



**ESTILOS DE VIDA NA ADOLESCÊNCIA:  
DE NECESSIDADES EM SAÚDE  
À INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM**

MARIA MARGARIDA DA SILVA REIS DOS SANTOS FERREIRA

Dissertação de doutoramento em Ciências de Enfermagem

2008



MARIA MARGARIDA DA SILVA REIS DOS SANTOS FERREIRA

**ESTILOS DE VIDA NA ADOLESCÊNCIA:  
DE NECESSIDADES EM SAÚDE  
À INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM**

Dissertação de Candidatura ao grau de Doutor  
em Ciências de Enfermagem, submetida ao  
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar  
da Universidade do Porto.

Orientador – Doutora Maria Constança Leite de  
Freitas Paúl Reis Torgal

Categoria – Professor Catedrático

Afiliação – Instituto de Ciências Biomédicas  
Abel Salazar da Universidade do Porto





Aos meus pais  
Ao Zé e à Ritinha



Teu corpinho adolescente cheira a princípio do mundo.  
Ainda está por soprar a brisa que há-de agitar a tua seara.  
Ainda está por romper a seara que há-de rasgar o teu solo fecundo.  
Ainda está por arrotear o solo que há-de sorver a água clara.  
Ainda está por ascender a nuvem que há-de chover a tua chuva.  
Ainda está por arder o sol que há-de evaporar a água da tua nuvem.  
Mas tudo te espera desde o princípio do mundo:  
a doce brisa, a verde seara, o solo fecundo.  
Tudo te espera desde o princípio de tudo:  
a água clara, a fofa nuvem, o sol agudo.  
Tu sabes, tu sabes tudo.  
Tu és como a doce brisa, a verde seara e o solo fecundo  
que sabem tudo desde o princípio do mundo.  
Tu és como a água clara, a fofa nuvem e o sol agudo  
que desde o princípio do mundo sabem tudo.  
O teu cabelo sabe que há-de crescer  
e que há-de ser louro.  
As tuas lágrimas sabem que hão-de correr  
nas horas do choro.  
Os teus peitos sabem que hão-de estremecer  
no dia do riso.  
O teu rosto sabe que há-de enrubescer  
quando for preciso.  
Quando te sentires perdida  
fecha os olhos e sorri.  
Não tenhas medo da Vida  
que a Vida vive por si.  
Tu és como a doce brisa, a verde seara e o solo fecundo  
que sabem tudo desde o princípio do mundo.  
Tu és como a água clara, a fofa nuvem e o sol agudo.  
A tua inocência sabe tudo.

António Gedeão  
Rosa branca ao peito  
*Teatro do Mundo*, 1958



# RESUMO

A adolescência é um tempo de exploração, descobertas e escolhas. Alguns dos comportamentos adoptados durante esta fase podem pôr em risco a saúde e a vida do indivíduo e estão ainda associados com a morbilidade e mortalidade na idade adulta. Entre eles incluem-se a alimentação não equilibrada, um padrão de sono desadequado, a ausência de actividade física ou actividade em grau reduzido, o consumo de tabaco e álcool, e comportamentos sexuais de risco.

O trabalho que conduziu a esta dissertação incluiu dois estudos, um exploratório e outro quase-experimental. O primeiro teve como objectivo nuclear analisar os estilos de vida e os comportamentos de risco dos adolescentes do ensino secundário, e o segundo avaliar em que medida as acções de educação para a saúde, desenhadas e estruturadas para adolescentes e realizadas por profissionais de saúde, são eficazes na aquisição de conhecimentos e na mudança de atitude e comportamentos dos participantes.

Os dados do estudo exploratório foram colhidos através de um questionário construído para o efeito e os do quase-experimental pelo mesmo questionário e por um teste de avaliação de conhecimentos. A amostra do estudo exploratório compreendeu 680 adolescentes do ensino secundário, provenientes de um grupo de cinco escolas do distrito do Porto. A do quase-experimental incluiu 140 adolescentes no grupo experimental e 178 no de controlo, provenientes de duas instituições pertencentes àquele grupo.

Os resultados obtidos tornam evidente que muitos sujeitos se envolvem em comportamentos de risco e que estes coexistem frequentemente. Verificou-se ainda que o género, a idade, o ano de escolaridade, os pares e a família, estão significativamente associados a muitos dos comportamentos de risco identificados. Por fim, concluiu-se que as acções de educação de curta duração para a saúde, desenhadas, estruturadas e desenvolvidas com base nas necessidades identificadas, são eficazes na aquisição de conhecimentos e na mudança de algumas atitudes e comportamentos.

Os resultados apresentados pretendem contribuir para um conhecimento mais aprofundado dos estilos de vida dos adolescentes do ensino secundário e identificar as intervenções de enfermagem adequadas à promoção da saúde neste escalão etário.



# ABSTRACT

Adolescence is a period of exploration, discovery and choice. Besides endangering health and life, some behaviours adopted during this period are also associated to morbidity and mortality during adult life. Prominent among them are poor eating habits, sleep disorders, insufficient physical activity, alcohol and tobacco consumption, and sexual risk behaviours.

The research work supporting this dissertation included an exploratory study and a quasi-experimental study. The objective of the former was to analyse life styles and risk behaviours of high-school adolescents. The objective of the latter was to evaluate the efficacy of health education actions, designed and structured for adolescents and delivered by health care professionals, in what concerns the acquisition of knowledge and of healthy attitudes and behaviours.

The data underlying the exploratory study was gathered through our own custom questionnaire. The quasi-experimental study used the same questionnaire and also a test that was developed to assess the adolescents concerning their knowledge prior to participating in this project. The exploratory study sample comprised 680 high-school adolescents from a group of five schools in the Porto district. The quasi-experimental sample comprised 140 adolescents in the experimental group and 178 in the control group, from two schools belonging to the same group.

Our results bring into evidence that many individuals incur into various sorts of risk behaviours, which frequently co-exist. We also concluded that gender, age, school year, peers and family, are significantly associated to several of those risk behaviours. Finally, our findings show that short duration health education actions, designed, structured and developed in accordance with the identified adolescent needs, are effective in what concerns the acquisition of knowledge and of healthy attitudes and behaviours.

The results of this work contribute to a better knowledge of high-school adolescents' life styles and help to identify what nursing strategies are adequate to promote health within this age group.





# RÉSUMÉ

L'adolescence est un temps d'exploration, découverte et choix. Quelques uns des comportements adoptés pendant cette période peuvent mettre en danger la santé et la vie de l'individu, et être associés à la morbidité et à la mortalité à l'âge adulte. Entre eux s'incluent l'alimentation non équilibré, les habitudes de sommeil inconvenables, la réduite activité physique ou même son absence, la consommation de tabac et d'alcool, et les comportements sexuels à risque.

Le travail qui a conduit à cette dissertation a compris deux études, l'un exploratoire et l'autre presque expérimental. Le premier a eu pour objectif central l'analyse des styles de vie et des comportements à risque des adolescents de l'enseignement secondaire, et le second l'évaluation de l'efficacité des actions de éducation pour la santé, créées et structurées pour adolescents et menés par professionnels, dans la acquisition des connaissances et dans le changement des attitudes et comportements des participants.

Les données de l'étude exploratoire ont été recueillies au moyen d'un questionnaire construit à cet effet et ceux de l'étude presque expérimental moyennant le même questionnaire et un test de évaluation de connaissances. L'échantillon de l'étude exploratoire a compris 680 adolescents du secondaire fréquentant un group de cinq écoles de la région de Porto. Celle du presque expérimental a compris 140 adolescents dans le group expérimental e 178 dans celui de contrôle, tous provenant de deux institutions appartenant au même group.

Les résultats obtenus rendent évident que beaucoup de sujets s'engagent dans des comportements à risque, et que ceux coexistent fréquemment. Ils montrent en plus que genre, âge, année de scolarité, pairs et famille sont significativement associés à beaucoup de comportements à risque identifiés. Finalement, que les actions de courte durée de éducation pour la santé, créées, structurés et développées sur base des besoins identifiés, sont efficaces dans l'acquisition de connaissances et dans le changement de quelques unes des attitudes et comportements.

Les conclusions présentés visent à contribuer à une connaissance plus approfondie des styles de vie des adolescents de l'enseignement secondaire et identifier les soins d'infirmiers convenables à la promotion de la santé en ce qui concerne cet échelon d'âge.



# AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Constança Paúl, pelo acompanhamento e orientação dados à realização deste estudo.

Ao Professor Doutor João Amado, meu orientador inicial, pelo apoio e orientação na elaboração do projecto de doutoramento.

À Professora Doutora Isabel Menezes, pela paciência e disponibilidade que teve em me ouvir e pelo apoio incondicional, pelos momentos de discussão que proporcionou e pela sua amizade.

Às Dr.<sup>as</sup> Ana Teodoro e Paula Prata, pela sua disponibilidade, amizade e colaboração.

À Universidade de Växjö, na pessoa do Professor Doutor Björn Albin, pelo acesso que me concederam à sua base de dados, contributo inestimável para a realização deste trabalho.

A todos os adolescentes que tornaram possível a realização do trabalho, muito em particular aos do grupo de experimental, pelo interesse, motivação e avaliação tão positiva que fizeram da intervenção realizada e pela confiança que ainda hoje demonstram, continuando a procurar-me para lhes esclarecer dúvidas.

Aos Conselhos Executivos e aos professores das escolas que participaram no estudo, por autorizarem e facilitarem a realização do trabalho, muito em particular às Dr.<sup>as</sup> Luísa Pereira e Isabel Lourenço, Presidente e Vice-presidente do Conselho Executivo da escola onde se realizou o estudo quase-experimental. À Dr.<sup>a</sup> Teresa Gomes, pelo acompanhamento que deu à sua turma, pelo debate que proporcionou e pelo interesse que demonstrou no aprofundar das temáticas apresentadas.

À minha família, pelas muitas horas de convívio e apoio que lhes subtraí, pelo interesse que demonstraram e pelo ânimo que me deram. Em particular ao meu pai, pelo estímulo à realização deste trabalho, e ao meu marido e à minha filha, pelo estímulo e incentivo constantes.

Por fim, a todos os que directa ou indirectamente tornaram possível este trabalho e que não mencionei, aqui ficam os meus agradecimentos.



# LISTA DE ACRÓNIMOS

APE:	Associação Portuguesa de Enfermeiros
APF:	Associação para o Planeamento da Família
CAJ:	Centro de Atendimento de Jovens
CCE:	Comissão das Comunidades Europeia
CIPE:	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CNP:	Classificação Nacional de Profissões
CNSI:	Comissão Nacional de Saúde Infantil
CS:	Centro de Saúde
DGS:	Direcção Geral de Saúde
DST:	Doenças sexualmente transmissíveis
DP:	Desvio padrão
ESPAD:	<i>European School Survey Project on Alcohol and other Drugs</i>
FAO:	<i>Food and Agriculture Organization</i>
FCNAUP:	Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto
GL:	Graus de liberdade
IGIF:	Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde
ICN:	<i>International Council of Nurses</i>
IMC:	Índice de massa corporal
INIC:	Instituto Nacional de Investigação Científica
IST:	Infecção sexualmente transmissível
MS:	Ministério da Saúde
NCSDR:	<i>National Center on Sleep Disorders Research</i>
OEDT:	Observatório Europeu da Droga e Toxicodependência
SIDA:	Síndrome de imunodeficiência adquirida
SPSS:	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
WHO:	<i>World Health Organization</i>



# ÍNDICE

<b>1.</b>	<b>Introdução .....</b>	<b>1</b>
<b>2.</b>	<b>Adolescência: limites e desenvolvimento.....</b>	<b>5</b>
<b>3.</b>	<b>Estilos de vida e comportamentos de risco na adolescência.....</b>	<b>21</b>
	3.1. Hábitos de sono.....	27
	3.2. Alimentação na adolescência .....	31
	3.3. Actividade física e hábitos sedentários na adolescência.....	40
	3.4. Consumo de tabaco.....	47
	3.5. Consumo de álcool .....	51
	3.6. Sexualidade na adolescência .....	55
<b>4.</b>	<b>Educação para a saúde: uma intervenção de enfermagem .....</b>	<b>67</b>
<b>5.</b>	<b>Desenho do estudo.....</b>	<b>83</b>
	5.1. Objectivos e hipóteses do estudo exploratório.....	86
	5.2. Objectivos e hipóteses do estudo quase-exploratório .....	94
	5.3. Procedimento .....	94
	5.4. Operacionalização das variáveis .....	100
	5.5. Tratamento estatístico .....	108
<b>6.</b>	<b>Resultados.....</b>	<b>111</b>
	6.1. Resultados do estudo exploratório .....	111
	6.1.1. Caracterização da amostra .....	111
	6.1.2. Padrão de sono dos adolescentes .....	116
	6.1.3. Hábitos alimentares .....	128
	6.1.4. Opinião dos adolescentes sobre a sua imagem corporal .....	154
	6.1.5. Hábitos de actividade e inactividade física .....	163
	6.1.6. Hábitos tabágicos .....	170
	6.1.7. Hábitos de consumo de bebidas alcoólicas.....	176

6.1.8.	Comportamento sexual.....	184
6.1.9.	Temáticas abordadas durante o tempo de escola .....	197
6.2.	Resultados do estudo quase experimental .....	200
6.2.1.	Caracterização da amostra do estudo quase experimental .....	201
6.2.2.	Avaliação de conhecimentos .....	205
6.2.3.	Hábitos alimentares.....	208
<b>7.</b>	<b>Discussão.....</b>	<b>213</b>
7.1.	Padrão de sono dos adolescentes .....	213
7.2.	Hábitos alimentares.....	217
7.3.	Opinião dos adolescentes sobre a sua imagem corporal.....	224
7.4.	Hábitos de actividade e inactividade física .....	227
7.5.	Hábitos tabágicos.....	230
7.6.	Hábitos de consumo de bebidas alcoólicas .....	233
7.7.	Comportamento sexual .....	237
7.8.	Estudo quase-experimental.....	244
<b>8.</b>	<b>Conclusão.....</b>	<b>247</b>
<b>9.</b>	<b>Referências bibliográficas .....</b>	<b>253</b>

## **ANEXOS**

**Anexo 1: Questionário – Estilos de vida na adolescência**

**Anexo 2: Teste de avaliação de conhecimentos – Alimentação e sexualidade na adolescência**

**Anexo 3: Parecer da Comissão Nacional de Protecção de Dados**

**Anexo 4: Apresentações realizadas nas sessões de educação para a saúde**



# ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Maturação física das raparigas e dos rapazes.....	7
<b>Tabela 2:</b> Compar. entre o pensamento da criança e o pensamento do adolescente.....	9
<b>Tabela 3:</b> Estádios de desenvolvimento moral de Kohlberg .....	13
<b>Tabela 4:</b> Relação entre as variáveis independentes e dependentes relativamente aos hábitos de sono dos adolescentes.....	87
<b>Tabela 5:</b> Relação entre as variáveis independentes e dependentes relativamente aos hábitos alimentares dos adolescentes.....	88
<b>Tabela 6:</b> Relação entre as variáveis independentes e dependentes relativamente ao IMC dos adolescentes, realização de dieta e opinião sobre a adequação do peso à altura .....	89
<b>Tabela 7:</b> Relação entre as variáveis independentes e dependentes relativamente à prática de actividade física e ao tempo gasto a ver TV ou com o computador / <i>playstation</i> .....	90
<b>Tabela 8:</b> Relação entre as variáveis independentes e dependentes relativamente ao hábito de consumo de tabaco.....	91
<b>Tabela 9:</b> Relação entre as variáveis independentes e dependentes relativamente ao consumo de álcool dos adolescentes .....	92
<b>Tabela 10:</b> Relação entre as variáveis independentes e dependentes relativamente ao comportamento sexual dos adolescentes.....	93
<b>Tabela 11:</b> Distribuição de frequências absolutas e relativas dos adolescentes por classes de idades .....	112
<b>Tabela 12:</b> Distribuição dos adolescentes por género e ano de escolaridade .....	113
<b>Tabela 13:</b> Profissões exercidas pelos pais dos adolescentes .....	115
<b>Tabela 14:</b> Habilitações literárias dos pais .....	116

<b>Tabela 15:</b> Horas a que se deitam os adolesc. durante a semana e fim-de-semana ....	118
<b>Tabela 16:</b> Horas a que se levantam os adolesc. durante a semana e fim-de-semana.	119
<b>Tabela 17:</b> Resultados do teste t relativamente às horas que os adolescentes se deitam durante a semana e o fim-de-semana.....	120
<b>Tabela 18:</b> Resultados do teste t relativamente às horas que os adolescentes se levantam durante a semana e o fim-de-semana .....	120
<b>Tabela 19:</b> Resultados do teste de Mann-Whitney relativamente ao número de horas que os adolescentes dormem durante a semana em função do género .....	120
<b>Tabela 20:</b> Número de horas que os adolescentes dormem à semana e ao fim-de-semana em função do género, idade, ano de escolaridade e habilitações literárias dos pais.....	122
<b>Tabela 21:</b> Resultados do teste t relativamente às horas que os adolescentes se deitam durante a semana em função do género.....	122
<b>Tabela 22:</b> Resultados do teste t relativamente às horas que os adolescentes se deitam durante a semana em função da idade .....	123
<b>Tabela 23:</b> Comparação da hora a que se deitam os adolescentes durante a semana, em função do ano de escolaridade – resultados do teste One-Way Anova.....	123
<b>Tabela 24:</b> Resultados do teste t relativamente às horas que os adolescentes se levantam durante a semana em função do género .....	124
<b>Tabela 25:</b> Resultados do teste t relativamente às horas que os adolescentes se levantam durante a semana em função da idade.....	125
<b>Tabela 26:</b> Comparação da hora a que se levantam os adolescentes durante a semana, em função do ano de escolaridade – resultados do teste One-Way Anova...	125
<b>Tabela 27:</b> Resultados do teste t relativamente às horas que os adolescentes se deitam ao fim-de-semana em função do género.....	126
<b>Tabela 28:</b> Resultados do teste t relativamente às horas que os adolescentes se deitam ao fim-de-semana em função da idade .....	126

<b>Tabela 29:</b> Resultados do teste t relativamente às horas que os adolescentes se levantam ao fim-de-semana em função do género.....	127
<b>Tabela 30:</b> Hora a que se levantam os adolescentes ao fim-de-semana, em função das habilitações literárias dos pais – resultados do teste One-Way Anova .....	127
<b>Tabela 31:</b> Número de refeições que os adolescentes fazem por dia em função do género, idade, ano de escolaridade e habilitações literárias dos pais.....	129
<b>Tabela 32:</b> Pequeno-almoço – Onde.....	131
<b>Tabela 33:</b> Pequeno-almoço – Com quem .....	131
<b>Tabela 34:</b> Alimentos que os adolescentes ingerem diariamente ao meio da manhã ....	133
<b>Tabela 35:</b> Lanche – Onde.....	134
<b>Tabela 36:</b> Lanche – Com quem .....	134
<b>Tabela 37:</b> Alimentos que os adolescentes ingerem diariamente à ceia.....	135
<b>Tabela 38:</b> Consumo diário de lacticínios, cereais e derivados, fruta, carnes, pescado e ovos, hortícolas e leguminosas .....	136
<b>Tabela 39:</b> Resultados do teste t relativamente à quantidade de água que os adolescentes bebem em função do género .....	138
<b>Tabela 40:</b> Ingestão diária de água em função do género.....	139
<b>Tabela 41:</b> Ingestão diária de doces.....	139
<b>Tabela 42:</b> Resultados do teste t relativamente ao consumo diário de doces em função da idade dos adolescentes.....	140
<b>Tabela 43:</b> Anova One-Way: Comparação dos adolescentes do 10 <sup>o</sup> , 11 <sup>o</sup> e 12 <sup>o</sup> ano de escolaridade no consumo diário de doces.....	140
<b>Tabela 44:</b> Regularidade na ingestão de chocolates, rebuçados, chicletes e gomas ....	141
<b>Tabela 45:</b> Consumo de refrigerantes .....	141
<b>Tabela 46:</b> Resultados do teste Mann-Whitney relativamente ao consumo de refrigerantes em função do género.....	142

<b>Tabela 47:</b> Resultados do teste de Kruskal-Wallis e de Mann-Whitney, com a correcção de Bonferroni, relativamente ao consumo de refrigerantes em função do ano de escolaridade .....	142
<b>Tabela 48:</b> Consumo de sumos de pacote.....	143
<b>Tabela 49:</b> Resultados do teste de Kruskal-Wallis e de Mann-Whitney, com a correcção de Bonferroni, relativamente ao consumo de sumos de pacote em função do ano de escolaridade.....	143
<b>Tabela 50:</b> Resultados do teste Mann-Whitney relativamente ao consumo de maionese em função da idade .....	145
<b>Tabela 51:</b> Resultados do teste de Kruskal-Wallis e de Mann-Whitney, com a correcção de Bonferroni, relativamente ao consumo de maionese em função do ano de escolaridade .....	146
<b>Tabela 52:</b> Resultados do teste de Kruskal-Wallis e de Mann-Whitney, com a correcção de Bonferroni, relativamente ao consumo de maionese em função das habilitações literárias dos pais .....	146
<b>Tabela 53:</b> Resultados do teste Mann-Whitney relativamente ao consumo de fritos em função do género.....	147
<b>Tabela 54:</b> Resultados do teste de Kruskal-Wallis e de Mann-Whitney, com a correcção de Bonferroni, relativamente ao consumo de fritos em função do ano de escolaridade .....	148
<b>Tabela 55:</b> Resultados do teste Mann-Whitney relativamente ao consumo de enchidos em função do género .....	149
<b>Tabela 56:</b> Resultados do teste Mann-Whitney relativamente à quantidade de café que os adolescentes bebem em função do género.....	150
<b>Tabela 57:</b> Preferências sobre a forma de confecção dos alimentos .....	151
<b>Tabela 58:</b> Resultados do teste Mann-Whitney relativamente à preferência de fritos como forma de confecção de alimentos em função do género .....	151
<b>Tabela 59:</b> Resultados do teste Mann-Whitney relativamente à preferência de assados como forma de confecção de alimentos em função do género.....	151

<b>Tabela 60:</b> Correlações de Spearman relativamente à preferência sobre a forma de confecção de alimentos em função das habilitações literárias dos pais.....	152
<b>Tabela 61:</b> Resultados do teste Mann-Whitney relativamente ao IMC em função do género .....	156
<b>Tabela 62:</b> Resultados do teste Mann-Whitney relativamente ao tempo total de prática de actividade física em função do género.....	165
<b>Tabela 63:</b> Anova One-Way: Comparação dos adolescentes do 10º, 11º e 12º ano de escolaridade quanto ao n.º de horas que vêm de TV durante a semana .....	167
<b>Tabela 64:</b> Resultados do teste t relativamente ao número de horas de TV que, os adolescentes vêm durante o fim-de-semana em função da idade .....	167
<b>Tabela 65:</b> Resultados do teste t relativamente ao número de horas que os adolescentes passam no computador e/ou <i>playstation</i> durante a semana, em função do género .....	169
<b>Tabela 66:</b> Resultados do teste t relativamente ao número de horas que os adolescentes passam no computador e/ou <i>playstation</i> durante o fim-de-semana em função do género .....	169
<b>Tabela 67:</b> Resultados do teste Mann-Whitney relativamente à idade com que os adolescentes começaram a fumar em função do género.....	174
<b>Tabela 68:</b> Bebidas alcoólicas consumidas pelos adolescentes.....	178
<b>Tabela 69:</b> Locais onde bebem .....	178
<b>Tabela 70:</b> Bebidas alcoólicas ingeridas pelos adolescentes na semana anterior à participação no estudo .....	180
<b>Tabela 71:</b> Resultados do teste t relativamente à quantidade de álcool que beberam na semana anterior à participação no estudo, em função do género.....	181
<b>Tabela 72:</b> Resultados do teste Mann-Whitney relativamente à idade do adolescente na primeira relação sexual, em função do género .....	186
<b>Tabela 73:</b> Frequência das relações sexuais em função do género .....	189
<b>Tabela 74:</b> Número de parceiros sexuais .....	191

<b>Tabela 75:</b> Resultados do teste Mann-Whitney relativamente ao número de parceiros sexuais, em função do género .....	191
<b>Tabela 76:</b> Conhecimento dos pais sobre a vida sexual dos adolescentes .....	193
<b>Tabela 77:</b> Abordagem das temáticas em estudo durante o tempo de escola .....	198
<b>Tabela 78:</b> Locais onde os adolescentes receberam formação/informação sobre as temáticas em estudo .....	198
<b>Tabela 79:</b> Participação dos profissionais de saúde na formação/informação sobre as temáticas em estudo .....	199
<b>Tabela 80:</b> Caracterização sócio-demográfica do grupo experimental e de controlo.....	202
<b>Tabela 81:</b> Distribuição dos adolescentes, do grupo experimental, por ano de escolaridade em função do género e da idade.....	203
<b>Tabela 82:</b> Distribuição dos adolescentes do grupo de controlo por ano de escolaridade, em função do género e da idade.....	205

# ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Fórmula de cálculo da ingestão de laticínios ao pequeno-almoço e ceia....	103
<b>Quadro 2:</b> Fórmula de cálculo da ingestão de cereais ao pequeno-almoço, meio da manhã, lanche e ceia .....	103
<b>Quadro 3:</b> Fórmula de cálculo da ingestão de lact. ao meio da manhã e ao lanche.....	104
<b>Quadro 4:</b> Fórmula de cálculo da ingestão de doces ao pequeno-almoço, meio da manhã, lanche e ceia .....	105
<b>Quadro 5:</b> Fórmula de cálculo da ingestão de enchidos, fritos, sumos de pacote e refrigerantes .....	107
<b>Quadro 6:</b> Idade dos adolescentes por sexo .....	111
<b>Quadro 7:</b> Guloseimas que os adolescentes comem .....	140
<b>Quadro 8:</b> Regularidade com que comem <i>fast-food</i> .....	144
<b>Quadro 9:</b> Regularidade com que comem batatas fritas de pacote, rissóis, croquetes ou outro tipo de salgados fritos.....	147
<b>Quadro 10:</b> Regularidade no consumo de enchidos .....	148
<b>Quadro 11:</b> Valores mínimo e máximo, média e desvio padrão do peso.....	154
<b>Quadro 12:</b> Valores mínimo e máximo, média e desvio padrão da altura.....	155
<b>Quadro 13:</b> IMC dos adolescentes .....	155
<b>Quadro 14:</b> Opinião dos adolescentes sobre a adequação do seu peso à sua altura em função do género e do IMC .....	157
<b>Quadro 15:</b> Satisfação com a forma física em função do IMC e do género.....	158
<b>Quadro 16:</b> Razões apontadas pelos adolescentes para a satisfação ou insatisfação com a forma física.....	159
<b>Quadro 17:</b> Razões apontadas pelos adolescentes para fazerem dieta.....	162

<b>Quadro 18:</b> Tipos de actividade física que os adolescentes praticam.....	164
<b>Quadro 19:</b> Percentagem de adolesc. que vêem TV à semana e ao fim-de-semana ...	165
<b>Quadro 20:</b> Percentagem de adolescentes que usam o computador e/ou <i>playstation</i> à semana e ao fim-de-semana.....	168
<b>Quadro 21:</b> Idade com que começaram a fumar.....	172
<b>Quadro 22:</b> Motivos que levaram os adolescentes a começar a fumar.....	172
<b>Quadro 23:</b> Motivos que levaram os adolescentes a recomeçar a fumar.....	173
<b>Quadro 24:</b> Quais os familiares com quem habitam que fumam.....	174
<b>Quadro 25:</b> Consumo de bebidas alcoólicas em função do hábito de fumar.....	179
<b>Quadro 26:</b> Motivos referidos pelos adolescentes para não quererem deixar de consumir bebidas alcoólicas.....	182
<b>Quadro 27:</b> Idade com que tiveram a primeira relação sexual.....	185
<b>Quadro 28:</b> Idade na primeira relação sexual em função do género.....	186
<b>Quadro 29:</b> Razões apontadas pelos adolescentes para não usarem anticoncepcionais na primeira relação sexual .....	187
<b>Quadro 30:</b> Quem aconselhou o método anticoncepcional utilizado na primeira relação sexual .....	188
<b>Quadro 31:</b> Razões que presidiram à escolha dos métodos anticoncepcionais.....	190
<b>Quadro 32:</b> Opiniões dos inquiridos sobre a forma como os pais aceitam a sua actividade sexual .....	194
<b>Quadro 33:</b> Idade dos adolescentes, que integraram o grupo experimental, média, mediana, moda e desvio padrão .....	201
<b>Quadro 34:</b> Idade dos adolescentes, que integraram o grupo controlo, média, mediana, moda e desvio padrão.....	203
<b>Quadro 35:</b> Conhecimentos dos adolescentes, do grupo experimental e de controlo, sobre alimentação e sexualidade, no momento do pré-teste.....	206



<b>Quadro 36:</b> Conhecimentos dos adolescentes, do grupo experimental e de controlo, sobre alimentação e sexualidade, no momento do pós-teste .....	207
<b>Quadro 37:</b> Médias e desvios padrão dos conhecimentos no pós-teste.....	207
<b>Quadro 38:</b> Médias e desvios padrão dos conhecimentos no grupo experimental .....	208
<b>Quadro 39:</b> Médias e erros padrão dos comportamentos alimentares nos dois grupos, antes e depois da intervenção.....	209
<b>Quadro 40:</b> N.º de refeições por dia nos dois grupos, antes e depois da intervenção ...	209
<b>Quadro 41:</b> Refeições que ingerem antes do almoço nos dois grupos pré e pós-intervenção.....	210
<b>Quadro 42:</b> Média e erros padrão do consumo de guloseimas, refrigerantes e sumos de pacote para os grupos antes e depois da intervenção.....	211
<b>Quadro 43:</b> Utilização de anticoncepcionais, nos dois grupos, no pós-teste .....	212



# ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1:</b> Idade dos adolescentes.....	112
<b>Gráfico 2:</b> Distribuição dos adolescentes por idade e ano de escolaridade.....	113
<b>Gráfico 3:</b> Tipo de família.....	114
<b>Gráfico 4:</b> N.º de horas que os adolesc. dormem à semana e ao fim-de-semana.....	117
<b>Gráfico 5:</b> Horas a que se deitam os adolescentes, durante a semana, em função do ano de escolaridade.....	124
<b>Gráfico 6:</b> Refeições realizadas pelos adolescentes.....	130
<b>Gráfico 7:</b> Onde almoçam os adolescentes.....	133
<b>Gráfico 8:</b> Consumo de conservas de peixe, enchidos, rissóis/croquetes e batatas fritas, sumos de pacote e refrigerantes.....	137
<b>Gráfico 9:</b> Acompanhantes para os restaurantes de fast-food.....	144
<b>Gráfico 10:</b> Regularidade no consumo de maionese.....	145
<b>Gráfico 11:</b> Consumo semanal de café em função do género.....	150
<b>Gráfico 12:</b> Satisfação com a forma física em função do IMC.....	157
<b>Gráfico 13:</b> Tempo que estiveram sem fumar os adolescentes que tentaram deixar de fumar.....	171
<b>Gráfico 14:</b> Co-habitação entre adolescentes e familiares que fumam.....	175
<b>Gráfico 15:</b> Idade com que começaram a beber.....	177
<b>Gráfico 16:</b> Utilização de anticoncepcionais na primeira relação sexual em função da idade que os adolescentes tinham.....	186
<b>Gráfico 17:</b> Adolescentes que já iniciaram vida sexual em função do consumo de bebidas alcoólicas.....	196

<b>Gráfico 18:</b> Adolescentes que já iniciaram vida sexual e que fumam.....	196
<b>Gráfico 19:</b> Idades dos adolescentes do grupo experimental no pré e pós-teste .....	201
<b>Gráfico 20:</b> Idades dos adolescentes do grupo de controlo no pré e pós-teste.....	204

**ESTILOS DE VIDA NA ADOLESCÊNCIA:  
DE NECESSIDADES EM SAÚDE  
À INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM**



# 1. INTRODUÇÃO

“A adolescência não pode ser negada ou vista como um «tempo entre»” (UNFPA, 2003, p.10). Tal como a infância, a idade adulta e a senescência, esta é uma das etapas do ciclo vital (Sampaio, 1993). Actualmente já não é vista como um estádio de desenvolvimento fixo no tempo ou nas manifestações, mas como um processo de transição através do qual o indivíduo passa da infância para a maturidade (Swanwick & Oliver, 1985).

A adolescência é um período de desenvolvimento caracterizado por rápidas mudanças a nível fisiológico, cognitivo (Srof & Velsor-Friedrich, 2006; DiClemente et al., 2001), sociocultural (DiClemente et al., 2001) e comportamental, sendo a transição para uma vida adulta saudável um dos grandes desafios que os indivíduos enfrentam (Velsor-Friedrich, 2001), em particular devido às múltiplas ameaças que ensombram a saúde e bem-estar dos adolescentes (DiClemente et al., 2001). Os padrões comportamentais estabelecidos durante a adolescência terão um importante papel no desenvolvimento dos hábitos de saúde do adulto (Hoelscher et al., 2002; Gomes, 2001; Scheuring et al., 2000; Lowry et al., 2000), como por exemplo no consumo de tabaco e álcool, nas escolhas alimentares e em padrões de actividade física (Leger & Nutbeam, 2000a), podendo afectar a saúde do indivíduo para toda a vida (WHO, 2005b).

A adolescência é tradicionalmente considerada como uma fase em que se goza de óptima saúde (WHO, 2005a; Shenkman et al., 2003; Irwin, 2003; Millstein, 1989), com baixos níveis de morbilidade (Ministério da Saúde, 2004b; Sells & Blum, 1996) e mortalidade, uma vez que as taxas de mortalidade são mais baixas do que em crianças e idosos (WHO, 2002a). Estas razões levam a que por vezes os serviços de saúde não considerem os adolescentes como um grupo prioritário e os tratem em unidades de adultos ou de pediatria, em vez de criarem serviços ajustados às suas necessidades particulares (Ferreira, 1996; WHO, 2002a), e a que seja o grupo populacional menos vigiado e um dos grupos em que a educação para a saúde ainda não atingiu a frequência necessária (Casazza & Ciccazzo, 2007).

As causas de morbilidade e mortalidade entre os adolescentes deixaram de ter uma predominância nas infecções, para passarem a ser de etiologia comportamental (DGS, 2005; Sells & Blum, 1996). Na actualidade, as maiores ameaças à saúde deste grupo populacional são os comportamentos de risco preveníveis (Irwin et al., 2002; DiClemente et al., 2001). Estas condutas desviantes tendem a co-ocorrer e a prevalência de múltiplos comportamentos de risco a aumentar com a idade (Brener & Collins, 1998). Considerando estes factos, é importante que se enfatize a promoção da saúde e se optimizem os

serviços preventivos para os adolescentes, com o fim de se obterem resultados tangíveis para a sua saúde (Cohall et al., 2007). Como a maioria dos adolescentes frequenta a escola, quanto mais não seja até ao final do ensino obrigatório, ou em alternativa até atingirem a idade mínima para sair, ela é há muito reconhecida como um local por excelência (Cohall et al., 2007; Leger & Nutbeam, 2000a) para a realização de acções de educação para a saúde, destinadas a este grupo populacional (Guldbrandsson & Bremberg, 2005; Kubik et al., 2005b). O Ministério da Saúde (2004c) refere que a estratégia de intervenção em saúde, preconizada para as escolas portuguesas, no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença, assenta em actividades que devem ser executadas de forma regular e contínua ao longo de todo o ano lectivo.

A investigação é essencial na identificação de estratégias para melhorar a saúde dos adolescentes (Leger & Nutbeam, 2000b), avaliar os processos e resultados, bem como detectar a necessidade de novas intervenções. Estudos recentes provaram que as acções de intervenção breves bem estruturadas, realizadas com estudantes do ensino secundário, podem resultar em múltiplas e positivas mudanças de comportamento nos adolescentes (Werch et al., 2007, 2005; Pirskanen et al., 2006; Larimer et al., 2004).

O trabalho apresentado engloba dois estudos, um exploratório (i) e outro quase-experimental (ii), que têm como objectivos nucleares analisar os estilos de vida e os comportamentos de risco dos adolescentes do ensino secundário (estudo i), e avaliar em que medida as acções de educação para a saúde, desenhadas e estruturadas para adolescentes e realizadas por profissionais de saúde, são eficazes na aquisição de conhecimentos e na mudança de atitude e comportamentos dos participantes (estudo ii).

Este documento encontra-se estruturado em nove capítulos. Após esta introdução, faz-se uma revisão teórica e o enquadramento conceptual da temática em estudo nos três capítulos seguintes. Nos restantes, com excepção do nono, onde se listam as referências bibliográficas utilizadas, apresenta-se a investigação empírica e os resultados obtidos.

O segundo capítulo faz um breve enquadramento da adolescência e revê o desenvolvimento físico, psicológico, social e moral que se processa nesta fase da vida.

O terceiro capítulo analisa a evolução do conceito de estilo de vida e as suas repercussões na saúde. Abordam-se alguns comportamentos do adolescente que podem ser causa de morbilidade e mortalidade, nesta fase da vida ou na idade adulta, nomeadamente os hábitos de sono, alimentares, de actividade física e de sedentarismo, consumo de tabaco e de álcool, e o comportamento sexual, identificando-se para cada comportamento os factores de risco e protecção.



O quarto capítulo centra-se na problemática da educação para a saúde aos adolescentes. É dada ênfase à promoção da saúde nas escolas, considerando que elas são um local ideal para a realização de acções deste tipo, que dotem o adolescente de conhecimentos e competências que lhe permitam fazer escolhas saudáveis.

O quinto capítulo é dedicado ao desenho do estudo. Inicia-se com a revisão de algumas recomendações feitas para a investigação sobre estilos de vida na adolescência, seguindo-se-lhe a apresentação das motivações, os objectivos e variáveis que conduzem o estudo exploratório e quase-experimental, e os instrumentos de colheita de dados utilizados. Por último, expõem-se algumas das recodificações das variáveis em estudo.

No sexto capítulo apresentam-se os resultados obtidos, começando-se pelo estudo exploratório. Após a caracterização da amostra, expõem-se separadamente os resultados de cada comportamento considerado nesta fase. A apresentação do estudo quase-experimental inicia-se pela caracterização da amostra dos dois grupos (experimental e de controlo). Passa-se então à descrição dos resultados relativos aos conhecimentos dos adolescentes, de ambos os grupos, sobre alimentação e sexualidade, antes e após a intervenção no grupo experimental, concluindo-se este capítulo com a apresentação dos resultados referentes aos comportamentos estudados.

O sétimo capítulo destina-se à discussão dos resultados de ambos os estudos, à luz dos principais contributos da investigação nacional e internacional, e às possíveis implicações que eles podem ter para a promoção da saúde aos adolescentes.

No oitavo capítulo apresentam-se as conclusões mais representativas deste trabalho, referindo-se as suas principais limitações e sumariando-se os pontos mais positivos, e descrevem-se algumas direcções que nos parecem determinantes para a continuidade da investigação.



## 2. ADOLESCÊNCIA: LIMITES E DESENVOLVIMENTO

A adolescência é uma fase do ciclo vital, uma fase de desenvolvimento (Marcia, 2002) e de transição entre a infância e a idade adulta (Lichtwarck-Aschoff & Geert, 2004; Harris et al., 2002; Gammer & Cabié, 1999) que a maioria dos adolescentes ultrapassará sem rupturas e sem desequilíbrios graves (Braconnier, 1999; Sampaio, 2006). Esta fase da vida tem inerente um grande potencial de crescimento e desenvolvimento (Van Look, 2003) em todos os domínios, devendo os adultos providenciar as condições necessárias para que este potencial floresça (Marcia, 2002). É um período marcado por mudanças físicas e psicológicas, associadas à puberdade, e de preparação para os papéis, desafios e responsabilidades da vida adulta (WHO, 2003a).

É difícil encontrar um acordo sobre quando se inicia e termina a adolescência (Bekaert, 2005). Se for definida de acordo com a idade cronológica, consideram-se adolescentes os indivíduos com idade igual ou superior a 10 anos e inferior a 20 anos (WHO, 1997a; Ferreira, 1996; Neinstein et al., 1996a; CNSI 1993; OMS, 1965). Atendendo ao número de anos que a adolescência abrange e às características dinâmicas deste período de desenvolvimento, podem considerar-se três fases no seu decurso. A fase inicial, dos 10 aos 13 anos, a fase intermédia, dos 14 aos 16 anos, e a fase tardia ou final, dos 17 aos 19 anos (WHO, 2005a; Bekaert, 2005; Miller et al., 2002; WHO 2002a; Ferreira, 1996).

Os limites em idade de cada fase são contudo um pouco arbitrários. Um jovem de 15 anos pode estar nitidamente na fase inicial, enquanto outro da mesma idade pode estar na fase final. As fases também não devem ser consideradas como estáticas, pois existe um grande imbricamento entre elas. A distinção de três fases no decurso da adolescência enfatiza a diferença entre as necessidades psicossociais dos jovens adolescentes e dos adolescentes mais velhos.

O problema de definir este período da vida de acordo com a idade é que, para além de sugerir que esta fase do ciclo vital tem um começo e um final abruptos, não se leva em conta a diversidade individual do desenvolvimento. Alguns começam a desenvolver-se antes dos 10 anos e outros terminam depois dos 20 anos (Bekaert, 2005).

No decurso da adolescência ocorrem algumas das mais complexas modificações do ciclo vital, não só a nível físico, como também a nível psicológico e social. A nível do desenvolvimento físico a adolescência é um período marcado pelo rápido crescimento.

Quando se define a adolescência de acordo com critérios físicos, a puberdade é tomada como ponto de partida (Steinberg, 1987). A puberdade, a única mudança universal da

adolescência, ocorre em todos os adolescentes e transforma uma criança num adulto sexual e fisicamente maduro (Cobb, 1998, Finkelstein, 1998).

A puberdade pode ocorrer em qualquer momento entre os nove e os dezasseis anos, sendo o seu começo mais precoce nas raparigas do que nos rapazes. É no entanto limitativo pensar-se que a adolescência é a puberdade. A adolescência inicia-se com as transformações fisiológicas do crescimento, mas não se esgota nelas. A sequência com que ocorrem os fenómenos pubertários é idêntica em todos os adolescentes e varia menos do que a idade em que surgem (Tanner, 1974). Nos últimos 100 a 150 anos têm havido mudanças nos aspectos físicos da adolescência. A idade de início da maturação sexual tem vindo a diminuir, estando o crescimento e o desenvolvimento físico a decorrer de forma mais acelerada (Ferreira, 1996). A idade média da menarca baixou (Biro, 1998) dos 16/17 anos — no século XIX — para os 12/13 anos nos dias de hoje (Tanner, 1991).

As mudanças nas características sexuais primárias, que levam ao aparecimento das características que possibilitam a reprodução, não são as modificações relacionadas com o sexo mais evidentes neste período. As alterações mais nítidas surgem com o aparecimento das características sexuais secundárias — desenvolvimento da mama, desenvolvimento dos testículos e do pénis e aparecimento de pêlo púbico —, importantes para a distinção entre sexos, mas não essenciais para as funções básicas de reprodução. As mudanças que originam mais fascinação, como a menarca na rapariga e a barba no rapaz, não são geralmente as primeiras a ocorrer, muito embora o tempo de aparecimento varie muito (Petersen et al., 1988). Na tabela 1 sumaria-se a maturação física das raparigas e dos rapazes.

Para além das alterações físicas relacionadas com o aparecimento das características sexuais secundárias, o corpo dos adolescentes sofre outras transformações que lhe permitem a transição do corpo de criança para o corpo de adulto. O surto de crescimento e a maturação sexual são as duas características biológicas exteriores mais notáveis durante a adolescência (Malina, 1991). O crescimento é uma das características principais da adolescência: em nenhum outro período da vida, excepto na infância, há um crescimento tão acentuado (Mott, 1990). O ganho estatura-ponderal durante a fase pubertária é rápido e intenso, não dando muitas vezes tempo a que o adolescente se adapte às transformações e integre o novo esquema corporal, levando-o a parecer desajeitado e descoordenado, pois não consegue controlar os movimentos do seu próprio corpo. Durante o surto de crescimento a parte mais distal dos membros cresce mais depressa que a proximal (Biro, 1998), podendo dar a ideia de desadequação dos pés e das mãos, até às pernas e braços crescerem em proporções semelhantes.

**Tabela 1:** Maturação física das raparigas e dos rapazes

<b>Raparigas</b>	
<b>Estádios</b>	<b>Desenvolvimento da mama</b>
Estádio 1	Sem desenvolvimento glandular
Estádio 2	Aparecimento do botão mamário; alargamento da aréola; pequena quantidade de tecido glandular
Estádio 3	Alargamento e crescimento do seio e da aréola; aréola mantém-se no contorno do seio; continua o aumento de tecido glandular; protusão do mamilo
Estádio 4	Forma e contorno da aréola e do mamilo diferenciados do contorno geral do seio
Estádio 5	Mama adulta
<b>Estádios</b>	<b>Pêlo púbico</b>
Estádio 1	Ausente
Estádio 2	Pêlos púbicos escassos, longos, lisos e levemente pigmentados na região dos grandes lábios
Estádio 3	Pêlos púbicos encaracolados, em pequena quantidade na região dos grandes lábios e monte púbico
Estádio 4	Pêlos adultos no tipo e quantidade, mas implantados numa zona restrita, sem se estenderem à coxa
Estádio 5	Pêlos púbicos de padrão adulto; implantação em forma triangular estendendo-se até à linha média da coxa
	<b>Outros acontecimentos</b>
	Crescimento do corpo em altura e peso
	Menarca
<b>Rapazes</b>	
<b>Estádios</b>	<b>Desenvolvimento genital</b>
Estádio 1	Genitais infantis
Estádio 2	Pele do escroto fina e avermelhada; testículos aumentam de tamanho; pénis sem alterações
Estádio 3	Testículos continuam a aumentar; aumento do escroto; crescimento do pénis
Estádio 4	Continua o crescimento dos testículos; crescimento e alargamento do pénis; continua o crescimento do escroto, tornando-se escuro
Estádio 5	Genitais adultos
<b>Estádios</b>	<b>Pêlo púbico</b>
Estádio 1	Ausente
Estádio 2	Pêlos púbicos longos, lisos e levemente pigmentados na base do pénis
Estádio 3	Pêlos púbicos encaracolados, em pequena quantidade na base do pénis e monte púbico
Estádio 4	Pêlos adultos no tipo e quantidade, mas implantados numa zona restrita
Estádio 5	Pêlos púbicos adultos; implantação em forma de losango, estendendo-se ao longo da face superior e interior da coxa
	<b>Outros acontecimentos</b>
	Aparecimento da barba
	Alteração da voz
	Crescimento do corpo em altura e peso
	Ejaculação

Associado ao crescimento rápido e não sincronizado do corpo durante o surto de crescimento está o desejo, do adolescente, de ser atractivo, elegante e esbelto, factor que gera insegurança e ansiedade, podendo agravar ainda mais a dificuldade de controlo dos movimentos (Ferreira, 1996).

A forma do corpo dos adolescentes também sofre alterações, que são diferentes conforme o sexo. Nos rapazes os ombros tornam-se mais largos (especialmente quando comparados com as ancas) e as pernas são relativamente longas, quando comparadas com o comprimento do tronco. As raparigas têm ombros relativamente estreitos, ancas largas e pernas curtas em comparação com o comprimento do tronco. Durante o surto de crescimento os rapazes perdem a gordura subcutânea característica de todas as crianças. Pelo contrário, nas raparigas há uma redistribuição desta gordura, que se deposita na pélvis, peito, parte superior das costas e na zona anterior da parte superior dos braços, conduzindo a uma aparência mais arredondada. A quantidade de massa gorda nas raparigas é habitualmente superior à dos rapazes (Rodríguez et al., 2004)

A importância do corpo no desenvolvimento psicossocial do jovem tem sido enfatizada ao longo dos tempos. Freud e Erikson assinalaram a importância da pubescência, modificações biológicas e aparência física, para o desenvolvimento psicológico durante a adolescência. Outros teóricos consideraram o corpo como o alicerce sobre o qual emerge o desenvolvimento do eu. O corpo é essencial para a construção da identidade pessoal. A transição do corpo de criança para o de adulto pode constituir um momento de preocupação, insegurança e angústia para o adolescente. O desenvolvimento do corpo leva o adolescente a fazer adaptações contínuas às modificações dramáticas que se operam (Viviani, 2006). Pode-se afirmar que as alterações próprias do processo de maturação afectam os sentimentos do jovem sobre si, a sua auto-estima e as suas manifestações comportamentais. Durante a adolescência o corpo é vivido de forma ambivalente, tantas vezes amado e tantas vezes odiado.

Se quisermos usar o desenvolvimento psicológico para dizer quando começa e termina a adolescência somos, também, confrontados com inúmeras dificuldades e problemas (Taylor & Müller, 1995). O pensamento sofre alterações importantes durante a adolescência. No decurso da adolescência as capacidades cognitivas do adolescente desenvolvem-se a partir das capacidades para pensar e raciocinar, típicas das crianças mais novas.

Para Piaget (1983) a maturação na capacidade de raciocínio desenvolve-se durante este período. Na sua teoria dos estádios de desenvolvimento cognitivo, explica as alterações que ocorrem a nível da forma como as crianças e os adolescentes pensam acerca do

mundo e de si mesmas (Kahlbaugh & Haviland, 1991). Em cada estágio o pensamento é mais avançado do que no estágio anterior (Piaget & Inhelder, 1958, 1993). “Dizer que os estágios de Piaget são integrativos é afirmar também que, no estágio seguinte, o sujeito executa a um nível mais complexo e elevado o que já era capaz de fazer no estágio anterior” (Lourenço, 1997, p. 77). Para Piaget, os estágios de desenvolvimento iniciam-se na infância e terminam na adolescência, mas conforme ele referiu, as operações formais, estágio final do desenvolvimento cognitivo, podem atingir-se mais tarde e algumas pessoas nem sequer as atingem (Piaget, 1972). Assim, esta competência pode surgir durante a adolescência, mas não é exclusiva dela. Nas teorias mais recentes, os teóricos da *life-span* afirmam que o desenvolvimento cognitivo não termina com a adolescência, dado que continua ao longo da vida (Alexander & Langer, 1990) e propõem a existência de um quinto estágio designado por estágio pós-formal (Commons et al., 1984).

Na adolescência o adolescente adquire a capacidade de pensamento abstracto, hipotético e lógico, muito diferente do pensamento infantil. Na tabela 2, apresentam-se as principais diferenças entre o pensamento da criança e do adolescente.

Se existe alguma ideia que seja quase universalmente associada ao processo de crescimento e desenvolvimento durante a adolescência, ela refere-se ao desenvolvimento da identidade (Adams et al., 2001; Costa, 1991), sendo Erikson e a sua teoria do desenvolvimento psicossocial quase mundialmente conhecidos (Sprinthall & Collins, 1994).

A construção da identidade depende muito de transformações na capacidade de pensar, de raciocinar e de resolver problemas (Flum & Kaplan, 2006), que se operam durante a adolescência. Os adolescentes iniciam um processo de independência dos pais, começam a identificar-se com o grupo de pares, exploram o seu sistema de crenças e começam a formar a sua identidade.

**Tabela 2:** Comparação entre o pensamento da criança e o pensamento do adolescente

Infância	Adolescência
Pensamento limitado à realidade	Pensamento alargado a possibilidades
Resolução de problemas ditada pelos detalhes (análise parcial)	Resolução de problemas orientada pela verificação de hipóteses prévias
Pensamento limitado aos objectos e situações concretas	Pensamento alargado a ideias, assim como à realidade concreta
Pensamento concentrado na própria perspectiva individual	Pensamento alargado às perspectivas dos outros

(fonte: Sprinthall & Collins, 1994, p. 90)

Para Erikson (1968), o desenvolvimento da identidade é a tarefa central do desenvolvimento psicológico da adolescência e consiste na definição clara de si próprio, particularmente no que concerne a valores, ideais e objectivos pessoais. Durante esta fase da vida os adolescentes enfrentam crises de identidade das quais emergirão com uma clara noção de identidade ou de confusão sobre os seus papéis futuros (Taylor & Müller, 1995).

Para Erikson (1968), a resolução da crise da identidade pessoal é a principal tarefa da adolescência. O conceito que possuímos do eu, a forma como nos vemos a nós e como somos vistos pelos outros, constitui a base da personalidade adulta. Se esse alicerce for firme e forte, dele resultará uma sólida identidade pessoal, se não a consequência será uma identidade difusa (Sprinthall & Collins, 1994).

No entanto a construção da identidade não é uma tarefa exclusiva deste período, pois nas etapas posteriores do ciclo vital o adulto reactualiza as aquisições da adolescência. Por outro lado, a construção da identidade também não pode ser isolada das experiências anteriores, do momento presente, vivências, experiências, respostas familiares e sociais que são dadas às necessidades anseios e dúvidas dos adolescentes e da utilização que cada um faz de todas estas possibilidades, nem tão pouco das expectativas futuras (DGS, 2005; Marcia, 2002; Duclos et al., 1995). Ela resulta então da capacidade do jovem perceber a sua existência segundo o que Erikson designou como “perspectiva histórica”, ou seja, ligando o que foi no passado ao que é no presente e ao que poderá vir a ser no futuro.

Segundo James Marcia (1991), o facto da identidade ser precedida e sucedida por outras crises ou tarefas de desenvolvimento, significa que ela não é uma tarefa isolada, mas ocorre integrada no curso da vida. É difícil que um adolescente consiga fazer as escolhas ocupacionais requeridas pelo desenvolvimento da identidade, se não acredita na sua realização pessoal; por outro lado, ser-lhe-á também difícil estabelecer relações de proximidade e intimidade, se tiver medo de perder a sua identidade pessoal nestas relações.

Para Archer (1991), o conceito de identidade comporta um aspecto reflexivo, a representação que o adolescente tem de si, e um aspecto social, pois ter uma identidade é estar comprometido socialmente, o que implica fazer escolhas, não só a nível de ideias, valores e crenças, mas também sobre o modo de vida.

O ICN define identidade pessoal como “um tipo de autoconceito com as seguintes características específicas: conjunto de ideias, sentimentos e atitudes que cada um tem



sobre a sua identidade, merecimento, capacidades, limitações e opiniões de outros, verificação de que se é uno em substância, natureza e qualidade.” (ICN, 2000, p. 58).

Quer Erikson quer Marcia consideram que na formação da identidade existe uma fase de moratória psicossocial (Bee, 1992; Marcia, 1991, 1986). Esta fase é como que um período de pausa ou espera, durante o qual os compromissos são adiados para mais tarde, de forma a permitir ao jovem um maior conhecimento do seu eu e a hipótese de experimentar diferentes papéis sociais, para que as escolhas que posteriormente faça sejam realmente escolhas pessoais.

A moratória não se pode confundir com o aspecto negativo da crise de identidade, identidade difusa, pois nesta há um descomprometimento com a vida e poucos ou nenhuns compromissos são tomados, enquanto na moratória existe uma verdadeira procura de alternativas (Flum, 1994).

Baseado na teoria de Erikson, Marcia propôs dois outros estatutos no continuum bipolar identidade e identidade difusa, a identidade outorgada e a moratória da identidade (Knafo & Schwartz, 2004; Flum, 1994; Sprinthall & Collins, 1994; Bee, 1992; Marcia, 1991).

Marcia (1986) sugere que os adolescentes lidam de formas qualitativamente diferentes com a tarefa de construção da identidade e considera que há duas dimensões centrais na sua formação: a exploração e o investimento. A crise que ele refere como exploração envolve a procura activa e o questionamento de alternativas em vários domínios da existência: profissional, ideológico, sexual, religioso; é um período de tomada de decisão em que os valores e as escolhas antigas são reexaminados. O investimento implica a escolha e o desenvolvimento de projectos de acção com vista ao seu desenvolvimento (Menezes, 2005). Cada um dos estatutos da identidade é definido em função da presença ou ausência das dimensões exploração e investimento: identidade difusa, baixa exploração e baixo investimento, identidade outorgada, baixa exploração e alto investimento, moratória, baixo investimento mas alta exploração e identidade construída, alta exploração e alto investimento.

A resolução da crise da adolescência conduz o adolescente à primeira tarefa da vida adulta: desenvolvimento da intimidade (Waterman & Archer, 1991). Questões relacionadas com a intimidade atingem o auge da importância na fase final da adolescência e no início da vida adulta (Whitbourne 1991), pois os assuntos que se referem à identidade sexual e ao envolvimento afectivo têm nesta fase uma importância muito particular, bem como os que dizem respeito à identidade profissional, à continuação da formação ou à procura do primeiro emprego.

O início do pensamento formal, da capacidade de abstracção e da capacidade para distinguir o eu dos outros e o subjectivo do objectivo, influenciam a forma como os jovens se percebem, se compreendem, e como é óbvio o desenvolvimento moral dos adolescentes, que se refere ao desenvolvimento do pensamento e das acções sobre o que é certo e o que é errado, deixando de se basear, somente, nas crenças dos pais.

Questões sobre o que é bom ou mau, certo ou errado no comportamento pessoal e no dos outros, não se iniciam na adolescência, já se levantam na infância e na idade pré-escolar. De acordo com Piaget e posteriormente com Kohlberg (1969, 1981, 1984), estes aspectos tornam-se no entanto mais relevantes na adolescência, pois o desenvolvimento moral progride à medida que a capacidade de pensar abstractamente permite aos jovens compreender os princípios morais universais.

A teoria de Kohlberg sobre o desenvolvimento moral sobrepõe-se à de Piaget, estendendo-se até à adolescência e idade adulta. Para Kohlberg (1969, 1981, 1984), o desenvolvimento moral ocorre de acordo com uma sequência específica de estádios de desenvolvimento. Cada estádio é qualitativamente distinto e o desenvolvimento processa-se de um nível mais simples para outro mais complexo (Ferreira, 1996).

Os estudos longitudinais de Kohlberg demonstraram que esses estádios seguem uma ordem universal e invariável (Milnitsky-Sapiro, 2000; Biaggio, 1997; Turiel & Rotham, 1972). Kohlberg, na sua teoria, considera três níveis principais no raciocínio moral: o pré-convencional, o convencional e o pós-convencional, englobando cada um dois estádios; na tabela 3 apresenta-se um resumo da teoria deste autor.

Para Kohlberg, na adolescência, a maioria dos indivíduos atinge o nível convencional. Como refere Helen Bee (Bee, 1995), as investigações de Kohlberg e posteriormente de Rest e de Walker, de Vries e Trevethan, levam-nos a concluir que por volta dos 10 anos (independentemente do meio de proveniência) o raciocínio pré-convencional (estádios 1 e 2) é o dominante. O raciocínio convencional (estádios 3 e 4) emerge na fase intermédia da adolescência, enquanto declinam os raciocínios pré-convencionais. O raciocínio pós-convencional (estádios 5 e 6) raramente se atinge na adolescência e, mesmo na idade adulta, não é atingido por muitos indivíduos. A existência do estádio 6 foi abandonada por Kohlberg na última fase da sua obra, pelo facto da moralidade neste estádio ser rara e exigente (Colby & Kohlberg, 1987).

O nível convencional é o nível de internalização por excelência. O indivíduo acredita no valor daquilo que julga como certo e afirma que se deve fazê-lo em nome da amizade e da aceitação pelos pares (estádio 3) ou do respeito à ordem estabelecida (estádio 4). Neste estádio o respeito à ordem é diferente do primitivo medo da autoridade e da

punição que caracteriza o pensamento do estágio 1. No estágio 4 já aparece o respeito à sociedade, ao bem-estar do grupo e às leis por ele estabelecidas (Biaggio, 1997).

**Tabela 3:** Estádios de desenvolvimento moral de Kohlberg

Base do julgamento	Estádio	Características do estágio
Pré-convencional: os valores morais assentam em acontecimentos externos, quase-físicos, nas más acções, ou em necessidades praticamente físicas, em vez de nas pessoas ou em padrões.	Estádio 1	Orientação para a obediência e para o castigo; deferência egocêntrica para com o poder ou prestígio superior, ou uma tendência para evitar problemas; responsabilidade objectiva.
	Estádio 2	Orientação ingenuamente egoísta; as acções correctas são aquelas que satisfazem as próprias necessidades individuais e ocasionalmente as dos outros; consciência de que o significado das coisas depende das necessidades e perspectivas de cada pessoa; igualitarismo ingénuo e orientação para as trocas e para a reciprocidade.
Convencional: os valores morais residem no desempenho de bons ou maus papéis, na manutenção da ordem convencional e no ir de encontro às expectativas dos outros.	Estádio 3	Orientação para a obtenção de aprovação e para o agradar e auxiliar os outros; conformidade para com as imagens estereotipadas de “maioria” ou de comportamento natural ao papel desempenhado e julgamentos consoante as intenções.
	Estádio 4	Orientação para realizar o dever próprio, para mostrar respeito pelas figuras de autoridade e para manter a ordem social dada para o bem individual; consideração das expectativas que os outros têm a seu respeito.
Pós-convencional: os valores morais derivam de princípios que podem ser aplicados universalmente.	Estádio 5	Orientação contratual-legalista; reconhecimento de um elemento arbitrário nas normas das expectativas por uma questão de acordo; dever definido em termos de contrato, recusa geral em violar a vontade ou os direitos dos outros, ou os desejos e o bem-estar da maioria.
	Estádio 6	Orientação para uma tomada de consciência ou para princípios, não apenas para as regras sociais impostas, mas para princípios ligados às escolhas que apelam para uma universalidade e consistência lógicas; a consciência é um agente director, juntamente com o respeito e confiança mútuos.

(fonte: Sprinthall & Collins, 1994, p. 247)

Segundo Kohlberg (1969, 1981, 1984), a maturidade moral é atingida quando o indivíduo é capaz de entender que a justiça não é a mesma coisa que a lei, que algumas leis existentes podem ser moralmente erradas e devem, portanto, ser modificadas. Todo indivíduo é potencialmente capaz de transcender os valores da cultura em que foi socializado, ao invés de incorporá-los passivamente.

O desenvolvimento moral na adolescência assume particular importância, pois durante este período e devido ao seu desenvolvimento global, o adolescente pode questionar as normas e valores dos que o cercam, mesmo que anteriormente as tenha aceite. No entanto e devido ao estágio de desenvolvimento moral mais comum na fase intermédia da adolescência — nível convencional, estágio 3 —, o jovem acredita que o que é bom a nível de comportamentos, normas e valores, é o que agrada aos outros. Nesta fase o

grupo de referência é o grupo de pares e assim sendo as questões relacionadas com a justiça, a honestidade e as principais escolhas em termos de valores, são determinadas pela conformidade social com o grupo. Este facto pode ser gerador de conflitos entre o jovem e a família, se os valores do grupo de pares forem muito díspares dos dos pais, ou pode conduzir o jovem a comportamentos socialmente menos aceites, por não estarem de acordo com as normas e os valores da sociedade.

Falar de desenvolvimento na adolescência implica falar não só nos aspectos físicos e psicológicos, mas também nos sociais. Tal como acontecia com estes, também o desenvolvimento social não se inicia na adolescência nem é exclusivo deste período da vida, sendo pelo contrário um processo de socialização e de interação interpessoal que ocorre ao longo da vida. A socialização dos adolescentes ocorre em casa, na escola, nos grupos a que pertencem (Rivadeneira & Lebo, 2008; Chen et al., 2005), na comunidade e em todos os ambientes em que se movem e frequentam.

A reestruturação das relações sociais é uma das importantes transformações que ocorrem na adolescência e implica um aumento crescente da importância do grupo de amigos e da sua influência no desenvolvimento do indivíduo (Foster-Clarck & Blyth, 1991; Claes, 1985), mas sem impor uma ruptura nas relações com os pais. Os estudos mais recentes demonstram que nos aspectos comportamentais se verifica uma tendência para a sobreposição dos valores dos pais e do grupo de amigos (Foster-Clarck & Blyth, 1991). Os adolescentes que mantêm relações fortes com os pais e o grupo de pares revelam uma melhor adaptação e bem-estar psicológico (Field et al., 2002; Sprinthall & Collins, 1994) e têm mais capacidade de fazer com sucesso uma transição para a vida adulta (Palmonari et al., 1991).

A família tem um papel primordial a desempenhar na transição do adolescente para a idade adulta (Rodríguez et al., 2002), mantendo-se como um ecossistema importante na vida do adolescente e permanecendo influente no seu bem-estar e qualidade de vida, a nível orgânico, psicológico, moral, social e cultural. O clima familiar e apoio dado pelos pais são importantíssimos para que esta transição se faça de forma satisfatória (Marcelli & Braconnier, 2005). “Se existe um domínio de mudança «evidente» durante a adolescência, tanto do ponto de vista dos adolescentes como dos seus pais, é o das relações familiares” (Menezes, 2005, p.104). A família deve adaptar-se a esta nova etapa do ciclo de vida do adolescente (Rodríguez et al., 2002) e saber balancear a permissividade, a compreensão e o carinho com a autoridade, de forma a manter-se coesa e a ajudá-lo a ultrapassar este período (Ferreira, 1996).

A adolescência é um período durante o qual os jovens se empenham arduamente na tentativa de se tornarem independentes/autónomos dos seus pais (Menezes, 2005; Silva & Costa, 2005; Murphey et al., 2004), mas para a maioria dos adolescentes este processo faz-se numa atmosfera de conexão com a família (Montemayor & Flannery, 1991). A autonomia, de acordo com Fleming (1992), sendo a tarefa mais importante da adolescência, diz respeito não só à progressiva separação dos pais, mas também à capacidade de decidir, bem como à segurança em si próprio.

A influência da família neste processo de aquisição de autonomia é relevante. O nível de autoridade, o estímulo ou repressão de comportamentos independentes durante a infância e as experiências que proporcionaram ao adolescente na resolução de problemas, são extremamente marcantes para este processo.

Durante a aquisição de autonomia pelos adolescentes, os pais são confrontados com a necessidade de lhes darem liberdade para explorar e experimentar, sem contudo deixarem de os proteger de experiências potencialmente perigosas (Baumrind, 1991a). Quando os pais permitem que os filhos tenham espaço para a sua individualização e tomada de decisão, facilitam a sua transição para adultos autónomos e confiantes (Baumrind, 1991b) e favorecem a comunicação e o estabelecimento de uma relação de confiança (Wagner et al., 2005). Durante o período de adolescência dos filhos, as famílias têm de se ajustar e aumentar a flexibilidade das fronteiras, de modo a integrar os seus movimentos de independência (Carter & McGoldrick, 2001). Para não haver choques nem rupturas é essencial que haja diálogo, respeito e negociação entre ambos.

Baumrind (1968, 1978) desenvolveu estudos relacionados com a autonomia do adolescente e a influência da família, tendo concluído que a maior ou menor autonomia está associada a dimensões do comportamento parental. A mesma autora (1991a, 1991b) classificou os estilos parentais em quatro tipos (pais autoritários, autoritários-recíprocos, permissivos e negligentes), em função de dois critérios principais: a aceitação (demonstração do apoio, validação e amor) e o controlo (exigência de comportamentos adequados e do cumprimento de regras).

O estilo autoritário caracteriza-se pela obediência e conformismo. Os pais são exigentes, controladores, directivos e pouco sensíveis. Esperam que os filhos obedeçam às suas ordens sem ser necessário explicá-las, não encorajam o diálogo e controlam as actividades. Os castigos são frequentes e os estímulos escassos. Este estilo parental pode promover baixos níveis de auto confiança nos adolescentes (Steinberg et al., 1994) e pode contribuir para aumentar a sua dependência relativamente ao grupo de pares (Foster-Clarck & Blyth, 1991).

Os pais autoritários-recíprocos são exigentes, mas também são sensíveis e compreensivos. São assertivos, mas não são intrusivos ou restritivos. Os seus métodos disciplinares baseiam-se mais no apoio do que na punição. Desejam que os filhos sejam socialmente responsáveis, permitem-lhes a participação na tomada de decisão, que deve obviamente ter o acordo de ambas as partes. A negociação e o compromisso são possíveis, mas os limites existem. Neste estilo parental o amor é incondicional, ou seja, não depende da conformidade dos filhos aos desejos dos pais (Menezes, 2005).

Os pais permissivos são mais sensíveis que exigentes, caracterizam-se pela elevada aceitação dos filhos e pela ausência, ou baixa exigência de controlo, relativa ao comportamento dos filhos, e raramente utilizam o poder ou a força para alcançarem os seus objectivos educacionais – “as práticas disciplinadoras, quando existem, são inconsistentes e imprevisíveis e apenas utilizadas em último recurso” (Menezes, 1990, p.68). Evitam as confrontações com os filhos, não exigem que estes tenham comportamentos maduros e deixam que eles estabeleçam as suas regras e tomem as suas decisões. Pais permissivos não protegem os seus filhos de influências negativas do grupo de pares (Foster-Clarck & Blyth, 1991).

Os pais negligentes não são nem exigentes nem compreensivos, tanto o controlo como a aceitação são baixos, não dão apoio e podem até não prestar cuidados continuados aos filhos.

A relação que se deve estabelecer entre os pais e os filhos com vista a facilitar a autonomização do adolescente deve ser de proximidade afectiva, aberta ao diálogo, à negociação e à resolução de problemas. A investigação tem demonstrado que o estilo parental autoritário-recíproco se relaciona com a maior capacidade de autonomia dos adolescentes, com uma maior capacitação destes para a resolução de problemas (Sampaio, 2006) e com uma maior auto-estima (Barber & Olsen, 1997; Baumrind 1978, 1991a).

Famílias cuidadoras e apoiantes, que aceitem e compreendam os amigos e os outros adultos significativos na vida do adolescente, são cruciais para o desenvolvimento saudável e para o desenvolvimento de uma auto-imagem positiva (WHO, 1999a).

As mudanças que têm havido a nível da estrutura familiar ao longo dos tempos têm impacto no desenvolvimento dos adolescentes. O modelo de família alargada típica da era pré industrial vêm sendo substituído, principalmente nas zonas urbanas, por famílias nucleares e monoparentais. Esta substituição leva a que se perca o papel tradicionalmente atribuído aos membros mais velhos da família, na transmissão de conhecimentos, costumes e princípios de conduta, bem como no apoio à criação,

supervisão e vigilância das crianças e dos jovens, sendo substituídos pela escola, colegas, meios de comunicação social e pela rua. O filho único é outro fenómeno que pode ter implicações sociais relevantes na relação entre pais e filhos. Se por um lado os filhos tendem a concentrar em si as atenções e favores dos pais, por outro estão sujeitos a um maior risco de hiperprotecção, que pode pôr em causa ou atrasar o processo de autonomia dos adolescentes.

O suporte emocional que a família fornece ao adolescente é de extrema importância para a construção do autoconceito (Peixoto, 2004). Os pais são uma importante fonte de apoio social e emocional, mesmo na adolescência, quando os pares se tornam uma indispensável fonte de suporte.

Se as relações com os pais se mantêm cruciais durante a adolescência, não se pode pôr em dúvida a crescente importância do grupo de pares. A adolescência caracteriza-se também por uma intensificação das relações com os amigos (Menezes, 2005; Ferreira, 1996). Durante este período eles são mais significantes do que foram em fases precedentes ou do que talvez venham a ser em fases ulteriores da vida (Bee, 1995). Durante a adolescência os amigos ganham mais poder, autoridade e credibilidade (Varenhorst, 1991; Foster-Clark & Blyth, 1991), tornam-se mais íntimos e desempenham um papel fundamental e imprescindível no desenvolvimento afectivo. Eles têm um papel vital na transição da dependência familiar para um eu autónomo, são uma referência a nível de comportamento, uma fonte de refúgio emocional (Lempers & Clark-Lempers, 1991) e de socialização. São os companheiros das saídas e da vivência de novas experiências, os confidentes das aventuras amorosas, os parceiros dos jogos (nem sempre lícitos), os conselheiros e uma referência a nível dos comportamentos e valores (Sampaio, 1993).

Para o adolescente os amigos são fundamentais. O comportamento do indivíduo pode ser fortemente influenciado pela impossibilidade de pertencer ao grupo desejado (Newman et al., 2007; Bekaert, 2005). A aceitação ou rejeição pelo grupo de pares marca profundamente a vida do adolescente e a impossibilidade de se relacionar com os pares pode criar problemas de relacionamento ao longo da vida. “Se a ausência de relação com os pares parece o início de uma perturbação importante, no plano epidemiológico o elemento mais pertinente é, pelo contrário, a intensidade das relações com os pares” (Marcelli & Braconnier, 2005, p. 110).

A necessidade de estar e pertencer a um grupo responde a necessidades educativas e sociais, mas também a motivações intrapsíquicas pessoais (Braconnier & Marcelli, 2000).

Durante a adolescência o grupo de pares aumenta em tamanho e complexidade. O adolescente envolve-se mais com os amigos, com quem passa mais tempo do que na infância (Palmonari & Kirchner, 1991; Larson & Richards, 1991). A natureza das relações entre os pares também se modifica, a intimidade aumenta e os grupos tornam-se mais exclusivos.

Na adolescência, a identificação com o grupo de pares — maneira de vestir e pentear, gostos musicais, tipo de linguagem, normas de conduta, comportamentos, etc. — é por vezes tão intensa que pode levar a uma perda temporária da identidade pessoal (Bekaert, 2005). Um dos grandes paradoxos desta etapa da vida é o conflito entre um jovem desejoso de encontrar e afirmar a sua identidade e o seu desejo obsessivo e irresistível de ser exactamente igual aos seus amigos (Papalia & Olds, 1985).

A importância e a composição do grupo não são constantes durante toda a adolescência; a sua estrutura e importância variam à medida que o adolescente se desenvolve física e psicologicamente. Na fase inicial da adolescência — 10 a 13 anos — o jovem está mais centrado em si, o grupo não desempenha um papel tão importante como na segunda fase e é composto na sua maioria por indivíduos do mesmo sexo. Na fase intermédia — 14 a 16 anos — o grupo de pares é muito importante, sentindo-se a sua influência mais do que em qualquer outro período da vida. Nesta fase há um envolvimento intenso do adolescente com o seu grupo de pares, uma conformidade com os seus valores e códigos. A composição do grupo diversifica-se, passando a ser constituído por elementos de ambos os sexos. Há um maior envolvimento em relações heterossexuais, podendo surgir os primeiros namoros e as primeiras experiências sexuais. Na terceira e última fase da adolescência o grupo vai perdendo progressivamente a sua importância e os seus valores tornam-se menos relevantes, devido ao incremento dos valores e identidade pessoais (Ferreira, 1996). Embora os amigos se mantenham, permitem uns aos outros mais espaço e independência. O adolescente despende muito do seu tempo em relações com uma pessoa, o envolvimento afectivo-sexual torna-se mais marcante, levando por vezes à fragmentação do grupo e à constituição de pequenos subgrupos de pares de namorados.

A substituição, no domínio de amizades com adolescentes do mesmo sexo para relações heterossexuais, é uma das mudanças mais importantes do relacionamento social nesta etapa. As relações heterossexuais têm uma influência preponderante na preparação para a assunção de uma sexualidade adulta, sendo as interacções futuras sem dúvida condicionadas pelas experiências sexuais na adolescência.



O grupo de pares pode ter efeitos protectores em adolescentes cujos pais exercem pouco controlo, se preocupam pouco e tiveram um papel fraco no seu processo de socialização. Nestes casos os adolescentes podem ganhar experiência no grupo de amigos (Lansford et al., 2003).

Embora as relações com os pares sejam positivas no desenvolvimento do adolescente, alguns autores têm também referido que estas podem ter aspectos negativos (Menezes, 2005; Abecassis et al., 2002), principalmente através de pares com comportamentos desviantes (Laird et al., 1999). Não podemos no entanto admitir que só os amigos podem constituir um perigo. Como afirma Lansford, quer as famílias quer os grupos de pares podem desempenhar papéis de risco ou protectores no desenvolvimento dos adolescentes (Lansford et al., 2003).

Na adolescência, quer a família quer os amigos desempenham papel significativo na vida dos indivíduos, contribuindo de forma importante para a aquisição da identidade (Moral, 2004). Consoante as situações, os seus valores relativos assumem importâncias diferentes (Brittain, 1969). Quando se trata de resultados académicos, escolhas académicas e de carreira, consumo de drogas (Foster-Clarck & Blyth, 1991), cuidados de saúde e valores sócio-económicos (Matos et al., 1996), os valores e opiniões dos pais são preponderantes sobre os dos amigos. Nos problemas com amigos, escolhas a nível de moda (Foster-Clarck & Blyth, 1991), música, ocupação de tempos livres, linguagem e modelos de interacção individual (Claes, 1985), as referências do grupo de pares são tomadas em consideração. Pode então afirmar-se que, de uma forma geral, a influência dos pais se salienta nas decisões que têm implicações a nível do futuro e a do grupo de pares nas decisões relativas a necessidades, nomeadamente em termos de identidade e status (Claes, 1985).

\*\*\*

É complexo e por vezes difícil definir a adolescência e os adolescentes. A adolescência é uma fase do ciclo de vida que não deve ser vista como um estágio de desenvolvimento fixo no tempo ou nas manifestações, mas como um período dinâmico de transição da infância para a idade adulta. Os limites deste período são assim muito discutíveis, com variações significativas de indivíduo para indivíduo e de cultura para cultura, existindo actualmente uma tendência para alongar o tempo de adolescência, essencialmente pela maior precocidade da puberdade e pelo acesso mais tardio do adolescente a uma vida

profissional e afectiva mais estável. Para a OMS este período engloba a segunda década da vida.

Durante a adolescência processam-se uma série de rápidas transformações a nível físico, psicológico, social e moral, existindo uma série de tarefas evolutivas que os indivíduos devem atingir para funcionar de forma efectiva na sociedade adulta. Havighurst (1952, cit in Rodrigo et al., 2006) apresenta as seguintes tarefas evolutivas para atingir este objectivo: desenvolver relações maduras com pares de ambos os sexos, formar uma identidade clara, tornar-se independente dos pais, desenvolver um sistema pessoal de valores, atingir a independência económica, aceitar a sua nova imagem corporal, desenvolver capacidades para controlar os seus comportamentos de acordo com as normas sociais e responsabilizar-se pelos seus comportamentos.

Na adolescência as relações com o grupo de pares tornam-se extremamente importantes. Os amigos são considerados fundamentais e a aceitação ou rejeição pelo grupo marca profundamente a vida do adolescente. O aumento da importância dos amigos não implica uma ruptura nas relações com os pais, que mantêm um papel crucial no seu desenvolvimento (Allen et al., 1994) e continuam a ser uma importante fonte de apoio social e emocional.

### **3. ESTILOS DE VIDA E COMPORTAMENTOS DE RISCO NA ADOLESCÊNCIA**

A adolescência, tempo de clarificação de valores e de tomada de decisões, é uma etapa fundamental na aquisição e consolidação de estilos de vida, saudáveis (Newman et al., 2008) ou não saudáveis, dependendo das escolhas efectuadas pelos adolescentes. É um período durante o qual se estabelecem vários hábitos de vida que tendem a ser mantidos na idade adulta, onde se tornam mais difíceis de alterar (Brannen & Fletcher, 1999). Durante esta fase da vida consolidam-se algumas tendências comportamentais adquiridas na infância e incorporam-se outras provenientes dos modelos sociais e familiares.

Há mais de meio século que Adler, na sua teoria da personalidade, estudou o porquê das pessoas se comportarem como comportam (Utay & Utay, 1996; Pulkkinen, 1992). O conceito de estilo de vida não é um conceito recente, embora tenha evoluído ao longo dos anos. Em 1974, Lalonde definiu-o como “o agregado de decisões individuais que afectam a vida do indivíduo e sobre as quais este tem algum controlo” (p. 32). A Organização Mundial de Saúde define estilo de vida como um “conjunto de estruturas mediadoras que reflectem uma totalidade de actividades, atitudes e valores sociais” (WHO, 1986a, p. 43) ou como “um aglomerado de padrões comportamentais, intimamente relacionados, que dependem das condições económicas e sociais, da educação, da idade e de muitos outros factores” (WHO, 1988, p. 114) ou, ainda, como um modo de viver baseado na interacção entre as condições de vida e os padrões de conduta individuais determinados por factores socioculturais e características pessoais (OMS, 1989). Para Pulkkinen (1992), o estilo de vida pode ser entendido como um sub sistema subjectivo da forma de viver, que por sua vez corresponde a um sistema de actividades características da pessoa ou grupo de pessoas, como por exemplo a família. Em 2004 o Ministério da Saúde caracterizou os estilos de vida como um conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, aprendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados, ao longo do ciclo de vida (Despacho Nº 1916/2004).

Com o passar do tempo verifica-se um aumento de complexidade nas definições de estilo de vida: Lalonde (1974) foca uma perspectiva mais individualizada, centrada no comportamento individual; a OMS em 1986 refere que o comportamento do indivíduo é a expressão do contexto social alargado; em 1988 os comportamentos individuais já dependem de aspectos contextuais e, em 1989, o comportamento depende não só

desses aspectos, como também das características pessoais de cada indivíduo. Por fim, o Ministério da Saúde (Despacho Nº 1916/2004) releva não só o processo de socialização e as características pessoais de cada indivíduo, mas também a capacidade da pessoa testar e reinterpretar os comportamentos ao longo da vida.

O conceito de estilo de vida não é um conceito estático, mas sim dinâmico, que vai mudando com o desenvolvimento do indivíduo e que se vai construindo com base nas vivências, passadas e presentes, e expectativas para o futuro. É condicionado em estádios precoces da vida e tende a continuar como organizador de comportamentos complexos. Inclui as atitudes, os valores e os comportamentos, em áreas tão distintas como o exercício físico, a dieta, o consumo de tabaco e de álcool.

O estilo de vida desenvolve-se desde o nascimento e reflecte os objectivos individuais e a forma como cada um luta para os alcançar. Baseia-se na maneira individual e subjectiva (Croake, 1975) de ver o mundo, pensar, sentir e agir (Bickhard & Ford, 1979).

De acordo com Adler, cada pessoa tem um estilo de vida único (Croake, 1975). Apesar disso, há certas características comuns que se podem encontrar nos estilos de vida de diferentes indivíduos ou grupos de indivíduos.

A relação entre pais e filhos baseada na confiança, na expressão de sentimentos, na existência de normas claras e negociadas, o apoio e suporte dos pais e um clima familiar harmonioso, têm uma relação estreita com o estilo de vida do adolescente (Newman et al., 2008; WHO, 2004a; Rodrigo et al., 2004; Álvarez et al., 2003). A importância e a influência dos amigos têm de ser consideradas na adopção dos estilos de vida, sem que isso implique uma diminuição da influência familiar (Rodrigo et al., 2006).

O conceito de estilo de vida assumiu igualmente um lugar importante no contexto de promoção da saúde e da prevenção da doença. Tem sido utilizado de várias formas para explicar os comportamentos de saúde (Matos et al., 2006a; Golding & Cornish, 1987) e os comportamentos de lazer (Bernard, 1987), tendo os primeiros por objectivo impedir o aparecimento da doença (Kasl, 1996) e reflectindo-se não só no estado de saúde do indivíduo, como também na sua longevidade (Nicholson, 2000). Para a OMS (WHO, 1986a), o comportamento de saúde é qualquer actividade desenvolvida pelo indivíduo com o objectivo de promover, proteger ou manter a saúde. Para Matarazzo (1984, cit. in Ogden, 2004), o comportamento de saúde engloba elementos patogénicos que compreendem hábitos prejudiciais, como fumar, fazer uma alimentação rica em gorduras, beber grandes quantidades de álcool, e os comportamentos de protecção de saúde, como lavar os dentes, usar cintos de segurança, procurar informação relacionada com a saúde, realizar *check-ups* regulares e dormir um número adequado de horas por noite.

Parece ser consensual, entre os especialistas da área da saúde, que o estilo de vida, caracterizado por um conjunto de hábitos e comportamentos, adoptados pelos indivíduos da sociedade moderna, tanto por adolescentes e jovens quanto por adultos, constitui um dos principais responsáveis pelas alterações relacionadas com o perfil de morbimortalidade nas últimas décadas (Cervato et al., 1997; Blair et al., 1996).

Armstrong (1988, cit. In Ribeiro, 2004) afirmava que enquanto no século XIX os profissionais de saúde se preocupavam com o meio ambiente – água, ar, alimentos, excrementos – enquanto elemento principal no aparecimento das doenças e que estavam na origem de grandes epidemias como a tuberculose, em meados do século XX essa preocupação passou para as pessoas e para o seu comportamento, enquanto elementos activos e decisivos no processo de adoecer ou de ser saudável. Para Lalonde (1974), o comportamento humano é em grande parte responsável pelas doenças no mundo moderno e, para Friedman (1993), a saúde dos adolescentes depende em particular do seu próprio comportamento, sendo este fortemente influenciado pelo ambiente em que vivem.

Acompanhando a importância que os estilos de vida assumem na saúde, surgem definições que o consideram essencial na promoção da saúde e protecção da doença, como, por exemplo a do *International Council of Nurses* (ICN), que define o estilo de vida como “acção relacionada com o próprio, com as seguintes características específicas: padrão repetido de actividades que se sabe que, com o tempo, influenciam a saúde e que se tornam habituais como padrão de estilo de vida.” (ICN, 2000, p.64).

Também a OMS considera que um estilo de vida saudável é uma maneira de viver que diminui o risco de se contrair uma doença grave ou de morrer precocemente e que ajuda o indivíduo a apreciar mais os aspectos da sua vida (WHO 1999a).

O estado de saúde da pessoa reflecte em grande medida os seus estilos de vida. Estilos de vida saudáveis contribuem para uma baixa ocorrência de comportamentos prejudiciais (Long et al., 1988) e caracterizam-se por comportamentos e hábitos que têm relação estreita com a saúde em sentido amplo, ou seja, tudo o que contribui para o bem-estar e desenvolvimento do indivíduo a nível bio-psico-social (Rodrigo et al., 2004). Pelo contrário, estilos de vida não saudáveis compreendem um conjunto de condutas que ameaçam o bem-estar físico e psíquico e o desenvolvimento do indivíduo (Peterson, 2002). A crescente evidência nas áreas da prevenção da doença e promoção da saúde tem demonstrado que estilos de vida não saudáveis têm forte influência no aparecimento de doenças crónicas (Gasquez et al., 2004).

A capacidade de os adolescentes tomarem decisões sobre os comportamentos de saúde e de os adoptarem, é maior quando eles podem participar e intervir no ambiente social, educacional e físico em que se movem (WHO, 1999a).

Como já foi referido anteriormente, a adolescência é uma fase da vida que se caracteriza por mudanças drásticas a todos os níveis de desenvolvimento, que provocam contradições e ambivalências no adolescente, no processo de procura de equilíbrio consigo mesmo e com a sociedade. Por tudo isto, os adolescentes são moldáveis, receptivos e estão abertos às influências dos modelos sociais e familiares. A família e o grupo de pares costumam ser considerados como as principais fontes de influência do adolescente, no que respeita às atitudes e comportamentos relacionados com a saúde (Mattey, 2003; Wolfgang, 2000; Bruhn, 1988, cit. in Matos et al., 1996). A maioria dos profissionais de saúde (Eisenberg et al., 2006a) e dos adolescentes apontam a família como elemento estruturador na promoção da saúde e do bem-estar do adolescente. Na família destacam-se, entre outros aspectos, a relação entre o nível de educação dos pais e a sua preocupação com a saúde e com a aquisição de um estilo de vida saudável (WHO 1999b; Bruhn, 1988, cit. in Matos et al., 1996), os estilos parentais (Newman et al., 2008; Berg-Kelly & Kullander, 1999; Baumrind, 1991a), a comunicação entre pais e filhos (UNICEF, 2002; Dilorio & Hockenberry-Eaton, 1999) e a ligação entre os pais e o adolescente (Miller et al., 2001; Resnick, 1993).

Quanto ao grupo de pares, eles são geralmente a referência principal para a escolha de comportamentos. Habitualmente, costuma destacar-se a pressão do grupo na conformidade dos indivíduos relativamente à prática de alguns comportamentos de saúde negativos (Cohen & Prinstein, 2006; Society for Adolescent Medicine, 2003; Wolfgang, 2000; Berg-Kelly & Kullander, 1999; Bruhn, 1988, cit. In Matos et al., 1996.). Contudo o grupo de pares nem sempre é uma influência a nível de comportamentos negativos, podendo também constituir uma fonte de comportamentos positivos para a saúde. Cohen & Prinstein (2006) referem que os adolescentes escolhem pares que sejam semelhantes em atitudes, preferências e comportamentos.

Na transição para a vida adulta, os adolescentes enfrentam o desafio de adoptarem comportamentos saudáveis (WHO 2006a). Embora na adolescência, devido ao desenvolvimento cognitivo e ao aumento de conhecimentos sobre a saúde em geral, o indivíduo adquira a capacidade de compreender as consequências dos seus comportamentos sobre a sua saúde a curto e a longo prazo, a ideia de que é invulnerável (Rolison & Scherman, 2002), a curiosidade e a vontade de novas experiências, levam a que muitas vezes se envolva em comportamentos que podem fazer perigar a sua saúde,

actual e futura, sem pensar nas consequências que daí podem advir (WHO, 2002a; Dowdell, 2002; Ferreira, 1996; Turner et al., 1993).

O risco pode ser definido como qualquer acção onde tanto existem oportunidades para o sucesso como para o fracasso (Peterson, 2002). A OMS definiu-o como probabilidade e um resultado adverso ou factor que aumenta essa probabilidade (WHO, 2002d). Durante a adolescência, a maioria dos indivíduos experimenta comportamentos de risco e comportamentos saudáveis (Bas & Kisiltan, 2007). O risco não é contudo exclusivo da adolescência, acompanhando toda a existência do ser humano (Coslin, 2003). Quando comparada com outros períodos de desenvolvimento, independentemente da cultura e da época, a adolescência gera um elevado potencial para a imprudência (Bee, 1995), que torna os estilos de vida dos jovens mais propensos à assunção de comportamentos de risco.

Vários autores consideram que não há adolescência sem assunção de risco, pois esta é uma fase por excelência para a assunção deste tipo de comportamentos (Wyatt & Peterson, 2005; Marcelli & Braconnier, 2005; Rebolledo et al., 2004; Matthey, 2003; Bekaert, 2003; Rolison & Scherman, 2002). Para além da ideia de invulnerabilidade e da curiosidade que é típica desta fase da vida, há outros factores intrínsecos e extrínsecos ao adolescente que o podem predispor para comportamentos de risco, como o desejo de agir contra as normas estabelecidas pelos pais, família e sociedade em geral (WHO, 2003b), a procura de autonomia e de identidade e a afirmação de maturidade pessoal, o desejo de ser aceite e respeitado pelos pares — que leva os adolescentes a agirem em conformidade com os comportamentos do grupo — e as pressões dos meios de comunicação social. Há autores que consideram que os riscos são uma tentativa dos adolescentes para encontrarem o prazer (Berond & Menetrey, 1993). Na adolescência há a tendência para desafiar o perigo e um sentimento de êxtase quando se vence: se o comportamento de risco for gratificante para o adolescente, haverá poucas ou nenhuma hipóteses de ele o abandonar, se não tiver uma alternativa que ele valorize e que tenha funções idênticas (Jessor, 1991).

Os comportamentos de risco englobam todos os comportamentos associados a resultados negativos para a saúde e desenvolvimento dos adolescentes (Wyatt & Peterson, 2005; Irwin & Millstein, 1991; Millstein, 1989; WHO, 1986a), que aumentam o risco de desenvolver estilos de vida não saudáveis (Dowdell & Santucci, 2004).

Nas últimas décadas houve uma mudança nas causas de morbilidade e mortalidade dos adolescentes. Poucos sucumbem de causas naturais (Haggerty, 1975), sendo a esmagadora taxa de morbilidade e mortalidade dos adolescentes devida a causas

preveníveis (Irwin, 2003) e resultantes dos estilos de vida praticados (Matos et al., 2006a; Dowdell & Santucci, 2004; Harris et al., 2002; Society for Adolescent Medicine, 1998, 1997). Muitos adolescentes envolvem-se numa variedade de comportamentos que os colocam em risco de doenças agudas ou crónicas, ou mesmo de morte (Reininger et al., 2005). Mas, os comportamentos de risco na adolescência podem comprometer não só o desenvolvimento e a saúde actual e futura do indivíduo, mas também hipotecar todo o curso da sua vida (Dowdell, 2002). Alguns comportamentos, como por exemplo a maternidade / paternidade, têm consequências irreversíveis (WHO & UNICEF, 2000).

Na realidade os adolescentes têm o mais elevado risco de morbilidade e mortalidade por certas causas, como os acidentes, traumatismos, gravidez e IST, consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas (MS, 2004b; Shenkman et al., 2003; Zink et al., 2003). Os comportamentos ligados ao risco aparecem num número reduzido de adolescentes e diferem com o género e o estatuto sócio-económico, agravando-se com a idade (Matos & Gaspar, 2005).

Comportamentos saudáveis adquiridos durante a adolescência tendem a prevalecer na idade adulta (WHO, 2006h; Branen & Fletcher, 1999) e a passar para as gerações futuras (WHO, 2003c). De igual forma, os comportamentos de risco para a saúde, adoptados na infância ou na adolescência, são muitas vezes difíceis de erradicar na idade adulta (Sandbæk, 2007; Dowdell & Santucci, 2004; Dowdell, 2002). Ao ajudarmos os adolescentes a melhorarem os seus estilos de vida, estamos a ajudá-los a optimizarem a sua saúde (Jordan-Marsh et al., 1984). O desenvolvimento saudável dos adolescentes representa um aspecto muito importante na vida de qualquer comunidade, pois muitos dos comportamentos que fazem parte dos estilos de vida dos adolescentes (consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas, comportamentos sexuais de risco, alimentação não equilibrada, ausência de actividade física ou actividade física em grau reduzido, etc) podem influenciar, directa ou indirectamente, a sua saúde a curto ou a longo prazo (WHO, 2005a; Society for Adolescent Medicine, 2003). De facto, comportamentos deste tipo não podem deixar de ser considerados como determinantes da morbilidade e mortalidade, não só na adolescência (WHO, 2002a), como também na idade adulta (WHO, 2003b; Van Look, 2003; Grunbaum et al., 2002; Hamburg, 1997; Ginzberg, 1991). Em 1989 a OMS dizia que

...a adolescência é um período de transição, no qual os jovens desenvolvem as suas capacidades experimentando novos tipos de comportamento. Ela representa uma encruzilhada na vida, em que um caminho saudável para fase adulta poderá ser alcançado se as suas necessidades de desenvolvimento e segurança forem atendidas, caso contrário um padrão de comportamento



nocivo poderá desenvolver-se com consequências negativas para a saúde e sobrevivência, a curto ou longo prazo (OMS, 1989, p3).

Nos estudos sobre os estilos de vida na adolescência, os comportamentos que tradicionalmente se estudam são os hábitos alimentares, a actividade física, o consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas e a idade da primeira relação sexual (Rodrigo et al., 2004; Carlini-Cotrim, 2000; U. S. Department of Health and Human Services, 2000a). Mais recentemente o âmbito da pesquisa alargou-se e passou a envolver tanto os comportamentos comprometedores da saúde como os protectores (Donovan et al., 1993) e incorporaram-se comportamentos que se relacionam mais com a protecção da saúde e prevenção de riscos, como a prevenção de gravidezes e IST, hábitos de sono e repouso adequados, ocupação de tempos livres, higiene dentária (Pastor, 1998) e hábitos alimentares adequados (Viana, 2002).

### **3.1. Hábitos de sono**

O sono é comum aos animais de todas as espécies e é essencial à sobrevivência (Noll et al., 2006; Dahl & Lewin, 2002). É uma necessidade biológica que varia em quantidade e qualidade ao longo do ciclo vital (Mercer et al., 1998), mas é especialmente importante nos períodos de grande desenvolvimento cerebral: a infância e a adolescência (Noll et al., 2006; Dahl & Lewin, 2002).

O sono é imprescindível à manutenção de uma vida saudável (Huntley et al., 2007; Curcio et al., 2006; Owens, 2005; Dahl & Lewin, 2002) e a sua falta está associada a uma variedade de efeitos negativos na saúde (Punamäki et al., 2007; Curcio et al., 2006) e pode mesmo ser ameaçador da vida (National Sleep Foundation, 2000). Saliente-se que o sono não é um simples descanso, mas antes um processo activo (Curcio et al., 2006; Carno et al., 2003), durante o qual algumas zonas do cérebro têm a mesma ou mais actividade do que durante os períodos de vigília (Dahl & Lewin, 2002). Na sua essência, podemos considerar o sono o alimento do cérebro (National Sleep Foundation, 2000).

A alternância diária do estado de sono e vigília constitui um dos ritmos do corpo mais evidentes e presentes no quotidiano das pessoas. Todos passamos cerca de um terço das nossas vidas a dormir ou a tentar dormir (Mindell et al., 1999; Vgontzas & Kales, 1999).

O sono é considerado como um factor primário no desenvolvimento dos adolescentes, influenciando muitos aspectos do seu dia a dia (O'Brien & Mindell, 2005), nomeadamente a sua capacidade de pensar (National Sleep Foundation, 2000), o seu comportamento e forma de sentir (Kelman, 1999; Wolfson & Carskadon, 1998). A privação do sono é um

dos problemas das sociedades modernas, não só na adolescência como noutras faixas etárias, preferindo muitas vezes os indivíduos sacrificar algum tempo de sono para poderem levar a cabo algumas actividades do seu interesse (Curcio et al., 2006).

Na adolescência ocorrem alterações profundas no padrão do sono (Russo et al., 2007; Carno et al., 2003; Patten et al., 2000). As modificações físicas, cognitivas, sociais e emocionais que se processam na adolescência podem ter um impacto significativo, não só nos comportamentos, como também nos padrões de sono (O'Brien & Mindell, 2005; Yang et al., 2005). Os factores que influenciam o padrão de sono durante a adolescência são de ordem biológica e comportamental (Stallones et al., 2006; Yang et al., 2005), incluindo-se nos primeiros as alterações nas necessidades de dormir e nos segundos maiores necessidades de estudo, trabalho e mais solicitações sociais (Stallones et al., 2006; Carno et al., 2003).

Os investigadores do sono afirmam que as necessidades básicas de cada indivíduo geralmente se mantêm ao longo da vida (National Sleep Foundation, 2000). Marcelli e Braconier (2005) referem que na adolescência o sono nocturno deve ter uma duração de mais ou menos 10 horas, Carskadon et al. (1980) dizem que no mínimo devem dormir 8,30 horas, sendo o ideal que durmam 9,25 horas. Alguns autores consideram que as necessidades de sono durante a puberdade aumentam (Saarenpää-Heikkilä et al., 2001; Johnson, 2001) e outros referem que os adolescentes têm necessidades idênticas às das crianças, aproximadamente nove a 10 horas por noite (Millman et al., 2005; Mercer et al., 1998). No entanto, os estudos comprovam que o tempo de sono dos adolescentes é inferior ao das crianças em idade escolar (Johnson, 2001) – enquanto estas dormem cerca de 10 horas, os adolescentes de 16 anos dormem aproximadamente oito horas (Iglowstein et al., 2003; Wolfson e Carskadon, 1998).

Embora os adolescentes necessitem de dormir o recomendado para manterem a saúde e bem-estar, muitos não o fazem. Durante esta fase da vida os padrões de sono também se alteram, nomeadamente as horas de deitar e levantar (Wolfson & Carskadon, 1998), havendo uma tendência para deitar tarde e levantar tarde (Teixeira et al., 2004; Dahl & Lewin, 2002; Giannotti et al., 2002). Existe uma diminuição do tempo total de sono (Lagerberg et al., 2001; Liu et al., 2000) e uma irregularidade nos padrões (Giannotti et al., 2002), com horários muito diferentes ao fim-de-semana (Moore & Meltzer, 2008; Knutson & Lauderdale, 2007; Pollak et al., 2003; Lagerberg et al., 2001), como consequência directa do tempo de sono perdido durante a semana (National Sleep Foundation, 2000; Mantz et al., 2000). Wolfson e Carskadon (1998) encontraram uma discrepância de mais de duas horas, entre o número de horas de sono à semana e ao fim-de-semana, em adolescentes de 18 anos.

Nos adolescentes mais velhos a hora de deitar, à semana, torna-se mais tardia (Laberge et al., 2001), mas a hora de levantar mantêm-se, devido aos horários escolares (Joo et al., 2005). Wolfson e Carskadon (1998) concluíram que os adolescentes mais novos se deitam mais cedo e dormem mais do que os mais velhos, e que o tempo total de sono, quer nas noites de semana quer nas de fim-de-semana, diminui com a idade.

Vários investigadores confirmam que durante a adolescência há um declínio do número de horas de sono nas noites de semana (O'Brien & Mindell, 2005; Millman et al., 2005; Mantz et al., 2000; Wolfson & Carskadon, 1998) e uma tendência para aumentar o número de horas de sono durante o fim-de-semana (Knutson & Lauderdale, 2007; Millman et al., 2005; Lee et al., 1999; Wolfson & Carskadon, 1998). Este padrão pode sugerir que há uma privação do número de horas de sono durante a semana (Mercer et al., 1998). A alteração no padrão de sono dos adolescentes e a irregularidade do ritmo deitar / levantar ao fim-de-semana, que são típicos dos adolescentes (Noll et al., 2006; O'Brien & Mindell, 2005; Millman et al., 2005; Dahl & Lewin, 2002; Johnson, 2001; Mantz et al., 2000; Wolfson & Carskadon, 1998), podem sugerir uma qualidade de sono pouco satisfatória (Noll et al., 2006; Mantz et al., 2000), apesar da importância deste factor como indicador da saúde e bem-estar dos adolescentes (Tynjälä et al., 1999).

A pressão dos pares para saírem à noite (Moore & Meltzer, 2008; Taylor et al., 2005; Carskadon et al., 2004), o pouco controlo parental (Carskadon et al., 2004; Wolfson & Carskadon, 1998; Vignau et al., 1997), a necessidade de estudar (Joo et al., 2005; Johnson, 2001; Mantz et al., 2000; Wolfson & Carskadon, 1998), o aumento da carga de trabalhos de casa (Joo et al., 2005; Carskadon et al., 2004; Johnson, 2001; Mantz et al., 2000; Wolfson & Carskadon, 1998), bem como outras ocupações regulares, como a televisão (Joo et al., 2005; Taylor et al., 2005; Carskadon et al., 2004; Dahl & Lewin, 2002; Van den Bulck, 2000; Mantz et al., 1999; Wolfson & Carskadon, 1998), o computador (Moore & Meltzer, 2008; Punamäki et al., 2007; Carskadon et al., 2004) e o início da actividade laboral (Stallones et al., 2006; Joo et al., 2005; Taylor et al., 2005; Teixeira et al., 2004; Johnson, 2001), podem contribuir para os adolescentes se deitarem tarde, durante as noites de semana. A hora de levantar é estabelecida em função das aulas (Joo et al., 2005) e do tempo despendido no caminho para a escola (Mantz et al., 1999). As aulas no início da manhã forçam a perda de sono nos adolescentes (Hansen et al., 2005; Pollak et al., 2003; Johnson, 2001) e obrigam-nos a estar concentrados num período do dia que não é o melhor (Hansen et al., 2005), atendendo aos seus ritmos circadianos (Dahl & Lewin, 2002; Johnson, 2001).

O desejo de ficar a pé até tarde, de auto-determinação sobre a hora de deitar (Carskadon et al., 2004; Dahl & Lewin, 2002), o processo de socialização com os pares (Moore &

Meltzer, 2008) e as inúmeras actividades que podem desenvolver no período nocturno, são algumas das causas que podem interferir com o sono dos adolescentes (Taylor et al., 2005). Enquanto a duração do sono nocturno diminui ao longo da adolescência, a sonolência diurna apresenta uma maior incidência (Moore & Meltzer, 2008; Millman et al., 2005; Carno et al., 2003; Giannotti et al., 2002; Mantz et al., 2000), por se acumular um débito de sono (Moore & Meltzer, 2008; Mercer et al., 1998), que só poderia ser evitado se os adolescentes dormissem pelo menos oito horas por noite (Mercer et al., 1998).

A privação de sono tem implicações no desenvolvimento cognitivo (Huntley et al., 2007; Curcio et al., 2006; Gibson et al., 2006) e emocional dos adolescentes (Noll et al., 2006; Dahl & Lewin, 2002). O cansaço, a sonolência diurna (Curcio et al., 2006; Gibson et al., 2006; Teixeira et al., 2004; Drake et al., 2003; Saarenpää-Heikkilä et al., 2001; Laberge et al., 2001; Mantz et al., 1999; Kelman, 1999), a dificuldade em acordar de manhã e em concentrar-se nas aulas (Dahl & Lewin, 2002) e o deficit de memória (Curcio et al., 2006; Gibson et al., 2006), são algumas das consequências dessa privação. Estudos recentes têm também demonstrado uma associação entre a perda de sono e o aumento de peso (Spiegel et al., 2005).

Os adolescentes sonolentos tendem a ter mais dificuldades académicas (Curcio et al., 2006; Wolfson & Carskadon, 2003) e maior insucesso escolar (Noll et al., 2006; Millman et al., 2005; Drake et al., 2003; Giannotti et al., 2002; Kelman, 1999). Os adolescentes que sofram privação de sono têm menor controlo sobre as suas respostas emocionais (O'Brien & Mindell, 2005), são mais agressivos, irritáveis (Gibson et al., 2006; Dahl & Lewin, 2002), impacientes e angustiados (Dahl & Lewin, 2002).

A insuficiência do número de horas de sono na adolescência é considerada um factor de risco que urge combater (Stallones et al., 2006; Joo et al., 2005) e tem sido associada com uma diminuição dos níveis de alerta e com a sonolência (Moore & Meltzer, 2008; Mantz et al., 2000), que por sua vez estão associados a um aumento do risco de acidentes (Stallones et al., 2006; O'Brien & Mindell, 2005; Millman et al., 2005; Carskadon et al., 2004; Giannotti et al., 2002; Johnson, 2001; National Sleep Foundation, 2000; Kelman, 1999), e com um aumento do consumo de álcool (O'Brien & Mindell, 2005; Johnson, 2001) e de drogas ilícitas (Johnson, 2001), com resultados académicos menos satisfatórios (Moore & Meltzer, 2008; Giannotti et al., 2002) e com um aumento do peso (Knutson & Lauderdale, 2007).

Os problemas ligados ao sono são comuns nas crianças e adolescentes (Dahl & Lewin, 2002; Patten et al., 2000; Mindell et al., 1999; Bruni et al., 1997), e principalmente nos adolescentes do sexo feminino (Patten et al., 2000). Os pesadelos, insónias (Noll et al.,

2006; Dahl & Lewin, 2002; Patten et al., 2000), dificuldade em adormecer (Millman et al., 2005; Dahl & Lewin, 2002; Patten et al., 2000; Tynjälä et al., 1999), acordar durante a noite (Laberge et al., 2001; Mindell et al., 1999) e a sensação de que não foi capaz de se envolver num sono profundo (Dahl & Lewin, 2002), são alguns dos problemas que alguns adolescentes referem. Crianças, adolescentes e adultos que mencionam ter habitualmente dores de cabeça, queixam-se de problemas ligados ao sono (Bruni et al., 1997, 1999).

O sono pode ser inibido por sentimentos de ameaça e pelo stresse (Dahl & Lewin, 2002) e promovido por sentimentos de segurança (Noll et al., 2006). Muitas vezes os problemas deste tipo resultam de um conflito entre as necessidades de sono do adolescente e as suas solicitações sociais, bem como dos seus comportamentos (Wolfson & Carskadon, 1998). Os sintomas depressivos, o fumar cigarros (Patten et al., 2000) e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas (Wechsler et al., 2002), predizem o desenvolvimento e a persistência de problemas de sono na adolescência. Um sono inadequado pode coexistir com outros comportamentos de risco, como o consumo de bebidas alcoólicas e de tabaco (Owens, 2005; Tynjälä et al., 1997). Giannotti et al. (2002) concluíram que os adolescentes que dormiam menos, consumiam mais bebidas com cafeína.

A higiene do sono pode ser uma importante medida na adolescência (Moore & Meltzer, 2008; Lebourgeois et al., 2005; Reite et al., 2004) e pode definir-se como um conjunto de práticas que promovem o sono de qualidade de forma contínua e efectiva, incluindo a regularidade na hora de deitar e levantar, a conformidade entre o tempo despendido na cama e o tempo necessário para um número de horas de sono adequado ao indivíduo (Lebourgeois et al., 2005), a restrição de bebidas alcoólicas (Millman et al., 2005; Johnson, 2001; Tynjälä et al., 1999) e bebidas com cafeína (Pollak et al., 2003; Dahl & Lewin, 2002), o fumo de cigarros (Dahl & Lewin, 2002; Patten et al., 2000; Tynjälä et al., 1999) e a ingestão de comidas que possam afectar o sono antes da hora de deitar. Providenciar um ambiente que não perturbe o sono (Lee et al., 1999; Vgontzas & Kales, 1999) e privilegiar o uso do quarto para dormir e não para outras actividades (Vgontzas & Kales, 1999), são igualmente práticas que promovem a higiene do sono. Os adolescentes devem ainda evitar ver televisão até tarde, principalmente programas de terror e suspense que interfiram com o seu estado de espírito (Van den Bulck, 2000).

### **3.2. Alimentação na adolescência**

Os hábitos alimentares adquiridos durante a infância e a adolescência tendem a ser mantidos na vida adulta (Branen & Fletcher, 1999) e têm importantes repercussões na

saúde dos indivíduos, quer a curto quer a longo prazo, nomeadamente a nível do bem-estar físico e emocional (King et al., 1996; WHO, 1993).

A evidência demonstra que os factores de risco relacionados com a alimentação, que favorecem o aparecimento de doenças crónicas, se iniciam na infância e adolescência e têm ganho cada vez mais relevância (Moreno et al., 2005). Uma alimentação saudável e equilibrada é um factor determinante para ganhos em saúde (Ministério da Educação, 2006). Independentemente de outros factores de risco, a adopção de padrões alimentares desequilibrados tem um impacto importante na morbilidade e mortalidade das populações (Lopes et al., 2006) e tem sido associada ao desencadeamento de diversos problemas de saúde, como obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares (WHO, 2006c) e alguns tipos de cancro (WHO, 2003d; Cervato et al., 1997; Blair et al., 1996).

A adolescência é um período da vida ideal para adquirir e consolidar hábitos alimentares saudáveis. Uma alimentação racional, que tenha em conta as necessidades do organismo e que tome em consideração as propriedades preventivas de alguns alimentos, é hoje um aspecto determinante na construção de um estilo de vida saudável para as pessoas de diferentes grupos etários (Viana, 2002). Uma dieta adequada e equilibrada durante a infância e a adolescência tenderá a reduzir os riscos de problemas de saúde imediatos, como as cáries, anemias, atraso de crescimento, excesso de peso e obesidade (Vereecken et al., 2004; Centers for Disease Control and Prevention, 1997).

A alimentação deve ser completa, equilibrada e variada, incluindo alimentos de todos os grupos incluídos na Nova Roda dos Alimentos (Ministério da Saúde & DGS, 2005; Ministério da Saúde, 2005). A alimentação completa, equilibrada e variada, deve incluir todos os grupos, comendo em maior quantidade os alimentos pertencentes aos grupos de maior dimensão na roda e em menor quantidade os que se encontram nos grupos de menor dimensão, de forma a ingerir o número diário de porções recomendadas e a assegurar a diversidade (Ministério da Saúde & DGS, 2005).

Cada grupo reúne alimentos com propriedades e valor nutricional semelhante, pelo que podem e devem regularmente ser substituídos uns pelos outros, de modo a assegurar a necessária variedade, que constitui um princípio essencial numa alimentação de qualidade (Instituto do Consumidor e FCNAUP, 2003).

A Nova Roda dos Alimentos indica também a proporção de peso com que cada grupo concorre para uma alimentação equilibrada (Marques, 2007) e as porções de ingestão diária de cada grupo. O número de porções diárias depende das necessidades energéticas de cada indivíduo, devendo a alimentação das crianças de um a três anos guiar-se pelos limites inferiores, a dos homens activos e rapazes adolescentes pelos

limites superiores e a da restante população pelos valores intermédios (Ministério da Saúde & DGS, 2005).

A Nova Roda dos Alimentos compreende sete grupos, distribuídos da seguinte forma:

- Cereais e derivados, tubérculos (28%): engloba o pão, os cereais do pequeno-almoço ou merendas, as batatas, as massas e o arroz.
- Hortícolas (23%): engloba as hortaliças, os legumes e os bolbos.
- Fruta (20%): engloba todo o tipo de fruta fresca, incluindo os sumos de fruta naturais.
- Lacticínios (18%): engloba o leite, o queijo e os iogurtes.
- Carnes, pescado e ovos (5%).
- Leguminosas (4%): engloba as ervilhas, o grão, as favas e o feijão.
- Gorduras e óleos (2%): engloba o azeite, os óleos, a banha, a manteiga, as margarinas e cremes vegetais para barrar.

A água, não possuindo um grupo próprio, está representada no centro da roda e corresponde a necessidades diárias que variam de um litro e meio a três litros.

O período de desenvolvimento físico e psicológico que se vive na adolescência afecta as necessidades e os hábitos alimentares. Os adolescentes podem considerar-se um grupo vulnerável a nível nutricional por diversas razões, como o aumento nas necessidades nutricionais devido à fase de desenvolvimento e crescimento (Braconnier, 1999), os seus padrões alimentares e estilos de vida, os seus comportamentos de risco e a maior susceptibilidade às influências do ambiente (WHO, 2005a). O padrão alimentar, segundo Almeida (1994, p. 98), engloba “a escolha de alimentos, os métodos de preparação e confecção, número, composição, estrutura, tipo e horário de refeições”.

Com o aumento de autonomia, os adolescentes começam a passar mais tempo fora de casa e também a fazer mais refeições fora (Vereecken et al., 2004; French et al., 2001a). Embora os pais continuem a ser uma referência a nível de hábitos alimentares (Neumark-Sztainer, 2006), as preferências e as escolhas individuais ganham preponderância sobre as da família (Vereecken et al., 2004). Aumenta também o poder de decisão dos adolescentes relativamente aos sítios onde comer e quando o fazer (WHO, 2005a), e a importância das influências sociais e dos amigos (Vereecken et al., 2004), podendo todos estes factores contribuir para que as necessidades nutricionais não sejam cumpridas.

Os adolescentes que fazem mais refeições com as famílias ingerem maior quantidade de frutas e vegetais (Neumark-Sztainer, 2003a), menor quantidade de comidas de baixo

valor nutritivo e de alto valor calórico (French et al., 2001a), e parecem estar menos expostos a desordens alimentares (Neumark-Sztainer, 2006). É importante incentivar o consumo de frutas e vegetais nos adolescentes, pois a evidência científica comprova que o seu adequado consumo pode prevenir o aparecimento de diversas doenças crónicas não transmissíveis, como as cardiovasculares, a diabetes tipo II e determinados tipos de cancro (OMS, 2006), e que muitos adolescentes não cumprem as recomendações de ingestão diária de fruta e vegetais (Zapata et al., 2008). O relatório da OMS de 2002 identifica o baixo consumo de horto-frutícolas como um importante factor de risco para o aparecimento de várias doenças e morte prematura (WHO, 2002d).

