



**UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA - PORTO**  
**Faculdade de Ciências Sociais e Humanas**  
**2008**

**Comportamentos de saúde e comportamentos de risco em adolescentes do ensino secundário: Ligações com a família, amigos e envolvimento com a escola.**

**MESTRADO EM PSICOLOGIA, RAMO DA PSICOLOGIA  
DA SAÚDE E INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA**

Olga Teresa Ribeiro Pereira Ferreira Mendes dos Santos



**UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA - PORTO**  
**Faculdade de Ciências Sociais e Humanas**  
**2008**

**COMPORTAMENTOS DE SAÚDE E COMPORTAMENTOS DE RISCO EM ADOLESCENTES DO ENSINO SECUNDÁRIO: LIGAÇÕES COM A FAMÍLIA, AMIGOS E ENVOLVIMENTO COM A ESCOLA.**

Olga Teresa Ribeiro Pereira Ferreira Mendes dos Santos

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Fernando Pessoa no Porto para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, elaborada sob a Orientação da Professora Doutora Isabel Silva.

**Resumo:** O presente estudo de natureza exploratória e observacional teve como objectivos: 1) Estudar a prevalência de comportamentos de risco e de comportamentos de saúde; 2) Estudar diferenças entre os comportamentos de risco e os comportamentos de saúde tendo em conta o ano de escolaridade - 10º,11º,12º anos; 3) Analisar se existem diferenças entre sexos quanto a comportamentos de risco e a comportamentos de saúde; 4) Examinar se existem diferenças entre adolescentes com diferentes graus de envolvimento com a escola, com a família e com os pares quanto a comportamentos de saúde e os comportamentos de risco adoptados por estes; 5) Estudar se existem diferenças significativas em relação à adopção de comportamentos de risco e de saúde entre jovens com pais divorciados e pais não divorciados. Foi avaliada uma amostra sequencial de conveniência de 561 alunos que frequentam o 10º,11º e 12º anos de escolaridade entre os 13 e os 21 anos ( $M=16,3$ ;  $DP=1,25$ ). Os alunos responderam a um questionário de comportamentos de risco para jovens (**YRBS**) por nós adaptado à língua e cultura portuguesa. Os resultados da presente investigação sugerem que existem diferenças significativas, tendo em conta o ano de escolaridade e o sexo, quanto a comportamentos protectores de saúde e a comportamentos de risco. Observou-se a existência de diferenças significativas face a comportamentos de saúde e a comportamentos de risco entre jovens com diferentes níveis de ligação à escola. Observou-se que não existem diferenças significativas entre jovens com diferentes níveis ligação familiar e entre jovens com diferentes níveis de ligação aos pares quanto aos comportamentos de saúde estudados, ainda que se tenham observado diferenças entre os jovens com diferentes níveis de ligação à família e aos pares quanto aos comportamentos de risco. Não se encontraram diferenças significativas entre os jovens pertencentes a famílias com pais divorciados e com pais não divorciados quanto a comportamentos de risco e verificou-se a existência de diferenças face a um comportamento de saúde tendo em conta a situação familiar dos jovens. Estes aspectos deverão ser tidos em conta na elaboração de programas de intervenção no domínio da Educação para a Saúde em meio escolar.

**Abstract:** The purpose of the present transversal exploratory study was to: 1) study the prevalence of health compromising and health promoting behaviours; 2) Study the differences between health compromising and health promoting behaviours, taking into account the school year – 10<sup>th</sup>, 11<sup>th</sup>, 12<sup>th</sup> grades; 3) Analyse if there are differences between gender regarding health compromising and health promoting behaviours; 4) Analyse if there are differences among adolescents with different levels of engagement in school, family and peers, concerning the health compromising and health promoting behaviours followed by them; 5) Study if there are significant differences considering the adoption of health compromising and health promoting behaviours among adolescents with divorced and not divorced parents. One estimated a convenience sequential sample regarding 561 students that attend the 10<sup>th</sup>, 11<sup>th</sup> and 12<sup>th</sup> grades with ages between 13 and 21 years old ( $M=16,3$ ;  $SD=1,25$ ). Students answered a questionnaire about risk behaviours for youth (YRBS), adapted by us to the language and Portuguese culture. The results of the present research indicate that there are significant differences as to health promoting and health compromising behaviours, taking into account the school year and the gender. One observed significant differences considering health compromising and health promoting behaviours among adolescents with different levels of school involvement. According to involvement with friends, and with the family, the results indicate that there are no significant differences between friend engagement and family engagement and health promotion behaviours that were studied before, although one can find significant differences among adolescents with different levels of friend engagement and family engagement and health compromising behaviours. There were not found any significant differences among youth belonging to families with divorced and not divorced parents considering Health compromising behaviours but there were found differences considering the health promoting behaviours. These issues should be taken into consideration when developing intervention programmes in the Education for Health area within the school system.

**Résumé:** Cette étude-là a eu les objectifs suivants:1) Étudier la prépondérance des comportements de risque et des comportements de santé ; 2) Étudier les différences entre les comportements de risque et les comportements de santé selon l'année de scolarité - seconde, première et terminale; 3) Analyser s'il y a des différences entre sexes en ce qui concerne les comportements de risque et les comportements de santé ; 4) Examiner s'il y a des différences entre les adolescents ayant différents niveaux d'engagement avec l'école, avec la famille ainsi qu'avec leurs pairs en ce qui concerne les comportements de santé et les comportements de risque adoptés par eux ; 5) Étudier s'il y a des différences significatives par rapport à l'adoption de comportements de risque et de santé entre jeunes ayant des parents divorcés et des parents non divorcés. L'étude s'est basée sur un échantillon de séquence de convenance de 561 élèves qui fréquentent l'enseignement secondaire (seconde, première et terminale) entre les 13 et les 21 ans ( $M= 16,3$ ;  $DP= 1,25$ ). Les élèves ont répondu à un questionnaire de comportements de risque adressé aux jeunes (**YRBS**), adapté pour nous à la langue et culture portugaises. Les résultats de l'actuelle recherche suggèrent qu'il y a des différences significatives, par rapport à l'année de scolarité et le sexe en ce qui concerne les comportements protecteurs de santé et comportements de risque. On a observé l'existence de différences significatives face à des comportements de santé et de risque entre jeunes avec différents niveaux de rapports à l'école. Les résultats montrent qu'il n'y a pas de différences significatives entre l'engagement des jeunes avec les amis et la famille et les comportements de santé étudiés, bien qu'on vérifie des différences significatives en ce qui concerne les comportements de risque étudiés. On n'a pas trouvé des différences considérables entre les jeunes appartenant à des familles ayant des parents divorcés et des parents non divorcés par rapport à les comportements de risque et on a observé l'existence des différences face à un comportement de santé. Ces aspects doivent être considérés dans l'élaboration de programmes d'intervention dans le domaine de l'Éducation pour la Santé au milieu scolaire.

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar à Professora Doutora Isabel Silva por ter orientado esta tese de Mestrado sem a qual este trabalho não teria sido possível, pela compreensão, pelo estímulo e ensinamentos prestados, o meu muito obrigada.

Um agradecimento ao Conselho Executivo da Escola Secundária Francisco de Holanda por ter autorizado a recolha dos dados junto dos alunos deste estabelecimento de ensino.

Agradeço ainda a todas as pessoas que directa ou indirectamente me apoiaram e colaboraram neste processo de pesquisa decorrente da implementação do estudo empírico; aos Directores de Turma, professores e alunos que se disponibilizaram para a recolha de dados e particularmente aos alunos que participaram nas entrevistas cognitivas, pelas contribuições que deram na adaptação para Portugal do questionário.

Aos meus amigos e amigas agradeço todo o apoio e compreensão que sempre me proporcionaram.

Aos meus familiares, e ao meu marido, agradeço o seu apoio incondicional.

## **ÍNDICE DE ABREVIATURAS**

**HBSC** - Health Behavior in School-aged Children

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**WHO** - World Health Organization

**MMWR** - Morbidity and Mortality Weekly Report

**GSHS** - Global School-based Student Health Survey

**DGS** - Direcção Geral de Saúde

**IDT** - Instituto da Droga e da Toxicodependência

**OEDT** - Observatório Europeu das Drogas e das Toxicodependências

**IMC** – Índice de Massa Corporal

**YRBS** - Youth Risk Behavior Survey

**CDC** - Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention

**EMCDDA** - European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction

**NZ** - Nova Zelândia

**EUA** - Estados Unidos da América

**DST's** - Doenças Sexualmente transmissíveis

**APA** - American Psychiatric Association

**DCNT** - Doenças Crónicas não Transmissíveis

**HIV** - Vírus da Imunodeficiência Humana

**SIDA** - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

**FAO** - Food and Agriculture Organization of the United Nations

**IPJ** - Instituto Português da Juventude

## ÍNDICE GERAL

<b>RESUMO</b>	III
<b>ABSTRACT</b>	IV
<b>RESUMÉ</b>	V
<b>AGRADECIMENTOS</b>	VI
<b>ÍNDICE DE ABREVIATURAS</b>	VII
<b>ÍNDICE GERAL</b>	VIII
<b>ÍNDICE DE ANEXOS</b>	XI
<b>ÍNDICES DE QUADROS</b>	XII
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b>	XIV
<b>INTRODUÇÃO GERAL</b>	1
<b>PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	6
<b>CAPÍTULO 1: COMPORTAMENTOS DE SAÚDE E COMPORTAMENTOS DE RISCO EM JOVENS</b>	7
1.1. Considerações gerais	8
1.1.1. Comportamentos de saúde	10
1.1.2. Comportamentos de risco	12
1.2. Desenvolvimento positivo na adolescência: Comportamentos de saúde e de risco e a influência dos múltiplos contextos de vida	15
1.2.1. Conceito de desenvolvimento positivo	15
1.2.2. Relação entre as variáveis sócio-demográficas, o stress e os relacionamentos sociais, o bem-estar e os comportamentos	16
1.2.3. Factores protectores e factores de risco	21
1.3. Modelo teórico subjacente à presente investigação	24
1.3.1. Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano	24
<b>CAPÍTULO 2: DESCRIÇÃO DOS COMPORTAMENTOS DE SAÚDE E DE RISCO AVALIADOS NO PRESENTE ESTUDO E SUA RELAÇÃO COM OS PRINCIPAIS CONTEXTOS DE VIDA DOS ADOLESCENTES</b>	32
2.1. Morbilidade e mortalidade juvenil	33
2.1.1. A dimensão do problema a nível mundial	33
2.1.2. A dimensão do problema em Portugal	34
2.2. Diferenças entre sexos relativamente à mortalidade e morbilidade juvenil	35
2.3. Diferenças dos comportamentos de saúde e de risco em função da idade, ao longo do ciclo vital	36

2.4. Caracterização dos diversos comportamentos/ situações de saúde e de risco	37
2.4.1. Comportamentos de violência	37
2.4.2. Saúde mental, humor depressivo, e suicídio	40
2.4.3. Consumo de álcool, tabaco e outras drogas ilícitas	45
2.4.4. Comportamento sexual	50
2.4.5. Comportamento alimentar	54
2.4.6. Exercício físico	58
2.4.7. Saúde dentária	59
2.4.8. Comportamentos de segurança	60
2.4.9. Comportamento de protecção solar	63
2.5. Relação entre os diferentes comportamentos de saúde e de risco	64
2.6. Envolvimento dos jovens com a escola, factor protector ou de risco?	65
2.7. Envolvimento com a família - factor protector ou de risco?	71
2.7.1. A evolução da estrutura familiar ao longo das últimas décadas	72
2.7.2. Dinâmica familiar	75
2.7.2.1. Transformação do sistema familiar na adolescência	76
2.7.2.2. O impacto do divórcio na família e na vida dos filhos	77
2.8. Envolvimento com amigos - factor protector ou de risco?	79
<b>PARTE II: ESTUDO EMPÍRICO</b>	84
<b>CAPÍTULO 3: COMPORTAMENTOS DE SAÚDE E COMPORTAMENTOS DE RISCO EM ADOLESCENTES DO ENSINO SECUNDÁRIO: LIGAÇÕES COM A FAMÍLIA, AMIGOS E ENVOLVIMENTO COM A ESCOLA</b>	85
3.1. Introdução	86
3.1.1. Objectivos do presente estudo	86
3.1.2. Objectivos específicos	87
3.1.3. Variáveis	88
3.2. Método	89
3.2.1. Participantes	89
3.2.2. Material	89
3.2.2.1. Processo de adaptação do YRBS para Portugal	91
3.2.2.1.1. As propriedades psicométricas do questionário	95

3.2.3. Procedimento	102
3.2.4. Cálculo das subescalas do YRBS	103
3.3. Resultados	109
3.3.1. Prevalência de comportamentos de saúde e de risco em alunos do ensino Secundário	109
3.3.2. Diferenças ao nível dos comportamentos de saúde e de risco entre jovens que frequentam o 10º, 11º, 12 anos do ensino secundário	110
3.3.3. Diferenças entre sexos ao nível dos comportamentos de saúde e de risco	113
3.3.4. Comportamentos de saúde e de risco e ligação com a escola	116
3.3.5. Comportamentos de saúde e de risco e ligação aos amigos	119
3.3.6. Comportamentos de saúde e de risco e ligação dos jovens à família	122
3.3.7. Situação familiar, comportamentos de saúde e comportamentos de risco	126
<b>CAPÍTULO 4: DISCUSSÃO</b>	130
4.1. Prevalência de comportamentos de saúde e de risco	131
4.2. Ano de escolaridade	140
4.3. Diferenças entre sexos quanto a comportamentos de saúde e comportamentos de risco	141
4.4. Factores sociais	143
4.5. Estrutura familiar: Diferenças em relação à adopção de comportamentos de risco e de saúde entre jovens com pais divorciados e pais não divorciados	151
4.6. Limitações do presente estudo e recomendações	153
4.7. Orientações para a prática	155
4.8. Conclusões	161
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	165
<b>ANEXOS</b>	181

## **INDÍCE DE ANEXOS**

<b>ANEXOS 1</b> – O questionário YRBS - versão Portuguesa em estudo	182
<b>ANEXOS 2</b> - Consentimento informado dos Pais e Encarregados de Educação	194
<b>ANEXOS 3</b> - Consentimento dos autores das duas versões do questionário YRBS	196

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Variáveis principais - Comportamentos de saúde e de risco	88
<b>Quadro 2:</b> Estrutura do questionário Youth Risk Behavior Survey – YRBS (versão portuguesa em estudo)	94
<b>Quadro 3:</b> Resultados teste-reteste para 47 itens ordinais –Correlação Ró de Spearman	98
<b>Quadro 4:</b> Análise das questões nominais coincidentes no teste-reteste (I)	99
<b>Quadro 5:</b> Análise das questões nominais coincidentes no teste-reteste (cont.) (II)	100
<b>Quadro 6:</b> Teste-reteste- Análise das coincidências nas questões ordinais com três ou mais opções de resposta	101
<b>Quadro 7:</b> Teste-reteste- Análise das coincidências nas questões ordinais com três ou mais opções de resposta	102
<b>Quadro 8:</b> Prevalência de comportamentos de saúde nos 3 anos do ensino Secundário	109
<b>Quadro 9:</b> Prevalência de comportamentos de risco nos 3 anos do ensino secundário	110
<b>Quadro 10:</b> Comportamentos de saúde nos 3 anos do ensino secundário	111
<b>Quadro 11:</b> Diferenças ao nível dos comportamentos de saúde entre alunos dos distintos anos de escolaridade estudados (Qui-quadrado)	112
<b>Quadro 12:</b> Comportamentos de risco nos 3 anos do ensino secundário	112
<b>Quadro 13:</b> Diferenças ao nível dos comportamentos de risco entre alunos dos distintos anos de escolaridade estudados (Qui-quadrado)	113
<b>Quadro 14:</b> Prevalência de comportamentos de saúde em rapazes e raparigas	114
<b>Quadro 15:</b> Diferenças ao nível dos comportamentos de saúde entre alunos Dois sexos (Qui-quadrado)	114
<b>Quadro 16:</b> Prevalência de comportamentos de risco em rapazes e raparigas	115
<b>Quadro 17:</b> Diferenças ao nível dos comportamentos de risco entre alunos dos Dois sexos (Qui-quadrado)	116
<b>Quadro 18:</b> Graus de envolvimento entre comportamentos de saúde e ligação à escola	117
<b>Quadro 19:</b> Diferenças ao nível dos comportamentos de saúde entre alunos Com diferentes níveis de ligação à escola	117
<b>Quadro 20:</b> Graus de envolvimento com a escola e comportamentos de risco	118
<b>Quadro 21:</b> Diferenças ao nível dos comportamentos de risco entre alunos Com diferentes níveis de ligação à escola	119
<b>Quadro 22:</b> Graus de envolvimento com amigos e comportamentos de saúde	120
<b>Quadro 23:</b> Diferenças ao nível dos comportamentos de saúde entre alunos Com diferentes níveis de ligação aos amigos	120
<b>Quadro 24:</b> Graus de envolvimento com amigos e comportamentos de risco	121

<b>Quadro 25:</b> Diferenças ao nível dos comportamentos de risco entre alunos Com diferentes níveis de ligação aos amigos	122
<b>Quadro 26:</b> Graus de envolvimento com a família e comportamentos de saúde.	123
<b>Quadro 27:</b> Diferenças ao nível dos comportamentos de saúde entre alunos Com diferentes níveis de ligação à família	123
<b>Quadro 28:</b> Graus de envolvimento com a família e comportamentos de risco	124
<b>Quadro 29:</b> Diferenças ao nível dos comportamentos de risco entre alunos com diferentes níveis de ligação à família	125
<b>Quadro 30:</b> Situação familiar e comportamentos de saúde	126
<b>Quadro 31:</b> Diferenças ao nível dos comportamentos de saúde entre alunos de distintas situações familiares estudadas (Qui-quadrado)	127
<b>Quadro 32:</b> Situação familiar e comportamentos de risco	128
<b>Quadro 33:</b> Diferenças ao nível dos comportamentos de risco entre alunos de diferentes situações familiares estudados (Qui-quadrado)	128

## **INDÍCE DE FIGURAS**

<b>Fig.1</b> Modelo Ecológico do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner (adaptado por Blum & Nelson, 2005)	31
---	----

## **INTRODUÇÃO GERAL**

## **INTRODUÇÃO GERAL**

Os investigadores têm procurado compreender o porquê do maior ou menor envolvimento em comportamentos de saúde e de risco por parte dos adolescentes.

Numerosos estudos sobre morbilidade e mortalidade em adolescentes têm documentado a deslocação das causas biológicas para as causas sociais. Segundo Resnick, Harris e Blum (1993), esta tendência desmente a visão tradicional de que a adolescência é um tempo de saúde óptima e bem-estar. Outra tendência reporta-se ao aumento da proporção de crianças e adolescentes que vivem na pobreza, na alienação escolar (conceito definido como um baixo interesse nas actividades escolares, sentimentos de ausência de poder, desmotivação na formulação de projectos futuros, aspectos que têm vindo a ser relacionados com o envolvimento dos estudantes em comportamentos de risco para a saúde), em abandono escolar, ao impacto profundo do racismo e das limitadas oportunidades económicas, o que confere um carácter de urgência face à necessidade das comunidades responderem às necessidades de saúde dos seus jovens (Matos & Carvalhosa, 2001a; Resnick et al., 1993).

Já nos anos oitenta, recomendações do relatório da Conferência Nacional acerca do futuro da saúde dos adolescentes, realizada em Washington, Dc, em 1986, bem como recomendações Organização Mundial de Saúde (OMS) enfatizam o valor do desenvolvimento compreensivo de recolha de dados acerca dos comportamentos de saúde e de risco dos adolescentes e dos factores de resiliência, informações que foram consideradas a chave para fundamentar decisões, incluindo decisões dos legisladores de saúde, serviços sociais e de profissionais de educação, profissionais que trabalham com jovens, pais, e outros envolvidos com ou no bem-estar dos jovens (Resnick et al., 1993).

Tradicionalmente, o foco de muitos dos estudos científicos dirigidos a estudantes adolescentes tem sido os seus problemas ou patologias, as suas disfunções.

Segundo Resnick et al. (1993), a atenção de alguns investigadores nos anos noventa começou a orientar-se para a análise dos factores protectores na vida dos jovens, nomeadamente para a compreensão dos relacionamentos sociais do adolescente e dos sentimentos de envolvimento, das ligações aos outros com quem eles experimentam e com quem vivem as mudanças desenvolvimentais físicas, sociais e psicológicas.

Em Portugal, estudos nacionais realizados pela Direcção Geral de Saúde (Laranjeira, Oliveira, & Prazeres, 2005), bem como pelo projecto denominado Aventura Social, coordenado por Matos e Carvalhosa (1996, 1998, 2000, 2001a, 2001b, 2001c, 2001d, 2001e, 2002, 2003, 2004, 2006), e pelo Instituto Português da Juventude - (IPJ) (Fernandes, Vieira, Puga, & Barrisco, 2006), têm contribuído para o entendimento destas problemáticas.

No entanto, as diferenças entre dados obtidos em diferentes países, e mesmo em diferentes regiões de um mesmo país, justificam o interesse de estudos desenvolvidos a nível local/ regional. O presente estudo inspirou-se numa investigação desenvolvida por M. Carter, Taylor e Williams (2007), que decorreu na Nova Zelândia em diversas escolas, e que teve como objectivo descrever comportamentos de saúde e de risco em adolescentes, bem como compreender a relação entre estes comportamentos e a ligação a outros significativos.

Existem muitas razões inter-relacionadas que justificam a necessidade de prestar atenção à saúde dos adolescentes: pela qualidade de vida deste grupo etário, pela sua qualidade de vida em idades posteriores e pelas próximas gerações (McIntyre & Williams, 2002). Desta forma, torna-se premente a realização de uma investigação que contribua para a compreensão do estilo de vida dos adolescentes de uma escola secundária Portuguesa, a fim de que esses dados possam contribuir de algum modo para

o desenho de projectos de Educação para a Saúde e implementação de medidas de promoção da saúde nessa instituição.

As razões anteriormente expostas constituíram fundamento para a realização do presente estudo. O presente estudo, de carácter exploratório transversal tem como objectivo descrever o estilo de vida dos adolescentes escolarizados do 10º, 11º e 12º ano, pertencentes a uma escola secundária. São analisados comportamentos relacionados com a saúde (tais como actividade física, alimentação, sexualidade, segurança rodoviária e protecção solar) e comportamentos / situações relacionadas com o risco, comprometedoras para a saúde (tais como o consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas, humor depressivo, ideação suicida, violência e envolvimento em actividades sexuais de risco). O presente estudo tem também como objectivos: a) verificar se existem diferenças entre os sexos quanto a padrões de comportamento “protectores” e padrões comportamentais de risco; b) examinar se existem diferenças entre adolescentes com diferentes graus de envolvimento com a escola, com a família e com pares quanto a comportamentos de saúde e os comportamentos de risco adoptados por estes; c) estudar se existem diferenças significativas em relação à adopção de comportamentos de risco e de saúde entre jovens com pais divorciados e pais não divorciados.

O presente estudo encontra-se dividido em duas partes. A primeira parte, de revisão da literatura, engloba dois capítulos, um primeiro em que se apresenta a problemática global dos comportamentos de saúde e de risco na adolescência, referindo-se: os aspectos gerais do desenvolvimento positivo na adolescência, os factores protectores e em que é apresentado o Modelo teórico adoptado no presente estudo para descrever e compreender esses comportamentos. De seguida, procede-se a uma descrição mais detalhada de cada um dos comportamentos de saúde e de risco estudados e descreve-se a natureza das relações interpessoais nos principais contextos de vida dos

jovens, na família, na escola, com os pares na sua dupla vertente factor de protecção e factor de risco.

Na segunda parte, apresenta-se o estudo empírico. O capítulo três contém a justificação do estudo e a descrição da investigação realizada. São igualmente descritos os objectivos, o método de recolha de informação, incluindo os participantes, o material utilizado e o procedimento adoptado, assim como são apresentados os resultados.

Finaliza-se com a discussão dos resultados obtidos, confrontando-os com os obtidos em outras investigações, explorando, a partir dos mesmos, possíveis contributos para a promoção da saúde.

## **PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

**Capítulo 1: COMPORTAMENTOS DE SAÚDE E  
COMPORTAMENTOS DE RISCO EM JOVENS**

“ Serei quem sou, mas não aqui,  
Compreenderei mas não eu,  
Memória eterna do que também vi,  
Eu terra, Eu □, Eu Céu.....”.

Fernando Pessoa, 1918-1930, p.50

## **CAPÍTULO 1: COMPORTAMENTOS DE SAÚDE E COMPORTAMENTOS DE RISCO EM JOVENS**

### **1.1. CONSIDERAÇÕES GERAIS**

De acordo com Ribeiro (2007), o recurso ao termo “comportamento” na relação com a saúde foi introduzido inicialmente por Cobb e Kasl (1966), tendo sido posteriormente redefinido por Harris e Guten (1979) e de novo teorizado por McQueen (1987; 1988). Os primeiros autores, definiram comportamento de saúde como qualquer actividade empreendida por uma pessoa, que se crê saudável, com o propósito de prevenir a doença ou de a detectar num estágio assintomático. Esta definição foi posteriormente considerada incompleta, pois centrava-se na doença e não era tido em conta o ponto de vista das pessoas, considerando que seria um comportamento de saúde se adoptasse um comportamento que os médicos e técnicos de saúde definiam como adequado para a saúde (Ribeiro, 2007).

Os segundos autores propuseram uma nova designação do que intitularam de comportamentos protectores de saúde, que definiram como: qualquer comportamento realizado por uma pessoa, independentemente do estado de saúde que tem ou pensa ter, com vista a proteger, promover ou manter a saúde, quer tal comportamento seja, ou não, objectivamente eficaz para atingir tal fim (Ribeiro, 2007).

Quase dez anos depois, McQueen (1987,1988, cit. in Ribeiro, 2007) dividiu os comportamentos associados à saúde em três tipos: 1) comportamentos de exaltação da saúde: são os que visam a promoção da saúde, ou seja, aqueles que são implementados, conscientemente, com o propósito de melhorar o nível global de saúde; 2)

comportamentos de manutenção de saúde: são os de prevenção das doenças, tais como controlo de pressão arterial, planeamento familiar, vacinação, etc., e os de protecção de saúde, tais como controlo de agentes tóxicos, prevenção rodoviária, impacto ambiental;

3) comportamentos de prejuízo de saúde: são os que são prejudiciais à saúde, tais como fumar, beber exageradamente, medicar-se sem acompanhamento médico. Este mesmo autor dizia que, quando se pretender estudar a relação entre comportamento e saúde, deveremos ter em atenção três factores: a) a natureza do desenvolvimento humano; b) o papel do meio ambiente social e físico; b) a interacção do desenvolvimento humano com o meio ambiente.

Segundo Ribeiro (2007), foram sendo apresentadas outras definições de comportamento associado à saúde: comportamento de *wellness* (bem-estar), comportamento preventivo de saúde, comportamento de risco, comportamento de cuidados pessoais, comportamento de planeamento familiar, comportamento de saúde parental, comportamento social relacionado com a saúde, hábitos de saúde e práticas de saúde.

Ainda de acordo com Ribeiro (2007), associado ao Modelo Biomédico, o termo comportamento surge também relacionado com os seguintes conceitos: epidemiologia comportamental, imunologia comportamental, comportamentos patogénicos e factores de risco comportamentais que se referem aos comportamentos que são susceptíveis de conduzir à doença.

A perspectiva mais utilizada tem sido a do Modelo Biomédico, que considera o comportamento como a causa da saúde ou das doenças, não sendo considerada, neste caso, a influência do comportamento na qualidade de vida dos indivíduos (Ribeiro, 2007).

A saúde é definida como “o estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença” (Matos & Carvalhosa, 1996, p. 8). A presente definição enfatiza o equilíbrio da pessoa em relação a si própria, e destaca a questão da socialização e o envolvimento relacional com os outros.

O conceito de saúde tem vindo a ser associado ao de estilo de vida. O estilo de vida individual é descrito através dos padrões de comportamento susceptíveis de serem observados, os quais podem ter um efeito marcante na saúde do próprio indivíduo e na saúde de outros (Matos & Carvalhosa, 1998). Não existe um estilo de vida “ótimo” que deva ser imposto a todas as pessoas, pois existem variáveis culturais, sócio-económicas, a idade, a estrutura das famílias, a habilidade física, entre outras variáveis que tornarão certas actividades mais indicadas ou que suscitam um maior interesse por parte de determinadas pessoas (Matos & Carvalhosa, 1998). A literatura sugere igualmente que estes padrões de comportamento ou os estilos de vida não são fixos (Matos & Carvalhosa, 1998).

Os comportamentos relacionados com a saúde podem ser interpretados em três níveis: 1) como factores com possíveis efeitos no estado de saúde; 2) como consequências de vários processos psicossociais; 3) e como objecto de intervenções no sentido de mudanças comportamentais (individuais e comunitárias) (Matos & Carvalhosa, 1996, 1998).

### **1.1.1. Comportamentos de saúde**

De acordo M. Carter et al. (2007), uma perspectiva mais positiva acerca do desenvolvimento adolescente refere a adopção de comportamentos de saúde (“*health promoting behaviors*”) como a adopção de comportamentos que podem promover a saúde de um indivíduo. No entanto, tais comportamentos não têm recebido tanta

atenção da investigação ao longo dos anos como os que envolvem riscos directos para a saúde nesta população. Estes comportamentos incluem, por exemplo, ser fisicamente activo, usar práticas sexuais seguras, usar protector solar e usar equipamento de segurança, como capacete de bicicleta (M. Carter et al., 2007).

Segundo Silva e Deus (2005), os jovens definem comportamentos saudáveis como sendo os comportamentos ligados ao comportamento pró-social, ao bem-estar pessoal e ao afastamento de consumo de drogas.

Os factores protectores podem ser externos ou internos ao indivíduo. Linley e Joseph (2004) referem os seguintes exemplos de factores protectores que promovem o desenvolvimento positivo: **POLÍTICAS** - Políticas que promovem o acesso universal aos recursos que facilitam a adaptação positiva, cuidados preventivos de saúde, alimentação adequada, habitação segura e sustentável, prevenção e protecção face à violência e à perseguição política, protecções ambientais, ou seja, ambiente livre de poluição, acesso igual aos recursos económicos e políticos, de poder e de oportunidade; **COMUNIDADE** - Vizinhança segura, baixos níveis de violência na comunidade, inexistência de tráfico de droga, ligações com organizações pró-sociais, clubes de rapazes e raparigas, livrarias; **EDUCAÇÃO**- Escolas de elevada qualidade, professores atentos competentes e bem preparados, existência de programas extra-curriculares, alternativas recreativas (como desportos, música, arte); **FAMÍLIA** - Ambiente familiar estável e organizado, existência de um relacionamento próximo com um adulto na família, relações positivas, rede familiar apoiante; **INDIVÍDUO** - História de uma adaptação positiva, uma vinculação segura na infância, relações positivas com pares, estratégias emocionais de regulação eficazes, visão positiva de si (e.g. auto-confiança, auto-estima, esperança, auto-eficácia), características avaliadas positivamente pela

sociedade e pelo próprio (e.g. talentos, personalidade apelativa), boa inteligência e capacidade de resolução de problemas.

### **1.1.2. Comportamentos de risco**

Os adolescentes são normalmente vistos como um grupo em especial risco de se envolver em comportamentos comprometedores para a saúde, tais como tabagismo, álcool e uso de drogas ilícitas, métodos de fazer dieta perigosos, actividade sexual precoce e agressão física (M. Carter et al., 2007). Estes comportamentos podem pôr em risco a saúde individual a curto ou a longo prazo e, por esta razão, têm sido estudados por investigadores interessados no comportamento adolescente (M. Carter et al., 2007).

O termo comportamentos de risco foi definido por Steptoe e Wardle (1996, cit. in Matos & Carvalhosa, 1996) como qualquer actividade praticada por indivíduos, com frequência e intensidade tal, que conduza a um aumento de risco de doença ou acidente.

A expressão “*health compromising behaviors*” pode ser traduzida como comportamentos comprometedores para a saúde ou comportamentos de risco, e pode ser definida como a participação em actividades que podem comprometer a saúde física e mental do jovem, podem ter início pelo carácter exploratório, podendo ou não levar à sua consolidação e conduzir a consequências ao nível individual, familiar e social (Feijó & Oliveira, 2001).

Esse comportamento foi ainda definido como sendo de risco dado que é considerado usualmente como dependente da vontade, os seus resultados são incertos e porque desencadeia consequências negativas (Michael & Ben-Zur, 2007).

De acordo Linley e Joseph (2004), os riscos dizem respeito a acontecimentos ou condições que aumentam a probabilidade de um comportamento indesejável num grupo de pessoas em risco. Segundo os mesmos autores, os factores de risco normalmente

predizem comportamentos prejudiciais para a saúde num grupo de indivíduos que apresentam um factor de risco, mas não necessariamente para todos os elementos no grupo. Linley e Joseph (2004) referem que os recursos e os riscos raramente acontecem isoladamente na vida real das crianças; os recursos e os riscos podem-se contrabalançar e os factores protectores podem compensar os riscos. Mais ainda, entre indivíduos cujas vidas foram marcadas por muitos riscos e adversidades, os comportamentos são frequentemente diferentes, verificando-se que alguns deles manifestam uma adaptação positiva (Linley & Joseph, 2004).

Não é possível estabelecer uma relação linear entre um factor de risco e a saúde, visto esta ser produto de relações sistémicas entre aspectos inerentes ao indivíduo, quer estruturais, quer dependentes da sua acção (das suas intenções, expectativas, emoções), e aspectos inerentes ao meio ambiente (Ribeiro, 2007).

Os estudos epidemiológicos realizados durante a segunda metade do século XX, sobre as grandes epidemias, identificaram como principal factor de risco o comportamento humano. Ao contrário dos microrganismos que actuam mais ou menos rapidamente sobre o organismo humano, o comportamento só tem efeito a mais ou menos a longo prazo (Ribeiro, 2007).

Os comportamentos que são adoptados como estilo de vida vão-se instalando ao longo do desenvolvimento do indivíduo, que acaba por sucumbir a doenças associadas a esse estilo de vida (Ribeiro, 2007).

Existem duas limitações conhecidas à aplicação da noção de factores de risco (Ribeiro, 2007): 1) Os factores de risco não causam doenças visto estas possuírem uma causalidade multifactorial, ou seja, qualquer pessoa em determinadas circunstâncias pode adoecer; 2) é transmitida uma meia verdade pela noção da relação directa entre factor de risco e doença; por exemplo pode-se afirmar que fumar explica 85% de todas

as mortes por cancro no pulmão, mas não podemos dizer que 85% das pessoas que fumam terão cancro do pulmão (Ribeiro, 2007).

Os factores de risco resultam em grande parte de estudos epidemiológicos e, como tal, são verdades matemáticas que explicam apenas em parte as relações entre determinadas variáveis que não representam de todo a complexidade dos sistemas de saúde, que para cada doença, envolve uma infinidade de factores de risco (Ribeiro, 2007).

Os meios de comunicação social têm um impacto muito grande como agentes de socialização e de educação para a saúde, mas, por vezes, transmitem ideias parciais ao sugerirem que, se as pessoas praticarem determinado comportamento, ficam imunes à doença em geral (Ribeiro, 2007). Uma vez que os factores de risco se referem a relações lineares entre causas simples e doenças únicas, pode acontecer que um comportamento seja considerado preventivo face a uma doença e simultaneamente um factor de risco para outra doença. Ribeiro (2007) dá o exemplo do exercício físico, que pode ser considerado comportamento preventivo para doenças do aparelho circulatório, mas ser um factor de risco para doenças osteoarticulares.

Principalmente quando estão ausentes modelos de funcionamento adulto na família, os adolescentes são mais vulneráveis às influências externas, tornando-se um alvo mais directo dos mass media (televisão, Internet, cinema, música) e, portanto, serão alvos predilectos face ao consumismo e a mensagens de violência, de certas vivências da sexualidade, entre outros comportamentos (Feijó & Oliveira, 2001).

Estudos longitudinais têm demonstrado que os factores de risco, tais como o tabagismo, o exercício físico e a alimentação, contribuem para o desenvolvimento de várias doenças que, por sua vez, contribuem para a mortalidade (Ribeiro, 2007).

## **1.2. DESENVOLVIMENTO POSITIVO NA ADOLESCÊNCIA: COMPORTAMENTOS DE SAÚDE E DE RISCO E INFLUÊNCIA DOS MÚLTIPLOS CONTEXTOS DE VIDA**

### **1.2.1. Conceito de desenvolvimento positivo**

O conceito de desenvolvimento positivo do ser humano deve ser definido e analisado em termos de cinco elementos ou dimensões: motivação, acção, objectivos, contexto e tempo social (Jorgensen & Nafstad, 2004).

*Thus, in a western context, a competent infant may be one who develops a secure attachment in the early caregiving relationship, a competent adolescent may be one who succeeds in the areas of academic achievement and positive peer relationships, and a competent adult may be who successfully transitions into a romantic partnership and gainful employment (Yates & Masten, 2004, p. 523).*

Segundo Blum e Nelson (2005), o desenvolvimento positivo da juventude envolve três dimensões: 1) Física; 2) Emocional; 3) Social.

Tal como referem Linley e Joseph (2004), e de acordo com Bronfenbrenner (1979, 1992), em quase todas as discussões acerca de paradigmas da Psicologia, tudo acaba, de certa forma, relacionado ao individual, à história (herança comum de experiências, modelos de convivência e estilos de vida que influenciam a qualidade da saúde individual e colectiva), aos contexto (s) e / ou à relação entre eles.

Podem ser identificados agentes de socialização de seis tipos: a família; a escola; os meios de comunicação social; a religião; os pares; a classe social. A família é o primeiro dos três principais contextos, nos quais acontecem as transformações físicas, cognitivas e sociais da adolescência, mas a escola e o grupo de colegas também se

destacam pela influência no desenvolvimento destas características (M. Carter et al., 2007).

O impacto positivo ou negativo da conjugação de factores individuais, escolares, factores ligados à relação dos jovens com o grupo e à ocupação dos tempos livres podem-se consubstanciar em contextos, situações e cenários que são preponderantes na influência do bem-estar do jovem (Ribeiro, 2007; Sprinthall & Collins, 1994).

### **1.2.2. Relação entre as variáveis sócio-demográficas, o stress e os relacionamentos sociais, o bem-estar e os comportamentos**

Vários investigadores têm referido uma relação entre as percepções de saúde e de bem-estar dos adolescentes com os comportamentos de saúde e de risco adoptados, bem como entre estes e a idade, o sexo, factores afectivos e sociais (Linley & Joseph, 2004; Michael & Ben-Zur, 2007; Resnick et al., 1993; Simões, Matos, & Batista- Foguete, 2006). De facto, a análise dos comportamentos é complexa, uma vez que resultam da confluência de múltiplos factores internos e externos ao indivíduo.

#### **Aspectos sócio-demográficos**

A descrição de dados acerca de como os comportamentos de risco e factores protectores variam de acordo com as características demográficas pode contribuir para uma mais eficaz orientação de políticas de saúde, quer para a implementação de programas de prevenção, quer de promoção da saúde.

É de longa data conhecido que, por comparação com os homens, as mulheres têm uma prevalência mais elevada de perturbações psicológicas, bem como um nível de *distress* também mais elevado (Huppert, 2004). No que diz respeito às diferenças entre os dois sexos quanto a medidas positivas de bem-estar, uma vasta série de estudos tem

revelado que os homens apresentam resultados mais elevados em todas as medidas positivas, com a exceção da felicidade/ interesse na vida, variável em relação à qual não se verificam diferenças (Huppert, 2004). Ao nível do funcionamento social ou relativamente a relações positivas com os outros, as mulheres apresentam resultados mais elevados por comparação com os homens (Huppert, 2004). Relativamente aos adolescentes, são os rapazes os que apresentam uma melhor percepção de saúde, e uma melhor satisfação com a vida, e são as raparigas as que mais apresentam sintomas de mal-estar físicos e psicológicos (Leal, 2006; Matos & Carvalhosa, 2004, 2006).

A associação entre idade e bem-estar tem também sido examinada em inúmeros estudos (Fernandes et al., 2006 do IPJ; Huppert, 2004; Leal, 2006; Matos & Carvalhosa, 1996, 1998, 2000, 2001de, 2004, 2006; Ribeiro, 2007). Os resultados de investigações acerca de saúde e do estilo de vida têm mostrado que os comportamentos positivos de saúde e bem-estar decrescem, em geral, com a idade (Huppert, 2004; Matos & Carvalhosa, 2004, 2006). Segundo Matos e Carvalhosa (2004, 2006), são os rapazes e os jovens mais novos os que têm uma melhor percepção de saúde e os que mais frequentemente referem que as coisas lhe têm corrido bem, que a vida corre bem e se sentem bem com o que tem acontecido nas suas vidas. Dados apresentados pelo IPJ por Fernandes et al. (2006), referentes à população Portuguesa e relativos a 1998/1999, mostram que a frequência de consultas médicas é maior quanto maior o grupo etário (e.g., 38% dos jovens entre os 15 e 19 anos recorreram a consultas médicas, 41,3 % dos jovens com idades entre os 20 e 24 anos recorreram a consultas médicas, 41,4% dos jovens com idades entre os 25 e 29 anos, recorreram a consultas médicas).

Contudo, alguns estudos canadianos e norte americanos verificaram que alguns aspectos melhoram progressivamente com a idade, tais como o sentido de coerência, auto-eficácia, felicidade/ interesse pela vida (Huppert, 2004).

## **Stress**

O stress parece ter um forte efeito no bem-estar, se definido em termos de eventos adversos da vida, stressores crónicos e os aborrecimentos diários. O stress é definido como a experiência de uma pessoa que enfrenta solicitações ambientais que são percebidas como excessivas, atendendo aos recursos disponíveis das pessoas num certo momento da vida (Huppert, 2004). O stress tem sido estudado como uma resposta pessoal, a um estímulo ambiental, consubstanciando-se, portanto, na interacção ambiente-pessoa que intervém na situação (Ochoa, Olaziola, Espinosa, & Martínez, 2004). A frequência excessiva ou a intensidade e duração da resposta natural de stress, implica o risco de uma consequência negativa sobre o bem-estar (físico e psicológico) e o surgimento de uma crise com potenciais efeitos patológicos (Huppert, 2004).

A vida social é um cenário de experiências de tensão psicológica que surgem das dificuldades de adaptação pessoal a certas exigências do contexto de vida. Segundo a perspectiva Ecológica, é possível identificar contextos e espaços físico-sociais que podem ser fonte de stress psicossocial (Ochoa et al., 2004).

As fases de resposta ao stress apresentam a seguinte sequência: alarme, resistência e esgotamento. Tal como referem Ochoa et al. (2004), os moderadores da reacção ao stress podem ser: a) Recursos materiais disponíveis (recursos económicos, emprego, habitação, etc.); b) atribuição subjectiva acerca das solicitações situacionais e atribuição pessoal acerca dos meios para lhes dar resposta; c) competências, habilidades e estratégias de *coping*, funcionamento psicológico, cognitivo, emocional e motivação;

d) controlo percebido, estilo de locus de controlo, assertividade, auto-estima, medo, depressão, culpabilidade, frustração, etc; e) Apoio social, interacção positiva, solidariedade no grupo, nível de comunicação no grupo.

Os cenários de stress psicossocial podem ter origem nas seguintes situações: a) mudanças, como adolescência, desemprego, divórcio, mudança de escola, ou de residência, reconversão profissional; b) acontecimentos de vida (*life events*), acontecimentos traumáticos (tortura, violação, maus-tratos, etc.), todo o tipo de situações gerais que surgem como importantes, ao mesmo tempo, perigosas e ameaçadoras ao serem percebidas como imprevisíveis e incontroláveis ou situações em que existem solicitações ambíguas, conflituosas, excessivas ou solicitações insuficientes, perante as quais não surge a possibilidade de uma resposta funcional e satisfatória (Ochoa et al., 2004).

### **Relacionamentos sociais**

Ao longo do desenvolvimento, os indivíduos têm relacionamentos com várias pessoas, incluindo os pais, irmãos, parentes, professores, amigos e os companheiros românticos (Furman & Buhrmester, 1992). Todas as evidências sugerem que os factores sociais têm muito maior efeito na saúde mental do que os factores demográficos ou do que o rendimento económico (Huppert, 2004). Diversas pesquisas efectuadas com diferentes metodologias têm confirmado que os relacionamentos sociais (ter amigos, familiares apoiantes, colegas de trabalho e estar envolvido na comunidade) são determinantes importantes para a felicidade e para o bem-estar (Huppert, 2004). Os relacionamentos sociais parecem ter um efeito indirecto, funcionando como um amortecedor em relação aos agentes *stressores*. A este respeito, Huppert (2004) refere que os programas de intervenção nas Escolas que se centram no desenvolvimento do

suporte social entre pares e com professores têm demonstrado ser mais eficazes na promoção do ajustamento à escola e no desempenho académico do que os programas centrados apenas nas estratégias de *coping* e nas competências de resolução de problemas com alunos implementados a nível individual.

