

Health practices and behaviours of students *

Authors: Maria dos Anjos coelho Rodrigues Dixe¹; Pedro João Soares Gaspar¹; Baltazar Ricardo Monteiro¹ e António José Lopes²

WORK PLACE: 1) Escola Superior de Saúde de Leiria do Instituto politécnico de Leiria ,
2) Centro Hospitalar do Médio Tejo

Maria dos Anjos coelho Rodrigues Dixe – Professora Coordenadora

Pedro João Soares Gaspar – Professor adjunto

Baltazar Ricardo Monteiro – Professor coordenador

António José Lopes – Enfermeiro especialista

ADDRESS: Escola Superior de Saúde de Leiria - IPL- Campus 2 - Morro do Lena 2411-
901 Leiria - Portugal

TELEPHONE: 964881092

E-MAIL: manjos@esslei.ipleiria.pt

Keywords: Health practices; Health behaviours, Students

Health practices and behaviours of students

Abstract

Aims: To determine the practices and behaviours determinants of health among students; to determine the prevalence of eating disorders in a non-clinic population of students and to determine some predicting factors of the health practices and behaviours of students

Methodology: A Cross sectional correlational study was conducted. The population for this study was composed of 1442 students who filled a questionnaire composed of: socio-demographic and family data, health practices and behaviours and diagnostic criteria for eating disorders; and general health data

Results: The majority of students perceive health as good. As to the prevalence rate of hypercholesterolemia, girls registered a higher rate than boys ($p < 0,05$) Identical results were found for the abdominal perimeter, with girls presenting a higher coronary risk when this parameter is present. The prevalence rate of pre-obesity and obesity is higher among male students. The results demonstrate differences according to gender which suggest that girls have healthier practices, eating and sleeping habits, driving behaviours and physical activity than boys. Older students have healthier eating and physical activity behaviours than younger students. The health practices and behaviours of students do not rely on the fact of them having all their meals at home. No potential cases of anorexia or bulimia were detected.

INTRODUÇÃO

Os estudantes do ensino superior têm merecido particular atenção, no contexto do estudo das práticas e comportamentos determinantes de saúde, devido ao facto de este ser um grupo etário onde nas últimas décadas não se têm verificado melhorias nas taxas de mortalidade e morbidade (Lee & Tsang, 2004), e de integrarem nos seus estilos de vida muitas práticas e comportamentos responsáveis pela maioria das actuais doenças crónicas e diminuição da qualidade de vida (Ministério da Saúde, 2004b).

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

Capacitar os indivíduos para identificarem os seus problemas e necessidades, utilizarem adequadamente os seus recursos e promoverem uma vida saudável, implica esforços conjuntos dos vários agentes da promoção da saúde. Neste contexto a Escola tem sido o principal cenário onde se têm promovido programas e acções de Educação para a Saúde com a pretensão de melhorar os conhecimentos e as práticas de saúde alunos (WHO, 2001; Aerts, Alves, La Sálvia & Abegg, 2004; Ministério da Saúde, 2004 a).

Assim, a promoção da saúde escolar deverá desenvolver-se de forma a proporcionar a integração e reforço mútuo do conjunto de experiências dos jovens, que sejam compatíveis com os objectivos educacionais e com os valores da escola devendo envolver todos os participantes da comunidade escolar (Nutebean, 1998).

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

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

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

Nos Estados Unidos e Europa foram identificados seis comportamentos de risco, adoptados pelos adolescentes e jovens, e que de certo modo podem justificar o facto de não se verificarem decréscimos nas taxas de morbilidade e mortalidade neste grupo. Esses comportamentos de risco incluem danos não intencionais (acidentes) e violência, consumo de tabaco, de álcool e uso de outras drogas, comportamentos sexuais inseguros, comportamentos dietéticos insalubres, e inactividade física (Christopherson & Jordan-Marsh, 2004). Também em Portugal, país onde se verifica um aumento dos comportamentos de risco entre os jovens, nomeadamente do sedentarismo, desequilíbrios nutricionais, (particularmente importante entre as raparigas), condutas violentas

(particularmente importante entre os rapazes), da maternidade e paternidade precoces (em particular, em adolescentes com menos de dezassete anos), de comportamentos potencialmente aditivos (nomeadamente álcool, tabaco e drogas ilícitas) e também um aumento da morbidade e mortalidade por acidentes (Ministério da Saúde, 2004b).

MÉTODO

1) **Objectivos:** Conhecer as práticas e comportamentos determinantes de saúde dos estudantes; Determinar a prevalência das doenças do comportamento alimentar numa população não clínica de estudantes e Determinar alguns factores preditivos das práticas e comportamentos de saúde dos estudantes.

