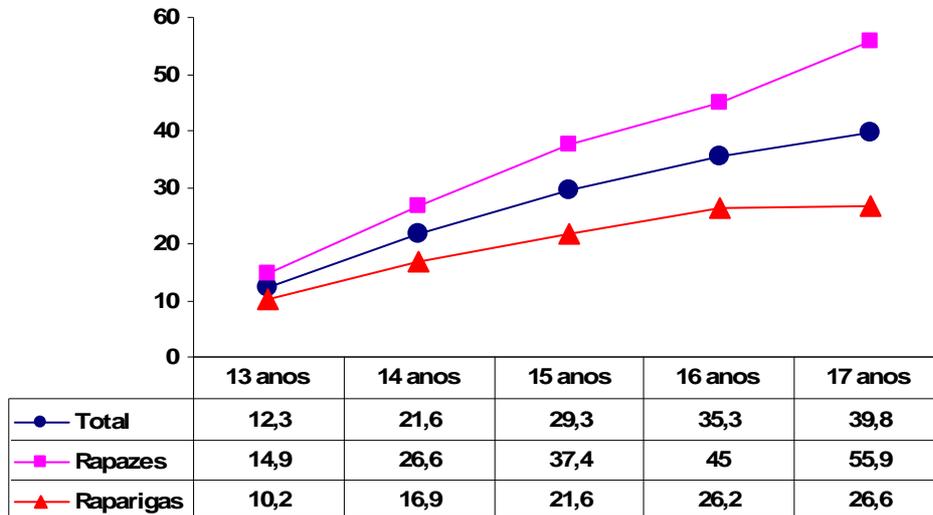
Adaptado de Feijão & Lavado (2003)

As diferenças mais acentuadas nas prevalências de consumo de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias, em ambos os sexos, ocorrem na cerveja (Gráfico 21).

Pela análise do Gráfico 21, constata-se que no grupo etário dos 13 anos a diferença entre rapazes e raparigas, que tinham consumido cerveja nos últimos trinta dias que antecederam o estudo é de 4,7%, no grupo dos 17 anos essa diferença sobe para 29,3%. Também, mais uma vez, se constata um aumento das prevalências durante a adolescência e os rapazes bebem mais cerveja do que as raparigas (Feijão & Lavado, 2003).

**Gráfico 21**

**Prevalência de jovens portugueses que consumiram cerveja nos últimos 30 dias, em função do sexo e grupo etário ( ECATD 2003 )**

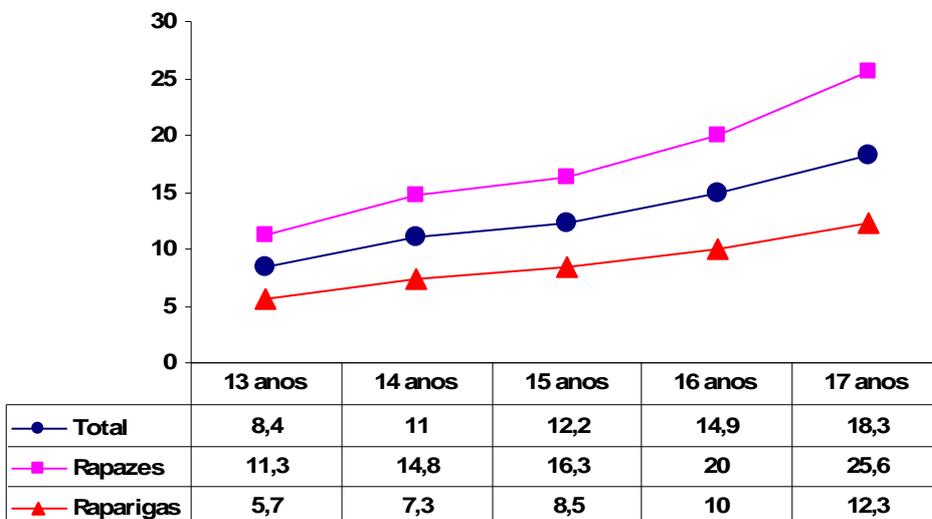


Adaptado de Feijão & Lavado (2003)

A bebida alcoólica com menores prevalências de consumo nos últimos 30 dias, é o vinho (Gráfico 22).

**Gráfico 22**

**Prevalência de jovens portugueses que consumiram vinho nos últimos 30 dias, em função do sexo e grupo etário ( ECATD 2003 )**



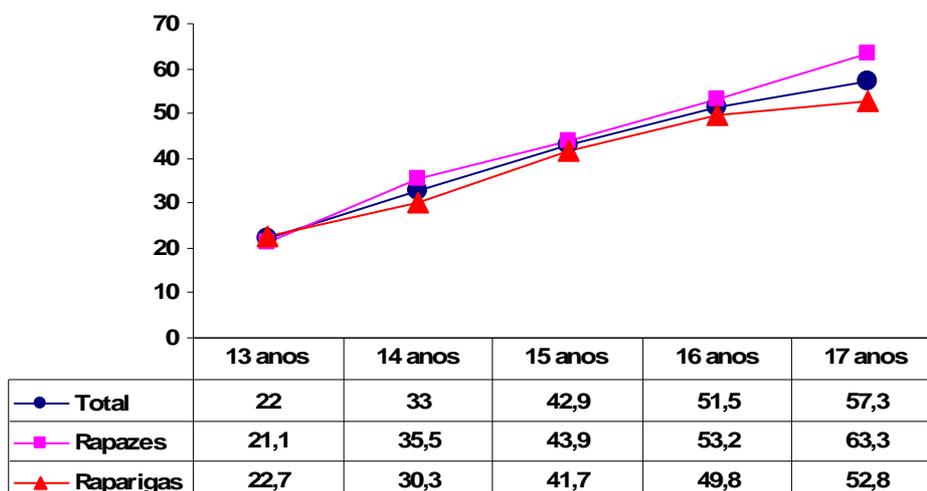
Adaptado de Feijão & Lavado (2003)

A análise do Gráfico 22, permite-nos afirmar que durante a adolescência aumentam as diferenças entre sexos no que diz respeito a consumos no mesmo período de tempo. A discrepância é menor nos alunos mais novos (5,6 %) e maior nos mais velhos (13,5%). Em todos os grupos etários verifica-se que os rapazes consomem, aproximadamente, o dobro de vinho que os raparigas (Feijão & Lavado, 2003).

Comparativamente com a cerveja e o vinho, as bebidas destiladas são consumidas preferencialmente pelos adolescentes pois, como se pode constatar pelo Gráfico 23, as percentagens de consumo deste tipo de bebida são mais elevadas e muito próximas em ambos os sexos, particularmente, entre os alunos mais novos. É de realçar que o grupo etário dos 13 anos é o único onde a prevalência de consumo é superior nas raparigas, facto este, que não se verifica relativamente à ingestão das outras duas bebidas em questão, em nenhuma faixa etária. No grupo dos mais novos a diferença no consumo entre rapazes e raparigas é de 1,6%, e no grupo dos mais velhos essa diferença sobe para 10,5% (Feijão & Lavado, 2003).

**Gráfico 23**

**Prevalência de jovens portugueses que consumiram bebidas destiladas nos últimos 30 dias, em função do sexo e grupo etário ( ECATD 2003 )**



Adaptado de Feijão & Lavado (2003)

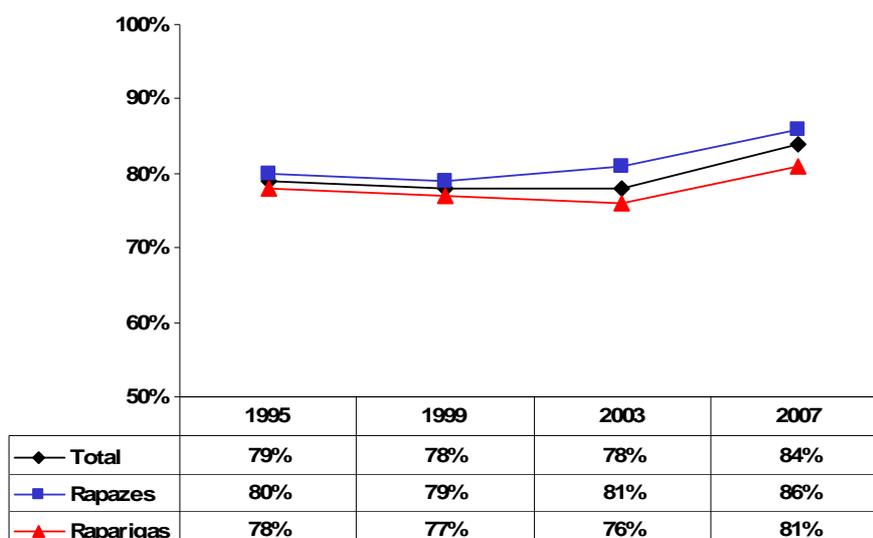
Em Portugal, os estudos do Inquérito Nacional em Meio Escolar (INME) permite-nos ter uma perspectiva da evolução da prevalência de consumo de álcool entre 2001 e 2006. Pela análise dos resultados dos dois estudos realizados nas datas indicadas, constata-se que a

percentagem de alunos que já consumiram alguma bebida alcoólica diminuiu no 3º Ciclo, de 67% para 60%, e no Ensino Secundário de 91% para 87%, respectivamente em 2001 e 2006. Verifica-se, também, uma certa constância nas percentagens de jovens que consumiram álcool nos últimos 12 meses que antecederam os estudos, registando-se 49% e 48% no 3º Ciclo, e 76% e 79% no Secundário, respectivamente em 2001 e 2006. No que concerne à prevalência dos consumos nos últimos 30 dias, salienta-se um aumento apreciável, de 25% para 32% no 3º Ciclo, e de 45% para 58% no Secundário. Relativamente ao tipo de bebidas ingeridas constata-se que a cerveja continua a ser a bebida com maior prevalência de consumo entre os adolescente que integraram o estudo (Feijão, 2008).

A nível Europeu o estudo do European School Survey project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) com periodicidade de 4 anos, foi desenvolvido em 1995, 1999, 2003 e 2007, permitindo ter uma perspectiva da evolução da prevalência de ingestão de álcool em adolescentes Portugueses, entre 1995 e 2007. A prevalência do consumo de álcool ao longo da vida, por género, aumentou, apreciavelmente, nos últimos quatro anos a que se reporta o estudo, como se pode ver no Gráfico 24 (Hibell *et al.*, 2009).

**Gráfico 24**

**Evolução da prevalência de jovens portugueses que consumiram álcool ao longo da vida, em função do sexo ( ESPAD 2007 )**



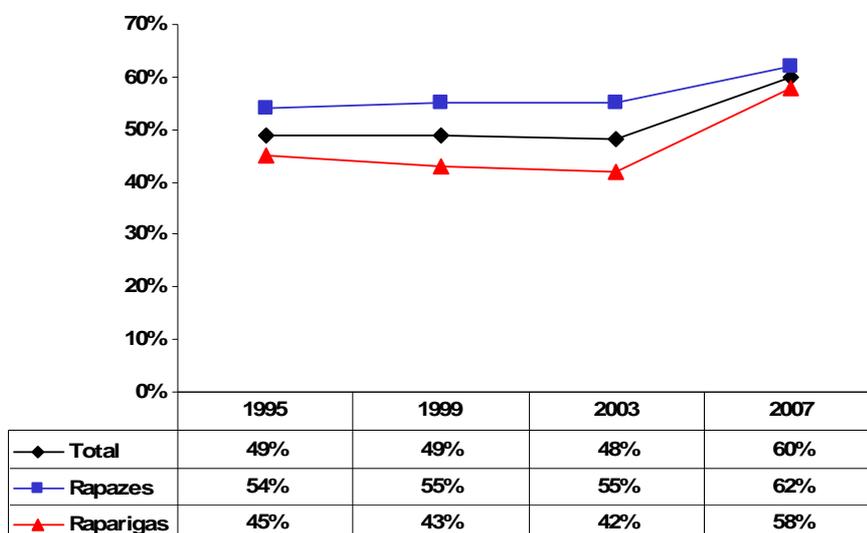
Fonte de Dados: Hibell *et al.* (2009).

Pela análise do Gráfico 24, verifica-se que entre 1995 e 1999 ocorreu uma ligeira diminuição da prevalência de jovens portugueses que consumiram álcool ao longo da vida. Entre 1999 e 2003 manteve-se, aumentando, apreciavelmente, entre 2003 e 2007. Neste último período constata-se um aumento de cinco pontos percentuais em ambos os sexos. Se procedermos a uma apreciação por género, aferimos que as curvas da evolução da prevalência são muito idênticas nos dois sexos. Nos dois primeiros estudos a diferença entre sexos foi de 2% e nos dois últimos passou a ser de 5% (Hibell *et al.*, 2009).

Os resultados dos vários inquéritos do ESPAD, permite-nos ter um perspectiva da prevalência do consumo de álcool por género, nos últimos 30 dias que antecederam os estudos. Pelos valores apresentados salienta-se um aumento expressivo nos últimos quatro anos ,a que se reporta o estudo, conforme o Gráfico 25 (Hibell *et al.*, 2009).

**Gráfico 25**

**Evolução da prevalência de jovens portugueses que consumiram álcool nos últimos 30 dias, em função do sexo ( ESPAD 2007 )**



Fonte de Dados: Hibell *et al.* (2009).

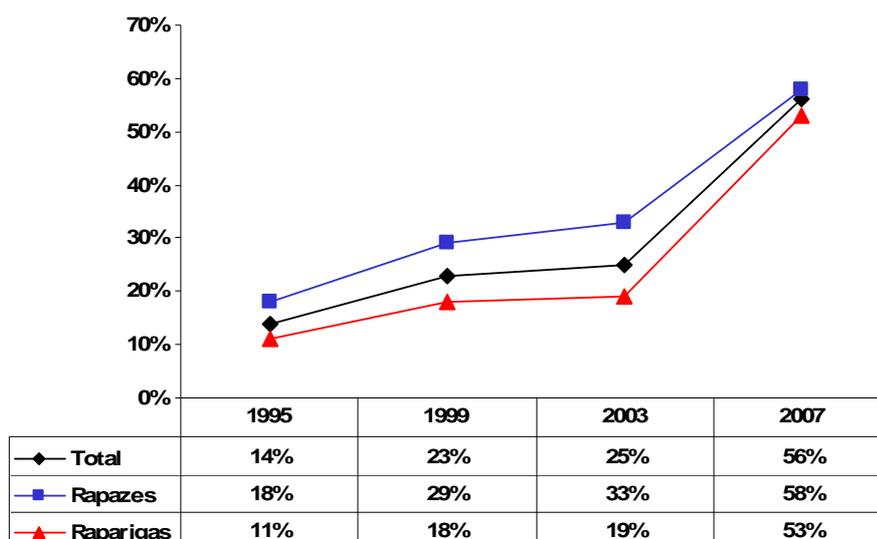
Entre 1995 e 2003 a prevalência de jovens portugueses que consumiram álcool nos últimos 30 dias manteve-se, praticamente, inalterada contudo, entre 2003 e 2007 aumentou 12%. Este aumento apreciável verifica-se em ambos os sexo, mas é mais acentuado nos indivíduos do sexo feminino, 16%, enquanto que nos rapazes apenas se observou um acréscimo

de 7%. Até 2003 este comportamento era habitual em mais de 50% dos rapazes, a partir de 2003 também passou a ser frequente em mais de 50% das raparigas, atingindo valores muito próximos do sexo masculino (Hibell *et al.*, 2009).

No que diz respeito aos episódios esporádicos de consumo excessivo de álcool, nos últimos 30 dias, verifica-se que o comportamento era tipicamente masculino até 2003, a partir deste ano constata-se que também passou a ser uma conduta habitual do sexo feminino (Gráfico 26).

**Gráfico 26**

**Evolução da prevalência de jovens portugueses com episódios esporádicos de consumo excessivo de álcool, nos últimos 30 dias em função do sexo (ESPAD 2007)**



Fonte de Dados: Hibell *et al.* (2009).

O indicador de consumo usado foi a ingestão de cinco ou mais bebidas numa única ocasião (1 bebida = 50 cL de cerveja ou 15 cL de vinho ou 5 cL de bebida espirituosa). Ao longo dos 12 anos, a que correspondem os quatro estudos realizados, há um aumento da prevalência deste comportamento, sendo notório um aumento muito acentuado entre 2003 e 2007, registando-se, neste último inquérito, um acréscimo de 25% nos rapazes e 34% nas raparigas. Estes números são preocupantes, pois, além de nos mostrarem que os episódios esporádicos de consumo excessivo de álcool se enraizaram no sexo feminino, também comprovam que

actualmente mais de metade dos jovens portugueses ingerem esporadicamente álcool em excesso (Hibell *et al.*, 2009).

#### **2.2.2.4. Determinantes do consumo de álcool pelas crianças e jovens**

O consumo de álcool tem aumentado entre os jovens adolescentes, ocorre cada vez mais sem regras e em idades cada vez mais baixas, normalmente acontece preferencialmente em grupo e é ocasional (Fonseca, 2005). Sendo os estilos de vida sustentados por contextos sociais e por factores comportamentais, facilitam o uso e abuso de álcool. Este é um hábito que começa como uma actividade associada ao lazer, à convivência entre pares mas, susceptível de se tornar num consumo potencialmente perigoso pela dependência que pode criar, tornando-se uma grande ameaça à saúde dos adolescentes (Gonçalves, 2004).

Segundo Gonçalves (2008, p.1) o uso e por vezes o conseqüente abuso excessivo de álcool é o resultado de "...problemas pessoais e sociais, influência do grupo ou do par, indução da sensação de produção de prazer e de resolução de problemas, capacidade de aliviar sensações, angústias, depressões, funcionarem como estimulantes, calmantes, inibidores...", que "...permitem a fuga à realidade ou ajudam a suportar situações difíceis, carências ou privações...".

A presença de um factor de risco aumenta a probabilidade de um individuo vir a ingerir álcool, contudo não significa que a pessoa se torne consumidor regular. Alguns factores de risco podem ser reduzidos ou mesmo eliminados com intervenções, como é o caso dos factores individuais (impulsividade, baixa auto-estima, ansiedade, agressividade) outros há em que a sua influência pode ser atenuada, tais como os factores sócio-culturais (família, pares, comunidade) (Moreira, 2001).

O consumo de álcool, por vezes, está associado a determinantes psicológicos. A luta contra a timidez e a depressão, leva muitos jovens a procurar no álcool o efeito antidepressivo devido à sua acção ansiolítica. A ingestão excessiva de álcool e a dependência resultam da existência de factores de risco de ordem biológica, psicológica e social que determinam o comportamento. Os factores biológicos podem ser genéticos ou neurobiológicos e bioquímicos (Adès & Lejoyeux, 1997).

A nível neurobiológico e bioquímico, o início e manutenção do consumo de álcool é explicado pela sensação de prazer e satisfação resultante da activação de sistemas de

compensação cerebral, que são regulados pelos neurónios dopaminérgicos, serotoninérgicos e as endorfinas, cuja actividade é estimulada pelo álcool. Por outro lado, a excitação cerebral depende de canais iónicos, os quais são activados por alguns aminoácidos, tais como o ácido aspártico e o ácido glutâmico. O consumo contínuo de álcool estimula excessivamente os receptores do ácido glutâmico., a concentração intracelular deste aminoácido aumenta, originando fenómenos de excitotoxicidade que provocam neurodegenerescência (Adès & Lejoyeux, 1997).

Segundo Palha (2007) não podemos desprezar os aspectos individuais de cada ser humano, pois a personalidade de um jovem, é normalmente do tipo imaturo e por vezes com características anti-sociais. Problemas de ansiedade e/ou depressão, personalidade tímida, poderão induzir os jovens a utilizar o álcool como um desinibidor, permitindo-lhes sentir novas sensações, ultrapassar medos e a timidez, e melhorar as dificuldades da sua relação interpessoal.

O mesmo autor refere que os determinantes socio-económicos e culturais são muito relevantes na ingestão de bebidas alcoólicas. Vivemos numa sociedade tolerante ao consumo de álcool e muito indiferente aos riscos que advêm desse comportamento. Por razões culturais os nossos jovens, muitas vezes, iniciam precocemente o seu primeiro contacto com o álcool. Antes do nascimento muitos deles já têm “bebido”, devido à ingestão em excesso por parte de muitas mulheres grávidas. Posteriormente, os pais molham a chupeta do bebé no vinho doce, para os acalmar. Aos jovens mais velhos, como culturalmente há a crença que “o álcool dá resistência e faz crescer”, muitos pais dão “sopas de cavalo cansado” aos filhos, para lhes dar força e acelerar o desenvolvimento. As causas ligadas aos hábitos da família, a qualidade das relações familiares e os factores do meio (ociosidade, permissividade, por brincadeira, pressão dos pares, entre outros) podem desencadear o consumo de bebidas alcoólicas (Palha, 2007).

Palha (2007) salienta, ainda, dois aspectos relacionados com a própria bebida, a facilidade de aquisição em qualquer local e a baixo custo, e a publicidade às bebidas alcoólicas que usa técnicas audiovisuais muito eficazes, por vezes, associadas a estímulos de conotação sexual.

### **2.2.3. Hábitos Tabágicos**

#### ***2.2.3.1. Consequências do consumo de tabaco pelas crianças e jovens***

As doenças provocadas pelo fumo do tabaco são inúmeras, pois o fumo do cigarro é um aerossol (dispersão coloidal de sólidos num gás) que contém mais de 4700 substâncias químicas, muitas delas nocivas para a saúde (Tobacco Free Initiative, WHO, 2006). Muitas dessas substâncias encontrados no fumo dos cigarros, tais como o monóxido de carbono e a nicotina estão associados a efeitos adversos para a saúde e mais de 60 desses produtos químicos são cancerígenos (International Agency for Research on Cancer, WHO, 2004).

A nicotina é “a principal substância responsável pela dependência provocada pelo consumo de tabaco” (Nunes, 2007, p.23). Ela chega ao cérebro em menos de 10 segundos após a primeira “passa” e tem um efeito estimulante, pois origina excitação, nervosismo, irritabilidade, tremuras, vômitos e dependência, por esse motivo é considerada uma droga. No sistema cardiovascular provoca taquicardia e hipertensão e no sistema digestivo estimula a hipersalivação e a hipercloridria, e a nível dos brônquios a hipersecreção (Ezquerria, 2003).

Para além da nicotina, que é uma droga com propriedades psicoactivas, o fumo do tabaco contém substâncias com efeitos tóxicos ou irritantes, como o monóxido de carbono, a acetona, o metano, o formaldeído, o tolueno ou a amónia; substâncias com efeitos cancerígenos, como por exemplo as nitrosaminas, os aldeídos, os hidrocarbonetos aromáticos (inibem a citocromoxidase que é necessária para o transporte de oxigénio até às células) os metais pesados como o cádmio, o níquel e o chumbo; e substâncias radioactivas como o polónio-210 (Nunes, 2007).

O tabagismo é uma das principais causas de morte evitável no mundo. A Organização Mundial de Saúde (2008) atribui ao tabaco 100 milhões de mortes no século XX e actualmente morrem 5,4 milhões de pessoas por ano, devido ao cancro do pulmão, doenças cardiovasculares e outras patologias. A menos que sejam tomadas medidas urgentes, em 2030, haverá mais de 8 milhões de mortes por ano, mais de 80% dessas ocorrerão em países em desenvolvimento e estima-se um bilhão de mortes no século XXI devido ao tabaco (OMS, 2008).

Metade das pessoas que fumam actualmente, ou seja, cerca de 650 milhões de fumadores vão provavelmente morrer com problemas de saúde relacionados com o hábitos

tabágicos. E aproximadamente 325 milhões desses fumadores terão idades compreendidas entre os 35 e os 69 anos (Tobacco Free Initiative, WHO, 2006).

As primeiras evidências que fumar causa cancro do pulmão, além de muitas outras patologias surgiram com o trabalho de Richard Doll e de Bradford Hill, que realizaram um estudo prospectivo durante 40 anos (1951 a 1991) no qual utilizaram uma amostra de 34439 médicos britânicos. Os resultados mostraram que nos indivíduos entre os 35 e os 69 anos de idade, a taxa de mortalidade nos não fumadores foi de 20%, enquanto que no grupo dos fumadores foi de 41%, também se constatou que nos indivíduos que fumavam 25 ou mais cigarros/dia a taxa de mortalidade atingiu os 50% (Pestana *et al.*, 2006).

Segundo Pestana et al. (2006) as doenças associadas directamente ou indirectamente ao consumo de tabaco, são as ilustradas no Quadro 2.

A maior consequência do consumo de tabaco pelas crianças e jovens é a dependência, quem fuma pode vir a ficar dependente para a vida inteira, já que a nicotina é uma droga com elevado poder aditivo. Normalmente o vício em tabaco começa antes dos 18 anos e depois deste habito estar enraizado será muito difícil deixar de fumar (Tobacco Free Center, 2008).

Nos jovens fumadores, o fumo do tabaco provoca a curto prazo uma ligeira obstrução das vias respiratórias, um funcionamento pulmonar reduzido e um crescimento lento do sistema pulmonar. Também há estudos que revelam sinais prematuros de problemas cardíacos em jovens fumadores (Tobacco Free Center, 2008).

Segundo Ezquerria (2003) os malefícios causados pelo tabaco não são só problemas médicos ou pessoais, que afectam o próprio consumidor, mas também sociais e ambientais. A intolerância nas relações entre fumadores e não fumadores; as repercussões laborais e económicas do tabaco originadas pelas baixas médicas, os acidentes de trabalho, o consumo de recursos e as hospitalizações; a dependência e, o tabagismo passivo, são aspectos elencados pelo autor como problemas sociais. A nível "ecológico" o autor salienta a contaminação da atmosfera e meio-ambiente não só pelo fumo mas, também, pelos filtros dos cigarros que não são biodegradáveis e destaca os incêndios que resultam do descuido de alguns fumadores menos responsáveis.

## Quadro 2

### Doenças associadas ao consumo de tabaco

<b>DOENÇAS ASSOCIADAS AO CONSUMO DE TABACO</b>		
<b>Efeitos no Aparelho Respiratório</b>	<b>Efeitos Agudos no Aparelho Respiratório</b>	Infecções respiratórias nas crianças. Exacerbação de asma. Resfriado comum. Irritação sensorial. Pneumonia bacteriana. Pneumotórax espontâneo.
	<b>Efeitos Crónicos no Aparelho Respiratório</b>	Sintomas respiratórios crónicos nas crianças. Alterações do desenvolvimento pulmonar nas crianças. Doença do interstício pulmonar associada a bronquite respiratória Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Doença do interstício pulmonar associada a artrite reumatóide. Granuloma eosinófilo. Asbestose.
<b>Efeitos Carcinogéneos</b>	Cancro do pulmão, laringe, cavidade oral, esófago, estômago, pâncreas, aparelho urinário. Lesões pré-malignas da cavidade oral (Leucoplasias, Eritiplasias). Leucemias.	
<b>Efeitos no Sistema Nervoso Central</b>	Acidente Vascular Cerebral.	
<b>Efeitos no Aparelho Cardiovascular</b>	Doença coronária. Hipertensão arterial. Morte súbita cardíaca. Aterosclerose.	
<b>Efeitos no Sistema Vascular</b>	Doença de Burger. Aneurisma da Aorta abdominal. Flebite periférica	
<b>Efeitos no Aparelho Digestivo</b>	Doença de refluxo gastroesofágico. Úlcera péptica.	
<b>Efeitos no Aparelho Reprodutor</b>	Anomalias da fertilidade e fecundabilidade feminina. Outros efeitos no Aparelho Reprodutor feminino, tais como, ruptura prematura de membranas e descolamento da placenta.	
<b>Manifestações peri-natais</b>	Anomalias do desenvolvimento fetal. Aborto espontâneo e mortalidade peri-natal. Malformações congénitas.	
<b>Manifestações pós-natais</b>	Síndrome de morte súbita infantil. Anomalias da função e do desenvolvimento respiratório da criança. Anomalias cognitivas e comportamentais da criança cuja mãe fuma durante a gravidez. Desenvolvimento físico pós-natal	

Fonte: Pestana et al., 2006, p.79.

#### 2.2.3.2. Hábitos Tabágicos em adolescentes Europeus e Portugueses

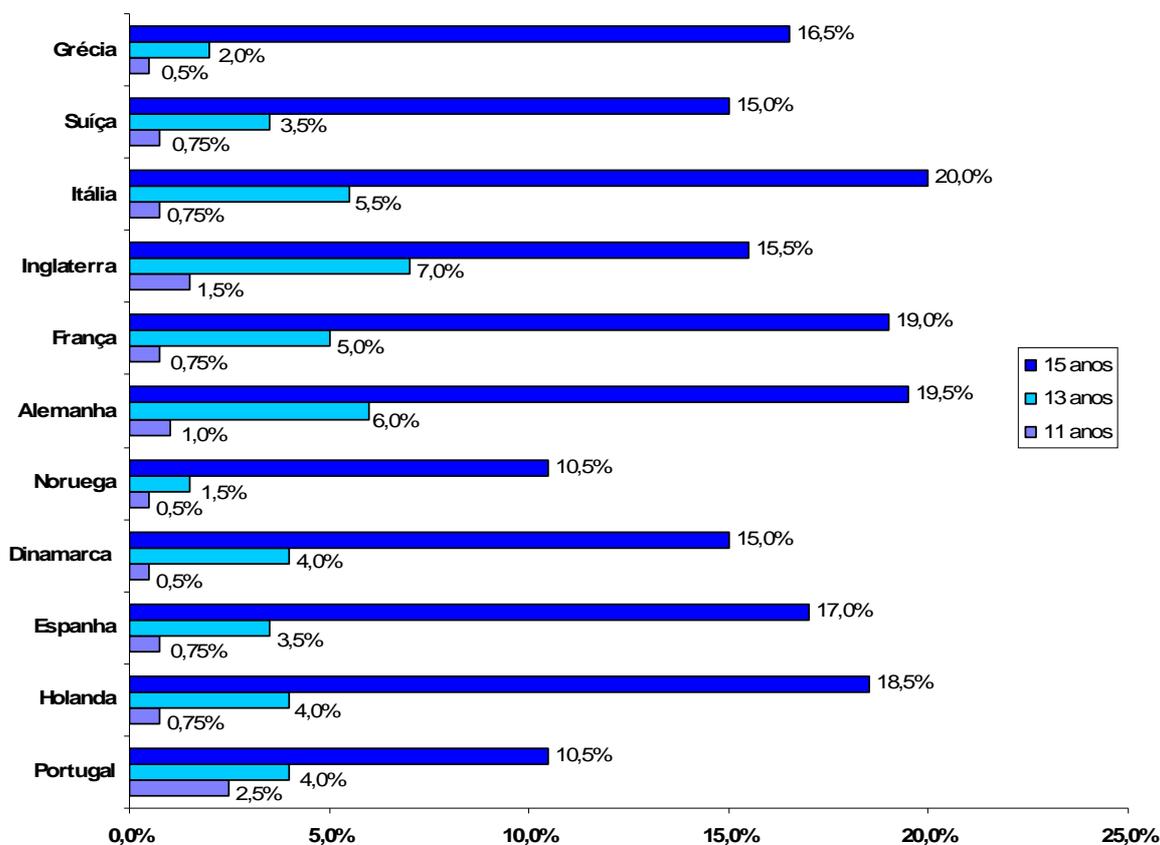
O HBSC 2006 (Health Behaviour in School-aged Children) permitiu-nos conhecer melhor os hábitos tabágicos dos jovens Europeus. A frequência do consumo de tabaco pelo menos uma vez por semana, por grupo etário, em alguns países europeus, é apresentada no Gráfico 27.

Pela análise do referido gráfico, constata-se que no grupo etário dos 11 anos o consumo semanal de tabaco é baixo, em todos os países, já a percentagem de adolescentes de 15 anos que afirmam fumar é expressiva e verificam-se variações consideráveis entre países. No grupo de jovens dos 11 anos, fumar pelo menos uma vez por semana é um comportamento com pouca relevância em países como a Grécia, Dinamarca e Noruega pois, a percentagem de inquiridos que referem ter esta conduta é inferior a 0,5%, em ambos os sexos. O mesmo se verifica em relação ao sexo feminino, na Itália, França, Holanda e Espanha mas, nos rapazes a percentagem sobe para 1% (Currie *et al.*, 2008).

Para a mesma faixa etária, é em Portugal onde se regista a maior taxa de consumo (2,5%) mais precisamente 1% nas raparigas e 4% nos rapazes (Currie *et al.*, 2008).

**Gráfico 27**

**Consumo de tabaco pelo menos uma vez por semana, por grupo etário, em alguns países europeus ( HBSC 2006 )**



Fonte de Dados: Currie *et al.* (2008).

No grupo etário dos 13 anos verifica-se que a Noruega e a Grécia continuam a apresentar as menores taxas e os Portugueses têm um consumo inferior aos Ingleses, Alemães, Italianos, Franceses e Holandeses. Em Portugal a taxa é de 4% em ambos os sexos (Currie *et al.*, 2008).

Durante a adolescência, é aos 13 anos que se começa a fazer notar que este comportamento é mais frequente, no sexo feminino em alguns países, como é o caso da Inglaterra e Alemanha, onde há mais 2% de raparigas fumadoras do que rapazes e, na Espanha e Noruega há mais 1% (Currie *et al.*, 2008).

A característica mais marcante deste comportamento tabágico é o aumento expressivo entre os 13 e os 15 anos de idade, bem como, as emergentes variações nas taxas entre os países. Dos 11 países referenciados no Gráfico 27, é em Portugal e na Noruega onde se verificam as menores prevalências de consumo semanal de tabaco no grupo etário dos 15 anos, mais precisamente 10,5% em ambos os países. Na Itália, Alemanha, França e Holanda, aparecem as maiores frequências, 20%, 19,5%, 19% e 18,%, respectivamente (Currie *et al.*, 2008).

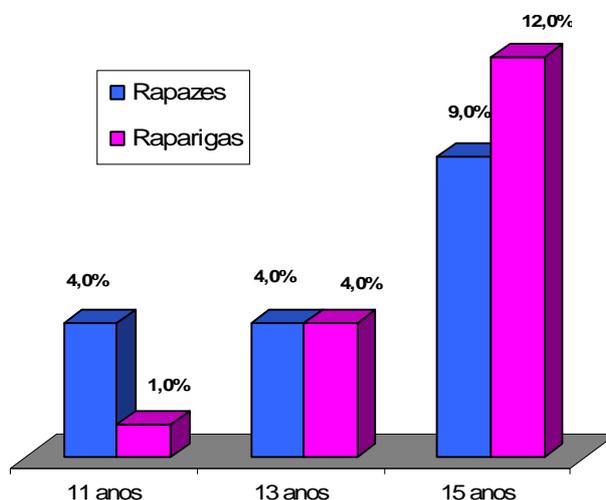
No grupo etário dos 15 anos, se fizermos uma análise em função do sexo, constata-se que apenas na Grécia as raparigas fumam menos (1%) que os rapazes. Na Suíça e Dinamarca as frequências são iguais em ambos os sexos, nos restantes 7 países são as raparigas que mais referem ter este comportamento (Currie *et al.*, 2008).

Em relação a Portugal o Gráfico 28 traduz a distribuição por sexo e grupo etário, dos adolescentes que declararam fumar pelo menos uma vez por semana.

Pela análise do referido gráfico, verifica-se um aumento da prevalência do consumo de tabaco durante a adolescência. É notório que as prevalências de consumo aumentam, substancialmente, entre 13 e os 15 anos de idade. É um comportamento típico dos rapazes no início da adolescência mas, no decorrer da mesma passa a ser um hábito mais praticado pelas raparigas (Currie *et al.*, 2008).

## Gráfico 28

### Prevalência de jovens portugueses que fumam pelo menos uma vez por semana, em função do sexo e grupo etário ( HBSC 2006 )



Fonte de Dados: Currie *et al.* (2008).

A nível Europeu há a destacar, mais uma vez, o estudo do European School Survey project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) que tem uma periodicidade de 4 anos e foi desenvolvido em 1995, 1999, 2003 e 2007. Portugal integra o estudo desde o primeiro inquérito. O que se realizou em 2007 contou com a participação de 35 países. Este estudo permite-nos ter uma visão global do desenvolvimento do fenómeno do tabagismo a nível europeu e estabelecer comparações entre os países.

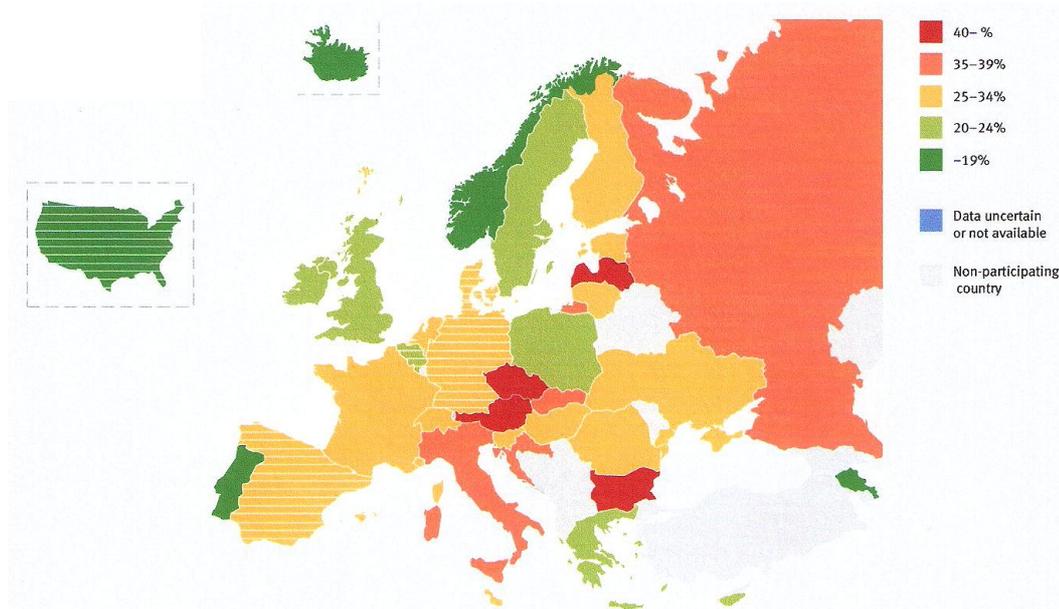
Os resultados do inquérito ESPAD 2007, mostram-nos que em média 58% dos estudantes dos países participantes referiram já ter fumado pelo menos uma vez na vida, 29% fumaram nos últimos 30 dias e 2% destes últimos fumaram, pelo menos, um maço de cigarros por dia (Hibell *et al.*, 2009).

O Mapa 2, foi retirado do Relatório Europeu – ESPAD 2007 e ilustra a distribuição da percentagem de estudantes europeus que utilizaram cigarros nos últimos 30 dias que antecederam o estudo (Hibell *et al.*, 2009).

Pela análise do Mapa 2, conclui-se que são os jovens estudantes dos países da Europa Central e Oriental os que mais, frequentemente, apresentam taxas mais elevadas de tabagismo. As maiores taxas de utilização de cigarros nos últimos 30 dias registaram-se na Áustria (45%) e

República Checa (41%) as menores taxas de consumo referem-se à Islândia (16%) Noruega e Portugal (19%) (Hibell *et al.*, 2009).

**Mapa 2**  
**Distribuição de estudantes europeus que utilizaram cigarros nos últimos 30 dias**  
**( ESPAD 2007 )**



Adaptado de Hibell *et al.* (2009).

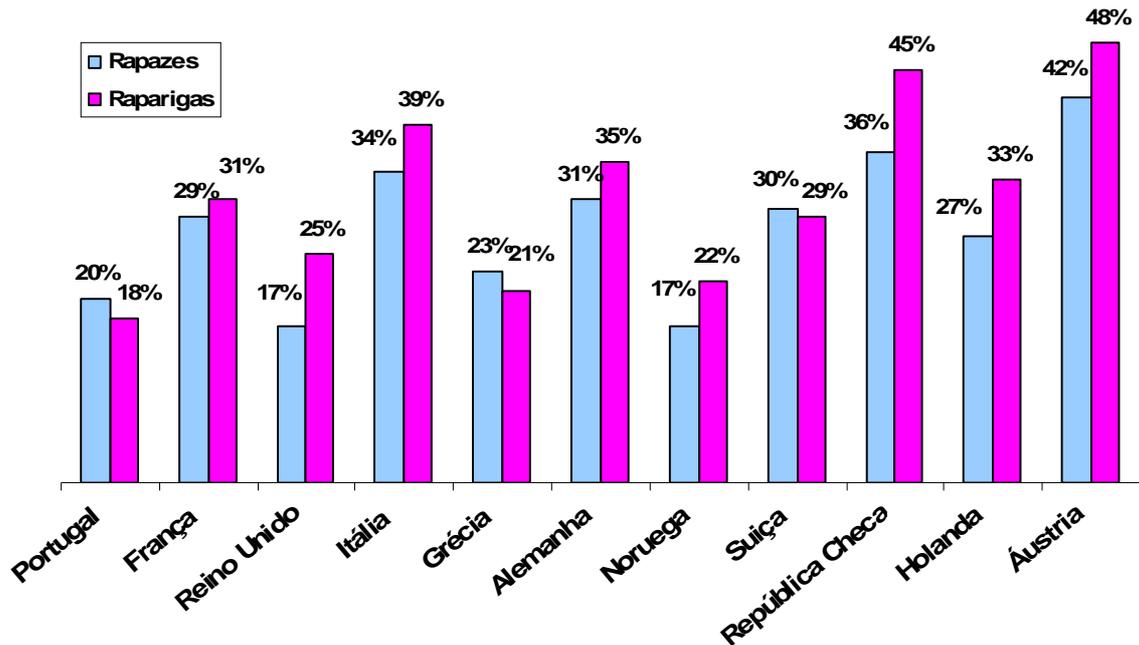
O Gráfico 29 permite-nos analisar as frequências de utilização de cigarros nos últimos 30 dias, por género, em alguns países europeus que integraram o ESPAD 2007. Na maioria dos países as raparigas apresentam uma maior prevalência de hábitos tabágicos do que os rapazes contudo, as diferenças entre género são pouco acentuadas. Portugal, Grécia e Suíça contrariam essa tendência, embora a diferença entre sexos também seja muito reduzida (Hibell *et al.*, 2009).

É na Áustria e na República Checa onde as raparigas fumam mais, 48% e 45%, respectivamente. As prevalências mais baixas aparecem em Portugal, 18%, na Grécia, 21% e, na Noruega 22%. No sexo masculino continua a ser na Áustria e na República Checa onde se registam as maiores taxas, 42% e 36%, respectivamente. A Noruega e Reino Unido apresentam os valores mais baixos (17%). A maioria dos adolescentes que afirmaram ter consumido tabaco

nos últimos 30 dias, tinham fumado, em média, 5 ou menos cigarros por dia, contudo, 2% fumou pelo menos um pacote (20 cigarros por dia) (Hibell *et al.*, 2009).

**Gráfico 29**

**Prevalência de estudantes que utilizaram cigarros nos últimos 30 dias, em alguns países europeus, em função do sexo ( ESPAD 2007 )**

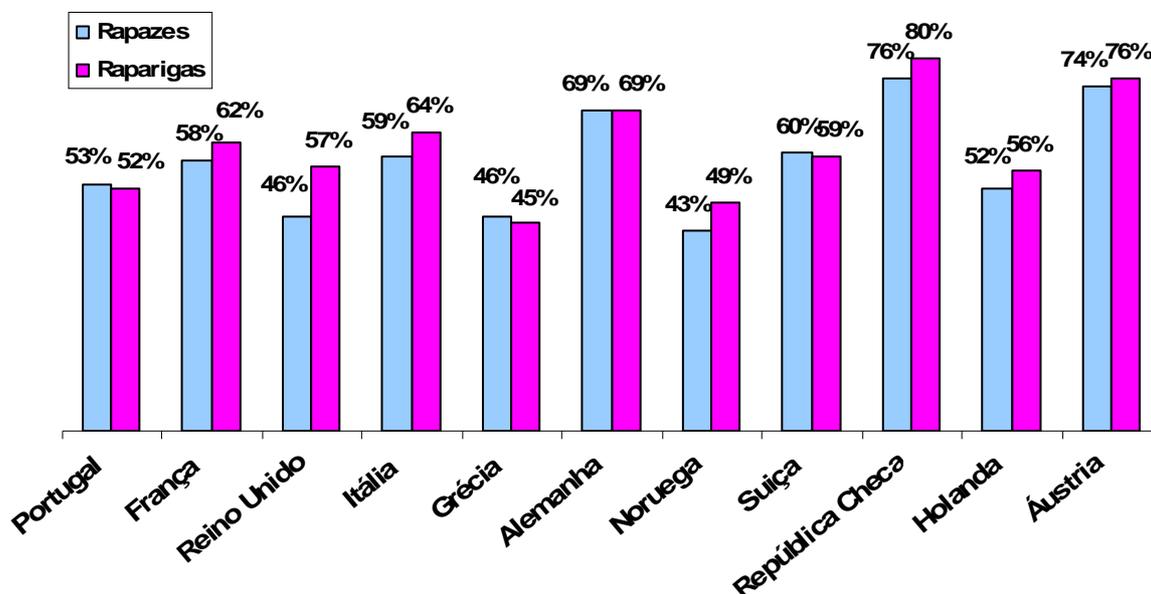


Fonte de Dados: Hibell *et al.* (2009).

O inquérito ESPAD 2007, também estudou a frequência do consumo de cigarros ao longo da vida. Mais de 45% dos estudantes dos países que integraram o estudo e que estão referenciados no Gráfico 30, já experimentaram fumar pelo menos uma vez. A maior prevalência de tabagismo ao longo da vida é encontrada na República Checa (78%) e na Áustria (75%) e os valores mais baixos são encontradas na Grécia (45%) e na Noruega (46%). Portugal regista uma taxa de 52%. Na maioria dos países, as raparigas superam os rapazes no que diz respeito à prevalência deste comportamento. Apenas em Portugal, na Grécia e Suíça o sexo masculino apresenta taxas superiores, não obstante, a diferença é mínima (1%). Portugal é um país onde mais de metade dos adolescente com 15 e 16 anos de idade já fumou pelo menos uma vez, mais concretamente, 53% dos rapazes e 52% das raparigas (Hibell *et al.*, 2009).

Gráfico 30

Prevalência de estudantes que utilizaram cigarros ao longa da vida, em alguns países europeus, em função do sexo ( ESPAD 2007 )



Fonte de Dados: Hibell *et al.* (2009).

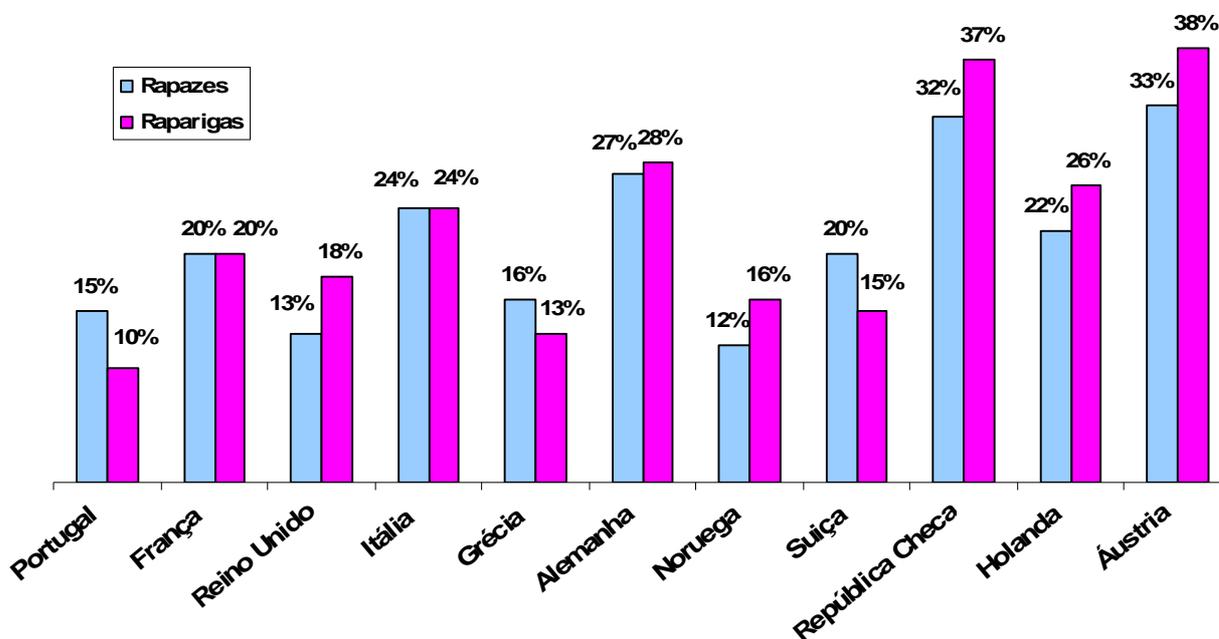
Em todos os países que participaram no ESPAD 2007 e que seleccionamos para o nosso estudo, constata-se que a prevalência de tabagismo ao longo da vida é mais elevada que a prevalência de consumo nos últimos 30 dias (Hibell *et al.*, 2009).

De todos os países que participaram no inquérito ESPAD 2007, Portugal apresenta a menor percentagem (12%) de jovens estudantes que já consumiram 40 ou mais cigarros ao longa da vida, a maior taxa (35%) registou-se na Áustria (Hibell *et al.*, 2009). O Gráfico 31 ilustra a distribuição desta prevalência em alguns países que integraram o estudo, incluindo o nosso país.