Os adolescentes têm escolhas e hábitos alimentares diferentes dos das crianças e dos adultos. O seu padrão alimentar é irregular, com recurso frequente a *snacks* e à omissão de refeições, particularmente o pequeno-almoço (Zapata et al., 2008; Lo et al., 2008; Moreno et al., 2005). No entanto e tal como nas outras fases do ciclo vital, o seu padrão alimentar abarca escolhas saudáveis e não saudáveis (French et al., 2001a), incluindo-se nas últimas o maior consumo de alimentos de baixo valor nutritivo, como a *fast-food* (French et al., 2001a) e os *snacks* em substituição de refeições normais, a menor ingestão de frutas e vegetais (Zapata et al., 2008), o aumento do consumo de batatas fritas, bebidas gaseificadas (Troiano et al., 2000), de doces e guloseimas, a que se acresce a omissão de refeições.

O pequeno-almoço é uma das refeições que muitas crianças e adolescentes omitem nos dias de hoje (Moreno et al., 2005; Abrams, 2005; Kubik et al., 2005a; Keski-Rahkonen et al., 2003), sendo a falta de tempo (Kubik et al., 2005a; Reddan et al., 2002) ou de apetite as razões mais referidas para a adopção deste comportamento (Reddan et al., 2002). Esta refeição é considerada essencial numa dieta normal (Moreno et al., 2005). Um pequeno-almoço diversificado que inclua alimentos do grupo dos lacticínios, dos cereais e derivados, e das frutas, contribui para uma dieta saudável e rica em hidratos de carbono e micronutrientes (Aranceta et al., 2001) e é importante para a saúde dos adolescentes (Järvelaid, 2003). A omissão do pequeno-almoço interfere com a aprendizagem e cognição (Järvelaid, 2003; Rodríguez et al., 2002), pode causar fadiga a meio da manhã (Vereecken et al., 2004; Rodríguez et al., 2002; Saarenpää-Heikkilä et al., 2001), interfere com o desenvolvimento físico dos adolescentes (Moreno et al., 2005) e tem sido uma das causas associadas ao aumento de peso (O'Dea & Wilson, 2006).

O consumo de comidas do tipo *fast-food* contribui de forma importante para o aumento da prevalência da obesidade nos adolescentes (Austin et al., 2005; French et al., 2001a), pois há uma maior ingestão de gorduras, de bebidas gaseificadas (French et al., 2001a) e da quantidade de sódio. O consumo de bebidas gaseificadas e de bebidas não



gaseificadas, mas não naturais, tornou-se um motivo de controvérsia a nível de saúde pública, pois são consideradas por muitos como um dos maiores responsáveis pela obesidade e excesso de peso na infância e na adolescência (Lo et al., 2008; Jacobson, 2005), sendo a sua venda proibida em várias escolas de França, Reino Unido e Estados Unidos da América (Vartanian et al., 2007). Refira-se ainda que o problema deste tipo de bebidas não se resume ao aumento da ingestão de açúcar, uma vez que aos seus maiores consumidores está associada a uma mais baixa ingestão de vitaminas, minerais e fibras (Lo et al., 2008; Jacobson et al., 2005). Os dentistas recomendam que se reduza o consumo de bebidas gaseificadas, especialmente entre as refeições, para prevenir as cáries devido ao açúcar e a erosão dos dentes devido aos ácidos (Lo et al., 2008; Jacobson et al., 2005). Comer mais vezes com a família reduz a ingestão de bebidas gaseificadas e de bebidas não gaseificadas, não naturais, na adolescência (Neumark-Sztainer et al., 2003a).

A obesidade é uma doença crónica, evitável, multifactorial (Mackenzie & Neinstein, 1996a) e que está a aumentar em todo o mundo, não só nos adultos, mas também nas crianças e adolescentes (Knutson & Lauderdale, 2007; O'Dea & Wilson, 2006). É a doença crónica mais comum nas sociedades industrializadas (Kiess et al., 2001), sendo considerada como uma epidemia, devido à sua prevalência e severidade, quer nos adultos, quer nas crianças e adolescentes (Zapata et al., 2008; Brown & Bolen, 2008; Freedman et al., 2005; Kiess et al., 2001; Moreno et al., 2000), e ainda como a maior ameaça à saúde pública (Society for Adolescent Medicine, 2006; WHO, 2005c). No relatório da OMS de 2002, sobre a saúde no mundo, a Directora-Geral, Gro Brundtland, referia que

... mais de 1.000 milhões de adultos em todo o mundo têm excesso de peso e pelo menos 300 milhões são clinicamente obesos. Destes, cerca de meio milhão morrerão este ano na América do Norte e Europa ocidental, de doenças relacionadas com a obesidade (WHO, 2002d, p. 4).

Nas crianças e adolescentes houve um aumento dramático da obesidade nas últimas três décadas (Singhal et al., 2007), que predispõe à obesidade na idade adulta (Krebs et al., 2007; Society for Adolescent Medicine, 2006; Freedman et al., 2005; Flodmark et al., 2004; Fonseca et al., 1998). Segundo Klish (1998), uma criança obesa aos 6 anos tem 25% de probabilidades de ser um adulto obeso, mas se for obeso aos 12 anos, a probabilidade de continuar obeso na idade adulta sobe para 75%. Há um risco aumentado de morte por doença cardiovascular em adultos que eram obesos na adolescência e a obesidade infantil e juvenil aumenta substancialmente o risco de morbilidade na vida adulta, quer persista ou não nesta fase da vida (Kiess et al., 2001).

O excesso de peso é, depois do tabaco, a principal causa de morbidade e mortalidade nos EUA, estimando-se que cerca 300.000 mortes lhe sejam atribuíveis. É previsível que durante este século a obesidade venha a substituir o tabagismo enquanto principal causa de morte nos EUA, sendo por isso classificada já como a «epidemia do séc. XXI» (Grundy, 1998; WHO, 1997b).

À obesidade na infância e adolescência estão associadas uma série de consequências físicas, diabetes mellitus tipo II (Pietrobelli et al., 2005), dislipidemias, hipertensão, problemas músculo-esqueléticos e consequências psicossociais (Kiess et al., 2001), que normalmente são as que mais preocupam o jovem obeso, e ainda depressão, stresse e baixa auto-estima (Brown & Bolen, 2008). Segundo Mackenzie e Neinstein (1996a), entre os problemas psicossociais correlacionados com a obesidade, inclui-se a pobre imagem corporal (sendo a adolescente mais sensível a este problema que o adolescente), que pode levar a uma diminuição da auto-estima (Brown & Bolen, 2008; Singhal et al., 2007; Ogden, 2004; Centers for Disease Control and Prevention, 2000; Pesa et al., 2000).

O adolescente obeso sente-se muitas vezes como um falhado, sensação que se agrava com a incapacidade para perder peso e com a noção de que é apreciado, não pelo que é, mas pelo que parece. Isto pode levar a que o adolescente se isole com medo de não ser aceite pelos pares do mesmo sexo ou do oposto, e pode também estar na origem de depressões. Para os adolescentes obesos a comida é um mecanismo de compensação a que recorrem quando estão deprimidos, ansiosos ou em situações de grande stresse (Ferreira, 1996).

O aumento da obesidade na adolescência está relacionado com uma alimentação hiper calórica face à idade, sexo e actividades que os adolescentes realizam (Moreno et al., 2000), a alterações nos hábitos alimentares, ao aumento do consumo de refrigerantes, bebidas açucaradas, doces, *snacks*, *fast-food* (O'Dea & Wilson, 2006), à omissão regular do pequeno-almoço (O'Dea & Caputi, 2001), ao decréscimo da actividade física e aos estilos de vida sedentários (Moreno et al., 1998). O aumento dos níveis de actividade física é essencial para a gestão do peso dos adolescentes e para diminuir o tempo que despendem em comportamentos sedentários (Singhal et al., 2007).

Existem múltiplos factores associados à obesidade na infância e na adolescência, tanto genéticos / endógenos como ambientais / exógenos (Kiess et al., 2001). Contudo, a maioria dos casos de obesidade infantil e juvenil é exógena, causada por uma ingestão calórica superior às necessidades (Singhal et al., 2007; Janssen et al., 2004; Mackenzie & Neinstein, 1996a), havendo um desequilíbrio entre a ingestão e o gasto calórico (Society for Adolescent Medicine, 2006). Alguns factores, relacionados com a selecção e a

ingestão, susceptíveis de se traduzirem em excesso de peso, podem ser aprendidos no ambiente familiar (Fisher & Birch, 1995). Lissau et al. (2002, cit in Flodmark et al., 2004) dizem que há seis factores essenciais na prevenção da obesidade na infância e adolescência: a família, a escola, os profissionais de saúde, os órgãos de comunicação social, o governo e a indústria.

Comportamentos como comer depressa demais, omitir o pequeno-almoço e o lanche, comer a maioria das calorias da dieta à noite, comer sem vontade se tiver disponibilidade de comida, abusar de comida do tipo *fast-food*, comer quando está deprimido ou ansioso e associar a comida a actividades como o ver televisão (Dietz, 1990), são comuns em adolescentes obesos (Mackenzie & Neinstein, 1996a). Os comportamentos relacionados com a prevenção da obesidade, como a actividade física e o consumo de frutas e vegetais, tendem a diminuir com a idade, especialmente durante a adolescência (Pate et al., 2002; Munoz et al., 1997).

As estratégias alimentares que podem ser adoptadas no combate à obesidade infantil e juvenil incluem o aumento no consumo das frutas e vegetais, redução das bebidas açucaradas, diminuição da quantidade de alimentos ingerida (Sherry, 2005), redução do consumo de doces e evitar a omissão do pequeno-almoço (Elgar et al., 2005; Keski-Rahkonen et al., 2003).

O Índice de Massa Corporal (Índice de Quetelet), definido pela razão entre o peso, expresso em quilos, e o quadrado da altura, expressa em metros, é um dos mais divulgados para a avaliação da obesidade na população (Taylor & Müller, 1995; Flodmark et al., 2004) e tem sido uma das formas recomendadas para o despiste da obesidade em crianças e adolescentes (Kiess et al., 2001; Himes & Dietz, 1994), devido a ser um método não invasivo (Singhal et al., 2007). Um adolescente com um IMC igual ou superior a 30kg/m<sup>2</sup> é considerado obeso (WHO, 2006b; Ministério da Saúde & DGS, 2005; Janssen et al., 2004; Lusomed, sd).

As modificações físicas que ocorrem durante a puberdade levam a um aumento de peso e implicam uma adaptação do adolescente ao novo corpo. A insatisfação com o corpo tem um impacto disfuncional nos comportamentos alimentares, principalmente nas adolescentes e mulheres jovens (Stice, 1994).

O aumento e redistribuição de gordura que ocorre durante o período de crescimento fazem com que, muitas vezes, a aparência física da rapariga se afaste do modelo de magreza considerado ideal para as mulheres nas sociedades modernas. Este estereótipo de beleza está muitas vezes na base das dietas restritivas dos adolescentes (Boschi et al., 2003; Taylor & Müller, 1995). Tradicionalmente, nas sociedades ocidentais, os

rapazes eram socializados para valorizarem e julgarem o seu corpo pelo seu funcionamento e desempenho, e as raparigas pela aparência física. As dietas que os adolescentes fazem podem ser uma resposta a um aumento de peso real, ou apenas erroneamente percebido como tal pelo adolescente, e são mais comuns nas raparigas que nos rapazes (Waadegaard & Petersen, 2001). Durante a adolescência é comum a realização de dietas inadequadas, muitas vezes auto-prescritas e sem nenhum acompanhamento profissional, o que potencializa os riscos para a saúde do adolescente (Eisenberg et al., 2004a; Ferrarotti, 1985). Incluem-se neste tipo as dietas restritivas que geralmente são motivadas por uma má aceitação das mudanças corporais, principalmente do peso (Dunker & Philippi, 2003), sendo o desejo de o reduzir maior nos adolescentes do sexo feminino (Waadegaard & Petersen, 2001). A prevalência de dietas nas adolescentes entre os 11 e os 18 anos é alarmante, atendendo a que a maioria não precisa de perder peso por questões de saúde (Lattimore & Halford, 2003). Vários estudos confirmaram a associação entre a puberdade, o aumento da insatisfação com o corpo e o aparecimento de desordens alimentares nas raparigas (McCabe & Ricciardelli, 2003).

Os adolescentes oriundos de famílias que consideram prioritário fazer as refeições em família, que estabelecem regras para as horas de refeição e que as convertem num momento de agradável convívio familiar, estão menos predispostos a fazer dietas não saudáveis (Neumark-Sztainer, 2006).

As desordens alimentares dividem-se em três categorias: anorexia nervosa, bulimia nervosa e desordens alimentares atípicas (Goñi e Rodríguez, 2007; Rother & Buckroyd, 2004). Afectam particularmente o sexo feminino, especialmente durante a adolescência (Goñi e Rodríguez, 2007; Rother & Buckroyd, 2004; Boschi et al., 2003; Mackenzie & Neinstein, 1996b), principalmente na fase intermédia e final (Gowers, 2006). Quer na anorexia, quer na bulimia, há uma distorção da imagem corporal que se manifesta pelo medo de aumentar de peso (WHO, 2007).

A anorexia nervosa é a menos comum das desordens alimentares (Rother & Buckroyd, 2004), afecta adversamente todos os órgãos e sistemas e vitima mortalmente cerca de 10% dos adolescentes que dela padecem (Litt, 1991). Os (as) anorécticos são frequentemente obcecados com a comida e sentem fome frequentemente, mas o seu medo de ganhar peso leva-os a minimizarem estes sinais e a simularem perda de apetite. Os anorécticos tentam perder peso evitando a comida, principalmente as mais calóricas, seguindo regimes de exercício físico muito rigorosos, através da utilização de laxantes e da indução do vómito (Gowers, 2006; Mackenzie & Neinstein, 1996b). Os adolescentes

com anorexia nervosa são geralmente muito ansiosos, obsessivos e depressivos e apresentam baixa auto-estima (King & Turner, 2000).

A bulimia nervosa é caracterizada pela associação de ingestão excessiva de alimentos e de comportamentos destinados a perder peso — indução de vômito, consumo de laxantes e diuréticos, exacerbação do exercício físico e jejuns prolongados (Mackenzie & Neinstein, 1996b; Leon, 1991). Tal como a anorexia, é mais frequente nas raparigas do que nos rapazes, sendo mais característica na fase final da adolescência e nos adultos jovens. As estimativas dizem que aproximadamente 1 a 3% de jovens mulheres das sociedades ocidentais têm bulimia (Mackenzie & Neinstein, 1996b). A nível psicossocial estes jovens têm menor auto-estima, grande ansiedade relacionada com o seu peso, medo da obesidade, distorção da auto-imagem, tendência para o isolamento e depressão, e são mais vulneráveis às críticas sociais (Ferreira, 1996). As taxas de suicídio são mais elevadas em adolescentes com desordens alimentares (Crow et al., 2008).

Uma auto-estima elevada é um recurso importante para o adolescente no desenvolvimento de estratégias de *coping* (WHO, 1999a). Uma auto-imagem positiva sobre o próprio corpo significa uma auto-percepção de atractividade física. A insatisfação com o corpo e o desejo de perder peso aumenta com a idade dos adolescentes (Waaddegaard & Petersen, 2001). Hargreaves e Tieggemann (2002) verificaram a relação entre o aumento da insatisfação com o corpo e o aumento da idade, mas só nas raparigas. Vários estudos confirmaram a associação entre a puberdade, o aumento da insatisfação com o corpo e o aparecimento de desordens alimentares nas raparigas (McCabe & Ricciardelli, 2003). No estudo que realizou, Stice (1994) verificou que a insatisfação com o corpo tem correlação com o desenvolvimento de desordens alimentares.

A imagem corporal torna-se particularmente relevante durante a adolescência, dadas as transformações que o corpo sofre durante este período e a crescente importância que adquire na vida do indivíduo (Ferreira, 1996). A imagem corporal pode ser definida de várias formas: auto-percepção sobre a atractividade física e aparência; sentimentos positivos ou negativos sobre o corpo (Duke-Duncan, 1991); multiplicidade de percepções, pensamentos e comportamentos que cada um tem sobre o seu corpo (Gillen et al., 2006). Para Gusella et al. (2004), “a imagem corporal é um constructo complexo que engloba a percepção e experiência que cada um tem da forma e da função do seu corpo” (p. 224). Fisher (1990, cit Gusella) refere que a imagem corporal é sensível à idade, ao género, às culturas e às experiências de vida.

A imagem corporal é particularmente importante durante a adolescência, pois influencia a auto-estima do jovem. Uma auto-estima positiva é um factor chave no desenvolvimento de uma boa saúde mental e social, e na produção de estilos de vida saudáveis (Youngs, 1990). As raparigas têm geralmente mais preocupação com a forma do corpo que os rapazes (Davison & McCabe, 2006, Papalia & Olds, 1985) e também maior insatisfação com ele (Mulvihill et al., 2004). A adolescência é considerada como um período vulnerável para as raparigas a nível de perturbações com a imagem corporal (Feingold & Mazzella, 1998). Pelo contrário, os rapazes vivem esta fase de uma forma mais positiva, pois o desenvolvimento do corpo e dos músculos, que ocorre durante esta fase da vida, os aproxima da imagem ideal (Koff et al., 1990). Contudo, em estudos mais recentes os investigadores concluíram que os rapazes também se preocupam com a sua imagem corporal (Davison & McCabe, 2006; Stanford, & McCabe, 2002), em particular os que têm baixo peso (Cohane & Pope, 2001). A imagem corporal é importante na interacção social dos adolescentes, causando aos que têm uma opinião negativa a esse respeito maior dificuldade no desenvolvimento de competências interpessoais e no estabelecimento de relações positivas com os pares (Davison & McCabe, 2006). A representação que o adolescente tem do seu corpo e do corpo dos amigos serve-lhes de base para analisar a sua imagem corporal (Viviani, 2006).

### **3.3. Actividade física e hábitos sedentários na adolescência**

A actividade física é uma das funções humanas mais básicas. Como referem Sussman & Goode (1967, cit. in WHO, 2006d) “o andar é uma das primeiras coisas que as crianças querem fazer e uma das últimas que qualquer um de nós quer deixar de fazer...”. Esta actividade pode ser definida como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos, que resulte num consumo de energia (Armstrong & Welsam, 2006; Pate et al., 1994; Caspersen et al., 1985), ou ainda como qualquer actividade que aumente o ritmo cardíaco e faça respirar com alguma dificuldade durante algum tempo (Roberts et al., 2004). O exercício físico é um tipo de actividade planeada, estruturada e composta por movimentos repetidos do corpo, executados para manter ou melhorar uma ou mais componentes da boa forma física (Caspersen et al., 1985).

A actividade física é uma componente essencial de qualquer estratégia que vise abordar os problemas de estilos de vida sedentários e da obesidade entre crianças, adolescentes e adultos (WHO, 2006e). A participação regular em algum tipo de actividade física, moderada ou vigorosa, faz parte de um estilo de vida saudável (Pate et al., 1994).

A actividade física é essencial à saúde e ao bem-estar (Schneider et al., 2008; DGS, 2007a; Department of Health, 2004; Centers for Disease Control and Prevention, 2000),

não devendo ser considerada como uma escolha, mas sim como uma necessidade (WHO, 2006d). Nas últimas décadas tornou-se evidente o seu papel na promoção da saúde e prevenção da doença (Schneider et al., 2008) e referencia-se a importância da sua prática regular para a qualidade de vida, não só das crianças e adolescentes, mas da população em geral. Na adolescência é uma forma de socialização importante, pois facilita a auto-disciplina e o trabalho em equipa, podendo ainda contrariar a exposição a comportamentos de risco (Centers for Disease Control and Prevention, 2000).

A aquisição e manutenção de níveis satisfatórios de actividade física são objectivos principais na adopção de um estilo de vida saudável, tendo em vista a evidência científica que demonstra os seus efeitos positivos para a saúde, decorrentes da adopção de um estilo de vida activo. Os resultados dos estudos epidemiológicos demonstram os ganhos para a saúde relacionados com o ser-se suficientemente activo (WHO, 2006d; Hallal et al., 2006). Um padrão de actividade física regular, sustentado ao longo da vida, é importante para manter a saúde física, aumentar o bem-estar psicológico (Schneider et al., 2008; DGS, 2007a; WHO, 2006c), prevenir mortes prematuras, reduzir os riscos de morte por doença cardíaca (WHO, 2006c; Araújo et al., 2005; Department of Health, 2004; DiLorenzo et al., 1998) e do desenvolvimento de diabetes (WHO, 2006c; Department of Health, 2004), ajudar a prevenir a hipertensão e a reduzir a tensão arterial nos hipertensos (U.S. Department of Health and Human Services, 2000a), reduzir os riscos de todo o tipo de cancros, doenças músculo-esqueléticas e depressões (WHO, 2006c; Department of Health, 2004). A OMS estima que a falta de actividade física é responsável por mais de dois milhões de mortes por ano em todo o mundo (WHO, 2002c), 600.000 das quais na Europa (WHO, 2006c), sendo estas devidas a doenças coronárias e AVC, cancro do cólon e diabetes tipo II.

A redução que se tem verificado ao longo dos anos nos níveis de actividade física leva a que as pessoas comecem a ignorar a sua importância para a saúde e bem-estar (WHO, 2006c), embora o *Eurobarometer* (2004) refira que no ano de 2004 se verificou maior envolvimento das populações jovens na prática de exercício físico.

Tal como sucede com outros estilos de vida saudáveis, também a prática de actividade física iniciada na adolescência tenderá a manter-se na vida adulta (Hallal et al., 2006; Kozakai et al., 2005; Tammelin et al., 2003; Rodríguez et al., 2002; DiLorenzo et al., 1998). A promoção da actividade física deve começar na infância (Kahn et al., 2008) e deve ser considerada uma prioridade da saúde pública (Hallal et al., 2006), já que se verifica uma tendência para o aumento do sedentarismo (WHO, 1999a), não só entre os adultos, como também entre as crianças e os adolescentes, principalmente nas raparigas (Schneider et al., 2008; Armstrong & Welsam, 2006; Raudsepp, 2006; Van Daalen, 2005;

Allison et al., 2005; MS, 2004a; MS, 2004b; Tergerson & King, 2002; DiLorenzo et al., 1998). As crianças e os adolescentes são mais activos que os adultos, mas a prática de actividade física diminui na adolescência (Webber et al., 2008; Kahn et al., 2008; Nelson et al., 2006; Pate et al., 2005; Roberts et al., 2004; Tergerson & King, 2002; Guedes et al., 2001; DiLorenzo et al., 1998; Centers for Disease Control and Prevention, 1997), principalmente nas raparigas (Webber et al., 2008; Armstrong & Welsam, 2006; Pate et al., 2005; Guedes et al., 2001; Pate et al., 1994).

A actividade física não tem de ser extenuante para promover a saúde (WHO, 2006d; Ogden, 2004; WHO, 2002c; Centers for Disease Control and Prevention, 2000): 30 minutos por dia de actividade moderada reduzem consideravelmente os riscos das principais doenças crónicas associadas à inactividade (HEPA, 2005). Uma actividade deste tipo é claramente vantajosa face aos estilos de vida sedentários (Goñi e Rodríguez, 2007) e contribui para o aumento da auto-estima, (Ogden, 2004), para a diminuição da mortalidade prematura, melhoria na aparência física e na postura corporal (WHO, 1999a).

O tipo, o tempo de cada sessão e o número de sessões semanais de actividade física que um adolescente deve fazer, não são consensuais para todos os autores. Fulton et al. (2004), numa revisão sistemática que realizaram sobre estudos desta natureza publicados em língua inglesa, efectuados entre 1980 e 2002 e com recomendações emanadas por países desenvolvidos, verificaram que estas variavam na frequência, intensidade e duração. Na frequência, de três a cinco ou mais vezes por semana, na duração e intensidade, de 20 minutos de actividade vigorosa, 30 minutos de moderada a vigorosa, até 60 ou mais minutos de actividade de moderada, podendo incluir as duas modalidades.

A OMS considera que os adultos devem ter pelo menos 30 minutos diários de actividade física, no mínimo três dias por semana (WHO, 2006d; WHO, 2002c), mas preferencialmente todos os dias (Department of Health, 2004; U. S. Department of Health and Human Services, 2000b), podendo algumas pessoas necessitar de aumentar o tempo para prevenir aumento de peso (Department of Health, 2004; Blair et al., 2004). As crianças e adolescentes devem fazer 60 minutos ou mais de actividade física diária, pelo menos moderada, no mínimo duas vezes por semana (WHO, 2006d), preferencialmente todos os dias (WHO, 2006e; Armstrong & Welsam, 2006; Kavey et al., 2003; Hagler et al., 2006; Fulton et al., 2004; Department of Health, 2004; U. S. Department of Health and Human Services, 2000b). Os benefícios para a saúde serão maiores se o adolescente aumentar a quantidade de tempo de prática e se se envolver em actividades mais vigorosas (U.S. Department of Health and Human Services, 2000b).



De acordo com Roberts et al. (2004, p. 91) “A actividade física pode ser feita no desporto, actividades escolares, jogando com os amigos ou caminhando para a escola”. Alguns exemplos de actividade física para os adolescentes são a corrida, a caminhada em passo rápido, andar de bicicleta, dançar, patinar (U. S. Department of Health and Human Services, 2000b), patinar no gelo, nadar, jogar futebol, jogar basquetebol, jogar futebol americano e fazer *surf* (Roberts et al., 2004).

Nas sociedades modernas, devido às mudanças associadas ao desenvolvimento tecnológico, os estilos de vida sedentários estão a tornar-se uma realidade (Mascarenhas et al., 2005; Norman et al., 2004). As alterações na estrutura social, caracterizadas pelo processo de industrialização e urbanização, são outras causas que podem ser apontadas para o aumento da sedentarização. A falta de tempo é a razão que um terço dos cidadãos da União Europeia aponta para nunca praticarem desporto (Eurobarometer, 2004).

Os estilos de vida sedentários são considerados como um dos problemas mais críticos de saúde pública da actualidade (Department of Health, 2004). Estima-se que o sedentarismo seja causador de um milhão e 900 mil mortes a nível mundial (DGS, 2007a). As consequências do sedentarismo na saúde têm actualmente uma grande importância, porque ele está a ocupar grande parte do tempo das pessoas (DGS, 2007a).

O risco de inactividade física tende a aumentar com a adopção de estilos de vida mais sedentários. O aumento de comportamentos sedentários nas crianças e adolescentes é preocupante, pois implica uma diminuição no gasto de energia que não é acompanhada por uma diminuição na ingestão de alimentos, resultando num aumento da obesidade infantil e na adolescência (WHO, 2006h; Centers for Disease Control and Prevention, 2000). Em algumas sociedades os níveis de inactividade são tão elevados que se torna impossível manter uma dieta adequada, sem esta implicar excesso de peso (U. S. Department of Health and Human Services, 2000a). Durante a adolescência, muitos adolescentes desistem de praticar as actividades físicas ou o desporto que habitualmente faziam durante a infância (Kolip & Schmidt, 1999).

A proporção de crianças e adolescentes que apresentam níveis insuficientes de actividade física tem aumentado de maneira significativa nos últimos anos, não só em Portugal (DGS, 2007b) como nos outros países (Guedes et al., 2001; Centers for Disease Control and Prevention, 2000). Matos et al. (2003a) concluíram que 36,1% dos adolescentes portugueses, dos 11 aos 16 anos, praticam actividade física menos de três vezes por semana e 4,1% nunca praticam. As raparigas tendem a apresentar níveis mais elevados de inactividade que os rapazes (Matos et al., 2003a; Gasquez et al., 2004;

Rodríguez et al., 2002) e os rapazes mais velhos níveis mais elevados que os mais novos (Matos et al., 2003a; Rodríguez et al., 2002).

O aumento dos níveis de actividade física e a diminuição dos tempos de actividades sedentárias são considerados componentes essenciais para a gestão do peso (Singhal et al., 2007), tanto nos adultos como nas crianças e adolescentes.

Em Portugal, na tentativa de combater o problema da inactividade física, o Ministério da Saúde (2004a) considerou prioritário combater as causas subjacentes às principais doenças relacionadas com os estilos de vida, devendo consagrar-se particular atenção, entre outras, à insuficiente actividade física.

Estilos de vida sedentários têm graves consequências para a saúde, sendo a obesidade, aparecimento ou exacerbação, uma das consequências mais visíveis deste estilo de vida, mas não a única (Zapata et al., 2008; Gonçalves, 2007). Também a hipertensão, doenças cardiovasculares, osteoporose e diabetes tipo II (WHO, 1999a; Ogden, 2004), surgem associadas ao sedentarismo.

Cada vez mais os estudos indicam que a prática regular de exercício físico pode ter benefícios para a saúde, não só na prevenção de doenças crónicas, como também na melhoria das suas consequências (Keeler et al., 1989).

Na adolescência, a prática de actividade física ajuda a prevenir e controlar comportamentos de risco como o tabagismo, o alcoolismo, as toxicofilias, a alimentação não saudável (WHO, 2006c) e a violência (DGS, 2007a), e pode contribuir para a qualidade de vida e para o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis na idade adulta (Rodríguez et al., 2002), ajudando a reduzir a incidência de doença crónica (Hallal et al., 2006; Guedes et al., 2001). É também essencial para o bom desenvolvimento músculo-esquelético (DGS, 2007a; Department of Health, 2004) e muitos estudos concluíram que existe uma correlação positiva entre a actividade física e as funções cognitivas nas crianças e adolescentes (WHO, 2006e).

Nos últimos anos a Academia Americana de Pediatras tem expressado a sua preocupação sobre a quantidade de tempo que as crianças e adolescentes passam em frente à televisão e sobre o seu impacto na redução do tempo de actividade física (American Academy of Pediatrics, 2001a). Contudo, a televisão não pode ser a única responsável por esta redução (Centers for Disease Control and Prevention, 2000) e pelo consequente aumento dos comportamentos sedentários nos adolescentes. Na última década, o uso de computadores generalizou-se e tornou-se outro dos responsáveis por estilos de vida mais inactivos (Nelson et al., 2006; WHO, 2006e; WHO, 2006h; Todd & Curie, 2004; Centers for Disease Control and Prevention, 2000).

Os comportamentos sedentários na infância e adolescência devem ser reduzidos. O tempo gasto a ver televisão (Knutson & Lauderdale, 2007; Van den Bulck, 2000; Centers for Disease Control and Prevention, 2000; Pate et al., 1994; Dietz, 1985), com jogos de vídeo e à frente do computador, deve ser reduzido, por aumentar o risco de obesidade (Todd & Curie, 2004), e os comportamentos mais activos devem ser encorajados (MS, 2007; Norman et al., 2005; Norman et al., 2004; U. S. Department of Health and Human Services, 2000b; Andersen et al., 1998). Knutson e Lauderdale (2007) concluíram que nem os jogos de vídeo nem a falta de actividade física têm a mesma associação com o risco de excesso de peso, face ao ver televisão, onde o risco aumenta 20%.

As linhas orientadores definidas no documento *Healthy People 2010* (U. S. Department of Health and Human Services, 2000a) recomendam que, nos dias de escola, o tempo que os adolescentes passam a ver televisão não exceda duas horas, devendo preferencialmente ser inferior. O tempo despendido em frente à TV pode ter múltiplos efeitos negativos na saúde: menor gasto de energia, devido a menos tempo de actividade física; um aumento de energia, relacionado com o consumo de bebidas gaseificadas, a petiscar ou mesmo à ingestão de refeições (Frutuoso et al., 2003; Van den Bulck, 2000); e ainda a visualização de anúncios sobre comidas não saudáveis (Dietz e Gortmaker, 2001).

Embora os estudos publicados refiram mais os efeitos negativos da TV, por considerarem que é o comportamento sedentário em que os adolescentes despendem mais tempo (Pate et al., 1994), os outros comportamentos igualmente sedentários que fazem parte da vida dos adolescentes, como o uso do computador (WHO, 2006e; Nelson et al., 2006; Todd & Curie, 2004; Janssen et al., 2004; Pate et al., 1994) e da Internet (Janssen et al., 2004), e o falar ao telefone / telemóvel, devem igualmente ser tidos em conta, quando se avalia a quantidade de tempo sem actividade física e sedentarismo, na vida dos adolescentes (Norman et al., 2004).

A televisão, para além do risco que pode constituir para a redução dos níveis de actividade física na adolescência, tem também de ser considerada como um veículo de divulgação de produtos, ideias e comportamentos, que podem promover ou constituir um risco para a saúde (Rivadeneira, & Lebo, 2008; Frutuoso et al., 2003).

Consoante aumenta a idade dos adolescentes, aumenta o tempo despendido nos comportamentos sedentários (Nelson et al., 2006; Murdey et al., 2004). A DGS, num estudo que realizou nas escolas em 2002/2003, com adolescentes entre os 11 e os 19 anos, concluiu que 39,6% se dedicavam a actividades sedentárias todos os dias. Independentemente do número de dias de actividades sedentárias, 83,8% dos

adolescentes dedicavam, pelo menos, uma hora por dia a estas actividades; 55,8% não praticavam desporto, sendo a percentagem mais elevada entre as raparigas do que entre os rapazes (36,6%, vs 19,3%); e 32,1% afirmaram que caminhavam menos de 15 minutos por dia (DGS, 2007b).

As escolas têm a oportunidade única de providenciar exercício físico adequado para todos os jovens, em igualdade de circunstâncias, não só através de programas oficiais de educação física, como também através de programas desportivos escolares e iniciativas desportivas ou actividades físicas após o horário escolar (Centers for Disease Control and Prevention, 2000). A abertura dos espaços desportivos escolares fora dos horários lectivos pode ser uma das formas de incentivar os estudantes para a prática desportiva (Denehy, 2005).

No estudo realizado pelo *Eurobarometer*, 83% dos portugueses afirmaram que os programas escolares deveriam dedicar mais tempo à prática desportiva (Eurobarometer, 2004). Como referem Tergerson e King (2002), a oferta de actividades extracurriculares e ao fim de semana, proporcionam aos adolescentes oportunidades alternativas à televisão e aos jogos de vídeo.

Quanto à ocupação dos tempos livres, os estudos e os autores divergem nos achados. Matos refere que as raparigas vêem mais televisão que os rapazes e que estes gastam mais tempo nos jogos de vídeo e no computador que as raparigas (Matos et al., 2003a). Outros autores verificaram que os rapazes passam mais tempo a ver TV (Rodríguez et al., 2002) e vídeo, face às raparigas (Guedes et al., 2001; Matos et al., 1996).

O incremento das responsabilidades e do trabalho escolar, levando a que o adolescente despenda mais tempo após as aulas na realização destas tarefas (WHO, 2006d; Allison et al., 2005; Sallis et al., 1992), o aumento do interesse nas relações interpessoais, nomeadamente o namoro e os amigos (Allison et al., 2005; Matos et al., 2002; Sallis et al., 1992), o facto de os irmãos não praticarem actividade física e de os pais não incentivarem ou serem contra a sua prática (Raudsepp, 2006; Gonçalves, 2007), são outras das causas que podem ser apontadas para a diminuição da actividade física durante a adolescência.

Para aumentar os níveis de actividade física na adolescência é importante a posição da família (Newman et al., 2008; Sluijs et al., 2007; Department of Health, 2004), que a deve apoiar (Kahn et al., 2008), e ainda que os programas escolares a privilegiem, que a comunidade ofereça uma gama de actividades acessíveis e atractivas para os adolescentes e que os meios de comunicação social realizem campanhas que promovam a sua prática (Centers for Disease Control and Prevention, 2000).

Sabendo-se que os adolescentes que se sentem mais saudáveis tendem a praticar mais atividade física (Matos et al., 2002), é natural concluir que os adolescentes obesos são mais sedentários que os não obesos (Epstein, 2005).

### **3.4. Consumo de tabaco**

Já se referiu que os comportamentos de risco adoptados na adolescência podem ter um impacto na saúde, quer a curto quer a longo prazo. Entre eles inclui-se o consumo de tabaco (Dowdell, 2002), que é geralmente a primeira droga consumida pelas crianças e adolescentes (American Academy of Pediatrics, 2001b). O comportamento tabágico inicia-se geralmente na adolescência (Melchior et al., 2008; WHO, 2005c; Godeau et al., 2004; Bree et al., 2004; Emmons et al., 1998) e poucas pessoas se tornam fumadoras depois dos 18 anos (WHO, 2005c; Vitória, 2004; American Academy of Pediatrics, 2001b; United States Department of Health and Human Services, 1994). Quanto mais tarde se iniciar o hábito, menor é o risco do indivíduo se tornar adito.

Adolescentes fumadores têm mais tendência para serem adultos fumadores. Macedo e Precioso (2006, p 525) referem que “o maior risco que os adolescentes correm quando começam a fumar é o de ficarem dependentes do tabaco, muitas vezes para a vida inteira, podendo mais tarde vir a sofrer das inúmeras e graves patologias atribuídas ao tabagismo”.

A prevenção do início do consumo de tabaco na infância e adolescência é crucial (Fritz, 2000), porque os estudos evidenciam que as crianças e os adolescentes se podem tornar dependentes da nicotina (American Academy of Pediatrics, 2001b) rapidamente após o início do uso (Melchior et al., 2008; Macedo & Precioso, 2006; DiFranza et al., 2000). No entanto, como referem DiFranza et al. (2000), nem todos os adolescentes que experimentam, se vêm a tornar dependentes.

O consumo de tabaco entre adolescentes pode ser reduzido (Pbert et al., 2006), ou atrasada a sua iniciação, quer pela prevenção quer promovendo a sua cessação (Hollis et al., 2005). Contudo, conforme demonstram estudos realizados desde longa data, a prevenção do uso de tabaco entre crianças e adolescentes que ainda não tenham iniciado o hábito de fumar, é preferível a esforços posteriores para abandonar o fumo (Stein et al., 2000; Mcalister et al., 1979).

As estratégias de intervenção para adolescentes têm-se baseado mais na prevenção da iniciação do que na cessação (Shelley et al., 2005), até porque uma vez iniciado, o uso é muitas vezes difícil de combater (Irwin, 2004). Leatherdale e McDonald (2005) e Leatherdale (2008) referem que muitos adolescentes fumadores gostariam de deixar de

fumar e que já tinham feito tentativas nesse sentido (Leatherdale & McDonald, 2005). A cessação do consumo entre adolescentes continua a ser uma prioridade a nível de saúde pública (Leatherdale, 2008; Pbert et al., 2006). Um importante benefício das políticas anti-tabaco é poderem contribuir para desincentivar as crianças e os jovens de começar a fumar.

A evidência científica demonstra de forma inequívoca que fumar, activa ou passivamente, é prejudicial à saúde em todas as fases do ciclo vital. O consumo de tabaco induz dependência física e psicológica na grande maioria dos consumidores (Nunes, 2006) e é responsável por cerca de 5 milhões de mortes todos os anos, constituindo a primeira causa de morbilidade e mortalidade evitáveis nos países desenvolvidos (Nunes, 2006; Soares, sd). É a maior causa de morte evitável nos Estados Unidos (Robinson et al., 2004) e em todo o mundo (Nunes, 2006), sendo responsável por mais de 14% de todas as mortes na região europeia (WHO, 1999a). No relatório sobre a saúde no mundo, a OMS diz que em 2000 o número de mortes atribuíveis ao consumo de tabaco foi de 4,9 milhões, o que representa um acréscimo de 1 milhão relativamente a 1990, sendo este aumento superior nos países industrializados. Prevê, ainda, que se não forem instituídas medidas efectivas de prevenção e de controlo, em 2030 morrerão cerca de 10 milhões de pessoas em resultado deste consumo, 70% das quais nos países em desenvolvimento (WHO, 2002d).

De acordo com as estimativas mais recentes da parceria entre a *European Respiratory Society*, a *Cancer Research UK* e o *Institut National du Cancer* (França), morrem anualmente mais de 79.000 adultos em consequência do tabagismo passivo nos 25 países da EU (CCE, 2007), ocorrendo a maioria das mortes no adulto médio. As doenças crónicas causadas pelo consumo do tabaco afectam a qualidade de vida do fumador e da família (WHO, 2005c).

O consumo de tabaco constitui um risco para todos os órgãos e sistemas corporais (Nunes; 2006), é uma causa maior para doença cardíaca, AVC, cancro do pulmão e doença pulmonar crónica obstrutiva (Nunes, 2006; American Academy of Pediatrics, 2001b; Fritz, 2000), estando todas elas entre as principais causas de morte (Silver, 2001; U. S. Department of Health and Human Services, 2000a). Prevenir que os adolescentes comecem a fumar é a chave para reduzir as mortes e as doenças provocadas pelo uso de tabaco. Os fumadores apresentam piores indicadores de saúde do que os não fumadores e uma esperança de vida menor (Nunes, 2006). Parar de fumar reduz os riscos associados ao consumo e à mortalidade prematura e tem benefícios em qualquer idade, tanto maiores quanto mais cedo se verificar o abandono (Nunes, 2006).

Embora a morbidade e mortalidade na adolescência, devido ao tabagismo, seja baixa (Irwin, 2004), há algumas consequências para a saúde, a curto prazo, do consumo de tabaco, como os problemas do sistema respiratório, a dependência da nicotina (American Academy of Pediatrics, 2001b) e o risco de associação de outras drogas (Dowdell, 2002). Não se podem no entanto avaliar somente as consequências a nível da saúde física, devendo avaliar-se também as consequências a nível social, pois, como referimos anteriormente, há uma associação positiva entre o consumo de tabaco e de álcool, e outros comportamentos de risco, como os acidentes de viação, aumento da violência contra terceiros e aumento das taxas de suicídio.

Emmons et al. (1998) referem que os estudos realizados nos Estados Unidos demonstram que a prevalência de fumadores se tem reduzido, muito embora esta redução seja mínima nos adolescentes. Ainda assim, (Grunbaum et al., 2004) informam-nos que naquele país, entre 1991 e 2003, o número de adolescentes considerados como fumadores habituais diminuiu de 70,1% para 58,4%. Na Europa, a prevalência de adolescentes e jovens fumadores é de 23% a 47% no sexo masculino e 18% a 46% no feminino (Steptoe et al., 2002).

Shelley et al. (2005) consideram fumador todo o adolescente que refere ter fumado mais de 20 cigarros nos últimos 30 dias e Irwin (2004) diz que um fumador regular é aquele que fumou pelo menos um cigarro por dia, nos últimos 30 dias. Não há níveis seguros de exposição ao fumo de tabaco (Borges, 2004a). DiFranza et al. (2002) provaram que as crianças e os adolescentes se tornam dependentes da nicotina mais facilmente do que os adultos e com quantidades de tabaco muito baixas: dois cigarros por dia durante quatro a seis semanas. Bjartveit e Tverdal (2005) comprovaram que consumos de um a quatro cigarros por dia estão associados a um aumento de mortalidade por todas as causas e por doença isquémica cardíaca, em ambos os sexos, e a um aumento da mortalidade por cancro do pulmão, mais acentuado nas mulheres, o que confirma o princípio de que não há níveis seguros de exposição, uma vez que os considerados fumadores “suaves” também enfrentam riscos para a saúde. As raparigas ficam mais facilmente viciadas em nicotina do que os rapazes (DiFranza et al., 2002; Fritz, 2000), surgindo os sintomas de dependência nas raparigas três semanas depois de terem fumado o primeiro cigarro, face a 25 semanas, no caso dos rapazes (DiFranza et al., 2002).

O consumo de tabaco aumenta significativamente em adolescentes que têm outros comportamentos de risco, como o consumo de drogas e álcool (Paavola et al., 2004; American Academy of Pediatrics, 2001b; Lintonen et al., 2001), principalmente *binge*

*drinking*<sup>1</sup>, e naqueles que não praticam desporto (Emmons et al., 1998). Matos et al. (2001a) também concluíram que os adolescentes portugueses que já experimentaram, bem como os consumidores regulares de tabaco, apresentam com mais frequência envolvimento com experimentação e consumo de álcool e drogas ilícitas.

Existe também uma associação positiva entre o fumar e o rendimento escolar, sendo no grupo de adolescentes com menor rendimento escolar e aspirações académicas, que se encontra a maior percentagem de fumadores (American Academy of Pediatrics, 2001b).

Vários estudos têm examinado as relações entre os factores sociais e a iniciação tabágica nos adolescentes (Fritz, 2000). A curiosidade, a conformidade com as normas do grupo de pares e a pressão social, são as razões que mais frequentemente levam o adolescente a experimentar, enquanto o prazer e a adição são as causas mais frequentes para a continuação do hábito (Sarason et al., 1992). O facto de os amigos (Silva et al., 2006; Vitória, 2004; Dowdell & Santucci, 2004; Fritz, 2000), dos pais (Newman et al., 2008; Vitória, 2004; Fritz, 2000) e irmãos fumarem, apresenta uma associação positiva com o tabagismo do adolescente (Pirskanen et al., 2006; Taylor et al., 2004; Von Bothmer & Fridlund; 2001; American Academy of Pediatrics, 2001b; Fritz, 2000).

A influência dos amigos para o consumo de tabaco pode ser directa ou indirecta. A directa pode ser uma pressão ou um encorajamento para o consumo (Jones et al., 2004) ou simplesmente um oferecer de cigarros; a indirecta ocorre quando os pares fumam, o que constitui um modelo de comportamento e pode criar a falsa noção de que o uso pode aumentar a aceitação social (Simons-Morton et al., 2001). O ter amigos que fumam está negativamente associado com o deixar de fumar (Balch et al., 2004). Os anúncios ao tabaco (Vitória, 2004; Fritz, 2000) e os filmes com imagens de consumidores na televisão e no cinema, são apelativos para as crianças e adolescentes, podendo difundir uma falsa ideia de sucesso e influenciar o consumo (Charlesworth & Glantz, 2005; American Academy of Pediatrics, 2001b). Por outro lado, o apoio e suporte dos pais e a relação próxima com eles, são factores protectores contra os comportamentos de risco, nomeadamente o consumo de tabaco (Paavola et al., 2004; American Academy of Pediatrics, 2001b; Simons-Morton et al., 2001). O ter actividades de ocupação de tempos livres é também um factor de protecção (Pirskanen et al., 2006).

---

<sup>1</sup> De acordo com [http://kidshealth.org/teen/drug\\_alcohol/alcohol/binge\\_drink.html](http://kidshealth.org/teen/drug_alcohol/alcohol/binge_drink.html), entende-se por *binge drinking* o consumo de várias bebidas alcoólicas numa só ocasião (cinco ou mais para os rapazes, quatro ou mais para as raparigas).



No estudo que realizaram, Grace et al. (2004) identificaram que as razões que levam os adolescentes a fumar incluem o estar zangado, preocupado, sentir-se em baixo ou simplesmente querer relaxar, enquanto o respeito pelos pais, o seu apoio e envolvimento, são uma ajuda na tentativa de cessação tabágica.

### **3.5. Consumo de álcool**

O consumo de álcool é um hábito antigo e é encarado hoje como um comportamento social (WHO; 2000; Ferreira, 1996). Nas sociedades modernas o seu consumo está fortemente entrosado, é culturalmente aceite e tornou-se um hábito que integra os estilos de vida das pessoas (Vallejo, 2005).

Nos países da região europeia o consumo de álcool, por pessoa, é duas vezes superior à média mundial (WHO, 2006f). Portugal é um dos países-membros da União Europeia com um dos maiores consumos de bebidas alcoólicas e de prevalência de problemas ligados ao álcool (Mello et al., 2001). É também um dos maiores consumidores mundiais de bebidas alcoólicas, estando o consumo a aumentar nos jovens (MS, 2004b, 2004c) e no sexo feminino, que são dois grupos populacionais mais vulneráveis e tradicionalmente de baixo consumo (D. R., 2000). Os adolescentes e as mulheres são considerados como dois grupos de risco no consumo de bebidas alcoólicas, os primeiros devido à sua imaturidade orgânica e os segundos devido à menor capacidade para metabolizarem o álcool. A experimentação de substâncias na adolescência é particularmente nociva, porque os adolescentes são mais vulneráveis, têm menor tolerância que os adultos e tornam-se dependentes com doses menores.

De acordo com os dados da OMS, o número de mortes relacionadas com o consumo de álcool aumentou 15% entre 2000 e 2002 (WHO, 2006f). No ano 2000, o álcool matou quase 2 milhões de pessoas (Borges & Filho, 2004) e foi responsável por 9% do total das doenças na região europeia (WHO, 2000). O efeito do álcool sobre a saúde é cumulativo, mas o seu consumo excessivo não tem só efeitos nefastos para a saúde física, já que o embotamento das faculdades intelectuais reduz a capacidade de autocrítica e de auto domínio e predispõe a outros comportamentos de risco.

Embora o álcool seja um depressor do sistema nervoso central, o seu consumo em baixas doses tem propriedades estimulantes, induzindo uma sensação de bem-estar, excitação e desinibição (Coslin, 2003).

Vários factores sociais e psicológicos têm sido identificados como significantes para o consumo de drogas na adolescência, lícitas e ilícitas, podendo ser classificados em três grandes grupos: domínio ambiental, que inclui o uso de substâncias pelos pares e outros

significantes, pais, irmãos mais velhos, estrutura familiar, relações com os pais (American Academy of Pediatrics, 2001b) e adaptação escolar (Reininger et al., 2005; Garnefski & Okma, 1996); domínio comportamental, em que o consumo de substâncias se engloba numa classe mais abrangente de comportamentos de risco, como as experiências sexuais em idade precoce, a delinquência (Fergusson et al., 2002) e outros comportamentos sancionados pela sociedade (Hays & Ellickson, 1996); e o domínio emocional, que enfatiza a importância das alterações de humor para o consumo de substâncias (American Academy of Pediatrics, 2001b).

Há estudos que confirmam que para muitos adolescentes o consumo de álcool se inicia cada vez mais cedo (Li et al., 2003; Millstein & Marcell, 2003; Jernigan, 2001), verificando-se um aumento do consumo nas últimas décadas (Coslin, 2003; WHO, 2000; WHO, 1986a). Investigações recentes sugerem que os graves problemas de consumo de álcool em adultos (alcoolismo) surgem muitas vezes durante a adolescência e o início da idade adulta (NIAAA, 2004).

O álcool é a substância psicoactiva mais usada pelos adolescentes (Li et al., 2003; Mohr, 1998). Apesar do seu consumo na adolescência ser ilegal, continua a ser um importante problema a nível de saúde pública (Ferreira et al., 2007; Clark et al., 2002), não só nos Estados Unidos (McKinnon et al., 2004; Ellickson et al., 2003) como na Europa (Schmid & Gabhainn, 2004; Ellickson et al., 2003), pois é o maior factor de risco para a saúde deste grupo (WHO, 2006f). Para além das más consequências para a saúde e para a sociedade, devido aos seus efeitos sobre os comportamentos dos consumidores (Boyle & Boekeloo, 2006), o consumo de álcool tem sido apontado como uma das principais causas indirectas de morte em adolescentes e adultos jovens, tanto em países desenvolvidos (U. S. Department Human Services, 2007), quanto em desenvolvimento.

Os resultados do projecto ESPAD 2003 (Hibel et al., 2004), conduzido em 35 países, entre os quais Portugal, indicam que 90% dos estudantes de 15/16 anos, que integraram o estudo, já tinham bebido álcool pelo menos uma vez na vida, sendo de 78% a percentagem de adolescentes portugueses. Relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas pelo menos 40 vezes na vida, variava entre os 7% nos adolescentes turcos e os 48% nos austríacos, sendo a percentagem de portugueses de 14%. Em todos os países a percentagem de rapazes que já haviam consumido pelo menos 40 vezes, era superior à das raparigas. Nos adolescentes portugueses esta percentagem era de 20% e 8%, respectivamente. Em 30 dos 35 países participantes, a maioria dos estudantes já se tinha embebedado pelo menos uma vez. Portugal detinha a segunda mais baixa percentagem (32%), sendo a primeira da Turquia (21%).

Jernigan (2001), num estudo de 1999 que foi realizado em 25 países europeus, constatou que a percentagem de adolescentes de 15 e 16 anos, que se tinha embebedado antes dos 13, variava entre os 7% na Itália e os 42% na Dinamarca, ficando os portugueses nos 12%. Em todos os países, a proporção de rapazes que se tinha embebedado antes dos 13 anos era superior à das raparigas.

As principais tendências no padrão de consumo dos adolescentes são uma primeira experiência na infância e um consumo do tipo *binge drinking* (Kahn et al., 2008; Pirskanen et al., 2006; Wechsler et al., 2002; WHO, 2000), bebedeiras na adolescência (WHO, 2001a) e um consumo de bebidas alcoólicas predominantemente fora das refeições (Eurobarometer, 2003). Os rapazes tendem a iniciar o consumo de álcool mais cedo que as raparigas, a beber mais frequentemente (Coslin, 2003), a apresentar um consumo mais do tipo *binge drinking* (U. S. Department of Health and Human Services, 2007a), a beber mais e a embriagarem-se mais vezes que as raparigas (Matos, 2006b).

Comparados com pessoas de outros grupos etários que também bebem álcool, os adolescentes apresentam uma maior tendência para consumos do tipo episódico pesado (Clark et al., 2002; Wechsler et al., 1995), que aumenta os riscos para a saúde, bem como o risco de acidentes de viação e de relações sexuais não protegidas (Hingson et al., 1990). Wechsler et al. (1997), num estudo que realizaram com jovens estudantes universitários, concluíram que o consumo do tipo *binge drinking* durante a adolescência era uma das causas que predizia este tipo de consumo em adultos jovens.

A ingestão de álcool pode ter uma influência significativa no curso da vida dos adolescentes, na medida em que pode afectar a sua capacidade para atingirem as metas próprias da idade (Ferreira et al., 2007; DeWit, 2000; Feldeman et al., 1999; Ferreira, 1996), como por exemplo as académicas (U. S. Department Human Services, 2007b; Jernigan, 2001), a formação do autoconceito e da identidade, e de relações positivas com os pares e família, implicando por vezes a suspensão do seu projecto de vida (Ferreira et al., 2007).

O consumo de álcool na adolescência pode implicar ainda consequências para a saúde a curto e médio prazo, incluindo doenças cardiovasculares, vários tipos de cancro (Ferreira et al., 2007; Borges & Filho, 2004; Babor & Higgins-Biddle, 2001), acidentes de viação (Ferreira et al., 2007; WHO, 2005b; Hingson & Winter, 2003a; Jernigan, 2001; Windle, 2000; Mohr, 1998; Slap, 1991) e outros acidentes relacionados com o consumo (U. S. Department of Health and Human Services, 2000a; Mohr, 1998), relações sexuais não protegidas (WHO, 2005b; Hingson et al., 2005; Coleman & Cater, 2005; Hingson et al., 2003a; UNFPA, 2003; Jernigan, 2001; Hingson et al., 1990), não desejadas, não

programadas e com parceiros ocasionais (Ferreira et al., 2007; U. S. Department Human Services, 2007b; Coleman & Cater, 2005), aumentando também o risco de comportamentos suicidas na adolescência (U. S. Department Human Services, 2007b; Coslin, 2003; Fergusson et al., 2002). A maioria dos problemas de saúde mental nos adolescentes está intimamente relacionada com o consumo de álcool (WHO, 2005c; U. S. Department of Health and Human Services, 2000a), que surge também muitas vezes associado a comportamentos violentos (Dowdell, 2002) e delinquentes, como o homicídio, roubo, destruição de propriedade e violência contra terceiros (Mohr, 1998).

Um consumo regular de bebidas alcoólicas na fase inicial da adolescência predispõe a problemas relacionados com o álcool durante esta etapa da vida (Clark et al., 2002). Assim, é importante preveni-lo, não só pelas consequências para a saúde e desenvolvimento, como também porque os que iniciam o consumo nos estádios mais precoces, correm maior perigo de se tornar dependentes na vida adulta (Hingson et al., 2003b; Andersen et al., 2003; Grant & Dawson, 1997). O *U. S. Department of Human Services (2007)* refere que os adolescentes que iniciam o consumo antes dos 15 anos correm maior risco de se converterem em adultos dependentes, face aos jovens que o iniciam aos 21 anos.

Geralmente os adolescentes iniciam suas experiências com as drogas consideradas lícitas, como o álcool e o tabaco, nos seus ambientes familiares (Sanceverinol & Abreu, 2004; Cardenal e Adell, 2000). Ferreira et al. (2007) e Coslin (2003) dizem que os adolescentes bebem em casa com a família, nos cafés, restaurantes, bares e discotecas com os amigos, em reuniões de grupo, etc. É importante que os pais que oferecem álcool aos filhos, ou que permitem o consumo na sua presença, em festas ou ocasiões especiais, tenham noção dos possíveis efeitos subsequentes, como por exemplo uma maior tendência para o consumo na adolescência (Hearst et al., 2007).

A influência do grupo de pares é altamente preditiva para consumo de álcool (Ferreira et al., 2007; Li et al., 2002; Duncan et al., 2000). De facto, os adolescentes cujos amigos consomem bebidas alcoólicas, têm maiores probabilidades de apresentar um comportamento de consumo (Simons-Morton et al., 2001; Sieving, 2000; Duncan et al., 2000; Cardenal & Adell, 2000), assim como os que têm pouco suporte dos pares, apresentam menor probabilidade de se tornarem abstinentes (Pirskanen et al., 2006).

As festas com amigos fazem parte da cultura dos adolescentes e podem ser um sítio privilegiado para o consumo de álcool, pois constituem um local de fácil acesso a bebidas alcoólicas (Mosher, 2004). Mas não só a influência dos amigos é preditiva para o consumo na adolescência: os irmãos (Ferreira et al., 2007; WHO, 2004a; Duncan et al.,

2003; Li et al., 2002) e os pais (Newman et al., 2008; Ferreira et al., 2007; Van der Vorst et al., 2005; Duncan et al., 2003; Li et al., 2002) também constituem importantes modelos para o consumo. A percepção que os adolescentes têm sobre o baixo controlo parental também aumenta a probabilidade de consumirem álcool (DiClemente et al., 2001).

As razões que levam o adolescente a beber são variadas e incluem a curiosidade, o prazer, a conformidade com o grupo de pares, a pressão social, o encorajamento dos pais para celebrarem uma ocasião com uma bebida e mesmo o desejo de escapar ou esquecer os seus problemas pessoais. Os estilos parentais, pais demasiado autoritários ou permissivos, parecem também contribuir para o consumo de álcool na adolescência (Miller et al., 2001; Duncan et al., 2000), enquanto o seu apoio e suporte são factores de protecção contra o início do consumo (Newman et al., 2008; Pirskanen et al., 2006; Simons-Morton et al., 2001; Lintonen et al., 2001), tal como sucede com as actividades de ocupação de tempos livres (Pirskanen et al., 2006).

O baixo preço do álcool e a facilidade na sua aquisição (Coslin, 2003), levam a que seja a droga mais usada entre os adolescentes. O seu consumo não é na maioria dos países penalizado, como sucede com as restantes drogas, embora possa haver restrições na venda a adolescentes.

O álcool não é habitualmente a única droga que um indivíduo consome, já que ele surge em múltiplas combinações (Hoffman et al., 2000). Aparece muitas vezes associado ao uso de outras drogas lícitas, como o tabaco (Dowdell, 2006; Paavola et al., 2004; Degenhardt & Hall, 2003), ou ilícitas (Paavola et al., 2004; Duncan et al., 2000). Degenhardt e Hall (2003) afirmam que a maioria (51%) dos consumidores de álcool são fumadores regulares. Wetzels et al. (2003), Coslin (2003) e Jackson et al. (2002), também concluíram que há uma associação entre o consumo de álcool e de tabaco, e que o uso de um causa o do outro (Dowdell, 2006; Jackson et al., 2002).

A associação entre álcool e tabaco causa uma dependência física e psíquica muito forte (Coslin, 2003) e potencia efeitos nocivos para a saúde dos adolescentes. Irwin (2004) afirma que o consumo de álcool na adolescência é altamente preditivo do consumo de tabaco no adulto jovem.

### **3.6. Sexualidade na adolescência**

As questões sobre a sexualidade não são exclusivas da adolescência (Ferreira, 2003), na medida em que o desenvolvimento psico-sexual lhe é muito anterior (Marcelli & Braconnier, 2005), mas é durante este período que se inicia a organização sexual definitiva, tanto do ponto de vista somático, como sociológico e psicológico (Coslin,

2003), e que a identidade sexual se torna importante (Bekaert, 2005). O adolescente procura construir a sua identidade integrando sentimentos, necessidades e desejos (Ferreira et al., 2006a). Durante a puberdade há um despertar para as questões sexuais e podem ser exploradas múltiplas formas de expressão sexual (Avery & Lazdane, 2008).

A sexualidade é uma componente muito importante da vida, influencia a saúde física, mental e a qualidade de vida dos indivíduos. É pois importante ajudar os adolescentes a viverem a sua sexualidade de uma forma gratificante, responsável, segura e autónoma. A sexualidade é aliás uma das formas de os adolescentes expressarem a sua autonomia.

A OMS considera que

A saúde sexual compreende o bem-estar físico, emocional, mental e social relacionado com a sexualidade, e não apenas uma mera ausência de doença ou disfunção. A saúde sexual requer uma ligação positiva e de respeito à sexualidade e às relações sexuais, bem como a possibilidade de ter prazer e experiências sexuais seguras, livres de qualquer tipo de coerção, discriminação e violência. Para a atingir e manter, os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser protegidos, respeitados e cumpridos (WHO, 2006g, p.5).

Raphael (1996) define a saúde sexual como uma integração positiva dos aspectos físicos, emocionais, intelectuais e sociais da adolescência, e considera que tem uma grande influência no bem-estar geral dos adolescentes, no que concerne aos aspectos pessoais e sociais.

As transformações físicas e emocionais que ocorrem durante a adolescência originam novos sentimentos e perspectivas, podendo destacar-se a atracção, a paixão e o desejo sexual (APF, 2003). Muitos jovens envolvem-se em relações sexuais como reacção aos sentimentos deste tipo que experienciam no decurso da adolescência. A adolescência é, sem dúvida, o tempo em que muitas pessoas iniciam a actividade sexual (Avery & Lazdane, 2008; WHO, 2003a; UNFPA, 2003; UNICEF, 2002).

Nas últimas décadas, houve uma liberalização da actividade sexual pré-matrimonial não só dos jovens e dos adultos (Sprinthall & Collins, 1994), como também dos adolescentes (Torres, 2007; Brook, 2007; Amaro et al., 2004; Häggström-Nordin et al., 2002), passando a maternidade em mulheres solteiras, adolescentes (Brook, 2007) e não adolescentes, a ser mais aceitável (Singh & Darroch, 2000).

O conhecimento sobre a actividade sexual na adolescência é importante em termos de saúde pública (Dias et al., 2005). Vários estudos têm demonstrado que os adolescentes de ambos os sexos iniciam relações sexuais mais cedo (Monteiro & Raposo, 2006; Bekaert, 2005; Durex, 2005; Rede Feminista de Saúde, 2004; WHO, 2004b; WHO,

2001b; Brasil et al., 2000). O início desta actividade não está contudo associado a uma educação sexual consistente, nem tão pouco a um conhecimento da fisiologia, ou dos aspectos biológicos do sexo ou da reprodução, por isso muitos não utilizam medidas contraceptivas (Ferreira et al., 2006b; Ferreira, 2003; UNFPA, 2003).

O início precoce da actividade sexual está associado com sexo não protegido na primeira relação (Gómez et al., 2007; Felton & Bartoces, 2002). Assim, os adolescentes sexualmente activos correm risco de gravidez indesejada – uma adolescente sexualmente activa que não use contracepção tem 90% de probabilidades de engravidar no primeiro ano (Brook Advisory, 2003) –, síndrome de imunodeficiência adquirida e outras infecções sexualmente transmitidas (Ross et al., 2004; Vesely et al., 2004; WHO, 2002e). Mas, os adolescentes que iniciam actividade sexual mais cedo, não correm só o risco de não utilizarem métodos contraceptivos (Gómez, 2007). Muitas vezes, quando os usam, fazem-no de forma ineficaz (Häggström-Nordin et al., 2002; Svare et al., 2002), ou utilizam mal ou de forma inconsistente o preservativo, o que aumenta, não só o risco de gravidez, como também de IST (Bekaert, 2005; UNICEF, 2002).

A actividade sexual na adolescência está muitas vezes associada a outros comportamentos de risco (Häggström-Nordin et al., 2002), como o consumo de substâncias, álcool, tabaco e outras drogas (Parkes et al., 2007). O envolvimento em comportamentos de risco está associado com um início da actividade sexual em idades precoces (Parkes et al., 2007; French & Dishion, 2003), baixa utilização de preservativos (Parkes et al., 2007) e múltiplos parceiros sexuais (Parkes et al., 2007; UNICEF, 2002). Por sua vez, o início precoce da actividade sexual prediz o consumo de álcool na adolescência (Cornelius et al., 2007).

Comportamentos sexuais de risco constituem uma séria ameaça à saúde física e psicológica dos adolescentes, bem como ao seu bem-estar social (Vesely et al., 2004). São comportamentos que predis põem a ocorrência de resultados sexuais negativos, como a gravidez indesejada e IST (Gillen et al., 2006), podendo citar-se como exemplos as relações sexuais sem utilizar preservativo (Fergus et al., 2007), mesmo que se tenham utilizado outros métodos contraceptivos (Coleman, 2005), os múltiplos parceiros sexuais (Fergus et al., 2007) e as relações sexuais com estranhos. Os comportamentos sexuais de risco estão muitas vezes associados ao consumo de álcool (Gómez, 2007; Dias et al., 2005; Grunbaum et al., 2001) e de outras drogas (Grunbaum et al., 2001). A prevalência destes comportamentos na adolescência constitui preocupação maior a nível de saúde pública (Harris et al., 2007), sendo da máxima importância saber como estão os adolescentes a proteger-se de gravidezes indesejadas e de IST (Smylie et al., 2008).

Quanto mais tarde os adolescentes iniciarem a vida sexual, mais protegidos estão das suas consequências negativas, como a gravidez indesejada (Woo & Brotto, 2008; Bekaert, 2005; Vesely et al., 2004; Wellings et al., 2001; Zavodny 2001), as IST (Woo & Brotto, 2008; Bekaert, 2005; Vesely et al., 2004; UNICEF, 2002) e o impacto psicológico negativo das relações sexuais precoces (Woo & Brotto, 2008; Bekaert, 2005; French & Dishion, 2003).

A idade com que os adolescentes iniciam a actividade sexual varia muito de país para país (Durex, 2005; UNFPA, 2003). Em média, os adolescentes de hoje têm a primeira relação sexual aos 17,3 anos, sendo as raparigas sexualmente activas mais cedo que os rapazes (Durex, 2005). Maticka-Tyndale et al. (2000), num estudo que realizaram com adolescentes canadianos, referem que a idade de início da actividade sexual tem diminuído e que nos últimos anos a idade com que as raparigas iniciam a vida sexual se aproximou da dos rapazes. Matos et al. (2006c), num estudo que realizaram em escolas portuguesas com adolescentes do 6º, 8º e 10º ano de escolaridade, concluíram que a maioria dos adolescentes que já tinha iniciado a vida sexual, tinha tido a primeira relação depois dos 14 anos, e que a percentagem de raparigas que já tinha tido relações sexuais era menor, sendo também significativamente menor a percentagem de raparigas que tinha tido relações antes dos 14 anos.

Embora as tendências do comportamento sexual dos adolescentes sexualmente activos nos últimos anos sejam mais positivas, pois o uso de métodos contraceptivos tem aumentado (Vesely, 2004), a contracepção nem sempre é considerada como um assunto prioritário pelos adolescentes no início da sua vida sexual. Mitos e concepções erradas sobre a gravidez e os anticoncepcionais ainda persistem em muitos adolescentes (UNFPA, 2003). Bekaert (2005) refere alguns destes mitos: “gravidez ou IST só acontecem aos outros”, “sou ainda muito nova/o, portanto não há problemas”, “não engravidado na primeira vez”, “nesta fase do ciclo não há problemas”, “o uso da pílula na adolescência impede-me de engravidar na idade adulta” ou “a pílula engorda”. A investigação tem vindo a mostrar a importância de certas características – como a imaturidade cognitiva e as atitudes negativas em relação ao sexo – que não favorecem o planeamento do relacionamento sexual nem o uso de métodos contraceptivos, aumentando por isso o risco de gravidez na adolescência (Figueiredo, 2001).

Ao contrário do que seria de esperar, dada a maior facilidade de acesso aos métodos contraceptivos e a maior informação sobre eles, não só a nível das escolas, como também da comunicação social, ainda há muitos adolescentes sexualmente activos que não os utilizam ou o fazem de forma inconsistente ou incorrecta.



Os adolescentes podem ter recebido informação / formação sobre métodos anticoncepcionais e a importância da prática de sexo seguro, mas isso nem sempre significa que a usem. Há adolescentes que referem que devem usar o preservativo, mas que quando chega a ocasião se esquecem (Dias et al., 2005). A falta de capacidade para negociar a abstinência ou o uso de preservativo e para falar com o parceiro sobre sexo, e a percepção de que o risco é baixo, podem levar a que o adolescente se envolva em relações sexuais não protegidas (UNICEF, 2002). Muitas vezes, as circunstâncias em que ocorre o encontro (inesperado, indisponibilidade de preservativo) e a falta de capacidade do par para discutir e negociar sobre medidas contraceptivas, podem influenciar as escolhas. Num estudo realizado no Reino Unido, Bekaert (2005) refere que 89% dos adolescentes afirmavam que ter sexo sem usar preservativo os punha em risco de contrair VIH/SIDA, mas 16% continuariam a ter relações sexuais sem utilizá-lo, se a oportunidade surgisse e não estivessem prevenidos.

O impacto sobre a saúde, causado pela infecção pelo VIH e pela gravidez não desejada, levou a que a sexualidade passasse a ser considerada como uma questão de urgência social e epidemiológica (Ogden, 2004). A nível dos adolescentes, a prevenção da gravidez e das IST são das apostas mais importantes em cuidados de saúde no século XXI (WHO 2004b), pois são causa de problemas sanitários, sociais e económicos, relevantes para os adolescentes (Ross et al., 2004) e para a sociedade em geral. A gravidez e a maternidade ou paternidade na adolescência são um fenómeno social indesejável e uma consequência não intencional do comportamento sexual do jovem (Committee on Adolescence, 2005; Coates & Widenfelt, 1991).

A gravidez na adolescência é um problema que ocorre em todas as sociedades, variando o número destes partos de país para país (Torres, 2007; UNICEF, 2001; Singh & Darroch, 2000). De acordo com os dados da UNICEF (2001), os Estados Unidos são o país do mundo desenvolvido que apresenta maior número de partos em adolescentes dos 15 aos 19 anos, com uma taxa de 52,1/1.000. O Reino Unido, com 30,8/1.000, ocupa essa posição na Europa, onde Portugal apresenta uma taxa de 21,2/1.000 e uma percentagem de gravidez na adolescência que se situa nos 10%. De acordo com os dados do INE (INE, 2007), em Portugal e em 2005, o número de nados vivos de adolescentes com 15 anos ou menos foi de 72 (13 em raparigas de 13 anos e 59 em raparigas de 14 anos), havendo 5.447 nados vivos de adolescentes entre os 15 e os 19 anos (255 em raparigas de 15 anos, 582 de 16 anos, 1.018 de 17 anos, 1.530 de 18 anos e 2.062 de 19 anos).

De entre as jovens que engravidam, a maioria não o desejou (Davies et al., 2003) nem planeou a gravidez (Neinstein, 1996b). É muito importante conhecer as consequências de

uma gravidez não desejada durante a adolescência, não só para compreender o problema, como também para planejar intervenções que a possam prevenir ou minorar as suas consequências (APF, 2003).

A gravidez na adolescência tem uma série de consequências físicas, psicológicas e sociais, e constitui um risco para a rapariga (Committee on Adolescence, 2005). Particularmente nas idades mais jovens, está associada a uma maior morbidade e mortalidade, quer materna quer do recém-nascido (UNFPA, 2003; WHO, 1986a). As adolescentes grávidas com menos de 17 anos têm um risco aumentado de anemia (Bekaert, 2005; APF, 2003; UNFPA, 2003), hipertensão, trauma cervical (Bekaert, 2005; APF, 2003), parto prematuro e de parirem crianças demasiado leves para a idade gestacional (Torres, 2007; Bekaert, 2005; Hillis et al., 2004; APF, 2003; Unger et al., 2000).

As modificações que ocorrem no corpo da jovem durante a gravidez podem ter importantes consequências psicológicas, pois conforme se referiu anteriormente, nesta fase da vida, a imagem corporal e a aparência física têm maior valor que em qualquer outra etapa do ciclo vital, e tudo o que a prejudique tem fortes repercussões emocionais.

A nível social, a gravidez na adolescência pode condicionar o futuro da rapariga, pois muitas interrompem os estudos (WHO, 2005c), o que condiciona fortemente a sua evolução em geral e a sua carreira profissional, colocando-as em maior risco de dificuldades económicas futuras (Boden et al., 2008; Bekaert, 2005; Fessler, 2003; APF, 2003; UNFPA, 2003; Singh & Darroch, 2000; Ferreira, 1996). A gravidez / maternidade levam também muitas vezes ao isolamento do grupo de pares e à rejeição familiar (Bekaert, 2005; APF, 2003), o que contribui para limitar ainda mais o desenvolvimento social das adolescentes (Ferreira, 1996).

A gravidez indesejada e a maternidade na adolescência estão ainda associadas a depressão e a baixa de auto-estima na adolescente (APF, 2003; Davies et al., 2003), bem como ao aborto (UNFPA, 2003). Tomar a decisão de continuar ou interromper uma gravidez não desejada é difícil em qualquer idade, contudo na adolescência a dificuldade desta decisão pode ser exacerbada, atendendo à experiência mais limitada e à pressão exercida pelos outros (Coleman, 2006). Nos Estados Unidos, 25% dos abortos realizados envolvem adolescentes e a maioria das gravidezes não desejadas (53%) durante este período terminam em aborto (Neinstein et al., 1996b). Estudos realizados em quatro países da América Latina concluíram que 10 a 14% das gravidezes em adolescentes não casadas terminavam em aborto (UNFPA, 2003). Nos países desenvolvidos, a maioria das adolescentes que engravida opta por abortar, em vez de levar a gravidez até ao fim

(UNFPA, 2003). A taxa de abortos é superior nas raparigas mais novas (Brook, 2007; Singh & Darroch, 2000) e nas que vivem em áreas mais desenvolvidas, no mesmo país (Brook, 2007).

O aborto legal é autorizado num limitado número de países, devendo nos restantes as mulheres e adolescentes recorrer ao aborto ilegal, o que levanta sérios problemas de saúde pública, uma vez que muitos são realizados por pessoas sem formação na área da saúde e em condições de higiene muito deficitárias (UNFPA, 2003), muitas vezes sem condições de segurança ou com segurança mínima. O aborto tende ainda a ser mais perigoso para as adolescentes, devido a procurarem-no em estádios mais avançados de gravidez (WHO, 2004b).

A gravidez na adolescência e o número de partos e abortos em mães adolescentes têm vindo a diminuir em muitos países nos últimos anos (Brook, 2007; Singh & Darroch, 2000), mas a gravidez na adolescência continua a ser um problema significativo de saúde pública (Kinsella et al., 2007; UNICEF, 2001; Unger et al., 2000). A maior utilização de medidas contraceptivas (Santelli et al., 2007), o recurso e a correcta utilização da contracepção de emergência (Gómez, 2007; Jones et al., 2002), com venda liberalizada (Bekaert, 2005) e distribuição gratuita, uma atitude mais aberta na aceitação da sexualidade na adolescência, a disponibilização de mais informação, mais educação sexual e maior facilidade de acesso a contracepção gratuita (Brook, 2007), podem ser alguns dos factores que ajudem a reduzir o número de gravidezes indesejadas e de abortos na adolescência.

Atendendo às consequências tão negativas da gravidez nesta fase da vida, é importante identificar as razões que estão subjacentes a este fenómeno e desenvolver programas eficazes de educação para a saúde, de forma a evitá-la (Unger et al., 2000). Alguns dos factores de risco pessoais, psicossociais e ambientais, habitualmente correlacionados com a gravidez e o parto na adolescência, são o baixo sucesso escolar das raparigas (Fessler, 2003), as poucas oportunidades educacionais (Fessler, 2003; UNFPA, 2003) e um nível educacional mais baixo (Bekaert, 2005), a pouca informação sobre métodos contraceptivos (UNFPA, 2003), a pobreza (East et al., 2006; Bekaert, 2005; UNFPA, 2003; Santelli et al., 2000; Gordon, 1996), viver em locais que ofereçam poucas oportunidades económicas (Scudder et al., 2007) e sociais, estar exposta a violência familiar (Fessler, 2003; Miller et al., 2001), ter pouco apoio da família (Davies et al., 2003), viver só com um dos progenitores (East et al., 2006; Miller et al., 2001), a presença na história familiar de gravidez na adolescência (East et al., 2006; Brook, 2007; Bekaert, 2005; Miller et al., 2001) e o ter relações sexuais após ter bebido demais, pois aumenta o risco de relações não protegidas (Hingson et al., 1990).

São considerados factores protectores da gravidez na adolescência, a nível individual, a orientação escolar e as altas expectativas académicas das adolescentes (East et al., 2006; Bekaert, 2005; Kirby, 2002). A nível familiar, são factores protectores a existência de pais vigilantes, interessados, com uma relação próxima e que apoiam as suas filhas (Miller et al., 2001).

Tendo em conta as consequências da gravidez na adolescência, a política de saúde deve ter por objectivo reduzir as taxas de gravidezes não desejadas (Bruny & Packer, 2004). Deste modo é necessário que se desenvolvam estratégias para o desenvolvimento e implementação de programas que visem atrasar o início da vida sexual, promover o uso efectivo de contraceptivos pelos adolescentes sexualmente activos e a optimização do conhecimento sobre o uso correcto dos diferentes métodos contraceptivos, incluindo a contracepção de emergência (Committee on Adolescence, 2005).

A prevalência e incidência das IST na adolescência estão a aumentar (Bekaert, 2005). De acordo com a UNICEF (2002), todos os anos cerca de 100 milhões de novas IST, excluindo o VIH, ocorrem nos jovens abaixo dos 25 anos, estimando a OMS que um em cada vinte adolescentes e jovens contraem IST todos os anos (WHO, 2004b).

As IST constituem uma grande ameaça para a saúde reprodutiva (Häggström-Nordin et al., 2002) e são a maior causa de morbilidade entre os adolescentes sexualmente activos (Ozer et al., 2005; Boyer, 1991). As consequências das IST variam com o tipo de infecção, podendo causar desde morte prematura, a infertilidade, cancro cervical, doença inflamatória pélvica, gravidez ectópica (Bekaert, 2005; UNFPA, 2003) e aumento de pobreza (UNFPA, 2003). Para além disso, facilitam ainda a transmissão de VIH entre os parceiros sexuais.

Relações sexuais, vaginais, anais e orais, sem utilização de preservativo, aumentam o risco, não só de contrair SIDA, como também outras IST (Bersamin et al., 2008; Kaljee et al., 2007). Nos adolescentes sexualmente activos, o uso do preservativo de forma consistente representa a forma de prevenção mais eficaz, sendo o risco de contrair uma IST, para os que não o usam, cerca de duas vezes superior (Crosby et al., 2003).

O início precoce da actividade sexual, o número de parceiros, o ter um parceiro que já tenha tido ou tenha múltiplos parceiros sexuais, a não utilização ou utilização incorrecta do preservativo (Crosby et al., 2003), as relações homossexuais e IST prévias, são algumas das causas das IST na adolescência (Santelli et al., 2000).

As consequências das IST nos adolescentes podem ser ainda mais graves, por eles tenderem a não procurar tratamento ou a procurá-lo mais tardiamente. Muitas vezes até podem suspeitar que têm uma IST, mas não procuram os cuidados de saúde por medo

que a sua privacidade não seja respeitada, por se sentirem demasiado embaraçados ou culpados, por os serviços de saúde serem longe ou porque as horas de funcionamento não são compatíveis com os seus horários (UNICEF, 2002). As IST também estão associadas a outros comportamentos de risco, como o consumo de álcool e outras drogas (Price, 2005).

A abstinência sexual pode ser promovida como uma forma de reduzir o número de gravidezes não planeadas e a disseminação de IST entre adolescentes, baseando-se os respectivos programas no adiar da primeira relação (Pinkerton, 2001).

Ajudar os adolescentes a desenvolverem competências que os tornem capazes de negociar os níveis de intimidade e as medidas contraceptivas a usar numa relação (Bekaert, 2005), que promovam o pensamento crítico e que facilitem a tomada de decisões e a resolução de problemas, aumentar a sua auto-confiança e capacidade de fazerem escolhas informadas, como atrasarem o início da actividade sexual, até estarem suficientemente maduros para se protegerem do VIH, de outras IST / e de gravidezes indesejadas (UNFPA, 2003; UNICEF, 2002). É importante também motivá-los para a vigilância de saúde sexual e informá-los das instituições e dos locais, inclusive dos específicos para adolescentes, onde a podem fazer de forma gratuita.

Os comportamentos sexuais dos adolescentes são influenciados por múltiplos factores, como o género (Ferreira et al., 2006a, b), o ambiente social e cultural, a educação, as crenças e os comportamentos de risco (Avery & Lazdane, 2008). A família é um espaço emocional essencial no desenvolvimento de atitudes e comportamentos saudáveis na área da sexualidade (Sampaio et al., 2005; 2007). Os estilos parentais e as relações entre pais e filhos podem influenciar os comportamentos sexuais dos adolescentes (Bersamin et al., 2008; Miller et al., 2001). A qualidade da comunicação pode funcionar como um factor protector (Bersamin et al., 2008). Existe uma associação positiva entre o suporte e apoio fornecido pelos pais, a relação de proximidade entre pais e filhos, e a diminuição de comportamentos sexuais de risco (WHO, 2002e; UNICEF, 2002), nomeadamente o início mais tardio da actividade sexual, o menor número de parceiros e o uso mais consistente dos métodos contraceptivos (Miller et al., 2001). Um relacionamento positivo com a escola (Dias et al., 2005) é também um factor protector contra comportamentos sexuais de risco.

Relativamente ao ambiente social onde os adolescentes vivem, a pobreza, a violência e a criminalidade, tendem a estar relacionados com comportamentos sexuais de risco, como o início mais precoce da actividade sexual, a baixa utilização de medidas contraceptivas, o maior número de parceiros e as taxas mais elevadas de gravidez na adolescência

(Miller et al., 2001). As opiniões dos pais sobre sexo pré-matrimonial e sobre sexualidade são fortes preditores dos comportamentos sexuais dos adolescentes (Eisenberg et al., 2006a). Dittus e Jaccard (2000) referem que adolescentes cujos pais transmitem valores sobre a necessidade de evitar a gravidez e as IST na adolescência, se envolvem menos em comportamentos de risco.

Os pares podem ser um preditor da iniciação da actividade sexual, pois podem exercer pressão para os amigos serem sexualmente activos (Mueller et al., 2008; Dias et al., 2005; UNFPA, 2003). Os adolescentes cujos pares são favoráveis às relações sexuais, mais facilmente têm actividade sexual (Dilorio et al., 2000). Os meios de comunicação social também influenciam os comportamentos sexuais dos adolescentes (Mueller et al., 2008; Hawk et al., 2006; Nonoyama et al., 2005). A mediação dos pais sobre os programas de televisão pode directa ou indirectamente influenciar o comportamento dos adolescentes em relação ao álcool, tabaco e outras drogas, e à sexualidade, devido à discussão que se pode gerar em torno destes temas (Bersamin et al., 2008).

\*\*\*

Os estilos de vida, caracterizados por um conjunto de hábitos e comportamentos, adoptados pelos indivíduos da sociedade moderna, crianças, adolescentes e adultos, são um dos principais responsáveis pelas alterações no perfil de morbi-mortalidade nas últimas décadas.

A adolescência pode ser considerada como uma fase crucial na vida dos indivíduos, em termos de formação de hábitos de conduta e de modelos de socialização, transformando a segunda década da vida num período de transição. É uma etapa em que as influências externas adquirem uma importância progressiva e em que o adolescente se torna mais vulnerável ao meio em que se desenvolve.

As influências externas associadas ao facto da adolescência ser uma época de experimentação, de desejo de correr riscos, de agir contra as normas estabelecidas pelos pais, família e sociedade em geral, e a ideia de que é invulnerável, favorecem o envolvimento em comportamentos de risco.

Os comportamentos de risco para a saúde adoptados na adolescência são muitas vezes difíceis de erradicar na idade adulta, onde muitos problemas de saúde são reflexo de comportamentos que se iniciaram na adolescência.

Os comportamentos desviantes em que os adolescentes se envolvem incluem o início precoce da actividade sexual, associado muitas vezes à ausência de utilização de medidas contraceptivas ou ao seu uso incorrecto, baixos níveis de actividade física, consumo de álcool e tabaco, hábitos alimentares inadequados e diminuição do número de horas de sono. Estes comportamentos constituem problemas de saúde pública evitáveis, que não podem nem devem ser ignorados, pois são causa de diminuição da qualidade de vida, de doença aguda ou crónica, de incapacidade e morte prematura, e comprometem a saúde futura.





## **4. EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: UMA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM**

A saúde e bem-estar dos adolescentes e jovens são preocupações muito relevantes para as sociedades e são feitos esforços constantes para reduzir todo o tipo de comportamentos de risco e desviantes que possam fazer perigar a sua saúde (Hibell et al., 2004). Promover um desenvolvimento saudável dos adolescentes é um investimento (DGS, 2005; DGS, 2006) que qualquer sociedade deve fazer (WHO, 2003c). “Prevenir comportamentos de risco e promover escolhas saudáveis entre os adolescentes pode produzir resultados de saúde positivos, não somente durante a adolescência, mas também durante a vida adulta” (WHO, 2002b, p. 1). O investimento na promoção de estilos de vida saudáveis nos adolescentes é importante não só para a sua saúde, como também para a das gerações futuras, às quais podem servir de referência.

Adolescentes saudáveis e bem desenvolvidos têm maior probabilidade de serem adultos saudáveis, responsáveis e produtivos, com poucos dias de ausência ao trabalho por doença, com carreiras mais longas e com mais competências para contribuir para o aumento da produtividade e do progresso (WHO, 2002b, p. 1).

A adolescência é um tempo crucial para se sedimentarem as fundações da saúde futura (Bekaert, 2003). É um período do ciclo vital, considerado essencial na adopção de estilos de vida e padrões de comportamento que condicionam a saúde futura. A ausência de investimento ou investimento inadequado na saúde e desenvolvimento saudável deste grupo, compromete o investimento prévio que as sociedades fizeram na saúde das crianças (WHO, 2002b), coarta oportunidades e expõe os adolescentes a riscos desnecessários (UNFPA, 2003).

A saúde e o desenvolvimento do adolescente são conceitos de certo modo sobreponíveis. Ser saudável é muito importante para o desenvolvimento, que por sua vez influencia fortemente a saúde. Ambos os aspectos, quando não atendidos, comprometem a concretização plena das potencialidades do adolescente (WHO, 2003c). Promover a saúde e o desenvolvimento implica compreender todo o seu potencial, atender às necessidades de que daí advêm e salvaguardar os direitos dos adolescentes, evitando custos futuros e desnecessários com a saúde (WHO, 2003c).

As razões pelas quais devemos investir tempo e recursos na saúde e desenvolvimento dos adolescentes estão evidentes nos números que mostram a magnitude do problema e

os custos da inacção. As necessidades não atendidas têm implicações no futuro das comunidades e países (WHO, 2003c). Adolescentes pouco controlados a nível de saúde estão em risco a longo termo (Nabors et al., 2005). Ao ignorarmos as suas necessidades, estamos a colocar em risco o presente e o futuro da sociedade, que não poderá suportar os custos de uma população pouco saudável e de uma força de trabalho pouco produtiva. Promover o desenvolvimento psicossocial, emocional e intelectual dos adolescentes, minimiza o risco do seu envolvimento em comportamentos desviantes, tais como consumo de tabaco, álcool e outras drogas, envolvimento em relações sexuais indesejadas e não seguras, ou hábitos alimentares pouco saudáveis (WHO, 2003c).

Uma política de desenvolvimento e saúde para a adolescência implica que se considere este grupo como uma população prioritária e que se tome por objectivo promover e proteger as suas necessidades e direitos, no que respeita ao acesso à informação, às competências básicas de vida, à criação de serviços de saúde compreensivos e de ambientes seguros que apoiem e suportem este sector da população (WHO, 2002b).

Torna-se, então, indispensável abordar a saúde numa perspectiva alargada que respeite o conceito de saúde integral do adolescente e do jovem, dando amplitude máxima à promoção da saúde, nas suas vertentes de educação, de prevenção e de protecção, tendo em conta as múltiplas determinantes dos comportamentos e da saúde (DGS, 2005, p. 11).

Os adolescentes ainda não são adultos, portanto não se pode esperar que assumam sozinhos a responsabilidade dos comportamentos que afectam a sua saúde. Deve ser-lhes proporcionada a oportunidade de viver num ambiente que seja promotor da saúde, para que possam fazer escolhas informadas sobre os seus estilos de vida (WHO, 2006h).

Um dos aspectos que teve um grande impacto na saúde dos adolescentes foi o aumento da escolarização, como referem Matos e Carvalhosa (2001a, p. 43):

O afastamento da escola favorece o envolvimento dos adolescentes com outros adolescentes com a mesma falta de laços em relação à escola e, muitas vezes, este facto foi relacionado com um envolvimento em comportamentos de risco para a saúde partilhados pelos pares, como se de uma cultura de grupo se tratasse.

Os adolescentes que não prosseguem a escola perdem numerosas oportunidades durante toda a vida, têm menos capacidades de desenvolver o seu potencial e são mais vulneráveis à pobreza, exploração e ao VIH/SIDA. Pior ainda, esta perda tem repercussões sobre a sua família, a sociedade e gerações futuras (UNICEF, 2003). Tendem, também, a envolver-se mais em comportamentos desviantes, tais como

consumo de tabaco, álcool e drogas e actividade sexual precoce (Matos & Carvalhosa, 2001b). O aumento da escolarização entre as raparigas demonstrou ter uma grande relevância na redução dos níveis de fertilidade (Blum & Nelson-Mmari, 2004).

A escola é um dos locais onde o adolescente pode praticar o exercício de duas importantes tarefas da adolescência: a autonomia e a tomada de decisão. Os resultados obtidos no estudo *Health Behavior in Scholl-aged Children* (HBSC) indicam que os estudantes mais envolvidos na escola, gostam de a frequentar e não têm problemas de rendimento escolar, possuem mais hipóteses de sucesso académico e de ter comportamentos mais saudáveis (Oddrun et al., 2004) e menos comportamentos de risco (Murphey et al., 2004). Contrariamente, os estudantes que não gostam ou gostam pouco da escola e que têm pouco sucesso académico, têm mais tendência para se envolverem em comportamentos de risco (Nutbeam et al., 1993; Dinges & Oetting, 1993).

Em 1986 a OMS (WHO, 1986b) aprovou a Carta de Ottawa, que considerava a escola como uma importante plataforma para a melhoria da saúde pública.

Adicionalmente, há muito que a escola é reconhecida como um local de excelência (Cohall et al., 2007; Leger & Nutbeam, 2000a) para a realização de acções de educação para a saúde a adolescentes (Guldbrandsson & Bremberg, 2005; Kubik et al., 2005b), pois é um lugar onde se encontra a maioria dos adolescentes (Pate et al., 2005) e onde estes passam uma grande parte do seu tempo (Kubik et al., 2005b; Ministério da Saúde, 2004a; Harris et al., 2002). Esta visão surge reforçada, porque as reformas curriculares incluíram a abordagem da educação para a saúde no curriculum (WHO, 2003e) e porque a escola se propicia como ambiente integrador de uma multiplicidade de intervenções de carácter diverso (Ministério da Saúde, 2004a).

Matos et al. (2003b, p. 17) afirmam que “As escolas têm sido referidas como contextos privilegiados para abordar os adolescentes, para planear intervenções que propiciem a participação dos alunos na construção da sua própria saúde e para a promoção de atitudes positivas face aos outros...”. Por sua vez, no documento citado no parágrafo anterior, o Ministério da Saúde afirma que as escolas “... desempenham um papel primordial no processo de aquisição de estilos de vida, que a intervenção da saúde escolar, dirigida ao grupo específico das crianças e jovens escolarizados, pode favorecer, ao mesmo tempo que contempla a prestação de cuidados personalizados.” (Ministério da Saúde, 2004a, p. 11).

A promoção da saúde na escola, para além do investimento na aquisição de competências por parte dos adolescentes, tem como principal esforço mudar e

desenvolver o ambiente físico e social, de molde a facilitar as escolhas saudáveis (Loureiro, 2004).

De acordo com a DGS (2007a), as acções de educação para a saúde devem ser abordadas pelos serviços dependentes do Ministério da Saúde, através das suas equipas multidisciplinares de Saúde Escolar.

O desenvolvimento curricular, em áreas tão diversas como a educação nutricional, vida activa saudável, educação para a cidadania, educação sexual e afectiva, SIDA, consumos nocivos, com destaque para o consumo excessivo de álcool, tabaco ou drogas, e prevenção da violência, nos diferentes níveis de ensino, tem sido apoiado pelas equipas de saúde escolar, sem no entanto terem sido produzidas orientações técnicas que normalizem a intervenção (Ministério da Saúde, 2004c, p. 8).

A estratégia de intervenção em saúde escolar, preconizada para as escolas portuguesas, no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença, assenta em actividades que devem ser executadas de forma regular e contínua ao longo de todo o ano lectivo (Ministério da Saúde, 2004c).

“A educação para a saúde envolve transmissão de informações relativas à saúde, visando a mudança de comportamento e a adopção de um estilo de vida saudável, em que o indivíduo passa a ser o principal responsável pelo seu estado de saúde” (Souza & Grundy, 2004, p. 1355). Mas, educação para a saúde para os adolescentes, não se deve limitar a uma abordagem de cariz informativo: as acções educativas têm de ser integradas num conceito mais vasto de promoção da saúde do adolescente (Matos et al., 2004).

Investigações recentes provaram que acções de intervenção breves – intervenções de curta duração, cujo custo de implementação é mais barato que o das intervenções de tratamento convencionais (Borges, 2004b) –, mas bem estruturadas, realizadas com estudantes do secundário, podem resultar em múltiplas e positivas mudanças de comportamento nos adolescentes (Werch et al., 2007, 2005; Pirskanen et al., 2006; Larimer et al., 2004).

A educação para a saúde na adolescência deve basear-se não só no evitar dos comportamentos de risco, como também nos factores protectores da saúde, para se conseguir obter ganhos em saúde neste grupo. Na adolescência a prevenção deve visar a minimização dos comportamentos de risco e oferecer cuidados antecipatórios (Duncan et al., 2007). Como refere a DGS, quando se pensa em saúde integral dos jovens:

Torna-se necessário equacionar, não apenas os factores propiciadores de impacto negativo na saúde, mas também os factores protectores, individuais e colectivos que podem estar em jogo. Nesse processo da promoção da saúde juvenil, o desenvolvimento de uma estratégia de incremento de cuidados antecipatórios assume relevo particular (DGS, 2005, p. 11).

Para os adolescentes melhorarem o seu estado de saúde e aumentarem a longevidade, é necessário que adquiram conhecimentos, atitudes e competências que lhes permitam fazer escolhas saudáveis (Dowdell, 2006). Os comportamentos positivos de saúde devem ser promovidos (Guldbrandsson & Bremberg, 2005) cada vez mais cedo, para permitir aos adolescentes serem imunes às pressões para a adopção de comportamentos de risco para a saúde.

O desenvolvimento de competências tem sido incluído desde sempre na educação para a saúde (WHO, 2003e), pois estas são essenciais para os adolescentes se tornarem pessoas autónomas e capazes de tomarem decisões responsáveis sobre a sua saúde, para os ajudar a gerir as situações mais difíceis com que se irão confrontar e para os encorajar a procurar oportunidades e experiências de aprendizagem positivas (Duncan et al., 2007).

A educação para a saúde deve ser planeada, estruturada e efectuada de forma a capacitar as pessoas a fazerem escolhas saudáveis (WHO, 2005d). A educação para a saúde que se realiza nas escolas, para ser efectiva, deve ter relevância para os estudantes e estes devem ser capazes de integrar a informação nos seus estilos de vida (Achterberg & Miller, 2004). Deve abordar uma vasta gama de conteúdos, como a saúde reprodutiva e sexual, nutrição, consumo de álcool, tabaco e outras drogas (Guldbrandsson & Bremberg, 2005; WHO, 2003e; Lear, 2002) e actividade física (Guldbrandsson & Bremberg, 2005; Centers for Disease Control and Prevention, 2000), pois os estilos de vida sedentários, as dietas desequilibradas, o consumo de substâncias nocivas, os comportamentos sexuais de risco, constituem problemas de saúde pública dos adolescentes que são evitáveis e que não podem nem devem ser ignorados, pois causam doença, incapacidade, diminuição da qualidade de vida e morte prematura (DGS, 2007b).

Como para os adolescentes o momento presente é mais importante que o futuro, as acções de educação para a saúde devem enfatizar os resultados a curto prazo, mais do que o risco que os seus comportamentos terão para a saúde na idade adulta (Ryan & Irwin, 1998). Os profissionais de saúde devem utilizar o conhecimento dos factores que propiciam o risco de desenvolvimento de comportamentos desviantes e os que protegem

os adolescentes do envolvimento em comportamentos de risco, como base para o desenvolvimento das suas intervenções.

No caso de adolescentes em perigo de iniciação de comportamentos de risco, os profissionais de saúde devem tentar adiar esse envolvimento, mais do que dizer-lhes que se devem abster dele durante a adolescência. Esta estratégia será mais aceitável para os adolescentes e qualquer adiamento permite-lhes adquirir mais capacidades cognitivas ou estratégias de coping, que lhes permitam resistir a pressões nesse sentido (Ryan & Irwin, 1998).

Um dos desafios para os profissionais de saúde que trabalham com adolescentes é envolvê-los em comportamentos saudáveis. A sua intervenção, nomeadamente dos enfermeiros, na promoção de estilos de vida saudáveis na adolescência é imprescindível, pois nos dias de hoje os...

... adolescentes estão expostos a riscos e pressões numa escala que os seus pais não enfrentaram. A globalização acelerou mudanças e as estruturas que os protegiam no passado, têm sido corroídas. Os adolescentes recebem mensagens contraditórias sobre como devem fazer as escolhas do dia a dia, que têm consequências para o seu desenvolvimento saudável e vida futura (WHO, 2002a, p. 3).

Na realidade,

...nas últimas décadas têm havido mudanças dramáticas nas causas de morbidade e mortalidade dos adolescentes. Poucos sucumbem a «causas naturais» e muitos sofrem das consequências das «novas morbidades» – condições de saúde preveníveis, com etiologias predominantemente comportamentais, ambientais e sociais. Dada a importância crescente das condições de saúde preveníveis na vida dos adolescentes e das suas famílias, muitos profissionais de saúde acreditam que devem ser dispensados mais cuidados de saúde preventivos aos adolescentes” (Society for Adolescent Medicine, 1997, p. 204).

O envolvimento dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, é importante para promover e desenvolver o conhecimento dos adolescentes sobre a saúde e competências com ela relacionadas, de forma a capacitá-los para a tomada de decisão, resolução de problemas e pensamento crítico que lhes dê o empoderamento necessário para fazerem as escolhas certas sobre os seus comportamentos, principalmente aqueles que possam influenciar a saúde, não só no presente como no

futuro. As intervenções dos enfermeiros devem incluir acções de educação que os ajudem neste sentido.

Como um dos maiores grupos profissionais na área da saúde e atendendo ao âmbito da sua prática, os enfermeiros estão numa posição importante para promoverem a saúde dos adolescentes (Saewyc et al., 2006). Têm mais oportunidades para fazerem promoção e educação para a saúde do que os outros profissionais de saúde (Saewyc et al., 2006), mas é imprescindível que os que trabalham com adolescentes se sintam preparados para responder às necessidades de saúde únicas e diversificadas deste grupo (Saewyc et al., 2006, Ferreira, 1996).

Uma das questões que subsiste quando se pensa em promoção e educação para a saúde na adolescência, é como motivar os adolescentes a adoptarem comportamentos saudáveis para melhorarem o seu estado de saúde. A relação e a comunicação que se estabelece com eles são factores primordiais. Os enfermeiros, bem como os restantes profissionais de saúde, envolvidos na educação para a saúde, devem ter capacidade para estabelecer uma relação empática, baseada no respeito da individualidade de cada um, no seu direito à privacidade, à confidencialidade e autonomia. Ter “boa” capacidade de comunicação, sendo capazes de ouvir atentamente as preocupações e problemas do adolescente, estando atentos não só ao que eles dizem mas também ao que calam, procurando descobrir o que não dizem ou que estão a procurar dizer de forma indirecta (Ferreira, 1996) e acreditar que os adolescentes têm a capacidade de manter os seus comportamentos de saúde positivos e de mudar os comportamentos menos saudáveis (Duncan et al., 2007).

Nas sessões de educação para a saúde, uma comunicação aberta e transparente é crucial para se conseguir uma boa interacção e atingir os objectivos. É importante o recurso às novas tecnologias, não só porque fazem parte do dia a dia dos adolescentes, mas também porque os meios tecnológicos promovem uma partilha mais activa entre os participantes e facilitam a retenção da informação (WHO, 2005d).

Um outro aspecto extremamente importante consiste em considerar os adolescentes como o alvo principal da intervenção. A educação para a saúde nesta etapa deve deixar de ter por alvo os pais, como acontecia durante a infância. O processo de autonomia que se inicia durante a adolescência leva a que a gestão da saúde deixe de ser feita exclusivamente pelos pais, começando os adolescentes a auto-responsabilizarem-se pela sua saúde e pelos comportamentos a ela ligados (Srof & Velsor-Friedrich, 2006).

O envolvimento dos adolescentes é outro dos factores a ter em conta. Para melhorarmos a saúde dos adolescentes devemos incorporar as suas opiniões sobre o assunto (WHO,

2005b; Irwin, 2003), convidando-os a participar nas actividades de promoção para a saúde a eles destinadas (Duncan et al., 2007). A participação deve ocorrer em todas as fases do desenvolvimento dos projectos (DGS, 2005; WHO, 2005b), pois eles têm a capacidade e o desejo de controlar as suas vidas e a sua saúde, e o seu envolvimento ajuda a assegurar que as iniciativas de educação para a saúde estão de acordo com as suas necessidades e preocupações (WHO, 2005b). A experiência de envolvimento dos adolescentes têm sido incrementada e o feedback tem sido positivo e revela uma expectativa de envolvimento cada vez maior (Bennett & Tonkin, 2003). Desde 1986 que a OMS, no seu relatório *“Young people’s health – a challenge for society”* (WHO, 1986a), recomenda que os jovens participem e compartilhem a responsabilidade do desenvolvimento de políticas e planeamento de estratégias para a promoção da sua saúde.

Os profissionais podem obter uma maior compreensão das necessidades de saúde e das preocupações dos adolescentes se incentivarem o seu envolvimento, garantindo ao mesmo tempo uma maior adesão, já que eles se sentem participantes num projecto que lhes diz respeito. Na adolescência, a adesão pode por vezes ser complicada, pois os adolescentes muitas vezes não percebem o risco dos seus comportamentos ou consideram-se invulneráveis. Como refere Cromer (1998), a adesão ao regime terapêutico tende a ser maior em situações de tratamento de doença aguda, do que nas medidas de medicina preventiva, especialmente quando envolvem mudanças no estilo de vida.

As temáticas a abordar, nas sessões de educação para a saúde, devem ser importantes para os adolescentes. Eles consideram que é relevante os profissionais de saúde abordarem o consumo de drogas, tabaco e álcool, alimentação saudável, desordens alimentares, IST, prevenção de gravidez e exercício físico, e referem que a discussão dessas temáticas ocorre com menos frequência do que gostariam (Ackard & Neumark-Sztainer, 2001). Por vezes, os adolescentes sentem-se pouco à vontade para abordar com os profissionais de saúde estes assuntos (Ackard & Neumark-Sztainer, 2001), ou evitam mesmo fazê-lo (Duncan et al., 2007). É importante, portanto, que os profissionais sejam pró-activos e criem oportunidades para as abordar e o façam de forma não conflagradora para os adolescentes, para evitar pôr em risco a relação terapêutica.

O **sono** é essencial para a saúde e qualidade de vida (Roberts et al., 2004). Como se referiu no capítulo anterior, os estudos comprovam que na adolescência as horas de sono durante a semana dependem da idade, referindo que os adolescentes mais velhos se deitam mais tarde e passam menos horas na cama (Murdey et al., 2004).



Os profissionais de saúde que trabalham nas escolas, ou que fazem saúde escolar, têm uma oportunidade ideal para investigar o problema de sonolência diurna na adolescência (Saarenpää-Heikkilä et al., 2001) e para aconselhar os adolescentes sobre as suas necessidades de sono (Mantz et al., 2000) e sobre os efeitos negativos que a sua privação pode ter, não só no seu desempenho, como também na sua saúde (Millman et al., 2005), de forma a que eles valorizem o sono e corrijam possíveis erros do seu padrão habitual. Estas intervenções devem visar não só o momento actual, mas também o futuro, para se conseguir a adopção de hábitos de sono saudáveis na vida adulta (Kelman, 1999). Ensinar os adolescentes sobre a importância do sono para a saúde é uma tarefa importante para os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, que fazem acções de educação para a saúde nas escolas (Kelman, 1999).

Uma das mais significativas modificações comportamentais que os adolescentes podem fazer a nível do padrão de sono, é estabelecer e manter um horário regular de deitar e levantar (National Sleep Foundation, 2000).

Uma boa **alimentação** é fundamental para um desenvolvimento saudável e é uma das principais determinantes da saúde (Loureiro, 2004). As dietas pouco saudáveis são uma preocupação crescente na maioria dos países europeus (WHO, 2005b). A prevenção da obesidade na infância e na adolescência é um dos assuntos mais relevantes na educação para a saúde que se realiza nas escolas (O'Dea & Wilson, 2006), já que a obesidade em todos os escalões etários tem aumentado na maioria dos países (Vereecken et al., 2005).

Na educação para a saúde sobre hábitos alimentares, realizada nas escolas, os profissionais de saúde enfrentam o desafio de educar os adolescentes a comer bem, ajudando-os a desenvolver capacidades críticas e de assertividade para fazerem escolhas esclarecidas (Loureiro, 2004); para tal, devem dar informações pertinentes sobre a alimentação na adolescência e explicar as vantagens para a saúde e para a imagem corporal de uma alimentação saudável. A estratégia deve passar por ouvir os comportamentos alimentares, as atitudes, as crenças e as percepções que o grupo tem relativamente à alimentação e as sugestões deles quanto à mudança para um padrão alimentar mais saudável, responsabilizando-os assim pelas suas escolhas. Deve mostrar-se a necessidade de evitar os erros detectados e abordar os erros mais comuns neste grupo etário, como por exemplo o excesso de consumo de *fast-food*, refrigerantes, sumos artificiais e doces, pouca ingestão de frutas, vegetais e leite, irregularidade nos horários das refeições e a omissão de refeições, nomeadamente do pequeno-almoço, salientando os problemas que causam à saúde.

Educar para comer bem, de uma forma saudável, constitui um desafio à capacidade crítica e de assertividade do adolescente, dotando-o do empoderamento necessário para contrapor a sua vontade esclarecida ao meio circundante.

Os profissionais de saúde devem também ter uma intervenção na escola, pois é importante que as comidas que os adolescentes aí adquiram estejam de acordo com as suas necessidades nutricionais: dieta equilibrada e variada. As refeições na cantina devem ser compostas pelos alimentos básicos de uma alimentação saudável, devendo os pratos estar organizados de forma atractiva, para atrair os adolescentes e os motivar para a ingestão de alimentos tradicionais (Vereecken et al., 2005), e devem ainda ser variadas, para evitar a monotonia alimentar que pode levar o adolescente a optar por outro tipo de alimentação.

A venda de *snacks* com elevado teor de açúcar ou sal e de bebidas açucaradas, deve ser eliminada das escolas (WHO, 2006h; French et al., 2001b). A disponibilidade de máquinas de venda deste tipo de bebidas, inclusive nas próprias escolas, pode contribuir para a tendência de aumento no seu consumo (French et al., 2001c).

Tal como a dieta saudável, a **actividade física** é uma das fundações para uma boa saúde (WHO, 2005c). A saúde de um indivíduo está intimamente relacionada com o que ele come e com a quantidade de actividade física que realiza. Estes dois comportamentos influenciam a sua morbilidade e longevidade. Os adolescentes necessitam de se tornar mais activos e as intervenções sobre este tema na escola são essenciais para tentar aumentar os níveis de actividade física deste grupo (Pate et al., 2005). É importante identificar os factores relacionados com a inactividade física dos adolescentes, para se poderem desenvolver intervenções efectivas (Tammelin et al., 2003).

Na educação para a saúde, quando abordam a actividade física, os profissionais de saúde devem focar os benefícios para a saúde, nomeadamente a nível do controlo e redução de peso, atendendo a que este é um factor importante para este grupo etário, pois a imagem corporal é muito valorizada nesta fase da vida. Devem também abordar a importância de se manter uma prática regular de actividade física, as estratégias para aumentar a sua prática de forma a atingir as recomendações para a idade e realçar a capacidade individual que todos possuem para a prática de algum tipo de actividade deste tipo (Kahn et al., 2008).

Para usufruírem dos benefícios da actividade física para a saúde, é importante que os adolescentes, além de adoptarem um estilo de vida activo e regular, tenham hábitos alimentares saudáveis. A actividade física e a dieta saudável são duas das práticas

recomendadas para ajudar a reduzir a prevalência do excesso de peso nos adolescentes (Lowry et al., 2000). Uma actividade física moderada, do tipo caminhar, é um método efectivo para queimar calorias e o consumo de frutas e vegetais são dois importantes componentes de uma dieta pouco calórica (Lowry et al., 2000).

A intervenção dos profissionais de saúde junto dos professores deve visar o acentuar da importância das aulas de educação física para a saúde e bem-estar do adolescente, bem como para a aquisição de hábitos saudáveis a nível da actividade física. As aulas de educação física na escola devem propor desafios, permitir a participação de todos, propiciar a autonomia, respeitar as limitações e sobretudo enfatizar as capacidades de cada estudante, para que todos participem activamente e ganhem gosto pelo exercício, o que pode propiciar o envolvimento em actividade física extra curricular. Para os estudantes oriundos de meios mais pobres, as aulas de educação física, na escola, são muitas vezes a única oportunidade para a prática desportiva. É importante que se enfatizem as capacidades dos adolescentes, pois a forma como eles percebem o sucesso na realização da actividade é muito importante para a sua manutenção. A auto-eficácia é um factor preditivo para a realização de actividade física na adolescência e na vida adulta (Sallis et al., 1992).

As aulas de educação física devem também ser um prazer para os alunos, pois como afirmam Weinberg et al. (2000), um dos motivos mais fortes para a manutenção ou abandono da prática desportiva, é o prazer que os adolescentes sentem na sua realização.

Como se referiu no capítulo anterior, os estudos comprovam que, na adolescência, o **hábito de fumar** aparece muitas vezes associado ao consumo de outras substâncias. A falta de conhecimento ou o conhecimento inadequado sobre os malefícios do tabaco, do álcool e de outras drogas, são factores que predispõe ao consumo (Pirskanen et al., 2006), sendo assim primordial que se desenvolvam acções de educação para a saúde sobre estes tóxicos. Mesmo que os adolescentes tenham conhecimento das consequências do consumo de tabaco para a saúde, podem desconhecer as suas propriedades aditivas (Fritz, 2000).

Desde há muitos anos que se desenvolvem nas escolas acções de educação para a saúde relacionadas com o tabaco. Estas acções incluem iniciativas de prevenção primária, tentando persuadir os adolescentes a não fumar, promovendo o abandono do consumo nos adolescentes fumadores e capacitando-os para terem uma intervenção no seu meio familiar. Não há consenso sobre a eficácia das intervenções realizadas nas escolas quanto à prevenção do início do consumo. A OMS (WHO, 2005c) refere que “Há

pouca evidência quanto à eficácia dos acções desenvolvidas nas escolas na prevenção do início do consumo de tabaco na adolescência”. Pbert et al. (2006) verificaram que a acção de educação para a saúde desenvolvida tinha efeitos significativos na redução do número de cigarros diários fumados pelos adolescentes. Os *Centers for Disease Control and Prevention* (1994) consideram que as acções de prevenção do tabagismo desenvolvidas nas escolas podem dar uma enorme contribuição para a saúde da geração futura e confirmam a sua eficácia na redução do início do consumo. Para serem mais eficazes, estas acções devem iniciar-se ainda na infância, antes da experimentação, pois as crianças e adolescentes que experimentam fumar colocam-se em risco de se tornar adictos do tabaco.

Os estudos realizados nos últimos 25 anos, sobre acções de intervenção breves, demonstraram a sua eficácia, tanto a nível da redução como a nível da cessação do consumo de substâncias, como por exemplo o álcool, o tabaco e outras drogas (Borges, 2004).

Nas estratégias para a cessação tabágica e para a abstinência no consumo, os enfermeiros ou os outros profissionais de saúde, responsáveis pelas acções de educação para a saúde, devem enfatizar a influência negativa do consumo sobre o desempenho físico, mais do que o risco de cancro no pulmão, pois a primeira consequência tem um efeito imediato, enquanto a segunda terá um efeito mais tardio, não preocupando tanto o adolescente e mostrando-se menos eficaz na cessação (Ryan & Irwin, 1998).

Para além de aumentarem os conhecimentos dos adolescentes sobre os problemas associados ao hábito de fumar, os enfermeiros ou os outros profissionais de saúde responsáveis pelas acções de educação devem treinar o desenvolvimento de competências nos adolescentes, para os capacitarem para recusar a pressão para fumar e os ajudar a desmistificar a percepção de que os colegas gostariam que o fizessem.

O **álcool** é outra das ameaças actuais à saúde dos adolescentes e está associado à morte de 55.000 jovens por ano na região europeia (WHO, 2005c). É assim importante que se desenvolvam acções de educação para a saúde nas escolas (Pirkanen et al., 2006), destinadas a combater e a prevenir este problema. George Estievenart, director executivo do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, considera que é necessário investir mais na prevenção junto dos jovens, que sabemos serem mais vulneráveis e apresentarem um consumo mais intenso de drogas e álcool, e reconhece a necessidade de desenvolvimento de actividades de prevenção nas escolas, nos grupos de pares e nas comunidades (OEDT, 2003).

Tal como se referiu para os outros comportamentos de risco, as acções de educação para a saúde que os profissionais de saúde devem levar a cabo nas escolas, sobre o consumo de bebidas alcoólicas, devem conferir aos adolescentes competências para fazerem escolhas saudáveis e para serem capazes de resistir às pressões para o seu consumo. As acções de intervenção breves são também efectivas na redução do consumo de álcool entre adolescentes (Schmid & Gabhainn, 2004; Baer et al., 2001). A interpretação dos dados relacionados com o consumo de álcool nos estudantes deve orientar o pessoal de enfermagem no desenvolvimento de acções de formação sobre prevenção do seu consumo na adolescência (Feldeman et al., 1999).

A **educação sexual** é outro aspecto importante da promoção da saúde na adolescência. Os adolescentes devem ser considerados como um grupo de intervenção prioritário no âmbito da saúde reprodutiva e prevenção das IST (MS, 2004b), uma vez que a educação sexual e a saúde reprodutiva são críticas para o seu desenvolvimento e bem-estar (UNFPA, 2003).