2) **Tipo de estudo.** Transversal e correlacionado

3) **População e amostra:** A população abrangida por este estudo foi os estudantes que frequentavam as cinco escolas do Instituto Politécnico de Leiria no ano lectivo 2006/2007 tendo a amostra ficado constituída por 1442 estudantes, 68,4% do sexo feminino e 31,6% do sexo masculino. Aos participantes do estudo para além de preencheram um questionário anónimo, foram-lhes avaliados os parâmetros antropométricos e clínicos e colhido sangue para determinação dos valores de colesterolémia e glicemia.

4) Instrumentos:

a) Dados sociodemográficos e familiares: idade, sexo, estado civil, ter filhos, tipo de família e com quem reside em tempo de aulas.

b) Informação geral de saúde: Altura, peso, Índice de massa corporal (IMC) perímetro abdominal, pulso, pressão arterial (sistólica e diastólica) glicemia e colesterolémia.

c) Práticas e comportamentos de saúde: Para avaliação das práticas e comportamentos de saúde utilizámos as seguintes escalas: escala de práticas e comportamentos alimentares, práticas e comportamentos sexuais e de consumo de substâncias psicoactivas, práticas e comportamentos rodoviários e práticas e comportamentos de sono (Gaspar, 2006).

A Escala de práticas e comportamentos alimentares é constituída por 20 itens agrupados em seis factores: *Fast-Food*; Frutas e legumes; Pequeno-almoço e variedade. Controlo de peso; Prática de desporto e Almoço e Jantar.

A Escala de Práticas e Comportamentos Sexuais e consumo de substâncias psicoactivas é constituída por 21 itens agrupados em 4 factores: Álcool; Fumo; Outras drogas e Actividade sexual.

A Escala de Práticas e Comportamentos Rodoviários é constituída por 11 itens e a Escala de Práticas e Comportamentos de sono constituída por 8 itens.

d) Critérios de diagnóstico do DSM – IV para determinar a prevalência das doenças do comportamento alimentar: Distorção da imagem corporal; Métodos de controlo de peso; Medo de ficar gordo/ganhar peso; Período menstrual e perda ou diminuição do interesse e da potência sexual.

5. Procedimentos

- a) Pedido de autorização ao presidente da instituição e entrevista com os responsáveis de cada uma das escolas sobre a melhor estratégia, local e datas da colheita de dados;
- b) Convite aos alunos dos 2º e 3º anos da Licenciatura em Enfermagem para participar com os investigadores na colheita de dados;
- c) Divulgação no site das escolas e envio para o email de todos os alunos do IPL da informação respeitante aos objectivos do estudo, datas e tipo de dados colhidos (devido à necessidade de um jejum mínimo de 12 horas para a determinação da glicemia e colesterolemia);
- d) Antes do início da colheita de dados foi pedido o consentimento a cada estudante para o preenchimento do questionário, avaliação dos parâmetros de saúde e colheita de sangue.
- e) Foi garantida a confidencialidade e o anonimato utilizando códigos de barras.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

a) Dados sociodemográficos e familiares

Os estudantes do sexo masculino são em média mais velhos ($M= 22,6$; $Dp=3,2$) do que as estudantes do sexo feminino ($M=21,4$; $Dp=3,1$) sendo essas diferenças estatisticamente significativas ($p\leq 0,001$). 94,5% (426) dos estudantes do sexo masculino e 97,2% (954) das estudantes são solteiras. Quanto à parentalidade 3,1% (14) dos estudantes e 3,2 (31) das estudantes têm filhos.

A maioria das raparigas (79,6%) e dos rapazes (82,9%) afirmaram que os seus pais vivem juntos. O maior número de estudantes não vive com a família em tempo de aulas sendo que são os do sexo feminino que apresentam o menor percentual a viver com os pais (28,3%) quando comparados com os estudantes do sexo masculino (36,9%). De salientar que essas diferenças apresentam significado estatístico ($X^2 = 9,035$; $p \leq 0,05$).

b) Informação geral de saúde

De acordo com as recomendações do National Cholesterol Education Program, estabeleceram-se níveis de colesterol quanto ao risco de doenças cardiovasculares em populações acima de 20 anos entre os 170 e os 199 mg/dl, pelo que tendo presente estes parâmetros verificamos que 18,7% (47) de rapazes e 29,3% (161) de raparigas apresentam hipercolesterolemia tendo as diferenças encontradas significado estatístico ($\chi^2 = 9,974$; $p < 0,01$).

Segundo Balkau et al (2007) os valores em centímetros do perímetro abdominal considerados como risco muito elevado para as doenças cardiovasculares são de 102 cm para os homens e 88 cm para as mulheres. Ao considerarmos estes valores de referência verificamos, que em termos percentuais há 7,8% de estudantes do sexo feminino e 4,5% de estudantes do sexo masculino em risco coronário para este parâmetro tendo essas diferenças significado estatístico ($\chi^2 = 9,974$; $p < 0,0001$).