Continua a ser em Portugal, na Grécia e Suíça onde o sexo masculino apresenta taxas de consumo superiores às do sexo feminino. Pode-se afirmar que a experiência do tabagismo parece pouco menos prevalente entre os países mediterrâneos, enquanto que nos países da Europa Central e Oriental se verificam, muitas vezes, os valores mais elevados (Hibell *et al.*, 2009).

Gráfico 31

Prevalência de estudantes que utilizaram 40 ou mais cigarros ao longa da vida, em alguns países europeus, em função do sexo ( ESPAD 2007 )



Fonte de Dados: Hibell *et al.* (2009).

### 2.2.3.3. Evolução da prevalência do consumo de tabaco em Adolescentes

#### Portugueses

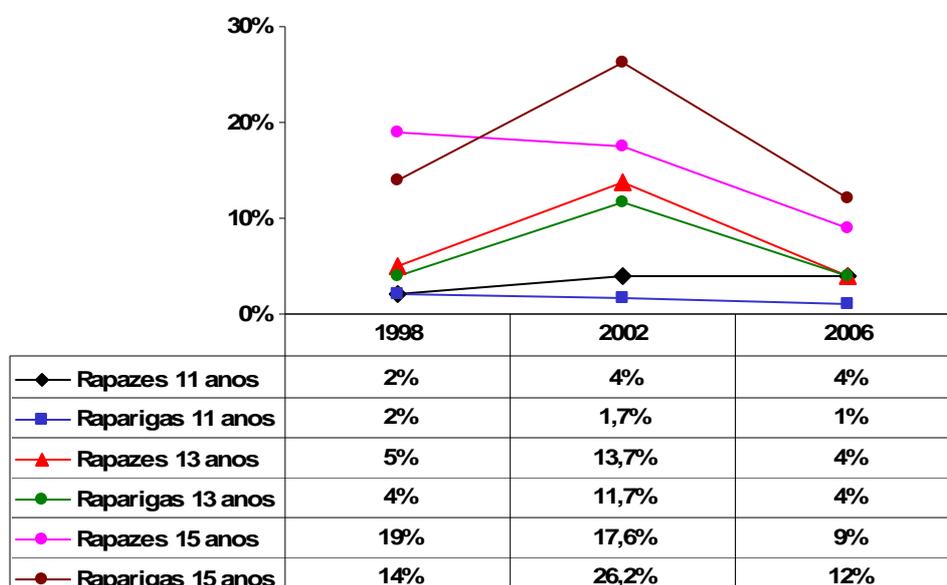
O HBSC (Health Behaviour in school-aged Children) estudo colaborativo da Organização Mundial de Saúde, investigou sobre comportamentos de saúde relacionados com os hábitos tabágicos dos adolescentes, em 1998, 2002 e 2006, o que permitiu conhecer melhor o perfil dos jovens que experimentaram ou consomem habitualmente cigarros. Os três estudos debruçaram-se sobre o consumo de tabaco, pelo menos uma vez por semana, por grupo etário e por género, os resultados são apresentados no Gráfico 32.

Ao longo dos 8 anos a que se reportam os estudos, observam-se diferenças apreciáveis na evolução das prevalência em todos os grupos etários, à excepção dos adolescentes mais novos (11 anos), onde nos últimos quatro anos não se verificou qualquer alteração da prevalência no sexo masculino e no feminino diminuiu 0,7%. Em relação aos adolescentes de 13 anos de ambos os sexos e às raparigas de 15 anos, as curvas de prevalência são muito idênticas, verificando-se entre 1998 e 2002 um incremento do número de indivíduos que fumam

pelo menos uma vez por semana. Entre 2002 e 2006 há uma regressão acabando por se registarem, em 2006, taxas muito próximas às de 1998. Na generalidade, nos últimos quatro anos, ocorreu uma diminuição das prevalências, sendo esta redução muito expressiva em todos os jovens com 13 e 15 anos, tendo-se registado a maior descida nas raparigas de 15 anos, 14,2% (Currie *et al.*, 2000, 2004, 2008).

**Gráfico 32**

**Evolução da prevalência de jovens portugueses que fumam pelo menos uma vez por semana, em função do sexo e grupo etário ( HBSC 1998/2002/2006 )**



Fonte de Dados: Currie *et al.* (2000, 2004, 2008).

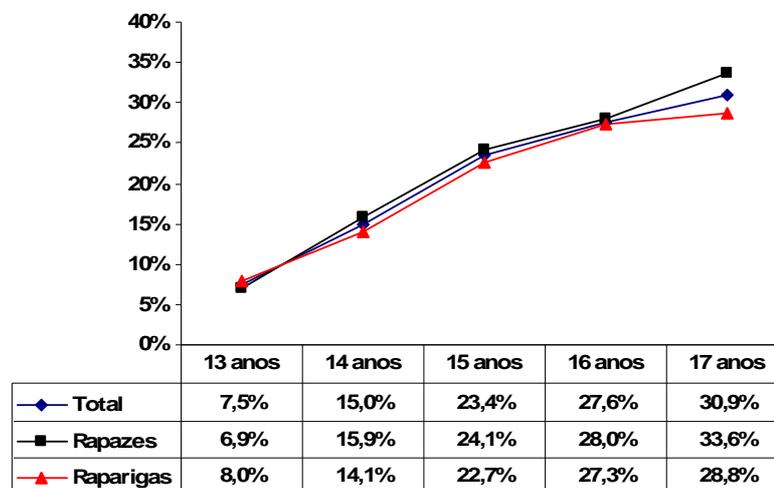
O Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga, em alunos do ensino público em Portugal Continental, no ano de 2003 (ECATD - 2003) foi realizado pelo Instituto da Droga e da Toxicod dependência (IDT) e insere-se no Programa de Estudos em Meio Escolar. A referida monitorização permite-nos analisar durante a adolescência a evolução da prevalência dos hábitos tabágicos, no que concerne ao consumo de cigarros nos últimos 30 dias que antecederam o estudo, o Gráfico 33 ilustra a forma como evoluiu a prevalência deste indicador, por grupo etário e género.

Os resultados do consumo de cigarros nos últimos 30 dias, que não é mais que um indicador do consumo actual por se tratar do valor mais próximo do consumo habitual, permite-

nos afirmar que durante a adolescência aumenta apreciavelmente a prevalência de utilização de cigarros. Cerca de 8% dos adolescentes com 13 anos e 31% dos que têm 17 anos, consumiram tabaco nos 30 dias antes da realização do estudo. A evolução da prevalência deste hábito tabágico é muito idêntica em ambos os sexos (Feijão & Lavado, 2003).

### Gráfico 33

#### Evolução da prevalência de jovens portugueses que consumiram tabaco nos últimos 30 dias, em função do sexo e grupo etário ( ECATD 2003 )



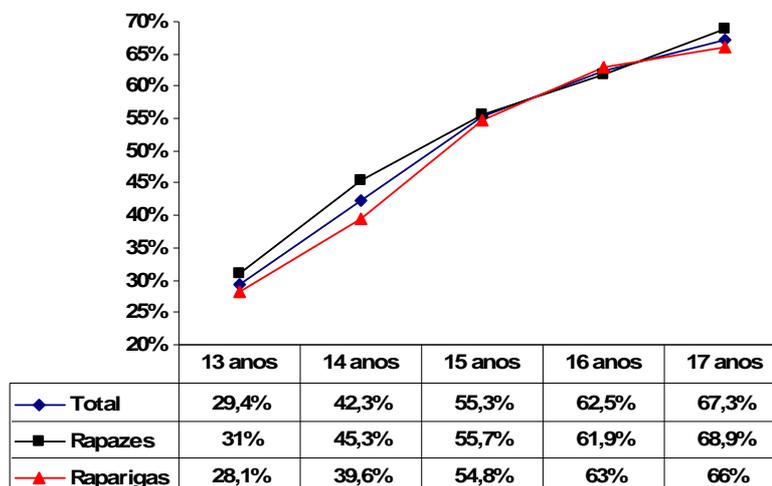
Adaptado de Feijão & Lavado (2003).

Se atendermos aos resultados da prevalência ao longo da vida, por grupo etário e género, Gráfico 34, concluímos que a evolução deste indicador é muito parecida com a do indicador anterior, embora as taxas sejam mais elevadas em todas as idades. Aproximadamente 30% dos alunos com 13 anos e 67% dos que têm 17 anos, já tinham experimentado fumar pelo menos uma vez na vida(Feijão & Lavado, 2003).

É nas idades correspondentes a 15 e 16 anos que se verifica a menor diferença entre rapazes e raparigas, pois a discrepância entre percentagens é mínima. A evolução da prevalência deste hábito tabágico é muito idêntica em ambos os sexos e, aumenta expressivamente durante toda a adolescência. A partir dos 15 anos, mais de metade dos jovens que participaram no estudo já experimentaram fumar (Feijão & Lavado, 2003).

**Gráfico 34**

**Evolução da prevalência de jovens portugueses que consumiram tabaco ao longo da vida, em função do sexo e grupo etário ( ECATD 2003 )**



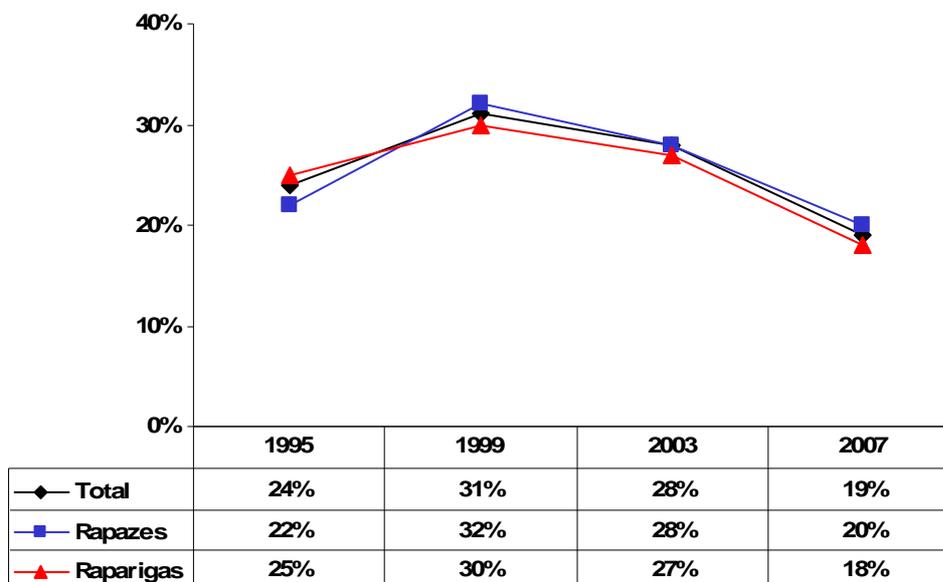
Adaptado de Feijão & Lavado (2003).

A nível Europeu o estudo do European School Survey project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) com periodicidade de 4 anos, foi desenvolvido em 1995, 1999, 2003 e 2007, fornece-nos uma perspectiva da evolução da prevalência dos hábitos tabágicos em adolescentes portugueses, entre 1995 e 2007. A prevalência do consumo de tabaco nos últimos 30 dias que antecederam o estudo, por género, diminuiu apreciavelmente nos últimos quatro anos, a que se reporta o estudo, como se pode visualizar no Gráfico 35 (Hibell *et al.*, 2009).

Entre 1995 e 2007, constata-se uma diminuição de 5% na média total, apesar do aumento relevante que ocorreu entre 1995 e 1999. Nos últimos 4 anos a taxa total caiu 9 pontos percentuais, mais precisamente 8% nos rapazes e 9% nas raparigas. A evolução da prevalência do consumo de tabaco nos últimos 30 dias é muito idêntica em ambos os géneros. A diferença mínima nas taxas entre sexos é de 1%, no ano de 2003, e a diferença máxima é de 3% em 1995, tendo-se também registado neste ano uma maior frequência de consumo nas raparigas (Hibell *et al.*, 2009).

**Gráfico 35**

**Evolução da prevalência de jovens portugueses que consumiram tabaco nos últimos 30 dias, em função do sexo ( ESPAD 2007)**



Fonte de Dados: Hibell *et al.* (2009).

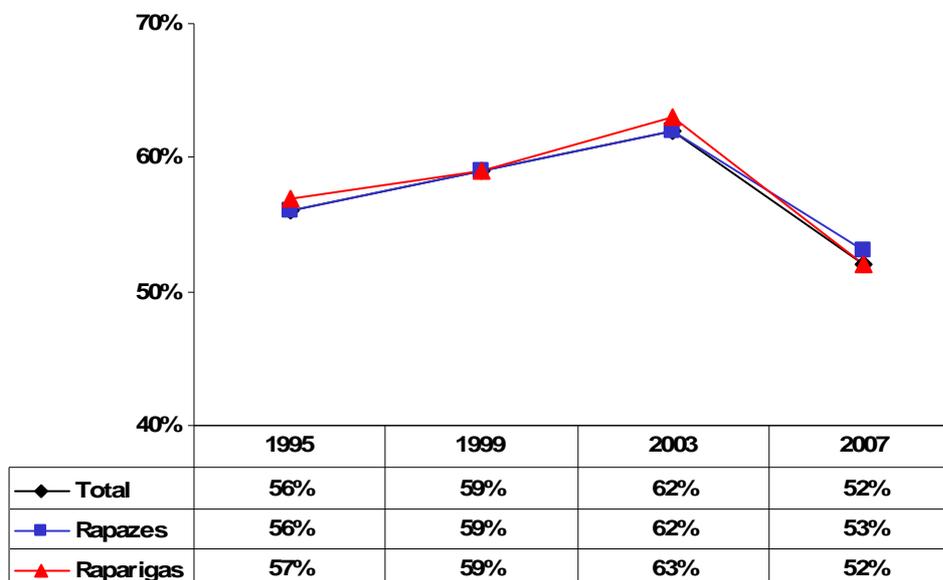
No que diz respeito à evolução da prevalência ao longo da vida, para o consumo de tabaco, é de registar uma descida acentuada entre 2003 e 2007, como se pode concluir a partir do Gráfico 36. A tendência de descida nos últimos quatro anos, verifica-se na grande maioria dos países que integraram o ESPAD (Hibell *et al.*, 2009).

Os jovens portugueses apresentam uma diminuição de quatro pontos percentuais entre 1995 e 2007, contudo, entre 1995 e 2003 a taxa deste hábito tabágico aumentou 6%, o animador decréscimo de 10 pontos percentuais ocorreu entre 2003 e 2007. Embora se tenha verificado esta diminuição, expressiva, continuamos a constatar que mais de metade dos adolescentes já experimentaram fumar (Hibell *et al.*, 2009).

Atendendo à diferença entre géneros, é de notar que os consumos são muito próximos em ambos os sexos, sendo a discrepância máxima de 1%, e no ano de 1995 registou-se a maior frequência de consumo nas raparigas (Hibell *et al.*, 2009).

Gráfico 36

Evolução da prevalência de jovens portugueses que consumiram tabaco ao longo da vida, em função do sexo ( ESPAD 2007)



Fonte de Dados: Hibell *et al.* (2009).

De todos os países que integraram o ESPAD 2007, Portugal apresenta a menor percentagem (12%) de jovens estudantes que já consumiram 40 ou mais cigarros ao longa da vida. O Gráfico 37 traduz a evolução da prevalência deste comportamento entre 1995 e 2007 (Hibell *et al.*, 2009).

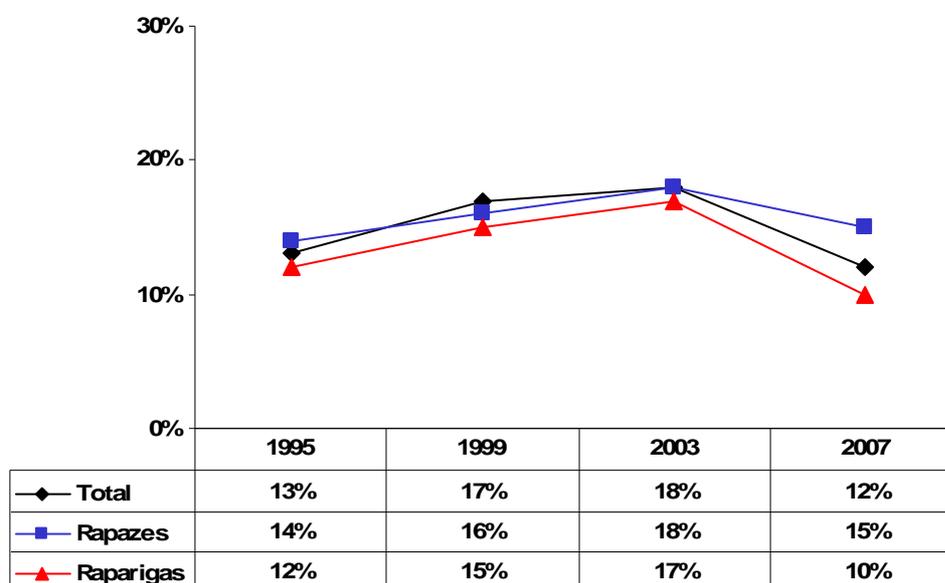
O último estudo (2007) revela-nos que 12% dos adolescentes fumaram 40 ou mais cigarros durante a vida e que este comportamento é 5% mais frequente nos rapazes. Entre 1995 e 2003 a prevalência deste comportamento de saúde aumentou cinco pontos percentuais. É de realçar a descida de 6% nos últimos quatro anos, mais precisamente 3% nos rapazes e 7% nas raparigas. Apesar do declínio apreciável das taxas no referido período, os indivíduos do sexo masculino apresentam ainda uma taxa superior à de 1995 (Hibell *et al.*, 2009).

A tendência de diminuição dos hábitos tabágicos entre 2003 e 2007, nos jovens portugueses, verifica-se em todos os indicadores usados pelo ESPAD (Hibell *et al.*, 2009).

Nos três estudos anteriormente referidos, HBSC, ECATD e ESPAD, os hábitos tabágicos dos jovens aumentam com a idade, principalmente no sexo feminino e ao longo do tempo tem-se verificado um declínio nas frequências de consumo.

Gráfico 37

Evolução da prevalência de jovens portugueses que consumiram 40 ou mais cigarros ao longo da vida, em função do sexo ( ESPAD 2007)



Fonte de Dados: Hibell *et al.* (2009).

#### 2.2.3.4. Determinantes do consumo de tabaco pelas crianças e jovens

*"Muitos adolescentes começam a fumar como recurso de integração social "por estilo" "para parecer adulto", reforço da "auto estima e auto imagem" bem como meio de afirmação social e integração no grupo"* (Rodrigues *et al.*, 2005, p.33).

As crianças e os jovens, normalmente, começam por experimentar fumar tabaco por necessidade de afirmação pois, é uma das formas utilizadas para tentar entrar no mundo dos adultos e ser aceite pelo grupo de colegas e amigos fumadores (Fonseca, 2005). Os lugares de diversão nocturna também desempenham um papel importante na iniciação do consumo do tabaco (Marques, 2007).

Os resultados do estudo HBSC 2006, permite-nos constatar que, são os adolescentes masculinos e mais velhos que mais frequentemente experimentam ou consomem tabaco. Em geral, também, são os que apresentam um afastamento em relação à família, à escola, aos pares, e que se envolvem mais frequentemente em acontecimentos violentos e normalmente estão mais associados ao consumo de outras drogas (Currie *et al.*, 2008).

Segundo Mendoza, Pérez & Foguet (1994) há quatro tipos de factores que podem influenciar o consumo de tabaco: factores individuais, micro-sociais, macro-sociais e ambientais. As características de cada indivíduo são determinadas pelos factores biológicos (idade, sexo, factores genéticos) e psicológicos (personalidade, interesses, educação recebida).

Por outro lado, cada ser humano desenvolve-se influenciado por factores do meio micro-social, que estão ligados ao meio social imediato de cada pessoa, como a família, amigos, vizinhos, ambiente escolar ou laboral, funcionando como determinantes proximais do comportamento (Mendoza, Pérez & Foguet, 1994).

O consumo de tabaco pelos pais está relacionado com o consumo dos filhos, pois Smedslund & Ahn (1999) verificaram que os filhos de um fumador (pai ou mãe), quando comparados com os filhos de não fumadores, apresentam uma maior probabilidade de se tornarem fumadores (ex: mais 24% nos Estados Unidos e 44% na Noruega). Também constataram que o valor do risco duplica quando os dois pais são ambos fumadores.

Segundo Puerta & Checa (2007) o risco é maior nas raparigas, principalmente quando o modelo parental é a mãe. Também são as raparigas que procuram no tabaco um meio fácil e rápido para lidarem com os sentimentos negativos, como a ansiedade, por outro lado quando apresentam elevados níveis de insatisfação/preocupação com o peso corporal, têm uma maior disposição para começarem a fumar e para passarem de fumadoras ocasionais a regulares (Puerta & Checa, 2007).

Os factores macro-sociais, tais como o sistema social, as estruturas, a cultura, as instituições, os meios de comunicação, os grupos económicos, entre outros, estão relacionados com aspectos do ambiente social e ecológico que podem funcionar como determinantes de inserção do comportamento tabágico, como a publicidade, a disponibilidade e acessibilidade aos cigarros ou a norma social (Mendoza, Pérez & Foguet, 1994).

A publicidade ao tabaco não é permitida em Portugal. Contudo o efeito da publicidade e do marketing nos grupos etários mais jovens é imenso e a indústria tabaqueira soube explorar as características e necessidades específicas dos jovens adolescentes para vender tabaco (Puerta & Checa, 2007).

Chaloupka (1991, in USDHHS, 2001) constatou que o aumento do preço do tabaco influencia menos os jovens do que os restantes grupos etários de idades mais elevadas, também

verificou que este efeito é mais expressivo nos homens e praticamente o consumo das mulheres não é afectado pelo preço.

A norma social tem um papel importante na iniciação ao consumo de tabaco, pois os jovens cujos pais e amigos fumam têm tendência a perceberem esse consumo como mais normativo do que de facto é na realidade. A aprovação dos pares tem um efeito decisivo no desenvolvimento da intenção de fumar e predisposição para essa conduta (USDHHS, 2001)

Não nos podemos esquecer da influência dos factores ambientais pois, as condições de vida de uma sociedade são determinadas pelo meio físico e geográfico (Mendoza, Pérez & Foguet, 1994).

Os factores de tipo pessoal ou interno que levam ao consumo de tabaco estão relacionados com a genética e principalmente com o comportamento. Estes últimos, os factores psicológicos, determinam uma maior facilidade para um indivíduo se iniciar nos consumos tabágicos. A extroversão, a impulsividade, a sociabilidade, a transgressão e os estados depressivos, são factores que podem aumentar a facilidade dos jovens se tornarem fumadores. Por outro lado, os factores de âmbito social também facilitam o tabagismo, os quais estão relacionados com o círculo familiar e social dos adolescentes, tais como, a imitação de pais, amigos e/ou "ídeos"; a facilitação social em relação ao consumo; a fácil disponibilidade em aceder aos cigarros; e a rebeldia do jovem (Ezquerria, 2003).

#### **2.2.4. Actividade Física nos Adolescentes**

##### **2.2.4.1. Noção de actividade física**

A actividade física compreende qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos e que resulta num aumento substancial do gasto energético em repouso. Neste contexto, qualquer actividade como o lazer, o brincar livremente, os trabalhos de casa, as tarefas profissionais, a educação física e o desporto organizado, não são mais que diferentes formas de actividade física (Malina *et al.*, 2004).

Segundo Ezquerria, Idoate & Barreto (2003, p.16) a actividade física "*é todo o movimento corporal produzido pelo aumento de trabalho dos músculos com, o conseqüente, aumento do consumo de energia*". Segundo estes autores, qualquer acção muscular que produza movimento e, conseqüentemente, dispêndio de calorias não é sinónimo de exercício

físico este, não é mais do que uma actividade física estruturada, realizada de forma programada e direccionada para manter ou melhorar funções fisiológicas.

O exercício físico entendido como uma actividade física realizada de uma forma organizada, planeada e com uma determinada direcção de adaptação, pode contribuir para o bem-estar físico, psíquico, social e cultural dos adolescentes, coadjuvando na aquisição de hábitos de vida saudável e activa (Lança, 2007).

O desporto consiste na aplicação do exercício físico para atingir objectivos predefinidos (Ezquerria *et al.*, 2003). *“É um sistema institucionalizado de práticas competitivas, com dominante física, delimitadas, codificadas, regulamentadas convencionalmente cujo objectivo é, sobre a base de comparação de performances, de proezas, de demonstrações, de prestações físicas, de denotar o melhor concorrente ou de registar a melhor performance”* (Bouet, 1992, citado por Mariovet, 1998, p.27).

#### **2.2.4.2. Importância da actividade física**

A prática de actividade física é um comportamento que está fortemente ligado às vivências e rotinas de um indivíduo, influenciando a sua qualidade de vida e saúde.

É necessário começarmos, precocemente, a motivar os adolescentes para adoptarem estilos de vida mais activos como meio de prevenção de algumas patologias. Qualquer indivíduo é capaz de alterar comportamentos e hábitos, pondo de parte a visão negativa da actividade física, o que é benéfico para todos em geral e, em particular, para as jovens do sexo feminino que, segundo resultados disponíveis na literatura, são uma população de elevado risco na adopção de hábitos de vida sedentários (Mota & Sallis, 2002).

A actividade física, resultante das tarefas do quotidiano doméstico e laboral, tem vindo ao longo dos tempos a ser substituída pelo uso das novas tecnologias. Na actual sociedade, cada vez mais, o esforço físico dá lugar ao esforço intelectual. Os baixos níveis de actividade física do quotidiano da vida moderna e o sedentarismo têm que ser substituídos por hábitos de vida activa e saudável, por isso, torna-se obrigatória a prática do exercício físico, porque influencia positivamente o estado de saúde das pessoas (Pacheco, 2000).

A inactividade física, a ingestão excessiva de álcool, os erros alimentares, a obesidade, o consumo de tabaco e a má gestão do stress são os principais factores de risco que estão na origem de doenças crónicas não transmissíveis. São exemplos, *“as doenças cardiovasculares,*

*cancro, patologia respiratória crónica, diabetes mellitus, as doenças osteoarticulares e as perturbações da saúde mental*” que constituem, hoje, “a principal causa de morbilidade e mortalidade nas sociedades desenvolvidas” (Ministério da Saúde, 2003, p.1).

Segundo o American College of Sports Medicine (ACSM, 2000) os benefícios associados à prática de actividade física regular estão relacionados com a melhoria da função cardiovascular e respiratória, redução dos factores risco de doença coronária, diminuição da mortalidade e morbilidade, decréscimo nos níveis de ansiedade e depressão, aumento da sensação de bem-estar, bem como, a optimização do desempenho laboral/escolar.

Para Ezquerria, Idoate & Barreto (2003) os benefícios, mais importantes demonstrados em estudos científicos, da prática regular do exercício físico sobre a saúde são:

- diminuição da mortalidade por doenças cardiovasculares;
- melhor perfil lipídico sanguíneo;
- atraso ou prevenção do desenvolvimento da hipertensão arterial e redução da pressão nos hipertensos;
- diminuição do risco de vir a ter diabetes em adulto;
- facilita o controlo do peso e a eliminação de gorduras;
- melhora o transito intestinal;
- aumenta a resistência às doenças infecciosas;
- diminui o risco de contrair alguns tipos de cancro (mama, cólon);
- melhora a capacidade funcional e a resistência muscular;
- melhora a função articular;
- previne e melhora a insónia;
- facilita o controlo do stress;
- melhora a auto-imagem;
- reduz os sintomas de ansiedade e de depressão.

A actividade física pode influenciar a saúde das crianças e adolescentes de duas formas; diminuindo as causas de morbilidade através da redução de peso e do stress psicológico, aumentando a performance atlética e melhorando a aptidão física, por outro lado, a actividade

física praticada durante a adolescência pode reduzir o risco de desenvolvimento de doenças crónicas em adulto (Sallis *et al.*, 1999).

A adopção de estilos de vida saudáveis passa pela introdução de hábitos de actividade física, tais como, andar mais a pé, andar de bicicleta, utilizar as escadas em vez do elevador, fazer jardinagem, lavar o carro e passear o cão. Estas actividades primárias de movimento têm que ser complementadas com a prática de exercício físico regular, o qual deve atender a alguns princípios. Devem ser privilegiados os desportos de longa duração e de baixa intensidade (natação, dança, marcha rápida, corrida, ciclismo) e mantida uma regularidade da prática desportiva em, pelo menos, 3 a 5 sessões por semana, cada sessão deve ter uma duração aproximada de 20 a 60 minutos e, a intensidade do esforço produzido deve oscilar entre os 60 a 90 por cento da frequência cardíaca (FC) máxima ( $FC_{\text{máxima}} = 220 - \text{Idade}$ ) (Pacheco, 2000).

Esta visão dos aspectos prescritivos da actividade física era a adoptada pelo American College of Sports Medicine (ACSM, 1991) contudo, mais recentemente, este organismo apresenta novas recomendações onde são valorizados os benefícios para a saúde das actividades de intensidade moderada, sendo valorizada a acumulação de períodos de actividade física, praticada em intervalos de tempo mais curtos e, intermitentes ao longo do dia. Esta nova abordagem enfatiza as actividades primárias do movimento, que fazem parte do nosso quotidiano, facilitando a gestão diária das actividades físicas de cada indivíduo (ACSM, 2000).

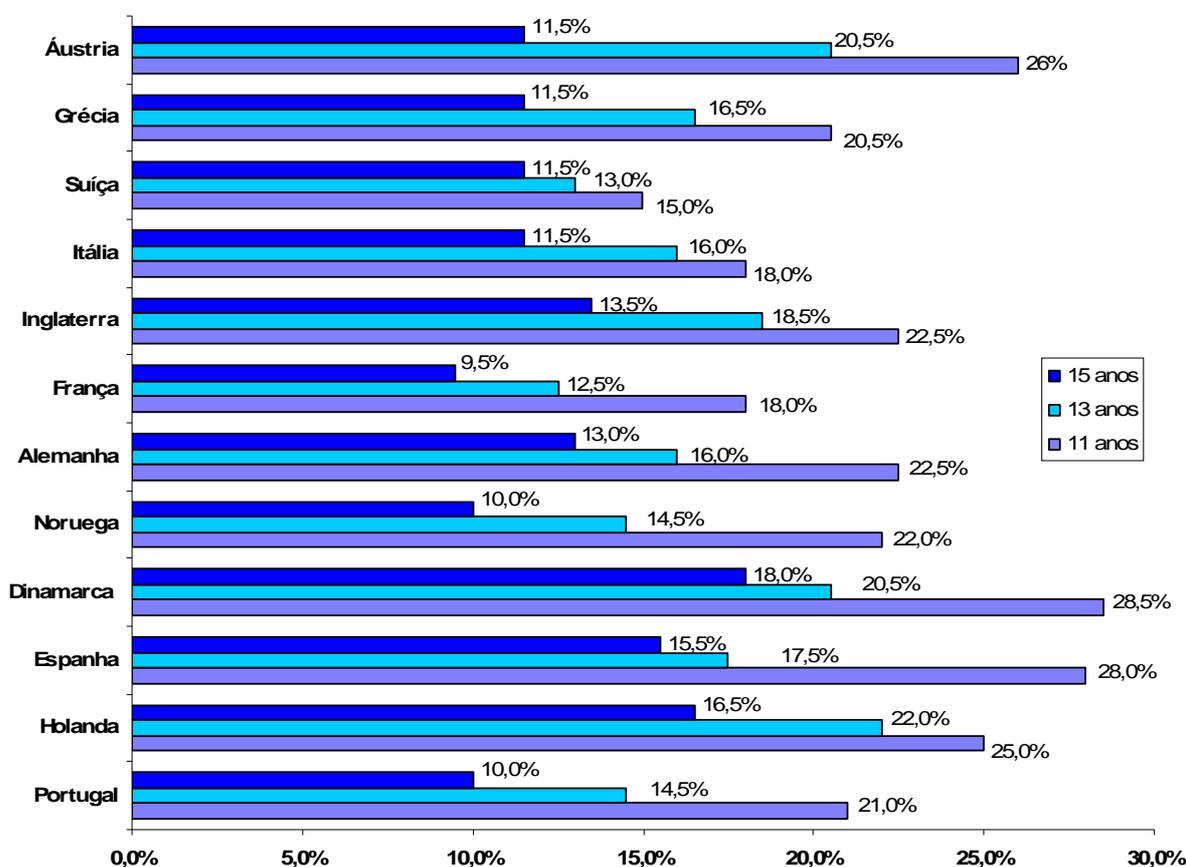
#### **2.2.4.3. Actividade física em adolescentes Europeus e Portugueses**

O HBSC (Health Behaviour in school-aged Children) estudo colaborativo da Organização Mundial de Saúde, também nos permite conhecer comportamentos de saúde relacionados com a prática de actividade física.

O Gráfico 38 compara os resultados da frequência de jovens que praticam actividade física moderada a vigorosa, pelo menos 1 hora por dia, por grupo etário, em alguns países que integraram o estudo HBSC 2006. Os dados do gráfico evidenciam grandes diferenças entre países e em todos os grupos etários. Verifica-se que a prática de actividade física diminui com a idade, mas também há diferenças, significativas, durante a adolescência em cada um dos países. (Currie *et al.*, 2008).

**Gráfico 38**

**Frequência de jovens que praticam actividade física moderada a vigorosa (pelo menos 1 hora por dia) por grupo etário, em alguns países europeus ( HBSC 2006 )**



Fonte de Dados: Currie *et al.* (2008).

No conjunto de países referenciados no Gráfico 38, são os jovens mais novos que apresentam taxas superiores de prática de actividade física. É na Áustria onde ocorre a maior discrepância (14,5%) entre os adolescentes de 11 e 15 anos. No grupo dos 11 anos é na Suíça onde se registam os valores mais baixos, 15%, e na Dinamarca e Espanha os mais altos, 28,5% e 28%, respectivamente. As frequências mais baixas estão nos adolescentes de 15 anos, na França com 9,5% e, Portugal e Noruega com 10% já, as mais elevadas aparecem na Dinamarca, 18%, e na Holanda, 16,5%. Se atendêssemos aos resultados por género, facilmente se concluíria que, são os rapazes, principalmente os mais novos, os mais activos (Currie *et al.*, 2008).

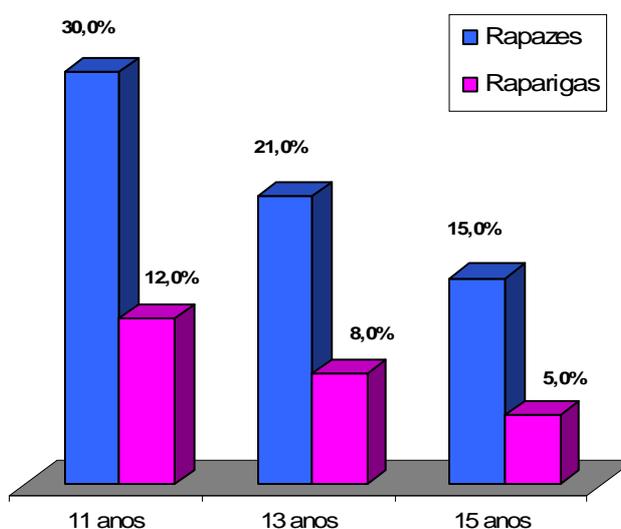
Como anteriormente referenciado, Portugal faz parte do grupo de países que apresentam as menores taxas de prática diária de actividade física, o Gráfico 39 traduz a distribuição por sexo e grupo etário, dos adolescentes portugueses que declararam praticar, pelo

menos uma hora por dia, esta actividade. Pela análise do gráfico, é notório que são os jovens mais novos, principalmente os rapazes, que referem ter este comportamento de saúde (Currie *et al.*, 2008).

O gráfico evidencia que a frequência da prática de actividade física diminui com a idade e a diferença entre géneros também, registando-se uma assimetria de 18%, 13% e 10%, respectivamente nos 11, 13 e 15 anos. Em suma, constata-se uma diminuição da prevalência de prática de actividade física durante a adolescência em ambos os sexos e o declínio verificado é oito pontos percentuais maior nos rapazes (15%) do que nas raparigas (7%) (Currie *et al.*, 2008).

**Gráfico 39**

**Frequência de jovens portugueses que praticam actividade física moderada a vigorosa (pelo menos 1 hora por dia) em função do sexo e idade ( HBSC 2006 )**



Fonte de Dados: Currie *et al.* (2008).

O estudo HBSC 2006 também indagou acerca da prática de actividade física vigorosa, durante duas ou mais horas por semana, contudo o relatório apresentado não contempla valores para o nosso país.

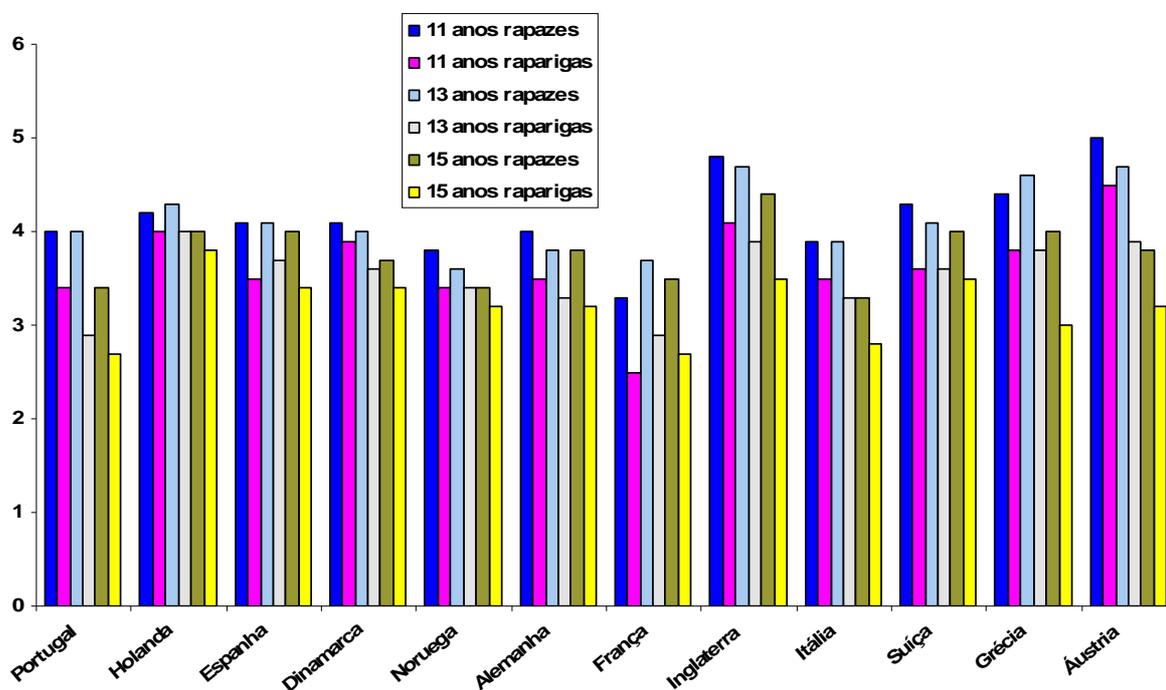
O mesmo questionário também recolheu dados sobre o excesso de peso e obesidade dos inquiridos, os valores obtidos indicam que são os adolescentes mais velhos que apresentam as taxas mais altas, o que é susceptível de ser atribuído à redução dos níveis de actividade física,

aos comportamentos sedentários e ao aumento do consumo de alimentos menos saudáveis. Coerente, com o anteriormente exposto, são as elevadas frequências que as jovens mais velhas apresentam, em relação às preocupações com a imagem corporal e de controlo do peso (Currie *et al.*, 2008).

O HBSC realizado quatro anos antes (2002) apresenta resultados do número médio de dias, da semana que antecedeu o estudo, em que os adolescentes foram fisicamente activos durante uma ou mais horas por dia, este indicador não foi contemplado no questionário realizado em 2006. Os resultados obtidos por género e idade, referentes a alguns países, são apresentados no Gráfico 40 (Currie *et al.*, 2004).

**Gráfico 40**

**Frequência do número de dias que os adolescentes foram fisicamente activos (pelo menos 1 hora por dia) em função do sexo e grupo etário, em alguns países europeus ( HBSC 2002 )**



Fonte de Dados: Currie *et al.* (2004).

Pelos resultados apresentados no gráfico, constata-se que o número médio de dias em que os jovens foram fisicamente activos na semana que antecedeu o estudo, difere de país para

país. Apesar das diferenças entre grupos de idade, alguns países podem ser enquadrados num nível superior de actividade física (Inglaterra e Áustria) e outros num nível inferior (França, Itália e Portugal). Em todos os países e em todas as faixas etárias, os rapazes afirmam terem sido fisicamente mais activos que as raparigas (a média HBSC do número de dias em que os jovens foram mais activos é de 3,5 dias no sexo feminino e de 4,1 dias no masculino) (Currie *et al.*, 2004).

Se atendermos, por exemplo, às diferenças entre sexos no grupo etário dos 15 anos, verificamos que a diferença é máxima (1 dia) na Grécia e mínima na Holanda (0,2 dias) (Currie *et al.*, 2004).

Na generalidade, a frequência de actividade física diminui durante a adolescência em ambos os sexos contudo, é mais acentuada nas raparigas, também se verifica que o declínio é superior em alguns países comparativamente com outros. Em Portugal, entre os 11 e os 15 anos a taxa decresce 0,7 dias nas raparigas e 0,6 dias nos rapazes (Currie *et al.*, 2004).

O último relatório internacional do HBSC 2006, não contém dados sobre prática desportiva contudo, os resultados preliminares da equipa responsável pelo projecto em Portugal integra este indicador. O Gráfico 41 ilustra as frequências das modalidades mais praticadas pelos adolescentes portugueses, no referido estudo (Matos *et al.*, 2006).

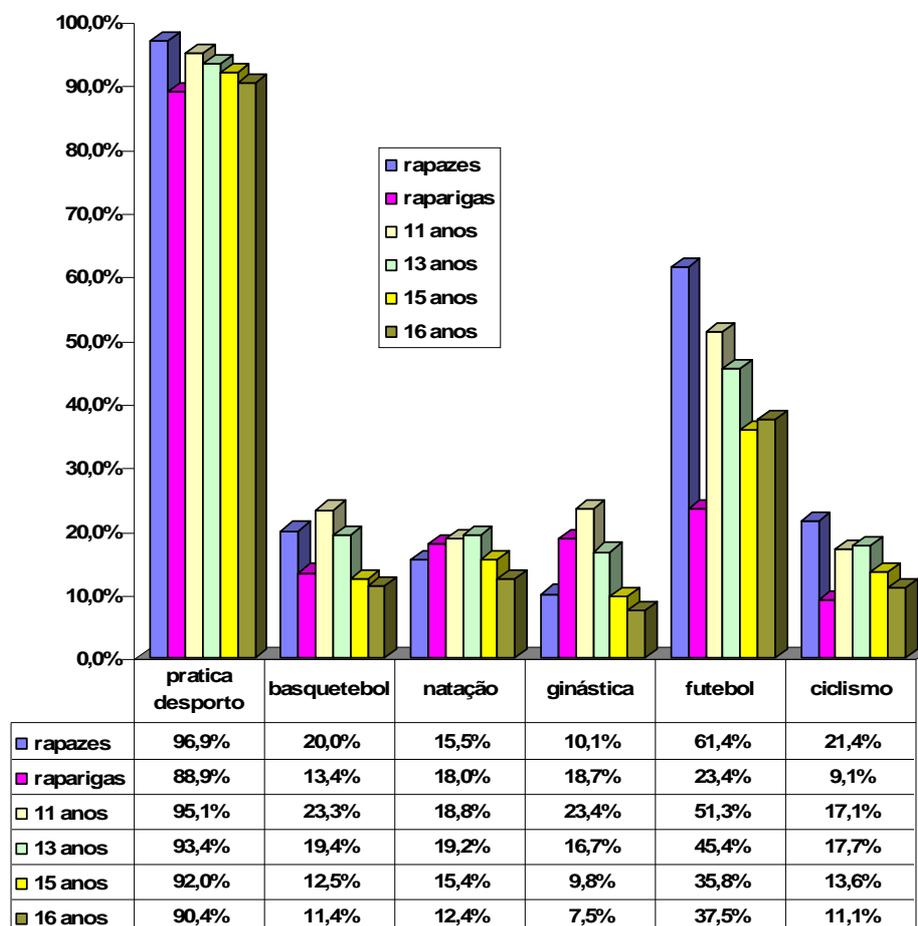
Os inquiridos quando questionados sobre a prática de algum desporto, 92,8% responderam afirmativamente, mais precisamente, 96,9% dos rapazes e 88,9% das raparigas (Matos *et al.*, 2006).

Os resultados evidenciam o facto da prática desportiva diminuir durante a adolescência, são os adolescentes masculinos e os mais novos (11 e 13 anos) os que mais participam em actividades desportivas (Matos *et al.*, 2006).

A modalidade que atrai um maior número de adeptos em ambos os sexos é o futebol. Procedendo a uma comparação entre géneros constata-se que os rapazes praticam, preferencialmente, futebol, ciclismo e basquetebol, enquanto que o sexo oposto pratica mais futebol, ginástica e natação (Matos *et al.*, 2006).

Gráfico 41

Modalidades desportivas praticadas pelos jovens portugueses, em função do sexo e grupo etário ( HBSC 2006 )



Fonte de Dados: Matos *et al.* (2006).

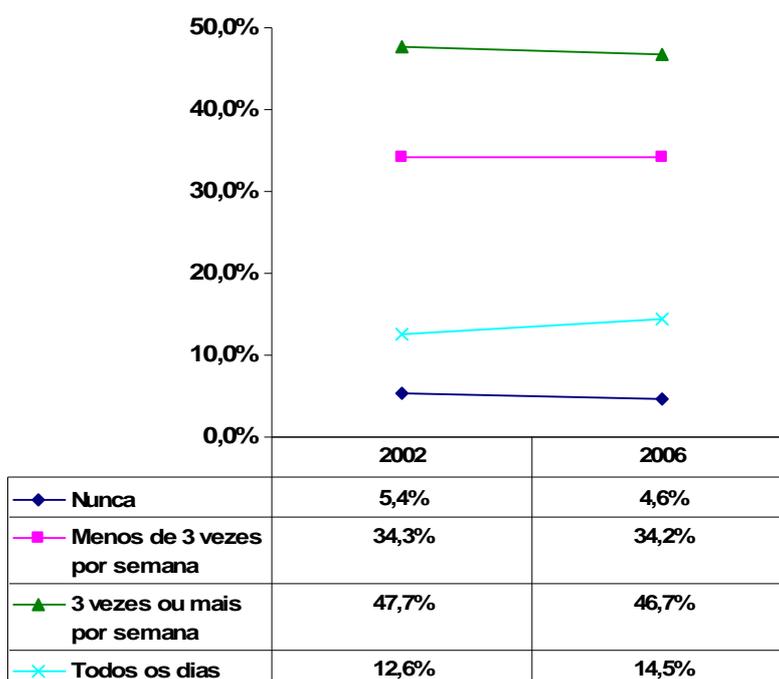
#### 2.2.4.4. Evolução da prevalência da prática de actividade física em Adolescentes Portugueses

A caracterização da evolução da prevalência de prática de actividade física nos adolescentes portugueses, não foi possível recorrendo aos relatórios internacionais do HBSC dos três últimos anos, 2000, 2004 e 2008, devido à ausência de indicadores comuns nos três estudos. Como nos dois últimos estudos, os relatórios disponibilizados pela equipa Portuguesa, responsável pelo projecto, contemplam indicadores iguais, utilizamos os resultados dos mesmos para levarmos a cabo a nossa pretensão.

A prevalência da prática de actividade física, de pelo menos uma hora por dia, durante a última semana que antecedeu os estudos HBSC de 2002 e 2006, poderá ser analisada através dos resultados apresentados no Gráfico 42.

**Gráfico 42**

**Prevalência da prática de actividade física (pelo menos uma hora por dia) durante a última semana ( HBSC 2002/2006 )**



Fonte de Dados: Matos *et al.* (2003, 2006).

A análise das frequências apresentadas no Gráfico 42 permite-nos afirmar que, nos dois estudos, aproximadamente metade dos adolescentes referem ter praticado pelo menos três vezes por semana actividade física, e cerca de 5% afirmam nunca o ter feito (Matos *et al.*, 2003, 2006).