As escolas são consideradas locais ideais e efectivos para a realização de acções de educação sexual aos adolescentes (Smylie et al., 2008). Como a maioria dos adolescentes está na escola por muitos anos antes de iniciar a actividade sexual e alguns mesmo depois de a iniciarem, este meio tem um grande potencial para ajudar a reduzir os comportamentos sexuais de risco na adolescência (Kirby, 2002). Contudo, a percepção errada de alguns políticos e responsáveis pela educação, assumindo que a educação sexual encoraja a actividade sexual, originou um atraso na concretização desta formação nos adolescentes, privando-os de medidas educativas que lhes permitissem tomar decisões informadas sobre a sua saúde sexual e reprodutiva (Avery & Lazdane, 2008). Em Portugal, conforme referem o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, “um dos argumentos mais frequentes para o não envolvimento da Escola na Educação Sexual é o receio de que falar da sexualidade em contextos formais possa funcionar como mecanismo de incentivo a comportamentos sexuais precoces” (2000, p. 24).

Vários estudos demonstram que participar em programas de educação sexual e prevenção de VIH, não estimula a experimentação nem a actividade sexual entre os adolescentes. Pelo contrário, existem evidências de que programas bem desenhados podem atrasar o início da actividade sexual ou promover práticas sexuais seguras na adolescência, contribuindo para a diminuição das taxas de infecção por VIH (Mueller et al., 2008; Kirby et al., 2004; Avery & Lazdane, 2008; Kirby, 2002; Smith et al., 2000; UNAIDS, 2002, in: Matos et al., 2002), outras IST e gravidez. A participação em programas ou sessões formais sobre educação sexual, antes do início da actividade sexual, pode reduzir os comportamentos sexuais de risco na adolescência (Mueller et al.,

2008; Bekaert, 2005). “Dar informação aos adolescentes e ajudar a desenvolver competências na área da sexualidade e das relações humanas, ajuda a evitar problemas de saúde e a desenvolver atitudes mais maduras e responsáveis.” (WHO, 2002a, p. 8).

É importante que as acções de educação sexual na adolescência visem os aspectos positivos da sexualidade: relações saudáveis, evitar relações sexuais com o objectivo de explorar o parceiro e comunicação entre parceiros sexuais, em vez de se focarem apenas nos potenciais resultados negativos da actividade sexual, como a gravidez precoce não desejada e as IST (Health Canada, 2003). A educação sexual na adolescência deve fornecer a informação necessária e ajudar os adolescentes a desenvolverem as competências necessárias para tomarem decisões informadas e fazerem escolhas saudáveis sobre a sua sexualidade (Mueller et al., 2008; American Academy of Pediatrics, 2001c).

A educação sexual na adolescência não deve limitar-se aos aspectos fisiológicos da reprodução, consequências e riscos da actividade sexual (Giami et al., 2006), devendo também abranger as questões da sexualidade / afectividade, liberdade, igualdade, responsabilidade, sexo e contracepção, de forma a capacitar os adolescentes para recusarem uma relação, se esse for o seu desejo, expressarem a sua sexualidade respeitando os direitos dos outros, negociarem os níveis de intimidade, decidirem sobre o desenvolvimento da relação a dois, seleccionarem o método anticoncepcional e saberem utilizá-lo correctamente. Deve também despertá-los para a importância da vigilância de saúde sexual e reprodutiva e informá-los sobre os locais onde a poderão fazer (Ferreira et al., 2006).

A educação sexual que se realiza nas escolas tem provavelmente um importante contributo no conhecimento que os adolescentes têm sobre contracepção e na sua capacidade para utilizarem de forma mais eficaz os métodos contraceptivos (Singh & Darroch, 2000), levando a uma diminuição da gravidez não planeada e das IST na adolescência. É pois importante persistir nas actividades de educação sobre sexualidade e saúde reprodutiva nas escolas, com apoio dos serviços de saúde (Ministério da Educação e Ministério da Saúde, 2000).

A avaliação da prevalência da utilização dos métodos contraceptivos na primeira relação sexual é uma importante medida do sucesso da educação sexual nos adolescentes (Svare et al., 2002).

Ao contrário do que seria ideal, os adolescentes muitas vezes só procuram aconselhamento sobre métodos contraceptivos e saúde sexual após se tornarem sexualmente activos (Bekaert, 2005). Estes adolescentes devem conhecer os benefícios

e limitações de cada método contraceptivo (Greydanus et al., 2001), não só para se protegerem de possíveis gravidezes e IST, como também para poderem fazer uma escolha informada.

Na abordagem da saúde sexual e reprodutiva, a educação pelos pares tornou-se, nos últimos anos, uma importante medida. Esta educação é uma estratégia que envolve a participação de alguns elementos do grupo na educação e formação, visando obter mudanças nos outros elementos do grupo (UNFPA, 2003). Os elementos envolvidos na educação e aconselhamento têm de ter formação e competências adicionais, bem como apoio e supervisão de profissionais (UNFPA, 2003).

Numa sociedade em que os adolescentes são constantemente assediados por imagens sexuais não basta e pode, mesmo, ser contraproducente, dizer aos adolescentes que se abstenham de ter relações sexuais; importa é dar-lhes formação e informação adequada ao seu estágio de desenvolvimento sobre sexualidade, sexo e contraceção, de forma a que eles se sintam mais seguros na sua sexualidade, possam atrasar o início da sua actividade sexual e pratiquem sexo seguro quando se tornarem sexualmente activos (Ferreira et al., 2006, p. 50).

A promoção da saúde e a educação para a saúde são muito importantes para ajudar os adolescentes a fazerem uma transição saudável para a vida adulta. Os enfermeiros de pediatria devem estar a par das mais recentes informações sobre o estado de saúde dos adolescentes e ajudar na tomada de decisão sobre os programas de educação para a saúde vocacionados para os adolescentes (Velsor-Friedrich, 2001). As mudanças a nível dos estilos de vida implicam mudanças a nível dos serviços de saúde, que devem passar de uma orientação tradicional, centrada na doença, para um modelo centrado na prevenção e promoção da saúde.

\*\*\*

A saúde e bem-estar dos adolescentes são preocupações muito relevantes para muitas sociedades modernas, que desenvolvem esforços constantes na tentativa de reduzir os comportamentos desviantes que possam por em risco a sua saúde.

Embora os esforços de prevenção procurem dissuadir os adolescentes dos comportamentos de risco, o desenvolvimento positivo desta fase da vida orienta-os no sentido da procura e aquisição de competências pessoais, ambientais e sociais, que são os alicerces do sucesso futuro. Estas competências, para além de permitirem uma

transição saudável e bem sucedida da infância até à idade adulta, estão ainda relacionadas com o bem-estar psicossocial, a saúde física e uma menor probabilidade de os adolescentes se envolverem em comportamentos negativos ou de risco, durante os anos da adolescência.

A educação para a saúde é um importante componente de qualquer programa de educação. Como a maioria das crianças e adolescentes frequentam a escola, devido à imposição do ensino obrigatório, este meio constitui um importante vector de disseminação de conhecimento, inclusive na área da saúde, tendo um papel extremamente importante no apoio que se deve dar aos adolescentes para o desenvolvimento dos conhecimentos, atitudes e competências, de que eles necessitam para promoverem e protegerem a sua saúde.

A educação para a saúde feita nas escolas deve contar com o apoio de profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, e deve habilitar os adolescentes para a tomada de decisão, resolução de problemas e pensamento crítico, de forma a capacitá-los para escolherem os comportamentos de saúde correctos.

As acções de educação para a saúde devem ter por alvo os adolescentes, por ser durante esta etapa da vida que a saúde vai deixando de ser gerida pelos pais, para passar a ser regulada pelos próprios.



## 5. DESENHO DO ESTUDO

A investigação é essencial para a obtenção de ganhos em saúde. O Ministério da Saúde afirma que “em todas as fases do ciclo de vida, das actividades de observação ou intervenção incluídas no Plano Nacional de Saúde, é necessário conhecimento cientificamente validado” (MS, 2004b, p. 26), devendo os projectos de investigação ter em conta os determinantes de saúde, como os estilos de vida (MS, 2004b). As investigações que envolvam adolescentes podem ser benéficas para os adolescentes, quer individualmente quer como grupo.

As recomendações dos estudos realizados com adolescentes sugerem quatro grandes áreas de investigação: desenvolvimento na adolescência, contexto social, comportamentos relacionados com a saúde e problemas de saúde física e mental (Irwin et al., 2003).

Os comportamentos de risco na adolescência, como o consumo de álcool e cigarros, relações sexuais não protegidas, inactividade física e dietas desequilibradas, estão entre as principais causas de morbilidade, mortalidade e problemas sociais na adolescência; existem, portanto, muitas razões para estudar estes comportamentos (Brener et al., 2003).

A adolescência pode ser considerada como uma etapa de considerável risco para a saúde, mas é também um período crítico para intervenções de promoção da saúde e de estilos de vida saudáveis (Ginzberg, 1991). Ao estimular a população a envolver-se em hábitos de vida mais saudáveis, espera-se uma melhoria da saúde a nível individual e colectivo e uma redução da morbilidade. Os serviços de saúde utilizam várias estratégias para promover mudanças nos comportamentos, tais como campanhas de saúde pública que visam o tabaco, a obesidade e a inactividade (Thompson, 2008).

Toda a prevenção é uma “educação”: de gostos, de gestos, de hábitos, de atitudes, de comportamentos, por ordem a evitar certo ou certos riscos, a eliminar ou minimizar certo ou certos perigos. Assim sendo, uma política de prevenção só é eficiente ou maximizada se houver um adequado conhecimento dos comportamentos daqueles a quem tal política se dirige (Ventura, 2003, p. 6).

Tradicionalmente, nas investigações sobre os estilos de vida na adolescência, estudavam-se os hábitos alimentares, a actividade física, o consumo de tabaco, álcool e drogas ilegais, e a idade da primeira relação sexual (Rodrigo et al., 2004; Spear & Kulbok, 2001; Carlini-Cotrim et al., 2000). Os estudos mais recentes incorporaram

variáveis que se relacionam mais com a protecção da saúde e prevenção de riscos, como a prevenção de gravidezes e IST, hábitos de sono e repouso, ocupação de tempos livres e higiene dentária (Pastor et al., 1998).

A avaliação dos comportamentos e saúde pode ser feita de dois modos: o mais eficaz será observar as pessoas numa base de 24 sobre 24 horas ou em períodos alargados de tempo pré determinados. Uma outra maneira consiste em perguntar às pessoas sobre o modo como se costumam comportar. Como o primeiro modo é um procedimento dispendioso de recolher informação usa-se raramente ... Ao perguntar às pessoas como se costumam comportar haverá diferenças entre o que realmente fazem e o que elas dizem que fazem. Uma forma prática de ultrapassar este problema é avaliar as atitudes para com esses comportamentos. De facto, em grande parte, é isso que se recolhe quando se pergunta às pessoas como foi o comportamento que tiveram. Se alguns comportamentos são fáceis de relatar (p. ex., «quantos cigarros fuma por dia?») outros são mais difíceis de responder com tal precisão (p. ex., «quanta gordura come por dia?»). Este problema metodológico atravessa, aliás, todos os questionários que investigam o comportamento humano: as respostas são mais aquilo que as pessoas têm intenção de fazer do que o que elas fazem.” (Ribeiro, 2004, p. 389).

Os comportamentos de risco na adolescência são geralmente avaliados pela administração de questionários aos adolescentes, que requerem um relato retrospectivo sobre o seu envolvimento nos referidos comportamentos (Brener et al., 2003; Spear & Kulbok, 2001).

A precisão dos relatos produzidos, sobre os comportamentos de risco para a saúde, pode por vezes estar comprometida porque os comportamentos de risco são difíceis de recordar e alguns são tão íntimos que os investigados podem não querer mencioná-los, havendo na adolescência o risco acrescido de os adolescentes propositadamente exagerarem ou omitirem alguns comportamentos de risco para a saúde, por acreditarem que o envolvimento nesses comportamentos é desejável ou indesejável, respectivamente (Brener et al., 2003, p. 436).

Muitos investigadores usam os questionários de frequência alimentar para colher os hábitos alimentares da população, embora estes sejam acusados de gerar viés. Contudo, Cavadini et al. (1999, cit in Brener et al., 2003), num estudo que realizaram com adolescentes entre os 16 e os 19 anos, encontraram um bom acordo entre as respostas

dadas nos questionários de frequência alimentar, quando comparadas com as dos diários alimentares.

Brener et al. (2003), na revisão da literatura que realizaram sobre a utilização de questionários para colheita de informação sobre os comportamentos de risco para a saúde nos adolescentes, concluíram que quer factores cognitivos, quer situacionais, podem afectar as respostas dadas pelos adolescentes. Contudo, os questionários continuam a ser um meio válido para colher os hábitos dos adolescentes, devendo os investigadores ter cuidado na concepção do instrumento de colheita de dados e no desenho do estudo, para diminuir as ameaças à sua validade.

A realização de estudos científicos centrados na problemática dos comportamentos de risco na adolescência justifica-se amplamente, pois como referem (Matos e a Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde, 2003a, p.9), “estudar os comportamentos de saúde dos adolescentes e os factores que os influenciam é essencial para o desenvolvimento de políticas de educação para a saúde, para a promoção da saúde e para programas e intervenções dirigidos a adolescentes.” Matos e Albuquerque (2006) também consideram que conhecer os determinantes dos comportamentos e estilos de vida dos adolescentes integrados no sistema educativo é uma condição necessária para poder desenhar e desenvolver estratégias preventivas adequadas a este grupo alvo. O conhecimento de que:

- os adolescentes se envolvem em comportamentos de risco;
- muitos dos comportamentos de risco em que os adolescentes se envolvem comprometem a sua saúde;
- as principais causas actuais de morbilidade e mortalidade são preveníveis e estão associadas a alguns comportamentos de risco, que se iniciam durante a adolescência;
- os resultados negativos para a saúde, resultantes dos comportamentos de risco, têm impacto na saúde do adolescente, da família e da comunidade;
- há muito a fazer no campo da promoção da saúde e prevenção da doença na adolescência;
- os enfermeiros são um grupo profissional bem posicionado para a promoção da saúde e prevenção da doença;
- as escolas são contextos privilegiados para abordar os adolescentes e para planear intervenções que propiciem a participação dos alunos na construção da sua própria saúde;

- intervenções breves sobre comportamentos de risco e factores protectores da saúde, realizadas com adolescentes, podem resultar em mudanças de atitude e comportamentos;

constitui as principais motivações para o estudo com o qual se pretende evoluir num percurso onde os contextos de mudança produzam “ganhos para a saúde”, tanto do adolescente como do futuro adulto.

A investigação realizada engloba um estudo exploratório e um estudo quase-experimental. A amostra do estudo é composta por adolescentes do ensino secundário (10º, 11º e 12º anos de escolaridade) em cinco escolas do distrito do Porto, sendo a turma a unidade de análise considerada. Foram considerados os seguintes critérios de exclusão de estudantes para este estudo:

- recusa em participar no estudo;
- ter mais de 19 anos de idade;
- ausência de informações relevantes no questionário (sexo e data de nascimento);
- questionários devolvidos com muitas questões em branco ou contendo respostas inválidas ou absurdas.

## **5.1. Objectivos e hipóteses do estudo exploratório**

O estudo exploratório tem como objectivos centrais conhecer os estilos de vida e os comportamentos de risco dos adolescentes do ensino secundário, a frequência com que se envolvem nesses comportamentos e a idade com que os iniciaram. O estudo quase-experimental pretende avaliar em que medida as acções de educação para a saúde, desenhadas e estruturadas para adolescentes do ensino secundário e realizadas por profissionais de saúde, têm efeito na aquisição de conhecimentos e na mudança de atitude e nos comportamentos dos participantes.

Foi avaliado o efeito de indicadores demográficos como a idade, sexo, ano de escolaridade e habilitações literárias dos pais, sobre a existência de comportamentos de risco na adolescência. A centralidade destas variáveis, em toda a investigação, prende-se com o facto de a revisão da literatura efectuada salientar as diferenças entre raparigas e rapazes, entre adolescentes mais novos e mais velhos, conhecimento dos factos e influência familiar, no que respeita ao envolvimento em comportamentos de risco e em comportamentos protectores para a saúde (Spear & Kulbok, 2001; Nagy et al., 1994; Donovan et al., 1993).

Dos objectivos centrais do estudo exploratório decorrem os seguintes grupos específicos de objectivos e hipóteses:

**i) Objectivo 1:** Analisar os hábitos de sono dos adolescentes.

No estudo dos hábitos de sono dos adolescentes é avaliada a relação das variáveis demográficas (sexo, idade, ano de escolaridade e habilitações literárias dos pais) sobre o número de horas que dormem durante a semana e o fim-de-semana, bem como as horas a que se deitam e levantam à semana e ao fim-de-semana. Na tabela 4 apresentam-se as relações entre as variáveis independentes e dependentes analisadas, relativamente aos hábitos de sono dos adolescentes.

**Tabela 4:** Relação entre as variáveis independentes e dependentes relativamente aos hábitos de sono dos adolescentes

Variáveis independentes	Variáveis dependentes
	Número de horas que dormem durante a semana
Sexo dos adolescentes	Número de horas que dormem durante o fim-de-semana
Idade dos adolescentes	Hora a que se deitam durante a semana
Ano de escolaridade que frequentam	Hora a que se deitam ao fim-de-semana
Habilitações literárias dos pais	Hora a que se levantam durante a semana
	Hora a que se levantam ao fim-de-semana

**ii) Objectivo 2:** Analisar o comportamento alimentar dos adolescentes.

No estudo do comportamento alimentar dos adolescentes, para além de se investigar a relação das variáveis demográficas (sexo, idade, ano de escolaridade e habilitações literárias dos pais), analisa-se também a influência do horário lectivo sobre a ingestão do pequeno-almoço e da merenda do meio da manhã. Na tabela 5 apresentam-se as relações entre as variáveis independentes e dependentes analisadas, relativamente aos hábitos alimentares dos adolescentes.

**Tabela 5:** Relação entre as variáveis independentes e dependentes relativamente aos hábitos alimentares dos adolescentes

Variáveis independentes	Variáveis dependentes
	Número de refeições que fazem por dia
	Tipo de pequeno-almoço que ingerem
	Tipo de alimentação
	Consumo diário de água
Sexo dos adolescentes	Consumo diário de doces
Idade dos adolescentes	Consumo de refrigerantes
Ano de escolaridade que frequentam	Consumo de sumos de pacote
Habilitações literárias dos pais	Consumo de <i>fast-food</i>
	Consumo de fritos
	Consumo de maionese
	Consumo de enchidos
	Consumo de café
	Preferência pela forma de confecção dos alimentos
	Ingestão de pequeno-almoço
O horário das aulas dos adolescentes	Ingestão da merenda do meio da manhã
	Ingestão de pequeno-almoço e da merenda do meio da manhã

**iii) Objectivo 3:** Analisar a opinião dos adolescentes sobre a sua imagem corporal.

Como se referiu no capítulo 3, a percepção e a insatisfação que os adolescentes têm do seu corpo pode ter impacto nos comportamentos alimentares. Por esta razão, pensamos ser pertinente analisar a relação das variáveis demográficas (sexo, idade e ano de escolaridade dos adolescentes) com o IMC, satisfação com a forma física, a opinião que os adolescentes têm sobre a adequação do seu peso à sua altura e sobre se têm peso a mais ou a menos, bem como se já alguma vez fizeram dieta. Analisam-se ainda quais os motivos que os levaram a fazê-la e as razões para a satisfação ou insatisfação com a sua forma física.

Analisa-se também a hipótese de o sexo, a idade, o ano de escolaridade que os adolescentes frequentam, o número de refeições que fazem por dia, a ingestão de pequeno-almoço e meio da manhã, o tipo de alimentação que fazem por dia, o consumo e a regularidade com que comem *fast-food*, e o consumo diário de doces, estarem associados ao seu índice de massa corporal. Na tabela 6 apresentam-se as relações entre as variáveis independentes e dependentes analisadas.

**Tabela 6:** Relação entre as variáveis independentes e dependentes relativamente ao IMC dos adolescentes, realização de dieta e opinião sobre a adequação do peso à altura

Variáveis independentes	Variáveis dependentes
	IMC
Sexo dos adolescentes	Opinião sobre a adequação do peso à altura
Idade dos adolescentes	Opinião sobre se têm peso a mais ou a menos
Ano de escolaridade que frequentam	Satisfação com a forma física
	Já alguma vez ter feito dieta
Número de refeições que fazem por dia	
Ingestão de pequeno-almoço	
Ingestão de meio da manhã	
Tipo de alimentação que fazem por dia	IMC
Consumo de <i>fast-food</i>	
Regularidade do consumo de <i>fast-food</i>	
Consumo diário de doces	
IMC	Satisfação com a forma física

**iv) Objectivo 4:** Analisar os hábitos de actividade e inactividade física dos adolescentes.

No estudo dos hábitos de actividade física dos adolescentes, analisa-se a relação das variáveis demográficas (sexo, idade e ano de escolaridade dos adolescentes) com a sua prática, o número de vezes que praticam por semana e a quantidade de tempo que despendem de cada vez na sua realização.

No estudo da inactividade investiga-se a relação das variáveis demográficas (sexo, idade e ano de escolaridade dos adolescentes) com o ver TV, o número de horas que gastam com isso durante a semana e o fim-de-semana, o uso de computador e/ou *playstation*, e o número de horas que lhes dedicam durante a semana e o fim-de-semana.

Avaliam-se também as hipóteses de a prática de actividade física e de o tempo total de prática, por semana, estarem associados ao IMC dos adolescentes; de o número de horas de televisão que vêem e que passam no computador e/ou *playstation* durante a semana terem relação com o número de horas que dormem durante a semana; e de o número de horas que vêem de televisão e que despendem no computador e/ou *playstation* durante o fim-de-semana terem relação com o número de horas que dormem durante o fim-de-semana. Na tabela 7 apresentam-se as relações entre as variáveis independentes e dependentes analisadas, relativamente aos hábitos de actividade física e inactividade dos adolescentes.

**Tabela 7:** Relação entre as variáveis independentes e dependentes relativamente à prática de actividade física e ao tempo gasto a ver TV ou com o computador / *playstation*

Variáveis independentes	Variáveis dependentes
	Prática de actividade física
	Tempo total de actividade física por semana
Sexo dos adolescentes	Vê televisão à semana
Idade dos adolescentes	Número de horas que vê de TV durante a semana
Ano de escolaridade que frequentam	Vê televisão ao fim-de-semana
	Número de horas que vê de TV durante o fim-de-semana
	Uso do computador e/ou <i>playstation</i> à semana
	Número de horas no computador e/ou <i>playstation</i> durante a semana
	Uso do computador e/ou <i>playstation</i> ao fim-de-semana
	Número de horas no computador e/ou <i>playstation</i> durante o fim-de-semana
Prática de actividade física	
Tempo total de actividade física por semana	IMC
Número de horas que vê de TV à semana	
Número de horas que passa no computador e/ou <i>playstation</i> à semana	Número de horas que dormem durante a semana
Número de horas que vê de TV ao fim-de-semana	
Número de horas que passa no computador e/ou <i>playstation</i> ao fim-de-semana	Número de horas que dormem durante o fim-de-semana

**v) Objectivo 5:** Analisar os hábitos de consumo de tabaco dos adolescentes.

No estudo dos hábitos de consumo de tabaco, verifica-se se os adolescentes fumam e as diferenças na distribuição amostral em função das variáveis demográficas e o hábito de fumar, e a quantidade de cigarros que fumam por dia. Como para prevenir e/ou fazer educação para a cessação dos hábitos tabágicos é importante conhecer as razões que levam o adolescente a começar a fumar e a voltar a fumar, no caso dos adolescentes que já alguma vez deixaram de o fazer, estudaram-se também estas questões.

Investiga-se ainda a associação entre a prática de actividade física, o consumo de café, o ter amigos que fumam e o ter familiares que fumam, e o hábito de fumar nos adolescentes, bem como as hipóteses de o número de horas que os adolescentes dormem à semana e ao fim-de-semana terem relação com o número de cigarros que fumam por dia. Na tabela 8 apresentam-se as relações entre as variáveis independentes



e dependentes analisadas, relativamente ao hábito de consumo de tabaco dos adolescentes.

**Tabela 8:** Relação entre as variáveis independentes e dependentes relativamente ao hábito de consumo de tabaco

Variáveis independentes	Variáveis dependentes
Sexo dos adolescentes	Fuma Idade com que começou a fumar Quantidade de cigarros que fuma por dia
Idade dos adolescentes Ano de escolaridade que frequentam	Fuma Quantidade de cigarros que fuma por dia
Idade com que começou a fumar	Quantidade de cigarros que fuma por dia
Prática de actividade física Bebe café Amigos que fumam Famíliares que fumam	Fuma
Número de horas que dormem à semana Número de horas que dormem ao fim-de-semana	Quantidade de cigarros que fuma por dia

**vi) Objectivo 6:** Analisar os hábitos de consumo de álcool dos adolescentes.

No estudo dos hábitos de consumo de álcool, investiga-se a relação das variáveis demográficas sobre o hábito de consumir bebidas alcoólicas, o já se ter embebedado, a ingestão de álcool na semana anterior à participação no estudo, a quantidade de bebidas alcoólicas tomadas na semana anterior à participação no estudo e o querer deixar de beber. Investiga-se ainda a associação entre o género dos adolescentes e a idade de início de consumo de álcool.

Como na adolescência os pares são um modelo para o comportamento, avalia-se também a relação entre o ter amigos que bebem e o consumir bebidas alcoólicas, o já se ter embebedado e o querer deixar de beber. Adicionalmente são testadas as hipóteses, de o consumo de tabaco, café, a prática de actividade física e de os familiares beberem, terem relação com o consumo de álcool pelos adolescentes.

Finalmente averigua-se qual o tipo de bebidas alcoólicas mais consumidas, os locais onde os adolescentes ingerem álcool e com quem costumam beber. Na tabela 9

apresentam-se as relações entre as variáveis independentes e dependentes analisadas, relativamente aos hábitos de consumo de álcool dos adolescentes.

**Tabela 9:** Relação entre as variáveis independentes e dependentes relativamente ao consumo de álcool dos adolescentes

Variáveis independentes	Variáveis dependentes
Sexo dos adolescentes	Bebe Idade do início do consumo Já se embebedou Ingestão de álcool na semana anterior à participação no estudo Quantidade de álcool ingerido na semana anterior à participação no estudo Querer deixar de beber
Idade dos adolescentes Ano de escolaridade que os adolescentes frequentam	Bebe Já se embebedou Ingestão de álcool na semana anterior à participação no estudo Quantidade de álcool ingerido na semana anterior à participação no estudo Querer deixar de beber
Amigos bebem	Bebe Já se embebedou Querer deixar de beber
Familiares bebem Fuma Prática de actividade física	Bebe
Número de horas que dorme à semana Número de horas que dorme ao fim-de-semana	Quantidade de álcool que bebeu na semana anterior à participação no estudo

**vii) Objectivo 7:** Analisar o comportamento sexual dos adolescentes.

No estudo do comportamento sexual dos adolescentes, para além de se investigar a relação das variáveis demográficas (sexo, idade) sobre o início da vida sexual, frequência com que têm relações sexuais, número de parceiros sexuais que já tiveram, utilização de métodos contraceptivos, ir a consultas de planeamento familiar e aconselhamento sobre saúde sexual com um enfermeiro e/ou com um médico. Estuda-se ainda a associação entre o sexo e a idade da primeira relação sexual, a utilização de métodos contraceptivos na primeira relação e o conhecimento dos riscos de ter relações sexuais sem usar preservativo e sem a rapariga tomar a pílula.

Analisa-se ainda a existência de relação entre o ano de escolaridade que os adolescentes frequentam e o aconselhamento sobre saúde sexual com um enfermeiro e/ou com um médico, o conhecimento dos riscos de ter relações sexuais sem usar

preservativo e sem a rapariga tomar a pílula, bem como entre a idade da primeira relação sexual e a utilização de métodos contraceptivos. Pesquisa-se também a associação entre comportamentos de risco como o fumar, o consumir bebidas alcoólicas e o já ter iniciado a vida sexual.

**Tabela 10:** Relação entre as variáveis independentes e dependentes relativamente ao comportamento sexual dos adolescentes

Variáveis independentes	Variáveis dependentes
Sexo dos adolescentes	Já teve relações sexuais
	Idade da primeira relação sexual
	Utilização de métodos contraceptivos na primeira relação sexual
	Frequência com que tem relações sexuais
	Utilização de métodos contraceptivos
	Número de parceiros sexuais
	Consultas de planeamento familiar
	Aconselhamento sobre saúde sexual com um enfermeiro
	Aconselhamento sobre saúde sexual com um médico
	Conhecimento dos riscos de ter relações sexuais sem usar preservativo
	Conhecimento dos riscos de ter relações sexuais sem tomar a pílula
Idade dos adolescentes	Já teve relações sexuais
	Frequência com que tem relações sexuais
	Utilização de métodos contraceptivos
	Número de parceiros sexuais
	Consultas de planeamento familiar
	Aconselhamento sobre saúde sexual com um enfermeiro
	Aconselhamento sobre saúde sexual com um médico
	Conhecimento dos riscos de ter relações sexuais sem usar preservativo
Conhecimento dos riscos de ter relações sexuais sem tomar a pílula	
Ano de escolaridade que os adolescentes frequentam	Utilização de métodos contraceptivos
	Consultas de planeamento familiar
	Aconselhamento sobre saúde sexual com um enfermeiro
	Aconselhamento sobre saúde sexual com um médico
	Conhecimento dos riscos de ter relações sexuais sem usar preservativo
	Conhecimento dos riscos de ter relações sexuais sem tomar a pílula
Consome bebidas alcoólicas Fuma	Já teve relações sexuais

Relativamente à primeira relação sexual, averigua-se nos adolescentes que não utilizaram nenhum método contraceptivo, as razões que explicam esse facto; nos que o usaram, averigua-se quem o aconselhou. Quanto às relações subsequentes, analisa-se o método anticoncepcional que usam, motivo da escolha desse método, onde adquirem os anticoncepcionais e o local onde, habitualmente, têm os encontros sexuais.

Para conhecimento da ocorrência das consequências negativas que podem advir da actividade sexual na adolescência, interessa averiguar a ocorrência de IST, se estas foram tratadas e comunicadas ao parceiro, bem como gravidezes e procedimento adoptado face a esse acontecimento.

Como os pais são um dos apoios importantes durante a adolescência, é importante saber se eles têm conhecimento da actividade sexual dos adolescentes e como é que estes pensam que os pais a aceitam. Na tabela 10 apresentam-se as relações entre as variáveis independentes e dependentes analisadas, relativamente comportamento sexual dos adolescentes.

**viii) Objectivo 8:** Obter informação sobre a formação dada aos adolescentes, nas escolas, sobre alguns determinantes da saúde na adolescência.

## **5.2. Objectivos e hipóteses do estudo quase-experimental**

O estudo quase-experimental foi orientado pelos seguintes três objectivos específicos:

**ix) Objectivo 9:** Avaliar a eficácia da intervenção realizada nos conhecimentos dos adolescentes sobre sexualidade e alimentação.

**x) Objectivo 10:** Analisar os efeitos da acção de educação para a saúde na mudança de atitudes ou comportamentos alimentares dos adolescentes.

**xi) Objectivo 11:** Analisar os efeitos da acção de educação para a saúde na mudança de atitudes a nível do comportamento sexual dos adolescentes.

## **5.3. Procedimento**

Para colher os dados necessários para o estudo construíram-se dois instrumentos, um questionário sobre “Estilos de Vida na Adolescência” (Anexo I), utilizado no estudo exploratório e no quase-experimental, e um teste de avaliação de conhecimentos sobre “Alimentação e Sexualidade na Adolescência” (Anexo II), usado exclusivamente no estudo quase-experimental.

O questionário, constituído por 114 questões, fechadas, abertas e mistas, contempla as seguintes dimensões:

- caracterização sócio-demográfica genérica – (ex.: sexo; idade; tipo de família);
- caracterização dos hábitos de sono – (ex.: hora de deitar e levantar à semana e ao fim-de-semana);

- caracterização dos hábitos alimentares (ex.: ingestão de pequeno-almoço; tipo de alimentação; consumo de doces; consumo de *fast-food*);
- satisfação com a imagem corporal – (ex.: satisfação com a forma física; realização de dieta);
- caracterização dos hábitos de actividade e inactividade física – (ex.: quantas vezes por semana pratica actividade física e durante quanto tempo; quantas horas vê de TV à semana e ao fim-de-semana);
- caracterização dos hábitos tabágicos – (ex.: idade com que começou a fumar; já tentou deixar de fumar; os amigos e os pais fumam)
- caracterização dos hábitos de consumo de bebidas alcoólicas – (ex.: idade com que começou a beber; tipo de bebidas que consome; já se embebedou; gostaria de deixar de beber)
- caracterização do comportamento sexual – (ex.: idade que tinha na primeira relação sexual, número de parceiros sexuais que já teve; utilização de anticoncepcionais; IST; gravidez);
- identificação da vigilância de saúde sexual – (ex.: consulta de planeamento familiar);
- identificação da abordagem de determinantes na saúde, na escola e noutros contextos.

O teste de avaliação de conhecimentos é composto por 20 questões abertas e fechadas, 10 sobre alimentação e 10 sobre sexualidade na adolescência, que pretendem avaliar o conhecimento dos adolescentes nestas áreas, sendo contabilizado o total de respostas correctas.

Na tentativa de minimizar os vieses e tendo em conta que um dos problemas relacionados com a precisão e validade dos questionários respondidos pelos adolescentes pode ser devido à não compreensão das questões levantadas, fez-se um pré-teste dos instrumentos a utilizar, com 30 adolescentes que frequentavam os 10º, 11º e 12º anos de escolaridade, em diversos estabelecimentos de ensino do distrito do Porto. Não foram reportadas dificuldades.

Com as questões abertas que integram o questionário procurou-se obter informação que permitisse complementar os resultados obtidos nas perguntas mistas e fechadas, permitindo desta forma alargar o objectivo do estudo e examinar diferentes facetas do

fenómeno, fazendo sobressair contradições que podem conduzir a novas perspectivas e conhecimentos (Gendron, 2001).

Em Novembro de 2004, antes de se contactarem os Conselhos Directivos das escolas secundárias, foi solicitada autorização à DREN para a realização do estudo “Estilos de Vida na Adolescência, da Detecção de Necessidades à Intervenção de Enfermagem”, tendo este organismo exigido um parecer positivo da CNPD para permitir que se realizasse a investigação. Em Junho de 2005, após o parecer positivo da CNPD (anexo III), contactou-se de novo a DREN, que autorizou a realização do estudo nas escolas que anuíssem.

No estudo exploratório participaram 680 alunos do ensino secundário de cinco escolas do distrito do Porto, tendo-se seleccionado, desta amostra, alunos de duas instituições para integrarem o estudo quase-experimental. A escolha das turmas para participarem no estudo foi feita pelos conselhos executivos das instituições. Nenhum estudante se recusou a participar.

De Junho a Novembro de 2005 colheram-se os dados para o estudo exploratório em que participaram 680 alunos. Os dados dos alunos que integraram o estudo quase-experimental só foram recolhidos em Outubro e Novembro. A primeira fase de colheita de dados do estudo quase-experimental (pré-teste) decorreu entre finais de Outubro e início de Novembro de 2005 e a segunda (pós-teste) entre finais de Março e início de Abril de 2006, cerca de dois meses depois da conclusão da intervenção realizada junto do grupo experimental.

Participaram no estudo quase-experimental duas escolas. Na selecção da escola de controlo houve o cuidado de escolher uma instituição suficientemente distanciada da de intervenção, para evitar a contaminação cruzada de dados. Assim, sendo ambas do distrito do Porto, são de cidades distintas e não limítrofes.

O grupo de controlo foi escolhido com base na similaridade com o de intervenção a nível de ano de escolaridade. Como a unidade de análise era a turma, há variações no número de participantes no grupo de estudo e no de controlo, dado que o número de alunos por turma variava entre escolas. Tal como ocorreu no estudo exploratório, as turmas que integraram o estudo foram seleccionadas pelo conselho executivo de cada escola, sendo respeitado o pressuposto de que teriam de ser alunos do ensino secundário e dos diferentes anos que o integram.

A colheita de dados foi feita em sala de aula, durante um tempo lectivo de 90 minutos. Para minimizar possíveis vieses antes da administração do instrumento, foi explicitado o objectivo do estudo, o seu carácter voluntário e anónimo, e mencionado que nenhum

funcionário da escola teria acesso ao questionário, só podendo posteriormente consultar os resultados do estudo. O investigador principal só esteve presente durante o preenchimento do questionário e do teste de avaliação de conhecimentos do grupo experimental. Nas turmas do estudo exploratório e nas do grupo de controlo, foram os professores da escola que acompanharam os estudantes durante o tempo em que estes completaram o questionário (e o teste de avaliação de conhecimentos, no grupo de controlo). Em todos os grupos, os responsáveis pelo acompanhamento dos adolescentes asseguraram a privacidade durante o preenchimento dos instrumentos. Os questionários e os testes de avaliação de conhecimentos foram imediatamente selados num envelope, que somente continha a indicação da turma e ano.

Para a realização dos testes estatísticos que permitem avaliar mudanças resultantes da intervenção, há necessidade de emparelhar os participantes (Pestana & Gageiro, 2005), pelo que foram eliminados da amostra todos os adolescentes que não estiveram nos dois momentos de colheita de dados. Os questionários foram emparelhados a partir da data de nascimento e sexo; no entanto, os testes de avaliação de conhecimentos não continham dados sociodemográficos dos participantes, nem nenhum código de identificação, pelo que não foi possível realizar esse emparelhamento. Assim e na impossibilidade de saber quais os que pertenciam aos adolescentes que não estiveram nos dois momentos, para serem eliminados, optou-se por apresentar os resultados de todos os testes em ambos os grupos, apenas comparando as diferenças entre grupos (experimental e de controlo) antes e depois da intervenção.

Foram eliminados 32 questionários do grupo que integrou o estudo exploratório por estarem muito incompletos e pela falta de seriedade nalgumas respostas.<sup>1</sup>

A intervenção realizada versou as temáticas “sexualidade na adolescência” e “alimentação na adolescência” e teve o objectivo de ajudar os alunos a desenvolverem as suas potencialidades e adquirirem competências para cuidarem de si e se relacionarem de forma positiva com o meio. Efectuaram-se sete sessões de 90 minutos, a uma média

---

<sup>1</sup> No grupo experimental não foi considerado um questionário devido ao adolescente não ter respondido a nenhuma questão sobre sexualidade, no pré-teste, sendo posteriormente anulado o questionário do pós-teste e excluído este inquirido do estudo. No grupo de controlo foram eliminados três questionários do pós-teste, por falta de seriedade no preenchimento, sendo estes estudantes excluídos do estudo. Devido ao emparelhamento dos questionários, foi necessário eliminar, para além dos questionários já referidos, mais sete questionários do momento dois no grupo experimental, correspondentes a inquiridos que, tendo estado na formação e no segundo momento de colheita, não estiveram no primeiro. Foram ainda excluídos 30 questionários do momento um, por os participantes não estarem no momento dois, de recolha de dados. No grupo de controlo não se consideraram 22 questionários do momento dois, devido aos participantes não terem estado na colheita de dados que se realizou no momento do pré-teste, tendo-se rejeitado ainda 42 questionários do momento um, por os adolescentes não estarem no momento dois, de recolha de dados.

de uma por semana, em Novembro de 2005 e em Janeiro de 2006, quatro sobre sexualidade e três sobre alimentação na adolescência. A escolha destes temas para as sessões de educação para a saúde prendeu-se com o facto de serem duas das áreas referidas no Plano Nacional de Saúde (MS, 2004b) como prioritárias no desenvolvimento curricular, sendo também seleccionadas quer pelas escolas quer pelos centros de saúde como duas das temáticas principais a abordar, e ainda por serem consideradas como as mais relevantes pelo Conselho Executivo da escola onde se realizou a intervenção.

As sessões de educação para a saúde e todo o material produzido para as apoiar foram preparados após revisão bibliográfica. Os professores da escola não estiveram presentes durante as sessões, exceptuando-se uma turma do 11.º ano, em que a professora perguntou aos alunos se podia assistir, por considerar pertinente para a posterior abordagem dos temas com outros alunos. Após a aceitação de todos os alunos, a professora integrou o grupo.

Na temática da sexualidade na primeira sessão abordou-se:

- o desenvolvimento sexual na adolescência;
- afectividade;
- sexualidade versus genitalidade;
- o namoro – relação e comunicação entre namorados;
- tomada de decisão e valores;
- relações sexuais e a primeira relação;
- gravidez na adolescência.

Na segunda sessão falou-se sobre:

- planeamento familiar;
- aparelho reprodutor e órgãos sexuais femininos e masculinos;
- ciclo menstrual;
- contracepção e métodos contraceptivos – quais os mais aconselhados para os adolescentes e quais os totalmente desaconselhados, importância da sua correcta utilização;
- preservativo masculino e feminino – vantagens, desvantagens e contra-indicações;
- demonstração sobre a correcta colocação do preservativo masculino;



- IST.

Na terceira sessão falou-se sobre:

- pílula – como tomar; vantagens, desvantagens e contra-indicações;
- anel vaginal;
- riscos e consequências de uma relação sexual não protegida;
- contracepção de emergência.

Na quarta sessão falou-se sobre:

- espermicidas – tipos de espermicidas, eficácia, vantagens;
- diafragma;
- implantes hormonais – vantagens e desvantagens;
- contracepção hormonal injectável;
- dispositivo intra-uterino – vantagens, desvantagens e contra-indicações;
- contracepção cirúrgica – laqueação das trompas e vasectomia – vantagens e desvantagens;
- vigilância de saúde sexual.

Na temática da alimentação na adolescência na primeira sessão abordou-se:

- alimentação saudável – sua importância e fraccionamento das refeições;
- refeições que devem integrar uma alimentação saudável;
- alimentos que devem ser consumidos nas diferentes refeições;

Na sexta sessão (segunda sobre alimentação) falou-se sobre:

- nutrientes e sua importância;
- roda dos alimentos;
- a água – sua importância para o bom funcionamento do organismo;
- bebidas alcoólicas – malefícios para a saúde.

Na sétima sessão falou-se sobre:

- alimentos que devem ser consumidos com moderação;
- malefícios da alimentação desequilibrada;
- peso saudável;

- importância do exercício físico para o controlo do peso.

Todas as sessões foram apoiadas com uma projecção em Power Point (Anexo IV). Nas sessões sobre métodos contraceptivos foram levados exemplares dos diferentes métodos, para os adolescentes verem e manusearem, e um modelo para treinar competências na colocação do preservativo. Nas sessões sobre alimentação mostrou-se o CD “Alimentação Saudável... Saber Mais”, realizado pelo Instituto do Consumidor e pela Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto. No fim de cada sessão fez-se uma breve conclusão e abriu-se espaço para o debate.

Todas as sessões foram interactivas e solicitou-se aos adolescentes que interrompessem sempre que quisessem para apresentarem dúvidas ou as suas experiências, tendo estes sido questionados se queriam fazê-lo oralmente ou por escrito. Só uma turma de 11º ano optou por colocar as questões numa caixa que ficava na sala e na terceira sessão informaram que tinham decidido que passariam a colocar as questões directamente. Antes de se iniciar a intervenção, foi fornecido o número de telemóvel e o endereço de e-mail do investigador, para os adolescentes o contactarem, sempre que necessitassem. Foi-lhes também assegurada a disponibilidade do investigador, se precisassem de falar alguma vez em particular ou em pequenos grupos.

#### **5.4. Operacionalização das variáveis**

Apresentaremos nesta secção algumas das recodificações realizadas nas variáveis em estudo, sendo as restantes expostas no decurso da apresentação dos resultados.

Na análise das variáveis foram eliminados o não sei, não me recordo e não responde, considerando-se apenas quem tinha ou não o atributo em estudo.

A idade dos adolescentes foi categorizada em duas classes: 14 a 16 anos, fase intermédia da adolescência, e 17 a 19 anos, fase final ou tardia da adolescência (WHO, 2005a; Bekaert, 2005; Miller et al., 2002; Ferreira, 1996).

As variáveis peso e altura foram operacionalizadas em Índice de Massa Corporal (IMC), utilizando a fórmula

$$IMC = \frac{Peso(kg)}{[Altura(m)]^2}$$

O IMC foi categorizado em cinco categorias: baixo peso (<18.50 Kg/m<sup>2</sup>); peso normal (18.50 a 24.99 Kg/m<sup>2</sup>); excesso de peso (25.00 a 29,90 Kg/m<sup>2</sup>) e obesidade (≥30.00 Kg/m<sup>2</sup>) (WHO, 2006b; Ministério da Saúde & DGS, 2005; Janssen et al., 2004; Lusomed, s.d.).

O agregado familiar foi categorizado de acordo com Hockenberry (2006) nos seguintes tipos: **nuclear** (mãe e pai e pais e irmãos); **mista** (mãe, padrasto e irmãos; pai, madrasta e irmãos; mãe e companheiro da mãe); **alargada** (pais, irmãos e avós; pais e avós; pais, irmãos e cunhada; pais, irmãos, tios e avós; pai e avós; mãe e avós; mãe, irmãos e cunhada; pais, irmãos e tios; mãe, irmãos e avós; pais, irmãos, tios e primos; mãe, irmãos, tios e primos); **monoparental** (mãe e irmãos; pai e irmãos; mãe; pai; mãe ou pai e irmãos); **outra** (avó; padrinhos; tios; avós e tia; avó e primo; família de acolhimento).

Os motivos apresentados pelos inquiridos para não viverem com o pai e a mãe foram codificados, após a análise das respostas, em cinco categorias: os pais divorciaram-se / separaram-se; pai faleceu; mãe faleceu; pai trabalha no estrangeiro; outros motivos.

A profissão dos pais dos adolescentes foi recodificada em oito categorias, de acordo com a Classificação Nacional das Profissões (CNP): Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa; Especialistas das profissões intelectuais e científicas; Técnicos e profissionais de nível intermédio; Pessoal administrativo e similares; Pessoal dos serviços e vendedores; Operários, artífices e trabalhadores similares; Operadores de instalações de máquinas e trabalhadores da montagem; Trabalhadores não qualificados.

As variáveis habilitações literárias do pai e habilitações literárias da mãe foram recodificadas numa nova variável, habilitações literárias dos pais, que conjuga as habilitações de ambos. Esta variável foi codificada em três categorias: ambos possuem curso superior ou ensino secundário; pelo menos um possui curso superior ou ensino secundário e o outro ensino básico; ambos possuem ensino básico. Nos casos dos adolescentes que eram órfãos de pai ou de mãe, considerou-se a habilitação do progenitor vivo e a seguinte classificação: ambos possuem curso superior ou ensino secundário; ou ambos possuem o ensino básico.

As variáveis correspondentes ao número de horas de sono durante a semana e o fim-de-semana foram categorizadas em: menos de oito horas por noite; oito ou mais horas por noite (Yang et al., 2005; Homeier, 2004; National Center on Sleep Disorders Research, s.d.).

O tipo de alimentação que os adolescentes fazem é uma variável que se criou com base nas questões 23, 26, 31, 36, 41 e 43, que forneciam informação sobre o que os inquiridos comiam às refeições: do pequeno-almoço, meio da manhã, almoço, lanche, jantar e ceia, regularidade e quantidade de consumo. Para o cálculo desta variável não se incluíram as leguminosas, por não se ter especificado no questionário que os alimentos deste grupo podiam ser ingeridos na sopa.

O tipo de alimentação foi categorizado em: alimentação equilibrada (os adolescentes consomem diariamente alimentos dos diferentes grupos da nova roda dos alimentos, nas porções recomendadas); alimentação quase equilibrada (comem diariamente quatro grupos de alimentos, nas porções recomendadas); alimentação pouco equilibrada (ingerem diariamente três grupos de alimentos, nas porções recomendadas); alimentação desequilibrada (consumem diariamente dois grupos de alimentos, nas porções recomendadas) e alimentação muito desequilibrada (não comem diariamente nem dois grupos de alimentos, nas porções recomendadas).

As porções de referência para o consumo diário de cada grupo de alimentos são as preconizadas na nova roda de alimentos (Ministério da Saúde & DGS, 2005; Ministério da Saúde, 2005), com exceção do grupo dos hortícolas. Devido à dificuldade dos inquiridos mencionarem as doses que ingeriam de alimentos deste grupo, assumiu-se que seria suficiente comerem alimentos deste grupo a duas refeições, para se considerar que ingeriam a dose recomendada.

O consumo diário dos diferentes grupos, que representa o total da ingestão por dia, obteve-se através do somatório da ingestão diária de alimentos de cada grupo, nas diferentes refeições.

Admitiu-se que os adolescentes consumiam diariamente alimentos de um determinado grupo, a uma refeição, sempre que se garantia que ingeriam, pelo menos, um alimento desse grupo 5 a 6 vezes por semana, ou quando a combinação do consumo de alimentos do grupo permitia afirmar que havia uma ingestão de 5 a 6 vezes por semana a uma mesma refeição. Sempre que os adolescentes não respondiam se consumiam um determinado tipo de alimento, considerou-se que não havia ingestão desse alimento a essa refeição ou refeições. Todas estas variáveis foram categorizadas em “Come grupo de alimento todos os dias a determinada refeição” e “Não come grupo de alimento todos os dias a determinada refeição”, para posteriormente se proceder ao somatório das refeições a que comiam cada grupo de alimentos e determinar se ingeriam as porções recomendadas pelo Ministério da Saúde.

Assumiu-se que um consumo de cinco a seis vezes por semana seria o suficiente para afirmar que havia um consumo diário de um determinado alimento, atendendo a que aos fins-de-semana os adolescentes têm um padrão de refeições mais irregular, por muitas vezes não tomarem o pequeno-almoço e meio da manhã, ou só tomarem uma das refeições, devido à alteração no ritmo de vida e das horas de deitar e levantar.

Na determinação da quantidade de consumo de alimentos a cada refeição considerou-se, após verificação das respostas dadas pelos adolescentes, que cada ingestão

correspondia a uma porção das recomendadas pela DGS (Ministério da Saúde & DGS, 2005; Ministério da Saúde, 2005).

Considerou-se então que ingeriam diariamente laticínios ao pequeno-almoço e à ceia se: bebessem uma chávena de leite ou comessem um iogurte ou queijo, pelo menos 5 a 6 vezes por semana; se tomassem dois destes alimentos, 2 a 4 vezes por semana, e o terceiro pelo menos uma vez por semana. A fórmula usada para fazer este cálculo foi a apresentada no quadro 1. Na ingestão de laticínios a meio da manhã e ao lanche, para além do leite, do queijo e dos iogurtes, teve-se em conta a ingestão de leite achocolatado. A fórmula usada para fazer este cálculo é apresentada no quadro 3.

Admitiu-se que comiam sempre uma porção de cereais e derivados, ao pequeno-almoço, a meio da manhã, ao lanche e à ceia, se comessem pão ou cereais, pelo menos, cinco a seis vezes por semana (quadro 2). Ao almoço e ao jantar considerou-se o pão, o arroz e as massas, as batatas cozidas ou assadas e as batatas fritas em casa, utilizando-se uma fórmula idêntica à apresentada no quadro 3.

**Quadro 1:** Fórmula de cálculo da ingestão de laticínios ao pequeno-almoço e ceia

Fórmula	
$((l \geq 5) \& (i \geq 1 \& i \leq 6) \& (q \geq 1 \& q \leq 6))$	
$((i \geq 5) \& (l \geq 1 \& l \leq 6) \& (q \geq 1 \& q \leq 6))$	
$((q \geq 5) \& (l \geq 1 \& l \leq 6) \& (i \geq 1 \& i \leq 6))$	
$((l = 4) \& (i = 4) \& (q \geq 3 \& q \leq 6))$	
$((l = 4) \& (q = 4) \& (i \geq 3 \& i \leq 6))$	
$((i = 4) \& (q = 4) \& (l \geq 3 \& l \leq 6))$	
l – leite; i – iogurte; q – queijo	(&: “e”;  : “ou”)

**Quadro 2:** Fórmula de cálculo da ingestão de cereais ao pequeno-almoço, meio da manhã, lanche e ceia

Fórmulas	
$((p \geq 5) \& (c \geq 1 \& c \leq 6))$	
$((c \geq 5) \& (p \geq 1 \& p \leq 6))$	
p – pão; c – cereais	(&: “e”;  : “ou”)

No consumo de fruta ao pequeno-almoço, almoço e jantar, englobou-se a fruta fresca e os sumos de fruta natural (para determinação da frequência de consumo, recorreu-se a uma fórmula idêntica à apresentada no quadro 2). Ao meio da manhã, lanche e ceia, só se considerou o consumo de fruta fresca, uma vez que era o único alimento deste grupo que os adolescentes ingeriam.

Considerou-se que ingeriam diariamente carnes, pescado e ovos ao pequeno-almoço, quando comiam ovos pelo menos, cinco a seis vezes por semana. Ao almoço e jantar, para além dos ovos, englobou-se o consumo de carne de vaca, porco ou cabrito, de

carne de frango, peru ou coelho e de peixe, utilizando-se, para calcular o consumo nestas refeições, uma fórmula idêntica à apresentada no quadro 3.

Admitiu-se que ingeriam diariamente hortícolas ao almoço e ao jantar quando comiam legumes cozinhados, alface, agrião, tomate, cenoura e sopa de legumes, pelo menos cinco a seis vezes por semana. A sopa foi incluída nesta categoria por constituir, muitas vezes, a única ou das únicas fontes de legumes que os adolescentes ingerem, utilizando-se uma fórmula idêntica à apresentada no quadro 3 para calcular o consumo nestas refeições.

**Quadro 3:** Fórmula de cálculo da ingestão de lacticínios ao meio da manhã e ao lanche

Fórmula	
$((l \geq 5) \& (i \geq 1 \& i \leq 6) \& (q \geq 1 \& q \leq 6)) \& (la \geq 1 \& la \leq 6)$	
$((i \geq 5) \& (l \geq 1 \& l \leq 6) \& (q \geq 1 \& q \leq 6)) \& (la \geq 1 \& la \leq 6)$	
$((q \geq 5) \& (l \geq 1 \& l \leq 6) \& (i \geq 1 \& i \leq 6)) \& (la \geq 1 \& la \leq 6)$	
$((la \geq 5) \& (i \geq 1 \& i \leq 6) \& (q \geq 1 \& q \leq 6)) \& (l \geq 1 \& l \leq 6)$	
$((l = 4) \& (i = 4) \& (q \geq 3 \& q \leq 6)) \& (la \geq 1 \& la \leq 6)$	
$((l = 4) \& (i = 4) \& (q \geq 1 \& q \leq 6)) \& (la \geq 3 \& la \leq 6)$	
$((l = 4) \& (q = 4) \& (i \geq 3 \& i \leq 6)) \& (la \geq 1 \& la \leq 6)$	
$((l = 4) \& (q = 4) \& (i \geq 1 \& i \leq 6)) \& (la \geq 3 \& la \leq 6)$	
$((l = 4) \& (la = 4) \& (q \geq 3 \& q \leq 6)) \& (i \geq 1 \& i \leq 6)$	
$((l = 4) \& (la = 4) \& (q \geq 1 \& q \leq 6)) \& (i \geq 3 \& i \leq 6)$	
$((i = 4) \& (q = 4) \& (l \geq 3 \& l \leq 6)) \& (la \geq 1 \& la \leq 6)$	
$((i = 4) \& (q = 4) \& (l \geq 1 \& l \leq 6)) \& (la \geq 3 \& la \leq 6)$	
$((i = 4) \& (la = 4) \& (l \geq 3 \& l \leq 6)) \& (q \geq 1 \& q \leq 6)$	
$((i = 4) \& (la = 4) \& (l \geq 1 \& l \leq 6)) \& (q \geq 3 \& q \leq 6)$	
$((q = 4) \& (la = 4) \& (i \geq 3 \& i \leq 6)) \& (l \geq 1 \& l \leq 6)$	
$((q = 4) \& (la = 4) \& (i \geq 1 \& i \leq 6)) \& (l \geq 3 \& l \leq 6)$	
$((l = 4) \& (i \geq 3 \& i \leq 6) \& (q \geq 3 \& q \leq 6) \& (la \geq 3 \& la \leq 6))$	
$((la = 4) \& (i \geq 3 \& i \leq 6) \& (q \geq 3 \& q \leq 6) \& (l \geq 3 \& l \leq 6))$	
$((i = 4) \& (la \geq 3 \& la \leq 6) \& (q \geq 3 \& q \leq 6) \& (l \geq 3 \& l \leq 6))$	
$((q = 4) \& (la \geq 3 \& la \leq 6) \& (i \geq 3 \& i \leq 6) \& (l \geq 3 \& l \leq 6))$	
l – leite; i – iogurte; q – queijo, la – leite achocolatado (&: “e”;  : “ou”)	

O tipo de pequeno-almoço que os inquiridos ingerem foi determinado considerando-se os grupos de alimentos: lacticínios, cereais e fruta. Esta variável foi operacionalizada em quatro categorias: pequeno-almoço bom (quando os adolescentes comem diariamente alimentos do grupo dos lacticínios, dos cereais e das frutas); pequeno-almoço suficiente (quando, diariamente, só ingerem alimentos de dois dos grupos); pequeno-almoço

insuficiente (só consomem, diariamente, alimentos de um destes grupos); e pequeno-almoço mau (não comem todos os dias alimentos de nenhum destes grupos).

O consumo diário de água foi codificado em três categorias, de acordo com as recomendações da DGS (2005): nenhuma; menos de 1,5 litros e 1,5 litros ou mais. Para a estatística inferencial foi usada como variável contínua (número de copos de água que os participantes mencionaram beber).

A regularidade com que comem *fast-food* foi codificada na fase de tratamento de dados em: uma ou menos de uma vez por semana e mais de uma vez por semana.

O consumo diário de doces corresponde ao total do consumo diário de alimentos deste grupo, realizado pelos adolescentes ao pequeno-almoço, meio da manhã, lanche e ceia. Engloba todos os alimentos com açúcar que os adolescentes referiram ingerir, nomeadamente o doce/compota, os bolos, as bolachas tipo Maria, água e sal ou integrais, outras bolachas ou biscoitos e os *snacks* de chocolate. Para o respectivo cálculo utilizou-se a fórmula apresentada no quadro 4.

**Quadro 4:** Fórmula de cálculo da ingestão de doces ao pequeno-almoço, meio da manhã, lanche e ceia

Fórmula	
((d>=5)&(f>=1&f<=6)&(s>=1&s<=6)&(o>=1&o<=6)&(b>=1&b<=6))	
((f>=5)&(d>=1&d<=6)&(s>=1&s<=6)&(o>=1&o<=6)&(b>=1&b<=6))	
((s>=5)&(d>=1&d<=6)&(f>=1&f<=6)&(o>=1&o<=6)&(b>=1&b<=6))	
((o>=5)&(d>=1&d<=6)&(s>=1&s<=6)&(f>=1&f<=6)&(b>=1&b<=6))	
((b>=5)&(d>=1&d<=6)&(s>=1&s<=6)&(f>=1&f<=6)&(o>=1&o<=6))	
((d=4)&(f=4)&(s>=3&s<=6)&(o>=1&o<=6)&(b>=1&b<=6))	
((d=4)&(f=4)&(s>=1&s<=6)&(o>=3&o<=6)&(b>=1&b<=6))	
((d=4)&(f=4)&(s>=1&s<=6)&(o>=1&o<=6)&(b>=3&b<=6))	
((d=4)&(s=4)&(f>=3&f<=6)&(o>=1&o<=6)&(b>=1&b<=6))	
((d=4)&(s=4)&(f>=1&f<=6)&(o>=3&o<=6)&(b>=1&b<=6))	
((d=4)&(s=4)&(f>=1&f<=6)&(o>=1&o<=6)&(b>=3&b<=6))	
((d=4)&(o=4)&(s>=3&s<=6)&(f>=1&f<=6)&(b>=1&b<=6))	
((d=4)&(o=4)&(s>=1&s<=6)&(f>=3&f<=6)&(b>=1&b<=6))	
((d=4)&(o=4)&(s>=1&s<=6)&(f>=1&f<=6)&(b>=3&b<=6))	
((d=4)&(b=4)&(f>=1&f<=6)&(o>=1&o<=6)&(s>=3&s<=6))	
((d=4)&(b=4)&(f>=1&f<=6)&(o>=3&o<=6)&(s>=1&s<=6))	
((d=4)&(b=4)&(f>=3&f<=6)&(o>=1&o<=6)&(s>=1&s<=6))	
((f=4)&(s=4)&(d>=3&d<=6)&(o>=1&o<=6)&(b>=1&b<=6))	
((f=4)&(s=4)&(d>=1&d<=6)&(o>=3&o<=6)&(b>=1&b<=6))	
((f=4)&(s=4)&(d>=1&d<=6)&(o>=1&o<=6)&(b>=3&b<=6))	
((f=4)&(o=4)&(d>=3&d<=6)&(s>=1&s<=6)&(b>=1&b<=6))	
((f=4)&(o=4)&(d>=1&d<=6)&(s>=3&s<=6)&(b>=1&b<=6))	
((f=4)&(o=4)&(d>=1&d<=6)&(s>=1&s<=6)&(b>=3&b<=6))	
((f=4)&(b=4)&(d>=1&d<=6)&(o>=1&o<=6)&(s>=3&s<=6))	

((f=4)&(b=4)&(d>=1&d<=6)&(o>=3&o<=6)&(s>=1&s<=6))	
((f=4)&(b=4)&(d>=3&d<=6)&(o>=1&o<=6)&(s>=1&s<=6))	
((o=4)&(s=4)&(d>=3&d<=6)&(f>=1&f<=6)&(b>=1&b<=6))	
((o=4)&(s=4)&(d>=1&d<=6)&(f>=3&f<=6)&(b>=1&b<=6))	
((o=4)&(s=4)&(d>=1&d<=6)&(f>=1&f<=6)&(b>=3&b<=6))	
((o=4)&(b=4)&(d>=3&d<=6)&(f>=1&f<=6)&(s>=1&s<=6))	
((o=4)&(b=4)&(d>=1&d<=6)&(f>=3&f<=6)&(s>=1&s<=6))	
((o=4)&(b=4)&(d>=1&d<=6)&(f>=1&f<=6)&(s>=3&s<=6))	
((d=4)&(f>=3&f<=6)&(s>=3&s<=6)&(o>=3&o<=6)&(b>=1&b<=6))	
((d=4)&(f>=3&f<=6)&(s>=3&s<=6)&(o>=1&o<=6)&(b>=3&b<=6))	
((d=4)&(f>=3&f<=6)&(s>=1&s<=6)&(o>=3&o<=6)&(b>=3&b<=6))	
((d=4)&(f>=1&f<=6)&(s>=3&s<=6)&(o>=3&o<=6)&(b>=3&b<=6))	
((f=4)&(s>=3&s<=6)&(d>=3&d<=6)&(o>=3&o<=6)&(b>=1&b<=6))	
((f=4)&(s>=3&s<=6)&(d>=3&d<=6)&(o>=1&o<=6)&(b>=3&b<=6))	
((f=4)&(s>=3&s<=6)&(d>=1&d<=6)&(o>=3&o<=6)&(b>=3&b<=6))	
((f=4)&(s>=1&s<=6)&(d>=3&d<=6)&(o>=3&o<=6)&(b>=3&b<=6))	
((o=4)&(s>=3&s<=6)&(d>=3&d<=6)&(f>=3&f<=6)&(b>=1&b<=6))	
((o=4)&(s>=3&s<=6)&(d>=3&d<=6)&(f>=1&f<=6)&(b>=3&b<=6))	
((o=4)&(s>=3&s<=6)&(d>=1&d<=6)&(f>=3&f<=6)&(b>=3&b<=6))	
((o=4)&(s>=1&s<=6)&(d>=3&d<=6)&(f>=3&f<=6)&(b>=3&b<=6))	
((s=4)&(o>=3&o<=6)&(d>=3&d<=6)&(f>=3&f<=6)&(b>=1&b<=6))	
((s=4)&(o>=3&o<=6)&(d>=3&d<=6)&(f>=1&f<=6)&(b>=3&b<=6))	
((s=4)&(o>=3&o<=6)&(d>=1&d<=6)&(f>=3&f<=6)&(b>=3&b<=6))	
((s=4)&(o>=1&o<=6)&(d>=3&d<=6)&(f>=3&f<=6)&(b>=3&b<=6))	
((b=4)&(o>=3&o<=6)&(d>=3&d<=6)&(f>=3&f<=6)&(s>=1&s<=6))	
((b=4)&(o>=3&o<=6)&(d>=3&d<=6)&(f>=1&f<=6)&(s>=3&s<=6))	
((b=4)&(o>=3&o<=6)&(d>=1&d<=6)&(f>=3&f<=6)&(s>=3&s<=6))	
((b=4)&(o>=1&o<=6)&(d>=3&d<=6)&(f>=3&f<=6)&(s>=3&s<=6))	

b – bolos; d – doce/compota; f – bolachas tipo Maria , água e sal ou integrais; o – outras bolachas ou biscoitos; s – *snacks* de chocolate  
(&: “e”; |: “ou”)

O consumo de maionese foi calculado através do somatório das variáveis maionese ao almoço e jantar.

O consumo de enchidos dá-nos informação dos participantes que comem, enchidos e da regularidade da ingestão. Foi calculada através do somatório das variáveis enchidos ao pequeno-almoço, meio da manhã, almoço, lanche, jantar e ceia, considerando-se neste grupo o fiambre, as salsichas e o bacon. A fórmula usada para calcular o consumo de enchidos é a apresentada no quadro 5. A ingestão de fritos (batatas fritas de pacote, rissóis, croquetes ou outro tipo de salgados fritos) foi calculada através do somatório das variáveis fritos ao meio da manhã, almoço, lanche e jantar, com recurso à fórmula apresentada no mesmo quadro. O consumo diário de sumos de pacote e de refrigerantes foi determinado através do somatório da ingestão de cada um destes produtos ao



pequeno-almoço, meio da manhã, almoço, lanche, jantar e ceia, tendo-se igualmente recorrido a esta fórmula.

**Quadro 5:** Fórmula de cálculo da ingestão de enchidos, fritos, sumos de pacote e refrigerantes

Número de refeições a que ingere os alimentos	Resultado
Nunca ou <1 mês a todas as refeições	Nunca ou <1
Comer alimentos do grupo 1 a 3 vezes por mês, só a 1 refeição	1-3 vezes por mês
Entre os seguintes casos: - Comer alimentos do grupo 1 a 3 vezes por mês, a 2 refeições - Comer alimentos do grupo 1 vez por semana, a 1 refeição	1 vez por semana
Entre os seguintes casos: - Comer alimentos do grupo 1 a 3 vezes por mês, a 5 refeições - Comer alimentos do grupo 2 a 4 vezes por semana, a 1 refeição, podendo apenas comer noutra refeição, 1 a 3 vezes por mês	2 a 4 vezes por semana
Entre os seguintes casos: - Comer alimentos do grupo 1 vez por semana, a 5 refeições - Comer alimentos do grupo 5 a 6 vezes por semana, a 1 refeição, podendo comer em 2 outras refeições, 1 a 3 vezes por mês	5 a 6 vezes por semana
Entre os seguintes casos: - Comer alimentos do grupo 1 vez por semana, a 6 refeições - Comer sempre alimentos do grupo a 1 refeição, independentemente do consumo nas outras refeições	Sempre

O consumo semanal de chocolates, rebuçados, chicletes e gomas, foi codificado em três categorias: um a três por semana; quatro a seis por semana e sete ou mais por semana. O consumo de gelados, de acordo com as respostas dos adolescentes, foi considerado como sazonal e codificado em quatro categorias: menos de três por semana só no verão; três ou mais por semana só no verão; menos de três por semana; e três ou mais por semana.

O consumo semanal de cafés foi codificado em três categorias: um a três por semana; quatro a sete por semana; e mais de sete por semana.

O número de vezes por semana que praticam actividade física e a duração de cada sessão foram recodificados em tempo total de prática de actividade física por semana, variável que se obtém pelo produto das anteriores.

De acordo com Mello et al. (2001), o tipo de bebidas que os adolescentes consomem foi recodificado em seis categorias: fermentadas de uva; fermentadas de cereal; destiladas; destiladas e fermentadas de cereal; destiladas e fermentadas de uva; e fermentadas de cereal e de uva.

As variáveis número de copos de cerveja, de vinho, de uísque, de aguardente e/ou outras bebidas, ingeridos na semana anterior à participação no estudo, foram operacionalizadas na variável Número de copos de bebidas alcoólicas que bebeu na semana anterior à participação no estudo. Esta variável obteve-se através do respectivo somatório, considerando que “ ... os copos habitualmente usados para as diferentes bebidas têm idêntica quantidade de álcool, isto é 12 a 16 gramas de álcool puro, aproximadamente.” [Mello et al. (2001, p. 19), corroborado pelo *U. S. Department of Health and Human Services* (2007b)]

## 5.5. Tratamento estatístico

Para a análise estatística dos dados recorreremos à versão 16 do SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*). Os dados foram explorados através de estatística descritiva, nomeadamente medidas de tendência central e de dispersão e, posteriormente, estatística inferencial.

Recorremos ao teste de Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) para analisar a associação entre variáveis nominais. Na comparação de médias entre duas amostras independentes utilizámos o teste t de Student ou de Mann-Whitney, consoante o tipo de variável dependente em estudo. A diferença de médias entre três ou mais grupos foi calculada através de análise de variância univariada (ANOVA), com recurso ao teste Post Hoc de Scheffe para localizar as médias significativamente diferentes, ou Kruskal-Wallis, consoante o tipo de variável dependente em estudo. De acordo com Clark-Carter, “uma amostra de 40 ou mais indivíduos é suficientemente larga, mesmo que a distribuição original dos scores seja assimétrica” (1999, p.205). Assim, no presente estudo, dada a dimensão da amostra, o teorema do limite central é aplicável e portanto garante a aproximação à distribuição normal.

A intensidade de correlação entre duas variáveis ordinais foi calculada através da correlação de Spearman. As hipóteses foram testadas a um nível de significância (p) de 0,05. A técnica de análise de conteúdo, mais especificamente a análise temática, foi utilizada para o tratamento da informação obtida através das questões abertas do questionário. O discurso dos participantes foi transcrito na íntegra, sendo posteriormente feitas inferências, com base numa lógica explicitada, sobre as mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas, sendo as categorias estabelecidas à posteriori. Para comprovar a fidelidade da análise, contou-se com a colaboração de dois outros investigadores, que realizaram igualmente a análise, tendo-se posteriormente confrontado os resultados. O índice de coerência entre as análises foi sempre superior a 85%, o que de acordo com Ghiglione et al. (1980) se pode considerar aceitável.

No estudo quase-experimental, após emparelhar os questionários pré- e pós-teste no grupo experimental e no grupo de controlo, construiu-se uma outra base de dados, incluindo as respostas dos sujeitos antes e depois da intervenção, o que permitiu a realização de análises de variância em medidas repetidas dos resultados dos alunos no pré e no pós-teste. Este procedimento permitiu traçar as mudanças ao longo do tempo nos grupos experimental e de controlo, relacionando-as com os temas abordados na intervenção.

Para além das análises de variância multivariada (MANOVA), serão realizadas análises de variância em medidas repetidas para analisar as eventuais mudanças do pré para o pós-teste.



## 6. RESULTADOS

Para uma melhor compreensão dos resultados obtidos, o estudo exploratório e o quase-experimental serão apresentados separadamente, por esta ordem.

### 6.1. Resultados do estudo exploratório

Como se referiu no capítulo anterior a amostra do estudo é proveniente de cinco escolas do distrito do Porto e a colheita de dados decorreu entre Junho e Novembro de 2005.

#### 6.1.1. Caracterização da amostra

A amostra do estudo compreende 680 adolescentes a frequentarem o ensino secundário. Destes, 238 (35,0%) cursam o 10º ano, 280 (41,2%) o 11º ano e 162 (23,8%) o 12º ano. As aulas dos participantes decorrem maioritariamente no período da manhã (72,9%, n=496, contra 27,1%, n=184, que têm aulas de tarde).

Os adolescentes que participaram no estudo são na sua maioria do sexo feminino (59,6%, n=405, vs 40,4%, n=275, do sexo masculino) e têm idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos, sendo a média de 16,61 anos, com um desvio padrão de 1,03 (quadro 6). As raparigas têm em média 16,55 anos, com um desvio padrão de 0,98, e os rapazes 16,69 anos, com desvio padrão de 1,10.

**Quadro 6:** Idade dos adolescentes por género

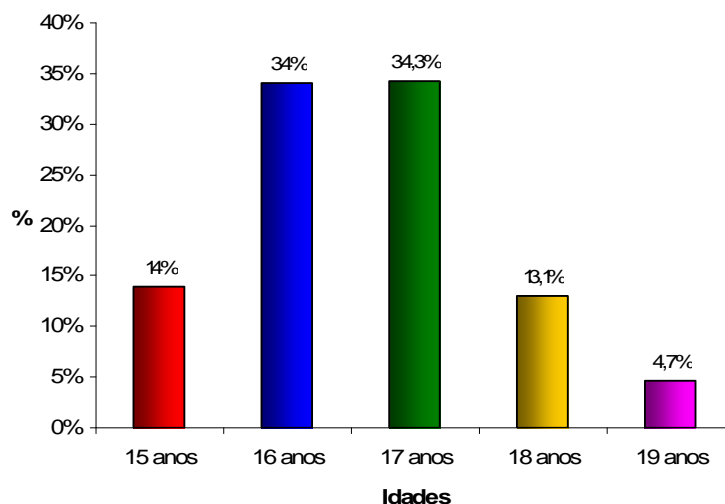
Idade			
	Total	Feminino	Masculino
Mínima	15	15	15
Máxima	19	19	19
Média	16,61	16,55	16,69
Moda	17	16 e 17	17
Mediana	17	17	17
Desvio padrão	1,03	0,98	1,10

Conforme se pode observar no gráfico 1, as idades mais representadas na nossa amostra são os 16 e os 17 anos (34,0%, n=231 e 34,3%, n=233, respectivamente).

Como se referiu e dadas as características comuns dos adolescentes de determinada idade, a adolescência é muitas vezes dividida em três fases (WHO, 2005a, 2002a; Bekaert, 2005; Miller et al., 2002; Ferreira, 1996): a fase inicial, dos 10 aos 13 anos; a

intermédia, dos 14 aos 16 anos; e a final, dos 17 aos 19 anos. Esta divisão foi também adoptada no nosso estudo, na estatística inferencial. Como se pode verificar na tabela 11, a maioria dos adolescentes que participaram no estudo tem uma idade que se situa no grupo dos 17 aos 19 anos (52,1%, n=354). A idade modal do grupo dos 14 aos 16 anos é de 16 anos e do grupo dos 17 aos 19 anos de 17 anos.

**Gráfico 1:** Idade dos adolescentes



**Tabela 11:** Distribuição de frequências absolutas e relativas dos adolescentes por classe de idades

Classes de idade	Frequências	
	n	f <sub>i</sub>
14 aos 16 anos	326	47,9
17 aos 19 anos	354	52,1
Total	680	100

Na análise por sexo e idade verificamos que a maioria dos adolescentes, independentemente do sexo, se situa no grupo etário dos 17 aos 19 anos (50,6%, n=205, de raparigas e 54,2%, n=149, de rapazes).

Quando analisamos a distribuição dos adolescentes por ano de escolaridade em função do sexo, verificamos que nos adolescentes do sexo masculino a percentagem de indivíduos vai diminuindo consoante aumenta o ano de escolaridade; no caso dos

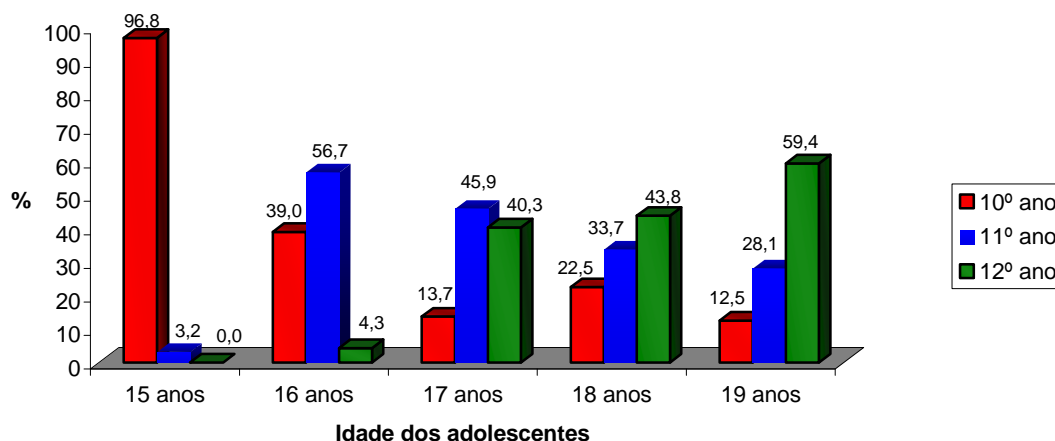
adolescentes do sexo feminino, o 11º ano é o ano em que mais estudantes se encontram (tabela 12).

**Tabela 12:** Distribuição dos adolescentes por género e ano de escolaridade

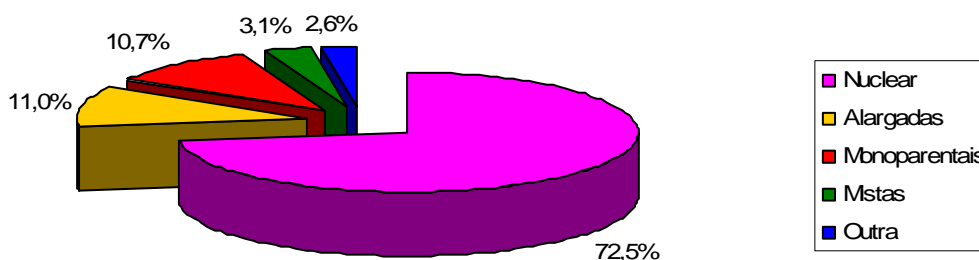
Ano de escolaridade	Sexo masculino		Sexo feminino	
	n	%	n	%
10º ano	105	38,2	133	32,8
11º ano	104	37,8	176	43,5
12º ano	66	24,0	96	23,7
Total	275	100	405	100

Relativamente à frequência lectiva em função da idade dos adolescentes, verifica-se que a maioria (96,8%, n=92) dos estudantes de 15 anos cursa o 10º ano e que a maioria (59,4%, n=19) dos de 19 anos se encontra no 12º ano de escolaridade (gráfico 2).

**Gráfico 2:** Distribuição dos adolescentes por idade e ano de escolaridade



Os participantes são maioritariamente portugueses (98,5%, n=669), sendo os outros venezuelanos (0,4%, n=3), brasileiros (0,3%, n=2), suíços (0,3%, n=2), congolezes (0,3%, n=2) e franceses (0,1%, n=1). A família nuclear é a mais frequente (72,5%, n=493), como se constata no gráfico 3.

**Gráfico 3:** Tipo de família

Na nossa amostra, o(s) outro(s) elemento(s) que constituem as famílias do tipo alargada são maioritariamente os avós (em 61 das 74 famílias). Nas famílias mistas, verificámos que só em 14,3% (n=3) dos casos o progenitor não biológico não era o padrasto, mas sim a madrasta. Nas famílias monoparentais, só em 8,2% (n=6) o progenitor com quem os adolescentes vivem é o pai e não a mãe. A maioria dos inquiridos (66,8%, n=454) tem pelo menos um irmão no agregado familiar com que habita.

Os 109 adolescentes que não vivem com ambos os progenitores, ou com nenhum deles, apontam o divórcio ou separação dos pais (62,4%, n=68) como a principal razão para essa situação. As outras razões mencionadas foram o falecimento do pai (15,6%, n=17), o falecimento da mãe (8,3%, n=9), o pai estar a trabalhar no estrangeiro (4,6%, n=5) e outros motivos (9,2%, N=10). Na categoria outros motivos englobaram-se situações do tipo “vim estudar para o Porto, para casa dos meus avós, os meus pais continuam na aldeia. Vou para casa deles nas férias”; “fui abandonada pela minha mãe”; “motivos familiares relativamente graves”; “tenho quatro irmãos e os meus pais não têm possibilidades”; “a minha mãe não casou com o meu pai” e “por vontade própria”.

Quanto à profissão exercida pelos pais (tabela 13), os grupos profissionais paternos mais representativos são os dos operários, artífices e trabalhadores similares (32,7%, n=185), e do pessoal dos serviços e vendedores (19,6%, n=111), estando 63 pais desempregados ou reformados; no caso materno, os grupos mais expressivos são os dos trabalhadores não qualificados (22,4%, n=97) e o dos operários, artífices e trabalhadores similares (18,7%, n=81), havendo 218 mães que são desempregadas, domésticas ou reformadas.



**Tabela 13:** Profissões exercidas pelos pais dos adolescentes

Grupo profissional	Pai		Mãe	
	n	%	n	%
Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	13	2,3	7	1,6
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	54	9,6	57	13,1
Técnicos e profissionais de nível intermédio	76	13,5	40	9,2
Pessoal administrativo e similares	50	8,8	73	16,8
Pessoal dos serviços e vendedores	111	19,6	75	17,3
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e da pesca	7	1,2	1	0,2
Operários, artífices e trabalhadores similares	185	32,7	81	18,7
Operadores de instalações de máquinas e trabalhadores da montagem	53	9,4	2	0,5
Trabalhadores não qualificados	16	2,8	97	22,6
<b>Total</b>	<b>565</b>	<b>100</b>	<b>433</b>	<b>100</b>
Desempregado ou reformado	63	—	—	—
Desempregada, doméstica ou reformada	—	—	217	—
Não responde	35		21	
Não aplicável	17		9	
Total	115		247	
<b>Total</b>	<b>680</b>		<b>680</b>	

As habilitações literárias dos pais dos adolescentes são maioritariamente ao nível do ensino básico (65,7%, n=399 das mães, e 65,3%, n=392 dos pais). Como se mostra na tabela 14, a percentagem de mães com curso superior é ligeiramente superior à dos pais (13,3%, n=81, mães e 11,8%, n=71, pais) e as que apenas concluíram o 1º ciclo do ensino básico é ligeiramente inferior à dos pais (30,8%, n=187, para 33,3%, n=200, pais).

Quando se analisa a conjugação das habilitações do pai e da mãe, verifica-se que em 25,6% (n=154) dos casos ambos possuem o curso superior ou o ensino secundário, que em 17,1 % (n=103) dos casos um concluiu o curso superior ou o ensino secundário e o outro apenas o ensino básico, e que a maioria (57,3%, N=345) só tem o ensino básico.

**Tabela 14:** Habilitações literárias dos pais

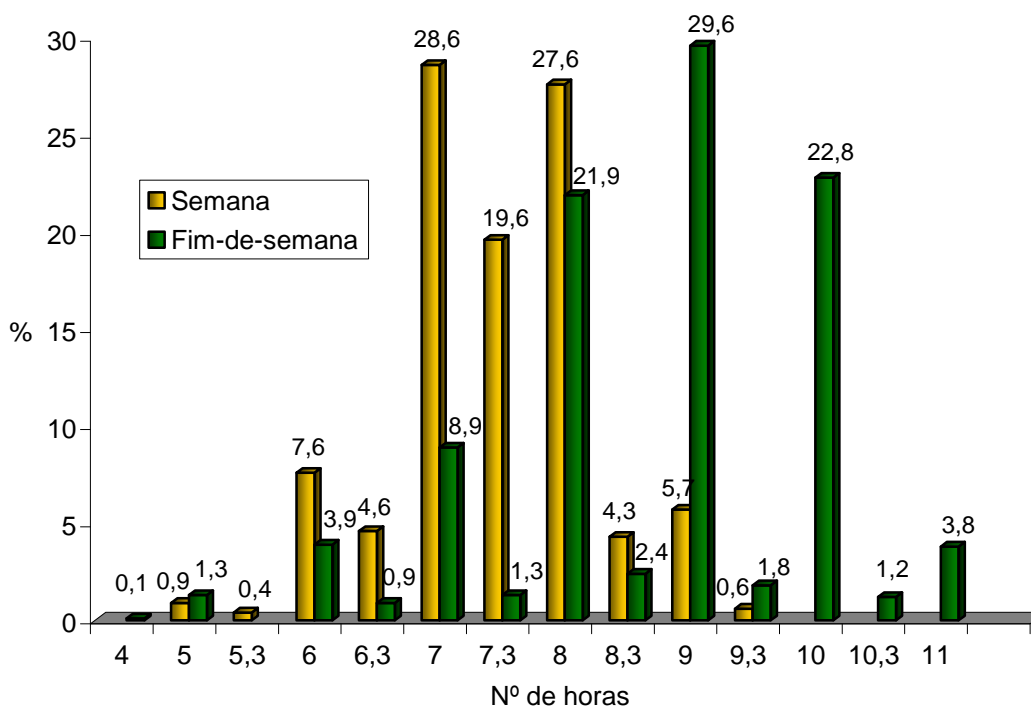
Habilitações literárias		Pai		Mãe	
		n	%	n	%
Curso superior ou ensino secundário	Curso superior	71	11,8	81	13,3
	Ensino secundário	138	23,0	128	21,1
Ensino básico	3º Ciclo ensino básico	102	17,0	108	17,8
	2º Ciclo ensino básico	90	15,0	104	17,1
	1º Ciclo ensino básico	200	33,3	187	30,8
<b>Total</b>		<b>601</b>	<b>100</b>	<b>608</b>	<b>100</b>
Não sabe		30		31	
Não responde		32		32	
Não aplicável		17		9	
Total		79		72	
<b>Total</b>		<b>680</b>		<b>680</b>	

### 6.1.2. Padrão de sono dos adolescentes

Para avaliar o padrão de sono dos adolescentes, para além da análise descritiva da informação fornecida pelos participantes, iremos analisar a relação do género, idade, ano de escolaridade e habilitações literárias dos pais, com o número de horas a que os adolescentes dormem durante a semana e durante o fim-de-semana, as horas a que se deitam à semana e ao fim-de-semana, e as horas a que se levantam à semana e ao fim-de-semana.

\*\*\*

Quando analisamos o número de horas que os adolescentes dormem durante as noites de semana e do fim-de-semana, verificamos que há um aumento do número de adolescentes que dormem 8h ou mais ao fim-de-semana. Durante os dias de aulas a maioria dos estudantes (61,1%, n=415) dorme menos de 8h, mas ao fim-de-semana a maioria (83,5%, n=561) dorme 8h ou mais. No mínimo, os inquiridos referiram dormir por noite 5h à semana (0,9%, n=6) e 4h ao fim-de-semana (0,1%, n=1). O número máximo é de 9h30m (0,6%, n=4) à semana e 11h (3,8%, n=26) ao fim-de-semana (gráfico 4).

**Gráfico 4:** Número de horas que os adolescentes dormem à semana e ao fim-de-semana

Em média os inquiridos dormem por noite, durante a semana, 7,38 horas<sup>1</sup> (DP=0,79), sendo a moda de 7,00 horas; durante o fim-de-semana, a média por noite é de 8,69 horas (DP=1,27) e a moda de 9,00 horas.

Relativamente à hora de deitar, nas noites de semana, o adolescente que se deita mais cedo vai para a cama às 20h30m e o que se deita mais tarde às 3h. A mediana é às 23h e há 47,9% (n=324) dos adolescentes que se deitam depois das 23h. Ao fim-de-semana, os participantes que se deitam mais cedo fazem-no às 22h e o que vai para a cama mais tarde fá-lo às 8h. A mediana é às 0h30m, havendo 50% (n=328) dos inquiridos que se deitam depois dessa hora (tabela15).

<sup>1</sup> A informação horária é representada na forma XhYm, quando se pretende indicar directamente horas e minutos. No caso de valores médios ou outra informação semelhante, a representação é feita na forma decimal que resulta do respectivo cálculo (7,38 horas corresponde a 7h23m).

**Tabela 15:** Horas a que se deitam os adolescentes durante a semana e fim-de-semana

Hora de deitar	Semana		Fim-de-semana	
	n	%	n	%
20h30m	1	0,1	----	----
21h00m	3	0,4	----	----
21h30m	7	1,0	----	----
22h00m	70	10,4	8	1,2
22h30m	55	8,1	3	0,5
23h00m	215	31,9	61	9,3
23h30m	100	14,8	40	6,1
0h00m	138	20,4	185	28,1
0h30m	33	4,9	34	5,2
1h00m	41	6,1	123	18,7
1h30m	3	0,4	23	3,5
2h00m	8	1,2	77	11,7
3h00m	1	0,1	63	9,6
4h00m	—	—	19	2,9
5h00m	—	—	13	2,0
6h00m	—	—	9	1,4
8h00m	—	—	1	0,2
Total	675	100	659	100
Não responde	5		21	

Quanto à hora de levantar à semana, a mediana é às 7h30m e há uma variação entre as 6h30m e as 12h00m. Ao fim-de-semana, o participante que se levanta mais cedo refere que o faz às 5h e o que se levanta mais tarde fá-lo às 17h, sendo a mediana às 10h30m (tabela16).

Em média, os adolescentes deitam-se ao fim-de-semana 1,53 horas mais tarde (DP=1,34) e levantam-se 3,14 horas mais tarde (DP=1,64) do que à semana. Só 0,5% (n=2) inquiridos se deitam mais cedo e 0,9% (n=7) se levantam mais cedo ao fim-de-semana do que à semana.

**Tabela 16:** Horas a que se levantam os adolescentes durante a semana e fim-de-semana

Hora de levantar	Semana		Fim-de-semana	
	n	%	n	%
5h00m	—	—	1	0,2
6h00m	—	—	1	0,2
6h30m	33	4,9	—	—
7h00m	220	32,6	2	0,3
7h15m	49	7,3	—	—
7h30m	210	31,2	4	0,6
7h45m	25	3,7	—	—
8h00m	50	7,4	35	5,3
8h30m	10	1,5	11	1,7
9h00m	31	4,6	74	11,1
9h30m	—	—	31	4,7
10h00m	27	4,0	143	21,5
10h30m	—	—	31	4,7
11h00m	18	2,7	121	18,2
11h30m	—	—	22	3,3
12h00m	1	0,1	115	17,3
13h00m	—	—	57	8,6
13h30m	—	—	3	0,5
14h00m	—	—	10	1,5
15h00m	—	—	1	0,2
16h00m	—	—	1	0,2
17h00m	—	—	1	0,2
Total	674	100	664	100
Varia muito	—	—	7	—
Não responde	6	—	9	—

Existe uma diferença significativa entre a hora a que os adolescentes se deitam à semana e ao fim-de-semana ( $t(658)=-30,53$ ,  $p=0,000$ ), sendo que ao fim de semana se deitam mais tarde do que à semana (tabela17).

**Tabela 17:** Resultados do teste t relativamente às horas que os adolescentes se deitam durante a semana e o fim-de-semana

	<b>Semana</b> <b>(n=659)</b> <b>Média (DP)</b>	<b>Fim-de-semana</b> <b>(n=659)</b> <b>Média (DP)</b>	<b>t(658)</b>
<b>Horas a que se deitam à semana e ao fim-de-semana</b>	2,84 (0,89)	4,43 (1,55)	-30,53***

\*\*\* p&lt;0,001

Existe também uma diferença significativa entre a hora a que os adolescentes se levantam à semana e ao fim-de-semana ( $t(662)=-49,42$ ,  $p=0,000$ ), sendo que ao fim-de-semana se levantam mais tarde do que à semana (tabela18).

**Tabela 18:** Resultados do teste t relativamente às horas que os adolescentes se levantam durante a semana e o fim-de-semana

	<b>Semana</b> <b>(n=663)</b> <b>Média (DP)</b>	<b>Fim-de-semana</b> <b>(n=663)</b> <b>Média (DP)</b>	<b>t(662)</b>
<b>Horas a que se levantam à semana e ao fim-de-semana</b>	7,50 (0,95)	10,63 (1,50)	-48,92***

\*\*\* p&lt;0,001

De acordo com os resultados obtidos, após aplicação do teste de Mann-Whitney (tabela 19), podemos concluir que há uma diferença significativa no número de horas que dormem os adolescentes do sexo feminino e masculino nas noites de semana ( $U=49805,00$ ,  $p=0,007$ ), com as raparigas a dormirem mais horas que os rapazes.

**Tabela 19:** Resultados do teste de Mann-Whitney relativamente ao número de horas que os adolescentes dormem durante a semana em função do género

	<b>Raparigas</b> <b>(n=404)</b> <b>Ordem média</b>	<b>Rapazes</b> <b>(n=271)</b> <b>Ordem média</b>	<b>U (p)</b>
<b>Nº de horas que dormem</b>	354,22	319,11	49805,00 (**)

\*\* p&lt;0,01

As adolescentes dormem por noite, durante a semana, uma média de 7,45 horas (DP=0,79), sendo a moda de 8,00 horas, e os participantes do sexo masculino dormem uma média de 7,30 horas (DP=0,78), sendo a moda de 7,00 horas. Como se pode verificar na tabela 20, a maioria das raparigas (56,9%, n=230) e dos rapazes (67,3%, n=185) dorme menos de 8h por noite durante a semana.

Ao fim-de-semana, a maioria dos adolescentes dorme 8h ou mais por noite (tabela 20). As inquiridas dormem por noite, ao fim-de-semana, uma média de 8,72 horas (DP=1,25), sendo a moda de 9,00 horas, e os adolescentes do sexo masculino dormem uma média de 8,64 horas (DP=1,29), sendo a moda também de 9,00 horas. Após aplicação do teste de Mann-Whitney, concluiu-se que não existe uma relação estatisticamente significativa entre o sexo dos adolescentes e o número de horas que dormem nas noites de fim-de-semana ( $U=54079,00$ ,  $p=0,87$ ).

Verificou-se que a maioria dos adolescentes, independentemente da idade, dorme menos de oito horas por noite durante semana (tabela 20), dormindo os mais novos em média 7,37 horas (DP=0,79, moda 8 horas) e os mais velhos 7,40 horas (DP=0,80, moda 7 horas). Ao fim-de-semana, independentemente da idade, a maioria dos adolescentes dorme 8h ou mais (tabela 20), verificando-se ainda que os adolescentes dos 14 aos 16 anos dormem mais (média 8,84 horas, DP=1,20, moda de 9,00 horas) do que os dos 17 aos 19 anos (média 8,55 horas, DP=1,31 e moda de 9,00 horas).

Após aplicação do coeficiente de Spearman, concluiu-se que não existe correlação entre a idade e o número de horas de sono dos adolescentes durante a semana ( $r_{sp}(679)=-0,08$ ,  $p=0,84$ ), mas existe uma correlação significativa (para  $p=0,05$ ) negativa entre a idade e o número de horas que os inquiridos dormem nas noites de fim-de-semana ( $r_{sp}(672)=-0,076$ ,  $p=0,05$ ). Os adolescentes mais velhos dormem menos horas que os mais novos.

Concluiu-se também que não existe correlação entre o ano de escolaridade e o número de horas que os inquiridos dormem durante as noites de semana ( $r_{sp}(679)=0,036$ ,  $p=0,35$ ) ou de fim-de-semana ( $r_{sp}(672)=-0,063$ ,  $p=0,10$ ).

As habilitações literárias dos pais não têm correlação com o número de horas que os adolescentes dormem à semana ( $r_{sp}(602)=0,61$ ,  $p=0,14$ ) ou ao fim-de-semana ( $r_{sp}(597)=0,017$ ,  $p=0,68$ ).

**Tabela 20:** Número de horas que os adolescentes dormem à semana e ao fim-de-semana em função do género, idade, ano de escolaridade e habilitações literárias dos pais

Variáveis	Semana		Fim-de-semana	
	<8 horas n (%)	>8 horas n (%)	<8 horas n (%)	>8 horas n (%)
<b>Sexo</b>				
Feminino	230 (56,9)	174 (43,1)	67 (16,7)	334 (83,3)
Masculino	185 (67,3)	90 (32,7)	44 (16,2)	227 (83,8)
<b>Idade</b>				
14 - 16 anos	198 (60,7)	128 (39,3)	44 (13,6)	280 (86,4)
17 - 19 anos	217 (61,5)	136 (38,5)	67 (19,3)	281 (80,7)
<b>Ano de escolaridade</b>				
10º ano	151 (63,4)	87 (36,6)	32 (13,6)	204 (86,4)
11º ano	169 (60,4)	111 (39,6)	48 (17,3)	230 (82,7)
12º ano	95 (59,0)	66 (41,0)	31 (19,6)	127 (80,4)
<b>Habilitações literárias dos pais</b>				
Ambos curso superior ou ens. sec.	99 (64,3)	55 (35,7)	23 (15,0)	130 (85,0)
Um possui curso superior ou ens. sec. e o outro ens. básico	67 (65,0)	36 (35,0)	24 (23,3)	79 (76,7)
Ambos possuem ensino básico	201 (58,3)	144 (41,7)	53 (15,5)	288 (84,5)

Quanto à hora de deitar, durante a semana, concluiu-se que existe uma diferença significativa na hora a que os adolescentes se deitam em função do género ( $t(535,27)=-7,29$ ,  $p=0,000$ ): as raparigas deitam-se mais cedo que os rapazes (75,4%,  $n=305$ , deitam-se antes das 24h vs 53,8%,  $n=146$ , respectivamente, nenhuma se deita às 3h da manhã e só uma, 0,2%, se deita às 2h, enquanto 0,4% ( $n=1$ ) dos rapazes se deitam às 3h e 2,6% ( $n=7$ ) às 2h – ver tabela 21).

**Tabela 21:** Resultados do teste t relativamente às horas que os adolescentes se deitam durante a semana em função do género

	Raparigas (n=404) Média (DP)	Rapazes (n=271) Média (DP)	t(535,27)
Horas a que se deitam durante a semana	2,65 (0,82)	3,16 (0,92)	7,29***

\*\*\*  $p<0,001$



O teste t de Student revelou a existência de uma diferença significativa na hora a que os adolescentes se deitam durante a semana em função do grupo etário ( $t(673)=-3,73$ ,  $p=0,000$ ). Os participantes mais novos deitam-se mais cedo que os mais velhos (tabela 22), sendo a percentagem de adolescentes mais novos que se deitam depois das 23 horas inferior à dos mais velhos (42,1%,  $n=191$ , e 54,2%,  $n=160$ , respectivamente).

**Tabela 22:** Resultados do teste t relativamente às horas que os adolescentes se deitam durante a semana em função da idade

	Mais novos (n=326) Média (DP)	Mais velhos (n=349) Média (DP)	t (673)
Horas a que se deitam durante a semana	2,72 (0,86)	2,98 (0,92)	-3,73***

\*\*\*  $p<0,001$

Existem ainda diferenças significativas na hora a que os adolescentes se deitam durante a semana, em função do ano de escolaridade que frequentam ( $F(2,672)=10,62$ ,  $p=0,000$ ). O teste Post-Hoc de Scheffe revelou que os adolescentes que frequentam o 10º ano se deitam mais cedo que os do 11º e do 12º ano de escolaridade (tabela 23).

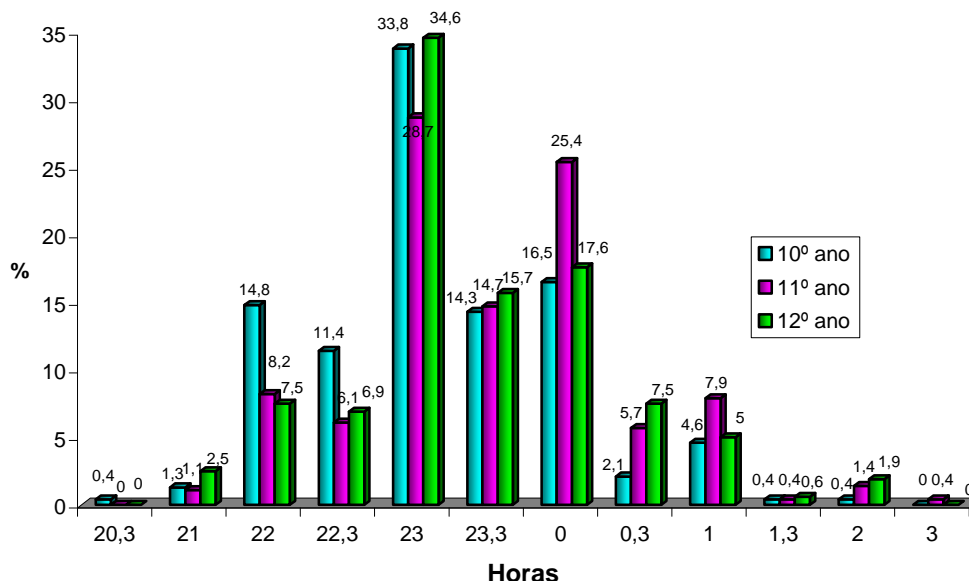
**Tabela 23:** Comparação da hora a que se deitam os adolescentes durante a semana, em função do ano de escolaridade – resultados do teste One-Way Anova

	10º ano (n=237) Média (DP)	11º ano (n=279) Média (DP)	12º ano (n=159) Média (DP)	F (2,672)	10º ano vs 11º ano	10º ano vs 12º ano	11º ano vs 12º ano
Horas a que se deitam durante a semana	2,65 (0,84)	3,01 (0,91)	2,89 (0,89)	10,62 ***	***	*	n.s.

\*\*\*  $p<0,001$ , \*  $p<0,05$

A maioria dos inquiridos, independentemente do ano de escolaridade, deita-se durante a semana antes das 24h (75,6%,  $n=180$ , do 10º ano, 58,8%,  $n=164$ , do 11º ano e 67,2%,  $n=107$ , do 12º ano – ver gráfico 5).

**Gráfico 5:** Horas a que se deitam os adolescentes, durante a semana, em função do ano de escolaridade



Não existem diferenças na hora a que os adolescentes se deitam durante a semana em função das habilitações literárias dos pais ( $F(2,599)=1,97$ ,  $p=0,14$ ).

Em relação à hora a que os adolescentes se levantam durante a semana, verificou-se existir uma diferença muito significativa em função do género ( $t(518,66)=-2,84$ ,  $p=0,005$ ). As raparigas levantam-se mais cedo (tabela 24), com a maioria (51,3%,  $n=207$ ) a levantar-se antes das 7,30 horas, enquanto esta situação só se verifica para 35,1% ( $n=95$ ) dos rapazes.

**Tabela 24:** Resultados do teste t relativamente às horas a que os adolescentes se levantam durante a semana em função do género

	Raparigas (n=403) Média (DP)	Rapazes (n=271) Média (DP)	t (518,66)
Horas a que se levantam durante a semana	7,41 (0,88)	7,62 (1,02)	-2,84**

\*\*  $p<0,01$

Verificou-se que existe relação entre a idade dos adolescentes e a hora a que se levantam durante a semana ( $t(664,89)=-2,37$ ,  $p=0,018$ ), levantando-se os adolescentes mais novos mais cedo que os mais velhos (tabela 25).

**Tabela 25:** Resultados do teste t relativamente às horas que os adolescentes se levantam durante a semana em função da idade

	Mais novos (n=325) Média (DP)	Mais velhos (n=349) Média (DP)	t (664,89)
Horas a que se levantam durante a semana	7,41 (0,85)	7,58 (1,02)	-2,37*

\* p&lt;0,05

Verificou-se também que existem diferenças significativas na hora a que os adolescentes se levantam durante a semana, em função do ano de escolaridade que frequentam ( $F(2,671)=23,48$ ,  $p=0,000$ ). O teste Post-Hoc de Scheffe revelou que os adolescentes que frequentam o 10º ano se levantam mais cedo que os do 11º e do 12º ano de escolaridade e que os do 11º ano se levantam mais tarde que os do 12º ano (tabela 26).

**Tabela 26:** Comparação da hora a que se levantam os adolescentes durante a semana, em função do ano de escolaridade – resultados do teste One-Way Anova

	10º ano (n=237) Média (DP)	11º ano (n=279) Média (DP)	12º ano (n=159) Média (DP)	F (2,671)	10º ano vs 11º ano	10º ano vs 12º ano	11º ano vs 12º ano
Horas a que se levantam durante a semana	7,19 (0,47)	7,75 (1,09)	7,50 (1,06)	23,48 ***	***	**	*

\*\*\* p&lt;0,001, \*\* p&lt;0,01, \* p&lt;0,05

Quanto à hora a que os adolescentes se levantam à semana, não se verificou existir diferenças em função das habilitações literárias dos pais ( $F(2,598)=0,45$ ,  $p=0,64$ ).

Tal como se verificava nas noites de semana, também ao fim-de-semana os adolescentes do sexo masculino e feminino diferem de forma significativa na hora de deitar ( $t(481,95)=-7,03$ ,  $p=0,000$ , tabela 27). As raparigas deitam-se mais cedo que os rapazes (21,2%, n=84, e 10,6%, n=28, respectivamente, vão para a cama antes das 24 horas). Os participantes que se deitam mais cedo são do sexo feminino e vão para a cama às 22h e às 22h30m (2,0%, n=8 e 0,8%, n=3, respectivamente). Os rapazes que se deitam mais cedo vão para a cama às 23 horas (7,2%, n=19).

**Tabela 27:** Resultados do teste t relativamente às horas que os adolescentes se deitam ao fim-de-semana em função do género

	<b>Raparigas</b> <b>(n=395)</b> <b>Média (DP)</b>	<b>Rapazes</b> <b>(n=264)</b> <b>Média (DP)</b>	<b>t (481,95)</b>
<b>Horas a que se deitam ao fim-de-semana</b>	2,56 (1,36)	3,43 (1,67)	-7,03***

\*\*\* p&lt;0,001

Existem ainda diferenças significativas entre os adolescentes mais novos e mais velhos, no que concerne à hora de deitar ao fim-de-semana ( $t(628,00)=-3,86$ ,  $p=0,000$ ), com os mais velhos a deitarem-se mais tarde que os mais novos (tabela 28). No grupo dos mais novos, a maioria (53,7%,  $n=172$ ) dos adolescentes deita-se até às 0h30m inclusive. Pelo contrário, no grupo dos mais velhos, a maioria (53,1%,  $n=180$ ) deita-se depois das 0h30m.

**Tabela 28:** Resultados do teste t relativamente às horas que os adolescentes se deitam ao fim-de-semana em função da idade

	<b>Mais novos</b> <b>(n=320)</b> <b>Média (DP)</b>	<b>Mais velhos</b> <b>(n=339)</b> <b>Média (DP)</b>	<b>t (628,00)</b>
<b>Horas a que se deitam ao fim-de-semana</b>	2,68 (1,30)	3,13 (1,72)	-3,86***

\*\*\* p&lt;0,001

Não existem diferenças ao fim de semana, quanto à hora a que os adolescentes se deitam, em função do ano de escolaridade que frequentam ( $F(2,656)=1,99$ ,  $p=0,14$ ), nem em função das habilitações literárias dos pais ( $F(2,587)=2,77$ ,  $p=0,64$ ).

Existe também uma diferença significativa entre os adolescentes de ambos os sexos, na hora de levantar ao fim-de-semana ( $t(516,51)=-5,34$ ,  $p=0,000$ ), com as raparigas a levantarem-se mais cedo (tabela 29) que os rapazes (9,7%,  $n=38$ , vs 6,1%,  $n=16$ , respectivamente, levantam-se antes das 9h, e destes 1,4%,  $n=5$ , raparigas e 1,2%,  $n=3$ , rapazes, antes das 8h).

**Tabela 29:** Resultados do teste t relativamente às horas que os adolescentes se levantam ao fim-de-semana em função do género

	<b>Raparigas</b> (n=399) Média (DP)	<b>Rapazes</b> (n=265) Média (DP)	<b>t (516,51)</b>
<b>Horas a que se levantam ao fim-de-semana</b>	10,36 (1,39)	11,00 (1,58)	-5,34***

\*\*\* p&lt;0,001

Não se encontraram diferenças ao nível da hora de levantar ao fim-de-semana, entre os adolescentes mais novos e os mais velhos ( $t(656,84)=-0,621$ ,  $p=0,53$ ). Também não existe relação entre o ano de escolaridade que os inquiridos frequentam e a hora a que se levantam ao fim-de-semana ( $F(2,661)=2,49$ ,  $p=0,08$ ); contudo, existem diferenças significativas na hora a que os adolescentes se levantam ao fim-de-semana, em função das habilitações literárias dos pais ( $F(2,592)=5,26$ ,  $p=0,005$ ). Os adolescentes cujos pais possuem ambos o ensino superior ou secundário levantam-se mais tarde do que os que são filhos de pais em que um está habilitado com o ensino superior ou secundário e o outro com o ensino básico (tabela 30).

**Tabela 30:** Hora a que se levantam os adolescentes ao fim-de-semana, em função das habilitações literárias dos pais – resultados do teste One-Way Anova

	<b>Ambos ens. sup. ou sec.</b> (n=152) Média (DP)	<b>Um ens. sup. ou sec. e outro ens básico</b> (n=101) Média (DP)	<b>Ambos ens. básico</b> (n=339) Média (DP)	<b>F (2,592)</b>	<b>Ambos ens. sup. ou sec. vs Um ens. sup. ou sec. e outro ens. básico</b>	<b>Ambos ens. sup. ou sec. vs Ambos ens. básico</b>	<b>Um ens. sup. ou sec. e outro ens. básico vs Ambos ens. básico</b>
<b>Horas a que se levantam ao fim-de-semana</b>	10,92 (1,42)	10,45 (1,62)	10,47 (1,46)	5,258**	*	n.s.	n.s.

\*\* p&lt;0,01, \* p&lt;0,05

\*\*\*

Relativamente ao padrão de sono dos adolescentes, após a análise efectuada, podemos concluir que:

- existem diferenças significativas entre a hora a que os adolescentes se deitam à semana e ao fim-de-semana, e entre a hora a que se levantam à semana e ao fim-de-semana. Deitam-se e levantam-se mais tarde ao fim-de-semana;
- as raparigas e os rapazes diferem quanto ao número de horas que dormem durante a semana, à hora a que se deitam à semana e ao fim-de-semana, e à hora a que se levantam à semana e ao fim-de-semana. As raparigas dormem mais que os rapazes, e deitam-se e levantam-se tendencialmente mais cedo que eles à semana e ao fim-de-semana;
- os adolescentes mais novos e os mais velhos diferem quanto ao número de horas que dormem ao fim-de-semana, à hora a que se deitam à semana e ao fim-de-semana, e à hora a que se levantam à semana. São os mais novos que dormem mais horas ao fim-de-semana, que se deitam mais cedo à semana e ao fim-de-semana e que se levantam mais cedo durante os dias de semana;
- os adolescentes do 10º, 11º e 12º ano diferem entre si na hora a que se deitam à semana e na hora a que se levantam à semana. São os adolescentes que frequentam o 10º ano que se deitam e levantam mais cedo durante a semana;
- há diferenças significativas na hora a que os adolescentes se levantam ao fim-de-semana em função das habilitações literárias dos pais. Os adolescentes cujos pais possuem ambos o ensino superior ou secundário levantam-se mais tarde que os que são filhos de pais em que um está habilitado com o ensino superior ou secundário e o outro com o ensino básico.

### 6.1.3. Hábitos alimentares

Para avaliar os hábitos alimentares dos adolescentes, para além da análise descritiva da informação fornecida pelos participantes, iremos analisar a relação do sexo, idade, ano de escolaridade que os adolescentes frequentam e habilitações literárias dos pais, com o número de refeições que fazem por dia, o tipo de pequeno almoço que ingerem, o tipo de alimentação que fazem, o consumo diário de água, doces, refrigerantes, sumos de pacote, consumo de *fast-food*, de maionese, enchidos, fritos, café e preferência pela forma de confecção dos alimentos.

Analisaremos ainda a relação entre o horário lectivo e a ingestão de pequeno-almoço e meio da manhã.

\*\*\*

Quanto ao número de refeições que os inquiridos fazem, verificámos que 27,5%, n=187, tomam seis refeições por dia (pequeno-almoço, meio da manhã, almoço, lanche, jantar e ceia); 35,9% (n=244) cinco; 28,8% (n=196) quatro; 7,4% (n=50) três; e 0,4% (n=3) duas refeições.

Os participantes que referem só fazer duas refeições por dia ingerem o almoço e o jantar. Relativamente aos adolescentes que mencionaram fazer três refeições por dia, aferimos que 54% (n=27) tomam pequeno-almoço, almoço e jantar; 22% (n=11) o meio da manhã, o almoço e o jantar; 16% (n=8) o almoço, o lanche e o jantar; 6% (n=3) o almoço, o jantar e a ceia; e 2% (n=1) mencionaram que as refeições que tomam são o meio da manhã, o lanche e o jantar.

**Tabela 31:** Número de refeições que os adolescentes fazem por dia em função do género, idade, ano de escolaridade e habilitações literárias dos pais

Variáveis	Número de refeições				
	6 ref. n (%)	5 ref. n (%)	4 ref. n (%)	3 ref. n (%)	2 ref. n (%)
<b>Sexo</b>					
Feminino	117 (28,9)	144 (35,6)	113 (27,9)	29 (7,2)	2 (0,5)
Masculino	70 (25,5)	100 (36,4)	83 (30,2)	21 (7,6)	1 (0,4)
<b>Idade</b>					
14 - 16 anos	92 (28,2)	118 (36,2)	94 (28,8)	21 (6,4)	1 (0,3)
17 - 19 anos	95 (26,8)	126 (35,6)	102 (28,8)	29 (8,2)	2 (0,6)
<b>Ano de escolaridade</b>					
10º ano	68 (28,6)	85 (35,7)	60 (25,2)	23 (9,7)	2 (0,8)
11º ano	79 (28,2)	92 (32,9)	92 (32,9)	16 (5,7)	1 (0,4)
12º ano	40 (24,7)	67 (41,4)	44 (27,2)	11 (6,8)	0 (0,0)
<b>Hab. literárias dos pais</b>					
Ambos possuem curso superior ou ensino secundário	39 (25,3)	63 (40,9)	40 (26,0)	11 (7,1)	1 (0,6)
Um possui curso superior ou ensino secundário e o outro ensino básico	28 (27,2)	43 (41,7)	23 (22,3)	8 (7,8)	1 (1,0)
Ambos possuem ensino básico	98 (28,4)	115 (33,3)	108 (31,3)	23 (6,7)	1 (0,3)

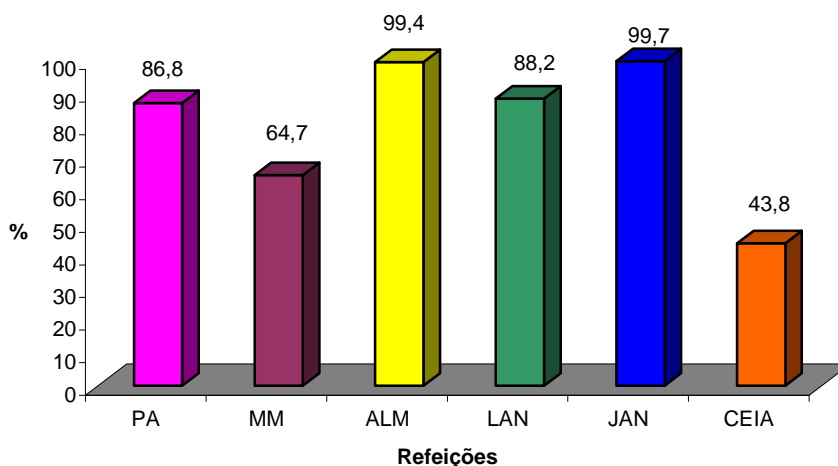
Conforme se pode verificar na tabela 31, a percentagem de adolescentes do sexo feminino que comem seis (28,9%, n=117) ou duas refeições por dia (0,5%, n=2) é

superior à de adolescentes do sexo masculino que fazem o mesmo número de refeições (25,5%, n=70 e 0,4%, n=1, respectivamente). O hábito de comer seis ou cinco refeições por dia é um pouco mais frequente nos adolescentes mais novos que nos mais velhos e são também os mais novos os que menos referem fazer somente três ou duas refeições por dia (tabela 31).