Cerca de 23,4% dos rapazes e 34,3% das raparigas apresentavam valores de glicemia abaixo do normal, no entanto nenhum dos inquiridos apresentava hiperglicemia. As diferenças apresentam significado estatístico ($\chi^2 = 10,731$; $p < 0,01$).

Para a determinação da prevalência de obesidade na população em estudo foi calculado o IMC. Nos estudantes encontramos 4,1% de obesidade e nas estudantes 2,8%. Estes dados são inferiores aos apresentados no Plano Nacional de Saúde – 2004-2010 ao referir que nos jovens dos 18 aos 24 anos no ano 2005/2006 a taxa de obesidade (IMC > 30) foi de 7,5% para os homens e 4,5% para as mulheres. Se tivermos presente os valores de pré-obesidade (IMC entre 25,0 - 29,9) poderemos referir que há uma prevalência de excesso de peso nos rapazes de 25,1% e nas raparigas de 11,5%. Padez (2002) nos seus estudos encontrou valores de prevalência de excesso de peso em população com características idênticas à nossa de 20,3% nos rapazes e 10,5% nas raparigas, dados que se aproximam dos encontrados neste estudo.

O maior percentual de estudantes do sexo masculino (63,2%) e das estudantes do sexo feminino (58,1%) auto percebem a sua saúde como boa. De salientar que 1,6% de rapazes e 2,1% de raparigas consideram a sua saúde muito má. As diferenças encontradas entre a auto percepção e o sexo não têm significado estatístico ($p > 0,05$). Segundo o PNS 2004-2010 os jovens do sexo feminino auto percebem a sua saúde como má e muito má em 1,3% e em 0,9% dos jovens do sexo masculino (Ministério da Saúde, 2004a).

c) Práticas e comportamentos de saúde

Quanto às práticas e comportamentos alimentares e de actividade física (quadro 1) verificamos que as raparigas têm práticas e comportamentos alimentares mais salutogénicos que os rapazes tendo essas diferenças significado estatístico, quer para os itens quer para o total da escala e seus factores ($p < 0,05$). É nos itens relacionados com a toma do almoço e jantar, que os rapazes ($M = 4,05$ e $Dp = 1,08$) e as raparigas ($M = 4,46$ e $Dp = 0,86$) melhores práticas e comportamentos relatam.

Tendo presente a mediana de cada item e dos factores (3) é de salientar que os estudantes têm com pouca frequência práticas e comportamentos salutogénicos relacionados com o controlo do peso (rapazes com $M = 2,55$; $Dp = 0,72$ e raparigas com $M = 2,79$ e $Dp = 0,71$) e com a prática desportiva (rapazes com $M = 2,66$; $Dp = 1,02$ e raparigas com $M = 2,25$; $Dp = 1,04$).

Ao fazer-se uma análise mais detalhada verifica-se que quanto às práticas e comportamentos de actividade física, os rapazes, em relação às raparigas, relatam praticar mais frequentemente “desporto que me faz suar (futebol, atletismo, andebol, outro...)” e “frequento ginásios, academias de dança, classes de ginástica” sendo as diferenças estatisticamente significativas. Estas diferenças estão de acordo com os resultados apresentados por Morgan (2004) e Roberts, Tynjälä e Komkov (2004) e permitem concluir que os rapazes são fisicamente mais activos que as raparigas.

As raparigas, em relação aos rapazes, referem consumir mais frequentemente leite e seus derivados, sopas, hortaliças e fruta, o que está de acordo com os resultados citados por Vereecken Ojala e Jordan (2004). Os rapazes fazem menos vezes uma refeição ligeira entre o pequeno - almoço e o jantar ($M = 2,73$; $Dp = 1,80$). Apesar de o fazerem com maior frequência também as raparigas não o fazem frequentemente ($M = 3,10$; $Dp = 1,11$).

Em relação ao “saltar” refeições, no estudo HBSC (Vereecken *et al*, 2004) foram encontradas diferenças em função do sexo, verificando-se que as raparigas referiram, mais frequentemente que os rapazes, não tomar o pequeno-almoço, o que não se verificou neste estudo pois são os rapazes ($M = 4,05$; $Dp = 1,08$) que menos frequentemente tomam o pequeno - almoço quando comparados com as raparigas ($M = 4,46$; $Dp = 0,87$).