Ochoa et al. (2004) defendem que o apoio social funciona como mecanismo de prevenção primária. Numa investigação realizada com 1200 adolescentes entre os 15 e os 16 anos (Vilhjalmsson, 1994, cit. in Silva, 2003), verificou-se que o apoio dos pais, de outros adultos e dos amigos está relacionado com uma descrição positiva da própria saúde feita pelo jovem, percepção essa que se manifesta em comportamentos positivos de saúde, numa maior satisfação com a vida num menor stress psicológico.

O grupo dos jovens parece apresentar um risco acrescido de adopção de comportamentos considerados prejudiciais à saúde imediata ou a longo prazo pela adopção de determinados estilos de vida. Ribeiro (2007) refere uma investigação em que Mechanic (1979) procurou associar vários comportamentos de risco mais comuns nos jovens, às principais causas de morbilidade e mortalidade, tendo constatado que é possível distinguir diferentes efeitos desses comportamentos: a) efeitos imediatos na mortalidade juvenil, resultantes por exemplo dos acidentes de viação que, segundo a OMS (2007), constituem a principal causa da mortalidade entre jovens até aos 24 anos (embora se verifiquem desigualdades entre regiões e países da Europa); b) efeitos a longo prazo, que se manifestarão principalmente depois dos 40 anos, através de doenças cardiovasculares, resultantes dos comportamentos de risco, tais como fumar, sedentarismo e ausência de cuidados preventivos.

Numa revisão da literatura efectuada por Ribeiro (2007), constatou-se que os factores de risco para a saúde surgem organizados em sete categorias: 1) de tipo familiar (nível socio-económico baixo, conflito familiar, doença mental, desorganização,

comunicação difícil, dimensão da família); 2) de ordem emocional (abuso, apatia, imaturidade, stress, baixa auto-estima, descontrolo); 3) ligados à escola/emprego (fracasso, desmotivação, desinteresse, isolamento, provocação (*bullying*), sobre ou sub expectativas); 4) problemas interpessoais (rejeição de pares, alienação, isolamento); 5) limitações / dificuldades “ecológicas” (vizinhança, desemprego, pobreza); 6) injustiça racial ou outra forma de discriminação; 7) atraso de desenvolvimento (défice de competências sociais, défice de atenção, défice no nível leitura, défice de competências de trabalho ou défice de hábitos de trabalho, défice de inteligência).

Os programas juvenis de educação para a saúde que parecem ser mais eficazes são aqueles que se dirigem a toda a comunidade e que fazem apelo a estratégias de intervenções pela positiva em vez de pela negativa ou seja se a intervenção visa a adopção de estilos de vida saudáveis em vez de se centrar na prevenção de doenças (Ribeiro, 2007).

### **1.2.3. Factores protectores e factores de risco**

Em períodos do ciclo vital em que acontecem mudanças de vária ordem, como é o caso da adolescência, mais propícios ao envolvimento com factores de risco para a saúde, a preocupação dos técnicos de saúde e educação vai na direcção da identificação de factores protectores que promovam a resiliência. Segundo Huppert (2004), a perspectiva da resiliência sublinha a importância da promoção da competência através de modelos positivos de intervenção e de mudança e, em simultâneo, da procura de redução ou melhoria dos efeitos da adversidade nas crianças e jovens.

A entrada na adolescência coexiste com a necessidade dos adolescentes se reavaliarem a si próprios quanto à sua identidade pessoal, de repensarem o seu projecto de vida e de criarem novas expectativas face a um futuro próximo; envolve também um

reposicionamento face ao seu papel e relação com a família, um reposicionamento face à relação com o seu corpo, uma renegociação do seu papel e da sua relação com os pares, inclusivamente com os pares do sexo oposto, mudanças estas que têm vindo a acontecer em idades cada vez mais precoces (Leal, 2006).

Não obstante o distanciamento em relação à família, e aos pais em particular, comum nesta fase do ciclo vital, estes continuam a desempenhar um papel importante na vida dos adolescentes e a realização de actividades (como, por exemplo, actividades de lazer) em conjunto com a família podem constituir factores facilitadores na gestão dos novos problemas e da comunicação entre pais e filhos (Leal, 2006). Convém referir que, contrariamente às ideias do senso comum, a maioria dos adolescentes aparenta ter um relacionamento afectuoso, positivo e baseado no respeito mútuo com os pais, durante toda a fase da adolescência (Leal, 2006; Matos & Carvalhosa, 1998; Sprinthall & Collins, 1994).

Segundo Matos e Carvalhosa (1998), os principais grupos de referência para os adolescentes são os grupos de pares e a família. Para muitos adolescentes, a escola é o mais importante contexto fora da família. As percepções que os estudantes têm em relação ao ambiente escolar estão significativamente associadas com a sua saúde e bem-estar. Percepções elevadas de suporte por parte dos pares estão relacionadas com percepção subjectiva de bem-estar, satisfação com a escola, e aumento de actividade física nos estudantes (WHO, 2006). Contrariamente, os estudantes que sentem que não são apoiados pelos seus colegas revelam uma maior tendência para apresentar menor qualidade de vida (WHO, 2006).

De acordo com Linley e Joseph (2004) e Sprinthall e Collins (1994), uma das mais fiáveis e poderosas descobertas na pesquisa com adolescentes e suas famílias é a da importância da regulação adequada dos adolescentes, medida em termos de

supervisão, monitorização, regras ambientais, e outras formas de controlo de comportamento. Ligações parentais positivas estão associadas com baixos níveis de depressão e de ideação suicida, menor consumo de álcool, menos comportamentos sexuais de risco, e violência menos frequentes (M. Carter et al., 2007).

Assim, os programas de educação para a saúde podem e devem ajudar a criar ambientes de apoio e assistência e fornecer aos estudantes conhecimentos e competências que eles precisam para desenvolverem relações positivas e apoiantes com os seus pares e com as suas famílias.

A Organização Mundial de Saúde, desenvolveu um estudo por Currie et al. (2004), em larga escala, abrangendo 25 países da Europa, EUA, Canadá e Israel, em que procurou identificar comportamentos protectores/ situações protectoras na adolescência. Este estudo permitiu constatar que a existência de um adulto de referência (pai, professor, outro familiar, vizinho) na vida do adolescente, pessoa de confiança do adolescente a quem ele recorre se tem problemas ou preocupações de várias ordens, constituía um factor protector (Settertobulte & Matos, 2004). As observações concluem que, em tais circunstâncias, os adolescentes apresentam uma menor tendência para abandonar a escola, uma maior tendência para fazerem uma alimentação mais equilibrada, para desenvolverem maior actividade física, para consumirem menor quantidade de drogas e para estarem menos envolvidos em actos de violência (Leal, 2006).

### **1.3. MODELO TEÓRICO SUBJACENTE À PRESENTE INVESTIGAÇÃO**

#### **1.3.1. Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano**

A perspectiva ecológica do desenvolvimento dos sistemas é útil para compreendermos de que forma os factores dos sistemas exteriores à família, podem influenciar o bem-estar das crianças e jovens.

Para Bronfenbrenner, a ecologia do desenvolvimento humano compreende o estudo científico da progressiva acomodação entre o ser humano activo em desenvolvimento e as propriedades mutáveis dos contextos próximos a ele, tendo em conta que esses processos são influenciados pelas relações que se estabelecem entre tais contextos próximos e também pelos contextos mais amplos nos quais estão incluídos os outros (Ochoa et al., 2004).

O Modelo Process-Person-Context-Time (M. P.C.T.) da Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner, que constitui um modelo para a conceptualização integrada do desenvolvimento, contempla quatro componentes (Bronfenbrenner, 2005): a) Processo - o processo desenvolvimental - envolve a incidência na relação dinâmica do indivíduo e do contexto; b) Pessoa - com o seu reportório de características individuais biológicas, cognitivas, emocionais e características comportamentais; c) o contexto - o contexto de desenvolvimento humano, conceptualizado como o “ninho”, níveis ou os sistemas da ecologia do desenvolvimento humano; d) Tempo - envolvendo múltiplas dimensões da temporalidade, por exemplo o tempo ontogénico, o tempo familiar e o tempo histórico, que constituem o cronossistema que medeia as mudanças aos longo do ciclo vital.

A teoria proposta pelo Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano, defende a influência dos contextos mais próximos e dos contextos mais distantes, e contempla, ainda, a relação entre os diferentes contextos (Ochoa et al., 2004). Nesta perspectiva, integrar-se é também ter a capacidade de conhecer e participar noutros

sistemas, para o que é necessário que existam mecanismos facilitadores no conjunto da sociedade. Com efeito, a sociedade dinâmica estabelece mecanismos que potenciam a interacção entre os mais diversos sistemas, de modo a que se enriqueça a experiência pessoal de cada um dos seus membros (Ochoa et al., 2004). O bem-estar psicossocial da pessoa vai-se potenciando quando a sociedade na qual vive lhe permite desenvolver toda a sua actividade. Para Bronfenbrenner (1973, cit. in Ochoa et al., 2004), o trabalho do psicólogo não consiste em intervir unicamente nas pessoas e nos contextos, mas também em intervir nas políticas sociais.

Na perspectiva da Teoria Ecológica são apresentadas 4 sistemas ambientais: *microsistema*, *mesossistema*, *exossistema*, *macrossistema*. O *microsistema* é o nível mais interno, que se refere ao relacionamento entre a pessoa e o ambiente imediato; o *mesossistema* refere-se às conexões entre esses meios imediatos (tal como a casa e a escola); o *exossistema* envolve ambientes sociais que afectam a pessoa (tal com o local de trabalho dos pais); e o *macrossistema* que se refere às ideologias, políticas e cultura.

### **Microsistema**

Um microsistema é «um padrão de actividades, papéis e relações interpessoais que a pessoa em desenvolvimento experimenta num ambiente determinado, com características físicas e materiais particulares e contendo outras pessoas com distintas características de temperamento, personalidade e sistema de crenças» (Bronfenbrenner, 2005, p.148). Não existe apenas um único microsistema, mas vários. Os microsistemas caracterizam-se pelas suas actividades, papéis e relações interpessoais que neles se estabelecem. Neles, os participantes criam vínculos com outras pessoas, assumem papéis e desenvolvem determinadas actividades que os definem. Destacam-se

como grupos primários a família, os amigos, as relações íntimas e de confiança (Ochoa et al., 2004).

Do ponto de vista da ecologia do desenvolvimento humano, o conceito base é o da relação e esta capacidade é potenciada tanto pelas características pessoais, como da estrutura do ambiente.

### **Mesosistema**

Um Mesossistema envolve as inter-relações e processos que têm lugar entre dois ou mais sistemas nos quais a pessoa em desenvolvimento participa activamente (e.g., relações entre a casa e a escola, escola e local de trabalho). Noutras palavras um Mesossistema é um sistema de Microssistemas (Bronfenbrenner, 2005, p.148).

As forças do mesossistema incluem o conhecimento sobre microssistemas, a comunicação entre microssistemas, a participação multi-ambiental e as ligações indirectas (Ochoa et al., 2004).

Do ponto de vista da intervenção, é importante que se proporcione informação sobre as características das relações de determinados microssistemas que poderão ser úteis para a pessoa em desenvolvimento (Ochoa et al., 2004). Os microssistemas família, grupo de amigos e namorado, podem ser efectivamente uma fonte de desenvolvimento ou pode eventualmente acontecer que um destes microssistemas não esteja a permitir o desenvolvimento ou esteja a limitar o bem-estar desta pessoa e apenas os elementos dos outros grupos constituam fonte de ajuda psicológica e o mesmo se pode dizer das experiências que se fazem num ambiente para se facilitar a integração futura noutro ambiente desconhecido (e.g. visitas de estudo a outras escolas, a empresas, experiências de estágio, visitas a universidades, mostra de cursos). Esta

perspectiva de encarar os problemas, sugere uma forma para transformar os ambientes mais próximos nos quais a pessoa se desenvolve, eliminando ou procurando reduzir o impacto da influência de microssistemas que limitam o desenvolvimento pessoal (e.g., quando há abuso de álcool na família e maus-tratos) (Ochoa et al., 2004). Para tal é necessária a comunicação entre microssistemas o que pode incluir o recurso a entrevistas, reuniões entre a escola e as famílias, a comunicação via telefone, a comunicação por via dos mass media (Jornal da escola, rádio escola), folhetos e cartas, os questionários. Esta perspectiva permite igualmente a possibilidade de intervir na pessoa em desenvolvimento sem interactuar directamente com a mesma, através de ligações indirectas (da participação de terceiros que são pessoas que não participam directamente em nenhum dos ambientes que caracterizam a participação multiambiental, mas que exercem influência sobre aquele ambiente). São exemplos de relações mesossistémicas: as transições ecológicas- quando os alunos mudam de escola (do ensino básico para a escola secundária ou deste nível de ensino para o mercado de trabalho ou para a universidade - ou a passagem de um ambiente já familiar para outro desconhecido; laços primários- quando os alunos estão envolvidos em mais do que um ambiente, com a escola e com a família e com aos amigos; Laços secundários- quando existem outras pessoas que participam desse mesmo sistema, sem serem sujeitos principais das actividades de persistência temporal (Bronfenbrenner, 2005; Ochoa et al., 2004).

### **Exossistema**

Um exossistema refere-se a um ou mais ambientes que não incluem a pessoa em desenvolvimento como participante activo, mas nos quais decorrem acontecimentos que afectam o que acontece no ambiente que envolve a pessoa em desenvolvimento (Ochoa

et al., 2004). Alguns exemplos são: para a criança, a relação entre a casa e o espaço de trabalho dos pais; para os pais, a relação entre a escola e a vizinhança.

Também a formação profissional contínua e publicação de artigos científicos por alguns profissionais pode em determinados domínios ser considerada uma intervenção exossistémica (Ochoa et al., 2004). A intervenção que se centra em discutir e adoptar, com os agentes educativos, novas formas de relação com os alunos e em adoptar consensos sobre modelos de intervenção entre os profissionais que se adaptam às suas necessidades é também considerada uma intervenção exossistémica (Ochoa et al., 2004). Os resultados destas intervenções exossistémicas são normalmente traduzidas num aumento da motivação e satisfação laboral entre os professores e agentes educativos em geral e numa percepção positiva sobre o próprio trabalho dentro da escola (Ochoa et al., 2004).

### **Macrossistema**

O macrossistema consiste no modelo de envolvimento das características do (micro, meso e exossistemas) de uma dada cultura, subcultura ou outro contexto social externo, com particular referência para o sistema fomentador do desenvolvimento de crenças, recursos, estilos de vida, estruturas de oportunidades, opções de modos de vida e padrões de intercâmbio social que estão embebidos em cada um destes sistemas (Bronfenbrenner, 2005, p.149).

O macrossistema é uma estrutura mais externa à pessoa em desenvolvimento que tem influência no indivíduo, principalmente através da sua capacidade para determinar as relações entre as diferentes estruturas que se produzem num determinado momento histórico (Ochoa et al., 2004). O macrossistema constitui a ideologia e o sistema de crenças da sociedade na qual estudamos a pessoa em desenvolvimento, onde se incluem

o ordenamento jurídico, os valores e tradições, a influência da religião, as políticas sociais, etc. (Ochoa et al., 2004).

Um macrossistema que limita as possíveis inter-relações das estruturas ecológicas é um macrossistema que limita o desenvolvimento da pessoa (Ochoa et al., 2004). Portanto, intervir no desenvolvimento humano poderá ser também intervir no macrossistema.

Para entender o indivíduo de forma mais completa, ele precisa de ser visto como uma pequena parte de um muito mais vasto ambiente social/ contextos, que tem uma mais forte influência nas suas atitudes, comportamentos e cognições, reconhecendo-se assim o papel das forças sócio-ambientais na formação da nossa experiência individual (Linley & Joseph, 2004).

Actualmente não se sabe exactamente de que modo factores como o envolvimento com a família, com amigos e envolvimento com a vida da escola se podem transformar em factores protectores ou em factores de risco, ainda que se reconheça que qualquer deles pode constituir um papel de risco ou de protecção para a saúde, ou seja, em diferentes situações e com um impacto diferente, podem passar de um papel de risco a um papel de protecção (Leal, 2006).

A versatilidade dos factores protectores e de risco pode ser analisada nos seguintes exemplos: 1) O papel da família, risco ou protecção? Sempre risco ou sempre protecção? 2) E do grupo de pares? Risco ou protecção? Sempre risco ou sempre protecção?

Existem forças que estão mais próximas dos indivíduos, inclusivamente dos jovens, tais como as mudanças a nível da comunidade (e.g., na família, escolas e locais de trabalho, ou se habitam em meio rural ou em meio urbano), e forças que estão distantes, tal como a globalização, que interfere na “cultura juvenil” e na economia do

mundo (Blum & Nelson, 2005). Todos estes ambientes estão interligados e influenciam a forma como os jovens agem e se relacionam entre si.

A fim de otimizarmos o desenvolvimento positivo dos jovens, segundo Blum e Nelson (2005), precisamos de conhecer quer os factores que predispõem ao risco quer os que são protectores. A presente teoria está suportada por uma estrutura que considera que as pessoas jovens pertencem a múltiplos contextos (e.g., nação, comunidade, família, grupo de pares, etc.). Na figura 1 apresenta-se uma aplicação do Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner ao desenvolvimento positivo da juventude, adopção de comportamentos de risco e de protecção/ saúde.

A figura 1 apresenta os factores mais distantes na espiral mais exterior e os factores mais próximos (visíveis nas espirais mais interiores), em inter-relação. Segundo Blum e Nelson (2005), podem ser denominados de comportamentos protectores todos os comportamentos que incrementam os comportamentos de saúde (por exemplo, usar preservativo e métodos contraceptivos), moderam ou desencorajam comportamentos que podem levar a comportamentos de risco (e.g., ter relações sexuais com múltiplos parceiros, incorrer em gravidez indesejada). Segundo Kirby (2002, cit. in Blum & Nelson, 2005), estes factores são considerados de risco se aumentam a probabilidade de uma saúde negativa e de ocorrência de comportamentos comprometedores da saúde ou desencorajam os comportamentos positivos de prevenção.

De uma forma geral, resultados de investigações recentes sugerem que factores como família, amigos e vida na escola, contribuem quer para os comportamentos de risco para a saúde, quer para a promoção de comportamentos de saúde, ainda que de formas diferentes (M. Carter et al., 2007).

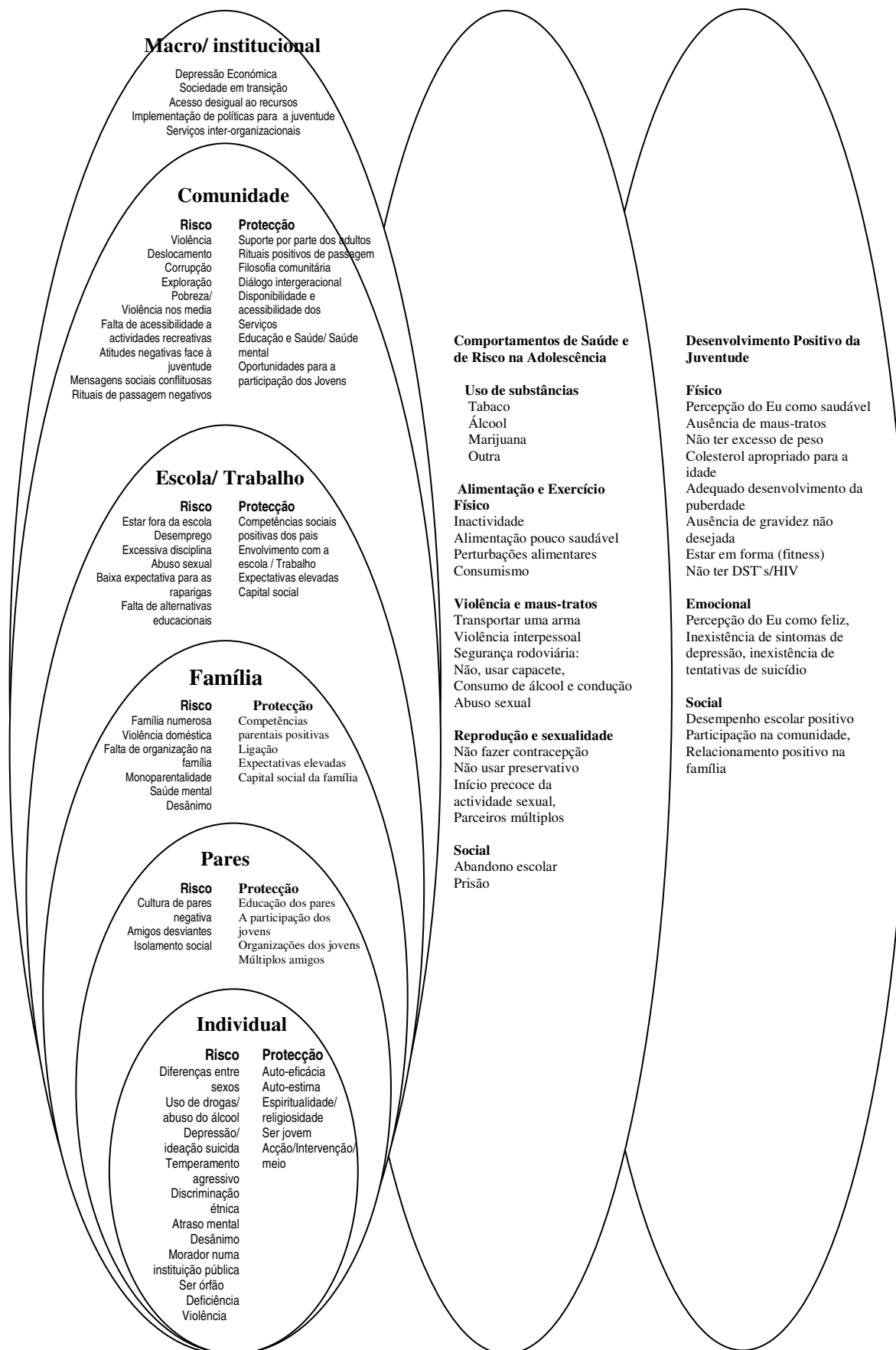


Figura 1. Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner, (Adaptado por Blum & Nelson, 2005).

**Capítulo 2:** DESCRIÇÃO DOS COMPORTAMENTOS DE SAÚDE E  
DE RISCO AVALIADOS NO PRESENTE ESTUDO E SUA RELAÇÃO  
COM OS PRINCIPAIS CONTEXTOS DE VIDA DOS ADOLESCENTES

“ Perene peso da matéria em nós,  
Símbolo eterno da imperfeita vida,  
Que havido é o mal, e não havido é atroz,  
Que tanto dois tida como não tida,  
Que se o corpo tem, a mente adoece,  
Se não tem, de não ter padece.”

Fernando Pessoa, 1918-1930, p.57

## **CAPÍTULO 2: DESCRIÇÃO DOS COMPORTAMENTOS DE SAÚDE E DE RISCO AVALIADOS NO PRESENTE ESTUDO E SUA RELAÇÃO COM OS PRINCIPAIS CONTEXTOS DE VIDA DOS ADOLESCENTES**

### **2.1. MORBILIDADE E MORTALIDADE JUVENIL**

#### **2.1.1. A dimensão do problema a nível mundial**

Nos estados Unidos, dados do Department of Health and Human Services for Disease Control and Prevention-(CDC), sugerem que 71% de todas as mortes entre pessoas com idades compreendidas entre os 10 e os 24 anos resultam unicamente de quatro causas: acidentes de automóvel, maus-tratos, homicídio e suicídio (Brener et al., 2004). O CDC refere, ainda, que, nos adultos maiores de 25 anos, 61% de todas as mortes resultam de duas causas: doenças cardiovasculares e de doenças de cancro (Brener et al., 2004).

Os resultados do estudo nacional Youth Risk Behavior Survey realizado em 2005, nos Estados Unidos da América (EUA), demonstraram que a maioria dos comportamentos de risco relacionados com estas duas causas de morte anteriormente referidas tem início na adolescência (Brener et al., 2007). Por exemplo, em 2005, um total de 23,0% dos estudantes do Ensino Secundário tinham fumado cigarros durante os 30 dias que precederam o questionário; 79,9% não tinha comido 5 ou mais doses de fruta e de vegetais/dia nos últimos 7dias; 67,0% não tinha frequentado aulas de Educação Física, e 13,1% estava com excesso de peso (Brener et al., 2007).

A prevalência de comportamentos de saúde e de risco varia conforme as diferentes cidades, estados e países (Currie et al., 2004).

### **2.1.2. A dimensão do problema em Portugal**

Num estudo realizado por Laranjeira et al. (2005), a respeito da morbidade dos jovens (10- 24 anos), destacam-se as seguintes conclusões: 1) A população portuguesa, nesta faixa etária, apresenta índices de imunidade considerados elevados, em patologias como tétano, difteria, hepatite B, rubéola e parotidite; 2) No que se refere à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH), verificou-se um decréscimo do número de casos de VIH, de 2000 para 2004; constatou-se ser elevado o número de portadores assintomáticos e de casos sintomáticos não-síndrome da imunodeficiência humana adquirida (SIDA), o que aponta para necessidades de condutas preventivas cada vez mais generalizadas; 3) No domínio da saúde oral, o aspecto mais preponderante refere-se à existência de marcadas diferenças entre as várias regiões do país.

No mesmo estudo, a respeito da mortalidade dos jovens, destacam-se as seguintes conclusões (Laranjeira et al., 2005): 1) A mortalidade nos jovens é baixa quando comparada com a que se encontra em idades posteriores; 2) A mortalidade geral nos jovens (10-24 anos) apresentou um decréscimo progressivo, qualquer que fosse o grupo etário, a partir da segunda metade da década de 90 século XX; 3) No sexo masculino, as causas naturais predominam no grupo dos mais novos (10-14 anos), ao passo que as causas violentas foram largamente maioritárias nos 15- 19 e 20-24 anos; 4) No sexo feminino, verificou-se que, nas várias idades, a mortalidade está mais relacionada com causas naturais; 5) Quanto às causas de morte, observou-se que os acidentes rodoviários se destacam nos três grupos etários, em segunda posição encontram-se os tumores malignos entre os 10-14 e os 15-19 anos; ao passo que entre os

20-24 anos foram as doenças infecciosas e parasitárias que assumiram a segunda posição. Como terceira causa de morte mais frequente, identificaram-se as doenças do sistema nervoso entre os 10-14 anos e entre os 15 -19 anos e os tumores malignos entre os 20 - 24 anos.

## **2.2. DIFERENÇAS ENTRE SEXOS RELATIVAMENTE À MORTALIDADE E MORBILIDADE JUVENIL**

Em Portugal, o estudo denominado “Adolescentes portugueses: Risco e protecção” (Matos & Gaspar, 2003) permitiu constatar que, apesar de um modo geral os jovens avaliarem o seu estado de saúde de uma forma positiva e apresentarem níveis elevados de satisfação com a vida, numa considerável percentagem de casos estavam presentes estilos de vida, atitudes e comportamentos potencialmente lesivos para a saúde. Foram ainda observadas diferenças nas práticas de saúde quer entre as várias idades, quer entre os dois sexos.

Segundo Leal (2006), as raparigas, em geral, envolvem-se em actividades de socialização mais sedentárias (como conversar), enquanto os rapazes apresentam mais tendência para se envolverem em actividades físicas em grupo. A mesma autora refere-se a esta diferenciação em função do sexo, em que os rapazes habitualmente se envolvem mais em comportamentos de exteriorização (“externalização”), como consumo de substâncias psicoactivas, actos de violência e acidentes e as raparigas tendo mais comportamentos de interiorização (“internalização”), como sintomas de mal-estar físico e psicológico e dificuldades na relação com o corpo. Há também uma tendência para uma maior alienação e desinvestimento em relação à escola nos rapazes (Matos & Carvalhosa, 2001a; Samdal, Nutbeam, Wold, & Kannas, 1998).

O estudo intitulado “A saúde dos jovens em Portugal: Elementos de caracterização”, realizado por Laranjeira et al. (2005), a respeito da mortalidade dos jovens, permitiu constatar que, no domínio das causas de morte violentas, a diferença entre o sexo masculino e o sexo feminino ganha maior relevo. Como exemplo salienta-se o caso dos acidentes rodoviários - principal causa de morte na faixa 10-24 anos (de 1995 a 2005, os óbitos nos homens representaram mais de 80% dos casos), quer nos 15-19, quer nos 20-24 anos. Nas faixas etárias e nos anos civis que foram estudados, anteriormente referidos, observou-se uma acentuada sobremortalidade masculina, a qual parece aumentar à medida que aumenta a idade (Laranjeira et al., 2005).

### **2.3. DIFERENÇAS DOS COMPORTAMENTOS DE SAÚDE E DE RISCO EM FUNÇÃO DA IDADE, AO LONGO DO CICLO VITAL**

Tal como refere Ribeiro (2007), num estudo longitudinal, realizado por Mechanic no final dos anos setenta, em que este autor avaliou a relação entre comportamentos de saúde e percepção de saúde física, em crianças dos 9 aos 12 anos, e nos mesmos indivíduos 16 anos depois, concluiu-se que havia correlação significativa entre a generalidade dos comportamentos de saúde e a percepção de saúde física. Relativamente à estabilidade dos comportamentos de saúde ao longo do ciclo vital, o mesmo estudo concluiu que, ao longo dos 16 anos, os comportamentos de saúde se alteraram bastante (Ribeiro, 2007). Segundo Ribeiro (2007), desde idades muito jovens, parece que os padrões de comportamento associados à saúde: a) se aprendem e podem estar associados à cultura; b) e estes padrões de comportamento mudam devido a factores associados ao desenvolvimento humano e à pressão cultural associada à idade.

A investigação confirma que, durante a adolescência, os jovens se tornam menos saudáveis à medida que se vão tornando mais velhos, pelo menos entre os 11 e os 16 anos (Leal, 2006).

## **2.4. CARACTERIZAÇÃO DOS DIVERSOS COMPORTAMENTOS/SITUAÇÕES DE SAÚDE E DE RISCO**

### **2.4.1. Comportamentos de violência**

A OMS define violência como o uso intencional de força física, poder ou ameaça, usada contra a própria pessoa, contra outra pessoa, grupo ou comunidade da qual resultam ferimentos, morte, danos psicológicos, atraso no desenvolvimento ou privação (WHO, 2007). Esta definição inclui a violência sexual, os maus-tratos infantis, suicídio e outras formas de violência. Quanto à violência interpessoal, que inclui a violência juvenil, os maus-tratos a crianças, a violência entre casais ou na intimidade / namoro, abuso sexual das pessoas idosas e a violência sexual, foi estimado que esta causa cerca de 73.000 mortes por ano e que as vítimas recorrem 20 a 30 vezes mais a serviços de assistência médica e hospitalar (WHO, 2007). Os casos de morte e morbidade registados são apenas uma parte do problema, dado que muitas pessoas vítimas de violência não recorrem a nenhum tipo serviço médico (WHO, 2007).

Na adolescência e nas escolas, podem ser identificados vários tipos de violência e agressão, das quais se destacam as lutas físicas e *bullying* (Craig & Harel, 2004). Segundo os mesmos autores, as lutas físicas são um comportamento agressivo e as pessoas envolvidas são normalmente da mesma idade e com força física ou estatura equivalente. No caso do *bullying*, trata-se de um problema de relacionamento interpessoal que envolve acções negativas físicas ou verbais com uma intenção de

hostilizar. Acções repetidas de *bullying* consolidam a relação de poder entre o agressor e as suas vítimas (Craig & Harel, 2004).

Muitos ferimentos causados por actos de violência dão origem a deficiências permanentes e malformações cerebrais. Para além das consequências imediatas da violência, existem consequências negativas a longo prazo para todos os envolvidos, quer sejam os agressores, quer sejam as vítimas ou as pessoas que observam a interacção de violência (Craig & Harel, 2004).

As crianças vítimas de *bullying* estão em risco face uma série de consequências negativas. De acordo com Craig e Harel (2004), as vítimas de *bullying* são mais inseguras e ansiosas, tem uma auto-estima mais baixa, são mais solitárias, apresentando maior tendência para serem rejeitadas pelos pares e para serem mais deprimidas.

A investigação tem confirmado que também a violência nos relacionamentos de namoro dos adolescentes é um sério problema de saúde pública que precisa de ser melhor conhecido, a fim de se conseguir uma prevenção eficaz. Romance e violência estão a ganhar progressivamente aceitação, como uma versão de amor e guerra, entre os casais de adolescentes (James, West, Deters, & Armijo, 2000).

As conclusões de um estudo realizado com 37 adolescentes (17 rapazes e 20 raparigas) do ensino secundário, permitiu concluir que, pelo menos, 25% dos adolescentes são alvo de abuso psicológico e físico nos seus relacionamentos amorosos (James et al., 2000). Segundo James et al. (2000), os resultados indicaram que rapazes e raparigas perpetram abuso psicológico e são vitimados aproximadamente na mesma proporção, mas que são os rapazes que surgem envolvidos em níveis mais elevados de violência física nos relacionamentos de namoro. No entanto, este estudo avaliou um reduzido número de participantes, não permitindo qualquer generalização a partir dos seus resultados.

A partir da consulta dos resultados da aplicação do Youth Risk Behavior Survey (YRBS), à população de adolescentes dos EUA, observou-se que 9,2 % dos jovens tinha relatado ter sido vítima de violência física no namoro nos últimos 12 meses pelos seus namorados ou pelas suas namoradas (Brener et al., 2007).

Os resultados de um estudo realizado em Portugal por Paiva e Figueiredo (2005), com jovens adultos universitários, sobre o abuso no relacionamento íntimo e estado de saúde em jovens adultos, apontam para o facto da presença de abuso ser frequente e para o facto do abuso no contexto do relacionamento íntimo mais frequente ser a agressão psicológica (no que respeita quer à perpetração quer à vitimização). Entre os restantes tipos de abuso, por ordem decrescente de prevalência, encontram-se: a coerção sexual e o abuso físico com sequelas (Paiva & Figueiredo, 2005).

De acordo com dados do relatório intitulado “Indicadores de saúde dos adolescentes portugueses”, Matos e Carvalhosa (2006) concluíram que, de 2002 para 2006, ocorreu uma ligeira redução do número de jovens que dizem ter estado envolvidos em lutas (quatro ou mais vezes no último ano) de 9% para 6,9%. São os rapazes que mais se envolvem em lutas e são também os jovens mais novos (11 anos) os que se envolvem mais nesse comportamento. Observa-se, ainda, uma redução (no mesmo período - 2002/2006) de jovens que dizem ter sido provocados várias vezes na escola e verifica-se uma estabilização quanto aos jovens andarem com armas.

Num estudo realizado em 2001, com estudantes do 6º ao 10º ano, intitulado “Violência na escola: Vítimas, provocadores e outros”, concluiu-se que os rapazes se envolvem mais em actos de violência na escola, quer como provocadores, quer como vítimas, quer com duplo envolvimento (Matos & Carvalhosa, 2001e). Também de acordo com resultados de um estudo realizado com estudantes do 11º ano, por M. Carter

et al. (2007), observou-se que mais rapazes do que raparigas afirmaram ter estado envolvidos em duas ou mais lutas físicas durante o último ano.

#### **2.4.2. Saúde mental, humor depressivo e suicídio**

Todos os países e culturas têm crianças e adolescentes que apresentam problemas de saúde mental. Os sintomas depressivos e as perturbações afectivas são comuns na adolescência (Steinhausen, Haslimeier, & Metzke, 2007).

Os jovens que apresentam esse tipo de perturbação correm maior risco de abuso, negligência, suicídio, consumo de álcool e outras drogas, fracasso escolar, de se envolverem em actividades violentas ou criminais, sofrerem de doenças mentais na idade adulta, de envolvimento em comportamentos comprometedores para a saúde e de apresentarem comportamentos impulsivos (Sawyer, Miller-Lewis, & Clark, 2007; WHO, 2006). Segundo Sawyer et al. (2007), a depressão durante a adolescência e nos jovens adultos é cada vez mais reconhecida como um importante problema de saúde pública. Contudo, apesar da depressão ser o problema mental mais frequentemente referido na adolescência, é importante referir que, quer a depressão clínica, quer o suicídio são relativamente raros na população juvenil. Mais comum, quer em jovens quer em adultos, são sintomas como aborrecimento, fadiga, preocupação, irritabilidade, falta de apetite, humor depressivo, problemas de sono, e concentração (Glover, Burns, Butler, & Patton, 1998).

Muitos adolescentes com alguns destes sintomas depressivos, apesar de não reunirem os critérios para um diagnóstico de depressão, irão sentir o seu bem-estar e satisfação com a vida afectados e estarão, deste modo, também mais predispostos ao envolvimento em comportamentos de risco, embora também não se possa considerar que apresentem um elevado risco de envolvimento em comportamentos de risco. Tal

como refere Glover et al. (1998), os programas de prevenção não devem ter em atenção apenas os jovens com elevado risco, devendo dirigir-se aos jovens de toda a comunidade.

O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV) (American Psychiatric Association [APA], 1996, 2002) descreve o *episódio depressivo major* como uma perturbação que se manifesta num período de, pelo menos, duas semanas e que é descrito pela presença de humor depressivo ou perda de motivação em quase todas as actividades mais representativas da vida. Considera, ainda, que a pessoa deve experimentar, pelo menos, quatro dos seguintes sintomas: alterações no apetite ou peso; alterações no sono (insónia ou hipersónia) e actividade psicomotora (por excesso ou por defeito); diminuição da energia (cansaço e fadiga persistentes); sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa; dificuldade de concentração ou em tomar decisões; pensamentos recorrentes a propósito da morte ou planos, tentativas ou ideação suicida. Esses sintomas devem persistir ao longo de quase todo o dia, durante todos os dias. Este *episódio depressivo* é, segundo a APA, acompanhado por um mal-estar considerável da pessoa ou por uma alteração no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes da vida. O humor é descrito pela pessoa com frequência como triste, depressivo, pessimista ou sem esperança. Algumas pessoas podem apresentar queixas somáticas (tal como dores), sentimentos de irritabilidade, atitudes de isolamento social, negligência nas tarefas habituais, diminuição do interesse sexual e perda de interesse ou prazer em quase todas as actividades nas quais anteriormente se envolvia com satisfação.

Segundo a APA (2002) as mulheres apresentam um risco mais elevado do que os homens de desenvolverem episódios depressivos num determinado período da vida.

Alguns estudos referem que os episódios depressivos são duas vezes mais frequentes nos indivíduos do sexo feminino do que nos do sexo masculino (APA, 2002).

Os dados sobre a prevalência da depressão na adolescência em Portugal são escassos, mas, num estudo realizado em Portugal sobre sintomas depressivos em adolescentes, a percentagem encontrada foi de 11% (Cardoso, Rodrigues, & Vilar, 2004).

Diversas investigações têm procurado estudar variáveis relacionadas com a depressão na adolescência e os domínios mais frequentemente estudados têm sido: o impacto dos acontecimentos de vida, as competências de *coping*, os estilos cognitivos, e a qualidade dos relacionamentos com a família e o ambiente social (Steinhausen et al., 2007). A rejeição parental, a falta de suporte e as relações perturbadas pais-criança têm sido frequentemente consideradas como factor de risco, quer no adolescente quer nas suas mães, para a depressão na adolescência (Steinhausen et al., 2007). A investigação sugere uma forte associação entre a depressão adolescente e vinculação insegura (Allen & Land, 1999). Mas, aparentemente, a vinculação parece que interactua com outros aspectos relativos aos relacionamentos actuais dos adolescentes. Entre os factores sociais, a qualidade das relações com os pares (fracos contactos e a rejeição dos pares) e com o ambiente social têm sido associados à depressão nos adolescentes (Steinhausen et al., 2007). Quer a internalização de problemas (depressão), quer a sua externalização têm sido relacionados com insegurança na vinculação (Allen & Land, 1999).

Apesar dos esforços no estudo do suicídio, este comportamento ainda não é completamente compreendido do ponto de vista clínico e preventivo (Lopes, Barreira, & Pires, 2001). O suicídio é um problema complexo, não tem uma causa única, resultando de uma interacção de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais (OMS, 2000). Segundo Sampaio (1993), a compreensão do

suicídio como um fenómeno complexo e multifacetado necessita de enquadramento cultural, de uma adequada metodologia de estudo e objectividade.

O suicídio pode surgir associados a várias das seguintes perturbações mentais por ordem decrescente e importância; 1) Depressão; 2) Perturbação da personalidade; 3) Alcoolismo e/ ou abuso de substâncias em adolescentes; 3) Esquizofrenia; 4) Transtorno mental orgânico. O suicídio pode ainda estar associado a doenças físicas, por exemplo no momento do conhecimento de um diagnóstico de uma doença incurável ou durante um momento negativo no processo de evolução da doença crónica (OMS, 2000).

Os resultados de um estudo sobre a tentativa de suicídio na adolescência, realizado por Lopes et al. (2001), sugerem a existência de um efeito do sexo, quer na expressão e na clínica do quadro depressivo, quer na presença de traços patológicos de personalidade. Lopes et al. (2001) procederam a uma revisão da literatura com a intenção de traçar um perfil do adolescente que tenta o suicídio, tendo-o descrito como sendo: geralmente do sexo feminino; tem uma idade média de 17 anos; normalmente vive com a família nuclear; frequentemente é estudante; o método de tentativa do suicídio é geralmente o medicamentoso; na maioria dos casos verifica-se algum acontecimento de vida que potenciou a conduta, tal como conflitos familiares, ruptura afectiva ou fracasso escolar; possui critérios de síndrome depressivo. Os mesmos autores referem, ainda, que se podem adicionar outros factores de risco aos anteriormente referidos, tais como: a desesperança, a perturbação afectiva, a forte ideação suicida, a história de tentativas de suicídio anteriores, história de antecedentes familiares de suicídio ou tentativa de suicídio, factores de personalidade (nomeadamente personalidade perfeccionista), factores biológicos (alterações da serotonina por deficit), história de abuso de drogas e factores demográficos (como a idade e o sexo).

Existem importantes variações face ao número de mortes por suicídio em diversos países da Europa e de outros continentes (em ordem decrescente, Portugal encontra-se em trigésimo lugar entre quarenta e cinco países, nas taxas de suicídio por 100.000 habitantes) (Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2006). Dados da Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2006), referem que, no que diz respeito a Portugal, as taxas globais de suicídio variam igualmente entre regiões, sendo a taxa global de suicídio por 100.000 habitantes do Continente, em 2003, de 11,1 (17,6/100.000, taxa para o sexo masculino e 5,0/ 100.000, para o sexo feminino). A taxa média anual global 1969-1999 de suicídio por 100.000 habitantes para a região do Ave (Distrito de Braga), na faixa etária 15-24 anos foi de 1,1 e de 5,2 para o sexo masculino e de 0,4 para o sexo feminino (Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2006). Por comparação com outras regiões do país, as regiões do Alentejo apresentam taxas bastante superiores de suicídio, como é o caso do Alentejo Litoral que apresentou uma taxa média anual global para o período analisado (1996-1999) de 28,4 por 100.000 habitantes. Comparando estas conclusões com as conclusões obtidas por Lopes et al. (2001), constata-se que, se as tentativas de suicídio parecem ser mais frequentes em elementos do sexo feminino, mas são os homens os que mais morrem por suicídio. Estes dados estão igualmente em concordância com dados encontrados noutros estudo e referidos pela Organização Mundial de Saúde [OMS], (2000).

De acordo com resultados de um estudo realizado por M. Carter et al., (2007), com estudantes do 11º ano, quer o humor depressivo, quer a ideação suicida surgem em maior grau em raparigas do que em rapazes de 16 anos.

Segundo dados da OMS (2000), a maioria dos indivíduos que comete suicídio passou por acontecimentos stressantes nos três meses anteriores ao suicídio (por exemplo: problemas interpessoais; problemas com o namorado/a, no casal, com a

família, ou amigos; rejeição, separação da família e amigos; perda: luto ou perda financeira, no trabalho; mudanças, migração, entre outros stressores).

De acordo com resultados de um estudo realizado por M. Carter et al. (2007), o humor depressivo e a ideação suicida surgem nos jovens de 16 anos relacionados com um menor envolvimento com a família.