A maioria dos adolescentes, independentemente do ano que frequentam, inserem-se num padrão alimentar de seis ou cinco refeições por dia. Contudo, é entre os inquiridos que frequentam o 12º ano que se encontra a maior percentagem de jovens com este padrão alimentar (66,1%, n=107, para 61,1%, n=171, do 11º ano e 64,3%, n=153 do 10º ano). É nos inquiridos do 10º ano que se encontra um maior número de adolescentes com hábitos alimentares mais desajustados (tabela 31), no que diz respeito ao número de refeições diárias, (9,7%, n=23, comem três refeições e 0,8%, n=2 duas por dia).

É nos participantes filhos de pais com menor grau de instrução que se encontra uma maior percentagem de adolescentes que fazem seis refeições diárias (28,4%, n=98) e uma menor percentagem de inquiridos que só fazem três (6,7%, n=23) ou duas refeições por dia (0,3%, n=1). A ceia é a única refeição que não é tomada pela maioria dos participantes (56,2%, n=382, gráfico 6).

**Gráfico 6:** Refeições realizadas pelos adolescentes



Não podemos afirmar que existe relação entre o género e o número de refeições que os adolescentes comem ( $U=53465,50$ ,  $p=0,35$ ). Também, não existe correlação entre a idade dos adolescentes e o número de refeições que fazem ao longo do dia ( $r_{sp}(680)=0,026$ ,  $p=0,49$ ), nem entre o ano de escolaridade que os participantes frequentam e o seu padrão alimentar, no que diz respeito ao número de refeições diárias



( $r_{sp}(680)=0,000$ ,  $p=0,99$ ), nem entre as habilitações literárias dos pais dos inquiridos e o número de refeições que os adolescentes comem ( $r_{sp}(602)=0,010$ ,  $p=0,80$ ).

A maioria (55,4%,  $n=377$ ) dos adolescentes toma pequeno-almoço e meio da manhã, 40,6%,  $n=276$ , comem ao pequeno-almoço ou ao meio da manhã e 4,0%,  $n=27$  não tomam pequeno-almoço nem meio da manhã. O comer ao pequeno-almoço e meio da manhã é mais frequente nos adolescentes do sexo feminino do que nos do sexo masculino (58,3%,  $n=236$ , raparigas e 51,3%,  $n=141$ , rapazes).

Os inquiridos que tomam pequeno-almoço fazem-no na sua maioria (87,7%,  $n=514$ ) em casa (tabela 32), sozinhos (51,7%,  $n=299$ , tabela 33) e sentados (72,5%,  $n=424$ ).

**Tabela 32:** Pequeno-almoço – Onde

Local	n	%
Casa	514	87,7
Escola	32	5,5
Casa ou escola	17	2,9
Café / Confeitaria	13	2,2
Noutro local	10	1,7
<b>Total</b>	<b>586</b>	<b>100</b>
Não responde	4	
Não toma pequeno-almoço	90	
<b>Total</b>	<b>680</b>	

**Tabela 33:** Pequeno-almoço – Com quem

Acompanhante	n	%
Só	299	51,7
Família	206	35,6
Colegas	29	5,0
Só ou família	24	4,2
Só ou colegas	14	2,4
Família ou colegas	6	1,0
<b>Total</b>	<b>578</b>	<b>100</b>
Não responde	12	
Não toma pequeno-almoço	90	
<b>Total</b>	<b>680</b>	

Relativamente aos grupos de alimentos que devem estar presentes num bom pequeno-almoço, verificou-se que a maioria dos adolescentes come laticínios (85,9%,  $n=507$ ) e cereais (79%,  $n=466$ ) todos os dias, e que 17,8% ( $n=105$ ) ingerem fruta. Os restantes alimentos que os inquiridos reportam ingerir são ovos (0,2%,  $n=1$ ), manteiga/margarina (39%,  $n=230$ ), enchidos (12,5%,  $n=74$ ), doces (30,2%,  $n=178$ ) e sumos de pacote (10,3%,  $n=70$ ). Nenhum inquirido bebe todos os dias refrigerantes ao pequeno-almoço.

Dos adolescentes que tomam pequeno-almoço, 15,1% ( $n=89$ ) tomam diariamente um bom pequeno-almoço (comem diariamente alimentos do grupo dos laticínios, cereais e fruta), 59,3% ( $n=350$ ) um pequeno-almoço suficiente (só ingerem diariamente alimentos de dois dos grupos), 18,8% ( $n=111$ ) insuficiente (só comem diariamente alimentos de um

dos grupos mencionados) e 6,8% (n=40) um pequeno-almoço mau (não ingerem diariamente nem laticínios, nem cereais, nem fruta). Analisando a distribuição por sexo, verifica-se que a percentagem de raparigas que tomam um bom pequeno-almoço é superior à dos rapazes (18,2%, n=64, vs 10,5%, n=25) e também é menor a percentagem de raparigas que toma um pequeno-almoço mau (4,8%, n=17, vs 9,7%, n=23). Contudo, não podemos afirmar que exista relação entre o género e o tipo de pequeno-almoço que ingerem ( $U=40800,50$ ,  $p=0,55$ ).

Também não se verificou nenhuma correlação entre o tipo de pequeno-almoço que os adolescentes ingerem e a idade ( $r_{sp}(590)=0,05$ ,  $p=0,23$ ), o ano de escolaridade que frequentam ( $r_{sp}(590)=-0,05$ ,  $p=0,20$ ) e as habilitações literárias dos pais ( $r_{sp}(522)=-0,04$ ,  $p=0,33$ ).

Não se verificou existir associação entre o horário das aulas dos adolescentes e a ingestão de pequeno-almoço ( $\chi^2=0,359$ ,  $Gl=1$ ,  $p=0,55$ ), mas existe uma relação significativa entre o grupo de inquiridos que tem aulas maioritariamente de manhã e o que tem aulas maioritariamente de tarde, quanto à ingestão da refeição do meio da manhã ( $\chi^2=23,89$ ,  $Gl=2$ ,  $p=0,000$ ), pois os que têm aulas de manhã são os que mais comem esta refeição (70,2%, n=348 vs 50%, n=92). Verifica-se ainda uma associação entre o horário das aulas dos adolescentes e a ingestão de pequeno-almoço e meio da manhã ( $\chi^2=15,232$ ,  $Gl=2$ ,  $p=0,000$ ), sendo no grupo de adolescentes que têm aulas no período da manhã que se encontra a maior percentagem de inquiridos que fazem estas duas refeições (59,9%, n=297, vs 43,5%, n=80).

O meio da manhã é uma refeição que é feita na escola por 90,5% (n=393) dos adolescentes (3,4%, n=15, tomam-na em casa, 2,8%, n=12, na escola ou em casa, 2,3%, n=10, na escola ou no café e 1,1%, n=5, noutros locais). Contrariamente ao que acontecia ao pequeno-almoço, a maioria dos adolescentes não come nem laticínios, nem cereais, diariamente, ao meio da manhã (tabela 34).

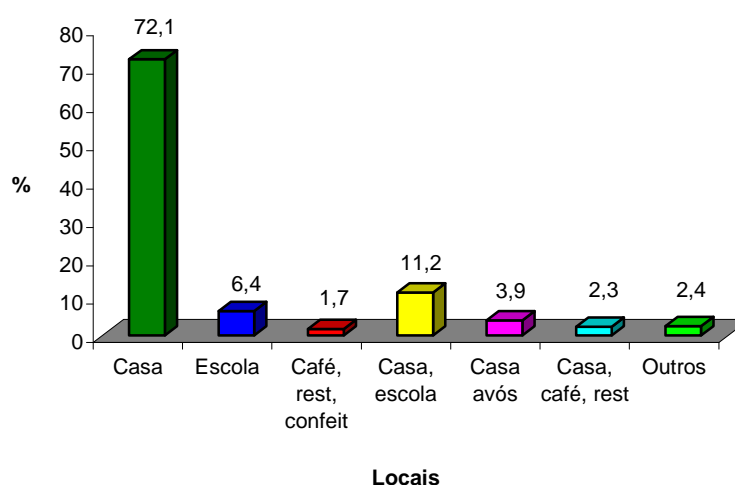
A percentagem de adolescentes que ingerem diariamente fruta e enchidos ao meio da manhã é inferior à dos que ingerem estes alimentos ao pequeno-almoço, mas aumenta o consumo de doces, de fritos (batatas fritas e rissóis ou croquetes), sumos de pacote e refrigerantes.

O almoço é uma refeição que é tomada por 99,4% (n=676) dos inquiridos e 99,9%, (n=675) almoçam sempre sentados. A maioria (72,1%, n=475) almoça em casa (gráfico 7) e na companhia da família (51,4%, n=338 vs 18,7%, n=123, que almoçam sós; 11,6%, n=76, com a família ou com os colegas; 8,5%, n=56, com colegas; 5,2%, n=34, sós ou com a família; e 4,6%, n=30, sós ou com colegas).

**Tabela 34:** Alimentos que os adolescentes ingerem diariamente ao meio da manhã

Grupos de alimentos	Comem diariamente		Não comem diariamente	
	n	%	n	%
Lacticínios	130	29,7	308	70,3
Cereais e derivados	120	27,4	318	72,6
Fruta	7	1,6	433	98,4
Doces	188	42,7	252	57,3
Enchidos	42	9,6		
Sumos de pacote	78	17,8	360	82,2
Refrigerantes	17	3,9	421	96,1
Fritos	5	1,2	435	98,8

A maioria dos inquiridos come todos os dias ao almoço alimentos dos grupos das carnes, pescado e ovos (79,4%, n=528), dos cereais e derivados, tubérculos (94,1%, n=626), dos hortícolas (63,5%, n=422) e da fruta (54,6%, n=363). Relativamente às leguminosas, apenas 4,5% (n=30) dos adolescentes referiram consumir diariamente alimentos deste grupo. Nenhum dos participantes no estudo come diariamente conservas de peixe ao almoço, mas 1,7% (n=11) comem enchidos, 0,9% (n=6) batatas fritas de pacote, 13,8%, (n=92) bebem sumos de pacote e 15,1% (n=100) refrigerantes.

**Gráfico 7:** Onde almoçam os adolescentes

Verificou-se que o número de adolescentes que nunca comem ou comem menos de uma vez por mês peixe ao almoço, é superior ao dos que nunca comem carne de vaca, porco

ou cabrito, e também ao dos que nunca comem carne de frango, peru ou coelho (9,3%, n=62, vs 7,5%, n=50, vs 7,1%, n=47, respectivamente).

Os cereais mais consumidos (pelo menos cinco vezes por semana) ao almoço são o arroz e a massa (45,3%, n=302), e o pão (43%, n=286). As batatas fritas em casa são preferidas às cozidas ou assadas (8,2%, n=54, vs 7,6%, n=50, ingerem-nas pelo menos cinco vezes por semana).

A sopa é a forma como mais inquiridos referem comer diariamente legumes (36,8%, n=245, vs 14,6%, n=97, comem legumes cozinhados; 22,7%, n=151, alface e agriões; e 12%, n=80, tomate e cenoura). Relativamente à fruta, os sumos naturais são menos ingeridos que as peças de fruta (49,6%, n=330 comem peças de fruta vs 9,8%, n=65 que bebem sumos de fruta naturais pelo menos cinco vezes por semana).

A maioria (88,2%, n=600) dos estudantes que participou no estudo lancha, fazendo 50,9% (n=301) dos inquiridos esta refeição em casa (tabela 35) e 40,7%, (n=240) sem companhia (tabela 36).

**Tabela 35:** Lanche – Onde

Local	n
Casa	301
Escola	128
Casa ou escola	91
Casa ou Café/Confeitaria	42
Noutro local	29
<b>Total</b>	<b>591</b>
Não responde	9
Não lancham	80
<b>Total</b>	<b>680</b>

**Tabela 36:** Lanche – Com quem

Com quem	n	%
Só	240	40,7
Colegas	143	24,3
Só ou colegas	105	17,8
Família	65	11,0
Família ou colegas	24	4,1
Só ou família	12	2,0
<b>Total</b>	<b>589</b>	<b>100</b>
Não responde	11	
Não lancham	80	
<b>Total</b>	<b>680</b>	

Os lacticínios e os cereais fazem diariamente parte do lanche da maioria dos adolescentes (52,5%, n=315 e 50,3%, n=302, respectivamente). A fruta só é consumida por 0,3% (n=2) dos inquiridos; 35,8% (n=215) comem doces; 15,7% (n=94) comem fiambre; 1,7% (n=10) fritos (batatas fritas ou rissóis); 10,4% (n=62) bebem sumos de pacote e 5,3% (n=32) refrigerantes.

O jantar é uma refeição que a maioria (97,9%, n=662) dos inquiridos faz em casa, na companhia da família (96,5%, n=652; 1,9%, n=13, com outras pessoas; e 1,6%, n=11, sós) e todos comem esta refeição sentados.

A maioria dos participantes come todos os dias ao jantar alimentos dos grupos das carnes, pescado e ovos (81,5%, n=554), dos cereais e derivados, tubérculos (94,4%, n=586), dos hortícolas (59,7%, n=406) e da fruta (51,2%, n=347). Apenas 5,9% (n=40) dos adolescentes referiram consumir diariamente alimentos do grupo das leguminosas. Nenhum dos adolescentes come diariamente conservas de peixe ao jantar; 0,4% (n=3) comem enchidos; 0,7% (n=5) comem batatas fritas de pacote; 10,6% (n=71) bebem sumos de pacote; e 15,4% (n=103) refrigerantes.

À semelhança do que acontecia ao almoço, verificou-se que ao jantar o número de adolescentes que nunca comem ou comem menos de uma vez por mês peixe, é superior ao dos que nunca comem carne de vaca, porco ou cabrito, e também ao dos que nunca comem carne de frango, peru ou coelho (8,1%, n=54, vs 5,8%, n=39, vs 5,1%, n=34, respectivamente).

A maioria dos inquiridos come arroz ou massa pelo menos cinco a seis vezes por semana ao jantar (50,3%, n=337) e 40,7% (n=277) comem pão. As batatas cozidas ou assadas são mais comidas que as que são fritas em casa (11%, n=74 vs 8,1%, n=54).

Tal como se verificou ao almoço, a forma principal como os adolescentes comem diariamente hortícolas ao jantar é na sopa (36,1%, n=241, vs 10,2%, n=68, comem legumes cozinhados; 20,8%, n=139, alface e agriões; e 10,6%, n=71, tomate e cenoura), sendo a ingestão de fruta feita mais na forma de peças de fruta (47,1%, n=314) do que em sumos de fruta naturais (10,2%, n=68).

**Tabela 37:** Alimentos que os adolescentes ingerem diariamente à ceia

Grupos de alimentos	Comem diariamente		Não comem diariamente	
	n	%	n	%
Lacticínios	172	57,7	126	42,3
Cereais e derivados	113	37,9	185	62,1
Fruta	1	0,3	297	99,7
Doces	77	25,8	221	74,2
Enchidos	18	6,1	280	93,9
Sumos de pacote	1	0,3	297	99,7
Refrigerantes	1	0,3	297	99,7

Os alimentos do grupo dos laticínios são os únicos ingeridos diariamente pela maioria (57,7%, n=172) dos adolescentes que ceia (tabela 37).

Relativamente ao consumo diário dos diferentes grupos de alimentos que integram a nova roda dos alimentos (MS, 2005), verificou-se que 45,9% (n=312) dos adolescentes não ingerem as 2 a 3 porções recomendadas de laticínios; 56,7% (n=390) as 4 a 11 porções de cereais e derivados, tubérculos; 88,5% (n=602) as 3 a 5 porções de fruta; 29% (n=197) as 1,5 a 4,5 porções de carnes, pescado e ovos; 46,4% (n=313) as 3 a 5 porções de hortícolas; 93,1% (n=619) as 1 a 2 porções de leguminosas (tabela 38).

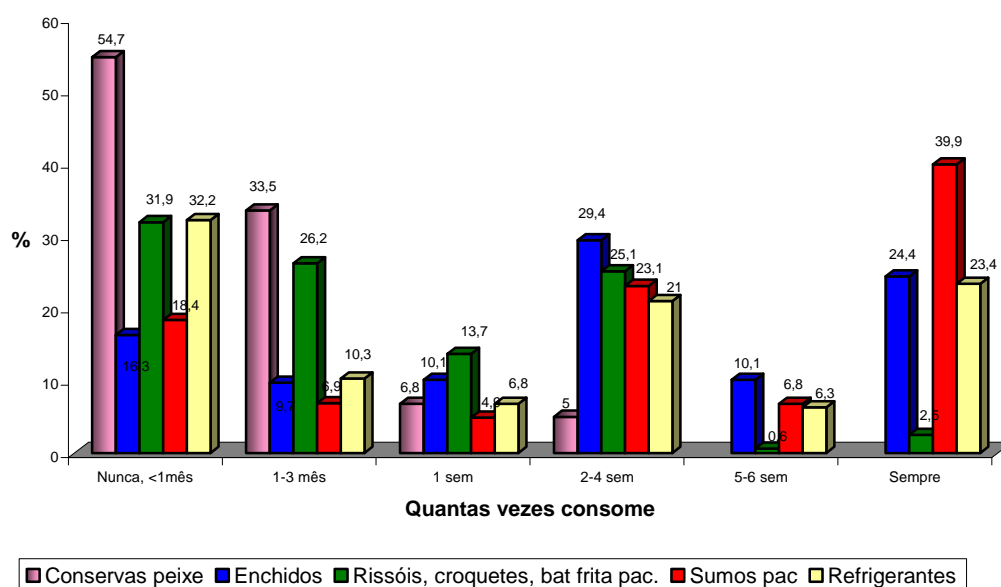
**Tabela 38:** Consumo diário de laticínios, cereais e derivados, fruta, carnes, pescado e ovos, hortícolas e leguminosas

Grupos de alimentos	Comem diariamente						Não comem
	1 ref.	2 ref.	3 ref.	4 ref.	5 ref.	6 ref.	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Laticínios	229 (33,7)	244 (35,9)	89 (13,1)	35 (5,1)	—	—	83 (12,2)
Cereais e derivados, tubérculos	16 (2,4)	131 (19,3)	238 (35,0)	196 (28,8)	72 (10,6)	22 (3,2)	5 (0,7)
Fruta	131 (19,3)	229 (33,7)	78 (11,5)	—	—	—	242 (35,6)
Carnes, pescado e ovos	115 (16,9)	482 (70,9)	1 (0,1)	—	—	—	82 (12,1)
Hortícolas	108 (16,0)	361 (53,6)	—	—	—	—	205 (30,4)
Leguminosas	23 (3,5)	23 (3,5)	—	—	—	—	619 (93,1)

Nenhum adolescente come conservas de peixe diariamente, verificando-se que a maioria (54,7%,n=369) nunca come, ou come menos de uma vez por mês. Os enchidos integram a alimentação da maioria dos inquiridos, havendo apenas 16,3 % (n=111) dos adolescentes que nunca os comem, ou comem menos de uma vez por mês. Quanto ao consumo de batatas fritas de pacote, rissóis e croquetes, verificou-se que só 31,9% (n=217) nunca os comem, ou comem menos de uma vez por mês. A maioria (75,3%, n=512) dos participantes nunca come maionese, ou come menos de uma vez por mês (gráfico 8).

Concluiu-se que apenas 18,4% (n=125) dos adolescentes nunca bebem sumos de pacote, ou bebem-nos menos de uma vez por mês, e que 32,2% (n=219) nunca bebem refrigerantes, ou bebem-nos menos de uma vez por mês (gráfico 8).

**Gráfico 8:** Consumo de conservas de peixe, enchidos, rissóis / croquetes e batatas fritas, sumos de pacote e refrigerantes



A percentagem de rapazes que nunca ingere fruta é superior à das raparigas (43,3%, n=119, vs 30,4%, n=123, respectivamente), verificando-se o mesmo no que concerne ao consumo de hortícolas (39,3%, n=106, rapazes vs 24,5%, n=99, raparigas). Relativamente ao consumo de lacticínios, a percentagem de raparigas que nunca come alimentos deste grupo é superior à dos rapazes (12,6%, n=51, vs 11,6%, n=32, respectivamente), o mesmo se podendo dizer quanto à ingestão de carnes, pescado e ovos (14,1%, n=57, raparigas vs 9,1%, n=25, rapazes). Quanto aos cereais, só no grupo de adolescentes do sexo feminino se encontraram participantes que afirmam nunca os consumir.

Analisando o tipo de alimentação que os adolescentes fazem diariamente, constata-se que apenas 4,1% (n=28) têm uma alimentação equilibrada, ou seja, consomem diariamente alimentos dos diferentes grupos da nova roda dos alimentos, nas porções recomendadas; 17,9% (n=122) têm uma alimentação quase equilibrada (consomem diariamente quatro grupos de alimentos, nas porções recomendadas); 23,8% (n=162) uma alimentação pouco equilibrada (consomem diariamente três grupos de alimentos, nas porções recomendadas); 24,3% (n=165) uma alimentação desequilibrada

(consomem diariamente dois grupos de alimentos, nas porções recomendadas); e 29,9% (n=203) uma alimentação muito desequilibrada (não consomem diariamente nem dois grupos de alimentos, nas porções recomendadas).

Não podemos afirmar que os adolescentes do sexo feminino e masculino difiram de forma significativa relativamente ao tipo de alimentação que fazem no seu dia a dia ( $U=54010,00$ ,  $p=0,49$ ). Também não se verificou diferença significativa entre o grupo de adolescentes mais novos (n=326) e mais velhos (n=354), relativamente ao tipo de alimentação que fazem ( $U=54429,00$ ,  $p=0,187$ ).

Concluiu-se ainda que não existe correlação entre o ano de escolaridade e o tipo de alimentação ( $r_{sp}(680)=0,05$ ,  $p=0,23$ ), nem entre as habilitações literárias dos pais e o tipo de alimentação ( $r_{sp}(602)=-0,03$ ,  $p=0,47$ ).

Os adolescentes bebem em média 6,26 copos de água por dia (DP=4,07). O mínimo que referiram beber foi nenhum copo (0,9%, n=6) e o máximo 25 copos (0,3%, n=2), sendo a moda de quatro copos de água (13,4%, n=87). A maioria (77,2%, n=504) dos adolescentes bebe menos de 1,5 litros de água por dia; 21,9% (n=143) bebem 1,5 litros ou mais; e 0,9% (n=6) afirmam que não bebem nenhum copo de água por dia.

As raparigas (n=390) diferem significativamente dos rapazes (n=258) quanto ao número de copos de água que bebem por dia ( $t(505,99)=-2,47$ ,  $p=0,014$ ), sendo estes os maiores consumidores (tabela 39).

**Tabela 39:** Resultados do teste t relativamente à quantidade de água que os adolescentes bebem em função do género

	Raparigas (n=390) Média (DP)	Rapazes (n=258) Média (DP)	t(505,99)
Quantos copos de água bebem	5,94 (3,84)	6,75 (4,30)	-2,47*

\*  $p<0,05$

Conforme se pode verificar na tabela 40, a percentagem de rapazes que bebe 1,5l ou mais de água por dia, é superior à das raparigas (26,6%, n=69, vs 18,8%, n=74).

Não existe associação entre a idade dos adolescentes e a quantidade de água que bebem (número de copos de água) diariamente ( $t(646)=-1,339$ ,  $p=0,18$ ). Também se concluiu que não existem diferenças no número de copos de água que os adolescentes bebem diariamente, nem em função do ano de escolaridade que frequentam



( $F(18,629)=1,33$ ,  $p=0,16$ ), nem em função das habilitações literárias dos pais ( $F(18,559)=1,52$ ,  $p=0,08$ ).

**Tabela 40:** Ingestão diária de água em função do género

Sexo	Quantidade de água		
	Nenhuma n (%)	Menos de 1,5l n (%)	1,5l ou mais n (%)
Feminino	3 (0,8)	317 (80,5)	74 (18,7)
Masculino	3 (1,2)	187 (72,2)	69 (26,6)
Total	6 (0,9)	504 (77,2)	143 (21,9)

A maioria dos inquiridos (56,8%,  $n=386$ ) consome doces diariamente, verificando-se que 28,7% ( $n=195$ ) o fazem a mais de uma refeição (tabela 41).

**Tabela 41:** Ingestão diária de doces

Número de refeições	Frequências	
	n	fi
Nenhuma	294	43,2
Uma	191	28,1
Duas	131	19,3
Três	51	7,5
Quatro	13	1,9
Total	680	100

Após aplicação do teste t, concluiu-se que não há diferenças entre raparigas e rapazes, a nível do consumo diário de doces ( $t=(580,68)=0,45$ ,  $p=0,65$ ). A ingestão diária de doces é significativamente maior nos adolescentes mais novos ( $t=(678)=2,02$ ,  $p=0,04$  – ver tabela 42).

Relativamente ao consumo diário de doces em função do ano de escolaridade que os adolescentes frequentam, pode-se concluir que há diferenças significativas ( $F(2,677)=8,08$ ,  $p=0,000$ ). O teste Post-Hoc de Scheffe revelou que os alunos do 12º ano são os que comem menos doces diariamente (tabela 43).

**Tabela 42:** Resultados do teste t relativamente ao consumo diário de doces em função da idade dos adolescentes

	<b>Mais novos (n=326) Média (DP)</b>	<b>Mais velhos (n=354) Média (DP)</b>	<b>t(678)</b>
<b>Consumo diário de doces</b>	1,05 (1,07)	0,89 (1,02)	2,02*

\* p&lt;0,05

Ainda relativamente ao consumo diário de doces, verificou-se que não existem diferenças em função das habilitações literárias dos pais ( $F(2,599)=0,75$ ,  $p=0,48$ ).

**Tabela 43:** Anova One-Way: Comparação dos adolescentes do 10º, 11º e 12º ano de escolaridade no consumo diário de doces

	<b>10º ano (n=238) Média (DP)</b>	<b>11º ano (n=280) Média (DP)</b>	<b>12º ano (n=162) Média (DP)</b>	<b>F (2,677)</b>	<b>10º ano vs 11º ano</b>	<b>10º ano vs 12º ano</b>	<b>11º ano vs 12º ano</b>
<b>Consumo diário de doces</b>	1,11 (1,10)	1,01 (1,03)	0,69 (1,05)	8,08 ***	n.s.	***	**

\*\*\* p&lt;0,001, \*\* p&lt;0,01

Quanto ao consumo semanal de guloseimas (gelados, chocolates, rebuçados, chicletes e gomas), verificou-se que o chocolate reúne as preferências dos inquiridos e que as gomas ocupam a posição oposta (quadro 7).

**Quadro 7:** Guloseimas que os adolescentes comem

<b>Guloseimas</b>	<b>Come</b>	<b>Não come</b>
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
Gelados	391 (57,6)	288 (42,4)
Chocolates	512 (75,4)	167 (24,6)
Rebuçados	246 (36,2)	433 (63,8)
Chicletes	472 (69,5)	207 (30,5)
Gomas	162 (23,9)	517 (76,1)

As frequências de consumo variam muito com o tipo de guloseima e as chicletes são as que mais adolescentes referem comer sete ou mais vezes por semana (tabela 44). Dos adolescentes que comem gelados 73,4% (n=284) consomem-nos durante todo o ano (62,3%, n=241 menos de 3 por semana). Dos 26,6% (n=103) inquiridos que só comem gelados no Verão, 21,2% (n=82) comem 3 ou mais por semana.

**Tabela 44:** Regularidade na ingestão de chocolates, rebuçados, chicletes e gomas

	Quantos comem				
	1 a 3 / sem	4 a 6 / sem	7 ou + / sem	Não come	Não responde
	n (%)	n (%)	n (%)	n	n
<b>Guloseima</b>					
Chocolates	386 (76,0)	102 (20,1)	20 (3,9)	167	5
Rebuçados	101 (42,3)	73 (30,5)	65 (27,2)	433	8
Chicletes	124 (27,1)	143 (31,3)	190 (41,6)	207	16
Gomas	65 (41,9)	34 (21,9)	56 (36,1)	517	8

Os refrigerantes são consumidos diariamente por 23,4% (n=159) dos inquiridos (tabela 45).

**Tabela 45:** Consumo de refrigerantes

Quando consomem	Frequências	
	n	fi
Nunca ou < 1/mês	214	32,2
1 a 3/mês	70	10,3
1/semana	46	6,8
2 a 4/semana	143	21,0
5 a 6/semana	43	6,3
Sempre	159	23,4
Total	680	100

Existe uma associação significativa entre o género e o consumo de refrigerantes ( $U=37693,50$ ,  $p=0,000$ ), sendo os rapazes os principais consumidores (tabela 46); 41,0% (n=166) das raparigas nunca bebem ou bebem menos de uma vez por mês, enquanto nos rapazes esta percentagem é de 19,3% (n=53). Verifica-se ainda que a percentagem

de rapazes que consomem refrigerantes todos os dias é superior à das raparigas (31,6%, n=87, vs 17,8%, n=72)

**Tabela 46:** Resultados do teste Mann-Whitney relativamente ao consumo de refrigerantes em função do género

	Raparigas (n=405) Ordem média	Rapazes (n=275) Ordem média	U (p)
Consumo de refrigerantes	296,07	405,93	37693,50 (***)

\*\*\* p<0,001

Não podemos afirmar que os adolescentes mais novos e mais velhos difiram de forma significativa no consumo de refrigerantes (U=55076,50, p=0,29).

O ano de escolaridade que o adolescente frequenta tem associação estatística com o consumo de refrigerantes (KW=10,51, p=0,005). A aplicação subsequente de 3 testes de Mann-Whitney (10º e 11º anos, 10º e 12º anos, 11º e 12º anos), com a correcção de Bonferroni, permitiu concluir que os inquiridos do 12º ano bebem refrigerantes menos vezes que os do 10º ano (tabela 47).

**Tabela 47:** Resultados do teste de Kruskal-Wallis e de Mann-Whitney, com a correcção de Bonferroni, relativamente ao consumo de refrigerantes em função do ano de escolaridade

	10º ano (n=238) Ordem média	11º ano (n=280) Ordem média	12º ano (n=162) Ordem média	KW (p)	10º ano vs 11º ano	10º ano vs 12º ano	11º ano vs 12º ano
Consumo de refrigerantes	367,77	337,82	305,07	10,51**	n. s.	**	n. s.

\*\* p<0,01

As habilitações literárias dos pais dos inquiridos não têm relação com o consumo de refrigerantes (KW=0,57, p=0,75). Os sumos de pacote são consumidos diariamente por 40% (n=272) dos inquiridos e só 18,4% (n=125) é que referiram nunca beber ou beber menos de uma vez por mês (tabela 48). Relativamente à frequência de ingestão de sumos de pacote, concluiu-se que não há diferenças significativas entre géneros (U=52814,00, p=0,23), nem entre adolescentes mais novos e mais velhos (U=53532,50,

$p=0,89$ ), nem em função das habilitações literárias dos pais dos inquiridos ( $KW=3,36$ ,  $p=0,19$ ).

**Tabela 48:** Consumo de sumos de pacote

Quando consomem	Frequências	
	n	fi
Nunca ou < 1/mês	125	18,4
1 a 3/mês	47	6,9
1/semana	33	4,9
2 a 4/semana	157	23,1
5 a 6/semana	46	6,8
Sempre	272	40,0
Total	680	100

O ano de escolaridade que o adolescente frequenta tem associação estatística com o consumo de sumos de pacote ( $KW=29,45$ ,  $p=0,000$ ). A aplicação subsequente de 3 testes de Mann-Whitney (10<sup>o</sup> e 11<sup>o</sup> anos, 10<sup>o</sup> e 12<sup>o</sup> anos, 11<sup>o</sup> e 12<sup>o</sup> anos), com a correcção de Bonferroni, permitiu concluir que os inquiridos do 10<sup>o</sup> ano bebem sumos de pacote mais vezes que os do 11<sup>o</sup> e 12<sup>o</sup> anos, e que os do 11<sup>o</sup> tomam sumos de pacote mais vezes que os do 12<sup>o</sup> ano (tabela 49).

**Tabela 49:** Resultados do teste de Kruskal-Wallis e de Mann-Whitney, com a correcção de Bonferroni, relativamente ao consumo de sumos de pacote em função do ano de escolaridade

	10 <sup>o</sup> ano (n=238) Ordem média	11 <sup>o</sup> ano (n=280) Ordem média	12 <sup>o</sup> ano (n=162) Ordem média	KW (p)	10 <sup>o</sup> ano vs 11 <sup>o</sup> ano	10 <sup>o</sup> ano vs 12 <sup>o</sup> ano	11 <sup>o</sup> ano vs 12 <sup>o</sup> ano
Consumo de sumos de pacote	387,92	331,87	285,75	29,45***	***	***	*

\*\*\*  $p<0,001$ , \*\*  $p<0,01$ , \*  $p<0,05$

A *fast-food* faz parte dos hábitos alimentares da maioria dos adolescentes, com 84,9% (n=572) a referir comer este tipo de alimentos. Dos inquiridos que quantificam a frequência de consumo (quadro 8), o comer uma ou menos de uma vez por semana é o mais mencionado. De referir que dos que comem mais de uma vez por semana, 0,7% (n=4) dizem que o fazem seis vezes por semana (2,6%, n=14, quatro vezes; 1,3%, n=7,

## Resultados

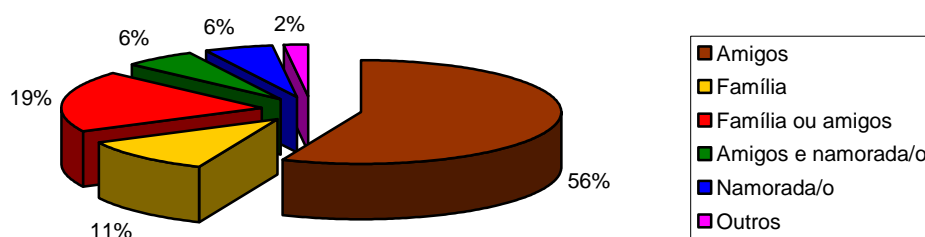
três vezes; e 11%, n=60, duas vezes). Dos que afirmam comer uma ou menos de uma vez por semana, 24,5% (n=134) fazem-no uma vez por semana (6,6%, n=36, duas a três vezes por mês; 10,2%, n=56, duas vezes por mês; e 43,1%, n=236, uma vez por mês).

**Quadro 8:** Regularidade com que comem *fast-food*

Quantas vezes	n	%
≤ 1 vez por semana	462	84,5
+ de 1 vez por semana	85	15,5
Total	547	100
Não responde	26	—
Depende	5	
Não come <i>fast-food</i>	102	—
Total	680	

Os amigos são a companhia da maioria (56,4%, n=321) dos inquiridos para os restaurantes de *fast-food* (gráfico 9).

**Gráfico 9:** Acompanhantes para os restaurantes de *fast-food*



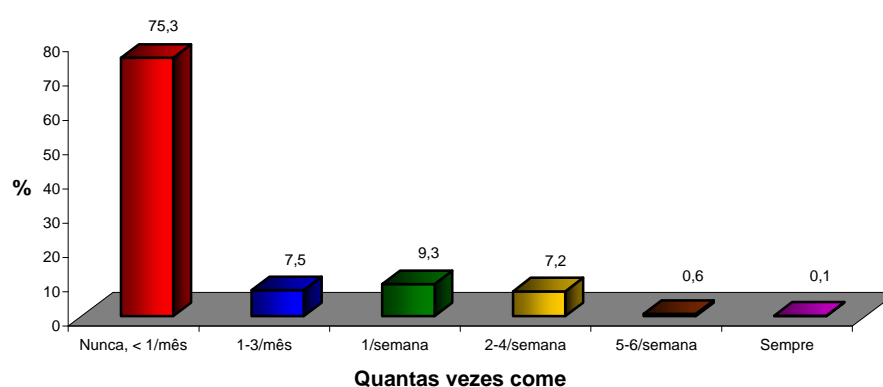
A maioria dos adolescentes do sexo feminino e masculino (84,4%, n=340 e 85,6%, n=232, respectivamente) come *fast-food*.

Foram testadas diferenças de distribuição amostral no comer *fast-food*, em função do género, da idade e do ano de escolaridade que os adolescentes frequentam, não se

encontrando diferenças, nem em função do género ( $\chi^2=0,19$ ,  $Gl=1$ ,  $p=0,66$ ), nem em função da idade ( $\chi^2=1,52$ ,  $Gl=1$ ,  $p=0,22$ ) e tão-pouco em função do ano de escolaridade ( $\chi^2=1,59$ ,  $Gl=2$ ,  $p=0,45$ ). Verificou-se também não existir relação entre as habilitações literárias dos pais e o consumo de *fast-food* pelos adolescentes ( $\chi^2=0,60$ ,  $Gl=2$ ,  $p=0,74$ ).

A maionese não faz parte dos hábitos alimentares da maioria dos adolescentes, pois 75,3% (n=512) inquiridos referem que nunca a comem, ou então fazem-no menos de uma vez por mês (gráfico 10).

**Gráfico 10:** Regularidade no consumo de maionese



Os adolescentes do sexo feminino e masculino não diferem significativamente no consumo de maionese ( $U=55031,50$ ,  $p=0,73$ ). Os adolescentes mais novos diferem significativamente dos mais velhos no consumo de maionese ( $U=53254,50$ ,  $p=0,02$ ), pois os mais velhos comem mais vezes maionese (tabela 50).

**Tabela 50:** Resultados do teste Mann-Whitney relativamente ao consumo de maionese em função da idade

	Mais novos (n=326) Ordem média	Mais velhos (n=354) Ordem média	U (p)
Consumo de maionese	326,86	353,06	53254,50 *

\*  $p<0,05$

Os inquiridos do 10<sup>o</sup>, 11<sup>o</sup> e 12<sup>o</sup> ano diferem significativamente no consumo de maionese ( $KW=68,39$ ,  $p=0,000$ ). A aplicação subsequente do teste de Mann-Whitney ao grupo 10<sup>o</sup> e 11<sup>o</sup> anos, 10<sup>o</sup> e 12<sup>o</sup> anos, e 11<sup>o</sup> e 12<sup>o</sup> anos, com a correcção de Bonferroni ( $p<0,017$ ),

permitiu concluir que os inquiridos do 12º ano comem maionese mais vezes que os do 10º e 11º ano, e também que os do 11º consomem mais vezes que os do 10º ano (tabela 51).

**Tabela 51:** Resultados do teste de Kruskal-Wallis e de Mann-Whitney, com a correcção de Bonferroni, relativamente ao consumo de maionese em função do ano de escolaridade

	10º ano (n=238) Ordem média	11º ano (n=280) Ordem média	12º ano (n=162) Ordem média	KW (p)	10º ano vs 11º ano	10º ano vs 12º ano	11º ano vs 12º ano
Consumo de maionese	290,25	339,92	415,33	68,39***	***	***	***

\*\*\* p<0,001

Os adolescentes diferem ainda na frequência com que consomem maionese em função das habilitações literárias dos seus pais (KW=9,07, p=0,01). Após a aplicação do teste de Mann-Whitney, com a devida correcção de Bonferroni (p<0,017), concluiu-se que os adolescentes cujos pais possuem ambos o ensino básico, comem maionese menos vezes do que os que são filhos de pais habilitados com o ensino superior ou secundário (tabela 52).

**Tabela 52:** Resultados do teste de Kruskal-Wallis e de Mann-Whitney, com a correcção de Bonferroni, relativamente ao consumo de maionese em função das habilitações literárias dos pais

	Ambos ens. sup. ou sec. (n=154) Ordem média	Um ens. sup. ou sec. e outro ens. básico (n=103) Ordem média	Ambos ens. básico (n=345) Ordem média	KW (p)	Ambos ens. sup. ou sec. vs Um ens. sup. ou sec. e outro ens. básico	Ambos ens. sup. ou sec. vs Ambos ens. básico	Um ens. sup. ou sec. e outro ens. básico vs Ambos ens. básico
Consumo de maionese	327,79	303,76	289,09	9,07 *	n. s.	**	n. s.

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



Analisando o consumo de batatas fritas de pacote, rissóis, croquetes ou outro tipo de salgados fritos, conclui-se 31,9% (n=217) dos adolescentes nunca comem, ou comem menos de uma vez por mês, alimentos deste tipo (quadro 9).

**Quadro 9:** Regularidade com que comem batatas fritas de pacote, rissóis, croquetes ou outro tipo de salgados fritos

Quantas vezes	n	%
Nunca ou menos de 1/mês	217	31,9
1-3/mês	178	26,2
1/semana	93	13,7
2 a 4/semana	171	25,1
5 a 6/semana	4	0,6
Sempre	17	2,5
Total	680	100

As raparigas diferem significativamente dos rapazes quanto à regularidade de consumo de fritos ( $U=50643,00$ ,  $p=0,038$ ), sendo nos adolescentes do sexo masculino que se verifica uma maior ocorrência de consumo (tabela 53).

**Tabela 53:** Resultados do teste Mann-Whitney relativamente ao consumo de fritos em função do género

	Raparigas (n=405) Ordem média	Rapazes (n=275) Ordem média	U (p)
Consumo de fritos	328,04	358,84	50643,00 (*)

\*  $p<0,05$

Não podemos afirmar que os adolescentes mais novos difiram de forma significativa dos mais velhos, no que concerne à regularidade de consumo de fritos ( $U=56588,50$ ,  $p=0,65$ ), mas concluiu-se que há diferenças significativas na regularidade de consumo de fritos em função do ano de escolaridade que os adolescentes frequentam ( $KW=25,45$ ,  $p=0,000$ ). Após a aplicação do teste de Mann-Whitney, com correcção de Bonferroni ( $p<0,017$ ), aos grupos 10º e 11º anos, 10º e 12º anos, e 11º e 12º anos, verificou-se que os inquiridos do 12º ano comem fritos menos vezes que os do 10º e 11º anos (tabela 54).

**Tabela 54:** Resultados do teste de Kruskal-Wallis e de Mann-Whitney, com a correcção de Bonferroni, relativamente ao consumo de fritos em função do ano de escolaridade

	10º ano (n=238) Ordem média	11º ano (n=280) Ordem média	12º ano (n=162) Ordem média	KW (p)	10º ano vs 11º ano	10º ano vs 12º ano	11º ano vs 12º ano
<b>Consumo de fritos</b>	349,31	369,81	276,90	25,45***	n. s.	***	***

\*\*\* p<0,001

Não há diferenças relativamente à regularidade com que os adolescentes consomem fritos, em função das habilitações literárias dos seus pais (KW=3,51, p=0,17).

Os enchidos, conforme se pode verificar no quadro 10, integram a alimentação da maioria dos inquiridos, pois só 16,3% (n=111) referem não os consumir, ou fazê-lo menos de uma vez por mês.

**Quadro 10:** Regularidade no consumo de enchidos

Quantas vezes	n	%
Nunca ou menos de 1/mês	111	16,3
1-3/mês	66	9,7
1/semana	69	10,1
2 a 4/semana	200	29,4
5 a 6/semana	69	10,1
Sempre	165	24,3
Total	680	100

Concluiu-se que as raparigas diferem significativamente dos rapazes quanto à regularidade no consumo de enchidos (U=46425,00, p=0,000), sendo nos adolescentes do sexo masculino que se verifica uma maior ocorrência de consumo (tabela 55).

**Tabela 55:** Resultados do teste Mann-Whitney relativamente ao consumo de enchidos em função do género

	Raparigas (n=405) Ordem média	Rapazes (n=275) Ordem média	U (p)
Consumo de enchidos	317,63	374,18	46425,00 (***)

\*\*\*  $p < 0,001$

Não existem, contudo, diferenças na regularidade de consumo de enchidos em função da idade dos adolescentes ( $U=55323,50$ ,  $p=0,34$ ), nem do ano de escolaridade que frequentam ( $KW=4,67$ ,  $p=0,09$ ), nem das habilitações literárias dos seus pais ( $KW=5,90$ ,  $p=0,052$ ).

O café é uma bebida consumida por 36,7% ( $n=249$ ) dos inquiridos. A frequência de ingestão mais referida pelos adolescentes foi de um a três por semana (53,0%,  $n=132$ , vs 32,1%,  $n=80$ , que bebem quatro a sete cafés, e 14,9%,  $n=37$ , mais de sete).

Para adoçar o café, 90,4% ( $n=224$ ) dos participantes usam açúcar, 5,6% ( $n=14$ ) adoçante e 4,0% ( $n=10$ ) não utilizam nada.

As raparigas e os rapazes não diferem significativamente quanto ao consumo de café ( $\chi^2=2,71$ ,  $Gl=1$ ,  $p=0,10$ ), contudo na nossa amostra o hábito de tomar café está associado à idade dos adolescentes ( $\chi^2=23,15$ ,  $Gl=1$ ;  $p=0,000$ ), ao ano de escolaridade que frequentam ( $\chi^2=12,62$ ,  $Gl=2$ ;  $p=0,002$ ) e às habilitações literárias dos pais ( $\chi^2=8,87$ ,  $Gl=2$ ;  $p=0,012$ ). É nos inquiridos dos 17 aos 19 anos que se encontra o maior número de consumidores (45,2%,  $n=160$ , para 27,4%,  $n=89$ , da classe dos 14 aos 16 anos). Verificámos que o hábito de beber café aumenta com o ano de escolaridade (29,0%,  $n=69$ , de adolescentes do 10º ano; 37,6%,  $n=105$ , do 11º ano; e 46,3%,  $n=75$ , do 12º ano). A maior percentagem de consumidores de café (45,6%,  $n=47$ ) situa-se entre os adolescentes em que um dos progenitores está habilitado com um curso superior ou ensino secundário e o outro com o ensino básico. Por outro lado, é no grupo de inquiridos em que os pais possuem ambos o ensino básico, que se encontra a menor percentagem de consumidores (31%,  $n=107$ ).

Existe ainda uma relação estatística significativa entre o género dos participantes e o número de cafés que bebem ( $U=6600,50$ ,  $p=0,04$ ), verificando-se que os rapazes bebem mais cafés que as raparigas (tabela 56).

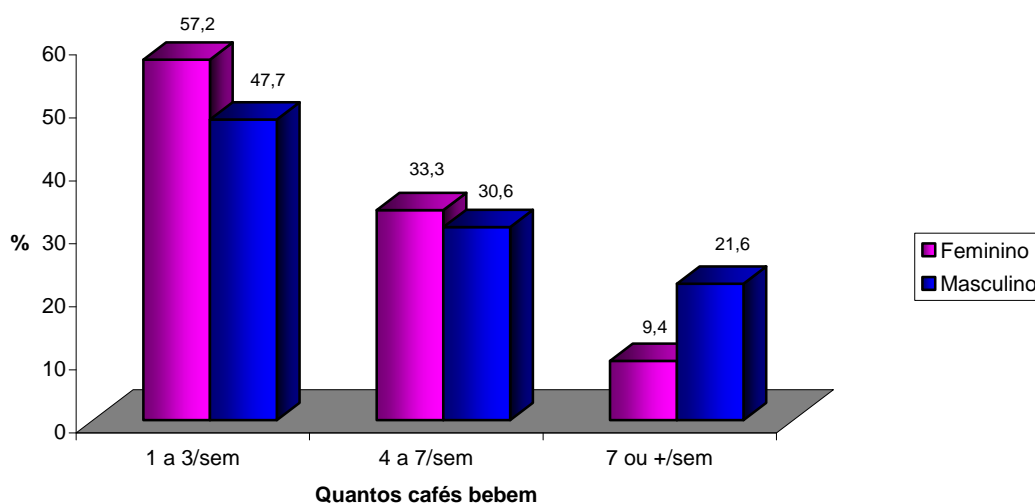
**Tabela 56:** Resultados do teste Mann-Whitney relativamente à quantidade de café que os adolescentes bebem em função do género

	Raparigas (n=138) Ordem média	Rapazes (n=111) Ordem média	U (p)
Consumo semanal de café	117,33	134,54	6600,50 (*)

\* p<0,05

Como se pode verificar no gráfico 11, a maioria das adolescentes bebe um a três cafés por semana e a percentagem de rapazes que tomam sete ou mais cafés por semana é superior à das raparigas.

**Gráfico 11:** Consumo semanal de café em função do género



Não existe correlação entre o número de cafés que os inquiridos bebem e a idade ( $r_{sp}(249)=0,098$ ,  $p=0,12$ ), nem entre o ano de escolaridade que frequentam e a quantidade de café que tomam ( $r_{sp}(249)=0,027$ ,  $p=0,67$ ).

A tabela 57 mostra que a forma de confecção grelhada é a mais seleccionada como preferida (50,8%, n=336) e a segunda menos indicada como a que gostam menos (8,5%, n=56). Os cozidos são a forma que os inquiridos gostam menos (43,4%, n=285, afirmam que é a forma de confecção de alimentos que gostam menos e só 15,5%, n=102, dizem que é a que gostam mais).

**Tabela 57:** Preferências sobre a forma de confecção dos alimentos

Escolhas	Frito	Cozido	Assado	Grelhado	Estufado
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1 (gosta menos)	105 (16,0)	285 (43,4)	47 (7,2)	56 (8,5)	129 (20,0)
2	68 (10,4)	122 (18,6)	53 (8,2)	55 (8,3)	130 (20,2)
3	106 (16,2)	86 (13,1)	47 (15,6)	98 (14,8)	133 (20,6)
4	122 (18,6)	61 (9,3)	148 (22,8)	116 (17,5)	129 (15,3)
5 (gosta mais)	254 (38,8)	102 (15,5)	300 (46,2)	336 (50,8)	154 (23,9)
Total	655 (100)	656 (100)	649 (100)	661 (100)	645 (100)

Existem diferenças significativas entre géneros quanto ao gostar mais ou menos dos alimentos fritos ( $U=45942,500$ ,  $p=0,015$ ), sendo os rapazes que apresentam em média maior preferência por este tipo de confecção (tabela 58): 41,6% ( $n=109$ ) seleccionam os fritos como forma preferida, enquanto nas raparigas esta percentagem é de 36,9% ( $n=145$ ).

**Tabela 58:** Resultados do teste Mann-Whitney relativamente à preferência de fritos como forma de confecção de alimentos em função do género

	Raparigas ( $n=393$ ) Ordem média	Rapazes ( $n=262$ ) Ordem média	U (p)
Preferência por fritos	313,90	349,15	45942,50 (*)

\*  $p<0,05$

Existe também relação entre o género e a preferência de alimentos assados ( $U=45916,000$ ,  $p=0,032$ ), sendo no sexo masculino que se encontra uma maior opção por este tipo de cozinhado (tabela 59): 50,6% ( $n=132$ ) elegem-na como a forma preferida, enquanto nas raparigas esta percentagem é de 43,3% ( $n=168$ ).

**Tabela 59:** Resultados do teste Mann-Whitney relativamente à preferência de assados como forma de confecção de alimentos em função do género

	Raparigas ( $n=388$ ) Ordem média	Rapazes ( $n=261$ ) Ordem média	U (p)
Preferência por assados	312,84	343,08	45916,00 (*)

\*  $p<0,05$

Os adolescentes do sexo feminino e masculino não diferem de forma significativa quanto às outras formas de confecção dos alimentos ( $U=51157,50$ ,  $p=0,82$ , cozidos;  $U=51252,50$ ,  $p=0,60$ , grelhados; e  $U=46890,50$ ,  $p=0,16$ , estufados).

Os adolescentes mais novos não diferem de forma significativa dos mais velhos, quanto à preferência por alguma forma de confecção dos alimentos ( $r_{sp}(655)=-0,06$ ,  $p=0,13$ , fritos;  $r_{sp}(656)=-0,03$ ,  $p=0,50$ , cozidos;  $r_{sp}(649)=0,06$ ,  $p=0,14$ , assados;  $r_{sp}(661)=-0,01$ ,  $p=0,81$ , grelhados; e  $r_{sp}(645)=0,04$ ,  $p=0,28$ , estufados).

Concluiu-se ainda que não existe correlação entre o ano de escolaridade que os adolescentes frequentam e a preferência por algum tipo particular de confecção de alimentos ( $(r_{sp}(655)=-0,08$ ,  $p=0,06$ ), para os fritos ( $r_{sp}(656)=0,02$ ,  $p=0,67$ ), para os cozidos; ( $r_{sp}(649)=-0,04$ ,  $p=0,32$ ), para os assados; ( $r_{sp}(661)=-0,002$ ,  $p=0,97$ ), para os grelhados; e ( $r_{sp}(645)=0,002$ ,  $p=0,95$ ), para os estufados).

Existe no entanto uma correlação negativa significativa entre as habilitações literárias dos pais e a selecção de fritos como a forma preferida de confecção de alimentos ( $r_{sp}(582)=-0,18$ ,  $p=0,005$ ), sendo o grupo de adolescentes cujos pais possuem ambos o ensino básico, aquele que eleger mais os fritos como forma preferida de confecção (ver tabela 60). Também se encontrou uma correlação negativa significativa entre as habilitações literárias dos pais e a selecção de grelhados como a forma preferida de confecção ( $r_{sp}(589)=-0,09$ ,  $p=0,04$ ), sendo nos adolescentes em que um dos progenitores possui um o curso superior ou o ensino secundário e o outro o ensino básico, que mais se verifica a preferência por esta forma de confecção de alimentos. O grupo de inquiridos que são filhos de pais habilitados com o ensino básico é onde se encontra a menor percentagem de participantes que referem os grelhados como a forma de confecção preferida (tabela 60).

**Tabela 60:** Correlações de Spearman relativamente à preferência sobre a forma de confecção de alimentos em função das habilitações literárias dos pais

	<b>Fritos (n=582)</b>	<b>Cozidos (n=584)</b>	<b>Assados (n=578)</b>	<b>Grelhados (n=589)</b>	<b>Estufados (n=573)</b>
	<b><math>r_{sp}</math> (p)</b>	<b><math>r_{sp}</math> (p)</b>	<b><math>r_{sp}</math> (p)</b>	<b><math>r_{sp}</math> (p)</b>	<b><math>r_{sp}</math> (p)</b>
<b>Habilitações literárias dos pais</b>	-0,18 (**)	-0,05 (n. s.)	0,06 (n. s.)	-0,09 (*)	0,12 (**)

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

Verificou-se ainda existir correlação entre as habilitações literárias dos pais e a selecção de estufados como a forma preferida de confecção de alimentos ( $r_{sp}(573)=0,12$ ,  $p=0,003$ ).

Os adolescentes em que um dos progenitores possui o curso superior ou o ensino secundário e o outro o ensino básico, são os que mais assinalam esta forma de confecção como preferida (tabela 60). Não se encontrou correlação entre a idade e a preferência entre cozidos ou assados.

\*\*\*

Relativamente aos hábitos alimentares dos adolescentes, após a análise efectuada, podemos concluir que:

- as raparigas e os rapazes diferem quanto ao consumo diário de água, de refrigerantes, de fritos, de enchidos, à quantidade de café que bebem semanalmente e à preferência de fritos e assados como forma de confecção de alimentos. Os rapazes bebem mais água, refrigerantes e café, comem fritos com maior regularidade e são também eles os que mais preferem os alimentos fritos e assados;
- os adolescentes mais novos diferem dos mais velhos no consumo de doces, de maionese e de café. Os mais novos comem mais doces e menos maionese e é no grupo dos mais velhos que se encontra a maior percentagem de consumidores de café;
- os adolescentes do 10º, 11º e 12º ano diferem entre si quanto ao consumo de doces, de refrigerantes, de sumos de pacote, de maionese, de fritos e de café. Os alunos do 12º ano são os que comem menos doces e fritos, bebem menos sumos de pacote, comem mais maionese e bebem mais café. Bebem, também, menos refrigerantes que os do 10º ano;
- existe associação entre as habilitações literárias dos pais dos adolescentes e o consumo de maionese, de café e quanto à preferência de fritos, grelhados e estufados como forma de confecção de alimentos. Os adolescentes cujos pais possuem ambos o ensino básico são os que menos consomem café, os que mais seleccionam os fritos como forma preferida de confecção de alimentos e os que mais referem não gostar de grelhados. Comem também maionese menos vezes que os que são filhos de pais habilitados com o ensino superior ou secundário. Os adolescentes em que um dos progenitores possui o curso superior ou secundário e o outro o ensino básico, são os que mais referem preferir os alimentos estufados;

- existe relação entre o horário das aulas dos adolescentes e a ingestão da merenda do meio da manhã, e a ingestão de pequeno-almoço e merenda do meio da manhã. São os alunos que têm aulas maioritariamente no período da manhã os que mais ingerem a merenda do meio da manhã e, também, o pequeno-almoço e merenda do meio da manhã.

#### 6.1.4. Opinião dos adolescentes sobre a sua imagem corporal

Para avaliar a opinião que os adolescentes têm sobre a sua imagem corporal, para além da análise descritiva da informação fornecida pelos participantes, iremos analisar a relação do género, idade e ano de escolaridade que os adolescentes frequentam, com o IMC, com a opinião sobre a adequação do peso à altura, com a opinião sobre se têm peso a mais ou a menos, com a satisfação com a forma física e com o já ter feito dieta.

Analisar-se-á ainda a relação entre o número de refeições que fazem por dia, a ingestão de pequeno-almoço, ingestão da merenda do meio da manhã, o tipo de alimentação que os participantes fazem, o consumo de *fast-food* e da regularidade do seu consumo, e o consumo de doces, com o IMC, e também entre este e a satisfação com a forma física.

Faremos também a análise de conteúdo das repostas dos adolescentes a algumas questões relacionadas com a satisfação com a forma física e com os motivos que os levaram a fazer dieta.

\*\*\*

O peso dos participantes varia entre os 40 Kg e os 109 Kg, situando-se a média nos 61,25 Kg, (DP=10,40) e a mediana nos 60 Kg. No género feminino a média está nos 56,63 Kg e no masculino nos 68,11 Kg (quadro 11).

**Quadro 11:** Valores mínimo e máximo, média e desvio padrão do peso

Peso				
Sexo	Média (em Kg)	DP	Mínimo	Máximo
Ambos os sexos	61,25	10,40	40	109
Feminino (n=387)	56,63	8,51	40	109
Masculino (n=261)	68,11	9,09	50	101



A altura varia entre 1,50 m e 1,93 m, sendo a média de 1,69 m (DP=0,09) e a mediana de 1,69 m. No género feminino, a média é de 1,64 m e no masculino de 1,76 m (quadro 12).

**Quadro 12:** Valores mínimo e máximo, média e desvio padrão da altura

Altura				
Sexo	Média (em m)	DP	Mínimo	Máximo
Ambos os sexos	1,69	0,09	1,50	1,93
Feminino (n=394)	1,64	0,57	1,50	1,78
Masculino (n=269)	1,76	0,67	1,58	1,93

Relativamente ao IMC, verificámos que a maioria (81,4%, n=525) dos inquiridos têm peso normal, 9,9% (n=64) têm baixo peso e 1,4% (n=9) são obesos (quadro 11). É no grupo das raparigas que encontramos maior percentagem de adolescentes com baixo peso e menor percentagem com peso normal, excesso de peso e obesidade (quadro 13).

**Quadro 13:** IMC dos adolescentes

IMC					
Sexo	Baixo peso	Peso normal	Excesso de peso	Obesidade	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Ambos os sexos	64 (9,9)	525 (81,4)	47 (7,3)	9 (1,4)	645 (100)
Feminino	54 (14,1)	297 (77,8)	26 (6,8)	5 (1,3)	382 (100)
Masculino	10 (3,8)	228 (86,7)	21 (8,0)	4 (1,5)	263 (100)

Há diferenças significativas a nível do IMC dos participantes em função do género ( $U=44864,00$ ,  $p=0,001$ ), sendo os rapazes que mais frequentemente apresentam um peso normal (tabela 61).

Não há correlação estatística entre a idade do adolescente e o seu IMC ( $r_{sp}(645)=0,01$ ,  $p=0,84$ ), nem entre o número de refeições que fazem por dia e o IMC ( $r_{sp}(645)=0,06$ ,  $p=0,10$ ). Também se concluiu que não existe associação entre o tipo de alimentação que os adolescentes fazem e o seu IMC ( $r_{sp}(645)=0,01$ ,  $p=0,87$ ).

**Tabela 61:** Resultados do teste Mann-Whitney relativamente ao IMC dos adolescentes em função do género

	Raparigas (n=382) Ordem média	Rapazes (n=263) Ordem média	U (p)
IMC	308,95	343,41	44864,00 (**)

\*\* p&lt;0,01

Verificou-se que não há diferenças significativas entre tomar ou não o pequeno-almoço e o IMC ( $U=22552,50$ ,  $p=0,17$ ), nem entre o fazerem ou não a merenda do meio da manhã e o IMC ( $U=46963,00$ ,  $p=0,75$ ). Relativamente ao consumo de doces, também não podemos afirmar que exista relação com o IMC ( $U=24321,00$ ,  $p=0,48$ ).

O facto de os adolescentes comerem ou não *fast-food* não tem relação com o seu IMC ( $U=25277,50$ ,  $p=0,21$ ) e a regularidade no consumo deste tipo de alimentos também não tem correlação com o IMC ( $r_{sp}(434)=-0,82$ ,  $p=0,87$ ).

Quanto à opinião que os adolescentes têm sobre a adequação peso / altura, a maioria (63,3%,  $n=427$ ) considera que tem o peso adequado à sua altura. Dos que acham que não, a maioria (69,8%,  $n=173$ ) considera que tem peso a mais. Se compararmos a opinião dos adolescentes que afirmaram não ter um peso adequado à sua altura, em função do género e do IMC, verificamos que a percentagem dos que afirmam ter peso a mais e têm baixo peso ou peso normal, é superior nas raparigas face aos rapazes, e que a percentagem dos que consideram ter peso a menos e têm peso normal, é superior nos rapazes face às raparigas (quadro 14).

As raparigas diferem significativamente dos rapazes na opinião que têm sobre a adequação do seu peso à altura ( $\chi^2=28,21$ ,  $Gl=1$ ,  $p=0,000$ ), sendo elas as que mais acham que o peso não é adequado à altura (44,9%,  $n=180$ , vs 24,8%,  $n=68$ , rapazes). Contudo, 37,2% ( $n=110$ ) das raparigas e 19,7% ( $n=45$ ) dos rapazes, que responderam que não têm adequação entre peso e altura, têm peso normal. Não se verificou existir relação entre a idade dos adolescentes e a opinião que estes têm sobre a adequação do peso à altura ( $\chi^2=0,73$ ,  $Gl=1$ ,  $p=0,40$ ), nem entre o ano de escolaridade que os adolescentes frequentam e a opinião que têm sobre a relação peso / altura ( $\chi^2=0,78$ ,  $Gl=2$ ,  $p=0,68$ ).

Relativamente à opinião que os adolescentes têm sobre o seu peso, verificou-se que há uma relação significativa entre o género e a opinião sobre se têm peso em excesso ou a menos ( $\chi^2=19,01$ ,  $Gl=1$ ,  $p=0,000$ ), sendo as raparigas que maioritariamente (77,7%,

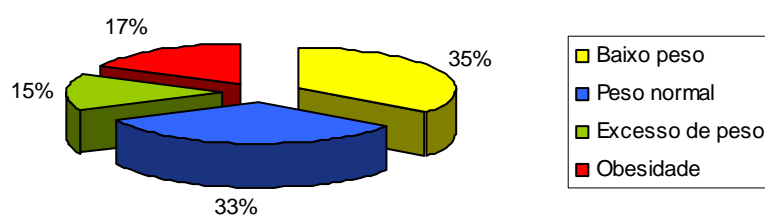
n=139) consideram ter peso a mais, enquanto a maioria (50,7%, n=35) dos rapazes pensa ter peso a menos. Verifica-se ainda que 76,8% (n=96) das raparigas e 58,1% (n=18) dos rapazes, que consideram que têm peso a mais, têm um peso normal. Não existe associação entre o considerarem que têm peso em excesso ou a menos, e a idade dos adolescentes ( $\chi^2=3,23$ ,  $Gl=1$ ,  $p=0,07$ ) ou o ano de escolaridade ( $\chi^2=4,36$ ,  $Gl=2$ ,  $p=0,11$ ).

**Quadro 14:** Opinião dos adolescentes sobre a adequação do seu peso à sua altura em função do género e do IMC

Género/opinião		IMC			
		Baixo peso	Peso normal	Excesso de peso	Obesidade
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Feminino	Peso a mais	1 (0,8)	96 (76,8)	23 (18,4)	5 (4,0)
	Peso a menos	26 (65,0)	14 (35,0)	0 (0)	0 (0)
Masculino	Peso a mais	0 (0)	18 (58,0)	11 (35,5)	2 (6,5)
	Peso a menos	6 (18,2)	27 (81,8)	0 (0)	0 (0)

A satisfação com a forma física é uma realidade para 60,4% (n=408) dos inquiridos. Há uma diferença significativa a este respeito entre géneros ( $\chi^2=36,63$ ,  $Gl=1$ ,  $p=0,000$ ), pois as raparigas estão mais insatisfeitas que os rapazes (49,0%, n=196, vs 25,8%, n=71, respectivamente). Os adolescentes mais novos não diferem dos mais velhos quanto à satisfação com a sua forma física ( $\chi^2=2,12$ ,  $Gl=1$ ,  $p=0,15$ ) e os adolescentes do 10º, 11º e 12º anos, também não diferem significativamente a este respeito ( $\chi^2=1,52$ ,  $Gl=2$ ,  $p=0,47$ ). No gráfico 12 pode verificar-se que os adolescentes com baixo peso estão significativamente mais satisfeitos com a sua forma física, do que os obesos e os que apresentam excesso de peso ( $\chi^2=26,20$ ,  $Gl=3$ ,  $p=0,000$ ).

**Gráfico 12:** Satisfação com a forma física em função do IMC



Analisando a satisfação que os participantes têm com a sua forma física em função do IMC, verifica-se que os adolescentes que apresentam baixo peso são os mais satisfeitos, quer no grupo das raparigas quer no dos rapazes, e que todas as raparigas obesas estão insatisfeitas com a sua forma física (quadro 15).

**Quadro 15:** Satisfação com a forma física em função do IMC e do género

IMC	Raparigas		Rapazes	
	Satisfeita	Insatisfeita	Satisfeito	Insatisfeito
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Baixo peso	34 (64,2)	19 (35,8)	8 (80,0)	2 (20,0)
Peso normal	155 (52,5)	140 (47,5)	174 (76,3)	54 (23,7)
Excesso de peso	4 (15,4)	22 (84,6)	9 (42,9)	12 (57,1)
Obesidade	—	5 (100)	3 (75,0)	1 (25,0)

Com o objectivo de analisar os motivos de satisfação ou insatisfação dos participantes com a sua forma física, foi-lhes solicitado que justificassem a sua opinião. Como era uma questão aberta, procedeu-se à análise de conteúdo do discurso produzido pelos adolescentes, tendo-se posteriormente construído as categorias. Responderam a esta questão 568 (83,5%) dos investigados, tendo sido excluídas as respostas dadas por 24 adolescentes (por não terem conteúdo para análise, mencionando apenas “Porque não” ou “Porque sim”). O discurso dos restantes levou à construção de duas categorias positivas: “Satisfação com a forma física, relacionada com o gostar do corpo” (28,8%, n=157) e “Satisfação com a forma física, relacionada com uma boa resistência” (27%, n=147); e cinco categorias negativas: “Insatisfação com a forma física, relacionada com o excesso de peso” (21,3%, n=116), “Insatisfação com a forma física, relacionada com o facto de se sentir magro/magra” (3,9%, n=21), “Insatisfação com a forma física, relacionada com a percepção de pouca massa muscular e falta de prática desportiva” (6,3%, n=34), “Insatisfação com a forma física, relacionada com o não gostar do seu corpo” (6,6%, n=36) e “Insatisfação com a forma física, relacionada com certos aspectos do corpo” (6,1%, n=33). Nos adolescentes insatisfeitos com certos aspectos do corpo, a barriga foi a parte mais referida (n=24), encontrando-se igualmente referência às pernas (n=6), às nádegas (n=1), à anca (n=1) e à cintura (1). No quadro 16 apresentam-se as categorias e algumas unidades de registo de cada categoria.

**Quadro 16:** Razões apontadas pelos adolescentes para a satisfação ou insatisfação com a forma física

Categorias	Unidades de registo
<b>Satisfação com a forma física, relacionada com o gostar do corpo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não me sinto gorda, gosto do meu corpo assim e acho que estou bem.</li> <li>• Acho que estou bem assim, não mudava nada</li> <li>• Acho que sou bem constituído</li> <li>• Acho que tenho um corpo bonito e bom para o meu desporto (karaté)</li> <li>• Estou como gosto, nem gorda nem magra</li> <li>• Gosto de mim tal como sou</li> <li>• Gosto do meu corpo</li> <li>• Gosto do que vejo no espelho</li> <li>• Porque sou musculado por praticar desporto e os meus ombros são largos</li> </ul>
<b>Satisfação com a forma física, relacionada com uma boa resistência</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pratico desporto e sinto-me bem assim, sinto-me em forma</li> <li>• Como eu pratico desporto e acho que me alimento razoavelmente bem, acho que a minha forma física é saudável</li> <li>• Pratico muito desporto e tenho os músculos notáveis e vigorosos</li> <li>• Faço bastante desporto, acho que tenho tudo no sítio</li> <li>• Acho que tenho resistência suficiente</li> <li>• Não me canso perante grandes esforços e tenho boa resistência física</li> <li>• Consigo mobilizar-me de forma activa</li> <li>• Acredito que tenho uma boa resistência e uma boa capacidade cardio-respiratória. Para além disso, sinto-me bem fisicamente</li> <li>• Aguento bem qualquer actividade física</li> <li>• Consigo atingir uma elevada capacidade de execução dos exercícios</li> </ul>
<b>Insatisfação com a forma física, relacionada com o excesso de peso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A roupa não serve, é muito difícil encontrar calças para vestir e para jogar futebol, se continuar a engordar não conseguirei correr e adoro jogar</li> <li>• Acho que devia estar mais magra, se bem que me dizem que estou bem assim, mas não acho!</li> <li>• Acho que se emagrecesse 1 ou 2 kg não me faria mal nenhum</li> <li>• Acho que tenho um pouco de banhas a mais</li> <li>• Acho que para a minha idade devia reduzir o peso</li> <li>• Embora pense que o meu peso esteja adequado à minha altura, acho-me um pouco cheinha</li> <li>• Porque estou gorda demais e o problema é que não posso fazer nada; não adianta, é problema de saúde</li> <li>• Acho que estou um bocado gorda para a minha altura</li> <li>• Apesar de o meu peso ser adequado à minha altura, sinto-me um pouco gorda</li> <li>• Estou forte demais para a altura que tenho</li> <li>• Estou um pouco forte para a idade. Visto 38 de calças</li> <li>• O meu corpo não é adequado à minha altura, é muito gordo</li> <li>• Porque estou com excesso de peso e tenho muita celulite</li> <li>• Porque sei que devia emagrecer e que no futuro me poderá trazer complicações</li> <li>• Gostava de ser um pouco mais magra</li> <li>• Porque estou a ficar mais gorda, estou mesmo gorda, mas à outra estou de perfeita saúde</li> </ul>

<p><b>Insatisfação com a forma física, relacionada com o facto de se sentir magro/magra</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acho-me muito magra</li> <li>• Estou muito magro</li> <li>• Acho que 2 ou 3 kg a mais não me fazia mal</li> <li>• Não me sinto bem com o meu peso e não consigo engordar, estou muito magro e por vezes é muito habitual ter tonturas</li> <li>• Sou muito magra e isso nem sempre é vantagem</li> <li>• Porque quero ser mais gorda</li> </ul>
<p><b>Insatisfação com a forma física, relacionada com a percepção de pouca massa muscular e falta de prática desportiva</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apesar de fazer actividade física sem dificuldade, gostaria de ter um corpo mais musculado</li> <li>• Deveria ter uma melhor preparação física para o desporto que pratico</li> <li>• Faço pouco exercício físico, estou muito flácida</li> <li>• Gostaria de estar em melhor forma</li> <li>• Gostava de aumentar a massa muscular</li> <li>• Não tenho os músculos definidos</li> <li>• Porque tenho que tonificar mais o corpo</li> <li>• Preciso de adquirir mais massa muscular, contudo não faço disso fobia</li> <li>• Sinto-me mal preparado fisicamente</li> <li>• Treino poucas vezes, tenho poucos músculos</li> </ul>
<p><b>Insatisfação com a forma física, relacionada com o não gostar do seu corpo</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não gosto do que vejo no espelho...</li> <li>• Porque sou gorda, tenho celulite e queria ser mais alta. Não gosto do meu corpo, é horrível</li> <li>• Não gosto do meu corpo, acho que sou gorda</li> <li>• Não me sinto bem comigo mesma</li> <li>• Não me sinto bem com o meu aspecto</li> <li>• Não me sinto bem com o meu corpo, pois sou um pouco gorda</li> <li>• Não gosto do meu corpo, pois não me sinto bem fisicamente, com a minha saúde e comigo própria</li> <li>• Não gosto do meu corpo, sou magrinha gostava de ter mais maminhas e mais rabinho</li> <li>• Devido a um problema de coluna, fiquei com o corpo um pouco atarracado, impedindo-me de crescer o suficiente; não gosto dele</li> <li>• Gostava de ser mais alta um bocado</li> <li>• Não gosto da forma do meu corpo, principalmente da estrutura da anca e ombros</li> <li>• Tenho uma vida sedentária, uma má alimentação e isso ressent-se no aspecto físico</li> </ul>
<p><b>Insatisfação com a forma física, relacionada com certos aspectos do corpo</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acho que a minha barriga está um pouco gorda</li> <li>• Tenho barriga a mais</li> <li>• Porque além de achar que tenho o peso certo para a minha altura, tenho umas gordurinhas na barriga</li> <li>• Porque tenho a minha barriga um pouco grande</li> <li>• Tenho "banhas" na barriga</li> <li>• Tenho a barriga um pouco flácida</li> <li>• Tenho uns quilos a mais na barriga</li> <li>• Podia ter menos gordura, essencialmente nas coxas</li> <li>• Sou um bocado gorda de pernas</li> <li>• Tenho as pernas muito magras</li> <li>• Queria ter mais músculos nas pernas</li> <li>• Muito tecido adiposo nas nádegas</li> <li>• Tenho umas ancas muito largas</li> <li>• Tenho uma cintura muito larga, muito pouco definida</li> </ul>

Os rapazes e as raparigas diferem nos motivos de satisfação ou insatisfação relativamente ao seu corpo: para eles o motivo de insatisfação mais relevante é a pouca massa muscular e a falta de prática desportiva (11,5%, n=24, vs 3%, n=10, raparigas), para elas o excesso de peso é o motivo mais mencionado (29,8%, n=100, vs 7,7%, n=16, rapazes). Relativamente à satisfação, as adolescentes valorizam mais o gostar do corpo (26,2%, n=88 vs 19,9%, n=67, que referem a boa resistência) e os adolescentes a boa resistência (38,5%, n=80 vs 33,2%, n=69, que reportam o gostar do corpo).

A insatisfação relacionada com certos aspectos do corpo foi um motivo apontado por vinte e oito raparigas e cinco rapazes: para eles as únicas partes do corpo que os desgostavam eram a barriga (n=4) e as pernas (n=1), para elas a barriga era a parte do corpo mais mencionada como motivo de insatisfação (n=20).

A maioria dos participantes nunca fez dieta (69,7%, n=474). Dos restantes, só 35,8% (n=73) dos adolescentes fizeram dieta por lhes ter sido recomendada, sendo nos outros casos por sua livre iniciativa. O médico foi quem mais recomendou (66,7%, n=48), o nutricionista aconselhou 22,2% (n=16) dos inquiridos e os restantes 11,1% (n=8) fizeram dieta por sugestão de outras pessoas (treinadores; pais; tia; mãe e amigas).

Os adolescentes do sexo feminino e masculino diferem de forma significativa no que respeita a fazer dieta ( $\chi^2=76,12$ , Gl=1, p=0,000), que é maioritariamente realizada pelas raparigas (43,0%, n=174, vs 11,6%, n=32, rapazes).

Não se verificou existir associação entre a idade e o fazer dieta ( $\chi^2=0,02$ , Gl=1, p=0,90), nem entre o ano de escolaridade que os adolescentes frequentam e o fazerem dieta ( $\chi^2=2,84$ , Gl=2, p=0,24).

Para analisarmos os motivos que levaram os adolescentes a fazer dieta, foi-lhes solicitado que explicassem porque razão o faziam. A análise das respostas dos 200 participantes que apontaram razões para fazer dieta, levaram à construção três categorias: “Para emagrecer” (44,5%, n=89), “Por descontentamento com o corpo ou partes do corpo” (41,5%, n=83) e “Por questões de saúde” (14%, n=28). Na categoria “Por descontentamento com o corpo ou partes do corpo” incluíram-se todas as respostas em que os adolescentes manifestavam desconforto e desagrado pelo corpo e dificuldade de o aceitarem na sua forma actual. A categoria “Para emagrecer” engloba todas as respostas em que os inquiridos expressam a necessidade de perder peso e na categoria “Por questões de saúde” reuniram-se as respostas que expressam que a dieta foi feita por motivos de doença. No quadro 17 podem visualizar-se algumas unidades de registo de cada categoria.

**Quadro 17:** Razões apontadas pelos adolescentes para fazerem dieta

<b>Categorias</b>	<b>Unidades de registo</b>
<b>Para emagrecer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Achava que precisava de perder um certo peso</li> <li>• Ao tomar a pílula engordei, ..., e tive necessidade de emagrecer, portanto fiz dieta</li> <li>• Estava gordo demais, tinha de emagrecer</li> <li>• Tinha excesso de peso (aproximadamente 10kg). Tinha de emagrecer, era demais</li> <li>• Para emagrecer e fazer uma alimentação saudável</li> <li>• Para perder peso (ainda estou a fazer a dieta)</li> <li>• Porque tinha interesse em emagrecer</li> </ul>
<b>Descontentamento com o corpo ou partes do corpo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Achava que estava um pouco gorda. Não gostava de ver o meu corpo</li> <li>• Achei que estava muito gorda e não gostava de me ver ao espelho, então emagreci na altura quase 18 Kg e arrependi-me</li> <li>• Achei que estava um pouco gorda e não me sentia bem comigo mesma e com o corpo</li> <li>• Acho-me um bocado gorda, principalmente nas ancas e não quero estar assim</li> <li>• Insatisfação com a forma física</li> <li>• Não gostava de me olhar ao espelho e não me sentia bem comigo</li> <li>• Porque me sentia mal com o corpo, não gosto do meu corpo</li> <li>• Porque não estava contente com a minha aparência. Não me sinto bem com a minha forma física</li> <li>• Porque não me sinto bem comigo mesma, não gosto do meu corpo</li> <li>• Sentia-me melhor comigo mesma se fosse mais magra. Fiz uma dieta para doentes do coração que necessitam de emagrecer</li> <li>• Sentia que o meu corpo devia ficar melhor para que eu me sentisse bem comigo próprio</li> </ul>
<b>Por questões de saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estava a atingir os limites, havia perigo de diabetes</li> <li>• Para ver se diminuía o problema de saúde</li> <li>• Porque ganhei anemia</li> <li>• Problemas de estômago</li> <li>• Problemas de saúde e por estar um bocadinho rechonchudo</li> <li>• Tinha colesterol elevado</li> <li>• Problemas de hipertensão arterial</li> <li>• Por causa da vesícula</li> </ul>

Quer nas raparigas quer nos rapazes, o emagrecer (45,6%, n=78, vs 34,5%, n=10, respectivamente) e o descontentamento com o corpo, ou partes do corpo (42,7%, n=73 vs 34,5%, n=10), foram as razões mais referidas para a dieta.

\*\*\*

Relativamente à opinião dos adolescentes sobre a sua imagem corporal, após a análise efectuada, podemos concluir que:



- as raparigas diferem dos rapazes quanto ao IMC, à opinião que têm sobre a adequação do peso à altura, à ideia sobre se têm peso a mais ou a menos, à satisfação com a forma física e à realização de dieta. Os rapazes são os que mais apresentam um peso normal, os que mais consideram que têm um peso adequado à altura e os mais satisfeitos com a forma física. As raparigas tendencialmente consideram que têm excesso de peso e são também as que mais se envolvem em dietas;
- a satisfação com a forma física está associada ao IMC e são os adolescentes com baixo peso os mais satisfeitos.

### **6.1.5. Hábitos de actividade e inactividade física**

Para avaliar os hábitos de actividade e inactividade física dos adolescentes, para além da análise descritiva da informação fornecida pelos participantes, iremos analisar a relação do género, idade e ano de escolaridade que os adolescentes frequentam, com a prática de actividade física, tempo total de actividade física por semana, ver televisão, número de horas que vê de televisão durante a semana e o fim-de-semana, uso de computador e /ou *playstation*, número de horas que passa no computador e /ou *playstation* durante a semana e o fim-de-semana. Analisaremos também a relação entre a prática de actividade física, o tempo total de actividade física por semana, e o IMC; o número de horas que vê de televisão durante a semana e o número de horas que dormem durante a semana; o número de horas que vê de televisão durante o fim-de-semana e o número de horas que dormem durante o fim-de-semana; o número de horas que passa no computador e /ou *playstation* durante a semana e o número de horas que dormem durante a semana; e o número de horas que passa no computador e / ou *playstation* durante o fim-de-semana e o número de horas que dormem durante o fim-de-semana.

Atendendo a que para a saúde e bem-estar físico, os efeitos da actividade física e do exercício físico são independentes das razões pelas quais os adolescentes os praticam, neste estudo considerou-se como actividade física todas as actividades que geralmente se consideram como exercício ou desporto.

Não foi considerada a participação nas aulas de educação física na escola, devido ao facto de os adolescentes não serem fisicamente activos durante uma parte desse tempo, que é dedicada à exposição de matéria, e por algumas sessões serem totalmente dedicadas à exposição de conteúdos.

Analisaremos ainda a relação entre o número de horas que os adolescentes dormem e o número de horas que despendem a ver televisão e a utilizar o computador e/ou *playstation* durante a semana e durante o fim-de-semana.

\*\*\*

A prática de actividade física faz parte dos hábitos de 60,6% (n=412) dos inquiridos. De entre as variadíssimas actividades que os participantes referiram praticar, o futebol é a mais reportada (quadro 18).

**Quadro 18:** Tipos de actividade física que os adolescentes praticam

Actividade	n	%
Futebol	97	23,8
Ginástica	60	14,7
Natação	60	14,7
Caminhada	45	11,1
Dança	29	7,1
Voleibol	18	4,4
Andar de bicicleta	16	3,9
Basquetebol	14	3,4
Voleibol	18	4,4
Corrida	12	2,9
Outros	56	13,8
Total	407	100
Não responde	5	
Não pratica actividade física	268	

A frequência de actividade física varia entre uma a sete vezes por semana, sendo as duas vezes por semana a frequência mais referida (12,8%, n=52, uma vez por semana; 26,1%, n=106, duas vezes; 25,9%, n=105, três vezes; 11,8%, n=48, quatro; 12,3%, n=50, cinco; 8,6%, n=35, seis; 2,5%, n=10, sete). A quantidade de tempo dispendido de cada vez que praticam exercício físico oscila entre os trinta minutos (3,7%, n=15) e as quatro horas (1,7%, n=7,) mas uma hora de cada vez é o mais mencionado. O total de horas semanais de actividade física que os adolescentes praticam, varia entre a meia hora (0,2%, n=1) e as 21 horas (2,2%, n=9), sendo a média de 5,54 horas (DP=4,08).

O género tem relação com a prática actividade física ( $\chi^2=32,01$ ,  $Gl=1$ ,  $p=0,000$ ), sendo a percentagem de rapazes praticantes superior à das raparigas (73,5%;  $n=202$ , rapazes vs 51,9%,  $n=210$ , raparigas).

Não há diferenças significativas na prática de actividade física em função da idade dos adolescentes ( $\chi^2=1,38$ ,  $Gl=1$ ,  $p=0,24$ ), concluindo-se o mesmo relativamente ao ano de escolaridade que os adolescentes frequentam ( $\chi^2=4,81$ ,  $Gl=2$ ,  $p=0,09$ ).

Considerando o tempo total de actividade física por semana, podemos afirmar que existem diferenças em função do género ( $U=14338,500$ ,  $p=0,000$ ), ocupando os rapazes mais tempo com esta actividade do que as raparigas (tabela 62).

**Tabela 62:** Resultados do teste Mann-Whitney relativamente ao tempo total de prática de actividade física em função do género

	Raparigas (n=205) Ordem média	Rapazes (n=198) Ordem média	U (p)
Tempo de prática de actividade física	172,92	232,11	14333,50 (***)

\*\*\*  $p < 0,001$

A idade e o ano de escolaridade que os adolescentes frequentam não têm associação com a quantidade de tempo que praticam exercício semanalmente ( $r_{sp}(403)=0,04$ ,  $p=0,38$ ,  $r_{sp}(403)=-0,06$ ,  $p=0,25$ , respectivamente).

O praticar ou não actividade física não tem correlação com o IMC dos adolescentes ( $r_{sp}(645)=0,07$ ,  $p=0,91$ ), verificando-se o mesmo com o tempo de prática semanal ( $r_{sp}(386)=0,54$ ,  $p=0,29$ ).

**Quadro 19:** Percentagem de adolescentes que vêem TV à semana e ao fim-de-semana

TV	Semana	FS
	n (%)	n (%)
Vê	602 (96,9)	607 (97,9)
Não vê	19 (3,1)	13 (2,1)
Total	621	620

A maioria dos inquiridos vê televisão à semana (96,9%,  $n=602$ ) e ao fim-de-semana (97,9%,  $n=607$ , quadro 19). Não podemos afirmar que os adolescentes do sexo feminino

e masculino difiram de forma significativa relativamente ao hábito de ver TV durante a semana ( $\chi^2=0,45$ ,  $Gl=1$ ,  $p=0,50$ ). Também não se verificaram diferenças significativas entre adolescentes mais novos e mais velhos, nem entre adolescentes do 10<sup>o</sup>, 11<sup>o</sup> e 12<sup>o</sup> anos de escolaridade, em relação ao verem TV durante a semana ( $\chi^2=0,67$ ,  $Gl=1$ ,  $p=0,41$ ,  $\chi^2=1,59$ ,  $Gl=2$ ,  $p=0,45$ , respectivamente).

Relativamente ao fim-de-semana, concluiu-se que não existem diferenças significativas entre géneros relativamente ao hábito de ver TV ( $\chi^2=0,13$ ,  $Gl=1$ ,  $p=0,90$ ), nem entre adolescentes mais novos e mais velhos e entre participantes do 10<sup>o</sup>, 11<sup>o</sup> e 12<sup>o</sup> anos de escolaridade ( $\chi^2=1,711$ ,  $Gl=1$ ,  $p=0,19$ ,  $\chi^2=3,43$ ,  $Gl=2$ ,  $p=0,18$ , respectivamente).

Quando se analisa o número de horas que os adolescentes vêem de televisão à semana e ao fim-de-semana, verifica-se que vêem mais horas ao fim-de-semana. Durante a semana assistem a uma média 6,00 horas ( $DP=5,74$ ), o que corresponde a 1,2 horas diárias, se virem todos os dias o mesmo tempo. Ao fim-de-semana vêem 5,10 horas ( $DP=3,22$ ), o que corresponde a 2,55 horas diárias, se virem o mesmo tempo todos os dias.

Uma hora foi o número mínimo de horas que os adolescentes que vêem TV disseram gastar desta forma, quer à semana (7,3%,  $n=43$ ) quer ao fim-de-semana (4,7%,  $n=28$ ), sendo no máximo 40 horas (0,2%,  $n=1$ ) durante a semana e 24 horas (0,3%,  $n=2$ ) durante o fim-de-semana.

A situação mais referida durante a semana foi a de ver duas horas de TV (18,1%,  $n=107$ ), sendo as quatro horas a situação mais referida ao fim-de-semana (24,7%,  $n=147$ ).

Concluiu-se que as raparigas e os rapazes não diferem significativamente no número de horas que vêem de TV à semana ( $t(608)=-0,42$ ,  $p=0,68$ ) e também não se encontraram diferenças significativas entre os adolescentes mais novos e mais velhos relativamente a este aspecto ( $t(608)=1,57$ ,  $p=0,12$ ).

Há diferenças significativas no número de horas de TV que os adolescentes vêem em função do ano de escolaridade que frequentam ( $(F(2,607)=4,11$ ,  $p=0,017$ ). O teste Post-Hoc de Scheffe revelou que os alunos do 10<sup>o</sup> ano vêem mais horas do que os do 11<sup>o</sup> ano (tabela 63).

Quanto ao fim-de-semana, não há diferença significativa entre géneros no número de horas que vêem de TV ( $t(606)=-0,34$ ,  $p=0,73$ ), mas existem diferenças significativas entre adolescentes mais novos e mais velhos ( $t(606)=-3,58$ ,  $p=0,000$ ), sendo os mais novos aqueles que assistem a mais horas (tabela 64).

**Tabela 63:** Anova One-Way – Comparação dos adolescentes do 10º, 11º e 12º ano de escolaridade quanto ao número de horas que vêem de TV durante a semana

	10º ano (n=206) Média (DP)	11º ano (n=250) Média (DP)	12º ano (n=154) Média (DP)	F (2,607)	10º ano vs 11º ano	10º ano vs 12º ano	11º ano vs 12º ano
Número de horas que vêem de TV	6,57 (6,39)	5,06 (4,48)	6,03 (6,48)	4,11 *	*	n.s.	n.s.

\* p<0,05

**Tabela 64:** Resultados do teste t relativamente ao número de horas de TV que os adolescentes vêem durante o fim-de-semana em função da idade

	Mais novos (n=293) Média (DP)	Mais velhos (n=315) Média (DP)	t(606)
Número de horas que vêem de TV	5,48 (3,78)	4,54 (2,63)	3,58***

\*\*\* p<0,001

Ainda em relação ao número de horas que os adolescentes vêem de TV ao fim-de-semana, concluiu-se que não há diferenças significativas entre os inquiridos do 10º, 11º e 12º anos de escolaridade ((F(2,605)=2,46, p=0,09).

O número de horas que os adolescentes dormem por noite durante a semana não tem correlação com o número de horas de televisão que vêem ( $r_{sp}(609)=-0,05$ , p=0,21) e também não existe correlação entre o número de horas que dormem por noite ao fim-de-semana e o número de horas de televisão que vêem neste período ( $r_{sp}(602)=0,01$ , p=0,79).

A utilização de computador e/ou *playstation* à semana e ao fim-de-semana é uma realidade para a maioria dos inquiridos (82,1%, n=504, e 76,7%, n=471, respectivamente, quadro 20).

Há diferenças significativas entre géneros relativamente ao uso do computador e/ou *playstation* durante a semana ( $\chi^2=17,37$ , Gl=1, p=0,000), sendo no grupo dos rapazes que se encontra uma maior percentagem de utilizadores (89,9%, n=223, vs 76,8%, n=281, raparigas), tal como sucede relativamente à utilização do computador e/ou

*playstation* ao fim-de-semana ( $\chi^2=40,63$ ,  $Gl=1$ ,  $p=0,000$ ; 89,9%,  $n=223$ , vs 67,8,8%,  $n=248$ , raparigas)

**Quadro 20:** Percentagem de adolescentes que usam o computador e/ou *playstation* à semana e ao fim-de-semana

Computador e/ou <i>playstation</i>	Semana	Fim-de-semana
	n (%)	n (%)
Usa	504 (82,1)	471 (76,7)
Não usa	110 (17,9)	143 (23,3)
Total	614	614

Não se verificaram existir diferenças significativas entre adolescentes mais novos e mais velhos, nem entre adolescentes do 10<sup>o</sup>, 11<sup>o</sup> e 12<sup>o</sup> anos de escolaridade, em relação ao uso do computador e/ou *playstation* durante a semana ( $\chi^2=1,20$ ,  $Gl=1$ ,  $p=0,27$ ,  $\chi^2=0,93$ ,  $Gl=2$ ,  $p=0,63$ , respectivamente), verificando-se o mesmo ao fim-de-semana, quer em relação à idade quer em relação ao ano de escolaridade ( $\chi^2=0,17$ ,  $Gl=1$ ,  $p=0,68$  e  $\chi^2=0,81$ ,  $Gl=2$ ,  $p=0,67$ , respectivamente). Quanto ao número de horas que os adolescentes passam no computador e/ou a jogar *playstation* durante a semana e durante o fim-de-semana, verificámos que, tal como acontecia com a televisão, há um aumento ao fim-de-semana, passando-se em média de 4,98 horas (DP=5,31) para 5,10 horas (DP=3,56).

Os adolescentes que mencionaram utilizar o computador e/ou *playstation* referiram gastar no mínimo uma hora à semana (13,8%,  $n=69$ ) e ao fim-de-semana (6,6%,  $n=31$ ). Quanto aos valores máximos, temos 35 horas durante a semana (0,8%,  $n=4$ ) e 20 horas durante o fim-de-semana (1,9%,  $n=9$ ). Quanto ao tempo gasto ao computador e/ou *playstation* durante a semana, o valor mais referido foi de duas horas (21,2%,  $n=106$ ), sendo de quatro horas ao fim-de-semana (16,9%,  $n=79$ ). Concluiu-se que os adolescentes do sexo feminino e masculino diferem significativamente em relação ao número de horas que passam no computador e/ou *playstation* durante a semana ( $t(375,10)=-5,52$ ,  $p=0,000$ ), sendo os rapazes que gastam mais tempo nesta actividade (tabela 65).

Ao fim-de-semana também existem diferenças significativas entre géneros, quanto ao número de horas que passam no computador e/ou *playstation* ( $t(428,71)=-8,44$ ,  $p=0,000$ ), sendo os rapazes que mais tempo gastam desta forma (tabela 66).

**Tabela 65:** Resultados do teste t relativamente ao número de horas que os adolescentes passam no computador e/ou *playstation* durante a semana, em função do género

	Raparigas (n=364) Média (DP)	Rapazes (n=246) Média (DP)	t(375,10)
Horas de uso de computador e/ou <i>playstation</i>	3,07 (3,95)	5,57 (6,29)	-5,52***

\*\*\*  $p < 0,001$

**Tabela 66:** Resultados do teste t relativamente ao número de horas que os adolescentes passam no computador e/ou *playstation* durante o fim-de-semana, em função do género

	Raparigas (n=364) Média (DP)	Rapazes (n=246) Média (DP)	t(428,71)
Horas de uso de computador e/ou <i>playstation</i>	2,85 (3,13)	5,47 (4,13)	-8,44***

\*\*\*  $p < 0,001$

Não se verificaram diferenças significativas entre os adolescentes mais novos e mais velhos, quanto ao número de horas que passam no computador e/ou *playstation*, quer à semana ( $t(608)=0,63$ ,  $p=0,53$ ) quer ao fim-de-semana ( $t(608)=1,35$ ,  $p=0,18$ ). Do mesmo modo, concluiu-se que não existem diferenças significativas relativamente ao ano de escolaridade e o número de horas que usam o computador e/ou *playstation*, quer à semana ( $F(2,607)=2,67$ ,  $p=0,07$ ) quer fim-de-semana ( $F(2,607)=1,11$ ,  $p=0,33$ ).

Existe uma correlação significativa entre o número de horas que os adolescentes passam no computador e/ou *playstation* à semana e o número de horas que dormem por noite nesse período ( $r_{sp}(610)=-0,11$ ,  $p=0,005$ ): no grupo de adolescentes que usam o computador e/ou *playstation* mais de 10 horas por semana, é maior a percentagem de inquiridos que dorme menos de oito horas por noite. Ao fim-de-semana não há correlação entre estes dois aspectos ( $r_{sp}(604)=0,32$ ,  $p=0,44$ ).

\*\*\*

Relativamente aos hábitos de actividade e inactividade física dos adolescentes, após a análise efectuada, podemos concluir que:

- existem diferenças significativas entre as raparigas e os rapazes relativamente à prática de actividade física e ao tempo total de actividade física por semana, no uso do computador e /ou *playstation* à semana, no número de horas que passam no computador e /ou *playstation* durante a semana, no uso do computador e /ou *playstation* ao fim-de-semana, e no número de horas que passam no computador e /ou *playstation* durante o fim-de-semana. Os rapazes praticam mais actividade física e durante mais tempo que as raparigas, sendo também eles que mais utilizam o computador e /ou *playstation*, quer à semana quer ao fim-de-semana, e que mais horas gastam nessa actividade durante a semana e o fim-de-semana;
- os adolescentes mais novos diferem dos mais velhos quanto ao número de horas em que vêem televisão durante o fim-de-semana, sendo que os mais novos vêem mais que os mais velhos;
- os adolescentes do 10º, 11º e 12º ano, diferem entre si no número de horas em vêem televisão durante a semana. Os alunos do 10º ano vêem mais horas que os 11º ano;
- o número de horas que os adolescentes passam no computador e /ou *playstation* durante a semana está correlacionado com o número de horas que dormem durante esse período. No grupo de inquiridos que usam o computador e/ou *playstation* mais de 10 horas por semana, é maior a percentagem de adolescentes que dorme menos de oito horas por noite.

#### **6.1.6. Hábitos tabágicos**

Para avaliar os hábitos tabágicos dos adolescentes, para além da análise descritiva da informação fornecida pelos participantes, iremos investigar a relação entre o sexo, a idade e o ano de escolaridade que os adolescentes frequentam, e o hábito de fumar e a quantidade de cigarros que fumam por dia.

Analisaremos ainda a relação entre o sexo e a idade com que começaram a fumar, entre a idade com que começaram a fumar e a quantidade de cigarros que os adolescentes fumam por dia, e entre a prática de actividade física, o consumo de café, o ter amigos que fumam, o ter familiares que fumam e o hábito de fumar nos adolescentes, e se o número de horas que os adolescentes dormem à semana e ao fim-de-semana tem relação com o número de cigarros que fumam por dia. Far-se-á a análise de conteúdo das repostas dos adolescentes, face às questões “porque começou a fumar?” e “porque voltou a fumar?”.

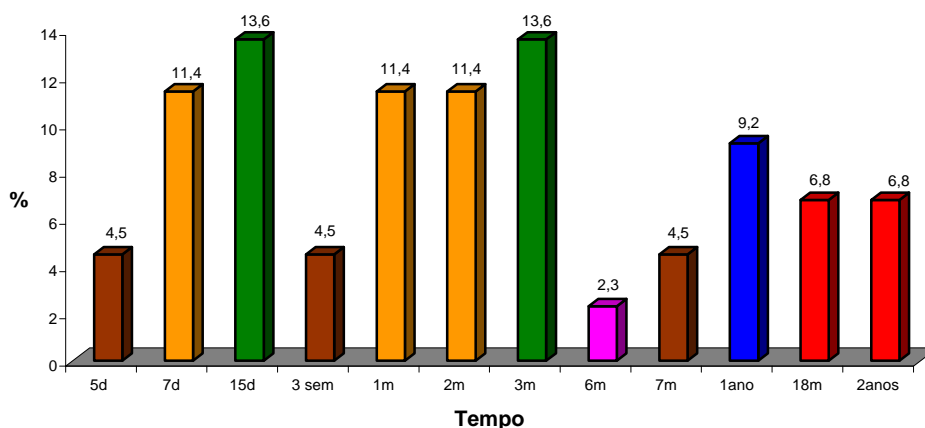


\*\*\*

À data do questionário, 13,4% (n=91) dos adolescentes fumavam e 13 afirmaram que embora não fumassem nesse momento, já tinham sido fumadores. A percentagem de rapazes que fuma é superior à das raparigas (15,3%, n=42, vs 12,1%, n=49).

Já tinham tentado deixar de fumar 57 inquiridos, 44 (77,2%) dos quais retomaram o hábito (22,8%, n=13, mantinham-se sem fumar no momento que participaram no estudo), tendo-se mantido sem fumar entre cinco dias (4,5%, n=2) e dois anos (6,8%, n=3). A maioria (72,7%, n=32) só conseguiu estar sem fumar por um período menor ou igual a seis meses (gráfico 13).

**Gráfico 13:** Tempo que estiveram sem fumar os adolescentes que tentaram deixar de fumar



A idade com que os inquiridos começaram a fumar (quadro 21) variou entre os nove (2,2%, n=2) e os 19 anos (1,1%, n=2), sendo a média de 13,67 anos (DP=1,76).

A quantidade de cigarros que os adolescentes fumam por dia varia entre dois (6,7%, n=6) e 25 (1,1%, n=1), sendo em média 8,15 (DP=5,30). Os restantes disseram fumar três (11,3%, n=10), quatro (10,1%, n=9), cinco (11,3%, n=10), seis (13,5%, n=12), sete (3,4%, n=3), oito (10,1%, n=9), dez (9,0%, n=8), onze (1,1%, n=1), doze (4,5%, n=4), catorze (2,2%, n=2), quinze (9,0%, n=8) e vinte cigarros (6,7%, n=6) por dia; um adolescente não respondeu à questão e outro disse que o número de cigarros que fumava por dia variava muito.

Os adolescentes foram ainda inquiridos sobre os motivos que os levaram a começar a fumar. Responderam a esta questão 90 dos 91 adolescentes que fumam, não tendo sido consideradas as respostas dadas por sete participantes, por não terem conteúdo para análise (apenas mencionaram “Porque quis”). O discurso dos restantes levou à

construção de quatro categorias: “Comecei a fumar porque queria experimentar” (22,9%, n=19), “Comecei a fumar por influência do grupo de pares” (38,5%, n=32), “Comecei a fumar porque achei que me dava um certo estilo” (24,1%, n=20) e “Outros motivos” (14,5%, n=12). No quadro 22 podem visualizar-se algumas unidades de registo de cada categoria.

**Quadro 21:** Idade com que começaram a fumar

Idade	Ambos os sexos	Feminino	Masculino
	n (%)	n (%)	n (%)
9 anos	2 (2,2)	2 (4,1)	—
10 anos	2 (2,2)	1 (2,0)	1 (2,4)
11 anos	4 (4,4)	1 (2,0)	3 (7,1)
12 anos	10 (11,0)	7 (14,3)	3 (7,1)
13 anos	25 (27,4)	17 (34,8)	8 (19,0)
14 anos	22 (24,2)	11 (22,4)	11 (26,2)
15 anos	14 (15,4)	8 (16,3)	6 (14,3)
16 anos	8 (8,8)	2 (4,1)	6 (14,3)
17 anos	2 (2,2)	—	2 (4,8)
18 anos	1 (1,1)	—	1 (2,4)
19 anos	1 (1,1)	—	1 (2,4)
Total	91 (100)	49 (100)	42 (100)

**Quadro 22:** Motivos que levaram os adolescentes a começar a fumar

Categorias	Unidades de registo
<b>Comecei a fumar porque queria experimentar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Experimentei e gostei e com o tempo foi uma forma de relaxar</li> <li>• Queria experimentar e andava mal</li> <li>• Curiosidade e para me exhibir, até que apanhei o gosto</li> <li>• Cai no erro de experimentar e vivo em ambientes de fumo</li> </ul>
<b>comecei a fumar por influência do grupo de pares</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para me sentir bem com o meu grupo amigos, agora é um vício</li> <li>• Grupo de amigas que resolveu que queria experimentar e combinou</li> <li>• Influência dos amigos que fumavam e estavam sempre a perguntar se não queria experimentar</li> </ul>
<b>Comecei a fumar porque achei que me dava um certo estilo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Via os outros e achava engraçado e que ficava bem, agora estou com o vício do fumo</li> <li>• Vaidade. Acho que fica bem</li> <li>• Por causa do estilo</li> </ul>
<b>Outros motivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brincadeira</li> <li>• Problemas familiares</li> </ul>

As causas apontadas pelos adolescentes que tentaram deixar de fumar e não conseguiram, deram origem à criação de duas categorias: “Recomecei a fumar porque não consegui resistir” (80%, n=32) e “Recomecei a fumar por influência do grupo de pares” (20%, n=8). As respostas dadas por três participantes não foram consideradas por não terem conteúdo para análise (apenas mencionaram “Porque quis”) e um inquirido não respondeu à questão. No quadro 23 apresentam-se algumas unidades de registo de cada categoria.

A maioria (83,1%, n=74) dos adolescentes fumadores gostaria de deixar o hábito e de reduzir o número de cigarros que fuma por dia (85,6%, n=77). Grande parte dos pais sabem que os filhos fumam (44,4%, n=40) e 32,2% (n=29) dos participantes fumadores têm autorização dos pais. Fumam em casa 41,1% (n=37) dos inquiridos.

**Quadro 23:** Motivos que levaram os adolescentes a recomeçar a fumar

Categorias	Unidades de registo
<b>Recomecei a fumar porque não consegui resistir</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estavam todos a fumar e eu pedi um cigarro e recomecei</li> <li>• Deixei no período de férias porque não podia fumar. Quando começaram as aulas, recomecei</li> <li>• Fui obrigada a deixar de fumar, mal me vi livre de controlo comecei logo a fumar</li> <li>• Não consegui aguentar. Parecia que o meu corpo é que chamava pelo tabaco</li> <li>• A vontade era maior e não consegui resistir</li> <li>• Não aguentei, andava muito stressada</li> </ul>
<b>Recomecei a fumar por influência do grupo de pares</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Outra vez por influência dos amigos</li> <li>• Voltei às aulas e não se faz nada nos intervalos e os amigos fumam</li> <li>• Noitadas com os amigos. Todos fumam e assim influenciam um ...</li> <li>• Não resisti ao vício e ao grupo de amigos</li> </ul>

Relativamente aos hábitos tabágicos dos amigos e dos familiares com que vivem, 35,7% (n=235) dos investigados afirmam que os amigos fumam e 48,2% (n=325) que têm familiares com quem habitam que fumam. O pai é o familiar que mais adolescentes referem como sendo fumador (quadro 24).

Não podemos afirmar que os adolescentes do sexo feminino e masculino difiram de forma significativa relativamente ao consumo de tabaco ( $\chi^2=1,42$ , Gl=1, p=0,23). Os adolescentes mais novos diferem de forma muito significativa dos mais velhos quanto ao hábito de fumar ( $\chi^2=12,41$ , Gl=1, p=0,000), sendo a percentagem de fumadores superior no grupo de participantes mais velhos (17,8%, n=63, vs 8,6%, n=28, adolescentes mais

novos). Não existe associação estatística entre o ano de escolaridade e o hábito de fumar ( $\chi^2=3,76$ ,  $Gl=2$ ,  $p=0,15$ ).

**Quadro 24:** Quais os familiares com quem habitam que fumam

Familiar	n	%
Pai	152	46,8
Mãe	50	15,4
Irmãos	27	8,3
Pais	56	17,2
Outros	40	12,3
Total	674	100
Não responde	6	

Os adolescentes do sexo feminino e masculino diferem de forma significativa na idade com que começaram a fumar ( $U=756,00$ ,  $p=0,027$ ), tendo as raparigas começado mais cedo que os rapazes (tabela 67). A idade mínima com que os adolescentes iniciaram o consumo de tabaco foi de 9 anos no sexo feminino e de 10 anos no masculino. A máxima foi de 16 anos nas raparigas e de 19 anos nos rapazes (quadro 21), sendo a média de 13,27 anos ( $DP=1,51$ ) nas inquiridas e os 14,14 anos ( $DP=1,92$ ) nos inquiridos.

**Tabela 67:** Resultados do teste Mann-Whitney relativamente à idade com que os adolescentes começaram a fumar em função do género

	Raparigas (n=49) Ordem média	Rapazes (n=42) Ordem média	U (p)
Idade com que começaram a fumar	40,43	52,50	756,00 (*)

\*  $p<0,05$

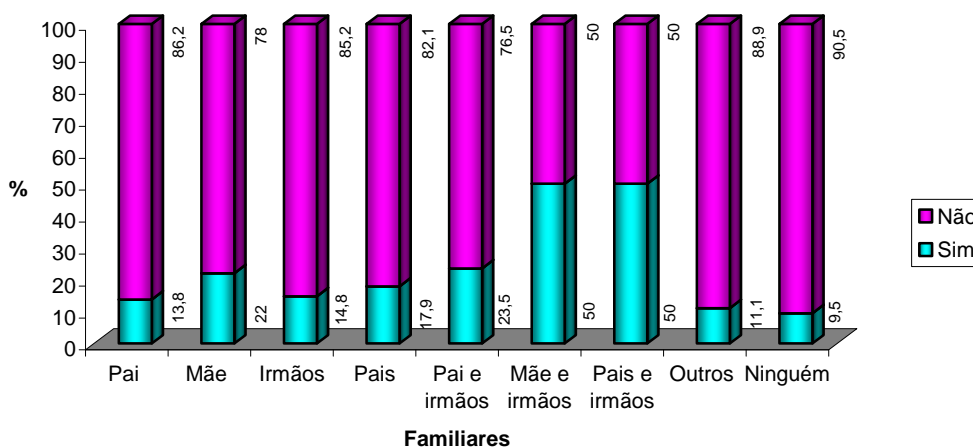
Analisando o número de cigarros que os adolescentes fumam diariamente em função do género, concluiu-se que não existem diferenças significativas ( $U=902,50$ ,  $p=0,52$ ), o mesmo se passando relativamente à idade ( $U=819,50$ ,  $p=0,76$ ) e ao ano de escolaridade ( $KW=0,05$ ,  $p=0,98$ ). Não existe correlação entre a idade com que os adolescentes começaram a fumar e o número de cigarros que fumam ( $r_{sp}(89)=0,001$ ,  $p=0,99$ ). Não existem diferenças entre o grupo de adolescentes que pratica de actividade física e o que não pratica, quanto ao hábito de fumar ( $\chi^2=1,26$ ,  $Gl=1$ ,  $p=0,26$ ).

Podemos afirmar que existe uma associação estatística significativa entre o hábito de beber café e o de fumar ( $\chi^2=69,36$ ,  $Gl=1$ ,  $p=0,000$ ), pois adolescentes que bebem café têm mais o hábito de fumar do que os que não tomam (27,7%,  $n=69$ , bebem café e fumam, vs 5,1%,  $n=22$ , não bebem café e fumam).

O ter amigos que fumam tem associação estatística significativa com o consumo de tabaco ( $\chi^2=80,35$ ,  $Gl=1$ ,  $p=0,000$ ), sendo no grupo em que a maioria dos amigos fuma que se encontra a maior percentagem de fumadores (29,8%,  $n=70$ , vs 4,7%,  $n=20$ , adolescentes que fumam e que a maioria dos amigos não).

Concluiu-se também que o ter familiares com quem habitam que fumam tem associação significativa com o consumo de tabaco nos participantes ( $\chi^2=10,15$ ,  $Gl=1$ ,  $p=0,001$ ), pois é neste grupo que se encontra uma maior percentagem de adolescentes fumadores (17,8%,  $n=58$ , vs 9,5%,  $n=33$ , de inquiridos que fumam e que os familiares com quem habitam não fumam). Como se pode verificar no gráfico 14, as percentagens mais elevadas de adolescentes fumadores, na nossa amostra, encontram-se nas famílias em que pais e irmãos fumam e naquelas em que as mães e os irmãos fumam.

**Gráfico 14:** Co-habitação entre adolescentes e familiares que fumam



O grupo de adolescentes que dorme menos de 8 horas por noite à semana e ao fim-de-semana não difere de forma significativa do que dorme oito ou mais horas por noite, no que respeita ao número de cigarros que fumam ( $U=759,00$ ,  $p=0,56$ , semana e  $U=608,00$ ,  $p=0,75$ , fim-de-semana).

\*\*\*

Relativamente aos hábitos tabágicos dos adolescentes, após a análise efectuada, podemos concluir que:

- as raparigas e os rapazes diferem quanto à idade com que começaram a fumar, sendo elas as que se iniciaram mais cedo;
- os adolescentes mais novos e os mais velhos diferem no que concerne ao hábito de fumar. É no grupo dos mais velhos que se encontra maior percentagem de fumadores;
- os adolescentes que bebem café diferem dos que não bebem relativamente ao hábito de fumar. São os que tomam café que têm mais o hábito de fumar;
- o ter amigos que fumam está associado ao facto de os adolescentes fumarem, sendo no grupo em que a maioria dos amigos fuma que se encontra a maior percentagem de fumadores;
- o grupo de adolescentes que têm familiares que fumam difere significativamente do grupo cujos familiares não fumam, no hábito de fumar. É no grupo que tem familiares que fumam que se encontra a maior percentagem de inquiridos fumadores.

### **6.1.7. Hábitos de consumo de bebidas alcoólicas**

Para avaliar os hábitos dos adolescentes relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas, para além da análise descritiva da informação fornecida pelos participantes, iremos investigar a relação entre o género, a idade e o ano de escolaridade, e o consumo de álcool, o já se ter embebedado, a ingestão de álcool na semana anterior à participação no estudo, a quantidade de álcool ingerida na semana anterior à participação no estudo e o querer deixar de beber.

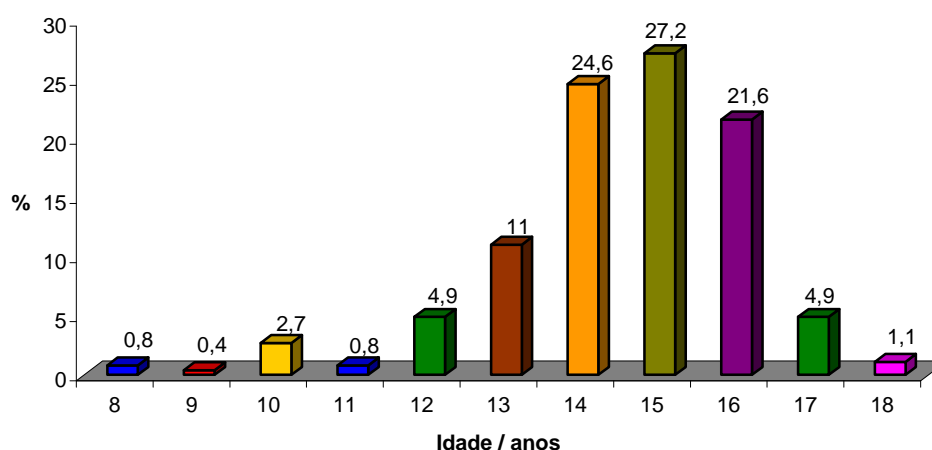
Analisaremos ainda a relação entre o género e a idade de início do consumo de bebidas alcoólicas, e entre o consumo de tabaco, a prática de actividade física, o ter amigos que bebem, o ter familiares que bebem, e o hábito de beber nos adolescentes.

Testaremos também as hipóteses de o número de horas que os adolescentes dormem à semana e ao fim-de-semana estarem relacionadas com a quantidade de álcool ingerida na semana anterior à participação no estudo. Far-se-á análise de conteúdo das repostas dos adolescentes à questão “porque não gostaria de deixar de beber?”.

\*\*\*

Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, 42,6% dos adolescentes (49,8%, n=137, rapazes vs 37,8%, n=153, raparigas) referem que têm esse hábito. A maioria (73,5%, n=194) começou a beber entre os 14 e os 16 anos. A idade mínima do início do consumo foi aos 8 anos e a máxima aos 18 anos (gráfico 15), sendo a média de 14,50 anos (DP=1,64). A idade mínima com que os adolescentes do sexo feminino iniciaram o consumo de bebidas alcoólicas foi aos 10 anos e os do sexo masculino aos 8 anos. A máxima foi aos 18 anos em ambos os géneros, sendo a média de 14,89 anos (DP=1,68) nas raparigas e 14,50 anos (DP=1,60) nos rapazes.

**Gráfico 15:** Idade com que começaram a beber



As bebidas que os adolescentes mais consomem, independentemente do género, são as destiladas (tabela 68). As fermentadas de uva são as menos consumidas quando se consideram ambos os géneros ou só os rapazes (2,9%, n=8 e 0%, respectivamente) e as fermentadas de cereal são as menos ingeridas pelas raparigas (4,2%, n=6).