Também são as raparigas que referem mais frequentemente ler os rótulos dos alimentos e calcular a variedade de nutrientes que ingerem diariamente, o que pode estar relacionados com o medo de engordar, o desejo de emagrecer, e com o facto de os comportamentos de dieta serem mais comuns entre as raparigas (Morgan, 2004), mas

também com o facto de mais raparigas que rapazes possuírem noções precisas do que é uma alimentação equilibrada e de as raparigas revelarem maior conhecimento sobre as alternativas alimentares mais saudáveis (Berg, Jonsson & Conner, 2000).

Quadro 1: Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da EPCAA, em função do sexo, e resultados do teste *t-Student*

Itens da EPCAA	Masculino (n= 454)		Feminino (n= 984)		<i>t</i>	<i>p</i>
	Média	SD	Média	SD		
2 Tomo o Almoço	4,79	0,48	4,77	0,52	0,490	0,624
3 Tomo o Jantar	4,75	0,57	4,66	0,61	2,594	0,010
Total Factor - Almoço e jantar	4,77	0,44	4,72	0,48	1,998	0,046
1 Tomo o Pequeno-almoço	4,05	1,08	4,46	0,87	-7,630	0,000
4 Faço uma refeição ligeira entre o Pequeno-almoço e o Almoço	2,73	1,18	3,10	1,11	-5,747	0,000
5 Bebo leite ou como derivados do leite (queijo, iogurte...)	4,22	0,92	4,32	0,89	-2,089	0,037
6 Às principais refeições como carne ou peixe ou ovos	4,39	0,72	4,37	0,75	0,289	0,773
Total Factor - Pequeno almoço e variedade	3,85	0,65	4,07	0,59	-6,102	0,000
7 Leio os rótulos das embalagens dos alimentos	3,05	1,02	3,35	0,97	-5,267	0,000
8 Calculo a variedade de nutrientes que ingiro diariamente	1,88	0,97	2,06	0,98	-3,219	0,001
20 Faço caminhadas de 30 ou mais minutos seguidos	2,70	1,11	2,94	1,01	-4,154	0,000
Total Factor - Controlo de peso	2,55	0,72	2,79	0,71	-5,981	0,000
9 Como sopa	3,75	0,89	3,87	0,85	-2,583	0,010
10 Como feijão, grão, ervilhas, favas...	3,42	0,93	3,45	0,91	0,346	0,729
11 Como fruta	3,75	0,89	3,93	0,91	-3,390	0,001
Total Factor - Fruta e legumes	3,64	0,69	3,74	0,66	-2,472	0,014
12* Como aperitivos salgados	3,36	0,74	3,50	0,72	-3,384	0,001
13* Às refeições bebo refrigerante	3,07	0,96	3,44	0,94	-6,829	0,000
14* Como fritos (rissol, panadinhos...)	3,03	0,70	3,23	0,70	-5,051	0,000
15* Como molhos (maionese, <i>Ketchup</i> , mostarda)	3,41	0,86	3,64	0,77	-4,841	0,000
17* Como doces (bolos, gelados, chocolates, rebuçados, gomas...)	2,70	0,77	2,77	0,75	-1,570	0,117
18* Como " <i>fast food</i> " (<i>hamburgers</i> , <i>pizzas</i> , <i>sandes</i> ...)	3,33	0,66	3,34	0,66	-0,285	0,776
Total Factor - Fast food	3,16	0,49	3,32	0,46	-6,279	0,000
21 Pratico desporto que me faz suar (futebol, atletismo, andebol, outro...)	3,31	1,15	2,51	1,06	12,855	0,000
22 Frequento ginásios, academias de dança, classes de ginástica...	2,00	1,24	1,97	1,22	0,453	0,650
Total Factor - Pratica desportiva	2,66	1,02	2,25	1,04	7,082	0,000
Total da escala	67,79	6,50	69,75	6,54	-5,298	0,000

Em relação às práticas e comportamentos dos estudantes relacionadas com o consumo de álcool verificamos que em média as raparigas referem consumir menos frequentemente bebidas alcoólicas, vinho ou cerveja às refeições, shots quando querem conhecer alguém, beber até perder a consciência dos actos, beber bebidas alcoólicas quando estão sozinhas, faltar às aulas por causa da ressaca e terem dificuldade em concentrar – se por causa da ressaca, do que os rapazes, sendo essas diferenças estatisticamente significativas, não só para os itens como para o total da subescala.

Estas diferenças estão de acordo com o que é referido por vários autores nomeadamente Kuntsche, Rehm e Gmel (2004), Morgan (2004) e Gabhainn (2004).