A OMS (2000) defende que uma pequena parcela dos suicídios abarca adolescentes vulneráveis que são expostos ao suicídio na vida real, ou através dos meios de comunicação, e que podem ser influenciados a se envolver em comportamentos suicidas.

### **2.4.3. Consumo de álcool, tabaco e outras drogas ilícitas**

O álcool é a substância psicoactiva mais vulgarmente utilizada entre os jovens (Instituto da Droga e Toxicoddependência [IDT] & Observatório Europeu das Drogas e Toxicoddependência [OEDT], 2003). O consumo de álcool causa 3% das mortes (1,8 milhões) anualmente (WHO, 2006). Segundo a WHO (2006), em várias regiões do mundo, a proporção de cuidados com doenças atribuídas ao álcool atinge entre 8% e 18% do total dos cuidados com homens, e entre 2% a 4% do total de cuidados com mulheres. Além disso, os efeitos directos de intoxicação e adição do uso do álcool ser responsáveis por cerca de 20% a 30% do cancro do esófago, estando também associados à prática de homicídios e maus-tratos, doenças do fígado, epilepsia e acidentes rodoviários por todo o mundo. Na maioria dos países, a mortalidade relacionada com o álcool é elevada entre os 45 e os 54 anos, mas a relação entre a idade de iniciação do consumo do álcool, o padrão deste consumo e abuso na idade adulta torna o estudo do consumo do álcool entre adolescentes premente (WHO, 2006).

Pessoas jovens que bebem bebidas alcoólicas são mais propensas ao consumo do tabaco e outras drogas, bem como a envolverem-se em comportamentos sexuais de risco. Estudos levados a cabo com estudantes do ensino secundário e universitário têm constatado que os estudantes que consomem álcool tendem a ter mais parceiros sexuais e têm menos relações com preservativo (Straub, 2005). O consumo de álcool por adolescentes pode provocar danos no desenvolvimento psicológico e influenciar negativamente quer o desempenho escolar, quer a forma como é aproveitado o tempo de lazer (Straub, 2005).

Para além disso, o consumo de bebidas alcoólicas também aumenta a probabilidade de alguém vir a ser vítima de abuso ou de outro crime (Straub, 2005).

O consumo de álcool está relacionado com determinantes sócio-económicas que têm impacto a nível das desigualdades sociais em saúde e têm consequências significativas a nível da estabilidade psicológica do próprio e dos que o rodeiam, em especial nas crianças e nos jovens, com repercussões no desempenho escolar e a nível emocional, no absentismo, em reformas antecipadas, no envelhecimento precoce e morte prematura (Gaspar, Gonçalves, Ramos, & Matos, 2006).

Dados preliminares de um estudo realizado nas escolas portuguesas, divulgados no Relatório Anual de 2006 (referente a 2005) do European Monitoring Centre for Drugs and Addiction [EMCDDA], parecem indicar um decréscimo na prevalência do consumo de drogas em geral entre os jovens do 6º ao do 10º anos de escolaridade, com idades dos 12 aos 19 anos. De acordo com o mesmo relatório, o haxixe (também denominado cannabis) destaca-se por continuar a ser a droga mais consumida e, de acordo com vários indicadores, o seu consumo continua a aumentar, sozinho ou em combinação com outras drogas (EMCDDA, 2006).

De acordo com os dados do relatório preliminar intitulado “Indicadores de saúde dos adolescentes portugueses” (Matos & Carvalhosa, 2006), verifica-se que a percentagem de jovens (dos 6º, 8º e 10º anos de escolaridade) que diz já ter consumido “marijuana ou erva” se situa perto dos 15% e a marijuana aparece como sendo a droga mais experimentada, seguida pelos estimulantes, o LSD, os medicamentos usados como droga, o doping, a cocaína, o ecstasy, o baltok e a heroína. Apesar da heroína permanecer como a principal droga com consequências na saúde das pessoas que usam drogas, algumas das drogas legais também acarretam consequências para a saúde (EMCDDA, 2006). Dados do estudo apresentado pelo EMCDDA (2006) indicam que são os rapazes mais velhos (de 16 anos ou mais anos de idade), os que mais dizem já ter experimentado haxixe/ erva; A grande maioria de jovens relata não ter consumido drogas no último mês; A percentagem dos que dizem ter consumido aumenta com a idade.

De acordo com o mesmo estudo, verificou-se que são os adolescentes que não experimentaram nenhuma das substâncias (haxixe, estimulantes, LSD), os que referem gostar mais da escola. Ao nível das características do grupo de amigos, verifica-se que são os adolescentes que já experimentaram haxixe/ erva, estimulantes e LSD, os que referem mais frequentemente no grupo de amigos fumar cigarros, embebedarem-se e já terem usado drogas para ficar “pedrados”. São os adolescentes fumadores os que mais referem não serem bons alunos na escola e não se darem bem com os pais. Neste estudo, são os adolescentes não fumadores os que mais referem gostar da escola (EMCDDA, 2006).

No que respeita à percepção de saúde, verifica-se que existem diferenças significativas entre jovens que já experimentaram haxixe / erva, estimulantes e LSD e o os que nunca experimentaram, sendo os adolescentes que já experimentaram haxixe /

erva, estimulantes e LSD, os que mais referem ter uma saúde razoável ou má e os adolescentes que não experimentaram os que mais referem ter uma saúde boa. Ao nível dos sintomas psicológicos (“nervos”, dificuldade em adormecer, tristeza, estar deprimido, etc.), são também os adolescentes que já experimentaram estas substâncias ilícitas, os que mais referem sentir frequentemente estes sintomas e são também os que mais dizem sentir frequentemente sintomas físicos como: cansaço, exaustão, dor de cabeça, dor nas costas, dor de pescoço, ombros, tonturas, dores de estômago.

No que diz respeito ao consumo do álcool, segundo os inquéritos nacionais de saúde, verificou-se que em 1999, houve uma diminuição na percentagem de consumidores na população em geral do continente, mas ocorreu um aumento de consumidores do sexo masculino entre os 15 e os 17 anos. Verificou-se também um aumento de consumidores femininos entre os 15 e os 54 anos na região do Alentejo (Plano Nacional de Saúde, 2004). Segundo dados da mesma fonte, os jovens que consomem álcool têm o seu primeiro contacto com bebidas alcoólicas cerca dos 11 anos (8-15 anos), predominando entre os 15 e 24 anos o consumo de cerveja e de bebidas destiladas fora das refeições, 2 a 3 vezes por semana e em grande quantidade, no âmbito recreativo e de diversão nocturna, com mudanças nos padrões de consumo que tendem a sublinhar a expressão das consequências ligadas ao consumo agudo em detrimento do crónico. Quanto ao consumo do álcool que, segundo a Sociedade Portuguesa de Alcoologia (Pombo, 2007), continua a ser a maior “toxicod dependência portuguesa”, nas camadas mais jovens, verifica-se uma mudança nos padrões de consumo orientado para a embriaguês (*binge-drinking*), marcada pela transposição do consumo de vinho para cerveja, bebidas brancas, *design drinks* ou alcopops, e a associação do álcool a outras substâncias psicoactivas. Segundo dados do relatório- Health Behavior in School aged Children- HBSC/OMS (2006), relativos a Portugal, observa-se uma prevalência de

6,0% dos jovens que afirmam ter-se embriagado 4 vezes ou mais, valor que é apenas ligeiramente superior à prevalência dos últimos anos (Matos & Carvalhosa, 2006). Ainda segundo a mesma fonte, o consumo do álcool em Portugal é mais frequente em rapazes do que em raparigas e entre jovens com 16 ou mais anos do que nos jovens mais novos.

Segundo dados da WHO (2006), cerca de uma em cada três pessoas fuma, ou seja 1,1 mil milhões de pessoas fumam em todo o mundo. Entre estas, 80% pertencem à classe social baixa e média-baixa. Em 2020, espera-se que o tabaco mate mais pessoas do que uma única doença. O consumo do tabaco é conhecido como a provável causa de cerca de 25 doenças, incluindo doenças coronárias, cancro e doença pulmonar obstrutiva crónica. O consumo do tabaco de mascar é uma das causas de vários tipos de cancro: lábios, língua, boca, e nas áreas da garganta e sistema digestivo. Muitas pessoas que consomem tabaco iniciam o consumo antes dos 18 anos. Para além disso, a exposição ao fumo do tabaco no ambiente pode agravar alergias e aumento da gravidade dos sintomas em crianças e adolescentes com asma e doenças cardíacas, estando associado com o cancro do pulmão.

De acordo com dados do estudo HBSC/OMS, relativos a Portugal, nota-se uma redução na percentagem de jovens que experimentam tabaco, quando comparado o ano de 2002, com uma percentagem de 37,1%, com o ano de 2006, com 32,8%, e essa redução surge tanto para rapazes como para raparigas (Matos & Carvalhosa, 2006).

Com base nos relatórios preliminares do estudo HBSC/OMS (2006), quanto ao consumo álcool e outras drogas por adolescentes portugueses, constata-se que as prevalências foram sempre maiores nos rapazes do que nas raparigas (Matos & Carvalhosa, 2006). De acordo com resultados de um estudo realizado por M. Carter et al. (2007), verifica-se uma diferença significativa entre os dois sexos em adolescentes,

sendo que mais rapazes do que raparigas haviam referido terem consumido cannabis 3 ou mais vezes nos últimos 30 dias. De acordo com dados do mesmo estudo, constatou-se igualmente uma diferença significativa no que toca ao consumo de álcool entre sexos, sendo os rapazes os que manifestavam mais frequentemente ter ficado alcoolizados 3 a 5 vezes nos últimos 30 dias. Quanto ao consumo do tabaco, no estudo referido, observou-se que mais raparigas do que rapazes referiram ter fumado 3 a 5 cigarros durante o último mês, embora essa diferença não seja tão significativa como no caso das substâncias psicoactivas álcool e cannabis.

#### **2.4.4. Comportamento sexual**

Globalmente, a maioria das pessoas inicia a sua actividade sexual durante a adolescência. A idade de início da actividade sexual parece estar fortemente relacionada com as sanções culturais locais, que são diferentes para rapazes e raparigas (Blum & Nelson, 2005). De acordo com Blum e Nelson (2005), constata-se que rapazes e raparigas que desaprovam a actividade sexual antes do casamento têm apenas metade da probabilidade de ter iniciado a actividade sexual do que aqueles que aprovam o sexo antes do casamento. Vários estudos citados por estes dois autores, que examinaram a relação entre a percepção dos adolescentes acerca de que os seus amigos iniciaram actividade sexual e a influência na sua experiência sexual, encontraram uma relação positiva entre uma percepção exagerada sobre a actividade sexual dos colegas e a actividade sexual dos próprios. Tal significa que quanto mais os adolescentes pensam que os colegas têm relações sexuais, mais eles próprios têm relações sexuais.

Foram identificados alguns factores associados à iniciação sexual antes do casamento, factores esses que são diferentes para rapazes e para raparigas. De acordo com a revisão teórica levada a cabo pela Blum e Nelson (2005), a qualidade dos

relacionamentos entre pais é também um factor importante no comportamento sexual dos adolescentes, sendo que os adolescentes que percebem a relação entre os seus pais como sendo menos estável se envolvem mais frequentemente em actividade sexual.

Quanto à influência da escola no comportamento sexual dos adolescentes, o único factor que surge como factor de risco significativo em mais do que um estudo foi o abandono precoce da escola (Blum & Nelson, 2005). Por exemplo, em dois estudos referidos por Blum e Nelson (2005), verificou-se que os adolescentes que tinham abandonado a escola precocemente estavam mais envolvidos em actividade sexual por comparação com os jovens escolarizados, e este efeito era maior em rapazes do que em raparigas.

«Estudos que investigaram o número de parceiros ao longo da adolescência sugerem que uma larga percentagem da sexualidade activa na juventude implica o envolvimento com mais do que um parceiro» (Blum & Nelson, 2005, p. 49). Contudo, Blum e Nelson (2005) na sua revisão teórica dos estudos relativos à problemática em questão (número de parceiros sexuais na adolescência), manifestam a dificuldade em analisar as conclusões dos diferentes estudos visto que cada estudo usa diferentes metodologias de medição do comportamento: uns estudos medem o número de parceiros nos últimos três meses, outros durante a vida, e alguns medem o comportamento sem se referirem a nenhum período específico.

Segundo Blum e Nelson (2005), destacam-se os seguintes aspectos como factores de risco em termos de comportamento sexual em jovens: 1) Factores biológicos- os únicos factores biológicos que surgiram significativamente relacionados com o número de parceiros sexuais foram a idade e o sexo. Os rapazes revelam ter tido mais parceiros sexuais do que as raparigas. Outros factores biológicos referidos na literatura incluem a raça, etnia, e ter atingido a menarca em idades precoces; 2)

Trabalho / emprego - em dois estudos que avaliaram o estatuto face ao emprego em relação ao número de parceiros sexuais entre adolescentes, constatou-se que os rapazes que trabalhavam estavam significativamente mais envolvidos com mais do que um parceiro sexual nos últimos três meses. Por sua vez, a escola revela constituir um factor protector face ao comportamento sexual; 3) Percepção do risco - face a este aspecto encontraram-se resultados diferentes. Talvez se possa concluir que é impossível determinar, a partir dos estudos que têm sido realizados, se os adolescentes começam a perceber o risco de contraírem o VIH antes ou depois de estarem envolvidos em actividades sexuais de alto risco; 4) Consumo de substâncias psicoactivas - apenas alguns estudos encontraram uma relação entre o consumo de tabaco, o consumo de drogas e o número de parceiros sexuais. Já o consumo do álcool aparece mais frequentemente como factor de risco de envolvimento com múltiplos parceiros sexuais; 5) Idade do início da actividade sexual - A investigação, permitiu concluir que os jovens que iniciaram a sua actividade sexual antes dos 16 anos tinham maior probabilidade de ter múltiplos parceiros sexuais; 6) Pares e parceiros - A investigação refere que, quando os rapazes falam entre si com regularidade acerca das suas experiências sexuais, apresentam uma maior actividade sexual ocasional com múltiplos parceiros mais frequentemente. Os rapazes que consomem álcool em grupo e que tinham a percepção de que os seus amigos têm relações sexuais, estavam cerca de três vezes mais envolvidos eles próprios com múltiplos parceiros sexuais nos últimos três meses (Blum & Nelson, 2005).

Em muitos países, a infecção pelo VIH /SIDA foi reduzindo a média da esperança de vida, dissolvendo famílias, sobrecarregando o sistema de cuidados de saúde, reduzindo o crescimento e o desenvolvimento da economia (WHO, 2006). As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) também facilitam a transmissão do vírus

da SIDA, motivo pelo qual se tornaram um alvo de preocupação e de saúde pública. Estima-se que 333 milhões de novos casos de DST ocorram em todo o mundo em cada ano, sendo que, pelo menos, 111 milhões ocorrem na população juvenil com idade inferior a 25 anos. Mais de metade dos novos infectados com o VIH hoje tem entre 15 e 24 anos (WHO, 2006). Assim, a identificação dos factores que influenciam o uso dos preservativos pelos adolescentes é particularmente importante para se desenvolverem intervenções eficazes de prevenção do HIV e das DST.

Em resultado de uma revisão dos estudos efectuados acerca do uso do preservativo pelos jovens, realizada por Blum e Nelson (2005), verifica-se que os adolescentes com um maior nível educacional referiram mais vezes ter usado preservativo no seu último envolvimento sexual. Esta revisão teórica mostrou igualmente que, quando os adolescentes falavam com os professores acerca da sexualidade e da contracepção, referiam mais vezes ter usado preservativo. Esta mesma revisão da literatura permitiu constatar que a estrutura da família surge também como um factor que pode ter alguma influência no uso do preservativo pelos jovens (Blum & Nelson, 2005).

De acordo com dados do estudo do projecto HBSC/OMS, relativos a Portugal, verifica-se uma estabilização do número de adolescentes que dizem já ter tido relações sexuais (22,7% em 2006); um aumento das relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou drogas (14% em 2006) e um aumento do uso do preservativo nas relações sexuais (18,9% em 2006) (Matos & Carvalhosa., 2006).

Numa revisão da literatura efectuada por Blum e Nelson (2005) pode concluir-se que os rapazes adolescentes que repetiram um ano na escola iniciaram a sua actividade sexual mais cedo, bem como quanto maior a idade maior a probabilidade de envolvimento sexual.

Um estudo realizado por M. Carter et al. (2007), permitiu observar que não existem diferenças significativas entre rapazes e raparigas que afirmaram ter tido um envolvimento sexual nos últimos 3 meses, ainda que mais rapazes do que raparigas afirmassem ter usado preservativo na última relação sexual.

Os seguintes factores situacionais foram associados a alguns comportamentos sexuais de risco para a saúde dos jovens (Blum & Nelson, 2005): o início precoce da actividade sexual; não usar preservativo; múltiplos parceiros; o consumo de pornografia ou influência do mass media; a estrutura familiar e clima familiar; o papel da escola no que se refere ao efeito benéfico da comunicação do professores sobre sexualidade com os alunos e sobre a relação entre o abandono escolar e a actividade sexual. Consideram-se como factores de risco para os rapazes adolescentes: ver material pornográfico; transportar uma arma; fumar; percepção de que os amigos têm actividade sexual; ter abandonado a escola e já trabalhar. Foram identificados como factores protectores para as raparigas: a presença do pai na família; e a estabilidade familiar (Blum & Nelson, 2005).

#### **2.4.5. Comportamento alimentar**

Durante a adolescência, o peso exagerado está associado com hipertensão, colesterol, tolerância anormal à glicose, bem como com consequências psicológicas e sociais adversas (WHO, 2006). O excesso de peso adquirido durante a infância ou adolescência pode persistir na idade adulta e contribuir para um maior risco de problemas de saúde, como de doença coronária, diabetes, cancro e problemas articulares. Por outro lado, as deficiências nutricionais, a deficiência de proteínas, má nutrição, ferro, vitamina A, e deficiência em iodo podem ter consequências diversas como dificuldades aprendizagem e interferência na participação escolar (WHO, 2006).

Uma alimentação que envolva o consumo elevado de frutas e vegetais está associada a vários benefícios de saúde, incluindo o decréscimo do risco para alguns tipos de cancro, doença cardiovascular isquémica e diabetes do tipo 2. Estima-se que o reduzido consumo de hortifrutículas seja responsável por cerca de 19% dos cancros gastrointestinais, 31% da doença cardiovascular isquémica e por 11% dos enfartes de miocárdio (Organização Mundial de Saúde, Direcção Geral de Saúde, Ministério da Saúde, FAO, 2005).

Durante muito tempo, um corpo “abundante” foi considerado sinal de saúde e de prosperidade. Actualmente, um dos objectivos da Psicologia da Saúde é ajudar as pessoas a atingirem um peso saudável, que não é, necessariamente, um ideal cultural (Straub, 2005).

Em Portugal, segundo Ferreira (2005), não existem muitos estudos epidemiológicos sobre perturbações do comportamento alimentar e todos os que foram feitos realizaram-se com amostras de estudantes, dado que estes constituem um grupo de risco acrescido. Numa revisão teórica efectuada pela mesma autora sobre comportamentos alimentares em estudantes do sexo feminino, verificou-se que, na faixa etária dos 14 aos 16 anos, 20% a 28,6% das jovens faziam dieta. Estes e outros estudos permitem-nos concluir que a dieta e o controlo de peso são aspectos relativamente comuns entre estudantes e na população geral. No estudo realizado em Portugal por Carmo (1998, cit. in Ferreira, 2005), verificou-se que 7% das estudantes tinham uma imagem corporal perturbada, 49% diziam ter gordura nalguma parte do corpo, 51,5% tinham pavor da hipótese de vir a aumentar de peso e, das estudantes com peso normal ou baixo, 38% mostravam o desejo de perder peso. Estes valores revelam que as jovens manifestam uma grande preocupação com o corpo.

Numa revisão da literatura realizada por Ferreira (2005) quanto à ingestão compulsiva, alguns investigadores verificaram numa população de estudantes universitários dos EUA de ambos os sexos, que mais de 25% da amostra já tinham experimentado esses comportamentos.

Segundo a, APA (2002), estudos sobre a prevalência de anorexia nervosa ao longo da vida entre mulheres indicam taxas de aproximadamente 0,5% para quadros clínicos. Ainda segundo a APA, os casos de pessoas com anorexia sub-clínica (por exemplo perturbação de comportamento alimentar sem outra especificação) são mais frequentes. Uma outra conclusão geral da investigação parece indicar que as perturbações alimentares ocorrem com maior frequência em adolescentes e jovens adultas (mais de 90% dos casos ocorrem em mulheres), ainda que também se encontrem no sexo masculino.

No caso da bulimia nervosa, segundo a APA (2002), a prevalência entre adolescentes e mulheres jovens é aproximadamente de 1%-3%. No caso dos homens, a prevalência de bulimia nervosa é tal como no caso da anorexia nervosa, cerca de um décimo da prevalência das mulheres.

Apesar das investigações indicarem que as perturbações alimentares ocorrem com mais frequência em adolescentes e jovens adultas do sexo feminino do que no sexo masculino, parecem existir muitas semelhanças quer quanto ao nível da sintomatologia, da morbidade psicossocial, da psicopatologia associada, quer quanto ao curso e à recuperação destas perturbações entre os dois sexos, no entanto as dietas masculinas aparecem mais frequentemente orientadas para o desporto e na sequência da ingestão compulsiva de alimentos (Ferreira, 2005). Para além disso, relativamente aos comportamentos compensatórios, as raparigas recorrem mais a métodos purgativos, os rapazes recorrem preferencialmente ao aumento da quantidade de exercício físico

(Ferreira, 2005). Uma outra diferença é quanto à idade de surgimento da anorexia, que, no sexo masculino, se desenvolve mais tarde.

Ferreira (2005) procedeu a uma revisão da literatura sobre as atitudes e comportamentos alimentares problemáticos, tendo observado uma diminuição dos mesmos que talvez se possa justificar pelas seguintes razões: a) aumento da consciência das suas consequências e do aconselhamento médico; b) da disponibilização de serviços de aconselhamento; c) aumento das preocupações das instituições e das comunidades relativamente a um estilo de vida saudável.

Segundo dados recolhidos do Plano Nacional de Saúde 2004, tem-se verificado a existência de elevados níveis de ingestão calórica, um crescimento bastante acentuado do consumo de produtos de origem animal, associado ao consumo excessivo de gorduras, em especial as saturadas, de sal e de açúcar, e baixa ingestão de frutos, legumes e vegetais, em determinados grupos populacionais.

De acordo o estudo HBSC/OMS, em Portugal observa-se uma diminuição entre 2002 e 2006 dos jovens que consomem pelo menos uma vez por dia fruta (de 49% para 42,7%) e vegetais (de 27% para 25,1%) (Matos & Carvalhosa, 2006). Os resultados do mesmo estudo, quanto ao pequeno-almoço, indicam que os jovens portugueses consomem em menor número esta refeição em todos os grupos etários estudados comparando com o ano de 2002.

De acordo com resultados de um estudo realizado por M. Carter et al. (2007), observou-se que mais raparigas do que rapazes adolescentes referiram comer 5 ou mais doses de fruta e de vegetais por dia.

#### 2.4.6. Exercício físico

A participação ao longo da vida em actividades físicas adequadas e a manutenção de um peso normal são o meio mais eficaz de prevenção de variadas doenças crónicas, incluindo as doenças cardiovasculares e a diabetes tipo 2 (WHO, 2006).

A participação em actividades físicas adequadas ajuda a construir e a manter a saúde óssea e muscular, controlar do peso, desenvolver músculos magros, reduzir a percentagem de gordura, diminuir os sentimentos de depressão e ansiedade, e promover bem-estar físico. Todavia, o desenvolvimento de um estilo de vida sedentário tem aumentado rapidamente em muitos países do mundo (e.g. nos grandes meios urbanos, por motivos de segurança, as crianças que antes se deslocavam a pé para a escola, são agora transportadas de veículos pelos pais) (OMS, 2007).

Foi estimado que em muitos países, quer industrializados quer em desenvolvimento, menos de um terço dos jovens são suficientemente activos para beneficiarem a sua actual e futura saúde e bem-estar (OMS, 2007).

Segundo dados recolhidos pelo Plano Nacional de Saúde 2004-2010, Portugal é o país da União Europeia com os níveis mais elevados de sedentarismo. Cerca de 3/4 da população com 15 anos ou mais refere actividade sedentária na ocupação dos seus tempos de lazer, como ler, ver televisão ou outras actividades semelhantes (Plano Nacional de Saúde, 2004).

Segundo dados do World Health Report, a inactividade contribui 3,3% para o surgimento de doenças (Plano Nacional de Saúde, 2004).

De acordo com os resultados do relatório preliminar do estudo HBSC/OMS (2006), relativos a Portugal, observa-se um aumento, desde 2002, quer da prática de actividade física, quer da prática desportiva em jovens dos 11 aos 16 ou mais anos

(Matos & Carvalhosa, 2006). Dados da mesma fonte referem que a prevalência da prática de actividade física em 2006 foi de 14,5% (opção todos os dias) e a prevalência da prática de desporto foi em 2006 de 92,8%. Observa-se igualmente que a prática de desporto diminui à medida que a idade aumenta.

Quanto aos tempos livres, verifica-se igualmente um aumento das actividades ver televisão e jogar computador (29,0%) (Matos & Carvalhosa, 2006).

De acordo com resultados de um estudo realizado por M. Carter et al. (2007), observou-se a existência de uma diferença significativa entre rapazes (65,7%) e raparigas (51,1%) quanto à prática de exercício físico vigoroso. Igualmente, de acordo com os dados do estudo HBSC/OMS, relativos a Portugal, os rapazes continuam a ser os que praticam mais frequentemente actividade física (Matos & Carvalhosa, 2006).

Num estudo levado a cabo em várias escolas da Nova Zelândia - NZ, por M. Carter et al. (2007), realizado com adolescentes, verificou-se que o envolvimento com a família está relacionado com a prática de exercício físico, isto é quanto maior o nível de ligação com a família mais frequentemente os adolescentes referiram a prática de exercício físico.

#### **2.4.7. Saúde dentária**

Os cuidados com a higiene dentária não são ainda um hábito normal em todos os países. Existem variações entre os continentes e mesmo dentro do próprio país. As cáries dentárias são uma das mais comuns doenças crónicas na infância. As cáries dentárias e outras doenças orais podem afectar a capacidade de comer, a aparência, a comunicação, o estado de saúde em geral, e aptidão para aprender (Laranjeira et al., 2005)

Os cuidados com a higiene oral têm consequências na saúde em geral e, para os adolescentes em particular, assumem especial importância para a sua imagem corporal, podendo interferir na comunicação com os outros, com o sucesso escolar e com o seu bem-estar (Brener et al., 2007; Currie et al., 2004; Laranjeira et al., 2005).

Os resultados do relatório preliminar do estudo HBSC/OMS (2006), relativos a Portugal, referem que, de 2002 para 2006, aumentou o nível de jovens que dizem lavar os dentes mais do que uma vez por dia (de 57,8% para 62,7%) (Matos & Carvalhosa, 2006). Este estudo não se refere à frequência do acesso a consultas de serviço de Medicina Dentária.

Quanto à higiene oral, dados do estudo HBSC-OMS, relativos a Portugal, mostram que em relação ao lavar os dentes mais do que uma vez por dia, as raparigas referem que o fazem mais do que os rapazes (Matos & Carvalhosa, 2006).

Segundo dados da DGS, existem diferenças a nível de Portugal quando à saúde dentária dos adolescentes (Laranjeira et al., 2005). A investigação tem demonstrado que existem diferenças entre os diversos países Europeus e nos vários continentes, quer quanto aos serviços de saúde dentária, quer quanto aos hábitos de saúde dentária (Currie et al., 2004).

#### **2.4.8. Comportamentos de segurança**

Os acidentes de viação são considerados a principal causa de morte entre pessoas dos 5 aos 24 anos (OMS, 2007). Contudo, na Europa existem variações nas taxas de mortalidade devido a acidentes de viação entre os diversos países e mesmo entre diferentes regiões de um mesmo país. Por exemplo, o distrito de Braga, em 2005, surgiu como tendo o sido o quarto distrito com maior número de vítimas de acidentes rodoviários, e, dos catorze concelhos que constituem o distrito, dois concelhos

registaram o maior número de acidentes (18,6% no concelho de Braga e 18,3% no concelho de Guimarães) e, no que diz respeito às vítimas mortais, o grupo etário em que se registaram mais mortes foi o de 20-24 anos (20,8%) (Remoaldo, 2007).

Segundo dados da OMS (2007), entre os jovens que morreram por acidente, cerca de metade dos jovens com menos de 15 anos morreram como peões, enquanto que as mortes entre jovens do 15-24 anos se ficaram a dever a acidentes de carro ou de motociclos. Da observação dos dados dos estudos levados a cabo pela OMS (2007), conclui-se ainda que a vulnerabilidade para os acidentes de viação aumenta com a idade, sendo mais elevada entre jovens dos 20-24 anos, e que a maioria das pessoas que morrem nessa faixa etária são do sexo masculino.

No contexto português, os dados dos trabalhos apresentados por Laranjeira et al. (2005), e Fernandes et al. (2006), não são muito distintos. Os adolescentes e adultos jovens do sexo masculino constituem um grupo com características favoráveis a assumir maiores níveis de risco na condução.

Segundo Panichi e Wagner (2006), das causas relacionadas com os acidentes, apenas uma pequena percentagem está relacionada com condições da via ou condições do veículo (10%), cabendo a maior percentagem a factores humanos (90%). Têm sido realizados estudos no sentido de contribuir para a compreensão deste fenómeno, que constitui um sério problema de saúde pública. As causas dos acidentes de trânsito são de tipo multifactorial, resultando da influência de um contexto complexo de variáveis individuais, comportamentais, sociocognitivas, ambientais e sociais (Panichi & Wagner, 2006).

Jessor (1977, 1987, cit. in Panichi & Wagner, 2006) foi um dos autores que se interessou por investigar as variáveis relacionadas com os comportamentos de risco de

jovens em geral e especificamente no trânsito. Segundo a sua perspectiva, a adopção desses comportamentos está relacionada com a influência de variáveis de três sistemas:

**1) Variáveis do sistema de personalidade** - entre os traços mais frequentemente relacionados com o envolvimento em acidentes e com a condução de risco encontram-se: a busca de sensações intensas (*sensation seeking*), agressividade/hostilidade, impulsividade, labilidade emocional, *locus de* controlo, comportamento delinvente e motivação anti-social;

**2) Variáveis situacionais** - que incluem o dia da semana, hora do dia e presença de passageiros e o tipo de passageiros (pais ou colegas). As pesquisas têm evidenciado um índice significativamente maior de acidentes nos finais de semana e à noite. Tem-se observado igualmente que a presença de passageiros agrava, consideravelmente, o risco de acidentes entre os condutores jovens e que os jovens conduzem de modo diferente consoante os passageiros são seus amigos ou são os pais;

**3) Do sistema de conduta** - que incluem o comportamento propriamente dito e dizem respeito à inserção em grupos com características pró-sociais ou desviantes, os antecedentes históricos, incluindo os aspectos sócio-demográfico-culturais da família e da socialização do jovem, como os valores e a ideologia familiar, o clima familiar, a influencia dos pares e dos meios de comunicação social.

Ainda que esta perspectiva de Jessor já tenha algumas décadas, parece-nos manter-se válida na actualidade. De acordo com resultados de um estudo realizado por M. Carter et al. (2007), na NZ, com estudantes do 11º ano, de 16 anos, observou-se que mais raparigas do que rapazes usaram capacete de protecção quando andaram de bicicleta nos últimos 12 meses.

### 2.4.9. Comportamento de protecção solar

O cancro da pele é o tipo de cancro mais frequente nos indivíduos caucasianos, sendo a exposição excessiva ao sol considerada a sua causa mais frequente de cancro da pele (cerca de 90 % dos casos). O cancro da pele tem uma elevada taxa de cura quando diagnosticado e tratado na fase inicial (DGS, 2007). Os tipos mais frequentes de cancro da pele são: 1) Basalioma ou carcinoma baso-celular; 2) Carcinoma espinocelular ou pavimento celular; 3) Melanoma maligno. Os primeiros dois tipos de cancro de pele atingem sobretudo pessoas que se expõem regularmente ao sol, como acontece com alguns tipos de profissões em que as pessoas exercem actividades predominantemente ao ar livre. O terceiro tipo de cancro cutâneo, ao contrário dos dois tipos descritos anteriormente, parece estar mais associado à exposição solar intermitente, aguda e intempestiva, muitas vezes acompanhada de queimaduras solares, “escaldões”, especialmente quando ocorridos em idades jovens. O cancro de pele do tipo melanoma maligno é mais perigoso e um dos tumores malignos mais agressivos da espécie humana. O diagnóstico precoce e as medidas de protecção solar são, pois, fundamentais (DGS, 2007; WHO, 2003).

O comportamento das pessoas em relação ao sol é a principal causa para o aumento da taxa de cancro da pele nas últimas décadas (DGS, 2007; WHO, 2003).

Um aumento das actividades ao ar livre e das mudanças nos hábitos das pessoas em relação aos banhos de sol resultou numa exposição excessiva aos raios UV (WHO, 2003). Muitas pessoas consideram os banhos de sol intensivos como sendo normais e, mesmo muitas crianças e os seus pais, consideram o tom bronzeado da pele como sinónimo de atracção e de boa saúde (WHO, 2003).

Um estudo realizado com adolescentes ingleses entre 14 e os 16 anos, sobre as atitudes em relação ao uso de solários refere que a maioria dos jovens utilizadores de

solários pensa que o uso destes os faz sentir ter um ar mais saudável, que os faz sentir mais atraentes e refere também que usa este serviço técnico de bronzeado artificial antes das suas férias na praia (Mackay, Lowe, Edwards, & Rogers, 2007). O uso de solários é, contudo, considerado um comportamento de risco face ao cancro da pele.

A prevalência do uso de protector solar pelos adolescentes dos EUA, em 2005 revelou ser de 9%, 11,7% para as raparigas e 6,3% para os rapazes (Brener et al., 2007), enquanto que, em 2007 a prevalência do uso de protector solar em adolescentes da NZ, foi de 33, 7% (M. Carter et al., 2007).

## **2.5. RELAÇÃO ENTRE OS DIFERENTES COMPORTAMENTOS DE SAÚDE E DE RISCO**

A relação entre os comportamentos de saúde que compõem o estilo de vida ainda não é inteiramente conhecida (Ribeiro, 2007). Os estudos sobre a relação entre os comportamentos de saúde contribuem para o aumento de conhecimentos face aos factores relacionados com uma boa saúde ou com a ausência da mesma. Em diversos estudos constatou-se que as correlações entre comportamentos de saúde foram pouco significativas e, nalguns casos, são mesmo controversas (Ribeiro, 2007). O que acontece é que as pessoas podem envolver-se em alguns comportamentos de saúde e em alguns comportamentos comprometedores para a saúde em simultâneo.

Segundo Ribeiro (2007), em estudos levados a cabo por Jessor, Chase e Donovan (1980) e Jessor (1984), com jovens entre o 7º e o 12º ano sobre a relação entre comportamentos de risco, concluiu-se que certos comportamentos comprometedores para a saúde tendem a aparecer agrupados ou a coexistirem, tais como consumo de álcool, consumo de tabaco, consumo de outras drogas ilícitas. De igual forma, em estudos realizados com adolescentes, constatou-se que existe uma relação entre

comportamentos comprometedores de saúde (tais como consumo de drogas lícitas e ilícitas) e problemas familiares, saúde, sintomas psicossomáticos, stress emocional, e problemas nas relações interpessoais (Ribeiro, 2007). Também a actividade física tem sido relacionada com outros comportamentos de saúde tal como não consumo de tabaco, alimentação saudável, perda de peso entre outros (Ribeiro, 2007). Numa investigação levada a cabo com adolescentes ingleses, concluiu-se que os adolescentes que consumiam mais bebidas alcoólicas apresentaram mais stress, menos preocupações com a preservação da sua saúde, avaliavam a escola de forma mais negativa, bebiam também no contexto da família e apresentavam mais problemas de relacionamento com os pais do que os adolescentes que bebiam moderadamente ou que não bebiam bebidas alcoólicas (Straub, 2005).

Jessor et al. (1980) realizaram um estudo em que se propuseram analisar variações no uso de marijuana, tendo sido encontrada uma correlação estatisticamente significativa entre o consumo de marijuana e o consumo de álcool, e o consumo de marijuana e outros problemas de comportamento associados.

Sawyer et al. (2007) observaram que adolescentes com diagnóstico de perturbação depressiva estão três vezes mais envolvidos com o consumo de tabaco, e duas vezes mais envolvidos com o consumo de marijuana do que adolescentes que não apresentam esta perturbação.

## **2.6. ENVOLVIMENTO DOS JOVENS COM A ESCOLA, FACTOR PROTECTOR OU DE RISCO?**

### **O AMBIENTE ESCOLAR**

Para além da família, a comunidade, e particularmente a escola, revela desempenhar um papel preponderante para o estabelecimento de hábitos de vida

saudáveis. Uma vez que os estudantes passam a maior parte do seu tempo na escola, o contexto escolar pode ser considerado um importante local de intervenção com o objectivo de ser atingido o bem-estar na escola (Samdal, Dur, & Freeman, 2004; Samdal, Nutbeam, Wold & Kannas, 1998).

A assistência prestada pela escola está relacionada com a prevalência de uma multiplicidade de comportamentos de risco, incluindo a violência e os comportamentos sexuais de risco.

Sem uma adequada monitorização ou supervisão, os jovens não podem aprender a auto-regular-se, apresentam tendência a ser impulsivos, estando mais propensos ao risco, mais susceptíveis à influência dos pares, e têm maior probabilidade de se envolverem em comportamentos de risco, incluindo consumo de do álcool e comportamentos sexuais de risco (Linley & Joseph, 2004; Reid, Patterson, & Snyder, 2002).

Num estudo realizado com estudantes desde o 7º ao 12º ano, por Resnick et al. (1993), o envolvimento dos jovens com a vida da escola foi o factor protector contra os comportamentos de exteriorização que mais se destacou quer em rapazes quer em raparigas. O segundo factor protector identificado, no mesmo estudo, foi a ligação com a família a qual surgiu mais relacionada com os comportamentos de internalização. Estes autores, apesar de considerarem o carinho e o envolvimento dos professores e dos funcionários da escola com os estudantes como um componente essencial para a promoção da saúde, reconhecem que este amor por si só não anula uma história passada de eventual negligência. Da mesma forma, Resnick et al. (1993) mostraram que esta ligação à família e à escola, era protectora contra comportamentos de risco, principalmente contra comportamentos de passagem ao acto.

A escola pode constituir ora um factor de risco, ora um factor protector para desenvolvimento em comportamentos de saúde dos estudantes e para saúde em geral (Samdal, Nutbeam et al., 1998). A probabilidade da escola constituir um factor de risco é maior nos estudantes com uma percepção negativa da escola (Samdal, Nutbeam et al., 1998). Esses estudantes que não gostam da escola são também aqueles que mais frequentemente apresentam dificuldades com o desempenho académico e os que apresentam igualmente maior risco de se envolverem em comportamentos de risco para a saúde ou de manifestarem problemas psicossomáticos e experiências que reduzem a sua qualidade de vida (Samdal, Dur et al., 2004; Samdal, Nutbeam et al., 1998). Por outro lado, estudos anteriores sugerem que os estudantes que apresentam uma percepção positiva da escola e do clima da turma estão mais motivados e apresentam melhores resultados académicos de acordo com o seu nível de capacidade do que os não se mostram tão satisfeitos com a escola (Samdal, Nutbeam et al., 1998).

Samdal, Nutbeam et al., (1998), com base num estudo internacional realizado com uma amostra de estudantes dos 11anos aos 15 anos de idade, em 25 países, entre 1993 e 1994, concluíram que, de uma forma geral, os principais preditores da satisfação com a vida escolar são: 1) Os estudantes sentirem que são tratados com justiça pelos professores; 2) sentirem-se seguros na escola; 3) e percepcionarem os professores como sendo emocionalmente apoiantes. Adicionalmente, o suporte por parte dos outros estudantes surge como tendo alguma importância nesta satisfação com a escola. Nesse mesmo estudo, observou-se que a maioria dos estudantes, na maioria dos países, se considerava razoavelmente satisfeita com a escola. Verificaram-se, contudo, diferenças entre países e constatou-se que, em geral, os estudantes mais novos estão mais satisfeitos com a escola do que os estudantes mais velhos. No mesmo estudo concluiu-se que, em todos os países, a proporção de estudantes que não estavam muito satisfeitos

com a escola era maior entre os estudantes mais velhos. As tarefas e as solicitações tendem a aumentar com a idade dos estudantes e alguns estudantes talvez sintam uma maior discrepância entre o nível de exigências e as suas capacidades para os atingir. Por outro lado, em geral, o processo de desenvolvimento também torna os estudantes mais reflexivos e mais críticos relativamente ao que acontece na escola. «Adicionalmente a sua familiarização com a escola e com as suas solicitações podem levar ao aborrecimento» (Samdal, Nutbeam et al., 1998, p.386).

Nesse mesmo estudo internacional, constatou-se que, nos grupos de jovens mais novos, a proporção de rapazes que está satisfeita com a escola é significativamente menor do que a de raparigas (Samdal, Nutbeam et al., 1998).

É de referir a este propósito que resultados semelhantes foram encontrados por outros estudos citados por Samdal, Nutbeam et al., (1998). Uma explicação para estas descobertas pode residir nas diferentes expectativas entre rapazes e raparigas face aos papéis relacionados com as actividades escolares. O papel de estudante é caracterizado como estar calado, atento e orientado para ser adulto e para ser confiante no uso das capacidades verbais para exprimir os conhecimentos e o raciocínio. Portanto, os rapazes podem considerar que é mais difícil adaptarem-se às exigências da escola do que as raparigas, motivo pelo qual as raparigas podem desenvolver uma atitude mais positiva face à escola do que os rapazes (Samdal, Nutbeam et al., 1998). Estudos anteriores, sugerem que uma percepção positiva da escola está relacionada com a participação e responsabilização por parte dos estudantes com os aspectos da vida da escola e com uma boa relação com os professores (Samdal, Nutbeam et al., 1998).

Os resultados de uma outra investigação, realizada por Bonny, Britto, Klosterman e Slap (2000) sugerem que existe uma correlação positiva entre o

envolvimento com a escola e estado de saúde, e uma correlação negativa entre aquele e o número de consultas médicas e o envolvimento em actividades extracurriculares.

Dados do estudo HBSC, levado a cabo em 1989-90 em 10 países, revelaram que havia uma relação significativamente positiva entre indicadores de alienação em relação à escola e comportamentos de risco para a saúde, tais como fumar e consumir álcool (Matos & Carvalhosa, 2001a).

M. Carter et al. (2007) referem existir uma relação, em adolescentes, entre transportar uma arma e a percepção mais positiva em relação clima da escola. Os adolescentes que relatavam uma percepção mais positiva em relação ao clima da escola, que viam a escola como justa e que sentiam que fazem parte da vida da escola, revelaram menos frequentemente trazer uma arma consigo nos últimos trinta dias. Todavia, o nível de envolvimento com a família e amigos não foi relacionado com o transporte de arma. Assim, os resultados da investigação levada a cabo por M. Carter et al. (2007) mostraram que o envolvimento escolar está fortemente relacionado quer com baixos níveis de comportamentos comprometedores da saúde, quer com elevados níveis de comportamentos de saúde.

Em Portugal, os resultados de uma investigação realizada com uma amostra de estudantes do 7º ao 10º ano, sugerem existir uma relação entre o ambiente escolar e o bem-estar dos jovens (Matos & Carvalhosa, 2001a). Segundo Matos e Carvalhosa (2001a), a alienação escolar tem sido caracterizada pela falta de poder, por um reduzido interesse nas actividades escolares, falta de motivação para formular e atingir objectivos na vida por parte dos alunos, e tem vindo a ser relacionada com comportamentos de risco ou problemáticos para a saúde, tais como consumo de substâncias psicoactivas, actividade sexual precoce.

Num estudo realizado em 2001, com uma amostra de estudantes do 6º ao 10º ano, intitulado “Violência na escola: Vítimas, provocadores e outros”, conclui-se que os jovens que consideravam que os professores não os tratavam com justiça estavam envolvidos mais frequentemente em comportamentos de provocação e em comportamentos de duplo envolvimento (vitimação e provocação simultaneamente) (Matos & Carvalhosa, 2001e).