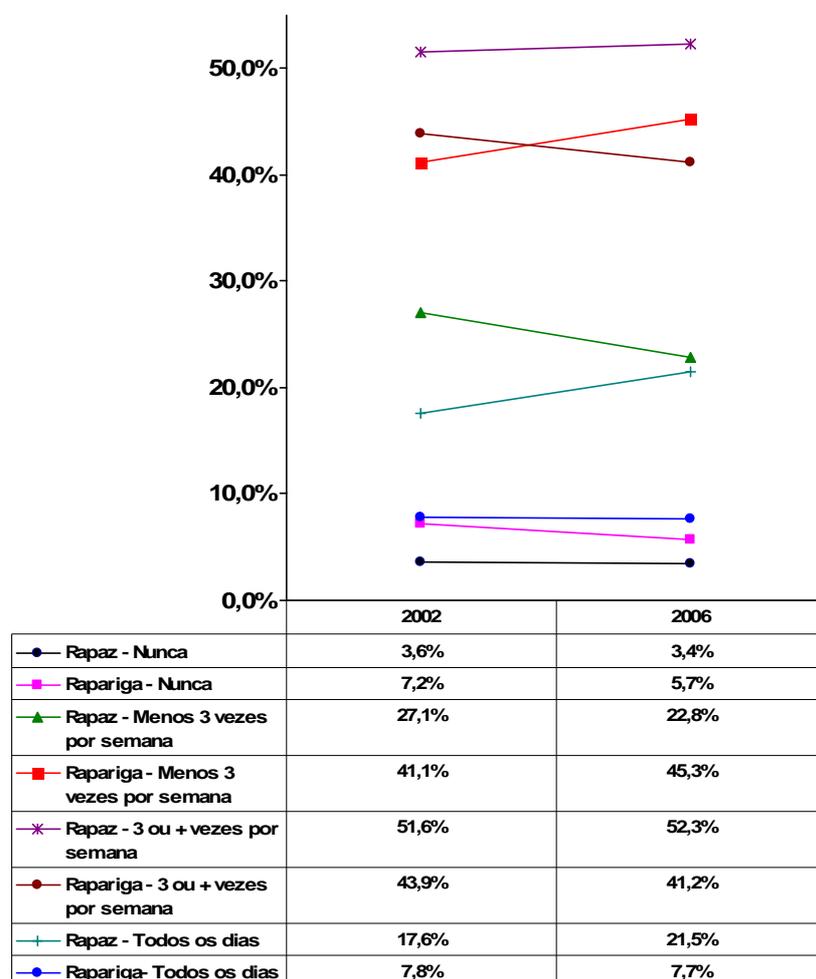
Constata-se que a evolução entre 2002 e 2006, do indicador em análise, é pouco expressiva, havendo um ligeiro aumento do número de inquiridos que alegam praticar actividade física todos os dias, mais precisamente, há um aumento de 1,9 pontos percentuais em quatro anos. Por outro lado, ocorreu uma diminuição de 0,8% na taxa de jovens que afirmam nunca praticar. No que diz respeito à frequência de adolescentes que praticam menos de três vezes por

semana ou três ou mais vezes por semana, regista-se um decréscimo de 0,1% e 1%, respectivamente (Matos *et al.*, 2003, 2006).

Se passarmos a uma comparação entre géneros, Gráfico 43, aferimos que são os rapazes os que mais praticam actividade física, assim como também utilizam um maior número de horas semanais com este comportamento de saúde (Matos *et al.*, 2003, 2006).

**Gráfico 43**

**Prevalência da prática de actividade física (pelo menos uma hora por dia) durante a última semana em função do sexo ( HBSC 2002/2006 )**



Fonte de Dados: Matos *et al.* (2003, 2006).

Entre 2002 e 2006 verifica-se uma ligeira diminuição na taxa de inquiridos que referem nunca terem praticado actividade física, mais precisamente 1,5% nas raparigas e 0,2% nos

rapazes. Em relação aos que afirmam ter o hábito de prática diária ocorreu um aumento de 3,9% no sexo masculino e uma redução de 0,1% no feminino (Matos *et al.*, 2003, 2006).

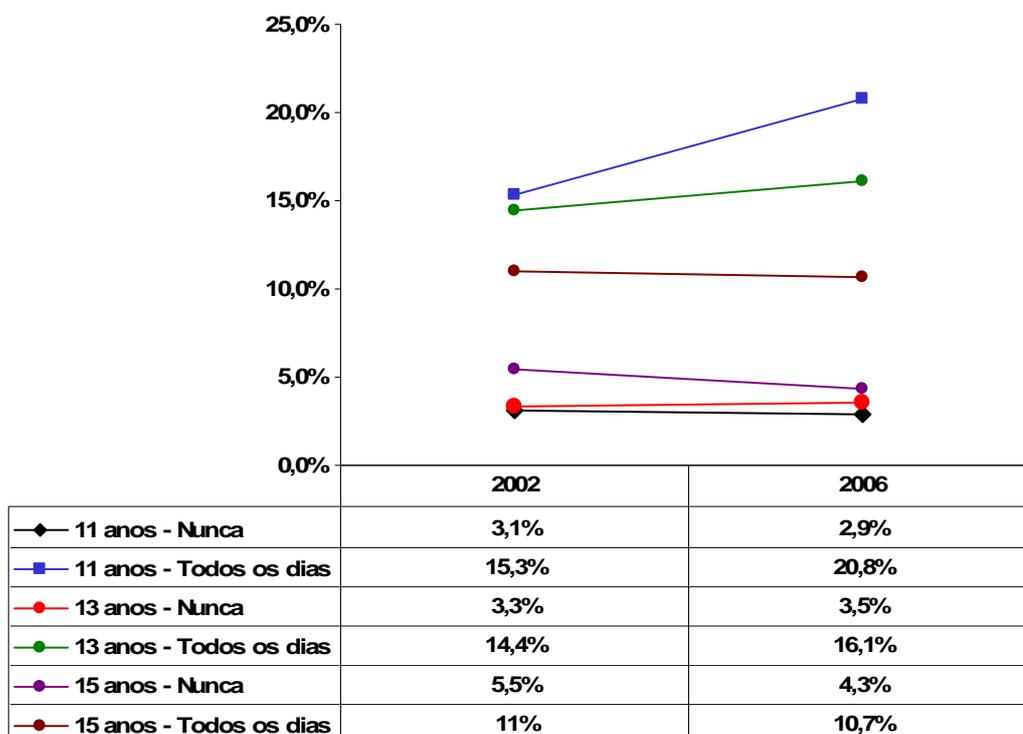
Se atendermos aos valores das frequências de menos de três vezes por semana, constata-se um aumento de 4,2% nas raparigas e uma decréscimo de 4,3% nos rapazes. Verifica-se que há uma variação inversa na evolução da prevalência quando comparamos as taxas dos jovens que praticam três vezes ou mais por semana, pois, regista-se um declínio de 2,7% nas raparigas e uma subida de 0,7% nos rapazes (Matos *et al.*, 2003, 2006).

Se efectuarmos uma comparação entre idades, Gráfico 44, aferimos que durante a adolescência há uma diminuição na prática de actividade física, pois, são os adolescentes mais novos os que apresentam níveis mais elevados de frequência deste comportamento saudável.

Os valores do gráfico permite-nos afirmar que durante a adolescência a frequência dos jovens que nunca praticam actividade física vai aumentando, assim como, diminui com a idade a taxa de adolescentes cuja prática é diária (Matos *et al.*, 2003, 2006).

**Gráfico 44**

**Prevalência da prática de actividade física (pelo menos uma hora por dia) durante a última semana em função da idade ( HBSC 2002/2006 )**



Fonte de Dados: Matos *et al.* (2003, 2006).

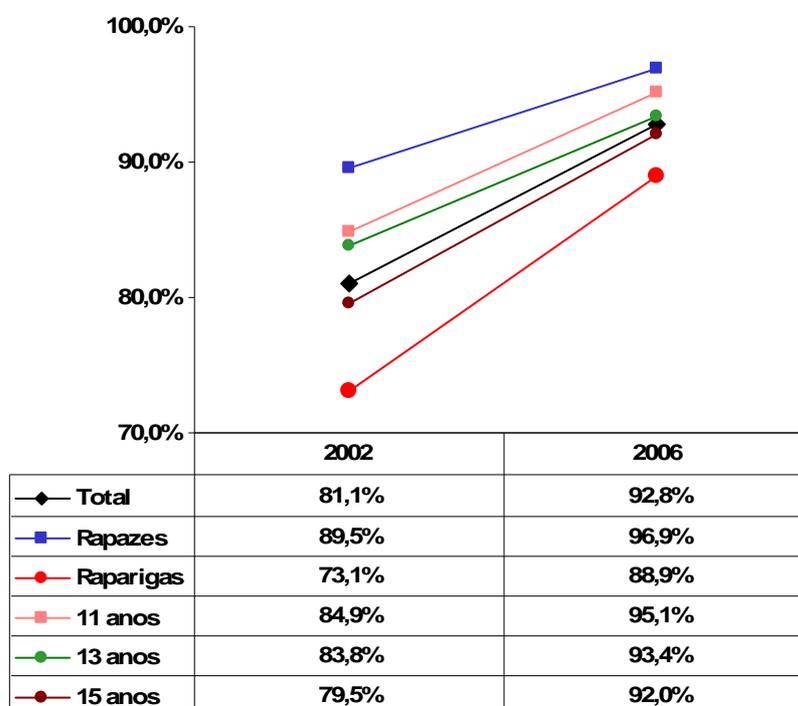
Em relação à evolução da prevalência entre 2002 e 2006, e no que concerne aos jovens que nunca praticaram actividade física, verifica-se uma diminuição de 0,2% no grupo dos 11 anos e de 1,2% nos 15 anos. Apenas se regista um aumento de 0,2% na faixa dos 13 anos. No que diz respeito à prática diária, salienta-se, pela positiva, um incremento de 5,5% no grupo etário dos 11 anos e de 1,7% nos 13 anos. Já nos jovens de 15 anos ocorre um decréscimo de 0,3% neste hábito (Matos *et al.*, 2003, 2006).

Em conclusão, pela análise dos Gráficos 43 e 44, constata-se que são os adolescentes masculinos e os mais novos os que registam os maiores aumentos da prevalência dos comportamentos de saúde relacionados com a prática de actividade física (Matos *et al.*, 2003, 2006).

Relativamente à prática desportiva, Gráfico 45, também se verifica um aumento da prevalência deste comportamento entre 2002 e 2006 pois, aumentou 11,7 pontos percentuais.

**Gráfico 45**

**Prevalência da prática desportiva, em função do sexo e idade ( HBSC 2002/2006 )**



Fonte de Dados: Matos *et al.* (2003, 2006).

Como se pode, directamente, concluir pela análise dos valores apresentados no Gráfico 45, nos dois estudos referenciados são os rapazes quem mais praticam desporto, embora este

hábito caía em desuso durante a adolescência. Entre 2002 e 2006 verificam-se apreciáveis aumentos na evolução da prevalência da prática desportiva. É no sexo feminino onde o incremento é maior, registando-se um acréscimo de 15,8%, quando comparado com os 7,4% no sexo masculino. Nos três grupos etários em análise constata-se um aumento de 10,2%, 9,6% e 12,5%, respectivamente nos 11, 13 e 15 anos (Matos *et al.*, 2003, 2006).

#### **2.2.4.5. Determinantes da actividade física pelas crianças e jovens**

Segundo Sallis *et al.* (1999) os determinantes da actividade física podem ser demográficos, biológicos, psicológicos/emocionais, sociais, culturais, tendo o ambiente físico também um papel preponderante.

Os factores que determinam ou que estão associados à actividade física na infância e na adolescência, integram variáveis intrapessoais, tais como os factores demográficos e biológicos (sexo, idade, estatuto socio-económico e obesidade) e os factores psicológicos, cognitivos e emocionais (auto-eficácia, prazer na prática, barreiras, atitudes/benefícios, intenções em relação ao exercício e comportamentos associados ao estilo de vida). Comportam também variáveis interpessoais, como a influência da família, os pares, o professor/treinador e a escola. Acrescem, ainda, as variáveis ambientais, que estão relacionadas com as características climatéricas, sazonais e geográficas, e acessibilidade a equipamentos e espaços (Mota & Sallis, 2002).

Relativamente ao sexo, há evidências significativas que os jovens masculinos participam, mais activamente, nas actividades físicas e nas actividades sociais, em geral, como o lazer (Mota & Sallis, 2002). Com o avanço da idade os indivíduos tornam-se menos activos, principalmente, os jovens do sexo feminino (Sallis *et al.*, 2000). O estatuto socio-económico condiciona o acesso a determinados tipos de actividades físicas/desportivas, pois os encargos financeiros são um factor que impede uma maior participação das classes mais desfavorecidas, o que torna os jovens destes estratos sociais menos activos. A obesidade também é considerada uma variável intrapessoal e uma forma de controlar o peso corporal é através da actividade física, porque aumenta os gastos energéticos e mantém a massa muscular, além de favorecer a distribuição regional da adiposidade corporal (Mota & Sallis, 2002).

A auto-eficácia e a percepção da competência são factores que aumentam a participação ou adesão dos jovens adolescentes à prática da actividade física (Mota & Sallis,

2002). Os rapazes têm uma percepção mais positiva das suas competências físicas (Sallis *et al.*, 2000). O prazer na prática de exercício, obtido pelo divertimento ou bem-estar, condicionam significativamente os indivíduos na prática das actividades físicas e nas escolhas de participação desportiva.

A adesão ao envolvimento numa actividade pode aumentar mais se o jovem participar para se divertir ou pelo seu bem-estar, quando comparada com as intenções relacionadas com a saúde. Há barreiras externas (físicas, económicas, políticas, etc) e internas (psicológicas, sociais, psicossociológicas, etc) que também podem ser um obstáculo à integração dos adolescentes numa actividade, a saber: clima; problemas de saúde; personalidade; influências sociais; tabagismo, entre outros. As crenças acerca de determinados comportamentos podem influenciar, de uma forma negativa ou positiva, a participação numa actividade. A motivação positiva pelas atitudes/benefícios desenvolvem uma atitude favorável para a saúde (Mota & Sallis, 2002).

A actividade física parece influenciar outros factores responsáveis por comportamentos típicos de um estilo de vida saudável pois, no ser humano as condutas de risco (má alimentação, tabagismo, ingestão de álcool e o sedentarismo) ou os hábitos saudáveis (alimentação correcta, o não consumo de álcool e tabaco, níveis elevados de actividade física) tendem a agrupam-se entre si (Pate *et al.*, 2000, citado por Mota & Sallis, 2002). Os jovens que dedicam os tempos livres do período pós-escola e o fim de semana a actividades sedentárias, tais como ver TV, utilizar o computador, ler, etc, são os que menos se envolvem em actividades físicas, influenciando negativamente a saúde (Mota & Sallis, 2002).

A nível das variáveis interpessoais Mota & Sallis (2002) atribuem à família o facto de poder encorajar os jovens na prática de actividade física. Este estímulo pode passar pela disponibilidade pessoal e pelo apoio material pois, a investigação que se tem feito nesta área, tem revelado dados que correlacionam a importância do apoio parental em relação às escolhas de vida dos filhos.

Por outro lado, os pares também influenciam na adesão à prática de actividade física, principalmente, na adolescência onde os grupos são o mundo social de eleição para o adolescente. A escola também tem um papel de destaque no que concerne à motivação para a prática regular do exercício físico.

As variáveis ambientais podem influenciar ou interagir com as variáveis biológicas/genéticas e psicossociais, podendo interferir nas escolhas, aparentemente livres, efectuadas pelos adolescentes (Mota & Sallis, 2002).

As características do meio físico, os factores climáticos, sazonais e geográficos podem condicionar o grau de envolvimento dos jovens na participação em actividades físicas, porque criam constrangimentos na realização de determinada actividade. A acessibilidade, disponibilidade e a segurança dos espaços físicos e dos equipamentos também influencia, significativamente, no comportamento vastamente citado (Mota & Sallis, 2002).

### **2.3. ORIENTAÇÕES EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NA ESCOLA EM PORTUGAL**

A promoção da saúde (PS) deverá ser a componente principal do processo de desenvolvimento de uma comunidade. A escola deverá assumir um papel central neste processo, pois é um excelente espaço de reflexão sobre os percursos de vida e opções a tomar, devendo assumir-se como o meio privilegiado para uma intervenção preventiva no desenvolvimento dos alunos para uma atitude de cidadania activa. A PS é tarefa, também, dos professores, pais, encarregados de educação ou qualquer outro agente educativo, pelo que estes devem ser agentes preventivos (Sousa & Baptista, 2007).

O ministério da Educação e o Ministério da Saúde assumiram responsabilidades complementares na PS das comunidades educativas. No Ministério da Educação é a Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC) que através do Núcleo de Educação para a Saúde, é responsável pela PS em meio escolar (Despacho nº 15987/2006 de 31 de Julho) assegurando o acompanhamento, a monitorização e o desenvolvimento das actividades da saúde

Actualmente, a DGIDC com o apoio do Grupo de Trabalhos de Educação Sexual/Saúde (GTES) que foi nomeado em junho de 2005 pelo Ministério da educação, definiu cinco domínios prioritários para a área da EpS, são eles, a alimentação e actividade física, o consumo de substâncias psicoactivas, a sexualidade, as infecções sexualmente transmissíveis, designadamente, VIH/SIDA e a violência em meio escolar (Sampaio *et. al.*, 2007). A escola sendo um espaço relacional e de aprendizagem, é o campo ideal para as aprendizagens formais e informais nestes cinco domínios

Para aumentar a eficácia das actividades e aprendizagem, *“os projectos de educação para a saúde na Escola devem continuar a privilegiar uma acção com um carácter de continuidade, integrada nas dinâmicas curriculares e organizacionais da Escola e enquadrada pelo seu Projecto Educativo”* (Sousa & Baptista, 2007, P.17).

O “Plano Nacional de Saúde 2004-2010” do Ministério da Saúde reclama mais saúde para todos e define orientações estratégicas para atingir esse objectivo assentes em abordagens de conteúdos centradas em programas nacionais (Ministério da Saúde, 2004). O “Programa Nacional de Saúde Escolar” (PNSE) é um desses programas que ao intervir nas instituições de ensino assume um importante papel na gestão dos determinantes da saúde das comunidades educativas. É um trabalho de parceria entre escolas e centros de saúde, que tem como base uma metodologia de projecto e uma abordagem salutogénica da PS. As acções de promoção da saúde do PNSE devem integrar o Projecto Educativo da Escolas e todas as actividades desenvolvidas no âmbito da saúde escolar devem fazer parte do Plano de actividades do Centro de Saúde da área (Ministério da Saúde, 2006b).

Segundo o PNSE o Projecto Educativo de Escola/Agrupamento deve incluir todas as actividades educativas que contribuam para a promoção de saúde escolar, devendo ser elaborados projectos que preconizem a realização do diagnóstico dos problemas de saúde, que definam prioridades de actuação, que fixem objectivos/metasp a atingir e que incorporem estratégias adequadas no sentido de darem respostas às necessidades e aos problemas diagnosticados na comunidade educativa (Ministério da Saúde, 2006b).

O Ministério da educação (2008) através da publicação “Planeamento Avaliação de Projectos – Guião Prático”, define os procedimentos a ter na elaboração de um projecto em contexto escolar:

1) Apresentação do projecto nas suas linhas gerais – que deve contemplar as problemáticas que se pretendem abordar/resolver e deve partir de um diagnóstico dos problemas;

2) Objectivos/Metas e Destinatários – devem ser definidas com base no diagnóstico e na hierarquização das prioridades;

3) Identificação operacional dos objectivos e sub-objectivos – consiste em identificar com clareza os objectivos pretendidos com o projecto e as justificação das prioridades e transformações previstas;

4) O projecto: natureza e organização – devem ser definidas e justificadas as acções/actividades a desenvolver;

5) Recursos necessários – devem ser listados os recursos necessários atendendo à exequibilidade do projecto;

6) Cronograma de execução – elaboração do mapa de execução das actividades previstas e respectivo calendário de execução;

7) Dispositivo de avaliação do projecto – têm que ser definidos critérios e indicadores, as modalidades, os momentos e os instrumentos de avaliação do projecto.

A nível da Educação alimentar, o Ministério da Educação (2006c) através da publicação “Educação Alimentar em Meio Escolar - Referencial para uma Oferta Alimentar Saudável”, concebe um referencial dirigido às escolas, como o objectivo de: melhorar o estado global de saúde dos jovens; inverter a tendência crescente do aumento das taxas de incidência e prevalência de enfermidades (ex: obesidade, diabetes tipo II, cáries dentárias, doenças cardiovasculares e outras); combater carências nutricionais dos alunos mais carenciados, fornecendo-lhes alimentos/nutrientes necessários para o bom desempenho cognitivo; e promover a saúde das crianças e jovens através da EpS, mais concretamente, na área da alimentação saudável e actividade física.

Segundo o mesmo documento, cabe à escola a função de promover nos jovens a adopção de práticas alimentares saudáveis, nomeadamente a transmissão de conhecimentos fundamentais para o crescimento intelectual e cognitivo dos alunos. Também é reconhecido o papel fundamental dos pais e encarregados na educação, na educação alimentar dos seus filhos/educandos pois, os primeiros, devem transmitir, aos segundos, condutas alimentares que ajudem na modelação de comportamentos salutareos (Ministério da educação, 2006c).

O trabalho a desenvolver na área da educação alimentar e da actividade física deve centrar-se em projectos integradores em meio escolar, porque segundo a OMS (2006) projectos desenvolvidos em Escolas Promotoras de Saúde revelaram resultados muito positivos nas referidas áreas de intervenção. Em todos esses projectos ocorreram intervenções ao nível das refeições escolares, passando a oferta alimentar a ser mais saudável (OMS, 2006, citado por Ministério da Educação, 2006c).

O Ministério da Educação alerta para que não haja discrepâncias entre o currículo formal e o currículo oculto, visto que é importante a coerência entre os princípios de uma alimentação racional, contemplados no currículos dos diferentes ciclos de ensino no Sistema Educativo Português, a oferta alimentar da escola e o modelo transmitido pelos professores/auxiliares de acção educativa/pais/encarregados de educação (Ministério da educação, 2006c).

No documento que temos vindo a referir, o Ministério da Educação também apresenta uma lista dos géneros alimentícios, que devem ser promovidos, limitados ao consumo, ou a serem indisponibilizados em contexto escolar e, desaconselha a autorização dos pais e encarregados na educação para que certos alunos façam algumas das refeições fora da escola (Ministério da Educação, 2006c).

Em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, têm-se desenvolvido programas de prevenção em meio escolar, integrados nos projectos educativos das escolas. A prevenção deve passar por medidas legislativas que reduzam a oferta e por medidas educativas e preventivas que reduzam a procura. É importante controlar e prevenir os problemas ligados ao álcool pois, desta forma, estamos a reduzir os gastos em saúde com os doentes alcoólicos, a diminuir os acidentes (de viação, de trabalho e outros) a reduzir os problemas relacionados com a família e com a criminalidade, bem como a melhorar o rendimento laboral (Pinto, 2007).

Neste sentido, há documentos que incorporam um conjunto de políticas, medidas e orientações, para combater/minimizar os problemas ligados ao consumo de álcool. Entre estes documentos salienta-se a “Carta Europeia Sobre o Álcool” e as “Dez estratégias na luta contra o álcool”.

O Ministério da Educação (2007) no documento sobre “Consumo de substâncias psicoactivas e Prevenção em Meio Escolar” refere que, em contexto de sala de aula, as estratégias propostas nos dois documentos mencionados anteriormente podem ser usadas na promoção de espaços de debate e reflexão crítica.

Em Portugal, outro documento de trabalho em contexto escolar, é o “Plano de Acção Contra o Alcoolismo”, que tem como principal finalidade a luta contra o consumo excessivo de bebidas alcoólicas e incorpora uma vertente de promoção e educação para a saúde ligada ao fenómeno de consumo de álcool (Pinto, 2007).

Segundo Marques (2007) os projectos preventivos de consumo de substâncias psicoactivas, em contexto escolar, devem ser elaborados baseando-se nas seguintes orientações:

- contemplarem estratégias que potenciem o sucesso escolar, diminuam a insucesso académico e aumentem os laços entre o aluno e a escola;

- devem abranger a família do aluno e a comunidade envolvente;

- prioritariamente, devem ter como alvo os alunos entre os 11 e os 14 anos;

- promover competências pessoais e sociais;

- contemplarem estratégias interactivas;

- no Ensino Básico devem promover não só as aprendizagens académicas mas, também, as sócio/emocionais (ex: auto-controlo, consciência emocional, resolução de problemas);

- devem integrar programas que promovam o aumento da participação na vida escolar e social, e que desenvolvam nos alunos atitudes positivas em relação aos outros e à escola.

A prevenção do consumo de cigarros pelos jovens adolescentes deve ser realizada principalmente em meio escolar, actuando directamente sobre o indivíduo (ex: programas intensivos de prevenção, intervenção anti-tabágica ao longo da escolaridade, programas de desabitação para jovens, comemoração de eventos relacionados com o tema, organização/participação em campanhas anti-tabágicas) ou indirectamente sobre o meio escolar (ex: políticas de controlo do tabagismo na escola, uso do porta-moedas electrónico) (Precioso, 2006).

A nível do tabagismo têm-se implementado programas de prevenção em meio escolar, estes são orientados para a população escolar, particularmente, para jovens que apresentam factores predictores de poderem vir a fumar, ou para os adolescentes que apresentam sinais e comportamentos iniciais de risco. Em Portugal, o Conselho de Prevenção do tabagismo elaborou os manuais “Querer é Poder I” e “Querer é Poder II”, destinados ao 3º Ciclo do Ensino básico, que são programas para “trabalhar” o tabagismo em meio escolar (Nunes, 2007).

Segundo Nunes (2007) estes programas devem ser desenvolvidos numa vertente pedagógica e preventiva, atendendo aos seguintes objectivos:

- melhorar a informação e compreensão sobre o tabagismo, o mecanismo de dependência da nicotina e as consequências económicas e ambientais associadas ao consumo e produção de cigarros;

- desenvolver o sentido crítico em relação ao que o consumo de tabaco parece oferecer (prazer, independência, sedução) e o que oferece na realidade (doença, sofrimento, morte prematura);

- criar capacidades para resistir às pressões sociais, principalmente, à pressão dos pares;

- exercitar a tomada de decisões, de forma responsável e autónoma;

- adquirir competências para uma vida activa e saudável.

"Não fumar é o que está a dar" é um programa de prevenção de consumo de tabaco destinado a jovens adolescentes. É um programa multidisciplinar dirigido a alunos 7º e 8º ano de escolaridade. No 7º ano é constituído por um conjunto de 15 sessões semanais de uma hora, para aplicar nas disciplinas de Ciências Naturais, Língua Portuguesa, Educação Visual, Matemática e Educação Física. No 8º ano há um conjunto de 12 sessões de reforço, a implementar na disciplina de Ciências Naturais e de Língua Portuguesa (Precioso, 1999).

Este programa tem revelado resultados positivos em prevenir a passagem de fumador experimental para fumador regular e principalmente a passagem de fumador semanal para fumador diário, pelo que deverá ser um programa de prevenção tabágica a implementar em meio escolar (Precioso, 1999).

Em conclusão e no âmbito da promoção da saúde, a escola tem que trabalhar para criar condições que reforcem os factores de protecção e que simultaneamente minimizem os factores de risco, de forma a diminuir comportamentos desajustados (Sousa & Baptista, 2007).

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO**

#### **3.1. INTRODUÇÃO**

Neste capítulo debruçamo-nos sobre os pressupostos teóricos e práticos inerentes a esta dissertação e à metodologia de investigação em educação usada neste estudo.

Descrevemos e justificamos a metodologia utilizada para atingir os objectivos da investigação. Após esta secção introdutória (3.1) procedemos a uma descrição da investigação que nos propusemos realizar (3.2). Nesta descrição começamos por caracterizarmos a população e a amostra (3.2.1) explicitamos o processo de selecção da amostra utilizada (3.2.2) e caracterizámo-la (3.2.3).

Em seguida, apresentamos a selecção da técnica de investigação (3.2.4) descrevemos o processo de elaboração e validação do instrumento de recolha de dados (3.2.5) terminando este capítulo com a explicitação do processo de recolha de dados (3.2.6) e respectivo tratamento (3.2.7).

#### **3.2. DESCRIÇÃO DO ESTUDO REALIZADO**

Nesta dissertação apresenta-se um estudo realizado em Março de 2009, com alunos de uma Escola Secundária com 3º Ciclo do Ensino Básico, situada na cidade Vila Nova de Gaia.

Este estudo tem como principal objectivo, caracterizar os comportamentos de saúde dos adolescentes da referida comunidade educativa e determinar as necessidades em educação para a saúde dos alunos. Os hábitos alimentares, a ingestão de álcool, o consumo de tabaco e a prática de actividade física, foram os comportamentos de saúde seleccionados no âmbito deste estudo, por serem consideradas áreas de intervenção prioritária pelo Ministério da Educação.

A investigação que a seguir descrevemos com mais detalhe, envolveu 402 alunos, 214 do sexo feminino e 188 do masculino, provenientes de 21 turmas do 7º ao 12º ano de escolaridade.

Epistemologicamente é um trabalho quantitativo e por esse motivo a informação necessária à investigação foi recolhida através de um questionário de auto-preenchimento, previamente validado por especialistas da área da educação, da especialidade e por professores de uma escola. Este instrumento de recolha de dados tinha cariz anónimo e confidencial.

Posteriormente, depois do questionário ter sido reformulado com base nas indicações dos especialistas, submetemo-lo a um grupo de alunos da escola onde o estudo foi realizado, grupo este representativo da amostra. Estes alunos não viriam a integrar a amostra, para não contaminarem os dados. Durante a fase de aplicação o investigador recolheu informação relevante e útil para otimizar a qualidade das questões do questionário e alterar algumas delas.

A informação recolhida foi tratada e analisada estatisticamente utilizando uma aplicação informática, o SPSS (*Statistical Package for the Social Science*). Foram feitas, essencialmente, distribuições de frequências para a maioria das variáveis em estudo e estabelecidas associações entre algumas variáveis utilizando o teste do Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) por se tratarem de variáveis de categoria.

Nas próximas secções descreve-se, com mais pormenor, todo o processo metodológico.

### **3.2.1. População e Amostra**

Estatisticamente População ou Universo é o “conjunto total dos casos sobre os quais se pretende retirar conclusões” (Hill & Hill, 2008, p.41). Os casos podem ser pessoas, famílias, objectos, instituições, acontecimentos ou qualquer outro tipo de entidade sobre a qual se pretende investigar.

Neste trabalho de investigação a população é constituída por um total de 989 discentes, que à data do auto-preenchimento dos questionários frequentavam o 3º Ciclo do Ensino Básico e Ensino Secundário, em regime diurno, de uma escola do centro da cidade de Vila Nova de Gaia. Contudo, atendendo à grande dimensão da população em estudo e face à falta de tempo, de recursos para recolher e analisar os dados referentes a todos os discentes que integram esse universo, optamos por considerar apenas uma parte dos alunos da população alvo. Esta parte

designa-se por amostra e, segundo Fortin (1999) não é mais que uma réplica em dimensões reduzidas da população alvo.

A amostra seleccionada para o nosso estudo é representativa da população alvo e é constituída por 402 alunos, 214 do sexo feminino e 188 do masculino.

### **3.2.2. Selecção da Amostra**

O principal objectivo desta dissertação é investigar estilos de vida e comportamentos de saúde relacionados com hábitos alimentares, de ingestão de álcool, consumo de tabaco e prática de actividade física, em jovens adolescente do 7º ao 12º ano de escolaridade. Com esta finalidade recorreremos a uma amostra que se ajustasse aos pressupostos da investigação e que fosse representativa da população. Optamos, por isso, por um sistema de amostragem estratificada, por nível de escolaridade e por sexo, constituído por 402 alunos, 214 do sexo feminino e 188 do masculino, provenientes de 21 turmas, 4 do 7ºano (72 alunos) 3 do 8ºano (61 alunos) 3 do 9ºano (71 alunos) 3 do 10ºano (67 alunos) 4 do 11ºano (66 alunos) e 4 do 12º ano (65 alunos) de escolaridade.

O número de alunos da amostra por ano de escolaridade, foi seleccionado atendendo à proporção de discentes dos diferentes níveis de ensino na população.

Sendo o sistema de amostragem representativo e estratificado por nível de escolaridade e por sexo, as conclusões retiradas da análise de dados podem ser extrapoladas para a população em estudo com uma considerável confiança (Hill & Hill, 2008).

### **3.2.3. Caracterização da Amostra**

Como referido anteriormente, a investigação no âmbito desta dissertação realizou-se com discentes do 3º Ciclo do Ensino Básico e do Ensino Secundário de uma escola central da cidade de Vila Nova de Gaia.

A amostra é constituída por 402 alunos, 214 do sexo feminino (53,2%) e 188 do masculino (46,8%), e agrega adolescentes do 7º ao 12º ano de escolaridade, mais precisamente, 72, 61, 71, 67, 66 e 65 alunos, respectivamente, do 7º, 8º, 9º, 10º, 11º e 12º ano. Na Tabela 2 apresentamos uma caracterização da amostra em função de: ano escolaridade; número de turmas; média de idades e número de alunos por género e ano escolar.

**Tabela 2**

**Caracterização da amostra por ano de escolaridade, sexo e média de idades**

Ano de Escolaridade	Número de Turmas	Média de Idades	Alunos da Amostra			
			Número	Porcentagem	Masculino	Feminino
7º Ano	4	12,65	72	17,9%	40	32
8º Ano	3	13,62	61	15,2%	26	35
9º Ano	3	14,65	71	17,7%	32	39
10º Ano	3	15,79	67	16,7%	30	37
11º Ano	4	16,76	66	16,4%	25	41
12º Ano	4	17,92	65	16,2%	35	30
<b>Amostra Total</b>	<b>21</b>	<b>15,20</b>	<b>402</b>	<b>100%</b>	<b>188</b>	<b>214</b>

A Tabela 3, em seguida, ilustra a caracterização da amostra em função do ano de escolaridade, idade e sexo.

**Tabela 3**

**Caracterização da amostra por ano de escolaridade, idade e sexo**

Idade	Sexo	Número de Alunos por Ano de Escolaridade						Total de Alunos	
		7º	8º	9º	10º	11º	12º	Número	%
12 anos	Masculino	21						21	9,7
	Feminino	18						18	
13 anos	Masculino	14	15					29	12,9
	Feminino	8	15					23	
14 anos	Masculino	4	8	14				26	17,7
	Feminino	5	16	24				45	
15 anos	Masculino	1	3	10	11			25	16,4
	Feminino	0	4	13	24			41	
16 anos	Masculino	0	0	5	9	13		27	14,7
	Feminino	1	0	2	8	21		32	
17 anos	Masculino	0	0	3	7	7	12	29	13,2
	Feminino	0	0	0	3	9	12	24	
18 anos	Masculino	0	0	0	3	4	18	25	11,4
	Feminino	0	0	0	1	10	10	21	
19 anos	Masculino	0	0	0	0	1	1	2	2,7
	Feminino	0	0	0	1	1	7	9	
20 anos	Masculino	0	0	0	0	0	3	3	1,0
	Feminino	0	0	0	0	0	1	1	
21 anos	Masculino	0	0	0	0	0	1	1	0,2
	Feminino	0	0	0	0	0	0	0	
<b>Total</b>		<b>72</b>	<b>61</b>	<b>71</b>	<b>67</b>	<b>66</b>	<b>65</b>	<b>402</b>	<b>100</b>

### **3.2.4. Selecção da Técnica de Investigação: Inquérito por Questionário**

A técnica de investigação é o meio que nos permite obter resultados para alcançar os objectivos da investigação. Na nossa investigação utilizamos um inquérito por questionário, que é uma técnica não documental de observação não participante, que possibilita a recolha de informação adequada e pertinente, permitindo dar resposta aos objectivos que se pretendem atingir com a dissertação (Amorim, 1995).

O inquérito por questionário é uma técnica de investigação que se baseia numa abordagem quantitativa. É perfeitamente adequado para atingir os objectivos pretendidos na nossa investigação pois, possibilita a recolha de informação pertinente e permite aos investigadores transformar em dados a informação comunicada directamente pelos inquiridos, podendo esta ser transformada em números ou dados quantitativos (Tuckman, 2002).

Um questionário é um conjunto de questões previamente elaboradas, para serem respondidas por escrito ou oralmente, e circunscritas aos conteúdos necessários à operacionalização da investigação pretendida (Tuckman, 2002). É uma técnica que corresponde à mais estruturada e rígida forma de recolher informação, por incluir uma série de questões estritamente programadas segundo uma ordem prévia.

Na construção de um questionário coloca-se o problema da validade e da fiabilidade e, como tal, convém previamente submeter a ensaio o questionário para se testar a validade e fidelidade das respostas (Amorim, 1995). Só assim será possível verificar se o instrumento mede ou descreve o que se pretende e, se é capaz de fornecer resultados semelhantes, sob condições idênticas, em qualquer outro momento.

Não devemos ser alheios às vantagens e às limitações de um inquérito por questionário. Segundo Quivy & Campenhoudt (1998). Os principais argumentos a favor estão relacionadas com a possibilidade de quantificar os dados, de se proceder a inúmeras análises de correlação, de se trabalhar com grandes amostras, embora a representatividade nunca seja absoluta dado que está sempre limitada por uma margem de erro. Os autores citados apresentam algumas limitações associadas a esta técnica, tais como: a superficialidade das respostas; a individualização dos inquiridos, não sendo valorizadas as redes de relações sociais e o carácter relativamente frágil da credibilidade de todo o processo de recolha de informação.

Para que o processo seja digno de confiança/credibilidade devem-se verificar as condições de: *“rigor na escolha da amostra, formulação clara e unívoca das perguntas,*

*correspondência entre o universo de referência das perguntas e o universo de referência do entrevistado, atmosfera de confiança no momento da administração do questionário, honestidade e consciência profissional dos entrevistadores” (Quivy & Campenhoudt, 1998, p.190).*

Segundo Amorim (1995) também há o inconveniente do questionário ser preenchido, pelos inquiridos pois, é comum verificar-se uma razoável percentagem de respostas não dadas, resultante do grau de resistência dos alunos que integram a amostra.

A elaboração do questionário e a formulação das questões é uma fase crucial na construção de um inquérito, qualquer erro, inépcia ou ambiguidade, influenciará todo o processo de investigação que se segue até às conclusões finais (Ghiglione & Matalon, 1992).

Segundo Claude Javeau (1990) a concepção de um inquérito por questionário deve obedecer a quinze etapas.

- 1- Definição do objecto do inquérito.
- 2- Inventário dos meios materiais postos à disposição do investigador.
- 3- Investigações prévias.
- 4- Estabelecimento dos objectivos e hipóteses de trabalho.
- 5- Determinação da população do inquérito por questionário.
- 6- Cálculo da dimensão e tiragem da amostra.
- 7- Redacção do projecto de questionário.
- 8- Testagem do projecto de questionário.
- 9- Redacção do questionário definitivo.
- 10- Formação dos inquiridores.
- 11- Realização material do inquérito por questionário.
- 12- Codificação dos questionários.
- 13- Apuramento dos questionários.
- 14- Validação da amostra e análise dos resultados.
- 15- Redacção de relatório do inquérito.

### 3.2.5. Instrumento de Recolha de Dados: Elaboração e Validação

Conforme já foi referido e pelos motivos invocados, o inquérito por questionário foi o processo eleito para levarmos a cabo a investigação. Na sua construção, elaboramos uma série de questões estruturadas de forma a recolher dados demográficos dos inquiridos e informação sobre a prevalência de hábitos alimentares, ingestão de álcool, consumo de tabaco e prática de actividade física. Elaboramos um *“inquérito de prevalência”*, porque avalia comportamentos de saúde de acordo com o sexo, idade, grau de escolaridade e estatuto sócio-económico (Pestana *et al.*, 2006).

Os objectivos a atingir com este projecto de investigação implicaram a concepção e aplicação de um inquérito por questionário (anexo 1). A nível estrutural o questionário é constituído por vinte e duas questões, algumas das quais com várias alíneas que foram adequadamente organizadas em seis grupos essenciais, de forma atingir as nossas metas:

- I- Caracterização sócio-demográfica dos sujeitos.
- II- Hábitos alimentares.
- III- Hábitos de ingestão de álcool.
- IV- Hábitos de consumo de tabaco.
- V- Hábitos de prática de actividade física e desporto.
- VI- Conhecimentos, dos sujeitos, em Educação para a Saúde.

Na concepção do questionário elaboramos em primeiro lugar uma matriz de indicadores e objectivos, conforme o exposto no Quadro 3.

Após a elaboração da matriz de indicadores e objectivos, listamos todas as variáveis da investigação. Uma *“variável é um conceito operacional e classificatório que, através da partição de um conjunto teoricamente relevante, assume vários valores”* (Almeida & Pinto, 1995, p.125). Algumas variáveis são do tipo qualitativo, mais precisamente *“nominais e ordinais”*, outras há, que são do tipo quantitativo, mais concretamente, de *“intervalos e rácios”* (Tuckman, 2002, pp. 262-265).

Posteriormente, depois de listadas todas as variáveis, especificamos o número de perguntas para medir cada variável e elaboramos cada uma das questões atendendo aos objectivos e às variáveis definidas, com o intuito que o questionário reflecta os objectivos que

pretendemos atingir com a dissertação. Na elaboração das perguntas procuramos que fossem compreensíveis e relevantes para os inquiridos.

**Quadro 3**  
**Matriz de indicadores e objectivos do questionário**

<b>Dimensões/Indicadores</b>	<b>Objectivos</b>	<b>Questões</b>
<b>Dados sócio-demográficos</b>	- Caracterizar a amostra quanto à idade, género, massa corporal, número de reprovações durante o percurso escolar, profissão e habilitações literárias dos pais/encarregados de educação.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7.1 e 7.2
<b>Hábitos Alimentares</b>	- Caracterizar os hábitos alimentares dos alunos relativamente ao número de refeições que realiza, local onde efectua as refeições principais e tipo de alimentos ou bebidas mais ingeridas . - Determinar a prevalência de consumo de alguns alimentos. - Verificar através da frequência de ingestão de alguns alimentos se os alunos realizam uma alimentação saudável e equilibrada.	8, 9, 10, 11, 12 e 13
<b>Hábitos de Consumo de Álcool</b>	- Descrever os hábitos de ingestão de álcool dos alunos, através da experiência de consumo e do número de episódios de embriaguez. - Determinar a prevalência de ingestão de vinho, cerveja e bebidas brancas.	14, 15 e 16
<b>Hábitos de Consumo de Tabaco</b>	- Descrever os hábitos tabágicos dos alunos da amostra. - Caracterizar a prevalência de fumadores da amostra. - Determinar as taxas de consumo diário e semanal. - Determinar o número de tentativas que ocorreram para deixarem de fumar.	17, 17.1, 17.2 e 18
<b>Actividade Física e Desporto</b>	- Caracterizar a frequência com que os alunos fazem actividade física moderada a vigorosa, fora da escola. - Verificar a frequência de alunos que praticam desporto dentro e fora da escola. - Identificar as modalidades desportivas praticadas pelos alunos dentro e fora da escola.	19, 20 e 21
<b>Educação para a Saúde</b>	- Determinar a percepção dos alunos do 9º e 12º ano sobre alguns temas abordados na escola, relacionados com hábitos alimentares, consumo de álcool e tabaco e actividade física.	22.1, 22.2, 22.3 e 22.4

Para a caracterização sócio-demográfica dos inquiridos, utilizamos as sete primeiras questões do questionário, nas quais indagamos sobre idade, género, peso, altura, número de retenções/reprovações durante o percurso escolar, profissão e grau de escolaridade do respectivo pai/mãe/encarregado de educação.

Com as questões numeradas de oito a vinte e um, pretende-se recolher informação para determinar frequências/prevalências relacionadas com comportamentos de saúde ligados a hábitos alimentares, ingestão de álcool, consumo de tabaco e prática de actividade física. Estas questões foram elaboradas com base no questionário “Comportamento e Saúde em jovens em idade escolar”, utilizado pela investigação do HBSC<sup>3</sup> (Health Behaviour in school-aged Children).

Embora estejam disponíveis na literatura vários questionários que representem opções interessantes para recolher informações sobre comportamentos de saúde, baseamo-nos no HBSC por entendermos ser o mais específico e abrangente em comportamentos de saúde. Nas referidas questões utilizamos em grande número, tal como no HBSC, escalas de frequência.

A questão vinte e dois destinou-se apenas aos alunos do 9º e 12º ano de escolaridade e procurou indagar acerca de temas em Educação para a Saúde desenvolvidos na escola. Com este item pretendia-se ter uma percepção dos alunos sobre temas de promoção de saúde desenvolvidos na escola, mais concretamente, sobre hábitos alimentares, ingestão de álcool, consumo de tabaco e prática de actividade física. Na elaboração da referida questão utilizamos variáveis com três categorias: Abordei, Não abordei e Não me lembro.

Após a elaboração da versão provisória do questionário, submetemo-lo à apreciação de especialistas. Neste processo de validação, o questionário foi enviado a um investigador especialista na área da educação e da saúde, tendo sido solicitado o parecer sobre a adequação do conteúdo das questões aos objectivos do estudo. Simultaneamente, solicitamos um outro parecer aos elementos que integram o Projecto de Educação para a Saúde da escola alvo, sendo este constituído por, duas docente, uma de Biologia e outra de Educação Física, bem como, pela psicóloga da escola. Em função das opiniões expressas procedemos a algumas alterações no questionário.

Em seguida, procedemos à sua testagem, utilizando, para esse fim, um grupo de alunos da escola onde a investigação foi realizada. Esse grupo incorporou 20 discente do 9º ano (10 rapazes e 10 raparigas) e 20 do 12º ano de escolaridade (10 rapazes e 10 raparigas). Estes alunos não viriam a integrar a amostra, para não contaminarem os dados.

No decorrer da aplicação da primeira versão do questionário, o investigador observou o preenchimento, mediu o tempo, utilizado para esse fim, verificou se as questões eram compreensíveis por todos os alunos, registou as dificuldades associadas e, mais tarde recorreu

---

<sup>3</sup> Disponível in <http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/pdfa-zenglish.html#t19>

ao diálogo com os inquiridos, no sentido de obter informação útil para otimizar a qualidade das questões e alterar algumas delas.

No diálogo o investigador procurou auscultar os alunos sobre a extensão e o grau de dificuldade das respostas às questões, indagou acerca das dificuldades de compreensão das perguntas (linguagem utilizada e/ou conceitos) bem como, da existência de questões com pouco significado ou inadequadas.

Na posse da informação obtida com a aplicação do questionário provisório, concluímos que o questionário era o instrumento adequado para a recolha da informação pretendida, pelo facto das perguntas terem sido perceptíveis pela maioria dos inquiridos e, também, porque foi realizável num tempo máximo de 25 minutos.

### **3.2.6. Recolha de Dados**

A colheita de dados realizou-se, através da aplicação do questionário, durante a segunda quinzena do mês de Março de 2009. Em 18 turmas, das 21 seleccionadas para constituírem a amostra, o questionário foi entregue aos alunos através dos docentes titulares nas turmas que se disponibilizaram em cooperar com o investigador, com autorização prévia do Conselho Executivo.

Os professores que aplicaram os questionários, nas 18 turmas, receberam, da parte do investigador, um conjunto de instruções sobre a forma como o mesmo deveria ser aplicado. Foi-lhes solicitado que, entregassem o questionário aos alunos, no início da aula, os informassem do anonimato e da confidencialidade do mesmo, seguindo-se uma leitura das questões em voz alta e, um período para esclarecimento de dúvidas suscitadas. Também foi solicitado que, concedessem o tempo necessário aos alunos para responderem integralmente e lhes pedissem para preencherem individualmente e com sinceridade o questionário. Nas restantes 3 turmas foi o próprio investigador que aplicou o questionário, pois lecciona aí a disciplina de Ciências Físico-Químicas.

A operacionalização deste trabalho teve em conta algumas questões de natureza ética. Neste âmbito solicitou-se ao Conselho Executivo e Conselho Pedagógico autorização para desenvolver a investigação e informamos, os mesmos, sobre o anonimato e confidencialidade do questionário.

Por se tratar de um processo de investigação que tem como objecto de estudo o comportamento de seres humanos e sendo os inquiridos jovens adolescentes, para não afectar negativamente as suas vidas, informámo-los do direito que lhes assiste quanto à privacidade, ao anonimato e à confidencialidade e, mesmo à não participação (Tuckman, 2002).

O relacionamento do investigador com os inquiridos pautou-se pela confiança, igualdade e neutralidade. Procuramos cumprir os princípios éticos que são comuns nas comunidades científica e escolar. Assim, a identidade dos inquiridos que integram a amostra foi salvaguardada, procurando evitar que a informação recolhida cause qualquer dano ou constrangimento (Bogdan & Biklen, 1994).

### **3.2.7. Tratamento de Dados**

A informação recolhida com o questionário foi analisada e tratada, estatisticamente, utilizando uma aplicação informática, o SPSS (*Statistical Package for the Social Science*). O SPSS para Windows é um programa de análises estatísticas e manuseamento de dados, num ambiente gráfico. A estatística é a ciência que permite estruturar informação numérica medida numa amostra, com a finalidade de obter uma descrição das variáveis medidas (Fortin, 1999).

A estatística inferencial, isto é, os testes estatísticos são uma mais valia para a interpretação dos dados pois, permite-nos comparar grupos de dados, de forma a determinar se a probabilidade das diferenças obtidas nos resultados são reais ou fruto do acaso. A estatística descritiva permite descrever essa informação numérica (Tuckman, 2002).

Acresce ainda referir que, na inserção, da informação recolhida, na base de dados do SPSS tivemos em atenção alguns aspectos para minimizar erros, a saber: os valores das variáveis para cada questionário respondido, foram introduzidos por duas pessoas, uma ditava em voz alta e a outra inseria os valores no ficheiro de dados, confirmando-os também, em voz alta. Ainda, para diminuir a taxa de erro fez-se pausas após 40 a 45 minutos de trabalho contínuo, visando aumentar a concentração (Hill & Hill, 2008) e depois da inserção dos dados, verificamos as definições das variáveis e os valores de cada uma das variáveis.