Relativamente ao fumo de tabaco, as raparigas, em relação aos rapazes, referem menos frequentemente fumar mais de 10 cigarros e mais de 20 cigarros por dia ($p < 0,05$). Estes dados estão de acordo com o encontrado na maioria dos países europeus (WHO, 2003), no entanto é de salientar que Morgan (2004) e Goudeau Raha e Hublet (2004) alertavam para

o facto de haver uma tendência para o equilíbrio das proporções entre rapazes e raparigas no que se refere ao consumo de tabaco. São igualmente as raparigas que referem consumir menos frequentemente cannabis (M=4,80; Dp=0,61) do que os rapazes (M=4,54; Dp=0,89). De acordo com os resultados de 2001 do Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas verificou-se que entre os jovens o consumo de tabaco estava associado ao consumo de outras substâncias nomeadamente cannabis o que se verifica neste estudo (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2002). De salientar que apesar das diferenças entre sexos em alguns indicadores serem estatisticamente significativa para o total da dimensão fumo as diferenças entre sexos não é estatisticamente significativa ($p > 0,05$).

Em relação ao consumo de outras drogas, as raparigas referem consumir menos frequentemente heroína, cocaína e estimulantes como o *ecstasy* quando comparadas com os rapazes, o que está de acordo com o facto de o uso de drogas ilícitas estar concentrado nos jovens, principalmente masculinos (WHO, 2003, Ministério da Saúde, 2004b).

Por outro lado, as raparigas referem consumir mais frequentemente comprimidos para dormir do que os rapazes. As diferenças de médias são apenas estatisticamente significativas no que diz respeito ao consumo de cocaína.

Quadro 2: Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da EPCSEXCS, em função do sexo, e resultados do teste *t-Student*

Itens da EPCSEXCS	Masculino (n= 454)		Feminino (n= 984)		T	p
	M	Dp	M	Dp		
34* Bebo bebidas alcoólicas destiladas (whisky, vodka, absinto, licores...)	3,37	1,07	3,97	0,93	-10,728	0,000
35* Às refeições bebo vinho ou cerveja	3,95	0,93	4,52	0,71	-12,750	0,000
36* Bebo <i>shots</i>	3,82	0,89	4,77	0,51	-3,060	0,002
37* Bebo bebidas alcoólicas quando quero conhecer outras pessoas	4,22	,87	4,77	0,51	-14,850	0,000
38* Bebo até perder a consciência dos meus actos	4,53	,76	4,83	0,45	-9,416	0,000
39* Bebo bebidas alcoólicas quando estou sozinho	4,49	,75	4,87	0,39	-12,651	0,000
40* Falto às aulas por causa da "ressaca"	4,38	,87	4,64	0,67	-6,211	0,000
41* Tenho dificuldade em concentrar-me por causa da "ressaca"	4,09	1,07	4,48	0,86	-7,436	0,000
Total Factor – Álcool	4,41	0,55	4,32	0,55	2,506	0,012
43 Evito os ambientes fechados onde se fuma	2,88	1,14	2,90	1,11	-0,281	0,779
44* Fumo tabaco	4,11	1,30	4,22	1,31	-1,524	0,128
45* Fumo mais de 10 cigarros por dia	4,50	1,06	4,60	0,99	-1,774	0,076
46* Fumo mais de 20 cigarros por dia	4,81	0,57	4,88	0,46	-2,204	0,028
47* Fumo cannabis (haxixe, marijuana, erva...)	4,54	0,89	4,80	0,61	-6,285	0,000
Total Factor – Fumo	4,24	0,71	4,19	0,74	1,111	0,267
49* Tomo comprimidos para me manter acordado	4,98	0,16	4,96	0,27	1,604	0,109
50* Consumo cocaína	4,96	0,26	4,98	0,18	-2,198	0,028
52* Consumo heroína	4,99	0,09	4,99	0,14	,2340	0,815
53* Tomo comprimidos estimulantes (ecstasy, drunfos...)	4,92	0,44	4,96	0,30	0,271	0,787
Total Factor - Outras drogas	4,98	0,12	4,97	0,14	0,877	0,381
27* Tenho relações sexuais com parceiros ocasionais	4,26	0,96	4,80	0,61	-12,724	0,000
29* Tenho relações sexuais sob o efeito de álcool ou drogas	4,32	0,91	4,71	0,65	-9,126	0,000
32* Tomo precauções para evitar a gravidez indesejada	4,39	1,05	4,57	1,04	-2,940	0,003
33 Se não tiver preservativos recuso uma relação sexual com uma pessoa desconhecida	4,37	1,23	4,57	1,07	-3,008	0,003
Total Factor - Actividade Sexual	4,61	0,55	4,60	0,56	0,080	0,936

Total da escala	94,86	7,89	93,83	7,97	1,969	0,049
------------------------	--------------	-------------	--------------	-------------	--------------	--------------

Quanto às práticas e comportamentos rodoviários (quadro 3), verificou-se que, em média, as raparigas pontuam mais que os rapazes em todos os itens, e que as diferenças são estatisticamente significativas tanto no que se refere aos itens como para o total da escala.