Os resultados do estudo intitulado “Saúde mental e mal-estar físico na idade escolar”, desenvolvido pela equipa do Projecto Aventura Social (2001d), sugerem que os jovens que não gostam da escola e os jovens que pensam que os professores os consideram como tendo capacidades médias ou fracas apresentam com maior frequência sintomas físicos. Quanto à relação com os professores, concluiu-se que os jovens que consideram que os professores não os ajudam quando precisam apresentam mais frequentemente sintomas quer físicos, quer psicológicos. Para além disso os jovens que pensam que os professores não se interessam por eles como pessoas apresentam mais frequentemente sintomas físicos e psicológicos. Neste mesmo estudo, relativamente à temática “provocações na escola”, concluiu-se que os jovens que não se envolvem em comportamentos de vitimação, nem em comportamentos de provocação com os colegas na escola, afirmam mais frequentemente sentirem-se felizes.

Num outro estudo denominado “Quem afinal experimenta drogas em Lisboa?” realizado pelo projecto Aventura Social (2001b), constatou-se que os jovens que consideram que os professores não os encorajam a expressar os seus pontos de vista experimentam mais frequentemente alguma droga. Também os jovens que consideram que os professores não os ajudam quando precisam experimentam mais frequentemente alguma droga.

Dois estudos que procuraram estudar a relação entre comunicação com os professores e o uso de preservativo pelos adolescentes (comportamento de saúde), revelaram que, quando os adolescentes falam com o professor acerca de sexualidade ou de contracepção, referem ter mais intenções de usar o preservativo e ter usado o preservativo mais frequentemente (Blum & Nelson, 2005). Segundo Blum e Nelson (2005), o envolvimento com a escola tem sido igualmente referido como factor protector relativamente ao início da actividade sexual nos adolescentes. Numa revisão da literatura realizada por Blum e Nelson (2005), foram referidas várias investigações que sugerem que, quando os adolescentes estavam mais envolvidos com a escola, estavam consideravelmente menos envolvidos em actividade sexual, embora essa relação tivesse sido mais forte para as raparigas do que para os rapazes.

Em resumo: um número considerável de pesquisas refere que a escola tem uma forte influência no comportamento adolescente, nomeadamente nos comportamentos de saúde e de risco adoptados (Blum & Nelson, 2005; Bonny et al., 2000; Jessor et al., 1980; M. Carter et al., 2007; Matos & Carvalhosa, 2001a; 2001b; 2001d; 2001e; Resnick et al., 1993; Samdal, Dur et al., 2004; Samdal, Nutbeam et al., 1998).

## **2.7. ENVOLVIMENTO COM A FAMÍLIA - FACTOR PROTECTOR OU DE RISCO?**

A família é provavelmente o mais importante contexto de desenvolvimento das crianças e jovens, o contexto no qual os comportamentos sociais e atitudes são primeiramente adoptados. A influência da família continua através da adolescência e, na realidade, a sua influência continua através do ciclo de vida em vários níveis (Pedersen, Alcón, Rodriguez & Smith, 2004, p.26 ).

A família não é uma unidade fechada e estática, mas um complexo sistema que é influenciado pela cultura, vida social, pelo desenvolvimento histórico e pelas etapas e transições dos indivíduos que a constituem (Pedersen et al., 2004). Uma das transições mais significativas acontece quando a criança atinge a adolescência. Durante esses anos, como resultado das mudanças físicas, cognitivas e sociais vividas pelo adolescente, o sistema familiar tem que se adaptar a variadas e novas situações. Por exemplo, os jovens podem reagir à autoridade parental e os conflitos com os pais aumentarem por essa razão (Pedersen et al., 2004).

Num estudo levado a cabo em várias escolas da NZ, por M. Carter et al. (2007), verificou-se não existirem diferenças significativa

Actualmente existem muitas variações nas famílias: há pessoas solteiras, casais sem filhos, famílias em que todos continuam a viver em conjunto, famílias monoparentais, tendo surgido uma enorme variedade de contextos de vida familiar para os nossos jovens (Pedersen et al., 2004; Sampaio & Gameiro, 1985). Deste modo, tem surgido uma nova terminologia relacionada com a pluralidade de relacionamentos em que as novas formas de organização familiar se situam: família reconstruída e famílias misturadas, família não intacta, família intacta. Ou seja, algumas famílias incluem filhos do anterior casamento, de um ou de ambos os elementos do casal e filhos do novo casal. As crianças ou jovens, quando os pais se separam e iniciam novas relações, podem vir a fazer parte de várias famílias a biológica, a do novo relacionamento, podem ainda viver a maior parte do tempo com um dos pais biológicos, mas também fazer parte de outra família que a acolhe durante alguns momentos e assim atravessar vários contextos de organização familiar (Pedersen et al., 2004).

Muitos factores protectores relevantes para o desenvolvimento saudável e de risco para a saúde estão associados com aspectos da vida familiar (Pedersen et al., 2004). Alguns tipos de estrutura familiar, nomeadamente as famílias monoparentais e as famílias reconstituídas ou misturadas, parecem estar associados a um aumento de risco para a saúde (como por exemplo, um maior risco de consumo de tabaco), contudo os efeitos das transições familiares nas crianças em consequência do divórcio dos pais ou de separações, morte ou estabelecimento de novas famílias, pode variar (Pedersen et al., 2004). Por exemplo, as famílias monoparentais apresentam um maior risco de viverem com dificuldades económicas, o que pode ser um preditor da saúde (Pedersen et al., 2004).

De acordo com uma revisão da literatura efectuada por Blum e Nelson (2005), a maioria das variáveis relacionadas com a família, com excepção da estrutura familiar,

não tem revelado estar significativamente relacionada com o uso do preservativo pelos adolescentes. A investigação revela que os adolescentes que vivem com apenas um dos pais referem menos frequentemente usar preservativo do que os adolescentes que vivem com ambos os pais (Blum & Nelson, 2005).

Geda (1994) investigou a influência do clima familiar e do estatuto conjugal da família (pais casados *versus* divorciados) nos comportamentos de risco dos filhos adolescentes, especificamente na iniciação e consumo de drogas ilícitas (e indirectamente noutros riscos de saúde associados a esse consumo) e concluiu que os adolescentes que consumiam drogas percepcionavam o clima familiar como sendo significativamente mais conflituoso, menos organizado, com menos adesão a valores éticos e religiosos e com menos controlo das figuras parentais sobre o seu comportamento. Adicionalmente, verificou-se que os adolescentes das famílias com pais separados tinham um número de amigos consumidores de drogas significativamente maior e apresentavam um maior nível de consumo do que os adolescentes de famílias com pais juntos.

Num outro estudo realizado por Capron, Théron e Duyme (2007) observou-se uma interacção entre a estrutura familiar, estatuto de menarca em raparigas e sintomas depressivos, ou seja raparigas que viviam com famílias de pais divorciados referiram mais problemas emocionais do que as raparigas que viviam com famílias intactas. Neste estudo, a estrutura familiar foi considerada como fonte de mudanças sócio-emocionais e de dificuldades psicológicas às quais as adolescentes são expostas. Isto significa que mudanças psicológicas associadas com as mudanças hormonais da puberdade, em interacção com um ambiente de risco, como uma família que sofreu modificação (divórcio ou separação), podem modificar as experiências psicológicas das jovens

adolescentes, conduzindo a um aumento do risco de sintomas depressivos (Capron et al., 2007).

### **2.7.2. Dinâmica familiar**

Independentemente do tipo de estrutura, as funções básicas da família mantêm-se e resumem-se em responder às necessidades físicas e psicológicas dos seus membros, especialmente das crianças (Pedersen et al., 2004). O clima emocional da família, o modo como os pais ensinam e preparam os filhos, as oportunidades e dificuldades que a vida familiar apresenta ao desenvolvimento normal, são aspectos que estão presentes desde o nascimento e que continuam a exercer a sua influência ao longo da adolescência.

Os resultados de uma investigação levada a cabo por M. Carter et al. (2007) mostraram, que quanto mais forte parece ser a ligação à família, menos frequente parece ser a ideação suicida tendo sido ainda observado um mais frequente envolvimento em actividades físicas. No mesmo estudo, os resultados sugerem ainda que adolescentes que manifestam sentimentos mais fortes de ligação aos seus pais têm melhor saúde psicológica e relatam menos acontecimentos de vida negativos do que os adolescentes que referem fracas ligações aos pais. Relativamente à depressão, o maior risco parece surgir da combinação entre a elevada ligação aos pares e uma fraca ligação ou envolvimento com os pais (M. Carter et al., 2007; Michael & Ben-Zur, 2007).

Sampaio e Gameiro (1985) consideram que o stress sobre a família é máximo nos pontos de transição de uma fase do ciclo vital para outra. É nestas fases que comportamentos sintomáticos podem surgir num ou em vários elementos da família, embora haja um dos elementos, “o doente designado”, que é identificado pelos restantes

membros como tendo o problema. Ou seja o sintoma parece ser uma tentativa mal sucedida para atingir um novo equilíbrio (Sampaio & Gameiro, 1985).

A investigação sugere que os pais que manifestam afecto positivo, mas proporcionam escassa disciplina, estrutura, monitorização e permissividade, podem indirectamente encorajar comportamentos como o consumo de substâncias ilícitas (Pires & Jenkins, 2007).

### **2.7. 2. 1. Transformação do sistema familiar na adolescência**

Para se adaptar às novas necessidades do filho, a família de um adolescente pode atravessar uma fase de confusão até ser capaz de se desfocar de um papel muito centralizado na função alimentar e de protecção face aos acidentes, tarefa muito absorvente, para se reorganizar, mudar as normas e limites, e assim, permitir ao adolescente mais autonomia, sem, contudo, desfocar em absoluto de um papel de apoio emocional, suporte e presença que continua a ser de grande valor para o adolescente.

Esta metamorfose familiar envolve profundas mudanças nos padrões de relacionamento entre as gerações, e, embora possa ser assinalada inicialmente pela maturidade física do adolescente, muitas vezes é paralela e coincide com mudanças nos pais que ocorrem à medida que estes entram na meia idade e com as transformações maiores enfrentadas pelos avós na velhice (Carter, McGoldrick et al., 2001, p. 223).

De acordo com B. Carter et al. (2001), as necessidades que os adolescentes têm de ter maior independência tendem a desencadear mudanças no relacionamento entre gerações na família. Por exemplo, não é invulgar que os pais e avós redefinam os seus relacionamentos durante este período, que os casais renegociem o seu casamento e que os irmãos questionem a sua posição na família. Estas transformações nos padrões de

relacionamento familiar podem reactivar questões emocionais não resolvidas entre pais e avós ou entre os próprios pais.

#### **2.7.2.2. O impacto do divórcio na família e na vida dos filhos**

Durante as últimas décadas, vários investigadores têm-se interessado em estudar o impacto do contexto (como o divórcio, as desvantagens sociais, o stress e a depressão parental) no comportamento anti-social e nos desajustamentos infantis (Reid et al., 2002).

É obvio que as relações familiares mudam quando o casamento termina. A fase de transição constitui uma etapa caracterizada pelo stress emocional que envolve a transição legal, económica, social e parental (Pinto & Pereira, 2005). No processo de adaptação pessoal, a transição através das fases do processo de divórcio constitui um aspecto importante. Uma decisão longa (ponderada com alguma antecedência ou menos repentina) e cuidadosa antes da separação está associada a menores dificuldades emocionais, incluindo menor sintomatologia depressiva parental no pós-divórcio (Pinto & Pereira, 2005).

Numa revisão da literatura sobre filhos e divórcio, B. Carter et al. (2001), referem que, apesar de alguns estudos mostrarem diferenças estatisticamente significativas entre filhos de famílias com estatuto de não divorciadas e os de famílias divorciadas quanto a um possível envolvimento destes em comportamentos de risco para a saúde, outros estudos não mostraram existir diferenças significativas.

Alguns filhos conseguem ajustar-se satisfatoriamente ao stress relacionado com o divórcio, enquanto outros têm mais dificuldade. Parece, então, que não é obvio que o divórcio crie perturbação nos filhos (B. Carter et al. 2001). Parece que não é o divórcio em si que desencadeia a perturbação nos filhos, mas as circunstâncias específicas que

surgem da separação tais como: a perda de um progenitor, o conflito entre os pais, a qualidade de vida após a separação, o número e grau de outras mudanças stressantes decorrentes da separação.

B. Carter et al. (2001) descreve que os dados sobre as consequências do divórcio nos filhos podem ser mais ou menos frequentes, mais ou menos intensas e mais ou menos temporárias em função de variáveis como: a idade dos filhos, sexo, o conflito entre os pais, mudanças de vida depois do divórcio e a natureza da articulação dos cuidados paternos/ maternos.

Wise (2003) refere que os estudos realizados relativamente ao impacto do divórcio no comportamento dos filhos muitas vezes comparam famílias estáveis com famílias que sofreram uma transição recente e, não surpreendentemente, tendem a encontrar manifestações de comportamentos disfuncionais nas crianças das famílias que adquiriram uma nova estrutura. Algumas pesquisas confundem o stress resultante da mudança ocorrida na família com os efeitos no comportamento da estrutura em si mesma (Wise, 2003). Diversas pesquisas têm demonstrado que os problemas de desajustamento individual e no processo familiar acontecem nos primeiros anos que se seguem à mudança na estrutura familiar, e posteriormente os relacionamentos tendem para uma estabilização (Wise, 2003). Quer os adultos, quer as crianças tendem a experimentar elevados níveis de conflito, dificuldades parentais e elevados níveis de stress psicológico nas fases iniciais pós-divórcio (Wise, 2003).

Em resumo: De forma geral, a investigação refere que a família tem uma forte influência no comportamento adolescente, incluindo nos comportamentos de risco adoptados ou não por este (Capron et al., 2007; M. Carter et al., 2007; Geada, 1994; Michael & Ben-Zur, 2007; Resnick et al., 1993; Simões et al., 2006; Zimmer-Gembeck, & Lock, 2007).

## **2.8. ENVOLVIMENTO COM AMIGOS, FACTOR PROTECTOR OU DE RISCO?**

Do ponto de vista dos adolescentes, o termo “pares” pode ser usado para nos referirmos a outros adolescentes que são os membros da comunidade, os colegas de trabalho que têm aproximadamente a mesma idade e pertencem aos locais onde habitualmente fazem a sua vida (Barnett, 2007).

Os pares são uma fonte de suporte para os jovens, apesar do excessivo tempo despendido com estes estar também associado com o aumento de comportamentos de risco para a saúde. A investigação indica que os rapazes apresentam uma maior tendência para despender tempo sozinhos e apresentam uma menor tendência para ter amigos mais chegados (Barnett, 2007; Seginer & Lilach, 2004). Nos rapazes, a solidão está associada com o facto de não terem um grupo de amigos coeso, com uma baixa auto-estima, resultando muitas vezes da influência valores e normas sociais ainda que nem sempre sejam admitidas (Barnett, 2007; Seginer & Lilach, 2004). Outros autores reforçam a ideia de que as raparigas são mais orientadas para as relações do que os rapazes (M. Carter et al., 2007; Rayle, 2005).

Com o surgimento da idade adulta, os relacionamentos amorosos são também uma fonte de suporte (Barnett, 2007). Quando os adolescentes precisam de falar acerca dos seus sentimentos pessoais, preocupações ou segredos, tendem a procurar os seus melhores amigos ou os seus companheiros amorosos.

As temáticas preferidas pelos jovens para conversarem com os seus pares são as suas atitudes face ao casamento, os seus pontos de vista sobre sexo, problemas com o sexo oposto e sentimentos sobre o sexo oposto (Barnett, 2007). Para além disso, gostam de falar com os seus pais acerca de outros assuntos como relatar o que é que têm feito na escola, os seus objectivos e as suas esperanças face ao futuro (Barnett, 2007).

Segundo resultados de um estudo realizado por Settertobulte e Matos (2004), o tempo despendido com a socialização aumenta com a idade e é maior entre os rapazes, mas existem grandes diferenças entre os países, sendo os adolescentes do Norte da Europa os que aparentemente despendem mais tempo a socializarem com os amigos nas tardes e fim de tarde por comparação com os jovens dos países do Sul da Europa. Quanto à comunicação electrónica entre os jovens, verifica-se que esta aumenta com a idade e observam-se diferenças entre os sexos, que podem estar relacionadas com as limitações das saídas de casa, que habitualmente são mais restritas para as raparigas do que para os rapazes. Em todas as idades, as raparigas estão mais predispostas do que os rapazes para usarem o telefone e-mail ou para comunicar com os amigos por texto; o uso destes meios de comunicação parece ser mais frequente em países onde sair com os amigos à tardinha é menos comum, tal como na Croácia e na Grécia (Settertobulte & Matos, 2004).

Num estudo realizado na NZ e divulgado por M. Carter et al. (2007), constatou-se que o envolvimento com amigos está, de um modo geral, relacionado com a adopção de envolvimento dos adolescentes em comportamentos de risco para a saúde.

Mesmo que se afigure inegável a importância da pressão do grupo de pares como factor explicativo da iniciação ao uso de drogas pelo adolescente, será razoável considerar que tais processos não actuam de uma forma “absoluta”, sendo contrariamente “mediados” por vários factores de personalidade (Negreiros, 1991).

Pares que maximizam consequências imediatas das crianças são seleccionados como amigos. A criança não é passiva, meramente receptora daquilo que o meio ambiente lhe oferece. Em vez disso, a criança selecciona activamente um ambiente e, neste processo, procura moldá-lo a fim de maximizar as consequências imediatas (isto é, a criança é o centro de um sistema muito

dinâmico que ela, em parte, criou). A selecção de pares desviantes suporta a manutenção de comportamentos desviantes, tal como o desenvolvimento de novas formas de desviância (Reid et al., 2002, p.12-13).

Alguns estudos têm demonstrado a existência de outras forças de socialização para além da família. Também não parece razoável admitir que a influência dos pais seja “anulada” unicamente porque os jovens socializam com um grupo de pares. Com efeito, muitos adolescentes avaliam o comportamento de um determinado grupo de amigos com base nos padrões que lhes foram transmitidos pelos seus pais (Negreiros, 1991). Assim, as influências e valores transmitidos pela família não são, necessariamente, rejeitados devido ao facto do adolescente experimentar uma certa substância psicoactiva no contexto do grupo de pares (Negreiros, 1991). De forma contrária ao que normalmente é aceite, o grupo de amigos terá, deste modo, uma influência nitidamente menos ampla no comportamento do adolescente se o impacto da família permanecer forte (Negreiros, 1991).

Por seu lado, Ungar (2000) reforça a ideia de que a pressão dos pares poder ser considerada um mito ao concluir, através de um estudo longitudinal, que a adesão a um grupo de pares era uma estratégia conscientemente utilizada pelos adolescentes para aumentarem o seu poder social, assim, seria menos consequência de um pressão dos pares e mais uma opção. O grupo de pares, afecta a percepção de saúde e os comportamentos de saúde dos jovens através de influência e do reforço de normas e valores, estabelecendo uma identidade social e cultural, e proporcionando modelos de comportamento (Settertobulte & Matos, 2004). Segundo Settertobulte e Matos (2004), ser aceite e apreciado pelos pares é um aspecto importante para o desenvolvimento da saúde dos jovens e aqueles que não estão socialmente integrados estão mais propensos a manifestar dificuldades com a sua saúde física e emocional. O isolamento face aos seus

colegas na adolescência pode levar a sentimentos de solidão e sintomas psicológicos. As interações com amigos contribuem para o desenvolvimento de competências sociais e para reforçar as habilidades para lidar com acontecimentos stressantes. Por outro lado, a influência dos amigos pode levar a comportamentos de risco durante a adolescência (Settertobulte & Matos, 2004).

Negreiros (1991) relata um estudo em que se concluiu existir uma congruência de 85% entre as relações de amizade e o consumo de marijuana. Verificou-se contudo que na maioria dos pares de adolescentes inicialmente incongruente (i.e, em que um consumia marijuana e o outro não), observou-se que o uso desta substância psicoactiva não só não registou qualquer mudança no pós-teste, como, em 34% dos pares de adolescentes, ambos os elementos “evoluíram” para um “estatuto” de não consumidores (Negreiros, 1991). Os resultados deste estudo levam às seguintes conclusões (Negreiros, 1991): 1) o processo de selecção dos amigos pelo adolescente poderá desempenhar um papel tão importante como a tendência do adolescente no sentido de se “conformar” às normas do grupo de amigos; 2) a “pressão” do grupo não actua, necessariamente, numa direcção “negativa”, podendo, pelo contrário, decorrer no sentido “positivo”, isto é, no sentido da não utilização das substâncias psicoactivas pelo adolescente. Em função do que foi referido, certas reservas poderão ser tidas em conta relativamente à ideia mais ou menos generalizada, segundo a qual o adolescente estaria exposto a “pressões” do grupo de pares que o pressionariam a usar substâncias psicoactivas e às quais acabaria por ceder (Negreiros, 1991).

Várias investigações têm encontrado associações entre comportamentos de risco e o envolvimento com o grupo de pares (Geada, 1994; M. Carter et al., 2007; Michael & Ben-Zur, 2007; Simões et al., 2006). Porém, a evidência sugere que adolescentes bem ajustados tendem a ter um elevado nível de envolvimento com os seus pares (Hayes,

Smart, Toumbourou, & Sanson, 2004). Segundo dados de Hayes et al. (2004), geralmente as influências dos pais que são mais consideradas pelos adolescentes são as relativas às decisões vocacionais ou relativas a dinheiro, enquanto que a influência dos pares é maior relativamente a roupas, actividades sociais, e ocupação de tempos livres. Ainda relativamente ao uso de álcool, a influência, dos pares parece considerada como fundamental. Banberg (2001, cit. in Hayes et al., 2004), sugere que os pais influenciam a selecção dos pares no sentido que os adolescentes cujos pais bebem álcool e fumam frequentemente tendem a associar-se a adolescentes que também apresentam esses comportamentos.

Estudos do HBSC-OMS têm demonstrado a existência de uma elevada taxa de fumadores e de consumo de álcool entre jovens que frequentemente se encontram com colegas ao fim da tarde. Pesquisas sobre cultura de pares em adolescentes têm revelado que a orientação para amigos do grupo determina ora comportamentos de risco, ora assume características protectoras (Settertobulte & Matos, 2004; Tomé, Ferreira & Camacho, 2008).

Em resumo: A investigação sugere que o grupo de pares tem uma forte influência no comportamento adolescente, incluindo nos comportamentos de risco adoptados por este (Geada, 1994; M. Carter et al., 2007; Michael & Ben-Zur, 2007, Simões et al., 2006).

## **PARTE II: ESTUDO EMPÍRICO**

**Capítulo 3: COMPORTAMENTOS DE SAÚDE E  
COMPORTAMENTOS DE RISCO EM ADOLESCENTES DO ENSINO  
SECUNDÁRIO: LIGAÇÕES COM A FAMÍLIA, AMIGOS E  
ENVOLVIMENTO COM ESCOLA - ESTUDO EMPÍRICO**

“ Ciência ? Ciência? Pó que a `strada deixa  
E é a própria `strada sem a `strada ser “.

Fernando Pessoa (1918-1930), p. 74

“Quando a verdade toda é descoberta  
Falta uma cousa ainda à alma ansiada.  
A ciência humana é uma porta aberta  
Que dá para outra porta, que é fechada.”

Fernando Pessoa (1918-1930), p.136

### **CAPÍTULO 3: COMPORTAMENTOS DE SAÚDE E COMPORTAMENTOS DE RISCO EM ADOLESCENTES DO ENSINO SECUNDÁRIO: LIGAÇÕES COM A FAMÍLIA, AMIGOS E ENVOLVIMENTO COM A ESCOLA**

#### **3.1. INTRODUÇÃO**

O presente estudo teve como objectivo responder a uma necessidade da escola em que a investigadora desenvolve trabalho como psicóloga elaborar um projecto de Promoção e Educação para a Saúde, procurou-se reunir dados que, de algum modo, pudessem ajudar a fundamentar decisões na intervenção comunitária em Psicologia da Saúde.

Neste capítulo é descrita em detalhe a forma como o estudo foi conduzido, incluindo a descrição dos objectivos, o método adoptado, designadamente os participantes seleccionados, material utilizado, o processo de adaptação cultural e linguística do instrumento e o procedimento, bem como a descrição do tratamento estatístico efectuado.

##### **3.1.1. Objectivos do presente estudo**

###### **Objectivo geral**

O presente estudo de carácter exploratório, transversal tem como objectivo descrever o estilo de vida dos adolescentes escolarizados do 10º,11º e 12º ano,

pertencentes a uma escola secundária da região Norte relativamente a comportamentos relacionados com a saúde- *health promoting behaviours*- (tais como actividade física, alimentação, sexualidade, segurança rodoviária e protecção solar) e comportamentos relacionados com riscos para a saúde- *health compromising behaviours*- (tais como o consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas, o humor depressivo, ideação suicida, violência, envolvimento em actividades sexuais de risco).

### **3.1.2. Objectivos específicos**

O presente estudo pretende também:

- 1) Analisar se existem diferenças ao nível dos comportamentos de risco e dos comportamentos de saúde entre jovens que frequentam o 10º, 11º,12º anos de escolaridade.
- 2) Analisar se existem diferenças entre sexos quanto aos comportamentos de risco e aos comportamentos de saúde adoptados.
- 3) Examinar se existem diferenças entre adolescentes com diferentes graus de envolvimento com a escola (Alto, Médio e Baixo) quanto aos comportamentos de saúde e de risco adoptados por estes.
- 4) Examinar se existem diferenças entre adolescentes com diferentes graus de envolvimento com pares (Alto, Médio e Baixo) ao nível dos comportamentos de saúde e os de risco adoptados por estes.
- 5) Examinar se existem diferenças entre adolescentes com diferentes graus de envolvimento com a família (Alto, Médio e Baixo) quanto aos comportamentos de saúde e de risco adoptados por estes.

6) Estudar se existem diferenças significativas em relação à adopção de comportamentos de risco e de saúde entre jovens com pais divorciados / separados e adolescentes com pais não divorciados / a viver juntos.

### 3.1.3. Variáveis

No presente estudo foram analisadas as seguintes variáveis principais: Comportamentos de Risco e Comportamentos de Saúde, Relação com Família, relação com os Pais, e relação com a Escola. Os comportamentos de saúde e de risco do presente estudo foram seleccionados com base numa investigação realizada por M. Carter et al. (2007) que identificou estes comportamentos como se destacando na população de jovens adolescentes. Estes parecem ser os mais relevantes entre os múltiplos comportamentos avaliados pelo instrumento administrado no presente estudo.

Quadro 1: Variáveis principais - Comportamentos de saúde e de risco

<b>Comportamentos de risco</b> <i>(health compromising behaviour)</i>	<b>Comportamentos de saúde</b> <i>(health promoting behaviours)</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ter fumado de 3-5 cigarros nos últimos 30 dias;</li> <li>- Ter ficado alcoolizado de 3-5 vezes nos últimos 30 dias;</li> <li>-Ter consumido cannabis mais de 3 vezes nos últimos 30 dias;</li> <li>-Humor depressivo 2 ou mais semanas nos últimos 12 meses;</li> <li>-Ideação suicida nos últimos 12 meses;</li> <li>-Envolvimento em 2 ou mais lutas físicas nos últimos 12 meses;</li> <li>-Envolvimento sexual nos últimos 3 meses.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Actividade física intensa pelo menos 3 dias nos últimos 7 dias;</li> <li>-5 ou mais doses de fruta e vegetais por dia;</li> <li>-Ter usado preservativo na última relação sexual;</li> <li>-Ter usado capacete de bicicleta sempre ou quase sempre nos últimos 12 meses;</li> <li>-Ter usado protector solar frequentemente ou sempre quando esteve exposto ao sol, no último Verão.</li> </ul>

Foram também estudadas as seguintes variáveis secundárias: variáveis sócio-demográficas como a idade, sexo, ano de escolaridade, continente de origem e a situação familiar do adolescente (pais casados / a viverem juntos e pais separados / pais divorciados).

## **3.2. MÉTODO**

Irá ser descrito de seguida o processo como o estudo foi implementado, em que se inclui a descrição dos participantes, do material utilizado, do processo de adaptação linguística e cultural do instrumento, e do procedimento.

### **3.2.1. Participantes**

Participou no presente estudo uma amostra de conveniência de 561 adolescentes, estudantes dos três anos do ensino secundário - 10º, 11º, 12º ano, dos diferentes cursos (cursos científico-humanísticos e cursos profissionais) do ensino secundário. Os participantes pertenciam a 9 turmas do 10º ano ( $n=215$ ; 38,3%), 8 turmas do 11º ano ( $n=182$ ; 32,4%) e 8 turmas do 12º ano ( $n=164$ ; 29,2%) de escolaridade da mesma instituição de ensino da zona Norte do País.

No presente estudo verificou-se que 308 (54,9%) dos participantes pertenciam ao sexo masculino e 253 (45,1%) pertenciam ao sexo feminino, com idades compreendidas entre os 13 anos e os 21 anos de idade ( $M=16,3$ ;  $DP= 1,25$ ).

### **3.2.2. Material**

Foi utilizado o questionário *Youth Risk Behavior Survey*- (YRBS) que tem como objectivo avaliar comportamentos de risco, comportamentos de saúde e percepção do envolvimento com a família, amigos e escola em adolescentes.

O YRBS é um instrumento de auto-resposta, originalmente desenvolvido pelo CDC (1991), nos Estados Unidos, com o objectivo de avaliar seis categorias de comportamentos/situações de saúde e de risco considerados prioritários na população juvenil: 1) comportamentos violência; 2) consumo de tabaco, álcool e uso de outras drogas; 3) comportamentos sexuais que contribuem para gravidez não desejada e para o contágio com DST, incluindo VIH; 4) comportamentos alimentares não saudáveis; 5) inactividade física; 6) e excesso de peso. Estes comportamentos/situações de risco foram seleccionados por contribuírem marcadamente para as principais causas de morte, incapacidade e problemas sociais entre os jovens e adultos nos EUA (Brener et al., 2004). De acordo com o Brener et al. (2004), a intenção subjacente à construção deste instrumento era a de determinar a prevalência de comportamentos de saúde e de risco adoptados pelos estudantes das escolas secundárias; monitorizar esses comportamentos ao longo do tempo, de forma a perceber a sua evolução; e examinar a co-ocorrência dos comportamentos de saúde e de risco (Santos, Silva, & Menezes, 2008).

A decisão de incidir a atenção quase exclusivamente nos comportamentos de saúde e de risco, em vez de se centrar nos determinantes destes comportamentos (e.g., conhecimentos, atitudes, crenças ou nos factores protectores), foi baseada num conjunto bem sustentado de pesquisas desenvolvidas sobre comportamentos específicos e nas relações encontradas entre comportamentos de saúde e de risco, e outros comportamentos que não os estudados directamente por este instrumento. Por exemplo, o consumo de álcool e de outras drogas, bem como o comportamento sexual têm revelado estar associados ao absentismo escolar, fraco desempenho escolar e abandono escolar (Brener et al., 2004).

Assim, o YRBS avalia comportamentos promotores de saúde (abarcando domínios como: actividade física; alimentação; utilização de preservativo; segurança;

protecção solar; e saúde dentária) e comportamentos comprometedores da saúde (consumo de drogas lícitas e ilícitas; estados emocionais associados à adopção de comportamentos de risco; comportamentos violentos; comportamentos sexuais de risco).

De acordo com o estudo realizado por Brener et al. (2004), o YRBS apresenta uma fidelidade e validade aceitáveis (os itens que poderiam contribuir para uma menor fidelidade do instrumento foram eliminados ou revistos).

A versão original do YRBS foi modificada por M. Carter et al. (2007), com a intenção de a adaptar aos jovens da NZ. Nesse processo de adaptação, foram modificados itens que foram considerados culturalmente desadequados e introduzidos novos itens relevantes para a população em estudo. Esta nova versão revelou também apresentar propriedades psicométricas satisfatórias.

Na versão adaptada à realidade da NZ (M. Carter et al., 2007) foram adicionadas questões relativas à relação com a família e amigos, que não faziam parte da versão original do YRBS (Brener et al., 2004). Foram, também, introduzidas três questões relacionadas com a percepção do clima da escola. Este instrumento avalia também o ambiente escolar; adaptação escolar; e suporte social fornecido pela família, amigos, ou outros adultos significativos.

### **3.2.2.1. Processo de adaptação do YRBS para Portugal**

Após ter sido concedida autorização pelos autores da versão americana e da versão nova-zelandesa, foi efectuada a adaptação linguística e cultural deste instrumento para a população portuguesa (ANEXOS 1 e 3).

O primeiro passo consistiu na eliminação de itens que culturalmente não eram relevantes ou eram desadequados para a realidade portuguesa, como, por exemplo, as

questões relativas às tribos e subtribos (questões 3, 3a, 4,5 e 6 do questionário de M. Carter et al., 2007).

No processo de adaptação do instrumento para a população portuguesa, optou-se por utilizar como instrumento de base a versão original do YRBS, mas foram incluídos os itens extra, que foram introduzidos por M. Carter (2007) na versão para a N Z.

Num segundo momento, procedeu-se à construção de uma versão em português do instrumento. Para tal, adoptou-se o seguinte procedimento: tradução realizada de forma independente por três tradutores de língua materna portuguesa e fluentes na língua inglesa (língua em que as versões americana e nova zelandesa se encontravam escritas), que compreendiam o propósito do questionário e a intenção subjacente à criação de cada um dos seus itens. Procedeu-se, de seguida, à construção de uma versão de consenso entre os tradutores envolvidos neste processo. Este passo revela ser de grande importância, pois permite identificar e corrigir pequenos erros de sentido introduzidos pela tradução, uma vez que se tornam quase imediatamente visíveis quando é feita a comparação entre as diferentes versões traduzidas.

Num terceiro momento, contou-se com o apoio de profissionais de saúde, nomeadamente profissionais com experiência no domínio do consumo de substâncias ilícitas e dos cuidados alimentares, no sentido de assegurar que a terminologia era a mais adequada para a população adolescente portuguesa em geral.

Paralelamente a este processo, foram acrescentados dois novos itens: um relacionado com a estrutura familiar e outro relativo ao estatuto conjugal dos pais e situação dos familiares do adolescente (questões nº 3 e nº 4 da versão portuguesa). Estas questões foram baseadas em estudos efectuados por Currie et al. (2004), relativas ao estudo do HBSC/WHO e por Geada (1994), que mostraram que muitos factores podem

afectar o envolvimento dos adolescentes em comportamentos de saúde e de risco, sendo a estrutura familiar um desses factores.

Foi, ainda, acrescentada uma questão sobre o ano de escolaridade (questão nº 6) e optou-se também por modificar a questão nº 7 (da versão americana), relativa ao desempenho académico, para se adaptar melhor quer à situação escolar em Portugal, quer aos termos utilizados no nosso país.

Foi efectuado um estudo piloto com o objectivo de realizar uma análise cognitiva do instrumento (*cognitive debriefing*). Este estudo foi conduzido com 5 alunos do ensino secundário (dois alunos do sexo feminino do 12º ano de 17 anos e três do sexo masculino, sendo dois deles do 10º ano com 15 e 16 anos e um aluno do 11º ano e de 16 anos), entre Julho e Setembro de 2007, com o objectivo de avaliar a clareza, compreensão e relevância cultural, bem como confirmar se a terminologia utilizada na versão traduzida era adequada. Este ensaio teve como objectivo geral avaliar a compreensão e aceitabilidade da tradução do questionário e analisar a necessidade de criar uma versão mais adequada para a população alvo a que se destina. Os objectivos específicos deste estudo piloto foram: (1) identificar questões problemáticas; (2) determinar as razões pelas quais essas questões são problemáticas; (3) registar as soluções propostas para clarificar o modo como se formulam as frases. Após análise das entrevistas cognitivas modificaram-se as questões 66 (tendo sido acrescentada mais uma opção de resposta: “*Algum outro método*”), e a questão 81 (tendo sido modificado ligeiramente o texto introdutório do que se considerava actividade física que não faz transpirar muito e que não faz alterar muito a respiração). A análise cognitiva permitiu constatar que o questionário foi bem aceite pelos jovens.

A versão portuguesa do questionário ficou, assim, composta por 94 questões, organizadas em 18 domínios: 1) Características sócio-demográficas; 2) Estrutura

familiar; 3) Percepção do desempenho escolar; 4) Ambiente escolar; 5) Adaptação social; 6) Suporte social pelos pais amigos, pares, agentes educativos e outros adultos; 7) Saúde e bem-estar; 8) Altura e peso corporal; 9) Segurança e acidentes; 10) Comportamentos de violência; 11) Humor depressivo e ideação suicida; 12) Consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas; 13) Comportamento sexual; 14) Percepção do peso corporal e hábitos alimentares; 15) Actividade física; 16) VIH/ SIDA; 17) Uso de serviços de saúde dentária; 18) Protecção solar. Foi conservada a última questão que pretende avaliar o grau de satisfação ou interesse dos participantes em relação ao questionário. A estrutura da versão portuguesa em estudo pode ser consultada no Quadro 2.

Quadro 2: Estrutura do questionário Youth Risk Behavior Survey – YRBS (versão portuguesa em estudo)

Nº de Questões	SUB-DOMÍNIOS AVALIADOS	FONTES: Origem das questões
1,2, 5	Idade; sexo; continente de origem	CDC, 2001
3, 4	Estrutura familiar do (a) adolescente	Geadá (1994); HBSC (2004)
6, 7	Ano de escolaridade / percepção do desempenho escolar	CDC (2001)
8, 9, 10	Ambiente escolar	Cárter et al. (2007)
11, 12	Adaptação social – <i>Bullying</i>	Carter et al. (2007)
13, 14	Suporte social pelos pais/ família, amigos, pares, agentes educativos e outros adultos	Cárter et al. (2007)
15	Saúde e bem-estar	Carter et al. (2007)
16, 17	Auto-relato acerca da altura e do peso corporal	Carter et al. (2007) ; CDC (2001);
18-23	Segurança/ acidentes	Carter et al. (2007); CDC (2001)
24-30	Comportamentos de violência	Carter et al. (2007); CDC (2001)
31-35	Humor depressivo e ideação suicida	Carter et al. (2007); CDC (2001)
36-59	Consumo de tabaco, álcool, marijuana e drogas ilícitas	Carter et al. (2007); CDC (2001)
60-67	Comportamento sexual	Carter et al. (2007); CDC (2001)
68-79	Percepção do peso corporal e hábitos alimentares	Carter et al. (2007); CDC (2001)
80-87	Actividade física	Carter et al. (2007); CDC (2001)
88	HIV/SIDA	Carter et al. (2007); CDC (2001)
89	Uso de serviços de saúde dentária	Carter et al. (2007)
90-93	Hábitos de protecção solar	Carter et al. (2007); CDC (2001)
94	Percepção do adolescente face ao preenchimento do questionário	Carter et al. (2007)

### 3.2.2.1.1. Propriedades psicométricas do questionário

#### FIDELIDADE DO YRBS

Brener et al. (2004), levaram a cabo dois estudos de teste-reteste da versão americana do YRBS, um em 1992 e outro em 2000. No primeiro estudo, a versão do questionário de 1991, foi administrada a uma amostra de conveniência de 1.679 estudantes do 7º ao 12º anos, tendo-se confirmado a fidelidade do instrumento. O questionário foi administrado em duas ocasiões com 14 dias de separação. Aproximadamente  $\frac{3}{4}$  dos itens foram avaliados como tendo uma elevada taxa de confiança ( $Kappa = 61\%-100\%$ ), e não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre a primeira e a segunda administração do questionário. No entanto, “As respostas dos estudantes do 7º ano foram menos consistentes do que aquelas dos estudantes dos anos mais elevados, indicando que o questionário é melhor adaptado para estudantes nos anos superiores ao 8º ano” (Brener et al., 2004, p.5).

No segundo estudo, a versão de 1999 do questionário YRBS foi administrada a uma amostra de conveniência de 4.619 estudantes do ensino secundário. O questionário foi administrado em dois momentos, com aproximadamente duas semanas de separação entre as duas administrações. Um em cada 5 itens (22%) apresentou resultados significativamente diferentes entre a primeira e a segunda vez em que o questionário foi administrado. Dez itens (14%) tiveram, nas duas aplicações, um  $Kappa < 61\%$  e um grau de eficácia significativamente diferente da primeira e na segunda administração, indicando que a confiança destes itens é questionável. Estes itens (e.g., um item relativo a ferimentos causados pela actividade física foi revisto), foram revistos e, em alguns casos, foram mesmo retirados das versões posteriores do questionário, de modo a assegurar a estabilidade das respostas.

## VALIDADE

Em 2000, o CDC também levou a cabo um estudo para avaliar a validade de duas questões do questionário YRBS relativas à altura e ao peso. Neste estudo, 2.965 estudantes de escolas secundárias completaram a versão do questionário YRBS de 1999 em duas ocasiões, com duas semanas de separação entre as aplicações. Depois de os estudantes completarem o questionário, foram pesados e medidos. Com base no auto-relato do peso e da altura foi calculado o índice de massa corporal (IMC) e verificou-se que estes valores foram substancialmente confiáveis, mas verificou-se existir uma tendência para os estudantes exagerarem na altura auto-relatada em relação à sua altura realmente medida em média 2,7 polegadas e para apresentarem o seu peso como tendo menos, em média, 1,7 kg. Os autores concluíram que tal indica que o questionário YRBS provavelmente subestima a prevalência de excesso de peso na população adolescente.

## ESTUDO DA FIDELIDADE DA VERSÃO PORTUGUESA DO YRBS

A versão portuguesa desenvolvida para o presente estudo foi também alvo de análise em termos de propriedades psicométricas, mais especificamente em termos da sua estabilidade temporal. A administração do instrumento para esse fim foi efectuada numa única escola do Concelho de Guimarães, Distrito de Braga, em Portugal, durante os meses de Setembro, Outubro e Novembro de 2007, tendo sido o processo de selecção das turmas efectuado por conveniência dos investigadores de forma não aleatória, e conforme a disponibilidade de alunos e professores. Foram analisados 51 alunos neste pré-teste.

O estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa do YRBS decorreu com um grupo de 51 alunos, a quem foi solicitado que, para além do primeiro

momento de avaliação a que acederam participar, voltassem a responder ao mesmo instrumento com um intervalo de aproximadamente quinze dias. Pretendeu-se com estes dados proceder à análise do teste-reteste, de forma a confirmar a fidelidade do instrumento em estudo. Os participantes neste estudo foram alunos de duas turmas do 10º ano, 25 alunos (49%) e do 12º ano, 26 alunos (51%), com idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos ( $M= 16,31$ ;  $DP=1,39$ ). Verificou-se que 36 dos elementos desta amostra (70,6%) pertenciam ao sexo feminino e 15 elementos desta amostra (29,4%) pertenciam ao sexo masculino.

Segundo Ribeiro (2004, p.389) “Um inventário não supõe uma relação elevada entre itens, ou seja, não exige uma correlação elevada entre os itens de uma área”. O estilo de vida “envolve um conjunto de decisões individuais que afectam a vida do indivíduo e sobre as quais tem algum controlo” (Ribeiro, 2004, p.388), incluindo um conjunto de padrões comportamentais que dependem da idade, das condições económicas e sociais, da educação, de muitos outros factores e que nem sempre estão relacionados entre si. Por esta razão não se procedeu à análise da validade convergente-discriminante do instrumento não se tendo avaliado a correlação dos itens com a subescala a que pertencem (correlação corrigida para sobreposição), nem destes com as restantes subescalas.

O Quadro nº 3 representa os resultados da correlação teste-reteste para as 47 questões ordinais.