Os locais onde os adolescentes ingerem bebidas alcoólicas são muito diversificados, mas predominam os locais públicos (discotecas, cafés, restaurantes, bares). Apenas 7,1%, n=20, dos inquiridos (7,4%, n=11, raparigas e 6,7%, n=9, rapazes) disseram só beber em casa (tabela 69), incluindo-se nessa categoria, para além da casa própria, a casa de familiares e de amigos.

A maioria dos inquiridos (75,8%, n=216; 72,7%, n=109, raparigas e 79,3%, n=107, rapazes) bebe na companhia dos amigos; 16,4% (n=47) com familiares ou com os amigos (21,3%, n=32, raparigas e 11,1%, n=15, rapazes); 6% (n=17) com familiares (6%, n=9, raparigas e 5,9%, n=8, rapazes); e 1,8% (n=5) sós ou com outra pessoa (0%, n=0, raparigas e 3,7%, n=5, rapazes).

**Tabela 68:** Bebidas alcoólicas consumidas pelos adolescentes

Tipo de bebida	Ambos os sexos	Raparigas	Rapazes
	n (%)	n (%)	n (%)
Fermentadas de uva	8 (2,9)	8 (5,6)	0 (0)
Fermentadas de cereal	19 (7,0)	6 (4,2)	13 (9,9)
Destiladas	157 (57,6)	88 (62,0)	64 (52,7)
Destiladas e fermentadas de uva	23 (8,4)	18 (12,7)	5 (3,8)
Destiladas e fermentadas de cereal	49 (17,9)	14 (9,9)	35 (26,7)
Fermentadas de uva e de cereal	17 (6,2)	8 (5,6)	9 (6,9)
Total	273	142	131
Não responde	17	11	6
Não bebe	390	252	138

**Tabela 69:** Locais onde bebem

Locais	Ambos os sexos	Raparigas	Rapazes
	n (%)	n (%)	n (%)
Discoteca	61 (21,6)	35 (23,6)	26 (19,4)
Outros locais públicos	41 (14,6)	18 (12,2)	23 (17,2)
Discoteca e outros locais públicos	92 (32,6)	45 (30,4)	47 (35,1)
Casa	20 (7,1)	11 (7,4)	9 (6,7)
Casa e outros locais públicos	68 (24,1)	39 (26,4)	29 (21,6)
Total	282	148	134
Não responde	8	5	3
Não bebe	390	252	138

Há uma diferença significativa entre os géneros no hábito de consumir bebidas alcoólicas ( $\chi^2=9,71$ ,  $Gl=1$ ,  $p=0,002$ ), sendo superior a percentagem de rapazes (49,8%,  $n=137$ , vs 37,8%,  $n=153$ , respectivamente). Não podemos afirmar que os adolescentes do sexo feminino e masculino difiram de forma significativa relativamente à idade com que começaram a ingerir bebidas alcoólicas ( $U=8678,00$ ,  $p=0,99$ ).

Os adolescentes mais novos e mais velhos diferem significativamente no hábito de consumir álcool ( $\chi^2=7,83$ ,  $Gl=1$ ,  $p=0,005$ ), situando-se a maior percentagem no grupo dos 17 aos 19 anos (47,7%,  $n=169$ , vs 37,1%,  $n=121$ , da classe dos 14 aos 16 anos).

O ano de escolaridade tem associação com o hábito de consumir bebidas alcoólicas ( $\chi^2=20,60$ ,  $Gl=2$ ,  $p=0,000$ ), pois é no grupo que frequenta o 12º ano que se encontra a



maior percentagem de inquiridos que bebe. A percentagem de consumidores aumenta com o ano de escolaridade (37,4%, n=89, do 10º ano, 38,2%, n=107, do 11º ano e 58%, n=94, do 12º ano).

A maioria dos participantes diz que os amigos não bebem bebidas alcoólicas (54,9%, n=363), mas concluiu-se que o ter amigos que bebem tem associação significativa com o consumo ( $\chi^2=1,07$ , Gl=1, p=0,000), sendo a percentagem de inquiridos que consome álcool e cujos amigos bebem, superior à dos inquiridos que ingerem sem que os amigos o façam (65,1%, n=194, vs 25,1%, n=91).

O consumo de bebidas alcoólicas pelos familiares não tem relação significativa com a ingestão de álcool pelos participantes ( $\chi^2=0,30$ , Gl=1, p=0,59).

Verificou-se que há também associação entre o consumo de tabaco e o de bebidas alcoólicas ( $\chi^2=53,75$ , Gl=1, p=0,000), sendo no grupo de adolescentes que fuma que se encontra a maior percentagem de inquiridos que ingerem álcool (quadro 25).

**Quadro 25:** Consumo de bebidas alcoólicas em função do hábito de fumar

Fuma	Consumo de bebidas alcoólicas	
	Sim	Não
	n (%)	n (%)
Sim	71 (78,0)	20 (22,0)
Não	219 (37,2)	370 (62,8)
Total	290	390

Verificou-se que existe associação entre o consumo de álcool e a prática de actividade física ( $\chi^2=14,86$ , Gl=1, p=0,000), sendo a percentagem de adolescentes que bebe superior no grupo dos praticantes (48,5%, n=200, vs 33,6%, n=90).

A ocorrência de pelo menos uma bebedeira é uma realidade para 44,1%, n=126, (40%, n=60, de raparigas e 48,5%, n=66, de rapazes) dos adolescentes que referem consumir bebidas alcoólicas. Não se verificou existirem diferenças significativas entre os géneros no que diz respeito a já se terem embebedado ( $\chi^2=2,11$ , Gl=1, p=0,15). A percentagem de participantes mais velhos que já se embebedou é significativamente superior face à dos mais novos ( $\chi^2=8,41$ , Gl=1, p=0,004; 51,2%, n=86, vs 33,9%, n=40).

Verificou-se também a existência de associação entre o ano de escolaridade e o já se terem embebedado ( $\chi^2=5,87$ , Gl=2, p=0,05), sendo no grupo do 11º ano que se encontra

a maior percentagem de participantes que já viveram esta situação (51,9%, n=55, vs 34,5%, n=30, do 10º e 44,1%, n=41, do 12º ano). O terem amigos que bebem não tem associação com as bebedeiras dos adolescentes ( $\chi^2=0,68$ ,  $Gl=1$ ,  $p=0,41$ ).

A maioria dos adolescentes que consome bebidas alcoólicas (52,9%, n=147) referiu que ingeriu álcool na semana anterior à participação no estudo, sendo as bebidas destiladas as mais consumidas (tabela 70). Se analisarmos a relação entre o tipo de bebida mais consumida e o género dos adolescentes, verifica-se que as raparigas preferem as destiladas (53%, n=35), enquanto os rapazes preferem as destiladas e fermentadas de cereal (30,9%, n=25).

**Tabela 70:** Bebidas alcoólicas ingeridas pelos adolescentes na semana anterior à participação no estudo

Tipo de bebida	Ambos os sexos	Raparigas	Rapazes
	n (%)	n (%)	n (%)
Fermentadas de uva	5 (3,4)	3 (4,5)	2 (2,5)
Fermentadas de cereal	33 (22,4)	13 (19,7)	20 (24,6)
Destiladas	57 (38,8)	35 (53,0)	22 (27,2)
Destiladas e fermentadas de uva	8 (5,4)	3 (4,5)	5 (6,2)
Destiladas e fermentadas de cereal	35 (23,9)	10 (15,2)	25 (30,9)
Fermentadas de uva e de cereal	6 (4,1)	2 (3,1)	4 (4,9)
Destiladas e fermentadas de uva e de cereal	3 (2)	0 (0)	3 (3,7)
Total	147	66	81
Não beberam	143	87	56

O número de copos de bebidas alcoólicas ingerido pelos adolescentes, na semana anterior à participação no estudo, variou entre um e 22 (34%, n=50, um copo; 21,8%, n=32, dois; 17,6%, n=26, três; 8,1%, n=12, quatro; 4,8%, n=7, cinco; 3,4%, n=5, seis; 2%, n=3, sete; 2%, n=3, oito; 0,7%, n=1, nove; 0,7%, n=1, 10; 0,7%, n=1, 11; 1,4%, n=2, 12; 0,7%, n=1, 13; 1,4%, n=2, 15; e 0,7%, n=1, 22), sendo a média de 3,19 copos ( $DP=3,20$ ).

Os adolescentes do sexo feminino e masculino diferem significativamente no que se refere à ingestão de álcool na semana anterior à participação no estudo ( $\chi^2=6,59$ ,  $Gl=1$ ,  $p=0,01$ ), sendo a percentagem de rapazes que refere ter bebido superior à das raparigas (60,9%, n=81, vs 45,5%, n=66, respectivamente).

Não existem diferenças entre o grupo de adolescentes mais novos e mais velhos, no que concerne ao consumo de álcool na semana anterior à participação no estudo ( $\chi^2=1,09$ ,

Gl=1, p=0,30), e também se concluiu que não existe associação entre o ano de escolaridade e a ingestão de bebidas alcoólicas naquele período ( $\chi^2=4,12$ , Gl=2, p=0,13).

Analisando a relação entre o género dos adolescentes e a quantidade de álcool que beberam na semana anterior à participação no estudo, conclui-se que existe uma diferença significativa entre os géneros ( $t(208,11)=-3,30$ , p =0,001), tendo os rapazes bebido mais do que as raparigas (tabela 71).

**Tabela 71:** Resultados do teste t relativamente à quantidade de álcool que beberam na semana anterior à participação no estudo, em função do género

	Raparigas (n=145) Média (DP)	Rapazes (n=133) Média (DP)	t(208,11)
Quantidade de álcool	1,15 (1,99)	2,27 (3,42)	-3,30***

\*\*\* p<0,001

Não existem diferenças significativas entre o grupo dos adolescentes mais novos e mais velhos, relativamente à quantidade de álcool que beberam na semana anterior à participação no estudo ( $t(276)=-1,01$ , p =0,31). Também não há diferenças significativas relativamente ao ano de escolaridade ( $F(2,275)=0,69$ , p=0,50).

Não se verificaram existir diferenças entre o grupo dos adolescentes que dorme menos de 8h e o que dorme 8h ou mais, quer à semana quer ao fim-de-semana, relativamente à quantidade de álcool que beberam na semana anterior à participação no estudo ( $t(275)=-1,53$ , p =0,13 e  $t(274)=-1,12$ , p =0,26, respectivamente).

A maioria dos adolescentes (92,3%, n=252) não gostaria de deixar de beber, tendo-lhes sido pedido que justificassem esta atitude. Responderam a esta questão 233 inquiridos que bebem e que afirmaram não querer deixar de o fazer. Como era uma questão aberta procedeu-se à análise de conteúdo do discurso produzido, tendo-se posteriormente construído sete categorias: “Gosto de beber” (18,5%, n=43), “Porque só bebo raramente” (18%, n=42), “Porque não considero que faça mal beber” (13,3%, n=31), “A bebida ajuda-me a descontraír e ficar alegre” (2,1%, n=5), “Porque não considero necessário, pois bebo pouco” (19,4%, n=45), “Porque não sou viciado/a” (15%, n=35) e “Porque não passo dos meus limites” (13,7%, n=32). No quadro 26 apresentam-se algumas unidades de registo de cada categoria.

**Quadro 26:** Motivos referidos pelos adolescentes para não quererem deixar de consumir bebidas alcoólicas

<b>Categorias</b>	<b>Unidades de registo</b>
<b>Gosto de beber</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dá-me prazer beber uma cerveja de vez em quando. Gosto de beber</li> <li>• É um prazer, não um vício ou um hábito.</li> <li>• Gosto de beber</li> <li>• Gosto de beber e do sabor de determinadas bebidas</li> <li>• Porque é fixe, melhor que fumar</li> </ul>
<b>Porque só bebo raramente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bebo muito raramente</li> <li>• Não considero que beba álcool assiduamente</li> <li>• Porque só bebo às vezes e só quando vou sair</li> <li>• Só bebo em ocasiões especiais</li> </ul>
<b>Porque não considero que faça mal beber</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porque às vezes, moderadamente, faz bem.</li> <li>• De vez em quando e sem exageros não faz mal</li> <li>• Não considero prejudicial o que bebo, senão não o fazia</li> <li>• Não sou viciada e um pouco não faz mal a ninguém</li> </ul>
<b>A bebida ajuda-me a descontrair e ficar alegre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• É uma maneira de me divertir</li> <li>• Sou tímido e nas festas só sou divertido assim</li> <li>• Gosto de ficar alegre</li> <li>• Faço coisas únicas que não faria, com muita pena minha, no meu estado normal</li> </ul>
<b>Porque não considero necessário, pois bebo pouco</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bebo pouco</li> <li>• Não bebo nada comparado a muitos amigos, sei controlar-me. Mas também bebo pouco.</li> <li>• Não bebo quantidades exageradas</li> <li>• Porque não bebo exageradamente, sou muito moderada. No máximo bebo por exemplo 3 copos de champãhe</li> </ul>
<b>Porque não sou viciado/a</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não sou alcoólico</li> <li>• Não sou nenhum bêbado nem agarrado ao álcool, sei beber</li> <li>• Não sou viciada e só bebo em ocasiões especiais</li> <li>• Não sou dependente, só bebo às vezes</li> <li>• Não estou agarrado e sei-me controlar</li> </ul>
<b>Porque não passo dos meus limites</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conheço os limites</li> <li>• Bebo a quantidade adequada, nunca ultrapassei os meus limites</li> <li>• Tenho consciência de quando devo parar. Aliás, normalmente bebo só um copo. Só me embebedei umas duas vezes</li> <li>• Tenho consciência daquilo que bebo, sei que não devo fazer muitas misturas</li> </ul>

As raparigas diferem significativamente dos rapazes na vontade de quererem deixar de beber ( $\chi^2=4,85$ ,  $Gl=1$ ,  $p=0,028$ ), sendo os adolescentes do sexo masculino que mais manifestam essa intenção (11,4%,  $n=15$ , vs 4,3%,  $n=6$ , raparigas).

Concluiu-se que os adolescentes mais novos e mais velhos não são diferentes relativamente ao intento de deixar de beber ( $\chi^2=1,13$ ,  $Gl=1$ ,  $p=0,29$ ). Também não se

verificou associação entre o ano de escolaridade e a vontade de abandonar a ingestão de bebidas alcoólicas ( $\chi^2=0,26$ ,  $GI=2$ ,  $p=0,99$ ).

Concluiu-se que há uma relação significativa entre o ter amigos que bebem e a vontade de deixar de beber ( $\chi^2=7,38$ ,  $GI=1$ ,  $p=0,007$ ), sendo no grupo de adolescentes que ingere álcool e que afirma que a maioria dos seus amigos não o faz, que se encontra uma maior percentagem de participantes com essa intenção (14,5%,  $n=12$ , vs 4,8%,  $n=9$ , inquiridos que bebem e os amigos também).

A maioria dos adolescentes (76,1%,  $n=217$ , raparigas e 73,3%,  $n=99$ , rapazes) afirma que os pais sabem que consome bebidas alcoólicas, com predominância para os adolescentes mais velhos (78,4%,  $n=131$ , do grupo dos mais velhos vs 72,9%,  $n=86$ , do dos mais novos).

\*\*\*

Relativamente ao consumo de álcool, após a análise efectuada, podemos concluir que:

- as raparigas e os rapazes diferem significativamente quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, à ingestão de álcool na semana anterior à participação no estudo, à quantidade de álcool ingerida na semana anterior à participação no estudo e ao quererem deixar de beber. É no sexo masculino que se encontra a maior percentagem de consumidores de bebidas alcoólicas, de participantes que ingeriram álcool na semana anterior à participação no estudo e que mais beberam nessa semana. São também eles que mais referem que gostariam de deixar de beber;
- existem diferenças significativas entre os adolescentes mais novos e os mais velhos, no que concerne ao consumo de bebidas alcoólicas e no já se terem embebedado. São os mais velhos os que mais referem consumir e já se terem embebedado;
- os adolescentes do 10º, 11º e 12º ano, diferem entre si relativamente ao consumo de álcool e à ocorrência de bebedeiras. Os alunos do 12º ano são os que mais reportam consumir bebidas alcoólicas e os do 11º ano os que mais referem já se terem embebedado;
- o ter amigos que bebem álcool está associado com o consumo de bebidas alcoólicas e com o facto de os adolescentes quererem deixar de beber. Há maior

tendência para consumir nos adolescentes que têm amigos que bebem e são os inquiridos que afirmam que a maioria dos seus amigos não bebe, que mais referem que gostariam de deixar de consumir álcool;

- o grupo de adolescentes que pratica actividade física difere significativamente do grupo que não pratica, no que respeita ao hábito de beber, sendo os que praticam actividade física aqueles que mais referem ingerir bebidas alcoólicas;
- o grupo de adolescentes que fumam difere dos que não fumam, no que respeita ao hábito de beber. É no grupo que fuma que se encontra a maior percentagem de consumidores de álcool.

### **6.1.8. Comportamento sexual**

Para avaliar comportamento sexual dos adolescentes, para além da análise descritiva da informação fornecida pelos participantes, iremos investigar a relação entre o género, a idade, o ano de escolaridade que os adolescentes frequentam e a utilização de métodos contraceptivos, já ter ido a uma consulta de planeamento familiar, já se ter aconselhado com um enfermeiro sobre saúde sexual, já se ter aconselhado com um médico sobre saúde sexual, conhecimento dos riscos de ter relações sexuais sem utilizar o preservativo, conhecimento dos riscos de ter relações sexuais sem tomar a pílula.

Verificaremos ainda se há associação entre o género, a idade dos adolescentes e o já terem tido relações sexuais; a frequência com que as têm, o número de parceiros sexuais; e do género com a utilização de contraceptivos na primeira relação sexual e com a idade em que ela teve lugar.

Analisaremos também a possível associação entre o consumo de bebidas alcoólicas e de tabaco e o já ter tido relações sexuais. Far-se-á finalmente análise de conteúdo das respostas dos adolescentes às questões “porque não usou anticoncepcionais na primeira relação sexual?”, “quem lhe aconselhou o anticoncepcional que usou na primeira relação sexual?”, “motivos da escolha do método contraceptivo que usa actualmente?” e “como é que os pais aceitam a sua actividade sexual?”.

\*\*\*

Dos adolescentes que participaram no estudo, 35,8% (n=240) afirmam que já tiveram relações sexuais (nove inquiridos não responderam à questão).

A idade com que os inquiridos tiveram a primeira relação variou entre os 13 (5,9%, n=14) e os 19 anos (0,8%, n=2, quadro 27), sendo a média de 15,49 anos (DP=1,24) e a moda de 16 anos.

**Quadro 27:** Idade com que tiveram a primeira relação sexual

Idade	n	%
13 anos	14	5,9
14 anos	35	14,8
15 anos	68	28,7
16 anos	76	32,1
17 anos	31	13,1
18 anos	11	4,6
19 anos	2	0,8
Total	237	100
Não responde	3	

As raparigas e os rapazes diferem significativamente no início da actividade sexual ( $\chi^2=6,96$ ,  $df=1$ ,  $p=0,008$ ), sendo no grupo dos rapazes que se encontra a maior percentagem de adolescentes que já o fez (41,7%, n=113, vs 31,8%, n=127, raparigas).

Há associação estatística entre a idade dos adolescentes e o já terem tido relações sexuais ( $\chi^2=69,94$ ,  $df=1$ ,  $p=0,000$ ), sendo a percentagem de adolescentes mais velhos, que já teve relações sexuais, superior à dos mais novos (50,7%, n=176, vs 19,8%, n=64, respectivamente).

Tanto no sexo feminino como no masculino, os adolescentes que iniciaram a actividade sexual mais cedo fizeram-no aos 13 anos e os que começaram mais tarde aos 19 anos (quadro 28). A média de idades da primeira relação sexual foi ligeiramente mais elevada nas raparigas (15,62 anos, DP=1,19, vs 15,34 anos, DP=1,29, nos rapazes). A moda nas raparigas foi de 16 anos (38,1%, n=48) e nos rapazes de 15 anos (31,5%, n=35).

As raparigas e os rapazes diferem significativamente na idade com que tiveram a primeira relação sexual ( $U=5941,50$ ,  $p=0,039$ ), sendo mais tarde nas adolescentes (tabela 72).

A maioria dos inquiridos (89,1%, n=212) usou algum método contraceptivo na primeira relação sexual. Não se verificou diferença significativa entre géneros, quanto ao uso de contraceptivos na primeira relação sexual ( $\chi^2=0,54$ ,  $Gf=1$ ,  $p=0,46$ ).

**Quadro 28:** Idade na primeira relação sexual em função do género

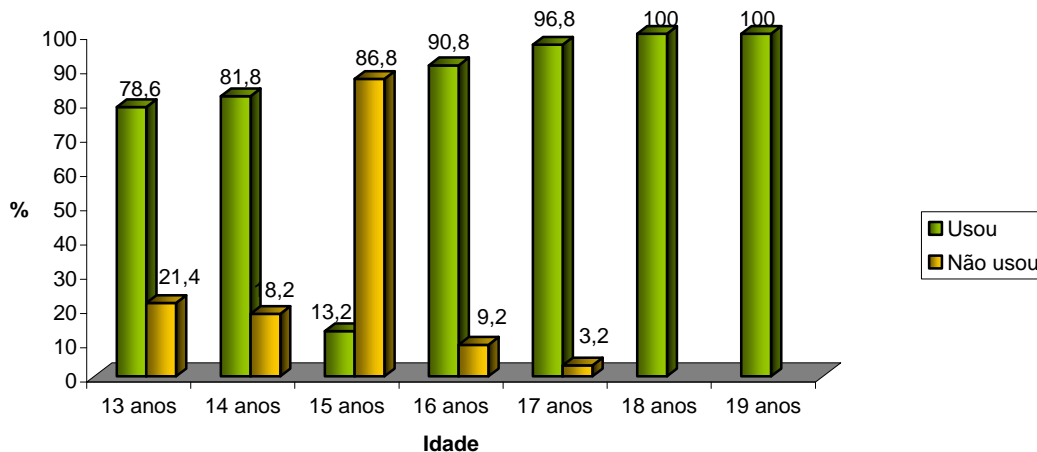
Idade da 1ª relação sexual	Sexo feminino		Sexo masculino	
	n	%	n	%
13 anos	7	5,6	7	6,3
14 anos	13	10,2	22	19,8
15 anos	33	26,2	35	31,5
16 anos	48	38,1	28	25,3
17 anos	19	15,1	12	10,8
18 anos	5	4,0	6	5,4
19 anos	1	0,8	1	0,9
Total	126	100	111	100
Não responde	1		2	

**Tabela 72:** Resultados do teste Mann-Whitney, relativamente à idade do adolescente na primeira relação sexual, em função do género

	Raparigas (n=126) Ordem média	Rapazes (n=111) Ordem média	U (p)
Idade na 1ª relação sexual	127,35	109,53	5941,50 (*)

\* p<0,05

**Gráfico 16:** Utilização de anticoncepcionais na primeira relação sexual em função da idade que os adolescentes tinham





Os participantes que tiveram a primeira relação sexual aos 13 anos são os que mais referem não ter utilizado contraceptivos (21,4%, n=3). À medida que aumenta a idade com que iniciam a actividade sexual, aumenta também a percentagem de adolescentes que usam anticoncepcionais, tendo estes sido usados por todos os inquiridos que iniciaram a vida sexual aos 18 ou 19 anos (gráfico 16).

Na primeira relação sexual, 91% (n=193) dos inquiridos seleccionaram o preservativo como anticoncepcional, 6,6% (n=14) elegeram o preservativo e a pílula, e 2,4% (n=5) outros métodos (1,4, n=3, a pílula; 0,5%, n=1, o preservativo e a pílula do dia seguinte; e 0,5%, n=1, a pílula do dia seguinte). As razões apontadas pelos adolescentes que não usaram nenhum método contraceptivo na primeira relação sexual, após análise das respostas dos inquiridos, foram codificadas em “Indisponibilidade de método contraceptivo” (55%, n=11), “Falsas crenças” (20%, n=4) e “Outros motivos” (25%, n=5). No quadro 29 apresentam-se algumas unidades de registo de cada categoria.

**Quadro 29:** Razões apontadas pelos adolescentes para não usarem anticoncepcionais na primeira relação sexual

<b>Categorias</b>	<b>Unidades de registo</b>
<b>Indisponibilidade de método contraceptivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante a situação não tinha disponível</li> <li>• Não estava a contar, aconteceu e não estava prevenido</li> <li>• O preservativo estava em mau estado e não tínhamos outro e queríamos fazê-lo</li> </ul>
<b>Falsas crenças</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Era muito novo, portanto não havia problema</li> <li>• Era novo e tinha a certeza que ela não tinha doenças</li> <li>• Não foi necessário, até porque o meu namorado utilizou o coito interrompido</li> <li>• Não era necessário, era a primeira vez</li> </ul>
<b>Outros motivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gostava mais sem preservativo, mas agora uso sempre o preservativo</li> <li>• Não gosto</li> <li>• Não tinha conhecimento sobre métodos a usar</li> <li>• Por inexperiência</li> <li>• Esqueci-me</li> </ul>

As respostas dos inquiridos à questão “quem lhes aconselhou o anticoncepcional que usaram na primeira relação?” foram codificadas após análise em “Ninguém” (48%, n=96), “Pais” (12%, n=24), “Amigos” (10,5%, n=21), “Profissionais de saúde” (7%, n=14), “Pais e amigos” (6%, n=12), “Publicidade” (6%, n=12), “Formação feita na escola” (5%, n=10), e “Outras fontes” (5,5%, n=11). No quadro 30 apresentam-se algumas unidades de registo de cada categoria.

**Quadro 30:** Quem aconselhou o método anticoncepcional utilizado na primeira relação sexual

<b>Categorias</b>	<b>Unidades de registo</b>
<b>Ninguém</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguém, eu sei que tenho de me prevenir, não precisava de conselhos</li> <li>• Ninguém mas já há bastante divulgação dos métodos que podem ser utilizados</li> <li>• Ninguém, foi iniciativa minha e do meu namorado,</li> <li>• Toda a gente fala disso e eu sei que se deve usar</li> <li>• Toda a gente aconselha e eu sei que se deve utilizar</li> <li>• Iniciativa conjunta e informação adquirida</li> </ul>
<b>Pais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mãe</li> <li>• Pai</li> <li>• Pais</li> </ul>
<b>Amigos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amigas</li> <li>• Amigos</li> </ul>
<b>Pais e amigos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mãe e amigas</li> <li>• Pais e amigos</li> </ul>
<b>Profissionais de saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médica de família</li> <li>• Ginecologista</li> <li>• CAJ</li> </ul>
<b>Formação feita na escola</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sabia por formação feita na escola</li> </ul>
<b>Publicidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Folhetos</li> <li>• Revistas que comprava na altura, que apoiavam os conhecimentos que eu e o meu namorado tínhamos</li> </ul>
<b>Outros</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amigos, irmã, namorado e médico de família</li> <li>• Pais e escola</li> <li>• Namorada</li> </ul>

Relativamente à regularidade com que os inquiridos têm relações sexuais (tabela 73), verificou-se que havia uma variação entre zero (11,6%, n=20) a seis por semana (2,9%, n=5). A percentagem de raparigas que referiu não ter relações quando participou no estudo ou ter menos de uma relação por mês, ou duas relações por mês, é inferior à dos rapazes, sendo a percentagem de raparigas que têm mais de uma relação por semana superior à dos rapazes (tabela 73). Não podemos contudo afirmar que exista associação entre o género e a frequência das relações sexuais ( $U=3190,00$ ,  $p=0,12$ ).

Não podemos afirmar que os adolescentes mais novos e mais velhos difiram relativamente à frequência das relações sexuais ( $U=2955,50$ ,  $p=0,94$ ).

À semelhança do que se tinha verificado com a utilização de anticoncepcionais na primeira relação sexual, a maioria dos inquiridos (94,7%, n=198) sexualmente activos diz que usa anticoncepcionais, sendo o preservativo o mais utilizado (68,7%, n=136, vs

17,7%, n=35, que usam a pílula; 12,1%, n=24, o preservativo e pílula; e 1,5%, n=3, outros métodos). As razões apontadas pelos adolescentes para a escolha do método anticoncepcional foram codificadas em seis categorias: “Porque é um método eficaz” (29,5%, n=49), “Porque é um método seguro” (43,4%, n=72), “Foi o método que me aconselharam” (9%, n=15), “Questões económicas” (4,8%, n=8), “Porque é um método fácil de usar” (3,6%, n=6) e “Outros motivos” (9%, n=15). As respostas dadas por 16 participantes não foram consideradas por não terem conteúdo para análise (15 apenas mencionaram “Porque quis” e um inquirido disse “Não sei”), havendo 17 indivíduos que não responderam à questão. No quadro 31 apresentam-se algumas unidades de registo de cada categoria.

**Tabela 73:** Frequência das relações sexuais em função do género

Frequência	Ambos os sexos	Raparigas	Rapazes
	n (%)	n (%)	n (%)
Não tem neste momento	20 (11,6)	10 (11,2)	10 (12,1)
Menos de 1/Mês	53 (30,8)	22 (24,7)	31 (37,3)
2 / Mês	7 (4,1)	3 (3,4)	4 (4,8)
3 / Mês	9 (5,2)	6 (6,7)	3 (3,6)
1 / Semana	25 (14,5)	12 (13,5)	13 (15,7)
1 a 2 / Semana	4 (2,3)	3 (3,4)	1 (1,2)
2 / Semana	29 (16,9)	17 (19,1)	12 (14,5)
3 / Semana	14 (8,1)	8 (9,0)	6 (7,2)
5 / Semana	6 (3,5)	5 (5,6)	1 (1,2)
6 / Semana	5 (2,9)	3 (3,4)	2 (2,4)
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>89</b>	<b>83</b>
Não responde	26	17	9
Só tive uma	2	2	0
Depende	18	3	15
Média	2	2	0
Não frequentes	20	14	6

A farmácia é o local onde a maioria (65,4%, n=127) dos adolescentes adquire os anticoncepcionais, tendo também sido referidos o centro de saúde (10,3%, n=20), a farmácia ou outro local (9,8%, n=19), o supermercado (5,2%, n=10), o CAJ (3,1%, n=6) e outros locais (6,2%, n=12: amigos dão (1,5%, n=3), namorado é que arranja (1,5%, n=3), máquinas (1,5%, n=3), distribuição gratuita, (1,0%, n=2), a mãe compra (0,5%, n=1)).

**Quadro 31:** Razões que presidiram à escolha dos métodos anticoncepcionais

<b>Categorias</b>	<b>Unidades de registo</b>
<b>Porque é um método eficaz</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• É o mais eficaz</li> <li>• É o mais eficaz; embora não previna DST, confio no meu namorado</li> <li>• É o ideal pois não engravidou ou apanhou doenças</li> <li>• É o mais fiável</li> <li>• Para evitar DST e gravidez</li> </ul>
<b>Porque é um método seguro</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• É quase 100% seguro</li> <li>• Prático e seguro</li> <li>• Ambos juntos, são cem por cento seguros quando usados correctamente</li> <li>• Porque é seguro e é uma obrigação utilizá-lo</li> </ul>
<b>Foi o método que me aconselharam</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aconselhamento médico</li> <li>• Conselho da médica de família</li> </ul>
<b>Questões económicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porque é o mais acessível e mais prático</li> <li>• Porque parece o mais eficaz e é o mais económico</li> <li>• Prático, barato e ando sempre com um na carteira</li> <li>• Apesar de não ser totalmente seguro, é o mais acessível</li> <li>• É grátis, seguro e fácil</li> </ul>
<b>Porque é um método fácil de usar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• É fácil de usar e prático</li> </ul>
<b>Outros motivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Já tomava antes de ter relações</li> <li>• É o mais adequado para mim</li> <li>• Porque por vezes tenho problemas com a pílula</li> <li>• Porque tem sabores e cores</li> <li>• São os que conheço</li> <li>• Acho necessário</li> <li>• Já tomava antes de ter relações</li> </ul>

Concluiu-se ainda que as raparigas não diferem dos rapazes relativamente à utilização de anticoncepcionais ( $\chi^2=0,02$ , Gl=1,  $p=0,90$ ). Também não há associação da idade dos adolescentes, e do ano de escolaridade que frequentam, com o uso de medidas contraceptivas ( $\chi^2=0,61$ , Gl=1,  $p=0,44$  e  $\chi^2=0,63$ , Gl=2,  $p=0,73$ , respectivamente).

Quando participaram no estudo, 77%,  $n=181$ , (84,9%,  $n=107$ , raparigas e 67,9%,  $n=74$ , rapazes) dos adolescentes que já tinham iniciado vida sexual afirmaram que tinham parceiro sexual. O número de parceiros sexuais variou entre um e nove, tendo a maioria dos inquiridos (62%,  $n=137$ ) referido só ter tido um. A maioria das raparigas (74,4%,  $n=93$ ) só teve um parceiro e nenhuma teve mais de três. Os rapazes referem ter tido entre uma (45,8%,  $n=44$ ) e nove (0,1%,  $n=1$ ) parceiras sexuais.

**Tabela 74:** Número de parceiros sexuais

Frequência	Ambos os sexos	Raparigas	Rapazes
	n (%)	n (%)	n (%)
1	137 (62,0)	93 (74,4)	44 (45,8)
2	46 (20,8)	23 (18,4)	23 (24,0)
3	21 (9,5)	9 (7,2)	12 (12,5)
4	5 (2,3)	—	5 (5,2)
5	6 (2,7)	—	6 (6,2)
7	3 (1,4)	—	3 (3,1)
8	2 (0,9)	—	2 (2,1)
9	1 (0,5)	—	1 (1,0)
Total	221	125	96
Não responde	16	2	14
Não sabe	3	—	3

As raparigas e os rapazes diferem significativamente quanto ao número de parceiros sexuais ( $U=3979,50$ ,  $p=0,000$ ), que é superior no caso deles (tabela 75).

**Tabela 75:** Resultados do teste Mann-Whitney relativamente ao número de parceiros sexuais, em função do género

	Raparigas (n=125) Ordem média	Rapazes (n=96) Ordem média	U (p)
Nº de parceiros sexuais	94,84	132,05	5941,50 (***)

\*\*\*  $p<0,001$

Os adolescentes mais novos e os mais velhos não diferem quanto ao número de parceiros sexuais ( $U=4321,50$ ,  $p=0,21$ ).

A maioria dos inquiridos (69,9%,  $n=149$ ) elege a casa como local para os seus encontros sexuais. A casa de amigos ou a do/a namorado/a são opção para 3,3% ( $n=7$ ), a casa do/a namorado/a para 9,4% ( $n=20$ ), 9,4% ( $n=20$ ) referem que têm relações no carro e 8% ( $n=17$ ) noutros locais (pensão, praia, parque da cidade, sanitário público ou numa quinta). Houve 27 adolescentes que não responderam à questão.

Apenas 2,1% (n=5) dos inquiridos que já iniciaram vida sexual dizem que já contraíram uma IST (97,9%, n=234, afirmam que não e um não responde à questão). Todos os participantes que referem já ter tido uma IST são do sexo feminino. Uma não foi tratada, uma não respondeu e as outras três foram tratadas pela ginecologista (n=2) ou pelo médico de família (n=1). Três adolescentes (as outras duas não responderam à questão) informaram o parceiro e dois (66,7%) dos companheiros foram tratados, sendo o médico o profissional de saúde a quem recorreram.

Relativamente à gravidez, 2,2% (n=5) dos inquiridos confirmaram a sua ocorrência (97,8%, n=225, afirmam que não e 10 não responderam à questão). Dos adolescentes que responderam positivamente, 80% (n=4) são do sexo feminino e têm 15 (20%, n=1), 16 (20%, n=1), 18 (40%, n=2) e 19 (20%, n=1) anos, desconhecendo-se a idade que tinham quando engravidaram, por não se ter formulado nenhuma questão nesse sentido. O estudante que engravidou a sua companheira tinha 19 anos.

Face à constatação da gravidez, quatro referem que abortaram (“abortei”, “deitei-o abaixo”, “a rapariga abortou” e “a única saída que tive foi fazer o aborto em Vigo, fui com o meu namorado”) e uma adolescente apenas responde “fui fazer um teste de gravidez e consultei um médico”, o que nos impede de saber se abortou ou se optou por ter o bebé. Esta participante, na questão relativa à forma como os pais aceitam a sua actividade sexual, diz “A minha mãe bem, o meu pai nem por isso, porque quando eles descobriram eu estava grávida e o meu pai não aceitou muito bem”.

Relativamente à vigilância de saúde, 84,7% (n=199) dos adolescentes que já iniciaram vida sexual nunca foram a uma consulta de planeamento familiar, 15,3% (n=36) reportam que sim (5 inquiridos não responderam à questão). Os que foram recorreram maioritariamente ao centro de saúde (88,2%, n=30), indo os restantes à maternidade (8,8%, n=3) e ao CAJ ou CS (2,9%, n=1). O género tem relação estatística com a participação em consultas de planeamento familiar ( $\chi^2=33,10$ ,  $Gl=1$ ,  $p=0,000$ ), sendo as raparigas que mais recorrem a estas consultas (28%, n=35, vs 0,9%, n=1, rapazes).

Não existe relação entre a idade dos participantes e a ida a consultas de planeamento familiar ( $\chi^2=0,11$ ,  $Gl=1$ ,  $p=0,74$ ), podendo dizer-se o mesmo relativamente ao ano de escolaridade que os adolescentes frequentam e à vigilância de saúde sexual em consultas de planeamento familiar ( $\chi^2=1,30$ ,  $Gl=1$ ,  $p=0,52$ ). Pode-se concluir que o aconselhamento sobre a actividade sexual, com profissionais de saúde, não é uma prática comum nos participantes, pois apenas 11,7% (n=26) mencionam já se ter aconselhado com um enfermeiro e 21,8% (n=49) com um médico.

As raparigas diferem significativamente dos rapazes na procura de aconselhamento com um enfermeiro ( $\chi^2=9,60$ ,  $Gl=1$ ,  $p=0,002$ ), sendo elas que mais se aconselham com estes profissionais de saúde (17,9%,  $n=21$ , vs 4,7%,  $n=5$ , rapazes). Concluiu-se que os adolescentes mais novos e os mais velhos diferem na procura de aconselhamento com um enfermeiro ( $\chi^2=5,95$ ,  $Gl=1$ ,  $p=0,015$ ), sendo este um hábito mais reportado pelos mais novos (20,3%,  $n=12$ , vs 8,5%,  $n=14$ , mais velhos). O ano de escolaridade tem associação com a procura de aconselhamento com um enfermeiro ( $\chi^2=8,80$ ,  $Gl=2$ ,  $p=0,012$ ), sendo os estudantes do 10º ano os que mais reportam a procura deste cuidado (23,1%,  $n=12$ , vs 8,8%,  $n=9$ , do 11º e 7,1%,  $n=5$ , do 12º ano).

As raparigas também diferem significativamente dos rapazes na procura de aconselhamento com um médico ( $\chi^2=25,87$ ,  $Gl=1$ ,  $p=0,000$ ), sendo elas as que mais referem já ter procurado o conselho destes profissionais de saúde (35,3%,  $n=41$ , vs 7,3%,  $n=8$ , rapazes). Não se reportaram diferenças entre o grupo de adolescentes mais novos e os mais velhos, relativamente a este tipo de aconselhamento ( $\chi^2=2,06$ ,  $Gl=1$ ,  $p=0,15$ ), podendo afirmar-se o mesmo quanto ao ano de escolaridade ( $\chi^2=0,26$ ,  $Gl=2$ ,  $p=0,88$ ). A maioria dos adolescentes (16,5%,  $n=39$ ), independentemente do género, afirma que os progenitores não têm conhecimento da sua actividade sexual, sendo contudo esta proporção inferior nas raparigas (58,3%,  $n=74$ , vs 62,7%,  $n=69$ , rapazes). A percentagem de rapazes que afirma que o pai sabe é superior à das raparigas e é superior a percentagem de raparigas que refere o conhecimento da mãe (tabela 76).

**Tabela 76:** Conhecimento dos pais sobre a vida sexual dos adolescentes

Qual dos pais sabe	Ambos os sexos	Raparigas	Rapazes
	n (%)	n (%)	n (%)
Nenhum	143 (60,3)	74 (58,3)	69 (62,7)
Sabem os dois	39 (16,5)	12 (9,4)	27 (24,5)
Só a mãe	47 (19,8)	40 (31,5)	7 (6,4)
Só o pai	8 (3,4)	1 (0,8)	7 (6,4)
Total	237 (100)	127	110
Não responde	13	0	3

Com o objectivo de analisar a opinião dos adolescentes sobre como pensam que os pais aceitam a sua a actividade sexual, pediu-se aos que referem que os pais (ou pelo menos um) sabem, que indicassem como acham que eles aceitam esse facto. Responderam a

esta questão 86 inquiridos, cujo discurso conduziu a quatro categorias: “Aceitam bem” (44,1%, n=38), “Aceitam normalmente” (32,6%, n=28), “Têm de aceitar” (18,6%, n=16) e “Mãe aceita bem e pai mal” (4,7%, n=4). A resposta de dois adolescentes não foi considerada por não ter conteúdo para análise (apenas mencionam “Não sei”). No quadro 32 apresentam-se algumas unidades de registo de cada categoria.

**Quadro 32:** Opiniões dos inquiridos sobre a forma como os pais aceitam a sua actividade sexual

Categorias	Unidades de registo
<b>Aceitam bem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aceitam bem porque sabem o filho que têm</li> <li>• Aceitaram bem, confiam em mim, pois levam em consideração a minha responsabilidade sobre o assunto</li> <li>• Bem, porque ele é o meu primeiro namorado a sério e todos confiamos nele</li> <li>• Muito bem, ela compreendeu perfeitamente e tira-me sempre as dúvidas</li> <li>• A minha mãe aceita bem e frisa sempre o uso dos contraceptivos</li> <li>• Bem, mas avisa-me para ter cuidado e usar sempre o preservativo</li> <li>• Aceita bem, pois a minha mãe sempre soube de tudo e me acompanhou</li> <li>• A minha mãe encarou bem porque, se foi de plena consciência, achou bem</li> <li>• Bem, porque a minha mãe sabe que é uma coisa normal na adolescência e porque ela também teve relações cedo</li> <li>• A minha mãe reagiu bastante mal quando descobriu, mas agora aceita bem</li> </ul>
<b>Aceitam normalmente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De uma maneira natural. Acham normal</li> <li>• Aceitam normalmente porque é natural. Eles até já me deram preservativos para me prevenir</li> <li>• Aceitam com naturalidade porque sabem que são coisas naturais</li> <li>• De uma maneira natural. Acham normal</li> <li>• A minha mãe compreende porque já teve a minha idade</li> <li>• Para eles é normal, já tiveram a minha idade e já namoro há bastantes anos</li> </ul>
<b>Têm de aceitar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aceitam ... porque eles também começaram a ter actividade sexual cedo, logo eu não sou diferente</li> <li>• Acham que não acontece com regularidade</li> <li>• Foi necessário e não tenho nada a esconder</li> <li>• Não têm que aceitar, eu é que sei o que faço</li> </ul>
<b>Mãe aceita bem e pai mal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A minha mãe aceita bem, pois sabe que é normal. O meu pai nunca aceitaria, pois ainda vive os tempos de antigamente.</li> <li>• A minha mãe bem, o meu pai nem por isso, porque quando eles descobriram eu estava grávida e o meu pai não aceitou muito bem</li> <li>• O meu pai não aceita isso, porque pensa que sou uma criança e isso só após o casamento. A minha mãe encara bem e aconselha-me</li> </ul>

A maioria dos adolescentes (97,9%, N=652) afirma saber quais os riscos que se correm ao ter uma relação sexual sem se usar o preservativo. Os riscos apontados pelos inquiridos foram agrupados, de acordo com as respostas dadas, em oito categorias:



doenças e gravidez (38,6%, n=237), DST e gravidez (32,5%, n=199), DST (11,5%, n=71), SIDA (8,9%, n=55), doenças (3,4%, n=21), SIDA e gravidez (2,4%, n=15), gravidez (1,6%, n=10) e outros riscos (1,1%, n=7). Nesta última categoria incluíram-se respostas do tipo “Doenças graves ou infecções”, “SIDA ou infecções”, “Doenças graves ou não tão graves”, “Muitos e variados riscos”, “Riscos graves que até podem levar à morte”.

Podemos afirmar que os adolescentes do sexo feminino e masculino diferem significativamente quanto ao conhecimento dos riscos de um envolvimento sexual sem preservativo (Fisher’s Exact Test,  $p=0,005$ ), sendo os rapazes os que mais afirmam que desconhecem os perigos das relações sexuais sem preservativo (4,1%, n=11, vs 0,8%, n=3, raparigas).

Não se verificou existir relação estatística entre a idade dos adolescentes e o conhecimento dos riscos de relações sexuais sem preservativo ( $\chi^2=0,15$ , Gl=1,  $p=0,69$ ), ou o ano de escolaridade ( $\chi^2=3,20$ , Gl=2,  $p=0,20$ ).

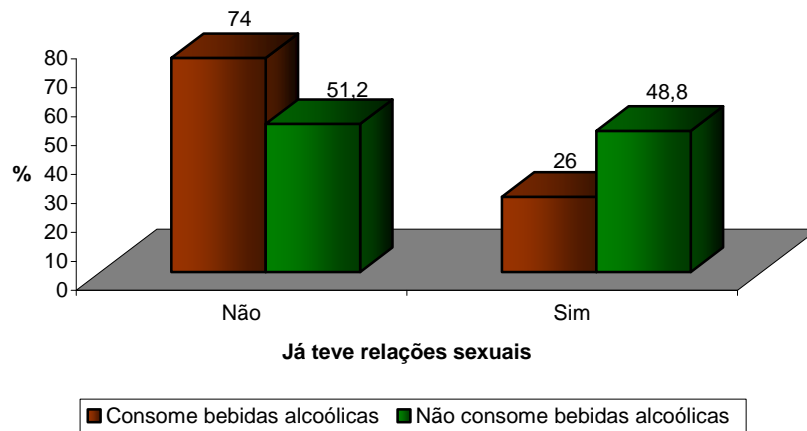
Quanto ao conhecimento que têm sobre os riscos de ter relações sexuais sem utilizar a pílula, tal como com o preservativo, a maioria dos inquiridos respondeu afirmativamente (94,7%, n=620, sim, vs 5,3%, n=35, não, 25 não responderam à questão). Os riscos apontados pelos inquiridos que responderam foram agrupados, de acordo com as respostas dadas, em três categorias: “gravidez” (95,7%, n=535), “doenças e gravidez” (2,3%, n=13) e “outros” (2%, n=11). Nesta última categoria incluíram-se respostas do tipo “DST”, “doenças graves ou infecções”, “DST e gravidez” e “SIDA”.

Os adolescentes do sexo feminino e masculino diferem significativamente quanto ao conhecimento dos riscos de um envolvimento sexual sem se utilizar a pílula ( $\chi^2=22,08$ , Gl=1,  $p=0,000$ ), concluindo-se novamente que os rapazes são os que mais reportam não estar informados a este respeito (10,5%, n=27, vs 2%, n=8, raparigas).

Como se verificou em relação ao conhecimento dos riscos de uma relação sexual sem utilização do preservativo, também em relação ao conhecimento dos riscos de envolvimento sexual sem usarem a pílula, não há relação nem com a idade ( $\chi^2=0,08$ , Gl=1,  $p=0,77$ ), nem com o ano de escolaridade ( $\chi^2=1,08$ , Gl=2,  $p=0,58$ ).

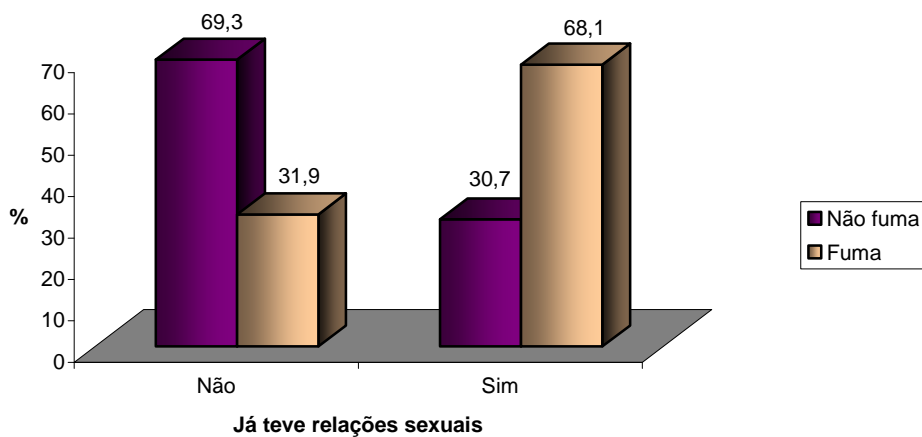
Há diferenças significativas entre ter relações sexuais e o consumo de álcool ( $\chi^2=36,96$ , Gl=1,  $p=0,000$ ), sendo entre os participantes que consomem bebidas alcoólicas que se encontra a maior percentagem de adolescentes que já iniciou a vida sexual (gráfico 17).

**Gráfico 17:** Adolescentes que já iniciaram vida sexual em função do consumo de bebidas alcoólicas



Existe também uma relação estatística muito significativa entre o início da vida sexual e o consumo de tabaco pelos adolescentes ( $\chi^2=47,99$ ,  $Gl=1$ ,  $p=0,000$ ), sendo entre os participantes que fumam que se encontra a maior percentagem de adolescentes sexualmente activos (gráfico 18).

**Gráfico 18:** Adolescentes que já iniciaram vida sexual e que fumam



\*\*\*

Relativamente ao comportamento sexual dos adolescentes, após a análise efectuada, podemos concluir que:

- as raparigas e os rapazes diferem quanto ao início das relações sexuais, à idade da primeira relação, ao número de parceiros, ao já ter ido a uma consulta de

planeamento familiar, à procura de conselho de enfermagem sobre saúde sexual, à procura de conselho médico sobre saúde sexual, ao conhecimento dos riscos de relações sexuais sem preservativo e ao conhecimento dos riscos de relações sexuais sem tomar a pílula. É no grupo de adolescentes do sexo masculino que se encontra a maior percentagem de indivíduos que refere já ter iniciado vida sexual e que mais desconhece os riscos de ter relações sem usar o preservativo e a pílula. São também eles que iniciam a vida sexual mais cedo e que têm mais parceiras. As raparigas são as que mais recorrem às consultas de planeamento familiar e que mais procuram aconselhamento de enfermagem e médico sobre saúde sexual;

- os adolescentes mais novos diferem dos mais velhos no que respeita ao início das relações sexuais e à procura de conselho de enfermagem sobre saúde sexual. É entre os inquiridos mais velhos que se encontra a maior percentagem de indivíduos que já teve relações sexuais, mas são os mais novos que mais reportam procurar aconselhamento de um profissional de enfermagem;
- os estudantes do 10<sup>o</sup>, 11<sup>o</sup> e 12<sup>o</sup> anos, diferem quanto à procura de conselho de enfermagem sobre saúde sexual, sendo os adolescentes que frequentam o 10<sup>o</sup> ano aqueles que mais reportam a procura deste cuidado de saúde;
- os adolescentes que consomem bebidas alcoólicas diferem dos que não consomem relativamente ao início da vida sexual. É entre os participantes que bebem álcool que se encontra a maior percentagem de adolescentes que iniciaram a vida sexual;
- os participantes que fumam diferem dos que não fumam, quanto ao início da vida sexual. É no grupo de fumadores que se encontra a maior percentagem de adolescentes sexualmente activos.

#### **6.1.9. Temáticas abordadas durante o tempo de escola**

Para avaliar o envolvimento das escolas na formação e transmissão de informação sobre os determinantes de saúde, faremos uma análise descritiva da informação fornecida pelos participantes sobre a abordagem das temáticas alimentação, malefícios do tabaco e do álcool, educação sexual e contraceção na adolescência, e envolvimento dos professores e profissionais de saúde na formação sobre estes conteúdos.

Analisaremos ainda o interesse dos inquiridos em receber mais informação sobre os temas supracitados e sobre quem a deveria apresentar.

\*\*\*

A escola, não sendo a única responsável pela formação e transmissão de informação sobre os determinantes de saúde, é sem dúvida um local de excelência para o desenvolvimento de acções que visem a sua promoção, nomeadamente a aquisição de estilos de vida saudáveis. Para se analisar o envolvimento destas instituições, perguntou-se aos adolescentes se durante o tempo de escola alguma vez lhes falaram das temáticas em estudo (alimentação, malefícios do tabaco e do álcool, educação sexual e contracepção na adolescência), tendo os inquiridos afirmado que a mais abordada foi a dos malefícios do tabaco e a menos a dos malefícios do álcool (tabela 77)

**Tabela 77:** Abordagem das temáticas em estudo durante o tempo de escola

Temas	Sim	Não
	n (%)	n (%)
Alimentação	524 (78,0)	148 (22)
Malefícios do álcool	486 (72,3)	186 (27,7)
Malefícios do tabaco	515 (80,5)	125 (19,5)
Educação sexual	500 (74,1)	175 (25,9)
Contracepção	531 (79)	141 (21)

**Tabela 78:** Locais onde os adolescentes receberam formação / informação sobre as temáticas em estudo

Temas	Locais			
	Escola n (%)	Casa e escola n (%)	Casa n (%)	Outros n (%)
Alimentação	417 (86,0)	36 (7,4)	29 (6,0)	3 (0,6)
Malefícios do álcool	363 (80,0)	48 (10,6)	42 (9,3)	1 (0,2)
Malefícios do tabaco	391 (78,2)	63 (12,6)	46 (9,2)	—
Educação sexual	382 (79,1)	65 (13,5)	35 (7,2)	1 (0,2)
Contracepção	391 (80,0)	57 (11,7)	37 (7,6)	4 (0,8)

Como se pode observar na tabela 78, a escola, não sendo o único local que os adolescentes reportaram, é aquele onde receberam mais formação / informação sobre as temáticas em estudo. Os professores falaram sobre todos os temas, sendo o mais abordado o da alimentação (86%, n=417) e o menos abordado o dos malefícios do tabaco (78,2%, n=391).

A abordagem destas temáticas na escola, pelos profissionais de saúde, é pouco expressiva (tabela 79), sendo a área da saúde sexual aquela em que houve maior envolvimento daqueles profissionais. No grupo de profissionais de saúde incluíram-se todos os técnicos de saúde que os adolescentes referem, nomeadamente enfermeiros, médicos, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais.

**Tabela 79:** Participação dos profissionais de saúde na formação / informação sobre as temáticas em estudo

Temas	Profissionais	Professores e profissionais
	n (%)	n (%)
Alimentação	47 (9,7)	9 (1,9)
Malefícios do álcool	25 (5,6)	7 (1,6)
Malefícios do tabaco	33 (6,5)	7 (1,4)
Educação sexual	60 (12,3)	18 (3,7)
Contracepção	59 (12,0)	20 (4,1)

É impossível concluir a participação exacta dos enfermeiros na abordagem dos temas, uma vez que muitos dos inquiridos só mencionam que a formação foi dada por profissionais de saúde. Os adolescentes que expressam que os enfermeiros estiveram na escola a dar formação, referem que eles abordaram as temáticas da alimentação (1,2%, n=6), do álcool (1,3%, n=6), do tabaco (1,4%, n=7), da educação sexual (3,6%, n=25) e da contracepção (5,1%, n=25).

A maioria dos inquiridos (65,2%, n=430) afirmou que não gostaria de receber mais informação sobre nenhum dos temas referidos. Os profissionais de saúde são os mais escolhidos pelos adolescentes, que referem que gostariam de receber mais informação, para abordar os assuntos (60,4%, n=119, vs 29,9%, n=59, professores, 4,1%, n=8, pais e 5,6%, n=11, outros).

Os temas mais seleccionados pelos adolescentes que gostariam de receber formação foram os da educação sexual (n=162) e da contracepção na adolescência (n=116), sendo o dos malefícios do álcool na adolescência o menos seleccionado (n=72, vs alimentação, n=83, malefícios do tabaco, n=86).

\*\*\*

Relativamente ao papel desempenhado pela escola na formação e transmissão de informação sobre os determinantes de saúde em estudo, após a análise efectuada, podemos concluir que:

- a maioria dos inquiridos recebeu informação na escola sobre alimentação, malefícios do tabaco e do álcool, educação sexual e contracepção na adolescência;
- os professores abordaram todas as temáticas, sendo a educação sexual e a contracepção os assuntos de que menos falaram;
- a participação dos profissionais de saúde foi reduzida, sendo nas áreas da educação sexual e da contracepção que deram o seu maior contributo;
- os enfermeiros tiveram uma participação muito escassa, sendo mais expressiva nas temáticas da educação sexual e da contracepção na adolescência.

## **6.2. Resultados do estudo quase-experimental**

Como se referiu anteriormente, atendendo à natureza do estudo, existiram duas amostras (grupo experimental e grupo de controlo) e dois momentos distintos de colheita de dados (pré e pós teste).

No sentido de verificar se há efeitos significativos da intervenção, os sujeitos foram observados com um inquérito de avaliação de conhecimentos e com um questionário de auto-relato sobre os seus comportamentos alimentares e sexuais. Estes instrumentos foram aplicados antes e depois da intervenção, seguindo um desenho clássico pré e pós-teste. No grupo de controlo, a aplicação destes instrumentos foi realizada nos mesmos períodos do grupo experimental, embora não tenha havido qualquer intervenção. Assim, serão analisadas eventuais diferenças significativas entre os grupos experimental e de controlo, antes e depois da intervenção nos conhecimentos (i) da alimentação e (ii) da sexualidade; e eventuais mudanças nos (iii) comportamentos alimentares.

### 6.2.1. Caracterização da amostra do estudo quase experimental

A amostra final do grupo experimental é composta por 140 adolescentes, frequentando o 10º ano (27,8%, n=39), o 11º ano (43,6%, n=61) e o 12º ano (28,6%, n=40).

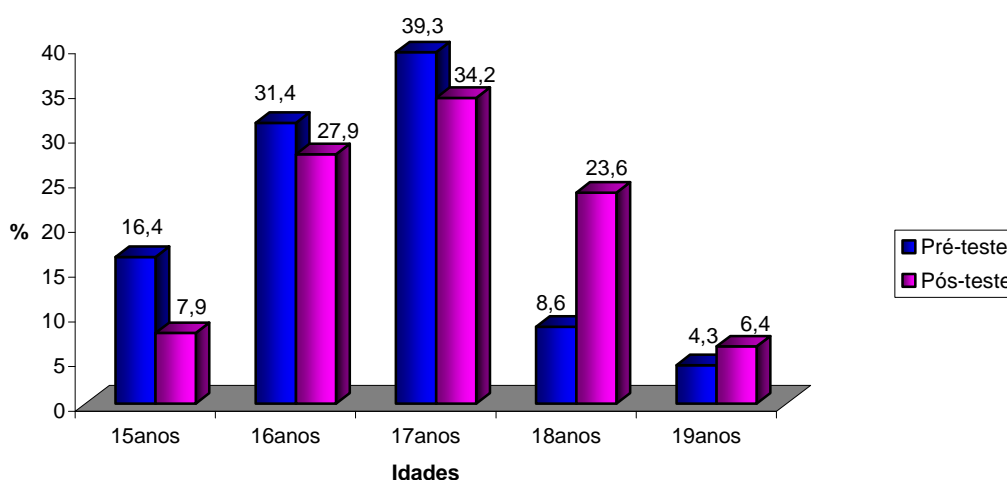
A idade dos adolescentes variou entre os 15 e os 19 anos (quadro 33) em ambos os momentos de colheita de dados, verificando-se, como seria de esperar, um aumento da média (M=16,53 anos, DP=1,01) do primeiro para o segundo momento (M=16,93 anos, DP=1,04).

**Quadro 33:** Idade dos adolescentes que integraram o grupo experimental, média, mediana, moda e desvio padrão

Idade		
	Pré-teste	Pós-teste
Mínima	15	15
Máxima	19	19
Média	16,53	16,93
Moda	17	17
Mediana	17	17
Desvio padrão	1,01	1,04

Conforme se pode verificar no gráfico 19, do momento 1 para o momento 2 diminuiu a percentagem de inquiridos com 15, 16 e 17 anos e aumentou a de adolescentes com 18 e 19 anos.

**Gráfico 19:** Idades dos adolescentes do grupo experimental no pré e pós-teste



## Resultados

Os inquiridos são maioritariamente de nacionalidade portuguesa (98,6%, n=138; os outros são do Brasil (0,7%, n=1) e da Suíça (0,7%, n=1)), do sexo feminino (67,1%, n=94), vivem maioritariamente em famílias nucleares (75,8%, n=106) e os seus pais possuem na maioria o ensino básico (67,7%, n=84 – ver tabela 80).

A média de idades das raparigas no pré-teste é de 16,44 anos (DP=0,92), sendo a mediana os 16 anos, e a dos rapazes é de 16,72 anos (DP=1,15), sendo a mediana os 17 anos. No pós-teste a média de idades das raparigas é de 16,84 anos (DP=), sendo a mediana os 17 anos, e a dos rapazes é de 17,11 anos (DP=1,14), sendo a mediana os 17 anos.

**Tabela 80:** Caracterização sócio-demográfica do grupo experimental e de controlo

Variáveis	Grupo experimental		Grupo controlo		Grupo experimental e controlo
	n	(%)	n	(%)	p
<b>Sexo</b>					
Feminino	94	67,1	110	61,8	0,32
Masculino	46	32,9	68	38,2	
<b>Idade</b>					
14 - 16 anos	67	47,9	90	50,6	0,63
17 - 19 anos	73	52,1	88	49,4	
<b>Ano de escolaridade</b>					
10º ano	39	27,8	53	29,8	0,70
11º ano	61	43,6	65	36,5	
12º ano	40	28,6	60	33,7	
<b>Habilitações literárias dos pais</b>					
Ambos curso superior ou ens. Sec.	22	17,7	52	31,9	0,000
Um possui curso superior ou ens. sec. e o outro ens. básico	18	14,5	34	20,9	
Ambos possuem ensino básico	84	67,7	77	47,2	
Não sabe	10		4		
Não responde	6		11		
<b>Tipo de família</b>					
Nuclear	106	75,8	124	69,6	0,049
Alargada	15	10,7	18	10,1	
Monoparental	10	7,1	30	16,9	
Mista	9	6,4	6	3,4	



No pré-teste a maioria das raparigas encontra-se no grupo etário dos 14 aos 16 anos (53,2%, n=50), ao contrário dos rapazes, que têm maioritariamente entre os 17 e os 19 anos (63%, n=29). No pós-teste, independentemente do género, situam-se no grupo dos 17 aos 19 anos (60,6%, n=57, raparigas e 71,7%, n=33, rapazes).

Quando se analisa a distribuição dos adolescentes por ano de escolaridade em função do sexo, verificamos que independentemente do género, é no 11º ano que mais estudantes se encontram (tabela 81). Relativamente à distribuição por ano de escolaridade em função da idade, verifica-se que no grupo dos mais novos a percentagem vai diminuindo à medida que aumenta o ano, sendo inversa a situação no grupo dos mais velhos (tabela 81).

**Tabela 81:** Distribuição dos adolescentes do grupo experimental por ano de escolaridade, em função do género e da idade

Ano de escolaridade	Sexo		Idade	
	Feminino	Masculino	14-16	17-19
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
10º ano	26 (27,7)	13 (28,3)	31 (46,3)	8 (11,0)
11º ano	43 (45,7)	18 (39,1)	30 (44,7)	31 (42,5)
12º ano	25 (26,6)	15 (32,6)	6 (9,0)	34 (46,5)
Total	94 (100)	46 (100)	67 (100)	73 (100)

No grupo de controlo a amostra final é composta por 178 adolescentes, dos quais 29,8% (n=53) frequentam o 10º ano, 36,5% (n=65) o 11º ano e 33,7% (n=60) o 12º ano.

**Quadro 34:** Idade dos adolescentes que integraram o grupo de controlo, média, mediana, moda e desvio padrão

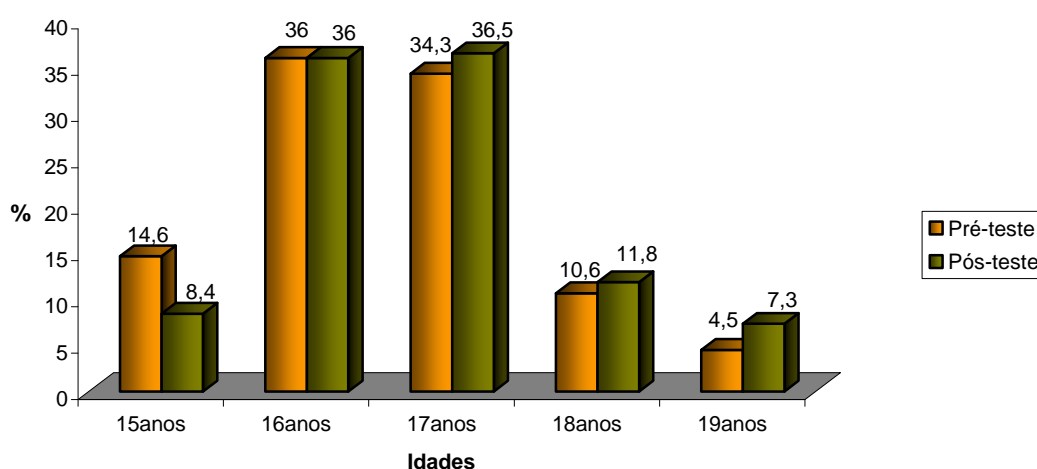
	Idade	
	Pré-teste	Pós-teste
Mínima	15	15
Máxima	19	19
Média	16,54	16,74
Moda	16	17
Mediana	16	17
Desvio padrão	1,01	1,02

## Resultados

A idade dos adolescentes varia entre os 15 e os 19 anos (quadro 34) em ambos os momentos de colheita de dados, verificando-se, como seria previsível, um aumento da média (16,54 anos, DP=1,01) do primeiro para o segundo momento (16,74 anos, DP=1,02).

Conforme se pode verificar no gráfico 20, do pré-teste para o pós-teste diminuiu a percentagem de inquiridos com 15 anos, tendo-se mantido inalterada a de participantes com 16 anos e aumentado a de adolescentes com 17, 18 e 19 anos.

**Gráfico 20:** Idades dos adolescentes do grupo de controlo no pré e pós-teste



Os inquiridos são maioritariamente de nacionalidade portuguesa (99,4%, n=177; um é do Congo (0,6%)), do sexo feminino (61,5%, n=110), vivem maioritariamente em famílias nucleares (69,6%, n=124) e a habilitação literária mais frequente nos pais é o ensino básico (tabela 80).

A média de idades das raparigas no pré-teste é de 16,46 anos (DP=0,96), sendo a mediana os 16 anos, e a dos rapazes é de 16,68 anos (DP=1,08), sendo a mediana os 17 anos. No pós-teste a média de idades das raparigas é de 16,65 anos (DP=0,99), sendo a mediana os 17 anos, e a dos rapazes é de 16,88 anos (DP=1,06), sendo a mediana os 17 anos.

No pré-teste a maioria das raparigas encontra-se no grupo etário dos 14 aos 16 anos (52,7%, n=58), ao contrário dos rapazes, que maioritariamente têm idades entre os 17 e os 19 anos (52,9%, n=36). No pós-teste, independentemente do género, situam-se no grupo dos 17 aos 19 anos (50,9%, n=56, raparigas e 63,2%, n=43, rapazes).

Quando se analisa a distribuição dos adolescentes por ano de escolaridade, em função do sexo, verificamos que independentemente do género, a maioria dos estudantes se encontra no 11º ano (tabela 82). Relativamente à distribuição por ano de escolaridade, em função da idade, verifica-se que metade ( $n=45$ ) dos mais novos frequenta o 10º ano e que a maioria (65,9%,  $n=58$ ) dos mais velhos frequenta o 12º ano (tabela 82).

**Tabela 82:** Distribuição dos adolescentes do grupo de controlo por ano de escolaridade, em função do género e da idade

Ano de escolaridade	Sexo		Idade	
	Feminino	Masculino	14-16	17-19
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
10º ano	30 (27,2)	23 (33,8)	45 (50,0)	8 (9,1)
11º ano	41 (37,3)	24 (35,3)	43 (47,8)	22 (25,0)
12º ano	39 (35,5)	21 (30,9)	2 (2,2)	58 (65,9)
Total	110 (100)	68 (100)	90 (100)	88 (100)

Não se observaram diferenças significativas entre os dois grupos, relativamente ao género ( $\chi^2=0,97$ ,  $Gl=1$ ,  $p=0,32$ ), à idade ( $r_{sp}(318)=-0,03$ ,  $p=0,63$ ) e ao ano de escolaridade ( $r_{sp}(318)=0,02$ ,  $p=0,70$ ). Contudo, verificaram-se diferenças quanto às habilitações literárias dos pais ( $r_{sp}(318)=-0,21$ ,  $p=0,000$ ), tendo os progenitores do grupo experimental um nível educacional mais elevado, e quanto ao tipo de família ( $\chi^2=7,85$ ,  $Gl=3$ ,  $p=0,049$ ), onde os adolescentes do grupo de controlo provêm mais de famílias nucleares e monoparentais do que os do grupo experimental (tabela 80).

### 6.2.2. Avaliação de conhecimentos

No momento do pré-teste, responderam ao questionário de avaliação de conhecimentos 171 adolescentes no grupo experimental e 223 no de controlo. A média de respostas certas sobre alimentação foi de 6,40 ( $DP=1,69$ ) no grupo experimental e de 6,47 ( $DP=1,59$ ) no de controlo, com uma amplitude, em ambos, entre duas e 10 (quadro 35).

A média de respostas certas nas questões sobre sexo foi de 6,74 ( $DP=1,15$ ) no grupo experimental e de 6,91 ( $DP=1,35$ ) no de controlo, com uma amplitude entre quatro e nove no grupo experimental e entre duas e nove no de controlo (quadro 35).

No sentido de inferir da eficácia da intervenção nos conhecimentos sobre alimentação, foram comparados os resultados dos alunos de ambos os grupos, antes e depois da

intervenção, e de cada grupo (experimental e de controlo), em ambos os momentos, através de uma sequência de análises de variância univariada (ANOVA). Espera-se que os grupos sejam equivalentes no pré-teste e que haja diferenças significativas em favor do grupo experimental no pós-teste (H1); similarmente, não se esperam variações significativas nos conhecimentos do grupo de controlo e espera-se um incremento significativo dos conhecimentos do grupo experimental (H2).

**Quadro 35:** Conhecimentos dos adolescentes, do grupo experimental e de controlo, sobre alimentação e sexualidade, no momento do pré-teste

Número de respostas certas	Grupo experimental		Grupo controlo	
	Alimentação	Sexualidade	Alimentação	Sexualidade
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
2	5 (2,9)	—	1 (0,4)	1 (0,4)
3	4 (2,4)	—	7 (3,1)	2 (0,9)
4	11 (6,4)	6 (3,5)	15 (6,7)	8 (3,6)
5	23 (13,5)	17 (9,9)	36 (16,1)	19 (8,5)
6	51 (29,8)	46 (26,9)	57 (25,7)	49 (22,0)
7	31 (18,1)	55 (32,2)	45 (20,2)	62 (27,8)
8	26 (15,2)	40 (23,4)	42 (18,8)	59 (26,5)
9	18 (10,5)	7 (4,1)	14 (6,3)	23 (10,3)
10	2 (1,2)	—	6 (2,7)	—

(a) Diferenças entre grupos no pré-teste

Os testes univariados não revelam diferenças significativas entre os grupos nos conhecimentos sobre alimentação ( $F(1,393)=0,17$ ,  $p=0,68$ ) e sobre sexo ( $F(1,393)=1,79$ ,  $p=0,19$ ). Ou seja, e como seria desejável, os grupos experimental e de controlo são equivalentes à partida.

No momento do pós-teste, responderam ao questionário de avaliação de conhecimentos 148 adolescentes no grupo experimental e 203 no de controlo.

No grupo experimental, o número de respostas certas sobre alimentação variou entre três e 10, e na sexualidade entre cinco e 10. No de controlo, variou entre duas e 10 nos conhecimentos sobre alimentação e entre quatro e 10 sobre sexualidade (quadro 36).

**Quadro 36:** Conhecimentos dos adolescentes do grupo experimental e de controlo, sobre alimentação e sexualidade, no momento do pós-teste

Número de respostas certas	Grupo experimental		Grupo controlo	
	Alimentação	Sexualidade	Alimentação	Sexualidade
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
2	—	—	1 (0,5)	—
3	1 (0,7)	—	10 (4,9)	—
4	4 (2,7)	—	16 (7,9)	5 (2,5)
5	12 (8,1)	4 (2,7)	22 (10,8)	23 (11,3)
6	20 (13,5)	24 (16,2)	44 (21,7)	46 (22,7)
7	39 (26,4)	30 (20,3)	47 (23,2)	59 (29,1)
8	34 (23,0)	49 (33,1)	37 (18,2)	58 (28,6)
9	31 (20,9)	33 (22,3)	20 (9,9)	11 (5,4)
10	7 (4,7)	8 (5,4)	6 (3,0)	1 (0,5)

(b) Diferenças entre grupos no pós-teste

Os testes univariados revelam diferenças significativas ( $p \leq 0,05$ ) entre os grupos, tanto nos conhecimentos sobre alimentação ( $F(1,350)=21,37$ ,  $p=0,000$ ) como sobre sexo ( $F(1,350)= 56,79$ ,  $p=0,000$ ), com os alunos do grupo experimental a revelarem um nível de conhecimentos superior (quadro 37). Estes resultados vão de encontro à H1, sugerindo a eficácia da intervenção.

**Quadro 37:** Médias e desvios padrão dos conhecimentos no pós-teste

Conhecimentos	Grupo	n	Média	DP
Sobre alimentação	Experimental	148	7,39	1,47
	Controlo	203	6,58	1,72
	Total	351	6,92	1,67
Sobre sexo	Experimental	148	7,72	1,21
	Controlo	203	6,88	1,20
	Total	351	7,24	1,27

(c) Evolução do grupo experimental no pré e pós-teste

Os testes univariados revelam diferenças significativas para o grupo experimental entre o pré e o pós-teste, nos conhecimentos sobre alimentação ( $F(1,318)=30,50$ ,  $p=0,000$ ) e

sobre sexo ( $F(1,318)=87,62$ ,  $p=0,000$ ) (quadro 38). Ou seja, e como seria desejável, os conhecimentos do grupo experimental aumentaram com a intervenção.

**Quadro 38:** Médias e desvios padrão dos conhecimentos no grupo experimental

Conhecimentos	Momento	n	Média	DP
Sobre alimentação	Pré	171	6,40	1,69
	Pós	148	7,39	1,47
	Total	319	6,86	1,66
Sobre sexo	Pré	171	6,74	1,15
	Pós	148	7,72	1,21
	Total	319	7,20	1,27

(d) Evolução do grupo de controlo no pré e pós-teste

Os testes univariados não revelam diferenças significativas para o grupo de controlo entre o pré e o pós-teste, nos conhecimentos sobre alimentação ( $F(1,425)=0,47$ ,  $p=0,49$ ) e sobre sexo ( $F(1,425)=0,19$ ,  $p=0,89$ ). Ou seja, os conhecimentos do grupo de controlo não sofreram qualquer evolução significativa.

### 6.2.3. Hábitos alimentares

Como referido acima, no sentido de traçar as mudanças ao longo do tempo nos grupos experimental e de controlo, foram realizadas análises de variância em medidas repetidas, tomando o grupo como factor de diferenciação, no sentido de perceber em que medida a intervenção teve impacto nos comportamentos.

(i) Número e qualidade das refeições diárias

Os resultados revelam que existe uma interacção significativa entre o tempo e o grupo, nas seguintes variáveis:

- Número de refeições por dia (Traço de Pillai=0,77,  $F(1,316)=26,50$ ,  $p=0,000$ ),
- Refeições antes do almoço (Traço de Pillai=0,55,  $F(1,316)=18,27$ ,  $p=0,000$ ),

Enquanto no grupo experimental aumenta ligeiramente o número de refeições por dia e o número de refeições antes do almoço, no grupo de controlo verifica-se o inverso (quadro 39).

**Quadro 39:** Médias e erros padrão dos comportamentos alimentares nos dois grupos, antes e depois da intervenção

Variável	Grupo	Momento	Média	Erro Padrão
Número de refeições por dia	Experimental	Pré	4,84	0,076
		Pós	4,99	0,076
	Controlo	Pré	5,07	0,067
		Pós	4,75	0,067
Ingestão de pequeno-almoço e meio da manhã	Experimental	Pré	1,51	0,046
		Pós	1,70	0,043
	Controlo	Pré	1,64	0,041
		Pós	1,60	0,038

No grupo experimental, no pós-teste, diminui a percentagem de adolescentes que fazem três e quatro refeições e aumenta a dos que fazem cinco e seis, enquanto no de controlo aumenta o número de adolescentes que ingerem três, quatro e cinco refeições, mas diminui o dos que comem seis (quadro 40).

**Quadro 40:** Número de refeições por dia nos dois grupos, antes e depois da intervenção

Número de refeições	Grupo experimental		Grupo controlo	
	Pré-teste	Pós-teste	Pré-teste	Pós-teste
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
2	—	—	1 (0,6)	1 (0,6)
3	10 (7,1)	3 (2,1)	5 (2,8)	16 (9,0)
4	39 (27,9)	38 (27,1)	44 (24,7)	55 (30,9)
5	54 (38,6)	56 (40,0)	58 (32,6)	60 (33,7)
6	37 (26,4)	43 (30,8)	70 (39,3)	46 (25,8)
Total	140 (100)	140 (100)	178 (100)	178 (100)

Relativamente à ingestão de pequeno-almoço e meio da manhã, no grupo experimental, após a intervenção diminui o número de adolescentes que referem não fazer nenhuma destas refeições ou só uma delas e aumenta o dos que fazem as duas, enquanto no de controlo diminui a percentagem de inquiridos que reportam não fazer nenhuma refeição antes do almoço e dos que fazem as duas (quadro 41).

**Quadro 41:** Refeições que ingerem antes do almoço nos dois grupos pré e pós-intervenção

Pequeno-almoço e meio da manhã	Grupo experimental		Grupo controlo	
	Pré-teste	Pós-teste	Pré-teste	Pós-teste
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Não comem pequeno-almoço nem meio da manhã	4 (2,9)	1 (0,7)	5 (2,8)	4 (2,2)
Comem pequeno-almoço ou meio da manhã	61 (43,6)	40 (28,6)	55 (30,9)	63 (35,4)
Comem pequeno-almoço e meio da manhã	75 (53,5)	99 (70,7)	118 (66,3)	111 (62,4)
Total	140 (100)	140 (100)	178 (100)	178 (100)

Não há mudanças significativas relativamente ao tipo de pequeno almoço (Traço de Pillai=0,012;  $F(1,273)=3,353$ ,  $p=0,07$ ), ao tipo de alimentação (Traço de Pillai=0,003;  $F(1, 316)=0,857$ ,  $p=0,36$ ) e ao consumo de água (Traço de Pillai=0,001;  $F(1, 304)=0,39$ ,  $p=0,53$ ).

(ii) Consumo de guloseimas, maionese, fruta e *fast-food*

A opção pela análise de eventuais mudanças no consumo de guloseimas (chicletes, bolos, gelados, rebuçados, chocolates e gomas), maionese, refrigerantes, sumos de pacote, fruta e *fast-food*, deveu-se à consideração de os adolescentes terem, face a estes alimentos, mais possibilidades de fazerem escolhas auto-determinadas – enquanto que, por exemplo, no consumo de peixe ou carne, legumes e arroz, batatas ou massa às refeições, as decisões dependem, provavelmente, de outras pessoas.

Os resultados revelam que há uma interacção significativa entre o tempo e o grupo, no consumo de:

- chicletes (Traço de Pillai=0,036,  $F(1,313)= 11,803$ ,  $p=0,001$ ),
- bolos (Traço de Pillai=0,099,  $F(1,315)=34,705$ ,  $p=0,000$ ),
- rebuçados (Traço de Pillai=0,026,  $F(1,315)= 8,316$ ,  $p=0,004$ ),
- gelados (Traço de Pillai=0,042,  $F(1,314)= 13,820$ ,  $p=0,000$ ),
- sumos de pacote (Traço de Pillai=0,109,  $F(1,316)=38,671$ ,  $p=0,000$ ), e
- refrigerantes (Traço de Pillai=0,120  $F(1,316)=43,252$ ,  $p=,000$ ).



Na generalidade, as mudanças vão no sentido de comprovar a eficácia da intervenção relativamente ao consumo de guloseimas, com uma diminuição no grupo experimental que não se verifica no grupo do controlo (onde há manutenção ou mesmo aumento do consumo). No consumo de bolos, o grupo experimental tinha, no momento um, um consumo muito superior ao do grupo de controlo, havendo uma redução substancial após a intervenção (quadro 42).

**Quadro 42:** Médias e erros padrão do consumo de guloseimas, refrigerantes e sumos de pacote para os dois grupos, antes e depois da intervenção

Variável	Grupo	Momento	Média	Erro Padrão
Consumo de chicletes	Experimental	Pré	6,24	0,68
		Pós	4,41	0,59
	Controlo	Pré	5,58	0,61
		Pós	6,14	0,53
Consumo de bolos	Experimental	Pré	4,06	0,25
		Pós	2,87	0,23
	Controlo	Pré	2,48	0,23
		Pós	2,38	0,20
Consumo de rebuçados	Experimental	Pré	4,42	0,62
		Pós	3,01	0,85
	Controlo	Pré	2,94	0,55
		Pós	4,84	0,75
Consumo de gelados	Experimental	Pré	0,58	0,07
		Pós	0,44	0,07
	Controlo	Pré	0,61	0,06
		Pós	0,75	0,06
Consumo de sumos de pacote	Experimental	Pré	4,96	0,16
		Pós	3,71	0,15
	Controlo	Pré	4,25	0,14
		Pós	4,20	0,14
Consumo de refrigerantes	Experimental	Pré	3,94	0,18
		Pós	2,94	0,16
	Controlo	Pré	3,14	0,16
		Pós	3,24	0,15

Não há mudanças significativas relativamente ao consumo de chocolates (Traço de Pillai=0,001,  $F(1,273)=0,17$ ,  $p=0,67$ ), de gomas (Traço de Pillai=0,007,  $F(1,316)=2,16$ ,  $p=0,14$ ), de maionese (Traço de Pillai=0,000,  $F(1,316)=0,11$ ,  $p=0,73$ ), de fruta (Traço de

Pillai=0,010,  $F(1,316)=3,04$ ,  $p=0,08$ ) e de *fast-food* (Traço de Pillai=0,002,  $F(1,297)=0,62$ ,  $p=0,43$ ), embora, neste último caso, se verifique uma redução do consumo em ambos os grupos.

(iii) Comportamentos sexuais

Relativamente aos comportamentos sexuais, analisou-se a evolução da utilização de contraceptivos, antes e depois da intervenção. Os resultados sugerem que no momento do pré-teste não há diferenças entre os grupos quanto à frequência de utilização de anticoncepcionais (Fisher's Exact Test=0,13), mas que depois da intervenção essas diferenças surgem (Fisher's Exact Test=0,04), com o grupo experimental a ter significativamente menos participantes que referem não usar qualquer método (quadro 43).

**Quadro 43:** Utilização de anticoncepcionais, nos dois grupos, no pós-teste

Grupo	Utiliza contraceptivos		
	Sim n (%)	Não n (%)	Total n (%)
Experimental	57 (98,3)	1 (1,7)	58 (100)
Controlo	(68) 89,5	8 (10,5)	76 (100)

Os grupos não diferem quanto à utilização do preservativo, nem no momento do pré-teste ( $\chi^2=0,85$ ,  $GL=2$ ,  $p=0,66$ ) nem do pós-teste ( $\chi^2=1,64$ ,  $GL=2$ ,  $p=0,44$ ).

Relativamente à ida a consulta de planeamento familiar, não se verificaram diferenças entre os grupos, nem antes da intervenção ( $\chi^2=2,68$ ,  $GL=1$ ,  $p=0,10$ ) nem após ( $\chi^2=1,49$ ,  $GL=1$ ,  $p=0,22$ ). Também relativamente ao aconselhamento sobre sexualidade com profissionais de saúde se concluiu que não há diferenças, nem em relação aos enfermeiros (pré:  $\chi^2=1,82$ ,  $GL=1$ ,  $p=0,18$ ; pós:  $\chi^2=1,29$ ,  $GL=1$ ,  $p=0,26$ ) nem aos médicos (pré:  $\chi^2=3,03$ ,  $GL=1$ ,  $p=0,08$ ; pós:  $\chi^2=0,51$ ,  $GL=1$ ,  $p=0,48$ ).

## 7. DISCUSSÃO

Neste capítulo procederemos à discussão dos principais resultados encontrados no estudo empírico. De acordo com o procedimento adoptado no capítulo anterior, começa-se pelo estudo exploratório e posteriormente faremos a análise e discussão dos resultados do estudo quase-experimental.

### 7.1. Padrão de sono dos adolescentes

O sono é essencial para a manutenção de uma boa saúde e da qualidade de vida em geral (Roberts et al., 2004), sendo por isso importante estudá-lo em todas as fases da vida, incluindo a adolescência. Atendendo às variações que ocorrem entre ambos, é habitual descrever o padrão de sono dos adolescentes diferenciando os dias da semana dos de fim-de-semana (Crowley et al., 2007). Seguindo este pressuposto, procedeu-se à análise dos hábitos de sono dos participantes e concluiu-se que diferem significativamente, sendo a hora de deitar e de levantar mais tardia ao fim-de-semana que à semana ( $p=0,000$  e  $p=0,000$ , respectivamente). Verificou-se ainda que a maioria dos adolescentes que participaram no estudo (61,8%,  $n=415$ ) funciona num padrão de privação de sono durante a semana, uma vez que não dorme o mínimo de 8,30 horas que é adequado à sua idade (Carskadon et al., 1980). Apenas 10,6% ( $n=71$ ) dos inquiridos dormem mais de 8 horas por noite durante a semana. Nas noites de fim-de-semana 83,5% ( $n=561$ ) dos participantes dormem oito ou mais horas, mas 16,5% ( $n=111$ ) apresentam um padrão de privação de sono, pois dormem menos de 8 horas. A variação entre a média de horas de sono, à semana e ao fim-de-semana, é de 1,31 horas, com um incremento no final de semana ( $M=7,38$ , durante a semana e  $M=8,69$ , ao fim-de-semana). Ao fim-de-semana os adolescentes deitam-se em média 1,53 horas mais tarde e levantam-se 3,14 horas mais tarde.

Os resultados, da nossa investigação estão de acordo com estudos de outros investigadores (O'Brien & Mindell, 2005; Millman et al., 2005; LeBourgeois, 2005; Hansen et al., 2005; Yang et al., 2005; Pollak & Bright, 2003; Matos et al., 2003a; Mindell et al., 1999; Mercer et al., 1998; Wolfson & Carskadon, 1998) que descreveram que o padrão típico de sono na adolescência tem uma discrepância entre a semana e o fim-de-semana, havendo um aumento ao fim-de-semana para compensar as horas perdidas nas noites de semana (Knutson & Lauderdale, 2007; Millman et al., 2005; Lee et al., 1999; Wolfson & Carskadon, 1998), que a hora de deitar e de levantar ao fim-de-semana (Hansen et al., 2005) é mais tardia que à semana (Honda et al., 2008; Sousa et al., 2007; Noll et al.,

2006; O'Brien & Mindell, 2005; Millman et al., 2005; Carskadon et al., 2004; Dahl & Lewin, 2002; Johnson, 2001; Mantz et al., 2000; Wolfson & Carskadon, 1998) e que os adolescentes dormem menos que o recomendado à semana (Gibson, et al., 2006; O'Brien & Mindell, 2005).

O deitar mais cedo durante os dias de aulas (48,1%, n=324, dos adolescentes deitam-se depois das 23h) pode ser difícil nos participantes que frequentam o ensino secundário, atendendo ao volume de trabalho escolar e às solicitações sociais próprias da idade. Já quanto ao deitar mais tarde nas noites de fim-de-semana, poderá ser explicado pela ausência de necessidade de se levantar cedo na manhã seguinte, pelo facto de os adolescentes gostarem de se deitar tarde, pelas solicitações sociais próprias desta fase da vida e pelas alterações nos ritmos circadianos do sono que surgem nesta fase do ciclo de vida. O levantar mais tarde ao fim-de-semana pode estar relacionado não só com o padrão de sono típico da adolescência, deitar tarde e levantar tarde, como também com o facto de não terem aulas, com o deitar mais tardio ou ainda com uma tentativa de recuperar o sono perdido durante a semana: "Os estudos realizados em vários países confirmam uma forte tendência para deitar e levantar tarde durante os anos da adolescência ..." (Carskadon et al., 2004).

Os adolescentes mais velhos têm uma hora de deitar mais tardia nas noites dos dias de aulas e nas de fim-de-semana, quando comparados com os mais novos ( $p=0,000$  e  $p=0,000$ , respectivamente), e levantam-se também significativamente mais tarde à semana que os mais novos ( $p=0,018$ ), resultados estes que estão de acordo com os de Wolfson e Carskadon (1998) e de O'Brien e Mindell (2005). Ao fim-de-semana não se verificou existirem diferenças ao nível da hora de levantar entre os adolescentes mais novos e os mais velhos, o que está de acordo com o estudo de Wolfson e Carskadon (1998), mas que é contrário à *National Sleep Foundation* (2006), que refere que nos fins-de-semana os adolescentes mais velhos se levantam mais tarde que os mais novos.

Durante os dias de aulas, os adolescentes que frequentam níveis de ensino mais avançado deitam-se significativamente mais tarde ( $p=0,000$ ) que os que estão em anos menos avançados. Nas noites de fim-de-semana, embora não haja uma diferença estatística significativa, a percentagem de inquiridos que se deita depois das 24h aumenta com o nível mais avançado de escolaridade. Este achado é consistente com os de O'Brien e Mindell (2005) e com o de Yang et al. (2005), que concluíram que os adolescentes do 12º ano se deitam significativamente mais tarde do que os do 11º e 10º anos, quer durante a semana quer ao fim-de-semana, o mesmo se verificando entre os do 11º e 10º anos.

Pensamos que o aumento do trabalho e responsabilidade escolar, nomeadamente os exames nacionais de ingresso ao ensino superior para os estudantes do 12º ano, cuja importância social e psicológica coloca os alunos debaixo de uma grande pressão académica, podem justificar que os adolescentes de níveis de ensino mais avançado se deitem mais tarde durante a semana. Ao fim-de-semana, a maior autonomia dos adolescentes de anos mais avançados pode levar a uma diminuição da vigilância paterna, causando o deitar mais tardio.

Nos dias de semana, os participantes do 10º ano levantam-se significativamente mais cedo que os restantes e os do 12º significativamente mais cedo que os do 11º ano. Estes resultados podem ser explicados com a percentagem de inquiridos, por ano de escolaridade, que têm as suas aulas maioritariamente no período da manhã (88,2%, n=210, do 10º ano, 52,9%, n=148, do 11º e 85,2%, n=138, do 12º ano), e são parcialmente contrários aos da investigação de Yang et al. (2005), onde se concluiu que nos dias de aulas os adolescentes de anos mais avançados se levantavam mais cedo que os dos níveis menos avançados.

Verificou-se que os adolescentes do sexo feminino se deitam e levantam significativamente mais cedo, à semana e ao fim-de-semana, que os do sexo masculino. Estas conclusões são idênticas às do estudo de Carskadon (1990), que apurou que as raparigas se deitavam e levantavam mais cedo que os rapazes, à semana e ao fim-de-semana. Yang et al. (2005) e Wolfson e Carskadon (1998) também concluíram que as raparigas se levantam significativamente mais cedo que os rapazes durante a semana, embora estes últimos verificassem que acontece o inverso ao fim-de-semana.

Como outros investigadores sugeriram (Yang et al., 2005; Wolfson & Carskadon, 1998), assumimos que a diferença na hora de levantar nos dias de aulas pode estar relacionada com a necessidade de as adolescentes terem mais tempo para se arranjar e prepararem, e ao fim-de-semana com uma maior responsabilidade em actividades domésticas. O facto de as raparigas se deitarem mais cedo pode estar relacionado com o levantar também mais cedo, tentando assim evitar uma diminuição no tempo total de sono. Pode ainda pensar-se que aos fins-de-semana isso seja devido a um maior controlo parental nas saídas e na hora de regressar a casa, que ainda se nota em alguns estratos sociais.

Nas noites de semana, o número de horas de sono dos adolescentes do sexo feminino e masculino difere significativamente ( $p=0,007$ ), dormindo as raparigas mais horas. Esta conclusão é diversa da de outros autores (Yang et al., 2005; Wolfson & Carskadon,

1998), que não encontraram diferenças significativas entre o número total de horas de sono dos estudantes de ambos os sexos.

No nosso estudo, tal como no de Wolfson e Carskadon (1998), verificámos que nas noites de fim-de-semana os adolescentes mais velhos dormem significativamente menos que os mais novos ( $p=0,05$ ). Uma explicação possível é a maior autonomia e responsabilidade que os adolescentes vão adquirindo com a idade e que pode levar os pais a autorizarem saídas até mais tarde e a exercerem menos controlo sobre a sua hora de deitar, sem haver compensação na hora de levantar, o que origina um menor número de horas de sono.

Os adolescentes cujos pais possuem ambos o ensino superior ou secundário levantam-se significativamente mais tarde ( $p=0,005$ ), face ao que verificámos quando um dos pais está habilitado com o ensino superior ou secundário e o outro com o ensino básico. Este achado poderá estar relacionado com a necessidade destes adolescentes ajudarem os pais em algum tipo de negócio, embora não se encontre nenhuma diferença relativa aos participantes em que ambos os pais possuem o ensino básico.

Relativamente à relação entre o tempo despendido no computador e/ou *playstation* e o total de horas de sono à semana e ao fim-de-semana, verificou-se que os adolescentes que usam o computador e/ou *playstation* mais de 10 horas por semana, dormem significativamente menos ( $p=0,005$ ) durante a semana que os que gastam menos de 10 horas com isso. O computador e o acesso à internet são uma forma de socialização e comunicação muito utilizada pelos adolescentes, interferindo com o seu tempo total de sono. Quanto aos jogos de vídeo ou *playstation*, a sua interferência no padrão de sono pode ser relacionada não só com a diminuição do tempo total, como também com o aumento da excitação que produzem, levando a que seja mais difícil conciliar o sono após a sua utilização.

Não se encontraram diferenças significativas relativamente ao número de horas que os participantes dormem à semana e ao fim-de-semana, e a quantidade de cigarros que fumam, nem na quantidade de álcool que beberam na semana anterior à participação no estudo, muito embora outras investigações tenham referido que os adolescentes que fumam dormem menos e têm mais problemas de sono que os que não fumam (Patten, 2000; Tynjälä & Törmäkangas, 1994, cit. in Tynjälä et al., 1997; Townsend et al., 1991) e que o consumo de álcool está relacionado com um padrão de deitar mais tardio e irregular (Tynjälä & Törmäkangas, 1994, cit. in Tynjälä et al., 1997). Este facto pode estar relacionado com um menor consumo de tabaco e de álcool nos nossos inquiridos, mas não podemos afastar a hipótese de alguns adolescentes terem relutância em mencionar

comportamentos de risco em que se envolvem, apesar de o investigador ter assegurado o anonimato e a confidencialidade.

## 7.2. Hábitos alimentares

Alguns dos comportamentos adoptados durante a adolescência podem pôr em risco a saúde do indivíduo e estão associados com a morbilidade e mortalidade na idade adulta. Entre eles inclui-se o padrão alimentar pobre e desadequado adoptado por muitos adolescentes, o que justifica a importância da sua análise.

O padrão alimentar mais comum na nossa amostra compreende cinco refeições (35,9%, n=244). Verificou-se contudo que 7,4% dos adolescentes (n=50) só fazem três por dia e que 0,4% (n=3) fazem apenas duas (almoço e jantar). A ceia é a única refeição que não é ingerida pela maioria dos participantes, sendo o meio da manhã a segunda refeição mais omitida e o jantar a refeição efectuada por mais participantes.

A omissão de refeições é um hábito generalizado no comportamento alimentar dos adolescentes (Järvelaid, 2003), variando a refeição mais omitida com a amostra em estudo: França et al. (2006) concluíram, tal como nós, que a ceia e o meio da manhã eram as refeições mais omitidas pelos adolescentes, mas na investigação de Vieira et al. (2005) esta posição é ocupada pelo jantar.

A percentagem de raparigas que faz seis refeições por dia é ligeiramente superior à dos rapazes (28,9% vs 25,5%), mas é inferior a das que fazem cinco, quatro ou três refeições diárias. O menor número de refeições nas adolescentes poderá resultar de uma motivação para manterem ou perderem peso, já que nesta fase da vida as preocupações com o peso e a imagem corporal são mais evidentes nas raparigas (Davidson & McCabe, 2006; Papalia & Olds, 1985).

Os adolescentes que frequentam o 12º ano tendem a fazer seis ou cinco refeições por dia (66,1%, n=107, para 61,1%, n=171, do 11º ano e 64,3%, n=153 do 10º ano) e os estudantes do 10º ano são os que mais referem comer só duas ou três refeições diárias. Considerando que a temática da alimentação foi a que mais adolescentes referiram como sendo abordada na escola, muito embora não se saiba em que anos, esta poderá ser uma das razões para que os adolescentes do 12º ano tenham um padrão alimentar mais equilibrado e os do 10º ano um mais desequilibrado, no que concerne ao número de refeições diárias. Pode no entanto haver um efeito da idade, que leve à adopção de comportamentos mais saudáveis a nível alimentar.

Embora a maioria dos participantes tome pequeno-almoço e meio da manhã (55,4%, n=377), verificámos que 4,0% (n=27) omitem estas refeições. Não se verificou existir

associação entre o horário das aulas dos adolescentes e a ingestão de desjejum, mas os adolescentes que têm aulas de manhã são os que mais comem a refeição do meio da manhã ( $p=0,000$ ). Na nossa amostra, 86,8% dos participantes (86,9%, das raparigas e 86,5% dos rapazes) ingerem pequeno-almoço e 87,7% fazem-no em casa, não se verificando existir diferenças entre géneros relativamente ao hábito de tomar esta refeição.

Os resultados que encontrámos quanto à ingestão de pequeno-almoço diferem dos de Matos e Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde (2003a), que concluíram que 80,5% dos participantes ingerem esta refeição e que existem diferenças significativas entre géneros, sendo os rapazes os que mais tomam o pequeno-almoço. Importa no entanto ressaltar que estes dados se referem a uma população estudantil portuguesa mais nova (alunos do 6º, 8º e 10º anos, onde apenas 47% dos inquiridos tinham mais de 15 anos) do que a da presente investigação. Currie et al. (2004) também reportam que a percentagem de rapazes que tomam o desjejum é superior à das raparigas. Os nossos achados são ligeiramente inferiores aos 95% referidos por Cavadini et al. (2000), mas são idênticos aos de Gambardella et al. (1999), onde se constatou que 82% dos adolescentes tomam o pequeno-almoço e que 90% destes o ingerem em casa. Também Vieira et al. (2005) concluíram que 88,9% dos participantes faz o desjejum e que a percentagem de adolescentes que omite esta refeição é maior no sexo masculino (13,3% vs 10,1% no sexo feminino). Zapata et al. (2008) também não encontraram diferenças significativas entre géneros no consumo de pequeno-almoço, embora na sua investigação o hábito de tomar o desjejum fosse mais comum nos rapazes. Já Moreno et al. (2005) verificaram que existem diferenças significativas entre géneros no consumo desta refeição, que é mais comum nas raparigas.

Quanto à omissão de pequeno-almoço e de meio da manhã, os nossos resultados são inferiores aos de Vieira et al. (2005) e também diferem dos de outros investigadores (Järvelaid, 2003; Keski-Rahkonen et al., 2003; Höglund et al., 1998) que concluíram existirem diferenças entre géneros relativamente ao consumo do pequeno-almoço, sendo no grupo de rapazes que se encontra uma maior percentagem de adolescentes que efectua esta refeição.

Considerando que o pequeno-almoço é uma componente essencial de uma dieta saudável rica em carboidratos e macronutrientes, que um pequeno-almoço adequado tem sido associado a uma boa função física e cognitiva e a um melhor desempenho escolar nas crianças e adolescentes (Moreno et al., 2005), e que os grupos dos lacticínios, cereais e frutas são básicos para um bom pequeno-almoço, concluiu-se que apenas 15,1% dos participantes fazem um bom desjejum. Embora não se tenham



encontrado diferenças significativas entre géneros, verificou-se que a percentagem de raparigas que tomam um bom pequeno-almoço é superior à dos rapazes, sendo este resultado contrário ao apresentado por Moreno et al. (2005). A maioria dos participantes só ingere alimentos de dois dos grupos referidos, o que está de acordo com o achado de Cavadini et al. (2000).

No controlo e redução da obesidade, é importante conseguir que os adolescentes sigam as recomendações para uma dieta saudável e em particular que se siga a recomendação da OMS (2006; WHO, 2002d) para incrementar o consumo de frutas e hortícolas nesta etapa da vida. Contudo e apesar dos esforços que se têm feito neste sentido, nas escolas e em campanhas publicitárias, para os adolescentes aumentarem o consumo diário de frutas e vegetais para um mínimo de três doses diárias e o de lacticínios para duas a três porções diárias, os resultados do nosso estudo revelam que é muito baixa a percentagem de adolescentes que cumpre com as recomendações dietéticas para estes três grupos e para o dos cereais e derivados, tubérculos e o das de carnes, pescado e ovos. Apenas 60,7% dos rapazes e 75,5% das raparigas comem hortícolas diariamente e destes só 44,1% de rapazes e 59,9% das raparigas os ingerem a duas refeições. O consumo de fruta é ainda mais baixo, pois só 56,7% de rapazes e 69,6% de raparigas comem fruta diariamente, e destes só 7,5% dos rapazes e 14,1% das raparigas ingerem fruta a três refeições. Os resultados do consumo de lacticínios são melhores, mas 11,6% de adolescentes do sexo masculino e 12,6% do sexo feminino não os consomem todos os dias, e apenas 52,4% de rapazes e 55,3% de raparigas ingerem alimentos deste grupo nas doses recomendadas.

Os nossos resultados sobre o consumo diário de vegetais estão de acordo com os de outros investigadores (Matos et al., 2006d, 1996; Toral et al., 2006; Currie et al., 2004; Rodríguez et al., 2002; Cavadini et al., 2000; Gambardella et al., 1999; Höglund et al., 1998) no que se relaciona com um consumo mais escasso deste grupo de alimentos no género masculino, mas todos eles encontraram uma percentagem de consumidores em ambos os sexos que é inferior à da nossa investigação. Matos e a Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde (2003a) referem que os rapazes comem mais vegetais que as raparigas, mas as percentagens em ambos os géneros são mais baixas que as da nossa investigação.

Quanto ao consumo de fruta, vários estudos (Matos et al., 2006d, 2003a; 1996; Toral et al., 2006; Vereecken et al., 2005; Currie et al., 2004; Rodríguez et al., 2002; Cavadini et al., 2000; Gambardella et al., 1999) também apontam para uma maior percentagem de adolescentes do sexo feminino que comem fruta diariamente e, tal como se referiu para os hortícolas, a percentagem de consumidores em ambos os sexos é inferior à da nossa

investigação. Vieira et al. (2005) concluíram que o grupo dos hortícolas era o mais rejeitado pelos adolescentes. Os nossos resultados são inferiores aos de Zapata et al. (2008), que concluíram que somente 22,8% dos participantes referiam consumir cinco ou mais doses de fruta e vegetais por dia, e que a percentagem de consumidores era superior no género masculino. No entanto, os adolescentes que integraram aquele estudo eram mais novos do que os nossos e a percentagem de consumidores de cinco ou mais doses de fruta e vegetais por dia diminuía com a idade.

Tal como Currie et al. (2004), pensamos que as preocupações crescentes com o peso e a forma física, características desta fase da vida e mais comuns no sexo feminino, podem explicar o consumo mais elevado de hortícolas e frutas nas raparigas. A maior percentagem de adolescentes que refere comer hortícolas comparativamente com a fruta, pode relacionar-se com o facto de estes serem consumidos maioritariamente na sopa.

Podemos afirmar que a prática alimentar dos adolescentes estudados é inadequada, já que há um baixo consumo diário dos diferentes grupos que integram a nova roda dos alimentos (MS, 2005). As dietas mais desequilibradas, na adolescência, costumam ser associadas a uma baixa frequência de refeições em família (Neumark-Sztainer et al., 2003a). Sendo assim e como na nossa amostra a maioria dos adolescentes faz as três principais refeições (pequeno-almoço, almoço e jantar) em casa e com a família (embora 51,7% tomem sós o pequeno-almoço), somos levados a pensar que os padrões familiares de alimentação podem ser desadequados ou que a família não os encoraja a comerem comida saudável. Vários autores (Vejrup et al., 2008; Veiga & Sichieri, 2006; Neumark-Sztainer et al., 2003b) verificaram que existe correlação entre os padrões alimentares da família e os dos adolescentes, o que enfatiza a influência familiar nas escolhas alimentares. Neumark-Sztainer et al. (2003b) concluíram ainda que existe correlação entre o apoio dado pelos pais para uma alimentação saudável e a ingestão de fruta e vegetais pelos filhos. No entanto, poderá também acontecer que as famílias estejam a deixar os adolescentes escolher o que querem comer, por preferirem alternativas à ementa familiar, podendo as suas escolhas não ser as mais saudáveis.

De uma dieta equilibrada faz parte uma ingestão adequada de água e fluidos. Outro desequilíbrio alimentar que se encontrou no nosso estudo relaciona-se com o consumo de água, já que a maioria dos inquiridos bebe menos de 1,5 litros por dia. Encontrou-se uma diferença significativa entre géneros ( $p=0,014$ ) a este respeito, bebendo os rapazes mais água que as raparigas. A diminuição no consumo de água está muitas vezes relacionada com um aumento no consumo de refrigerantes e sumos. No nosso estudo,

verificámos que há uma elevada percentagem de adolescentes que bebe sumos de pacote ou refrigerantes ao almoço e ao jantar, em vez de beberem água.

Analisando os constituintes menos saudáveis de uma dieta, nomeadamente, os refrigerantes, os sumos de pacote, as guloseimas, os doces, a *fast-food*, os fritos (batatas fritas de pacote, rissóis, croquetes e outro tipo de salgados fritos) e a maionese, concluímos que a sua presença se manifesta na alimentação diária de muitos dos nossos participantes.

O consumo de bebidas gaseificadas e açucaradas constitui uma preocupação, já que aumentam a ingestão calórica diária (Lo et al., 2008), apresentam um baixo valor nutricional (Krebs-Smith, 2001) e substituem muitas vezes a ingestão de leite na dieta das crianças e adolescentes (Lo et al., 2008; Guthrie & Morton, 2000). No nosso estudo verificou-se que os refrigerantes são ingeridos diariamente por 23,4% dos inquiridos, existindo associação estatística entre o seu consumo e o género, sendo os rapazes os principais consumidores ( $p=0,000$ ), e com o ano de escolaridade que o adolescente frequenta ( $p=0,005$ ), verificando-se que os inquiridos do 10º ano bebem refrigerantes mais vezes que os do 12º ano. Os sumos de pacote são consumidos diariamente por 40% dos participantes, havendo 10,3% que os bebem todos os dias ao pequeno-almoço. O ano de escolaridade tem associação estatística com o consumo de sumos de pacote ( $p=0,000$ ), evoluindo na proporção inversa.

Os nossos resultados estão consonantes com os de outros investigadores (Matos et al., 2006d; Vereecken et al., 2005; Höglund et al., 1998) que concluíram que a percentagem de rapazes que bebe refrigerantes é superior à das raparigas, e diferem dos de Matos e a Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde (2003a), que não encontraram diferenças significativas entre géneros, embora reconheçam aos rapazes maior propensão para o seu consumo. Zapata et al. (2008) também não encontraram diferenças significativas no género e no ano escolar relativamente ao consumo de refrigerantes.

Os adolescentes mais novos comem doces menos frequentemente que os mais velhos ( $p=0,04$ ) e também existem diferenças no consumo em função do ano de escolaridade ( $p=0,000$ ), sendo os do 12º ano os que ingerem menos doces. Matos et al. (2006d, 1996) também concluíram que os maiores consumidores eram os adolescentes mais velhos. Este resultado poderá relacionar-se com a maior autonomia que os adolescentes vão tendo para seleccionar as suas refeições, comprar o que vão comer, comerem mais vezes fora de casa e terem mais dinheiro para gastar.

É igualmente no grupo dos adolescentes mais novos que se encontra um consumo de maionese menos frequente ( $p=0,02$ ), mostrando os resultados existir também diferenças

em função do ano de escolaridade ( $p=0,000$ ) e das habilitações literárias dos pais ( $p=0,01$ ). Contrariamente ao que acontecia com os doces, os participantes do 12º ano comem maionese mais vezes. Os adolescentes cujos pais possuem ambos o ensino básico comem maionese menos vezes do que os que são filhos de pais habilitados com o ensino superior ou secundário.

As batatas fritas de pacote e os *snacks* fritos estão entre os grandes fornecedores de gordura e sódio na alimentação. Nos adolescentes estudados apenas 31,9% nunca comem ou comem menos de uma vez por mês este tipo de alimentos. Encontraram-se diferenças significativas entre géneros ( $p=0,038$ ) e no ano de escolaridade ( $p=0,000$ ) quanto à regularidade de consumo de fritos, sendo nos adolescentes do sexo feminino e nos participantes do 12º ano que se verifica uma maior ingestão deste tipo de alimentos. Foi também nos adolescentes do sexo masculino que se verificou a existência de um consumo mais regular de enchidos ( $p=0,000$ ).

Uma das razões que pode ser sugerida para um consumo mais frequente de refrigerantes, batatas fritas de pacote e *snacks* fritos, bem como de enchidos, pelos participantes do sexo masculino, é uma maior preocupação das raparigas com o tipo e a qualidade dos alimentos que comem, por terem maior consciência sobre a saúde, mais preocupações com a aparência e quererem controlar o peso. Um ano de escolaridade mais avançado pode ser associado a um maior conhecimento sobre alimentação, alimentação saudável e suas implicações para a saúde. Os nossos resultados parecem ser consistentes com esta hipótese, pois é no grupo de participantes do 12º ano que se encontra um consumo menor ou menos frequente de refrigerantes, sumos de pacote, doces e batatas fritas de pacote e outro tipo de *snacks* fritos, apesar de o consumo de maionese ser mais frequente nos inquiridos do 12º ano.

A comida do tipo *fast-food* faz parte dos hábitos alimentares da maioria dos participantes (84,9%), havendo adolescentes que reportam o seu consumo seis vezes por semana. Os amigos são a companhia mais frequente para este tipo de restaurantes. Não se encontraram diferenças significativas em função do sexo, da idade e do ano de escolaridade, na ingestão deste tipo de alimentos. Os nossos resultados diferem dos de French et al. (2001a), que referem que 75% dos inquiridos comeram em restaurantes *fast-food* na semana anterior à participação no estudo. Apesar de não termos questionado a frequência na semana anterior ao estudo, verificámos que 60,2% dos inquiridos referem comer neste tipo de restaurantes menos de uma vez por semana. O facto de os amigos serem a companhia mais frequente para os restaurantes de *fast-food* está de acordo com o esperado, já que durante a adolescência os pares constituem uma referência, inclusive a nível alimentar.

Tal como esperávamos, o consumo de café está associado à idade dos adolescentes ( $p=0,000$ ) e ao ano de escolaridade ( $p=0,002$ ), verificando-se igualmente uma relação com as habilitações literárias dos pais ( $p=0,012$ ). São os adolescentes mais velhos e os que frequentam anos de escolaridade mais avançados que mais apresentam este hábito e é no grupo de inquiridos cujos os pais possuem ambos o ensino básico que se encontra a menor percentagem de consumidores. Matos et al. (1996) também verificaram que era no grupo dos adolescentes mais velhos que havia uma maior percentagem de consumidores de café.

Verificou-se ainda que os rapazes bebem café em maior quantidade que as raparigas ( $p=0,04$ ). Como não se questionou os adolescentes sobre a hora, não podemos inferir se a ingestão de café está relacionada com a hora de deitar mais tardia do sexo masculino, dos adolescentes mais velhos e dos que frequentam anos de escolaridade mais avançados.

A relação entre o género e a forma de confecção de alimentos é significativa para os fritos ( $p=0,015$ ) e para os assados ( $p=0,032$ ), sendo em ambos os casos no grupo dos rapazes que se verificou existir uma maior preferência por esse tipo de cozinhado. Não se encontrou nenhum estudo que investigasse este assunto, pelo que se torna impossível comparar os nossos resultados com os de outros investigadores. Contudo, pensamos que a maior preocupação das raparigas com o controlo de peso pode uma vez mais estar relacionada com estes achados.

Existe correlação significativa entre as habilitações literárias dos pais e a selecção de fritos ( $p=0,005$ ), grelhados ( $p=0,04$ ) e estufados ( $p=0,003$ ), como a forma preferida de confecção de alimentos. São os adolescentes cujos pais possuem ambos o ensino básico que mais elegem os fritos como forma preferida de confecção. Quando um dos pais possui um curso superior ou o ensino secundário e o outro o ensino básico, os inquiridos seleccionam mais os grelhados e os estufados. Por fim, é no grupo de adolescentes cujos pais possuem ambos o ensino básico que se encontra uma menor percentagem de participantes a seleccionar os grelhados como forma de confecção preferida. Na adolescência, embora com um peso menor, os pais continuam a ser uma referência para os hábitos alimentares (Neumark-Sztainer, 2006), podendo uma maior habilitação literária corresponder a um conhecimento mais aprofundado sobre alimentação e levar a que em casa se confeccionem alimentos de forma mais saudável, transmitindo essa preferência aos filhos.

### **7.3. Opinião dos adolescentes sobre a sua imagem corporal**

A imagem corporal é uma construção multidimensional que se vai desenvolvendo ao longo da vida e pode ser afectada por factores sociais, fisiológicos, psicológicos e ambientais. As preocupações com a imagem corporal começam muitas vezes durante a infância e continuam durante a idade adulta, mas é sem dúvida durante a adolescência que ela se exacerba, pois os adolescentes são confrontados com mudanças físicas fundamentais. É nesta fase da vida que a insatisfação com o corpo atinge níveis mais elevados e que muitos adolescentes, principalmente do sexo feminino, se envolvem em dietas que podem ameaçar a sua saúde. A percepção do tamanho e forma do seu corpo é por vezes distorcida e, estando o seu peso dentro dos limites normais, consideram-se obesos.

A obesidade é considerada pela OMS uma doença prevalente na maioria dos países, quer industrializados quer em vias de desenvolvimento, que afecta as crianças, os adolescentes e os adultos (WHO, 2004c).

A média de peso dos adolescentes do nosso estudo é de 61,25 Kg e a média de altura de 1,69 metros, apresentando as raparigas médias de peso e altura mais baixas. Comparando os nossos resultados com os de Matos e a Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde (2003a), verifica-se que há um incremento das médias do peso e da altura, o que consideramos normal, atendendo que a faixa etária do nosso estudo é mais elevada. Uma discrepância encontrada relativamente a estes autores, foi que o adolescente mais pesado se encontrou no sexo feminino.