Estes resultados estão de acordo com o facto dos adolescentes e jovens masculinos serem unanimemente considerados mais vulneráveis quanto a contraírem incapacidades e a morrerem em acidentes rodoviários (Pickett, 2004, Direcção Geral de Viação, 2004)

Quadro 3- Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da EPCROD, em função do sexo, e resultados do teste *t-Student*

Itens da EPCROD	Rapazes (N=455)		Raparigas (N=987)		T	P
	M	DP	M	DP		
55* Conduzo (carro, mota, motorizada, etc) quando bebo demais	4,34	0,95	4,87	0,45	-11,382	0,000
56* Conduzo (carro, mota, motorizada, etc) sob o efeito de drogas	4,73	0,75	4,92	0,40	-5,211	0,000
57 Quando conduzo mantenho-me dentro dos limites de velocidade	3,12	1,10	3,30	1,21	-2,919	0,004
58* Aceito boleia de pessoas que conduzem em excesso de velocidade	3,57	1,00	4,01	0,93	-7,918	0,000
60 Procuro manter-me dentro dos limites de velocidade quando viajo nalgum veículo	3,49	0,91	3,80	0,90	-6,120	0,000
61 Uso cinto de segurança quando viajo de automóvel, no banco da frente	4,85	0,45	4,93	0,27	-3,534	0,000
62 Uso cinto de segurança quando viajo de automóvel no banco de trás	3,60	1,23	3,93	1,13	-4,798	0,000
63 Procuro as passadeiras para atravessar a rua	3,68	0,86	3,96	0,76	-5,807	0,000
64 A pé desloco-me nos passeios.	4,23	0,73	4,38	0,69	-3,684	0,000
65 Uso roupa clara ou fluorescente, se ando em ruas mal iluminadas com trânsito.	2,43	1,03	2,59	1,08	-2,636	0,008
66 Olho e respeito a sinalização dos semáforos.	4,26	0,78	4,46	0,72	-4,474	0,000
Total EPCROD	42,30	7,78	45,15	4,08	-11,007	0,000

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

Quadro 4: Médias e desvios padrões observadas nos itens e no total da EPCSONO, em função do sexo, e resultados do teste *t-Student*

Itens da EPCSONO	Rapazes (N=455)		Raparigas (N=987)		t	p
	M	DP	M	DP		
67* Durmo menos de 7 a 8 horas diárias	2,58	0,98	2,84	0,96	-4,756	0,000
68 Durmo mais de 8 horas diárias	2,85	0,94	3,00	0,94	-2,811	0,005

69*	Faço directas (24 horas sem dormir)	4,06	0,74	4,23	0,75	-4,032	0,000
70*	Bebo café para me manter acordado	3,77	1,10	3,73	1,16	0,658	0,511
71*	Falto às aulas de manhã porque adormeci	3,90	0,96	4,11	0,91	-4,068	0,000
72*	Adormeço nas aulas	4,45	0,77	4,71	0,62	-6,272	0,000
	Durante o dia adormeço a realizar tarefas como ler, ver televisão,						
73*	estudar	4,08	0,93	4,12	0,91	-0,652	0,514
74	Durmo as horas suficientes para me sentir repousado de manhã	3,29	0,91	0,35	0,96	-1,053	0,293
Total da EPCSONO		28,98	3,84	30,08	3,87	-5,032	0,000

[†]* Item de cotação inversa

Ao analisarmos o quadro 5 verificámos, nos estudantes do sexo masculino, diferenças em função da idade apenas nas práticas e comportamentos alimentares e de actividade física (em dois factores). São os estudantes do sexo masculino mais velhos que apresentam práticas mais salutogénicas quanto ao consumo de frutas e legumes, no entanto são os mais novos que tomam com maior frequência o pequeno-almoço e variedade de alimentos.

São as estudantes mais novas que consomem mais vezes *fastfood*, mas também mais fruta e legumes e controlam o peso. São as estudantes mais velhas que menos vezes tomam o pequeno-almoço e variedade assim como almoço e jantar.

Quadro 5: Matriz de correlação de Pearson (*r*) entre as práticas e comportamentos dos estudantes e a sua idade consoante o sexo

Práticas e comportamentos determinantes de saúde	Masculino		Feminino	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>P</i>
Práticas e comportamentos alimentares e de actividades física	0,00	0,96	0,11	0,00
Fastfood	0,03	0,56	0,13	0,00
Futa e legumes	0,13	0,01	0,08	0,01
Pequeno-almoço e variedade	- 0,09	0,05	- 0,02	0,52
Controlo de peso	0,03	0,53	0,11	0,00
Pratica de desporto	-0,04	0,41	0,03	0,34
Almoço e jantar	- 0,09	0,06	- 0,07	0,03
Práticas e comportamentos sexuais e consumo de substâncias psicoactivas	0,01	0,84	- 0,00	0,90
Álcool	0,03	0,50	0,01	0,79
Fumo	- 0,01	0,87	0,00	0,97
Outras drogas	-0,09	0,06	- 0,01	0,72
Actividade sexual	0,01	0,89	-0,03	0,43
Práticas e comportamentos de sono	- 0,06	0,19	- 0,03	0,30
Práticas e comportamentos rodoviários	0,06	0,23	0,03	0,30