Quadro 3: Resultados teste-reteste para 47 itens ordinais – Correlação Ró de Spearman

Item	Correlação teste reteste	Item	Correlação teste reteste	Item	Correlação teste reteste	Item	Correlação teste reteste
Item3	$r_s$ 0,999(**) $p$ 0,0001 $N$ 51	Item25	$r_s$ 0,500(**) $p$ 0,0002 $N$ 51	Item51	$r_s$ 0,953(**) $p$ 0,003 $N$ 6	Item82	$r_s$ 0,625(**) $p$ 0,0001 $N$ 51
Item7	$r_s$ 0,713(**) $p$ 0,0001 $N$ 51	Item26	$r_s$ 0,697(**) $p$ 0,0001 $N$ 51	Item61	$r_s$ 0,861(**) $p$ 0,001 $N$ 10	Item83	$r_s$ 0,730(**) $p$ 0,0001 $N$ 51
Item8	$r_s$ 0,414(**) $p$ 0,003 $N$ 51	Item28	$r_s$ 0,577 $p$ 0,423 $N$ 4	Item62	$r_s$ 0,802(**) $p$ 0,005 $N$ 10	Item84	$r_s$ 0,911(**) $p$ 0,0001 $N$ 51
Item9	$r_s$ 0,542(**) $p$ 0,0001 $N$ 51	Item37	$r_s$ 0,996(**) $p$ 0,0001 $N$ 50	Item63	$r_s$ 0,375 $p$ 0,286 $N$ 10	Item85	$r_s$ 0,714(**) $p$ 0,0001 $N$ 50
Item10	$r_s$ 0,392(**) $p$ 0,004 $N$ 51	Item38	$r_s$ 0,814(**) $p$ 0,0001 $N$ 21	Item68	$r_s$ 0,876(**) $p$ 0,0001 $N$ 51	Item86	$r_s$ 0,803(**) $p$ 0,0001 $N$ 51
Item11	$r_s$ 0,728(**) $p$ 0,0001 $N$ 51	Item39	$r_s$ 0,913(**) $p$ 0,0001 $N$ 21	Item69	$r_s$ 0,764(**) $p$ 0,0001 $N$ 51	Item89	$r_s$ 0,664(**) $p$ 0,0001 $N$ 51
Item15	$r_s$ 0,660(**) $p$ 0,0001 $N$ 51	Item42	$r_s$ 0,523(*) $p$ 0,015 $N$ 21	Item76	$r_s$ 0,673(**) $p$ 0,0001 $N$ 51	Item90	$r_s$ 0,756(**) $p$ 0,0001 $N$ 50
Item16	$r_s$ 0,917(**) $p$ 0,0001 $N$ 51	Item45	$r_s$ 0,567(**) $p$ 0,0001 $N$ 49	Item77	$r_s$ 0,601(**) $p$ 0,0001 $N$ 51	Item91	$r_s$ 0,773(**) $p$ 0,0001 $N$ 50
Item17	$r_s$ 0,994(**) $p$ 0,0001 $N$ 51	Item46	$r_s$ 0,711(**) $p$ 0,0001 $N$ 51	Item78	$r_s$ 0,353(*) $p$ 0,011 $N$ 51	Item92	$r_s$ 0,764(**) $p$ 0,0001 $N$ 50
Item20	$r_s$ 0,678(**) $p$ 0,0001 $N$ 51	Item47	$r_s$ 0,524(**) $p$ 0,002 $N$ 33	Item79	$r_s$ 0,349(*) $p$ 0,012 $N$ 51	Item93	$r_s$ 0,503(**) $p$ 0,0002 $N$ 50
Item21	$r_s$ 0,818(**) $p$ 0,0001 $N$ 51	Item48	$r_s$ -0,179 $p$ 0,320 $N$ 33	Item80	$r_s$ 0,492(**) $p$ 0,0002 $N$ 51	Item94	$r_s$ 0,633(**) $p$ 0,0001 $N$ 50
Item22	$r_s$ 0,500(**) $p$ 0,0002 $N$ 51	Item50	$r_s$ 0,931(**) $p$ 0,0001 $N$ 51	Item81	$r_s$ 0,559(**) $p$ 0,0001 $N$ 51		

\*\*  $p < 0,01$ \*  $p < 0,05$ 

Da observação do quadro nº3 conclui-se que dos 47 itens, apenas 3 itens (6,4%) não apresentam uma correlação estatisticamente significativa.

Dos restantes 44 itens (93,6 %), segundo (Pestana & Gageiro, 2005; Pallant, 2005), 3 itens (6,8%) apresentam correlação baixa, 17 itens (38,6%) apresentam uma

correlação moderada, 16 itens (36,4%) apresentam uma correlação elevada, e 8 itens (18,2%) apresentam uma correlação muito elevada.

O Quadro nº 4 representa os resultados da análise das questões nominais, com duas opções de resposta, coincidentes no teste-reteste.

Quadro 4: Análise das questões nominais coincidentes no teste-reteste (I)

Pergunta	Respostas coincidentes			Participantes	% Total	McNemar Test <i>p</i>
	Opções de resposta		Total			
	Não	Sim				
Item 13.1	8	38	46	51	90,2%	1,000
Item 13.2	30	15	45	51	88,2%	0,687
Item 13.3	43	8	51	51	100,0%	1,000
Item 13.4	41	7	48	51	94,1%	1,000
Item 13.5	46	4	50	51	98,0%	1,000
Item 13.6	48	0	48	51	94,1%	0,250
Item 13.7	42	4	46	51	90,2%	0,375
Item 13.8	10	38	48	51	94,1%	1,000
Item 13.9	48	1	49	51	96,1%	0,500
Item 13.10	51	0	51	51	100,0%	1,000
Item 13.11	51	0	51	51	100,0%	1,000
Item 13.12	46	2	48	51	94,1%	0,250
Item 13.13	50	0	50	51	98,0%	1,000
Item 14.1	3	42	45	50	90,0%	1,000
Item 14.2	19	25	44	50	88,0%	0,687
Item 14.3	39	8	47	50	94,0%	0,625
Item 14.4	40	6	46	50	92,0%	1,000
Item 14.5	41	4	45	50	90,0%	1,000
Item 14.6	40	3	43	50	86,0%	1,000
Item 14.7	41	4	45	50	90,0%	1,000
Item 14.8	9	34	43	50	86,0%	1,000
Item 14.9	46	2	48	50	96,0%	1,000
Item 14.10	50	0	50	50	100,0%	1,000
Item 14.11	50	0	50	50	100,0%	1,000
Item 14.12	44	1	45	50	90,0%	1,000
Item 14.13	50	0	50	50	100,0%	1,000
Item 24	50	0	50	51	98,0%	1,000
Item 29	51	0	51	51	100,0%	1,000
Item 30	50	0	50	50	100,0%	1,000
Item 31	40	4	44	51	86,3%	0,125

O Quadro 4 mostra a análise das questões nominais no teste-reteste, que permite concluir que a maioria dos itens são coincidentes (a avaliação no primeiro e segundo momentos são exactamente iguais) em percentagens superiores a 86,0% e o

teste de McNemar em amostras emparelhadas também não evidência diferenças significativas.

O Quadro nº 5 apresenta os resultados da análise das questões nominais, com duas opções de resposta, coincidentes no teste-reteste.

Quadro 5: Análise das questões nominais coincidentes no teste-reteste (cont.) (II).

Pergunta	Respostas coincidentes			Participantes	% Total	McNemar Teste <i>p</i>
	Opções de resposta		Total			
	Não	Sim				
Item 32	2	48	50	51	98,0%	1,000
Item 33	0	2	2	2	100,0%	1,000
Item 34	2	0	2	2	100,0%	1,000
Item 36	24	25	49	51	96,1%	0,500
Item 43	15	5	20	21	95,2%	1,000
Item 54	50	0	50	50	100,0%	1,000
Item 54 a	0	0	0	0	100,0%	
Item 55	48	0	48	49	98,0%	1,000
Item 55 a	0	0	0	0	100,0%	
Item 56	50	0	50	51	98,0%	1,000
Item 56 a	0	0	0	0	100,0%	
Item 57	51	0	51	51	100,0%	1,000
Item 57 a	0	0	0	0	100,0%	
Item 58	50	0	50	50	100,0%	1,000
Item 58 a	0	0	0	0	100,0%	
Item 59	48	0	48	49	98,0%	1,000
Item 60	41	10	51	51	100,0%	1,000
Item 64	10	0	10	10	100,0%	1,000
Item 65	2	8	10	10	100,0%	1,000
Item 66.1	9	0	9	10	90,0%	1,000
Item 66.2	7	3	10	10	100,0%	1,000
Item 66.3	2	8	10	10	100,0%	1,000
Item 66.4	10	0	10	10	100,0%	1,000
Item 66.5	9	1	10	10	100,0%	1,000
Item 66.6	10	0	10	10	100,0%	1,000
Item 66.7	9	0	9	10	90,0%	1,000
Item 70	23	18	41	51	80,4%	0,109
Item 71	32	10	42	51	82,4%	1,000
Item 72	48	1	49	51	96,1%	0,500
Item 73	51	0	51	51	100,0%	1,000

Da observação do Quadro 5, conclui-se que a maioria dos itens apresentam uma coincidência total em teste-reteste (percentagem superior a 80%) e o teste de McNemar

aplicável em amostras emparelhadas também não evidência diferenças estatisticamente significativas.

O teste de McNemar calculado para as questões dos Quadros 4 e 5 foi feito segundo a distribuição binomial devido ao facto de os respondentes que mudaram de opinião terem sido sempre inferiores a 20.

O Quadro 6 mostra a análise teste-reteste das questões com três ou mais opções de resposta.

Quadro 6: Teste-reteste - Análise das coincidências nas questões ordinais com três ou mais opções de resposta

Pergunta	Repostas coincidente								Total	Participantes	% total	Teste de Friedman		
	Opções de resposta											$\chi^2$	gl	p
	1	2	3	4	5	6	7	8						
18	37	2		1		5			45	51	88,24%	0,143	1	0,705
19	13	24						1	38	51	74,51%	1,923	1	0,166
35	1								1	2	50,00%	1,000	1	0,317
40	12	3			3				18	21	85,71%	0,333	1	0,564
41	11	0	5						16	21	76,19%	1,800	1	0,180
44	10	5	2						17	21	80,95%	1,000	1	0,317
75	48	2							50	50	100,00%	2,000	1	0,157
87	4	2	34						40	51	78,43%	0,818	1	0,366
88	43	1	1						45	51	88,24%	0,667	1	0,414

Todos os itens obtiveram respostas exactamente iguais em mais de 74% dos participantes nas duas avaliações com excepção do item 35, cuja estabilidade temporal revela ser menor (mesmo assim com uma convergência nas respostas igual a 50%). O teste de Friedman também não evidência diferenças significativas entre as respostas dadas pelos participantes nos dois momentos de aplicação.

O Quadro 7 mostra a análise teste-reteste das questões com 3 ou mais opções de resposta.

Quadro 7: Teste-reteste- Análise das coincidências nas questões ordinais com três ou mais opções de resposta

Pregunta	Respostas coincidentes								Total	Participantes	% total
	Opções de resposta										
	1	2	3	4	5	6	7	8			
12			51						51	51	100,00%
23	51								51	51	100,00%
27	4								4	4	100,00%
49	32								32	32	100,00%
52	6								6	6	100,00%
53	6								6	6	100,00%
67	10								10	10	100,00%
74		51							51	51	100,00%

No Quadro 7 observa-se que para este grupo de questões a análise teste-reteste revela que todos os sujeitos responderam da mesma forma durante a primeira e a segunda aplicação do questionário. O teste de Friedman apesar de ter sido calculado não apresentou qualquer valor devido ao facto dos respondentes terem respondido sempre na mesma opção de resposta e de as respostas terem sido totalmente coincidentes no primeiro e no segundo momento de aplicação do instrumento.

O instrumento revelou possuir boa estabilidade temporal.

### 3.2.3. Procedimento

Procedeu-se ao pedido de autorização para adaptar as versões americana e Nova-zelandesa do YRBBS, do ponto de vista linguístico e cultural deste instrumento à população portuguesa (ANEXO 3).

Também foi solicitada à Escola a autorização para a administração do instrumento.

A investigação foi planeada de forma a evitar que causasse qualquer prejuízo físico ou psicológico aos participantes da investigação.

Uma vez que a investigação envolveu uma população não adulta, providenciou-se um pedido de consentimento informado dos pais e encarregados de educação, mas também dos próprios alunos. Respeitou-se a vontade dos participantes quanto a querer ou não participar no estudo após terem sido explicados os objectivos da investigação e ter sido assegurado o carácter anónimo e confidencial das respostas e dos resultados.

O questionário foi preenchido pelos alunos em contexto de sala de aula. A administração dos questionários foi efectuada por uma única investigadora, utilizando sempre o mesmo protocolo de investigação.

A recolha dos questionários foi efectuada numa única escola do Concelho de Guimarães, Distrito de Braga, em Portugal, durante de final do Mês de Setembro, Mês de Outubro e início do Mês de Novembro 2007, sendo o processo de selecção das turmas efectuado por conveniência dos investigadores de forma não aleatória, e conforme a disponibilidade de alunos e professores. Foram recolhidos 561 questionários, sendo que 51 questionários foram utilizados para realizar o primeiro pré-teste.

#### **3.2.4. Cálculo Das Subescalas Do YRBS**

De seguida descrevem-se os procedimentos efectuados no cálculo das subescalas escola, família e amigos, bem como o procedimento efectuado para a determinação das variáveis de comportamento de saúde e de risco. O procedimento seguido foi também o mesmo adoptado pelos autores da versão do YRBS da NZ apresentada por M. Carter et al. (2007).

##### **-Determinação dos graus de envolvimento com a escola**

A determinação dos graus de envolvimento com a escola é feita a partir das respostas a três questões (8, 9, 10) sendo calculados da seguinte forma:

1º) - Na questão 8 – Quanto é que pensas que se preocupam contigo? Foram atribuídos os seguintes valores às respostas: Nada = 0; Mais ou menos = 1; Muito = 2

2º) - Na questão 9 – fazes parte da escola? Foram atribuídos os seguintes valores às respostas: Nada = 0; Por vezes = 1; Sim, Sempre = 2

3º) - Na questão 10 – Professores justos? Foram atribuídos os seguintes valores às respostas: Quase nunca = 0; Por vezes = 1; Na maioria das vezes = 2

4º) – Fez-se o somatório das questões 8, 9 e 10 e, de seguida, definiu-se o nível de envolvimento com a escola em função do resultado deste somatório: de zero a dois foi considerado como baixo envolvimento com a escola; de três a quatro foi considerado como médio envolvimento com a escola; de cinco a seis foi considerado como alto envolvimento com a escola.

#### **-Determinação de graus de envolvimento com a família**

Quanto à ligação à família, foram consideradas as respostas às questões 13 e 14 e estabeleceram-se os graus de envolvimento à família da seguinte forma: 1º) Das opções de resposta das questões 13 e 14, que se relacionavam com os familiares, foram consideradas apenas as respostas que se enquadraram nas opções de um a sete (Mãe ou madrasta, Pai ou padrasto, Irmã, Irmão, Tio ou Tia, Avô ou Avó, Outro parente); 2º) Foram atribuídos os seguintes valores à questão 13: Zero se não falar com nenhum membro da família; Um se falar com 1 membro da família; Dois se falar com mais do que 1 membro da família.

3º) Foram atribuídos os seguintes valores à questão 14: Zero se nenhum membro da família reparar nele; Um se 1 membro da família reparar nele; Dois se mais do que 1 membro da família reparar nele.

4º) Foi feito o somatório das respostas a esses itens e definiram-se os seguintes graus de ligação à família em função do resultado: igual a zero foi considerado como

grau de ligação à família baixo; de um a três foi considerado como grau de ligação à família médio; igual a quatro foi considerado como grau de ligação á família alto.

#### **-Determinação de graus de envolvimento com os amigos**

Quanto à ligação aos amigos, foram consideradas as respostas às questões 13 e 14 se se enquadrassem na opção de resposta 8 ou seja:

Questão 13 - Com quem é que tu falas quando tens um problema ou quando te sentes preocupado com alguma coisa? Opção 8 – amigo;

Questão 14 - Quem repara em ti (ex. quem te compreende, conforta, pergunta o que está a correr mal) quando tu estás preocupado ou zangado com alguma coisa? Opção 8 – amigo;

Estabeleceram-se os graus de envolvimento aos amigos da seguinte forma: 1) foi atribuída uma classificação de “0” se os participantes indicaram que não falam com amigos quando se encontram aborrecidos ou preocupados e que os amigos não reparam que eles estão aborrecidos ou com alguma preocupação; 2) foi atribuída uma classificação de “1” se os participantes responderam positivamente a uma das duas questões; 3) foi atribuída uma classificação de “2” se os participantes responderam positivamente a ambas as questões. Foi considerado existir um grau de ligação alto com os amigos se o somatório das respostas às duas questões 13 e 14 fosse de “2 ”; Um grau de ligação aos amigos foi considerada médio se o somatório das respostas às duas questões fosse “1“; Foi considerado um grau de ligação aos amigos baixo se o somatório das respostas às duas questões fosse de “0 “.

## **Determinação das variáveis de comportamento de Saúde e de Risco**

### **Comportamentos de saúde**

As variáveis respeitantes aos cinco comportamentos de saúde foram seleccionadas tendo em atenção a frequência, intensidade e ocorrência no tempo (sempre que possível foi seleccionado o comportamento que fazia referência à ocorrência mais recente, embora o questionário faça referência a diferentes períodos de tempo) que são susceptíveis de aumentar a probabilidade de promoção de bem-estar pessoal e social, e que reflectem se o comportamento está presente ou não. De acordo com a indicação de M. Carter et al. (2007), as variáveis foram transformadas em variáveis nominais de natureza dicotómica (Sim/Não) e foram caracterizadas do seguinte modo:

#### **1- Actividade física intensa pelo menos 3 dias nos últimos 7 dias.**

Na questão nº 80 considerou-se que o comportamento estava presente em todos os respondentes que assinalaram 3 ou mais dias, e não estava presente nos restantes.

#### **2- Cinco ou mais doses de fruta e vegetais por dia.**

Foram consideradas as questões nº 76 e 77 e que o comportamento estava presente quando o respondente na soma das duas questões obtém o resultado de 5 ou mais doses e não estava presente quando a soma é inferior a 5.

#### **3- Ter usado preservativo na última relação sexual.**

Foi considerado que o comportamento está presente se, na questão nº 65, o respondente responde sim, e não está presente se responde não.

#### **4- Ter usado capacete de bicicleta sempre ou quase sempre nos últimos 12 meses**

Foi considerada a questão nº 19 e que o comportamento estava presente caso o respondente assinalasse uma das duas últimas opções e não estava presente nos restantes.

**5- Ter usado protector solar frequentemente ou sempre quando esteve exposto ao sol, no último Verão.**

Foi considerada a questão nº 90 e que o comportamento estava presente se o respondente escolhesse a opção frequentemente ou a opção sempre e que o comportamento não estava presente nas outras opções.

**Comportamentos de risco**

As variáveis respeitantes aos sete comportamentos de risco foram seleccionados pela frequência, intensidade e período de ocorrência no tempo (dado que o YRBS, faz referência a diferentes períodos de tempo para várias questões, procurou-se analisar o mais recente período em que o comportamento decorreu) e por se acreditar que conduzem a um aumento de riscos para a saúde ou de acidentes, reflectem se o comportamento está presente ou não. De acordo com as indicações de M. Carter, as variáveis foram transformadas em variáveis nominais de natureza dicotómica (Sim/Não) e foram caracterizadas da seguinte modo:

**1- Ter fumado de 2-5 cigarros nos últimos 30 dias.**

Na questão nº 39 foi considerado que o comportamento estava presente nos respondentes que escolheram as opções 4 a 7 e que não estava presente nas restantes opções.

**2- Ter ficado alcoolizado de 3-5 vezes nos últimos 30 dias.**

Na questão nº 48 foi considerado que o comportamento estava presente nos respondentes que escolheram as opções 3 a 7 e que não estava presente nas restantes opções.

**3- Ter consumido cannabis mais de 3 vezes nos últimos 30 dias.**

Na questão nº 52 foi considerado que o comportamento estava presente nos respondentes que escolheram as opções 3 a 6 e que não estava presente nas restantes opções.

**4- Humor depressivo 2 ou mais semanas nos últimos 12 meses.**

Na questão nº 31 foi considerado que o comportamento estava presente nos respondentes que escolheram a opção sim e que não estava presente naqueles que responderam não.

**5- Ideação suicida nos últimos 12 meses.**

Na questão nº 32 foi considerado que o comportamento estava presente nos respondentes que escolheram a opção sim e que não estava presente naqueles que responderam não.

**6- Envolvimento em 2 ou mais lutas físicas nos últimos 12 meses.**

Na questão nº 26 foi considerado que o comportamento estava presente nos respondentes que escolheram as opções 3 a 8 e que não estava presente nas restantes opções.

**7- Envolvimento sexual nos últimos 3 meses.**

Na questão nº 63 foi considerado que o comportamento estava presente nos respondentes que escolheram as opções 2 a 7 e que não estava presente na primeira opção.

Este procedimento foi adoptado por se ter decidido seguir as orientações de M Carter et al. (2007), parecendo-nos uma forma de operacionalizar a análise de um vasto número de variáveis adequado. No entanto no futuro pretende-se analisar o material obtido de uma forma mais detalhada.

### 3.3. RESULTADOS

Para efeitos da análise e tratamento estatístico dos dados foram utilizados procedimentos e análises disponíveis no programa «Statiscal Package for Social Sciences-SPSS- Windows» (Versão 15.0).

#### 3.3.1. Prevalência dos comportamentos de saúde e de risco em alunos do ensino secundário

Os Quadros 8 e 9 mostram a prevalência total de cada comportamento de saúde e de cada comportamento de risco de ambos os sexos e dos alunos dos 3 anos do ensino secundário.

Quadro 8: Prevalência de comportamentos de Saúde nos 3 anos do ensino secundário (N= 561)

Comportamentos de saúde	Total
Actividade física intensa pelo menos 3 dias nos últimos 7 dias	71,8%
5 ou mais doses de fruta e vegetais por dia	9,4%
Ter usado preservativo na última relação sexual	82,8%
Ter usado capacete de bicicleta sempre ou quase sempre nos últimos 12 meses	3,4%
Ter usado protector solar frequentemente ou sempre quando esteve exposto ao sol, no último Verão	43,4%

No Quadro 8, podemos observar as prevalências totais dos comportamentos de saúde por ordem decrescente: ter usado preservativo na última relação sexual - 82,8%; praticar actividade física intensa pelo menos 3 dias nos últimos sete dias - 71,8%; ter usado protector solar sempre ou quase sempre durante o último Verão - 43,4%; comer cinco ou mais doses de fruta e vegetais por dia - 9,4%; ter usado capacete quando andaram de bicicleta durante o último ano - 3,4%.

Quadro 9: Prevalência de comportamentos de risco nos 3 anos do ensino secundário (N = 561)

<b>Comportamentos de risco</b>	<b>Total</b>
Ter fumado de 2-5 cigarros nos últimos 30 dias	18,7%
Ter ficado alcoolizado de 3-5 vezes nos últimos 30 dias	9,0%
Ter consumido cannabis mais de 3 vezes nos últimos 30 dias	3,9%
Humor depressivo 2 ou mais semanas nos últimos 12 meses	20,5%
Ideação suicida nos últimos 12 meses	11,2%
Envolvimento em 2 ou mais lutas físicas nos últimos 12 meses	10,3%
Envolvimento sexual nos últimos 3 meses	26,1%

No Quadro 9, podemos observar as prevalências totais dos comportamentos de risco por ordem decrescente: envolvimento sexual nos últimos 3 meses - 26,1%; humor depressivo durante duas ou mais semanas nos últimos 12 meses - 20,5%; ter fumado 2-5 cigarros nos últimos 30 dias-18,7%; ideação suicida nos últimos 12 meses-11,2%; envolvimento em duas ou mais lutas físicas nos últimos 12 meses-10,3%; ter ficado alcoolizado 3-5 vezes nos últimos 30 dias - 9,0%; ter consumido cannabis mais de 3 vezes nos últimos 30 dias - 3,9%.

### **3.3.2. Diferenças ao nível dos comportamentos de saúde e de risco entre jovens que frequentam o 10º, 11º e 12 anos do ensino secundário**

Nos Quadros 10, 11, 12 e 13 apresentam-se os resultados relativos às diferenças ao nível de comportamentos de saúde e de risco entre jovens que frequentam diferentes anos de escolaridade.

Quadro 10: Comportamentos de saúde nos 3 anos do ensino secundário (N= 561)

Comportamentos de saúde	10º ano	11º ano	12º ano
	( n = 215)	( n =182)	( n =164 )
Actividade física intensa pelo menos 3 dias nos últimos 7 dias (*)	74,2%	79,6%	60,4%
5 ou mais doses de fruta e vegetais por dia	6,6%	11,0%	11,0%
Ter usado preservativo na última relação sexual	79,3%	88,7%	80,0%
Ter usado capacete de bicicleta sempre ou quase sempre nos últimos 12 meses	4,7%	3,8%	1,2%
Ter usado protector solar frequentemente ou sempre quando esteve exposto ao sol, no último Verão (*)	34,1%	49,7%	48,5%

\*  $p < 0,01$

Quanto aos comportamentos de saúde, os resultados sugerem que são os jovens do 11º ano os que mais praticaram exercício físico vigoroso e são também os alunos do 11º ano os que dizem mais frequentemente ter usado protector solar no último Verão. As diferenças relativas a estes dois comportamentos são estatisticamente significativas. Quanto ao ter usado preservativo na última relação sexual, ingestão de 5 ou mais doses de fruta vegetais por dia e uso de capacete quando anda de bicicleta, não existem diferenças significativas entre os alunos que frequentam o 10º, 11º e o 12º anos de escolaridade (quadro 10 e 11).

No Quadro 11 podem ser consultados os resultados do teste Qui-Quadrado para avaliar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os estudantes dos 3 anos de escolaridade avaliados quanto aos comportamentos de saúde adoptados.

Quadro 11: Diferenças ao nível dos comportamentos de saúde entre alunos dos distintos anos de escolaridade estudados (Qui-Quadrado)

Comportamentos de saúde	Ano de escolaridade		
	$\chi^2$	gl	p
Actividade física intensa pelo menos 3 dias nos últimos 7 dias (*)	16,59	2	0,0003
5 ou mais doses de fruta e vegetais por dia	3,08	2	0,215
Ter usado preservativo na última relação sexual	2,67	2	0,263
Ter usado capacete de bicicleta sempre ou quase sempre nos últimos 12 meses	3,57	2	0,168
Ter usado protector solar frequentemente ou sempre quando esteve exposto ao sol, no último Verão (*)	12,01	2	0,002

No Quadro 12 apresentam-se os resultados relativos às diferenças ao nível de comportamentos de risco entre jovens que frequentam diferentes anos de escolaridade.

Quadro 12: Comportamentos de risco nos 3 anos do ensino secundário (N=561)

Comportamentos de risco	10º ano (n =215)	11º ano (n =182)	12º ano (n =164)
Ter fumado de 2-5 cigarros nos últimos 30 dias	14,5%	19,4%	23,3%
Ter ficado alcoolizado de 3-5 vezes nos últimos 30 dias	7,0%	9,4%	11,0%
Ter consumido cannabis mais de 3 vezes nos últimos 30 dias	3,3%	4,4%	4,3%
Humor depressivo 2 ou mais semanas nos últimos 12 meses	19,8%	17,6%	24,5%
Ideação suicida nos últimos 12 meses	14,1%	9,3%	9,2%
Envolvimento em 2 ou mais lutas físicas nos últimos 12 meses	12,9%	11,0%	6,1%
Envolvimento sexual nos últimos 3 meses (**)	18,9%	23,8%	37,9%

\*\*  $p < 0,0001$

No Quadro 13 podem ser consultados os resultados do teste Qui-Quadrado para analisar se existem diferenças entre os estudantes dos 3 anos de escolaridade avaliados quanto aos comportamentos de risco adoptados.

Quadro 13: Diferenças ao nível dos comportamentos de risco entre alunos dos distintos anos de escolaridade estudados (Qui-Quadrado)

Comportamentos de risco	Ano de escolaridade		
	$\chi^2$	gl	p
Ter fumado de 2-5 cigarros nos últimos 30 dias	4,85	2	0,088
Ter ficado alcoolizado de 3-5 vezes nos últimos 30 dias	1,87	2	0,393
Ter consumido cannabis mais de 3 vezes nos últimos 30 dias	0,40	2	0,819
Humor depressivo 2 ou mais semanas nos últimos 12 meses	2,47	2	0,266
Ideação suicida nos últimos 12 meses	3,09	2	0,214
Envolvimento em 2 ou mais lutas físicas nos últimos 12 meses	4,73	2	0,094
Envolvimento sexual nos últimos 3 meses (**)	17,91	2	0,0001

Os Quadros 12 e 13, mostram que existem diferenças estatisticamente significativas entre alunos dos 3 anos ao nível dos comportamentos de risco apenas quanto à actividade sexual nos últimos 3 meses, sendo esta prevalência mais elevada nos alunos do 12º ano. Quanto ao consumo do tabaco, de cannabis, ao ter ficado alcoolizado, humor depressivo, à ideação suicida e ao envolvimento em lutas físicas, não se verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre alunos de diferentes anos de escolaridade.

### 3.3.3. Diferenças entre sexos ao nível dos comportamentos de saúde e de risco

Os Quadros 14, 15, 16 e 17 mostram a prevalência de cada comportamento de saúde e de risco para rapazes e raparigas separadamente e a análise das diferenças entre esses 2 grupos.

Quadro 14: Prevalência de comportamentos de saúde em rapazes e raparigas ( $N= 561$ ).

Comportamento de saúde	Feminino ( $n=253$ )	Masculino ( $n=308$ )
Actividade física intensa pelo menos 3 dias nos últimos 7 dias	68,3%	74,8%
5 ou mais doses de fruta e vegetais por dia (*)	12,3%	6,9%
Ter usado preservativo na última relação sexual	81,3%	83,7%
Ter usado capacete de bicicleta sempre ou quase sempre nos últimos 12 meses	2,8%	3,9%
Ter usado protector solar frequentemente ou sempre quando esteve exposto ao sol, no último Verão (**)	55,4%	33,4%

\*  $p < 0,05$ \*\*  $p < 0,0001$ 

No Quadro 15, podemos observar os resultados do teste Qui-Quadrado para analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os estudantes dos dois sexos avaliados quanto a comportamentos de saúde adoptados.

Quadro 15: Diferenças ao nível dos comportamentos de saúde entre alunos dos dois sexos (Qui-Quadrado)

Comportamentos de saúde	Sexo		
	$\chi^2$	$gl$	$p$
Actividade física intensa pelo menos 3 dias nos últimos 7 dias	2,96	1	0,085
5 ou mais doses de fruta e vegetais por dia *	4,84	1	0,028
Ter usado preservativo na última relação sexual	0,19	1	0,663
Ter usado capacete de bicicleta sempre ou quase sempre nos últimos 12 meses	0,54	1	0,463
Ter usado protector solar frequentemente ou sempre quando esteve exposto ao sol, no último Verão **	26,85	1	0,0001

Os Quadros 14 e 15 dizem respeito à prevalência de comportamentos de saúde. Os resultados aí apresentados sugerem a existências de diferenças significativas entre rapazes e raparigas apenas face ao consumo de cinco ou mais doses de frutos e vegetais por dia e relativamente ao ter usado protector solar no último Verão, sendo que são as

raparigas que mais adoptam estes dois comportamentos protectores. Os 2 grupos não se distinguem de forma estatisticamente significativa quanto aos restantes comportamentos protectores.

Os Quadros 16 e 17 dizem respeito à prevalência de comportamentos de risco em rapazes e raparigas.

Quadro 16: Prevalência de comportamentos de risco em rapazes e raparigas ( $N=561$ )

Comportamento de risco	Feminino ( $n = 253$ )	Masculino ( $n = 308$ )
Ter fumado de 2-5 cigarros nos últimos 30 dias *	13,1%	23,2%
Ter ficado alcoolizado de 3-5 vezes nos últimos 30 dias *	4,8%	12,4%
Ter consumido cannabis mais de 3 vezes nos últimos 30 dias*	1,2%	6,2%
Humor depressivo 2 ou mais semanas nos últimos 12 meses *	24,5%	17,1%
Ideação suicida nos últimos 12 meses	12,6%	9,8%
Envolvimento em 2 ou mais lutas físicas nos últimos 12 meses**	2,4%	16,7%
Envolvimento sexual nos últimos 3 meses	25,0%	26,8%

\*  $p < 0,05$

\*\*  $p < 0,0001$

No Quadro 17 podem ser observados os resultados do teste Qui-Quadrado para analisar se existem diferenças entre os estudantes dos dois sexos avaliados quanto aos comportamentos de risco adoptados.

Quadro 17: Diferenças ao nível dos comportamentos de risco entre alunos dos dois sexos (Qui-Quadrado)

Comportamentos de risco	Sexo		
	$\chi^2$	gl	p
Ter fumado de 2-5 cigarros nos últimos 30 dias (*)	9,18	1	0,002
Ter ficado alcoolizado de 3-5 vezes nos últimos 30 dias (*)	9,84	1	0,002
Ter consumido cannabis mais de 3 vezes nos últimos 30 dias (*)	9,12	1	0,002
Humor depressivo 2 ou mais semanas nos últimos 12 meses (*)	4,65	1	0,031
Ideação suicida nos últimos 12 meses	1,11	1	0,293
Envolvimento em 2 ou mais lutas físicas nos últimos 12 meses (**)	30,43	1	0,0001
Envolvimento sexual nos últimos 3 meses	0,24	1	0,626

No Quadro 16 e 17 podemos observar que existem diferenças estatisticamente significativas face a todos os comportamentos de risco estudados entre rapazes e raparigas, com excepção da ideação suicida e envolvimento sexual nos últimos 3 meses. Relativamente ao consumo de tabaco, álcool e cannabis e ao envolvimento em lutas físicas, os rapazes parecem adoptar mais comportamentos de risco. No entanto o humor depressivo parece ser mais frequente nas raparigas do que nos rapazes.

### 3.3.4. Comportamentos de saúde e de risco e ligação com a escola

Os Quadros 18 e 19 apresentam a análise relativa às diferenças ao nível dos comportamentos de saúde e de risco adoptados entre os jovens com distintos graus de envolvimento com a escola (baixa ligação, média ligação e alta ligação).

Quadro 18: Graus de envolvimento entre comportamentos de saúde e ligação à escola

Comportamentos de saúde	Ligação à Escola		
	Alta	Média	Baixa
Actividade física intensa pelo menos 3 dias nos últimos 7 dias	73,9%	71,2%	69,6%
5 ou mais doses de fruta e vegetais por dia	8,7%	10,3%	7,1%
Ter usado preservativo na última relação sexual	83,6%	85,2%	71,4%
Ter usado capacete de bicicleta sempre ou quase sempre nos últimos 12 meses	3,7%	3,9%	0,0%
Ter usado protector solar frequentemente ou sempre quando esteve exposto ao sol, no último Verão (*)	53,2%	38,0%	32,7%

\*  $p < 0,001$

No Quadro 19, podemos observar os resultados do teste de Qui-Quadrado para analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre alunos com diferentes níveis de ligação à escola quanto aos comportamentos de saúde adoptados.

Quadro 19: Diferenças ao nível dos comportamentos de saúde entre alunos com diferentes níveis de ligação à escola.

Comportamentos de saúde	Ligação à Escola		
	$\chi^2$	gl	P
Actividade física intensiva pelo menos 3 dias nos últimos 7 dias	0,62	2	0,733
5 ou mais doses de fruta e vegetais por dia	0,74	2	0,692
Ter usado preservativo na última relação sexual	3,05	2	0,218
Ter usado capacete de bicicleta sempre ou quase sempre nos últimos 12 meses	2,22	2	0,329
Ter usado protector solar frequentemente ou sempre quando esteve exposto ao sol, no último verão (*)	14,38	2	0,0008

No Quadro 18, referente às possíveis diferenças entre comportamentos de saúde em jovens com diferentes níveis de envolvimento com a escola, pode observar-se que foi encontrada uma diferença significativa face ao comportamento ter usado protector solar frequentemente ou quase sempre quando esteve exposto ao sol no último Verão e

entre jovens com diferentes níveis de ligação à escola. Os jovens que apresentam uma ligação à escola Alta referem mais frequentemente ter usado protector solar no último Verão, seguidos pelos jovens com ligação Média. Os que menos adoptam este comportamento protector são os que revelam uma ligação à escola baixa. Não se encontraram outras diferenças entre comportamentos de saúde e envolvimento com a vida da escola.

Os Quadros 20 e 21 apresentam a análise relativa às diferenças entre jovens com diferentes níveis de envolvimento com a escola quanto aos comportamentos de risco estudados.

Quadro 20: Graus de envolvimento com a escola e comportamentos de risco

Comportamentos de risco	Ligação à Escola		
	Alta	Média	Baixa
Ter fumado de 2-5 cigarros nos últimos 30 dias	14,6%	21,1%	23,2%
Ter ficado alcoolizado de 3-5 vezes nos últimos 30 dias (*)	5%	9,7%	19,6%
Ter consumido cannabis mais de 3 vezes nos últimos 30 dias	2,7%	4,3%	7,1%
Humor depressivo 2 ou mais semanas nos últimos 12 meses (*)	15,1%	20,7%	38,2%
Ideação suicida nos últimos 12 meses (*)	5%	12,5%	28,6%
Envolvimento em 2 ou mais lutas físicas nos últimos 12 meses	7,8%	11,1%	16,1%
Envolvimento sexual nos últimos 3 meses (*)	21,2%	27,6%	38,2%

\*  $p < 0,05$

No Quadro 21, podemos observar os resultados do teste de Qui-Quadrado para analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre alunos com diferentes níveis de ligação à escola quanto aos comportamentos de risco adoptados.

Quadro 21: Diferenças ao nível dos comportamentos de risco entre alunos com diferentes níveis de ligação à escola

Comportamentos de risco	Ligação à Escola		
	$\chi^2$	gl	p
Ter fumado de 2-5 cigarros nos últimos 30 dias	4,24	2	0,120
Ter ficado alcoolizado de 3-5 vezes nos últimos 30 dias (*)	12,39	2	0,002
Ter consumido cannabis mais de 3 vezes nos últimos 30 dias	2,42	2	0,298
Humor depressivo 2 ou mais semanas nos últimos 12 meses (*)	14,65	2	0,0007
Ideação suicida nos últimos 12 meses (*)	25,93	2	0,001
Envolvimento em 2 ou mais lutas físicas nos últimos 12 meses	3,69	2	0,158
Envolvimento sexual nos últimos 3 meses (*)	7,18	2	0,028

No que se refere aos comportamentos de risco e o envolvimento com a escola, podemos verificar que existem diferenças significativas entre jovens com diferentes níveis de ligação à escola quanto aos comportamentos de consumo de álcool, humor depressivo, ideação suicida e actividade sexual. São os jovens com baixa ligação à escola que mais adoptam estes comportamentos de risco, seguidos pelos jovens com média ligação à escola. Os que menos adoptam estes comportamentos são os jovens com alta ligação á escola.

### 3.3. 5. Comportamentos de saúde e de risco e ligação aos amigos

Os Quadros 22 e 23 referem-se às diferenças ao nível dos comportamentos de saúde entre jovens com diversos graus de ligação aos amigos (ligação baixa, média e alta).

Quadro 22: Graus de envolvimento com amigos e comportamentos de saúde

Comportamentos de saúde	Ligação aos amigos		
	Alta	Média	Baixa
Actividade física intensa pelo menos 3 dias nos últimos 7 dias	73,1%	69,0%	69,9%
5 ou mais doses de fruta e vegetais por dia	10,0%	7,1%	8,9%
Ter usado preservativo na última relação sexual	83,2%	87,5%	77,8%
Ter usado capacete de bicicleta sempre ou quase sempre nos últimos 12 meses	2,8%	3,6%	4,8%
Ter usado protector solar frequentemente ou sempre quando esteve exposto ao sol, no último Verão	46,6%	35,7%	40,0%

No Quadro 23, podemos observar os resultados do teste Qui-Quadrado para analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre alunos com diferentes níveis de ligação aos amigos quanto aos comportamentos de saúde adoptados.

Quadro 23: Diferenças ao nível dos comportamentos de saúde entre alunos com diferentes níveis de ligação aos amigos

Comportamentos de saúde	Ligação aos amigos		
	$\chi^2$	gl	P
Actividade física intensa pelo menos 3 dias nos últimos 7 dias	0,841	2	0,657
5 ou mais doses de fruta e vegetais por dia	0,682	2	0,711
Ter usado preservativo na última relação sexual	1,433	2	0,488
Ter usado capacete de bicicleta sempre ou quase sempre nos últimos 12 meses	1,116	2	0,572
Ter usado protector solar frequentemente ou sempre quando esteve exposto ao sol, no último Verão	3,989	2	0,136

Pode observar-se que não se encontraram diferenças significativas entre jovens com diferentes níveis de envolvimento com os amigos quanto aos comportamentos de saúde estudados.

Os Quadros 24 e 25 referem-se às diferenças ao nível dos comportamentos de risco entre jovens com diversos graus de ligação aos amigos (ligação baixa, média e alta).

Quadro 24: Graus de envolvimento com amigos e comportamentos de risco

Comportamentos de risco	Ligação aos amigos		
	Alta	Média	Baixa
Ter fumado de 2-5 cigarros nos últimos 30 dias	17,4%	19,5%	21,1%
Ter ficado alcoolizado de 3-5 vezes nos últimos 30 dias	6,6%	13,3%	12,2%
Ter consumido cannabis mais de 3 vezes nos últimos 30 dias	3,4%	3,6%	5,7%
Humor depressivo 2 ou mais semanas nos últimos 12 meses	22,3%	18,3%	16,9%
Ideação suicida nos últimos 12 meses	11,7%	9,8%	10,5%
Envolvimento em 2 ou mais lutas físicas nos últimos 12 meses (*)	8,1%	10,8%	16,1%
Envolvimento sexual nos últimos 3 meses	25,9%	31,7%	23,0%

\*  $p < 0,05$

No Quadro 25, podemos observar os resultados do teste Qui-Quadrado para analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre alunos com diferentes níveis de ligação aos amigos quanto aos comportamentos de risco adoptados.

Quadro 25: Diferenças ao nível dos comportamentos de risco entre alunos com diferentes níveis de ligação aos amigos

Comportamentos de risco	Ligação aos amigos		
	$\chi^2$	gl	p
Ter fumado de 2-5 cigarros nos últimos 30 dias	0,887	2	0,642
Ter ficado alcoolizado de 3-5 vezes nos últimos 30 dias	5,923	2	0,052
Ter consumido Cannabis mais de 3 vezes nos últimos 30 dias	1,278	2	0,528
Humor depressivo 2 ou mais semanas nos últimos 12 meses	1,941	2	0,379
Ideação suicida nos últimos 12 meses	0,329	2	0,848
Envolvimento em 2 ou mais lutas físicas nos últimos 12 meses (*)	6,462	2	0,040
Envolvimento sexual nos últimos 3 meses	1,975	2	0,373

No que se refere aos comportamentos de risco, os resultados sugerem que existem diferenças estatisticamente significativas entre jovens com graus de ligação aos amigos distintos em apenas um dos comportamentos de risco. Verifica-se uma diferença significativa quanto ao envolvimento em lutas físicas, sendo que são os jovens com uma ligação aos amigos baixa os que mais se envolvem em lutas e os que apresentam uma ligação aos amigos alta os que menos se envolvem em lutas físicas.

### 3.3.6. Comportamentos de saúde e de risco, e ligação dos jovens à família

Os Quadros 26 e 27 apresentam a análise das diferenças entre alunos com distintos graus de envolvimento com a família (ligação familiar baixa, média e alta) quanto aos comportamentos de saúde adoptados.

Quadro 26: Graus de envolvimento com a família e comportamentos de saúde.

Comportamentos de saúde	Ligação à Família		
	Alta	Média	Baixa
Actividade física intensa pelo menos 3 dias nos últimos 7 dias	74,7%	72,3%	63,9%
5 ou mais doses de fruta e vegetais por dia	13,2%	7,2%	8,4%
Ter usado preservativo na última relação sexual	85,7%	78,1%	91,7%
Ter usado capacete de bicicleta sempre ou quase sempre nos últimos 12 meses	4,4%	3,4%	1,2%
Ter usado protector solar frequentemente ou sempre quando esteve exposto ao sol, no último Verão	44,8%	44,4%	37,3%

No Quadro 27, podemos observar os resultados do teste Qui-Quadrado para analisar se existem diferenças entre alunos com diferentes níveis de ligação à família quanto aos comportamentos de saúde adoptados.

Quadro 27: Diferenças ao nível dos comportamentos de saúde entre alunos com diferentes níveis de ligação à família

Comportamentos de saúde	Ligação à Família		
	$\chi^2$	gl	P
Actividade física intensa pelo menos 3 dias nos últimos 7 dias	3,388	2	0,184
5 ou mais doses de fruta e vegetais por dia	4,854	2	0,088
Ter usado preservativo na última relação sexual	4,003	2	0,135
Ter usado capacete de bicicleta sempre ou quase sempre nos últimos 12 meses	1,796	2	0,407
Ter usado protector solar frequentemente ou sempre quando esteve exposto ao sol, no último verão	1,497	2	0,473

No que se refere aos comportamentos de saúde observáveis no Quadro 26 e 27, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre adolescentes com diferentes níveis de ligação familiar.