Após a introdução na base de dados da informação recolhida, realizamos distribuições de frequência para a maioria das variáveis em estudo, determinando-se percentagens. Também estabelecemos associações entre algumas variáveis, utilizando o teste do Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) por se tratarem de variáveis de categoria.

Mais concretamente, estabelecemos correlações entre alguns comportamentos de saúde dos adolescentes e alguns factores relacionados com os mesmos, designadamente a retenção/reprovação escolar dos inquiridos, a posição social e as habilitações literárias dos pais dos alunos. Para atingirmos o nosso objectivo seleccionamos como comportamentos de saúde a analisar, o hábito de tomar pequeno-almoço, o consumo de leite magro, fruta e refrigerantes, a experiência de ingestão de álcool, os consumos excessivos de bebidas alcoólicas, o hábito de fumar e a prática de actividade física/desporto. Para uma melhor leitura dos dados e numa tentativa de tornar possível a aplicação do teste Qui-quadrado, decidimos recategorizar algumas das variáveis. No próximo capítulo especificaremos, com mais pormenor, todo o processo de recategorização de variáveis.

## **CAPÍTULO IV**

### **APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS**

#### **4.1. INTRODUÇÃO**

De acordo com o exposto no capítulo I, a investigação apresentada nesta dissertação constou de um estudo sobre comportamentos de saúde dos adolescentes do 7º ao 12º ano de escolaridade de uma comunidade educativa. No supracitado capítulo foram apresentados os objectivos e no capítulo III foi descrita a metodologia seguida na investigação.

Neste capítulo apresentaremos os resultados do estudo realizado e procedemos à interpretação dos mesmos (4.2). Na descrição e análise dos resultados abordamos os comportamentos de saúde dos adolescentes da amostra (4.2.1) começando por referir em primeiro lugar aos hábitos alimentares (4.2.1.1) seguindo-se a ingestão de álcool (4.2.1.2) o consumo de tabaco (4.2.1.3) a prática de actividade física (4.2.1.4) e analisamos os valores do índice de massa corporal dos alunos (4.2.1.5).

Posteriormente, apresentamos e interpretando a relação existente entre alguns factores de risco e os comportamentos de saúde dos discentes (4.2.2) mais precisamente, a retenção/reprovação escolar (4.2.2.1) a posição social (4.2.2.2) e as habilitações literárias dos pais dos alunos da amostra (4.2.2.3).

Por último, aludimos aos resultados da percepção dos alunos do 9º e 12º ano de escolaridade sobre temas de promoção de saúde desenvolvidas na escola (4.2.3).

## 4.2. DESCRIÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

### 4.2.1. Comportamentos de Saúde dos Adolescentes da Amostra

#### 4.2.1.1. Hábitos Alimentares

##### a) Número de refeições que os alunos fazem durante uma semana normal

Pela análise dos dados da Tabela 4, verifica-se que cerca de três quartos (75,9%) dos alunos da amostra tomam o pequeno-almoço todos os dias, contudo há 4,2% que nunca o faz. Os dados são concordantes com os obtidos no questionário HBSC 2006, anteriormente referido, onde se constatou que 82% dos jovens portugueses tomava o pequeno-almoço todos os dias durante a semana (Currie et al., 2008). A diferença entre os dois estudos é de aproximadamente 6% e uma presumível causa para esta discrepância será o facto do HBSC ter sido realizado com alunos de idades compreendidas entre os 11 e os 15 anos e o nosso estudo envolveu discentes dos 12 aos 21 anos.

**Tabela 4**  
**Frequência do número de refeições realizadas numa semana pelos alunos da amostra**

**N = 402**

Refeições	Número de refeições realizadas por semana									
	n	Todos os dias		4 a 6 dias por semana		1 a 3 dias por semana		Nunca		
		%	f	%	f	%	f	%	f	
Pequeno-almoço	402	75,9	305	11,4	46	8,5	34	4,2	17	
Lanche da manhã	399	37,6	150	23,6	94	24,6	98	14,3	57	
Almoço	402	92,8	373	6,5	26	0,5	2	0,2	1	
Lanche da tarde	400	60,8	243	23,3	93	13,3	53	2,8	11	
Jantar	402	95,3	383	3,2	13	0,7	3	0,7	3	

*p = N.A.*

O lanche a meio da manhã é a refeição menos realizada, pois apenas 37,6% dos inquiridos é que tem o hábito de a tomar e 14,3% nunca o faz.

O lanche a meio da tarde é um hábito mais comum quando comparado com o da manhã, comparativamente há mais 23,2% de alunos a realizar a refeição à tarde, por outro lado a percentagem de discentes que afirmam nunca tomar estas refeições é 11,5% menor à tarde.

O almoço e o jantar são as refeições mais frequentemente realizadas todos os dias, respectivamente, 92,8% e 95,3% dos discentes têm este hábito e a percentagem de alunos que nunca fazem estas refeições é inferior a 1%.

### ***b) Número de refeições que os alunos fazem durante uma semana normal, em função do sexo***

A Tabela 5 permite-nos analisar a frequência de refeições que os alunos da amostra fazem durante uma semana normal, em função do sexo.

Em todas as refeições que foram alvo do nosso estudo, os rapazes são os que apresentam uma maior frequência na prática diária destes hábitos alimentares. Este facto salienta-se mais ao pequeno-almoço, onde 84% dos rapazes o tomam todos os dias e apenas 68,7% das raparigas o fazem.

Em relação aos alunos que afirmaram nunca fazerem as refeições, constatou-se que, à excepção do jantar, as raparigas apresentam taxas superiores às dos rapazes. As diferenças encontradas são muito pouco apreciáveis, à excepção do pequeno-almoço onde 1,6% dos rapazes e 6,5% das raparigas nunca o fazem.

Os resultados obtidos para a frequência de ingestão diária do pequeno-almoço vão de encontro aos do HBSC 2006, para o nosso país, onde também se verificou que o hábito de tomar o pequeno-almoço todos os dias é mais frequente nos indivíduos do sexo masculino (Currie *et al.*, 2008).

**Tabela 5**  
**Frequência do número de refeições realizadas numa semana pelos alunos da amostra, em função do sexo**

**N = 402**

		Número de refeições realizadas por semana								
		Todos os dias			4 a 6 dias por semana		1 a 3 dias por semana		Nunca	
Refeições	Sexo	n	%	f	%	f	%	f	%	f
Pequeno-almoço	Masculino	188	84,0	158	9,0	17	5,3	10	1,6	3
	Feminino	214	68,7	147	13,6	29	11,2	24	6,5	14
Lanche da manhã	Masculino	186	38,7	72	24,2	45	23,1	43	14,0	26
	Feminino	213	36,6	78	23,0	49	25,8	55	14,6	31
Almoço	Masculino	188	96,3	181	3,2	6	0,5	1	0,0	0
	Feminino	214	89,7	192	9,3	20	0,5	1	0,5	1
Lanche da tarde	Masculino	187	64,7	121	24,6	46	8,0	15	2,7	5
	Feminino	213	57,3	122	22,1	47	17,8	38	2,8	6
Jantar	Masculino	188	96,8	182	2,1	4	0,0	0	1,1	2
	Feminino	214	93,9	201	4,2	9	1,4	3	0,5	1

$p = N.A.$

***c) Número de refeições que os alunos fazem durante uma semana normal, por ano de escolaridade***

A Tabela 6 permite-nos analisar a frequência de refeições que os alunos da amostra fazem durante uma semana normal, em função do ano de escolaridade. Na referida tabela optamos por citar apenas os resultados correspondentes aos discentes que responderam “Todos os dias” ou “Nunca”. Também invertimos a ordem segundo a qual temos vindo a apresentar nas tabelas, as variáveis dependentes e independentes, o facto de colocarmos a variável independente nas colunas deve-se a uma melhor gestão da informação no espaço disponível.

Em relação às três principais refeições do dia, pequeno-almoço, almoço e jantar, constata-se que, na generalidade, o hábito diário de as fazer diminui com a escolaridade, à exceção do pequeno-almoço entre o 8º e 9º ano, do almoço entre o 11º e o 12º ano e do jantar entre o 9º e o 10º ano.

**Tabela 6**  
**Frequência de refeições realizadas numa semana pelos alunos da amostra, em função do ano de escolaridade**

**N = 402**

Refeições		n	Ano de Escolaridade					
			7º	8º	9º	10º	11º	12º
Pequeno-almoço	Todos os dias	305	80,6 %	73,8 %	81,7 %	74,6 %	72,7 %	70,8 %
	Nunca	17	2,8 %	4,9 %	5,6 %	6,0 %	4,5 %	1,5 %
Lanche da manhã	Todos os dias	150	41,7 %	45,0 %	39,4 %	26,2 %	34,8 %	35,8 %
	Nunca	57	6,9 %	15,0 %	19,7 %	23,1 %	9,1 %	12,3 %
Almoço	Todos os dias	373	97,2 %	96,7 %	93,0 %	92,5 %	86,4 %	90,8 %
	Nunca	1	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,5 %
Lanche da tarde	Todos os dias	243	63,9 %	66,7 %	63,4 %	60,6 %	43,9 %	66,2 %
	Nunca	11	4,2 %	5,0 %	4,2 %	3,0 %	0,0 %	0,0 %
Jantar	Todos os dias	383	98,6 %	98,4 %	94,4 %	97,0 %	93,9 %	89,2 %
	Nunca	3	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,5 %	3,0 %

***p = N.A.***

Ainda em relação à Tabela 6, as frequências mais elevadas registam-se no pequeno-almoço para o 9º ano (81,7%) e 7º ano (80,6%) no almoço para o 7º ano (97,2%) e 8º ano (96,7%) e no jantar também para o 7º ano (98,6%) e 8º ano (98,4%). As taxas mais baixas verificam-se no pequeno-almoço para o 12º ano (70,8%) e 11º ano (72,7%) no almoço para o 11º ano (86,4%) e 12º ano (90,8%) e no jantar para o 12º ano (89,2%) e 11º ano (93,9%).

De acordo com o anteriormente exposto, pode-se afirmar que, regra geral, o hábito diário de fazer refeições diminui com a escolaridade. Como a média de idades aumenta (Tabela 2)

com a escolaridade, pode-se concluir que durante a adolescência há um decréscimo no referido hábito alimentar. Os resultados obtidos são concordantes com os do HBSC 2006, onde se constatou que o hábito de tomar o pequeno-almoço todos os dias é mais frequente nos jovens portugueses mais novos (Currie *et al.*, 2008).

**d) Consumo de alimentos entre as principais refeições, em função do sexo**

Pela análise dos dados da Tabela 7, verifica-se que 2% dos inquiridos não responde à questão, o que poderá significar que apenas dois por cento dos alunos não ingerem alimentos entre as principais refeições (pequeno-almoço, almoço, lanche e jantar).

Merece destaque o facto de 73% dos rapazes e 76% das raparigas comerem 1 ou 2 vezes entre as principais refeições. Este é um comportamento saudável, atendendo que a adopção de uma alimentação equilibrada, passa por um plano alimentar diário mínimo, com seis refeições por dia, em intervalos de 2,5 horas (Brandão, 2007).

**Tabela 7**  
**Frequência de ingestão de alimentos entre as principais refeições, em função do sexo**

N = 394													
Número de vezes que ingere alimentos													
		1		2		3		4		5		Mais	
Sexo	n	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f
Masculino	185	38,4	71	34,6	64	14,1	26	4,3	8	4,3	8	4,3	8
Feminino	209	41,6	87	34,4	72	15,3	32	3,8	8	2,4	5	2,4	5

*p* = N.A.

**e) Consumo de alimentos entre as principais refeições, por ano de escolaridade**

Atendendo aos resultados apresentados na Tabela 8, para os alunos que ingerem uma ou duas vezes alimentos entre as principais refeições, constata-se que, na generalidade, as diferenças encontradas entre anos de escolaridade são pouco apreciáveis, mais precisamente

registam-se as taxas de 70,8% no 7º ano, 77,2% no 8º ano, 73,5% no 9º ano, 77,6% no 10º ano, 74,2% no 11º ano e 75,0% no 12º ano .

Os inquiridos do 7º e 10º ano são os que ingerem um maior número de vezes alimentos entre as refeições, pois apresentam as maiores taxas para cinco ou mais consumos.

**Tabela 8**  
**Frequência de ingestão de alimentos entre as principais refeições, por ano de escolaridade**

N = 394													
Número de vezes que ingere alimentos													
		1		2		3		4		5		Mais	
Escolaridade	n	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f
7º ano	72	34,7	25	36,1	26	11,1	8	5,6	4	6,9	5	5,6	4
8º ano	57	47,4	27	29,8	17	15,8	9	0,0	0	3,5	2	3,5	2
9º ano	68	45,6	31	27,9	19	19,1	13	2,9	2	2,9	2	1,5	1
10º ano	67	50,7	34	26,9	18	9,0	6	4,5	3	4,5	3	4,5	3
11º ano	66	34,8	23	39,4	26	18,2	12	4,5	3	1,5	1	1,5	1
12º ano	64	28,1	18	46,9	30	15,6	10	6,3	4	0,0	0	3,1	2

*p = N.A.*

***f) Local onde é habitual os alunos fazerem as refeições, por ano de escolaridade***

A Tabela 9 apresenta resultados por ano de escolaridade e fornece dados sobre o local onde é habitual os alunos fazerem o pequeno-almoço, o lanche a meio da manhã, o almoço, o lanche da tarde e o jantar.

Na tabela invertemos a ordem segundo a qual apresentamos as variáveis dependentes e independentes, o facto de colocarmos a variável independente nas colunas deve-se apenas à gestão da informação no espaço disponível.

Em todos os níveis de escolaridade verifica-se que mais de 80% dos alunos toma o pequeno-almoço em casa. Este hábito diminui com a escolaridade, à excepção do 9º para o 10º ano, onde ocorre um aumento de 2,5%. A maior taxa deste comportamento regista-se no 7º ano (97,1%) e a menor no 12º ano (84,6%). Também se constata que o hábito de fazer o pequeno-almoço fora da escola (bar/café/pastelaria) aumenta com a escolaridade, mais precisamente no 7º ano há 1,4% dos discentes a fazê-lo e no 12º ano este valor sobe para 7,7%.

O almoço é realizado preferencialmente em casa em todos os níveis de escolaridade, embora no 3º Ciclo exista uma grande percentagem de alunos a fazer esta refeição na cantina/bar da escola. Os inquiridos do ensino secundário realizam-no preferencialmente em casa. Comparativamente, almoçam em casa 61,1% e 89,1%, e na escola 31,9% e 1,6%, respectivamente no 7º e 12º ano.

O jantar é a refeição mais realizada em casa, mais de 93% dos alunos elegem este local para o fazer. A maior taxa verifica-se no 7º ano (100%) e a menor no 8º ano (93,3%) nos restantes anos de escolaridade as diferenças são muito pouco expressivas.

O lanche a meio da manhã é realizado preferencialmente no bar da escola ou no bar/café/pastelaria exterior à mesma. Os alunos do 3º ciclo utilizam mais o bar da escola e os do ensino secundário preferem os locais do espaço envolvente à instituição. Este facto é óbvio, quando analisamos, por exemplo, as taxas do 7º e 12º ano, onde o lanche a meio da manhã é realizado no bar da escola por 53,7% e 23,7% e, no bar/café/pastelaria por 14,9% e 52,5%, respectivamente. Os valores obtidos indicam-nos que, com o aumento da escolaridade os alunos optam cada vez mais por transferir da escola para o exterior o local onde realizam o lanche da manhã.

O lanche a meio da tarde é realizado preferencialmente em casa, em todos os níveis de escolaridade, embora este espaço seja mais frequentemente utilizado pelos alunos do ensino secundário. Depois da casa os ambientes exteriores à escola passam a ser os preferidos. Nos dois primeiros níveis de ensino que fazem parte do nosso estudo há uma grande disparidade nas taxas registadas, pois lancham em casa 75,7% e 46,6%, e nos espaços exteriores à escola 4,3% e 31,0%, respectivamente no 7º e 8º ano. A partir do 8º ano verifica-se que aumenta a percentagem de inquiridos que realizam esta refeição em casa e diminui a taxa dos que a realizam no bar/café/pastelaria.

Tabela 9

Frequência do local onde é habitual os alunos fazerem as principais refeições, em função da escolaridade

N = 402

Local das Refeições		Ano de Escolaridade											
		7°		8°		9°		10°		11°		12°	
		%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f
Pequeno-almoço n = 388	Em Casa	97,1	68	94,9	56	89,7	61	92,2	59	88,7	55	84,6	55
	Bar/Café/Pastelaria	1,4	1	1,7	1	5,9	4	7,8	5	6,5	4	7,7	5
	Escola: Cantina/Bar	1,4	1	3,4	2	2,9	2	0	0	3,2	2	1,5	1
	Restaurante	0	0	0	0	1,5	1	0	0	0	0	3,1	2
	Outro	0	0	0	0	0	0	0	0	1,6	1	3,1	2
Lanche da manhã n = 364	Em Casa	6,0	4	9,3	5	6,1	4	5,4	3	4,8	3	11,9	7
	Bar/Café/Pastelaria	14,9	10	40,7	22	33,3	22	57,1	32	51,6	32	52,5	31
	Escola: Cantina/Bar	53,7	36	38,9	21	43,9	29	21,4	12	32,3	20	23,7	14
	Restaurante	0	0	0	0	1,5	1	0	0	0	0	0	0
	Outro	25,4	17	11,1	6	15,2	10	16,1	9	11,3	7	11,9	7
Almoço n = 401	Em Casa	61,1	44	49,2	30	60,6	43	65,7	44	74,2	49	89,1	57
	Bar/Café/Pastelaria	1,4	1	14,8	9	7,0	5	9,0	6	9,1	6	4,7	3
	Escola: Cantina/Bar	31,9	23	29,5	18	21,1	15	13,4	9	9,1	6	1,6	1
	Restaurante	2,8	2	3,3	2	9,9	7	11,9	8	7,6	5	1,6	1
	Outro	2,8	2	3,3	2	1,4	1	0	0	0	0	3,1	2
Lanche da tarde n = 388	Em Casa	75,7	53	46,6	27	56,5	39	69,4	43	76,9	50	79,7	51
	Bar/Café/Pastelaria	4,3	3	31,0	18	17,4	12	21,0	13	21,5	14	17,2	11
	Escola: Cantina/Bar	5,7	4	17,2	10	14,5	10	6,5	4	0	0	1,6	1
	Restaurante	0	0	0	0	1,4	1	0	0	0	0	0	0
	Outro	14,3	10	5,2	3	10,1	7	3,2	2	1,5	1	1,6	1
Jantar n = 399	Em Casa	100	71	93,3	56	98,6	69	98,5	66	98,5	65	95,4	62
	Bar/Café/Pastelaria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,1	2
	Escola: Cantina/Bar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Restaurante	0	0	3,3	2	1,4	1	1,5	1	1,5	1	1,5	1
	Outro	0	0	3,3	2	0	2	0	2	0	2	0	2

p = N.A.

Estes dados sugerem a importância de desenvolver actividades de controlo e intervenção na oferta alimentar nos bares da escola e nos locais envolvente à escola.

A diferença constatada entre a frequência do local de ingestão do lanche a meio da manhã e da tarde, poderá estar relacionada com o facto da generalidade das turmas da escola alvo terem no seu horário uma mancha lectiva predominantemente de manhã. Este facto também condiciona que o almoço seja preferencialmente realizado em casa.

### ***g) Consumo de alguns alimentos e bebidas pelos alunos da amostra***

A Tabela 10 apresenta resultados sobre a frequência de consumo de alguns alimentos e bebidas. Estes foram seleccionados de forma a permitir indagar se a alimentação dos inquiridos pode ser considerada saudável.

Para uma melhor leitura dos dados da referida tabela, decidimos recategorizar a variável dependente. A designação “consumo regular” utilizada na interpretação dos dados, corresponde à junção das categorias “consumo diário” e “consumo de 3 a 4 vezes por semana”, assim como entenda-se por “consumo ocasional” a anexação das categorias “consumo 1 vez por semana” e “raramente”.

Conforme se constata pelos dados apresentados, os alunos fazem uma alimentação pobre em leite magro, apenas 15,4% dos inquiridos ingere regularmente este alimento e 66,1% nunca o consome. Já no que diz respeito ao leite meio gordo e gordo os resultados são completamente antagónicos, o consumo regular passa para 80,2% e a percentagem de discentes que nunca ingerem é de 11,0%. Merece realce o facto de 11,0% dos alunos da amostra nunca ingerirem nenhum tipo de leite.

Os iogurtes são consumidos regularmente por 67,6% dos inquiridos e apenas 1,8% é que não os ingere.

Os hambúrguer, os rissóis, as salsichas e os cachorros são consumidos regularmente por 9,0% dos alunos, contudo verifica-se que há uma expressiva percentagem de inquiridos (31,0%) que os ingere pelo menos uma vez por semana e apenas 5,8% é que nunca o faz. Estes alimentos devem ser eliminados da dieta alimentar, pois são particularmente ricos em gorduras, proteínas e cloreto de sódio (Lopes, 2006).

As carnes brancas são ingeridas regularmente por 79% dos inquiridos e apenas 0,3% não consome. Já o peixe é consumido regularmente por 59,3% dos alunos da amostra, por outro lado também há uma maior percentagem de discentes que nunca o ingere (1,5%).

Relativamente ao arroz/massa verifica-se que 94,8% dos inquiridos são consumidores regulares, dos quais 44,9% ingerem-no todos os dias. Dos diferentes tipos de alimentos que foram apresentados aos alunos, este é o único que é ingerido por toda a população alvo.

As batatas fritas mais ingeridas regularmente são as fritas no momento (30,3%) quando comparadas com as de pacote (13,1%). Também merece realce o facto de existir uma expressiva percentagem de alunos a consumir batatas fritas preparadas no momento (35,5%) e de pacote (24,7%) pelo menos uma vez por semana. As batatas fritas são um alimento a eliminar da dieta alimentar, porque são particularmente ricas em gorduras e cloreto de sódio (Lopes, 2006).

As guloseimas são ingeridas regularmente por mais de um quarto (28,1%) dos inquiridos, merece também realce o facto de 27,4% dos alunos incorrerem neste comportamento pelo menos uma vez por semana e só 6,2% é que nunca o fazem. As guloseimas devem ser banidas por completo da dieta alimentar, por conterem excesso de açúcares e corantes.

Os bolos e os pastéis são consumidos regularmente por 32,3% dos inquiridos e 31,8% ingere-os pelo menos uma vez por semana. Este tipo de alimento além de ser rico em açúcar, também o é, normalmente, rico em hidratos de carbono e gorduras.

Apenas 35,8% dos alunos consomem pão de centeio ou integral e 18,5% não ingere este alimento. O pão mais adequado a uma dieta saudável é o de centeio ou integral.

Os legumes cozidos estão mais presentes na dieta alimentar dos inquiridos do que os crus, estes são consumidos regularmente por 49,4% dos alunos, enquanto que os legumes cozidos são ingeridos por 65,8%. Também se constata que diariamente 26,8% e 37,9% dos discentes consomem legumes crus e cozidos, respectivamente. Merece realce o facto de 14,8% não consumirem legumes crus e 4,3% também não os ingere cozidos.

Os dados obtidos para o consumo diário de vegetais, são concordantes com os do estudo HBSC 2006, para o nosso país, onde se constatou que 25,7% dos inquiridos ingeria vegetais diariamente (Currie *et al.*, 2008).

A fruta é um dos alimentos mais consumidos diariamente (54,9%) pelos alunos, registando-se também um consumo regular de 84,6% e apenas 0,5% dos inquiridos afirmam não comer fruta.

O resultado obtido para o consumo diário de fruta é superior ao valor verificado, para Portugal, no estudo HBSC 2006, anteriormente referido, onde se constatou que 44,2% dos inquiridos ingeria este alimento diariamente (Currie *et al.*, 2008).

**Tabela 10**  
**Frequência de consumo de alguns alimentos e bebidas pelos alunos da amostra**

**N = 402**

Alimentos	Frequência de consumo										
	Diariamente		3 a 4 vezes por semana		1 vez por semana		Raramente		Nunca		
	n	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f
Leite magro	392	12,8	50	2,6	10	1,0	4	17,6	69	66,1	259
Leite gordo/meio gordo	399	67,9	271	12,3	49	3,3	13	5,5	22	11,0	44
logurtes	398	31,4	125	36,2	144	11,8	47	18,8	75	1,8	7
Hambúrguer/rissóis/ salsichas/cachorros	400	1,0	4	8,0	32	31,0	124	54,3	217	5,8	23
Carne Branca	400	14,5	58	64,5	258	17,0	68	3,8	15	0,3	1
Peixe	401	10,2	41	49,1	197	30,4	122	8,7	35	1,5	6
Arroz/Massa	401	44,9	180	49,9	200	4,5	18	0,7	3	0,0	0
Batatas fritas preparadas no momento	400	3,3	13	27,0	108	35,5	142	31,5	126	2,8	11
Batatas fritas de pacote	397	2,3	9	10,8	43	24,7	98	52,6	209	9,6	38
Guloseimas: rebuçados/ chocolates/gomas	401	7,2	29	20,9	84	27,4	110	38,2	153	6,2	25
Bolos ou pastéis	400	8,0	32	24,3	97	31,8	127	30,0	120	6,0	24
Pão de centeio ou integral	399	20,3	81	15,5	62	15,3	61	30,3	121	18,5	74
Legumes crus	399	26,8	107	22,6	90	16,5	66	19,3	77	14,8	59
Legumes cozidos ou sopa	398	37,9	151	27,9	111	15,1	60	14,8	59	4,3	17
Leguminosas	398	22,4	89	30,2	120	22,9	91	16,3	65	8,3	33
Fruta	401	54,9	220	29,7	119	9,0	36	6,0	24	0,5	2
Água	401	90,0	361	5,5	22	2,5	10	1,5	6	0,5	2
Refrigerantes Bebidas com açúcar	399	25,6	102	26,8	107	23,6	94	20,1	80	4,0	16
Café	400	9,5	38	10,0	40	10,5	42	24,5	98	45,5	182

*p* = N.A.

Das bebidas apresentadas na Tabela 10, a água é a mais consumida pelos alunos, a ingestão diária é de 90,0% e a regular é 95,5%, havendo no entanto 0,5% de alunos que nunca bebem água.

Os refrigerantes e as bebidas com açúcar são ingeridos diariamente por 25,6% dos inquiridos e regularmente por mais de metade dos alunos (52,4%) acresce ainda o facto de 23,6% dos discentes praticar este hábito pelo menos uma vez por semana. Estas bebidas devem ser banidas por completo da dieta alimentar, por conterem excesso de açúcares e corantes.

Os dados obtidos para o consumo diário de refrigerantes/bebidas com açúcar, estão de acordo com os que foram fornecidos para o nosso país pelo HBSC 2006. Nesse estudo constatou-se que 26,2% dos jovens portugueses ingeriam diariamente este tipo de bebida (Currie *et al.*, 2008).

A seguir ao leite magro o café é a bebida que os alunos menos consomem, 45,5% dos inquiridos nunca o toma e apenas 19,5% é que o ingerem regularmente. Estes dados mostram que aproximadamente um quinto dos jovens da amostra ingerem café, ou seja, consomem cafeína.

#### ***h) Consumo de alguns alimentos e bebidas, por nível de escolaridade dos alunos da amostra***

Nas Tabelas 11.A e 11.B, apresentamos os resultados da frequência de consumo dos alimentos e bebidas citadas na Tabela 10, em função da escolaridade dos alunos. Optamos por proceder a uma análise dos dados, fazendo um estudo comparativo entre as frequências de ingestão no Ensino Básico (7º, 8º e 9ºano) e no Ensino Secundário (10º, 11º e 12º ano).

Para uma melhor leitura dos dados das referidas tabelas, decidimos recategorizar a variável dependente. A categoria “consumo regular” utilizada na interpretação dos dados, corresponde à junção das categorias “consumo diário” e “consumo de 3 a 4 vezes por semana”, assim como entenda-se por “consumo ocasional” a anexação das categorias “consumo 1 vez por semana” e “raramente”.

Relativamente ao consumo regular de leite magro, os dois níveis de ensino apresentam frequências muito próximas, mais precisamente 15,5% no Ensino Básico e 15,1% no Ensino Secundário. O consumo ocasional é maior no 3º Ciclo (21,5%) e menor no Ensino Secundário (15,7%).

No que concerne ao inquiridos que nunca ingeriram leite magro, constatamos uma taxa de 63,0% no Ensino Básico e no Secundário há mais 6,3% de não consumidores.

Pelo exposto, podemos afirmar que são os alunos do ensino básico os que consomem mais leite magro, embora as diferenças sejam pouco expressivas.

Em relação ao leite gordo e meio gordo, os dois níveis de ensino também apresentam frequências de consumo regular relativamente próximas, mais precisamente 81,7% no Ensino Básico e 78,7% no Secundário. A ingestão diária é 6,8% maior no 3º Ciclo e a taxa de não consumidores é 3,3% maior no Ensino Secundário.

Os iogurtes são ingeridos diariamente por 37,3% dos alunos do 3º Ciclo e há menos 11,9% a fazê-lo no Ensino Secundário. Em relação à ingestão regular verifica-se que há mais 10,1% de consumidores no 3º Ciclo, contudo no Ensino Secundário regista-se uma percentagem superior de consumidores ocasionais (12,7%).

Atendendo ao anteriormente referido, podemos afirmar que a ingestão de leite e iogurtes é um hábito mais generalizado entre os alunos do 3º Ciclo.

Os hambúrguer, os rissóis, as salsichas e os cachorros são ingeridos regularmente por 10,4% e 7,6% dos alunos, respectivamente no Ensino Básico e Secundário. Merece realce o facto de se verificar nos dois níveis de ensino mais de 80% de consumidores ocasionais.

Nas carnes brancas há 17,7% e 11,2% de inquiridos a ingeri-la diariamente, respectivamente no Ensino Básico e Secundário. No que diz respeito ao consumo regular, ocasional e aos não consumidores as diferenças pouco apreciáveis.

Os alunos da amostra apresentam taxas de ingestão de peixe inferiores às da carne branca e, constatam-se nos dois níveis de ensino diferenças expressivas nas percentagens de consumo de peixe. Verifica-se 15,3% de consumidores diários no Ensino Básico e apenas 5,1% no Secundário. Em relação à ingestão regular constata-se mais 16,0% de inquiridos a consumi-lo no 3º Ciclo, contudo no Ensino Secundário há mais 16,5% de consumidores ocasionais.

Face ao exposto, comparativamente com as carnes brancas, o peixe é um alimento menos ingerido pela população alvo e as taxas de consumo decaem razoavelmente no Ensino Secundário.

Tabela 11.A

## Frequência de consumo de alguns alimentos e bebidas, por nível de escolaridade

N = 402

		Frequência de consumo										
		Diariamente		3 a 4 vezes por semana		1 vez por semana		Raramente		Nunca		
Alimentos	n	Nível de Ensino	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f
Leite magro	392	Básico	12,5	25	3,0	6	0,5	1	21,0	42	63,0	126
		Secundário	13,0	25	2,1	4	1,6	3	14,1	27	69,3	133
Leite gordo ou Meio gordo	399	Básico	71,3	144	10,4	21	4,0	8	5,0	10	9,4	19
		Secundário	64,5	127	14,2	28	2,5	5	6,1	12	12,7	25
Iogurtes	398	Básico	37,3	75	35,3	71	7,0	14	17,4	35	3,0	6
		Secundário	25,4	50	37,1	73	16,8	33	20,3	40	0,5	1
Hambúrguer/ rissóis/salsichas /cachorros	400	Básico	1,0	2	9,4	19	26,7	54	56,4	114	6,4	13
		Secundário	1,0	2	6,6	13	35,4	70	52,0	103	5,1	10
Carne branca	400	Básico	17,7	36	62,1	126	14,8	30	4,9	10	0,5	1
		Secundário	11,2	22	67,0	132	19,3	38	2,5	5	0,0	0
Peixe	401	Básico	15,3	31	52,2	106	24,6	50	6,4	13	1,5	3
		Secundário	5,1	10	46,0	91	36,4	72	11,1	22	1,5	3
Arroz/Massa	401	Básico	52,2	106	42,4	86	4,4	9	1,0	2	0,0	0
		Secundário	37,4	74	57,6	114	4,5	9	0,5	1	0,0	0
Batatas fritas preparadas no momento	400	Básico	3,9	8	26,1	53	34,0	69	33,5	68	2,5	5
		Secundário	2,5	5	27,9	55	37,1	73	29,4	58	3,0	6
Batatas fritas de pacote	397	Básico	2,5	5	13,9	28	29,2	59	50,5	102	4,0	8
		Secundário	2,1	4	7,7	15	20,0	39	54,9	107	15,4	30

 $p = N.A.$

As frequências de ingestão regular de arroz/massa são muito idênticas, 94,6% e 95,0%, respectivamente no Ensino Básico e Secundário, contudo o consumo diário é mais prevalente no Ensino Básico (52,2%) do que no Secundário (37,4%).

As batatas fritas preparadas no momento são consumidas diariamente por 3,9% e 2,5%, respectivamente no Ensino Básico e Secundário. As diferenças nas taxas de consumo regular, ocasional e de não consumidores são muito pouco expressivas e as discrepâncias encontradas são iguais ou inferiores a 1%.

As batatas fritas de pacote são mais consumidas pelos alunos do 3º Ciclo, registando-se comparativamente com o Ensino Secundário uma diferença de 0,4%, 6,6% e 4,5%, respectivamente no consumo diário, regular e ocasional. Merece ainda realce o facto de 4,0% e 15,4% dos inquiridos, respectivamente no Ensino Básico e Secundário, não as consumirem.

Na Tabela 11.B continuamos a apresentar as frequências de consumo de alguns alimentos e bebidas, por nível de ensino. Pela análise dos dados da tabela, constata-se que o consumo diário e regular de guloseimas (chocolates, rebuçados, gomas, etc) é nitidamente um comportamento mais comum nos alunos do 3º Ciclo, que atendendo à média de idades por ano de escolaridade (Tabela 2) também são os jovens mais novos da amostra. Merece realce o facto de mais de 30% dos alunos no Ensino Básico e 20% no Secundário consumirem regularmente guloseimas. A ingestão diária é 6,3% e a regular 9,8% maior nos adolescentes do 3º Ciclo, por outro lado há mais 4,7% de não consumidores no Ensino Secundário.

No que respeita à ingestão de bolos ou pastéis, o consumo regular situa-se acima dos 30% em ambos os níveis de ensino. No Ensino Básico o consumo diário é 2,8% e o regular 2,5% maior e a percentagem de não consumidores também é superior.

Pelo exposto, podemos afirmar que a ingestão de guloseimas, bolos ou pastéis, é um hábito mais recorrente nos adolescentes mais novos, principalmente nas guloseimas. Contudo, as frequências de consumo constatadas, nos dois níveis de escolaridade, podem ser consideradas elevadas, atendendo ao facto deste tipo de alimento não integrar uma dieta alimentar saudável.

O pão de centeio e o pão integral são um tipo de alimento que deveria integrar qualquer dieta alimentar, mas as taxas de consumo diário indicam-nos que só aproximadamente um quinto dos adolescentes da amostra é que tem este hábito, mais precisamente, 21,9% no Ensino

Básico e 18,9% no Secundário. Merece realce pela negativa o facto de mais de 18% dos inquiridos, em ambos os níveis de escolaridade, nunca ingerirem este tipo de alimento.

Em relação ao consumo de vegetais constata-se que os inquiridos ingerem mais legumes cozidos/sopa do que legumes crus, este facto é facilmente comprovado pelas maiores percentagens das frequências de consumo diário e regular, bem como pela menor taxa de não consumidores. A ingestão regular de vegetais crus é de 52,5% e 46,2% e a de vegetais cozidos é de 67,7% e 64,0%, respectivamente no Ensino Básico e Secundário. O consumo diário de vegetais crus é de 32,7% e 20,8% e o de vegetais cozidos é de 42,3% e 33,5%, respectivamente nos níveis citados.

Como se verifica pelos valores apresentados, o consumo de legumes é um hábito mais recorrente nos jovens do 3º ciclo, registando-se diferenças de aproximadamente 10% nos consumos diários entre os dois níveis de ensino.

Estes dados não são concordantes com os do HBSC 2006, anteriormente referido, pois a taxa obtida para o consumo diário de vegetais, para o nosso país, foi de 25,7%, nesse estudo não fizeram distinção entre legumes cozidos ou crus (Currie *et al.*, 2008).

A fruta é ingerida diariamente por mais de 50% dos alunos e regularmente por mais de 80%. A ingestão diária é 8,6% maior no 3º Ciclo e a regular é 4,6% superior no Ensino Secundário. Com o aumento da escolaridade o consumo de fruta progride de diário para regular.

A água é a bebida onde praticamente os consumos são muito próximos nos dois níveis de escolaridade. A ingestão regular é de 96,0% e 95,0% e a diária é de 90,1% e 89,9%, respectivamente no Ensino Básico e Secundário. Estes valores mostram que o consumo de água parece ser um hábito enraizado nos adolescentes da amostra.

A ingestão de refrigerantes/bebidas açucaradas é mais prevalente nos alunos do 3º ciclo, estes apresentam os maiores consumos diários e regulares. A ingestão diária é de 28,2% e 22,8% e a regular é de 56,9% e 47,7%, respectivamente no Ensino Básico e Secundário. Estes últimos ingerem mais ocasionalmente e a diferença verificada é de 10%. Merece realce pela negativa o facto de aproximadamente metade da população da amostra consumir regularmente este tipo de bebida pouco saudável.

O café é sem dúvida um hábito pouco enraizado nos alunos do 3º ciclo, pois, 57,5% dos mesmos nunca tomam café, já no Ensino Secundário este valor decai para 33,3%. O consumo

regular é 12,3% e 26,7% e o diário é 5,9% e 13,1%, respectivamente no Ensino Básico e Secundário. Estes dados mostram que aproximadamente um quinto dos inquiridos ingere café regularmente e conseqüentemente cafeína.

**Tabela 11.B**

**Frequência de consumo de alguns alimentos e bebidas, por nível de escolaridade**

**N = 402**

		Frequência de consumo										
		Diariamente		3 a 4 vezes por semana		1 vez por semana		Raramente		Nunca		
Alimentos	n	Nível de Ensino	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f
Guloseimas: Rebuçados/gomas/chocolate	401	Básico	10,3	21	22,7	46	25,1	51	37,9	77	3,9	8
		Secundário	4,0	8	19,2	38	29,8	59	38,4	76	8,6	17
Bolos ou pastéis	400	Básico	9,4	19	24,1	49	25,6	52	33,5	68	7,4	15
		Secundário	6,6	13	24,4	48	38,1	75	26,4	52	4,6	9
Pão de centeio Pão integral	399	Básico	21,9	44	10,9	22	16,9	34	31,8	64	18,4	37
		Secundário	18,7	37	20,2	40	13,6	27	28,8	57	18,7	37
Legumes crus	399	Básico	32,7	66	19,8	40	16,8	34	18,3	37	12,4	25
		Secundário	20,8	41	25,4	50	16,2	32	20,3	40	17,3	34
Legumes cozidos Sopa de legumes	398	Básico	42,3	85	25,4	51	14,4	29	14,4	29	3,5	7
		Secundário	33,5	66	30,5	60	15,7	31	15,2	30	5,1	10
Leguminosas	398	Básico	27,1	55	29,1	59	23,6	48	13,3	27	6,9	14
		Secundário	17,4	34	31,3	61	22,1	43	19,5	38	9,7	19
Fruta	401	Básico	59,1	120	23,2	47	9,4	19	8,4	17	0,0	0
		Secundário	50,5	100	36,4	72	8,6	17	3,5	7	1,0	2
Água	401	Básico	90,1	183	5,9	12	2,5	5	1,5	3	0,0	0
		Secundário	89,9	178	5,1	10	2,5	5	1,5	3	1,0	2
Refrigerantes Bebida c/ açúcar	399	Básico	28,2	57	28,7	58	22,3	45	16,3	33	4,5	9
		Secundário	22,8	45	24,9	49	24,9	49	23,9	47	3,6	7
Café	400	Básico	5,9	12	6,4	13	6,9	14	23,3	47	57,4	116
		Secundário	13,1	26	13,6	27	14,1	28	25,8	51	33,3	66

*p = N.A.*

***i) Consumo de Legumes, fruta e refrigerantes, em função da idade e do sexo dos alunos da amostra***

Os dados apresentados na Tabela 12 referem-se à distribuição da frequência do consumo de Legumes, fruta e refrigerantes, em função da idade e sexo. Esta selecção intencional deve-se ao facto destes alimentos serem indicadores da prática ou não de uma alimentação saudável. Por outro lado, pretendemos comparar os nossos resultados com os do estudo HBSC 2006, o qual apresenta resultados para a ingestão diária dos alimentos e bebidas anteriormente referidas, em função do sexo e dos grupos etários de 11, 13 e 15 anos.

Na Tabela 12, apresentamos apenas dados para os inquiridos de 13 e 15 anos, pelo facto de não termos na amostra alunos na faixa etária dos 11 anos.

No que concerne ao consumo de vegetais, o inquérito HBSC 2006 não faz distinção entre qualquer tipo de legumes, por esse facto e para facilitar a análise de resultados, procedemos à junção do indicador de consumo “Legumes crus” e “Legumes cozidos ou sopa de legumes”.

Em relação ao consumo diário e regular deste tipo de alimento, constata-se que as taxas diminuem consideravelmente nos rapazes com a idade e nas raparigas aumentam um pouco. No grupo dos 13 anos são os rapazes que apresentam a maior taxa de ingestão diária (58,6%) as raparigas registam uma percentagem 15,1 pontos percentuais mais baixa. Nos 15 anos o sexo feminino apresenta a maior taxa de consumo (43,9%) e os rapazes ingerem menos 7,9%. Merece realce a diminuição expressiva de 22,6% na ingestão diária, no sexo masculino, dos 13 para os 15 anos.

Estes dados não são concordantes com os do HBSC 2006, pois neste estudo registaram-se, para o nosso país, em ambos os sexos e grupos etários, frequências de consumo diário de vegetais apreciavelmente inferiores às obtidas na nossa investigação. As taxas constatadas no HBSC para a ingestão diária de legumes foram 23,0% e 28,% no grupo dos 13 anos e, 19,0% e 26,0% nos 15 anos, respectivamente no sexo masculino e feminino (Currie *et al.*, 2008).

Tabela 12

## Frequência de consumo de legumes, fruta e refrigerantes, por idade e sexo

N = 118

Alimentos	Idade	Sexo	n	Frequência de consumo									
				Diariamente		3 a 4 vezes por semana		1 vez por semana		Raramente		Nunca	
				%	f	%	f	%	f	%	f	%	f
Legumes	13	Masculino	29	58,6	17	20,7	6	10,3	3	10,3	3	0,0	0
		Feminino	23	43,5	10	34,8	8	8,7	2	8,7	2	4,3	1
	15	Masculino	24	36,0	9	32,0	8	4,0	1	16,0	4	8,0	2
		Feminino	41	43,9	18	36,6	15	9,8	4	7,3	3	2,4	1
Fruta	13	Masculino	29	65,5	19	17,2	5	6,9	2	10,3	3	0,0	0
		Feminino	23	52,2	12	34,8	8	4,3	1	8,7	2	0,0	0
	15	Masculino	25	44,0	11	48,0	12	4,0	1	4,0	1	0,0	0
		Feminino	41	51,2	21	22,0	9	22,0	9	4,9	2	0,0	0
Refrigerantes Bebida c/ açúcar	13	Masculino	29	31,0	9	34,5	10	6,9	2	27,6	8	0,0	0
		Feminino	23	26,1	6	17,4	4	30,4	7	26,1	6	0,0	0
	15	Masculino	25	36,0	9	44,0	11	12,0	3	8,0	2	0,0	0
		Feminino	40	20,0	8	22,5	9	25,0	10	30,0	12	2,5	1

 $p = N.A.$ 

O consumo diário de fruta é maior nos alunos de 13 anos, principalmente no sexo masculino. Constata-se que nos inquiridos de 13 ano, 65,5% e 52,2% ingerem diariamente fruta e nos jovens de 15 anos, 44,0% e 51,2%, respectivamente no sexo masculino e feminino.

Estes dados não são concordantes com os do estudo HBSC 2006, divulgados para o nosso país, pois, embora também se verifique que durante a adolescência os alunos perdem o hábito saudável de comer fruta, contudo, as frequências para este consumo são apreciavelmente

superiores na nossa investigação. Na ingestão diária de fruta, no HBSC 2006, os alunos de 13 anos apresentam uma taxa de 40,0% e 45,0% e os jovens de 15 anos 36,0% e 40,0%, respectivamente no sexo masculino e feminino (Currie *et al.*, 2008).

No que concerne ao consumo de refrigerantes ou bebidas açucaradas, verifica-se que em ambos os grupos etários os rapazes consomem mais do que as raparigas, sendo a diferença mais expressiva nos alunos de 15 anos. Os adolescentes de 13 anos ingerem diariamente 31,0% e 26,1% de refrigerantes/bebidas açucaradas e os jovens de 15 anos 36,0% e 20,0%, respectivamente no sexo masculino e feminino.

Os dados apresentados são concordantes com os do estudo HBSC 2006, divulgados para o nosso país, pois, neste inquérito também se constatou que são os rapazes os que consomem mais este tipo de bebida e, dos 13 para os 15 anos, a ingestão no sexo masculino aumenta e no feminino diminui. Este facto é comprovado pelas taxas de consumo, onde os alunos de 13 anos ingerem diariamente 27,0% e 25,0 % das citadas bebidas e os de 15 anos 32,0% e 22,0%, respectivamente no sexo masculino e feminino (Currie *et al.*, 2008).

#### ***j) Consumo de alguns alimentos e bebidas ao pequeno-almoço***

As crianças e os adolescentes por se encontrarem numa fase de crescimento e desenvolvimento, não devem ser privadas do pequeno-almoço. Atendendo a este facto, na nossa investigação procuramos conhecer os hábitos alimentares dos alunos da amostra nesta refeição.

Na Tabela 13, apresentamos os resultados da frequência do consumo de alguns alimentos e bebidas, pelo alunos da amostra, ao pequeno-almoço. Para uma melhor leitura dos dados da referida tabela, decidimos recategorizar as variável. A categoria “consumo regular” utilizada na interpretação dos dados, corresponde à junção das categorias “consumo diário” e “consumo de 3 a 4 vezes por semana”, assim como entenda-se por “consumo ocasional” a anexação das categorias “consumo 1 vez por semana” e “raramente”.

No que concerne às frequências registadas na referida tabela, é de salientar os seis alimentos mais ingeridos diariamente pelos alunos ao pequeno-almoço: leite gordo/meio gordo (61,9%) cereais/Chocapic/Corn Flakes (40,4%) leite com chocolate (33,3%) queijo/manteiga (26,1%) pão (25,3%) e iogurtes (21,9%). No que diz respeito ao consumo regular, os seis alimentos mais ingeridos continuam a ser os referenciados anteriormente e os valores das

frequências são respectivamente, pela ordem supracitada, 71,9%, 64,5%, 54,4%, 49,7%, 42,3% e 39,6%.

**Tabela 13**

**Frequência de consumo de alguns alimentos e bebidas ao pequeno-almoço**

**N = 402**

Alimentos	Frequência de consumo										
	n	Diariamente		3 a 4 vezes por semana		1 vez por semana		Raramente		Nunca	
		%	f	%	f	%	f	%	f	%	f
Pão de trigo/centeio/milho	395	25,3	100	17,0	67	13,2	52	21,5	85	23,0	91
Cereais/Chocapic/Corn Flake	399	40,4	161	24,1	96	9,8	39	13,5	54	12,3	49
Fruta	400	21,8	87	16,0	64	14,8	59	23,5	94	24,0	96
Bolachas/Bolicao/Donuts	402	10,4	42	15,9	64	13,4	54	26,4	106	33,8	136
Iogurtes	402	21,9	88	17,7	71	14,2	57	23,6	95	22,6	91
Café	400	8,3	33	6,5	26	6,5	26	15,8	63	63,0	252
Sumo de fruta natural	401	10,7	43	13,2	53	14,5	58	32,9	132	28,7	115
Hambúrguer/rissóis/salsichas/cachorros	400	1,3	5	2,8	11	5,3	21	13,0	52	77,8	311
Fiambre	400	10,5	42	18,5	74	16,0	64	18,5	74	36,5	146
Leite com chocolate	402	33,3	134	21,1	85	10,7	43	15,7	63	19,2	77
Bolos /Doces de pastelaria	402	4,2	17	11,7	47	17,4	70	25,9	104	40,8	164
Queijo/manteiga	399	26,1	104	23,6	94	11,8	47	15,3	61	23,3	93
Refrigerantes Bebidas com açúcar	396	5,6	22	8,1	32	9,3	37	18,2	72	58,8	233
Leite gordo/meio gordo	402	61,9	249	10,0	40	5,0	20	5,5	22	17,7	71
Leite magro	401	9,2	37	4,7	19	3,0	12	14,7	59	68,3	274
Compotas	401	3,0	12	6,2	25	8,5	34	25,2	101	57,1	229
Chá	402	4,2	17	7,5	30	9,2	37	26,1	105	53,0	213

*p = N.A.*

Merece destaque pela positiva, por ser um comportamento saudável, a ingestão regular de fruta (37,8%) e de sumo natural de fruta (23,9%). Pela negativa salientamos o facto de mais

de um quarto dos inquiridos consumir regularmente bolachas/Bolicao/Donuts (26,3%) e fiambre (29,0%). Há ainda a referir que 15,9% ingere bolos/doces de pastelaria, 13,7% refrigerantes/bebidas açucaradas e 4,1% hambúrguer/rissóis/salsichas/cachorros. É de assinalar que os inquiridos consomem mais regularmente café (14,8%) do que leite magro (13,9%) ou chá (11,7%). Os três alimentos de maior consumo ocasional são o sumo de fruta natural (47,4%) os bolos/doces (43,3%) e bolachas/Bolicao/Donuts (39,8%).