As práticas e comportamentos de saúde dos estudantes do género masculino e feminino não dependem do facto de realizarem todas as refeições em casa ($p > 0,05$).

excepto para as práticas e comportamentos rodoviário conforme se pode visualizar no quadro 6

Quadro 6: Estatística descritiva e diferenças entre os inquiridos que fazem e os que não fazem todas as refeições em casa, quanto às práticas e comportamentos de saúde por sexo

	Refeições em casa	Masculino					Feminino				
		N	M	Dp	t	p	N	M	Dp	T	p
EPCAAF	Sim	84,00	67,73	7,23	- 0,18	0,85	285,00	70,25	7,00	1,36	0,17
	Não	358,00	67,88	6,28			682,00	69,62	6,31		
PCSEXCSP	Sim	84,00	90,00	10,05	- 1,16	0,25	285,00	96,32	6,26	0,53	0,60
	Não	358,00	91,23	8,37			682,00	96,08	6,50		
EPCSONO	Sim	84,00	29,08	3,94	0,32	0,75	285,00	30,45	3,66	1,76	0,08
	Não	358,00	28,93	3,87			682,00	29,97	3,95		
EPCROD	Sim	84,00	41,05	5,62	- 2,73	0,01	285,00	45,23	4,12	0,27	0,79
	Não	358,00	42,62	4,53			682,00	45,15	4,05		

e)Prevalência das doenças do comportamento alimentar determinada através dos critérios do DSM IV

Neste estudo não houve nenhum estudante que apresentasse simultaneamente todos os critérios para anorexia restritiva ou bulimia. Ainda de acordo com os relatos dos participantes, encontramos apenas na população feminina 0,7% (7) de casos prováveis de anorexia nervosa parcial restritiva.

Quanto a situações parciais de anorexia bulímica / purgativa na população feminina, foram encontradas 0,2% (1) de situações subclínicas (em que apenas o critério da amenorreia não está presente). Na população masculina foram identificadas 0,6% (5) situações parciais de anorexia bulímica nos participantes.

Tendo em conta os critérios de bulimia, identificamos na população feminina 0,3% (2) de casos e 0,3% (3) de casos na população masculina.

A taxa de prevalência deste tipo de alterações do comportamento alimentar na população estudada é mais baixa do que a referida em outros estudos (Dixe, 2007).

CONCLUSÃO

Em geral, os resultados deste estudo levam-nos às seguintes conclusões:

- a) Participaram no estudo 1442 estudantes de ambos os sexos.
- b) A maioria dos estudantes auto-percepcionam a sua saúde como boa ou muito boa.
- c) Em relação à taxa de prevalência de hiper-colesterolémia verificou-se um maior número nas raparigas que nos rapazes sendo a diferença estatisticamente significativa. Idênticos resultados foram encontrados relativamente ao perímetro abdominal, apresentando as raparigas um maior risco coronário quando temos presente este parâmetro. Apesar destes resultados a taxa de prevalência de pre-obesidade e obesidade é maior nos estudantes do gênero masculino.

- d) Em relação às práticas e comportamentos determinantes de saúde, os resultados sugerem que as raparigas têm práticas e comportamentos alimentares e de actividade física, rodoviária e sono mais salutogénicos que os rapazes.
- e) Os estudantes mais velhos tem práticas e comportamentos alimentares e de actividade física mais salutogénicos que os estudantes mais novos.
- f) Viver com a família é promotor de práticas e comportamentos mais salutogénicos e práticas e comportamentos de saúde dos estudantes não dependem do facto de realizarem todas as refeições em casa.
- g) Não foram detectados casos prováveis de anorexia ou bulimia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aerts, D.; Alves, G. G.; La Salvia, M. W. & Abegg, C. (2004). Promoção de saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 1020-1028.
- Balkau, Beverley; Deanfield JE, Després JP; Bassand JP; Fox KA; Smith SC Jr; Barter P; Tan CE; Van Gaal L; Wittchen HU; Massien C & Haffner SM (2007). International Day for the Evaluation of Abdominal Obesity (IDEA): a study of waist circumference, cardiovascular disease, and diabetes mellitus in 168,000 primary care patients in 63 countries., *circulation*, 116(17):1942-51.
- Berg, C.; Jonsson, I. & Conner, M. (2000). Understanding choice of milk and bread for breakfast among Swedish children aged 11-15 years: an application of the Theory of Planned Behaviour. *Appetite*, 34, 5-19.
- Christopherson, T.M. & Jordan-Marsh, M. (2004). Culture & Risk Taking in Adolescents' Behaviors. *MCN, American Journal of Maternal Child Nursing*, 29, 100-105.
- Direcção Geral de Viação (2004). *Acidentes com vítimas e vitimas*. Lisboa: DGV.
- Dixe, M.A.C. (2007). Prevalência das doenças do comportamento alimentar. *Análise psicológica*, 4(XXV):559-569
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2002). *Annual Report on the Drug Phenomena. Portugal – 2002*. Lisboa: IPDT. Retrieved March 17, 2008 from <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435>
- Gabhainn, S.N. (2004). Young people's health and health-related behaviour. Introduction. In: C. Currie *et al.* (Eds.), *Health and health behaviour among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the*