Os Quadros 28 e 29 apresentam a análise relativa às diferenças entre jovens com diferentes níveis de envolvimento com a família quanto aos comportamentos de risco por eles adoptados.

Quadro 28: Graus de envolvimento com a família e comportamentos de risco

Comportamentos de risco	Ligação à Família		
	Alta	Média	Baixa
Ter fumado de 2-5 cigarros nos últimos 30 dias	16,0%	19,0%	22,6%
Ter ficado alcoolizado de 3-5 vezes nos últimos 30 dias	7,2%	8,6%	13,4%
Ter consumido cannabis mais de 3 vezes nos últimos 30 dias	2,8%	3,4%	8,3%
Humor depressivo 2 ou mais semanas nos últimos 12 meses	18,7%	20,3%	25,6%
Ideação suicida nos últimos 12 meses (*)	8,2%	10,3%	20,5%
Envolvimento em 2 ou mais lutas físicas nos últimos 12 meses (*)	5,5%	10,7%	19,5%
Envolvimento sexual nos últimos 3 meses	26,5%	24,0%	32,5%

\*  $p < 0,05$

No Quadro 29, podemos observar os resultados do teste Qui-Quadrado para analisar se existem diferenças entre alunos com diferentes níveis de ligação com família quanto aos comportamentos de risco adoptados.

Quadro 29: Diferenças ao nível dos comportamentos de risco entre alunos com diferentes níveis de ligação à família

Comportamentos de risco	Ligação à Família		
	$\chi^2$	gl	P
Ter fumado de 2-5 cigarros nos últimos 30 dias	1,719	2	0,423
Ter ficado alcoolizado de 3-5 vezes nos últimos 30 dias	2,778	2	0,249
Ter consumido Cannabis mais de 3 vezes nos últimos 30 dias	5,159	2	0,076
Humor depressivo 2 ou mais semanas nos últimos 12 meses	1,689	2	0,430
Ideação suicida nos últimos 12 meses (*)	9,057	2	0,011
Envolvimento em 2 ou mais lutas físicas nos últimos 12 meses (*)	12,14	2	0,002
Envolvimento sexual nos últimos 3 meses	2,481	2	0,289

Quanto aos comportamentos de risco, no Quadro 28, pode observar-se a existência de diferenças significativas entre adolescentes com diferentes níveis de ligação à família, sendo que os que referem ter uma ligação familiar baixa são os que apresentam mais frequentemente ideação suicida, seguidos pelos jovens com média ligação à família. Os que menos apresentam ideação suicida são os jovens com alta ligação à família. Quanto ao envolvimento em 2 ou mais lutas físicas nos últimos 12 meses, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre adolescentes com distintos graus de envolvimento com a família, sendo os adolescentes que apresentam mais baixos níveis de envolvimento com a família os que apresentam mais frequentemente este comportamento e os adolescentes com uma ligação familiar alta os que apresentam um menor envolvimento em duas ou mais lutas físicas nos últimos 12 meses.

### 3.3.7. Situação familiar, comportamentos de saúde e comportamentos de risco

Os Quadros 30 e 31 referem-se às diferenças entre jovens com distintas situações familiares dos pais (pais divorciados/separados) quanto aos comportamentos de saúde seleccionados.

Quadro 30: Situação familiar e comportamentos de saúde

<b>Comportamentos de saúde</b>	<b>Pais vivem juntos / casados</b>	<b>Pais divorciados</b>
Actividade física intensa pelo menos 3 dias nos últimos 7 dias	72,5%	66,7%
5 ou mais doses de fruta e vegetais por dia	9,9%	8,3%
Ter usado preservativo na última relação sexual (*)	85,4%	57,9%
Ter usado capacete de bicicleta sempre ou quase sempre nos últimos 12 meses	3,3%	2,8%
Ter usado protector solar frequentemente ou sempre quando esteve exposto ao sol, no último Verão	43,4%	52,8%

\*  $p < 0,01$

No Quadro 31 podem observar-se os resultados do teste do Qui-Quadrado para analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre alunos com diferente situação familiar quanto aos comportamentos de saúde adoptados.

Quadro 31: Diferenças ao nível dos comportamentos de saúde entre alunos com distintas situações familiares estudadas (Qui-Quadrado)

Comportamentos de saúde	Situação dos pais		
	$\chi^2$	gl	P
Actividade física intensa pelo menos 3 dias nos últimos 7 dias	1,060	3	0,7870
5 ou mais doses de fruta e vegetais por dia	2,717	3	0,4370
Ter usado preservativo na última relação sexual (*)	11,856	3	0,0080
Ter usado capacete de bicicleta sempre ou quase sempre nos últimos 12 meses	2,251	3	0,5220
Ter usado protector solar frequentemente ou sempre quando esteve exposto ao sol, no último Verão	2,897	3	0,4080

\*Apesar de  $p < 0,01$  (pelo que este resultado não será alvo de análise mais detalhada), 4 células (50%) com frequências esperadas inferiores a 5.

Quanto aos comportamentos de saúde, verifica-se que existem diferenças significativas entre os filhos de pais divorciados e os filhos de pais que vivem juntos / casados face ao uso do preservativo, no entanto, dado que se verificou existência de 4 células (50%) com frequências esperadas inferiores a 5, optou-se por não proceder a uma análise mais detalhada.

Os Quadros 32 e 33 referem-se às diferenças entre jovens com distintas situações familiares dos pais (pais divorciados/ pais que vivem juntos, casados) quanto aos comportamentos de risco adoptados.

Quadro 32: Situação familiar e comportamentos de risco

Comportamentos de risco	Situação dos pais	
	Pais vivem juntos / casados	Pais divorciados
Ter fumado de 2-5 cigarros nos últimos 30 dias	17,4%	36,1%
Ter ficado alcoolizado de 3-5 vezes nos últimos 30 dias	8,3%	11,1%
Ter consumido cannabis mais de 3 vezes nos últimos 30 dias	3,9%	2,8%
Humor depressivo 2 ou mais semanas nos últimos 12 meses	20,1%	13,9%
Ideação suicida nos últimos 12 meses	10,5%	16,7%
Envolvimento em 2 ou mais lutas físicas nos últimos 12 meses	9,8%	11,1%
Envolvimento sexual nos últimos 3 meses	24,6%	38,9%

No Quadro 33 podem observar-se os resultados do teste de Qui-Quadrado para analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre alunos com diferente situação familiar quanto aos comportamentos de risco e situação dos pais

Quadro 33: Diferenças ao nível dos comportamentos de risco entre alunos de diferentes situações familiares estudados (Qui-Quadrado)

Comportamentos de risco	Situação dos pais		
	$\chi^2$	gl	P
Ter fumado de 2-5 cigarros nos últimos 30 dias	7,814	3	0,050
Ter ficado alcoolizado de 3-5 vezes nos últimos 30 dias	4,606	3	0,203
Ter consumido Cannabis mais de 3 vezes nos últimos 30 dias	0,704	3	0,863
Humor depressivo 2 ou mais semanas nos últimos 12 meses	4,648	3	0,199
Ideação suicida nos últimos 12 meses	3,805	3	0,283
Envolvimento em 2 ou mais lutas físicas nos últimos 12 meses	7,181	3	0,066
Envolvimento sexual nos últimos 3 meses	4,603	3	0,203

Quanto aos comportamentos de risco, observa-se que não existem diferenças significativas entre jovens com pais com distintas situações familiares relativamente à adoção de determinados comportamentos prejudiciais para a saúde.

## **Capítulo 4: DISCUSSÃO**

## **CAPÍTULO 4: DISCUSSÃO**

Este capítulo apresenta a discussão, procurando-se confrontar os resultados da presente pesquisa com a informação da literatura revista e com a experiência de trabalho no contexto escolar.

A presente investigação teve como objectivos: estudar a prevalência de comportamentos de risco e de comportamentos de saúde; estudar diferenças entre os comportamentos de risco e os comportamentos de saúde tendo em conta o ano de escolaridade - 10º,11º,12º anos; analisar se existem diferenças entre sexos quanto a comportamentos de risco e a comportamentos de saúde; examinar se existem diferenças entre adolescentes com diferentes graus de envolvimento com a escola, com a família e com os pares quanto a comportamentos de saúde e os comportamentos de risco adoptados por estes; estudar se existem diferenças significativas em relação à adopção comportamentos de risco e de saúde entre jovens com pais divorciados e pais não divorciados. Serão também efectuados alguns comentários e recomendações relativamente à intervenção, nomeadamente quanto à prevenção primária.

### **4.1. PREVALÊNCIA DE COMPORTAMENTOS DE SAÚDE E DE RISCO**

Quanto à prevalência dos comportamentos de saúde estudados, observou-se que: 71,8 % dos estudantes adolescentes do ensino secundário refere praticar actividade física intensiva pelo menos 3 dias nos últimos sete dias. Estes resultados não são consistentes com os encontrados no estudo realizado por M. Carter et al. (2007), na NZ, cuja prevalência é inferior (58,5%), nem com os do estudo realizado nos EUA por Brener et al. (2007) (68,7 %). Os resultados encontrados no nosso estudo podem eventualmente dever-se ao facto de, em Portugal, a disciplina de Educação Física ter-se tornado obrigatória até ao 12º ano, à oferta de actividades desportivas extracurriculares

na própria escola e na comunidade, hábitos culturais das pessoas da região que são normalmente vistas como muito “ativas”, existência de um clube de voleibol na escola há mais de uma dezena de anos, com vários prémios de representação desportiva em torneios, expectativas e motivações dos adolescentes para praticarem desporto.

No presente estudo, 9,4 % dos estudantes refere consumir até 5 ou mais doses de fruta e vegetais diariamente. Estes resultados são inferiores aos resultados encontrados por M. Carter et al. (2007), na NZ, com uma prevalência de 32,5 %, e são também inferiores aos encontrados no estudo realizado nos EUA de Brener et al. (2007), em que 20,1% dos jovens referiram ter comido cinco ou mais doses de frutos e vegetais por dia. Matos e Carvalhosa (2006) referem que 49% dos adolescentes disseram consumir fruta todos os dias e 27% dos adolescentes disseram comer vegetais todos os dias. Apesar do formato das questões não ser igual, os resultados do presente estudo indicam a existência de um comportamento alimentar menos saudável, segundo critérios da OMS, com baixo consumo de produtos alimentares hortofrutícolas, comportamento esse que surge associado a várias doenças crónicas não transmissíveis, tais como doenças cardiovasculares, diabetes do tipo 2 e determinados tipos de cancro (OMS, DGS, & FAO, 2005).

De acordo com os dados do estudo de Matos e Carvalhosa (2006), relativos a Portugal, observa-se uma diminuição, entre 2002 e 2006, dos jovens que consomem pelo menos uma vez por dia fruta (de 49% para 42,7%) e vegetais (de 27% para 25,1%). Os resultados do mesmo estudo quanto ao pequeno-almoço, indicam que os jovens portugueses consomem em menor número esta refeição em todos os grupos etários estudados.

Uma possível explicação para os resultados observados no presente estudo podem dever-se a hábitos culturais relativos à alimentação na região do Minho, que

privilegiam o consumo de carne, possivelmente baseada em pressupostos de maior valor nutricional semelhantes aos discursos populares como “peixe não move carroças”. Outras explicações para o baixo consumo de frutos e vegetais nos adolescentes da nossa amostra poderão ser: a) a presença de outros alimentos aparentemente mais atraentes no bar e em máquinas de alimentos na escola ou na a área comercial muito próxima da escola; b) a influência de hábitos alimentares menos saudáveis de outras culturas consequência dos efeitos da globalização (cachorros quentes, hambúrgueres, lasanha, etc.).

No presente estudo, a prevalência dos estudantes adolescentes que referiram ter usado preservativo na última relação sexual foi de 82,8%. Estes resultados foram superiores aos encontrados nos estudos realizados na NZ por M. Carter et al. (2007), com uma prevalência de 66,0% e aos encontrados no estudo realizado nos EUA, por Brener et al. (2007), com uma prevalência de 62,8%. Uma possível explicação para os resultados observados no presente estudo pode relacionar-se com a campanha de prevenção do HIV/ SIDA que é desencadeada na escola pelo Serviço de Psicologia e Orientação em articulação com os Directores de turma e Órgão de Gestão da escola, com a colaboração da Comissão Distrital de Luta Contra a SIDA, o IPJ, o Centro de Saúde. Outra explicação prende-se com os efeitos das campanhas de prevenção do HIV/ SIDA que têm sido feitas através da televisão de outros órgãos de comunicação social, como as revistas destinadas a adolescentes.

No presente estudo, a prevalência dos estudantes adolescentes que refere ter usado capacete quando andaram de bicicleta durante o último ano foi de 3,4%. Estes resultados foram bastante inferiores aos encontrados no estudo realizado na NZ, por M. Carter et al. (2007), com uma prevalência de 31,3%. No estudo realizado nos EUA, por Brener et al. (2007), cerca de 14,1% dos jovens usaram capacete quando andaram de

bicicleta. Num estudo realizado em Portugal, de Matos e Carvalhosa (2006), 70,9% dos estudantes refere nunca ou raramente usar capacete de bicicleta, embora as idades dos elementos da amostra envolva jovens do 2º e 3º ciclo e do 10ºano, em que os interesses pela actividade talvez sejam maiores. Aparentemente, em Portugal e em particular, na nossa amostra não existe ainda o hábito do uso do capacete quando se anda de bicicleta, o que parece reflectir uma escassa sensibilidade da população face aos riscos de acidente e das vantagens do uso de capacete.

Os resultados sugerem ainda que 43,4% dos estudantes adolescentes do ensino secundário parece terem usado protector solar durante o último Verão. Estes resultados são ligeiramente superiores aos encontrados no estudo realizado na NZ por M. Carter et al. (2007), com uma prevalência de 33,7%. A prevalência do uso de protector solar encontrada no estudo realizado nos EUA, por Brener et al. (2007), foi bastante inferior com um valor de 9%. Os resultados do nosso estudo podem estar relacionadas com os efeitos da campanha nacional do Instituto Português de Oncologia, devido ao efeito de campanhas de sensibilização na televisão, na rádio, nas farmácias e nas praias e à disponibilização de produtos em supermercados, o que os tornou de fácil acesso à população.

Quanto à prevalência de comportamentos de risco estudados, observou-se que 18,7% dos adolescentes inquiridos referiu ter fumado dois a cinco cigarros por dia no último mês. Os resultados deste estudo não são coincidentes com os resultados do estudo realizado por M. Carter et al., (2007), na NZ, dado que, de acordo com esse estudo, 33,5% dos adolescentes referiram ter fumado de dois a cinco cigarros no último mês, ou seja, a prevalência de consumo de tabaco no nosso estudo apresenta-se mais baixa. Os resultados do presente estudo são inferiores aos encontrados nos EUA, por Brener et al. (2007), resultantes da aplicação do YRBS, cuja prevalência foi de 23%. A

prevalência obtida no presente estudo não é comprável com a média nacional referida no estudo de Matos e Carvalhosa (2006), visto que esta prevalência se refere ao consumo de tabaco uma ou mais vezes por semana e no nosso estudo refere-se ao consumo de tabaco no último mês.

A prevalência de comportamento ter ficado alcoolizado 3 a 5 vezes nos últimos 30 dias, é de 9,0%. Estes resultados não são coincidentes com os resultados do estudo realizado por M. Carter et al. (2007), na NZ, dado que a prevalência deste comportamento foi de 33,7%, sendo a prevalência encontrada no nosso estudo bastante inferior. Estes resultados também não são coincidentes com resultados dos EUA da América por Brener et al. (2007), em que se observou que 25,5% dos estudantes tinham ingerido 5 ou mais bebidas de álcool seguidas uma ou mais vezes nos 30 dias que precederam a aplicação do questionário.

Estas diferenças, apesar do instrumento utilizado ser basicamente semelhante, podem dever-se a dois aspectos: (1) a faixa etária dos inquiridos no caso do estudo da NZ, cinge-se aos alunos do 11º ano com um média de idades de 16 anos; (2) podem ainda dever-se a diferenças culturais. Os resultados do presente estudo também não são comparáveis com os resultados do estudo de Matos e Carvalhosa (2006), dado que o formato da questão do estudo destas investigadoras foi no sentido de saber se os jovens já tinham ficado embriagados duas ou mais vezes, enquanto que no caso do nosso estudo, é referido o período de tempo, nos últimos 30 dias.

Uma possível explicação para os valores encontrados no presente estudo pode estar relacionada com a percepção de saúde e bem-estar dos jovens (45,6 % dos alunos do presente estudo consideram a sua saúde muito boa; 27,8%, consideram a sua saúde excelente; 24,6% consideram a sua saúde boa e apenas 2,0% consideram a sua saúde fraca). Lineley e Joseph, (2004), referem que vários investigadores têm referido uma

relação entre as percepções de saúde e de bem-estar dos adolescentes com os comportamentos de saúde e de risco adoptados, bem como entre estes e a sua idade, o sexo, factores afectivos e sociais. Apesar da percentagem deste padrão de consumo de álcool não ser muito elevada nos jovens da amostra por nós estudada, não deixa de ser preocupante, sobretudo porque é conhecido que pessoas jovens que bebem são mais propensas ao consumo de tabaco e outras drogas, bem como a envolverem-se em comportamentos sexuais de risco (Straub, 2005). Os problemas com álcool em adolescentes podem influenciar o tempo de lazer negativamente, podem provocar danos no desenvolvimento psicológico e influenciar o desempenho escolar (Straub, 2005).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Alcoologia (Pombo, 2007), o consumo de álcool continua a ser a maior “toxicoddependência portuguesa”. Nas camadas mais jovens tem-se verificado uma mudança nos padrões de consumo. Estas mudanças incluem um consumo excessivo, fora das refeições, concentrado aos fins de semana conducente ao estado de embriaguês em que as bebidas mais escolhidas são a cerveja, as bebidas brancas, as *design drinks* ou *alcopops*, bem com a associação do álcool a outras substâncias psicoactivas.

A prevalência do consumo de cannabis mais de três vezes no último mês é de 3,9%. Estes resultados não são coincidentes com outros estudos; 13% no estudo da realizado por M. Carter et al., na NZ (2007) e 22,4% no estudo dos EUA por Brener et al. (2007). Os dados do estudo de Matos e Carvalhosa (2006), talvez não sejam comparáveis, pois referem-se à percentagem de jovens que diz ter experimentado haxixe (2,8 %), durante o último mês, sem que haja qualquer referência ao número de vezes em que tal ocorreu sendo a população do 7º, 8 e 10º ano. Em resumo, observa-se no nosso estudo uma prevalência bastante inferior em relação à NZ e aos EUA, que poderá dever-se a razões culturais, à influências dos contextos de vida dos adolescentes ou das

relações sociais. A grande maioria de jovens do presente estudo relata não ter consumido cannabis mais de 3 vezes e no último mês. Uma outra possível explicação para os resultados encontrados no presente estudo talvez esteja relacionada com o efeito de acções e serviços de prevenção oferecidos quer pela própria escola quer pelo IDT que aí tem implementado um conjunto de acções de formação/ esclarecimento. Num estudo levado a cabo por Negreiros (2003), cerca de 50% dos consumidores de drogas entrevistados reconhecem que as acções de prevenção contribuíram “alguma coisa” ou “bastante” para modificar os seus comportamentos em relação às drogas. Ainda segundo resultados do estudo de Negreiros (2003), um outro efeito das campanhas de prevenção consiste em reforçar a motivação para deixar as drogas ou procurar tratamento.

Os resultados sugerem que 20,5% dos estudantes padeceram de humor depressivo durante o último ano. Estes resultados são, em geral, coincidentes, embora ligeiramente inferiores aos apresentados por outros estudos: 24,1% no estudo realizado por M. Carter et al. (2007) na NZ; 28,5% no estudo realizado por Brener et al. (2007), nos EUA. Os resultados do presente estudo não são coincidentes com os do estudo de Matos e Carvalhosa (2006), que fazem referência a 13% do jovens que se sentiam tristes e deprimidos, mais do que uma vez por semana. Contudo, sendo o formato do questionário, neste caso, diferente no nosso, os dados não são facilmente comparáveis.

Em Portugal os dados sobre a prevalência da depressão na adolescência são escassos, mas, num estudo sobre sintomas depressivos em adolescentes Cardoso et al. (2004) a percentagem encontrada foi de 11%.

A prevalência da ideação suicida nos últimos 12 meses foi de 11,2 %. Estes resultados não são coincidentes com os do estudo realizado por M. Carter et al. (2007) na NZ, dado que a prevalência por eles encontrada foi de 25,0% ou seja superior à

observada no nosso estudo. A prevalência encontrada por Brener et al. (2007), nos EUA, foi de 16,9% e igualmente superior à encontrada no nosso estudo. Estas diferenças podem dever-se à conjugação de características individuais com características culturais, organização da vida económica e social, e relativas ao tipo de apoios sociais proporcionados aos adolescentes, entre outra variáveis. Segundo Lopes et al. (2001), o suicídio não é ainda completamente compreendido quer do ponto de vista clínico quer do ponto de vista preventivo.

No presente estudo, 10,3% dos estudantes do ensino secundário referem ter estado envolvidos em lutas físicas nos últimos 12 meses. Este resultado não é coincidente com outros estudos: com o realizado por M. Carter et al. (2007), na NZ com uma prevalência de 25,5%, nem com o estudo realizado por de Brener et al. (2007), nos EUA, com uma prevalência de 35,9%. Estas diferenças podem dever-se, no caso do estudo que decorreu na NZ (M. Carter et al., 2007), às idades da população inquirida que, nesse estudo, se limitaram ao 11º ano, e no nosso estudo envolveram alunos de uma mais ampla faixa etária. A experiência neste contexto sugere-nos que outras diferenças poderão estar relacionadas com diferenças culturais, existência de ofertas recreativas e desportivas na comunidade, programação da televisão no que toca a filmes de violência, factores relativos aos apoios sociais nos vários contextos de vida, tal como doses moderadas de supervisão parentais, relações positivas com pares e ambiente escolar.

No presente estudo, 26,1 % dos estudantes teve um relacionamento sexual nos últimos 3 meses. Estes resultados não são muito diferentes de estudos realizados noutros países: no estudo realizados por M. Carter et al. (2007), na NZ, a prevalência encontrada para este comportamento foi de 23,2% e no estudo realizado por Brener et al. (2007), nos EUA, foi de 33,9%. De acordo com dados do estudo de Matos e

Carvalhosa (2006), relativos a Portugal, verifica-se uma estabilização do número de adolescentes que dizem já ter tido relações sexuais (22,7% em 2006); um aumento das relações sexuais associadas ao álcool ou drogas (14% em 2006) e um aumento do uso do preservativo. Uma explicação possível para os resultados do presente estudo talvez seja o facto da amostra do nosso estudo ter sido constituída por alunos de uma escola secundária (com alunos do 10º ao 12º ano) e com um faixa etária mais abrangente por comparação com os estudos realizados na NZ por M. Cárter et al. (2007), cujos alunos pertenciam apenas ao 11º ano (16 anos), quer com o estudo HBSC/OMS (2006), realizado em Portugal por Matos e Carvalhosa, que abrangeu alunos do ensino básico e alunos do 10º ano, portanto os alunos da amostra eram um pouco mais jovens.

Numa revisão teórica apresentada por Blum e Nelson (2005) alguns factores surgiram relacionados com o início da actividade sexual antes do casamento, que estão aparentemente associados à cultura e são diferentes para rapazes e para raparigas. Blum e Nelson (2005) referem ainda, que a qualidade dos relacionamentos entre pais parece ser também um factor importante no comportamento sexual dos adolescentes, sendo que os adolescentes que percebem a relação entre os seus pais como sendo menos estável se envolvem mais frequentemente em actividade sexual. Relativamente aos resultados de estudo relativos a uma possível influência da escola no comportamento sexual dos adolescentes, o único factor que surge como factor de risco significativo em mais do que um estudo foi o abandono precoce da escola (Blum & Nelson, 2005). Em dois estudos referidos por Blum e Nelson (2005), verificou-se que os adolescentes que tinham abandonado a escola precocemente estavam mais envolvidos em actividade sexual por comparação com os jovens escolarizados, e este efeito era maior em rapazes do que em raparigas.

Relativamente ao envolvimento sexual precoce dos adolescentes, outros factores de risco biológicos referidos na literatura, para além da idade, incluem a raça, etnia, e ter atingido a menarca em idades precoces.

## **4.2. ANO DE ESCOLARIDADE**

### **Diferenças entre os comportamentos de risco e os comportamentos de saúde tendo em conta o ano de escolaridade**

Estudadas as diferenças ao nível dos comportamentos de risco e dos comportamentos de saúde tendo em conta o ano de escolaridade, 10º, 11º, 12º ano, obtiveram-se as seguintes conclusões: 1) os únicos comportamentos de saúde em que se verificam diferenças estatisticamente significativas, segundo o ano de escolaridade, foram a actividade física intensa que é mais frequente em alunos que frequentam o 11º ano, e o ter usado do protector solar no último Verão que é mais frequente em alunos que frequentam o 11º ano; 2) o único comportamento de risco em que se verificam diferenças estatisticamente significativas, tendo em conta o ano de escolaridade, é a actividade sexual nos últimos 3 meses, comportamento este parece ser mais frequente em alunos que frequentam o 12º ano.

A maior frequência do envolvimento dos estudantes do 11º ano em actividades físicas pode hipoteticamente dever-se ao facto destes alunos que frequentam a escola pelo segundo ano estarem mais informados sobre as alternativas extracurriculares de actividade física oferecidas pela escola, ou por estarem mais envolvidos com a vida da escola. Uma explicação possível relativamente ao menor envolvimento dos alunos do 12º ano em actividades físicas talvez se prenda com uma menor disponibilidade decorrente das exigências da vida académica. Segundo os resultados do relatório

preliminar do HBSC/OMS (2006) relativos a Portugal, observa-se que a prática de desporto diminui à medida que a idade aumenta (Matos & Carvalhosa, 2006).

Quanto às diferenças entre a alunos de diferentes anos de escolaridade face ao comportamento de saúde relativo à protecção solar, não foram encontradas hipóteses explicativas para tal facto.

Relativamente à possível justificação para uma maior prevalência da actividade sexual entre os jovens que frequentam o 12º ano de escolaridade encontrada no presente estudo, podemos adiantar que a idade foi considerada um factor de risco para o aumento do envolvimento sexual, segundo dados da OMS, apresentados numa revisão teórica efectuada por Blum e Nelson (2005).

Os padrões de comportamento associados à saúde mudam devido a factores associados ao desenvolvimento humano e à pressão cultural associada à idade, são aprendidos desde a infância e podem estar relacionados com a cultura (Ribeiro, 2007).

#### **4.3. DIFERENÇAS ENTRE SEXOS QUANTO A COMPORTAMENTOS DE SAÚDE E COMPORTAMENTOS DE RISCO**

Analisadas as diferenças entre sexos quanto a comportamentos de saúde verificou-se que: se encontraram algumas diferenças significativas em relação a dois dos comportamentos estudados que são o comportamento alimentar (consumo de 5 ou mais doses de fruta e vegetais por dia) e o uso do protector solar, que são mais frequentes por parte das raparigas. Estes resultados também são semelhantes aos encontrados por M. Carter et al. (2007), num estudo realizado na NZ, excepto em relação à prática de exercício físico vigoroso em que nesse estudo são os rapazes que mais o praticam, em relação ao consumo de frutos e vegetais em que não se verificam diferenças entre rapazes e raparigas e em relação ao uso de preservativo tendo-se

verificado diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos face á sua utilização. De acordo com dados do estudo do HBSC/OMS (2006), relativos a Portugal observa-se que os rapazes continuam a ser os que praticam mais frequentemente actividade física (Matos & Carvalhosa, 2006). Um hipóteses explicativa face aos resultados do presente estudo em que não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos relativamente à prática de exercício físico intenso talvez se relacione com o facto de existir um clube desportivo feminino na escola há vários anos. Quanto ao consumo de frutos e vegetais e ao uso de protector solar que no presente estudo é mais frequente em raparigas do que em rapazes, estas diferenças talvez possam ser explicadas devido ao facto de aparentemente as raparigas se preocuparem mais com o seu corpo, com a sua imagem e ainda devido à influência conjunta dos agentes de socialização família, escola, pares, religião, classe social e, particularmente, dos mass media. As preocupações com a alimentação saudável e com os “cremes” são muito recentes no sexo masculino e parecem não ser frequentes em nos níveis sócio económicos mais baixos.

Analisadas as diferenças entre sexos quanto a comportamentos de risco, verificou-se que: existem diferenças significativas entre rapazes e raparigas quanto ao consumo de tabaco, álcool e cannabis, humor depressivo, e comportamentos de violência, sendo os rapazes quem consome mais substâncias psicoactivas que se envolvem em mais lutas físicas e as raparigas quem apresenta maior tendência para apresentar humor depressivo. Os resultados do nosso estudo parecem ir ao encontro dos encontrados noutros estudos. Estes resultados de uma forma geral são semelhantes aos resultados obtidos por M. Carter et al. (2007), num estudo realizado na NZ, excepto em relação à ideação suicida que é mais elevada em raparigas nesse país e em relação ao

consumo de tabaco que nessa população não se verificaram diferenças estatisticamente consideradas significativas entre os dois sexos.

Os resultados encontrados no nosso estudo estão em acordo com a literatura que refere que os rapazes adolescentes normalmente envolvem-se em comportamentos de risco do tipo dos referidos tal, como envolvimento em lutas, consumo de substâncias lícitas e ilícitas e denominados “*de externalização*”, e as raparigas manifestam geralmente mais comportamentos do tipo “*internalização*” (os sintomas depressivos e as somatizações) (Capron, Théron, & Duyme, 2007; Huppert, 2004; Leal, 2006). Segundo a APA (2002), as mulheres manifestam um mais elevado risco de desenvolverem episódios depressivos do que os homens num determinado período da vida. Alguns estudos referem que estes episódios depressivos são duas vezes mais frequentes nos sujeitos do sexo feminino do que nos do sexo masculino (APA, 2002).

Cardoso et al. (2004) sugerem uma interpretação cautelosa relativamente aos resultados que parecem indicar que uma maior percentagem de raparigas apresentam humor depressivo, dado que estes resultados podem igualmente traduzir uma maior resistência dos rapazes relativamente à expressão de sintomas e, de uma forma geral, à expressão do sofrimento psicológico.

#### **4.4. FACTORES SOCIAIS**

##### **1. Envolvimento com a Escola: Diferenças entre adolescentes com diferentes graus de envolvimento com a escola quanto aos comportamentos de saúde e dos comportamentos de risco adoptados por estes**

Examinadas as possíveis diferenças entre adolescentes com diferentes graus de envolvimento com a escola (Alta, Média e Baixa) em relação aos comportamentos de saúde, verificou-se que os adolecentes com uma forte ligação à escola adoptam mais

frequentemente o comportamento de usar protector solar frequentemente ou quase sempre no último Verão. Não se encontraram outras diferenças significativas quanto aos restantes comportamentos de saúde estudados entre adolescentes com diferentes graus de envolvimento com a escola.

Examinadas as possíveis diferenças entre adolescentes com diferentes graus de envolvimento com a escola (Alta Média e Baixa) quanto aos comportamentos de risco adoptados por estes, no presente estudo, verificou-se que os adolescentes com uma ligação alta à Escola são os que adoptam menos comportamentos de consumo de álcool, apresentam menos humor depressivo, e menos ideação suicida e têm menos frequentemente actividade sexual. Por outro lado, observa-se que os adolescentes com uma ligação baixa à Escola apresentarem um mais frequente consumo de álcool, humor depressivo, ideação suicida e actividade sexual. Estes resultados são coincidentes com os apresentados pela literatura (Blum & Nelson, 2005; Bonny et al., 2000; Leal, 2006; Matos & Carvalhosa, 1998, 2001abde, 2006, Michael & Ben-Zur, 2007; Samdal, Nutbeam et al., 1998; WHO, 2006; Zimmer- Gembeck & Locke, 2007). Dados apresentados pelo EMCDDA (2006) indicam que são os adolescentes que não experimentaram nenhuma droga os que referem gostar mais da escola. O importante papel da escola que estes resultados parecem demonstrar talvez se relacione com o facto de, durante a adolescência, o tempo dispendido com a família decrescer e o tempo dispendido na escola e com os colegas de turma ou com aos pares aumentar (Barnett, 2007).

Segundo dados da mesma fonte, o tempo dispendido com a família diminui para aproximadamente metade do 5º para o 9º ano de escolaridade e decrescendo novamente do 9º para o 12º ano de escolaridade (Barnett, 2007). Um estudo apresentado por uma Universidade dos EUA refere que, em adolescentes com idades compreendidas entre os

13 e 16 anos, o tempo dispendido com os seus pais foi de 28 minutos por dia, enquanto que o tempo dispendido com amigos foi quatro vezes maior, aproximadamente de 103 minutos por dia (Barnett, 2007).

Os resultados de uma outra investigação sugerem que um menor envolvimento com a escola foi associado a uma menor percepção de saúde, a um aumento de consultas médicas ao serviço de enfermagem, ao consumo de tabaco e a um menor de envolvimento em actividades extracurriculares (Bonny et al., 2000).

A problemática do suicídio é complexa, resulta de uma interacção de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais e não tem uma causa única (OMS, 2000).

Dados do estudo HBSC levado a cabo em 1989-90 em 10 países, sugerem uma relação significativa entre indicadores de um menor envolvimento com a escola e comportamentos de risco para a saúde como fumar e consumir álcool (Matos & Carvalhosa, 2001a). Num estudo internacional realizado pela OMS/HBSC, concluiu-se que, de uma forma geral, os principais preditores da satisfação com a vida escolar são de três tipos: 1) Os estudantes sentirem que são tratados com justiça pelos professores; 2) sentirem-se seguros na escola; 3) e percepcionarem os professores e os pares como sendo emocionalmente apoiantes (Samdal, Nutbeam et al., 1998).

Resultados da investigação levada a cabo por M. Carter et al. (2007), sugerem que o envolvimento escolar está relacionado quer com baixos níveis de comportamentos comprometedores de saúde, quer com elevados níveis de comportamentos de saúde.

As conclusões de um estudo realizado pelo projecto Aventura Social (2001), referem que os jovens que consideram que os professores não os ajudam quando precisam, experimentam mais frequentemente alguma droga (Matos & Carvalhosa., 2001b)

Os resultados de dois estudos que tiveram como objectivo estudar a relação entre comunicação com os professores e o uso de preservativo pelos adolescentes, concluíram que quando os adolescentes falam com o professor acerca de sexualidade ou de contracepção, os adolescentes referiram mais intenções de usar o preservativo e ter usado o preservativo mais frequentemente (Blum & Nelson, 2005). O envolvimento com a escola tem sido igualmente referido como factor protector relativamente ao início da actividade sexual nos adolescentes. Numa revisão da literatura desenvolvida pela OMS, são referidas várias investigações que sugerem que quando os adolescentes estavam mais envolvidos com a escola, estavam consideravelmente menos envolvidos em actividade sexual, embora essa relação tivesse sido mais forte para as raparigas do que para os rapazes (Blum & Nelson, 2005).

O contexto escolar foi o contexto no qual se observaram maior número de diferenças estatisticamente significativas tendo em conta os diferentes graus de envolvimento e os comportamentos estudados; o contexto familiar foi o segundo contexto no qual se verificou maior número de diferenças estatisticamente significativas.

A escola poderá ter um papel importante face aos seguintes comportamentos/situações: uso de protector solar; comportamentos de consumo de álcool, humor depressivo, ideação suicida e actividade sexual.

A escola pode constituir ora um factor de risco ora um factor protector para desenvolvimento de comportamentos de saúde dos estudantes e para saúde em geral (Leal, 2006; M. Carter et al., 2007; Samdal, Nutbeam et al., 1998).

### **3. Envolvimento com pares: Diferenças entre adolescentes com diferentes graus de envolvimento com pares quanto aos comportamentos de saúde e aos comportamentos de risco adoptados por estes**

Examinadas as diferenças entre adolescentes com diferentes graus de envolvimento com pares (Alta, Média e Baixa) quanto aos comportamentos de saúde, não foram encontradas diferenças significativas entre jovens com distintos graus de envolvimento com os amigos quanto aos comportamentos de saúde estudados.

De acordo com a literatura, a integração no grupo de pares pode ser um factor protector (Currie et al., 2004; Negreiros, 1991; Settertobulte & Matos, 2004; Tomé, Ferreira, & Camacho, 2008; Ungar, 2000; WHO, 2006). Outros estudos encontraram associações entre envolvimento com amigos e comportamentos de risco (M. Carter et al., 2007; Michael & Ben-Zur, 2007).

Examinadas as diferenças entre adolescentes com distintos níveis de envolvimento com pares (Alta, Média e Baixa) quanto aos comportamentos de risco adoptados por estes, concluiu-se que existem diferenças estatisticamente significativas apenas quanto um a comportamento de risco. Os adolescentes que apresentam uma ligação elevada aos amigos envolvem-se menos frequentemente em lutas físicas. Por outro lado, os adolescentes com uma baixa ligação com os amigos envolvem-se mais frequentemente em lutas físicas. Estes resultados são coincidentes com a literatura que refere que os pares podem constituir factores de risco (M. Carter et al., 2007; Michael & Ben-Zur, 2007).

Os sentimentos de solidão e o isolamento face aos seus pares na adolescência podem levar a sintomas de mal-estar psicológicos. As interações com amigos podem constituir simultaneamente uma oportunidade de desenvolvimento de competências sociais e uma fonte de apoio para lidarem com acontecimentos stressantes (Settertobulte

& Matos, 2004). Por outro lado, a influência dos amigos pode também constituir um factor a considerar face ao envolvimento em comportamentos de risco durante a adolescência (Settertobulte & Matos, 2004). Linley e Joseph (2004) consideram também os seguintes factores no desenvolvimento positivo dos adolescentes: o sucesso na área académica e um positivo relacionamento com pares.

Segundo Allen e Land (1999), quer a internalização de problemas (depressão) quer a sua externalização têm sido relacionados com uma vinculação insegura e tal facto aparentemente parece interactivar com aspectos mais recentes da vida dos adolescentes como a natureza dos seus relacionamentos. A qualidade das relações com os pares e o ambiente social têm sido associados à depressão nos adolescentes (Steinhausen et al., 2007).

Quando estão ausentes modelos de funcionamento adulto na família, os adolescentes estão mais predispostos às influências externas, como por exemplo dos mass media (televisão, Internet, cinema, música) sendo portanto alvos mais vulneráveis face a mensagens que apelam ao consumismo e a mensagens de violência, de certas vivências da sexualidade, entre outros comportamentos de risco (Feijó & Oliveira, 2001).

Estes resultados mostram que o modelo teórico do desenvolvimento ecológico do ser humano, proposto por Bronfenbrenner (1997, 2005) e Blum e Nelson (2005), é adequado para explicar os comportamentos em análise dando suporte aos pressupostos da influência recíproca entre contextos diversos e quanto à dualidade dos contextos ora no sentido de se constituírem como factores protectores, ora de se constituírem como factores de risco, facilitando o início, a manutenção ou a inibição do envolvimento dos adolescentes em comportamentos de risco e de saúde. Segundo Ochoa et al. (2004), a perspectiva ecológica do desenvolvimento dos sistemas é útil para compreendermos de

que forma os factores dos diferentes sistemas, podem influenciar o bem-estar das crianças e jovens.

A conjugação de factores próprios ao indivíduo, relativos à vida escolar, factores relativos à relação dos jovens com o grupo de pares e à ocupação dos tempos livres podem ter um impacto positivo ou negativo no bem-estar dos jovens (Blum & Nelson, 2005; Bronfenbrenner, 2005; Linley & Joseph, 2004; M. Carter et al., 2007; Ribeiro, 2007; Simões, et al, 2006).

## **2. Envolvimento com a família: Diferenças entre adolescentes com diferentes graus de envolvimento com a família quanto aos comportamentos de saúde e aos comportamentos de risco adoptados por estes**

Examinadas as diferenças entre adolescentes com diferentes graus de envolvimento com a família (Alta, Média e Baixa) quanto aos comportamentos de saúde adoptados, chegou-se à conclusão seguinte: não existem diferenças significativas entre adolescentes relativamente aos comportamentos estudados.

Examinadas as diferenças entre adolescentes com diferentes graus de envolvimento com a família (Alta, Média e Baixa) quanto aos comportamentos de risco adoptados por estes, observou-se que existem diferenças estatisticamente significativas, e que os jovens com uma ligação familiar baixa apresentam mais frequentemente ideação suicida e envolvimento em duas ou mais lutas físicas nos últimos 12 meses. Verificou-se, ainda, que os jovens com elevada ligação à família apresentavam esses comportamentos menos frequentemente. Estes resultados estão em concordância com a literatura, que refere a influência do envolvimento familiar no comportamento dos adolescentes (Allen & Land, 1999; Bonny et al., 2000; M. Carter et al., 2007; Carvalhosa et al., 2001; Michael & Ben-Zur, 2007; Reid et al., 2002; Resnick et al.,

1993; Sprinthall & Collins, 1994; Steinhausen et al., 2007; Zimmer- Gembeck & Locke, 2007).

Num estudo realizado na NZ por M. Carter et al. (2007), o envolvimento com a família foi relacionado com baixo grau de ideação suicida e com elevado envolvimento na participação em actividade física. Adolescentes que manifestam mais sentimentos de ligação aos seus pais têm significativamente melhor saúde psicológica, e relatam menos acontecimentos de vida negativos e menos *distress* do que adolescentes que referem níveis mais baixos de ligação com os pais, o maior risco de depressão parece vir da combinação entre uma mais elevada ligação aos pares, mas uma mais baixa ligação aos pais (M. Carter et al., 2007).

Uma supervisão por parte dos pais adequada tem sido associada a uma menor tendência face a comportamentos de impulsividade dos adolescentes que aprendendo a auto-regular-se estarão menos predispostos ao risco e menos susceptíveis à influência dos pares (Linley & Joseph, 2004; Pires & Jenkins, 2007; Reide et al., 2002).

A família pode constituir ora um factor de risco, ora um factor protector para o desenvolvimento de comportamentos de saúde dos estudantes e para saúde em geral (Blum & Nelson, 2005; M. Carter et al., 2007; Leal, 2006).

No ensino Secundário o tempo passado na escola talvez seja maior devido à organização do horário de actividades curriculares, à oferta de actividades extra-curriculares na escola, quer devido à maior complexidade dos conteúdos neste nível de ensino e às expectativas dos estudantes em termos de projectos futuros. Estes aspectos poderão explicar a inexistência de diferenças significativas entre jovens com diferentes níveis de ligação à família face aos comportamentos de saúde estudados e quanto à existência de diferenças estatisticamente significativas entre jovens com diferentes níveis de ligação familiar em apenas dois dos comportamentos de risco estudados.

#### **4.5. ESTRUTURA FAMILIAR: DIFERENÇAS EM RELAÇÃO À ADOÇÃO DE COMPORTAMENTOS DE RISCO E DE SAÚDE ENTRE JOVENS COM PAIS DIVORCIADOS E PAIS NÃO DIVORCIADOS**

Estudadas as possíveis diferenças entre jovens com pais divorciados e pais não divorciados em relação à adoção de comportamentos de saúde, os resultados sugerem que existem diferenças significativas entre os filhos de pais divorciados e os filhos de pais que vivem juntos/casados face ao uso do preservativo, sendo o seu uso mais frequente em jovens de famílias de pais não divorciados no entanto, dado o número reduzido de alunos com pais separados/ divorciados, este domínio deverá ser alvo de atenção em estudos futuros. Os resultados da presente investigação parecem ir ao encontro dos apresentados por Blum e Nelson (2005), que na sua revisão da literatura fazem referência a resultados de dois estudos que sugerem que adolescentes que viviam com apenas um dos pais referiram menos frequentemente usar preservativo do que os adolescentes que viviam com ambos os pais (Blum & Nelson, 2005).

Relativamente aos restantes comportamentos de saúde e de risco estudados no presente estudo, observa-se que não existem diferenças significativas entre esses dois grupos de jovens quanto à situação familiar dos pais.

Estes resultados podem relacionar-se com o facto da amostra de pais divorciados ser de reduzida dimensão. Estes resultados não vão de encontro aos de outros estudos apresentados na literatura. Os resultados relativos à estrutura familiar e a sua influência no comportamento de crianças e jovens são controversos; por exemplo, B. Carter et al. (2001) referem que, apesar de alguns estudos mostrarem diferenças estatisticamente significativas entre filhos de famílias com estatuto de não divorciadas e os de famílias divorciadas, outros estudos contudo não mostraram diferenças significativas. Os resultados encontrados no actual estudo não são coincidentes com os

encontrados nos estudos realizados por Capron et al. (2007), Geada (1994), Hayes et al. (2004), que encontraram diferenças significativas em comportamentos de saúde e de risco (comportamentos de consumo de substâncias psicoactivas e humor depressivo) em jovens oriundos de famílias denominadas “*intactas*” e jovens pertencentes a famílias monoparentais ou com pais separados/ divorciados.