### ***k) Consumo de alguns alimentos e bebidas ao pequeno-almoço, por nível de escolaridade***

Na Tabela 14, apresentamos os resultados da frequência do consumo de alguns alimentos e bebidas, ao pequeno-almoço e por nível de ensino. Para uma melhor leitura dos dados da referida tabela, decidimos recategorizar a variável dependente. A categoria “consumo regular” utilizada na interpretação dos dados, corresponde à junção das categorias “consumo diário” e “consumo de 3 a 4 vezes por semana”, assim como entenda-se por “consumo ocasional” a anexação das categorias “consumo 1 vez por semana” e “raramente”.

Pela análise dos dados da tabela, constatamos que o pão é um alimento ingerido diariamente por pouco mais de 20% dos alunos da amostra e regularmente por aproximadamente 40%, nos dois níveis de ensino. O consumo diário é 3,4% superior no Ensino Secundário, enquanto que o consumo regular é 1,9% maior no 3º Ciclo. Merece realce o facto de aproximadamente um quinto dos adolescentes da amostra não ingerirem pão, em ambos os níveis de ensino. Estes resultados mostram que as diferenças encontradas entre níveis de escolaridade são pouco expressivas.

O consumo de cereais/Chocapic/Corn Flake é muito superior à ingestão de pão. A frequência de consumo diário deste alimento no Ensino Básico é 43,1% e no Secundário 37,6%. No que concerne à ingestão regular, estes valores aumentam para 67,4% e 61,5%, respectivamente nos níveis de ensino citados. A percentagem de alunos que afirmou nunca ingerir este tipo de alimento é 5,8% maior no Ensino Secundário. Pode-se concluir que, com o aumento da escolaridade o consumo de cereais/Chocapic/Corn Flake diminui.

Relativamente à ingestão de bolachas/Bolicao/Donuts constatam-se diferenças expressivas no consumo diário e regular. Este tipo de alimento é diariamente ingerido por 14,2% dos alunos do Ensino Básico e 6,6% do Secundário, já a ingestão regular é de 31,4% e 21,2%,

respectivamente. Estes valores permite-nos afirmar que este hábito alimentar é mais comum nos alunos mais novos.

Outro comportamento alimentar que também é mais recorrente no 3º Ciclo é a ingestão de doces/bolos de pastelaria. Embora o consumo diário seja pouco expressivo, 6,9% e 1,5%, respectivamente no Ensino Básico e Secundário, já relativamente à ingestão regular não se pode afirmar o mesmo, pois os valores sobem para 19,2% e 12,6%. É de salientar pela positiva o facto de aproximadamente 37% dos alunos do 3º Ciclo e 45% dos discentes do Secundário nunca ingerirem este tipo de alimento.

O queijo/manteiga são os alimentos onde se regista a maior discrepâncias (15,4%) entre as frequências de consumo diário, nos dois níveis de ensino. A ingestão diária é de 33,7% e 18,3% e o consumo regular é de 55,0% e 44,2%, respectivamente no Ensino Básico e Secundário.

O fiambre é ingerido diariamente por aproximadamente 14% dos alunos do 3º Ciclo, contudo este valor passa para cerca de metade no Ensino Secundário. Esta diferença já não se verifica, na mesma proporção, nos consumidores regulares, pois neste caso constata-se uma taxa 33,5% e 24,4%, respectivamente no Ensino Básico e Secundário.

Relativamente ao consumo de queijo/manteiga e fiambre, pode-se concluir que as diferenças entre níveis de ensino são apreciáveis, constatando-se uma diminuição do consumo com o aumento da escolaridade e conseqüentemente com a idade.

No que diz respeito à ingestão de leite gordo e meio gordo, é neste alimento onde se registam as maiores frequências de consumo diário e regular, nos dois níveis de ensino. Também se constata que os referidos consumos são ligeiramente superiores no 3º Ciclo, mais precisamente há uma ingestão diária de 65,2% e 58,6% e regular de 74,5% e 69,2%, respectivamente no Ensino Básico e Secundário.

Tomar café é sem dúvida um hábito mais característico nos alunos do Ensino Secundário. Aproximadamente 11% dos discentes do Ensino Básico e 18% do Secundário, bebem-no regularmente. Esta diferença é menor se atendermos ao consumo diário, neste caso verifica-se uma taxa de 6,4% e 10,2%, respectivamente nos níveis anteriormente citados.

Tabela 14

Frequência de consumo de alguns alimentos e bebidas ao pequeno-almoço, por nível de escolaridade

N = 402

Alimentos	n	Nível de Ensino	Frequência de consumo									
			Diariamente		3 a 4 vezes por semana		1 vez por semana		Raramente		Nunca	
			%	f	%	f	%	f	%	f	%	f
Pão de trigo/ centeio/milho	395	Básico	23,6	47	19,6	39	12,1	24	22,1	44	22,6	45
		Secundário	27,0	53	14,3	28	14,3	28	20,9	41	23,5	46
Cereais/Chocapic/ Corn Flake	399	Básico	43,1	87	24,3	49	9,9	20	13,4	27	9,4	19
		Secundário	37,6	74	23,9	47	9,6	19	13,7	27	15,2	30
Bolachas/Bolicao/ Donuts	402	Básico	14,2	29	17,2	35	11,8	24	25,5	52	31,4	64
		Secundário	6,6	13	14,6	29	15,2	30	27,3	54	36,4	72
Doces/bolos de pastelaria	402	Básico	6,9	14	12,3	25	18,6	38	25,5	52	36,8	75
		Secundário	1,5	3	11,1	22	16,2	32	26,3	52	44,9	89
Queijo/manteiga	399	Básico	33,7	68	21,3	43	9,9	20	17,3	35	17,8	36
		Secundário	18,3	36	25,9	51	13,7	27	13,2	26	28,9	57
Fiambre	400	Básico	13,8	28	19,7	40	18,2	37	20,2	41	28,1	57
		Secundário	7,1	14	17,3	34	13,7	27	16,8	33	45,2	89
Leite gordo/meio gordo	402	Básico	65,2	133	9,3	19	5,9	12	4,9	10	14,7	30
		Secundário	58,6	116	10,6	21	4,0	8	6,1	12	20,7	41
Café	400	Básico	6,4	13	4,9	10	6,9	14	10,3	21	71,4	145
		Secundário	10,2	20	8,1	16	6,1	12	21,3	42	54,3	107
Sumo de fruta natural	401	Básico	12,3	25	17,2	35	16,7	34	31,4	64	22,5	46
		Secundário	9,1	18	9,1	18	12,2	24	34,5	68	35,0	69
Refrigerantes Bebida c/ açúcar	396	Básico	7,5	15	8,5	17	9,5	19	20,0	40	54,5	109
		Secundário	3,6	7	7,7	15	9,2	18	16,3	32	63,3	124

p = N.A.

Contrariamente ao café, o consumo de sumo de fruta natural é um hábito mais recorrente nos alunos do 3º Ciclo. A ingestão diária deste tipo de bebida é de 12,3% e 9,1% e a regular é de 29,5% e 18,2%, respectivamente no Ensino Básico e Secundário. De todos os alimentos/bebidas referidos na Tabela 14, é no sumo de fruta natural onde se verifica a maior frequência de consumo ocasional, nos dois níveis de ensino.

A ingestão de refrigerantes e as bebidas açucaradas também é mais prevalente nos alunos do 3º Ciclo. O consumo diário é 7,5% e 3,6% e o regular 6,0% e 11,3%, respectivamente no Ensino Básico e Secundário.

### ***1) Consumo de alguns alimentos e bebidas ao lanche***

Na Tabela 15, apresentamos os resultados da frequência do consumo de alguns alimentos e bebidas, ao lanche, pelos alunos da amostra. Para uma melhor leitura dos dados da referida tabela, decidimos recategorizar as variáveis. A categoria "consumo regular" utilizada na interpretação dos dados, corresponde à junção das categorias "consumo diário" e "consumo de 3 a 4 vezes por semana", assim como entenda-se por "consumo ocasional" a anexação das categorias "consumo 1 vez por semana" e "raramente".

Pela análise dos dados da referida tabela, constatamos que os seis alimentos mais ingeridos diariamente ao lanche são: leite gordo/meio gordo (41,3%) leite com chocolate (28,3%) pão de trigo/centeio/milho (26,6%) iogurtes (26,2%) queijo/manteiga (25,8%) e fruta (22,1%).

No que diz respeito ao consumo regular, os seis alimentos mais consumidos continuam a ser os anteriormente referidos, mas segundo uma relação de ordem diferente, mais precisamente: leite gordo/meio gordo (59,1%) queijo/manteiga (57,7%) pão de trigo/centeio/milho (52,7%) leite com chocolate (52,4%) iogurtes (51,4%) e fruta (48,0%).

Merece destaque pela negativa o facto de existir um elevado consumo regular de fiambre (46,3%) bolachas/Bolicao/Donuts (38,9%) bolos/doces de pastelaria (26,6%) e refrigerantes (24,8%). É também de salientar que há uma percentagem expressiva de inquiridos que ingere regularmente ao lanche café (11,5%) gelados (9,5%) pasteis de carne/rissóis/empadas (8,1%) batatas fritas (7,5%) e hambúrguer/salsichas/ cachorros (5,1%) o que não corresponde a uma alimentação saudável.

Tabela 15

## Frequência de consumo de alguns alimentos e bebidas ao lanche

N = 402

Alimentos	Frequência de consumo										
	Diariamente		3 a 4 vezes por semana		1 vez por semana		Raramente		Nunca		
	n	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f
Pão de trigo/centeio/milho	398	26,6	106	26,1	104	12,1	48	16,6	66	18,6	74
Cereais/Chocapic/Corn Flake	398	15,3	61	26,4	105	14,8	59	21,6	86	21,9	87
Fruta	398	22,1	88	25,9	103	17,1	68	17,6	70	17,3	69
Bolachas/Bolicao/Donuts	399	11,8	47	27,1	108	22,6	90	21,8	87	16,8	67
Iogurtes	401	26,2	105	25,2	101	16,2	65	18,7	75	13,7	55
Café	401	6,5	26	5,0	20	6,7	27	15,7	63	66,1	265
Sumo de fruta natural	401	10,5	42	19,0	76	20,2	81	26,2	105	24,2	97
Hambúrguer, salsichas, e cachorros	398	0,8	3	4,3	17	7,8	31	19,1	76	68,1	271
Fiambre	399	15,5	62	30,8	123	20,1	80	15,5	62	18,0	72
Leite com chocolate	399	28,3	113	24,1	96	12,0	48	13,8	55	21,8	87
Bolos /Doces de pastelaria	398	7,5	30	19,1	76	21,6	86	29,9	119	21,9	87
Queijo/manteiga	395	25,8	102	31,9	126	15,2	60	12,9	51	14,2	56
Refrigerantes Bebidas com açúcar	399	7,8	31	17,0	68	15,8	63	28,1	112	31,3	125
Leite gordo/meio gordo	400	41,3	165	17,8	71	8,5	34	10,3	41	22,3	89
Leite magro	400	6,5	26	4,3	17	5,0	20	16,0	64	68,3	273
Compotas	398	3,8	15	9,3	37	9,3	37	25,1	100	52,5	209
Gelados	399	2,5	10	7,0	28	17,0	68	36,8	147	36,6	146
Pasteis de carne/rissóis/ empadas	398	2,3	9	5,8	23	11,6	46	30,4	121	50,0	199
Batatas fritas	400	2,5	10	5,0	20	13,8	55	29,0	116	49,8	199

 $p = N.A.$ 

Os alimentos de maior consumo ocasional são os gelados (53,8%) e os bolos/doces de pastelaria (51,5%) há ainda a salientar consumos superiores a 40% para as bolachas/

Bolicao/Donuts, sumo de fruta natural, refrigerantes, pasteis de carne/rissóis/ empadas e batatas fritas.

#### **4.2.1.2. Hábitos de Ingestão de Bebidas Alcoólicas**

##### **a) Frequência de alunos da amostra que experimentaram consumir bebidas alcoólicas**

Pela análise dos dados da Tabela 16, constata-se que 82,6% dos alunos da amostra já experimentaram bebidas alcoólicas e 17,4% nunca o fez.

Estes dados são concordantes com os do o estudo European School Survey project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) 2007, anteriormente referido, onde se constatou que 84% dos jovens adolescentes portugueses já consumiram álcool pelo menos uma vez durante a vida (Hibell *et al.*, 2009).

**Tabela 16**  
**Frequência de alunos que experimentaram consumir bebidas alcoólicas**

N = 396		
Padrão de consumo	%	f
Sim	82,6	327
Não	17,4	69

##### **b) Frequência de alunos da amostra que experimentaram consumir bebidas alcoólicas, em função do sexo**

Pela análise dos dados da Tabela 17, verifica-se que 81,4% dos rapazes e 83,6% das raparigas da amostra já experimentaram provar bebidas alcoólicas. As diferenças entre os dois sexos não são estatisticamente significativas ( $p=0,574$ ).

Estes dados não são concordantes com os do o estudo ESPAD 2007, onde se verificou que em Portugal 86% dos jovens do sexo masculino e 81% das raparigas já consumiram álcool pelo menos uma vez durante a vida (Hibell *et al.*, 2009). Comparativamente, no nosso estudo há mais 2,2% de jovens do sexo feminino que já experimentaram bebidas alcoólicas.

**Tabela 17****Frequência de alunos que experimentaram consumir *bebidas alcoólicas*, em função do sexo**

**N = 396**

Provou bebidas alcoólicas						
			Sim	Não		
Sexo	n	%	f	%	f	
<b>Masculino</b>	183	81,4	149	18,6	34	
<b>Feminino</b>	213	83,6	178	16,4	35	

$p = 0,574$

**c) *Frequência de alunos da amostra que experimentaram consumir bebidas alcoólicas, em função do ano de escolaridade***

Os resultados apresentados na Tabela 18, permite-nos afirmar que a experiência de consumo de álcool aumenta com a escolaridade. Os maiores incrementos nas taxas ocorrem no 3º Ciclo, entre o 7º e o 8ºano (15,5%) e entre o 8º e o 9ºano (11,8%). No Ensino Secundário só se verifica um acréscimo de 4,5% entre o 11º e o 12ºano.

Entre o 7º e o 12ºano verifica-se que a experiência de ingestão bebidas alcoólicas aumenta 36,8%. Também se constata que a percentagem de alunos que já consumiram alguma bebida alcoólica é de 72,9% no 3º ciclo e 92,4% no Ensino Secundário.

As diferenças registadas entre níveis de escolaridade são estatisticamente significativas ( $p=0,001$ ).

Estes dados não são concordantes com os do Inquérito Nacional em Meio Escolar (INME) realizado em 2006, já anteriormente referido. Neste estudo a nível Nacional, verificou-se que a percentagem de alunos que já ingeriram bebidas alcoólicas é de 59% no 3º Ciclo e 88% no Ensino Secundário (Feijão, 2008). Embora os resultados para o Ensino Secundário sejam pouco discrepantes dos da nossa investigação, já no Ensino Básico regista-se uma taxa 14% maior no nosso estudo.

**Tabela 18**

**Frequência de alunos que experimentaram consumir bebidas alcoólicas, por ano de escolaridade**

<b>N = 396</b>						
<b>Provou bebidas alcoólicas</b>						
			<b>Sim</b>	<b>Não</b>		
<b>Escolaridade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	
<b>7º ano</b>	70	58,6	41	41,4	29	
<b>8º ano</b>	58	74,1	43	25,9	15	
<b>9º ano</b>	71	85,9	61	14,1	10	
<b>10º ano</b>	66	90,9	60	9,1	6	
<b>11º ano</b>	66	90,9	60	9,1	6	
<b>12º ano</b>	65	95,4	62	4,6	3	

*p = 0,001*

***d) Frequência de alunos da amostra que experimentaram consumir bebidas alcoólicas, em função da idade e sexo***

Os dados apresentados na Tabela 19, correspondem à distribuição da frequência de alunos da amostra, por idade e sexo, que já experimentaram consumir álcool.

A selecção de idades foi intencional, para permitir comparar os nossos resultados com os do estudo ECATD 2003, anteriormente referido.

Pela análise dos resultados da referida tabela, constata-se que, a experiência de ingerir bebidas alcoólicas aumenta com a idade, em ambos os sexos, à excepção dos 14 para os 15 anos, onde se regista uma ligeira descida.

**Tabela 19****Frequência de alunos que experimentaram consumir bebidas alcoólicas, em função da idade e sexo****N = 296**

		Provou bebidas alcoólicas					
		Sim			Não		
Idade	Sexo	n	%	f	%	f	
13 anos	Masculino	27	74,1	20	25,9	7	
	Feminino	23	60,9	14	39,1	9	
14 anos	Masculino	24	83,3	20	16,7	4	
	Feminino	45	88,9	40	11,1	5	
15 anos	Masculino	25	80,0	20	20,0	5	
	Feminino	41	85,4	35	14,6	6	
16 anos	Masculino	26	80,8	21	19,2	5	
	Feminino	32	87,5	28	12,5	4	
17 anos	Masculino	29	93,1	27	6,9	2	
	Feminino	24	91,7	22	8,3	2	

Quando se procede a uma comparação entre sexos, para cada uma das faixas etárias, verifica-se que as percentagens são mais elevadas para o sexo masculino nos 13 anos (13,2%) e nos 17 anos (1,4%). Nas restantes idades as taxas são superiores no sexo feminino e as diferenças entre géneros são de 5,6% nos 14 anos, 5,4% nos 15 anos e 6,7% nos 16 anos.

Estes dados, na generalidade, não são concordantes com os do estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga, realizado com alunos do ensino público, em Portugal Continental, no ano de 2003 (ECATD - 2003). Neste estudo, já referido anteriormente, em todas as idades registaram-se taxas mais elevadas no sexo masculino, por outro lado, os valores constatados no grupo etário dos 13 e 14 anos e no sexo feminino nos 15 anos, são muito discrepantes dos obtidos no nosso estudo. Contudo, nos alunos mais velhos algumas das percentagens obtidas por nós são concordantes com as do ECATD 2003, mais precisamente nos rapazes de 15 anos (79,9%) de 16 anos (86,2%) e 17 anos (93,4%) e, nas raparigas de 16 anos (84,5%) e de 17 anos (88,7%) (Feijão & Lavado, 2003).

**e) Frequência de alunos da amostra que consumiram bebidas alcoólicas até ficarem embriagados**

Pela análise dos dados da Tabela 20, verifica-se que já se embriagaram 21,5% dos alunos do sexo masculino e 28% do feminino.

No que diz respeito ao número de vezes que os inquiridos já se embriagaram, constata-se que 10,2% dos rapazes e 23,3% das raparigas já incorreram neste comportamento 1 a 3 vezes e, 11,3% dos rapazes e 4,7% das raparigas já o fizeram mais de 3 vezes.

As diferenças verificadas entre os dois sexos são estatisticamente significativas ( $p=0,002$ ).

Estes dados não são concordantes com os do estudo ESPAD 2007, onde se verificou que os episódios de consumo excessivo de álcool eram mais frequentes nos jovens portugueses do sexo masculino (Hibell *et al.*, 2009).

**Tabela 20**  
**Frequência de alunos da amostra que consumiram bebidas alcoólicas até à embriaguez, em função do sexo**

**N = 400**

		Número de vezes que se embriagou									
		Nunca		Uma vez		2 a 3 vezes		4 a 10 vezes		Mais de 10	
Sexo	n	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f
Masculino	186	78,5	146	5,4	10	4,8	9	4,8	9	6,5	12
Feminino	214	72,0	154	12,1	26	11,2	24	2,8	6	1,9	4

$p = 0,002$

**f) Frequência de alunos da amostra que consumiram bebidas alcoólicas até à embriaguez, em função da escolaridade**

Pela análise dos dados da Tabela 21, verifica-se que o número de episódios de consumo excessivo de álcool aumenta com a escolaridade, à excepção do 7º para o 8º ano.

As percentagem de alunos que já se embriagaram, são 16,7%, 13,3%, 19,7%, 23,9%, 28,8% e 48,4%, respectivamente no 7º, 8º, 9º, 10º, 11º e 12º ano de escolaridade.

Na generalidade, são os discentes do ensino secundário e principalmente os do 12º ano que registam um maior número de episódios de embriaguez.

No que diz respeito à ocorrência deste comportamento uma única vez na vida, é no 3º Ciclo onde se constata a maior percentagem. Relativamente aos alunos que se embriagaram um maior número de vezes, as frequências mais elevadas verificam-se no Ensino Secundário.

**Tabela 21**  
**Frequência de alunos da amostra que consumiram bebidas alcoólicas até à embriaguez, em função do ano de escolaridade**

**N = 400**

		Número de vezes que se embriagou									
		Nunca		Uma vez		2 a 3 vezes		4 a 10 vezes		Mais de 10	
Escolaridade	n	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f
7º ano	72	83,3	60	8,3	6	2,8	2	1,4	1	4,2	3
8º ano	60	86,7	52	13,3	8	0,0	0	0,0	0	0,0	0
9º ano	71	80,3	57	7,0	5	7,0	5	2,8	2	2,8	2
10º ano	67	76,1	51	3,0	2	13,4	9	4,5	3	3,0	2
11º ano	66	71,2	47	9,1	6	10,6	7	6,1	4	3,0	2
12º ano	64	51,6	33	14,1	9	15,6	10	7,8	5	10,9	7

*p = N.A.*

***g) Frequência de consumo de vinho, cerveja e bebidas brancas pelos alunos da amostra***

Na tabela 22, apresentamos os resultados da frequência de consumo de vinho, cerveja e bebidas brancas. Na análise dos dados usamos a denominação “consumo regular”, que

corresponde à junção das categorias “Todos os dias” e “algumas vezes por semana”, e a designação “consumo ocasional” que representa a agregação das categorias “algumas vezes por mês” e “menos de uma vez por mês”.

Pela análise dos dados da referida tabela, constata-se que as bebidas brancas são as mais consumidas pelos alunos da amostra, pois, verifica-se que aproximadamente 50% dos inquiridos já beberam este tipo de bebida, o vinho é o menos ingerido. Nunca consumiram vinho 86,5% dos discentes, cerveja 70,8% e bebidas brancas 53,1%. As frequências de ingestão diária de vinho e cerveja são iguais (0,5%) e inferiores à de bebidas brancas (1,0%). A percentagem de inquiridos que bebem regularmente vinho é de 0,5%, cerveja 3,0% e bebidas brancas 4,0%, já o consumo ocasional é de 13,1%, 26,2% e 42,8%, respectivamente.

Estes dados não são concordantes com os do estudo ESPAD 2007, onde se constatou que em Portugal a cerveja era a bebida mais consumida, seguindo-se as bebidas brancas e por último o vinho (Hibell *et al.*, 2009).

**Tabela 22**  
**Frequência de consumo de vinho, cerveja e bebidas brancas pelos alunos da amostra**

**N = 402**

		Frequência de consumo									
		Todos os dias		Algumas vezes por semana		Algumas vezes por mês		Menos de uma vez por mês		Nunca	
Bebidas	n	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f
Vinho	400	0,5	2	0,0	0	2,8	11	10,3	41	86,5	346
Cerveja	397	0,5	2	2,5	10	9,8	39	16,4	65	70,8	281
Bebidas brancas	397	1,0	4	3,0	12	17,4	69	25,4	101	53,1	211

***h) Frequência de consumo de vinho, cerveja e bebidas brancas pelos alunos da amostra, em função do sexo***

Na análise dos dados da Tabela 23, usamos a denominação “consumo regular”, que corresponde à junção das categorias “Todos os dias” e “algumas vezes por semana”, e a

designação “consumo ocasional” que representa a agregação das categorias “algumas vezes por mês” e “menos de uma vez por mês”.

Pela análise dos dados da Tabela 23, verifica-se que as raparigas não consomem diariamente vinho e cerveja, contudo, há uma aluna (0,5%) que ingere todos os dias bebidas brancas. Os rapazes apresentam um consumo diário de 1,1% para o vinho e cerveja e 1,6% para as bebidas brancas. Em relação à ingestão regular e ocasional, o vinho é a bebida menos preferida e as bebidas brancas as mais consumidas, em ambos os sexos. É de salientar que os inquiridos ingerem regularmente 4,9% e 1,4% de cerveja e, 5,4% e 2,9% de bebidas brancas, respectivamente no sexo masculino e feminino. Merece realce o facto do consumo ocasional de vinho e cerveja ser superior nos rapazes, contudo no que diz respeito às bebidas brancas há mais 5,2% de raparigas a ingerir.

**Tabela 23**  
**Frequência de consumo de vinho, cerveja e bebidas brancas pelos alunos da amostra, em função do sexo**

**N = 402**

		Frequência de consumo										
		Todos os dias		Algumas vezes por semana		Algumas vezes por mês		Menos de uma vez por mês		Nunca		
Bebidas	Sexo	n	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f
Vinho	Masculino	186	1,1	2	0,0	0	4,3	8	10,2	19	84,4	157
	Feminino	214	0,0	0	0,0	0	1,4	3	10,3	22	88,3	189
Cerveja	Masculino	185	1,1	2	3,8	7	13,0	24	16,8	31	65,4	121
	Feminino	212	0,0	0	1,4	3	7,1	15	16,0	34	75,5	160
Bebidas brancas	Masculino	185	1,6	3	3,8	7	18,9	35	21,1	39	54,6	101
	Feminino	212	0,5	1	2,4	5	16,0	34	29,2	62	51,9	110

*p = N.A.*

Estes dados não são concordantes com os do ESPAD 2007, onde se verificou que mais de metade dos jovens portugueses consumiam frequentemente cerveja e bebidas de alto teor

alcoólico. Mas são concordante se atendermos que, em ambos os sexos, o vinho é a bebida menos ingerida e também são as raparigas as que mais consomem bebidas espirituosas (Hibell *et al.*, 2009).

***i) Frequência de consumo de vinho, cerveja e bebidas brancas pelos alunos da amostra, em função da escolaridade***

Na análise de resultados usamos a denominação “consumo regular”, que corresponde à junção das categorias “todos os dias” e “algumas vezes por semana”, e a designação “consumo ocasional” representa a agregação das categorias “algumas vezes por mês” e “menos de uma vez por mês”.

Pela análise dos dados da Tabela 24, verifica-se que independentemente da frequência de consumo, a percentagem de alunos que bebem vinho aumenta segundo a ordem que passamos a referir, 10º, 8º, 7º, 9º, 11º e 12º ano. As diferenças constatadas entre 7º e 8º ano e, entre 11º e 12º ano, sejam pouco relevantes.

**Tabela 24**  
**Frequência de consumo de vinho pelos alunos da amostra, em função da escolaridade**

N=400												
Frequência de consumo												
		Todos os dias		Algumas vezes por semana		Algumas vezes por mês		Menos de uma vez por mês		Nunca		
Bebida	Escolaridade	n	%	F	%	f	%	f	%	f	%	f
<b>Vinho</b>	<b>7º ano</b>	72	1,4	1	0,0	0	2,8	2	6,9	5	88,9	64
	<b>8º ano</b>	60	0,0	0	0,0	0	1,7	1	8,3	5	90,0	54
	<b>9º ano</b>	71	0,0	0	0,0	0	1,4	1	14,1	10	84,5	60
	<b>10º ano</b>	66	0,0	0	0,0	0	1,5	1	3,0	2	95,5	63
	<b>11º ano</b>	66	0,0	0	0,0	0	4,5	3	15,2	10	80,3	53
	<b>12º ano</b>	65	1,5	1	0,0	0	4,6	3	13,8	9	80,0	52

*p = N.A.*

As taxas de consumo diário e regular são iguais e a ingestão ocasional é maior no 11º ano (19,7%) e no 12º ano (18,4%) contudo a menor taxa regista-se no 10º ano (4,5%).

No que concerne à ingestão diária, há apenas um aluno no 7ºano e outro no 12º ano com este hábito. Durante o 3º Ciclo aumenta o consumo ocasional de vinho.

A Tabela 25 reporta-se à frequência do consumo de cerveja e os dados apresentados permite-nos constatar que a ingestão regular e ocasional desta bebida aumenta com a escolaridade, à excepção do 8º ano, onde se regista a menor taxa de consumo. É também neste ano de escolaridade onde não se verifica qualquer consumo regular de cerveja contudo há 11,6% a ingeri-la ocasionalmente. No 12º ano, aproximadamente 6,0% dos alunos bebem-na regularmente e 44,6% ocasionalmente. As diferenças nas taxas de consumo, entre 7º e 8º ano são pouco relevantes, registando-se uma discrepância igual ou inferior a 1,4%.

No que concerne à ingestão diária, apenas um aluno no 7ºano e outro no 12º ano bebem cerveja.

**Tabela 25**  
**Frequência de consumo de cerveja pelos alunos da amostra, em função da escolaridade**

		<b>N=397</b>											
		<b>Frequência de consumo</b>											
				Todos os dias		Algumas vezes por semana		Algumas vezes por mês		Menos de uma vez por mês		Nunca	
<b>Bebida</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	
<b>Cerveja</b>	<b>7º ano</b>	71	1,4	1	0,0	0	4,2	3	8,5	6	85,9	61	
	<b>8º ano</b>	60	0,0	0	0,0	0	3,3	2	8,3	5	88,3	53	
	<b>9º ano</b>	70	0,0	0	2,9	2	8,6	6	17,1	12	71,4	50	
	<b>10º ano</b>	66	0,0	0	4,5	3	9,1	6	18,2	12	68,2	45	
	<b>11º ano</b>	65	0,0	0	3,1	2	10,8	7	24,6	16	61,5	40	
	<b>12º ano</b>	65	1,5	1	4,6	3	23,1	15	21,5	14	49,2	32	

**p = N.A.**

Relativamente às bebidas brancas, pela análise dos dados da Tabela 26, verifica-se que só ocorre consumo diário no 7º ano (1,4%) 8º ano (1,7%) e no 12º ano (3,1%). A ingestão regular deste tipo de bebida diminui durante o 3º Ciclo e aumenta no decorrer do Ensino Secundário, mais precisamente constata-se as seguintes taxas, 4,2%, 3,4%, 2,9%, 3,0%, 3,1% e 7,7%, respectivamente do 7º ao 12º ano. Relativamente ao consumo ocasional, este aumenta com a escolaridade, à excepção do 12º ano, onde ocorre uma diminuição de aproximadamente 3%, registando-se a menor taxa no 7º ano (12,7%) e a maior no 11º ano (69,2%).

Atendendo ao exposto, pode-se afirmar que, regra geral, o consumo de vinho, cerveja e bebidas brancas aumenta com a escolaridade.

**Tabela 26**  
**Frequência de consumo de bebidas brancas pelos alunos da amostra, em função da escolaridade**

N=397												
Frequência de consumo												
Bebida	Escolaridade	n	Todos os dias		Algumas vezes por semana		Algumas vezes por mês		Menos de uma vez por mês		Nunca	
			%	f	%	f	%	f	%	f	%	f
<b>Bebidas brancas</b>	<b>7º ano</b>	71	1,4	1	2,8	2	4,2	3	8,5	6	83,1	59
	<b>8º ano</b>	60	1,7	1	1,7	1	5,0	3	11,7	7	80,0	48
	<b>9º ano</b>	70	0,0	0	2,9	2	14,3	10	27,1	19	55,7	39
	<b>10º ano</b>	66	0,0	0	3,0	2	18,2	12	33,3	22	45,5	30
	<b>11º ano</b>	65	0,0	0	3,1	2	29,2	19	40,0	26	27,7	18
	<b>12º ano</b>	65	3,1	2	4,6	3	33,8	22	32,3	21	26,2	17

$p = N.A.$

### 4.2.1.3. Hábitos Tabágicos

#### a) Consumo de tabaco pelos alunos da amostra

Pela análise dos dados da Tabela 27, constata-se que 14,6% dos alunos da amostra fumam e 85,4% não tem este hábito. Merece realce o facto de 9,3% dos inquiridos fumarem todos os dias e 3,0% fumam semanalmente pelo menos um cigarro.

Estes dados não são concordantes com os do o estudo HBSC 2006, anteriormente referido, onde se constatou que aproximadamente 6% dos jovens adolescentes portugueses fumavam semanalmente pelo menos um cigarro (Currie *et al.*, 2008). O valor obtido no nosso estudo é cerca de metade do HBSC.

**Tabela 27**  
**Prevalência de fumadores diários, semanais e ocasionais**

<b>N = 396</b>		
<b>Frequência de consumo</b>	<b>%</b>	<b>f</b>
<b>Todos os dias</b>	9,3	37
<b>Semanalmente</b>	3,0	12
<b>Ocasionalmente</b>	2,3	9
<b>Não fuma</b>	85,4	338

#### b) Prevalência de fumadores diários, semanais e ocasionais, em função do sexo

Pela análise dos dados da Tabela 28, verifica-se que os alunos do sexo feminino (17,5%) fumam mais que os do masculino (11,4%). Comparativamente com os rapazes, há mais 2,3% de raparigas a fumar todos os dias, mais 1,6% a fumar semanalmente pelo menos um cigarro e mais 2,2% a fumar ocasionalmente menos de um cigarro por semana.

Estes dados não são concordantes com os resultados do ESPAD 2007, para o nosso país. Nesse estudo, relativamente à utilização de cigarros nos últimos 30 dias, na maioria dos

países as raparigas apresentam consumos superiores aos rapazes, embora as diferenças entre géneros sejam pouco expressivas, mas Portugal contrariou essa tendência (Hibell *et al.*, 2009).

**Tabela 28**  
**Prevalência de fumadores diários, semanais e ocasionais, em função do sexo**

**N = 396**

		Frequência de consumo							
		Todos os dias		Semanalmente		Ocasionalmente		Não fumo	
Sexo	n	%	f	%	f	%	f	%	f
Masculino	185	8,1	15	2,2	4	1,1	2	88,6	164
Feminino	211	10,4	22	3,8	8	3,3	7	82,5	174

$p = N.A.$

***c) Prevalência de fumadores diários, semanais e ocasionais, em função do ano de escolaridade***

Procedendo à análise dos dados da Tabela 29, verifica-se que o consumo diário de cigarros aumenta com a escolaridade, à excepção do 8º ano, onde não se regista qualquer consumo. Também se constata que no 7º ano 1,4% dos inquiridos fuma diariamente e no 12º ano este valor sobe para 19,0%.

O número de não fumadores diminui com o aumento da escolaridade, à excepção do 12º ano onde se regista um aumento de 0,5%. O sétimo ano apresenta a maior percentagem de não fumadores (97,2%) e o 11º ano a menor (77,3%).

O consumo semanal de pelo menos um cigarro, também aumenta expressivamente no 3º Ciclo, no 7º ano a taxa é de 1,4% e no 9º ano é de 7,0%, contudo no Ensino Secundário registam-se percentagens inferiores a 3,5%.

Salienta-se ainda o facto de não haver consumidores ocasionais no 7º, 8º e 12º ano.

**Tabela 29**

**Prevalência de fumadores diários, semanais e ocasionais, em função do ano de escolaridade**

**N = 396**

Escolaridade	n	Frequência de consumo							
		Todos os dias		Semanalmente		Ocasionalmente		Não fumo	
		%	f	%	f	%	f	%	f
7º ano	72	1,4	1	1,4	1	0,0	0	97,2	70
8º ano	61	0,0	0	3,3	2	0,0	0	96,7	59
9º ano	71	7,0	5	7,0	5	4,2	3	81,7	58
10º ano	63	12,7	8	1,6	1	4,8	3	81,0	51
11º ano	66	16,7	11	1,5	1	4,5	3	77,3	51
12º ano	63	19,0	12	3,2	2	0,0	0	77,8	49

*p = N.A.*

***d) Número de cigarro consumidos por dia, pelos alunos fumadores da amostra, por sexo***

Para uma melhor leitura dos dados obtidos, reconvertemos a variável de intervalos, “quantidade de cigarros consumidos por dia” na variável de categorias, através da criação das seguintes categorias: “menor ou igual a cinco cigarros”, “maior que cinco e menor ou igual a dez cigarros”, “maior que dez e menor ou igual a quinze cigarros” e “maior que quinze”.

Pela análise dos dados da Tabela 30, constata-se que na população fumadora, aproximadamente 47% dos rapazes e 59% das raparigas fumam mais de cinco cigarros por dia, bem como, 33,4% e 22,7% consomem mais de dez cigarros por dia, respectivamente.

No que respeita ao número de cigarros consumidos por dia, pelos alunos da amostra, não se verificam diferenças estatisticamente significativas (( $p=0,405$ ) entre sexos.

**Tabela 30**

**Número de cigarro consumidos por dia, pelos alunos fumadores da amostra, por sexo**

**N = 37**

		Número de cigarros consumidos por dia							
		$\leq 5$		$> 5 \text{ e } \leq 10$		$>10 \text{ e } \leq 15$		$>15$	
Sexo	n	%	f	%	f	%	f	%	f
Masculino	15	53,3	8	13,3	2	26,7	4	6,7	1
Feminino	22	40,9	9	36,4	8	13,6	3	9,1	2

 $p = 0,405$ 

***e) Número de cigarro consumidos por dia, pelos alunos fumadores da amostra, por nível de escolaridade***

Pela análise dos dados da Tabela 31, verifica-se que na população fumadora da amostra, os alunos do Ensino Básico são os que fumam menos cigarros por dia, pois estes discentes registam as maiores taxas para consumos inferiores ou igual a 10 cigarros e apresentam as menores percentagens para mais de 10 cigarros por dia.

**Tabela 31**

**Número de cigarro consumidos por dia, pelos alunos fumadores da amostra, por nível de escolaridade**

**N = 37**

		Número de cigarros consumidos por dia							
		$\leq 5$		$> 5 \text{ e } \leq 10$		$>10 \text{ e } \leq 15$		$>15$	
Nível de Ensino	n	%	f	%	f	%	f	%	f
Básico	6	50,0	3	33,3	2	16,7	1	0,0	0
Secundário	31	45,2	14	25,8	8	19,4	6	9,7	3

 $p = N.A.$

Constata-se que há 83,3% de alunos do 3º Ciclo e 71,0% do Ensino Secundário a fumarem 10 ou menos cigarros por dia, já no que diz respeito ao consumo de mais de 10 cigarros, regista-se uma taxa de 16,7% e 29,1%, respectivamente nos dois níveis de ensino.

No Ensino Básico não há alunos a fumar mais de 15 cigarros por dia, contudo no Ensino Secundário verifica-se que este comportamento é habitual em 9,7% dos discentes.

**f) Tentativas de deixar de fumar efectuadas pelos alunos fumadores da amostra, em função do sexo**

Pela análise dos dados da Tabela 32, constata-se que aproximadamente 55% dos rapazes e 42% das raparigas já tentaram deixar de fumar.

Não se registam diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos, relativamente às tentativas de deixar de fumar ( $p=0,361$ ).

**Tabela 32**  
**Tentativas de deixar de fumar efectuadas pelos alunos fumadores da amostra, em função do sexo**

**N = 51**

		Tentativa de deixar de fumar			
		Sim		Não	
Sexo	n	%	f	%	f
Masculino	20	55,0	11	45,0	9
Feminino	31	41,9	13	58,1	18

$p= 0,361$

**g) Tentativas de deixar de fumar efectuadas pelos alunos fumadores da amostra, por nível de escolaridade**

Pela análise dos dados da Tabela 33, verifica-se que aproximadamente 64% dos alunos do 3º ciclo e 40% do ensino secundário já tentaram deixar de fumar.

Não se registam diferenças estatisticamente significativas entre níveis de escolaridade, relativamente às tentativas de deixar de fumar ( $p=0,129$ ).

Esta diferença nos valores obtidos, pode estar relacionada com o trabalho em EpS que se tem desenvolvido na escola alvo, no ensino básico, na área do tabagismo.

**Tabela 33**  
**Tentativas de deixar de fumar efectuadas pelos alunos fumadores da amostra, por nível de escolaridade**

<b>N = 51</b>						
<b>Tentativa de deixar de fumar</b>						
			<b>Sim</b>	<b>Não</b>		
<b>Nível de Ensino</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	
<b>Básico</b>	14	64,3	9	35,7	5	
<b>Secundário</b>	37	40,5	15	59,5	22	

$p= 0,129$

#### **4.2.1.4. Hábitos da Prática de Actividade Física**

##### **a) Prática de actividade física/desporto fora do horário escolar, pelos alunos da amostra**

A Tabela 34 traduz a distribuição da frequência da prática de actividade física e/ou desporto, que originou um aumento da transpiração e/ou respiração, fora do horário escolar.

Para uma melhor leitura dos dados da referida tabela, decidimos recategorizar a variável. A categoria “pratica regularmente” corresponde à junção das categorias “todos os dias”, “4 a 6 vezes por semana” e “2 a 3 vezes por semana”, e a categoria “pratica ocasionalmente” representa a agregação das categorias “1 vez por semana”, “1 vez por mês” e “menos de 1 vez por mês”.

Pela análise dos dados apresentados na referida tabela, verifica-se que 16,5% dos alunos praticam todos os dias actividade física e/ou desporto, 8,7% nunca o faz, 72,6% pratica regularmente e 18,7% ocasionalmente.

Estes dados são concordantes com os do o estudo HBSC 2006, para o nosso país. Nesse estudo, os alunos foram inquiridos sobre da prática de actividade física moderada a vigorosa, pelo menos 1 hora por dia, tendo-se constatado que aproximadamente 15% dos discente tinham este comportamento (Currie *et al.*, 2008). No nosso estudo verificou-se uma percentagem muito próxima (16,5%) da obtida no HBSC.

**Tabela 34**  
**Frequência da prática de actividade física/desporto fora do horário escolar, pelos alunos da amostra**

<b>N = 401</b>		
<b>Frequência de actividade física/desporto</b>	<b>%</b>	<b>f</b>
Todos os dias	16,5	66
4 a 6 vezes por semana	23,4	94
2 a 3 vezes por semana	32,7	131
1 vez por semana	10,0	40
1 vez por mês	5,2	21
Menos de 1 vez por mês	3,5	14
Nunca	8,7	35

***b) Prática de actividade física/desporto fora do horário escolar pelos alunos da amostra, em função do sexo***

Para uma melhor leitura dos dados da referida tabela, decidimos recategorizar a variável. A categoria “pratica regularmente” corresponde à junção das categorias “todos os dias”, “4 a 6 vezes por semana” e “2 a 3 vezes por semana”, e a categoria “pratica

ocasionalmente” representa a agregação das categorias “1 vez por semana”, “1 vez por mês” e “menos de 1 vez por mês”.

Pela análise dos dados da tabela 35, constata-se que 23,5% dos rapazes praticam todos os dias, fora do horário escolar, actividade física e/ou desporto e 10,3% das raparigas também o faz.

Relativamente à prática regular, verifica-se que 81,3% dos alunos do sexo masculino e 65,0% do feminino tem este comportamento regularmente, já no que diz respeito à prática ocasional, estes valores descem 13,4% e 23,4%, respectivamente.

Comparativamente temos aproximadamente mais 13% de rapazes a fazer actividade física/desporto diariamente e mais 16% a praticar regularmente. Estes resultados demonstram que este hábito é mais recorrente no sexo masculino.

As diferenças registadas entre sexos, no que respeita à prática de actividade física/desporto, são estatisticamente significativas ( $p=0,001$ ).

**Tabela 35**  
**Frequência da prática de actividade física/desporto fora do horário escolar, pelos alunos da amostra, em função do sexo**

**N = 401**

		Frequência de actividade física/desporto													
Sexo	n	Todos os dias		4 a 6 vezes por semana		2 a 3 vezes por semana		1 vez por semana		1 vez por mês		Menos de 1 vez por mês		Nunca	
		%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f
<b>Masculino</b>	187	23,5	44	30,5	57	27,3	51	5,9	11	4,3	8	3,2	6	5,3	10
<b>Feminino</b>	214	10,3	22	17,3	37	37,4	80	13,6	29	6,1	13	3,7	8	11,7	25

**$p= 0,001$**

Estes dados são concordantes com os do o estudo HBSC 2006, para o nosso país. Nesse estudo, os alunos foram inquiridos sobre da prática de actividade física moderada a vigorosa, pelo menos 1 hora por dia, tendo-se também verificado que este comportamento de saúde é mais recorrente no sexo masculino (Currie *et al.*, 2008).

**c) Prática de actividade física/desporto fora do horário escolar pelos alunos da amostra, por ano de escolaridade**

Pela análise dos dados da Tabela 36, verifica-se que 19,4% dos alunos do 7º ano fazem actividade física/desporto todos os dias, fora do horário escolar, este valor sobe para 21,7% no 8º ano e, no 9º ano há um declínio para 9,9%. Durante o Ensino Secundário volta a aumentar o número de alunos que praticam diariamente a referida actividade, registando-se no 10º ano uma taxa de 10,4% e no 12º ano 20,0%. Em média há 16,7% de inquiridos do 3º Ciclo e 16,2% do Ensino Secundário a praticar diariamente este comportamento saudável.

**Tabela 36**  
**Frequência da prática de actividade física/desporto fora do horário escolar, pelos alunos da amostra, por ano de escolaridade**

**N = 401**

		Frequência de actividade física/desporto													
		Todos os dias		4 a 6 vezes por semana		2 a 3 vezes por semana		1 vez por semana		1 vez por mês		Menos de 1 vez por mês		Nunca	
Escolaridade	n	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f
7º ano	72	19,4	14	27,8	20	33,3	24	4,2	3	0,0	0	2,8	2	12,5	9
8º ano	60	21,7	13	16,7	10	31,7	19	10,0	6	8,3	5	1,7	1	10,0	6
9º ano	71	9,9	7	25,4	18	38,0	27	11,3	8	7,0	5	1,4	1	7,0	5
10º ano	67	10,4	7	25,4	17	31,3	21	11,9	8	3,0	2	6,0	4	11,9	8
11º ano	66	18,2	12	21,2	14	36,4	24	6,1	4	4,5	3	6,1	4	7,6	5
12º ano	65	20,0	13	23,1	15	24,6	16	16,9	11	9,2	6	3,1	2	3,1	2

**p = N.A.**

No que concerne à prática regular de actividade física/desporto, são os discentes do 7º ano os mais recorrentes neste hábito (80,5%) seguindo-se os alunos do 11º ano (75,8%) 9º ano (73,3%) 8º ano (70,1%) 12º ano (67,7%) e 10º ano (67,1%). Em média há 74,8% de inquiridos do Ensino Básico e 70,2% do Secundário a praticar regularmente.

A percentagem de alunos que afirmam nunca praticar actividade física/desporto diminui durante o Ensino Básico e Secundário, embora na transição entre estes dois níveis de ensino ocorra um aumento de aproximadamente 5%.

Os resultados permite-nos afirmar que os alunos do 3º Ciclo praticam mais actividade física/desporto, embora as diferenças sejam muito pouco expressivas.

**d) Alunos da amostra que praticam desporto fora da escola, em função do sexo**

Pela análise dos dados da Tabela 37, constata-se que 62,8% dos rapazes praticam desporto fora da escola e 40,2% das raparigas também o faz. É notório que este hábito é mais recorrente no sexo masculino, pois há mais 22,6% de rapazes a fazê-lo.

As diferenças registadas entre sexos, no que respeita à prática de desporto fora da escola, são estatisticamente significativas ( $p=0,001$ ).

**Tabela 37**  
**Frequência de alunos da amostra que praticam desporto fora da escola, em função do sexo**

<b>N = 402</b>						
<b>Desporto fora da escola</b>						
			<b>Sim</b>	<b>Não</b>		
<b>Sexo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	
<b>Masculino</b>	188	62,8	118	37,2	70	
<b>Feminino</b>	214	40,2	86	59,8	128	

**$p = 0,001$**

No que concerne ao facto de serem os rapazes os que mais praticam desporto, estes dados são concordantes com os do o estudo preliminar da equipa responsável pelo projecto HBSC 2006 em Portugal. Nessa investigação, os alunos quando questionados se praticavam desporto, 96,9% dos rapazes e 88,9% das raparigas responderam afirmativamente (Matos *et al.*, 2006). Apesar de haver concordância no facto do sexo masculino ser mais recorrente neste

hábito, não se pode afirmar o mesmo em relação às percentagens obtidas, bem como à diferença entre géneros, pois diferem expressivamente.

***e) Alunos da amostra que praticam desporto fora da escola, por ano de escolaridade***

Pela análise dos dados da Tabela 38, constata-se que são os alunos do 7º ano (65,3%) e do 9º ano (57,7%) os que mais praticam desporto fora da escola e, os discentes do 12º ano são os menos recorrentes neste comportamento (41,5%). Em média há 56,4% de inquiridos do 3º Ciclo e 44,9% do Ensino Secundário a praticar diariamente este hábito saudável, o que nos permite concluir que os alunos com menor escolaridade são os que mais praticam actividades desportivas fora da escola.