Com base nos dados sobre o peso e a altura fornecidos pelos adolescentes, apurou-se que a maioria (81,4%) tem um peso normal, 7,3% têm excesso de peso, 1,4% são obesos e 9,9% têm baixo peso. Há diferenças significativas entre géneros a nível do IMC dos participantes ( $p=0,001$ ), sendo no grupo dos rapazes que se encontra uma maior percentagem de adolescentes com excesso de peso e obesos, e no das raparigas uma maior percentagem de inquiridos com baixo peso. Estes resultados estão consonantes com os de outros investigadores (Currie et al., 2008; Eisenberg et al., 2006b; Matos et al., 2006d, 2003a), que também concluíram que a maioria dos adolescentes se situavam num parâmetro de peso normal, que há diferenças significativas entre géneros a nível do IMC e que é no grupo dos rapazes que se encontra uma maior percentagem de excesso de peso e obesos. Diferem contudo relativamente ao baixo peso, pois no nosso estudo este achado é mais frequente no género feminino. Os nossos resultados corroboram os de estudos prévios (Currie et al., 2008; Lowry et al., 2000) que referem que os rapazes têm uma tendência significativa para a obesidade ou excesso de peso, com prevalência

de obesos (Höglund et al., 1998), agravando-se esta propensão com a idade (Currie et al., 2008).

A maioria dos adolescentes considera que tem o peso adequado à sua altura. Dos que acham que não, a maioria considera que têm peso a mais. Existe uma diferença significativa entre gêneros na opinião que têm sobre a adequação do peso à altura ( $p=0,000$ ), sendo as raparigas as que mais se atribuem uma desproporção entre ambos. Contudo, verificou-se que 37,2% das raparigas e 19,7% dos rapazes que responderam não ter adequação entre peso e altura, têm peso normal. Estes resultados coincidem com os de outros estudos (Viviani, 2006) que reportam que as raparigas têm uma tendência significativamente superior à dos rapazes para considerarem que não têm uma adequação estatura-ponderal.

Verificou-se ainda uma relação significativa entre o sexo e a opinião sobre o excesso ou insuficiência de peso ( $p=0,000$ ), com as raparigas maioritariamente a considerarem que têm peso a mais, enquanto pelo contrário a maioria dos rapazes pensa ter peso a menos. Verificou-se ainda que 76,8% das raparigas e 58,1% dos rapazes que consideram ter peso a mais, têm peso normal.

Durante a adolescência o peso é uma das principais causas de insatisfação com o corpo e muitas vezes os adolescentes têm uma opinião distorcida a este respeito (Fleitlich et al., 2000; Pesa et al., 2000), sendo mais comum as raparigas quererem perder peso por acharem que têm peso a mais, e os rapazes considerarem que têm peso a menos e desejarem ganhar algum peso e um porte atlético (Vilela et al., 2001). Os nossos dados comprovam que há uma tendência para os adolescentes distorcerem a opinião que têm do seu corpo, relativamente ao peso, sendo contudo inferiores aos cerca de 95% de rapazes e 96% de raparigas que sobrestimaram o tamanho do seu corpo no estudo de Bergström et al. (2000), e aos 52% de raparigas e cerca 25% de rapazes que consideravam ter excesso de peso e estavam dentro ou abaixo do peso normal, no estudo de Strauss (1999).

Contrariamente ao reportado por outros investigadores (Elgar et al., 2005; Keski-Rahkonen et al., 2003), não se verificaram diferenças significativas entre a ingestão de pequeno-almoço e o IMC.

Como se referiu anteriormente, o consumo de comidas do tipo *fast-food* pode ser um contributo importante para o aumento da prevalência da obesidade nos adolescentes (Austin et al., 2005; French et al., 2001a). A nossa investigação não confirmou a hipótese do consumo deste tipo de alimentos estar associada ao IMC dos adolescentes. A percentagem de adolescentes com peso normal é ligeiramente superior no grupo que não

come *fast-food* (81,8% vs 81,3%, de adolescentes que não comem). A hipótese da regularidade do consumo deste tipo de comida estar associada ao IMC dos inquiridos também não se confirmou, verificando-se até que no grupo que come *fast-food* mais que uma vez por semana, a percentagem de adolescentes obesos e com excesso de peso (0% obesos e 6,3% com excesso de peso) é inferior à do grupo que come uma ou menos de uma vez por semana (1,6% obesos e 6,7% com excesso de peso). Estes resultados, embora contrários ao que seria de esperar, não são únicos, pois French et al. (2001a) também concluíram não haver associação entre o consumo de *fast-food* e o IMC das adolescentes estudadas, e que havia uma associação inversa no grupo dos rapazes, verificando-se que os que iam a estes restaurantes três ou mais vezes por semana, tinham um IMC significativamente mais baixo que os que iam duas ou menos vezes por semana. Tal como estes autores referem, pensamos que estes resultados se podem dever ao facto de os adolescentes estarem em fase de crescimento, o que aumenta as necessidades energéticas. No entanto, todos os resultados que se relacionam com o IMC têm de ser interpretados com cautela na nossa investigação, uma vez que o peso e a altura dos adolescentes não foram avaliados pelo investigador, calculando-se o IMC com base nos dados fornecidos pelos inquiridos.

A maioria dos participantes no estudo está satisfeito com a sua forma física, embora se tenha verificado uma diferença significativa entre géneros ( $p=0,000$ ), sendo as raparigas mais insatisfeitas. Outros investigadores (Davison & McCabe, 2006; Viviani, 2006) apuraram igualmente que a satisfação com o corpo é significativamente superior nos rapazes. Os adolescentes com baixo peso estão significativamente mais satisfeitos com a sua forma física do que os obesos e os que apresentam excesso de peso. Na nossa amostra concluiu-se que a percentagem de inquiridos com baixo peso e satisfeitos com a forma física é superior no grupo dos rapazes, que todas as raparigas obesas estão insatisfeitas, enquanto a maioria dos rapazes obesos está satisfeito, e que a maioria dos adolescentes com peso normal está satisfeita com a forma física, sendo a percentagem de rapazes superior à das raparigas. Gostarem do corpo que têm e possuírem uma boa resistência foram os motivos mais apontados para a satisfação com o corpo, sendo o primeiro o mais apontado pelas raparigas e o segundo pelos rapazes. As razões para a insatisfação com a forma física são a pouca massa muscular e a falta de prática desportiva (o mais relevante para os rapazes), o excesso de peso (o principal para as raparigas), o sentir-se magro/magra, o não gostarem do seu corpo e o não gostarem de certos aspectos do corpo (a barriga foi a parte mais referida como causa de insatisfação, sendo as outras as pernas, a anca, as nádegas e a cintura). As partes do corpo mencionadas pelos adolescentes que participaram no nosso estudo, como sendo as



principais causadoras de insatisfação, são iguais às reportadas no estudo de Viviani (2006).

A imagem corporal é predominantemente ligada ao sexo (Feingold & Mazzella, 1998), o que é corroborado pelos nossos resultados, quer quanto aos rapazes estarem significativamente mais satisfeitos do que as raparigas (Crow et al., 2008; Verplanken & Velsvik, 2008; Currie et al., 2004), quer com a maior vontade para mudar (Currie et al., 2008; Matos et al., 2006d, 2003a, 1996). Os nossos resultados estão consonantes com a investigação de Kelly et al. (2004) no que se refere às raparigas com baixo peso serem as que apresentam maior satisfação, mas diferem no facto de aqueles autores reportarem que 12% das adolescentes obesas estavam satisfeitas com o seu corpo, o que não sucedeu em nenhuma das nossas inquiridas.

Na nossa amostra a maioria dos participantes refere que nunca fez dieta, tendo os que a fizeram apontado como motivo principal a vontade de emagrecer, o que é consonante com o referido por outros autores (Haines & Neumark-Sztainer, 2006; Viviani, 2006). Existe uma diferença significativa entre géneros no que respeita a fazer dieta ( $p=0,000$ ), pois são as raparigas as que mais referiram já a terem feito, o que está de acordo com Currie et al. (2004) e se poderá explicar por a maior insatisfação com o corpo e com o peso, e a vontade de os controlar, serem mais comuns nas raparigas. Face aos resultados obtidos relativamente à satisfação corporal e de acordo com Viviani (2006), pensamos poder concluir que as raparigas se sentem mais coagidas pela pressão social para o corpo “ideal”.

#### **7.4. Hábitos de actividade e inactividade física**

A actividade física é essencial à saúde e ao bem-estar (Schneider et al., 2008; DGS, 2007a; Department of Health, 2004; Centers for Disease Control and Prevention, 2000) e é considerada na adolescência como uma forma de socialização importante (Allison et al., 2005), pois ajuda os adolescentes a auto-disciplinarem-se e a trabalharem em equipa, podendo ainda contribuir para os tornar menos vulneráveis a comportamentos de risco (Centers for Disease Control and Prevention, 2000).

No nosso estudo verificou-se que embora a maioria dos inquiridos pratique actividade física, 39,4% referem não o fazer fora da escola. A frequência varia entre uma a sete vezes por semana, sendo as duas vezes por semana a frequência mais referida. O total de horas semanais varia entre a meia hora e as 21 horas ( $M= 5,54$  horas,  $DP=4,08$ ). Os resultados da nossa investigação, relativamente à percentagem de adolescentes que reporta nunca praticar actividade física, são bastante superiores aos 4,1% referidos por

Matos et al. (2003a). É também superior a percentagem de inquiridos do nosso estudo que pratica actividade física uma a três vezes por semana (64,8%), quando comparada com os 46,1% reportados por Matos et al. (2003a). Deve no entanto recordar-se que a amostra do estudo destes autores é mais nova e que a prática de actividade física diminui durante a adolescência (Webber et al., 2008; Kahn et al., 2008; Nelson et al., 2006; Pate et al., 2005; Roberts et al., 2004; Tergerson & King, 2002; Guedes et al., 2001; DiLorenzo et al., 1998; Centers for Disease Control and Prevention, 1997). Outro factor que pode influenciar negativamente o nosso resultado, é o facto de só contabilizarmos a actividade física praticada para além das horas de aulas de educação física. Já quanto à frequência com que a praticam, os nossos achados assemelham-se aos de Matos et al. (2003a), onde se reporta que 38,6% dos adolescentes com mais de 16 anos praticam actividade física menos de três vezes por semana (face aos 38,9% indicados no nosso estudo).

A prática de actividade física tem associação estatística com o género ( $p=0,24$ ), sendo a percentagem de rapazes que a pratica superior à das raparigas. Embora não exista relação estatística entre a idade e a prática de actividade física, verificámos que esta é mais generalizada no grupo dos adolescentes mais novos: 62,9% ( $n=205$ ) vs 58,5%, ( $n=207$ ) no grupo dos mais velhos, sendo também eles que a praticam durante mais tempo ( $p=0,000$ ). Novamente os nossos resultados estão concordantes com os de outros investigadores que também reportam serem os rapazes (Raudsepp, 2006; Viviani, 2006; Matos et al., 2003a; Guedes, 2001; Hickman et al., 2000) que mais praticam, que o fazem por mais tempo e que com a idade diminui a percentagem de adolescentes que pratica algum tipo de actividade física (Matos et al., 2003a; Currie et al., 2004; Guedes, 2001).

A diminuição do tempo de actividade física durante a adolescência pode estar associada, como sugerido por outros autores, ao incremento das responsabilidades e do trabalho escolar (WHO, 2006d; Allison et al., 2005; Sallis et al., 1992), ao aumento do interesse pelas relações interpessoais, nomeadamente o namoro e os amigos (Allison et al., 2005; Matos et al., 2002; Sallis et al., 1992), ou ao facto dos irmãos não praticarem actividade física e dos pais não a incentivarem ou serem contra a sua prática (Raudsepp, 2006; Gonçalves, 2007; Allison et al., 2005).

A prática de actividade física e o tempo gasto com isso durante a semana não têm correlação com o IMC dos adolescentes. Pensamos que este resultado por si só não pode ser considerado relevante, por não ter sido calculado o índice de massa muscular dos adolescentes e não poder assim excluir-se a hipótese de este ser superior no grupo que pratica actividade física.

A maioria dos inquiridos vê televisão à semana e ao fim-de-semana, gastando com isso em média 6,00 horas (DP=5,74) durante a semana e 5,10 horas (DP=3,22) ao fim-de-semana. Uma hora foi o tempo mínimo reportado, quer à semana quer ao fim-de-semana. O tempo máximo foi de 40 horas durante a semana e 24 horas durante o fim-de-semana, sendo as duas horas a situação mais referida durante a semana e as quatro horas ao fim-de-semana.

Matos et al. (2003a) e Currie et al. (2004) também concluíram que os adolescentes passam mais tempo a ver TV ao fim-de-semana, o que se deve relacionar com a maior quantidade de tempo livre nesse período. A média de horas frente à televisão na nossa amostra foi inferior às duas a três horas diárias para os Estados Unidos, reportada por (Pate et al., 1994).

Não existe consenso entre os investigadores relativamente à semelhança ou discrepância entre géneros, no que concerne à quantidade de tempo que os adolescentes passam frente ao televisor. Na nossa investigação não existem diferenças significativas entre raparigas e rapazes, seja quanto ao verem TV, ao número de horas gasto com isso ou às diferenças encontradas entre a semana e o fim-de-semana. Os nossos resultados são idênticos aos de Matos et al. (2003a) e McMurray et al. (2000), onde não se consideram significativas as diferenças entre géneros relativamente ao verem TV. Diferem no entanto dos de Currie et al. (2008, 2004), que concluíram que as diferenças entre géneros são pequenas e só são significativas em menos de um terço dos países envolvidos, e dos de Guedes et al. (2001) e Rodríguez et al. (2002), que verificaram que as rapazes passam significativamente mais tempo que as raparigas a ver TV.

Há diferenças significativas no número de horas de TV que os adolescentes vêem à semana, em função do ano de escolaridade ( $p=0,017$ ), com os do 10º ano a verem mais que os do 11º ano. Pensamos que uma possível explicação para este resultado seja uma menor carga de trabalho nos inquiridos do 10º ano.

Ao fim-de-semana os inquiridos mais novos vêem significativamente mais horas que os mais velhos. Matos et al. (2003a) concluíram igualmente que ao fim-de-semana a percentagem de horas de TV vistas pelos adolescentes de 16 anos era inferior à dos de 15 anos.

A utilização de computador e/ou *playstation* à semana e ao fim-de-semana é uma realidade para a maioria dos inquiridos. Quanto ao número de horas, verificou-se que, tal como acontecia com a televisão, há um aumento ao fim-de-semana, verificando-se uma média de 4,98 horas durante a semana (DP=5,31) e de 5,10 horas (DP=3,56) ao fim-de-

semana. O gasto de duas horas ao computador e/ou playstation durante a semana e de quatro horas ao fim-de-semana foram as situações mais referidas.

Há diferenças significativas entre géneros relativamente ao uso do computador e/ou *playstation* à semana ( $p=0,000$ ) e ao fim-de-semana ( $p=0,000$ ), sendo no grupo dos rapazes que se encontra uma maior percentagem de utilizadores. Estes resultados corroboram os de outros investigadores (Currie et al., 2008; Punamäki et al., 2007; Sweeting & West 2003), que também concluíram que são os rapazes que mais tempo gastam desta forma.

O aumento do número de horas que os adolescentes passam a ver TV e no computador pode levar a que tenham menos tempo para praticarem qualquer tipo de actividade física. Face aos resultados obtidos, pensamos que uma redução neste tipo de comportamentos pode ser uma estratégia efectiva para aumentar a actividade física nos adolescentes.

## **7.5. Hábitos tabágicos**

O consumo de tabaco inicia-se geralmente durante a adolescência e está a aumentar em todos os países, principalmente entre as raparigas (Lambert et al., 2002). Infelizmente, também em Portugal se constata esta realidade (Matos & Gaspar, 2005).

Quando responderam ao questionário, 13,4% dos adolescentes fumavam e 1,9% afirmaram que, embora não fumassem nesse momento, já tinham sido fumadores. A maioria dos adolescentes que já tinha tentado deixar de fumar não tinha conseguido. Embora não se tivessem encontrado diferenças entre géneros, quanto ao consumo de tabaco, a percentagem de rapazes fumadores é superior à das raparigas. A idade com que os inquiridos começaram a fumar variou entre os nove e os 19 anos, sendo a média de 13,67 anos ( $DP=1,76$ ). O nosso estudo também concluiu que os adolescentes fumadores fumam em média 8,15 cigarros por dia ( $DP=5,30$ ).

Os nossos resultados assemelham-se aos de outros autores (Leatherdale, 2008; DGS, 2007b; Rodrigues et al., 2007; Hibel et al., 2004; Currie et al., 2004; Matos et al., 2003a), que concluíram que a maioria dos adolescentes não fuma e que não existem diferenças significativas entre géneros quanto ao hábito de fumar (DGS, 2007b; Matos et al., 2003a). Contudo, a percentagem de rapazes e de raparigas fumadoras que encontramos (15,3% e 12,1%, respectivamente) é muito superior aos 9,4% e 9,5% referidos pelo estudo da DGS (2007b), verificando-se no nosso estudo que as raparigas têm menos o hábito de fumar. Não há no entanto consenso sobre este achado, pois outros estudos europeus apontam para uma igualdade ou mesmo para a prevalência de raparigas fumadoras (Lambert et al., 2002). Relativamente à média de idades com que começaram a fumar, os

nossos achados estão consonantes com os de outros investigadores, no que respeita a ser na fase inicial da adolescência que muitos viciados iniciam o consumo (DGS, 2007b; Matos et al., 2003a; Siqueira et al., 2000). No entanto, no estudo de Matos et al. (2003a), a idade de início é mais baixa que no nosso. Pensamos que esta diferença se poderá explicar pelo facto de o nosso estudo abarcar adolescentes até aos 19 anos e por termos 4,4% de inquiridos que começaram a fumar depois dos 16 anos. A cessação tabágica na adolescência é difícil e envolve muito insucesso e retrocesso, embora Leatherdale e McDonald (2005) tenham verificado que alguns adolescentes conseguiram com sucesso cessar de fumar.

Existe uma diferença significativa entre o grupo de adolescentes mais novos e mais velhos ( $p=0,000$ ) quanto ao hábito de fumar, sendo a percentagem de fumadores superior nos mais velhos, o que coincide com os achados de outros estudos (Currie et al., 2008, 2004; Shelley et al., 2005; Matos et al., 2003a).

As principais razões apontadas pelos participantes para começarem a fumar foram o querer experimentar, a influência do grupo de pares e o achar que dava um certo estilo. Sarason et al. (1992) referiram a pressão social e a curiosidade como os motivos mais apontados. Dowdell e Santucci (2004) e Vuckovic et al. (2003) mencionam que o facto de os amigos fumarem é uma razão para os adolescentes fumarem.

O hábito de fumar coloca em risco a saúde dos adolescentes. Aparentemente os inquiridos estão sensíveis a este problema, pois a maioria (83,1%) gostaria de deixar de fumar e de reduzir o consumo (85,6%). Este achado assemelha-se ao de outros investigadores (Leatherdale, 2008; Oksuz et al., 2007; Leatherdale e McDonald, 2005), que referem que a maioria dos adolescentes, independentemente de fumarem ou não diariamente, gostariam de deixar de fumar.

De acordo com a opinião dos participantes, 44,4% dos pais sabem que os filhos fumam e 32,2% dos fumadores têm autorização dos pais para fumar, havendo 41,1% inquiridos que o fazem em casa. Estes resultados diferem dos de Matos et al. (2003c), em que os adolescentes afirmam que em geral os pais não sabem que eles fumam e que quando descobrem ficam zangados e lhes pedem para não fumar. Esta discrepância pode estar novamente associada ao facto dos adolescentes do nosso estudo serem mais velhos.

As raparigas começaram a fumar significativamente mais cedo que os rapazes ( $p=0,027$ ). Não existe consenso entre investigadores relativamente a este dado, que está muito associado ao país de proveniência dos inquiridos. A OMS (WHO, 2005c) e Álvarez et al. (2003) reportam que os rapazes tendem a iniciar o consumo de tabaco mais cedo que as

raparigas. Currie et al. (2004) e Matos et al. (2003a) apuraram, como nós, que as raparigas começaram a fumar significativamente mais cedo que os rapazes.

Não se encontraram diferenças entre o grupo de adolescentes que pratica actividade física e o que não pratica, quanto ao hábito de fumar. Este resultado difere do que esperávamos encontrar e não está consonante com o de outros investigadores (Nelson & Gordon-Larsen, 2007; Aleixandre et al., 2005; Matos et al., 2002) que verificaram que os adolescentes que praticam actividade física têm menos o hábito de fumar. Leatherdale (2008) concluiu que havia diferenças entre o grupo de fumadores diários ou ocasionais e o tipo de prática de actividade que desenvolviam, pouco activa e muito activa, sendo no grupo de fumadores diários que se encontrava a maior percentagem, enquanto que os que se envolviam em práticas moderadamente activas eram mais do tipo ocasional.

Existe uma associação estatística significativa entre o hábito de beber café e o de fumar ( $p=0,000$ ), com a percentagem de adolescentes fumadores a ser superior no grupo dos consumidores de café.

Viver em ambientes de fumo, como por exemplo ter membros da família e amigos que fumam, tem sido identificado como um risco maior para a viciação (Blokland et al., 2004). Na nossa investigação verificou-se que o ter amigos que fumam tem associação estatística significativa com o consumo de tabaco ( $p=0,000$ ), sendo no grupo em que a maioria dos amigos fuma que se encontra a maior percentagem de participantes fumadores. Os estudos de outros investigadores referem igualmente que os pares parecem ser um importante modelo para o consumo de tabaco, tanto para as raparigas como para os rapazes (Lambert et al., 2002), existindo uma correlação entre o ter amigos que fumam e o comportamento de fumar (Leatherdale, 2008; Ma et al., 2008; Piko, 2001).

Concluiu-se também que o habitar com familiares que fumam tem associação significativa com o consumo de tabaco ( $p=0,001$ ), sendo neste grupo de adolescentes que se encontra uma maior percentagem de fumadores. Os nossos resultados estão de acordo com os de outros investigadores: Fritz (2000) afirma que existe associação entre os pais e irmãos fumadores e o desenvolvimento de hábitos tabágicos na adolescência; Lambert et al. (2002) concluíram que o comportamento e as atitudes tabágicas dos pais servem de exemplo para o consumo; Ma et al. (2008) e Tyc et al. (2004) concluíram que existe associação entre o consumo dos pais e dos filhos; e Pirskanen et al. (2006) reportam associação entre o consumo de substâncias e o consumo de tabaco pela mãe. Já Piko (2001) concluiu que não existe associação entre o consumo dos adolescentes e dos pais.

Face aos resultados obtidos, relativamente ao consumo de tabaco, pensamos ser pertinente desenvolver acções de educação para a saúde que previnam o consumo e que favoreçam a cessação nos adolescentes que já o iniciaram. Esta ideia é ainda reforçada pelo facto de o tabaco ser referido por alguns autores como a porta de entrada para o consumo de outras substâncias, como o álcool e as drogas ilícitas (Smith et al., 2008; Cardenal & Adell, 2000; Stronski et al., 2000).

É importante que estas acções ensinem e ajudem os adolescentes que querem ou estão a tentar deixar de fumar, pois como se referiu e se verifica pelo nosso estudo, a tentativa de cessação tabágica é difícil e muitas vezes coroada de insucesso. Estratégias para aumentar a auto-confiança e a auto-estima dos adolescentes são importantes: capacitá-los para dizerem não aos amigos que os tentem, organizar encontros entre grupos de adolescentes que querem deixar de fumar, assim como ajudá-los a encontrar alternativas, actividades que compitam com o fumar (aumento dos níveis e do tipo de actividade física, envolvimento em projectos de cariz cívico). É também importante evitar a companhia dos pares fumadores e encorajar os que fumam a relacionar-se com pares não fumadores.

## **7.6. Hábitos de consumo de bebidas alcoólicas**

Como referimos nos capítulos anteriores, a adolescência é um tempo de exploração, descobertas e escolhas. As opções que os adolescentes fazem, nomeadamente sobre o consumo de substâncias, podem ter implicações sérias a nível social e a nível da saúde. Um início precoce do consumo é considerado preocupante, pois aumenta a associação a outros comportamentos de risco (Reddy et al., 2007).

Estudos recentes demonstram que o início do consumo de álcool na adolescência se está a tornar uma norma (Sampaio, 2006; Hayes et al., 2004) e que muitos adolescentes se vêm a tornar consumidores regulares (Scholte et al., 2008). Em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, o nosso estudo evidenciou uma percentagem preocupantemente alta (42,6%) de adolescentes que costumam beber, embora seja muito inferior aos 78% de adolescentes portugueses que já beberam álcool, de acordo com os dados reportados pelo ESPAD (Hibel et al., 2004). Existem diferenças significativas entre géneros, sendo as raparigas as que menos referem consumir álcool. Os nossos resultados assemelham-se aos de outros investigadores (Scholte et al., 2008; Rodrigues et al., 2007; Hibel et al., 2004; Álvarez et al., 2003; Matos et al., 2003a; Cardenal & Adell, 2000) que também concluíram que a percentagem de rapazes que bebe é significativamente superior à das raparigas. A percentagem de adolescentes que afirma nunca ter bebido no estudo de

Matos et al. (2003a), principalmente de raparigas, é muito inferior à nossa, o que pode novamente dever-se ao facto de a nossa investigação incluir adolescentes mais velhos.

O consumo da primeira bebida alcoólica verificou-se em média aos 14,50 anos (DP=1,64), sendo os oito anos a idade mínima e os 18 anos a máxima. Embora não existam diferenças entre rapazes e raparigas relativamente à idade com que começaram a ingerir bebidas alcoólicas, constata-se que a média de idades com que o começaram a fazer é ligeiramente mais baixa nas raparigas. Os nossos resultados diferem dos de Matos et al. (2003a), que concluiu que os rapazes se iniciam na bebida significativamente mais cedo. É inquietante verificar-se que 20,6% dos inquiridos começou a beber antes dos 14 anos, pois como referem Brown e Tapert (2004), os adolescentes que começam a beber antes dos 14 anos têm mais possibilidades de desenvolver uma dependência do álcool durante a vida, do que os que esperam até aos 21 anos.

Em consonância com outros autores (Currie et al., 2004; Matos et al., 2003a), concluímos que as bebidas preferidas pelos adolescentes, independentemente do género, são as destiladas. Corroborando e Coslin (2003), verificou-se que os adolescentes consomem bebidas alcoólicas preferencialmente em locais públicos (discotecas, bares, cafés e restaurantes), embora também reportem que bebem em casa. Apesar disso, o IAS (2007) e Hayes et al. (2004) referem precisamente o contrário: uma maior percentagem de inquiridos que bebem na sua casa ou na de amigos, em festas particulares, e uma menor proporção de adolescentes que ingerem bebidas alcoólicas em locais públicos – o que pode dever-se a uma menor vigilância do respeito pelas leis que proíbem a venda e o consumo de álcool por menores no nosso país.

A maioria dos inquiridos bebe na companhia dos amigos, mas os familiares são também referidos, havendo uma percentagem pequena (3,7%) de adolescentes que menciona que, mesmo sós, consomem bebidas alcoólicas. Face a estes resultados e de acordo com o afirmado pelo IAS (2007), pensamos poder concluir que nesta fase da vida o consumo de álcool é encarado como uma forma de socialização. Os que bebem sós podem indiciar uma dependência maior, pois consomem mesmo sem ser em actos sociais.

Como era previsível e de acordo com outros estudos (Melchior et al., 2008; Scholte et al., 2008; Currie et al., 2008; IAS, 2007; Rodrigues et al., 2007; Monshouwer et al., 2005; Álvarez et al., 2003; Cardenal & Adell, 2000), são os adolescentes mais velhos que mais referem consumir bebidas alcoólicas. Tal como Brown et al. (2008), pensamos que algumas das razões que podem ser apontadas para uma maior incidência de adolescentes consumidores, na fase final da adolescência, são a maior autonomia, a



exploração da identidade, o menor controlo parental e o grande envolvimento com o grupo de pares.

Existem diferenças significativas entre o ano de escolaridade e o hábito de consumir bebidas alcoólicas, aumentando a percentagem de consumidores consoante progride o ano que os adolescentes frequentam. Este resultado está relacionado com um aumento de consumo nos adolescentes mais velhos, sugerindo a necessidade de um investimento maior e mais direccionado para esta faixa etária, sobre os malefícios do álcool.

As investigações realizadas com adolescentes sugerem que os seus comportamentos de risco (consumo de álcool, drogas e tabaco e início da vida sexual) estão fortemente associados com a sua percepção sobre o envolvimento dos pares nesses comportamentos (Hoffman et al., 2007; Morrison et al., 2007; Kirke, 2004; Prinstein et al., 2003; Romer & Stanton, 2003; Reed & Rountree, 1997; Hu et al., 1995; Wang et al., 1995). Os resultados que obtivemos a nível do consumo de tabaco e de álcool, na presente investigação, corroboram as conclusões daqueles autores, pois verificámos que existe uma associação significativa entre consumir e ter amigos que bebem. Concluiu-se ainda que há uma relação significativa entre o ter amigos que bebem e querer deixar de beber ( $p=0,007$ ), sendo no grupo de adolescentes que bebe e que afirma que a maioria dos seus amigos não o fazem, que se encontra uma maior percentagem de participantes que gostaria de deixar de beber. Estes resultados assemelham-se aos de outros investigadores (Scholte et al., 2008; Li et al., 2002; Sieving et al., 2000; Windle, 2000) que referem que os amigos têm influência no consumo dos adolescentes. Os nossos resultados parecem sugerir que ter amigos que bebem constitui um factor de risco significativo, não só para o consumo, como também para a vontade de o continuar a fazer, e estão de acordo com a teoria de Bandura (1977), que refere que a modelação do comportamento pode ocorrer quando um indivíduo é similar ao modelo, por exemplo em idade ou sexo. Deste modo, era de esperar que o consumo de álcool e tabaco, e os hábitos alimentares dos pares, tivessem relação com os dos adolescentes.

Não se verificou uma relação significativa entre a ingestão de bebidas alcoólicas pelos familiares e o consumo de álcool pelos participantes, resultado que não corrobora os de outros autores (Duncan et al., 2003), embora, como referem Scholte et al., “o *link* directo entre o consumo de álcool pelos pais e pelos adolescentes pareça estar longe de ser clarificado” (2008, p. 2).

Tal como outros investigadores (Dowdell, 2006; Wetzels et al., 2003; Lambert et al., 2002; Cardenal & Adell, 2000), comprovámos que existe relação significativa entre o fumar e o

consumo de álcool. Smith et al. (2008) concluíram que o grupo de adolescentes fumadores bebe mais que os não fumadores.

Verificou-se ainda que existe associação estatística entre consumo de álcool e a prática de actividade física. No entanto e ao contrário do que esperávamos, é no grupo de adolescentes que praticam actividade física que se encontra uma maior percentagem de consumidores.

A maioria dos adolescentes (55,9%) refere nunca ter consumido álcool de forma a ficar embriagado. Não se verificou existirem diferenças significativas entre o sexo feminino e o masculino, no que diz respeito à ocorrência de bebedeiras, mas são os rapazes os que mais reportam este facto (48,5% vs 40% de raparigas). Os adolescentes mais velhos são os que mais referem já se ter embebedado ( $p=0,004$ ). Verificou-se também a existência de associação significativa entre o ano de escolaridade que os inquiridos frequentam e o já se terem embebedado ( $p=0,05$ ), sendo no grupo do 11<sup>o</sup> ano que se encontra a maior percentagem de participantes a quem isso já sucedeu. Os resultados da nossa investigação, relativamente à ausência de associação estatística entre géneros na ocorrência de bebedeiras, corroboram os de Cardenal e Adell (2000). Diferem no entanto dos de outros investigadores (Rodrigues et al., 2007; Currie et al., 2004; Matos et al., 2003a; Álvarez et al., 2003) que referem ser a ocorrência de bebedeiras mais comum no grupo dos rapazes, embora a percentagem de rapazes e raparigas que Currie et al. (2008, 2004) e Matos et al. (2003a) reportam como já se tendo embebedado seja muito inferior à nossa. A incidência de bebedeiras no estudo de Mello et al. (2001), realizado com adolescentes numa faixa etária idêntica à nossa, é também muito inferior à que encontrámos. Quanto a serem os adolescentes mais velhos os que mais mencionam já se ter embebedado, há consonância com outros autores (Melchior et al., 2008; Rodrigues et al., 2007; Currie et al., 2004; Álvarez et al., 2003; Matos et al., 2003a).

A maioria dos adolescentes que consome bebidas alcoólicas (52,9%) referiu que ingeriu álcool na semana anterior à participação no estudo. As bebidas mais ingeridas pelos adolescentes foram as destiladas e o número de copos que beberam variou entre um e vinte e dois, situando-se a média nos 3,19 copos ( $DP=3,20$ ). A quantidade de álcool ingerida pelos nossos inquiridos é muito inferior às 11 unidades referidas pelo IAS (2007) para os adolescentes do Reino Unido.

A percentagem de rapazes que refere ter bebido álcool na semana anterior à participação no estudo é significativamente superior à das raparigas, tendo eles também bebido uma quantidade significativamente superior à delas.

Como se referiu anteriormente, os adolescentes consumidores de álcool colocam em risco a sua saúde e vida a curto e médio prazo, sendo portanto preocupante verificar-se que a maioria dos consumidores adolescentes (92,3%) não gostaria de deixar de beber. É especialmente grave considerarem que não faça mal beber, pois estes adolescentes colocam-se em maior risco de abuso, e acharem que a bebida ajuda a descontraír e a ficar alegre, pois terão maior probabilidade de se refugiar na bebida quando lhes surgirem problemas mais complexos, em vez de os tentarem resolver de forma positiva. Hayes et al. (2004) reportam que uma das razões apontadas pelos adolescentes para continuarem a beber é considerarem que “não é errado beber”. Existe uma associação significativa entre o género e o querer deixar de beber ( $p=0,028$ ), sendo os rapazes que mais manifestam essa vontade.

O consumo de álcool e os problemas relacionados com a sua ingestão podem representar uma fase de transição na vida de muitos adolescentes (Brown et al., 2008), mas para outros podem ter consequências que ponham em risco a sua saúde e o seu projecto de vida. É pois importante que se tomem medidas que visem inverter a tendência crescente do número de consumidores e do tipo e quantidade de consumo.

## **7.7. Comportamento sexual**

A adolescência um período durante o qual muitas pessoas iniciam a sua vida sexual (Avery & Lazdane, 2008; WHO, 2003a; UNFPA, 2003; UNICEF, 2002), sendo a procura da identidade sexual, a curiosidade, a pressão do grupo de pares e o desejo de emancipação, algumas das razões que podem estar na origem deste facto (Bekaert, 2005; Coslin, 2003). A avaliação da saúde sexual dos adolescentes é uma componente essencial dos cuidados prestados a este grupo de indivíduos, atendendo ao risco substancial que os seus comportamentos sexuais representam para a sua saúde (Merzel et al., 2004).

O início da vida sexual e a percentagem de adolescentes que já tiveram relações sexuais, em função do género, varia muito de país para país, reflectindo as diferenças culturais, sociais, religiosas e educacionais, como se pode concluir pelos resultados do estudo HSBC 2001-2002 (Currie et al., 2004), que reporta que aos 15 anos de idade a percentagem de indivíduos que referem já ter tido relações sexuais varia entre os 15% e os 75%, sendo que na maioria dos países esta é uma ocorrência mais frequente nos rapazes.

No nosso estudo, 35,8% dos adolescentes afirmam que já tiveram relações sexuais, sendo esta percentagem significativamente superior nos rapazes ( $p=0,008$ ). A idade com

que tiveram a primeira relação variou entre os 13 e os 19 anos, sendo a média de 15,49 anos (DP=1,24). Se confrontarmos os resultados que obtivemos com os de outros estudos realizados com adolescentes portugueses, verificamos que eles se assemelham. Rodrigues et al. (2007) apuraram que a maioria dos inquiridos (10 aos 19 anos) não eram sexualmente activos e que era superior no sexo masculino a percentagem dos que já tinham iniciado essa actividade. Monteiro e Raposo (2005) concluíram igualmente que apenas 32,3% dos participantes (do 10º, 11º e 12º anos de escolaridade) já tinham tido actividade sexual e que a percentagem de rapazes era superior, reportando ainda que a maioria iniciou vida sexual antes dos 16 anos (nós apurámos que esta era uma ocorrência para 49,4% dos adolescentes e, tal como eles, concluímos que este evento era mais frequente no sexo masculino); Matos et al. (2003a) concluíram que a maioria dos adolescentes (8 e 10º anos) ainda não tinha iniciado vida sexual e que existiam diferenças significativas entre géneros, sendo os rapazes os que mais reportavam já ter tido relações sexuais.

Pensamos que as menores percentagens em adolescentes de ambos os géneros, referidas por (Matos et al., 2003a) como já tendo iniciado a actividade sexual, se devem ao facto de a amostra daqueles autores englobar adolescentes até aos 16 anos idade, em que muitos indivíduos ainda não iniciaram a actividade sexual.

De acordo com as nossas expectativas face à autonomia, procura de identidade sexual e maior liberdade, a percentagem de adolescentes mais velhos que já teve relações sexuais é significativamente superior à dos mais novos ( $p=0,000$ ), sendo os nossos resultados sobreponíveis aos obtidos em estudos prévios (Rodrigues et al., 2007; Vesely et al., 2004; Matos et al., 2003a).

Tanto no grupo dos rapazes como no das raparigas, os participantes que iniciaram a actividade sexual mais cedo fizeram-no aos 13 anos e os que começaram mais tarde aos 19 anos. As raparigas tiveram a primeira relação sexual significativamente mais tarde que os rapazes ( $p=0,039$ ). Estes resultados corroboram os obtidos em estudos prévios (Currie et al., 2004; Romer & Stanton, 2003; Matos et al., 2003a), que verificaram igualmente que as raparigas iniciam a actividade sexual mais tarde que os rapazes, embora Matos et al. (2003a) reportem um início mais precoce (11anos tanto para os rapazes como para as raparigas). Diferem no entanto dos do *Durex Report* (2005), que menciona que as mulheres são sexualmente activas mais cedo.

Consideramos preocupante verificar que 10,9% dos nossos inquiridos não utilizaram nenhum método contraceptivo na primeira relação sexual, pois como é sabido os comportamentos sexuais de risco constituem uma ameaça à saúde física e social dos

adolescentes. São os participantes que tiveram a primeira relação aos 13 anos os que mais referem não os ter utilizado; consoante aumenta a idade com que iniciam a actividade sexual, aumenta a percentagem de indivíduos que usam anticoncepcionais, o que foi feito por todos os que iniciaram vida sexual aos 18 ou 19 anos. Os participantes que não os usaram justificam-se maioritariamente com a indisponibilidade de método contraceptivo, mas 20% evidenciam falsas crenças sobre a ausência de risco (“era muito novo, portanto não havia problema”, “era novo e tinha a certeza que ela não tinha doenças”; “não era necessário pois era a primeira vez” e “não foi necessário, até porque o meu namorado utilizou o coito interrompido”). Os outros motivos (25%) foram associados ao prazer (“não gosto”, “gostava mais sem preservativo mas agora uso sempre”), à falta de conhecimentos (“não tinha conhecimento sobre os métodos a usar”) e à imaturidade (“por inexperiência” e “esqueci-me”). Estes resultados confirmam o que outros autores referem sobre o início precoce da actividade sexual não estar associado a uma educação sexual consistente, nem tão pouco a um conhecimento da fisiologia ou dos aspectos biológicos do sexo ou da reprodução (Ferreira, 2003), e estar relacionado com sexo não protegido na primeira relação (Gómez et al., 2007; Felton & Bartoces, 2002). Monteiro e Raposo (2005) concluíram igualmente que as crenças e o prazer associado ao sexo são os principais motivos para a não utilização do preservativo.

O aumento do uso do preservativo pelos adolescentes é responsável pela diminuição do número de primeiras relações não protegidas (Mosher & McNally, 1991). Verificou-se que o preservativo foi o anticoncepcional mais utilizado na primeira relação sexual, não se apurando diferenças significativas entre géneros quanto ao seu uso, com 48% dos adolescentes a referir que fizeram esta opção sem receber conselho. Os pais e os amigos são mais mencionados como fonte de informação que os profissionais de saúde.

Atendendo ao risco de encontros sexuais sem contracepção, à responsabilidade dos profissionais de saúde na educação sexual e à necessidade desta se iniciar antes da primeira relação, para os adolescentes saberem como utilizar correctamente os métodos anticoncepcionais (Svare et al., 2002), é importante que estes técnicos abordem a questão da contracepção de forma consistente e explícita nas consultas que têm com os adolescentes.

Dos inquiridos que afirmam ser sexualmente activos, a frequência das relações variou entre menos de uma por mês a seis por semana, sendo as raparigas que referem ter mais relações. Contudo, não se verificou associação entre o género ou a idade e a frequência com que os adolescentes têm relações sexuais. Os nossos resultados são congruentes com os de Sikkema et al. (2004), que também reportam que as raparigas têm relações sexuais mais frequentemente.

À semelhança do que se tinha verificado com a utilização de anticoncepcionais na primeira relação sexual, a maioria dos inquiridos (94,7%) sexualmente activos afirma que os usa. O preservativo é o método mais utilizado e apenas 12,1% dos inquiridos usam o preservativo e a pílula. Concluímos igualmente que não existem diferenças entre géneros, ou entre o ano de escolaridade, e o uso de anticoncepcionais. Confrontando estes resultados com os de outros investigadores (Rodrigues et al., 2007; Currie et al., 2004; Vesely et al. 2004; Matos et al., 2003a) que questionaram os adolescentes sobre utilização de contracepção na última relação, verificamos que estão consonantes no que respeita à maioria dos inquiridos usar anticoncepcionais e ao facto de o preservativo ser o método mais utilizado. Diferem dos de Currie et al. (2004) e de Matos et al. (2003a), que concluem que em Portugal as raparigas os utilizam significativamente mais que os rapazes, e dos de Rodrigues et al. (2007), que apuraram que esta é uma prática significativamente mais comum nos rapazes. Monteiro e Raposo (2005) reportam, igualmente, que o preservativo é o método utilizado pela maioria dos inquiridos. Quanto à utilização conjunta do preservativo e da pílula, os resultados obtidos corroboram os de outros autores (Santelli et al., 2007, 2004), sendo este uso mais expressivo na nossa amostra.

A associação entre o ser mais velho e o ter relações sexuais não protegidas, reportada noutros estudos com adolescentes (Currie et al., 2004; Matos et al., 2003a; Reitman et al., 1996), não é suportada pelos nossos resultados, uma vez que não se verificou existir relação entre a utilização de medidas contraceptivas e a idade dos inquiridos.

Um achado que consideramos positivo no nosso estudo, relativamente ao de Matos et al. (2003a), é o de nenhum adolescente usar o coito interrompido como método contraceptivo (apenas uma inquirida o refere ter usado na primeira relação). Contudo e atendendo ao risco de IST, consideramos preocupante que 14,1% dos inquiridos não usem o preservativo nas suas relações sexuais.

A elevada taxa de utilização de contracepção encontrada na nossa investigação, face à reportada em outros estudos, pode estar relacionada com o facto de todos os inquiridos serem estudantes. Como referem outros autores (Bailey et al., 2008; Ferreira et al., 2006a; Brookman, 1998; Schutt-Aine & Maddaleno, 2003), os adolescentes que estudam e que têm objectivos educacionais tendem a usar mais os contraceptivos.

A maioria dos adolescentes (70%) elege a casa como local para os seus encontros sexuais. Os outros lugares referidos incluem a casa de amigos ou a casa do/a namorado/a, o carro, a pensão, a praia, o parque da cidade ou um sanitário público, e o pinhal, havendo 34 participantes que não responderam à questão. O *Durex Report* (2005)

menciona igualmente que, fora de casa, o carro, a praia, o parque e os quartos de banho públicos, são alguns dos locais referidos para a ocorrência de relações sexuais.

O risco de IST aumenta significativamente com cada novo parceiro sexual (Niccolai, 2004) e com o aumento do número de companheiros, tendo os adolescentes que referem ter tido relações sexuais com três parceiros diferentes um risco aumentado, quando comparados com os que têm um só ou com os abstinentes (Price, 2005). Na nossa investigação, o número de parceiros sexuais variou entre um e nove, tendo a maioria dos inquiridos referido só ter tido um. Os rapazes tiveram significativamente mais companheiros sexuais (a maioria das raparigas menciona que só teve relações com um único rapaz e nenhuma teve com mais de três, enquanto que os rapazes, embora refiram com maior frequência uma parceira, chegam a afirmar ter tido até nove). Não se apuraram diferenças quanto ao número de companhias sexuais em função da idade. Os nossos resultados são congruentes com os de outros estudos que reportam que a maioria ou quase a maioria das inquiridas é monogâmica (Monteiro & Raposo, 2005; Niccolai, 2004), que um elevado número dos participantes só tinha tido um parceiro sexual (Vesely et al., 2004) e que este facto era significativamente mais comum nas raparigas (Monteiro & Raposo, 2005; Vesely et al., 2004; Sikkema et al., 2004; Valois et al., 1999). O *Durex Report* (2005), muito embora não seja um estudo realizado só com adolescentes, também conclui que é o sexo masculino que refere ter maior número de parceiros sexuais. Os nossos dados diferem no entanto dos de Vesely et al. (2004), que reportam que o número de companheiros sexuais aumentava com a idade dos participantes.

Apenas 2,1% (n=5) dos adolescentes, todos sexo feminino, dizem que já contraíram uma IST, não tendo havido tratamento num desses casos. Mizuno et al. (2000), numa investigação que realizaram com adolescentes afro-americanos dos 15 aos 19 anos, reportam uma taxa de IST superior à nossa, mas também baixa (8%), e Edgardh (2002), num estudo realizado só com adolescentes masculinos de 17 anos, refere que as IST são infrequentes. A baixa taxa de IST reportada pode no entanto ser devida a infecções não detectadas. Como refere a OMS (WHO 2004b), os adolescentes podem não procurar os cuidados de saúde por não se aperceberem que tem uma IST, por vergonha ou por não terem acesso aos serviços. Outro motivo que pode explicar este resultado é a elevada taxa de utilização do preservativo. Alguns estudos (Howard et al. 1999; Civic, 1999) sugerem inclusivamente que os adolescentes tendem a usá-los mais em relações de curta duração, o que pode diminuir o risco potencial introduzido pelo novo parceiro (Niccolai, 2004). Na nossa investigação é impossível tirarmos estas conclusões.

Relativamente à ocorrência de gravidez, 2,2% dos inquiridos confirmam a sua ocorrência, sendo 80% do sexo feminino, com 15, 16, 18 e 19 anos, no momento em que responderam ao questionário. Desconhece-se a idade com que engravidaram, por não se ter formulado nenhuma questão nesse sentido. O estudante que referiu que engravidou a sua companheira tinha 19 anos. Confrontando os nossos dados com os de outros investigadores (Tebb et al., 2004; Edgardh, 2002; Mizuno et al., 2000), concluímos que a ocorrência de gravidez na nossa amostra é muito mais baixa. De acordo com o que referem Santelli et al. (2007, 2004), pensamos que a baixa incidência de gestações pode estar relacionada com a elevada percentagem de adolescentes que refere utilizar medidas contraceptivas e com o facto de todos serem estudantes, podendo portanto ter objectivos educacionais e profissionais que os levam a adiar a gravidez (Bekaert, 2005). Embora a maioria das gestações na adolescência não sejam intencionais, algumas são-no e este facto é mais comum em raparigas com poucas perspectivas de carreira ou de emprego (East et al., 2006; Bekaert, 2005; Kirby, 2002).

Face à constatação da gravidez, 80% (n=4) referem que fizeram um aborto, não tendo a outra adolescente explicitado se teve o filho ou se abortou. O facto de a maioria dos inquiridos ter abortado deve-se, muito provavelmente, à gravidez não ter sido desejada nem planeada, pois, como afirmam outros autores (UNFPA, 2003; Neinstein et al., 1996b), a maioria das gestações não desejadas na adolescência termina desta forma.

É importante que os adolescentes sexualmente activos recebam cuidados de saúde e aconselhamento (American Academy of Family Physicians et al., 2004). No nosso estudo constatámos que a maioria dos adolescentes com actividade sexual não ia a consultas de planeamento familiar, nem procuravam os enfermeiros ou os médicos para se aconselharem sobre saúde sexual. As raparigas referem significativamente mais a ida a consultas de planeamento familiar ( $p=0,000$ ), a procura de um enfermeiro ( $p=0,002$ ) ou de um médico ( $p=0,000$ ). Os adolescentes mais novos ( $p=0,015$ ) e os que frequentam o 10º ano ( $p=0,012$ ) são os que mais procuram o conselho de um profissional de enfermagem.

Estes resultados são preocupantes e levam-nos a pensar que os adolescentes não vão a consultas de vigilância de saúde ou, se vão, que os profissionais de saúde não as aproveitam para falar sobre a saúde sexual. Consideramos inquietante que nos dias de hoje, em que a pílula e o preservativo são distribuídos gratuitamente nos centros de saúde, ainda haja adolescentes que afirmem utilizar um determinado método anticoncepcional, que não consideram o ideal, apenas por questões económicas. Este dado pode ser justificado pelo facto de a maioria dos inquiridos referir que adquire os



contraceptivos na farmácia. Sabendo que os adolescentes são conhecidos pela baixa procura dos serviços de saúde (Bekaert, 2005, Lammers & Blumm, 1998; Taylor & Müller, 1995), tanto as instituições de saúde como os seus profissionais necessitam de ser pró-activos: tentando captar os adolescentes para os serviços de saúde, em vez de aguardarem passivamente que eles os procurem; aproveitando todas as consultas com os adolescentes para indagar sobre a sua sexualidade e fazer ensino individualizado; e envolvendo os enfermeiros dos CS em acções de educação para a saúde, sobre sexualidade, nas escolas (Ferreira et al., 2006b).

A maioria dos adolescentes, independentemente do sexo, disse que nenhum dos seus progenitores sabia da sua actividade sexual, sendo contudo esta proporção inferior nas raparigas. A percentagem de investigados do sexo masculino que afirma que o pai sabe é superior à das raparigas e, pelo contrário, a percentagem de inquiridas que refere que a mãe tem conhecimento é superior à dos rapazes. Estes resultados parecem perpetuar a ideia de que a actividade sexual na adolescência continua a ser vista como um tabu, apesar da maior tolerância da sociedade actual para com este comportamento (Torres, 2007; Brook, 2007; Amaro et al., 2004; Häggström-Nordin et al., 2002), e de que os adolescentes têm medo de abordar os assuntos de natureza sexual com os pais, por pensarem que eles reprovam.

Os inquiridos que referem que os pais têm conhecimento da sua actividade sexual pensam que os pais a aceitam: “Bem” (ex: “já tiverem o mesmo tipo de comportamento”); “Normalmente” (ex: “normalmente, já tiveram a minha idade”); “Têm de aceitar” (ex: “não têm de aceitar, eu é que sei o que faço”) e “Mãe aceita bem e pai mal”, (ex: “... o meu pai ainda pensa que sou uma criança e que isso só após o casamento”). Estes resultados evidenciam a autonomia, a procura de identidade e a contestação das normas e valores parentais e sociais própria da adolescência. Evidenciam também a influência dos valores dos pais sobre a sexualidade no comportamento dos filhos e uma persistência de valores mais tradicionais, do pai, relacionados com o género, pois só as raparigas é que afirmam que o pai não aceita a sua vida sexual.

A maioria dos adolescentes diz saber quais os riscos que correm ao ter uma relação sexual sem preservativo. Contudo, verificou-se que 29,1% não associavam o preservativo a uma protecção conjunta de IST's e gravidez. Quanto aos perigos de envolvimento sexual sem a utilização da pílula, também respondem maioritariamente que os conhecem, mas concluiu-se que 4,3% ainda associa a pílula à protecção de infecções e doenças.

Existem diferenças significativas entre géneros quanto ao conhecimento dos riscos de um envolvimento sexual sem preservativo ( $p=0,005$ ) e sem utilizar a pílula ( $p=0,000$ ), sendo os rapazes os que mais afirmam que desconhecem os perigos. Este resultado parece sugerir que ainda persiste a ideia tradicional de que a rapariga é que tem de se proteger.

Concluimos que é no grupo de participantes que consomem bebidas alcoólicas que se encontra a maior percentagem de adolescentes que já iniciou a vida sexual ( $p=0,000$ ) e igualmente que é entre os participantes que fumam que se encontra a maior percentagem de inquiridos que já teve relações sexuais. O IAS (2007) refere que o consumo de álcool pode ser uma forma de facilitar o envolvimento em relações sexuais e Parkes et al. (2007) também reportam associação entre o início da vida sexual e o consumo de álcool e tabaco.

## **7.8. Estudo quase-experimental**

“A adolescência oferece uma janela de oportunidades para intervir precocemente, não apenas prevenindo a iniciação de comportamentos de risco, mas influenciando a adesão a comportamentos saudáveis que perdurem ao longo da vida” (Story et al., 2000, p. 362).

A implementação de intervenções de educação focadas nos estilos de vida que se pretendem otimizar é uma das estratégias a utilizar no sentido de melhorar os comportamentos de saúde dos adolescentes. Face aos resultados obtidos, podemos concluir que as sessões de educação para a saúde realizadas foram eficazes a nível da aquisição de conhecimentos, pois verificou-se que do momento da pré-intervenção para a pós-intervenção houve um aumento significativo dos conhecimentos (mais respostas certas) sobre alimentação e sexualidade no grupo experimental, não se verificando evolução no de controlo. É importante concluirmos que a intervenção foi eficaz na aquisição de conhecimentos, pois para os adolescentes melhorarem o seu estado de saúde e aumentarem a longevidade, é necessário que obtenham conhecimentos, atitudes e competências que lhes permitam fazer escolhas saudáveis (Dowdell, 2006; Rew & Horner, 2003; Pearlman et al., 2002).

Relativamente aos comportamentos alimentares, podemos afirmar que a intervenção foi eficaz, pois no grupo experimental do pré para o pós-teste notou-se uma diminuição na percentagem de estudantes com um padrão de duas ou três refeições e um aumento significativo da quantidade de refeições diárias, enquanto no grupo de controlo não se verificou evolução significativa. Notou-se igualmente uma mudança quanto às refeições que fazem antes do almoço, com uma redução significativa no número de adolescentes que omitem o pequeno-almoço e o meio da manhã, e no dos que fazem só uma destas

refeições, e um aumento dos que ingerem ambas, não havendo alterações no grupo de controlo.

Estes resultados são importantes, porque uma dieta saudável deve ser fraccionada e porque, no combate à obesidade, uma das recomendações feitas à população é que façam várias e pequenas refeições ao longo do dia. O pequeno-almoço é uma componente essencial de uma dieta saudável e a sua ingestão tem sido associada a um maior rendimento escolar.

Houve igualmente mudanças relativamente ao consumo de algumas guloseimas (chicletes, bolos, rebuçados e gelado) e de sumos de pacote e de refrigerantes, com uma diminuição no grupo experimental, que não se verificou no de controlo. Como se referiu anteriormente, é importante que os adolescentes controlem o consumo deste tipo de alimentos e bebidas, atendendo à quantidade de açúcar que estes aportam à dieta e por substituírem outros mais saudáveis, como os cereais, as frutas, os sumos de fruta naturais, o leite e a água.

A redução no consumo de sumos de pacote e de refrigerantes, pelos adolescentes do grupo experimental, não levou a que houvesse um aumento no consumo de água. Também não se verificaram mudanças no consumo de outras guloseimas, como chocolates e gomas, nem no de maionese, de fruta e de *fast-food*.

As acções de educação para a saúde sexual são importantes, sabendo-se que nem todos adolescentes sexualmente activos se envolvem em relações sexuais seguras. Entre outros aspectos, estas sessões devem abordar os riscos para a saúde no envolvimento neste tipo de relações, os métodos contraceptivos disponíveis, a prevenção de IST e a vigilância de saúde sexual. É importante chamar a atenção para o facto de que os programas de educação sexual baseados unicamente na abstinência não evitam mais as relações sexuais na adolescência do que a ausência de educação sexual (Bradley-Springer, 2007).

A nível do comportamento sexual, concluiu-se que não há diferenças significativas entre os grupos, no pré-teste, no que respeita aos adolescentes que reportam ter relações sexuais não protegidas. Contudo, após a intervenção, verificou-se que houve uma diminuição significativa dos inquiridos que referem não usar nenhum método anticoncepcional. Na nossa investigação, ao contrário do que seria desejável para a prevenção das IST e do que é reportado por outros autores (Smylie et al., 2008; Kirby et al., 2004), não se verificou uma redução da frequência de relações sexuais sem utilização de preservativo, após a intervenção.

Em síntese, podemos afirmar que a intervenção foi eficaz na promoção de conhecimentos sobre alimentação e sexualidade no grupo experimental, bem como na mudança de alguns comportamentos alimentares que dependem mais da escolha dos adolescentes, e de alguns comportamentos da esfera da sexualidade, nomeadamente no maior uso de contraceptivos. Estes resultados são positivos, atendendo ao número de sessões que pudemos realizar e considerando que os comportamentos alimentares e sexuais são complexos e difíceis de mudar.

No entanto, como é evidente, as mudanças comportamentais não se prolongam necessariamente no tempo se não houver reedições da intervenção, como sugerido na literatura. Adicionalmente, estamos a lidar com auto-relatos do comportamento, não sendo de excluir algum efeito de desejabilidade que levaria os sujeitos a relatarem os comportamentos que acham serem os esperados. No entanto, é de sublinhar que as mudanças se verificam apenas em alguns dos alimentos referidos e só em alguns comportamentos relacionados com a saúde sexual, o que pode ser um indício da genuinidade dos relatos dos sujeitos.

## 8. CONCLUSÃO

Os resultados obtidos na presente investigação demonstram que os adolescentes se envolvem numa variedade de comportamentos de risco (a nível do sono; alimentação; actividade e inactividade física; consumo de tabaco e de álcool; e conduta sexual) que comprometem o bem-estar, a sua saúde e actual e muitas vezes a futura.

As principais conclusões da nossa investigação dizem respeito:

- Ao padrão de sono dos adolescentes – o tempo total de sono diminui durante os anos da adolescência; a hora de deitar torna-se mais tardia com o aumento do ano de escolaridade; os adolescentes apresentam variações importantes entre o tempo de sono à semana e ao fim-de-semana e vivem num padrão de privação de sono. É indubitável que os adolescentes necessitam de mais de 7,38 horas de sono durante a semana (média da amostra), não só para poderem fazer face de forma positiva às suas responsabilidades académicas, como também para se desenvolverem de forma saudável.
- Aos hábitos alimentares dos adolescentes – a maioria não cumpre as recomendações para uma alimentação saudável; muitos omitem o pequeno-almoço e/ou tomam um desjejum insuficiente ou mau; o almoço é para alguns a primeira refeição do dia; comprovou-se um consumo exagerado de doces, guloseimas, *snacks* fritos, refrigerantes e sumos de pacote, e um baixo consumo de fruta, vegetais e água.
- Ao peso – a maioria dos inquiridos têm um peso normal, apresentando 8,7% excesso de peso ou obesidade. As raparigas são as mais insatisfeitas com o seu corpo, as que têm uma ideia mais distorcida da adequação do peso à altura e as que mais fazem dieta para emagrecer.
- Aos hábitos de actividade física – cerca de 40% não pratica e menos de um quarto reportam fazê-la diariamente; os rapazes envolvem-se mais em actividades desportivas que as raparigas.
- Ao envolvimento dos adolescentes em comportamentos alimentares saudáveis e em níveis de actividade física adequados à sua idade – estão longe do desejado para uma vida saudável e para o combate à obesidade.
- Aos hábitos de inactividade física – a maioria dos participantes vê televisão e utiliza o computador e/ou playstation à semana e ao fim-de-semana; são os rapazes mais usam o computador e/ou playstation nos dois períodos estudados; a

média de horas de assistência à televisão nos adolescentes do nosso estudo é inferior aos valores encontrados na literatura internacional.

- Ao consumo de tabaco – a maioria dos inquiridos não fuma, o hábito inicia-se mais cedo nas raparigas e aumenta com a idade em ambos os géneros; os amigos são uma influência para o início do consumo; os pais são significativos na modelação do comportamento; a maioria dos adolescentes fumadores gostaria de deixar de fumar
- Ao consumo de álcool – cerca de metade dos adolescentes consome bebidas alcoólicas; os rapazes têm mais o hábito de beber que as raparigas; o número de consumidores aumenta com a idade; as bebidas destiladas são as preferidas de ambos os géneros; bebem preferencialmente com os amigos; a ocorrência de pelo menos uma bebedeira é uma realidade para 44,1% dos inquiridos que bebem; a maioria não pretende deixar de beber.
- ao comportamento sexual – a maioria ainda não iniciou a actividade sexual; são os rapazes os que mais reportam já ter tido relações sexuais; nem todos os adolescentes sexualmente activos usam anticoncepcionais; o preservativo não é um método utilizado por todos os adolescentes; a taxa de IST e de gravidezes é baixa, embora deva considerar-se preocupante, dada a gravidade das suas consequências para a saúde.
- Aos conhecimentos dos adolescentes sobre alimentação e sexualidade – que se comprovou serem insuficientes.
- À intervenção desenvolvida – que foi eficaz na promoção de conhecimentos e na mudança de alguns comportamentos a nível alimentar e sexual.

Estes resultados sugerem a necessidade de se investigarem de um modo mais abrangente os comportamentos de saúde e de risco em que os adolescentes se envolvem e da co-ocorrência dos mesmos, bem como dos factores que os influenciam, pois este conhecimento é importante para a elaboração de programas de intervenção de saúde especialmente concebidos para este grupo.

A nossa investigação tem várias implicações para as acções de prevenção que os enfermeiros devem desenvolver com os adolescentes. Nessas sessões de educação para a saúde é importante ajudar / ensinar os adolescentes a desenvolverem competências que lhes permitam resistir à influência dos amigos para o envolvimento em comportamentos que coloquem em risco a sua saúde e bem-estar. Estas acções devem desenvolver-se na escola e na comunidade, e o envolvimento dos pares e dos pais é

importante para o seu sucesso, dado o papel que eles têm na modelação de comportamentos.

As acções de educação para a saúde, mesmo breves, realizadas nas escolas, desenhadas e concebidas com base nas necessidades identificadas no grupo, são eficazes no desenvolvimento de conhecimentos e competências individuais que tornam os adolescentes menos vulneráveis ao risco. As enfermeiras dos centros de saúde, atendendo ao seu papel na saúde da comunidade, estão bem posicionadas para desenvolverem este tipo de intervenções.

Atendendo aos riscos que detectámos, pensamos que as sessões de educação para a saúde relativas ao **sono** devem abordar a sua fisiologia; as causas e consequências de um sono inadequado; e os procedimentos ligados à higiene do sono, com vista a diminuir os problemas neste comportamento, que se agravam durante a adolescência. Quanto à **alimentação**, pensamos ser necessário reforçar as medidas educativas específicas para este grupo etário, desmistificando concepções a respeito da alimentação; alertando acerca dos riscos nutricionais por carência e excesso de nutrientes; ensinando a fazer escolhas alimentares saudáveis, tanto a nível de refeições completas como também de *snacks*, mostrando que não precisam de deixar de consumir os alimentos de que gostam e que, algumas vezes, com mudanças pequenas (reduzir a frequência de consumo, optar por porções mais pequenas), podem conciliar o prazer e a aceitação pelo grupo com uma alimentação saudável; ajudando-os a identificar quais os alimentos que podem consumir nas refeições que fazem fora de casa, de forma a atingirem as recomendações nutricionais, sugerindo-lhes, por exemplo, que tragam de casa ou adquiram na escola uma peça de fruta, um iogurte ou uma sandes para comerem nas suas refeições intercalares, em vez de bolos, refrigerantes, rissóis / croquetes, ou batatas fritas de pacote; aconselhando que quando vão comer fora com os amigos evitem ir sempre a restaurantes do tipo *fast-food* e que no caso desta escolha optem por porções mais pequenas, pratos com menos gorduras, não adicionem maionese e outros molhos às batatas fritas e bebam um sumo mais pequeno. Relativamente à **actividade física**, devem informar os adolescentes sobre os benefícios para a saúde e sobre as recomendações para a sua idade, explicando-lhes de que forma podem incrementá-la para atingir os níveis recomendados. Quanto ao consumo de **tabaco e de álcool**, é importante advertir os adolescentes para os malefícios do seu uso, no sentido de prevenir a iniciação e de levar à redução ou mesmo cessação; ensiná-los a desenvolver estratégias para a cessação; e ajudá-los a desenvolverem competências que lhes permitam resistir à pressão dos pares para o início e/ou manutenção do uso. Em relação à **sexualidade** deve preparar os adolescentes para: se compreenderem como seres

sexuados; viverem a sua sexualidade de uma forma segura, saudável e responsável; ouvirem e respeitarem o companheiro(a); utilizarem correctamente o preservativo e outros métodos contraceptivos.

Face aos resultados obtidos na intervenção que desenvolvemos, podemos afirmar que ela não só aumentou o nível de conhecimentos dos adolescentes sobre alimentação e saúde sexual, como também atingiu o objectivo último das acções de educação para a saúde: influenciar positivamente os estilos de vida e reduzir os factores de risco para a saúde. Este facto leva-nos a reforçar a importância destas intervenções em meio escolar, que devem iniciar-se na infância ou na fase inicial da adolescência, pois para alguns indivíduos os comportamentos de risco começam em fases precoces e mantêm-se ao longo de todo o percurso escolar. É importante realçar que a eficácia deste tipo de programas na promoção de comportamentos protectores e prevenção dos de risco, depende do início precoce, da duração, continuidade e frequência com que se realizam.

O nosso estudo tem algumas limitações: a colheita de dados abrangeu apenas adolescentes que ainda estão a estudar, o que pode enviesar os resultados, pois o ensino secundário é um ciclo não obrigatório, onde aumenta o abandono escolar e alguns adolescentes iniciam a actividade laboral; incluiu unicamente escolas públicas do distrito do Porto e de meio urbano; os resultados basearam-se todos em dados colhidos por questionário, o que em estudo de comportamentos pode levar a sobre / sub reportar condutas, muito embora e de acordo com as conclusões de Spear & Kulbok (2001), numa revisão sistemática da literatura que realizaram a investigações sobre comportamentos de risco na adolescência, a maioria dos investigadores tenha optado por realizar estudos não experimentais e utilizar um questionário inédito como instrumento de colheita de dados; a acção de educação para a saúde teve resultados positivos, mas não pôde ser mais alargada no tempo, por se realizar em horário lectivo e atendendo ao ciclo de ensino que os adolescentes frequentam; por fim, não foi possível fazer uma nova colheita de dados nos grupos experimental e de controlo (*follow up*) para avaliar a manutenção da eficácia da intervenção.

Consideramos como aspectos mais fortes no nosso trabalho: a análise dos vários comportamentos que podem constituir um risco para a saúde; o desenvolvimento conjunto de um estudo exploratório e de um quase-experimental; o desenho, implementação e avaliação de um projecto de educação para a saúde em meio escolar; e a reunião de uma amostra com uma dimensão razoável, atendendo às limitações de meios inerentes a trabalhos desta índole.



Como nota de síntese, queremos sublinhar que consideramos que a escola não deve ser apenas um espaço de instrução e socialização, devendo também envolver-se na educação para a saúde dos seus estudantes. A educação para a saúde em contexto escolar tem um valor inegável, sendo de extrema importância que se realizem acções e programas de educação e promoção para os adolescentes, como forma de assegurar o seu desenvolvimento saudável. O seu planeamento deve ter por base o conhecimento do desenvolvimento psicossocial desta fase da vida e as suas necessidades, e como pressupostos estruturantes o processo de empoderamento do indivíduo, ajudando-o a adquirir competências sócio-cognitivas e emocionais, de forma a serem efectivas na promoção de estilos de vida saudáveis na adolescência e através da vida adulta. Atendendo à fase de vida que atravessam, tão importante no desenvolvimento de hábitos que afectarão a vida futura, estas acções devem abranger todos os adolescentes e não só os que reportam comportamentos desviantes, ou que pertencem aos denominados grupos de risco.

A inclusão dos pares e empoderamento que se deve dar aos adolescentes para resistirem à sua influência revela-se fundamental, pois a investigação demonstra a importância dos amigos para o envolvimento numa vasta gama de comportamentos de risco (consumo de álcool, drogas e tabaco, início da actividade sexual e comportamentos sexuais de risco) e a associação entre os comportamentos desviantes do adolescente e os dos seus pares (Hoffman et al., 2007; Morrison et al., 2007; Kirke, 2004; Prinstein et al., 2003, 2001; Romer & Stanton, 2003; Beal et al., 2001; Reed & Rountree, 1997; Hu et al., 1995; Wang et al., 1995).

Pensamos que merecem destaque as seguintes direcções de trabalho futuro: investigar a dinâmica entre os factores de risco e os de protecção; incluir adolescentes que já não estejam a estudar; alargar a dimensão da amostra e incluir escolas doutras regiões do país, para se poder alargar a panorâmica sobre a dimensão dos comportamentos desviantes em adolescentes portugueses desta faixa etária; programar acções de educação para os pais, pois estes influenciam os comportamentos dos filhos, servindo-lhes de exemplo (fumar, beber, hábitos de exercício ou alimentares) com os seus valores e com as expectativas que manifestam sobre o seu futuro; programar acções de educação com os professores, pois é imprescindível que estes sejam vectores de disseminação da informação sobre a saúde; incluir formação sobre os outros comportamentos estudados, que também constituem um risco para a saúde dos adolescentes, e fazer um *follow-up* após seis meses para avaliação da eficácia e introdução das medidas correctoras que se considerem pertinentes.



## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abecassis, M., Hartup, W. W., Haselager, G. J., Scholte, R. H., & Van Lieshout, C. F. (2002). Mutual antipathies and their significance in middle childhood and adolescence. *Child Development, 73*, 1543-556.
- Abrams, S. (2005). Changing times, changing needs, changing programs. *Public Health Nursing, 22*(3), 267-268.
- Achterberg, C., & Miller, C. (2004). Is one theory better than another in nutrition education? A viewpoint: More is better. *Journal of Nutrition Education and Behavior, 36*(1), 40-42.
- Ackard, D. M., & Neumark-Sztainer, D. (2001). Health care information sources for adolescents: Age and gender differences on use, concerns, and needs. *Journal of Adolescent Health, 29*, 170-176.
- Adams, G. R., Munro, B., Doherty-Poirer, M., Munro, G., Petersen, A. M., & Edwards, J. (2001). Diffuse-avoidance, normative, and informational identity styles: Using identity theory to predict maladjustment. *Identity: An International Journal of Theory and Research, 1*(4), 307-320.
- Aleixandre, N. L., Perello del Rio, M. J., & Pol, A. L. (2005). Activity levels and drug use in a sample of Spanish adolescents. *Addictive Behaviors, 30*, 1597-1602.
- Alexander, C., & Langer, E. (Eds.) (1990). *Higher stages of human development*. Oxford: Oxford University Press.
- Allen, J. P., Hauser, S. T., Bell, K. L. & O'Connor, T. G. (1994). Longitudinal assessment of autonomy and relatedness on adolescent-family interactions as predictors of adolescent ego development and self-esteem. *Child Development, 65*(1), 179-194.
- Allison, K. R., Dwyer, J. J., Goldenberg, E., Fein, A., Yoshida, K. K., & Boutilier, M. (2005). Male Adolescents' reasons for participating in physical activity, barriers to participation, and suggestions for increasing participation. *Adolescence, 40*(157), 155-170.
- Almeida, M. D. (1994). Padrões alimentares nocivos. *Revista de Endocrinologia Metabolismo & Nutrição, 3* (2), 97-101.
- Álvarez, J. L., Martín, A. F., Vergeles, M. R., & Martín A. H. (2003). Consumo de drogas en la adolescencia: importancia del afecto y la supervisión parental. *Psicothema, 15* (2), 161-166.

Amaro, F., Frazão, C., Pereira, M. E., & Teles, L. C. (2004). HIV/AIDS risk perception, attitudes and sexual behaviour in Portugal. *International Journal of STD & AIDS*, 15, 56-60.

American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists & Society for Adolescent Medicine (2004). Protecting Adolescents: Ensuring Access to Care and Reporting Sexual Activity and Abuse. *Journal of Adolescent Health*, 35(5), 420-423.

American Academy of Pediatrics. (2001a). Children, adolescents, and television. *Pediatrics*, 107, 423-426.

American Academy of Pediatrics. (2001b). Committee on substance abuse tobacco's toll: implications for the pediatrician. *Pediatrics*, 107(4), 794-798.

American Academy of Pediatrics. (2001c). Sexuality education for children and adolescents. *Pediatrics*, 108, 498-502.

Andersen, A., Due, P., Holstein, B. E., & Iversen, L. (2003). Tracking drinking behaviour from age 15 to 19 years. *Addiction*, 98, 1505-1511.

Andersen, R. E., Crespo, C. J., Bartlett, S. J., Cheskin, L. J., & Pratt, M. (1998). Relationship of physical activity and television watching with body weight and level of fatness among children: Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Journal of the American Medical Association*, 279(12), 938-942.

APF. (2003). Mamãs de Palmo e meio: Gravidez e maternidade na adolescência. Lisboa: APF.

Aranceta, J., Serra-Majem, L., Ribas, L., & Pérez-Rodrigo, C. (2001). Breakfast consumption in Spanish children and young people. *Public Health Nutrition*, 4, 1439-1444.

Araújo, D., Calmeiro, L., & Palmeira, A. (2005). Intenções para a prática de actividades físicas. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 5(1-2), 257-269.

Archer, S. L. (1991). Gender differences in identity development. In R. M. Lerner, A. Petersen, & J. Brooks-Gunn, *Encyclopedia of Adolescence* (Vol. 1, pp. 522-524). New York and London: Garland.

Armstrong, D. (1988). Historical origins of health behaviour. In R. Anderson, J. Davies, I. Kickbusch, D. McQueen, & J. Turner (Eds.), *Health behaviour research and health promotion* (pp. 8-21). Oxford: Oxford University Press. In: Ribeiro, J. L. (2004). Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças. *Análise Psicológica*, 2 (22), 387-397.

- Armstrong, N., & Welsam, J. R. (2006). The physical activity patterns of european youth with reference to methods of assessment. *Sports Medicine*, 36(12), 1067-1086.
- Austin, S. B., Melly, S. J., Sanchez, B. N., Patel, A., Buka, S., & Gortmaker, S. L. (2005). Clustering of fast-food restaurants around schools: A novel application of spatial statistics to the study of food environments. *American Journal of Public Health*, 95(9), 1575-1581.
- Avery, L., & Lazdane, G. (2008). What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe? *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 13(1), 58-70.
- Babor, T. F., & Higgins-Biddle, J. C. (2001). *Brief intervention for hazardous and harmful drinking - A manual for use in Primary Care*. WHO: Department of Mental Health and Substance Dependence.
- Baer, J. S., Kivlahan, D. R., Blume, A. W., McKnight, P., & Marlatt, G. A. (2001). Brief intervention for heavy-drinking college students: 4-year follow-up and natural history. *American Journal of Public Health*, 91(8), 1310-1316.
- Bailey, J. A., Fleming, C. B., Henson, J. N., Catalano, R. F., & Haggerty, K. P. (2008). Sexual Risk Behavior 6 Months Post-High School: Associations with College Attendance, Living with a Parent, and Prior Risk Behavior. *Journal of Adolescent Health*, 42, 573-579.
- Balch, G. I., Tworek, C., Barker, D. C., Sasso, B., Mermelstein, R., & Giovino, G. (2004). Opportunities for youth smoking cessation: Findings from a national focus group study. *Nicotine & Tobacco Research*, 6(1), 917.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. New York: General Learning Press.
- Barber, B. K. & Olsen, J. (1997). Socialization in context: Connection, regulations, and autonomy in the family, school, and neighborhood, and with peers. *Journal of Adolescent Research*, 12(2), 287-315.
- Bas, M., & Kisiltan, G. (2007). Relations among weight control behaviors and eating attitudes, social, physique anxiety and fruit and vegetable consumption in Turkish adolescents. *Adolescence*, 42(165), 167-178.
- Baumrind, D. (1968). Authoritarian vs. authoritative parental control. *Adolescence*, 3(11), 255-272.
- Baumrind, D. (1978). Parental disciplinary patterns and social competence in children. *Youth & Society*, 9(3), 239-276.

Baumrind, D. (1991a). Parenting Styles and Adolescent Development. In R. M. Lerner, A. Petersen, J. Brooks-Gunn, *Encyclopedia of Adolescence* (Vol. 2, pp. 746-758). New York and London: Garland.

Baumrind, D. (1991b). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, 11, 56-95.

Beal, A. C., Ausiello, J., & Perrin, J. M. (2001). Social influences on health-risk behaviors among minority middle school students. *Journal of Adolescent Health*, 28, 474-480.

Bee, H. (1992). *The developing child* (6th ed.). New York: Harper Collins.

Bee, H. (1995). *The growing child*. New York: Harper Collins.

Bekaert, S. (2003). Developing adolescent services in general practice. *Nursing Standart*, 17(36), 33-36.

Bekaert, S. (2005). *Adolescents and sex: The handbook for professionals working with young people*. Oxford: Radcliffe Publishing.

Bennett, D. L., & Tonkin, R. S. (2003). International developments in adolescent health care: a story of advocacy and achievement. *Journal of Adolescent Health*, 33, 240-251.

Berg-Kelly, K., & Kullander, K. (1999). Do adolescents' own intentions regarding healthy behaviours affect outcome? A two-year prospective study. *Acta Paediatrica*, 88(9), 983-989.

Bergström, E., Stenlund, H., & Svedjehäll, B. (2000). Assessment of body perception among Swedish adolescents and young adults. *Journal of Adolescent Health*, 26 (1), 70-75.

Bernard, M. (1987). Leisure-rich and leisure-poor: Leisure life-styles among young adults. *Leisure Sciences*, 10, 131-149.

Berond, G., & Menetrey, A. C. (1993). Les paradoxes du plaisir. In Tursz, A., Souteyrand, Y., & Salmi, R. *Adolescence et risque* (pp. 237-245). Paris: Syros.

Bersamin, M., Todd, M., Fisher, D. A., Hill, D. L., Grube J. W., & Walker, S. (2008). Parenting practices and adolescent sexual behavior: A longitudinal study. *Journal of Marriage and Family*, 70, 97-112.

Biaggio, A. M. (1997). Kohlberg e a "Comunidade justa": promovendo o senso ético e a cidadania na escola. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 10(1), 47-69.

Bickhard, M. H., & Ford, B. L. (1979). Subjective adaptationalism: An Adlerian metapsychology. *Journal of Instructional Psychology*, 35, 162-186.

- Biro, F. M. (1998). Physical growth and development. In S. B. Friedman, M. M. Fisher, S. K. Schonberg, & E. M. Alderman, *Comprehensive adolescent health care* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 23-28). St. Louis: Mosby.
- Bjartveit, K., & Tverdal, A. (2005). Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day. *Tobacco Control*, 14(5), 315-320.
- Blair, S. N., Horton, E., Leon, A. S., Lee, I. M., Drinkwater, B. L., Dishman, R. K., MacKey, M., & Kienholz, M. L. (1996). Physical activity, nutrition, and chronic disease. *Medicine & Science in Sport & Exercise*, 28(3), 335-349.
- Blair, S. N., LaMonte, M. J., & Nichaman, M. Z. (2004). The evolution of physical activity recommendations: how much is enough? *The American Journal of Clinical Nutrition*, 79(suppl.), 913S-920S.
- Blokland, E. A., Engels, R. C., Hale, W. W., Meeus, W., & Willemsen, M. C. (2004). Lifetime parental smoking history and cessation and early adolescent smoking behavior. *Preventive Medicine*, 38(3), 359-368.
- Blum, R. W., & Nelson-Mmari, K. (2004). The health of young people in global context. *Journal of Adolescent Health*, 35, 402-418.
- Boden, J. M., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2008). Early motherhood and subsequent life outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(2), 151-160.
- Borges, C. F. (2004a). Intervenções breves. In C. F. Borges, & H. C. Filho, *Usos e abusos de dependências – tabagismo: Manual técnico 3* (pp. 169-175). Lisboa: Climepsi.
- Borges, C. F. (2004b). Intervenções breves nos cuidados de saúde primários. In C. F. Borges, & H. C. Filho, *Alcoolismo e toxicodependência: Manual Técnico 2* (pp. 325-336). Lisboa: Climepsi.
- Borges, C. F., & Filho, H. C. (2004). *Alcoolismo e toxicodependência: Manual Técnico 2*. Lisboa: Climepsi.
- Boschi, V., Siervo, M., D'Orsi, P., Margiotta, N., Trapanese, E., Basile, F., Nasti, G., Papa, A., Bellini, O., & Falconi, C. (2003). Body composition, eating behavior, food-body concerns and eating disorders in adolescent girls. *Annals of Nutrition & Metabolism*, 47(6), 284-293.
- Boyer, C. B., & Hein, K. (1991). Sexually transmitted diseases in adolescence. In R. M. Lerner, A. Petersen, & J. Brooks-Gunn, *Encyclopedia of Adolescence* (Vol. 2, pp. 1028-1041). New York and London: Garland.

## Referências bibliográficas

Boyle, J. R., & Boekeloo, B. O. (2006). Perceived parental approval of drinking and its impact on problem drinking behaviors among first-year college students. *Journal of American College Health*, 54(4), 238-244.

Braconnier, A. (1999). *Le guide de l'adolescence: de 10 ans à 25 ans*. Paris: Éditions Odile Jacob.

Braconier, A., & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.

Bradley-Springer, L. (2007). Just say no. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 18(6), 1-2.

Branen, L., & Fletcher, J. (1999). Comparison of college student's current eating habits and recollections of their childhood food practices. *Journal of Nutrition Education*, 31(6), 304-310.

Brasil, L. S., Mitsui, R. E., Pereira, A. M., & Alves, R. N. (2000). Mudanças no comportamento sexual do adolescente decorrentes do surgimento da SIDA no contexto social. *Análise Psicológica*, 4(18), 465-483.

Bree, M. B., Whitmer, M. D., & Pickworth, W. B. (2004). Predictors of smoke development in a population-based sample of adolescents: A prospective study. *Journal of Adolescent Health*, 35, 172-181.

Brener, N. & Collins, J. L. (1998). Co-occurrence of health-risk behaviors among adolescents in the United States. *Journal of Adolescent Health*, 22(3), 209-213.

Brener, N. D., Billy, J. O., & Grady, W. R. (2003). Assessment of factors affecting the validity of self-reported health-risk behavior among adolescents: Evidence from the scientific literature. *Journal of Adolescent Health*, 33(6), 436-457.

Brittain, C. V. (1969). An exploration of the bases of peer-compliance and parent compliance in adolescence. *Adolescence*, 13, 445-458.

Brook (2007). *Putting young people first – teenage conceptions: statistics and trends*. Consultado em 5 de Janeiro de 2008 através de [http://www.brook.org.uk/content/fact2\\_TeenageConceptions.pdf](http://www.brook.org.uk/content/fact2_TeenageConceptions.pdf)

Brook Advisory (2003). *Putting young people first - teenage conceptions: Statistics and trends*. Consultado em 28 de Setembro de 2005 através de [http://www.brook.org.uk/content/fact2\\_TeenageConceptions.pdf](http://www.brook.org.uk/content/fact2_TeenageConceptions.pdf)



- Brookman, R. R. (1998). Contraceptive technology and practice. In S. B. Friedman, M. M. Fisher, S. K. Schonberg, & E. M. Alderman, *Comprehensive adolescent health care* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 1119-1127). St. Louis: Mosby.
- Brown, M. B., & Bolen, L. M. (2008). The school-based health center as a resource for prevention and health promotion. *Psychology in the Schools*, 45(1), 28-38.
- Brown, S. A. & Tapert, S. F. (2004). Adolescence and the trajectory of alcohol use: Basic to clinical studies. *Annals New York Academy of Sciences*, 1021, 234-244.
- Brown, S. A., McGue, M., Maggs, J., Schulenberg, J., Hingson, R., Swartzwelder, S., Martin, C., Chung, T., Tapert, S. F., Sher, K., Winters, K. C., Lowman C., & Murphy, S. (2008). A developmental perspective on alcohol and youths 16 to 20 years of age. *Pediatrics*, 121, S290-S310.
- Bruhn, J. G. (1988). Life-style and health behavior. In D. S. Gochman (Ed.), *Health behavior: Emerging research perspectives* (pp. 71-86). New York: Plenum Press.
- Matos, M. G., Simões, C., Canha L., & Fonseca, S. (1996). Aventura social e saúde – saúde e estilos de vida nos jovens portugueses: Relatório do estudo de 1996 da Rede Europeia HBSC/OMS.
- Bruni, O., Fabrizi, P., Ottaviano, S., Cortesi, F., Giannotti, F., & Guidetti, V. (1997). Prevalence of sleep disorders in childhood and adolescence with headache: a case-control study. *Cephalalgia*, 17, 492-498.
- Bruni, O., Galli, F., & Guidetti, V. (1999). Sleep hygiene and migraine in children and adolescents. *Cephalalgia*, 19(25), 57-59.
- Bruyn, M., & Packer, S. (2004). *Adolescents, unwanted pregnancy and abortion. Policies, counseling and clinical care*. Chapel Hill: Ipas. Consultado em 10 de Janeiro de 2007 através de [http://www.ipas.org/publications/en/ADOLPOL\\_E04\\_en.pdf](http://www.ipas.org/publications/en/ADOLPOL_E04_en.pdf)
- Cardenal, C. A., & Adell, M. N. (2000). Factors associated with problematic alcohol consumption in schoolchildren. *Journal of Adolescent Health*, 27(6), 425-433.
- Carlini-Cotrim, B., Gazal-Carvalho, C., & Gouveia, N. (2000). Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo. *Revista Saúde Pública*, 34(6), 636-645.
- Carno, M. A., Hoffman, L. A., Carcillo, J. A., & Sanders, M. H. (2003). Developmental stages of sleep from birth to adolescence, common childhood sleep disorders: Overview and nursing implications. *Journal of Pediatric Nursing*, 18(4), 274-283.

## Referências bibliográficas

- Carskadon, M. A. (1990). Patterns of sleep and sleepiness in adolescents. *Pediatrician*, 17(1), 5-12.
- Carskadon, M. A., Harvey, K., Duke, P., Anders, T. F., Litt, I. F., & Dement, W.C. (1980). Pubertal changes in daytime sleepiness. *Sleep*, 2, 453-460.
- Carskadon, M. A., Acebo, C., & Jenni, O. G. (2004). Regulation of adolescent sleep implications for behaviour. *Annals New York Academy of Sciences*, 1021, 276-291.
- Carter, B., & McGoldrick, M. (2001). *As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar* (2ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Casazza, K., & Ciccazzo, M. (2007). The method of delivery of nutrition and physical activity information may play a role in eliciting behavior changes in adolescents. *Eating Behaviors*, 8(1), 73-82.
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100(2), 126-131.
- Cavadini, C., Decarli, B., Dirren, H., Cauderay, M., Narring F., & Michaud, P.A. (1999). Assessment of adolescent food habits in Switzerland. *Appetite*, 32, 97-106. In N. D. Brener, J. O. Billy, W. R. Grady. (2003). Assessment of factors affecting the validity of self-reported health-risk behavior among adolescents: Evidence from the scientific literature. *Journal of Adolescent Health*, 33, 436-457.
- Cavadini, C., Decarli, B., Grin, J., Narring, F., & Michaud, P. A. (2000). Food habits and sport activity during adolescence: differences between athletic and non-athletic teenagers in Switzerland. *European Journal of Clinical Nutrition*, 54 (3, Supplement 1), S16-S20.
- CCE. (2007). *Livro verde – Por uma Europa sem fumo: opções estratégicas a nível comunitário*. Consultado em 24 de Janeiro de 2008 através de [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/Tobacco/Documents/gp\\_smoke\\_pt.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/gp_smoke_pt.pdf)
- Centers for Disease Control and Prevention. (1994). Guidelines for school health programs to prevent tobacco use and addiction. *MMWR*, 43(2), 1-24. Consultado em 7 de Março de 2008 através de <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00026213.htm>
- Centers for Disease Control and Prevention. (1997). Guidelines for school and community programs to promote lifelong physical activity among young people. *Journal of School Health*, 67(6), 202-219.

- Centers for Disease Control and Prevention. (2000). *Promoting better health for young people through physical activity and sport*. Consultado em 23 de Janeiro de 2007 através de [http://www.cdc.gov/healthyyouth/physicalactivity/promoting\\_health/pdfs/ppar.pdf](http://www.cdc.gov/healthyyouth/physicalactivity/promoting_health/pdfs/ppar.pdf)
- Cervato, A. M., Mazzilli, R. N., Martins, I. S., & Marucci, F. N. (1997). Dieta habitual e fatores de risco para doenças cardiovasculares. *Revista de Saúde Pública*, 31(3), 227-235.
- Charlesworth, A., & Glantz, S. A. (2005). Smoking in the movies increases adolescent smoking: A review. *Pediatrics*, 116, 1516-1528.
- Chen, X., Chang, L., He, Y., & Liu, H. (2005). The Peer Group as a context: Moderating effects on relations between maternal parenting and social school adjustment in Chinese Children. *Child Development*, 76(2), 417-434.
- Civic D. (1999). The association between characteristics of dating relationships and condom use among heterosexual young adults. *AIDS Education and Prevention*, 11, 343-352.
- Claes, M. (1985). *Os problemas da adolescência*. Lisboa: Verbo.
- Clark, D. B., Bukstein, O., & Cornelius, J. (2002). Alcohol use disorders in adolescents epidemiology, diagnosis, psychosocial interventions, and pharmacological treatment. *Pediatric Drugs*, 4(8), 493-502.
- Clark-Carter, D. (1999). *Doing quantitative psychological research: from design to report*. UK. Psychology Press.
- Classificação Nacional das Profissões*. Consultado em 22 de Fevereiro de 2007 através de <http://cdp.portodigital.pt/profissoes/classificacao-nacional-das-profissoes-cnp>
- CNSI. (1993). *Relatório da Comissão Nacional de Saúde Infantil*. (p. 146). Lisboa: Ministério da Saúde.
- Coates, D. L., & Widenfelt, B. (1991). Pregnancy in adolescence. In R. M. Lerner, A. Petersen, J. Brooks-Gunn, *Encyclopedia of Adolescence* (Vol. 2, pp. 794-802). New York and London: Garland.
- Cobb, N. J. (1998). *Adolescence: Continuity, change, and diversity* (3<sup>rd</sup> ed.). California: Mayfield Publishing Company.
- Cohall, A. T., Cohall, R., Dye, B., Dini, S., Vaughan, R. D., & Coots, S. (2007). Overheard in the halls: What adolescents are saying, and what teachers are hearing, about health issues. *Journal of School Health*, 77(7), 344-350.

Cohane, G. H., & Pope, H. G. (2001). Body image in boys: A review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 373-379.

Cohen, G., & Prinstein, M. J. (2006). Peer contagion of aggression and health risk behavior among adolescent males: An experimental investigation of effects on public conduct and private attitudes. *Child Development*, 77(4), 967-983.

Colby, A. & Kolberg, L. (1987). *The measurement of moral judgement. Vol 1: Theoretical foundations and research validation*. Cambridge: Cambridge University Press.

Coleman, L. M., & Cater, S. M. (2005). A qualitative study of the relationship between alcohol consumption and risky sex in adolescents. *Archives of Sexual Behavior*, 34(6), 649-661.

Coleman, P. K. (2006). Resolution of unwanted pregnancy during adolescence through abortion versus childbirth: Individual and family predictors and psychological consequences. *Journal of Youth Adolescence*, 35, 903-911.

Committee on Adolescence. (2005). Emergency contraception. *Pediatrics*, 116, 1026-1035.

Commons, M., Richards, F., & Armon, C. (Eds) (1984). *Beyond formal operations*. New York: Praeger.

Cornelius, J. R., Clark, D. B., Reynolds, M., Kirisci, L., & Tarter, R. (2007). Early age of first sexual intercourse and affiliation with deviant peers predict development of SUD: A prospective longitudinal study. *Addictive Behaviors*, 32, 850-854.

Coslin, P. (2003). *Les conduites à risque à l'adolescence*. Paris: Armand Colin Éditeur.

Costa, M. E. (1991). *Contextos sociais de vida e desenvolvimento da identidade*. Porto: INIC.

Croake, J. W. (1975). An Adlerian view of life style. *Journal of Clinical Psychology*, 31, 523-518.

Cromer, B. A. (1998). Compliance with health recommendations. In S. B., Friedman, M., Fisher, S. K., Schonberg, & E. M., Alderman. *Comprehensive adolescent health care* (2<sup>nd</sup> ed.), (pp. 104-108). St. Louis, Missouri: Mosby.

Crosby, R. A., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Lang, D., & Harrington, K. R. (2003). Value of consistent condom use: a study of sexually transmitted disease prevention among African, American adolescent females. *American Journal of Public Health*, 93(6), 901-902.

- Crow, S., Eisenberg, M. E., Story, M., & Neumark-Sztainer, D. (2008). Suicidal behavior in adolescents: Relationship to weight status, weight control behaviors, and body dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 41(1) 82-87.
- Crowley, S. J., Acebo, C., & Carskadon, M. A. (2007). Sleep, circadian rhythms, and delayed phase in adolescence. *Sleep Medicine*, 8, 602–612.
- Curcio, G., Ferrara, M., Gennaro, L. (2006). Sleep loss, learning capacity and academic performance. *Sleep Medicine Reviews*, 10, 323-337.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O. & Rasmussen, V. B. (2004). *Young people's health in context – health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Currie, C., Gabhainn, S. N., Godeau, E., Roberts, C., Smith, R., Currie, D., Picket, W., Richter, M., Morgan, A., & Barnekow, V. (Eds) (2008). *Inequalities in young people's health - HBSC international report from the 2005/2006 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Consultado em 12 de Junho de 2008 através de [http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20080616\\_1](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20080616_1)
- Dahl, R. E., & Lewin, D. S. (2002). Pathways to adolescent health sleep regulation and behavior. *Journal of Adolescent Health*, 21(6), 175-184.
- Davies, S. L., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Harrington, K. R., Crosby, R. A., & Sionean, C. (2003). Pregnancy desire among disadvantaged African, american adolescent females. *American Journal of Health Behavior*, 27(1), 55-62.
- Davison, T. E., & McCabe, M. P. (2006). Adolescent body image and psychosocial functioning. *The Journal of Social Psychology*, 146(1), 15-30.
- Degenhardt, L., & Hall, W. (2003). Patterns of co-morbidity between alcohol use and other substance use in the Australian population. *Drug and Alcohol Review*, 22, 7-13.
- Denehy, J. (2005). Let's Get Moving: Addressing the new recommendations for physical activity in children and adolescents. *The Journal of School Nursing*, 21(6), 309-310.
- Department of Health. (2004). *At least five a week. Evidence on the impact of physical activity and its relationship to health*. A report from the Chief Medical Officer. Consultado em 24 de Fevereiro de 2006 através de [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4080994](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4080994)
- Despacho nº 1916/2004. *D. R. II Série*. Nº 33 (2004-01-28), 1492-1496.

## Referências bibliográficas

DeWit, D. J., Adlaf, E. M., Offord, D. R., & Ogborne, A. C. (2000). Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *American Journal Psychiatry*, 157(5), 745-750.

DGS (2005). *Bases do Programa Nacional de Saúde dos Jovens*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde: Divisão Materna, Infantil e dos Adolescentes

DGS (2006). *Programa Nacional de Saúde dos Jovens 2006/2010*. Direcção Geral de Saúde: Divisão Materna, Infantil e dos Adolescentes

DGS (2007a). Actividade física e desporto: Actuação ao nível da Educação para a Saúde. *Circular Informativa Nº 30/DICES*.

DGS. (2007b). *Health in Portugal: 2007*. Lisboa: DGS.

Dias, S. F., Matos, M. G., & Gonçalves, A. C. (2005). Preventing HIV transmission in adolescents: an analysis of the Portuguese data from the health behaviour school-aged children study and focus groups. *European Journal of Public Health*, 15(3), 300-304.

DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Crosby, R., Sionean, C., Cobb, B. K., Harrington, K., Davies, S., Hook, E. W., & Oh, M. K. (2001). Parental monitoring: association with adolescents' risk behaviors. *Pediatrics*, 107, 1363-1368.

Dietz, W. H., & Gortmaker, S. L. (1985). Do we fatten our children at the television set? Obesity and television viewing in children and adolescents. *Pediatrics*, 75, 807-812.

Dietz, W. H. (1990). You are what you eat - what you eat is what you are. *Journal of Adolescent Health Care*, 11, 76-81.

Dietz, W. H., & Gortmaker, S. L. (2001). Preventing obesity in children and adolescents. *Annual Review of Public Health*, 22, 337-353.

DiFranza, J. R., Rigotti, N. A., McNeill, A. D., Ockene, J. K., Savageau, J. A., Cyr, D. S., & Coleman, M. (2000). Initial symptoms of nicotine dependence in adolescents. *Tobacco Control*, 9(3), 313-319.

DiFranza, J. R., Rigotti, N. A., McNeill, A. D., Ockene, J. K., Savageau, J. A., & MacNeil, A. D. (2002). Development of symptoms of tobacco dependence in youths: 30 month follow up data from the DANDY study. *Tobacco Control*, 11(3), 228-235.

DiLorenzo, T. M., Stucky-Ropp, R. C., Wal, J. S., & Gotham, H. J. (1998). Determinants of exercise among Children II: A longitudinal analysis. *Preventive Medicine*, 27(3), 470-477.

Dilorio, C., Kelly, M., & Hockenberry-Eaton, M. (1999). Communication about sexual issues: mothers, fathers, and friends. *Journal of Adolescent Health*, 24, 181-189.

- Dilorio, C., Dudley, W. N., Soet, J., Watkins, J., & Maibach, E. (2000). A social cognitive-based model for condom use among college students. *Nursing Research*, 49, 208-214.
- Dinges, M. M., & Oetting, E. R. (1993). Similarity in drug use patterns between adolescents and their peers. *Adolescence*, 28(110), 253-266.
- Dittus, P., J., & Jaccard, J. (2000). Adolescents' perceptions of maternal disapproval of sex: relationship to sexual outcomes. *Journal of Adolescent Health*, 26, 268-278.
- Donovan, J. Jessor, R., & Costa, F. (1993). Structure of health enhancing behavior in adolescence: A latent-variable approach. *Journal of Health and Social Behavior*, 34(4), 346-362.
- Dowdell, E. B. (2002). Urban seventh graders and smoking: A health risk behavior assessment. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 25, 217-229.
- Dowdell, E. B., & Santucci, M. E. (2004). Health risk behavior assessment: Nutrition, weight, and tobacco use in one urban seventh-grade class. *Public Health Nursing*, 21(2), 128-136.
- Dowdell, E. B. (2006). Alcohol use, smoking, and feeling unsafe: Health risk behaviors of two urban seventh grade classes. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 29, 157-171.
- Drake, C., Nickel, C., Burduvali, E., Roth, T., Jefferson C., & Pietro, B. (2003). The pediatric daytime sleepiness scale (PDSS): sleep habits and school outcomes in middle-school children. *Sleep*, 26(4), 455-458.
- Duclos, G., Laporte, D., & Ross, J. (1995). *Besoins, défis et aspirations des adolescents: Vivre en harmonie avec les jeunes de 12 à 20 ans*. Québec: Les éditions Héritage.
- Duke-Duncan, P. (1991). Body image. In R. M. Lerner, A. Petersen, J. Brooks-Gunn, *Encyclopedia of Adolescence* (Vol.1, pp. 90-94). New York and London: Garland.
- Duncan, P. M., Garcia, A. C., Frankowski, B. L., Carey, P. A., Kallock, E. A., Dixon, R. D., & Shaw, J. S. (2007). Inspiring healthy adolescent choices: A rationale for and guide to strength promotion in primary care. *Journal of Adolescent Health*, 41, 525-535.
- Duncan, S. C., Duncan, T. E., & Strycker, L. A. (2000). Risk and protective factors influencing adolescent problem behavior: A multivariate latent growth curve analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 22, 103-109.
- Duncan, S. C., Duncan, T. E., & Strycker, L. A. (2003). Family influences on youth alcohol use: A multiple-sample analysis by ethnicity and gender. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 2(2), 17-33.

Dunker, K. L., & Philippi, S. T. (2003). Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. *Revista de Nutrição*, 16(1), 51-60.

Durex (2005). *Global sex survey*. Consultado em 26 de Janeiro de 2006 através de <http://www.durex.com>

East, P. L., Khoo, S. T., & Reyes, B. T. (2006). Risk and protective factors predictive of adolescent pregnancy: A longitudinal, prospective study. *Applied Developmental Science*, 10(4), 188-199.

Edgardh, K. (2002). Sexual behaviour and early coitarche in a national sample of 17-year-old Swedish boys. *Acta Paediatrica*, 91, 985-991.

Eisenberg, M. E., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Perry, C. (2004). The role of social norms and friends' influences on unhealthy weight-control behaviors among adolescent girls. *Social Science & Medicine*, 60, 1165-1173.

Eisenberg, M., E., Sieving, R. E., Bearinger, L. H., Swain, C., & Resnick, M. D. (2006a). Parents' communication with adolescents about sexual behavior: A missed opportunity for prevention? *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 893-902.

Eisenberg, M. E., Neumark-Sztainer, D., & Paxton, S. J. (2006b). Five-year change in body satisfaction among adolescents. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 521-527.

Elgar, F., Roberts, C., Moore, L., & Tudor-Smith, C. (2005). Skipping breakfast contributes to the development of overweight and obesity. *Public Health Nutrition*. 119(6), 518-524.

Ellickson, P. L., Tucker, J. S., & Klein, D. J. (2003). Ten-year prospective study of public health problems associated with early drinking. *Pediatrics*, 111, 949-955.

Emmons, K. M., Wechsler, H., Dowdall, G., & Abraham, M. (1998). Predictors of smoking among US College Students. *American Journal of Public Health*, 88(1), 104-107.

Epstein, L. H., Roemmich, J. N., Paluch, R. A., & Raynor, H. A. (2005). Physical activity as a substitute for sedentary behavior in youth. *Annals of Behavioral Medicine*, 29(3), 200-209.

Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.

Eurobarometer (2003). *Health food and alcohol and safety*. European Commission. Consultado em 20 de Fevereiro de 2008 através de [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/alcohol/documents/ebs\\_186\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/ebs_186_en.pdf)

Eurobarometer (2004). *Special Eurobarometer 213 - The citizens of the European Union and Sport*. Consultado em 20 de Fevereiro de 2008 através de [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_213\\_summ\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_213_summ_en.pdf)



- Feingold, A., & Mazzella, R. (1998). Gender differences in body image are increasing. *Psychological Sciences*, 9, 190-195.
- Feldman, L., Harvey, B., Holowaty, P., & Shortt, L. (1999). Alcohol use beliefs and behaviors among high school students. *Journal of Adolescent Health*, 24, 48-58.
- Felton, G. W., & Bartoces, M. (2002). Predictors of initiation of early sex in black and white adolescent females. *Public Health Nursing*, 19(1), 59-67.
- Fergus, S., Zimmerman, M. A., & Caldwell, C. H. (2007). Growth trajectories of sexual risk behavior in adolescence and young adulthood. *American Journal of Public Health*, 97(6), 1096-1101.
- Fergusson, D. M., Horwood, J., & Swain-Campbell, N. (2002). Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood. *Addiction*, 97, 1123-1135.
- Ferrarotti, N. G. (1985). La salud e las áreas de educación para la salud en la adolescencia. In OMS, *La salud del adolescente e del joven en las Americas*. Publicación Científica, Nº 552, 3-14.
- Ferreira, M. R. S. (1996). *O Internamento na adolescência*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.
- Ferreira, M. R. S. (2003). Gravidez na Adolescência. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 4, 36-38.
- Ferreira, M. R. S., Paúl, C., & Amado, J. (2006a). Comportamentos sexuais de adolescentes do ensino secundário. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 7, 50-53.
- Ferreira, M. R. S., Paúl, C., & Amado, J. (2006b). Sexual behaviour of high-school adolescents. Comunicação apresentada no 10º Encuentro de Investigación en Enfermería, Madrid. *Libro de Ponencias* (pp. 41-43). Madrid: Instituto de Salud Carlos III – Unidad de Coordinación y Desarrollo de la Investigación en Enfermería.
- Ferreira, M. R. S., Paúl, C., & Amado, J. (2007). Alcohol ingestion habits among high-school adolescents. Comunicação apresentada no 11º Encuentro de Investigación en Enfermería, Madrid. *Libro de Ponencias* (pp. 44-46). Madrid: Instituto de Salud Carlos III – Unidad de Coordinación y Desarrollo de la Investigación en Enfermería.
- Fessler, K. B. (2003). Social outcomes of early childbearing: important considerations for the provision of clinical care. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 48(3), 178-185.
- Field, T. M., Diego, M., & Sanders, C. (2002). Adolescents' parent and peer relationships. *Adolescence*, 37(145), 121-130.

Figueiredo, B. (2001). Maternidade na adolescência: Do risco à prevenção. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3(002), 221-238.

Finkelstein, J. W. (1998). Endocrine physiology at puberty. In S. B. Friedman, M. M. Fisher, S. K. Schonberg, & E. M. Alderman, *Comprehensive adolescent health care* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 23-28). St. Louis: Mosby.

Fisher, J., & Birch, L. (1995). 3-5 years-old children's fat preferences and fat consumption are related to parental obesity. *Journal of American Dietetic Association*, 95, 759-764.

Fisher, S. (1990). The evolution of psychological concepts about the body. In T. F. Cash, T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: Development, deviance, and change* (pp. 3-20). New York: Guilford Press. In J., Gusella, S., Clark, & E., Roosmalen. (2004). Body image self-evaluation colouring lens: Comparing the ornamental and instrumental views of adolescent girls with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 12, 223-229.

Fleitlich, B. W., Larino, M. A., Cobelo, A., & Cordás, T. A. (2000). Anorexia nervosa na adolescência. *Jornal de Pediatria*, 76, S323-S329.

Fleming, M. (1992). Autonomia adolescente e atitudes dos pais. *Psicologia*, 8(3), 301-315.

Flodmark, C. E., Lissau, I., Moreno, L. A., Pietrobelli, A., & Widhalm, K. (2004). New insights into the field of children and adolescents' obesity: the European perspective. *International Journal of Obesity*, 28, 1189-1196.

Flum, H. (1994). Styles of identity formation in early and middle adolescence. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 120, 437-467. Consultado em 10 de Setembro de 2007 através de <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=8&bk=1&hid=16&sid=17fb3d42-4654-412d-89fe-35a5c66294f1%40sessionmgr9>

Flum, H., & Kaplan, A. (2006). Exploratory orientation as an educational goal. *Educational Psychologist*, 41(2), 99-110.

Fonseca, V.M., Sichieri, R., & Veiga, G. V. (1998). Fatores associados à obesidade em adolescentes. *Revista de Saúde Pública*, 32(6), 541-549.

Foster-Clarck, F. S., & Blyth, D. A. (1991). Peer relations and influences. In R. M. Lerner, A. Petersen, J. Brooks-Gunn, *Encyclopedia of Adolescence* (Vol. 2, pp. 767-771). New York and London: Garland.

- França, A. A., Kneube, D. P., & Souza-Kaneshima, A. M. (2006). Hábitos alimentares e estilo de vida de adolescentes estudantes na rede pública de ensino da cidade de Maringá-Pr. *Iniciação Científica CESUMAR*, 8(2), 175-183.
- Freedman, D. S., Khan, L. K., Serdula, M. K., Dietz, W. H., Sriinivasan, S. R., & Berenson, G. S. (2005). The relation of childhood BMI to adult adiposity: the Bogalusa heart study. *Pediatrics*, 115(1), 22-27.
- French, D. C., & Dishion, T. J. (2003). Predictors of early initiation of sexual intercourse among high-risk adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 23, 295-315.
- French, S. A., Story, M., Neumark-Sztainer, D., Fulkerson J. A., & Hannan, P. (2001a). Fast food restaurant use among adolescents: associations with nutrient intake, food choices and behavioral and psychosocial variables. *International Journal of Obesity*, 25, 1823-1833.
- French, S. A., Jeffery, R. W., Story, M., Breitlow, K. K., Baxter, J. S., Hannan, P., & Snyder, M. P. (2001b). Pricing and promotion effects on low-fat vending snack purchases: The CHIPS study. *American Journal of Public Health*, 91(1), 112-117.
- French, S. A., Story, M., & Jeffery, R. W. (2001c). Environmental influences on eating and physical activity. *Annual Review of Public Health*, 22, 309-335.
- Friedman, H. L. (1993). Desarrollo social de los adolescentes: Una perspectiva mundial. *Journal of Adolescent Health*, 14(8), 648-654.
- Fritz, D. J. (2000). Adolescent smoking cessation: How effective have we been? *Journal of Pediatric Nursing*, 15(5), 299-306.
- Frutuoso, M. F., Bismarck-Nasr, E. M., & Gambardella, A. M. (2003). Redução do dispêndio energético e excesso de peso corporal em adolescentes. *Revista de Nutrição*, 16(3), 257-263.
- Fulton, J. E., Garg, M., Galuska, D. A., Rattay, K. T., & Caspersen, C.J. (2004). Public health and clinical recommendations for physical activity and physical fitness: Special focus on overweight youth. *Sports Medicine*, 34(9), 581-599.
- Gambardella, A. M., Frutuoso, M. F., & Franch, C. (1999). Prática alimentar de adolescentes. *Revista de Nutrição*, 12(1), 5-19.
- Gammer, C., & Cabié, M. C. (1999). *Adolescência e crise familiar*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Garnefski, N., & Okma, S. (1996). Addiction-risk and aggressive/criminal behaviour in adolescence: influence of family, school and peers. *Journal of Adolescence*, 19, 503-512.

- Gasquez, M. A., Gallego, A. D., Vargas, L. R., & Londoño, M.S. (2004). Estilos de vida saludables de los estudiantes de la corporación Universitaria Lasallista. *Revista Lasallista de Investigación*, 1(2), 35-40.
- Gendron, S. (2001). Transformative alliance between qualitative and quantitative approaches in health promotion research. In Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman, B., McQueen, D., Potvin, L., Springett, J., & Ziglio, E. (Eds.) *Evaluation in health promotion - Principles and perspectives*, WHO, 92, 107-121. Consultado em 05 de Maio de 2008 através de <http://www.euro.who.int/document/e73455C.pdf>
- Giami, A., Ohlrichs, Y., Quilliam, S., & Wellings, K. (2006). Sex education in schools is insufficient to support adolescents in 21st century. *Sexual and Relationship Therapy*, 21(4), 485-490.
- Giannotti, F., Cortesi, F., Sebastiani, T., & Ottaviano, S. (2002). Circadian preference, sleep and daytime behaviour in adolescence. *Journal of Sleep Research*, 11(3), 191-199.
- Gibson, E. S., Powles, A. P., Thabane, L., O'Brien, S., Molnar, D. S., Trajanovic, N., Ogilvie, R., Shapiro, C., Yan, M., & Chilcott-Tanser, L. (2006). "Sleepiness" is serious in adolescence: Two surveys of 3235 Canadian students. *BMC Public Health*, 6(116), 1-9.
- Ghiglione, R., Beauvois, J. L., Chabrol, C., & Trognon, A. (1980). *Manuel d'analyse de contenu*. Paris: Armand Colin.
- Gillen, M. M., Lefkowitz, E. S., & Shearer, C. L. (2006). Does body image play a role in risky sexual behavior and attitudes? *Journal of Youth and Adolescence*, 35(2), 243-255.
- Ginzberg E. (1991). Adolescents at risk conference: overview. *Journal of Adolescent Health*, 12, 588-590.
- Godeau, E., Rahav, G., & Hublet, A. (2004). Tobacco smoking. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal, & V. B. Rasmussen, *Young people's health in context – health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey* (pp. 63-71). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Golding, J. F., & Cornish, A. M. (1987). Personality and life-style in medical students: psychopharmacological aspects. *Psychology and Health*, 1, 287-301.
- Gomes, M. I. (2001). Diversidade e comportamentos juvenis: um estudo dos estilos de vida de jovens de origens étnico-culturais diversificadas em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 19(1), 41-64.

- Gómez, M. A., Sol, A., Cortés, M. J., & Mira, J. J. (2007). Sexual behaviour and contraception in people under the age of 20 in Alicante, Spain. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 12(2), 125-130.
- Gonçalves, H., Hallal, P. C., Amorim, T. C., Araújo, C. L., & Menezes, A. M. (2007). Fatores socioculturais e nível de atividade no início da adolescência. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 22(4), 246-253.
- Goñi, A., & Rodríguez, A. (2007). Variables associated with the risk of eating disorders in adolescence. *Salud Mental*, 30(4), 16-23.
- Gordon, C. P. (1996). Adolescent decision making: A broadly based theory and its application to the prevention of early pregnancy. *Adolescence*, 31, 561-584.
- Gowers, S. G. (2006). Evidence based research in CBT with adolescent eating disorders. *Child and Adolescent Mental Health*, 11(1), 9-12.
- Grace, X., Shive, S. E., Tan, Y., Thomas, P., & Man, V. L. (2004). Development of a culturally appropriate smoking cessation program for Chinese-American youth. *Journal of Adolescent Health*, 35, 206-216.
- Grant, B. F., & Dawson, D. A. (1997). Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of substance abuse*, 9, 103-110.
- Greydanus, D. E., Patel, D. R., & Rimsza, M. E. (2001). Contraception in the adolescent: An update. *Pediatrics*, 107, 562-573.
- Grunbaum, J. A., Kann, L., Kinchen, S. A., Williams, B., Ross, J. G., Lowry, R., & Kolbe, L. (2002). Youth risk behavior surveillance - United States, 2001. *MMWR, Surveillance Summaries*, 51(4), 1-64. Consultado em 18 de Fevereiro através de <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5104a1.htm>
- Grunbaum, J. A., Kann, L., Kinchen, S., Ross, J., Hawkins, J., Lowry, R., Harris, W. A., McManus, T., Chyen, D., & Collins, J. (2004). Youth risk behavior surveillance - United States, 2003. *MMWR: Surveillance Summaries*. 53(2), 1-96. Consultado em 21 de Fevereiro de 2008 através de <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/SS/SS5302.pdf>
- Grundy, S. (1998). Multifactorial causation of obesity: implications for prevention. *American Journal of Clinical Nutrition*, 67(Suppl.), 563-572.
- Guedes, D. P., Guedes, J. E., Barbosa, D. S., & Oliveira, J. A. (2001). Níveis de prática de actividade física habitual entre adolescentes. *Revista Brasileira de Medicina e Esporte*, 7(6), 187-199.