Reid et al. (2002) referem que os rapazes, nas famílias divorciadas, evidenciam problemas somente se as interações entre pais e filhos estiverem alteradas.

Alguns tipos de estrutura familiar, nomeadamente as famílias monoparentais e as famílias reconstituídas ou misturadas, poderão apresentar alguns factores de risco para o desenvolvimento da saúde, contudo os efeitos nos filhos em consequência do divórcio dos pais ou de separações, morte ou estabelecimento de novas famílias, podem variar (Pedersen et al., 2004). As famílias monoparentais podem apresentar maiores dificuldades económicas resultantes das mudanças no nível dos rendimentos, o que pode ser um preditor de saúde. Mudanças frequentes na estrutura familiar podem também constituir um maior risco para de saúde de crianças e adolescentes (Wise, 2003).

Há autores que consideram que é sobretudo durante o processo de divórcio e no período imediatamente posterior que o stress é maior, o que pode conduzir à depressão parental e a uma menor disponibilidade dos pais para se relacionarem com filhos (Wise, 2003). Ainda segundo o mesmo autor, observa-se que por vezes, era antes da separação/ divórcio que se verificavam mais desvantagens face ao desenvolvimento e bem estar familiar, com a presença de sofrimento por parte dos filhos dada existência de conflitos constantes e por vezes com situações de abuso, do que depois do divórcio em que a ausência de um dos pais pode compensar um ambiente mais estável.

Seria necessário, no presente estudo, controlar há quanto tempo as famílias com pais divorciados/separados se encontram nessa situação e que tipo de relação mantêm actualmente.

Está cada vez mais documentado e é reconhecido que os comportamentos das crianças e dos adolescentes são influenciados por múltiplos factores e que a associação entre os factores individuais, familiares e contextuais pode ser muito complexa.

Boas relações entre pais e filhos, o carinho, níveis elevados de envolvimento com a família e relações harmoniosas entre o casal são alguns exemplos de mecanismos protectores operando ao nível familiar (Wise, 2003). Níveis elevados de carinho nas relações pais-filhos não são incompatíveis com o facto dos pais serem divorciados.

O Modelo Ecológico de Brofenbrenner coloca ênfase particular na série complexa das inter-relações entre diferentes partes do ambiente, ou de que forma as experiências imediatas vividas pela família e os níveis de dinâmica nos sistemas familiares estão relacionados com diferentes características da comunidade e do ambiente cultural, ou da mais vasta “*Ecologia Social*” na qual as famílias estão inseridas (Wise, 2003).

Na região onde se situa a escola, ainda se mantêm regularmente relações com a família alargada. Esse facto poderá funcionar como um importante factor para a manutenção do equilíbrio da família.

#### **4.6. LIMITAÇÕES DO PRESENTE ESTUDO E RECOMENDAÇÕES**

Pode ser considerada uma limitação do presente estudo o facto deste ter sido realizado apenas numa escola secundária e numa única região de Portugal, impedindo uma generalização das conclusões.

Uma outra limitação do estudo é que este se tratou de um estudo de carácter transversal, motivo pelo qual não se podem tirar conclusões sobre possíveis relações de causa-efeito entre as variáveis em estudo, nem da evolução destes comportamentos ao longo dos três anos de estudo avaliados. Assim, futuramente sugere-se a realização de estudos longitudinais sobre esta temática nesta faixa etária com estudantes do ensino secundário.

Também, uma vez que as medidas de comportamentos foram baseadas num questionário de auto-relato, desconhece-se até que ponto essas medidas correspondem completamente ao que acontece, ainda que o teste-reteste pareça confirmar que se trata de um bom instrumento. Adicionalmente, nesta investigação recorreu-se unicamente a uma fonte de informação, os alunos, ou seja não se recorreu à consulta de dados relativos aos alunos na instituição, nem se inquiriram outros agentes educativos, como pais e professores ou profissionais dos cuidados de saúde primários, relativamente aos comportamentos estudados. Por outro, lado a administração dos questionários, tendo decorrido em contexto de sala de aula, em grupo, com a presença do professor, pode ter gerado nos estudantes algum receio e desconforto, embora tenha sido assegurado o anonimato e a confidencialidade dos dados. Porém a administração do instrumento em contexto individual não seria possível dada a dimensão da amostra e os constrangimentos de tempo para a realização do presente estudo.

Apesar das limitações referidas, este estudo trouxe algumas contribuições relativamente à compreensão dos comportamentos de saúde e de risco em estudantes do ensino secundário. O presente estudo avaliou uma ampla amostra de adolescentes numa série de medidas de comportamentos de saúde e de risco. A pesquisa avaliou também factores sociais nalguns contextos de vida mais significativos da vida dos adolescentes. Uma grande parte dos adolescentes referiu ter gostado de responder ao questionário,

39,9% gostou, 54,3% considerou normal e 94,2% mostrou interesse em repetir a realização do mesmo, caso fosse necessário.

De futuro outras investigações talvez devessem explorar mais aprofundadamente os determinantes dos comportamentos de saúde e a influência da interligação entre a família, os pares e a escola e os comportamentos de saúde/risco. A fim de otimizarmos o desenvolvimento positivo dos jovens, precisamos de conhecer quer os factores que predispõe ao risco, quer os que são protectores.

Manifesta-se a dificuldade em confrontar os resultados do presente estudo com os resultados de outros estudos visto que cada estudo usa diferentes metodologias de medição do comportamento: uns estudos medem a frequência do comportamento em estudo nos últimos três meses, outros durante a vida, e alguns medem o comportamento sem se referirem a nenhum período específico.

#### **4.7. ORIENTAÇÕES PARA A PRÁTICA**

A promoção da saúde em escolas pode contribuir para melhorar a saúde e o bem-estar das crianças e jovens. Segundo Stewart-Browns (2006), tradicionalmente as iniciativas de promoção da saúde em escolas foram desenvolvidas segundo o modelo médico, para prevenir doenças específicas ou problemas de saúde. Actualmente muitos programas consideram uma actuação multifactorial, abrangendo o ensino de conhecimentos de saúde e o desenvolvimento de competências nas aulas, mudanças no ambiente da escola do ponto de vista social e físico, e a criação de ligações com a comunidade mais vasta. Os programas que têm surgido como mais eficazes têm sido os que envolvem toda a escola, os de longa duração e de elevada intensidade (Stewart-Browns, 2006). Esta perspectiva do envolvimento de toda escola na implementação de iniciativas de promoção da saúde refere a importância do chamado currículo oculto que

inclui (Stewart-Browns, 2006): a) a cultura estabelecida pela atmosfera da escola; b) o código disciplinar da escola; b) as atitudes adoptadas pelo *staff* em relação aos alunos; c) os valores implícitos nas actuações. As linhas orientadoras da promoção da saúde em escolas têm enfatizado os seguintes objectivos: 1) o desenvolvimento de boas relações no seio da escola; 2) a promoção da saúde e bem-estar do *staff*; 3) a promoção da auto-estima entre os alunos; 4) ter em atenção os exemplos emanados pelo *staff* quanto aos objectivos de saúde referidos.

Algumas intervenções combinam uma abordagem curricular com mudanças no ambiente escolar e com a família e a comunidade envolvente (Stewart-Browns, 2006). Segundo Stewart- Browns (2006), em geral, as intervenções de promoção da saúde que envolvem activamente toda a escola, a família e a comunidade têm mais sucesso.

Tal como referem Simões et al. (2005): “Qualquer trabalho preventivo de acção directa sobre o indivíduo deve abordar os seus contextos de vida e envolver os seus intervenientes, no sentido de obter uma diminuição do risco e uma activação dos recursos de apoio” (p. 160). Esta ideia é actualmente defendida por muitos autores, como Bronfenbrenner (2005), Blum e Nelson (2005), HBSC-OMS (1996,1998), e Ribeiro (2007). Tendo em atenção este pressuposto, os resultados encontrados no presente estudo em termos de prevalências deverão ser devolvidos aos representantes dos alunos, aos pais e encarregados de educação, à direcção da escola, aos coordenadores dos grupos disciplinares e aos representante dos funcionários administrativos e auxiliares de acção educativa.

Muitas vezes os jovens fazem avaliações sobrestimadas da prevalência de comportamentos de risco, bem como fazem avaliações subestimadas face aos comportamentos de *saúde* e segundo a literatura estas percepções distorcidas podem contribuir também para o envolvimento em determinados comportamentos de risco.

Diversos estudos têm mostrado que dar oportunidade aos adolescentes das escolas secundárias para participar nas tomadas de decisão sobre a gestão da escola é fundamental para o seu desenvolvimento saudável (Zeldin, Camino, & Calvert, 2007) e parece-nos também essencial para que desenvolvam percepções dos comportamentos de saúde e dos comportamentos de risco mais ajustadas à realidade, pois ter consciência desta constituirá o primeiro passo para a alterar. De acordo com esta perspectiva, este envolvimento tem as seguintes funções: socialização com o objectivo de fornecer experiências aos adolescentes com adultos em tarefas de decisão, na planificação e na implementação. As expectativas em relação aos comportamentos dos adolescentes incluem o desenvolvimento da identidade e o desenvolvimento de competências em geral que incluem: o ser membro de um grupo de trabalho, o assumir de responsabilidade, o ter iniciativa, o relacionamento entre pares e adultos (Larson, Moneta, Richards, & Wilson, 2002; Linley & Joseph, 2004; Zeldin, Camino, & Calvert, 2007; Zeldin, Larson, Camino, & O'Connor, 2005). A criação de oportunidades de participação dos jovens na vida da escola é também vista como um meio de desenvolvimento da competência cívica.

Tendo sido encontradas diferenças ligadas ao sexo, algumas provavelmente residindo em raízes biológicas, (e.g. os fenómenos específicos do funcionamento hormonal, certos aspectos da personalidade ligadas á hereditariedade) outras modificáveis (e.g. a influência da aprendizagem e da cultura na formação da personalidade e nos hábitos aceites pelas diferentes sociedades face ao perfil de comportamento esperado nas várias actividades em que os adolescentes e jovens se envolvem), sugere-se que, aquando do desenho de quaisquer propostas de intervenção na escola, se tenha em atenção estas diferenças. Por exemplo, seria desejável o aumento do consumo de frutos e vegetais por ambos os sexos, o uso de capacete de bicicleta

também por ambos os sexos; o aumento do uso de protector solar pelos rapazes; a redução dos hábitos de consumo de álcool concentrado nos fins de semana e num curto espaço de tempo; e a diminuição de humor depressivo nas raparigas. Seria ainda desejável o desenvolvimento de programas de promoção de competências sociais para ambos os sexos, e em especial para rapazes, a fim de serem incentivados a expressarem emoções, uma vez que, talvez por razões culturais, mostram tendência para ocultar sinais de sofrimento redireccionando muitas vezes as emoções negativas para o consumo excessivo de álcool, a alienação da escola e das actividades extracurriculares, o envolvimento em lutas, etc.

Em fases de transição (mudança de escola, entrada para a universidade ou entrada para o mercado de trabalho), melhorar a natureza dos apoios prestados por todos os agentes educativos na escola de modo a favorecer uma adaptação mais positiva aos novos contextos de vida, pode ter uma influência fundamental ao nível da percepção de saúde e bem-estar dos alunos, ao nível da aprendizagem e ao nível do envolvimento em comportamentos de saúde.

Os programas de educação e promoção da saúde destinados à população jovem que parecem ser mais eficazes são os dirigidos a toda a comunidade, que têm como objectivo principal a adopção de estilos de vida saudáveis que utilizam abordagens das problemáticas pela positiva, que não se centram exclusivamente na prevenção de doenças nem na transmissão de informação e são de longa duração (Ministério da Educação, 2005, 2007; Ribeiro, 2007; Stewart- Browns, 2006).

Os programas de educação para a saúde podem ajudar a criar ambientes apoiantes de assistência aos estudantes e também proporcionar o desenvolvimento de competências a vários níveis (sociais, de aquisição de conhecimentos relacionados com

a saúde e de empreendedorismo) que eles precisam para desenvolverem relações positivas e apoiantes com os seus pares e com as suas famílias.

A perspectiva ecológica do desenvolvimento humano, de Bronfenbrenner, é uma teoria que defende a abertura da pessoa ao mundo e a necessidade de se planificar e desenhar de forma global intervenções, que permitam manter ou melhorar procedimentos de abertura ao mundo das pessoas na sua vida social (Ochoa et al., 2004). De acordo com esta perspectiva teórica, o conceito base é o da relação e esta capacidade resulta tanto das características pessoais como da estrutura do ambiente em cada *microsistema*.

Segundo a literatura, os jovens que apresentam baixos níveis de envolvimento com a escola, com menos sucesso académico são igualmente os que menos participam nas actividades extracurriculares que a escola oferece, e que muitas vezes são criadas a pensar neste grupo de estudantes em risco (Bonny et al., 2000). A questão que se coloca é: de que forma motivar afinal estes estudantes em risco para se envolverem na escola e a melhorarem o seu bem-estar?

Durante a adolescência, devido a importantes mudanças, nomeadamente o aumento do tempo dispendido com amigos, os pais podem sofrer sentimentos de perda e sentimentos de ser mantidos à parte sobre conselhos relativos a certos assuntos. Os pais podem ser ajudados a lidar com esse afastamento como um sinal de maturidade e como um processo natural, e a compreender que, apesar dessas mudanças, os adolescentes continuam a precisar deles (Barnett, 2007). Eles podem orientar os filhos para boas decisões académicas, a estabelecer objectivos realistas, e ajudá-los a manterem-se optimistas face ao futuro.

Felner et al. (1993, cit. in Linley & Joseph, 2004) referem que os programas de intervenção nas escolas que se centram em intervenções que visam melhorar o ambiente

social entre pares e com professores têm demonstrado ser mais eficazes quer na adaptação social quer no desempenho académico, do que os programas centrados apenas nas estratégias de *coping* e nas competências de resolução de problemas a nível individual.

A adolescência tem sido considerada como um período de transição entre a infância e a idade adulta, envolvendo mudanças biológicas, físicas, intelectuais e emocionais. Este período é também um tempo de expansão de horizontes de auto-conhecimento e de desenvolvimento de independência. Contudo hoje em dia o surgimento da adolescência é associado cada vez mais a uma longa permanência na escola, muitas vezes a um casamento tardio e a relações sexuais antes do casamento. Segundo Linley e Joseph (2004) a adolescência é um período do ciclo vital dinâmico, propício ao envolvimento com factores de risco para a saúde, que têm suscitado da parte dos técnicos de saúde e educação uma preocupação que vai na direcção da identificação de factores protectores que promovam a resiliência.

Ao nível da educação foram identificados os seguintes factores protectores: escolas de qualidade, professores competentes bem preparados e atentos, existência de programas extra-curriculares, alternativas recreativas tal como desportos, música e expressão artística (Linley & Joseph, 2004).

A promoção da saúde viabiliza-se através do *empowerment*, da participação e da comunicação relativamente à saúde, aos recursos ou aos instrumentos de mobilização da sociedade civil (Stotz & Araújo, 2004). Os modelos de intervenção de *empowerment* na estrutura da resiliência envolvem a promoção de competências, dos aspectos fortes ou das virtudes do desenvolvimento humano, valorizando a normalidade mais do que a anormalidade individual, das famílias, da comunidades, e dos contextos sociais vizinhos (Yates & Masten, 2004). Yates e Masten (2004) defendem também que todos ambientes

consistem num complexo conjunto de potenciais ou factores protectores ou competências e de factores de risco ou de perigos. Tem-se assistido a mudanças graduais do Modelo Médico centrado nas doenças, nas perturbações individuais, para um modelo mais centrado nas transacções entre as pessoas, nas trocas entre o indivíduo e muitos outros sistemas e a múltiplos níveis (e.g. a família, os pares, a escola, os média, a vizinhança), que podem ter um papel importante no desenvolvimento normal ou nos comportamentos de inadaptação (Yates & Masten, 2004). Bronfenbrenner referiu que a interacção dinâmica entre as características da pessoa com o sue ambiente imediato influenciam o processo da mudança desenvolvimental (Wise, 2003).

#### **4.8. CONCLUSÕES**

O presente estudo exploratório transversal baseou-se no estudo desenvolvido por M. Carter et al. (2007), realizado na Nova Zelândia e os resultados obtidos podem enquadrar-se no modelo ecológico do desenvolvimento humano, pois mostram que os adolescentes podem sofrer influências do tipo de envolvimento com os pais, dos relacionamentos interpessoais na escola com professores e com pares, em ambas as direcções, ora como factor protector ora como factor de risco.

As forças ou os recursos e os riscos existentes na vida das crianças e dos adolescentes dificilmente acontecem separadamente ou seja os recursos e os riscos podem-se contrabalançar, dado que os factores protectores podem compensar os riscos. Os riscos dizem respeito a acontecimentos ou circunstâncias que aumentam a probabilidade de um comportamento indesejável num grupo de pessoas em risco e de acordo com os resultados da presente investigação podem ser de vários tipos: a) a variável demográfica sexo, a idade e ano de escolaridade, b) a qualidade e grau de relacionamento social e especificamente o menor grau de envolvimento quer com os

pais, quer com os pares quer com a escola, e principalmente, com os professores. Não é possível estabelecer uma relação directa entre um factor de risco e a saúde, dado que a saúde resulta da interacção de diversos factores uns inerentes ao indivíduo, outros dependentes da sua acção (das suas intenções expectativas, emoções), e a aspectos inerentes ao meio ambiente.

A descrição detalhada de dados acerca dos comportamentos de saúde e de risco e da natureza das relações interpessoais nos principais contextos de vida dos jovens, na sua dupla vertente, ora como factor protector ora de risco, de acordo com as características demográficas pode contribuir para uma mais eficaz orientação de políticas de saúde, quer para a implementação de programas de prevenção de doenças quer de promoção da saúde.

A título de conclusão geral verificou-se que, no presente estudo, os comportamentos ligados ao risco surgiram num número reduzido de adolescentes.

Foi igualmente possível concluir que, estavam presentes estilos de vida, atitudes e comportamentos potencialmente lesivos para a saúde em alguns dos jovens do presente estudo. Foram ainda observadas diferenças nas práticas de saúde, quer entre os vários anos de escolaridade, quer entre sexos.

Dos três tipos de agentes de socialização (escola, família e pares) tendo sido estudados os diversos graus de envolvimento nas relações com os adolescentes, a escola foi o contexto no qual se observaram maior número de diferenças estatisticamente significativas entre jovens com distintos graus de envolvimento e os comportamentos, seguindo-se o contexto familiar e em último lugar os pares.

De acordo com a literatura, a assistência prestada pela escola está relacionada com a prevalência de uma multiplicidade de comportamentos de risco (Matos & Caravahosa, 1998, 2001a; Samdal, Dur et al., 2004; Samdal, Nutbeam et al., 1998).

Dado que os estudantes permanecem a maior parte do seu tempo na escola, o contexto escolar pode ser considerado um importante local de intervenção com o objectivo de ser atingido o bem-estar dos adolescentes (Samdal, Nutbeam et al., 1998).

A família pode, ainda assim, funcionar como um factor protector ou de risco. Um bom suporte afectivo, uma boa supervisão e uma boa comunicação entre pais e filhos parecem ser aspectos importantes com consequências na capacidade de adaptação e desempenho noutros contextos de vida do adolescente tal como a escola. Também os pares, ou amigos, nesta fase da vida dos indivíduos (13-21 anos), revelam a sua importância. Os pares estão associados a um suporte informal e são um aspecto essencial para o bem-estar e para o ajustamento global dos adolescentes no contexto escolar e familiar. Aparentemente os jovens mais felizes são os que têm amigos e manifestam competências de comunicação, ou seja são os que melhor estão integrados do ponto de vista social (Currie et al., 2004; Simões et al., 2006). Os amigos podem ser também uma fonte de influência face ao envolvimento em certos comportamentos de risco (Blum & Nelson, 2005; M. Carter et al., 2007 Michael & Ben-Zur, 2007; Simões et al., 2008).

Os resultados da presente investigação estão em concordância com investigações recentes que sugerem que a família, os pares e a escola, são factores podem contribuir quer para os comportamentos de risco para a saúde, quer para a promoção de comportamentos de saúde ainda que essa contribuição se processe de formas diferentes.

O presente estudo vem, tal como muitos outros, pôr em análise a existência de vários factores sociais de risco e de protecção os quais interagem entre si e com factores de ordem psicológica, Biológica através de relações de mediação, e que tem como resultado um maior ou menor envolvimento dos jovens em comportamentos de risco.

A promoção de factores de protecção tais como a qualidade dos relacionamentos na escola entre alunos e professores, entre alunos e outros alunos e especialmente nos momentos de transição, deverá constituir a essência da intervenção com vista à promoção e educação para a saúde, no âmbito da Psicologia da saúde e intervenção comunitária. Na concepção de prevenção, o conceito de resiliência assume também uma significativa importância na perspectiva da intervenção nos factores protectores ou salutogénicos, no desenvolvimento de competências nomeadamente sociais e apostando na qualidade das relações interpessoais professor, aluno.

O comportamento e o estilo de vida, são aspectos determinantes para a saúde, doença, deficiência/ incapacidade, mortalidade prematura mas há que considerar também os factores biomédicos e de ordem pessoal.

A saúde desenvolve-se através de um contínuo e é imperativa durante a adolescência se os indivíduos querem viver saudáveis durante o resto do ciclo de vida (Rayale, 2005).

A promoção da saúde, concretiza-se através do *empowerment*, da participação e da comunicação relativamente à saúde, aos recursos ou aos instrumentos de mobilização da sociedade civil.

Três aspectos deverão ser tidos em atenção quando se pretender estudar a relação entre comportamento e saúde: a natureza do desenvolvimento humano, o papel do meio ambiente social e físico, a interacção do desenvolvimento humano com o meio ambiente (Ribeiro, 2007).

A análise dos comportamentos constitui um fenómeno complexo resultando da conjugação de diversos factores internos e externos ao indivíduo.

## **BIBLIOGRAFIA**

**Bibliografia**

- Allen, J., & Land, D.(1999). Attachment in adolescence. In J. Cassidy, & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical application* ,(pp.319-335). New York: The Guilford Press.
- Almeida, S. L., & Freire, T.(2003). *Metodologia de investigação em Psicologia e Educação*. 3ª Edição Revista e ampliada. Braga: Edições Psiquilíbrios.
- American Psychiatric Association (1996). *DSM-IV- Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-Texto Revisto. Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Arnett, J. J. (2007). Suffering, selfish, slackers? Myths and reality about emerging adults. *Journal Youth Adolescence*, 36, 23-29.
- Ausloos, G.(1996). *A competência das famílias- Tempo, caos, processo*. 1ª Edição- Lisboa: Climepsi Editoras.
- Barnett, R. V., (2007). *Helping answer the question “Who am I?”: Social development. Social development in adolescents*. University of Florida. Consultado em 14 de Março, 2008, em [www.education.Com/reference/article/Ref-Helping\\_Teens\\_Who\\_\\_I/](http://www.education.Com/reference/article/Ref-Helping_Teens_Who__I/)
- Bennette, P., & Murphy, S.(1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Editora Climepsi.
- Blum, R. W., & Nelson, M. K (2005). *Risk and protective factors affecting adolescent reproductive health in developing countries*. Geneva: World Health Organization. Consultado a 6 Julho, 2007, em [www.who/int/child-adolescent-health](http://www.who/int/child-adolescent-health)

- Bonny, A. E., Britto, M.T., Klosterman, B. K., & Slap, G. B. (2000). School disconnectedness: Identifying adolescents at risk. *Pediatrics*, *106* (5), 1017-1021.
- Brener, N. D., Kann, L., Kinchen, S., Grunbaum, A., Whalen, L., Eaton, et al. (2004). *Methodology of the youth risk Behavior surveillance system*. Atlanta, U.S.A.: Division of Adolescent and School Health, National Center of Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Department of Health and Human Services for Disease Control and Prevention-CDC. Disponível em versão electrónica. Consultado em 3 de Abril, 2007, em <http://www.cdc.gov/mmwr/indss-2007html>
- Brener, N. D., Kann, L., Garcia, D., McDonald, G., Ramsey, F., Honeycutt, S., et al. (2007). *Youth Risk Behavior Surveillance- Selected steps communities, 2005*. Atlanta, U.S.A.: Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention; Morbidity and Mortality Weekly report-MMWR. Disponível em versão electrónica em 4 Maio de 2007, em <http://www.cdc.gov/mmwr/indss-2007html>
- Bronfenbrenner, U.(2005). *Making human beings human. Bioecological perspectives on human development*. London: Sage Publications.
- Capron, C., Théron, C., & Duyme, M. (2007). Brief : Effect of menarcheal status and family structure on depressive symptoms and emotional/behavioural problems in young adolescent girls. *Journal of Adolescence*, *30*,175-179.
- Carter, B., McGoldrick, M. e cols. (2001). *As mudanças no ciclo de vida familiar uma estrutura para a terapia familiar*. São Paulo: Editora Artimed.
- Carter, M., McGee, R., Taylor, B., & Williams, S. (2007). Health outcomes in adolescence: Association with family, friends and school engagement. *Journal of Adolescence*, *30*, 51-62.

- Cardoso, P., Rodrigues, C., & Vilar, A.(2004). Prevalência de sintomas depressivos em adolescentes portugueses. *Análise Psicológica*, 4 (19), 667-675.
- Carvalhosa, S. F., Lima, L., & Matos, M. G. (2001). Bullying- A provocação entre pares no contexto escolar português. *Análise Psicológica*, 4 (19), 523-537.
- Center of Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2001). Department of Health and Human Services for Disease Control and Prevention-CDC. Division of Adolescent and School Health. Atlanta, U.S.A. Disponível em versão electrónica. Consultado em 2 de Março, 2006, em <http://www.cdc.gov/HealthyYouth/yrbs/>
- Craig, W. M., & Harel, Y. (2004). Bullying, physical fighting and victimization. In C. Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., & Rasmunssen, V. (2004). Young people's health in context. *Health Behaviour in School Aged Children (HBSC) Study. 2001/ 2002/ 2004, OMS international report from the survey n° 4- Health Policy for children and adolescents.* Consultado em 2 Maio, 2007, em: [www.Euro.who.int/youthhealth/hbsc](http://www.Euro.who.int/youthhealth/hbsc)
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., & Rasmunssen, V. (2004). Young people's health in context. *Health Behaviour in School Aged Children (HBSC) Study. 2001/ 2002/ 2004, OMS international report from the survey n° 4- Health Policy for children and adolescents.* Consultado em 2 Maio, 2007, em: [www.Euro.who.int/youthhealth/hbsc](http://www.Euro.who.int/youthhealth/hbsc)
- Direcção Geral de Saúde (2007). *Tipos de cancro da pele.* Consultado em 1 Outubro, 2007, em [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- European Monitoring Center for Drugs and Addiction-[EMCDDA] (2006). *National Report.* Lisbon: Institute for Drug and Drug Addiction. Consultado em 2, Outubro de 2007, em [www.emcdda.eu.int](http://www.emcdda.eu.int) ou em [www.idt.pt](http://www.idt.pt)

- Feijó, R. B., & Oliveira, A. E. (2001). Comportamento de risco na adolescência. *Jornal de Pediatria*, 77 (supl2), 125-134.
- Fernandes, A. M., Vieira, J., Puga, P., & Barrisco, S. (2006). *A condição juvenil portuguesa na viragem do milénio. Um retrato longitudinal através de fontes estatísticas oficiais: 1990-2005*. Lisboa: Secretaria de Estado da Juventude e do Desporto. Observatório Permanente da Juventude. Observatório permanente da juventude. Consultado em 2 de Maio de 2007, em [www.sejd.gov.pt](http://www.sejd.gov.pt)
- Ferreira, T.B.S. (2005). *O corpo e o silêncio das emoções. Estudo da alexitimia na anorexia nervosa*. Porto: Tese de Doutoramento não publicada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Florell, D.(2006). Relative levels of hope and their relationship with academic and psychological indicators among adolescents. *Journal of Social Psychology*, 25 (2), 166-178.
- Furman, W., & Buhrmester, D. (1992). Age sex differences in perceptions of networks of personal relationships. *Child Development*, 63 (1), 103-115.
- Gaspar, T.,Gonçalves, A., Ramos, V. & Matos, M. (2006). Desvantagem sócio-económica, etnicidade e consumo de álcool na adolescência. *Análise Psicológica*, 4 (24), 495-508.
- Geadá, M. (1994). Sentido interno de coerência, clima familiar e comportamentos de risco de consumo de drogas na adolescência. *Análise Psicológica*, 30 (12), 315-321.
- Glover, S., Burns, J., Butler, H., & Patton, G. (1998). Social environments and the emotional wellbeing of young people. *Family Matters*, 49 (Autum), 11-16.

- Gonzalez, B., & Ribeiro, J. L. (2004). Comportamentos de saúde e dimensões de personalidade em jovens estudantes Universitárias. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 107-127.
- Greenberg, M. T., O'Brien, M., Weissberg, R., Zins, J., Resnik, H., Fredericks, L., & Elias, M. (June/July 2003). Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional, and academic learning. *American Psychological Association*, 58 (6/7), 466-474.
- Hayes, L., Smart, D., W. John, Toumbourou, & Sanson, A. (2004). *Parenting influences on adolescent alcohol use*. Melbourne: Australian Institute of Family Studies. Consultado em 3 de Janeiro, 2008, em [www.aifs.gov.au/](http://www.aifs.gov.au/)
- Huppert, F. A. (2004). A population approach to positive psychology: The potential for population interventions to promote well-being and prevent disorder. A. Linley, & S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice* (pp. 693-709). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Instituto da Droga e Toxicoddependência (2006). *Consumo de substâncias nos adolescentes portugueses*. Consultado em 10 de Fevereiro, 2007, em [www.idt.pt](http://www.idt.pt)
- Instituto da Droga e Toxicoddependência, OEDT - Observatório Europeu, & ESPAD. (2003). *Relatório europeu*. IDT. Consultado em 6 de Abril, 2007, no website do IDT: [www.idt.pt](http://www.idt.pt)
- James, W. H., West, C., Deters, K. E., & Armijo, E., (2000). Youth dating violence. *Adolescence*, 35 (139), 455- 465.
- Jessor, R., Chase, A. J., & Donovan, E. J.(1980). Psychosocial correlates of marijuana use and problem drinking in a national sample of adolescents. *American Journal of Public Health*, 70 (6), 604-613.

- Jorgensen, I., & Nafstad, H. E. (2004). Positive psychology: Historical, philosophical, and epistemological perspectives. A. Linley, & S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice* (pp. 15-34). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc..
- Laranjeira, A. R, Oliveira, V, & Prazeres, V. (2005). *Saúde dos jovens em Portugal: elementos de caracterização*. Consultado em 12 de Maio, 2007, no website da Direcção Geral de Saúde Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes: [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- Larson, R., Moneta, G., Richards, M., & Wilson, S. (2002). Personality and social development continuity, stability, and change in daily emotional experience across adolescence. *Child Development*, 73 (4), 1151-1165.
- Laufer, M. (2000). *O adolescente suicida*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Leal, I. (2006). *Perspectivas em psicologia da saúde*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). *Positive psychology in practice*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc..
- Lopes P., Barreira D. P., & Pires A. M. (2001). Tentativa de suicídio na adolescência. Avaliação do efeito de género na depressão e personalidade. *Psicologia, Saúde & Doença*, 2 (1), 47-57.
- Mackay, H., Lowe, D., Edwards, D., & Rogers, N. S.(2007). Survey of 14 to 16 year olds as to their attitude toward and use of sunbeds. *Health Education Journal*, 66 (2), 141-152.
- Matos, M., & Carvalhosa F.S. (1996). *Saúde e estilos de vida nos jovens portugueses. Relatório do estudo de 1996 da rede Europeia HBSC/OMS*. Lisboa: HBSC/OMS. Consultado em 5 de Junho, 2006, em [www.aventurasocial.com](http://www.aventurasocial.com)

- Matos, M., & Carvalhosa F.S. (1998). *Saúde e estilos de vida nos jovens portugueses. Relatório do estudo de 1998 da rede Europeia HBSC/OMS*. Lisboa: HBSC/OMS. Consultado em 4 de Maio, 2006, em [www.aventurasocial.com](http://www.aventurasocial.com)
- Matos, M., & Carvalhosa, F. S. (2001a). A saúde dos adolescentes: Ambiente escolar e bem-estar. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (2), 43-53.
- Matos, M., & Carvalhosa, F.S. (2001b). *Quem afinal experimenta drogas em Lisboa?* Lisboa: Health Behaviour in School-Aged Children, Aventura Social & Saúde, FMH/PET/GPT. Consultado em 4 de Maio, 2006, em [www.aventurasocial.com](http://www.aventurasocial.com)
- Matos, M., & Carvalhosa, F. S. (2001c). *O comportamento alimentar dos jovens portugueses*. Lisboa: Equipa do Aventura Social, Faculdade de Motricidade Humana, HBSC. Consultado em 2 de Maio de 2006, em [www.aventurasocial.com](http://www.aventurasocial.com)
- Matos, M., & Carvalhosa, F.S. (2001d). *Saúde mental e mal-estar físico na idade escolar*. Lisboa: Health Behaviour in School-aged Children, Aventura Social & Saúde, FMH/PET/GPT. Consultado em 3 de Junho, 2006, em: [www.aventurasocial.com](http://www.aventurasocial.com)
- Matos, M., & Carvalhosa, F. S. (2001e). *Violência na escola: Vítimas, provocadores e outros*. Lisboa: Equipa do Aventura Social, Faculdade de Motricidade Humana, HBSC. Consultado em 7 de Maio, 2007, em [www.aventurasocial.com](http://www.aventurasocial.com)
- Matos, M., & Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde. (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses*. Lisboa: Equipa do Aventura social, Faculdade de Motricidade Humana, HBSC. Consultado em 2 de Junho, 2006, em [www.aventurasocial.com](http://www.aventurasocial.com)

- Matos, M., & Gaspar, T. (2003). *Adolescentes portugueses: Risco e protecção*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana, Aventura Social. Consultado em 2 de Junho, 2006, em [www.fmh.utl.pt/aventurasocial](http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial)
- Matos, M., & Carvalhosa, F.S. (2004). *Risco e protecção: Adolescentes, pais amigos e escola*. Lisboa: Equipa do Aventura Social, Faculdade de Motricidade Humana, HBSC. Consultado em 4 de Maio, 2006, em versão electrónica, em [www.aventurasocial.com](http://www.aventurasocial.com)
- Matos, M., & Carvalhosa, F. S.(2006). *Indicadores de saúde dos adolescentes portugueses. Relatório preliminar HBSC*. Lisboa: Equipa do Aventura Social, Faculdade de Motricidade Humana. Consultado em 4 de Maio, 2007, em [www.aventurasocial.com](http://www.aventurasocial.com)
- McIntyre, P., & Williams, A. (2002). *Adolescent friendly health*. Geneva: World Health Organization. Consultado em 7 de Maio, 2007, em [www.who.int/child-adolescent-health](http://www.who.int/child-adolescent-health)
- Michael, K., & Ben-Zur, H.(2007). Risk-taking adolescents: Associations with social and affective factors. *Journal of Adolescence*, 30, 17-31.
- Ministério da Educação (2005). *Relatório preliminar do grupo de trabalho de educação sexual*. (Coordenação de D. Sampaio). Lisboa: Ministério da Educação.
- Ministério da Educação (2007). *Relatório preliminar do grupo de trabalho de educação sexual*. (Coordenação de D. Sampaio). Lisboa: Ministério da Educação.
- Negreiros, J.(1991). *Prevenção do abuso do álcool e drogas*. Porto: Instituto de Investigação Nacional.
- Negreiros, J. (2003) *As drogas as cidades prevalências e perfis de consumidores problemáticos*. Porto. Edição Radicário.

- Noar, S. M., & Zimmerman, R. S.(2005). Health behavior theory and cumulative knowledge regarding health behaviors: Are we moving in the right direction? *Health Education Research: Theory & Practice*, 20 (3), 275-290.
- Ochoa, G. M., Olaizola, J. H., Espinosa, L. M. C., & Martínez, M. M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria*. Barcelona: Editorial UOC.
- Organização Mundial de Saúde (2000). *Manual para profissionais da saúde em atenção primária. Prevenção do suicídio*. Consultado em 8 de Maio, 2006, em [www.google.pt](http://www.google.pt)
- Organização Mundial de Saúde, Direcção Geral de Saúde, Ministério da Saúde, FAO (2005, Setembro). *Relatório de um Workshop conjunto de Lisboa sobre a promoção de Hortofrutícolas nos países de expressão portuguesa*. Consultado em 2 de Janeiro, 2008, em [www.google.com](http://www.google.com)
- Organização Mundial de Saúde (2007). *Youth and road safety in Europe*. Consultado em 2 de Outubro de 2007 em [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicoddependência (2003). *Relatórios anuais. Os jovens em foco. Preocupação crescente com o consumo excessivo de álcool e consumo intenso de drogas entre camadas jovens vulneráveis*. Disponível em versão electrónica. Consultado em 8 de Novembro, 2007, em [www.emcdda.eu.int](http://www.emcdda.eu.int)
- Oubrayrie-Roussel, N., & Safont- Mottay (2001). Conduites a risque et dévalorisation de soi: Étude de la consommation de toxiques (Tabac, alcool, et drogue) chez les adolescents scolarisés. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (1), 59-75.
- Paiva, C., & Figueiredo, B. (2005). Abuso no relacionamento íntimo e estado de saúde em jovens adultos portugueses. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (2), 243-277.

- Pallant, J.(2005). *SPSS Survival Manual (2nd edition)*. U.K: Open University Press.
- Panichi, R., & Wagner, A. (2006). Comportamento de risco no trânsito: Revisando a literatura sobre as variáveis preditoras da condução perigosa na população juvenil. *Revista Interamerican de Psicologia*, 40 (2), 159-166.
- Pedersen, M., Alcón, M. C. G., Rodriguez, C., M., & Smith, R. (2004). Family. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal & V. Rasmunssen (Eds.), *Young People's health in context* (pp.26-33). Consultado em 11 de Maio de 2007, em [www.Euro.who.int/youthhealth/hbsc](http://www.Euro.who.int/youthhealth/hbsc)
- Pessoa, F. (2005). *Poesia 1918-1930*. Lisboa: Editora Assírio & Alvim.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N.(2005). *Análise de dados para ciências sociais*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinto, A. H., & Pereira, M. G. (2005). *Separação e divórcio um olhar feminino*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Pires, P, & Jenkins, J. M. (2007). A growth curve analysis of the joint influences of parenting affect, child characteristics and deviant peers on adolescent illicit drug use. *Journal Youth Adolescence*, 36, 109-183.
- Plano Nacional de Saúde (2004).*Orientações estratégicas* (2). Consultado em 28 de Dezembro, 2007, em [www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol12-313.html](http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol12-313.html)
- Pombo S., (2007). *Que álcool se consome em Portugal?* Consultado em 12 de Dezembro, 2007, no website da Sociedade Portuguesa de Alcoologia. [www.sociedadeportuguesaalcoologia.pt](http://www.sociedadeportuguesaalcoologia.pt)
- Rayale, A. D. (2005). Adolescent gender differences in mattering and wellness. *Journal of Adolescence*, 28, 735-763.

- Reid, J. B., & Patterson, G. R. & Snyder, J. (2002). *Antisocial behaviour in children and adolescents. A developmental analysis and model for intervention*. Washington: American Psychiatric Association.
- Remoaldo, P. C. A. (2007). *Questões de cidadania - O caso da Prevenção Rodoviária no Concelho de Guimarães*. Guimarães: Cadernos da Rede Social da Guimarães, Edição Câmara Municipal de Guimarães.
- Resnick, M. D., Harris, J., & Blum, R. W. (1993). *The impact of caring and connectedness on adolescent health and well-being*. Minneapolis: University of Minnesota- Children`s, Youth & Families consortium- Mcnamara alumni Center. Consultado em 4 de Setembro, 2007, em [www.cyfc.umn.edu/schoolage/resources/caring.html](http://www.cyfc.umn.edu/schoolage/resources/caring.html) ou em [www.cyfc.umn.edu/adolescents/resources/caring.html](http://www.cyfc.umn.edu/adolescents/resources/caring.html)
- Ribeiro, J. L.P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, J.L. (2002). Vinculação e comportamentos de saúde: Estudo exploratório de uma escala de avaliação em adolescentes. *Análise Psicológica*, 1 (2), 67-75.
- Ribeiro, J.L. (2003). O consentimento informado na investigação em Psicologia da Saúde é necessário? *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3 (1), 11-22.
- Ribeiro, J.L. (2004). Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção de saúde e com a prevenção das doenças. *Análise Psicológica*, 2 (22), 387-397.
- Ribeiro, J. L.P. (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde* (2.<sup>a</sup> ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Sampaio, D., & Gameiro, J.(1985). *Terapia familiar*. Porto: Edições Afrontamento.
- Sampaio D. (1993). *Ninguém morre sozinho*. Lisboa: Editorial Caminho.

- Samdal, O. W., Dur, W., & Freeman, J., (2004). School. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal & V. Rasmunssen (Eds.), *Young People's health in context*:(pp.42-51). Consultado em 20 Maio, 2007, em [www.Euro.who.int/youthhealth/hbsc](http://www.Euro.who.int/youthhealth/hbsc)
- Samdal, O., Nutbeam D., Wold, & Kannas L. (1998). Achieving health and educational goals through schools- a study of the importance of the school climate and the students satisfaction with school. *Health Education Research*, 13(3), 383-397.
- Sánchez-Queija, I., & Oliva, A.(2003). Vínculos de apego com los padres y relaciones com los iguales durante la adolescência. *Revista de Psicologia Social*, 18 (1) ,71-86.
- Santos, O. T., Silva, I., & Meneses, R. (2008, Janeiro). *Comportamentos de saúde, comportamentos de risco e envolvimento dos jovens com a escola e a família: Adaptação do YRBS para Portugal*. Poster apresentada no 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde - Intervenção em Psicologia e Saúde, Porto.
- Santos, O. T., Silva, I., & Meneses, R. (2008). Comportamentos de saúde, comportamentos de risco e envolvimento dos jovens com a escola e a família: Adaptação do YRBS para Portugal. In I. Leal, J. L. P. Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Eds.), *Actas do 7º Congresso de Psicologia da Saúde - Intervenção em psicologia da saúde* (pp. 495- 498). Lisboa: ISPA.
- Sawyer, M.G., Miller-Lewis, L. R., & Clark, J.J. (2007). The mental health of 13-17 year-olds in Australia: Findings from the National Survey of mental health and well-being. *Journal of Youth Adolescence*, 36, 185-194.
- Seginer, R., & Lilach, E. (2004). How adolescents construct their future: The effect of loneliness on future orientation. *Journal of Adolescence*, 27, 625-643.