As diferenças registadas entre anos de escolaridade, no que diz respeito à prática de desporto fora da escola, são estatisticamente significativas ( $p=0,040$ ).

No que respeita ao facto de serem os jovens mais novos os que mais praticam desporto, estes dados são concordantes com os do o estudo preliminar da equipa responsável pelo projecto HBSC 2006 em Portugal (Matos *et al.*, 2006).

**Tabela 38**  
**Frequência de alunos da amostra que praticam desporto fora da escola, por ano de escolaridade**

N = 402						
Desporto fora da escola						
			Sim		Não	
Escolaridade	n	%	f	%	f	%
7º ano	72	65,3	47	34,7	25	31,3
8º ano	61	44,3	27	55,7	34	55,7
9º ano	71	57,7	41	42,3	30	42,3
10º ano	67	46,3	31	53,7	36	53,7
11º ano	66	47,0	31	53,0	35	53,0
12º ano	65	41,5	27	58,5	38	58,5

$p = 0,040$

**f) Modalidades desportivas mais praticadas pelos alunos da amostra fora da escola**

A Tabela 39, ilustra os resultados obtidos relativamente às modalidades desportivas mais praticadas pelos alunos da amostra, fora da escola. As duas modalidades desportivas mais praticadas são o futebol (22,9%) e a natação (21,9%) o que corresponde aproximadamente a 45% dos inquiridos que praticam desporto e a terceira modalidade é o basquetebol (11,4%).

Estes dados são concordantes com os do o estudo preliminar da equipa responsável pelo projecto HBSC 2006 em Portugal. Nesta investigação as três modalidades mais praticadas também são o futebol (42,3%) a natação (16,8%) e o andebol (16,7%) (Matos *et al.*, 2006). Apesar de haver concordância no tipo de modalidade mais praticada, não se pode afirmar o mesmo em relação às percentagens obtidas, pois diferem expressivamente.

**Tabela 39**

**Modalidades desportivas mais praticadas pelos alunos da amostra fora da escola**

**N = 201**

Modalidades desportivas praticadas			
Modalidade	%	Modalidade	%
Futebol	22,9	Andebol	6,0
Natação	21,9	Karaté	4,0
Basquetebol	11,4	Badminton	4,0
Ginásio	10,0	Kin-ball	3,5
Dança	7,5	Outras	8,8

**g) Modalidades desportivas mais praticadas pelos alunos da amostra fora da escola, em função do sexo**

Dos 201 alunos que praticam modalidades desportivas fora da escola, 116 são rapazes e 85 são raparigas e, alguns dos inquiridos frequentam mais do que uma modalidade.

Na Tabela 40 são apresentados os resultados obtidos para a frequência das seis modalidades desportivas mais praticadas pelos alunos da amostra, fora da escola e em função do sexo.

Pela análise dos dados da referida tabela, verifica-se que entre as modalidades desportivas mais praticadas pelos inquiridos, a que atrai um maior número de adeptos, no sexo masculino é o futebol e no feminino é a natação.

A comparação entre géneros permite-nos afirmar que os rapazes praticam mais futebol (35,3%) natação (17,2%) basquetebol (9,5%) e ginásio (9,5%) enquanto que o sexo oposto pratica mais natação (28,2%) dança (15,3%) e basquetebol (14,1%). É de salientar que em ambos os sexos, duas das três modalidades mais praticadas são a natação e o basquetebol.

Os dados obtidos não são concordantes com os do o estudo preliminar da equipa responsável pelo projecto HBSC 2006 em Portugal. Nessa investigação, constatou-se em ambos os sexos que a modalidade desportiva mais praticada era o futebol. Os rapazes praticavam mais futebol (61,4%) ciclismo (21,4%) e basquetebol (20,0%) e o sexo oposto futebol (23,4%) ginástica (18,7%) e natação (18,0%) (Matos *et al.*, 2006).

**Tabela 40**  
**Modalidades desportivas mais praticadas pelos alunos da amostra fora da escola,**  
**em função do sexo**

N = 201							
Modalidades desportivas praticadas							
	Futebol	Natação	Basquetebol	Ginásio	Dança	Andebol	Outras
Sexo	%	%	%	%	%	%	%
<b>Masculino</b>	35,3	17,2	9,5	9,5	1,7	7,8	19,0
<b>Feminino</b>	5,9	28,2	14,1	10,6	15,3	3,5	22,4

***h) Modalidades desportivas mais praticadas pelos alunos da amostra fora da escola, por nível de escolaridade***

Dos 201 alunos que praticam modalidades desportivas fora da escola, 114 são do Ensino Básico e 87 do Secundário.

Pela análise dos dados da Tabela 41, constata-se que o futebol e a natação são as duas modalidades desportivas mais praticadas nos dois níveis de ensino. No 3º Ciclo o futebol (25,4%) é a modalidade preferida dos alunos seguindo-se a natação (21,1%). No Ensino Secundário o desporto eleito é a natação (23,0%) e em segundo lugar encontra-se o futebol (19,5%).

Merece realce a discrepância registada entre os dois níveis de ensino, no que respeita à prática de ginásio e basquetebol, pois com o aumento da escolaridade há mais 10,8% de inquiridos a fazer ginásio e menos 10,0% a praticar basquetebol.

**Tabela 41**  
**Modalidades desportivas mais praticadas pelos alunos da amostra fora da escola, por nível de escolaridade**

**N = 201**

Modalidades desportivas praticadas							
	Futebol	Natação	Basquetebol	Ginásio	Dança	Andebol	Outras
Ensino	%	%	%	%	%	%	%
<b>Básico</b>	25,4	21,1	15,8	5,3	8,8	8,8	14,8
<b>Secundário</b>	19,5	23,0	5,8	16,1	5,8	2,3	27,5

***i) Alunos da amostra que integram uma equipa desportiva na escola, em função do sexo***

Pela análise dos dados da Tabela 42, constata-se que 16,0% dos rapazes e 13,1% das raparigas integram uma equipa desportiva na escola. Merece realce pela negativa o facto de só

aproximadamente 15% dos alunos inquiridos participarem em actividades desportivas, na escola, em período não lectivo.

As diferenças registadas entre sexos, no que diz respeito à integração numa equipa desportiva na escola, não são estatisticamente significativas ( $p=0,413$ ).

**Tabela 42**  
**Frequência de alunos da amostra que integram uma equipa desportiva na escola,**  
**em função do sexo**

<b>N = 402</b>						
<b>Integra uma equipa desportiva na escola</b>						
			<b>Sim</b>	<b>Não</b>		
<b>Sexo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	
<b>Masculino</b>	188	16,0	30	84,0	158	
<b>Feminino</b>	214	13,1	28	86,9	186	

$p = 0,413$

***j) Alunos da amostra que integram uma equipa desportiva na escola, por ano de escolaridade***

Pela análise dos dados da Tabela 43, verifica-se que os alunos do Ensino Secundário são os que mais integram equipas desportivas na escola, registando-se neste nível de ensino, no 11º ano a taxa mais elevada de participação (22,7%) e no 12º ano a menor taxa (15,4%).

No 3º Ciclo são os alunos do 8º ano os que mais recorrem nesta prática (16,4%) e os do 9º ano os que menos (4,2%) participam em desporto escolar.

As diferenças registadas entre anos de escolaridade, no que diz respeito à integração numa equipa desportiva na escola, são estatisticamente significativas ( $p=0,047$ ).

**Tabela 43**

**Frequência de alunos da amostra que integram uma equipa desportiva na escola,  
por ano de escolaridade**

**N = 402**

<b>Integra uma equipa desportiva na escola</b>						
			<b>Sim</b>	<b>Não</b>		
<b>Escolaridade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	
<b>7º ano</b>	72	11,1	8	88,9	64	
<b>8º ano</b>	61	16,4	10	83,6	51	
<b>9º ano</b>	71	4,2	3	95,8	68	
<b>10º ano</b>	67	17,9	12	82,1	55	
<b>11º ano</b>	66	22,7	15	77,3	51	
<b>12º ano</b>	65	15,4	10	84,6	55	

***p = 0,047***

#### **4.2.1.5. Massa Corporal dos Alunos da Amostra**

##### ***a) Índice de massa corporal dos alunos da amostra, em função do sexo***

Como já referido anteriormente no desenvolvimento desta dissertação, na actual sociedade, cada vez mais, o esforço físico dá lugar ao esforço intelectual (Pacheco, 2000). Os baixos níveis de actividade física do quotidiano da vida moderna, o sedentarismo, o consumo de tabaco, o consumo excessivo de álcool, os erros alimentares, a obesidade e a má gestão do stress estão hoje claramente identificados como sendo os principais factores de risco que estão na origem de doenças crónicas não transmissíveis (Ministério da Saúde, 2003, p.1).

De acordo com o exposto, o investigador procurou indagar acerca do índice de massa corporal (IMC) dos alunos da amostra. O IMC foi obtido dividindo o “peso” de cada aluno, em quilogramas, pelo quadrado da altura, em metros. Segundo os critérios da Organização Mundial de Saúde, um indivíduo tem baixo peso se o índice IMC for inferior a 18,5 kg/m<sup>2</sup> e se o valor for

inferior a 16,00 kg/m<sup>2</sup> é considerada magreza severa. O peso normal corresponde a um IMC entre os 18,50 kg/m<sup>2</sup> e os 24,99 kg/m<sup>2</sup>. O excesso de peso regista-se para um IMC maior ou igual a 25,00 kg/m<sup>2</sup> e é considerada obesidade quando o valor for superior ou igual a 30,00 kg/m<sup>2</sup>.

Os dados apresentados na Tabela 44, referem-se ao IMC perceptível nos alunos da amostra, uma vez que os inquiridos não foram medidos nem pesados, os cálculos foram realizados com os valores referidos pelos mesmos.

Pela análise dos dados da referida tabela, constata-se que 16,4% dos rapazes e 22,0% das raparigas apresentam baixo peso e respectivamente 6,5% e 9,3% têm excesso de peso. Também se verifica que 2,2% e 3,4% dos inquiridos têm magreza severa e, 0,5% e 1,0% são obesos, respectivamente no sexo masculino e feminino. Apenas 77,0% dos rapazes e 68,6% das raparigas têm peso normal.

A grande percentagem de inquiridos com baixo peso, pode indiciar uma má alimentação e até a existência de alunos com anorexia ou bulimia.

**Tabela 44**

**Distribuição do índice de massa corporal dos alunos da amostra, em função do sexo**

**N = 387**

		Índice de massa corporal									
		Baixo Peso				Peso Normal		Excesso de Peso			
		Magreza Severa		Magreza Ligeira a Moderada				Pré-obesidade		Obesidade	
		< 16,00		16,00 a 18,49		18,50 a 24,99		25,00 a 29,99		≥ 30,00	
Sexo	n	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f
<b>Masculino</b>	183	2,2	4	14,2	26	77,0	141	6,0	11	0,5	1
<b>Feminino</b>	204	3,4	7	18,6	38	68,6	140	8,3	17	1,0	2

*p = N.A.*

**b) Índice de massa corporal dos alunos da amostra, em função da escolaridade**

Pela análise dos dados da Tabela 45, constata-se no Ensino Secundário apenas um caso de magreza extrema no 10º ano (1,6%). No 3º Ciclo há 10 alunos nesta situação, mais precisamente 5,8% no 7º ano, 7,0% no 8º ano e 2,9% no 9º ano. Também neste nível de ensino, aproximadamente um quarto dos alunos (23,7%) apresentam magreza ligeira ou moderada e no Ensino Secundário há apenas 8,9% nesta situação.

**Tabela 45**  
**Distribuição do índice de massa corporal dos alunos da amostra, por ano de escolaridade**

**N = 387**

		Índice de massa corporal									
		Baixo Peso				Peso Normal		Excesso de Peso			
		Magreza Severa		Magreza Ligeira a Moderada				Pré-obesidade		Obesidade	
		< 16,00		16,00 a 18,49		18,50 a 24,99		25,00 a 29,99		≥ 30,00	
Escolaridade	n	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f
7º ano	69	5,8	4	26,1	18	60,9	42	7,2	5	0,0	0
8º ano	57	7,0	4	19,3	11	71,9	41	1,8	1	0,0	0
9º ano	70	2,9	2	25,7	18	65,7	46	5,7	4	0,0	0
10º ano	63	1,6	1	15,9	10	71,4	45	9,5	6	1,6	1
11º ano	64	0,0	0	7,8	5	78,1	50	10,9	7	3,1	2
12º ano	64	0,0	0	3,1	2	89,1	57	7,8	5	0,0	0

*p = N.A.*

A obesidade apenas se verifica em discentes do Ensino Secundário, mais concretamente no 10º e 11º ano. A pré-obesidade também se manifesta mais neste nível de ensino (9,4%) pois no 3º Ciclo a percentagem inquiridos com excesso de peso é de 4,9%.

Em média há 66,2% e 79,5% de discentes com peso normal, respectivamente no Ensino Básico e Secundário. O nível de escolaridade onde há uma menor percentagem de alunos com peso normal é no 7º ano (60,9%) e no 12º ano regista-se a maior taxa (89,1%).

Atendendo ao exposto, o maior número de casos de baixo peso ocorre nos alunos do 3ºCiclo e no Ensino Secundário verifica-se a maior quantidade de inquiridos com excesso de peso.

#### **4.2.2. Factores Relacionados com os Comportamentos de Saúde dos Alunos**

Um dos objectivos da nossa investigação era identificar alguns factores relacionados com os comportamentos de saúde dos adolescentes, designadamente a retenção/reprovação escolar dos inquiridos, a posição social e as habilitações literárias dos pais dos alunos. Para atingirmos o nosso objectivo seleccionamos como comportamentos de saúde a analisar, o hábito de tomar pequeno-almoço, o consumo de leite magro, fruta e refrigerantes, a experiência de ingestão de álcool, os consumos excessivos de bebidas alcoólicas, o hábito de fumar e a prática de actividade física/desporto.

##### ***4.2.2.1. Relação entre a retenção/reprovação escolar e os comportamentos de saúde dos adolescentes***

Na população alvo constatou-se que 29,3% dos inquiridos já ficaram retidos/reprovados e 61,0%, 31,4% e 7,6% já incorreram nesta situação uma, duas e três vezes, respectivamente.

##### ***a) Relação entre a retenção/reprovação escolar e o hábito de tomar o pequeno-almoço***

Para uma melhor leitura dos dados e numa tentativa de tornar possível a aplicação do teste Qui-quadrado, decidimos recategorizar a variável dependente em "Toma" e "Nunca toma" o pequeno-almoço. A categoria "Toma" o pequeno-almoço corresponde à junção das categorias "Todos os dias", "4 a 6 dias por semana" e "1 a 3 dias por semana".

Pela análise dos dados apresentados na Tabela 46, constatamos que os alunos com retenções/reprovações escolares tomam menos vezes o pequeno-almoço (93,2%) que os que não registam no seu historial retenções/reprovações (96,8%).

Apesar de termos procedido à recategorização da variável, não foi possível aplicar o teste do Qui-quadrado, assim sendo, não se pode verificar se as diferenças encontradas são ou não estatisticamente significativas.

**Tabela 46**  
**Relação entre a retenção/reprovação escolar e o hábito de tomar o pequeno-almoço, pelos alunos da amostra**

		N = 400			
		Pequeno-almoço			
		Toma		Nunca toma	
Retenções	n	%	f	%	f
<b>Não</b>	283	96,8	274	3,2	9
<b>Sim</b>	117	93,2	109	6,8	8

$p = N.A.$

***b) Relação entre a retenção/reprovação escolar e o hábito de comer fruta***

Para uma melhor leitura dos dados e numa tentativa de tornar possível a aplicação do teste Qui-quadrado, decidimos recategorizar a variável dependente em consome fruta "Regularmente", "Ocasionalmente" e "Nunca". A categoria "Regularmente" corresponde à junção das categorias "Diariamente" e "3 a 4 vezes por semana" e, a categoria "Ocasionalmente" resultou da agregação de "1 vez por semana" e "Raramente".

Pelos dados da Tabela 47, constatamos que os alunos com retenções/reprovações escolares consomem regularmente menos fruta (80,2%) que os discentes que não registam no seu historial retenções/reprovações (86,2%). Estes também são os que apresentam uma menor frequência, embora pouco expressiva, de não ingestão de fruta.

Apesar de termos procedido à recategorização da variável, não foi possível aplicar o teste do Qui-quadrado, assim sendo, não se pode verificar se as diferenças encontradas são ou não estatisticamente significativas.

**Tabela 47****Relação entre a retenção/reprovação escolar e o hábito de comer fruta dos alunos da amostra****N = 399**

		Consumo de fruta					
		Regularmente		Ocasionalmente		Nunca	
Retenções	n	%	f	%	f	%	f
Não	283	86,2	244	13,4	38	0,4	1
Sim	116	80,2	93	19,0	22	0,9	1

*p= N.A.****c) Relação entre a retenção/reprovação escolar e o hábito de consumir leite magro***

Para uma melhor leitura dos dados e numa tentativa de tornar possível a aplicação do teste Qui-quadrado, decidimos recategorizar a variável dependente em bebe leite magro "Regularmente", "Ocasionalmente" e "Nunca". A categoria "Regularmente" corresponde à junção das categorias "Diariamente" e "3 a 4 vezes por semana" e, a categoria "Ocasionalmente" resultou da agregação de "1 vez por semana" e "Raramente".

Pelos dados da Tabela 48, verificamos que os alunos com retenções/reprovações escolares consomem regularmente mais leite magro (15,8%) que os discentes que não registam no seu historial retenções/reprovações (15,2%), embora a diferença seja muito pouco expressiva. Relativamente aos inquiridos que nunca ingerem leite magro, constatamos que há uma maior percentagens de alunos com retenções/reprovações a fazê-lo (67,5%), sendo no entanto pouco apreciável a diferença (1,9%). O consumo ocasional é 2,5% maior nos discentes sem retenções/reprovações escolares.

Do ponto de vista estatístico não existem diferenças significativas ( $p=0,841$ ) entre os grupos de alunos sem e com retenções/reprovações escolares.

Pelo anteriormente exposto, não se pode concluir que retenção/reprovação escolar seja um factor que está relacionado com o hábito de consumir leite magro, pelos alunos da amostra.

**Tabela 48**

**Relação entre a retenção/reprovação escolar e o hábito de consumir leite magro, pelos alunos da amostra**

**N = 390**

Retenções	n	Consumo de leite magro					
		Regularmente		Ocasionalmente		Nunca	
		%	f	%	f	%	f
<b>Não</b>	276	15,2	42	19,2	53	65,6	181
<b>Sim</b>	114	15,8	18	16,7	19	67,5	77

*p = 0,841*

***d) Relação entre a retenção/reprovação escolar e o hábito de consumir refrigerantes/bebidas açucaradas***

Para uma melhor leitura dos dados e numa tentativa de tornar possível a aplicação do teste Qui-quadrado, decidimos recategorizar a variável dependente em beber refrigerantes/bebidas açucaradas “Regularmente”, “Ocasionalmente” e “Nunca”. A categoria “Regularmente” corresponde à junção das categorias “Diariamente” e “3 a 4 vezes por semana” e, a categoria “Ocasionalmente” resultou da agregação de “1 vez por semana” e “Raramente”.

Pela análise dos dados da Tabela 49, constatamos que os alunos com retenções/reprovações escolares bebem mais regularmente refrigerantes/bebidas açucaradas (62,6%) que os discentes que não registam no seu historial retenções/reprovações (48,2%).

Relativamente aos inquiridos que nunca ingerem refrigerantes, verificamos que há uma menor percentagem de alunos com retenções/reprovações a fazê-lo (2,6%) sendo no entanto pouco apreciável a diferença.

Apesar de termos procedido à recategorização da variável, não foi possível aplicar o teste do Qui-quadrado, assim sendo, não se pode verificar se as diferenças encontradas são ou não estatisticamente significativas.

**Tabela 49**

**Relação entre a retenção/reprovação escolar e o hábito de consumir refrigerantes/  
bebidas açucaradas, pelos alunos da amostra**

**N = 397**

Consumo de refrigerantes e/ou bebidas açucaradas							
		Regularmente		Ocasionalmente		Nunca	
Retenções	n	%	f	%	f	%	f
Não	282	48,2	136	47,2	133	4,6	13
Sim	115	62,6	72	34,8	40	2,6	3

*p = N.A.*

***e) Relação entre a retenção/reprovação escolar e a experimentação de  
bebidas alcoólicas***

Pela análise dos dados da Tabela 50, verificamos que os alunos com retenções/  
reprovações escolares têm uma maior experiência de consumo de bebidas alcoólicas (88,8%)  
que os discentes que não registam no seu historial retenções/reprovações (79,9%).

**Tabela 50**

**Relação entre a retenção/reprovação escolar e a experimentação de bebidas  
alcoólicas, pelos alunos da amostra**

**N = 394**

Provou bebidas alcoólicas						
			Sim	Não		
Retenções	n	%	f	%	f	
Não	278	79,9	222	20,1	56	
Sim	116	88,8	103	11,2	13	

*p = 0,033*

As diferenças registadas são estatisticamente significativas ( $p=0,033$ ), ou seja, os alunos com retenções/reprovações escolares têm hábitos de experiência de consumo de bebidas alcoólicas significativamente diferentes do grupo de discentes que não regista qualquer retenções/reprovações no seu historial.

Em suma, pelos dados apresentados podemos inferir que há diferenças estatisticamente significativas na experiência de consumo de bebidas alcoólicas, em função do historial de retenções/ reprovações dos inquiridos.

### ***f) Relação entre a retenção/reprovação escolar e os episódios de embriaguez***

Para uma melhor leitura dos dados e numa tentativa de tornar possível a aplicação do teste Qui-quadrado, decidimos recategorizar a variável embriaguez em “Sim” e “Não”. A categoria “Sim” corresponde à junção das categorias “1 vez”, “2 a 3 vezes”, “4 a 10 vezes” e “Mais de 10 vezes” e, a “Não” refere-se aos alunos que “Nunca” se embriagaram.

Os dados apresentados na Tabela 51, permite-nos constatar que os alunos com retenções/reprovações escolares registam uma maior taxa de consumo excessivo de bebidas alcoólicas (42,6%) ao ponto de ficarem embriagados, nos discentes sem retenções/reprovações o valor é expressivamente menor (18,0%).

**Tabela 51**  
**Relação entre a retenção/reprovação escolar e os episódios de embriaguez dos alunos da amostra**

<b>N = 398</b>						
<b>Bebeu bebidas alcoólicas até ficar embriagado</b>						
			<b>Sim</b>	<b>Não</b>		
<b>Retenções</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	
<b>Não</b>	283	18,0	51	82,0	232	
<b>Sim</b>	115	42,6	49	57,4	66	

***p = 0,001***

As diferenças registadas são estatisticamente significativas ( $p=0,001$ ), ou seja, os alunos com retenções/reprovações escolares têm hábitos de embriaguez diferentes dos discentes que não regista qualquer retenções/reprovações.

**g) Relação entre a retenção/reprovação escolar e o hábito de consumo de tabaco**

Para uma melhor leitura dos dados e numa tentativa de tornar possível a aplicação do teste Qui-quadrado, decidimos recategorizar a variável consumo de tabaco em duas categorias, "Sim" e "Não". O "Sim" corresponde à junção das categorias "Todos os dias", "Semanalmente" e "Ocasionalmente".

Os dados apresentados na Tabela 52, permite-nos constatar que a prevalência de alunos fumadores no grupo com retenções/reprovações escolares é muito superior (28,9%) à verificada no grupo de discentes que nunca ficaram retidos/reprovados (8,9%).

As diferenças registadas são estatisticamente significativas ( $p=0,001$ ), ou seja, os alunos com retenções/reprovações escolares têm hábitos de consumo de tabaco diferentes dos discentes que não regista qualquer retenções/reprovações.

Pelo exposto, podemos inferir que há diferenças estatisticamente significativas no hábito de consumir tabaco, em função do historial de retenções/reprovações dos inquiridos. O que é confirmado por inúmeros estudos existentes na literatura.

**Tabela 52**  
**Relação entre a retenção/reprovação escolar e o hábito de consumo de tabaco,**  
**pelos alunos da amostra**

		<b>N = 394</b>			
		<b>Padrão de consumo de tabaco</b>			
		<b>Sim</b>		<b>Não</b>	
<b>Retenções</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>
<b>Não</b>	280	8,9	25	91,1	255
<b>Sim</b>	114	28,9	33	71,1	81

$p = 0,001$

### ***h) Relação entre a retenção/reprovação escolar e a prática de actividade física e/ou desporto fora do horário escolar***

Para uma melhor leitura dos dados e numa tentativa de tornar possível a aplicação do teste Qui-quadrado, decidimos recategorizar a variável pratica actividade física/desporto em três categorias, "Regularmente", "Ocasionalmente" e "Nunca". A categoria "Regularmente" corresponde à junção de quem pratica "Todos os dias", "4 a 6 vezes por semana" e "2 a 3 vezes por semana" e, a "Ocasionalmente" representa a agregação das de quem pratica "1 vez por semana", "1 vez por mês" e "menos de 1 vez por mês".

Pela análise dos dados da Tabela 53, constatamos que os alunos com retenções/reprovações escolares praticam regularmente menos actividade física e/ou desporto (68,1%) que os discentes que não registam qualquer retenções/reprovações (74,2%). Em relação aos inquiridos que nunca praticam actividade física e/ou desporto, verificamos que a percentagem é maior nos alunos com retenções/reprovações (12,9%) o outro grupo de discentes regista uma taxa de 7,1%.

Do ponto de vista estatístico não há diferenças significativas ( $p=0,161$ ) entre os dois grupos de alunos.

Pelo exposto, podemos afirmar que não há diferenças estatisticamente significativas na prática de actividade física e/ou desporto, em função do historial de retenções/reprovações dos inquiridos.

**Tabela 53**

**Relação entre a retenção/reprovação escolar e a prática de actividade física/ desporto fora do horário escolar, pelos alunos da amostra**

**N = 399**

<b>Pratica actividade física e ou desporto fora do horário escolar</b>							
<b>Retenções</b>	<b>n</b>	<b>Regularmente</b>		<b>Ocasionalmente</b>		<b>Nunca</b>	
		<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>
<b>Não</b>	283	74,2	210	18,7	53	7,1	20
<b>Sim</b>	116	68,1	79	19,0	22	12,9	15

**$p=0,161$**

#### **4.2.2.2. *Relação entre a posição social e os comportamentos de saúde dos adolescentes***

Um dos objectivos da nossa investigação era identificar alguns factores relacionados com os comportamentos de saúde dos adolescentes, designadamente a posição social dos alunos. Para atingirmos o nosso objectivo seleccionamos como comportamentos de saúde a analisar, o hábito de tomar pequeno-almoço, o consumo de leite magro, fruta e refrigerantes, a experiência de ingestão de álcool, os consumos excessivos de bebidas alcoólicas, o hábito de fumar e a prática de actividade física/desporto.

Para a descrição das diferentes posições sociais, baseamo-nos na que foi elaborada pelo Grupo de Sociologia da Educação do Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho (Anexo 2).

Mas para uma melhor leitura dos dados e atendendo ao número de categorias da variável posição social, decidimos recategorizar a variável em “Alta/Média Alta” e “Média baixa/Baixa/Outra”, juntando assim as categorias anteriores. A categoria “Alta/Média Alta” corresponde à junção da “classe superior” e “classe média mais instruída” e, a categoria “Média baixa/Baixa/Outra” comporta todas as restantes classes sociais mais baixas.

##### ***a) Relação entre a posição social e o hábito de tomar o pequeno-almoço***

Para uma melhor leitura dos dados e numa tentativa de tornar possível a aplicação do teste Qui-quadrado, decidimos recategorizar a variável dependente em “Toma” e “Nunca toma” o pequeno-almoço. A categoria “Toma” o pequeno-almoço corresponde à junção das categorias “Todos os dias”, “4 a 6 dias por semana” e “1 a 3 dias por semana”.

Os dados apresentados na Tabela 54, permite-nos constatar que os alunos que pertencem a uma posição social superior são mais recorrentes no hábito de tomar pequeno-almoço (97,1%) que os discentes de uma posição social inferior (95,7%).

Apesar de termos procedido à recategorização da variável, não foi possível aplicar o teste do Qui-quadrado, assim sendo, não se pode verificar se as diferenças encontradas são ou não estatisticamente significativas.

**Tabela 54**  
**Relação entre a posição social e o hábito de tomar o pequeno-almoço, pelos alunos da amostra**

**N = 383**

Toma o pequeno-almoço						
			Toma		Nunca toma	
Posição Social	n	%	f	%	f	
Alta/Média Alta	103	97,1	100	2,9	3	
Média baixa/Baixa/Outra	280	95,7	268	4,3	12	

*p= N.A.*

***b) Relação entre a posição social e o hábito de comer fruta***

Para uma melhor leitura dos dados e numa tentativa de tornar possível a aplicação do teste Qui-quadrado, decidimos recategorizar a variável de consumo fruta em “Regularmente”, “Ocasionalmente” e “Nunca”. A categoria “Regularmente” corresponde à junção das categorias “Diariamente” e “3 a 4 vezes por semana” e, a categoria “Ocasionalmente” resultou da agregação de “1 vez por semana” e “Raramente”.

Pelos dados da Tabela 55, constatamos que os alunos que pertencem a uma posição social superior consomem regularmente mais fruta (94,2%) que os discentes de uma posição social inferior (81,4%). Pode-se afirmar que esta diferença é apreciável.

Nenhum dos inquiridos de uma posição social superior declarou nunca comer fruta, ao contrário das posições sociais inferiores onde há 0,7% de alunos a incorrer neste hábito.

Apesar de termos procedido à recategorização da variável, não foi possível aplicar o teste do Qui-quadrado, assim sendo, não se pode verificar se as diferenças encontradas são ou não estatisticamente significativas.

**Tabela 55****Relação entre a posição social e o hábito de comer fruta, pelos alunos da amostra****N =382**

Posição Social	n	Consumo de fruta					
		Regularmente		Ocasionalmente		Nunca	
		%	f	%	f	%	f
<b>Alta/Média Alta</b>	103	94,2	97	5,8	6	0,0	0
<b>Média baixa/Baixa/Outra</b>	279	81,4	227	17,9	50	0,7	2

*p= N.A.****c) Relação entre a posição social e o hábito de consumir leite magro***

Para uma melhor leitura dos dados e numa tentativa de tornar possível a aplicação do teste Qui-quadrado, decidimos recategorizar a variável de consumo leite magro em "Regularmente", "Ocasionalmente" e "Nunca". A categoria "Regularmente" corresponde à junção das categorias "Diariamente" e "3 a 4 vezes por semana" e, a categoria "Ocasionalmente" resultou da agregação de "1 vez por semana" e "Raramente".

Pelos dados da Tabela 56, verificamos que os alunos que pertencem a uma posição social superior consomem regularmente mais leite magro (15,7%) do que os discentes de uma posição social inferior (15,5%), embora a diferença seja irrelevante.

O consumo ocasional é menor nos discentes que pertencem a uma posição social superior. Relativamente aos inquiridos que nunca ingerem leite magro, constatamos que há uma menor percentagens de alunos que pertencem a uma posição social inferior a fazê-lo (64,6%).

Do ponto de vista estatístico não existem diferenças significativas ( $p=0,263$ ) entre as duas posições sociais.

Pelo anteriormente exposto, não se pode considerar que a posição social seja um factor que esteja relacionado com o hábito de consumir leite magro, pelos alunos da amostra.

**Tabela 56**

**Relação entre a posição social e o hábito de consumir leite magro, pelos alunos da amostra**

**N = 373**

Posição Social	n	Consumo de leite magro					
		Regularmente		Ocasionalmente		Nunca	
		%	f	%	f	%	f
Alta/Média Alta	102	15,7	16	12,7	13	71,6	73
Média baixa/Baixa/Outra	271	15,5	42	19,9	54	64,6	175

$p = 0,263$

***d) Relação entre a posição social e o hábito de consumir refrigerantes/ bebidas açucaradas***

Para uma melhor leitura dos dados e numa tentativa de tornar possível a aplicação do teste Qui-quadrado, decidimos recategorizar a variável de consumo de refrigerante/bebidas açucaradas em "Regularmente", "Ocasionalmente" e "Nunca". A categoria "Regularmente" corresponde à junção das categorias "Diariamente" e "3 a 4 vezes por semana" e, a categoria "Ocasionalmente" resultou da agregação de "1 vez por semana" e "Raramente".

Pela análise dos dados da Tabela 57, constatamos que os alunos que pertencem a uma posição social superior bebem regularmente menos refrigerante/bebidas açucaradas (49,5%) que os discentes que integram uma posição social inferior (53,6%).

Relativamente aos inquiridos que nunca ingerem refrigerantes, verificamos que há uma maior percentagem de alunos da posição social superior a fazê-lo (4,9%), sendo no entanto pouco apreciável a diferença registada.

Apesar de termos procedido à recategorização da variável, não foi possível aplicar o teste do Qui-quadrado, assim sendo, não se pode verificar se as diferenças encontradas são ou não estatisticamente significativas

**Tabela 57**

**Relação entre a posição social e o hábito de consumir refrigerantes/bebidas açucaradas, pelos alunos da amostra**

**N = 381**

Consumo de refrigerantes e/ou bebidas açucaradas							
Posição Social	n	Regularmente		Ocasionalmente		Nunca	
		%	f	%	f	%	f
Alta/Média Alta	103	49,5	51	45,6	47	4,9	5
Média baixa/Baixa/Outra	278	53,6	149	42,4	118	4,0	11

*p = N.A.*

***e) Relação entre a posição social e a experimentação de consumo de bebidas alcoólicas***

Pela análise dos dados da Tabela 58, verificamos que os alunos que pertencem a uma posição social superior têm uma maior experiência de consumo de bebidas alcoólicas (87,4%) que os discentes das posições sociais inferiores (80,3%).

**Tabela 58**

**Relação entre a posição social e a experimentação de consumo de bebidas alcoólicas, pelos alunos da amostra**

**N = 377**

Provou bebidas alcoólicas						
Posição Social	n	%	Sim		Não	
			f	%	f	%
Alta/Média Alta	103	87,4	90	12,6	13	
Média baixa/Baixa/Outra	274	80,3	220	19,7	54	

*p = 0,109*

As diferenças registadas não são estatisticamente significativas ( $p=0,109$ ) ou seja, os alunos que pertencem a uma posição social superior, não têm hábitos de experiência de consumo de bebidas alcoólicas diferentes dos discentes das posições sociais inferiores.

Pelos dados apresentados não é possível inferir que haja diferenças estatisticamente significativas na experiência de ingestão de bebidas alcoólicas, em função da posição social dos inquiridos.

### ***f) Relação entre a posição social e os episódios de embriaguez***

Para uma melhor leitura dos dados e numa tentativa de tornar possível a aplicação do teste Qui-quadrado, decidimos recategorizar a variável embriaguez em “Sim” e “Não”. A categoria “Sim” corresponde à junção das categorias “1 vez”, “2 a 3 vezes”, “4 a 10 vezes” e “Mais de 10 vezes” e, a “Não” refere-se aos alunos que “Nunca” se embriagaram.

Os dados apresentados na Tabela 59, permite-nos constatar que os alunos que pertencem a uma posição social superior registam uma menor taxa de embriaguez (23,3%), embora a diferença para o outro grupo de discentes seja muito pouco expressiva (24,5%).

As diferenças registadas não são estatisticamente significativas ( $p=0,156$ ), ou seja, os alunos que pertencem a uma posição social superior, não apresentam taxas de embriaguez diferentes dos discentes que integram uma posição social inferior.

Pelo exposto, não podemos afirmar que há diferenças estatisticamente significativas no consumo excessivo de álcool, em função da posição social dos inquiridos.

**Tabela 59**

**Relação entre a posição social e os episódios de embriaguez dos alunos da amostra**

**N = 381**

<b>Bebeu bebidas alcoólicas até ficar embriagado</b>					
		<b>Sim</b>		<b>Não</b>	
<b>Posição Social</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>
<b>Alta/Média Alta</b>	103	23,3	24	76,7	79
<b>Média baixa/Baixa/Outra</b>	278	24,5	68	75,5	210

**$p = 0,156$**

### ***g) Relação entre a posição social e o hábito de consumo de tabaco***

Para uma melhor leitura dos dados e numa tentativa de tornar possível a aplicação do teste Qui-quadrado, decidimos recategorizar a variável consumo de tabaco em duas categorias, "Sim" e "Não". O "Sim" corresponde à junção das categorias "Todos os dias", "Semanalmente" e "Ocasionalmente".

Os dados apresentados na Tabela 60, permite-nos constatar que os alunos que pertencem a uma posição social superior fumam mais (14,7%) que os discentes de uma posição social inferior (14,5%) embora a diferença registada seja desprezável.

As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ( $p=0,142$ ), ou seja, os alunos que pertencem a uma posição social superior não têm hábitos de consumo de tabaco diferentes dos discentes que integram uma posição social inferior.

**Tabela 60**

**Relação entre a posição social e o hábito de consumo de tabaco, pelos alunos da amostra**

**N = 378**

Padrão de consumo de tabaco						
			Sim	Não		
Posição Social	n	%	f	%	f	
Alta/Média Alta	102	14,7	15	85,3	87	
Média baixa/Baixa/Outra	276	14,5	40	85,5	236	

$p = 0,142$

### ***h) Relação entre a posição social e a prática de actividade física e/ou desporto fora do horário escolar***

Para uma melhor leitura dos dados e numa tentativa de tornar possível a aplicação do teste Qui-quadrado, decidimos recategorizar a variável pratica actividade física/desporto em três

categorias, "Regularmente", "Ocasionalmente" e "Nunca". A categoria "Regularmente" corresponde à junção de quem pratica "Todos os dias", "4 a 6 vezes por semana" e "2 a 3 vezes por semana" e, a "Ocasionalmente" representa a agregação das de quem pratica "1 vez por semana", "1 vez por mês" e "menos de 1 vez por mês".

Pela análise dos dados da Tabela 61, constatamos que os alunos que pertencem a uma posição social inferior praticam regularmente menos actividade física e/ou desporto (70,6%) que os discentes que integram uma posição social superior (76,7%).

Em relação aos inquiridos que nunca praticam actividade física e/ou desporto, verificamos que a percentagem é expressivamente maior nos alunos que pertencem a uma posição social inferior (11,5%) pois o outro grupo de alunos regista uma taxa de 1,9%.

Do ponto de vista estatístico existem diferenças significativas ( $p=0,014$ ), ou seja, os alunos que pertencem a uma posição social superior têm hábitos de prática de actividade física e/ou desporto diferentes dos discentes que integram uma posição social inferior.

Pelo exposto, podemos afirmar que há diferenças estatisticamente significativas na pratica de actividade física e/ou desporto, em função da posição social dos inquiridos.

**Tabela 61**

**Relação entre a posição social e a prática de actividade física e/ou desporto fora do horário escolar, pelos alunos da amostra**

**N = 382**

Pratica actividade física e ou desporto fora do horário escolar							
Posição Social	n	Regularmente		Ocasionalmente		Nunca	
		%	f	%	f	%	f
<b>Alta/Média Alta</b>	103	76,7	79	21,4	22	1,9	2
<b>Média baixa/Baixa/Outra</b>	279	70,6	197	17,9	50	11,5	32

**$p= 0,014$**

#### **4.2.2.3. *Relação entre as habilitações literárias dos pais dos alunos e os comportamentos de saúde dos filhos***

Um dos objectivos da nossa investigação era identificar alguns factores relacionados com os comportamentos de saúde dos adolescentes, designadamente as habilitações literárias dos pais dos alunos. Para atingirmos o nosso objectivo seleccionamos como comportamentos a analisar, o consumo de fruta e refrigerantes, a experiência de ingestão de álcool, os consumos excessivos de bebidas alcoólicas, o hábito de fumar e a prática de actividade física/desporto.

Para uma melhor leitura dos dados e atendendo ao número de categorias da variável habilitações literárias dos pais dos alunos, decidimos recategorizar esta variável em três categorias, "Nunca estudou e 1º Ciclo", "2º Ciclo e 3º Ciclo" e "Ensino Secundário e Superior", juntando assim as categorias anteriores.

##### ***a) Relação entre as habilitações literárias dos pais e o hábito de comer fruta dos alunos da amostra***

Para uma melhor leitura dos dados e numa tentativa de tornar possível a aplicação do teste Qui-quadrado, decidimos recategorizar a variável de consumo de fruta em "Regularmente", "Ocasionalmente" e "Nunca". A categoria "Regularmente" corresponde à junção das categorias "Diariamente" e "3 a 4 vezes por semana" e, a categoria "Ocasionalmente" resultou da agregação de "1 vez por semana" e "Raramente".

Pela análise dos dados da Tabela 62, verificamos que os inquiridos cujo pai e mãe possuem habilitações literárias ao nível do ensino secundário/superior, consomem regularmente mais fruta que os alunos com pais de habilitações literárias inferiores. Esta diferença é apreciável e é maior no caso das mães.

No grupo de pais e mães com o 2º ciclo/3º ciclo, registam-se as taxas mais baixas de ingestão regular de fruta, contudo, também se constata as percentagens mais elevadas de consumidores ocasionais.

Apesar de termos procedido à recategorização da variável, não foi possível aplicar o teste do Qui-quadrado, assim sendo, não se pode verificar se as diferenças encontradas são ou não estatisticamente significativas.

**Tabela 62**

**Relação entre as habilitações literárias dos pais e o hábito de comer fruta dos alunos da amostra**

**N = 390**

		Consumo de fruta						
		Regularmente			Ocasionalmente		Nunca	
Familiar	Habilitações Literárias	n	%	f	%	f	%	f
Pai	Nunca estudou e 1º Ciclo	63	81,0	51	17,5	11	1,6	1
	2º Ciclo e 3º Ciclo	128	79,7	102	19,5	25	0,8	1
	Ensino Secundário e Superior	188	89,9	169	10,1	19	0,0	0
Mãe	Nunca estudou e 1º Ciclo	56	80,4	45	19,6	11	0,0	0
	2º Ciclo e 3º Ciclo	119	76,5	91	21,8	26	1,7	2
	Ensino Secundário e Superior	215	91,6	197	8,4	18	0,0	0

*p= N.A.*

***b) Relação entre as habilitações literárias dos pais e o hábito de consumir refrigerantes/bebidas açucaradas dos alunos da amostra***

Para uma melhor leitura dos dados e numa tentativa de tornar possível a aplicação do teste Qui-quadrado, decidimos recategorizar a variável de consumo de refrigerantes/bebidas açucaradas em "Regularmente", "Ocasionalmente" e "Nunca". A categoria "Regularmente" corresponde à junção das categorias "Diariamente" e "3 a 4 vezes por semana" e, a categoria "Ocasionalmente" resultou da agregação de "1 vez por semana" e "Raramente".

Pela análise dos dados da Tabela 63, constatamos que os alunos cujo pai e mãe não possuem habilitações literárias ou têm o 1º ciclo do ensino básico, consomem regularmente mais refrigerantes/bebidas açucaradas que os discentes com pais de habilitações literárias superiores. As diferenças registadas são mais expressivas quando analisamos as habilitações literárias do pai. Com o aumento das habilitações literárias do pai e da mãe verifica-se que o consumo regular deste tipo de bebidas diminui e a ingestão ocasional aumenta.

Apesar de termos procedido à recategorização da variável, não foi possível aplicar o teste do Qui-quadrado, assim sendo, não se pode verificar se as diferenças encontradas são ou não estatisticamente significativas.

**Tabela 63**  
**Relação entre as habilitações literárias dos pais e o hábito de consumir refrigerantes/bebidas açucaradas dos alunos da amostra**

**N = 402**

		Consumo de refrigerantes e/ou bebidas açucaradas						
		Regularmente			Ocasionalmente		Nunca	
Familiar	Habilitações Literárias	n	%	f	%	f	%	f
Pai	Nunca estudou e 1º Ciclo	62	61,3	38	37,1	23	1,6	1
	2º Ciclo e 3º Ciclo	128	56,3	72	41,4	53	2,3	3
	Ensino Secundário e Superior	187	47,1	88	46,5	87	6,4	12
Mãe	Nunca estudou e 1º Ciclo	56	58,9	33	39,3	22	1,8	1
	2º Ciclo e 3º Ciclo	118	54,2	64	40,7	48	5,1	6
	Ensino Secundário e Superior	214	50,0	107	45,8	98	4,2	9

*p= N.A.*

***c) Relação entre as habilitações literárias dos pais e a experimentação de consumo de bebidas alcoólicas pelos alunos da amostra***

Pela análise dos dados da Tabela 64, verificamos que experiência de consumo de bebidas alcoólicas diminui com o aumento das habilitações literárias da mãe. Quando o familiar é o pai, a experiência de consumo de álcool é maior no grupo de habilitações literárias ao nível do ensino secundário/superior e, inferior no grupo com 2º ciclo/3º ciclo.

No caso das habilitações literárias do pai, as diferenças registadas não são estatisticamente significativas ( $p=0,860$ ) para a mãe também se constata o mesmo ( $p=0,239$ ).

Em suma, pelos dados apresentados não se pode afirmar que há diferenças estatisticamente significativas na experiência de consumo de bebidas alcoólicas, em função das habilitações literárias dos pais.

**Tabela 64**  
**Relação entre as habilitações literárias dos pais e a experimentação de consumo de bebidas alcoólicas pelos alunos da amostra**

**N = 381**

		Provou bebidas alcoólicas				
		Sim			Não	
Familiar	Habilitações Literárias	n	%	f	%	f
<b>Pai</b>	<b>Nunca estudou e 1º Ciclo</b>	63	82,5	52	17,5	11
	<b>2º Ciclo e 3º Ciclo</b>	125	81,6	102	18,4	23
	<b>Ensino Secundário e Superior</b>	187	84,0	157	16,0	30
<b>Mãe</b>	<b>Nunca estudou e 1º Ciclo</b>	55	89,1	49	10,9	6
	<b>2º Ciclo e 3º Ciclo</b>	118	83,9	99	16,1	19
	<b>Ensino Secundário e Superior</b>	213	79,8	170	20,2	43

*p= 0,860 (Pai) ; p= 0,239 (Mãe)*

***d) Relação entre as habilitações literárias dos pais e os episódios de embriaguez dos alunos da amostra***

Para uma melhor leitura dos dados e numa tentativa de tornar possível a aplicação do teste Qui-quadrado, decidimos recategorizar a variável embriaguez em "Sim" e "Não". A categoria "Sim" corresponde à junção das categorias "1 vez", "2 a 3 vezes", "4 a 10 vezes" e "Mais de 10 vezes" e, a "Não" refere-se aos alunos que "Nunca" se embriagaram.

Pela análise dos dados da Tabela 65, verificamos que os alunos cujo pai e mãe possuem habilitações literárias ao nível do ensino secundário/superior, registam uma menor percentagem de embriaguez que os adolescentes com pais de habilitações literárias inferiores.

As taxas mais elevadas deste comportamento constata-se nos inquiridos com pai e mãe detentores do 2º ciclo/3º ciclo.

Relativamente às habilitações literárias do pai, as diferenças de embriaguez registadas noa alunos não são estatisticamente significativas ( $p=0,437$ ) e o mesmo se constata para a mãe ( $p=0,585$ ).

Pelos dados apresentados, não se pode afirmar que há diferenças estatisticamente significativas nas taxas de embriaguez, em função das habilitações literárias dos pais.

**Tabela 65**  
**Relação entre as habilitações literárias dos pais e os episódios de embriaguez dos alunos da amostra**

N = 389						
Bebeu bebidas alcoólicas até ficar embriagado						
			Sim		Não	
Familiar	Habilitações Literárias	n	%	f	%	f
Pai	Nunca estudou e 1º Ciclo	62	29,0	18	71,0	44
	2º Ciclo e 3º Ciclo	127	29,1	37	70,9	90
	Ensino Secundário e Superior	189	23,3	44	76,7	145
Mãe	Nunca estudou e 1º Ciclo	54	25,9	14	74,1	40
	2º Ciclo e 3º Ciclo	120	28,3	34	71,7	86
	Ensino Secundário e Superior	215	23,3	50	76,7	165

$p= 0,437$  (Pai) ;  $p= 0,585$  (Mãe)

***e) Relação entre as habilitações literárias dos pais e o hábito de consumo de tabaco dos alunos da amostra***

Para uma melhor leitura dos dados e numa tentativa de tornar possível a aplicação do teste Qui-quadrado, decidimos recategorizar a variável consumo de tabaco em duas categorias,

“Sim” e “Não”. O “Sim” corresponde à junção das categorias “Todos os dias”, “Semanalmente” e “Ocasionalmente”.

Os dados apresentados na Tabela 66, permite-nos constatar que o hábito de fumar dos alunos diminui com o aumento das habilitações literárias do pai e da mãe.

As diferenças encontradas no caso das habilitações literárias do pai, não são estatisticamente significativas ( $p=0,690$ ) e na mãe também se constata o mesmo ( $p=0,906$ ).

Em suma, pelos dados apresentados não é possível afirmar que há diferenças estatisticamente significativas no hábito de fumar dos alunos, em função das habilitações literárias dos pais.