- Guldbrandsson, K., & Bremberg, S. (2005). Two approaches to school health promotion — a focus on health-related behaviours and general competencies: An ecological study of 25 Swedish municipalities. *Health Promotion International*, 21(1), 37-44.
- Gusella, J., Clark, S., & Roosmalen, E. (2004). Body image self-evaluation colouring lens: Comparing the ornamental and instrumental views of adolescent girls with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 12, 223-229.
- Guthrie, J., & Morton, J. (2000). Food sources of added sweeteners in the diets of Americans. *Journal of the American Dietetic Association*, 100, 43-51.
- Haggerty, R. J. (1975). The new morbidity. In R. J. Haggerty, & I. B. Pless, *Child Health and Community*. New York: Wiley. In Society for Adolescent Medicine. (1997). Clinical preventive services for adolescents: A position paper of the Society for Adolescent Medicine. *Journal of Adolescent Health*, 21, 203-214.
- Häggström-Nordin, E., Hanson, U., & Tydén, T. (2002). Sex behavior among high school students in Sweden: improvement in contraceptive use over time. *Journal of Adolescent Health*, 30(4), 288-295.
- Hagler, A. S., Calfas, K. J., Norman, G. J., Sallis, J. F., & Patrick, K. (2006). Construct validity of physical activity and sedentary behaviors staging measures for adolescents. *Annals of Behavioral Medicine*, 31(2), 186-193.
- Haines, J. & Neumark-Sztainer, D. (2006). Prevention of obesity and eating disorders: A consideration of shared risk factors. *Health Education Research*, 21(6), 770-782.
- Hallal, P. C., Victora, C. G., Azevedo, M. R., & Wells, J. C. (2006). Adolescent physical activity and health - A systematic review. *Sports Medicine*, 36(12), 1019-1030.
- Hamburg, B. (1997). Education for healthy futures: Health promotion and life skills training. In *Preparing adolescents for the twenty-first century: Challenges facing Europe and United States* (pp. 108-135). Cambridge: Cambridge University Press.
- Hansen, M., Janssen, I., Schiff, A., Zee, P. C., & Dubocovich, M. L. (2005). The impact of school daily schedule on adolescent sleep. *Pediatrics*, 115, 1555-1561.
- Hargreaves, D., & Tieggemann, M. (2002). The role of appearance schematicity in the development of adolescent body dissatisfaction. *Cognitive Therapy and Research*, 26(6), 691-700.
- Harris, K. M., Duncan, G. J., & Boisjoly, J. (2002). Evaluating the role of "Nothing to Lose" attitudes on risky behavior in adolescence. *Social Forces*, 80(5), 1005-1039.

- Harris, L., Oman, R. F., Vesely, S. K., Tolma, E. L., Aspy, C. B., Rodine, S., Marshall, L., & Fluhr, J. (2007). Associations between youth assets and sexual activity: does adult supervision play a role? *Child: Care, Health and Development*, 33(4), 448-454.
- Havighurst, R. J. (1952). *Developmental tasks and education*. Toronto, Canada: Longmans, Green and Co.
- In M. J., Rodrigo, M. L., Máiquez, M., García, A., Medina, M. A., Martínez, & J. C., Martín. (2006). La influencia de las características personales y contextuales en los estilos de vida en la adolescencia: aplicaciones para la intervención en contextos de riesgo psicosocial. *Anuário de Psicologia*, 37(3), 259-276.
- Hawk, S. T., Graaf, H. & Bakker, F. (2006). Adolescents' contact with sexuality in mainstream media: A selection-based perspective. *The Journal of Sex Research*, 43(4), 352-363.
- Hayes, I., Smart, D., Toumbourou, J., & Sanson, A. (2004). *Parenting influences on adolescent alcohol use*. Australian Institute of Family Studies. Consultado em 11 de Março de 2007 através de <http://www.aifs.gov.au/institute/pubs/resreport10/alcohol.html>
- Hays, R. D., & Ellickson, P. L. (1996). Association between drug use and deviant behavior in teenagers. *Addictive Behaviors*, 21, 291-302.
- Health Canada (2003). *Canadian guidelines for sexual health education*. Ottawa: Minister of Health Community Acquired Infections Division Centre for Infectious Disease Prevention and Control. Consultado em 11 de Março de 2008 através de [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cgshe-ldnemss/pdf/guidelines\\_e.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cgshe-ldnemss/pdf/guidelines_e.pdf)
- Hearst, M. O., Fulkerson, J. A., Maldonado-Molina, M. M., Perry, C. L., & Komro, K. A. (2007). Who needs liquor stores when parents will do? The importance of social sources of alcohol among young urban teens. *Preventive Medicine*, 44(6), 471-476.
- HEPA Europe. (2005). *European network for the promotion of health-enhancing physical activity*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Consultado em 16 de Janeiro de 2008 através de [http://www.euro.who.int/document/HEPAN/HEPA\\_leaflet\\_eng\\_rev1.pdf](http://www.euro.who.int/document/HEPAN/HEPA_leaflet_eng_rev1.pdf)
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A., & Morgan, M. (2004). *The ESPAD report 2003: Alcohol and drug use among students in 35 european countries*. Stockholm. Consultado em 10 de Fevereiro de 2008 através de <http://www.can.se/documents/CAN/Rapporter/ESPAD/ESPAD-the-ESPAD-report-2003.pdf>
- Hickman, M., Roberts, C., & Matos, M. G. (2000). Exercise and leisure time activities. In C. Currie, K. Hurrelmann, W. Settertobulte, R. Smith & J. Todd (Eds.), *Health and health behaviour among young people* (pp. 73-82). Copenhagen: HEPCA series, WHO.

- Hillis, S. D., Anda, R. F., Dube, S. R., Felitti, V. J., Marchbanks, P. A., & Marks, J. S. (2004). The Association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial consequences, and fetal death. *Pediatrics*, 113(2), 320-327.
- Himes, J., & Dietz W. (1994). Guidelines for overweight in adolescent preventive services: recommendations from an expert committee. *American Journal of Clinical Nutrition*, 59, 307-316.
- Hingson, R., Strunin, L., Berlin, B. M., & Heeren, T. (1990). Beliefs about AIDS, use of alcohol and drugs and unprotected sex among Massachusetts adolescents. *American Journal of Public Health*, 80, 295-299.
- Hingson, R., & Winter, M. (2003a). Epidemiology and consequences of drinking and driving. *Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 27(1), 63-78.
- Hingson, R., Heeren, T., Winter, M., & Wechsler, H. (2003b). Early age of first drunkenness as a factor in college students' unplanned and unprotected sex attributable to drinking. *Pediatrics*, 111(1), 34-41.
- Hingson, R., Heeren, T., Winter, M., & Wechsler, H. (2005). Magnitude of alcohol-related mortality and morbidity among U.S. college students ages 18–24: Changes from 1998 to 2001. *Annual Review of Public Health*, 26, 259-279.
- Hockenberry, M. (2006). *WONG Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Rio de Janeiro: Mosby-Elsevier.
- Hoelscher, D. M., Evans, A., Parcel, G. S., & Kelder, S. H. (2002). Designing effective nutrition interventions for adolescents. *Journal of the American Dietetic Association*, 102(3 Suppl.), S52-S63.
- Hoffman, B. R., Monge, P. R., Chou, C. P., & Valente, T. W. (2007). Perceived peer influence and peer selection on adolescent smoking. *Addictive Behaviors*, 32, 1546-1554.
- Hoffman, J. H., Barnes, G. M., Welte, J. W., & Dintcheff, B. A. (2000). Trends in combinational use of alcohol and illicit drugs among minority adolescents, 1983-1994. *American Journal of Drug Alcohol Abuse*, 26(2), 311-324.
- Höglund, D., Samuelson, G., & Mark, A. (1998). Food habits in Swedish adolescents in relation to socioeconomic conditions. *European Journal of Clinical Nutrition*, 52, 784-789.
- Hollis, J. F., Polen, M. R., Whitlock, E. P., Lichtenstein, E., Mullooly, J. P., Velicer W. F., & Redding, C. A. (2005). Teen reach: Outcomes from a randomized, controlled trial of a



tobacco reduction program for teens seen in primary medical care. *Pediatrics*, 115, 981-989.

Homeier, B. (2004). All about sleep. Consultado em 19 de Outubro de 2006 através de <http://www.kidshealth.org/parent/general/sleep/sleep.html>

Honda, M., Genba, M., Kawakami, J., & Nishizono-Maher, A. (2008). A sleep and life-style survey of Japanese high school boys: Factors associated with frequent exposure to bright nocturnal light. *Sleep and Biological Rhythms*, 6, 110-119.

Howard, M. M, Fortenberry, J. D., Blythe, M. J., Zimet, G. D., & Orr, D. P. (1999). Patterns of sexual partnerships among adolescent females. *Journal of Adolescent Health*, 24(5), 300-303.

Hu, F. B., Flay, B. R., Hedeker, D., Siddiqui, O., & Day, L. E. (1995). The influence of friends' and parental smoking on adolescent smoking behavior: The effects of time and prior smoking. *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 2018-2047.

Huntley, E. D., Campo, J. V., Dahl, R. E., & Lewin, D. S. (2007). Sleep characteristics of youth with functional abdominal pain. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(8), 938-949.

IAS (2007). *Adolescents and alcohol*. Consultado em 2 de Setembro de 2007 através de <http://www.ias.org.uk/resources/factsheets/adolescents.pdf>

ICN (2000). *Classificação Internacional para a prática de enfermagem: Versão Beta*. Lisboa: APE, IGIF.

Iglowstein, I., Jenni, O. G., Molinari, L., & Largo, R. H. (2003). Sleep duration from Infancy to adolescence: Reference values and generational trends. *Pediatrics*, 111, 302-307.

INE. (2007). *Estatísticas Demográficas 2005*. Consultado em 02 de Março de 2008 através de [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=6734791&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=6734791&PUBLICACOESmodo=2)

Instituto do Consumidor, FCNAUP. (2003). *Os alimentos na roda: Guia*. Lisboa: Instituto do Consumidor.

Irwin, C. E., & Millstein, S. G. (1991). Risk-taking behaviors during adolescence. In R. M. Lerner, A. Petersen, J. Brooks-Gunn, *Encyclopedia of Adolescence* (Vol. 2, pp. 934-943). New York and London: Garland.

Irwin, C. E., Burg, S. J., & Uhler, C. C. (2002). America's adolescents: where have we been, where are we going? *Journal of Adolescent Health*, 31(6 Suppl.), 91-121.

## Referências bibliográficas

Irwin, C. E. (2003). Adolescent health at the crossroads. Where do we go from here? *Journal of Adolescent Health, 33*, 51-56.

Irwin, C. E. (2004). Tobacco use during adolescence and young adulthood: The battle is not over. *Journal of Adolescent Health, 35*, 169-171.

Jackson, K. M., Sher, K. J., Cooper, M. L., & Wood, P. K. (2002). Adolescent alcohol and tobacco use: onset, persistence and trajectories of use across two samples. *Addiction, 97*, 517-531.

Jacobson, M. F. (2005). *Liquid candy how soft drinks are harming Americans' health*. Consultado em 11 de Março 2008 através de [http://www.cspinet.org/new/pdf/liquid\\_candy\\_final\\_w\\_new\\_supplement.pdf](http://www.cspinet.org/new/pdf/liquid_candy_final_w_new_supplement.pdf)

Janssen, I., Katzmarzyk, P. T., Boyce, W. F., King, M. A., & Pickett, W. (2004). Overweight and obesity in Canadian adolescents and their associations with dietary habits and physical activity patterns. *Journal of Adolescent Health, 35*, 360-367.

Järvelaid, M. (2003). Breakfast skipping and associated biopsychosocial factors among adolescents. *Papers on Anthropology, 12*, 78-85.

Jernigan, D. H. (2001). *Global status report: alcohol and young people*. Geneva: WHO.

Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health, 12*, 597-605.

Johnson, K. P. (2001). The sleepy teenagers. In *The Harvard Mental Health Letter* (pp. 6-8).

Jones, D. N., Schroeder, J. R., & Moolchan, E. T. (2004). Time spent with friends who smoke and quit attempts among teen smokers. *Addictive Behaviors, 29*, 723-729.

Jones, R. K., Darroch, J. E., & Henshaw, S. K. (2002). Patterns in the socioeconomic characteristics of women obtaining abortions in 2000–2001. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 34*, 226-235.

Joo, S., Shin, C., Kim, J., Yi, H., Ahn, Y., Park, M., Kim J, & Lee, S. (2005). Prevalence and correlates of excessive daytime sleepiness in high school students in Korea. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 59*, 433-440.

Jordan-Marsh, M., Gilbert, J., Ford, J. D., & Kleeman, C. (1984). Life-style intervention: a conceptual framework [abstract]. *Patient Education and Counseling, 6*(1), 29-38. Consultado em 18 de Dezembro de 2007 através de <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=4&hid=116&sid=a43adec3-8ee8-4b0f-8a2d-85b4dbdecd90%40sessionmgr108>

- Kahlbaugh, P., & Haviland, J. M. (1991). Formal operational thinking and identity. In R. M. Lerner, A. Petersen, J. Brooks-Gunn, *Encyclopedia of Adolescence* (Vol. 1, pp. 369- 371). New York and London: Garland.
- Kahn, J. A., Huang, B., Gillman, M. W., Field, A. E., Austin, S. B., Colditz, G. A., & Frazier, A. L. (2008). Patterns and determinants of physical activity in U. S. adolescents. *Journal of Adolescent Health, 42*, 369-377.
- Kaljee, L. M., Green, M., Riel, R., Lerdboon, P., Tho, L. H., Thoa, L. T., & Minh, T. T. (2007). Sexual stigma, sexual behaviors, and abstinence among Vietnamese adolescents: Implications for risk and protective behaviors for HIV, sexually transmitted infections, and unwanted pregnancy. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 18*(2), 48-59.
- Kasl, S. V., & Cobb, S. (1996). Health behaviour, illness behaviour, and sick role behaviour. II. Sick role behaviour. *Archives of Environmental Health, 12*(4), 531-541.
- Kavey, R. E., Daniels, S. R., Lauer, R. M., Atkins, D. L., Hayman, L. L., & Taubert, K. (2003). American Heart Association. American Heart Association guidelines for primary prevention of atherosclerotic cardiovascular disease beginning in childhood. *Journal of Pediatrics, 142*(4), 368-372.
- Keeler, E., Manning, W., Newhouse, J., Sloss, E., & Wasserman, J. (1989). The external costs of a sedentary life-style. *American Journal of Public Health, 79*(8), 975-981.
- Kelly, A. M., Wall, M., Eisenberg, M., Story, M., & Neumark-Sztainer, D. (2004). High body satisfaction in adolescent girls: association with demographic, socioenvironmental, personal, and behavioural factors. *Clinical and Research Poster Presentations, 129*.
- Kelman, B. B. (1999). The sleep needs of adolescents. *Journal of School Nursing, 15*(3), 14-19.
- Keski-Rahkonen, A., Kaprio, J., Rissanen, A., Virkkunen, M., & Rose R. J. (2003). Breakfast, skipping and health-compromising behaviors in adolescents and adults. *European Journal of Clinical Nutrition, 57*, 842-853.
- Kiess, W., Galler, A., Reich, A., Müller, G., Kapellen, T., Deutscher, J., Raile, K., & Kratzsch, J. (2001). Clinical aspects of obesity in childhood and adolescence. *Obesity, 2*(1), 29-36.
- King, A., Tudor-Smith, C., & Harel, Y. (1996). *The health of youth: a cross-national survey*. Canada: World Health Organization.
- King, S. J., & Turner, S. (2000). Caring for adolescent females with anorexia nervosa: registered nurses' perspective. *Journal of Advanced Nursing, 32*(1), 139-147.

Kinsella, E. O., Crane, L. A., Ogden, L. G., & Stevens-Simon, C. (2007). Characteristics of adolescent women who stop using contraception after use at first sexual intercourse. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 20, 73-81.

Kirby, D. (2002). The impact of schools and school programs on adolescent sexual behaviour. *The Journal of Sex Research*, 39(1), 27-33.

Kirby, D. B., Baumler, E., Coyle, K. K., Basen-Engquist, K., Parcel, G. S., Harrist, R., & Banspach, S. (2004). The "safer choices" intervention: Its impact on the sexual behaviors of different subgroups of high school students. *Journal of Adolescent Health*, 35, 442-452.

Kirke, D. (2004). Chain reactions in adolescents' cigarette, alcohol and drug use: similarity through peer influence or the patterning of ties in peer networks? *Social Networks*, 26, 3-28.

Klish, W. J. (1998). Childhood obesity. *Pediatrics in Review*, 19, 312-315.

Knafo, A., & Schwartz, S. H. (2004). Identity formation and parent-child value congruence in adolescence. *British Journal of Developmental Psychology*, 22, 439-458. Consultado em 10 de Setembro de 2007 através de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=4&hid=117&sid=17fb3d42-4654-412d-89fe-35a5c66294f1%40sessionmgr9>

Knutson, K. L., & Lauderdale, D. S. (2007). Sleep Duration and Overweight in Adolescents: Self-reported sleep hours versus time diaries. *Pediatrics*, 119, e1056-e1062.

Koff, E., Rierdan, J., & Stubbs, M. L. (1990). Gender, body image and self-concept in early adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 10, 56-68.

Kohlberg, L. (1969). Stage and sequence: The cognitive development approach to socialization. In D. A. Goslin (Ed.), *Handbook of socialization theory and research*. New York: Rand McNally.

Kohlberg, L. (1981). *Essays on moral development, Vol. 1: The philosophy of moral development: Moral stages and the idea of justice*. San Francisco: Harper & Row.

Kohlberg, L. (1984). *Essays on moral development, Vol. 2: The psychology of moral development: The nature and validity of moral stages*. San Francisco: Harper & Row.

Kolip, P., & Schmidt, B. (1999). *Gender and health in adolescence*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Consultado em 17 de Fevereiro de 2008 através de <http://www.euro.who.int/document/e66082.pdf>

Kozakai, R., Doyo, W., Tsuzuku, S., Yabe, K., Miyamura, M., Ikegami, Y., Niino, N., Ando, F., & Shimokata, H. (2005). Relationships of muscle strength and power with leisure-time

- physical activity and adolescent exercise in middle-aged and elderly Japanese women. *Geriatrics and Gerontology International*, 5, 182-188.
- Krebs, N. F., Himes, J. H., Jacobson, D., Nicklas, T. A., Guilday, P., & Styne, D. (2007). Assessment of Child and Adolescent Overweight and Obesity. *Pediatrics*, 120(Supplement 4), S193-S228.
- Krebs-Smith S. (2001). Choose beverages and foods to moderate your intake of sugars: measurement requires quantification. *Journal of Nutrition*, 131(2), 527S-536S.
- Kubik, M. Y., Lytle, L., & Fulkerson, J. A. (2005a). Fruits, vegetables, and football: Findings from focus groups with alternative high school students regarding eating and physical activity. *Journal of Adolescent Health*, 36, 494-500.
- Kubik, M., Lytle, L. A., & Story, M. (2005b). Soft drinks, candy, and fast food: What parents and teachers think about the middle school food environment. *Journal of the American Dietetic Association*, 105(2), 233-239.
- Laberge, L., Petit, D., Simard, C., Vitaro, F., Tremblay, R. E., & Montplaisir, J. (2001). Development of sleep patterns in early adolescence. *Journal of Sleep Research*, 10, 59-67.
- Laird, R. D., Pettit, G. S., Dodge, K. A., & Bates, J. E. (1999). Best friendships, group relationships, and antisocial behaviour in early adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 19, 413-437.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Minister of National Health and Welfare.
- Lambert, M., Hublet, A., Verduyck, P., Maes, L., & Broucke, S. (2002). *Report "Gender differences in smoking in young people"*. Brussels: Flemish Institute for Health Promotion. Consultado em 13 de Novembro de 2006 através de [http://www.ktl.fi/portal/english/research\\_people\\_programs/health\\_promotion\\_and\\_chronic\\_disease\\_prevention/projects/enypat/publications/gender\\_differences\\_in\\_smoking\\_in\\_young\\_people/](http://www.ktl.fi/portal/english/research_people_programs/health_promotion_and_chronic_disease_prevention/projects/enypat/publications/gender_differences_in_smoking_in_young_people/)
- Lammers, C., & Blumm, R. W. (1998). International health. In S. B. Friedman, M. M. Fisher, S. K. Schonberg, & E. M. Alderman, *Comprehensive adolescent health care* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 17-22). St. Louis: Mosby.
- Lansford, J. E., Criss, M. M., Pettit, G., & Dodge, K. A. (2003). Friendship quality, peer group affiliation, and peer antisocial behavior as moderators of the link between negative parenting and adolescent externalizing behavior. *Journal of Research on Adolescence*, 13(2), 161-184.

Larimer, M. E, Cronce, J. M., Lee, C. M., & Kilmer, J. R. (2004). Brief intervention in college settings. *Alcohol Research & Health*, 28(2), 94-104.

Larson, R., & Richard, M. (1991). Daily companionship in late childhood and adolescence: Changing developmental contexts. *Child Development*, 62, 284-300.

Lattimore P. J., & Halford, J. C. (2003). Adolescence and the diet–dieting disparity: Healthy food choice or risky health behaviour? *British Journal of Health Psychology*, 8, 451-463.

Lear, J. G. (2002). Schools and adolescent health: Strengthening services and improving outcomes. *Journal of Adolescent Health*, 31, 310-320.

Leatherdale, S. T., & McDonald, P. (2005). What smoking cessation approaches will young smokers use? *Addictive Behaviors*, 30(8), 1614-1618.

Leatherdale, S. T. (2008). What modifiable factors are associated with cessation intentions among smoking youth? *Addictive Behaviors*, 33(1), 217-223.

Lebourgeois, M. K., Giannotti, F., Cortesi, F., Wolfson, A. R., & Harsh, J. (2005). The Relation between reported sleep quality and sleep hygiene in Italian and American adolescents. *Pediatrics*, 115, 257-265.

Lee, K. A., Mcenany, G., & Weekes, D. (1999). Gender differences in sleep patterns for early adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 24, 16-20.

Leger, L. St., & Nutbeam, D. (2000a). A Model for mapping linkages between health and education agencies to improve school health. *Journal of School Health*, 70(2), 45-50.

Leger, L. St., & Nutbeam, D. (2000b). Research into health promoting schools. *Journal of School Health*, 70(6), 257-259.

Lempers, J. D., & Clark-Lempers, D. S. (1991). Young, middle and late adolescents' comparisons of the functional importance of five significant relationships. *Journal of Youth and Adolescence*, 21, 53-96.

Leon, G R. (1991). Bulimia nervosa in adolescence. In R. M. Lerner, A. Petersen, J. Brooks-Gunn, *Encyclopedia of Adolescence* (Vol. 1, pp. 95-97). New York and London: Garland.

Li, F., Barrera, M., Hops, H., & Fisher, K. J. (2002). The longitudinal influence of peers on the development of alcohol use in late adolescence: A growth mixture analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 25(3), 293-315.

- Lichtwarck-Aschoff, A., & Geert, P. (2004). A dynamic systems perspective on social cognition, problematic behaviour, and intervention in adolescence. *European Journal of Developmental Psychology*, 1(4), 399-411.
- Lintonen, T., Konu, A., & Rimpelä, M. (2001) Identifying potential heavy drinkers in early adolescence. *Health Education*, 4, 159-168.
- Lissau, I., Burniat, W., Poskitt, E., & Cole T.J. (2002). Prevention. In W. Burniat, T. J. Cole, I. Lissau, E. Poskitt, Child and adolescent obesity. Cambridge: University Press. In C. E., Flodmark, I., Lissau, L. A., Moreno, A., Pietrobelli, & K. Widhalm, (2004). New insights into the field of children and adolescents' obesity: the European perspective. *International Journal of Obesity*, 28, 1189-1196.
- Litt, I. F. (1991). Medical complications of eating disorders. In R. M. Lerner, A. Petersen, J. Brooks-Gunn, *Encyclopedia of Adolescence* (Vol. 1, pp. 278-286). New York and London: Garland.
- Liu, X., Uchiyama, M., Okawa, M., & Kurita, H. (2000). Prevalence and correlates of self-reported sleep problems among Chinese adolescents. *Sleep*, 23(1), 27-34.
- Lo, E., Coles, R., Humbert, M. L., Polowski, J., Henry, C. J., & Whiting, S. J. (2008). Beverage intake improvement by high school students in Saskatchewan, Canada. *Nutrition Research*, 28, 144-150.
- LoBiondo-Wood, G., & Haber, J. (2001). *Pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização* (4ª ed). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Long, J. D., Williams, R. L., Gaynor, P., & Clark, D. (1988). Relationship of locus of control to life style habits. *Journal of Clinical Psychology*, 44(2), 209-104.
- Lopes, C., Oliveira, A., Santos, A. C., Ramos, E., Gaio, A. R., Severo, M., & Barros, H.. (2006). *Consumo alimentar no Porto*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Consultado em 13 de Novembro de 2006 através de [http://higiene.med.up.pt/consumoalimentarporto/home.php?var=intro\\_rel](http://higiene.med.up.pt/consumoalimentarporto/home.php?var=intro_rel)
- Loureiro, I. (2004). A importância da educação alimentar: o papel das escolas promotoras de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 22(2), 43-55.
- Lourenço, O. M. (1997). *Psicologia de desenvolvimento cognitivo: teoria, dados e implicações*. Coimbra: Almedina.
- Lowry, R., Galuska, D. A, Fulton, J. E., Wechsler, H., Kann, L., & Collins, J. L. (2000). Physical activity, food choice, and weight management goals and practices among U.S. college students. *American Journal of Preventive Medicine*, 18(1), 18-27.

Lusomed. *Obesidade: artigo de revisão*. Consultado em 20 de Novembro de 2005 através de <http://lusomed.sapo.pt/Xn300/367196.html>

Ma, H., Unger, J. B., Chou, C-P., Sun, P., Palmer, P. H., Zhou, Y., Yao, J., Xie, B., Gallaher, P. E., Guo, Q., Wei, Y., Chen, B., Wang, Z., Wang, X., Duan, H., Song, Y., Gong, J., Azen, S. P., Lee, L., & Johnson, C. A. (2008). Risk factors for adolescent smoking in urban and rural China: Findings from the China seven cities study. *Addictive Behaviors*, 33, 1081-1085.

Macedo, M., & Precioso, J. (2006). Evolução da epidemia tabágica em adolescentes portugueses escolarizados e vias para o seu controlo – Uma análise baseada nos dados do Health Behaviour in School – Aged Children (HBSC). *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 12(5), 525-538.

Mackenzie, R., & Neinstein, L. (1996a). Obesity. In L. Neinstein, *Adolescent health care – A practical guide* (3<sup>rd</sup> ed., pp. 547-563). Baltimore: Williams & Wilkins.

Mackenzie, R., & Neinstein, L. (1996b). Anorexia nervosa and bulimia. In L. Neinstein, *Adolescent health care - A practical guide* (3<sup>rd</sup> ed., pp. 564-583). Baltimore: Williams & Wilkins.

Malina, R. (1991) Adolescent, growth spurt II. In R. M. Lerner, A. Petersen, J. Brooks-Gunn, *Encyclopedia of Adolescence* (Vol. 1, pp. 425-429). New York and London: Garland.

Mantz, J., Muzet, A., & Winter, A. S. (2000). Le rythme veille-sommeil chez l'adolescent de 15 à 20 ans. Enquête réalisée dans un lycée pendant dix jours consécutifs. *Archives de Pédiatrie*, 7(3), 256-262.

Marcelli, D., & Braconnier, A. (2005). *Adolescência e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi.

Marcia, J. E. (1986). Clinical implications of the identity status approach within psychosocial development theory. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 2, 23-34.

Marcia, J. E. (1991). Identity and Self-Development. In R. M. Lerner, A. Petersen, J. Brooks-Gunn, *Encyclopedia of Adolescence* (Vol. 1, pp. 529-533). New York and London: Garland.

Marcia, J. E. (2002). Adolescence, identity, and the Bernardone family. *Identity: An International Journal of Theory and Research*, 2(3), 199-209.

Marques, A. G. (2007). Comportamentos e distúrbios alimentares: Estudo da interacção entre a pressão para a magreza, a satisfação com o corpo e os factores individuais. Coimbra: Formasau.



- Mascarenhas, L. P., Salgueirosa, F. M., Nunes, G. F., Martins, P. A., Neto, A. S., & Campos, W. (2005). Relação entre diferentes índices de atividade física e preditores de adiposidade em adolescentes de ambos os sexos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 11(4), 214-218.
- Matarazzo, J. D. (1984). Behavioral health: A 1990's challenge for the health sciences professions. In J. D. Matarazzo, N. E. Miller, S. M. Weiss, & J. A. Herd (Eds.). *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention* (pp. 3-40). Nova Iorque: John Willey.
- Maticka-Tyndale, E., Barret, M., & McKay, A. (2000). Adolescent sexual and reproductive health in Canada: A review of national data resources and their limitations. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 91(1), 41-65.
- Matos, A. P., & Sousa-Albuquerque (2006). Estilo de vida, percepção de saúde e estado de saúde em estudantes universitários portugueses: influência da área de formação. *International Journal of Clinical Health Psychology*, 6(3), 647-663.
- Matos, M. G., Simões, C., Canha L., & Fonseca S. (1996). Aventura social e saúde – Saúde e estilos de vida nos jovens portugueses: Relatório do estudo de 1996 da Rede Europeia HBSC/OMS. Consultado em 30 de Outubro de 2006 através de <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/BrochuraHBSC96totalFinal.pdf>
- Matos, M. G., Simões, C., Carvalhosa, S. F., Reis, C. (2000). A saúde dos adolescentes portugueses: Estudo nacional da rede europeia HBSC/OMS, Lisboa: FMH. Consultado em 2 de Fevereiro de 2007 através de [http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Brochura\\_Nacional\\_1998.pdf](http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Brochura_Nacional_1998.pdf)
- Matos, M. G., Carvalhosa, S. F., Vitória, P. D., & Clemente, M. P. (2001a). Os jovens portugueses e o tabaco. *Aventura Social & Saúde*, 6(1), FMH /PEPT/GPT, 1-8. Consultado em 30 de Outubro de 2006 através de <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/tabaco.pdf>
- Matos, M. G., & Carvalhosa, S. F. (2001a). A saúde dos adolescentes: Ambiente escolar e bem-estar. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(2), 43-53.
- Matos, M. G., & Carvalhosa, S. F. (2001b). Os jovens portugueses e o consumo de drogas. 1(2), FMH /PEPT/GPT, 1-8. Consultado em 30 de Outubro de 2006 através de <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/droganac.pdf>
- Matos, M. G., Carvalhosa, S. F., & Diniz, J. A. (2002). Factores associados à prática da actividade física nos adolescentes portugueses. *Análise Psicológica*, 1(20), 57-66.

Matos, M. G., & Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde. (2003a). *A saúde dos adolescentes portugueses (quatro anos depois)*. Relatório português do estudo HBSC 2002. Lisboa: FMH.

Matos, M. G., Battistutta, D., Simões, C., Carvalhosa, S. F., Dias, S., & Gonçalves, A. (2003b). Conhecimentos e atitudes sobre o VIH/SIDA em adolescentes portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(1), 3-20.

Matos, M., Gaspar, T., Vitória, P., & Clemente, M. P. (2003c). Comportamentos e atitudes sobre o tabaco em adolescentes portugueses fumadores. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(2), 205-219.

Matos, M. G., Gonçalves, A., & Gaspar, T. (2004). Adolescentes estrangeiros em Portugal: uma questão de saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 75-85.

Matos, M., & Gaspar, T. (2005). *Adolescentes portugueses: risco e protecção*. Comunicação proferida no 6º Congresso Virtual HIV/AIDS. Consultado em 2 de Fevereiro de 2007 através de [http://www.aidscongress.net/article.php?id\\_comunicacao=272](http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=272)

Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Diniz, J. A. & Equipa do Projecto Aventura Social (2006a). *Indicadores de saúde dos adolescentes portugueses. Relatório preliminar HBSC 2006*. Consultado em 23 de Março de 2007 através de [http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Indicadores\\_de\\_Saude.pdf](http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Indicadores_de_Saude.pdf)

Matos, M. G., & Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde. (2006b). *Aventura social & Saúde – Consumo de substâncias nos adolescentes portugueses: Relatório preliminar*. Consultado em 30 de Outubro de 2006 através de [http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Relatorio\\_SIDA.pdf](http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Relatorio_SIDA.pdf)

Matos, M. G., Simões, C., Tomé, G., Pereira, S., Diniz, J. A., & Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde. (2006c). *Comportamento sexual e conhecimentos, crenças e atitudes face ao VIH/SIDA: (relatório preliminar, Dezembro 2006)*. Consultado em 02 de Fevereiro de 2007 através de [http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Relatorio\\_SIDA.pdf](http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Relatorio_SIDA.pdf)

Matos, M. G., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., Diniz, J. A. & Equipa do Projecto Aventura Social (2006d). *Aventura social & Saúde – A saúde dos adolescentes portugueses, hoje e em 8 anos: Relatório preliminar do estudo HBSC 2006*. Consultado em 12 de Outubro de 2007 através de [http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Relatorio\\_nacional\\_2006.pdf](http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Relatorio_nacional_2006.pdf)

Mattey, E. A. (2003). Knights against tobacco: teens lead the charge to prevent tobacco use among adolescents. *Pediatric Nursing*, 29(5), 390-396.

- Mcalister, A. L., Perry, M. A., & Maccoby, N. (1979). Adolescent Smoking: Onset and prevention. *Pediatrics*, 63(4), 650-658.
- McCabe, M. P., & Ricciardelli, L. A. (2003). Sociocultural influences on body image and body changes among adolescent boys and girls. *The Journal of Social Psychology*, 143(1), 5-26.
- McKinnon, S. A., O'Rourke, K. M., Thompson, S. E., & Berumen, J. H. (2004). Alcohol use and abuse by adolescents: The impact of living in a border community. *Journal of Adolescent Health*, 34, 88-93.
- McMurray, R. G., Harrell, J. S., Bradley, C. B., Webb, J. P., & Goodman, E. M. (1998). Comparison of a computerized physical activity recall with a triaxial motion sensor in middle-school youth. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 30(8), 1238-1245.
- McMurray, R. G., Harrell, J. S., Deng, S., Bradley, C. B., Cox, L. M., & Bangdiwala, S. I. (2000). The influence of physical activity, socioeconomic status and ethnicity on the weight status of adolescents. *Obesity Research*, 8(2), 130-139.
- Melchior, M., Chastang, J. F., Goldberg, P., & Fombonne, E. (2008). High prevalence rates of tobacco, alcohol and drug use in adolescents and young adults in France: Results from the GAZEL Youth study. *Addictive Behaviors*, 33(1), 122-133.
- Mello, M., Barrias, J., & Breda, J. (2001) – *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Consultado em 16 de Março de 2007 através de <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005535.pdf>
- Menezes, I. (1990). Desenvolvimento no contexto familiar. In B. P. Campos (Ed.), *Psicologia do desenvolvimento e educação de jovens*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Menezes, I. (2005). O desenvolvimento psicossocial na adolescência: Mudanças na definição de si próprio, nas relações com os outros e na participação social e cívica. In G. L. Miranda & S. Bahia. *Psicologia da Educação – Temas de desenvolvimento, aprendizagem e ensino* (pp. 93-117). Lisboa: Relógio D' Agua.
- Mercer, P., Merritt, S. L., & Cowell, J. M. (1998). Differences in reported sleep need among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 23, 259-263.
- Merzel, C. R., Vandevanter, N. L., Middlestadt, S., Bleakley, A., Ledsky, R., & Messeri, P. A. (2004). Attitudinal and contextual factors associated with discussion of sexual issues during adolescent health visits. *Journal of Adolescent Health*, 35, 108-115.
- Miller, B. C., Benson, B., & Galbraith, K. A. (2001). Family Relationships and adolescent pregnancy risk: A research synthesis. *Developmental Review*, 21, 1-38.

## Referências bibliográficas

Miller, K. E., Barnes, G. M., Melnick, M. J., Sabo D. F., & Farrell, M. P. (2002). Gender and racial/ethnic differences in predicting adolescent sexual risk: athletic participation versus exercise. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 436-450.

Millman, R., Working group on sleepiness in adolescents/young adults, & AAP Committee on adolescence. (2005). Excessive sleepiness in adolescents and young adults: Causes, consequences and treatment strategies. *Pediatrics*, 115, 1774-1786.

Millstein, S. G. (1989). Adolescents health, challenges for behavioural scientists. *American Psychologist*, 44(5), 837-842.

Millstein, S. G., Marcell, A. V. (2003). Screening and counseling for adolescent alcohol use among primary care physicians in the United State. *Pediatrics*, 111, 114-122.

Milnitsky-Sapiro, C. (2000). Teorias em desenvolvimento sociomoral: Piaget, Kohlberg e Turiel – Possíveis implicações para a educação moral na educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 24(3), 7-15. Consultado em 30 de Novembro de 2007 através de

[http://www.abem-educmed.org.br/rbem/pdf/volume\\_24\\_3/teorias\\_desenvolvimento.pdf](http://www.abem-educmed.org.br/rbem/pdf/volume_24_3/teorias_desenvolvimento.pdf)

Mindell, J. A., Owens, J. A., & Carskadon, M. A. (1999). Developmental features of sleep. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 8(4), 695-725.

Ministério da Educação (2006). *Educação alimentar em meio escolar referencial para uma oferta alimentar saudável*. Lisboa: ME, DGS e Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular.

Ministério da Educação, & Ministério da Saúde (2000). *Educação sexual em meio escolar – Linhas orientadoras*. Lisboa: Ministério da Educação e Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde (2004a). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais saúde para todos: Prioridades* (Vol. 1). Lisboa: Ministério da Saúde. Consultado em 28 de Fevereiro de 2005 através de [www.dgsaude.pt](http://www.dgsaude.pt)

Ministério da Saúde (2004b). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais saúde para todos: Orientações estratégicas* (Vol. 2). Lisboa: Ministério da Saúde. Consultado em 28 de Fevereiro de 2005 através de [www.dgsaude.pt](http://www.dgsaude.pt)

Ministério da Saúde (2004c). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010 – Mais Saúde para Todos – Orientações Estratégicas: Documento de Trabalho*. Lisboa: Ministério da Saúde. Consultado em 28 de Fevereiro de 2005 através de [www.dgsaude.pt](http://www.dgsaude.pt)

Ministério da Saúde (2005). *Nova roda dos alimentos*. Consultado em 23 de Novembro de 2005 através de

<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/alimentacao/DGS+ANA.htm>

Ministério da Saúde (2007). *Health in Portugal 2007*. Lisboa: DGS.

Ministério da Saúde, & Direcção Geral de Saúde (2005). *Educação para a saúde, áreas de intervenção, alimentação: Nova roda dos alimentos*. Consultado em 23 de Novembro de 2005 através de <http://www.dgsaude.pt>

Mizuno, Y., Kennedy, M., Seals, B., & Myllyluoma, J. (2000). Predictors of teens' attitudes toward condoms: Gender differences in the effects of norms. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(7), 1381-1395.

Mohr, W. K. (1998). Issues in the care of adolescent clients. In A. W. Burgess, *Advanced Practice Psychiatric Nursing*. Stamford: Appleton & Lange.

Monshouwer, K., Smit, F., Graaf, R., Van Os, J., & Vollebergh, W. (2005). First cannabis use: does onset shift to younger ages? Findings from 1988 to 2003 from the Dutch National School Survey on Substance Use. *Addiction*, 100, 963-970.

Monteiro, M. J., & Raposo, J. V. (2005). *Compreender o comportamento sexual para melhor (re)agir*. Consultado em 3 de Janeiro de 2007 através de [http://www.aidscongress.net/pdf/compreender\\_abstract\\_239\\_comunic\\_271.pdf](http://www.aidscongress.net/pdf/compreender_abstract_239_comunic_271.pdf)

Monteiro, M. J., & Raposo, J. V. (2006). Contextualizar os conhecimentos, atitudes e crenças face ao VIH/SIDA: Um contributo para aperfeiçoar o caminho a percorrer. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(1), 125-136.

Montemayor, R., & Flannery, D. J. (1991). Parent-Adolescent Relations in Middle and Late adolescence. In R. M. Lerner, A. Petersen, J. Brooks-Gunn, *Encyclopedia of Adolescenc* (Vol. 2, pp. 729-734). New York and London: Garland.

Moore, M., & Meltzer, L. (2008). The sleepy adolescent: causes and consequences of sleepiness in teens. *Paediatric Respiratory Reviews*, 9, 114-121.

Moral, M. V., Ovejero, A., & Pastor, J. (2004). Modelado familiar y del grupo de iguales sobre la experimentación juvenil con sustancias psicoactivas. *Boletín de Psicología*, 81, 33-68.

Moreno, L. A., Fleta, J., & Mur, L. (1998). Television watching and fatness in children. *Journal of the American Medical Association*, 280, 1230-1231.

Moreno, L. A., Sarría, A., Fleta, J., Rodríguez, G., & Bueno, M. (2000). Trends in body mass index and overweight prevalence among children and adolescents in the region of Aragón (Spain) from 1985 to 1995. *International Journal of Obesity*, 24, 925-931.

Moreno, L. A., Kersting, M., Henauw, S., González-Gross, M., Sichert-Hellert, W., Matthys, C., Mesana, M. I., & Ross, N. (2005). How to measure dietary intake and food habits in adolescence: the European perspective. *International Journal of Obesity*, 29, S66-S77.

Morrison, D. M., Casey, E. A., Blair A. Beadnell, B. A., Hoppe, M. J., Gillmore M. R., Wilsdon, A., Higa, D. Carlisle, S., & Wells, E. A. (2007). Effects of friendship closeness in an adolescent group HIV prevention intervention. *Prevention Science*, 8, 274-284.

Mosher, J., Hingson, R., Bunker, J. F., & Bonnie, R. J. (2004). Reducing underage drinking: The role of law. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, Special Supplement, 38-41.

Mosher, W. D., & McNally, J. W. (1991). Contraceptive use at first premarital intercourse: United States, 1965–1988. *Family Planning Perspectives*, 23, 108-116.

Mott, S. R. (1990). Adolescence. In S. Mott, S. R. James, & Sperhac, *Nursing care of children and families* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 293-323). California: Addison-Wesley.

Mueller, T. E., Gavin, L. E., & Kulkarni, A. (2008). The Association between sex education and youth's engagement in sexual intercourse, age at first intercourse, and birth control use at first sex. *Journal of Adolescent Health*, 42(1), 89-96.

Mulvihill, C., Németh, Á., & Vereecken, C. (2004). Body image, weight control and body weight. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal, & V. B. Rasmussen, *Young people's health in context – health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey* (pp. 120-129). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Munoz, K., Krebs-Smith, S., Ballard-Barbash, R., & Cleveland, L. (1997). Food intake of U.S. children and adolescents compared with recommendations. *Pediatrics*, 100(3), 323-329.

Murdey, I. D., Cameron, N., Biddle, S., J., Marshall, S.J., & Gorely, T. (2004). Pubertal development and sedentary behaviour during adolescence. *Annals of Human Biology*, 1, 75-86.

Murphey, D. A., Lamonda, K. H., Carney, J. K., & Duncan, P. (2004). Relationships of a brief measure of youth assets to health-promoting and risk behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 34, 184-191.

Nabors, L., Troillett, A., Nash, T., & Masiulis, B. (2005). School nurse perceptions of barriers and supports for children with diabetics. *Journal of School Health*, 75(4), 119-124.

- Nagy, S., Adcock, A. G., & Nagy, M. C. (1994). A comparison of risky health behaviors of sexually active, sexually abused, and abstaining adolescents. *Pediatrics*, 93(4), 570-575.
- National Center on Sleep Disorders Research. *Adolescent sleep*. Consultado em 19 de Outubro de 2006 através de [http://www.nhlbi.nih.gov/health/prof/sleep/res\\_plan/section6/section6a.html](http://www.nhlbi.nih.gov/health/prof/sleep/res_plan/section6/section6a.html)
- National Sleep Foundation. (2000). *Adolescent sleep needs and patterns: Research report and resource guide*. Consultado em 20 de Março de 2008 através de [http://www.sleepfoundation.org/atf/cf/%7BF6BF2668-A1B4-4FE8-8D1A-A5D39340D9CB%7D/sleep\\_and\\_teens\\_report1.pdf](http://www.sleepfoundation.org/atf/cf/%7BF6BF2668-A1B4-4FE8-8D1A-A5D39340D9CB%7D/sleep_and_teens_report1.pdf)
- National Sleep Foundation (2006). *Sleep in America poll, 2006*. Consultado em 2 de Junho de 2007 através de [http://www.sleepfoundation.org/atf/cf/%7BF6BF2668-A1B4-4FE8-8D1A-A5D39340D9CB%7D/Highlights\\_facts\\_06.pdf](http://www.sleepfoundation.org/atf/cf/%7BF6BF2668-A1B4-4FE8-8D1A-A5D39340D9CB%7D/Highlights_facts_06.pdf)
- Neinstein, L. (1996). *Adolescent health care: A practical guide* (3<sup>rd</sup> ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Neinstein, L. Juliani, M. A., & Shapiro, J. (1996a). Psychosocial Development in Normal Adolescents. In L. Neinstein, *Adolescent Health Care: A practical guide*, (3<sup>rd</sup> ed.) (pp. 40-45). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Neinstein, L., Rabinovitz, S. J., & Schneir, A. (1996b). Teenage pregnancy. In L. Neinstein, *Adolescent Health Care: A practical guide*, (3<sup>rd</sup> ed.) (pp. 656-676). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Nelson, M. C., Neumark-Stzainer, D., Hannan, P. J., Sirard, J. R., & Story, M. (2006). Longitudinal and secular trends in physical activity and sedentary behavior during adolescence. *Pediatrics*, 118, 1627-1634.
- Nelson, M. C., & Gordon-Larsen, P. (2007). Physical activity and sedentary behaviour patterns are associated with selected adolescence health risk behaviors. *Pediatrics*, 117(4), 1281-1290.
- Neumark-Sztainer, D. (2006). Eating among teens: Do family mealtimes make a difference for adolescents' nutrition? *New directions for child and adolescent development*, 111, 91-105.
- Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. J., Story, M., Croll, J., & Perry, C. (2003a). Family meal patterns: Associations with sociodemographic characteristics and improved dietary intake among adolescents. *Journal of the American Dietetic Association*, 103, 317-322.



Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Perry, C., & Story, M. (2003b). Correlates of fruit and vegetable intake among adolescents findings from Project EAT. *Preventive Medicine*, 37(3), 198-208.

Newman, B. M., Lohman, B. J., & Newman, P. R. (2007). Peer group membership and sense of belonging: Their relationship to adolescent behavior problems. *Adolescence*, 42(166), 241-263.

Newman, K., Harrison, L., Dashiff, C., & Davies, S. (2008). Relationships between parenting styles and risk behaviors in adolescent health: An integrative literature review. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 16(1), 142-150.

NIAAA (2004). *Understanding underage drinking*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Consultado em 10 de Maio de 207 através de <http://pubs.niaaa.gov/publications/factsheet.htm>

Niccolai, L. M., Ethier, K. A., Kershaw, T. S., Lewis, J. B., Meade, C. S., & Ickovics, J. R. (2004). New sex partner acquisition and sexually transmitted disease risk among adolescent females. *Journal of Adolescent Health*, 34(3), 216-223.

Nicholson, S. O. (2000). The effects of cardiovascular health promotion on health behaviors in elementary school children: An integrative review. *The Journal of Pediatric Nursing*, 15(6), 343-353.

Noll, J. G., Trickett, P. K., Susman, E. J., & Putnam, F. W. (2006). Sleep disturbances and childhood sexual abuse. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(5), 469-480.

Nonoyama, M., Tsurugi, Y., Shirai, C., Ishikawa, Y., & Horiguchi, M. (2005). Influences of sex-related information for STD prevention. *Journal of Adolescent Health*, 36(5), 442-445.

Norman, G. J., Allison, A. V., Roeschb, S. C., Sallis, J. F., Calfas, K. J., & Patrick, K. (2004). Development of decisional balance and self-efficacy measures for adolescent sedentary behaviors. *Psychology and Health*, 19(5), 561-575.

Norman, G. J., Schmid, B. A., Sallis, J. F., Calfas, K. J., & Kevin, P. (2005). Psychosocial and environmental correlates of adolescent sedentary behaviors. *Pediatrics*, 116(4), 908-916.

Nunes, E. (2006). Consumo de tabaco: Efeitos na saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 225-244. Consultado em 24 de Janeiro de 2008 através de <http://www.apmcg.pt/document/71479/882415.pdf>



- Nutbeam, D., Smith, C., Moore, L., & Bauman, A. (1993). Warning! Schools can damage your health: alienation from school and its impact on health behaviour. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 29(Suppl.), S25-S30.
- O'Brien, E. M., & Mindell, J. A. (2005). Sleep and risk-taking behavior in adolescents. *Behavioral Sleep Medicine*, 33(3), 113-133.
- O'Dea, J. A., & Caputi, P. (2001). Association between socio-economic status, weight, age and gender and the body image and weight control practices of 6 to 19 year old children and adolescents. *Health Education Research*, 16, 521-532.
- O'Dea, J. A., & Wilson, R. (2006). Socio-cognitive and nutritional factors associated with body mass index in children and adolescents: possibilities for childhood obesity prevention. *Health Education Research*, 21(6), 796-805.
- Oddrun, S., Dür, W., & Freeman, J. (2004). School. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal, *Young people's health in context – health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey* (pp. 42-51). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- OEDT (2003). *Relatório Anual de 2003: A evolução do fenómeno da droga na União Europeia e na Noruega*. Consultado em 3 de Março de 2004 através de <http://ar2003.emcdda.europa.eu/download/young-pt.doc>
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Oksuz, E., Mutlu, E. T., & Malhan, S. (2007). Characteristics of daily and occasional smoking among youths. *Public Health*, 121(5), 349-356.
- OMS (1965). *Les Problèmes de Santé de l'Adolescence*. Genève: OMS.
- OMS (1989). *Conclusiones y recomendaciones de las discusiones técnicas sobre la salud de los jóvenes de la 42ª Asamblea Mundial de la salud*. Ginebra: OMS.
- OMS (2006). *Workshop de Lisboa sobre a promoção de hortofrutícolas nos países de expressão portuguesa: Relatório de um workshop conjunto 1-2 Setembro de 2005, Lisboa*. Lisboa: FAO, MS /DGS, Instituto de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Ministério da Saúde do Brasil.
- Ozer, E. M., Adams, S. H., Lustig, J. L., Gee, S., Garber, A. K., Gardner, L. R., Rehbein, M., Addison, L., & Irwin, C. E. (2005). Increasing the screening and counseling of adolescents for risky health behaviors: a primary care intervention. *Pediatrics*, 115(4), 960-968.
- Owens, J. A. (2005). Introduction: culture and sleep in children. *Pediatrics*, 115, 201-203.

- Paavola, M., Vartiainen, E., & Haukkala, A. (2004) Smoking, alcohol use and physical activity: a 13-year longitudinal study ranging from adolescence into adulthood. *Journal of Adolescent Health, 35*(3), 238-244.
- Palmonari, A., Kirchler, E., & Pombeni, M. L. (1991). Differential effects of identification with family and peers on coping with developmental tasks in adolescence. *European Journal of Social Psychology, 21*, 381-402.
- Papalia, D. E., & Olds, S. W. (1995) *Human Development* (5<sup>th</sup> ed.). New York: McGraw-Hill.
- Parkes, A., Wight, D., Henderson, M., & Hart, G. (2007). Explaining associations between adolescent substance use and condom use. *Journal of Adolescent Health, 40*(2), 180.e1-180.e18.
- Pastor, Y., Balaguer, I., & García-Merita, M. (1998). Una revisión sobre las variables de estilos de vida saludables. *Revista de Psicología de la Salud, 10*(1), 15-22.
- Pate, R. R., Long, B.J., & Heath, G. (1994). Descriptive epidemiology of physical activity in adolescents. *Pediatric Exercise Science, 6*, 434-447.
- Pate, R. R., Freedson, R. S., Sallis, J. R, Taylor, W. C, Sirard, J., Trost, S. G., & Dowda, M. (2002). Compliance with physical activity guidelines: Prevalence in a population of children and youth. *Annals of Epidemiology, 12*(5), 303-308.
- Pate, R. R., Ward, D. S., Saunders, R. P., Felton, G., Dishman, R. K., & Dowda, M. (2005). Promotion of physical activity among high-school girls: A randomized controlled trial. *American Journal of Public Health, 95*(9), 1582-1587.
- Patten, C. A., Choi, W. S., Gillin, J. C., & Pierce, J. P. (2000). Depressive symptoms and cigarette smoking predict development and persistence of sleep problems in US adolescents. *Pediatrics, 106*(2), 1-9.
- Pbert, L., Osganian, S. K., Gorak, D., Druker, S., Reed, G., O'Neill, K. M., & Sheetz, A. (2006). A school nurse-delivered adolescent smoking cessation intervention: A randomized controlled trial. *Preventive Medicine, 43*, 312-320.
- Pearlman, D. N., Camberg, L., Wallace, L. J., Symons, P., & Finison, L. (2002). Tapping youth as agents for change: Evaluation of a peer leadership HIV/AIDS intervention. *Journal of Adolescent Health, 31*, 31-39.
- Peixoto, F. (2004). Qualidade das relações familiares, auto-estima, autoconceito e rendimento académico. *Análise Psicológica, 1*(22), 235-244.

- Pesa, J. A., Syre, T. R., & Jones, E. (2000). Psychosocial differences associated with body weight among female adolescents: The importance of body image. *Journal of Adolescent Health, 16*, 330-337.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (4ª ed., revista e aumentada). Lisboa: Edições Sílabo.
- Petersen, A. C., Crockett, L., Richards, M., & Boxer, A. (1988). A self-report measure of pubertal status: Reliability, validity and initial norms. *Journal of Youth and Adolescence, 17*, 117-134.
- Peterson F. (2002). The nuts and bolts of adolescent risk-taking behavior: a primer for Texas school health professionals. *Texas School Health Brief, 6-8*.
- Piaget, J. (1972). Intellectual evolution from adolescence to adulthood. *Human Development, 15*, 1-12.
- Piaget, J. (1983). Piaget's theory. In P. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology* (Vol. 1, pp. 103-128). New York: Wiley.
- Piaget, J., & Inhelder, B. (1958). The growth of logical thinking from childhood to adolescence. New York: Basic Books.
- Piaget, J., & Inhelder, B. (1993). *A Psicologia da criança*. Porto: Edições ASA.
- Pietrobelli, A., Flodmark, C. E., Lissau, I., Moreno, L. A., & Widhalm, K. (2005). From birth to adolescence: Vienna 2005 European Childhood Obesity Group International Workshop. *International Journal of Obesity, 29*, S1-S6.
- Piko, B. (2001). Smoking in adolescence do attitudes matter? *Addictive Behaviors, 26*, 201-207.
- Pinkerton, S. D. (2001). A Relative risk-based, disease-specific definition of a relative risk-based, disease-specific definition of sexual abstinence failure rates. *Health. Educational Behavior, 28*, 10-20.
- Pirkanen, M., Pietila, A., Halonen, P., & Laukkanen, E. (2006). School health nurses and substance use among adolescents – towards individual identification and early intervention. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 20*, 439-437.
- Polit, D., & Hungler, B. (1997). *Investigación científica en ciencias de la salud* (5ª ed.). México: Mc Graw-Hill, Interamericana.
- Pollak, C. P., & Bright, D. (2003). Caffeine consumption and weekly sleep patterns in US seventh-, eighth-, and ninth-graders. *Pediatrics, 111*, 42-46.

## Referências bibliográficas

Price, B. (2005). Practical guidance on sexual lifestyle and risk. *Nursing Standard*, 19(27), 46-52.

Prinstein, M. J., Boergers, J., & Spirito, A. (2001). Adolescents' and their friends' health-risk behavior: Factors that alter or add to peer influence. *Journal of Pediatric Psychology*, 26(5), 287-298.

Prinstein, M. J., Meade, C. S., & Cohen, G. L. (2003). Adolescent oral sex, peer popularity and perceptions of best friends' sexual behavior. *Journal of Pediatric Psychology*, 28, 243-249.

Pulkkinen, L. (1992). Life-styles in personality development. *European Journal of Personality*, 6, 139-155.

Punamäki, R. L., Wallenius, M., Nygardc, C. H., Saarnic, L., & Rimpelä, A. (2007). Use of information and communication technology (ICT) and perceived health in adolescence: The role of sleeping habits and waking-time tiredness. *Journal of Adolescence*, 30(4), 569-585.

Raphael, D. (1996). Determinants of health of North-American adolescents: Evolving definitions, recent findings, and proposed research agenda. *Journal of Adolescent Health*, 19(1), 6-16.

Raudsepp, L. (2006). The relationship between socio-economic status, parental support and adolescent physical activity. *Acta Paediatrica*, 95, 93-98.

Rebolledo, E. A., Medina, N. M., & Pillon, S. C. (2004). Factores de riesgo asociados al uso de drogas en estudiantes adolescentes. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 12, 369-375.

Reddan, J., Wahlstrom, K., & Reicks, M. (2002). Children's perceived benefits and barriers in relation to eating breakfast in schools with or without universal school breakfast. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 34(1), 47-52.

Reddy, P., Resnicow, K., Omardien, R., & Kambaran, N. (2007). Prevalence and correlates of substance use among high school students in South Africa and United States. *American Journal of Public Health*, 97(10), 1859-1864.

Rede Feminista de Saúde (2004). *Adolescentes saúde sexual saúde reprodutiva*. Consultado em 3 de Março de 2006 através de <http://www.redesaude.org.br/2006/imgs/Dossiê%20Adolescentes%20Saúde%20Sexual%20e%20Saúde%20Reprodutiva%202.pdf>

- Reed, M. D., & Rountree, P. W. (1997). Peer pressure and adolescence substance use. *Journal of Quantitative Criminology*, 13(2), 143-180.
- Reininger, B. M., Evans, A. E., Griffin, S. F., Sanderson, M., Vincent, M. L., Valois, R. F., & Parra-Medina, D. (2005). Predicting adolescent risk behaviors based on an ecological framework and assets. *American Journal of Health Behavior*, 29(2), 150-161.
- Reite, M., Ruddy, J., & Nagel, K. (2004). *Transtornos do sono* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Reitman, D., St. Lawrence, J. S., Jefferson, K. W., Alleyne, E., Brasfield, T. L., & Shirley, A. (1996). Predictors of African American adolescents' condom use and HIV risk behavior. *AIDS Education & Prevention*, 8, 499-515.
- Resnick, M. D., Harris, L. J., & Blum, R. W. (1993). The impact of caring and connectedness on adolescent health and well-being. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 29(suppl 1), 3-9.
- Resolução do Conselho de Ministros nº 166/2000. *D. R. I Série-B*, nº 276, 6837-6840.
- Rew, L. & Horner, S. D. (2003). Youth resilience framework for reducing health-risk behaviors in adolescents. *Journal of Pediatric Nursing*, 18(6), 379-388.
- Ribeiro, J. L. (2004). Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças. *Análise Psicológica*, 2(22), 387-397.
- Rivadeneira, R., & Lebo, M. J. (2008). The association between television-viewing behaviors and adolescent dating role attitudes and behaviors. *Journal of Adolescence*, 31, 291-305.
- Roberts, C., Tynjälä, J., & Komkov, A. (2004). Physical activity. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal, & V. B. Rasmussen, *Young people's health in context – health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey* (pp. 90-97). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Robinson, M. L., Berlin, I., & Moolchan, E. T. (2004). Tobacco smoking trajectory and associated ethnic differences among adolescent smokers seeking cessation treatment. *Journal of Adolescent Health*, 35, 217-224.
- Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L., García, M., Mendoza, R., Rubio, A., Martínez, M. A., & Martín, J. C. (2004). Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psicothema*, 16(2), 203-210.

Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L., García, M., Medina, A., Martínez, M. A., & Martín, J. C. (2006). La influencia de las características personales y contextuales en los estilos de vida en la adolescencia: aplicaciones para la intervención en contextos de riesgo psicosocial. *Anuário de Psicologia*, 37(3), 259-276.

Rodrigues, V., Carvalho, A., Gonçalves, A., & Carvalho, G. S. (2007). Situações de risco para a saúde de jovens adolescentes. Comunicação apresentada no 3º Encontro de Investigação, Vila Real, *Livros de Actas* (pp. 1-7). Vila Real: Escola Superior de Educação da UTAD

Rodríguez, M. C., Tinoco, M. V., Moreno, P. J., & Queija, I. S. (2002). *Los adolescentes españoles y su salud: Resumen del estudio health behaviour in school aged children (HBSC-2002)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Rodríguez, G., Moreno, L. A., Blay, M. G., Blay, V. A., Garagorri, J. M., & Sarría, A. (2004). Body composition in adolescents: measurements and metabolic aspects. *International Journal of Obesity*, 28(Suppl. 3), 54-58.

Rolison, M. R., & Scherman, A. (2002). Factors influencing adolescents' decisions to engage in risk-taking behavior. *Adolescence*, 37(147), 585-595.

Romer, D., & Stanton, B. F. (2003). Feelings about risk and the epidemic diffusion of adolescent sexual behavior. *Prevention Science*, 4(1), 39-53.

Rother, S., & Buckroyd, J. (2004). Experience of service provision for adolescents with eating disorders. *Primary Health Care Research and Development*, 5, 153-161.

Ross, J., Godeau, E., & Dias, S. (2004). Sexual health. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal, & V. B. Rasmussen, *Young people's health in context – health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey* (pp. 153-160). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Russo, P. M., Bruni, O., Lucidi, F., Ferri, R., & Violani, C. (2007). Sleep habits and circadian preference in Italian children and adolescents. *Journal of Sleep Research*, 16(2), 163-169.

Ryan, S. A., & Irwin, C. E. (1998). Risk behaviors. In S. B. Friedman, M. M. Fisher, S. K. Schonberg, & E. M. Alderman, *Comprehensive adolescent health care* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 848-856). St. Louis: Mosby.

Saarenpää-Heikkilä, O., Laippala, P., & Koivikko, M. (2001). Subjective daytime sleepiness and its predictors in Finnish adolescents in an interview study. *Acta Pædiatric*, 90, 552-557.

- Saewyc, E. M., Bearinger, L. H., McMahon, G., & Evans, T. (2006). A national needs assessment of nurses providing health care to adolescents. *Journal of Professional Nursing*, 22(5), 304-313.
- Sallis, J., Simons-Morton, B., Stone, E., Corbin, C., Epstein, L., Faucette, N., Lannotti, R., Killen, J., Klesges, R., Rowland, T. & Taylor, W. (1992). Determinants of physical activity and interventions in youth. *Medicine and Sciences in Sport and Exercise*, 24, 248-257.
- Sampaio, D. (1993). *Vozes e Ruídos* (3ª ed.). Lisboa: Caminho.
- Sampaio, D. (2006). *Lavrar o mar: Um novo olhar sobre o relacionamento entre pais e filhos*. Lisboa: Caminho.
- Sampaio, D., Baptista, M. I., Matos, M. G., & Silva, M. O. (2005). *Relatório Preliminar*. Consultado em 3 de Fevereiro de 2006 através de [http://www.dgidc.min-edu.pt/EducacaoSexual/Relatorio\\_Preliminar\\_ES\\_31-10-2005.pdf](http://www.dgidc.min-edu.pt/EducacaoSexual/Relatorio_Preliminar_ES_31-10-2005.pdf)
- Sampaio, D., Baptista, M. I., Matos, M. G., & Silva, M. O. (2007). *Relatório Final*. Consultado em 31 de Outubro de 2007 através de [http://www.min-edu.pt/np3content/?newsId=298&fileName=gtes\\_rel\\_final.pdf](http://www.min-edu.pt/np3content/?newsId=298&fileName=gtes_rel_final.pdf)
- Sanceverinol, S. L., & Abreu, J. L. (2003). Aspectos epidemiológicos do uso de drogas entre estudantes do ensino médio no município de Palhoça 2003. *Ciência Saúde Coletiva*, 9(4), 1047-1056.
- Sandbæk, A. (2007). Potential for identification and intervention against overweight. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25(4), 193-194.
- Santelli, J. S., Lowry, R., Brener, N. D., & Robin, L. (2000). The association of sexual behaviours with socioeconomic status, family structure, and race/ethnicity among US adolescents. *American Journal of Public Health*, 90(10), 1582-1588.
- Santelli, J. S., Abma, J., Ventura, S., Lindberg, L., Morrow, B., Anderson, J., Lyss, S., & Hamilton, B. E. (2004). Can changes in sexual behaviors among high school students explain the decline in teen pregnancy rates in the 1990s? *Journal of Adolescent Health*, 35, 80-90.
- Santelli, J. S., Lindberg, L. D., Finer, L. B., & Singh, S. (2007). Explaining recent declines in adolescent pregnancy in the United States: The contribution of abstinence and improved contraceptive use. *American Journal of Public Health*, 97(1), 150-156.
- Santos, M. P., Gomes, H., & Mota, J. (2005). Physical activity and sedentary behaviors in adolescents. *Annals of Behavioral Medicine*, 30(1), 21-24.

Sarason, I., Mankowski, E., Peterson, A., & Dinh, K. (1992). Adolescents' reasons for smoking. *Journal of School Health*, 62(5), 185-190.

Scheuring, S. E., Hanna, S., & D'Aquila-Lloyd, E. (2000). Strengthening the safety net for adolescent health: Partners in creating realities out of opportunity. *Family and Community Health*, 23, 43-53.

Schmid, H., & Gabhainn, S. N. (2004). Alcohol use. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal, V. B. Basmussen, *Young people's health in context – health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey* (pp. 73-83). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Schneider, M., Dunton, G. F., & Cooper, D. M. (2008). Physical activity and physical self-concept among sedentary adolescent females: An intervention study. *Psychology of Sport and Exercise*, 9, 1-14.

Scholte, R. H., Poelen, E. A., Willemsen, G., Boomsma, D. I., & Engels, R. C. (2008). Relative risks of adolescent and young adult alcohol use: The role of drinking fathers, mothers, siblings, and friends. *Addictive Behaviors*, 33, 1-14.

Schutt-Aine, J., & Maddaleno, M. (2003). *Sexual Health and Development of Adolescents and Youth in the Americas: Program and Policy Implications*. Washington, DC: Pan American Health Organization, Regional Office of the WHO. Consultado em 28 de Fevereiro de 2005 através de <http://www.paho.org/English/HPP/HPF/ADOL/SRH.pdf>

Scudder, L., Papa, P. & Brey, L. C. (2007). School-based health centers: a model for improving the health of the nation's children. *The Journal for Nurse Practitioners*, 3(10), 713-720.

Sells, W. C., & Blum, R. W. (1996). Morbidity and mortality among US adolescents: an overview of data and trends. *American Journal of Public Health*, 86(4), 513-519.

Shelley, D., Cantrell, J., Faulkner, D., Haviland, L., Heaton, C., & Messeri, P. (2005). Physician and dentist tobacco use counseling and adolescent smoking behaviour: results from the 2000 national youth tobacco survey. *Pediatrics*, 115, 719-725.

Shenkman, E., Youngblade, L., & Nackashi, J. (2003). Adolescents' preventive care experiences before entry into the State Children's Health Insurance Program (SCHIP). *Pediatrics*, 112(6), 533-541.

Sherry, B. (2005). Using food habits and other strategies to prevent pediatric overweight. *International Journal of Obesity*, 29, S116-S126.



- Sieving, R., Perry, C., & Williams, C. (2000). Do friendship change behaviors, or do behaviors change friendship? Examining paths of influences in young adolescents' alcohol use. *Journal of Adolescent Health, 26*(1), 27-35.
- Sikkema, K. J., Brondino, M. J., Anderson, E. S., Gore-Felton, C., Kelly, J. A., Winett, R. A., Heckman, T. G., & Roffman, R. A. (2004). HIV risk behavior among ethnically diverse adolescents living in low-income housing developments. *Journal of Adolescent Health, 35*(2), 141-150.
- Silva, M. A., Rivera, I. R., Carvalho, A. C., Guerra, A. H., & Moreira, T. C. (2006). The prevalence of end variables associated with smoking in children and adolescents. *Jornal de Pediatria, 82*, 365-370.
- Silva, M. G., & Costa, M. G. (2005). Desenvolvimento psicossocial e ansiedades nos jovens. *Análise Psicológica, 2*(23), 111-127.
- Silver, M. Z. (2001). Efficacy of anti-tobacco mass media campaigns on adolescent tobacco use. *Pediatric Nursing, 27*(3), 293-296.
- Simons-Morton, B., Haynie, D. L., Crump, A. D., Eitel, P., & Saylor, K. E. (2001). Peer and parent influences on smoking and drinking among early adolescents. *Health Education & Behavior, 28*(1), 95-107.
- Singh, S., & Darroch, J. E. (2000). Adolescent pregnancy and childbearing: levels and trends in developed countries. *Family Planning Perspectives, 32*(1), 14-23.
- Singhal, V., Schwenk, F. W., & Kumar, S. (2007). Evaluation and management of childhood and adolescent obesity. *Mayo Clinic Proceedings, 82*(10), 1258-1264.
- Siqueira, L., Diab, M., Bodian, C., & Rolnitzky, L. (2000). Adolescents becoming smokers: The roles of stress and coping methods. *Journal of Adolescent Health, 27*, 399-408.
- Slap, G. B. (1991). Risk factors for injury during adolescence. In: R. M. Lerner, A. Petersen, & J. Brooks-Gunn, *Encyclopedia of Adolescence* (Vol. 1, pp. 549-556). New York and London: Garland.
- Sluijs, E. M., McMinn, A.M., & Griffin, S. J. (2007). Effectiveness of interventions to promote physical activity in children and adolescents: systematic review of controlled trials. *British Medical Journal, 335*, 703-707.
- Smith, A. E., Cavallo, D. A., Dahl, T., Wu, R., George, T. P., & Krishnan-Sarin, S. (2008). Effects of acute tobacco abstinence in adolescent smokers compared with non-smokers. *Journal of Adolescent Health, 43*, 46-54.

Smylie, L., Maticka-Tyndale, E., Boyd, D. & the Adolescent Sexual Health Planning Committee. (2008). Evaluation of a school-based sex education programme delivered to Grade Nine students in Canada. *Sex Education*, 8(1), 25-46.

Soares, M. C. (sd). *Campanhas antitabaco: a experiência internacional*. Consultado em 24 de Janeiro de 2008 através de <http://www.comunicasaude.com.br/Artigo%20Murilo%20Soares.pdf>

Society for Adolescent Medicine. (1997). Clinical preventive services for adolescents: A position paper of the society for adolescent medicine. *Journal of Adolescent Health*, 21, 203-214.

Society for Adolescent Medicine. (1998). Managed care meeting the health care needs of adolescents: A position paper of the Society for Adolescent Medicine. *Journal of Adolescent Health*, 22, 271-277.

Society for Adolescent Medicine. (2003). Guidelines for adolescent health research: A position paper of the Society for Adolescent Medicine. *Journal of Adolescent Health*, 33, 396-409.

Society for Adolescent Medicine. (2006). Preventing and treating adolescent obesity: A position paper of the Society for Adolescent Medicine. *Journal of Adolescent Health*, 38, 784-787.

Sousa, I. C., Araújo, J. F., & Azevedo, C. V. (2007). The effect of a sleep hygiene education program on the sleep-wake cycle of Brazilian adolescent students. *Sleep and Biological Rhythms*, 5, 251-258.

Souza, E. M., & Grundy, E. (2004). Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5), 1354-1360.

Spear, H. J., & Kulbok, P. A. (2001). Adolescent health behaviors and related factors: A review. *Public Health Nursing*, 18(2), 82-93.

Spiegel, K., Knutson, K., Leproult, R., Tasali, E. & Van Cauter, E. (2005). Sleep loss: a novel risk factor for insulin resistance and type 2 diabetes. *Journal of Applied Physiology*, 99(5), 2008-2018.

Sprinthall, N. A., & Collins, W. A. (1994). *Psicologia do adolescente: Uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Srof, B. J., & Velsor-Friedrich, B. (2006). Health promotion in adolescents: A Review of Pender's health promotion model. *Nursing Science Quarterly*, 19(4), 366-373.

- Stallones, L., Beseler, C., & Chen, P. (2006). Sleep Patterns and risk of injury among adolescent farm residents. *American Journal of Preventive Medicine*, 30(4), 300-304.
- Stanford, J. N., & McCabe, M. P. (2002). Body image ideal among males and females: Sociocultural influences and focus on different body parts. *Journal of Health Psychology*, 7, 675-684.
- Stein, R. J., Haddock, C. K., O'Byrne, K. K., Hymowitz, N., & Schwab, J. (2000). The pediatrician's role in reducing tobacco exposure in children. *Pediatrics*, 106(25), 1-17.
- Steinberg, D. (1987). *Basic adolescent psychiatry*. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Steinberg, L., Lamborn, S., Darling, N., Mounts, N. S., & Dornbusch, S. M. (1994). Over-time changes in adjustment and competence among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 65, 754-770.
- Stephoe, A., Wardle, J., Cui, W., Baban, A., Glass, K., Pelzer, K., Tsuda, A., & Vinck, J. (2002). An International comparison of tobacco smoking, beliefs and risk awareness in university students from 23 countries. *Addiction*, 97, 1561-1571.
- Stice, E. (1994). Review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and an exploration of the mechanisms of action. *Clinical Psychology Review*, 14, 633-661.
- Story, M., Neumark-Sztainer, D., Ireland, M., & Evans. (2000). Adolescent health and nutrition: A survey of perceived knowledge and skill competencies and training interests among dietitians working with youth. *Research and Professional Briefs*, 100(3), 362-364.
- Strauss, R. S. (1999). Self-reported weight status and dieting in a cross-sectional sample of young adolescents – National Health and Nutrition Examination Survey III. *Archives of Pediatrics Adolescent Medicine*, 153, 741-747. Consultado em 11 de Junho de 2008 através de <http://archpedi.ama-assn.org/cgi/reprint/153/7/741?ck=nck>
- Stronski, S. D., Ireland, M., Michaud, P. A., Narring, F., & Resnick, M. D. (2000). Protective correlates of stages in adolescent substance use: A Swiss national study. *Journal of Adolescent Health*, 2, 420-427.
- Sussman, A., & Goode, R. (1967). The Magic of walking, Simon and Schuster. In WHO *Promoting physical activity for health – a framework for action in the WHO European Region: Steps towards a more physically active Europe*, (2006d). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Svare, E. I., Kjaer, S. K., Thomsen, B. L., & Bock, J. E. (2002). Determinants for non-use of contraception at first intercourse; a study of 10,841 young Danish women from the general population. *Contraception*, 66, 345-350.

Swanwick, M., & Oliver, R. W. (1985). Psychological adjustment in adolescence. *Nursing*, 2(40), 1179-1181.

Sweeting, H., & West, P. (2003). Young people's leisure and risk-taking behaviours: Changes in gender patterning in the West of Scotland during the 1990s. *Journal of Youth Studies*, 6(4), 392-412.

Tammelin, T., Nayha, S., Laitinen, J., Rintamaki, H., & Jarvelin, M. (2003). Physical activity and social status in adolescence as predictors of physical inactivity in adulthood. *Preventive Medicine*, 37(4), 375-381.

Tanner, J. M. (1974). Sequence and tempo in the somatic changes in puberty. In M. M. Grumbach, G. D. Grave, & F. E. Mayer, *Control of the onset of puberty*. New York: Wiley.

Tanner, J. M. (1991). Menarche, secular trend in age of. In R. M. Lerner, A. Petersen, J. Brooks-Gunn, *Encyclopedia of Adolescence* (Vol. 2, pp. 637-641). New York and London: Garland.

Taylor, D. J., Jenni, O. G., Acebo, C., & Carskadon, M. A. (2005). Sleep tendency during extended wakefulness: insights into adolescent sleep regulation and behaviour. *Journal of Sleep Research*, 14, 239-244.

Taylor, J., & Müller, D. (1995). *Nursing adolescents: Research and psychological perspectives*. Oxford: Blackwell Science.

Taylor, J. E., Conard, M. W., O'Byrne, K. K., Haddock, C. K., & Poston, C. (2004). Saturation of tobacco smoking models and risk of alcohol and tobacco use among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 35, 190-196.

Tebb, K. P., Pauku, M. H., Pai-Dhungat, M. R., Gyamfi, A-A., & Shafer, M-A. (2004). Home STI testing: The adolescent female's opinion. *Journal of Adolescent Health*, 35, 462-467.

Teixeira, L. R., Fischer, F. M., Andrade, M. M., Louzada, F. M., & Nagai, R. (2004). Sleep patterns of day-working, evening high-schooled adolescents of São Paulo, Brazil. *Chronobiology International*, 21(2), 239-252.

Tergerson, J. L., & King, K. A. (2002). Do perceived cues, benefits, and barriers to physical activity differ between male and female adolescents? *Journal of School Health*, 72(9), 374-380.

- Thompson, L. (2008). The role of nursing in governmentality, biopower and population health: Family health nursing. *Health & Place*, 14, 76-84.
- Todd, J., Currie, D. (2004). Sedentary behaviour. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal, & V. B. Rasmussen, *Young people's health in context – health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey* (pp. 98-109). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Toral, N., Slater, B., Cintra, I. P., & Fisberg, M. (2006). Comportamento alimentar de adolescentes em relação ao consumo de frutas e verduras. *Revista de Nutrição*, 19(3), 331-340.
- Torres, G. R., Hernández, J. C., Enríquez, O. S., Izquierdo, A. R., Chamizo M. M., & Boza, A. V. (2007). Comportamiento de la diabetes gestacional en el embarazo en la adolescencia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 23(3), 1-10.
- Townsend, J., Wilkes, H., Haines, A., & Jarvis, M. (1991). Adolescents smokers seen in general practice: health, lifestyle, physical measurements, and response to antismoking advice. *British Medical Journal*, 303, 947-950.
- Troiano, R. P., Briefel, R. R., Carroll, M. D., & Bialostosky, K. (2000). Energy and fat intake of children and adolescents in the United States. Data from the National Health and Nutrition Examination Surveys. *American Journal of Clinical Nutrition* 72(5, Suppl.), 1343-1353.
- Turiel, E., & Rotham, G. R. (1972). The influence of reasoning on behavioral choices at different stages of moral development. *Child Development*, (43), 741-756.
- Turner, R. A., Irwin, C. E., Tschann, J. M., & Millstein, S. G. (1993). Autonomy, relatedness, and the initiation of health risk behaviors in early adolescence. *Health Psychology*, 12(3), 200-208.
- Tursz, A., Souteyrand, Y., & Salmi, R. *Adolescence et risque*. Paris: Syros.
- Tyc, V. L., Hadley, W., Allen, D., Varnell, S., Ey, S., Rai, S. N., & Lensing, S. (2004). Predictors of smoking intentions and smoking status among nonsmoking and smoking adolescents. *Addictive Behaviors*, 29, 1143-1147.
- Tynjälä, J., & Törmäkangas, K. (1994). The 1994 data of a WHO-coordinated survey of school children's health behaviour. In L. Kangas (Ed.) (1995). Perceived health, well-being and school satisfaction among school children. National Board of Education, Helsinki, 193-197. In J. Tynjälä, L. Kannas, & E. Levälähti. (1997). Perceived tiredness among adolescents and its association with sleep habits and use of psychoactive substances. *Journal of Sleep Research*, 6, 189-198.

Tynjälä, J., Kannas, L., & Levalahti, E. (1997). Perceived tiredness among adolescents and its association with sleep habits and use of psychoactive substances. *Journal of Sleep Research*, 6, 189-198.

Tynjälä, J., Kannas, L., Levalahti, E., & Välimaa, R. (1999). Perceived sleep quality and its precursors in adolescents. *Health Promotion International*, 14(2), 155-166.

UNFPA. (2003). *State of world population 2003 - making 1 billion count investing in adolescents' health and rights*. Consultado em 25 de Julho de 2006 através de [http://www.unfpa.org/swp/2003/pdf/english/swp2003\\_eng.pdf](http://www.unfpa.org/swp/2003/pdf/english/swp2003_eng.pdf)

Unger, J. B., Molina, G. B., & Teran, L. (2000). Perceived consequences of teenage childbearing among adolescent girls in an urban sample. *Journal of Adolescent Health*, 26, 205-212.

UNICEF (2001). *A league table of teenage births in rich nations. Innocenti Report Card, Nº3*. Florence: UNICEF Innocenti Research Centre. Consultado em 22 de Janeiro de 2008 através de <http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/repcard3e.pdf>

UNICEF (2002). *Young People and HIV/AIDS opportunity in crisis*. United Nations Children's Fund, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization. Consultado em 23 de Janeiro de 2006 através de [http://www.uniteforchildren.org/knowmore/files/pub\\_youngpeople\\_hiv aids\\_en.pdf](http://www.uniteforchildren.org/knowmore/files/pub_youngpeople_hiv aids_en.pdf)

UNICEF (2003). *Informe Annual*. Consultado em 28 de Fevereiro de 2005 através de [http://www.unicef.org/spanish/publications/files/pub\\_ar03\\_sp.pdf](http://www.unicef.org/spanish/publications/files/pub_ar03_sp.pdf)

U. S. Department of Health and Human Services (1994). *Preventing tobacco use among young people: A report of the surgeon general*. Washington DC. Consultado em 2 de Fevereiro de 2006 através de <http://profiles.nlm.nih.gov/NN/B/C/F/T/ /nbcft.pdf>

U. S. Department of Health and Human Services (2000a). *Healthy People 2010: Understanding and improving health*. Consultado em 24 de Janeiro de 2008 através de <http://www.healthypeople.gov/Document/pdf/uih/2010uih.pdf>

U. S. Department of Health and Human Services (2000b). *Nutrition and your health: Dietary guidelines for americans* (5<sup>th</sup> ed.). Consultado em 24 de Janeiro de 2008 através de [http://www.health.gov/dietaryguidelines/dga2000/document/aim.htm#physical\\_top](http://www.health.gov/dietaryguidelines/dga2000/document/aim.htm#physical_top)

U. S. Department of Health and Human Services (2007a). *The surgeon general's call to action to prevent and reduce underage drinking*. Consultado em 30 de Outubro de 2007 através de <http://www.surgeongeneral.gov/topics/underagedrinking/calltoaction.pdf>

- U. S. Department of Health and Human Services (2007b). *The surgeon general's call to action to prevent and reduce underage drinking: a guide to action for educators*. Consultado em 30 de Outubro de 2007 através de <http://www.stopalcoholabuse.gov/media/underagedrinking/pdf/educators.pdf>
- Utay, J., & Utay, C. (1996). Applications of Adler's theory in counselling and education. *Journal of Instructional Psychology*, 23, 251-256.
- Vallejo, S. J., Figueroa, I. V., & Pineda, J. B. (2005). Consumo de alcohol en adolescentes de una secundaria de Guadalajara: Investigación-acción participativa. *Investigación en Salud*, 7(3), 171-180.
- Valois, R. F., Oeltmann, J. E., Waller, J., & Hussey, J. R. (1999). Relationship between number of sexual intercourse partners and selected health risk behaviors among public high school adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 25, 328-335.
- Van Daalen, C. (2005). Girls' experiences in physical education: Competition, evaluation, & degradation. *Journal of School Nursing*, 21, 115-121.
- Van den Bulck, J. (2000). Is television bad for your health? Behavior and body image of the adolescent "couch potato". *Journal of Youth and Adolescence*, 29(3), 273-288.
- Van der Vorst, H., Engels, R. C., Meeus, W., Dekovic, M., & Van Leeuwe, J. (2005). The role of alcohol-specific socialization in adolescents' drinking behaviour. *Addiction*, 100(10), 1464-1476.
- Van Look, P. F. (2003). On being an adolescent in 21st century. In S., Bott, S., Jejeebhoy, I., Shah, & C. Puri, (Ed) *Towards adulthood: exploring the sexual and reproductive health of adolescents in South Asia* (pp. 31-42). Geneva: WHO, Department of Reproductive Health Research.
- Varenhorst, B. B. (1991). Peer counseling: A human resource program. In R. M. Lerner, A. Petersen, J. Brooks-Gunn, *Encyclopedia of Adolescence* (Vol. 2, pp. 759-762). New York and London: Garland.
- Vartanian, L. R., Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2007). Effects of soft drink consumption on nutrition and health: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Public Health*, 97(4), 667-675.
- Velsor-Friedrich, B. (2001). Adolescent school health. *Journal of Pediatric Nursing*, 16 (3), 194-196.
- Veiga, G. V., & Sichieri, R. (2006). Correlation in food intake between parents and adolescents depends on socioeconomic level. *Nutrition Research*, 26, 517-523.

Vejrup, K., Lien, N., Klepp, K.I., & Bere, E. (2008). Consumption of vegetables at dinner in a cohort of Norwegian adolescents. *Appetite*, 51(1), 90-96.

Ventura, F. (2003). Comportamentos de saúde em jovens em idade escolar – prevenção da sida na escola. In M. G. Matos, & Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde. *A saúde dos adolescentes portugueses (quatro anos depois)* (p. 6). Lisboa: FMH.

Vereecken, C., Ojala, K., & Jordan, M. D. (2004). Eating habits. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal, & V. B. Rasmussen, *Young people's health in context – health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey* (pp. 110-119). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Vereecken, C., A., Inchley, J., Subramanian, S. V., Hublet, A., & Maes, I. (2005). The relative influence of individual and contextual socio-economic status on consumption of fruit and soft drinks among adolescents in Europe. *European Journal of Public Health*, 15(3), 224-232.

Verplanken, B., & Velsvik, R. (2008). Habitual negative body image thinking as psychological risk factor in adolescents. *Body Image*, 5, 133-140.

Vesely, S. K., Wyatt, V. H., Oman, R. F., Aspy, C. B., Kegler, M. C., Rodine, S., Marshall, L., & McLeroy, K. R. (2004). The potential protective effects of youth assets from adolescent sexual risk behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 34, 356-365.

Vgontzas, A. N., & Kales, A. (1999). Sleep and its disorders. *Annual Review of Medicine*, 50, 387-400.

Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 4(20), 611-624.

Vieira, V. C., Priore, S. E., Ribeiro, S. M., & Franceschini, S. C. (2005). Alterações no padrão alimentar de adolescentes com adequação pândero-estatural e elevado percentual de gordura corporal. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 5(1), 93-102.

Vignau, J., Bailly, .D., Duhamel, A., Vervaecke, P., Beuscart, R., & Collinet, C. (1997). Epidemiologic study of sleep quality and in french secondary school adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 21, 343-350.

Vilela, J. E., Lamounier, J. A., Oliveira, R. G., Ribeiro, R. Q., Gomes, E. L., & Barros N. J. (2001). Avaliação do comportamento alimentar em crianças e adolescentes de Belo Horizonte. *Psiquiatria Biológica*, 9(3), 121-130.



- Vitória, P. (2004). Desenvolvimento de programas de intervenção. In C. F. Borges, H. C. Filho, *Usos e abusos de dependências – Tabagismo: Manual técnico 3* (pp. 141-148). Lisboa: Climepsi.
- Viviani, F. (2006). Some aspects of the body image and self-perception in adolescents. *Papers on Anthropology*, 15, 302-309.
- Von Bothmer, M., & Fridlund, B. (2001). Promoting a tobacco-free generation: Who is responsible for what? *Journal of Clinical Nursing*, 10, 784-792.
- Vuckovic, N., Polen, M. R., & Hollis, J. F. (2003). The problem is getting us to stop: What teens say about smoking cessation. *Preventive Medicine*, 37, 209-218.
- Wagner, A., Carpenedo, C., Melo, L. P., & Silveira, P. G. (2005). Estratégias de comunicação familiar: A perspectiva dos filhos adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 277-282. Consultado em 1 de Junho de 2006 através de <http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n2/27479.pdf>
- Waaddegaard, M., & Petersen, T. (2001). Dieting and desire for weight loss among adolescents in Denmark: A questionnaire survey. *European Eating Disorders Review*, 10, 329-346.
- Wang, M. Q., Fitzhugh, E. C., Westerfield, R. C., & Eddy, J. M. (1995). Family and peer influence on smoking behavior among American adolescents: An age trend. *Journal of Adolescent Health*, 16(3), 200-203.
- Waterman, A. S., & Archer, S. L. (1991). Erikson, Erik Homburger. In R. M. Lerner, A. Petersen, J. Brooks-Gunn, *Encyclopedia of Adolescence* (Vol. 1, pp. 319-323). New York and London: Garland.
- Webber, L. S., Catellier, D. J., Lytle, L. A., Murray, D. M., Pratt, C. A., Young, D. R., Elder, J. P., Lohman, T. G., Stevens, J., Jobe, J. B., & Pate, R. R. (2008). Promoting physical activity in middle school girls trial of activity for adolescent girls. *American Journal of Preventive Medicine*, 34(3), 173-184.
- Wechsler, H., Dowdall, G. W., Davenport, A., & Castillo, S. (1995). Correlates of college student binge drinking. *American Journal of Public Health*, 85(7), 921-926.
- Wechsler, H., Davenport, A. E., Dowdall, G. W., Grossman, S. J., & Zanakos, S. I. (1997). Binge drinking, tobacco, and illicit drug use and involvement in college athletics. A survey of students at 140 American colleges. *Journal of American College Health*, 45(5), 195-200.

- Wechsler, H., Lee, J. E., Kuo, M., Seibring, M., Nelson, T. F. & Lee, H. (2002). Trends in college binge drinking during a period of increased prevention efforts. Findings from 4 Harvard School of Public Health College Alcohol Study surveys: 1993-2001. *Journal of American College Health*, 50(5), 203-217.
- Weinberg, R., Tenenbaum, G., McKenzie, A., Jackson, S., Anshel, M., Groove, R., & Fogarty, G. (2000). Motivation for youth participation in sport and physical activity: relationships to culture, self-reported activity levels, and gender. *International Journal of Sports Psychology*, 31, 321-346.
- Wellings, K., Nanchahal, K., Macdowall, W., McManus, S., Erens, B., Mercer, C. H., Johnson, A. M., Copas, A. J., Korovessis, C., Fenton, K. A., & Field, J. (2001). Sexual behaviour in Britain: early heterosexual experience. *Lancet*, 358, 1843-1850.
- Werch, C. E., Moore, M. J., DiClemente, C. C., Bledsoe, R., & Obli, E. (2005) A multi-health behaviour intervention integrating physical activity and substance use prevention for adolescents. *Prevention Science*, 6(3), 213-226.
- Werch, C. E., Bian, H., Moore, M. J., Ames, S., DiClemente, C. C., & Weiler, R. M. (2007). Brief multiple behaviour interventions in a college student health care clinic. *Journal of Adolescent Health*, 41, 577-585.
- Wetzels, J. J., Kremers, S. P., Vitória, P. D., & Vries, H. (2003). The alcohol–tobacco relationship: a prospective study among adolescents in six European countries. *Addiction*, 98(12), 1755-1763.
- Whitbourne, S. K. (1991) Intimacy. In R. M. Lerner, A. Petersen, J. Brooks-Gunn, *Encyclopedia of Adolescence* (Vol. 1, pp. 557-559). New York and London: Garland.
- Windle, M. (2000). Parental, Sibling, and Peer Influences on Adolescent Substance Use and Alcohol Problems. *Applied Developmental Science*, 4(2), 98-110.
- WHO (1986a). *Young people's health – a challenge for society*. Geneva: WHO.
- WHO (1986b). *The Ottawa Charter for health promotion*. Copenhagen: WHO: Regional Office for Europe.
- WHO (1988). *Priority research for health for all*. Copenhagen: WHO.
- WHO (1993). *The health of young people: A challenge and a promise*. Geneva: WHO.
- WHO (1997a). *Health needs of adolescents*. Geneva: WHO.
- WHO (1997b). *Preventing and managing the global epidemic: Report of a World Health Organization consultation on obesity*. Geneva: WHO.

- WHO. (1999a). *Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region*. Copenhagen: WHO: Regional Office for Europe.
- WHO. (1999b). *Healthy living: What is a healthy lifestyle?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Consultado em 27 de Julho de 2007 através de <http://www.euro.who.int/Document/E66134.pdf>
- WHO (2000). *European alcohol action plan 2000–2005*. WHO: Regional Office for Europe. Consultado em 30 de Novembro de 2005 através de <http://www.euro.who.int/document/E67946.pdf>
- WHO (2001a). *Declaration on Young People and Alcohol*. Consultado em 28 de Janeiro de 2008 através de [http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20030204\\_1](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20030204_1)
- WHO (2001b). *Counselling skills training in adolescent sexuality and reproductive health: A facilitator's guide*. Consultado em 1 de Abril de 2007 através de [http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_RHP\\_2001.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHP_2001.pdf)
- WHO (2002a). *Adolescent friendly health services - An agenda for change*. Geneva: The Department of Child and Adolescent Health and Development. Consultado em 22 de Junho de 2006 através de [http://www.who.int/reproductive-health/publications/cah\\_docs/cah\\_02\\_14.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/publications/cah_docs/cah_02_14.pdf)
- WHO (2002b). *Policies on adolescent health and development a guide for policy-makers, child and adolescent health and development focus*. Manila: WHO: Regional Office for the Western Pacific. Consultado em 28 de Fevereiro de 2005 através de [http://whqlibdoc.who.int/wpro/2002/POLICIES2002\\_a76198.pdf](http://whqlibdoc.who.int/wpro/2002/POLICIES2002_a76198.pdf)
- WHO (2002c). *Let's move for our health*. WHO/AFRO. Consultado em 20 de Janeiro de 2006 através de <http://www.afro.who.int/press/2002/pr2002033002.html>
- WHO (2002d). *Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra: WHO. Consultado em 2 de Fevereiro de 2005 através de [http://www.who.int/whr/2002/en/whr02\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf)
- WHO (2002e). *Broadening the horizon: Balancing protection and risk for adolescents*. Geneva: WHO: The Department of Child and Adolescent Health and Development, Family and Community Health. Consultado em 28 de Fevereiro de 2005 através de [http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_FCH\\_CAH\\_01.20.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_FCH_CAH_01.20.pdf)
- WHO (2003a). *Progress in reproductive health research*. Consultado em 28 de Fevereiro de 2005 através de <http://www.who.int/reproductive-health/adolescent>

WHO (2003b). *The health of children and adolescents in WHO's European Region*. Vienna: WHO Regional Committee for Europe. Consultado em 27 de Julho de 2005 através de <http://www.euro.who.int/document/rc53/edoc11.pdf>

WHO (2003c). *Value adolescents invest in the future: Educational package facilitator's manual*. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific. Consultado em 27 de Julho de 2005 através de [http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/72721957-E2F6-4B94-8CC6-E6DF782A4653/0/ADH\\_Manual.pdf](http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/72721957-E2F6-4B94-8CC6-E6DF782A4653/0/ADH_Manual.pdf)

WHO (2003d). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation*. Geneva: WHO.

WHO (2003e). *Skills for Health - Skills-based health education including life skills: An important component of a Child-Friendly/Health-Promoting School*. WHO: Information Series on School Health, Document 9. Consultado em 18 de Junho de 2007 através de <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/924159103X.pdf>

WHO (2004a). *Young people's health in context– health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen: Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., Rasmussen, V. B. (Ed)

WHO (2004b). *Contraception: Issues in adolescent health and development*. Geneva: Department of Child and Adolescent Health and Development and Department of Reproductive Health and Research.

WHO (2004c). *Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation on obesity*. Geneva: WHO

WHO (2005a). *Nutrition in adolescence – Issues and challenges for the health sector: Issues in adolescent health and development*. Consultado em 2 de Fevereiro de 2006 através de [http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593660\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593660_eng.pdf)

WHO (2005b). *European strategy for child and adolescent health and development*. Copenhagen: WHO: Regional Office for Europe. Consultado em 12 de Dezembro de 2006 através de <http://www.euro.who.int/Document/RC55/edoc06.pdf>

WHO (2005c). *The European health report 2005 – Public health action for healthier children and populations*. Copenhagen: WHO: Regional Office for Europe. Consultado em 2 de Dezembro de 2006 através de <http://www.euro.who.int/document/e87325.pdf>

WHO (2005d). *Global health promotion scaling up for 2015 – a brief review of major impacts and developments over the past 20 years and challenges for 2015, Background*

Document. Consultado em 24 de Janeiro de 2008 através de [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr\\_conference\\_background.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_conference_background.pdf)

WHO (2006a). *Progress report 2004–2005: child and adolescent health and development*. Geneva: WHO: Department of Child and Adolescent Health and Development. Consultado em 5 de Fevereiro de 2008 através de [http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9789241594226\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9789241594226_eng.pdf)

WHO (2006b). *Global database on body mass index*. Consultado em 2 de Julho de 2007 através de [http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html)

WHO (2006c). *Physical activity and health in Europe: Evidence for action*. Copenhagen: WHO: Regional Office for Europe. Consultado em 20 de Março de 2006 através de <http://www.euro.who.int/document/e89490.pdf>

WHO (2006d). *Promoting physical activity for health – a framework for action in the WHO European Region: Steps towards a more physically active Europe*. Copenhagen: WHO: Regional Office for Europe.

WHO (2006e). *Promoting physical activity and active living in urban environments: The role of local governments*. Copenhagen: WHO: Regional Office for Europe.

WHO (2006f). *Framework for alcohol policy in the WHO European Region*. Copenhagen: WHO: Regional Office for Europe.

WHO (2006g). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002, Geneva*. Geneva: WHO. Consultado em 5 de Abril de 2007 através de [http://www.who.int/reproductive-health/publications/sexualhealth/defining\\_sh.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/publications/sexualhealth/defining_sh.pdf)

WHO (2006h). *Addressing the socioeconomic determinants of healthy eating physical activity levels among adolescents*. Copenhagen: WHO: Regional Office for Europe.

WHO (2007). *International Statistical Classifications Diseases and related Health Problems – 10th revision (ICD-10, version for 2007). Mental and behavioural disorders, (F00-F99)*. Geneva: WHO.

WHO & UNICEF (2000). *Programming for adolescent health and development: “What should we measure and how?” Risk and protective factors affecting adolescent health and development*. Geneva: Department of Child and Adolescent Health and Development. Consultado em 28 de Janeiro de 2008 através de [http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO\\_FCH\\_CAH\\_00.20.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_FCH_CAH_00.20.pdf)

Windle, M. (2000). Parental, sibling, and peer influences on adolescent substance use and alcohol problems. *Applied Developmental Science*, 4(2), 98-110.

- Wolfgang, S. (2000). Family and peer relations. In C. Currie, K. Hurrelmann, W. Settertobulte, R. Smith, J. Todd, (Eds.) (2002). *Health and Health Behaviour among Young People*. (pp. 39-48). Copenhagen: WHO.
- Wolfson, A. R., & Carskadon, M. A. (1998). Sleep schedules and daytime functioning in adolescents. *Child Development*, 69(4), 875-887.
- Wolfson, A. R., & Carskadon, M. A. (2003). Understanding adolescents' sleep patterns and school performance: a critical appraisal. *Sleep Medicine Reviews*, 7(6), 491-506.
- Woo, J. S., & Brotto, L. A. (2008). Age of first sexual intercourse and acculturation: Effects on adult sexual responding. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 571-582.
- Wyatt, T. J., & Peterson, F. L. (2005). Risky business: Exploring adolescent risk-taking behavior: Teaching techniques. *Journal of School Health*, 75(6), 229-231.
- Yang, C., Kim, J., Patel, R., & Lee, J. (2005). Age-related changes in sleep/wake patterns among Korean teenagers. *Pediatrics*, 115, 250-256.
- Youngs, G. Jr., Rathge, R., Mullis, R., & Mullis, A. (1990). Adolescent stress and self-esteem. *Adolescence*, 25(98), 333-342.
- Zapata, L. B., Bryant, C. A., McDermott, R. J., & Hefelfinger, J. A. (2008). Dietary and physical activity behaviors of middle school youth: the youth physical activity and nutrition survey. *Journal of School Health*, 78(1), 9-18.
- Zavodny, M. (2001). The effect of partners' characteristics on teenage pregnancy and its resolution. *Family Planning Perspectives*, 33, 192-199.
- Zink, T. M., Levin, L., & Rosenthal, S. L. (2003). Adolescent risk behavior screening: The difference between patients who come frequently and infrequently. *Clinical Pediatrics*, 42, 173-180.

**ANEXOS**





ANEXO 1:

QUESTIONÁRIO – ESTILOS DE VIDA NA ADOLESCÊNCIA



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

UNIVERSIDADE DO PORTO

**ESTILOS DE VIDA NA ADOLESCÊNCIA**

ELABORADO POR:

MARIA MARGARIDA S. REIS SANTOS FERREIRA

**PORTO 2005**

## INSTRUÇÕES

Este questionário tem como objectivo colher dados que permitam analisar os ESTILOS DE VIDA DOS ADOLESCENTES.

Os dados colhidos servirão de base para a elaboração da tese de doutoramento da autora, sobre “Estilos de Vida na Adolescência”.

Procure responder às questões de uma forma sincera, indicando aquilo que realmente faz ou não faz, e não o que pensa que seria correcto.

Nas questões de escolha múltipla assinale com uma cruz (**X**) a opção ou opções que correspondem à sua realidade.

Nas tabelas que pretendem identificar os seus hábitos alimentares deve:

- Nas colunas de **frequência média** (vezes que habitualmente consome), assinalar com uma cruz (**X**) a frequência com que consome cada tipo de alimento, seleccionando para cada tipo de alimento, somente, uma opção;
- Na coluna da **quantidade**, mencionar para todos os alimentos que referiu consumir, a quantidade que consome, podendo riscar o que não interessa;
- **Nas linhas em branco** indicar alimentos que consome e que não vêm mencionados na tabela. Não esqueça de mencionar, também, as quantidades e a regularidade do consumo.

Nas questões abertas escreva a sua opinião de forma clara e completa.

**Este questionário é anónimo;** não deve, portanto, escrever o seu nome em qualquer das folhas.

A sua colaboração é indispensável para a realização do estudo, peço que responda a todas as questões e que seja sincero.

Grata pela colaboração

Maria Margarida Silva Reis Santos Ferreira

(Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de S. João)



12. HABILITAÇÕES LITERÁRIAS

PAI MÃE

- |                                 |                          |                          |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| CURSO SUPERIOR                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ENSINO SECUNDÁRIO               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| TERCEIRO CICLO DO ENSINO BÁSICO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SEGUNDO CICLO DO ENSINO BÁSICO  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PRIMEIRO CICLO DO ENSINO BÁSICO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SEM ESCOLARIDADE                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| NÃO SABE                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

13. DURANTE A SEMANA, HABITUALMENTE, DEITO-ME ÀS \_\_\_\_\_ HORAS
14. DURANTE A SEMANA, HABITUALMENTE, LEVANTO-ME ÀS \_\_\_\_\_ HORAS
15. DURANTE A SEMANA, HABITUALMENTE, DURMO \_\_\_\_\_ HORAS
16. AOS FINS-DE-SEMANA, HABITUALMENTE, DEITO-ME ÀS \_\_\_\_\_ HORAS
17. AOS FINS-DE-SEMANA, HABITUALMENTE, LEVANTO-ME-ME ÀS \_\_\_\_\_ HORAS
18. DURANTE OS FINS-DE-SEMANA, HABITUALMENTE, DURMO \_\_\_\_\_ HORAS
19. HABITUALMENTE, COSTUMA TOMAR **PEQUENO-ALMOÇO**
- SIM  ÀS \_\_\_\_\_ HORAS
- NÃO

**SE RESPONDEU NÃO PASSE À QUESTÃO Nº 24**

20. HABITUALMENTE, TOMA O **PEQUENO-ALMOÇO**
- EM CASA
- NA ESCOLA
- NOUTRO LOCAL  QUAL \_\_\_\_\_
21. COSTUMA TOMAR O **PEQUENO-ALMOÇO**
- SENTADO
- EM PÉ
- NA CAMA
22. COM QUEM COSTUMA TOMAR O **PEQUENO-ALMOÇO** \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

23. HABITUALMENTE, AO PEQUENO-ALMOÇO COME

ALIMENTOS	FREQUÊNCIA MÉDIA						QUANTIDADE
	NUNCA OU < 1 MÊS	1 - 3 POR MÊS	1 POR SEMANA	2 - 4 POR SEMANA	5 - 6 POR SEMANA	SEMPRE	
LEITE GORDO							_____ CHÁVENA (= 250ml)
LEITE MAGRO, MEIO GORDO							_____ CHÁVENA (= 250ml)
YOGURTES							_____ UNIDADES
QUEIJO							_____ FATIAS
FIAMBRE/CARNES FRIAS							_____ FATIAS
MANTEIGA							XXXXXXXXXXXXXXXXXX
MARGARINA							XXXXXXXXXXXXXXXXXX
DOCE/COMPOTA							_____ COLHERES DE CHÁ
PÃO							_____ UNIDADES/ FATIAS
BOLOS							_____ UNIDADES
BOLACHAS TIPO MARIA, ÁGUA E SAL OU INTEGRAIS							_____ BOLACHAS
OUTRAS BOLACHAS OU BISCOITOS							_____ BOLACHAS
CEREAIS							_____ TAÇA/PRATO
FRUTA							_____ PEÇAS
OVOS							_____ UNIDADES
SALSICHAS/BACON							_____ UNIDADES/ FATIAS
SUMOS NATURAIS							_____ COPOS
SUMOS DE PACOTE							_____ PACOTES/ COPOS
SNACKS DE CHOCOLATE							_____ UNIDADES

24. HABITUALMENTE, COSTUMA COMER A **MEIO DA MANHÃ**

SIM  ÀS \_\_\_\_\_ HORAS

NÃO

**SE RESPONDEU NÃO PASSE À QUESTÃO Nº 27**

25. ONDE COME, HABITUALMENTE, A **MEIO DA MANHÃ** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

26. HABITUALMENTE, A MEIO DA MANHÃ COME

ALIMENTOS	FREQUÊNCIA MÉDIA						QUANTIDADE
	NUNCA OU < 1 MÊS	1 - 3 POR MÊS	1 POR SEMANA	2 - 4 POR SEMANA	5 - 6 POR SEMANA	SEMPRE	
LEITE GORDO							_____ CHÁVENA (= 250ml)
LEITE MAGRO, MEIO GORDO							_____ CHÁVENA (= 250ml)
LEITE ACHOCOLATADO							_____ PACOTES/COPOS
SUMOS DE PACOTE							_____ PACOTES/COPOS
REFRIGERANTES							____LATAS/GARRAFAS
YOGURTES							_____ UNIDADES
PÃO							____UNIDADES/ FATIAS
QUEIJO							_____ FATIAS
MANTEIGA							XXXXXXXXXXXXXXXX
MARGARINA							XXXXXXXXXXXXXXXX
DOCE/COMPOTA							___ COLHERES DE CHÁ
FIAMBRE/CARNES FRIAS							_____ FATIAS
CEREAIS							_____ TAÇA/PRATO
BOLOS							_____ UNIDADES
RISSÓIS/CROQUETES ETC							_____ UNIDADES
BOLACHAS TIPO MARIA, ÁGUA E SAL OU INTEGRAIS							_____ BOLACHAS
OUTRAS BOLACHAS OU BISCOITOS							_____ BOLACHAS
SNACKS DE CHOCOLATE							_____ UNIDADES
BATATAS FRITAS DE PACOTE							_____ PACOTES

27. HABITUALMENTE, COSTUMA **ALMOÇAR**

SIM  ÀS \_\_\_\_\_ HORAS

NÃO

SE RESPONDEU NÃO PASSE À QUESTÃO Nº 32

28. ONDE COSTUMA, HABITUALMENTE, **ALMOÇAR** \_\_\_\_\_

29. COM QUEM COSTUMA **ALMOÇAR** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



30. HABITUALMENTE COSTUMA **ALMOÇAR**

SENTADO

DE PÉ

31. HABITUALMENTE, AO **ALMOÇO** COME

ALIMENTOS	FREQUÊNCIA MÉDIA						QUANTIDADE
	NUNCA OU < 1 MÊS	1 - 3 POR MÊS	1 POR SEMANA	2 - 4 POR SEMANA	5 - 6 POR SEMANA	SEMPRE	
CARNE VACA, PORCO, CABRITO							_____ PORÇÃO (150g)
FRANGO, PERÚ, COELHO							_____ PORÇÃO (150g)
PEIXE							_____ PORÇÃO (150g)
PEIXE DE CONSERVA							_____ LATAS
OVOS							_____ UNIDADES
SALSICHAS							_____ UNIDADES
ARROZ/MASSA							_____ COLHERES SOPA
BATATAS COZIDAS ASSADAS							_____ UNIDADES
BATATAS FRITAS EM CASA							_____ PRATO
BATATAS FRITAS DE PACOTE							__ PACOTE PEQUENO(30g)
LEGUMES COZINHADOS							_____ COLHERES SOPA
ALFACE, AGRIÃO							_____ PRATO
TOMATE, CENOURA							_____ PRATO
FEIJÃO/GRÃO/LENTILHAS							_____ COLHERES SOPA
FAVAS/ERVILHAS							_____ COLHERES SOPA
SOPA DE LEGUMES							_____ PRATO/TIGELA
PÃO							_____ UNIDADES/FATIAS
FRUTA							_____ PEÇAS
FRUTA DE CONSERVA							_____ METADES/RODELAS
SUMOS NATURAIS							_____ COPOS
SUMOS DE PACOTE							_____ PACOTES/ COPOS
REFRIGERANTES							_____ LATAS/GARRAFAS
MAIONESE							_ COLHERES SOBREMESA

32. HABITUALMENTE, COSTUMA **LANCHAR**

SIM  ÀS \_\_\_\_\_ HORAS

NÃO

**SE RESPONDEU NÃO PASSE À QUESTÃO Nº 37**

33. ONDE COSTUMA, HABITUALMENTE **LANCHAR** \_\_\_\_\_

34. COM QUEM COSTUMA **LANCHAR** \_\_\_\_\_

35. HABITUALMENTE COSTUMA **LANCHAR**

SENTADO

DE PÉ

36. HABITUALMENTE, AO **LANCHE** COME

ALIMENTOS	FREQUÊNCIA MÉDIA						QUANTIDADE
	NUNCA OU < 1 MÊS	1 - 3 POR MÊS	1 POR SEMANA	2 - 4 POR SEMANA	5 - 6 POR SEMANA	SEMPRE	
LEITE GORDO							_____ CHÁVENA (= 250ml)
LEITE MAGRO, MEIO GORDO							_____ CHÁVENA (= 250ml)
LEITE ACHOCOLATADO							_____ PACOTES/COPOS
SUMOS DE PACOTE							_____ PACOTES/COPOS
REFRIGERANTES							_____ LATAS/GARRAFAS
YOGURTES							_____ UNIDADES
PÃO							_____ UNIDADES/ FATIAS
QUEIJO							_____ FATIAS
MANTEIGA							XXXXXXXXXXXXXXXX
MARGARINA							XXXXXXXXXXXXXXXX
DOCE/COMPOTA							___ COLHERES DE CHÁ
FIAMBRE/CARNES FRIAS							_____ FATIAS
CEREAIS							_____ TAÇA/PRATO
BOLOS							_____ UNIDADES
BOLACHAS TIPO MARIA, ÁGUA E SAL OU INTEGRAIS							_____ BOLACHAS
OUTRAS BOLACHAS OU BISCOITOS							_____ BOLACHAS
RISSÓIS/CROQUETES ETC							_____ UNIDADES
SNACKS DE CHOCOLATE							_____ UNIDADES
BATATAS FRITAS DE PACOTE							_____ PACOTES

37. HABITUALMENTE, COSTUMA **JANTAR**

SIM  ÀS \_\_\_\_\_ HORAS

NÃO

**SE RESPONDEU NÃO PASSE À QUESTÃO Nº 42**

38. ONDE COSTUMA, HABITUALMENTE **JANTAR** \_\_\_\_\_

39. COM QUEM COSTUMA **JANTAR** \_\_\_\_\_

40. HABITUALMENTE COSTUMA **JANTAR**

SENTADO

DE PÉ

41. HABITUALMENTE, AO **JANTAR** COME

ALIMENTOS	FREQUÊNCIA MÉDIA						QUANTIDADE
	NUNCA OU < 1 MÊS	1 - 3 POR MÊS	1 POR SEMANA	2 - 4 POR SEMANA	5 - 6 POR SEMANA	SEMPRE	
CARNE VACA, PORCO, CABRITO							_____ PORÇÃO (150g)
FRANGO, PERÚ, COELHO							_____ PORÇÃO (150g)
PEIXE							_____ PORÇÃO (150g)
PEIXE DE CONSERVA							_____ LATAS
OVOS							_____ UNIDADES
SALSICHAS							_____ UNIDADES
ARROZ/MASSA							_____ COLHERES SOPA
BATATAS COZIDAS OU ASSADAS							_____ UNIDADES
BATATAS FRITAS EM CASA							_____ PRATO
BATATAS FRITAS DE PACOTE							_____ PACOTES PEQUENOS (30g)
LEGUMES COZINHADOS							_____ COLHERES SOPA
ALFACE, AGRIÃO							_____ PRATO
TOMATE/CENOURA							_____ PRATO
FEIJÃO/GRÃO/LENTILHAS							_____ COLHERES SOPA
FAVAS/ERVILHAS							_____ COLHERES SOPA
SOPA DE LEGUMES							_____ PRATO/TIGELA
PÃO							_____ UNIDADES/FATIAS
FRUTA							_____ PEÇAS
FRUTA DE CONSERVA							_____ METADES/RODELAS
SUMOS NATURAIS							_____ COPOS
SUMOS DE PACOTE							_____ PACOTES/ COPOS
REFRIGERANTES							_____ LATAS/GARRAFAS
MAIONESE							_____ COLHERES SOBREMESA

42. HABITUALMENTE, COSTUMA **CEAR** (REFEIÇÃO ENTRE O JANTAR E A HORA DE DEITAR)

SIM  ÀS \_\_\_\_\_ HORAS

NÃO

**SE RESPONDEU NÃO PASSE À QUESTÃO Nº 44**

43. HABITUALMENTE, À **CEIA**. COME

ALIMENTOS	FREQUÊNCIA MÉDIA						QUANTIDADE
	NUNCA OU < 1 MÊS	1 - 3 POR MÊS	1 POR SEMANA	2 - 4 POR SEMANA	5 - 6 POR SEMANA	SEMPRE	
LEITE GORDO							_____ CHÁVENA (= 250ml)
LEITE MAGRO, MEIO GORDO							_____ CHÁVENA (= 250ml)
YOGURTES							_____ UNIDADES
CEREAIS							_____ TAÇA/PRATO
PÃO/TOSTAS							___ FATIAS/UNIDADES
QUEIJO							_____ FATIAS
FIAMBRE/CARNES FRIAS							_____ FATIAS
MANTEIGA							XXXXXXXXXXXXXXXX
MARGARINA							XXXXXXXXXXXXXXXX
BOLACHAS TIPO MARIA, ÁGUA E SAL OU INTEGRAIS							_____ BOLACHAS
OUTRAS BOLACHAS OU BISCOITOS							_____ BOLACHAS
SNACKS DE CHOCOLATE							_____ UNIDADES
BOLOS							_____ UNIDADES

44. QUANTOS COPOS DE ÁGUA (150 ml) BEBE, HABITUALMENTE, POR DIA \_\_\_\_\_

45. COSTUMA COMER *FAST-FOOD* (POR EX: PIZZA, HAMBURGUER, ETC)

SIM  COM QUE REGULARIDADE \_\_\_\_\_

NÃO

46. COM QUEM COSTUMA IR AOS RESTAURANTES DE *FAST-FOOD* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

47. MENCIONE A FORMA COMO GOSTA MAIS DOS ALIMENTOS COZINHADOS, ATRIBUINDO 5 AO(S) TIPO(S) DE COZINHADO QUE GOSTA MAIS E 1 AO(S) QUE GOSTA MENOS

FRITOS \_\_\_\_\_

COZIDOS \_\_\_\_\_

ASSADOS \_\_\_\_\_

GRELHADOS \_\_\_\_\_

ESTUFADOS \_\_\_\_\_

48. COSTUMA COMER

GELADOS NÃO  SIM  \_\_\_\_\_ QUANTOS/SEMANA

CHOCOLATES NÃO  SIM  \_\_\_\_\_ QUANTOS/SEMANA

REBUÇADOS NÃO  SIM  \_\_\_\_\_ QUANTOS/SEMANA

CHICLETES NÃO  SIM  \_\_\_\_\_ QUANTAS/SEMANA

GOMAS NÃO  SIM  \_\_\_\_\_ QUANTAS/SEMANA

49. HABITUALMENTE, COSTUMA BEBER CAFÉ

SIM  NÃO

**SE RESPONDEU NÃO PASSE À QUESTÃO Nº 52**

50. QUANTOS CAFÉS POR SEMANA \_\_\_\_\_

51. O QUE USA PARA ADOÇAR \_\_\_\_\_

52. CONSIDERA QUE TEM O PESO ADEQUADO À SUA ALTURA

SIM  NÃO

53. SE CONSIDERA QUE NÃO, PENSA QUE TEM PESO A MAIS OU A MENOS \_\_\_\_\_

54. ESTÁ SATISFEITO COM A SUA FORMA FÍSICA

SIM  NÃO

55. MENCIONE PORQUÊ \_\_\_\_\_

56. JÁ ALGUMA VEZ FEZ DIETA

SIM  NÃO

**SE RESPONDEU NÃO PASSE À QUESTÃO Nº 59**

57. FOI RECOMENDADA POR ALGUÉM

SIM  QUEM \_\_\_\_\_

NÃO

58. QUAL A RAZÃO PORQUE FEZ DIETA \_\_\_\_\_

59. PRÁTICA ALGUMA ACTIVIDADE FÍSICA (PODE CONSIDERAR PASSEIO A PÉ MAIS DE 30 MINUTOS SEGUIDOS)

SIM  QUAL/QUAIS \_\_\_\_\_

NÃO

**SE RESPONDEU NÃO PASSE À QUESTÃO Nº 62**

60. QUANTAS VEZES POR SEMANA \_\_\_\_\_

61. QUANTAS HORAS DE CADA VEZ \_\_\_\_\_

62. QUANTAS HORAS PASSA EM MÉDIA A VER TV  
DURANTE A SEMANA. \_\_\_\_\_ HORAS DURANTE O FIM-DE-SEMANA \_\_\_\_\_ HORAS

63. QUANTAS HORAS PASSA EM MÉDIA NO COMPUTADOR E/OU A JOGAR NA PLAYSTATION  
DURANTE A SEMANA. \_\_\_\_\_ HORAS DURANTE O FIM-DE-SEMANA \_\_\_\_\_ HORAS

64. **FUMA**  
SIM  NÃO

65. QUANTOS CIGARROS FUMA POR DIA \_\_\_\_\_

66. COM QUE IDADE COMEÇOU A FUMAR \_\_\_\_\_

67. PORQUE COMEÇOU A FUMAR \_\_\_\_\_

SE ALGUMA VEZ DEIXOU DE FUMAR DIGA

68. HÁ QUANTO TEMPO \_\_\_\_\_

69. DURANTE QUANTO TEMPO \_\_\_\_\_

70. PORQUE VOLTOU A FUMAR \_\_\_\_\_

**SE NÃO FUMA PASSE À QUESTÃO Nº 76**

71. GOSTARIA DE DEIXAR DE FUMAR  
SIM  NÃO

72. GOSTARIA DE REDUZIR O NÚMERO DE CIGARROS QUE FUMA  
SIM  NÃO

73. OS SEUS PAIS SABEM QUE FUMA  
SIM  NÃO

74. OS SEUS PAIS AUTORIZAM-NO A FUMAR  
SIM  NÃO

75. FUMA EM CASA  
SIM  NÃO

76. A MAIORIA DOS SEUS AMIGOS FUMA  
SIM  NÃO

77. DAS PESSOAS COM QUEM VIVE FUMAM  
PAI  MÃE  IRMÃOS  AVÔ  AVÓ  OUTROS  QUAIS

78. COSTUMA BEBER BEBIDAS ALCOÓLICAS  
SIM

NÃO

**SE RESPONDEU NÃO PASSE À QUESTÃO Nº 87**

79. COM QUE IDADE COMEÇOU A BEBER \_\_\_\_\_

80. QUE TIPO DE BEBIDAS COSTUMA A BEBER \_\_\_\_\_

81. A SEMANA PASSADA BEBEU

CERVEJA NÃO  SIM  Nº DE GARRAFAS/COPOS \_\_\_\_\_

VINHO NÃO  SIM  Nº DE COPOS \_\_\_\_\_

UÍSQE NÃO  SIM  Nº DE COPOS \_\_\_\_\_

AGUARDENTE NÃO  SIM  Nº DE COPOS \_\_\_\_\_

OUTROS NÃO  SIM  QUAIS \_\_\_\_\_ Nº DE COPOS \_\_\_\_\_

QUAIS \_\_\_\_\_ Nº DE COPOS \_\_\_\_\_

82. ONDE COSTUMA BEBER \_\_\_\_\_

83. COM QUEM COSTUMA BEBER \_\_\_\_\_

84. JÁ ALGUMA VEZ SE EMBEBEDOU

SIM  NÃO

85. GOSTARIA DE DEIXAR DE BEBER

SIM

NÃO  PORQUÊ \_\_\_\_\_

86. OS SEUS PAIS SABEM QUE CONSOME BEBIDAS ALCOÓLICAS

SIM  NÃO

87. A MAIORIA DOS SEUS AMIGOS CONSOME, HABITUALMENTE, BEBIDAS ALCOÓLICAS

SIM  NÃO

88. NA SUA FAMÍLIA CONSUMEM, HABITUALMENTE, BEBIDAS ALCOÓLICAS

PAI	NÃO	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	DE QUE TIPO _____	QUANTIDADE _____
MÃE	NÃO	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	DE QUE TIPO _____	QUANTIDADE _____
IRMÃOS	NÃO	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	DE QUE TIPO _____	QUANTIDADE _____

89. JÁ TEVE RELAÇÕES SEXUAIS

SIM  NÃO

**SE RESPONDEU NÃO PASSE À QUESTÃO Nº 110**

90. QUE IDADE TINHA QUANDO TEVE RELAÇÕES SEXUAIS PELA PRIMEIRA VEZ \_\_\_\_\_

91. UTILIZOU ALGUM MÉTODO ANTICONCEPCIONAL

SIM  QUAL \_\_\_\_\_

- NÃO  PORQUÊ \_\_\_\_\_
- 
92. SE SIM, QUEM LHE ACONSELHOU ESSE MÉTODO ANTICONCEPCIONAL \_\_\_\_\_
- 
93. COM QUE REGULARIDADE TEM RELAÇÕES SEXUAIS
- MENOS DE UMA POR MÊS
- MAIS DE UMA POR MÊS  FREQUÊNCIA \_\_\_\_\_
94. UTILIZA ALGUM MÉTODO ANTICONCEPCIONAL
- SIM  QUAL \_\_\_\_\_
- NÃO
95. SE SIM, PORQUE ESCOLHEU ESSE MÉTODO ANTICONCEPCIONAL \_\_\_\_\_
- 
96. SE UTILIZA ANTICONCEPCIONAIS ONDE OS AQUIRE \_\_\_\_\_
97. QUANTOS PARCEIROS SEXUAIS, DIFERENTES, JÁ TEVE \_\_\_\_\_
98. NESTE MOMENTO TEM ALGUM PARCEIRO SEXUAL
- SIM  NÃO
99. QUAL O LOCAL/LOCAIS ONDE COSTUMA TER RELAÇÕES SEXUAIS \_\_\_\_\_
- 
100. JÁ TEVE ALGUMA DOENÇA OU INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL
- SIM  NÃO
101. FOI TRATADO
- SIM  POR QUEM \_\_\_\_\_
- NÃO
102. REFERIU ESSA DOENÇA OU INFECÇÃO AO PARCEIRO/A
- SIM  NÃO
103. O PARCEIRO/A FOI TRATADO/A
- SIM  POR QUEM \_\_\_\_\_
- NÃO
104. DAS RELAÇÕES SEXUAIS QUE TEVE RESULTOU ALGUMA GRAVIDEZ
- SIM  NÃO
105. SE SIM, COMO PROCEDEU \_\_\_\_\_
- 
106. JÁ ALGUMA VEZ FOI A UMA CONSULTA DE PLANEAMENTO FAMILIAR
- SIM  ONDE \_\_\_\_\_ NÃO
107. JÁ ALGUMA VEZ SE ACONSELHOU SOBRE A SUA ACTIVIDADE SEXUAL COM
- ENFERMEIRA/O SIM  NÃO



MÉDICA/O      SIM  NÃO

108. OS SEUS PAIS SABEM DA SUA ACTIVIDADE SEXUAL

PAI    SIM  NÃO

MÃE    SIM  NÃO

109. SE SABEM, COMO É QUE ELES ACEITAM A SUA ACTIVIDADE SEXUAL? MENCIONE PORQUÊ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

110. SABE QUAIS SÃO OS RISCOS DE TER UMA RELAÇÃO SEXUAL SEM UTILIZAR PRESERVATIVO

SIM  QUAIS \_\_\_\_\_

NÃO

111. SABE QUAIS SÃO OS RISCOS DE TER UMA RELAÇÃO SEXUAL SEM UTILIZAR PÍLULA

SIM  QUAIS \_\_\_\_\_

NÃO

112. DURANTE O SEU TEMPO DE ESCOLA ALGUMA VEZ LHE FALARAM DE

ALIMENTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA	NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/>	QUEM _____	ONDE _____
MALEFÍCIOS DO ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA	NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/>	QUEM _____	ONDE _____
MALEFÍCIOS DO TABACO NA ADOLESCÊNCIA	NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/>	QUEM _____	ONDE _____
EDUCAÇÃO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA	NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/>	QUEM _____	ONDE _____
CONTRACEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA	NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/>	QUEM _____	ONDE _____

113. GOSTARIA DE RECEBER MAIS FORMAÇÃO SOBRE ALGUM DESTES TEMAS

SIM  POR QUEM \_\_\_\_\_ ONDE \_\_\_\_\_

NÃO

114. SE SIM, QUAIS OS TEMAS \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO



ANEXO 2:

TESTE DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS – ALIMENTAÇÃO  
E SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA



## ALIMENTAÇÃO E SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

1. Que refeições devo fazer no meu dia a dia? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. Que quantidade de leite (litros) devo beber por dia? \_\_\_\_\_
3. Quantas peças de fruta devo comer por dia? \_\_\_\_\_
4. Beber sumos "light" é o mesmo que beber água  
Verdadeiro  Falso
5. A carne e o peixe são os alimentos mais ricos em fibras  
Verdadeiro  Falso
6. Um comportamento alimentar desadequado é um factor de risco para o aparecimento de cancro  
Verdadeiro  Falso
7. Mencione duas doenças que podem advir de maus hábitos alimentares \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. Qual deve ser o principal fornecedor de cálcio na nossa alimentação? \_\_\_\_\_
9. Que quantidade (em litros) de água devo beber por dia? \_\_\_\_\_
10. Os legumes e as frutas são ricos em magnésio e em fibras  
Verdadeiro  Falso
11. A sexualidade humana é mais do que uma relação sexual entre dois seres  
Verdadeiro  Falso
12. Numa relação amorosa rapazes e raparigas têm os mesmos direitos e deveres  
Verdadeiro  Falso
13. As raparigas só podem engravidar após a primeira menstruação  
Verdadeiro  Falso
14. Qual ou quais são os métodos anticoncepcionais indicados para prevenir o contágio de infecções/doenças sexualmente transmissíveis? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
15. As jovens quando iniciam actividade sexual devem ir a um ginecologista.  
Verdadeiro  Falso
16. Na adolescência, os métodos naturais de controlo da gravidez são métodos pouco fiáveis.  
Verdadeiro  Falso
17. A eficácia do preservativo depende muito da sua correcta utilização.  
Verdadeiro  Falso
18. As jovens que iniciam precocemente a actividade sexual e trocam com frequência de parceiro, têm um risco aumentado de cancro do colo do útero.  
Verdadeiro  Falso
19. Quais são os métodos anticoncepcionais mais indicados para os adolescentes? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
20. Há algum método anticoncepcional totalmente desaconselhável para adolescentes; se sim, indique qual ou quais. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



ANEXO 3:

PARECER DA COMISSÃO NACIONAL DE PROTECÇÃO DE  
DADOS





Exm<sup>a</sup> Senhora  
Dr.<sup>a</sup> Margarida Reis Santos  
Rua Mestre Guilherme Camarinha, 87  
Habitação 5.2  
4200 – 537 PORTO

N/Ref.<sup>a</sup> 02.02  
Ofic. N<sup>o</sup> 2492  
Data: 2005/06/01

**Assunto: Resposta a Pedido de Autorização para Aplicação de Questionário**

Em resposta ao pedido de autorização para a aplicação um questionário a alunos de escolas secundárias, no âmbito da sua tese de doutoramento, intitulado “Estilos de Vida na Adolescência” informa-se, após análise dos documentos e posterior esclarecimentos enviados, não existir tratamento de dados pessoais não se aplicando, neste caso, a Lei 67/98.