- Settertobulte, W., & Matos, M. G.(2004). Peers. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal & V. Rasmunssen (Eds.), *Young People's health in context:* (pp.34-41). Consultado em 13 de Maio, 2007, em: [www.Euro.who.int/youthhealth/hbsc](http://www.Euro.who.int/youthhealth/hbsc)
- Silva, A. S., & Deus, A. A. (2005). Comportamentos de consumo de haxixe e saúde mental em adolescentes: Estudo comparativo. *Análise Psicológica*, 2 (23), 151-172.
- Silva, I. M. S. L. (2003). *Qualidade de vida e variáveis psicológicas associadas a sequelas de diabetes e a sua evolução ao longo do tempo*. Porto: Tese de Doutoramento não publicada, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Simões, C., Matos, M. G., & Batista- Foguet, J. (2006). Consumo de substâncias na adolescência: Um modelo explicativo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (2), 147-164.
- Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2006). *Estatística*. Acesso em 20 de Fevereiro, 2008, em [www.spsuicidologia.pt/estatística.php](http://www.spsuicidologia.pt/estatística.php)
- Sprinthall, A. N., & Collins, A. W.(1994). *Psicologia do adolescente*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Steinhausen, H-C., Haslimeier, C., & Metzke, C. W. (2007). Psychosocial factors in adolescent and young adult sel-reported depressive symtoms: Causal or correlational associations? *Journal of Adolescence*, 36, 89-100.
- Stewart-Brow, S. (2006). *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?* Copenhagen: WHO Regional Office for

- Europe. Consultado em 20 de Dezembro, 2007, em <http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf>
- Stotz, E. N., & Araújo, J. W. G. (2004). Promoção da saúde e cultura política: A reconstrução do consenso. *Saúde e Sociedade, 13* (2), 5-19.
- Straub, O.R. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artemed Editora.
- Tomé, G., Ferreira, M., & Camacho, I. (2008). *Consumo de substâncias e isolamento social durante a adolescência*. [Abstract]. Comunicação apresentada no 7º Congresso Psicologia da Saúde, realizado na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal.
- Ungar, M. T. (2000). The myth of peer pressure. *Adolescence, 35* (137), 167-180.
- Van der Stel, J., (1998). *Prevenção - Álcool, drogas e tabaco*. Estrasburgo: Grupo Pompidou - Conselho da Europa & Jellinek Consultores, Conselho da Europa.
- Vinagre, M. G., & Lima, L.L. (2006). Consumo de álcool, tabaco e droga, em adolescentes: Experiências e julgamentos de risco. *Psicologia Saúde & Doenças, 7* (1), 73-81.
- Wise, S. (2003). *Family structure, child outcomes and environmental mediators. An overview of development in diverse families study*. Consultado em 10 de Janeiro, 2008 no website do Australian Institute of Family studies em [www.aifs.gov.au/](http://www.aifs.gov.au/)
- World Health Organization, Department of Child and Adolescent Health and Development (2000). *What about boys?* Consultado em 10 de Junho, 2007 em [www.who.int/child-adolescent-health](http://www.who.int/child-adolescent-health)
- World Health Organization (2003). *The global UV project. A guide and compendium. To reduce the burden disease resulting from exposure to UV radiation While*

- enjoying the sun safely*. Consultado em 20 de Outubro, 2007, em [www.who.int/child-adolescent-health/publications/](http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/)
- World Health Organization (2006). *Final global School-based Student Health Survey (GSHS) Item Rationale-2005*. Consultado em 2 de Junho, 2007, em [www.cdc.gov/gshs](http://www.cdc.gov/gshs) e [www.who.int/chp/gshs/en/](http://www.who.int/chp/gshs/en/)
- World Health Organization (2007). *Violence and injury prevention*. Consultado em 7 de Novembro 2007, em [www.euro.who.int/violenceinjury/violence/20050208\\_1](http://www.euro.who.int/violenceinjury/violence/20050208_1)
- Yates, T. M., & Masten, A.S. (2004). Fostering the future: Resilience theory and the practice of positive psychology. A. Linley, & S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice* (pp.521-539). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc..
- Zimmer- Gembeck, M. J., & Locke, E. M. (2007). The socialization of adolescent coping behaviours: Relationships with families and teachers. *Journal of Adolescence*, 30, 1-6.
- Zeldin, S., Camino, L., & Calvert, M.(2007). Toward an understanding of youth in community governance: Policy priorities and research directions. *Análise Psicológica*, 1 (25), 77-95.
- Zeldin, S., Larson, R., Camino, L., & O'Connor, C. (2005). Intergenerational relationships and partnerships in community programs: Purpose, practice, and directions for research. *Journal of Community Psychology*, 33,1-10.

## **ANEXOS**

## **ANEXO 1**

O questionário YRBS - Versão Portuguesa em estudo

**Questionário de Comportamentos de Risco  
(Versão Portuguesa-2007)**

Este questionário é sobre comportamentos de Saúde. Foi feito para que tu nos digas o que é que tu fazes que pode afectar a tua saúde. A informação que tu nos darás irá ser usada para melhorar a Educação para a Saúde no contexto escolar.

Não escrevas o que pensas que deves responder. Por favor, responde com base no que realmente fazes. As tuas respostas são anónimas e confidenciais.

Por favor, lê cada questão cuidadosamente. O preenchimento deste questionário é voluntário. Obrigada pela tua ajuda.

1. Que idade tens? _____ Anos.	2. Qual é o teu sexo? <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
3. Qual a situação dos teus pais?  <input type="checkbox"/> Vivem juntos/ casados <input type="checkbox"/> Vivem separados <input type="checkbox"/> Estão divorciados <input type="checkbox"/> Outro	4. Com quem vives?  <input type="checkbox"/> Com ambos os pais <input type="checkbox"/> Apenas com um dos Pais <input type="checkbox"/> Com um dos pais e uma nova família <input type="checkbox"/> Com familiares Próximos <input type="checkbox"/> Colégio <input type="checkbox"/> Outra situação
5. Qual é o teu continente de origem?  <input type="checkbox"/> Europeu <input type="checkbox"/> Africano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Outro _____	6. Em que ano estás matriculado?  <input type="checkbox"/> 10º ano <input type="checkbox"/> 11º ano <input type="checkbox"/> 12º ano
7. Durante os últimos 12 meses, como é que descreverias o teu rendimento escolar?  <input type="checkbox"/> Muito bom <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Suficiente <input type="checkbox"/> Insuficiente	8. Quanto é que pensas que as pessoas na Escola (Ex. professores, funcionários ou outros adultos) se preocupam contigo?  <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Mais ou menos <input type="checkbox"/> Muito
9. Este ano, sentes que fazes parte da tua Escola?  <input type="checkbox"/> Sim, sempre <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Nunca	10. Com que frequência os Professores na escola tratam os alunos de forma justa?  <input type="checkbox"/> Quase nunca <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes
11. Este ano, na Escola, tens tido problemas a relacionar-te com outros alunos?  <input type="checkbox"/> Com todos eles <input type="checkbox"/> Com alguns deles <input type="checkbox"/> Com um ou dois <input type="checkbox"/> Não, eu dou-me bem com os outros alunos	12. Este ano, na Escola, já te sentiste provocado ou ameaçado por outros estudantes?  <input type="checkbox"/> Sim, frequentemente <input type="checkbox"/> Sim, algumas vezes <input type="checkbox"/> Não, nunca

<p>13. Com quem é que tu falas quando tens um problema ou quando te sentes preocupado com alguma coisa? (Assinala a (s) resposta (s) adequadas a ti)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mãe ou Madrasta</li> <li><input type="checkbox"/> Pai ou Padrasto</li> <li><input type="checkbox"/> Irmã</li> <li><input type="checkbox"/> Irmão</li> <li><input type="checkbox"/> Tio ou Tia</li> <li><input type="checkbox"/> Avô ou Avó</li> <li><input type="checkbox"/> Outro parente</li> <li><input type="checkbox"/> Amigo</li> <li><input type="checkbox"/> Professor</li> <li><input type="checkbox"/> Psicólogo</li> <li><input type="checkbox"/> Padre/ Pastor/ Sacerdote</li> <li><input type="checkbox"/> Outro</li> <li><input type="checkbox"/> Com ninguém</li> </ul>	<p>14. Quem repara em ti (ex. quem te compreende, conforta, pergunta o que está a correr mal) quando tu estás preocupado ou zangado com alguma coisa?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mãe ou Madrasta</li> <li><input type="checkbox"/> Pai ou Padrasto</li> <li><input type="checkbox"/> Irmã</li> <li><input type="checkbox"/> Irmão</li> <li><input type="checkbox"/> Tio ou Tia</li> <li><input type="checkbox"/> Avô ou Avó</li> <li><input type="checkbox"/> Outro parente</li> <li><input type="checkbox"/> Amigo</li> <li><input type="checkbox"/> Professor</li> <li><input type="checkbox"/> Psicólogo</li> <li><input type="checkbox"/> Padre/ Pastor/ Sacerdote</li> <li><input type="checkbox"/> Outro</li> <li><input type="checkbox"/> Ninguém</li> </ul>
<p>15. Em geral, como dirias que a tua saúde é?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Excelente</li> <li><input type="checkbox"/> Muito boa</li> <li><input type="checkbox"/> Boa</li> <li><input type="checkbox"/> Fraca</li> <li><input type="checkbox"/> Muito fraca</li> </ul>	<p>16. Quanto medes? _____</p>
<p>17. Quanto pesas? _____</p>	
<p><b>As próximas 6 questões referem-se à tua segurança.</b></p>	
<p>18. Quando andaste de <u>mota</u>, nos últimos 12 meses, quantas vezes usaste capacete?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Eu não andei de mota nos últimos 12 meses</li> <li><input type="checkbox"/> Nunca usei capacete</li> <li><input type="checkbox"/> Raramente usei capacete</li> <li><input type="checkbox"/> Algumas vezes usei capacete</li> <li><input type="checkbox"/> Na maioria das vezes eu usei capacete</li> <li><input type="checkbox"/> Usei sempre capacete</li> </ul>	<p>19. Quando andaste de <u>bicicleta</u>, nos últimos 12 meses, quantas vezes usaste capacete?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Eu não andei de bicicleta nos últimos 12 meses</li> <li><input type="checkbox"/> Nunca usei capacete</li> <li><input type="checkbox"/> Raramente usei capacete</li> <li><input type="checkbox"/> Algumas vezes eu usei capacete</li> <li><input type="checkbox"/> Na maioria das vezes eu usei capacete</li> <li><input type="checkbox"/> Usei sempre capacete</li> </ul>
<p>20. Com que frequência usas cinto de segurança quando <u>conduzes</u> um carro?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Eu não conduzo carros</li> <li><input type="checkbox"/> Eu nunca uso cinto de segurança</li> <li><input type="checkbox"/> Raramente uso cinto de segurança</li> <li><input type="checkbox"/> Algumas vezes uso cinto de segurança</li> <li><input type="checkbox"/> Na maioria das vezes uso cinto de segurança</li> <li><input type="checkbox"/> Eu uso sempre cinto de segurança</li> </ul>	<p>21. Com que frequência usas cinto de segurança quando <u>é outra pessoa</u> que vai a conduzir o carro?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Nunca</li> <li><input type="checkbox"/> Raramente</li> <li><input type="checkbox"/> Algumas vezes</li> <li><input type="checkbox"/> Na maioria das vezes</li> <li><input type="checkbox"/> Sempre</li> </ul>
<p>22. Nos últimos 30 dias, quantas vezes andaste de carro ou outro veículo que era <u>conduzido por uma pessoa</u> que tinha bebido álcool?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 0 vezes</li> <li><input type="checkbox"/> 1 vez</li> <li><input type="checkbox"/> 2 ou 3 vezes</li> <li><input type="checkbox"/> 4 ou 5 vezes</li> <li><input type="checkbox"/> 6 ou mais vezes</li> </ul>	<p>23. Nos últimos 30 dias, quantas vezes conduziste um carro ou outro veículo quando <u>tu</u> tinhas bebido álcool?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 0 vezes</li> <li><input type="checkbox"/> 1 vez</li> <li><input type="checkbox"/> 2 ou 3 vezes</li> <li><input type="checkbox"/> 4 ou 5 vezes</li> <li><input type="checkbox"/> 6 ou mais vezes</li> </ul>

<b>As próximas 8 questões referem-se a comportamentos relacionados com violência.</b>	
<p>24. Alguma vez andaste com uma <u>arma</u>, tal como um revólver, uma faca ou canivete?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Vai para a questão nº 25)</p>	<p>24 a. Nos últimos 30 dias, quantos dias andaste com uma <u>arma</u>, tal como um revólver uma faca ou um canivete?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 dias <input type="checkbox"/> 1 dia <input type="checkbox"/> 2 ou 3 dias <input type="checkbox"/> 4 ou 5 dias <input type="checkbox"/> 6 ou mais dias</p>
<p>25. Nos últimos 30 dias, quantos dias <u>faltaste à escola</u> porque te sentias inseguro na escola ou no caminho para a escola?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 dias <input type="checkbox"/> 1 dia <input type="checkbox"/> 2 ou 3 dias <input type="checkbox"/> 4 ou 5 dias <input type="checkbox"/> 6 ou mais dias</p>	<p>26. Nos últimos 12 meses, quantas vezes estiveste envolvido numa luta física?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 vezes. (vai para a questão nº 29) <input type="checkbox"/> 1 vez <input type="checkbox"/> 2 ou 3 vezes <input type="checkbox"/> 4 ou 5 vezes <input type="checkbox"/> 6 ou 7 vezes <input type="checkbox"/> 8 ou 9 vezes <input type="checkbox"/> 10 ou 11 vezes <input type="checkbox"/> 12 ou mais vezes</p>
<p>27. Nos últimos 12 meses, quantas vezes estiveste envolvido numa luta física em que ficaste magoado e em que tiveste de receber tratamento médico ou de enfermagem?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 vezes <input type="checkbox"/> 1 vez <input type="checkbox"/> 2 ou 3 vezes <input type="checkbox"/> 4 ou 5 vezes <input type="checkbox"/> 6 ou mais vezes</p>	<p>28. Nos últimos 12 meses, quantas vezes estiveste envolvido em lutas físicas dentro dos <u>espaços pertencentes à escola</u>?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 vezes <input type="checkbox"/> 1 vez <input type="checkbox"/> 2 ou 3 vezes <input type="checkbox"/> 4 ou 5 vezes <input type="checkbox"/> 6 ou 7 vezes <input type="checkbox"/> 8 ou 9 vezes <input type="checkbox"/> 10 ou 11 vezes <input type="checkbox"/> 12 ou mais vezes</p>
<p>29. Nos últimos 12 meses, foste agredido ou magoado fisicamente pelo teu namorado ou namorada de propósito?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>30. Alguma vez foste forçado fisicamente a ter actos de intimidade ou actos sexuais contra a tua vontade?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
<b>As próximas 5 questões referem-se a sentimentos de tristeza e a tentativas de suicídio. Por vezes, as pessoas sentem-se tão deprimidas acerca do futuro que podem pensar em tentar o suicídio ou seja podem fazer alguma coisa para pôr fim à sua própria vida.</b>	
<p>31. Nos últimos 12 meses, alguma vez te sentiste tão triste ou sem esperança por quase todo o dia, <u>durante 2 ou mais semanas seguidas</u>, ao ponto de teres deixado de fazer algumas actividades que habitualmente realizavas?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>32. Nos últimos 12 meses, alguma vez pensaste em te magoares intencionalmente ou em te suicidares?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Vai para questão nº 36)</p>

<p>33. Nos últimos 12 meses, consideraste seriamente a possibilidade de suicídio?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>34. Nos últimos 12 meses, fizeste um plano sobre como te tentarias suicidar?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>35. Nos últimos 12 meses, quantas vezes tentaste realmente suicidar-te?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 vezes <input type="checkbox"/> 1 vez <input type="checkbox"/> 2 ou 3 vezes <input type="checkbox"/> 4 ou 5 vezes <input type="checkbox"/> 6 ou mais vezes</p>	
<p><b>As próximas 10 questões referem-se ao uso do tabaco.</b></p>	
<p>36. Alguma vez experimentaste fumar cigarros, mesmo que apenas desses uma ou 2 passas?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>37. Que idade tinhas quando fumaste um cigarro inteiro pela primeira vez?</p> <p><input type="checkbox"/> Eu nunca fumei um cigarro inteiro (vai para a questão nº 45) <input type="checkbox"/> 8 anos ou menos <input type="checkbox"/> 9 ou 10 anos <input type="checkbox"/> 11 ou 12 anos <input type="checkbox"/> 13 ou 14 anos <input type="checkbox"/> 15 ou 16 anos <input type="checkbox"/> 16 ou mais anos</p>
<p>38. Nos últimos 30 dias, quantos dias fumaste cigarros?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 dias <input type="checkbox"/> 1 ou 2 dias <input type="checkbox"/> 3 a 5 dias <input type="checkbox"/> 6 a 9 dias <input type="checkbox"/> 10 a 19 dias <input type="checkbox"/> 20 a 29 dias <input type="checkbox"/> Todos os 30 dias</p>	<p>39. Nos últimos 30 dias, nos dias em que fumaste, quantos cigarros fumaste por dia?</p> <p><input type="checkbox"/> Não fumei cigarros nos últimos 30 dias <input type="checkbox"/> Menos do que 1 cigarro por dia <input type="checkbox"/> 1 cigarro por dia <input type="checkbox"/> 2 a 5 cigarros por dia <input type="checkbox"/> 6 a 10 cigarros por dia <input type="checkbox"/> 11 a 20 cigarros por dia <input type="checkbox"/> Mais de 20 cigarros por dia</p>
<p>40. Nos últimos 30 dias, como é que <u>habitualmente</u> arranxaste os teus cigarros? (Selecciona apenas uma resposta)</p> <p><input type="checkbox"/> Não fumei cigarros nos últimos 30 dias <input type="checkbox"/> Comprei-os numa loja, tal como uma tabacaria ou supermercado <input type="checkbox"/> Comprei-os numa máquina <input type="checkbox"/> Dei dinheiro a alguém para mos comprar <input type="checkbox"/> Pedi ou cravei um cigarro a alguém <input type="checkbox"/> Uma pessoa com 18 anos ou mais deu-mos <input type="checkbox"/> Tirei-os de uma loja ou peguei em cigarros de uma pessoa de família <input type="checkbox"/> Tive acesso a eles de outra forma qualquer</p>	<p>41. Quando compraste ou tentaste comprar cigarros numa loja nos últimos 30 dias, pediram-te um documento comprovativo da tua idade?</p> <p><input type="checkbox"/> Não tentei comprar cigarros numa loja <input type="checkbox"/> Sim, pediram-me um documento comprovativo da idade <input type="checkbox"/> Não, não me pediram para mostrar um documento comprovativo da idade</p>

<p>42. Nos últimos 30 dias, quantos dias fumaste cigarros nos espaços pertencentes à Escola?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 dias</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ou 2 dias</p> <p><input type="checkbox"/> 3 a 5 dias</p> <p><input type="checkbox"/> 6 a 9 dias</p> <p><input type="checkbox"/> 10 a 19 dias</p> <p><input type="checkbox"/> 20 a 29 dias</p> <p><input type="checkbox"/> Todos os 30 dias</p>	<p>43. Alguma vez fumaste cigarros diariamente, ou seja, pelo menos um cigarro todos os dias por 30 dias?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>
<p>44. Nos últimos 12 meses, alguma vez tentaste deixar de fumar cigarros?</p> <p><input type="checkbox"/> Não fumei cigarros durante os últimos 12 meses</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	<p>45. Quantas horas no último dia (24 horas) estiveste exposto ao fumo de cigarros de outros fumadores?</p> <p><input type="checkbox"/> Não estive exposto ao fumo de cigarros no último dia</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de uma hora</p> <p><input type="checkbox"/> Entre 1 e 3 horas</p> <p><input type="checkbox"/> Entre 3 e 5 horas</p> <p><input type="checkbox"/> Entre 5 e 7 horas</p> <p><input type="checkbox"/> Mais de 7 horas</p>
<p><b>As próximas 4 questões referem-se ao consumo álcool, o que inclui beber cerveja, vinho, bebidas brancas e licores (Vodka, Crusiers, Rum, Gin, Whiskey e Shots ou misturas de bebidas alcoólicas). Para estas questões, beber álcool não inclui beber pequenos goles para fins religiosos.</b></p>	
<p>46. Que idade tinhas quando bebeste álcool pela primeira vez para além de goles?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca bebi álcool (vai para a questão nº 50)</p> <p><input type="checkbox"/> 8 anos ou menos</p> <p><input type="checkbox"/> 9 ou 10 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 11 ou 12 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 13 ou 14 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 15 ou 16 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 17 ou Mais</p>	<p>47. Nos últimos 30 dias, quantos dias bebeste pelo menos uma bebida alcoólica?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 dias</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ou 2 dias</p> <p><input type="checkbox"/> 3 a 5 dias</p> <p><input type="checkbox"/> 6 a 9 dias</p> <p><input type="checkbox"/> 10 a 19 dias</p> <p><input type="checkbox"/> 20 a 29 dias</p> <p><input type="checkbox"/> Todos os 30 dias</p>
<p>48. Nos últimos 30 dias, quantos dias bebeste 5 ou mais bebidas alcoólicas seguidas ou seja sem um espaço de 4 horas entre elas?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 dias</p> <p><input type="checkbox"/> 1 a 2 dias</p> <p><input type="checkbox"/> 3 a 5 dias</p> <p><input type="checkbox"/> 6 a 9 dias</p> <p><input type="checkbox"/> 10 a 19 dias</p> <p><input type="checkbox"/> 20 a 29 dias</p> <p><input type="checkbox"/> Todos os 30 dias</p>	<p>49. Nos últimos 30 dias, quantos dias bebeste pelo menos uma bebida alcoólica nos espaços pertencentes à Escola?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 dias</p> <p><input type="checkbox"/> 1 a 2 dias</p> <p><input type="checkbox"/> 3 a 5 dias</p> <p><input type="checkbox"/> 6 a 9 dias</p> <p><input type="checkbox"/> 10 a 19 dias</p> <p><input type="checkbox"/> 20 a 29 dias</p> <p><input type="checkbox"/> Todos os 30 dias</p>

<b>As próximas 4 questões referem-se ao consumo de marijuana. A marijuana é também conhecida por erva, cannabis, maconha ou haxixe.</b>	
<p>50. Que idade tinhas quando experimentaste marijuana pela primeira vez?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca experimentei marijuana (vai para a questão nº 54)</p> <p><input type="checkbox"/> 8 anos ou menos</p> <p><input type="checkbox"/> 9 ou 10 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 11 ou 12 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 13 ou 14 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 15 ou 16 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 17 ou mais</p>	<p>51. No último ano, quantas vezes consumiste marijuana?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 1 a 2 vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 3 a 9 vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 10 a 19 vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 20 a 39 vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 40 a 99 vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 100 ou mais vezes</p>
<p>52. Nos últimos 30 dias, quantas vezes consumiste marijuana?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 1 a 2 vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 3 a 9 vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 10 a 19 vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 20 a 39 vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 40 ou mais vezes</p>	<p>53. Nos últimos 30 dias, quantas vezes consumiste marijuana <u>nos espaços pertencentes à Escola?</u></p> <p><input type="checkbox"/> 0 vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 1 a 2 vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 3 a 9 vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 10 a 19 vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 20 a 39 vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 40 ou mais vezes</p>
<b>As próximas 6 questões referem-se à cocaína e outras drogas.</b>	
<p>54. Alguma vez experimentaste alucinogéneos, tal como LSD, ácido, ecstasy ou cogumelos?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não (vai para a questão nº 55)</p>	<p>54 a. Durante a tua vida, quantas vezes consumiste alucinogéneos, tal como LSD, ácido, ecstasy ou cogumelos?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 a 2 vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 3 a 9 vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 10 a 19 vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 20 a 39 vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 40 ou mais vezes</p>
<p>55. Alguma vez “sniffaste” cola, componentes de sprays, ou inalaste tintas para ficares “pedrado”?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não (vai para a questão nº 56 )</p>	<p>55a . Durante a tua vida, quantas vezes “sniffaste” cola, aspiraste sprays ou inalaste tintas para ficares “pedrado”?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 a 2 vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 3 a 9 vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 10 a 19 vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 20 a 39 vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 40 ou mais vezes</p>
<p>56. Alguma vez experimentaste alguma droga ilegal para além da marijuana, cola ou alucinogéneos (como speed, cocaína, crack, heroína)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não (vai para a questão nº 57)</p>	<p>56a . Durante a tua vida, quantas vezes consumiste alguma destas drogas ilegais (como speed, cocaína, crack, heroína)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 a 2 vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 3 a 9 vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 10 a 19 vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 20 a 39 vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 40 ou mais vezes</p>

<p>57. Alguma vez tomaste esteroides em comprimidos ou injeções <u>sem receita médica</u>?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não (vai para a questão nº 58)</p>	<p>57 a . Durante a tua vida, quantas vezes experimentaste esteroides em comprimidos ou injeções <u>sem receita médica</u>?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 a 2 vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 3 a 9 vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 10 a 19 vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 20 a 39 vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 40 ou mais vezes</p>
<p>58. Alguma vez usaste uma seringa para injectar uma droga ilegal no teu corpo?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não (vai para a questão nº 59)</p>	<p>58 a . Durante a tua vida, quantas vezes usaste uma seringa para injectar uma droga ilegal no teu corpo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 vez</p> <p><input type="checkbox"/> 2 ou mais vezes</p>
<p>59. Nos últimos 12 meses, alguém te ofereceu, vendeu ou deu uma droga ilegal nos <u>espaços pertencentes à escola</u>?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	
<b>As próximas 8 questões referem-se ao comportamento sexual.</b>	
<p>60. Alguma vez tiveste relações sexuais?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não (vai para questão nº 68)</p>	<p>61. Que idade tinhas quando tiveste pela primeira vez uma relação sexual?</p> <p><input type="checkbox"/> 11 anos ou menos</p> <p><input type="checkbox"/> 12 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 13 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 14 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 15 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 16 anos ou mais</p>
<p>62. Durante a tua vida, com quantas pessoas tiveste relações sexuais?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 pessoa</p> <p><input type="checkbox"/> 2 pessoas</p> <p><input type="checkbox"/> 3 pessoas</p> <p><input type="checkbox"/> 4 pessoas</p> <p><input type="checkbox"/> 5 pessoas</p> <p><input type="checkbox"/> 6 ou mais pessoas</p>	<p>63. Nos últimos 3 meses, com quantas pessoas tiveste relações sexuais?</p> <p><input type="checkbox"/> Tive relações sexuais, mas não nos últimos 3 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 1 pessoa</p> <p><input type="checkbox"/> 2 pessoas</p> <p><input type="checkbox"/> 3 pessoas</p> <p><input type="checkbox"/> 4 pessoas</p> <p><input type="checkbox"/> 5 pessoas</p> <p><input type="checkbox"/> 6 ou mais pessoas</p>
<p>64. Da última vez que tiveste relações sexuais, tinhas bebido álcool ou consumido drogas antes?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	<p>65. Da última vez que tiveste relações sexuais, tu ou o teu parceiro/ parceira usaram um preservativo?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>

<p>66. Da última vez que tiveste relações sexuais, tu ou o teu parceiro/ parceira usaram algum método para evitar uma gravidez? (Assinala a (s) resposta (s) adequadas a ti)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Nenhum método foi usado para prevenir uma gravidez</li> <li><input type="checkbox"/> A pílula</li> <li><input type="checkbox"/> Preservativo</li> <li><input type="checkbox"/> Depo-provera (Pílula preventiva da gravidez injectável)</li> <li><input type="checkbox"/> Coito interrompido</li> <li><input type="checkbox"/> Algum outro método</li> <li><input type="checkbox"/> Não tenho a certeza</li> </ul>	<p>67. Quantas vezes é que ficaste grávida ou engravidaste alguém?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 0 vezes</li> <li><input type="checkbox"/> 1 vez</li> <li><input type="checkbox"/> 2 ou mais vezes</li> <li><input type="checkbox"/> Não tenho a certeza</li> </ul>
<b>As próximas 7 questões referem-se ao peso corporal.</b>	
<p>68. Como é que descreves o teu peso?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Muito baixo peso</li> <li><input type="checkbox"/> Ligeiramente baixo</li> <li><input type="checkbox"/> O peso certo</li> <li><input type="checkbox"/> Ligeiramente elevado</li> <li><input type="checkbox"/> Muito peso</li> </ul>	<p>69. O que é que estás a tentar fazer acerca do teu peso?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Perder peso</li> <li><input type="checkbox"/> Ganhar peso</li> <li><input type="checkbox"/> Manter o peso</li> <li><input type="checkbox"/> Não estou a tentar fazer nada acerca do meu peso</li> </ul>
<p>70. Nos últimos 30 dias, praticaste exercício para perder ou evitar de ganhar peso?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sim</li> <li><input type="checkbox"/> Não</li> </ul>	<p>71. Nos últimos 30 dias, comeste menos, ingeriste menos calorias, ou alimentos pobres em gordura para perder peso ou para evitar ganhar peso?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sim</li> <li><input type="checkbox"/> Não</li> </ul>
<p>72. Nos últimos 30 dias, estiveste sem comer 24 horas ou mais (também chamado jejum) para perder peso ou para evitar ganhar peso?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sim</li> <li><input type="checkbox"/> Não</li> </ul>	<p>73. Nos últimos 30 dias, tomaste algum comprimido, pós, ou líquidos sem conselho médico, para perder peso ou evitar ganhar peso (não incluas produtos para substituir refeições, como “SLIM FAST” ou “HERBALIFE”, “SKIMFORM”)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sim</li> <li><input type="checkbox"/> Não</li> </ul>
<p>74. Nos últimos 30 dias, vomitaste ou tomaste laxantes para perder peso ou para evitar ganhar peso?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sim</li> <li><input type="checkbox"/> Não</li> </ul>	

<b>As próximas 5 questões referem-se a alimentos que habitualmente comes ou bebes.</b>	
<p>75. Como é que describes o teu padrão alimentar ? (Por favor, assinala apenas uma resposta)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Como alimentos variados, incluindo produtos de origem animal</li> <li><input type="checkbox"/> Como ovos, lacticínios, peixe e frango, mas evito outras carnes</li> <li><input type="checkbox"/> Como ovos e lacticínios, mas evito todas as carnes e peixe</li> <li><input type="checkbox"/> Como ovos, mas evito lacticínios, todas as carnes e peixes</li> <li><input type="checkbox"/> Como lacticínios, mas evito ovos, todas as carnes e peixe</li> <li><input type="checkbox"/> Não como produtos de origem animal</li> <li><input type="checkbox"/> Outro</li> </ul>	<p>76. <u>Em média</u>, quantas doses de <u>fruta</u> (fresca, enlatada ou cozinhada) comes <u>por dia</u>? Não incluas sumos de fruta ou frutas secas ou cristalizadas. [Uma dose = 1 peça média, OU 2 pedaços pequenos de fruta OU meia chávena de fruta cozinhada].</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Não como fruta</li> <li><input type="checkbox"/> Menos de uma dose por dia</li> <li><input type="checkbox"/> 1 dose por dia</li> <li><input type="checkbox"/> 2 doses por dia</li> <li><input type="checkbox"/> 3 ou mais doses por dia</li> </ul>
<p>77. <u>Em média</u>, quantas doses de <u>vegetais</u> (frescos, enlatados ou congelados) comes <u>por dia</u>? Não, incluas sumos de vegetais. [Uma dose = uma batata média OU meia chávena de vegetais cozinhados OU uma chávena de salada de vegetais].</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Não como vegetais</li> <li><input type="checkbox"/> Menos de 1 dose por dia</li> <li><input type="checkbox"/> 1 dose por dia</li> <li><input type="checkbox"/> 2 doses por dia</li> <li><input type="checkbox"/> 3 doses por dia</li> <li><input type="checkbox"/> 4 ou mais doses por dia</li> </ul>	<p>78. Nos últimos 7 dias, quantos copos de leite (1 copo = 250 ml) bebeste? (Inclui o leite que bebeste em copo ou chávena, de pacote, ou com cereais).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Não bebi leite nos últimos 7 dias</li> <li><input type="checkbox"/> 1 a 3 copos nos últimos 7 dias</li> <li><input type="checkbox"/> 4 a 6 copos nos últimos 7 dias</li> <li><input type="checkbox"/> 1 copo por dia</li> <li><input type="checkbox"/> 2 copos por dia</li> <li><input type="checkbox"/> 3 copos por dia</li> <li><input type="checkbox"/> 4 ou mais copos por dia</li> </ul>
<p>79. Nos últimos 5 dias de aulas, em quantos dias é que não comeste, nem bebeste nada antes de ir para a escola?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 0 dias</li> <li><input type="checkbox"/> 1 dia</li> <li><input type="checkbox"/> 2 dias</li> <li><input type="checkbox"/> 3 dias</li> <li><input type="checkbox"/> 4 dias</li> <li><input type="checkbox"/> 5 dias</li> </ul>	
<b>As próximas 8 questões referem-se à actividade física.</b>	
<p>80. Em quantos dos últimos 7 dias praticaste exercício físico ou participaste em actividades físicas, durante pelo menos 20 minutos, em que transpiraste e ficaste com a respiração mais acelerada, tais como basquetebol, futebol, correr, nadar, andar de bicicleta rapidamente, dança rápida ou actividades de aeróbica semelhantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 0 dias</li> <li><input type="checkbox"/> 1 dia</li> <li><input type="checkbox"/> 2 dias</li> <li><input type="checkbox"/> 3 dias</li> <li><input type="checkbox"/> 4 dias</li> <li><input type="checkbox"/> 5 dias</li> <li><input type="checkbox"/> 6 dias</li> <li><input type="checkbox"/> 7 dias</li> </ul>	<p>81. Em quantos dos últimos 7 dias participaste em actividades físicas, durante pelo menos 30 minutos, que não te fizeram transpirar ou respirar mais rapidamente, tais como andar, andar calmamente de bicicleta.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 0 dias</li> <li><input type="checkbox"/> 1 dia</li> <li><input type="checkbox"/> 2 dias</li> <li><input type="checkbox"/> 3 dias</li> <li><input type="checkbox"/> 4 dias</li> <li><input type="checkbox"/> 5 dias</li> <li><input type="checkbox"/> 6 dias</li> <li><input type="checkbox"/> 7 dias</li> </ul>

<p>82. Em quantos dos últimos 7 dias é que fizeste exercício para fortalecer ou tonificar os teus músculos, tais como abdominais, flexões ou levantamento de pesos?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 dias  <input type="checkbox"/> 1 dia  <input type="checkbox"/> 2 dias  <input type="checkbox"/> 3 dias  <input type="checkbox"/> 4 dias  <input type="checkbox"/> 5 dias  <input type="checkbox"/> 6 dias  <input type="checkbox"/> 7 dias</p>	<p>83. Em geral, num dia de escola, quantas horas por dia vês televisão?</p> <p><input type="checkbox"/> Não vejo televisão nos dias em que tenho escola  <input type="checkbox"/> Menos do que 1 hora por dia  <input type="checkbox"/> 1 hora por dia  <input type="checkbox"/> 2 horas por dia  <input type="checkbox"/> 3 horas por dia  <input type="checkbox"/> 4 horas por dia  <input type="checkbox"/> 5 ou mais horas por dia</p>
<p>84. Em geral, numa semana de aulas, quantos dias vais às aulas de Educação Física?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 dias  <input type="checkbox"/> 1 dia  <input type="checkbox"/> 2 dias  <input type="checkbox"/> 3 dias  <input type="checkbox"/> 4 dias  <input type="checkbox"/> 5 dias</p>	<p>85. Em geral, numa aula de Educação Física, quantos minutos realmente gastas a realizar exercício físico ou a praticar um desporto?</p> <p><input type="checkbox"/> Não faço aulas de Educação Física  <input type="checkbox"/> Menos de 10 minutos  <input type="checkbox"/> De 10 a 20 minutos  <input type="checkbox"/> 21 a 30 minutos  <input type="checkbox"/> 31 a 40 minutos  <input type="checkbox"/> 41 a 50 minutos  <input type="checkbox"/> 51 a 60 minutos  <input type="checkbox"/> Mais de 60 minutos</p>
<p>86. Nos últimos 12 meses, em quantas equipas de desporto jogaste? (Inclui todas as equipas da escola ou comunidade).</p> <p><input type="checkbox"/> 0 equipas  <input type="checkbox"/> 1 equipa  <input type="checkbox"/> 2 equipas  <input type="checkbox"/> 3 ou mais equipas</p>	<p>87. Nos últimos 30 dias, foste visto por um Enfermeiro ou por um Médico devido a alguma lesão causada pela prática de exercício físico ou actividade desportiva?</p> <p><input type="checkbox"/> Não pratiquei exercício físico nem desportos nos últimos 30 dias.  <input type="checkbox"/> Sim  <input type="checkbox"/> Não</p>
<b>A próxima questão refere-se à Educação sobre a SIDA.</b>	
<p>88. Alguma vez foste ensinado sobre a SIDA ou VIH na Escola?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim  <input type="checkbox"/> Não  <input type="checkbox"/> Não tenho a certeza</p>	
<b>A próxima questão refere-se ao uso dos serviços de saúde dentária</b>	
<p>89. Quando foi a última vez que foste a uma consulta de dentista para fazer um exame de rotina, outro exame, limpeza de dentes, ou outro tratamento dentário?</p> <p><input type="checkbox"/> Nos últimos 12 meses  <input type="checkbox"/> Nos últimos 12 a 24 meses  <input type="checkbox"/> Há mais de 24 meses  <input type="checkbox"/> Nunca  <input type="checkbox"/> Não tenho a certeza</p>	

<p><b>As próximas 4 questões referem-se à protecção solar. Nós queremos saber o que é que fizeste no <u>último verão</u> para te protegeres do sol.</b></p>	
<p>90. Com que frequência é que usaste protector solar quando estiveste ao ar livre no último verão?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Algumas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Frequentemente</p> <p><input type="checkbox"/> Sempre</p>	<p>91. Com que frequência usaste chapéu para prevenir queimaduras do sol no último verão?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Algumas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Frequentemente</p> <p><input type="checkbox"/> Sempre</p>
<p>92. Com que frequência é que usaste roupa para te protegeres de queimaduras do sol?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Algumas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Frequentemente</p> <p><input type="checkbox"/> Sempre</p>	<p>93. Com que frequência é que usaste uma sombra para te protegeres de queimaduras do sol?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Algumas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Frequentemente</p> <p><input type="checkbox"/> Sempre</p>
<p><b>E finalmente:</b></p>	
<p>94. Gostaríamos que nos disseses o quanto apreciaste responder a este questionário.</p> <p><input type="checkbox"/> Gostei das questões e ficaria satisfeito por voltar a responder novamente</p> <p><input type="checkbox"/> Foi normal, não me importaria de responder novamente</p> <p><input type="checkbox"/> Foi normal, não gostaria de responder novamente</p> <p><input type="checkbox"/> Foi muito mau, odiaria voltar a responder</p>	

**Isto é o fim do questionário.**

**Se estas questões te deixaram preocupado e se quiseres falar com alguém, lembra-te que poderás falar com a Psicóloga da Escola, que é também a responsável por esta investigação.**

**Muito obrigada pela tua colaboração.**

**ANEXOS 2**  
Consentimento informado dos Pais e Encarregados de Educação

**CONSENTIMENTO INFORMADO AOS PAIS E  
ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO**

No âmbito da realização de um estudo sobre comportamentos de saúde, comportamentos de risco e o envolvimento dos Jovens com a Escola, a realizar pela Psicóloga do Serviço de Psicologia e Orientação da Escola Secundária Francisco de Holanda, será administrado um questionário a alunos que se encontrem a frequentar o Ensino Secundário durante o ano lectivo 2007/2008.

A Psicóloga Olga Teresa R. P. F. Mendes dos Santos irá realizar esta investigação sob orientação da Professora Doutora Isabel Silva, docente da Faculdade de Psicologia da Universidade Fernando Pessoa.

Por tal motivo solicitamos que autorize o seu educando, caso este se disponibilize, a participar nesta investigação.

As respostas são rigorosamente confidenciais, restritas à equipa responsável pelo estudo pelo que será pedido ao seu educando que não deve escrever o seu nome em qualquer folha do questionário, de forma a ser garantido o anonimato.

**A FIM DE DAR CUMPRIMENTO A UM CALENDÁRIO PARA A ADMINISTRAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS, PEDE-SE QUE DEVOLVA ESTE SEU CONSENTIMENTO NO PRAZO DE UMA SEMANA.**

Eu \_\_\_\_\_, Encarregado

de Educação do Educando: \_\_\_\_\_,

aluno do \_\_\_\_\_ ano, n.º \_\_\_\_\_ turma \_\_\_\_\_, autorizo que este participe no presente estudo.

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASSINATURA DO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO:

\_\_\_\_\_

### **ANEXOS 3**

Consentimento dos autores das duas versões do questionário

YRBS

Página Web 1 de 2

### Pessoa Santos

---

**De:** Rob McGee [rob.mcgee@stonebow.otago.ac.nz]  
**Enviado:** terça-feira, 19 de Junho de 2007 0:50  
**Para:** Pessoa Santos  
**Assunto:** Re: YRBS - Olga Santos  
**Importância:** Alta

Hello Olga,

thanks for your email about the YRBS. I noted that you wanted to adapt it to the Portuguese population. We slightly adapted the US version of the questionnaire. In fact, the original survey is an American questionnaire used in national studies of American young people. So it may be better for you to contact the US authors for any authorisation to change it. I'm not sure we can "authorise" use of the questionnaire. We would be happy for you to adapt any of the questions we came up with for school engagement and so on (Q3-16).

The reference we found for the YRBS was:

Kann, L. (2001). The Youth Risk Behavior Surveillance System: measuring health-risk behaviors. American Journal of Health Behavior, 25: 272-277.

If you go to this website: <http://www.cdc.gov/healthyyouth/yrbs/>

you should be able to contact the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (email is CDC-INFO@cdc.gov) "Healthy Youth" section. I would ask them and they may be able to provide you with some additional help.

Q92, referred to any type of shade like an umbrella, tree shade and so on. The use of a sunhat was asked in Q90 and clothing Q91.

I hope this helps.

best wishes

rob

Dear Mr. McGee,

I'm Olga Santos, a Portuguese Master Degree student, who you sent a hard copy of YRBS a few months ago.

I would like to adapt YRBS to the Portuguese population but for to do it I need your formal authorization.

I will be very grateful to you if you allow me to adapt it because will be a very important contribution on my research.

19-06-2007

Página Web 2 de 2

I've had a doubt in question 92 where is written "How often did you use shade to protect yourself from sunburn?", what means to you shade? Is a hat, a shadow, or an umbrella?

I'll appreciate if you help me clarify it in order to do a right translation.

I'm looking forward for your answer.

Best regards,

Olga Santos

--

Rob McGee, PhD  
Associate Professor in Health Promotion,  
Head of Department,  
Department of Preventive & Social Medicine,  
University of Otago Medical School,  
Box 913 Dunedin,  
New Zealand.

phone (03) 479 7243

fax (03) 479 7298

<http://www.otago.ac.nz/dsm/psm>

19-06-2007

Página Web 1 de 2

## Pessoa Santos

**De:** Kann, Laura K. (CDC/CCHP/NCCDPHP) [lkk1@CDC.GOV]  
**Enviado:** segunda-feira, 30 de Julho de 2007 12:44  
**Para:** Pessoa Santos  
**Assunto:** RE: YRBSS

Olga - You can find information about the psychometric properties of the YRBS questionnaire by going to the YRBS website - [www.cdc.gov/yrebs](http://www.cdc.gov/yrebs) - and clicking on Methodology of the YRBS. You may also look in the list of MMWR's, reports, and journal articles which is the next link down on the same page. Since the YRBS questionnaire is on the internet and can be used by anyone we do not keep track of its use. Internationally - we actually support the Global School-based Student Health Survey - information about it - including participating countries can be found at [www.cdc.gov/gshs](http://www.cdc.gov/gshs). Good luck with your project.

Laura

---

**From:** Pessoa Santos [mailto:peessoasantos@sapo.pt]  
**Sent:** Saturday, July 28, 2007 12:05 PM  
**To:** Kann, Laura K. (CDC/CCHP/NCCDPHP)  
**Subject:** RE: YRBSS  
**Importance:** High

Dear Ms Kann,

In this moment I'm working on the adaptation of the YRBS-2001 to the Portuguese youth population. I need to know the Psychometrics features (validity and fidelity) of this instrument. Could you help me to find a way in order to have this information?

I know that other Countries have adapted the YRBS-2001 and I need know which these Countries are in order to list them in my report. Where can I find a list of these Countries?

Thank you very much.

Best regards,

Olga Santos

-----Mensagem original-----

**De:** Kann, Laura K. (CDC/CCHP/NCCDPHP) [mailto:lkk1@CDC.GOV]  
**Enviada:** sábado, 23 de Junho de 2007 16:35  
**Para:** Pessoa Santos  
**Assunto:** RE: YRBSS

No permission is necessary - it is a public document.

There is also an international version of the YRBS called the Global School-based Student Health Survey (GSHS). It is sponsored by WHO. You can learn about it at [www.cdc.gov/gshs](http://www.cdc.gov/gshs).

Laura

---

**From:** Pessoa Santos [mailto:peessoasantos@sapo.pt]  
**Sent:** Saturday, June 23, 2007 3:57 AM  
**To:** Kann, Laura K. (CDC/CCHP/NCCDPHP)  
**Subject:** YRBSS  
**Importance:** High

Dear Ms. Kann,

06-08-2007

Página Web 2 de 2

I'm Olga Santos, a Portuguese Master Degree student in a Portuguese University, named Fernando Pessoa in Porto.

I'm a Psychologist and I have worked with young students since 1987 in High Schools.

At the moment I'm working in a research with young student population and I would like to adapt YRBSS questionnaire to the Portuguese population, but for to do it I need your formal authorization, as the author.

I will be very grateful to you if you allow me to adapt it because will be a very important contribution on my research.

If you need other information, please don't hesitate to contact me by e-mail.

I'm looking forward for your answer.

Best regards,  
Olga Santos

06-08-2007