**Tabela 66**  
**Relação entre as habilitações literárias dos pais e o hábito de consumo de tabaco dos alunos da amostra**

N = 385						
Padrão de consumo de tabaco						
				Sim	Não	
Familiar	Habilitações Literárias	n	%	f	%	f
	<b>Nunca estudou e 1º Ciclo</b>	62	17,7	11	82,3	51
<b>Pai</b>	<b>2º Ciclo e 3º Ciclo</b>	127	15,7	20	84,3	107
	<b>Ensino Secundário e Superior</b>	185	13,5	25	86,5	160
	<b>Nunca estudou e 1º Ciclo</b>	55	16,4	9	83,6	46
<b>Mãe</b>	<b>2º Ciclo e 3º Ciclo</b>	118	15,3	18	84,7	100
	<b>Ensino Secundário e Superior</b>	212	14,8	30	85,2	182

$p= 0,690$  (Pai) ;  $p= 0,906$  (Mãe)

**f) Relação entre as habilitações literárias dos pais e a prática de actividade física e/ou desporto dos alunos da amostra**

Para uma melhor leitura dos dados e numa tentativa de tornar possível a aplicação do teste Qui-quadrado, decidimos recategorizar a variável pratica actividade física/desporto em três categorias, "Regularmente", "Ocasionalmente" e "Nunca". A categoria "Regularmente" corresponde à junção de quem pratica "Todos os dias", "4 a 6 vezes por semana" e "2 a 3 vezes por semana" e, a "Ocasionalmente" representa a agregação das de quem pratica "1 vez por semana", "1 vez por mês" e "menos de 1 vez por mês".

Pela análise dos dados da Tabela 67, constatamos que o hábito de praticar regularmente actividade física e/ou desporto aumenta com as habilitações literárias do pai e, diminui a percentagens de inquiridos que nunca pratica.

Do ponto de vista estatístico não existem diferenças significativas ( $p=0,345$ ) entre os diferentes grupos de habilitações literárias do pai.

**Tabela 67**  
**Relação entre as habilitações literárias dos pais e a prática de actividade física e/ou desporto dos alunos da amostra**

**N = 390**

		Pratica actividade física/desporto fora do horário escolar						
		Regularmente		Ocasionalmente		Nunca		
Familiar	Habilitações Literárias	n	%	f	%	f	%	f
	<b>Nunca estudou e 1º Ciclo</b>	62	64,5	40	21,0	13	14,5	9
<b>Pai</b>	<b>2º Ciclo e 3º Ciclo</b>	128	71,1	91	20,3	26	8,6	11
	<b>Ensino Secundário e Superior</b>	189	76,2	144	16,4	31	7,4	14
	<b>Nunca estudou e 1º Ciclo</b>	56	69,6	39	14,3	8	16,1	9
<b>Mãe</b>	<b>2º Ciclo e 3º Ciclo</b>	119	68,1	81	21,0	25	10,9	13
	<b>Ensino Secundário e Superior</b>	215	76,7	165	18,1	39	5,1	11

$p= 0,345$  (Pai) ;  $p= 0,052$  (Mãe)

Relativamente às habilitações literárias da mãe, a prática do supracitado hábito é maior no grupo com ensino secundário/superior e inferior no 2º ciclo/3º ciclo. A percentagens de inquiridos que nunca pratica actividade física e/ou desporto diminui com o aumento das habilitações literárias da mãe.

Também no que respeita à mãe, não há diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,052$ ) na pratica actividade física/desporto dos alunos nos diferentes grupos de habilitações literárias.

Pelo exposto, podemos afirmar que não há diferenças estatisticamente significativas na pratica de actividade física e/ou desporto, em função das habilitações literárias dos pais.

#### **4.2.3. Percepção de Temas de Promoção de Saúde Desenvolvidas na Escola**

##### ***4.2.3.1. Temas sobre alimentação saudável abordados na escola pelos alunos do 9º e 12º ano de escolaridade***

Pela análise dos dados da Tabela 68, constata-se que do 9º ano para o 12º ano há uma diminuição generalizada das frequências com que os alunos abordaram os temas sobre hábitos alimentares, ocorrendo no entanto duas excepções, no que respeita à composição nutritiva dos alimentos e à composição dos grupos de alimentos. Relativamente a estas excepções, verificam-se diferenças expressivas entre os dois níveis de escolaridade, na primeira regista-se uma diferença de 13,0% e na segunda 7,0%.

No que concerne aos temas onde ocorre uma diminuição das frequências do 9º ano para o 12º ano, é de salientar que as descidas nas taxas são na generalidade pouco expressivas, à excepção da noção de uma alimentação saudável e das consequências de uma alimentação desequilibrada na saúde, onde se verifica uma diminuição de 5,0% e 13,7%, respectivamente.

No 9º ano os assuntos mais abordados pelos alunos foram, a noção de uma alimentação saudável (95,8%) a Roda/Pirâmide dos alimentos (93,0%) e as consequências de uma alimentação desequilibrada na saúde (91,5%). Os temas menos tratados são os processos de confeccionar (46,5%) e conservar (57,5%) os alimentos e as consequências de uma alimentação desequilibrada no rendimento intelectual (64,8%).

No 12º ano, os tópicos mais e menos abordados são exactamente os mesmos do 9º ano, contudo as frequências são mais baixas.

**Tabela 68****Temas sobre alimentação saudável abordados na escola pelos alunos do 9º e 12º ano de escolaridade****N = 136**

<b>Alimentação</b>				
<b>Temas abordados</b>	<b>9º ano</b>		<b>12º ano</b>	
	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>
1. Roda / Pirâmide dos alimentos	93,0	66	89,2	58
2. Noção de uma alimentação saudável	95,8	68	90,8	59
3. Composição nutritiva dos alimentos	73,2	52	86,2	56
4. Composição dos grupos de alimentos	76,1	54	83,1	54
5. Frequência com que se devem ingerir alguns alimentos	81,7	58	80,0	52
6. Como conservar os alimentos	57,7	41	55,4	36
7. Processos de confeccionar os alimentos	46,5	33	46,2	30
8. Principais erros alimentares praticados pelos portugueses	70,4	50	67,7	44
9. Consequências de uma alimentação desequilibrada:				
9.1. na saúde	91,5	65	89,2	58
9.2. no rendimento físico	85,9	61	84,6	55
9.3. no rendimento intelectual	64,8	46	61,5	40
9.4. na aparência	84,5	60	70,8	46

**4.2.3.2. Temas sobre alcoolismo abordados na escola pelos alunos do 9º e 12º ano de escolaridade**

Pela análise dos dados da Tabela 69, verifica-se que do 9º ano para o 12º ano há uma diminuição generalizada das frequências com que os alunos percebem os temas sobre consumo de álcool, ocorrendo no entanto algumas exceções. Estas registaram-se no cálculo da taxa de alcoolemia, na distinção entre consumo de álcool e dependência, nas consequências da ingestão de álcool na saúde, no rendimento físico e intelectual.

No que diz respeito aos temas onde ocorre uma diminuição das frequências do 9º ano para o 12º ano, é de salientar a descida de 10,5% na definição de bebida alcoólica, 9,5% nas

consequências económicas da ingestão de álcool e de 6,5% nas crenças sobre o consumo e nas estratégias para evitar a ingestão.

**Tabela 69**  
**Temas sobre alcoolismo abordados na escola pelos alunos do 9º e 12º ano de escolaridade**

**N = 136**

<b>Alcoolismo</b>				
<b>Temas abordados</b>	<b>9º ano</b>		<b>12º ano</b>	
	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>
1. Definição de bebida alcoólica	74,6	53	64,1	41
2. Identificação do álcool como uma droga	85,9	61	84,4	54
3. Definição de alcoolemia	73,2	52	71,9	46
4. Cálculo da taxa de alcoolemia	50,0	35	56,3	36
5. Comparação da graduação de diferentes bebidas alcoólicas	52,1	37	51,6	33
6. Distinção entre consumo de álcool e dependência.	67,6	48	75,0	48
7. Crenças sobre o consumo de álcool	69,0	49	62,5	40
8. Consequências do consumo de álcool:				
8.1. na saúde	87,3	62	93,8	60
8.2. no rendimento físico	78,9	56	90,6	58
8.3. no rendimento intelectual	77,5	55	84,4	54
8.4. na aparência	81,7	58	76,6	49
9. Consequências económicas do consumo de álcool	70,4	50	60,9	39
10. Consequências familiares do consumo de álcool	81,7	58	79,7	51
11. Consequências sociais do consumo de álcool	77,5	55	76,6	49
12. Razões pelas quais os jovens começam a beber	80,3	57	74,6	47
13. Estratégias para evitar o consumo de álcool	69,0	49	62,5	40

No 9º ano os assuntos mais abordados pelos alunos foram, as consequências do consumo de álcool na saúde (87,3%) e a identificação do álcool como uma droga (85,9%). Os temas menos tratados são o cálculo da taxa de alcoolemia (50,0%) e a comparação da graduação de diferentes bebidas alcoólicas (52,1%).

No 12º ano os tópicos mais referidos como tendo sido abordados, são as consequências do consumo de álcool na saúde (93,8%) no rendimento físico (90,6%) e intelectual (84,4%) e a identificação do álcool como uma droga (84,4%). Os dois assuntos menos tratados são exactamente os mesmos que foram referidos para o 9º ano.

Relativamente às excepções anteriormente referidas, os aumentos mais expressivos entre os dois níveis de escolaridade, verificam-se nas consequências do consumo de álcool no rendimento físico (11,7%) e na distinção entre consumo de álcool e dependência (7,4%).

#### ***4.2.3.3. Temas sobre tabagismo abordados na escola pelos alunos do 9º e 12º ano de escolaridade***

Pela análise dos dados da Tabela 70, constata-se que do 9º ano para o 12º ano há uma diminuição apreciável nas frequências com que foram abordados os seguintes temas: estratégias para evitar o consumo de tabaco, razões pelas quais os jovens começam a fumar, identificação do tabaco como uma droga e as consequências sociais do consumo.

No que concerne aos temas onde ocorreu um aumento das frequências do 9º ano para o 12º ano, é de salientar os dois tópicos onde se verificaram as subidas mais expressivas, 5,1% nas consequências do consumo de tabaco no rendimento físico e 3,4% nas consequências económicas.

No 9º ano os assuntos mais abordados pelos alunos foram, as consequências do consumo de tabaco na saúde (93,0%) e no rendimento físico (88,7%) e, a identificação do tabaco como uma droga (88,7%). Os temas menos tratados são as consequências familiares do consumo de tabaco (63,4%) as crenças (70,4%) e as consequências económicas (70,4%).

No 12º ano os tópicos mais referidos como tendo sido abordados, são os mesmos do 9º ano, os assuntos menos tratados são as consequências familiares do consumo de tabaco, as estratégias para evitar fumar (61,5%) e ainda as consequências sociais deste hábito (67,7%).

**Tabela 70**  
**Temas sobre tabagismo abordados na escola pelos alunos do 9º e 12º ano de escolaridade**

**N = 136**

<b>Tabagismo</b>				
<b>Temas abordados</b>	<b>9º ano</b>		<b>12º ano</b>	
	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>
1. Identificação do tabaco como uma droga	88,7	63	81,5	53
2. Crenças sobre o consumo de tabaco	70,4	50	70,8	46
3. Consequências do consumo de tabaco:				
3.1. na saúde	93,0	66	93,8	61
3.2. no rendimento físico	88,7	63	93,8	61
3.3. no rendimento intelectual	76,1	54	76,9	50
3.4. na aparência	77,5	55	72,3	47
4. Consequências económicas do consumo de tabaco	70,4	50	73,8	48
5. Consequências familiares do consumo de tabaco	63,4	45	61,5	40
6. Consequências do fumo passivo	78,9	56	80,0	52
7. Consequências sociais do consumo de tabaco	73,2	52	67,7	44
8. Razões pelas quais os jovens começam a fumar	87,3	62	78,5	51
9. Estratégias para evitar o consumo de tabaco	77,5	55	61,5	40

**4.2.3.4. Temas sobre actividade física e desporto abordados na escola pelos alunos do 9º e 12º ano de escolaridade**

Pela análise dos dados da Tabela 71, verifica-se que do 9º ano para o 12º ano há um aumento generalizado das frequências com que os alunos abordaram os temas sobre actividade física e desporto, ocorrendo no entanto algumas excepções. Estas constata-se na noção de actividade física e exercício físico, nas vantagens da prática de actividade física no rendimento intelectual e nos tipos de actividade física recomendáveis ao longo da vida.

Relativamente às excepções referidas anteriormente, constata-se que as diminuições mais expressivas entre os dois níveis de escolaridade, registam-se na noção de actividade física (4,5%) e de exercício físico (3,1%).

No que concerne aos temas onde ocorre um aumento das frequências do 9º ano para o 12º ano, é de salientar as subidas mais acentuadas: 13,0% na relação entre o sedentarismo e a falta de actividade física, 12,1% nos riscos de saúde associados à prática de alguns desportos e 7,4% nos comportamentos que diminuem a capacidade dos indivíduos para a prática desportiva.

**Tabela 71**  
**Temas sobre actividade física e desporto abordados na escola pelos alunos do 9º e 12º ano de escolaridade**

**N = 136**

<b>Actividade física e desporto</b>				
<b>Temas abordados</b>	<b>9º ano</b>		<b>12º ano</b>	
	%	f	%	f
1. Noção de actividade física	87,3	62	82,8	53
2. Noção de exercício físico	85,9	61	82,8	53
3. Noção de prática desportiva	80,3	57	84,4	54
4. Vantagens da prática de actividade física/exercício físico:				
4.1. na saúde física	93,0	66	93,7	59
4.2. na saúde mental	88,7	63	89,1	57
4.3. no rendimento intelectual	80,3	57	79,7	51
4.4. na aparência	84,5	60	89,1	57
5. Tipos de actividade física recomendáveis ao longo da vida	81,7	58	79,7	51
6. Tipos de exercício físico recomendáveis ao longo da vida	76,1	54	79,7	51
7. Número de horas de actividades física a praticar por dia	69,0	49	70,3	45
8. Relação entre o sedentarismo e a falta de actividade física	76,1	54	89,1	57
9. Riscos de saúde associados à prática de alguns desportos	70,4	50	82,5	52
10. Comportamentos que diminuem a capacidade das pessoas para a prática desportiva	67,6	48	75,0	48

No 9º ano os três assuntos mais abordados pelos alunos foram, as vantagens da prática de actividade física/exercício físico na saúde física (93%) e mental (88,7%) e a noção de actividade física (87,3%). Os dois temas menos tratados são os comportamentos que diminuem a capacidade dos indivíduos para a prática desportiva (67,6%) e o número de horas de actividades física a realizar por dia (69,0%).

No 12º ano os tópicos mais referidos como tendo sido abordados, são as vantagens da prática de actividade física/exercício físico na saúde física (93,7%) mental (89,1%) e na aparência (89,1%) e, a relação entre o sedentarismo e a falta de actividade física (89,1%). Os dois assuntos menos tratados são exactamente os mesmos do 9º ano, contudo as percentagens são ligeiramente superiores.

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E RECOMENDAÇÕES**

#### **5.1. INTRODUÇÃO**

Neste capítulo debruçamo-nos sobre as conclusões e implicações da investigação. Após a introdução (5.1) e, tendo em conta os objectivos do estudo, apresentamos uma análise conclusiva do estudo realizado (5.2).

As conclusões são apresentadas por áreas distintas de interesse, salientamos, inicialmente, os comportamentos de saúde dos alunos (5.2.1) referimo-nos aos hábitos alimentares (5.2.1.1) consumo de álcool (5.2.1.2) hábitos tabágicos (5.2.1.3) actividade física e desporto (5.2.1.4) e índice de massa corporal dos inquiridos (5.2.1.5). Em seguida, analisamos os factores relacionados com comportamentos de saúde dos alunos (5.2.2) mais precisamente, a retenção/reprovação escolar (5.2.2.1) posição social (5.2.2.2) e habilitações literárias dos pais (5.2.2.3) e, por último, aludimos à percepção dos alunos do 9º e 12º ano de escolaridade sobre temas de promoção de saúde desenvolvidas na escola (5.2.3).

Finalizamos, explicitando algumas implicações, baseadas nos resultados obtidos e nas conclusões emergentes (5.3) e apontando possíveis recomendações que poderão ser úteis para a implementação de programas preventivos em EpS.

#### **5.2. CONCLUSÕES DA INVESTIGAÇÃO**

##### **5.2.1. Comportamentos de saúde dos adolescentes da amostra**

###### **5.2.1.1. Conclusões sobre os hábitos alimentares**

Relativamente aos hábitos alimentares dos alunos da amostra, constata-se que, aproximadamente, três quartos tomam o pequeno-almoço todos os dias. Estes resultados são concordantes com os dados do HBSC 2006, para os jovens portugueses.

Sendo esta a primeira refeição do dia, após longas horas de jejum, deve fornecer energia e nutrientes para as primeiras actividades diárias, evitando situações de fraqueza e quebra de rendimento físico e intelectual durante a manhã (Nunes, 2002) é preocupante que, aproximadamente, um quarto dos alunos não tomem pequeno-almoço.

O hábito saudável de tomar pequeno-almoço, é mais frequente nos alunos do sexo masculino e regra geral, este hábito diminui ao longo da escolaridade

Em todos os níveis de escolaridade, mais de 80% dos inquiridos toma o pequeno-almoço em casa. Por outro lado, verifica-se que o hábito de fazer esta refeição fora de casa e em espaços exteriores à escola (bar/café/pastelaria) aumenta com a escolaridade.

O lanche, a meio da manhã, é a refeição que regista menor adesão nos alunos, apenas 37,6% o faz diariamente. Quando efectuada ocorre, preferencialmente, no bar da escola pelos alunos do 3º Ciclo e, nos espaços exteriores à escola pelos estudantes do Ensino Secundário. Com o aumento da escolaridade, aumenta a percentagem de inquiridos que utiliza o espaço exterior à escola para fazer este lanche.

O almoço é realizado diariamente por aproximadamente 93% dos inquiridos. Regra geral, a percentagem de alunos que toma esta refeição diminui com o aumento de escolaridade. A casa é o local onde o almoço é realizado preferencialmente, embora muitos discentes também o façam na cantina/bar da escola.

Em relação ao lanche, a meio da tarde, há mais de 23% de alunos a fazê-lo, quando comparado com o lanche da manhã. Esta refeição é realizada, preferencialmente, em casa e nos bares/cafés/pastelarias, como segunda opção.

O jantar é realizado por mais de 95% dos adolescentes mas, regra geral, este hábito diminui com a escolaridade. Esta é a refeição que regista maior percentagem de cumprimento pelos alunos e é, maioritariamente, efectuada em casa.

Os rapazes são os que apresentam as maiores prevalências diárias no hábito de tomar pequeno-almoço, almoço, jantar e lanche a meio da manhã e da tarde, verificando-se a maior diferença (15,3%) entre sexos no pequeno-almoço e a menor discrepância (2,1%) no lanche a meio da manhã

No que respeita ao número de vezes que os alunos comem, entre as principais refeições, mais de 70% fá-lo uma ou duas vezes, sendo as diferenças ao longo da escolaridade pouco expressivas.

Uma percentagem apreciável de inquiridos realiza o pequeno-almoço, o almoço e o lanche a meio da manhã e da tarde na escola e nos espaços exteriores à mesma, o que reflecte a necessidade de se desenvolver actividades de controlo e intervenção na oferta alimentar.

Relativamente aos alimentos ingeridos pelos adolescentes, os resultados revelam que os alunos bebem pouco leite magro. Apenas 15% dos inquiridos o bebe regularmente (consumo diário e 3 a 4 vezes por semana). Contudo, há 80% que ingerem regularmente leite gordo ou meio gordo. Estes valores mostram que os alunos consomem preferencialmente um tipo de leite rico em gordura. Destaca-se, ainda, o facto de 11% dos discentes nunca beberem qualquer tipo de leite, o que é preocupante dada a composição bastante completa e equilibrada deste alimento, que contém: proteínas; hidratos de carbono; sais minerais; vitaminas e gorduras. Os consumos regulares (consumo diário e 3 a 4 vezes por semana) de qualquer tipo de leite são muito próximos nos dois níveis de ensino (Básico e Secundário) apesar das taxas serem ligeiramente superiores no 3º Ciclo.

Quanto aos consumos de carnes, é de realçar que 9% dos alunos consomem, regularmente, hambúrgueres/rissóis /salsichas/cachorros e 31% ingere, pelo menos, uma vez por semana. Este tipo de alimentos não integra a lista de alimentos saudáveis pois, são particularmente ricos em gorduras, proteínas e cloreto de sódio (Lopes, 2006) contudo, os valores percentuais obtidos não são muito desajustados. As taxas de ingestão registadas são maiores no Ensino Básico e a diferença relativamente ao Ensino Secundário é pouco expressiva.

O consumo regular (consumo diário e 3 a 4 vezes por semana) de carnes brancas constata-se em 79% dos alunos e o consumo de peixe em 59,3%. O consumo diário de carnes brancas e peixe é maior no 3º Ciclo, as taxas de ingestão diminuem no Ensino Secundário e mais acentuadamente no que diz respeito ao peixe. As diferenças entre as taxas de consumo de carnes brancas e peixe indiciam uma alimentação onde predomina a carne.

As batatas fritas preparadas no momento são consumidas, regularmente (consumo diário e 3 a 4 vezes por semana), por aproximadamente 30% dos discentes. E 13% dos inquiridos também referem ingerir batatas fritas de pacote. As taxas de consumo regular (consumo diário e 3 a 4 vezes por semana) de batatas, fritas no momento, são

aproximadamente iguais no 3º Ciclo e Ensino Secundário, não obstante as batatas fritas de pacote serem mais frequentemente ingeridas pelos alunos do ensino básico. Este tipo de alimentação não faz parte de uma dieta alimentar saudável, porque é de baixo valor nutritivo, contém muitas gorduras saturadas, sal e aditivos alimentares (Fonseca, 2005).

Mais de um quarto dos inquiridos ingerem regularmente (consumo diário e 3 a 4 vezes por semana) guloseimas (28%) e bolos/pastéis (32%) que contêm excesso de açúcar e, muitas vezes, são ricos em gorduras, hidratos de carbonos e aditivos alimentares. As taxas de consumo sistemático de bolos/pastéis são aproximadamente iguais nos Ensinos Secundário e Básico, contudo, neste último nível de escolaridade, regista-se, cerca de, mais 10% de alunos a consumir regularmente guloseimas.

Os legumes cozidos e crus são consumidos, regularmente (consumo diário e 3 a 4 vezes por semana) por mais de metade dos adolescentes da amostra. Os vegetais são ricos em água e em nutrientes reguladores, como os sais minerais e as vitaminas e, normalmente pobres em hidratos de carbono, gorduras e proteínas, pelo que, devem integrar a dieta alimentar de qualquer indivíduo. Regista-se que o consumo de vegetais diminui, preocupantemente, com o aumento da escolaridade e aproximadamente 15% dos alunos sujeitos ao inquérito nunca ingerem legumes crus e 5% legumes cozidos.

Releva-se, pela positiva, o facto de aproximadamente 55% dos alunos consumirem diariamente fruta e 85% o fazerem regularmente (consumo diário e 3 a 4 vezes por semana). Este é um comportamento saudável porque a fruta é rica em água, sais minerais, vitaminas e praticamente não contém gorduras e proteínas, salvo raras exceções. Com a escolaridade a frequência de consumo diário de fruta diminui e a ingestão regular aumenta. Os valores obtidos para o consumo diário de fruta diferem dos constatados no HBSC 2006, pois nesse estudo verificou-se uma menor frequência de ingestão de fruta.

O hábito, salutar, de ingerir água parece estar enraizado nos alunos da amostra pois, mais de 90% dos alunos bebe-a diariamente, não havendo diferenças apreciáveis entre o Ensino Básico e Secundário. Aproximadamente um quarto dos inquiridos, consome diariamente refrigerantes/bebidas açucaradas e mais de metade, nos dois níveis de ensino, ingerem regularmente estas bebidas que contêm excesso de açúcar e outros ingredientes, por vezes nocivos para o organismo, como por exemplo a cafeína, os corantes e conservantes alimentares. A ingestão de refrigerantes/bebidas açucaradas diminui com o aumento da escolaridade. Os

valores encontrados para o consumo diário deste tipo de bebida estão muito próximo dos registados no HBSC 2006, para os jovens portugueses.

O hábito de tomar café é pouco expressivo no Ensino Básico mas aumenta com a escolaridade e, como tal, requerer uma intervenção adequada em EpS de forma a reverter esta tendência. Um quinto dos alunos, aproximadamente, consome regularmente café, sendo a disponibilidade de consumo no interior da escola e, no exterior próximo, um factor que poderá estar na origem dos valores obtidos. Um dos componentes do café é a cafeína, sendo esta uma substância psicoactiva que actua como estimulante do córtice cerebral, da medula espinal e da circulação periférica (Aragão & Sacadura, 2002).

Os alimentos consumidos com mais frequência, diariamente e regularmente (consumo diário e 3 a 4 vezes por semana) ao pequeno-almoço são: o leite gordo/meio gordo/com chocolate, os cereais/Chocapic/Corn Flakes, queijo/manteiga e pão. Esta dieta alimentar remete para um pequeno-almoço rico em hidratos de carbono, fornecendo energia para as primeiras horas do dia porque contém proteínas e outros nutrientes importantes para o organismo, os quais são fornecidos pelo leite e seus derivados mas, por outro lado, também é abundante em gorduras. O consumo diário e regular de leite gordo/meio gordo, cereais, queijo/manteiga diminui com o aumento da escolaridade sendo, no caso do leite, a variação registada pouco apreciável. A ingestão diária de pão cresce, pouco acentuadamente, no Ensino Secundário.

Merece destaque pela positiva, o facto de 37,8% dos alunos comerem regularmente (consumo diário e 3 a 4 vezes por semana) fruta e 23,9% ingerem sumo natural de fruta.

Acresce que mais de um quarto dos inquiridos diz consumir regularmente bolachas/Bolicao/Donuts e aproximadamente, 15% ingerir bolos/pastéis, refrigerantes/bebidas açucaradas e café. A ingestão deste tipo de alimentos é maior no Ensino básico, à excepção do café que, como já foi visto, aumenta apreciavelmente com o nível de escolaridade.

Relativamente ao lanche, os alimentos mais consumidos diariamente e regularmente (consumo diário e 3 a 4 vezes por semana) são: o leite gordo/meio gordo/com chocolate, queijo/manteiga, pão e fruta. Comparativamente com o pequeno-almoço, os cereais/Chocapic/Corn Flakes deixam de ser um dos alimentos eleitos, sendo substituídos pelo consumo de fruta por, aproximadamente, um quinto dos inquiridos.

Regista-se que mais de um quinto dos inquiridos comem regularmente bolachas/Bolicao/Donuts, bolos/doces de pastelaria e bebem refrigerantes/bebidas açucaradas. O consumo ocasional de bolachas/Bolicao/Donuts, refrigerantes/bebidas açucaradas, pastéis de carne/rissóis/empadas e batatas fritas é superior a 40% .

Em síntese, os resultados desta investigação reflectem a necessidade de investir mais na área da educação alimentar na escola alvo pois, os hábitos detectados apontam uma alimentação rica em gorduras e açúcar.

### **5.2.1.2. Conclusões sobre hábitos de consumo de bebidas alcoólicas**

Aproximadamente quatro quintos dos alunos já experimentaram bebidas alcoólicas, registando-se uma maior percentagem de raparigas a incorrer neste comportamento, não sendo a diferença entre sexos estatisticamente significativa ( $p > 0,050$ ). Esta diferença contraria os resultados do ESPAD 2007, onde se constata uma taxa mais elevada no sexo masculino.

A experiência de ingestão de álcool aumenta, consideravelmente, com o aumento da escolaridade e, conseqüentemente, idade. As diferenças registadas entre o 3º Ciclo e o Ensino secundário são estatisticamente significativas ( $p < 0,050$ ).

O consumo excessivo de álcool, ao ponto de provocar embriaguez, também é maior nas raparigas e a diferença entre sexos é estatisticamente significativa ( $p < 0,050$ ). Merece destaque o facto de mais de um quinto dos alunos de ambos os sexos já terem incorrido neste comportamento. Mais uma vez, a diferença registada contraria os resultados do ESPAD 2007, onde se aponta para um maior excesso de consumo no sexo masculino. O número de episódios de embriaguez, aumenta com o nível de escolaridade.

As bebidas brancas são as mais consumidas, diariamente e regularmente (todos os dias e algumas vezes por semana) pelos alunos em ambos os sexos, sendo o vinho de menor consumo. No estudo ESPAD 2007 verificou-se que a bebida mais ingerida era a cerveja. Atendendo à diferença entre sexos, constatamos que as raparigas bebem, ocasionalmente, mais bebidas brancas, mas são os rapazes os que apresentam as maiores taxas de ingestão no que respeita aos restantes consumos.

Os consumos diários e regulares (todos os dias e algumas vezes por semana) de vinhos são muito idênticos nos diferentes níveis de escolaridade contudo, os consumos ocasionais (algumas vezes por mês e menos de uma vez por mês) são mais elevados no Ensino

Secundário. A ingestão de cerveja e bebidas brancas, regular e ocasional, aumenta com a escolaridade.

Em suma, salienta-se, pela negativa, a grande prevalência de inquiridos que já provaram álcool (82,6%) e que incorreram em embriaguez (25%) bem como, os hábitos de consumo das raparigas, que superam o sexo oposto, na ingestão de bebidas com maior grau de alcoolemia.

#### **5.2.1.3. Conclusões sobre hábitos tabágicos**

Nesta investigação, constatou-se que 14,6% dos inquiridos são fumadores (9,3% fuma todos os dias, 3,0% pelo menos um cigarro por semana e 2,3% fuma menos de um cigarro por semana). No HBSC 2006, regista-se que, aproximadamente, o dobro de adolescentes tem o hábito de fumar pelo menos uma vez por semana. Neste estudo, as raparigas fumam mais, embora a diferença não seja apreciável, comparativamente com o sexo masculino. Mais de metade dos fumadores diários consomem mais de cinco cigarros por dia e há mais raparigas a incorrer neste hábito. No ESPAD 2007, os jovens portugueses do sexo masculino são quem fumam mais.

Ao longo da escolaridade, o hábito diário de fumar aumenta, regra geral, assim como o número de cigarros consumidos por dia. No que respeita às tentativas de abandonar o consumo de tabaco, são os rapazes que expressam esta intenção em maior percentagem.

Em síntese, com o aumento da escolaridade e conseqüentemente, com o aumento da média de idades, o consumo de tabaco sobe. Embora os resultados deste estudo apontem para prevalências dos hábitos tabágicos inferiores às de alguns estudos internacionais, torna-se necessário continuar a trabalhar em EpS, tendo com objectivo a erradicação deste hábito não saudável que, segundo os nossos dados e os das referências bibliográficas está, gradualmente, a enraizar-se no sexo feminino.

#### **5.2.1.4. Conclusões sobre hábitos de actividade física e desporto**

Neste estudo, constata-se que aproximadamente três quartos dos inquiridos praticam regularmente (todos os dias, 4 a 6 vezes por semana e 2 a 3 vezes por semana) actividade física e desporto fora do horário escolar e, 17% praticam todos os dias. Nunca desenvolveram qualquer das actividades mencionadas 9% dos alunos sujeitos ao inquérito.

Os rapazes praticam diariamente e regularmente mais actividade física e/ou desporto que as raparigas, as diferenças entre sexos são estatisticamente significativas ( $p < 0,050$ ). Estes resultados são concordantes com os do HBSC 2006, para os jovens portugueses. Regra geral, ao longo da escolaridade a prática de actividade física e/ou desporto diminui, embora as diferenças entre o 3º Ciclo e o Ensino Secundário sejam pouco apreciáveis.

Relativamente à prática de actividades desportivas fora da escola, os rapazes também são os que mais possuem este hábito, sendo as diferenças entre sexos estatisticamente significativas ( $p < 0,050$ ). Estes dados estão em concordância com os resultados nacionais do HBSC 2006.

As modalidades desportivas mais praticadas são o futebol, a natação e o basquetebol e, os alunos do Ensino Secundário são os que mais as elegem. Estes dados continuam a ser concordantes com os resultados nacionais do HBSC 2006. O futebol é a modalidade mais praticada pelos rapazes e a natação pelas raparigas. Em ambos os sexos, duas das três modalidades mais praticadas são a natação e o basquetebol. Os inquiridos do 3º Ciclo praticam mais futebol e no Ensino Secundário natação. Merece realce, do Ensino Básico para o Secundário, o aumento considerável da percentagem de alunos que fazem ginásio e a diminuição da prática de basquetebol.

Em relação aos jovens que fazem parte de uma equipa desportiva na escola, apenas 15% dos inquiridos integram uma e, há mais rapazes a fazê-lo, acentuadamente no Ensino Secundário. As diferenças registadas no que respeita aos níveis de escolaridade são estatisticamente significativas ( $p < 0,050$ ).

Em jeito de conclusão, impõe-se realçar alguns aspectos que nos parecem relevantes. Sendo uma grande percentagem de alunos, principalmente os rapazes, que têm o hábito salutar de praticar desporto fora da escola, na generalidade, verifica-se que esta prática decresce à medida que aumenta a escolaridade/idade, pelo que, cabe à escola reverter esta tendência, estimulando este comportamento junto dos adolescentes mais velhos e das raparigas.

#### **5.2.1.5. Conclusões sobre o índice de massa corporal dos alunos**

O IMC não é o real mas o perceptível, uma vez que os inquiridos não foram medidos nem pesados, os cálculos foram realizados com valores referidos pelos alunos.

Pouco menos de três quartos da população inquirida apresenta peso normal e é nos rapazes onde se regista a maior percentagem. A taxa de alunos com baixo peso ultrapassa, no dobro da percentagem, os que têm excesso. Dos inquiridos 2,8% apresentam magreza severa e 0,75% são obesos, sendo estes índices de massa corporal mais característicos no sexo feminino. A elevada percentagem de alunos com baixo peso, pode indiciar a existência de alunos com anorexia ou bulimia.

Os valores percentuais mais elevados relativos ao peso normal verificam-se no Ensino Secundário, mais precisamente no 12º ano, enquanto que o 7º ano regista os menores valores. O baixo peso é mais característico nos estudantes do 3º Ciclo e o excesso de peso nos do Ensino Secundário.

Quantos aos resultados, em relação a este indicador, o número de alunos com baixo peso é surpreendente para o investigador. Uma possível justificação para os valores obtidos, poderá estar relacionada com o trabalho desenvolvido em EpS que, preferencialmente, se poderá centrar na área da alimentação dos comportamentos relacionados com excessos alimentares.

## **5.2.2. Factores Relacionados com Comportamentos de Saúde dos Alunos**

### ***5.2.2.1. Conclusões sobre a relação entre a retenção/reprovação escolar e alguns comportamentos de saúde dos adolescentes da amostra.***

Os discentes que registam no seu percurso escolar retenções/reprovações são os que menos tomam o pequeno-almoço, durante a semana, consomem regularmente (diariamente e 3 a 4 vezes por semana) menos fruta e bebem mais refrigerantes/bebidas açucaradas. Também apresentam uma maior frequência de ingestão regular (diariamente e 3 a 4 vezes por semana) de leite magro (15,8%) mas, estatisticamente, a diferença entre os alunos com e sem o supracitado historial escolar não é significativa ( $p > 0,050$ ).

No que diz respeito à experiência de consumo de bebidas alcoólicas, aos consumos excessivos de álcool que levam à embriaguez e ao hábito de fumar, os alunos com retenções/reprovações escolares registam valores mais elevados e as diferenças constatadas são estatisticamente significativas ( $p < 0,050$ ), quando comparadas com o grupo de discentes que só têm transições escolares no seu historial.

A prática regular de actividade física/desporto, fora do horário lectivo, é menos frequente nos inquiridos com retenções/reprovações escolares, registando-se diferenças estatisticamente não significativas ( $p > 0,050$ ) entre os alunos que praticam ou não estas actividades.

Em suma, embora se verifiquem desigualdade entre os grupos em análise, só se constatarem diferenças, estatisticamente significativas em função da retenção/reprovação escolar, na experiência de consumo de bebidas alcoólicas, na ingestão excessiva de álcool que conduzem a embriaguez e no hábito de fumar. Pelos resultados expostos, pode-se considerar a retenção/reprovação escolar como um factor de risco nos comportamentos de saúde nefastos.

#### ***5.2.2.2. Conclusões sobre a relação entre a posição social e alguns comportamentos de saúde dos adolescentes da amostra***

Os alunos que pertencem a uma posição social superior são os que em maior percentagem tomam frequentemente o pequeno-almoço durante a semana, consomem regularmente (diariamente e 3 a 4 vezes por semana) mais fruta e bebem menos refrigerantes/bebidas açucaradas. Também apresentam um maior consumo regular (diariamente e 3 a 4 vezes por semana) de leite magro, contudo as diferenças encontradas entre as diferentes posições sociais não são estatisticamente significativas ( $p > 0,050$ ).

Uma possível explicação para estas diferenças, poderá estar relacionada com a educação dos pais, ou com a maior ou menor disponibilidade de determinados tipos de alimentos, os quais dependem do factor económico.

No que respeita à experimentação de bebidas alcoólicas e ao hábito de fumar, os alunos que pertencem a uma posição social superior apresentam maiores prevalências destes comportamentos. Contudo, as diferenças constatadas entre estatutos sociais não são estatisticamente significativas ( $p > 0,050$ ).

O consumo excessivo de álcool até à embriaguez é, ligeiramente, menor na posição social superior embora, as diferenças verificadas entre estatutos sociais também não sejam estatisticamente significativas ( $p > 0,050$ ).

As diferenças verificadas no consumo de álcool e tabaco poderão estar ligadas ao factor económico. Nas posições sociais mais baixas a falta de disponibilidade de meios não permite um consumo regular das referidas substâncias, mas quando têm poder de compra acabam por

cometer excessos, o que justifica a maior percentagem encontrada para episódios de consumo excessivo.

A prática regular (todos os dias, 4 a 6 vezes por semana e 2 a 3 vezes por semana) de actividade física/desporto, fora do horário lectivo, é um hábito mais recorrente nas posições sociais mais privilegiadas, sendo as diferenças obtidas estatisticamente significativas ( $p < 0,050$ ).

Pelo anteriormente exposto, embora se tenham verificado algumas discrepâncias entre os grupos em análise, só se constataram diferenças estatisticamente significativas, em função da posição social, na prática regular de actividade física/desporto.

### ***5.2.2.3. Conclusões sobre a relação entre as habilitações literárias dos pais e alguns comportamentos de saúde dos adolescentes da amostra***

Os adolescentes cujos progenitores são detentores de habilitações literárias superiores, regra geral, consomem regularmente (diariamente e 3 a 4 vezes por semana) mais fruta e menos refrigerantes que os restantes inquiridos.

A experiência de consumo de bebidas alcoólicas é maior nos alunos cujo pai tem habilitações literárias superiores e menor nos descendentes de mães com habilitações literárias superiores. As diferenças registadas entre grupos com habilitações literárias diferentes não são estatisticamente significativas ( $p > 0,050$ ), independentemente do familiar em questão

Em relação a ingestão excessiva de álcool até à embriaguez e ao hábito de fumar dos alunos, registam-se consumos mais elevados nos grupos de adolescentes com pai e mãe detentores de menor formação académica. As diferenças constatadas entre grupos com pais de habilitações literárias diferentes não são estatisticamente significativas ( $p > 0,050$ ).

A percentagem de alunos filhos de pais e mães com habilitação literárias superiores, que praticam actividade física/desporto, é superior à que se constata nos grupos de filhos de pais e mães com habilitações literárias inferiores, contudo as diferenças não são estatisticamente significativas ( $p > 0,050$ ).

Embora as habilitações literárias dos pais pareça ter influência nos comportamentos de saúde dos filhos, não se verificaram diferenças com significado estatístico, o que é um efeito positivo.

### **5.2.3. Conclusões sobre percepção de temas de Educação para a Saúde abordados na escola, pelos dos alunos do 9º e 12º ano de escolaridade**

Mais de metade dos alunos dos dois níveis de escolaridade, referem ter abordado os temas que lhes foram apresentados sobre hábitos alimentares, à excepção do tópico sobre “processos de confeccionar os alimentos”.

Dos temas abordados, a “noção de uma alimentação saudável”, “a Roda/Pirâmide dos alimentos” e “as consequências de uma alimentação desequilibrada na saúde”, são os mais percebidos pelos alunos do 9º e 12º ano. Também nestes dois níveis de escolaridade, os “processos de confeccionar e conservar os alimentos” e as “consequências de uma alimentação desequilibrada no rendimento intelectual”, são os temas referidos como tendo sido menos tratados. Regra geral, do 9º para o 12º ano diminuem as frequências da percepção de temas abordados pelos inquiridos.

Mais de 50% dos alunos, nos dois níveis de escolaridade, têm a percepção de terem abordado os temas que lhes foram apresentados sobre consumo de álcool. O tema mais tratado, nos dois níveis de ensino, é as “consequências do consumo de álcool na saúde” e, os dois menos abordados são “cálculo da taxa de alcoolemia” e “comparação de graduações de diferentes bebidas alcoólicas”. Entre o 9º e o 12º ano há uma diminuição, generalizada, das frequências, na abordagem dos temas relacionados com o consumo de álcool.

Constata-se que mais de 60% dos alunos, nos dois níveis de escolaridade, têm a percepção de terem abordado os temas sobre consumo de tabaco que lhes foram apresentados. No 9º e 12º ano, as “consequências do consumo de tabaco na saúde”, as “consequências do consumo de tabaco no rendimento físico” e a “identificação do tabaco como uma droga”, são os assuntos mais abordados. Merece realce o facto das “consequências familiares do consumo de tabaco” ser um dos tópicos menos tratados nos dois anos de escolaridade.

Em relação à actividade física/desporto, salientam-se como assuntos mais tratados em ambos os níveis de escolaridade, as “vantagens da prática de actividade física/exercício físico na saúde física e na saúde mental” e, os dois menos abordados os “comportamentos que diminuem a capacidade dos indivíduos para a prática desportiva” e o “número de horas de actividades físicas a praticar por dia”. Destaca-se que mais de 65% dos alunos do 9º ano e mais de 70% do 12º ano, abordou as temáticas actividade física e desporto que lhes foram apresentadas.

Ainda em relação à actividade física e desporto, constata-se que, regra geral, ao contrário dos temas sobre alimentação saudável, consumo de álcool e tabaco, há um aumento das frequências do 9º para o 12º ano.

Em conclusão, à excepção da grande maioria dos temas de actividade física e desporto, regra geral, verifica-se um declínio das percentagens de percepção do 9º para o 12º ano. Uma possível justificação para esta constatação, poderá estar relacionada com o maior investimento que se tem feito, nos últimos anos, no Ensino Básico a nível da EpS. Uma outra hipótese explicativa estará relacionada com a memória humana que focaliza assuntos específicos e esquece outros com o passar do tempo. Por outro lado, o 3º Ciclo é um ensino mais generalista, comparativamente, com o Secundário que é baseado em áreas de especialização, conseqüentemente a nível da memória os assuntos relacionados com os interesses dos alunos vão sendo substituídos por outros de maior importância prática.

### **5.3. IMPLICAÇÕES DOS RESULTADOS**

Esta investigação permitiu fazer um bom diagnóstico da situação sobre prevalências e factores de risco de alguns comportamentos de saúde (hábitos alimentares, prática de actividade física, consumo de álcool e de tabaco) dos jovens adolescentes da amostra. Permitiu ainda descrever a percepção de temas de promoção de saúde desenvolvidas na escola alvo. Os resultados obtidos neste estudo são de extrema importância em Educação para a saúde, porque foram identificados os hábitos de saúde dominantes na população alvo, os quais devem ser analisados/ponderados e tomadas medidas preventivas e correctivas dos comportamentos de saúde nestes adolescentes.

Este estudo serviu para detectar alguns aspectos positivos e negativos nos comportamentos de saúde dos jovens da amostra. Salienta-se pela positiva alguns bons hábitos alimentares, tais como a frequência com que os adolescentes fazem as principais refeições, o número de vezes que comem entre as principais refeições e as elevadas taxas de consumo de leite, fruta e água. Regista-se ainda a elevada participação dos alunos na prática de actividade física e desporto. Por outro lado, há que destacar negativamente o facto da frequência destes comportamentos diminuir ao longo da escolaridade.

Destaca-se pela negativa as elevadas frequências de consumo de refrigerantes/bebidas açucaradas, bolos/pastéis, batatas fritas e guloseimas e, o facto dos inquiridos consumirem mais carne que peixe.

Também merece realce pela negativa, a existência de uma apreciável percentagem de alunos com baixo peso e magreza severa, a percentagens destes casos ultrapassa o dobro da taxa de inquiridos com excesso de peso.

Pela negativa constata-se a elevada percentagem de episódios de consumo excessivo de bebidas alcoólicas, principalmente de bebidas brancas e no sexo feminino e salienta-se ainda o aumento deste hábito com a escolaridade. Os hábitos tabágicos embora não sejam um problema na população alvo, registam uma apreciável frequência e também aumentam com a escolaridade.

Ao analisarmos a relação entre a posição social e as habilitações literárias dos pais com os comportamentos de saúde dos adolescentes, não se verificam diferenças estatisticamente significativas. Contudo quando relacionamos a retenção/reprovação escolar com os comportamentos de saúde constata-se que este é um factor de risco. Pelo exposto, tem que se tomar medidas para combater o insucesso escolar, este é responsável pela diminuição da confiança que o aluno têm em si mesmo, a motivação e a auto-estima diminuem, aumenta a insegurança do jovem adolescente e, conseqüentemente incorre num maior número de comportamentos pouco saudáveis.

Em relação à percepção que os alunos têm sobre as temas de promoção de saúde desenvolvidas na escola alvo, verificam-se que há áreas em EpS pouco trabalhadas no Ensino Básico e principalmente no Secundário, pois, regra geral, os temas são abordados no Ensino Básico e esquecidos no Secundário. Este facto pode estar relacionado com o maior investimento que se tem feito em EpS, nos últimos anos, no Ensino Básico, por outro lado com o passar do tempo a memória humana focaliza assuntos específicos e esquece outros e, com a escolaridade os assuntos relacionados com os interesse dos alunos vão sendo substituídos por outros de maior importância. Assim sendo, é preciso reforçar a EpS no 3º Ciclo e investir nesta área no Ensino Secundário.

Os resultados desta investigação sugerem que na escola alvo é preciso investir mais na área da Promoção e Educação para a Saúde, tanto a nível das áreas curriculares, como nas áreas curriculares não disciplinares, procurando planear e desenvolver as mais adequadas e

eficazes actividades de intervenção. É urgente sensibilizar os alunos para a prevenção da doença e preservação da saúde, é necessário capacitá-los com conhecimentos e competências para combaterem comportamentos de risco.

Os excessos de consumo de alimentos pouco saudáveis, em comparação com o reduzido hábito de ingestão de alguns alimentos saudáveis, detectados nos alunos da amostra, são um sinal que é preciso educar, com correcção, para as escolhas alimentares adequadas.

A educação alimentar deve consistir num processo contínuo, baseado na compreensão e apropriação/interiorização de informação através da motivação, da estimulação da capacidade e possibilidade de escolha e de estratégias de manutenção da mudança (Santos, 2005).

Os programas de educação alimentar devem dinamizar a actualização dos conhecimentos dos alunos sobre alimentação saudável, desenvolver actividades centradas nas vantagens da ingestão de alimentos saudáveis, promover as alterações necessárias nos espaços físicos que disponibilizam alimentos (bares/cantina/máquinas de alimentos/cafés e pastelarias exteriores à escola), de forma a torná-los coerentes com o que é ensinado em sala de aula. Em todo este processo não deve ser esquecido o envolvimento dos encarregados de educação e a formação contínua de professores nas áreas de educação alimentar, para a saúde e o bem estar físico e psicológico

O consumo de bebidas alcoólicas detectado na população alvo, principalmente no sexo feminino, requerer uma intervenção sensível e apropriada, pois também a nível nacional o consumo de álcool está a aumentar no sexo feminino e nos jovens levando a que, a Resolução do Conselho de Ministros n.º 166/2000, de 29 de Novembro, tivesse identificado o alcoolismo como o comportamento de maior dependência dos portugueses o que originou à aprovação de um Plano de Acção contra o Alcoolismo.

O consumo excessivo de álcool, principalmente, de bebidas brancas, reforça a necessidade de desenvolver na escola programas de prevenção do consumo de álcool. No entanto, não podem ficar apenas por abordagens realizadas, pontualmente, e centradas na transmissão de informação pois, seriam diluídas no quotidiano escolar e ineficazes na prevenção do consumo.

A idade crítica para o início do consumo de drogas (álcool, tabaco e outras) corresponde ao período entre 12 aos 15 anos, pelo que a educação para os consumo, incluindo o álcool, deve desenvolver-se na escola precocemente (Calafat & Munar, 1999).

As conclusões da investigação que levamos a cabo, baseadas nos elementos recolhidos e tratados, revelam que há uma percentagem apreciável de fumadores, embora os resultados sejam significativamente mais animadores do que os dos estudos HBSC 2006 e ESPAD 2007. É consensual na comunidade científica, que o consumo do tabaco é prejudicial para a saúde do ser humano e que as consequências deste comportamento são devastadoras. Partindo desta constatação, é necessário começar a agir na prevenção e tratamento do tabagismo na população alvo pois, enquanto não se irradiar por completo este hábito é necessário investir na elaboração de programas de intervenção (prevenção e cessação).