Assim, o trabalho a realizar não carece de Autorização desta CNPD, desde que a responsável pelo tratamento obtenha a colaboração das escolas de forma a dar cumprimento aos seguintes requisitos de anonimização:

a) nos documentos que servem de base à recolha de dados, a responsável deve abster-se de identificar os alunos, designadamente não mencionando os nomes, moradas e/ou números de alunos os quais, directa ou indirectamente, permitem identificar ou tornar identificáveis os inquiridos;

b) a responsável deve abster de consultar a ficha biográfica dos alunos a inquirir e/ou qualquer outro documento que permita identificar ou tornar identificáveis os alunos (por exemplo, por referência a um número de código);

c) a escola não pode ter acesso ao conteúdo dos questionários;

Com os melhores cumprimentos,

*Pe* Secretária da CNPD,

(Isabel Cristina Cruz)

*Ellen Barends*

ANEXO 4:

APRESENTAÇÕES REALIZADAS NAS SESSÕES DE  
EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE



ANEXO 4:

APRESENTAÇÕES (...)

**Aula 1: Sexualidade na adolescência**



# Sexualidade na adolescência

Margarida Reis Santos  
Prof. Esc. Sup. De Enfermagem de S. João

Porto 2005

## Sumário:

- Conceito de adolescente
- Desenvolvimento na adolescência
- Sexualidade na adolescência
- Gravidez na adolescência



Adolescente é todo o indivíduo com idade igual ou superior a 10 anos e inferior a 20 anos.

(OMS, 65; CNSI, 93)

A adolescência como a infância, a idade adulta e a senescência é uma etapa do ciclo vital. É o período que se inicia pelos acontecimentos biológicos que caracterizam a puberdade e termina com a formação de valores e a identidade que caracterizam a idade adulta.

(SAMPAIO, 1993)

A adolescência não é um estágio de desenvolvimento fixo no tempo ou nas manifestações, mas um processo de desenvolvimento através do qual o indivíduo passa da infância para a maturidade.

- Período durante o qual ocorrem mudanças no desenvolvimento físico, psicológico, social e moral.
- É um processo dinâmico de passagem da infância para a idade adulta.

É um período de transformações profundas:

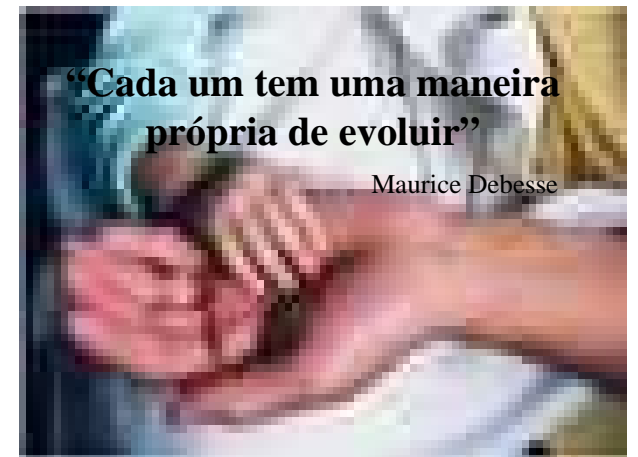
- no corpo,
- nas relações com os pais
- nas relações com outras pessoas

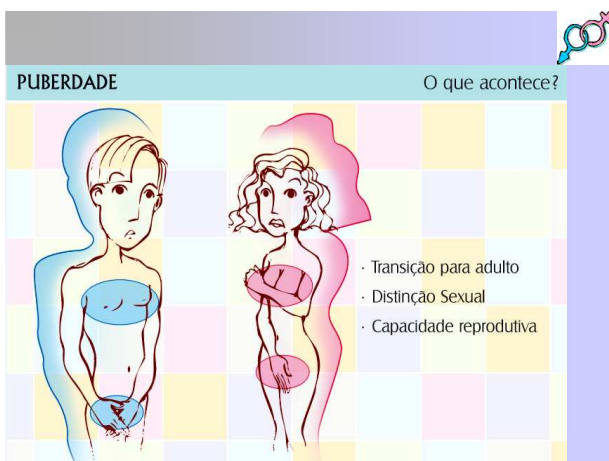
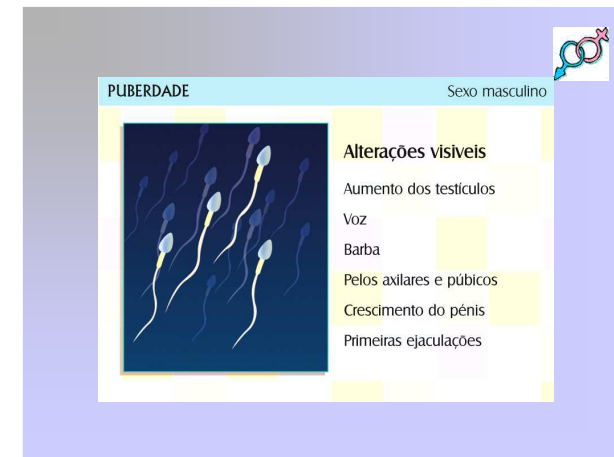
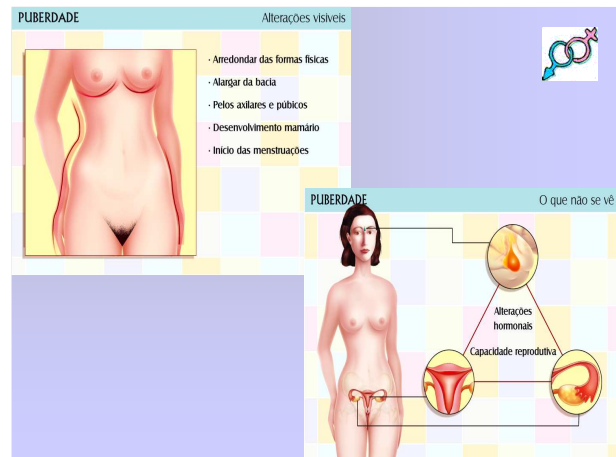
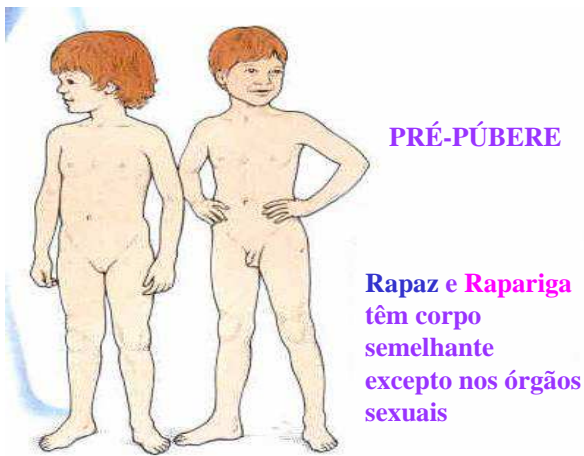


Conflitos e Dificuldades

“Cada um tem uma maneira própria de evoluir”

Maurice Debesse



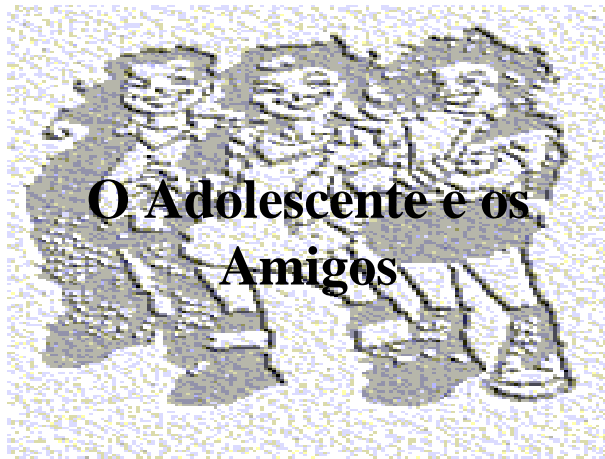




# DESENVOLVIMENTO SOCIAL



- PARES
- FAMÍLIA



## O Adolescente e os Amigos



**Início da adolescência:**

**Grupos geralmente do mesmo sexo**



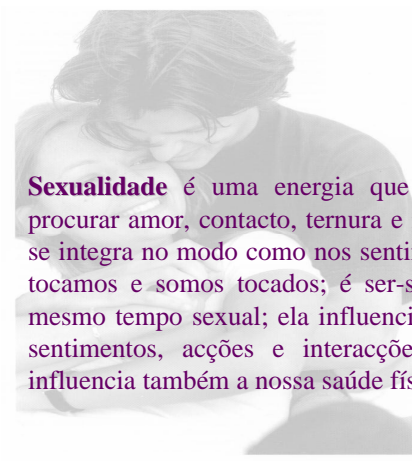
**Fase intermédia:**

**Grupos mistos**



**Fase Final:**

**Par ← → Namoro**



**Sexualidade** é uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade; que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental.

# Sexualidade



Um dinamismo que atinge o ser humano, corpo, alma e sentimento, desde a concepção até à morte, e o leva à doação total de si

# Genitalidade

Vivência de relações e comportamentos sexuais/genitais.  
É apenas uma ínfima parte da sexualidade

# Sexualidade

- Afecto e genitalidade
- Amor e corpo
- Componentes comportamentais, sentimentos e valores

# Genitalidade

- Relação sexual

≠

## A relação rapaz/rapariga deve basear-se :

- No dar e receber
- Na lealdade e respeito
- Na verdade e confiança
- Na igualdade
- Na sensibilidade às necessidades do outro
- Na liberdade, compromisso e exclusividade
- Na partilha e manutenção dos investimentos individuais

## NAMORO → Respeitar o outro

- Opinião
- Sentimentos
- Valores
- Evitar magoar

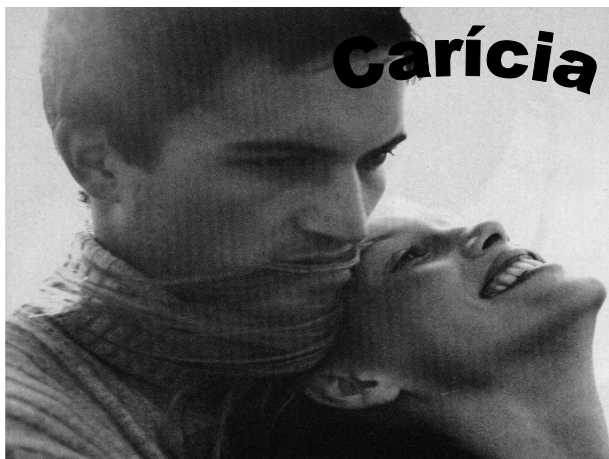
Não querer mudar o outro em função dos nossos desejos

## NAMORO → RELAÇÃO A DOIS

- Troca de olhares
- Andar de mãos dadas
- Segredos/Cochichos
- Carinho
- Beijo
- Toque
- Carícias
- Estar com



# Carícia



# Sedução



# Abraço





raio



Carinho



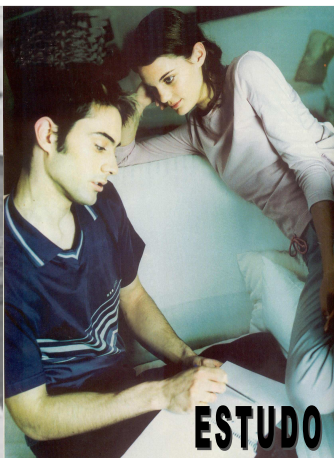
BEIJO



DAR AS MÃOS



LAZER



ESTUDO



TOQUE



Pele com Pele

Relação a dois



Curiosidade sexual

Desejo de atrair



Romance

Relações Sexuais

Para que uma relação se torne mais íntima é, indispensável o amor e afectividade.

A intimidade é construída cuidadosamente e com tempo.

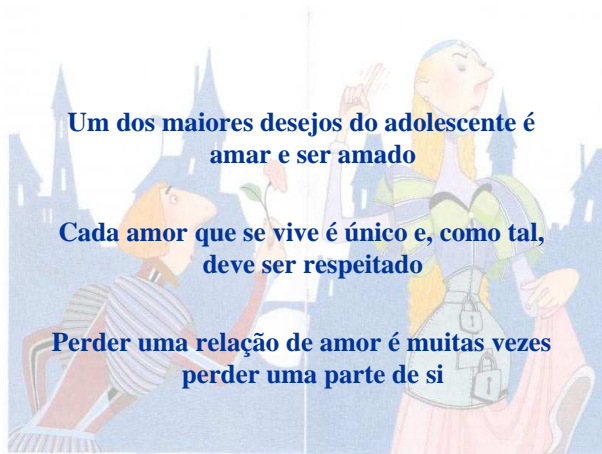
Relação de amor e partilha

É neste tipo de relação que o homem e a mulher se sentem mais completos e realizados.

Para amarmos alguém é preciso gostarmos de nós próprios, porque, uma relação amorosa implica uma partilha do que é mais profundo de nós







Um dos maiores desejos do adolescente é amar e ser amado

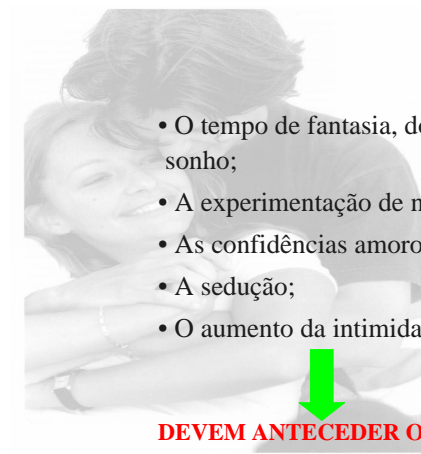
Cada amor que se vive é único e, como tal, deve ser respeitado

Perder uma relação de amor é muitas vezes perder uma parte de si



As relações amorosas podem gerar sofrimento e angústia no adolescente:

- Medo de não ser correspondido
- Medo de ser trocado
- Medo de ser abandonado



- O tempo de fantasia, do desejo e do sonho;
- A experimentação de novas sensações;
- As confidências amorosas;
- A sedução;
- O aumento da intimidade



DEVEM ANTECEDER O ACTO SEXUAL



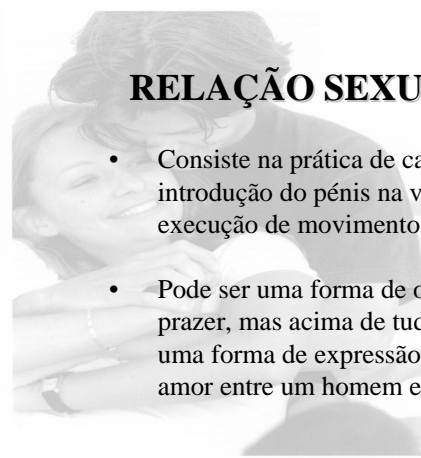
Capacidade de dizer NÃO

NÃO à chantagem



## RELAÇÃO SEXUAL

- Consiste na prática de carícias, introdução do pénis na vagina e execução de movimentos ritmados.
- Pode ser uma forma de obter e dar prazer, mas acima de tudo deve ser uma forma de expressão sexual do amor entre um homem e uma mulher.



## RELAÇÃO SEXUAL

- Forma mais íntima de comunicação e prazer que um homem e uma mulher compartilham
- Procriação → dar vida a outro ser





## Razões pelas quais os jovens se sentem atraídos a ter relações sexuais:

- Procura de identidade sexual
- Curiosidade
- Desejo de correr riscos ou de agir contra as normas sociais
- Pressão do parceiro, do grupo de pares e dos media
- Desejo de emancipação
- Procura de autonomia



## RELAÇÃO SEXUAL



O par deve:

- Tratar-se de igual para igual
- Assumir uma atitude de honestidade
- Estar atento ao prazer do outro
- Aceitar e assumir a responsabilidade dos seus actos
- Proteger-se mutuamente



## A PRIMEIRA VEZ

Pensar com antecedência

Discutir e ponderar qual o momento certo

Usar contraceptivos de modo a prevenir riscos:

- ♦ **Gravidez**
- ♦ **Infeções sexualmente transmissíveis**



Primeiro encontro sexual deve ocorrer:

- Quando o jovem se sentir preparado
- Em circunstâncias de segurança e privacidade



Para evitar desilusão e frustração

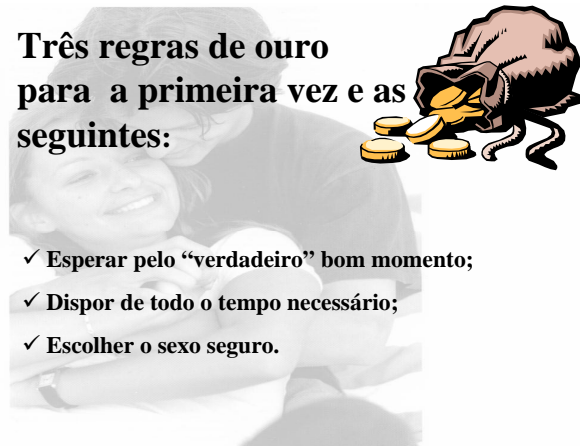


### Qual será o melhor momento?



A melhor altura para a primeira relação sexual é difícil de definir. É necessário que estejam reunidas certas condições sobre **ti mesmo** e sobre o teu **companheiro**, sem falar do **local**, das **circunstâncias**, dos **sentimentos**...

Deves estar atento aos teus sentimentos e aos teus desejos mais autênticos



### Três regras de ouro para a primeira vez e as seguintes:



- ✓ Esperar pelo “verdadeiro” bom momento;
- ✓ Dispor de todo o tempo necessário;
- ✓ Escolher o sexo seguro.



NÃO TE DEIXES PRESSIONAR!  
QUEM TEM QUE DECIDIR, ÉS TU!

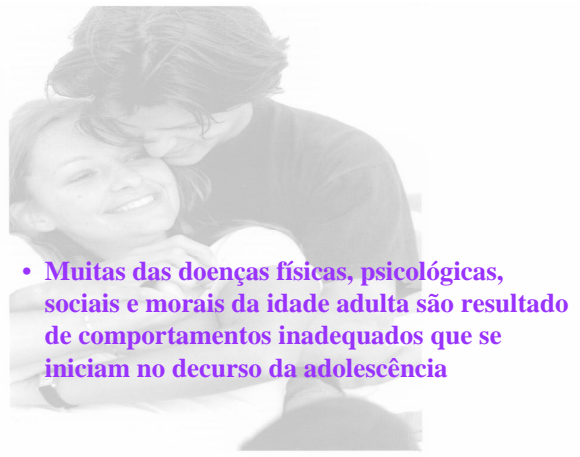
SEGURANÇA

PLANEAMENTO FAMILIAR



• Saúde dos adolescentes depende:

- Condições sanitárias durante a infância
- Forma como o jovem aceita/vivencia as suas transformações
- Influências e pressões do meio
- Comportamentos que assume



• Muitas das doenças físicas, psicológicas, sociais e morais da idade adulta são resultado de comportamentos inadequados que se iniciam no decurso da adolescência





# Sexualidade na Adolescência



**SEXUALIDADE  
VIVIDA DE  
FORMA  
RESPONSÁVEL**



A gravidez e a maternidade ou paternidade na adolescência são um fenómeno social indesejável e uma consequência não intencional do comportamento sexual do jovem



**Gravidez na adolescência**

## PROBLEMAS:

- Nível físico
- Nível psicológico
- Nível social
- Aborto



Gravidez na adolescência implica muitas vezes a interrupção do projecto de vida do adolescente



**ADOLESCÊNCIA SEJA  
O PERÍODO QUE  
MEDEIA ENTRE A  
INFÂNCIA E A  
POBREZA**



**ADOLESCENTE  
IGNORÂNCIA ↔ GRAVIDEZ**

**Não se engravida:**

- Na primeira vez;
- Não houver penetração do pénis;
- Rapaz retirar o pénis antes da ejaculação.



**ADOLESCENTE  
IGNORÂNCIA ↔ GRAVIDEZ**

**Não se engravida:**

- Tiverem relações de pé;
- Se se levantarem logo após a relação;
- Se se lavarem de imediato.



## NÃO ESQUEÇAM:

- ❖ Ficar grávida após uma relação sexual não é um acontecimento raro e sim, uma consequência perfeitamente normal;
- ❖ Pode-se ficar grávida mesmo sendo muito jovem;
- ❖ Podes ficar grávida depois de uma única relação sexual;
- ❖ Podes ficar grávida se não tiverem os cuidados devidos na utilização de um contraceptivo.





**SEXUALIDADE  
VIVIDA DE FORMA  
RESPONSÁVEL**



**PLANEAMENTO FAMILIAR**

**CONTRACEPÇÃO**





ANEXO 4:

APRESENTAÇÕES (...)

**Aula 2: Planejamento familiar  
(Métodos contraceptivos: preservativo)**



# Planeamento Familiar

Margarida Reis Santos

Prof. Esc. Sup. Enfermagem S. João

Porto 2005

**S** Todo o ser humano tem direito  
**e** a viver a sua sexualidade  
**x** desde que:



- Esteja devidamente informado
- Saiba decidir
- Seja responsável dos seus actos

**EDUCAÇÃO SEXUAL**

**P**  
**a**  
**n**  
**e**  
**a**  
**m**  
**e**  
**n**  
**t**  
**o**  
**F**  
**a**  
**m**  
**i**  
**l**  
**i**  
**a**  
**r**

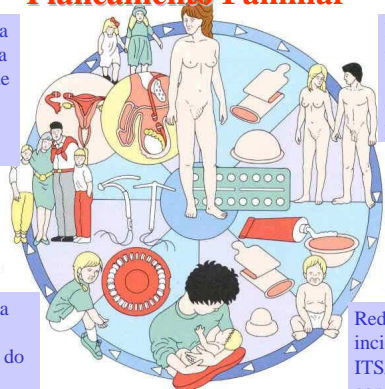
## Planeamento Familiar

É o conjunto de cuidados de saúde que visa ajudar as mulheres e os homens a planearem o nascimento dos seus filhos, a viverem a sua sexualidade de uma forma gratificante, sem o receio de uma gravidez que naquele momento não desejam

Para além disto, o Planeamento Familiar ajuda os casais que têm problemas de infertilidade, actua na prevenção das IST e ajuda no diagnóstico precoce do cancro da mama e do útero.

## Planeamento Familiar

Promover a vivência da sexualidade de forma saudável e segura



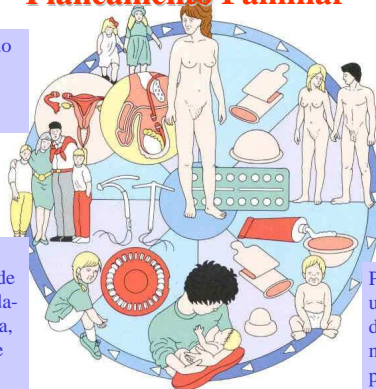
Regular a fecundidade segundo o desejo do par

Melhorar a saúde e o bem-estar do par

Reduzir a incidência das ITS/DTS e suas consequências

## Planeamento Familiar

Rastreio do cancro do útero e da mama



Ajudar os casais que têm problemas de infertilidade

Reduzir a mortalidade e morbidade materna, perinatal e infantil

Preparar para uma maternidade e paternidade responsável

Falar de PLANEAMENTO FAMILIAR

é falar de SEXUALIDADE



PLANEAMENTO FAMILIAR

≠

ANTICONCEPÇÃO OU CONTRACEPÇÃO

## EDUCAÇÃO SEXUAL:

• Conhecer o corpo sexuado e os seus órgãos internos e externos

• Saber definir termos como menarca, ciclo menstrual, menstruação ...

• Conhecer os ritmos do corpo

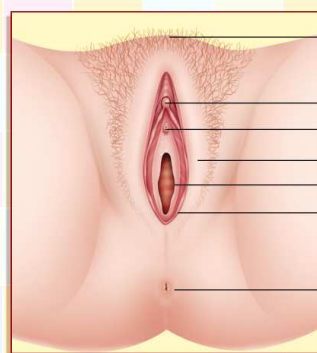
• Conhecer as componentes anátomo-fisiológicas e psicológicas da resposta sexual humana

• Conhecer os mecanismos de reprodução humana e contraceção

• Saber tomar decisões ...

## APARELHO REPRODUTOR

Feminino



Monte de Vénus

Clitoris

Meato uretral

Grandes lábios

Hímen

Pequenos lábios

Ânus

## ÓRGÃOS SEXUAIS FEMININOS

Útero

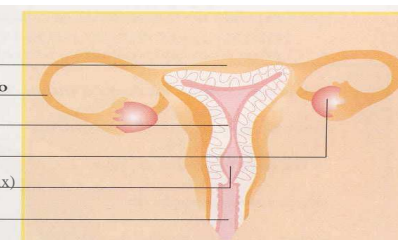
Trompas de Falópio

Endométrio

Ovários

Colo do útero (cérvix)

Vagina



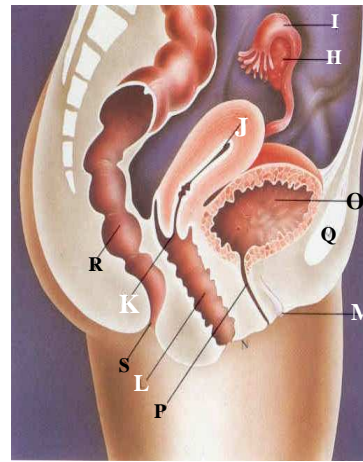
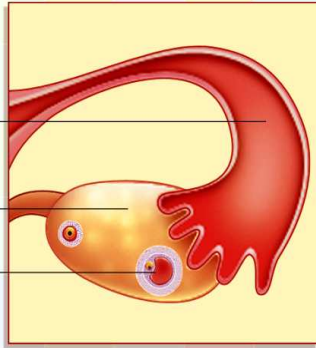
APARELHO REPRODUTOR

Feminino

Trompa

Ovário

Folículo



- H - Ovário
- I - Trompa de Falópio
- J - Útero
- K - Colo do útero
- L - Vagina
- M - Clítoris
- O - Bexiga
- P - Uretra
- Q - Osso do púbis
- R - Recto
- S - Ânus

ÓRGÃOS SEXUAIS MASCULINOS

Canal deferente

Vesículas seminais

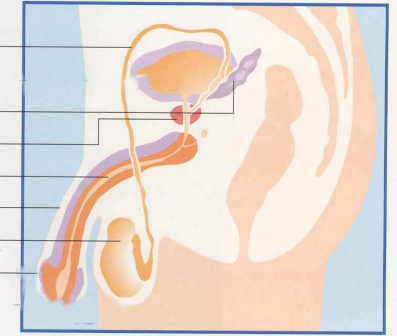
Próstata

Uretra

Pênis

Testículos

Glande



APARELHO REPRODUTOR

Masculino

Vesícula seminal

Canal deferente

Corpos cavernosos

Corpo esponjoso

Pênis

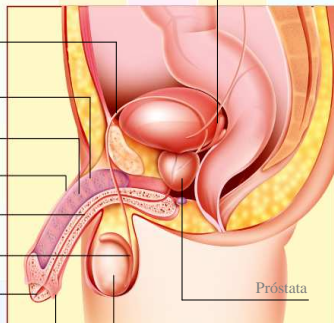
Uretra

Epidídimo

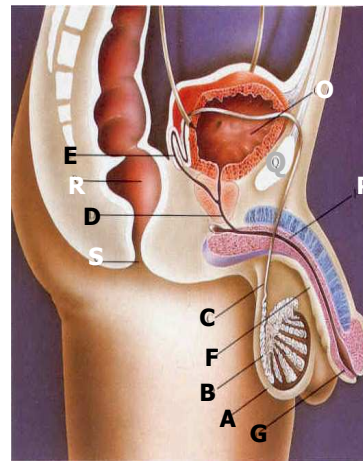
Glande

Testículos

Prepúcio



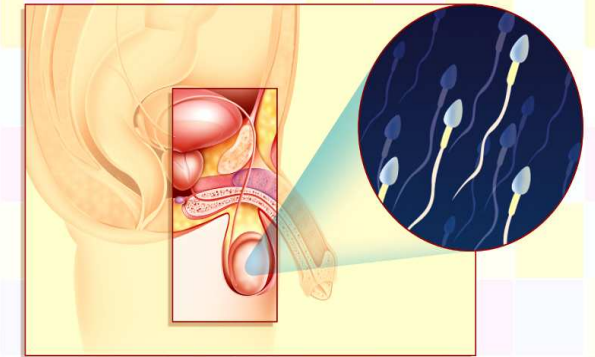
Próstata



- A - Testículo
- B - Epidídimo
- C - Vaso deferente
- D - Próstata
- E - Vesícula seminal
- F - Pênis
- G - Glande do pênis
- O - Bexiga
- P - Uretra
- Q - Osso do púbis
- R - Recto
- S - Ânus

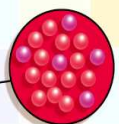
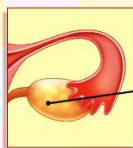
APARELHO REPRODUTOR

Masculino



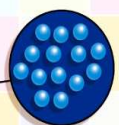
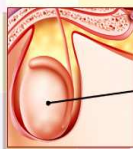
PUBERDADE

O que são Hormonas ?



Hormonas Femininas

Ovários  
Estrogénios e Progesterona

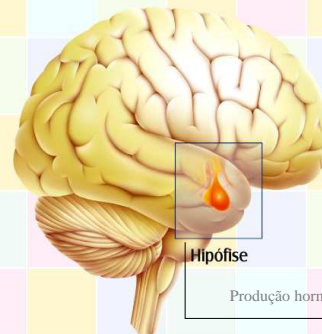


Hormona Masculina

Testículos  
Testosterona

PUBERDADE

Influência Hormonal

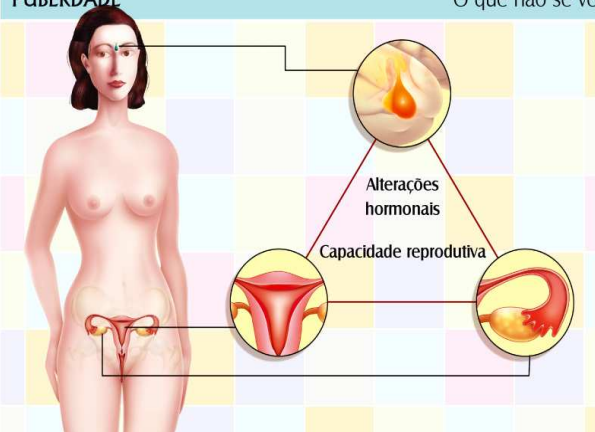


Hipófise

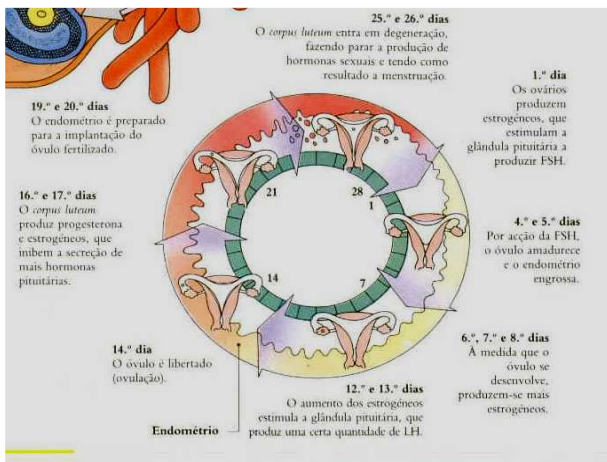
Produção hormonas: FSH e LH

PUBERDADE

O que não se vê







### CICLO MENSTRUAL

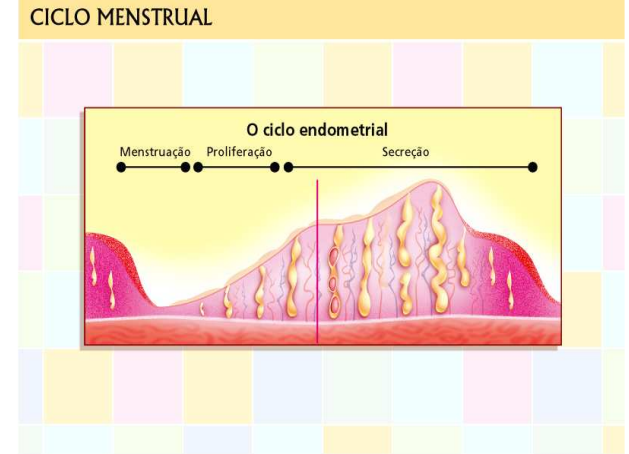
Sexo Feminino

**Intervalo entre o 1º dia de uma menstruação e o 1º dia da menstruação seguinte**  
23 - 35 dias (média de 28 dias)

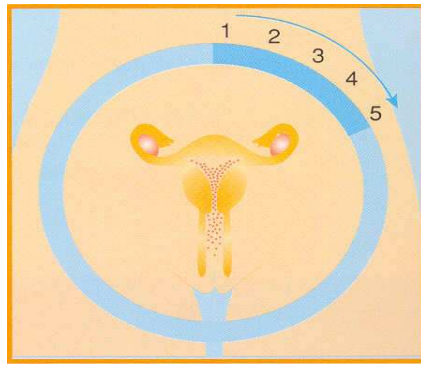
**Duração da menstruação**  
3 - 7 dias

**Ovulação**  
± 14º dia (ciclo de 28 dias)

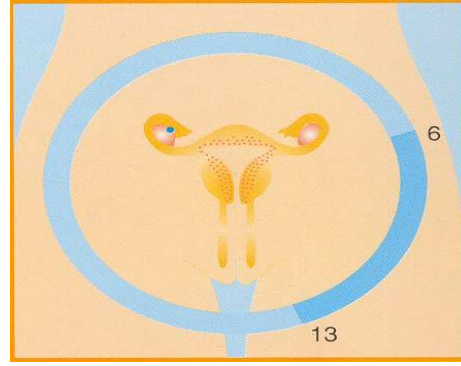
**Período fértil**  
entre o 10º - 17º (num ciclo de 28 dias)



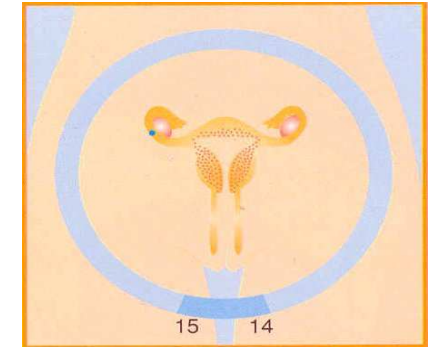
### 1ª FASE – PERÍODO/MENSTRUACÃO



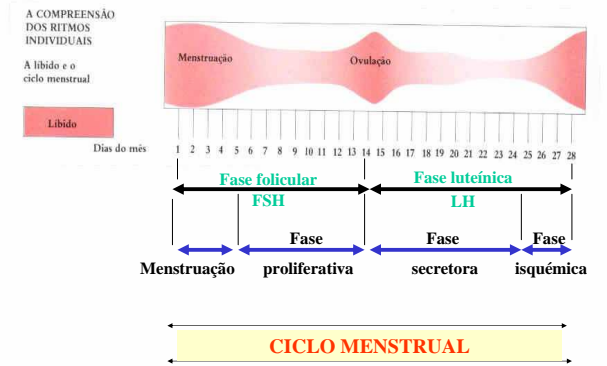
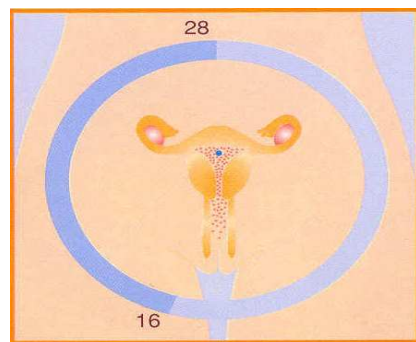
### 2ª FASE – PRÉ-OVULAÇÃO



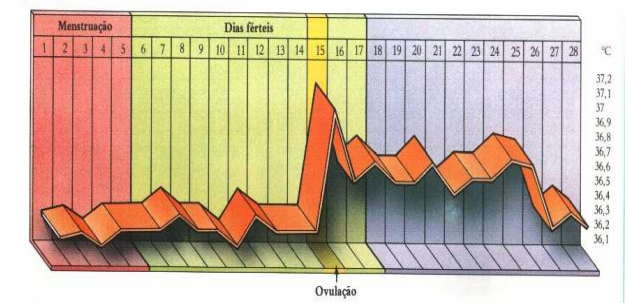
### 3ª FASE - OVULAÇÃO



### 4ª FASE – PÓS-OVULAÇÃO

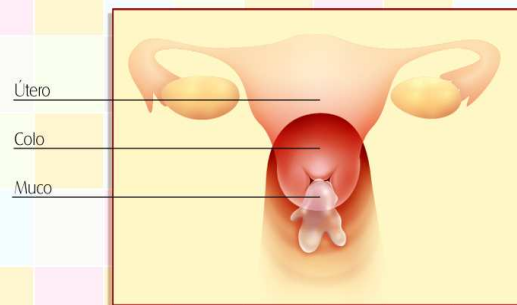


### CICLO MENSTRUAL

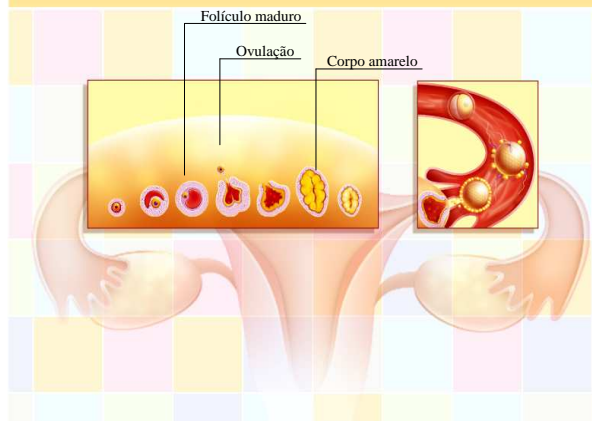


## APARELHO REPRODUTOR

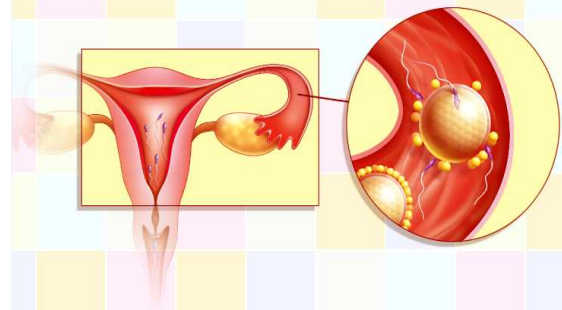
Feminino



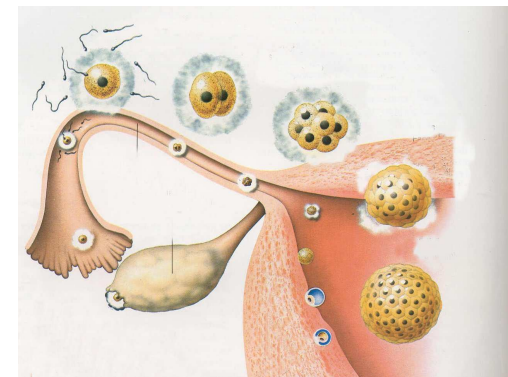
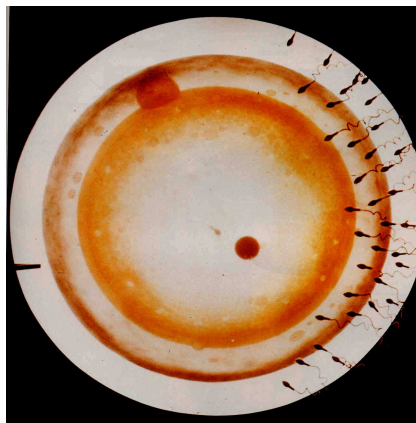
## CICLO OVÁRICO/GRAVIDEZ



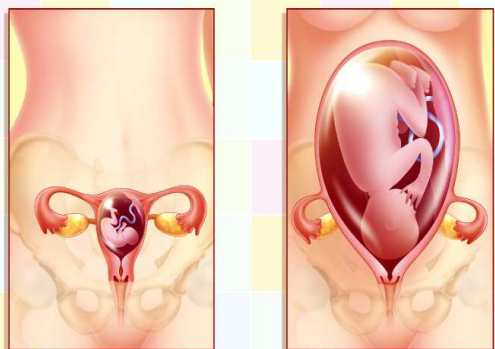
## GRAVIDEZ



## GRAVIDEZ



## GRAVIDEZ



## GRAVIDEZ

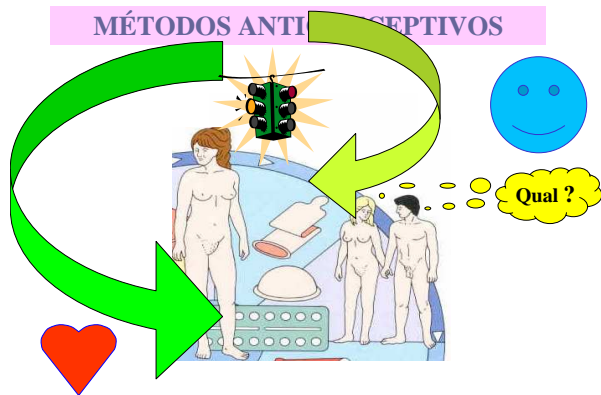


## Contraceção

O objectivo da contraceção é impedir a gravidez. Alguns métodos, como a pílula e a esterilização são virtualmente eficazes em 100%. Outros métodos são menos eficazes.

Utilizar estes métodos menos fiáveis isoladamente, sem a pílula, só é aconselhável se tiveres uma relação estável, na qual, se engravidares, estejas confiante que podes enfrentar as realidades da maternidade.

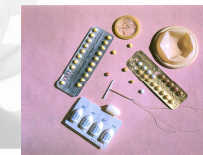




**A CONFIANÇA É A BASE DE UMA BOA RELAÇÃO**



## Métodos Contraceptivos



### MÉTODOS CONTRACEPTIVOS



- **Hormonal**  
Oral: pílula; minipílula;  
pílula do dia seguinte  
Injectável e Implante  
Anel vaginal
- **Local / Barreira**  
Preservativo  
Diafragma  
DIU
- **Natural**  
Abstinência periódica  
Coito interrompido  
Temperatura; muco
- **Esterilização**

### Diferentes métodos...



**... Cada caso uma solução**

### PRESERVATIVO



**Preservativo método contraceptivo mais seguro na protecção das IST**

### Preservativo masculino



## PRESERVATIVO

**Feito em látex, borracha fina e elástica, que permite a sua perfeita adaptação ao pénis.**



## PRESERVATIVO MASCULINO

- Impede contacto entre fluidos corporais (esperma e secreções vaginais)
- Único método que protege das infecções de transmissão sexual (ITS)
- Não necessita de prescrição
- Não tem contra-indicações
- Implica mais os rapazes
- Elevado risco de falha associado em grande medida à falta de experiência



## Como se utiliza?

### Algumas recomendações:

- ✓ Verificar o estado de conservação da embalagem
- ✓ Verificar o prazo de validade



### Algumas recomendações:

Conservar as embalagens dos preservativos:

- ✓ em lugares frescos e afastados do sol directo
- ✓ em local onde a embalagem não se danifique



✓ **SEMPRE À MÃO**



## Abrir a embalagem com cuidado

Unhas ou anéis podem danificar o preservativo

## Segurar o reservatório entre os dedos

## Desenrolar o preservativo

### MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

Preservativo



- Usar sempre durante a relação sexual
- Colocar antecipadamente
- Não é reutilizável



## COMO SE UTILIZA?

## CUIDADOS A TER COM O PRESERVATIVO

- Cada preservativo só pode ser utilizado uma única vez
- Abrir a embalagem com cuidado para não o danificar

## CUIDADOS A TER COM O PRESERVATIVO

- Após utilização dar um nó na extremidade aberta, colocá-lo no lixo e lavar as mãos.

## CUIDADOS A TER COM O PRESERVATIVO

- Retirar o pénis imediatamente após a ejaculação, antes que o seu tamanho diminua, senão este deixa de estar justo e pode deixar passar esperma para a vagina

## Indicações

- A eficácia depende da utilização correcta e sistemática. Quanto mais frequente for a utilização, maior será a facilidade para o usar correctamente e maior será a eficácia.
- Algumas pessoas recusam o preservativo, objectando que o seu uso interrompe a relação sexual, reduz a sensibilidade ou causa embaraço.

## Vantagens:

- ✓ Não é necessário a receita médica;
- ✓ Não tem efeitos sistémicos;
- ✓ Não necessita de supervisão médica;
- ✓ Fácil de adquirir (farmácias, supermercados, consultas de planeamento familiar, etc.);

## Vantagens:

- ✓ Fomenta o envolvimento masculino na contracepção;
- ✓ Fácil de utilizar;
- ✓ Barato;

## Vantagens

- ✓ Melhor protecção contra as IST

## Desvantagens

- ✓ **Nível de segurança na prevenção da gravidez ⇒ mais baixo que a pílula**
- ✓ **Pode romper durante a relação sexual, se não for usado correctamente**

## Desvantagens

- Embora raramente, em alguns indivíduos pode **haver** manifestações alérgicas, ligadas **ao látex** ou ao lubrificante
- **Se não for** usado correctamente, pode rasgar durante o coito ou **ficar retido na vagina**
- Pode interferir negativamente **com o** acto sexual

## PRESERVATIVO + ESPERMICIDA



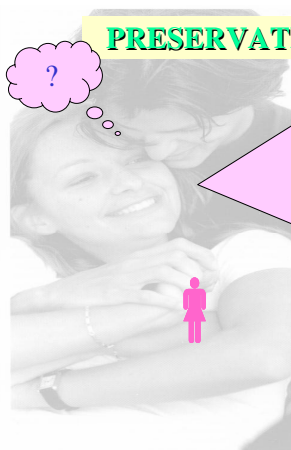
Maior eficácia



## PRESERVATIVO FEMININO



## PRESERVATIVO FEMININO



- Protege das ITS
- Não necessita de prescrição
- Não tem contra-indicações
- Permite a união na fase pós-coital
- É mais resistente que o preservativo masculino
- Pode ser colocado antes da relação
- Implica só raparigas
- **Alto preço**
- **Risco de falha associado em grande medida à falta de experiência**
- Não comercializado em Portugal

ANEXO 4:

APRESENTAÇÕES (...)

**Aula 3: Métodos contraceptivos  
(Pílula, Anel vaginal, Contracepção de emergência)**





# Métodos Contraceptivos

Margarida Reis Santos  
Prof. Esc. Sup. Enfermagem S. João  
Porto 2005



## MÉTODOS CONTRACEPTIVOS Pílula

### Contraceção hormonal oral - pílula

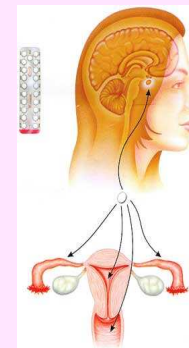
#### Componentes

Estrogénio  
Progestagénio



## PÍLULA ANTICONCEPCIONAL

- Método contraceptivo muito eficaz, quase 100% de eficácia.
- Contraceptivo oral fácil de tomar.
- Tem de ser prescrita pelo médico
- Método reversível



## Pílula - Mecanismo de Acção

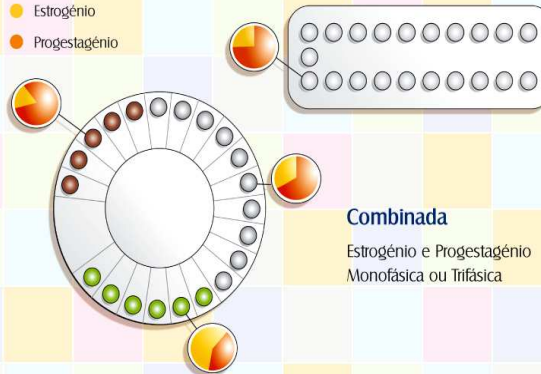


### Pílula - Mecanismo de Acção

- Inibição da ovulação
- Atrofia endometrial
- Espessamento do muco cervical

## MÉTODOS CONTRACEPTIVOS Tipos de Pílula

- Estrogénio
- Progestagénio



## MÉTODOS CONTRACEPTIVOS Mini - Pílula

- Progestagénio

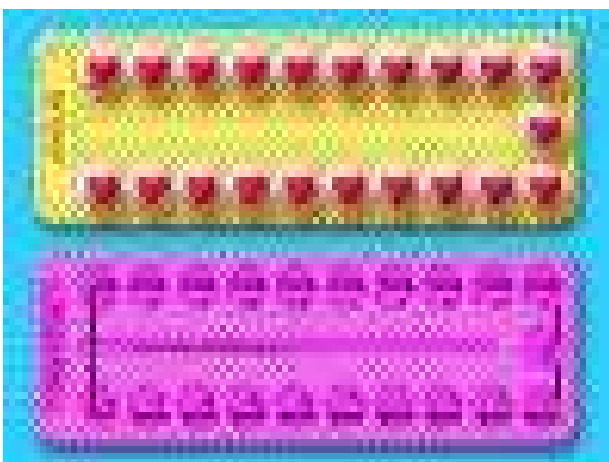


**Mini - Pílula**  
Só com Progestagénio

## MÉTODOS CONTRACEPTIVOS Pílula Combinada

### Administração

- 1º dia da menstruação
- Diária
- 21 comprimidos
- 7 dias de pausa
- Recomeço de nova embalagem
- Hemorragia de privação na pausa
- Eficácia contínua



## PÍLULA

- No caso de diarreias, vómitos, utilização de determinados medicamentos e esquecimento usar outro método complementar
- Se teve vómitos nas 4 horas que se seguiram à toma do comprimido
- Se teve diarreia nas 5 horas que se seguiram à toma

**Continue com a toma da pílulas combinando outro método contraceptivo**



## PÍLULA

- Deve ser prescrita pelo médico
- A adolescente sexualmente activa deve fazer vigilância de saúde
- Protege contra a gravidez
- A adolescente não necessita de autorização dos pais

- Não provoca aumento de peso
- Não provoca esterilidade
- Não provoca cancro da mama ou do útero
- Não protege das ITS
- Não evita o uso do preservativo



## Como se deve tomar a pílula?



## Como se deve tomar a pílula

1º passo:  
ir ao médico



- Centro de Saúde
- Ginecologista
- Centros de Atendimento a Jovens



## NESTAS CONSULTAS

- Explicados os métodos contraceptivos
- Colheita de dados
- Exame físico

**A consulta é estritamente confidencial**



## PÍLULA

### Início do método

- Deve ser iniciada no 1º dia da menstruação
- Tomar diariamente, à mesma hora, durante 21 dias
- Interromper 7 dias
- Recomeçar nova embalagem
- No caso de esquecimento, tomar logo que se lembre num período até 12 horas; se for além das 12 horas deixar o comprimido e só tomar o do dia seguinte, usando outro método associado durante 7 dias



## COMO SE TOMA A PÍLULA?

Exemplo:

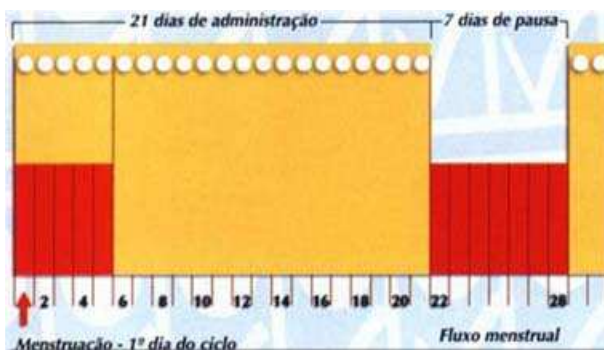
**Início (1º dia da menstruação)**

JANEIRO						
S	F	8	15	22	29	
T	2	9	16	23	30	
Q	3	10	17	24	31	
Q	4	11	18	25		
S	5	12	19	26		
S	6	13	20	27		
D	7	14	21	28		

**NOVA CARTEIRA**  
(mesmo dia da semana)

**Período de "descanso" (7 dias)**

## COMO SE TOMA A PÍLULA?



## Pílula

### O que fazer em caso de esquecimento?



## O que fazer em caso de esquecimento?

✓ Se te esqueceres de tomar um comprimido na hora habitual toma-o o mais rápido possível



✓ Mas se passar mais de 12 horas, não tomes o comprimido esquecido e continua a tomar a pílula normalmente



Utilizar um reforço contraceptivo (preservativo) até ao aparecimento da próxima menstruação

## Vantagens



- **Elevada eficácia contraceptiva** → Depende da utilização correcta
  - Combinado: 0,1-1 gravidezes em 100 mulheres/ano
  - Progestativo: 0,5-1,5 gravidezes em 100 mulheres/ano
- **Regulariza os ciclos menstruais**
- **Controla o fluxo menstrual**
- **Diminui o desconforto pré-menstrual**
- **Diminui as dores menstruais - dismenorrea**

## Vantagens



- **Diminui a ocorrência de quistos da mama e dos ovários**
- **Diminui o risco de cancro do ovário e do útero**
- **Controla o acne**
- **Não afecta a fertilidade (após interrupção)**
- **NÃO INTERFERE COM A RELAÇÃO SEXUAL**

## Desvantagens:

- **Não protege das ITS**
- **É necessário tomar diariamente a horas certas**
- **Certos medicamentos, vómitos e diarreia podem interferir com a sua eficácia**

## CONTRA-INDICAÇÕES



- Tabagismo (reduzir consumo de tabaco)
- Diabetes
- Hipertensão arterial
- Epilepsia
- Problemas cardíacos
- Hepatite
- **SE NÃO HOUVER PRESCRIÇÃO E VIGILÂNCIA MÉDICA**

## CONTRA-INDICAÇÕES

- **Gravidez**
- **Hemorragia genital anormal sem diagnóstico conclusivo**
- **AVC, doença arterial ou coronária, tromboflebite e doença predispondo a acidentes tromboembólicos**
- **Neoplasia hormonodependente**
- **Doença hepática, tumor hepático**

## ADIAR A DATA DA MENSTRUACÃO

Pode fazer-se, embora não seja recomendável fazê-lo com regularidade.

**Mini-pílula:** Quando tomar o último comprimido da embalagem, inicie uma nova embalagem sem efectuar qualquer paragem

**Pílula combinada:** Numa nova embalagem tomar os comprimidos iguais aos que estava a tomar, só pode adiar seis dias, depois fazer a paragem

## Métodos Contraceptivos



### Pílula e Preservativo



**UM É BOM, DOIS É MELHOR!!**



# Ane!

# Vaginal!



## Anel Vaginal

- É um pequeno anel de plástico transparente e flexível, aproximadamente 5,4 cm de diâmetro.
- Liberta continuamente baixas doses de hormonas (estrogénios e progesterona), inibindo a ovulação e evitando a gravidez.
- Doses de hormonas mais baixas que a pílula.

## Anel Vaginal

- Deve ser inserido na vagina e mantido, no lugar, durante 3 semanas. Após este período, retirar o anel.
- Paragem de uma semana. Nestes dias, deverá ocorrer a menstruação
- Após a semana de pausa, um novo anel deve ser inserido para o início de um novo ciclo.
- Só precisa pensar em contraceção uma vez por mês.

## Anel Vaginal

### Colocação:


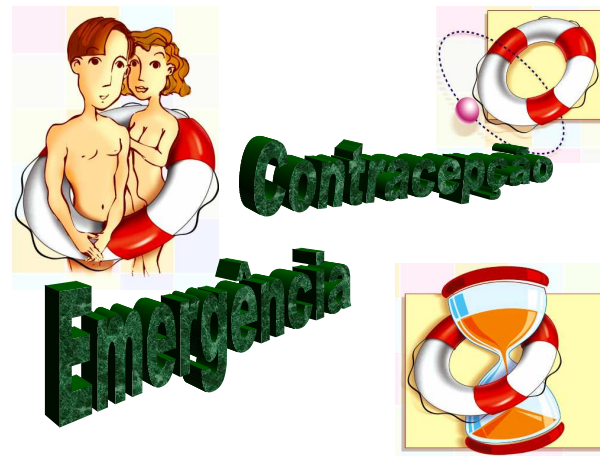
- O anel é introduzido e retirado da vagina pela adolescente ou mulher.
- Fácil de colocar e retirar, semelhante à colocação de um tampão
- Escolha uma posição confortável: deitada, agachada ou em pé com uma perna elevada.

## Anel Vaginal

- Segure o anel entre o polegar e o indicador e pressione-o até que os dois lados fiquem juntos. Insira o anel na vagina e empurre-o até se sentir confortável.
- Se não se sentir confortável introduza o anel um pouco mais fundo.
- Não precisa ser colocado em uma posição exacta para seu perfeito funcionamento.

## Anel Vaginal

- Necessita de prescrição médica.
- Contra-indicações idênticas às da pílula




### CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

**Sempre que tem relações sexuais é importante usar um método anticoncepcional adequado**

Há situações em que pode haver um imprevisto:

- Um preservativo que rompe
- O esquecimento de uma pílula
- Um encontro amoroso, com que não se contava, mas que não foi possível adiar
- Violação

**Nestes caso pode utilizar a pílula do dia seguinte**



### CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

- As pílulas de contraceção de emergência devem ser tomadas **o mais cedo possível** (a primeira toma **o mais tardar até às 72 horas** seguintes à ocorrência de sexo desprotegido).
- Após a contraceção de emergência, se houver mais relações sexuais, deve utilizar-se um método de barreira até ao início de novo ciclo menstrual.



### CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

- Após utilização, **o fluxo menstrual**, de características normais, aparecerá **na altura em que era esperado** ou um pouco antes.
- Eficácia estimada em 92% (80% a 85% se a primeira toma for só às 72 horas).



### CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

- **A pílula do dia seguinte** só deve ser utilizada como um recurso e não como método anticonceptivo





ANEXO 4:

APRESENTAÇÕES (...)

**Aula 4: Outros métodos contraceptivos**





## ESPERMICIDAS

- Tipos: geleias, cremes, espumas, comprimidos vaginais, cones e esponjas
- São substâncias químicas que actuam como barreira
- Pouco eficazes quando usados isoladamente, por isso devem ser utilizados em simultâneo com outro método ⇨ preservativo ou diafragma
- Introduzir o espermicida profundamente na vagina, antes das relações sexuais

## ESPERMICIDAS

- A eficácia depende da utilização correcta e sistemática
- Oferecem alguma protecção contra as ITS e as suas consequências (embora menos que o preservativo)
- Não são teratogénicos.
- Pode ocorrer ligeira irritação ou uma reacção alérgica após a sua utilização

## ESPERMICIDAS

- O intervalo entre a aplicação do espermicida e a relação sexual não deve ultrapassar os 20 a 30 minutos.
- Ler atentamente as instruções de uso que acompanham cada produto específico
- Uma aplicação adicional de espermicida deverá ser utilizada sempre que ocorra nova relação

## ESPERMICIDAS

**Vantagens:**

- Não necessita de prescrição médica
- Fácil de usar
- Pode ser transportado facilmente

**Desvantagens :**

- Baixa protecção na prevenção da gravidez e das ITS quando usado isoladamente

## Diafragma



## Diafragma



- Deve ser colocado no colo do útero antes da relação sexual
- Deve permanecer colocado até 6-8h depois
- Associar com espermicidas
- Pouco recomendável a adolescentes

## Diafragma

- ✓ É uma semi-esfera de borracha ou látex sintético, com formato circular, de uso vaginal. Possui no seu interior um fino aro metálico flexível;
- ✓ Quando é inserido na vagina, forma um círculo e adapta-se à "entrada" do colo do útero
- ✓ Impede o acesso dos espermatozoides à parte vaginal anterior e ao orifício do colo;



## Diafragma

### Eficácia

- ✓ 85%- 15 gravidezes em 100 mulheres/ano
- ✓ Os diafragmas quando correctamente utilizados em conjunto com um pouco de creme ou geleia espermicida tem uma eficácia de 96%;



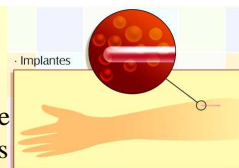
## Diafragma

### Como funciona

- Como a entrada do colo do útero está "selada", os espermatozóides não conseguem passar. O gel espermicida, que é utilizado sempre em conjunto, mata ou imobiliza os espermatozóides.
- Inicialmente, tem de ser colocado por um médico ou enfermeiro, para haver a certeza de que tem a dimensão adequada do colo do útero.
- É inserido nas 6 horas anteriores à relação sexual e removido 6-8 horas (24 horas no máximo) depois.

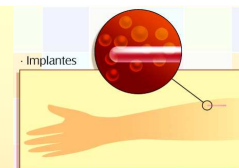


## Implantes hormonais



- Pequeno tubo de plástico que contém apenas progestagénios
- Implantar na parte superior do braço, debaixo da pele (com anestesia local).
- Liberta lentamente doses reduzidas de hormonas, que previnem a ovulação e alteram o revestimento do útero e o muco cervical
- Muito eficaz na prevenção da gravidez

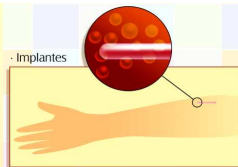
## Implantes hormonais



### Vantagens:

- Não interfere com as relações sexuais.
- Eficaz 24 horas após a inserção e durante um período de 5 anos.
- A fertilidade volta imediatamente após a remoção.
- Ajuda a proteger contra o cancro do útero.

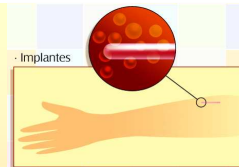
## Implantes hormonais



### Vantagens:

- Pode ser utilizado com segurança após o parto e durante a amamentação
- Opção contraceptiva segura.
- Indolor.
- Reduz o risco de esquecimento, pois evita a necessidade de toma diária.

## Implantes hormonais



### Desvantagens:

- Não protege das ITS
- Por vezes é difícil e doloroso de remover
- Não pode ser utilizado por mulheres com hipertensão, doença cardíaca, hepática, cancro da mama, períodos irregulares, colesterol elevado, ...



## Contraceção Hormonal Injectável



## Contraceção Hormonal Injectável

- Método eficaz e reversível. Eficaz 24h após a administração
- Injecção intramuscular, de progestagénios, no braço, na nádega ou na coxa, até ao 7º dia do ciclo
- Funciona como a pílula, impedindo a ovulação actuando no endométrio e no muco
- Duração doze semanas



## Contraceção Hormonal Injectável

### Vantagens

- Pode ser usada em mulheres que não podem tomar estrogénios
- Não interfere com as relações sexuais
- É muito eficaz e de longa duração
- Menor risco de esquecimento que a pílula
- Ajuda a prevenir o cancro do útero
- É segura na amamentação
- Diminui o risco de gravidez ectópica



## Contraceção Hormonal Injectável

### Desvantagens:

- Provoca irregularidades nos ciclos menstruais, após a paragem pode demorar vários meses até tornar a ter ciclos menstruais normais
- Pode haver um atraso de alguns meses no retorno aos níveis anteriores de fertilidade



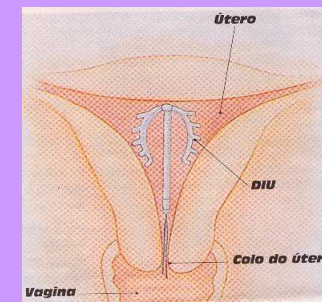
## Contraceção Hormonal Injectável

- Em algumas mulheres, verifica-se um acentuado aumento do apetite, o que pode conduzir ao aumento de peso.
- Nalgumas mulheres pode causar cefaleias, acne, queda de cabelo e diminuição da libido (desejo sexual).
- Não protege contra as ITS.



intra uterino

## Dispositivo intra uterino



## DIU



É um método contraceptivo muito utilizado, actualmente. Exerce o efeito contraceptivo pela sua própria presença no útero, quer dificultando a passagem dos espermatozoides, quer não favorecendo a nidadação.

Deve permanecer no útero até 1 ano após a menopausa

### Eficácia

- ◆ 1 a 3 gravidezes involuntárias em 100 mulheres por ano
- ◆ Aumenta com os anos de utilização
- ◆ Maior nas mulheres com filhos e nas menos jovens



## DIU



Podem ser:

- De plástico;
- De plástico com um pequeno filamento de cobre
- De plástico com um pequeno filamento de prata;
- De plástico com uma substância hormonal – a progesterona.



## DIU



### Vantagens:

- É muito eficaz, reversível e de longa duração (pode estar 5 anos no útero se for de cobre e indefinidamente se for de plástico neutro);
- Não interfere com a amamentação;
- Não interfere no acto sexual;
- Funciona por si só sem depender de mais nada.





## DIU



### Desvantagens:

- ✘ A sua utilização pode tornar o fluxo menstrual mais abundante e prolongado;
- ✘ Nem todas as mulheres se adaptam;
- ✘ Não protege contra as IST's
- ✘ Necessita de ser inserido por um profissional;
- ✘ Pode haver perfuração do útero (1 aplicação em 1000 resulta numa perfuração da parede uterina);



## DIU



### Desvantagens:

- ✘ Pode conduzir à esterilidade definitiva;
- ✘ Pode causar infecção pélvica;
- ✘ Pode causar desconforto;
- ✘ Pode ocorrer expulsão espontânea (algumas vezes a mulher não tem consciência de que a expulsão ocorreu, podendo seguir-se uma gravidez);

## DIU



### Indicações:

- Mulheres que tiveram filhos e desejam uma contraceção muito eficaz e que não podem fazer contraceção hormonal;
- Mulheres que se esquecem, com frequência, de tomar a pílula;
- Fumadoras com mais de 35 anos.

## DIU - Contra-indicações



Não é aconselhável a mulheres:

- que nunca tiveram filhos;
- adolescentes;
- grávidas;
- portadoras de HIV;
- com risco aumentado de contrair ITS;
- suspeitas de neoplasia uterina;
- com anomalias da cavidade uterina;
- com medicação imunossupressora

## DIU



Antes de se decidir a utilizar este método, a mulher deve ir a uma Consulta de Planeamento Familiar



## CONTRACEÇÃO DE EMERGÊNCIA

- Os DIU com cobre, também, podem ser usados como CE
- O **método implícito** a inserção de um DIU no útero, por um médico
- O DIU pode ser inserido em qualquer momento do ciclo, no período máximo de 5 dias, após a relação sexual não protegida.
- Inserido nestas condições, o DIU é o método de CE mais eficaz; menos de 1 em 100 mulheres ficará grávida.

## Eficácia

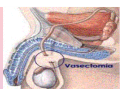
- O DIU pode ser inserido em qualquer momento do ciclo, no período máximo de 5 dias após a relação sexual não protegida.



## Contraceção Cirúrgica



## Contraceção Cirúrgica



- A laqueação de trompas e a vasectomia são métodos contraceptivos para mulheres e homens que não desejam ter mais filhos.
- São muito eficazes, cómodos e permanentes
- Qualquer dos procedimentos é simples e pode ser efectuado com anestesia local
- Não são conhecidos efeitos colaterais a longo prazo
- Não têm efeitos negativos sobre o desejo e a resposta sexual
- A vasectomia só é efectiva após 20 ejaculações ou 3 meses

## Laqueação de Trompas

- Operação simples e segura de curta duração
- É um método muito seguro, mas..., mesmo que a laqueação das trompas seja realizada com êxito, existe sempre a possibilidade de falhar
- Não provoca alterações hormonais, os ovários continuam a funcionar como anteriormente, continuando a produzir óvulos periodicamente.

## Laqueação de Trompas

### Vantagens:

- ✓ Um único procedimento permite uma contraceção segura, eficaz e definitiva;
- ✓ Não interfere com a amamentação;
- ✓ Não interfere com o acto sexual;
- ✓ Não tem efeitos colaterais ou riscos para a saúde a longo prazo;
- ✓ Elimina o receio de uma gravidez não desejada

## Laqueação de Trompas

### Desvantagens:

- ✘ Requer exame físico e um procedimento cirúrgico;
- ✘ Reverter o método é difícil, caro e não disponível em todos os serviços;
- ✘ Não protege contra as ITS;
- ✘ Podem surgir algumas complicações imediatas (embora raras), como infecção ou hemorragia e lesão de órgãos;
- ✘ Nos casos raros de falha do método, há maior risco de gravidez ectópica.

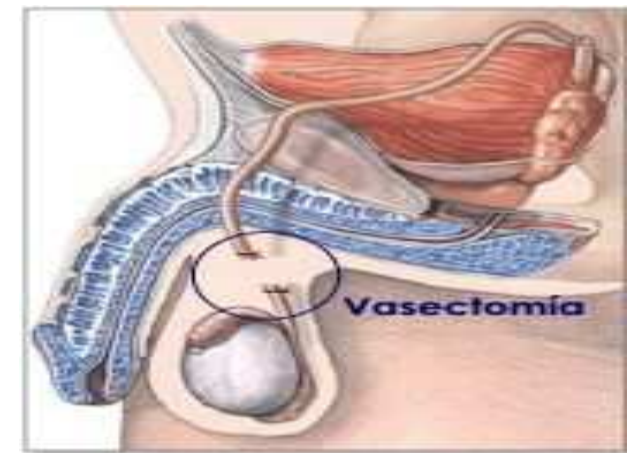
## Laqueação de Trompas

A gravidez é rara entre as mulheres submetidas a laqueação das trompas. No entanto, se ocorrer uma gravidez é mais provável que se trate de uma gravidez ectópica.

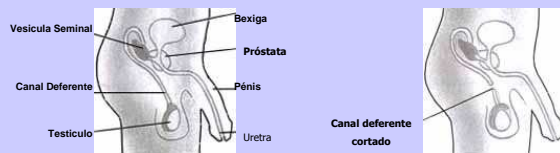
## Laqueação de Trompas

Se no futuro a mulher se arrepender, a que solução poderá recorrer para ter um filho?

Os especialistas são mais partidários em aconselhar uma fecundação In vitro que uma operação para permeabilização das trompas de Falópio. A fecundação In vitro consiste em extrair os óvulos dos ovários, com analgesia, fecundá-los com espermatozóides em laboratório e implantar o embrião resultante no útero materno.



## Vasectomia



Antes da vasectomia

Depois da vasectomia

## Vasectomia

É um procedimento cirúrgico simples e rápido. Não afecta os testículos e não provoca "impotência".

### Eficácia

Mais de 99% 0,15 gravidez por 100 homens/ano

### Vantagens

- Um único procedimento permite uma contraceção segura, eficaz e definitiva, no homem.
- Não interfere com o acto sexual
- Não tem efeitos colaterais ou riscos para a saúde, a longo prazo.

## Vasectomia

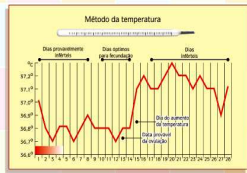
### Desvantagens:

- A vasectomia pode aumentar ligeiramente o risco de cancro da próstata, um efeito que parece aumentar com o tempo.
- Permanente (só ocasionalmente pode ser revertida).
- É necessário uma operação.
- Podem surgir complicações imediatas como infecção, hemorragia ou hematoma do escroto
- Não protege de ITS.

## MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

Métodos Naturais

Não recomendados a adolescentes



### Métodos naturais

- Abstinência periódica
- Calendário
- Muco cervical
- Temperatura basal

## MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

Métodos Naturais

Não recomendados a adolescentes

- Métodos naturais
- Coito interrompido



A LEI prevê que os métodos contraceptivos sejam fornecidos gratuitamente nos centros de saúde e hospitais públicos

## ONDE EXISTEM CONSULTAS DE PLANEAMENTO FAMILIAR?



- Nos Centros de Saúde e Hospitais
- Centros de Atendimentos de Jovens
- Associação para o Planeamento da família

**O ANONIMATO É GARANTIDO**

## Espaço Jovem

Para que estejas mais à vontade.

Para colocar as dúvidas.

Este espaço não pergunta quem és, nem onde moras

Só pergunta em que é que te pode ajudar!

### Locais

APF Centro de Saúde da Batalha

APF Centro de Saúde de Aldoar Maternidade Júlio Dinis

## Centro de Atendimento de Jovens da Batalha

Rua Arnaldo Gama, 64

Porto

Tel: 22 200 25 40/22 208 58 59

## Centro de Atendimento de Jovens de Aldoar

Rua Santa Luzia, 604

Porto

Tel: 22 831 05 91

## Espaço Jovem da Maternidade Júlio Dinis

Largo da Maternidade de Júlio Dinis

Porto

Tel: 22 606 31 37/38

Queres viver uma sexualidade segura?

Conhece-te !

Informa-te !

Previne-te !





# PREVENÇÃO

Lembra-te que as coisas más não acontecem só aos outros.

A prevenção contra as IST e a gravidez depende de cada um

# PREVENÇÃO

A prática de uma vida sexual saudável, evitando experiências casuais com desconhecidos, a consulta regular de um médico, mesmo na ausência de sintomas e a procura de uma informação correcta e séria sobre estes problemas, são atitudes sensatas que permitem evitar *riscos*.



ANEXO 4:

APRESENTAÇÕES (...)

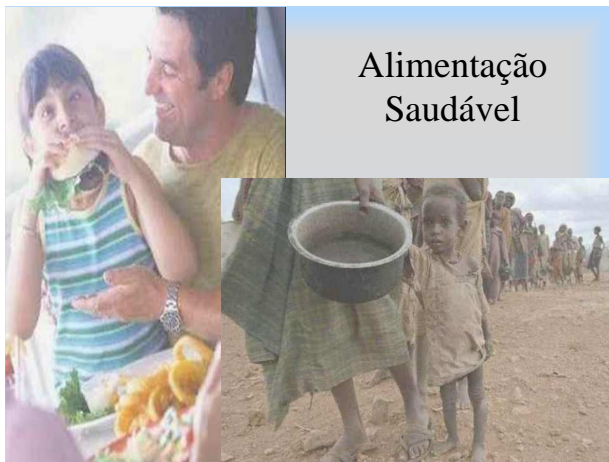
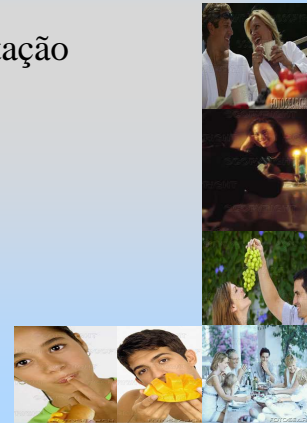
**Aula 5: Alimentação na adolescência  
(Refeições para uma alimentação saudável – o que comer?)**





## Alimentação

- Necessidade vital
- Prazer da comida
- Convívio



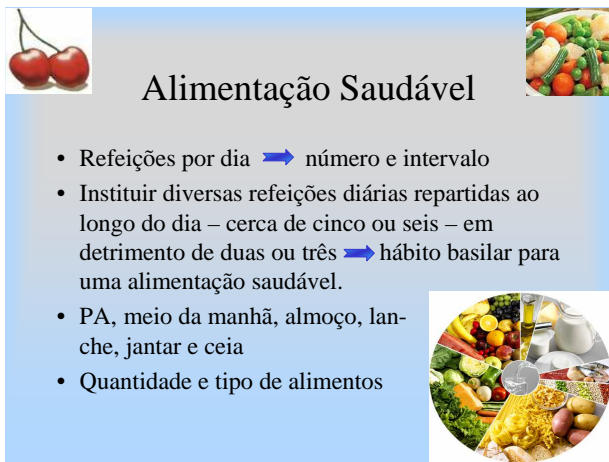
## Alimentação Saudável

- O desenvolvimento físico, intelectual e afectivo, a resistência às doenças e o tempo de vida dependem da implementação de uma alimentação saudável, permanentemente, desde a concepção



## Alimentação Saudável

- O rendimento escolar está intimamente relacionado com a qualidade e a quantidade do aprovisionamento alimentar, destacando-se o papel vital do pequeno-almoço.



## Alimentação Saudável

- Refeições por dia → número e intervalo
- Instituir diversas refeições diárias repartidas ao longo do dia – cerca de cinco ou seis – em detrimento de duas ou três → hábito basililar para uma alimentação saudável.
- PA, meio da manhã, almoço, lanche, jantar e ceia
- Quantidade e tipo de alimentos

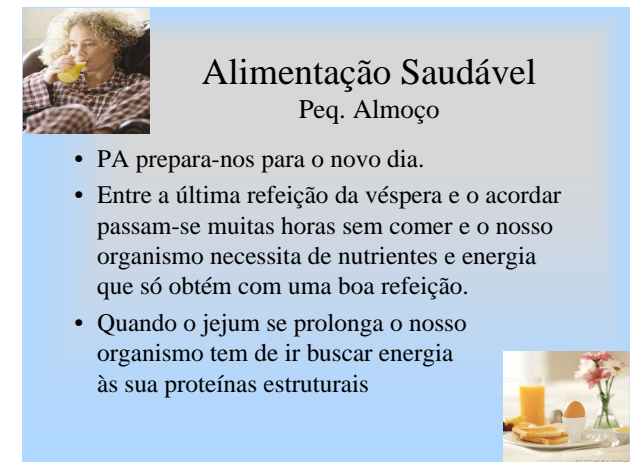


## Alimentação Saudável

### Peq. Almoço

Refeição essencial que deve cumprir dois objectivos:

- Disponibilizar a energia proporcionalmente necessária para uma manhã de actividade
- Terminar com o longo período nocturno de jejum



## Alimentação Saudável

### Peq. Almoço

- PA prepara-nos para o novo dia.
- Entre a última refeição da véspera e o acordar passam-se muitas horas sem comer e o nosso organismo necessita de nutrientes e energia que só obtém com uma boa refeição.
- Quando o jejum se prolonga o nosso organismo tem de ir buscar energia às suas proteínas estruturais



## Alimentação Saudável

### Peq. Almoço

O que comer:

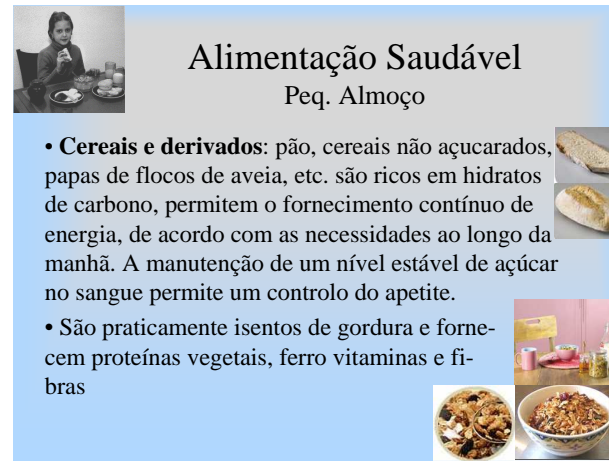
- pão ou flocos de cereais
- leite ou queijo ou iogurte
- fruta fresca ou sumo natural



## Alimentação Saudável

### Peq. Almoço

- **Cereais e derivados:** pão, cereais não açucarados, papas de flocos de aveia, etc. são ricos em hidratos de carbono, permitem o fornecimento contínuo de energia, de acordo com as necessidades ao longo da manhã. A manutenção de um nível estável de açúcar no sangue permite um controlo do apetite.
- São praticamente isentos de gordura e fornecem proteínas vegetais, ferro vitaminas e fibras



## Alimentação Saudável

### Peq. Almoço

Leite e derivados:

- Fornecem proteínas de elevado valor biológico, minerais (Cálcio e outros), e vitaminas



## Alimentação Saudável

### Peq. Almoço

**Frutos:**

- 50-200g de fruta fresca, preferencialmente citrinos (laranjas, tangerinas, etc.), frutos de bagas (amoras, framboesas, mirtilhos), kiwi, ananás ou sumo natural, são ricos em vitamina C, beta carotenos, fibras e minerais

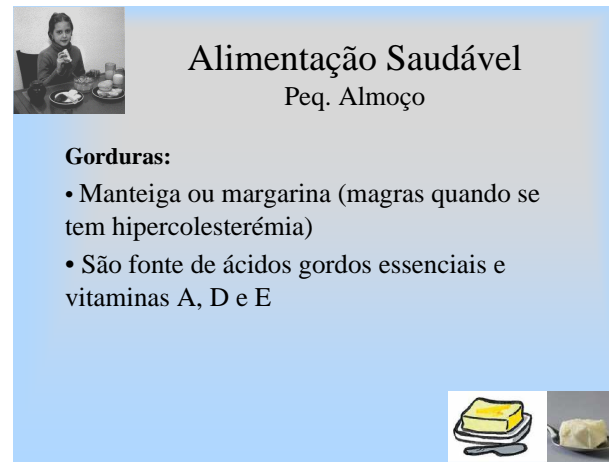


## Alimentação Saudável

### Peq. Almoço

**Gorduras:**

- Manteiga ou margarina (magras quando se tem hipercolesterémia)
- São fonte de ácidos gordos essenciais e vitaminas A, D e E



## Alimentação Saudável

### Peq. Almoço

- A eliminação do PA pelas mais variadas razões (dieta, falta de hábito, pressa matinal) provoca hipoglicémia de que resultam diversos sinais e sintomas, sentidos não necessariamente de modo igual por todos.

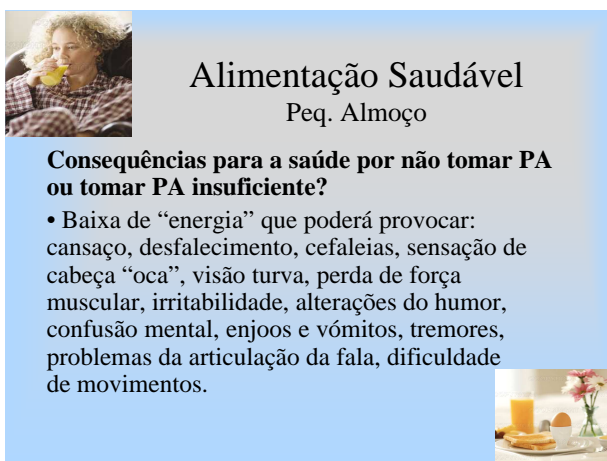


## Alimentação Saudável

### Peq. Almoço

**Consequências para a saúde por não tomar PA ou tomar PA insuficiente?**

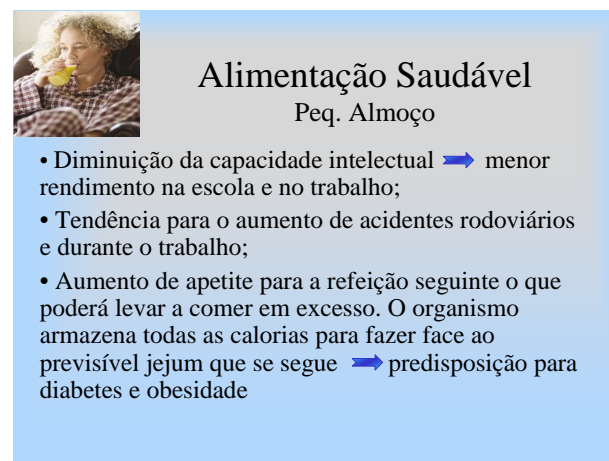
- Baixa de “energia” que poderá provocar: cansaço, desfalecimento, cefaleias, sensação de cabeça “oca”, visão turva, perda de força muscular, irritabilidade, alterações do humor, confusão mental, enjoos e vômitos, tremores, problemas da articulação da fala, dificuldade de movimentos.



## Alimentação Saudável

### Peq. Almoço

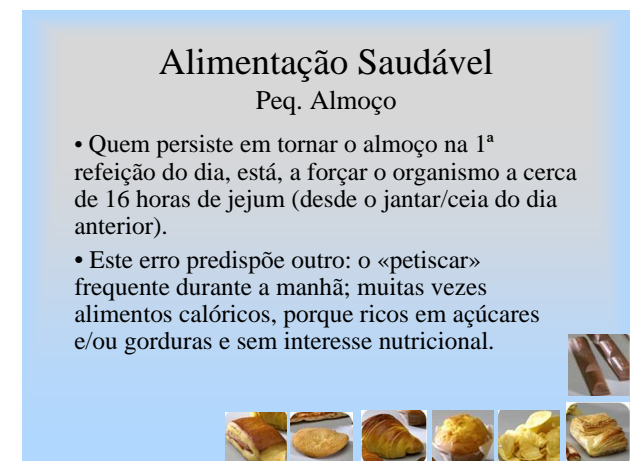
- Diminuição da capacidade intelectual → menor rendimento na escola e no trabalho;
- Tendência para o aumento de acidentes rodoviários e durante o trabalho;
- Aumento de apetite para a refeição seguinte o que poderá levar a comer em excesso. O organismo armazena todas as calorias para fazer face ao previsível jejum que se segue → predisposição para diabetes e obesidade



## Alimentação Saudável

### Peq. Almoço

- Quem persiste em tornar o almoço na 1ª refeição do dia, está, a forçar o organismo a cerca de 16 horas de jejum (desde o jantar/ceia do dia anterior).
- Este erro predispõe outro: o «petiscar» frequente durante a manhã; muitas vezes alimentos calóricos, porque ricos em açúcares e/ou gorduras e sem interesse nutricional.







## Alimentação Saudável

Peq. Almoço

Consequências da eliminação do PA no sucesso escolar:

- Debilidade física e atraso cognitivo, transtornos afectivos, falta de vontade e de interesse pela escola e doenças infecciosas e gastrointestinais.



## Alimentação Saudável

Peq. Almoço

- Redução acentuada da capacidade de atenção e de aprendizagem → Resposta insatisfatória a desempenhos físicos e intelectuais.
- Os estudantes em jejum ou insuficientemente alimentados, mostram-se mais desatentos e agitados ou sonolentos e fracos, evidenciando comportamentos disparatados, capacidade de discriminação mais lenta e maiores dificuldades de memória



## Alimentação Saudável

Peq. Almoço

- A carência alimentar matinal não é compensada com um almoço «pesado» ou supostamente corrector, que o apetite voraz vai entretanto solicitar. Além de não colmatar as carências do anterior período, provoca sonolência e cansaço, típicos de um processo digestivo lento e trabalhoso.



## Alimentação Saudável

Meio da manhã

- Refeição fundamental
- Refeição ligeira, aproximadamente 3h após o PA
- Leite ou iogurte
- Pão com queijo, fiambre, manteiga ou doce, ou 4 a 5 bolachas, sem creme
- 1 peça de fruta ou sumo natural



## Alimentação Saudável

Almoço

- Preferir comida caseira
- Comer com calma, mastigar bem os alimentos
- Comer em local sossegado, arejado e iluminado
- Variar a ementa ao longo da semana
- Consumir preferencialmente cozidos e grelhados
- Nunca “saltar” esta refeição



## Alimentação Saudável

Almoço

- Sopa de legumes
- Carne ou peixe
- Arroz, batatas ou massa
- Legumes
- Fruta



## Alimentação Saudável

Lanche

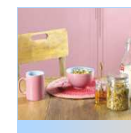
- Refeição ligeira que pretende dar resposta às necessidades do organismo durante o período de tempo, entre o almoço e o jantar.
- Deve ser tomada entre 3 a 3h e 30min após o almoço



## Alimentação Saudável

Lanche

- A falta do lanche desencadeia:
  - Fome durante a tarde → «petiscar» frequente, muitas vezes, alimentos calóricos, ricos em açúcares e/ou gorduras e sem interesse nutricional.
  - Mais fome ao jantar → menor racionalidade na escolha da ementa e das doses.
  - Menor rendimento no trabalho.



## Alimentação Saudável

Lanche

- Idêntico ao pequeno almoço:
- pão ou flocos de cereais
- leite ou iogurte, queijo
- fruta fresca ou sumo natural





## Alimentação Saudável

### Jantar



- Idêntico ao almoço
- Alternar a carne com o peixe
- Evitar excessos pois os gastos de energia são, normalmente, menores



## Alimentação Saudável

### Jantar



- Após o jantar, na maior parte das vezes, a actividade física é menor → mais dificuldade em digerir a refeição e em gastar a energia.
- Comer demasiado ao jantar predispõe a diabetes e obesidade.



## Alimentação Saudável

### Ceia



- Pequena refeição antes de deitar
- Não deve ser esquecida se o jantar for cedo ou escasso
- 1 copo de leite ou 1 iogurte
- 2 a 3 bolachas ou pequena dose de cereais





ANEXO 4:

APRESENTAÇÕES (...)

**Aula 6: Alimentação na adolescência  
(Grupos de alimentos, água, bebidas alcoólicas)**

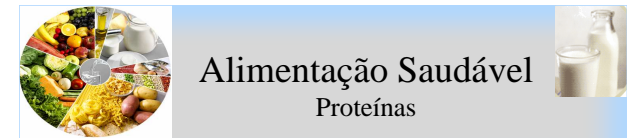




## Alimentação Saudável

Hidratos de carbono → glúcidos

- Principal fonte de energia, importantes para a realização de actividades físicas e mentais
- Simples: absorvidos muito facilmente pelo organismo fornecendo energia rapidamente → fruta, leite e açúcar
- Complexos: absorvidos lentamente (ex: amido) → arroz, pão, batatas, massa, feijão, grão, favas, ervilhas, fruta e hortícolas
- Cada grama fornece 4 kcal



## Alimentação Saudável

Proteínas

- Responsáveis pelo crescimento, conservação e reparação dos nossos órgãos, tecidos e células.
- Fornecem energia que só será aproveitada pelo organismo se faltarem os restantes nutrientes energéticos → glúcidos e lípidos
- Alto valor biológico → leite, pescado, carne e ovos
- Baixo valor biológico → leguminosas frescas e secas
- Cada grama fornece 4 kcal



## Alimentação Saudável

Lípidos

- Gorduras → cada grama fornece 9 kcal
- Crescimento e manutenção dos tecidos do corpo e desenvolvimento do cérebro e visão
- Transportam algumas vitaminas (A, D, E e K) e rodeiam os órgãos para protegê-los de agressões externas
- Azeite, óleos, banha de porco, natas, manteiga, margarinas e na gordura dos alimentos



## Alimentação Saudável

Vitaminas

- Responsáveis pelo crescimento e manutenção do equilíbrio do organismo
- Lipossolúveis –A, D, E, K – são armazenadas no organismo e podem provocar intoxicações quando ingeridas em excesso → lacticínios, peixes com elevado teor de gordura, hortícolas verde escuro ou alaranjados
- Hidrossolúveis – C e B – são naturalmente eliminadas → fruta e hortícolas, leguminosas, cereais e pescado



## Alimentação Saudável

Minerais

- Conservação e renovação dos tecidos lacticínios, frutos secos, hortícolas de folha verde escura, leguminosas e cereais
- Necessários em quantidades iguais ou superiores a 100mg/dia



## Alimentação Saudável

Cereais e derivados, tubérculos	28 %	4 a 11 porções
Hortícolas	23 %	3 a 5 porções
Fruta	20 %	3 a 5 porções
Lacticínios	18 %	2 a 3 porções
Carne, pescado e ovos	5 %	1,5 a 4,5 porções
Leguminosas	4 %	1 a 2 porções
Gorduras e óleos	2 %	1 a 3 porções

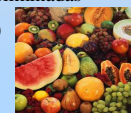


## Alimentação Saudável

Frutas

Fornecem:

- vitaminas (crescimento e manutenção do equilíbrio do organismo).  
Lipossolúveis –A, D, E, K – são armazenadas no organismo e podem provocar intoxicações quando ingeridas em excesso.  
Hidrossolúveis – C e D – são naturalmente eliminadas
- minerais (conservação e renovação dos tecidos)



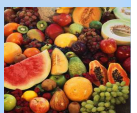
## Alimentação Saudável

Frutas

Fornecem:

- fibras alimentares (função de regulação)
- hidratos de carbono (glúcidos – principal fonte de energia)
- água

CONSUMIR 3 A 5 PORÇÕES POR DIA





## Alimentação Saudável

Gorduras e óleos



- Azeite, óleos, manteiga, margarinas, natas
- Fornecem essencialmente lípidos/gorduras e algumas vitaminas lipossolúveis (em especial A e E).
- Preferir os óleos de origem vegetal, por causa do teor de ácidos gordos saturados



## Alimentação Saudável

Gorduras e óleos

Muitos dos alimentos que consumimos, regularmente, são ricos em gorduras:

- bolos, chocolates, gelados, ...
- maionese e molhos
- batatas fritas, rissóis, croquetes, pastéis folhados, lanches, ....
- Cuidado com o consumo de gorduras



CONSUMIR 1 A 3 PORÇÕES POR DIA



## Alimentação Saudável

Lacticínios



- Leite, iogurtes, queijos, requeijão
- Elevado teor de proteínas de alto biológico
- Ricos em Ca, P
- Fonte de vitamina A, D, B<sub>2</sub>
- Adolescentes devem consumir 3 PORÇÕES POR DIA (1 porção = 250ml leite, 1 iogurte líquido ou 1 e 1/2 sólido, 2 fatias finas de queijo)



## Alimentação Saudável

Carne, pescado e ovos

- Neste grupo inclui-se também o marisco
- Alimentos ricos em proteínas de alto valor biológico
- Quantidade de gordura variável entre os elementos do grupo
- Vitaminas do complexo B e minerais → Fe, P e I
- CONSUMIR 1,5 A 4,5 PORÇÕES POR DIA



## Alimentação Saudável

Leguminosas



- Ervilhas, favas, grão de bico, feijão, lentilhas
- Ricos em hidratos de carbono (amido) → bons fornecedores de energia
- Possuem grande quantidade de proteínas de baixo valor biológico
- Boa fonte de vitamina B<sub>1</sub> e B<sub>2</sub>, Fe e Ca e fibras
- 1 a 2 PORÇÕES POR DIA



## Alimentação Saudável

Cereais e derivados, tubérculos



- Cereais arroz, trigo, milho, centeio, aveia e cevada
- Derivados farinha, pão, massa e cereais do PA
- Tubérculos → batata
- Castanha
- 4 a 11 PORÇÕES POR DIA



## Alimentação Saudável

Hortícolas



- Hortaliças, cenouras, rabanetes, nabos, cebolas, alhos, abóbora, tomate, pepino, ...
- Possuem elevada capacidade saciante e reduzida densidade energética
- Fornecedores de fibras alimentares, vitaminas do complexo B e C e minerais



## Alimentação Saudável

Hortícolas



- Quando ingeridos no início da refeição sob a forma de sopa ou salada crua ou cozinhada contribuem para evitar a ingestão excessiva de outros alimentos energeticamente mais densos
- Ajudam a manter o peso saudável
- Aproveitar a água da cozedura
- 3 a 5 PORÇÕES POR DIA



## Alimentação Saudável

Água

- Não é um grupo alimentar.
- Faz parte da constituição de quase todos os alimentos.
- É imprescindível à vida.
- Deve beber-se 1,5 a 3 l/dia, dependendo da idade, actividade física, clima e situações de saúde







## Alimentação Saudável

### Água

- Substância que existe em maior quantidade no corpo humano ➔ 60 a 65% do peso corporal
- Funções:
  - Transportar nutrientes e outras substâncias no organismo
  - Ajudar a manter a temperatura corporal
  - Permitir a ocorrência de muitas reacções
  - Eliminar resíduos metabólicos, através da urina



## Alimentação Saudável

### Água

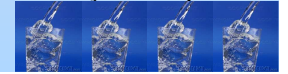
- Beber água ajuda a diminuir a sensação de fome
- Melhora a circulação sanguínea auxiliando portanto no tratamento de celulite e combatendo a flacidez.
- Necessária, também, para os cabelos e a pele
- Forma mais indicada para satisfazer a sede
- Beber antes de sentir sede



## Alimentação Saudável

### Água

- Não tem nenhuma caloria e faz muito bem à saúde
- Dietas ricas em gorduras e proteínas requerem a ingestão de maiores quantidades de água para eliminar os seus restos metabólicos já que estes alimentos contêm menos água
- Café, álcool, chá e outras bebidas similares são diuréticos e incrementam a eliminação de líquido pela urina.



## Alimentação Saudável

### Água

- Só em caso de doenças renais, hepáticas, cardíacas se deve diminuir a ingestão de líquidos, e por indicação médica.



## Alimentação Saudável

### Bebidas Alcoólicas



## Alimentação Saudável

### Bebidas Alcoólicas

- Bebidas que possuem álcool etílico ou etanol ➔ valor energético considerável
- 1g de álcool etílico ➔ 7kcal
- Graduação alcoólica indica a riqueza em álcool ➔ 12° significa 12% de álcool ➔ 120ml de álcool/litro



## Alimentação Saudável

### Bebidas Alcoólicas

- Malefícios a nível digestivo (vómitos, má absorção intestinal), respiratório (bronquite, falta de ar) cardiovascular (aumento do trabalho cardíaco), neurológico (insónia, falta de apetite, diminuição da coordenação motora), endócrino (impotência sexual, infertilidade, diminuição da libido)



## Alimentação Saudável

### Bebidas Alcoólicas

- Aumento do número de acidentes de viação, diminuição de reflexos e da visão, dificuldade na compreensão das distâncias
- **NÃO DEVEM SER CONSUMIDAS POR ADOLESCENTES**



## Alimentação Saudável

### Bebidas Alcoólicas

- Só devem ser consumidas por adultos saudáveis e sempre com moderação
- Só devem ser consumidas às refeições
- Não obrigar nem forçar ninguém a consumi-las
- Não fazer mistura de bebidas diferentes





ANEXO 4:

APRESENTAÇÕES (...)

**Aula 7: Alimentação na adolescência  
(O que evitar comer, peso ideal: fórmula de cálculo, obesidade)**







## Alimentação Saudável

Evitar comer frequentemente:

- Batatas fritas
- Molhos
- Fastfood

## Alimentação Saudável

- Bolos
- Biscoitos e bolachas com cremes ou chocolate
- Chocolates, gomas, rebuçados,....
- Gelados

## Alimentação Saudável

Evitar beber frequentemente:

- Refrigerantes
- Café, chá
- NÃO BEBER BEBIDAS ALCOÓLICAS

## Alimentação Saudável

### Açúcares

- Açúcar e produtos açucarados são muito ricos em hidratos de carbono simples ➔ elevado valor energético ➔ muito calóricos
- Podem contribuir para deficiências nutricionais ➔ fornecem energia sem fornecer nutrientes ➔ calorias vazias

## Alimentação Saudável

### Açúcares

- Açúcar, mel, bolos, gomas, chocolates, gelados, refrigerantes, sumos artificiais, são muito ricos em açúcares. Não devem consumir-se diariamente e devem ingerir-se no final das refeições.
- Aumento de peso, obesidade, cáries dentárias e em pessoas predispostas pode desencadear diabetes
- Não adicione açúcar às bebidas

## Alimentação Saudável

### Sal

- O sal necessário para o organismo é fornecido por uma alimentação equilibrada
- Todos os alimentos possuem sal na sua composição
- O sal (NaCl) é um mineral importante para a manutenção da saúde, mas deve ser consumido com moderação ➔ hipertensão, doenças cardiovasculares, renais e ósseas

## Alimentação Saudável

### Sal

- Moderar o consumo de produtos salgados salsichas, chouriços, alimentos enlatados, aperitivos, batatas fritas de pacote, alimentos pré-confeccionados, sopas instantâneas, algumas águas gaseificadas e também a utilização do sal ➔ temperar a comida com ervas aromáticas
- Não adicionar sal refinado aos alimentos já confeccionados

## Alimentação Saudável

### Gorduras

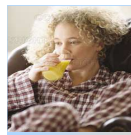
- Evitar o consumo de alimentos ricos em gorduras ➔ risco de doenças cardiovasculares
- Retirar peles e gorduras visíveis dos peixes e carnes
- Reduzir o consumo de fritos
- Preferir o azeite ao óleo para temperar as comidas



## Alimentação Saudável

### Malefícios de uma alimentação desequilibrada:

- Obesidade, anorexia e bulimia nervosa
- Diabetes mellitus
- Dislipidemias
- Hipertensão arterial
- Doenças cardiovasculares
- Osteoporose
- Alguns tipos de cancros



## Alimentação Saudável

4 regras de alimentação saudável para jovens em idade escolar:

1. Tomar um pequeno-almoço adequado;
2. Após 3 horas assegurar nova refeição em que o amido esteja presente;
3. Implementar a repartição de refeições;
4. Eliminar refeições pesadas de digestão difícil e demorada.



## Alimentação Saudável

1. Tomar sempre o PA
2. Não passar mais de 3 horas sem comer
3. Beber leite todos os dias
4. Comer frutas e legumes todos os dias
5. Comer pão todos os dias
6. Beber muita água



## Alimentação Saudável

7. Reduzir consumo de gorduras e escolhê-las bem
8. Reduzir consumo de sal
9. Consumir bebidas alcoólicas com moderação. Adolescentes não devem consumir álcool
10. Alimentação completa, equilibrada e variada
11. Não comer demais nem de menos
12. Mastigar bem e não só



## Alimentação Saudável

- Mastigar devagar
- Preferir os alimentos específicos de cada época do ano → frutas, hortaliças
- Comer mais quantidade de alimentos dos grupos maiores roda e menos dos grupos menores

## Alimentação Saudável

### Comer mal é:

- 1 - Comer mais que o necessário;
- 2 - Comer por comer;
- 3 - Comer fora de hora;
- 4 - Comer compulsivamente;
- 5 - Comer escolhendo mal os alimentos;
- 6 - Comer distribuindo mal as refeições;
- 7 - Comer depressa, sem mastigar o suficiente;
- 8 - Comer distraidamente, sem desfrutar a comida.



## Alimentação Saudável

### Malefícios de uma alimentação desequilibrada:

- Obesidade
- Diabetes mellitus
- Dislipidemias
- Hipertensão arterial
- Doenças cardiovasculares
- Osteoporose
- Alguns tipos de cancros



## Alimentação Saudável

### Peso Saudável



- Não ter peso a mais nem a menos → idade, actividade física, hábitos alimentares e hereditariedade.
- Imagem corporal
- Atingir e manter um peso saudável → alimentação saudável e prática regular de actividade física

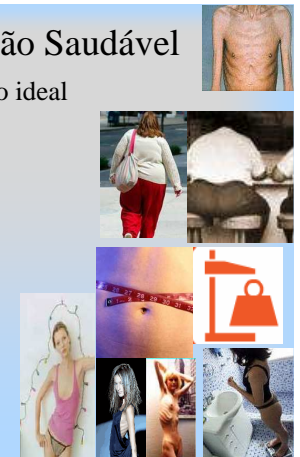


## Alimentação Saudável

### Peso ideal

$$IMC = \frac{\text{peso(kg)}}{[\text{altura(m)}]^2}$$

- < 18,5 → baixo peso
- 18,5 a 24,9 → peso normal
- 25,0 a 29,9 → excesso de peso
- > 30 → obesidade





## Alimentação Saudável

Actividade física



### Benefícios:

- Melhora a qualidade de vida
- Ajuda a controlar o peso
- Melhora o estado e capacidades mentais
- Reduz solidão e isolamento
- Reduz gastos com a saúde



## Alimentação Saudável

Actividade física



- Dedicar 30 min/dia para actividade física moderada
- Tornar-se mais activo:
- Andar mais a pé
- Usar menos o elevador



## Alimentação Saudável

Actividade física



- Dançar
- Jogar à bola
- Passear o cão
- Realizar actividades físicas que dêem prazer
- Fazer abdominais ou pedalar enquanto vê TV