Embora se tenha verificado numa grande percentagem de alunos da amostra, principalmente rapazes, o hábito salutar de praticar actividade física/desporto, constatou-se que estes hábitos diminuem com o aumento da escolaridade/idade. É também da responsabilidade da escola reverter esta tendência, desenvolvendo programas que procurem incentivar a adopção de comportamentos mais activos e saudáveis, promotores do bem-estar individual e colectivo, principalmente, junto dos discentes mais velhos e das raparigas. As aulas de educação física, o desporto escolar, os desportos de equipa e de uma forma geral as actividades de grupo, podem aumentar os níveis interesse pela actividade física nos jovens.

É absolutamente necessário desenvolver programas de intervenção no domínio da actividade física/desporto, não só por uma questão de controle de peso, mas pelas vantagens que a prática de actividade física traz para a saúde em geral física e mental, para o rendimento intelectual e para a aparência e melhor auto-imagem do ser humano.

A participação dos jovens em desportos organizados é responsável por gastos energéticos da ordem dos 20% e 16% do total diário despendido, nos rapazes e nas raparigas, respectivamente (Katzmarzyk & Malina, 1998). Este estudo sugere-nos que a escola deve investir mais neste tipo de actividade física, principalmente, como forma de combater o excesso de peso registado em alguns alunos da amostra, pois a Organização Mundial de Saúde, face ao crescente número de crianças e jovens obesos considera este problema como uma epidemia mundial. Urge, também, identificar os determinantes sociais da obesidade, para ajudar a alicerçar medidas e programas de intervenção.

Actualmente, na sociedade de consumo em que vivemos, importa estar atento ao excesso de peso e à obesidade, contudo, na população alvo a percentagem de alunos com baixo peso e magreza severa ultrapassa o dobro dos inquiridos com excesso de peso e é mais elevada

no sexo feminino. Este facto é inquietante pois, alguns destes casos poderão corresponder a doentes anorécticos ou com bulimia. Estas doenças são muito mais prevalentes nas mulheres do que nos homens, podem surgir em qualquer fase da vida mas, é mais frequente que se inicie durante a adolescência, principalmente entre os 13 e os 18 anos (Brandão, 2007). Assim, é urgente desenvolver actividades e propostas de intervenção neste campo, para prevenir ou detectar e tratar, atempadamente, os alunos com este problema de saúde.

Esta investigação serviu para “radiografar” e assim detectar os problemas relacionados com alguns comportamentos de saúde dos jovens adolescentes da amostra e deverá servir como ponto de partida para a elaboração de programas de intervenção em EpS na escola alvo, porque faz o diagnóstico da situação real e actual desses comportamentos. Assim sendo, os resultados obtidos neste estudo obrigam à sua profunda reflexão e discussão na comunidade educativa docente. É também um adequado e exaustivo instrumento de trabalho para a equipa responsável pela elaboração do Projecto Educativo de Escola (PEE) e para a equipa que coordena o Projecto de Eps na instituição em foco. Faz parte da filosofia de um PEE, partir para a sua elaboração com base num diagnóstico da situação real dos problemas da escola, sejam eles os comportamentos de saúde ou outros quaisquer.

Detectados os problemas, é necessário reconhecer os seus factores determinantes, planear e organizar o projecto de intervenção com base nas metas e objectivos a atingir, previamente definidos. Após a definição de objectivos e escolha da intervenção mais eficaz, é preciso seleccionar o(s) grupo(s) alvo(s). Posteriormente, define-se a metodologia e as técnicas a utilizar, sem nunca esquecer de fazer a avaliação formativa das sucessivas etapas do projecto e a apreciação/ avaliação finais

A metodologia para desenvolver um projecto em EpS deve ter como principal sujeito e centro do processo, o aluno, este deve ser o mais interventivo possível, isto é, o actor através da pesquisa, discussão e elaboração da informação. As técnicas a aplicar dependem das metas e objectivos a alcançar, devem basear-se em análise e resolução de problemas; reflexão crítica de situações e mensagens veiculadas; por exemplo, as publicitárias; devem promover a introspecção e estimular a partilha de dúvidas; devem incentivar o diálogo e ser um elemento facilitador na análise e descodificação das crenças dos discentes (Calafat & Munar, 1999).

Independentemente da metodologia e técnicas seleccionadas, para a implementação de programas preventivos é necessário que sejam interactivos, promovam a reflexão, que o aluno

seja o centro de todo o processo educativo, que estimulem o discente a partilhar dúvidas e a expor as suas crenças, analisando-as criticamente e encontrando alternativas de actuação (Calafat & Munar, 1999). Em todo este processo não pode ser esquecido o envolvimento das figuras tutelares, pais/encarregados de educação/familiares dos estudantes e a formação específica e actualizada de professores na área da EpS.

Como anteriormente referido, os resultados deste estudo sublinham a importância da elaboração e operacionalização de programas de intervenção na escola alvo consequentemente, é necessário um espaço temporal e recursos humanos para a aplicação dos mesmos. Muitas vezes estas carências são apresentadas como justificação para não levar a cabo os programas pois, as escolas/agrupamentos de escolas parecem ignorar que o Decreto de Lei n.º 6/2001 que permite fazer uma gestão flexível dos currículos, criando um Projecto Curricular de Escola e Projectos Curriculares de Turma, que permitirão trabalhar em EpS através da reformulação das orientações curriculares de algumas disciplinas. Por outro lado, este Decreto de Lei prevê a existência de 45 minutos semanais, no 2º e 3º Ciclos, que são da autonomia de cada Escola, podendo ser utilizados para esse fim. A má gestão da componente não lectiva dos docentes aliada a carências de formação neste domínio, parece ser outro dos entraves do processo.

Com este projecto também se pretendeu desenvolver os alicerces necessários à criação de um observatório dos comportamentos de saúde, na comunidade alvo. O observatório de saúde deverá servir para monitorizar periodicamente os supracitados comportamentos dos estudantes, identificar problemas em EpS já solucionados e os emergentes, para posteriormente, delinear linhas orientadoras de intervenção na comunidade. A referida monitorização deverá ser realizada de três em três anos, período este correspondente a um ciclo de estudos, utilizando para esse fim o mesmo questionário, o que permitirá comparar resultados e verificar a evolução da prevalência dos hábitos de saúde em estudo.

Este trabalho de investigação também pretende ser mais um dos muitos contributos para o conhecimento da comunidade científica e poderá funcionar como exemplo a seguir por outras comunidades educativas, no sentido do diagnóstico das necessidades escolares no âmbito da saúde. Essas instituições poderão realizar uma monitorização idêntica à deste estudo para detectar problemas em EpS e posteriormente desenvolverem um Projecto Educativo de Escola que contemple uma intervenção específica neste domínio.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrunhosa, M. A. & Leitão, M. (1987). *Introdução à Psicologia*, vol.1, 4ª edição. Porto: Edições Asa.
- Adès, J. & Lejoyeux, M. (1997). *Comportamentos Alcoólicos e o seu Tratamento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Almeida, J. F. & Pinto, J. M. (1995). *A Investigação nas Ciências Sociais*. Lisboa: Editorial Presença.
- Almeida, L. S. & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilibrios.
- American College Of Sports Medicine (1991). *Guidelines for exercise testing and prescription*, 4th edition. Philadelphia: Lea & Febiger.
- American College Of Sports Medicine (2000). *Guidelines for exercise testing and prescription*, 6th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Amorim, A. (1995). *Introdução às Ciências Sociais*. Aveiro: Estante Editora.
- Aragão, M. J. & Sacadura, R. (2002). *Guia Geral das Drogas: explicar o seu mecanismo e as suas consequências*. Lisboa: Terramar.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação. Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto Editora.
- Bouchard, C. ; Malina, R. & Pérusse, L. (1997). *Genetics of Fitness and Physical Performance*. Champaign, Illinois: Human Kinetics Publishers.
- Brandão, I. (2007). Anorexia e Bulimia. *O essencial da Saúde*, vol.4. Centro de Educação Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Matosinhos: Edições Quidnovi.
- Branquinho, L. (2000). *Determinantes da Saúde na União Europeia. Actas de Conferência de Évora*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Calafat, A. (2002). Estrategias Preventivas del Abuso de Alcohol. *Adicciones*, vol.14 (Supl. 1), pp.317-335.

Calafat, A. & Munar, M. A. (1999). *Actuar es posible: Educación sobre el alcohol*. Madrid: Ministerio del Interior. Consultado em 30 de Janeiro de 2009 em [http://www.irefrea.org/archivos/sa/educacion\\_sobre\\_alcohol.pdf](http://www.irefrea.org/archivos/sa/educacion_sobre_alcohol.pdf).

Clímaco, M. I. & Ramos, L. M. (Coord.), (2003). *Álcool, Tabaco e Jogo. Do lazer aos consumos de risco*. Col. Saúde e Sociedade, nº 18. Coimbra: Quarteto Editora.

Costa, M. & López, E. (1996). *Educación Para La Salud: una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Pirámide.

Currie, C. ; Gabbainn, S. N. ; Godeau, E. ; Roberts, C. ; Smith, R. ; Currie, D. ; Pickett, W. ; Richter, M. ; Morgan, A. & Barnekow, V. (2008). *Inequalities in young people's health. International report from the Health Behaviour in Scholl-aged Children (HBSC) 2005/2006 survey*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Currie, C. ; Hurrelmann, K. ; Settertobulte, W. ; Smith, R. & Todd, J. (2000). *Health and health behaviour among young people. International report from the Health Behaviour in Scholl-aged Children (HBSC) 1997/98 survey*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Currie, C. ; Roberts, C. ; Morgan, A. ; Smith, R. ; Settertobulte, W. ; Samdal, O. & Rasmussen, V. B. (2004). *Young people's Health in context. International report from the Health Behaviour in Scholl-aged Children (HBSC) 2001/2002 survey*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Currie, C. ; Samdal, O. ; Boyce, W. & Smith, R. (2001). *HBSC, a WHO cross national study: research protocol for the 2001/2002 survey*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. Consultado em 18 de Abril de 2008 em <http://www.euro.who.int/>.

Diogo, F. & Vilar, A. M. (2000). *Gestão Flexível do Currículo*. Porto: Edições ASA.

Dixey, R. ; Heindl, I. ; Loureiro, I. ; Pérez, C. ; Snel, J. & Warnking, P. (1999). *Healthy eating for young people in Europe. A school - based nutrition education guide*. Copenhaga: World Health Organization Regional Office for Europe.

Duarte, M. & Villani, V. (2001). *Construir o conhecimento científico a partir do conhecimento quotidiano – um estudo comparado sobre o tema “alimentação humana”*. Braga: Centro de Estudos em Educação e Psicologia, Universidade do Minho.

Erasmie, T. & Lima, L. C. (1989). *Investigação e Projectos de Desenvolvimento em Educação*. Braga: Unidade de Educação de Adultos, Universidade do Minho.

Ezquerria, E. A. (2003). *Tabagismo e doença*. Col. Saúde para Todos. Rio de Mouro: Everest Editora, Lda.

Ezquerria, E. A. ; Idoate, M. V. & Barrero, E. A. (2003). *Exercício físico. O talismã da saúde*. Col. Saúde para Todos. Rio de Mouro: Everest Editora, Lda.

Feijão, F. (2008). *Inquérito Nacional em Meio Escolar – 2006. Consumo de Drogas e outras Substâncias Psicoactivas: Uma abordagem integrada*. Resultados Preliminares. Comunicação apresentação em Congresso, Évora, 18 de Abril. Consultado em 5 de Janeiro de 2009 em [http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/2008/12/inquerito\\_2006\\_slides.pdf](http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/2008/12/inquerito_2006_slides.pdf).

Feijão, F. & Lavado, E. (2003). *Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga, em alunos do ensino público – Portugal Continental/2003*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodpendência

Femenías, G. R. & Hernández (2003). *Nutrição Saudável e Dietas de Emagrecimento*. Col. Saúde para Todos. Rio de Mouro: Everest Editora, Lda.

Fernández, F. & Torrejón, M. (2000). *Guía de alimentación y salud*. Madrid: Edições UNED

Ferreira, G. (1994). *Nutrição Humana*. 2ª Edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Fonseca, M. H. R.(2005). *Compreender os Adolescentes. Um Desafio para Pais e Educadores*. Lisboa: Editorial Presença.

Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Ghiglione, R. & Matalon, B. (1992). *O Inquérito, Teoria e Prática*. Oeiras: Celta Editora.

Gonçalves, A. (2004). *Diferenças de Estilos de Vida entre Populações Jovens de Meio Rural (Concelho de Boticas) e de Meio Urbano (Cidade de Braga): Análise de concepções, de valores e de práticas*. Dissertação de Mestrado não publica. Braga: Universidade do Minho.

Gonçalves, A. (2008). *Álcool, tabaco e outras drogas: concepções de professores e alunos do ensino básico e secundário e análise de programas e manuais escolares*. Tese de Doutoramento em Estudos da Criança não publicada. Braga: Universidade do Minho.

Guba, E. G. & Lincoln, Y. S. (1994). Competing Paradigms in Qualitative Research. In DENZIN, N. & LINCOLN, Y. (eds). *Handbook of Qualitative Research*, pp.105-117. London: SAGE Publications.

Hibell, B. ; Andersson, B. ; Bjarnason, T. ; Ahlstrom, S. ; Balakireva, O. ; Kokkevi, A. & Morgan, M. (2004). *The ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and the Pompidou Group at the Council of Europe. Consultado em 8 de Dezembro em <http://www.espad.org/espad-reports>.

Hibell, B. ; Guttormsson, U.; Ahlstrom, S. ; Balakireva, O. ; Bjarnason, T. ; Kokkevi, A. & Kraus, L. (2009). *The 2007 ESPAD Report - Substance Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN).

Hill, M. M. & Hill, A. (2008). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Holford, P. (2000). *A bíblia da alimentação*. Lisboa: Editorial Presença.

Huerre, P. ; Pagan-Reymond, M. & Reymond, J. (2000). *A Adolescência não existe. Histórias das tribulações de um artifício*. Lisboa: Terramar.

Instituto Nacional De Cardiologia Preventiva (2002). *A situação da Saúde em Portugal em relação com outros países europeus*. Lisboa: Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva.

- Javeau, C. (1990). *L'Enquete para Questionnaire*. Bruxelas: Éditions de L'Université de Bruxelas.
- Katzmarzyk, P. T. & Malina, R. M. (1998). Contribution of Organized Sports Participation to Estimated Daily Energy Expenditure in Youth. *Pediatr Exercise Science*, vol.10, pp.378-386.
- Lança, R. (2007). *O Desporto e o Lazer. Uma gestão integrada*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Lopes, P. (2006). *A Modernidade Alimentar. In(e)volução Simbólica do Acto Alimentar*. Lisboa: Edições Colibri.
- Loureiro, I. (1999). A Importância da Educação Alimentar na Escola. In Sardinha, L. B. ; Matos, M. G. ; Loureiro, I. (Coord.). *Promoção da Saúde. Modelos e Práticas de Intervenção nos Âmbitos da Actividade Física, Nutrição e Tabagismo*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Macedo, M. & Precioso, J. (2006). Evolução da epidemia tabágica em adolescentes portugueses escolarizados e vias para o seu controlo - Uma análise baseada nos dados do Health Behaviour in School – Aged Children (HBSC). *Revista Portuguesa de Pneumologia*, vol. XII, nº 5, pp.525-538.
- Madelin, R. (2008). *Alcohol and Health: the EU Strategy*. European Alcohol an Health Forum. Brussels: EU.
- Malina, R. M. ; Bouchard, C & Bar-Or, O. (2004). *Growth, maturation and physical activity*. 2ª Edition. Champaign, Illinois: Human Kinetics Publishers.
- Marivoet, S. (1998). *Aspectos Sociológicos do Desporto*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Marques, J. A. (2007). Tabagismo. *O essencial da Saúde*, vol.3. Centro de Educação Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Matosinhos: Edições Quidnovi.
- Marques, P. (2007). Prevenção do Consumo de Substâncias Psicoactivas. In: Sousa, A. ; Pinto, A. ; Sampaio, D. ; Nunes, E. ; Baptista, M. I. M. & Marques, P. (2007). *Consumo de Substâncias Psicoactivas e Prevenção em Meio Escolar*. Direcção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular. Lisboa: Ministério da Educação.
- Matos, M. (2004). Psicologia da Saúde, Saúde Pública e Saúde Internacional. *Análise Psicológica*, vol. XXII, nº3, pp.449-462.

Matos, M. ; Gonçalves, A. & Gaspar, T. (2004). Adolescentes Estrangeiros em Portugal: Uma Questão de Saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, vol. 5, nº1, pp.75-85.

Matos, M. ; Gonçalves, A. ; Reis, C. ; Simões, C. ; Santos, S. ; Diniz, J. ; Lebre, P. ; Dias, S. ; Carvalhosa, S. & Gaspar, T. (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (4 anos depois)*. Lisboa: Edição da Faculdade de Motricidade Humana. Consultado em 1 de Maio de 2008 em <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial>.

Matos, M. ; Gonçalves, A. ; Simões, C. ; Tomé, G. ; Gaspar, T. & Camacho, I. (2006). *A saúde dos adolescentes portugueses, hoje e em 8 anos. Relatório preliminar do estudo HBSC 2006*. Lisboa: Edição da Faculdade de Motricidade Humana. Consultado em 1 de Maio de 2008 em <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial>.

Matos, M. ; Simões, C. ; Carvalhosa, S. F. & Reis, C. (1998). *A saúde dos adolescentes portugueses. Estudo Nacional da Rede Europeia da HBSC/OMS*. Lisboa: Edição da Faculdade de Motricidade Humana. Consultado em 1 de Maio de 2008 em <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial>.

Mello, M. ; Barrias, J. & Breda, J. (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Direcção Geral de Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde.

Mendoza, R. ; Pérez, M. & Foguet, J. (1994). *Conductas de los escolares españoles relacionadas com la salud (1986-1990)*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Ministério da Educação (2001). *Currículo Nacional do Ensino Básico – Competências essenciais*. Departamento da Educação Básica. Lisboa: Ministério da Educação.

Ministério da Educação (2005). Despacho n.º 19737/2005 (2.ª série). *Diário da República*. Lisboa: Ministério da Educação.

Ministério da Educação (2006a). *Protocolo entre Ministério da Educação e o Ministério da Saúde*. Lisboa: Ministério da Educação. Consultado em 8 de Dezembro de 2008 em [http://www.dgjidc.min-edu.pt/EducacaoSexual/ProtocoloME\\_MS1.pdf](http://www.dgjidc.min-edu.pt/EducacaoSexual/ProtocoloME_MS1.pdf).

Ministério da Educação (2006b). *Educação Para a Saúde*. Direcção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular. Lisboa: Ministério da Educação. Consultado em 10 de Outubro de 2008 em [http://sitio.dgidc.min-edu.pt/saude/Paginas/areas\\_Prioritarias.aspx](http://sitio.dgidc.min-edu.pt/saude/Paginas/areas_Prioritarias.aspx).

Ministério da Educação (2006c). *Educação Alimentar em Meio Escolar – Referencial para uma oferta alimentar saudável*. Direcção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular. Lisboa: Ministério da Educação. Consultado em 10 de Janeiro de 2009 em [http://www.drel.min-edu.pt/accao\\_social\\_escolar/livro-educacao-alimentar-em-meio-escolar.pdf](http://www.drel.min-edu.pt/accao_social_escolar/livro-educacao-alimentar-em-meio-escolar.pdf).

Ministério da Educação (2007). *Consumo de Substâncias Psicoactivas e Prevenção em Meio Escolar*. Direcção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular. Lisboa: Ministério da Educação. Consultado em 2 de Junho de 2008 em [http://sitio.dgidc.min-edu.pt/saude/Documents/consumo\\_prev.pdf](http://sitio.dgidc.min-edu.pt/saude/Documents/consumo_prev.pdf).

Ministério da Educação (2008). *Planeamento e Avaliação de Projectos – Guião prático*. Direcção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular. Lisboa: Ministério da Educação. Consultado em 5 de Março de 2009 em [http://www.dgidc.min-edu.pt/cidadania/Documents/Empreendedorismo/Liv\\_Planeam\\_Avalia\\_Projectos.pdf](http://www.dgidc.min-edu.pt/cidadania/Documents/Empreendedorismo/Liv_Planeam_Avalia_Projectos.pdf).

Ministério da Saúde (2003). *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida*. Direcção Geral da Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde. Consultado em 5 de Novembro de 2008 em [http://static.publico.clix.pt/docs/pesoemedia/DGS\\_Programa\\_Nacional\\_Intervencao\\_Integrada\\_Determinantes\\_Saude\\_Relacionados\\_Estilos\\_Vida\\_2003.pdf](http://static.publico.clix.pt/docs/pesoemedia/DGS_Programa_Nacional_Intervencao_Integrada_Determinantes_Saude_Relacionados_Estilos_Vida_2003.pdf).

Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Direcção Geral da Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde. Consultado em 5 de Novembro de 2008 em <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006757.pdf>.

Ministério da Saúde (2005). *Programa Nacional de Combate à Obesidade*. Direcção Geral da Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde. Consultado em 25 de Julho de 2008 em [http://static.publico.clix.pt/docs/pesoemedia/Programa\\_Nacional\\_De\\_Combate\\_Obesidade\\_2005.pdf](http://static.publico.clix.pt/docs/pesoemedia/Programa_Nacional_De_Combate_Obesidade_2005.pdf).

Ministério da Saúde (2006a). *Promoção de Saúde em Meio Escolar. Promoção de uma Alimentação Saudável*. Direcção-Geral da Saúde - Divisão de Saúde Escolar. Lisboa: Ministério da Saúde. Consultado em 25 de Junho de 2008 em <http://www.dgs.pt/>.

Ministério da Saúde (2006b). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Direcção-Geral da Saúde - Divisão de Saúde Escolar. Lisboa: Ministério da Saúde. Consultado em 5 de Novembro de 2008 em <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/4612A602-74B9-435E-B720-0DF22F70D36C/0/ProgramaNacionaldeSa%C3%BAdedeEscolar.pdf>.

Moreira, P. (1999). Modelo alimentar para adolescentes escolares e jovens universitários. In: Precioso, J. ; Viseu, F. ; Dourado, L. ; Vilaça, M. T. ; Henriques, R. & Lacerda, T. (Coord.). *Educação para a Saúde*. Braga: Departamento de Metodologias de Educação da Universidade do Minho.

Moreira, P. (2001). *Para uma Prevenção que Previna*. Coimbra: Quarteto Editora.

Mota, J. & Appell, H. J. (1995). *Educação da Saúde. Aulas Suplementares de Educação Física*. Lisboa: Livros Horizonte, Lda.

Mota, J. & Sallis, J. F. (2002). *Actividade Física e Saúde. Factores de Influência da Actividade Física nas Crianças e nos Adolescentes*. Porto: Campo das Letras.

Natário, E. (1993). *Promover a Saúde na Escola. A Escola Promotora de Saúde. Conceito e Princípios de Intervenção*. Direcção-Geral da Saúde, Direcção de Serviços de Saúde Escolar e Ocupacional, Núcleo de Saúde Escolar. Lisboa: Ministério da Saúde.

Nunes, E. (2007). Tabaco e Saúde. In: Sousa, A. ; Pinto, A. ; Sampaio, D. ; Nunes, E. ; Baptista, M. I. M. & Marques, P. (2007). *Consumo de Substâncias Psicoactivas e Prevenção em Meio Escolar*. Direcção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular. Lisboa: Ministério da Educação.

Nunes, N. (2002). *Importância de um Pequeno-Almoço Saudável*. Lisboa: Associação Portuguesa dos Nutricionistas. Consultado em 1 de Março de 2009 em <http://www.apn.org.pt/apn/popups/articleswindow.php?id=6>.

Nunes, N. & Breda, J. (2001). *Manual para uma alimentação saudável em jardins de infância*. Direcção Geral de Saúde. Lisboa: Europress, Lda.

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2003). *Relatório Anual 2003: A Evolução do Fenómeno da Droga na União Europeia e na Noruega*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.

Organização Mundial de Saúde (1978). *Declaração de Alma Ata sobre cuidados de saúde primários*. Alma Ata: OMS. Consultado em 2 de Maio de 2008 em <http://www.dgs.pt/>.

Organização Mundial de Saúde (1986). *1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Otawa: OMS. Consultado em 2 de Maio de 2008 em <http://www.dgs.pt/>.

Organização Mundial de Saúde (1988). *2ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Adelaide: OMS. Consultado em 2 de Maio de 2008 em <http://www.dgs.pt/>.

Organização Mundial de Saúde (1991). *3ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Sundsvall: OMS. Consultado em 2 de Maio de 2008 em <http://www.dgs.pt/>.

Organização Mundial de Saúde (1993). *Educación para la salud: manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud*. Genebra: OMS.

Organização Mundial de Saúde (1997). *4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Jacarta: OMS. Consultado em 2 de Maio de 2008 em <http://www.dgs.pt/>.

Organização Mundial de Saúde (1998a). *Nutrition: An Essential Element of a Health Promoting School*. Genebra: OMS.

Organização Mundial de Saúde (1998b). *Consultation on obesity. Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Genebra: OMS.

Organização Mundial de Saúde (2000a). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*. World Health Organization Technical Report Series N.º 894. Genebra: OMS.

Organização Mundial de Saúde (2000b). *5ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. México: OMS. Consultado em 2 de Maio de 2008 em <http://www.dgs.pt/>.

Organização Mundial de Saúde (2000c). *European Alcohol Action Plan 2000-2005*. OMS: Regional Committee for Europe. Consultado em 15 de Maio de 2008 em <http://www.euro.who.int/document/E67946.pdf>.

Organização Mundial de Saúde (2000d). *Tobacco use by youth: a surveillance report from the Global Youth Tobacco Survey project*. OMS: Regional Committee for Europe. Consultado em 15 de Maio de 2008 em <http://www.euro.who.int/>.

Organização Mundial de Saúde (2005). *Politique de la Région Européenne de l'OMS en matière d'alcool: situation actuelle et perspectives*. Copenhague, Bucarest: OMS.

Organização Mundial de Saúde (2007). *Comité de Expertos de la OMS en Problemas Relacionados con el Consumo de Alcohol – 2.ª Reunión 2006*. Genebra: OMS.

Pacheco, R. A. B. (2000). *Guia de Comportamentos Saudáveis no Desportista*. Lisboa: Terramar.

Padez, C. ; Fernandes, T. ; Mourão, I. ; Moreira, P. ; Rosado, V. (2004). Prevalence of overweight and obesity in 7-9-year-old Portuguese children: trends in body mass index from 1970-2002. *American Journal of Human Biology*, vol. 16, pp.670-678.

Palha, A. P. (2007). Alcoolismo. *O essencial da Saúde*, vol. 11. Centro de Educação Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Matosinhos: Edições Quidnovi.

Pechansky, F. ; Szobot, C. & Scivoletto, S. (2004). Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e factores etiopatogénicos. *Revista Brasileira Psiquiatria*, vol.26 (Supl. I), pp.14-17.

Pestana, E. ; Neves, P. ; Borges, M. ; Matias, D. ; Mendes, B. ; Moreira, S. ; Mota, P. ; Pamplona, P. ; Rebelo, L. ; Sequeira, I. ; Simões, S. & Raposo, M. (2006). *Tabagismo do diagnóstico ao tratamento*. Lisboa: LIDEL, Edições Técnicas, Lda.

Pina, A. P. B. (2005). *Investigação e Estatística com o EpilInfo*. Brochura do Gabinete de Investigação e Estatística, da Delegação Regional do Algarve do Instituto da Droga e Toxicoddependência. Algarve: IDT. Consultado em 7 de Maio de 2009 em <http://www.saudepublica.web.pt/03-Investigacao/031-EpilInfoInvestiga/descritiva.htm>.

Pinto, A. (2007). Problemas ligados ao Consumo de Bebidas Alcoólicas. In: Sousa, A. ; Pinto, A. ; Sampaio, D. ; Nunes, E. ; Baptista, M. I. M. & Marques, P. (2007). *Consumo de Substâncias Psicoactivas e Prevenção em Meio Escolar*. Direcção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular. Lisboa: Ministério da Educação.

Precioso, J. (1999). *Não fumar é o que está a dar*. Departamento de Metodologias da Educação, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.

Precioso, J. (2006). Boas práticas em prevenção do tabagismo no meio escolar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, vol. 22, pp.201-222.

Precioso, J. (2009). As Escolas Promotoras de Saúde: uma via para promover a saúde e a educação para a saúde da comunidade escolar. *Educação, Revista*, vol. 32, nº1, pp.84-91. Brasil: Porto Alegre.

Puerta, I. N. & Checa, M. J. (2007). *Libro blanco sobre mujeres y tabaco. Abordage con una perspectiva de género*. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Madrid: Ministério de Sanidad y Consumo.

Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

Rodrigues, M. ; Pereira, A. & Barroso, T. (2005). *Educação Para a Saúde: Formação de Educadores de Saúde*. Coimbra: Edições Formasau.

Rosário, P. S. L. (2004). *Estudar o estudar: (Des)venturas do Testas*. Porto: Porto Editora.

Russel, N. (1996). *Manual de Educação para a Saúde*. Direcção Geral da Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde.

Sallis, J. F. ; Alcaraz, J. E. ; Mckenzie, T. L. & Hovell, M. F. (1999). Predictors of change in children's physical activity over 20 months. Variations by gender and level of adiposity. *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 16, nº3, pp.222-229.

Sallis, J. F. & Owen, N. (1999). *Physical Activity & Behavioral Medicine*. London: Sage Publications.

Sallis, J. F. ; Prochaska, J. J. & Taylor, W.C. (2000). A review of correlates of physical activity of children and adolescents. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, vol. 32, nº5, pp.963-975.

Sampaio, D. ; Baptista, M. ; Matos, M. & Silva, M. (2007). *Grupo de Trabalho de Educação Sexual: Relatório Final*. Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. Lisboa: Ministério da Educação.

Santos, B. (2005). *Educação Alimentar na escola: avaliação de um programa dirigido a alunos do 8ºano*. Tese de mestrado (não publicada). Braga: Universidade do Minho.

Santos, B. ; Duarte, M. & Precioso, J. (2003). *Educação alimentar na escola: avaliação de um programa dirigido a alunos do 8ºano*. 3º Encontro nacional de promoção e educação para a saúde. Beja: Instituto Politécnico de Beja e núcleo de saúde pública do Campo Branco.

Santos, N. P. (2001). *A Sociedade de Consumo e os Espaços Vividos Pelas Famílias. A dualidade dos espaços, a turbulência dos percursos e a identidade social*. Lisboa: Edições Colibri.

Smedslund, G. & Ahn, D.K. (1999). Smoking initiation and cessation in Norway and the United States: a comparison of two cross-sectional surveys. *Journal of Substance Abuse*, vol. 10, nº4, pp.397-410.

Sousa, A. & Baptista, I. M. (2007). O Papel da Escola e da Comunidade Educativa. In: Sousa, A. ; Pinto, A. ; Sampaio, D. ; Nunes, E. ; Baptista, M. I. M. & Marques, P. (2007). *Consumo de Substâncias Psicoactivas e Prevenção em Meio Escolar*. Direcção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular. Lisboa: Ministério da Educação.

Sprinthall, N. A. & Collins, W. A. (1999). *Psicologia do Adolescente. Uma Abordagem Desenvolvimentista* (2ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Tavares, J. & Alarcão, I. (2002). *Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina.

Tobacco Free Center (2008). *Dados do Tabaco aos Jovens*. Washington, DC: International Resource Center. Consultado em 15 de Agosto de 2009 em [http://tobaccofreecenter.org/files/pdfs/pt/APS\\_youth\\_harms\\_pt.pdf](http://tobaccofreecenter.org/files/pdfs/pt/APS_youth_harms_pt.pdf).

Tuckman, B. W. (2002). *Manual de Investigação em Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

United Nations Educational Scientific and Cultural Organization (1976). *Recommendation On The Development of Adult Education*. Adopted by the General Conference at its nineteenth session Nairobi. Nairobi: UNESCO. Consultado em 1 de Maio de 2008 em [http://www.unesco.org/education/nfsunesco/pdf/NAIROB\\_E.PDF](http://www.unesco.org/education/nfsunesco/pdf/NAIROB_E.PDF).

United States Department of Health and Human Services (2001). *Women and smoking: a report of the Surgeon General*. Washington DC: US Department of Health and Human Services, Public Health Services.

Vilar, A. M. (2006). *Didáctica: Questões Gerais (Textos Propedêuticos)*. Porto: Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico do Porto.

Wang, Y. (2001). Cross-national comparison of childhood obesity: the epidemic and the relationship between obesity and socioeconomic status. *International Journal of Epidemiology*, nº30, pp.1129-1136.

Wilmore, J. H. & Costill, D. L. (1994). *Physiology of sport and exercise*. Champaign, Illinois: Human Kinetics Publishers.

World Health Organization (2008). *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package*. Geneva: WHO. Consultado em 15 de Agosto de 2009 em [http://www.who.int/tobacco/mpower/gtcr\\_download/en/index.html](http://www.who.int/tobacco/mpower/gtcr_download/en/index.html).

World Health Organization, International Agency for Research on Cancer (2004). Tobacco smoke. *IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans*, vol. 83, pp.51-84. Lyon, France: IARC. Consultado em 13 de Maio de 2009 em <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/mono83-6.pdf>.

World Health Organization, Tobacco Free Initiative (2006). *Facts and figures about tobacco*. First Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva, 6 a 17 de Fevereiro. Consultado em 15 de Agosto de 2008 em <http://www.who.int/tobacco/fctc/tobacco%20factsheet%20for%20COP4.pdf>.



## LEGISLAÇÃO

Circular n.º14/DGIDC/2007, *Refeitórios escolares e normas gerais de alimentação*. Ministério da Educação (2007).

Decreto-Lei n.º6/2001, de 18 de Janeiro. – Ministério da Educação. Publicado no Diário da República n.º15, Série I, de 18/01/2001.

Decreto-Regulamentar n.º17/2004, de 28 de Abril. Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular.

Despacho n.º1916/2004 (2ª série). Publicado no Diário da República n.º23, Série II, de 28 de Janeiro. *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida*. Ministério da Saúde.

Despacho n.º12.045/2006 (2.ª série). Publicado no Diário da República n.º110 de 7 de Junho. *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Ministério da Saúde.

Resolução do Conselho de Ministros n.º166/2000 de 29 de Novembro de 2000. Publicado no Diário da República n.º276, Série I, de 29/11/2000.



## ENDEREÇOS ELECTRÓNICOS

<http://www.hbsc.org/>

<http://www.aventurasocial.com/main.php>

<http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Paginas/EstudosConcluidos.aspx>

<http://www.who.int/en/>

<http://www.dgs.pt/>

<http://www.espad.org/>

<http://www.min-saude.pt/portal>

<http://www.hbsc.org/countries/portugal.html>

<http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/>

<http://sitio.dgidc.min-edu.pt/Paginas/default.aspx>



# ANEXOS



# **ANEXO 1**

## QUESTIONÁRIO

O objectivo deste estudo é obter informação sobre alguns **comportamentos de saúde** dos jovens adolescentes da tua escola. Solicitamos que respondas a todas as questões deste questionário. As tuas respostas só vão ser vistas pela equipa de investigação e não pelos teus pais ou professores. Leva o tempo que precisares para ler cada questão atentamente.

**POR FAVOR ANTES DE COMEÇARES A PREENCHER O QUESTIONÁRIO LÊ ATENTAMENTE AS SEGUINTE INDICAÇÕES :**

- O questionário deve ser preenchido individualmente;
- Por favor, lê atentamente cada pergunta e as possíveis respostas;
- Não existe respostas certas ou erradas. O importante é que a tua opinião seja sincera;
- Para responderes às questões onde existe uma quadrícula é necessário colocar uma cruz ( X );
- Por favor não deixes nenhuma pergunta sem resposta;
- Não é necessário escreveres o teu nome no questionário, pois toda a informação é absolutamente confidencial e anónima.

**Este Questionário é anónimo e confidencial !**

### I - “Dados Pessoais”

1. Qual é a tua idade?

2. És do sexo masculino ou feminino?

**Masculino** <sub>1</sub>

**Feminino** <sub>2</sub>

3. Indica o valor aproximado do teu peso?  **Quilogramas**

4. Indica o valor da tua altura?  **Metros**

5. Durante o teu percurso escolar ficaste retido / reprovado em algum ano lectivo?

**Não** <sub>1</sub>      **Sim** <sub>2</sub>

5.1. Se respondeste **Sim**, indica o número de retenções/reprovações

6. Qual é a profissão dos teus pais?

Se não souberes ou se os teus pais não estiverem empregados, escreve “não sei” ou “desempregado(a)”.

1. Mãe	
2. Pai	

7. Qual o grau de escolaridade dos teus pais / encarregados de educação?

7.1. Mãe / encarregada de educação.

Nunca estudou	Até ao 4.º Ano	5.º ou 6.º Ano	7.º, 8.º ou 9.º Ano	10.º, 11.º ou 12.º Ano	Frequentou o ensino superior	Licenciatura	Mestrado ou Doutoramento
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>

7.2. Pai / encarregado de educação.

Nunca estudou	Até ao 4.º Ano	5.º ou 6.º Ano	7.º, 8.º ou 9.º Ano	10.º, 11.º ou 12.º Ano	Frequentou o ensino superior	Licenciatura	Mestrado ou Doutoramento
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>

## II - “Hábitos Alimentares”

8. Durante uma semana normal, quantas vezes fazes as seguintes refeições?

Refeições	Todos os dias	4 a 6 dias por semana	1 a 3 dias por semana	Nunca
1- Pequeno-almoço	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
2- Lanche a meio da manhã	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
3- Almoço	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
4- Lanche a meio da tarde	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
5- Jantar	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>

9. Quantas vezes costumas ingerir alimentos entre as refeições principais (pequeno-almoço, almoço, lanche e jantar)?

1 vez	2 vezes	3 vezes	4 vezes	5 vezes	Mais
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>

10. Onde é habitual fazeres as seguintes refeições?

Refeições	Em Casa	Bar /Café Pastelaria	Cantina ou Bar da escola	Restaurante	Outro local
1- Pequeno-almoço	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
2- Lanche a meio da manhã	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
3- Almoço	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
4- Lanche a meio da tarde	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
5- Jantar	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

11. Com que frequência consomes os seguintes alimentos ou bebidas?

Alimentos	Diariamente	3 a 4 vezes por semana	1 vez por semana	Raramente	Nunca
1- Leite magro	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
2- Leite gordo/meio gordo	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
3- Iogurtes	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
4- Hambúrguer, Cachorros ( <i>hotdogs</i> ), salsichas, rissóis	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
5- Carne branca (frango, peru, coelho, etc)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
6- Peixe	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
7- Arroz/Massa	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
8- Batatas fritas no momento	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
9- Batatas fritas de pacote	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
10- Guloseimas (rebuçados, chocolates, gomas)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
11- Bolos ou pastéis	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
12- Pão de centeio ou integral	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
13- Legumes crus (cenoura, alface, aipo, etc.)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
14- Legumes cozidos ou sopa de legumes	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
15- Leguminosas (feijão, ervilhas, favas, etc)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
16- Fruta	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
17- Água	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
18- Refrigerantes/Bebidas com açúcar	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
19- Café	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

12. Com que frequência consomes os seguintes alimentos ao pequeno-almoço?

Alimentos	Diariamente	3 a 4 vezes por semana	1 vez por semana	Raramente	Nunca
1- Pão de trigo/centeio/milho	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
2- Cereais/Chocapic/Corn Flakes/	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
3- Fruta	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
4- Bolachas/Bolicoao/chocolates/Donuts	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
5- Iogurtes	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
6- Café	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
7- Sumo de fruta natural	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
8- Hambúrguer, salsichas, Cachorros	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

9- Fiambre	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
10- Leite com chocolate	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
11- Bolos/Doces de pastelaria	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
12-Queijo/Manteiga	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
13- Refrigerantes/Bebidas com açúcar	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
14- Leite gordo/meio gordo	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
15- Leite magro	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
16- Compotas	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
17- Chá	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

**12.1. Se consumes outros alimentos, indica-os:** \_\_\_\_\_

**13. Com que frequência consumes os seguintes alimentos ao lanche?**

<b>Alimentos</b>	<b>Diariamente</b>	<b>3 a 4 vezes por semana</b>	<b>1 vez por semana</b>	<b>Raramente</b>	<b>Nunca</b>
1- Pão de trigo/centeio/milho	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
2- Cereais/Chocapic/Corn Flakes/	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
3- Fruta	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
4- Bolachas/Bolicao/chocolates/Donuts	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
5- Iogurtes	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
6- Café	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
7- Sumo de fruta natural	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
8- Hambúrguer, salsichas, Cachorros	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
9- Fiambre	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
10- Leite com chocolate	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
11- Bolos/Doces de pastelaria	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
12-Queijo/Manteiga	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
13- Refrigerantes/Bebidas com açúcar	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
14- Leite gordo/meio gordo	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
15- Leite magro	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
16- Compotas	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
17- Gelados	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

18- Pastéis de carne/Rissóis/Empadas	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
19- Batatas fritas	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

13.1 Se consomes outros alimentos, indica-os: \_\_\_\_\_

### III - “Hábitos de Consumo de Álcool”

14. Já provaste uma bebida alcoólica (cerveja, vinho, Shot's, licor, gin, vodka, rum, whisky)?

Sim <sub>1</sub>

Não <sub>2</sub>

Não Sei <sub>3</sub>

15. Alguma vez bebeste bebidas alcoólicas de forma a que tenhas ficado embriagado?

Nunca	Uma vez	2 a 3 vezes	4 a 10 vezes	Mais de 10 vezes
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

16. Com que frequência consomes os seguintes tipos de bebidas?

Bebidas	Todos os dias	Algumas vezes por semana	Algumas vezes por mês	Menos de 1 vez por mês	Nunca
1- Vinho	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
2- Cerveja	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
3- Bebidas brancas (shot's, vodka, gin, etc.)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

### IV - “Hábitos de Consumo de Tabaco”

17. Actualmente fumas?

Todos os dias	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	17.1. Quantos cigarros por dia?	
Pelo menos um cigarro por semana	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	17.2. Quantos cigarros por semana?	
Menos de um cigarro por semana	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>		
Não, não fumo nem um cigarro	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>		

18. Se és fumador, indica se já tentaste deixar de fumar?

Sim <sub>1</sub>

Não <sub>2</sub>

18.1. Se respondeste **Sim**, indica o número de vezes

## V - “Actividade Física e Desporto”

19. Fora do horário escolar, qual é a **frequência** com que geralmente fazes actividade física/desporto, que origine o aumento da transpiração e/ou respiração?

Todos os dias	4 a 6 vezes por semana	2 a 3 vezes por semana	1 vez por semana	1 vez por mês	Menos de 1 vez por mês	Nunca
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>

20. No presente ano lectivo, praticas algum desporto, fora da escola?

( exemplo: hóquei, patinagem, ginástica, futebol, karaté, natação, etc)

**Sim** <sub>1</sub>    **Não** <sub>2</sub>    **20.1.** Se respondeste **Sim**, indica qual ou quais? \_\_\_\_\_

21. És membro de uma equipa desportiva na escola este ano lectivo ?

( exemplo: equipa de basquetebol, de futebol, de natação, de badminton, etc)

**Sim** <sub>1</sub>    **Não** <sub>2</sub>    **21.1.** Se respondeste **Sim**, indica qual ou quais? \_\_\_\_\_

## VI - “Educação para a Saúde”

22. Tomando como referência o tempo que andas na escola, indica se já abordaste os seguintes temas/tópicos nas aulas.

**22.1.** Temas/tópicos sobre hábitos alimentares:

<b>Hábitos alimentares</b>	<b>Abordei</b>	<b>Não abordei</b>	<b>Não me lembro</b>
1. Roda / Pirâmide dos alimentos	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2. Noção de uma alimentação saudável	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
3. Composição nutritiva dos alimentos	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
4. Composição dos grupos de alimentos	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
5. Frequência com que se devem ingerir alguns alimentos	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
6. Como conservar os alimentos	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
7. Processos de confeccionar os alimentos	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
8. Principais erros alimentares praticados pelos portugueses	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
<b>9. Consequências de uma alimentação desequilibrada:</b>			
<b>9.1.</b> Na saúde	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
<b>9.2.</b> No rendimento físico	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
<b>9.3.</b> No rendimento intelectual	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
<b>9.4.</b> Na aparência	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>

**22.2. Temas/tópicos sobre consumo de tabaco:**

<b>Consumo de tabaco</b>	<b>Abordei</b>	<b>Não abordei</b>	<b>Não me lembro</b>
1. Identificação do tabaco como uma droga	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2. Crenças sobre o consumo de tabaco (ex: emagrece, dá um certo estilo, não faz mal à saúde, etc)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
<b>3. Consequências do consumo de tabaco:</b>			
<b>3.1. Na saúde</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
<b>3.2. No rendimento físico</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
<b>3.3. No rendimento intelectual</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
<b>3.4. Na aparência</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
4. Consequências económicas do consumo de tabaco	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
5. Consequências familiares do consumo de tabaco	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
6. Consequências do fumo passivo	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
7. Consequências sociais do consumo de tabaco	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
8. Razões pelas quais os jovens começam a fumar	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
9. Estratégias para evitar o consumo de tabaco	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>

**22.3. Temas/tópicos sobre consumo de álcool:**

<b>Consumo de álcool</b>	<b>Abordei</b>	<b>Não abordei</b>	<b>Não me lembro</b>
1. Definição de bebida alcoólica	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2. Identificação do álcool como uma droga	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
3. Definição de alcoolemia	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
4. Cálculo da taxa de alcoolemia	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
5. Comparação da graduação de diferentes bebidas alcoólicas	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
6. Distinção entre consumo de álcool e a dependência.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
7. Crenças sobre o consumo de álcool (ex: dá força, dá energia, etc)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
<b>8. Consequências do consumo de álcool:</b>			
<b>8.1. Na saúde</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
<b>8.2. No rendimento físico</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
<b>8.3. No rendimento intelectual</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
<b>8.4. Na aparência</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
9. Consequências económicas do consumo de álcool	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
10. Consequências familiares do consumo de álcool	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
11. Consequências sociais do consumo de álcool	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>

12. Razões pelas quais os jovens começam a beber	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
13. Estratégias para evitar o consumo de álcool	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>

**22.4. Temas/tópicos sobre actividade física e desporto:**

<b>Actividade física e desporto</b>	<b>Abordei</b>	<b>Não abordei</b>	<b>Não me lembro</b>
1. Noção de actividade física	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2. Noção de exercício físico	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
3. Noção de prática desportiva	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
4. Vantagens da prática de actividade física/exercício físico:			
4.1. Na saúde física	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
4.2. Na saúde mental	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
4.3. No rendimento intelectual	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
4.4. Na aparência	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
5. Tipos de actividade física recomendáveis ao longo da vida	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
6. Tipos de exercício físico recomendáveis ao longo da vida	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
7. Número de horas de actividades física a praticar por dia	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
8. Relação entre o sedentarismo e a falta de actividade física	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
9. Riscos de saúde associados à prática de alguns desportos	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
10. Comportamentos que diminuem a capacidade das pessoas para a prática desportiva	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>

**Muito obrigado pela tua participação!**



# **ANEXO 2**

## **Posição Social dos pais**

A descrição das diferentes posições sociais um indivíduo na sociedade, utilizada na nossa investigação, foi a criada pelo Grupo de Sociologia da Educação do Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.

Esta variável foi agrupada em quatro dimensões previamente definidas pelo supracitado grupo de trabalho, às quais acrescentamos mais três dimensões, uma vez que não eram abrangidos os desempregados(as), reformados(as) e domésticos(as).

### **Dimensão 1: *Posição social A - Classe superior***

*Indicadores e Sub-indicadores:*

- Profissões liberais:
  - Médico
  - Advogado
  - Engenheiro
  - Arquitecto
  - Grande industrial ou comerciante
  
- Altos funcionários:
  - Magistrados judiciais
  - Altos funcionários administrativos (directores gerais, directores de serviço, gerentes bancários)
- Gestores de empresas
- Professores universitários
- Militares de alta patente

### **Dimensão 2: *Posição social B - Classe média mais instruída***

*Indicadores e Sub-indicadores:*

- Professores dos ensinos:
  - Básico e secundário e educadores de infância
  - Médios comerciantes e industriais
- Funcionários médios:
  - Quadros técnicos
  - Empregados bancários, seguros, etc.
  - Empregados de escritório
  - Solicitador, enfermeira, assistente social
  - Técnicos

### **Dimensão 3: *Posição social C - Classe média menos instruída***

*Sub-indicadores:*

- Pequenos comerciantes e industriais
- Caixeiros viajantes
- Funcionários médios, quadros administrativos (1º oficial)
- Empregados de escritório sem o 5º ano
- Agentes da P.S.P. e outras forças militarizadas
- Sargento
- Cabeleireira
- Capatazes e encarregados de obras

### **Dimensão 4: *Posição social D - Estrato operário e rural (trabalhadores manuais)***

*Indicadores e Sub-indicadores:*

- Operários
- Trabalhadores rurais
- Funcionários auxiliares:
  - Pessoal da limpeza
  - Contínuo
  - Porteiro
  - Motorista
  - Varredores
  - Vendedores ambulantes e feirantes

Dimensões adicionadas às definidas pelo Grupo de Sociologia da Educação do Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.

### **Dimensão 5: *Posição social E***

*Indicador:* Desempregada/o

### **Dimensão 6: *Posição social F***

*Indicador:* Reformada/o

### **Dimensão 7: *Posição social G***

*Indicador:* Doméstica/o