- 2001/2002 survey (pp.53-54). Health Policy for Children and Adolescence, No.4, WHO Regional Office for Europe. Retrieved September 20, 2008 from <http://www.euro.who.int/Document/e82923.pdf>
- Gaspar, P.J.S. (2005). *Educação para a Saúde e estudantes: as fontes e o impacto da informação*. Dissertação de mestrado em Comunicação e Educação em Ciência. Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal.
- Godeau, E.; Raha, G. & Hublet, A. (2004). Tobacco smoking. In: C. Currie *et al.* (Eds.), *Health and health behaviour among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey* (pp. 63-71). Health Policy for Children and Adolescence, No.4, WHO Regional Office for Europe. Retrieved September 25, 2008 from <http://www.euro.who.int/Document/e82923.pdf>
- Jenkins, K. (2004). *Understanding teenagers` sleep habits*. Canadian Health Network. Retrieved March 2, 2009 from <http://www.canadian-health-network.ca/servlet/>
- Kuntsche, E.; Rehm, J. & Gmel, G. (2004). Characteristics of binge drinkers in Europe. *Social Science & Medicine*, 59,113-127.
- Lee, A. e Tsang, C.K.K. (2004). Youth risk behaviour in a Chinese population: a territory-wide youth risk behavioural surveillance in Hong Kong. *Public Health*, 118, 88-95.
- Ministério da Saúde (2004a). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Mais saúde para todos*. Volume I- Prioridades. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (2004b). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Mais saúde para todos*. Volume II -Orientações estratégicas. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Morgan, A. (2004). Discussion and implications. In: C. Currie *et al.* (Eds.), *Health and health behaviour among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey* (pp. 207-216). Health Policy for Children and Adolescence, No.4, WHO Regional Office for Europe. Retrieved October 2, 2008 from <http://www.euro.who.int/Document/e82923.pdf>
- Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion- progress, problems and Solutions. *Health Promotion International*, 13, 27-44.
- Padez, C. (2002). Actividade física, obesidade e saúde: uma perspectiva evolutiva. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*, 20, 11-20.
- Pickett, W. (2004). Injuries. In: C. Currie *et al.* (Eds.), *Health and health behaviour among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey* (pp. 145-152). Health Policy for Children and

- Adolescence, No.4, WHO Regional Office for Europe. Retrieved October 12, 2008, from <http://www.euro.who.int/Document/e82923.pdf>
- Raphael, D. (1996). Determinants of Health of North-American Adolescents: Evolving Definitions, Recent Findings, and Proposed Research Agenda. *Journal of Adolescent Health, 19*, 6-16.
- Roberts, C.; Tynjälä, J. & Komkov, A. (2004). Physical activity. In: C. Currie *et al.* (Eds.), *Health and health behaviour among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey* (pp. 90-97). Health Policy for Children and Adolescence, No.4, WHO Regional Office for Europe. Retrieved December 2, 2008, from <http://www.euro.who.int/Document/e82923.pdf>
- Torsheim, T.; Välimaa, R. & Danielson, M. (2004). Health and well-being. In: C. Currie *et al.* (Eds.), *Health and health behaviour among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey* (pp. 55-62). Health Policy for Children and Adolescence, No.4, WHO Regional Office for Europe. Retrieved, January, 8, 2008 from <http://www.euro.who.int/Document/e82923.pdf>
- Vereecken, C.; Ojala, K. & Jordan, M.D. (2004). Eating habits. In: C. Currie *et al.* (Eds.), *Health and health behaviour among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey* (pp. 110-119). Health Policy for Children and Adolescence, No.4, WHO Regional Office for Europe. Retrieved October 1, 2008, from <http://www.euro.who.int/Document/e82923.pdf>
- WHO (2001). *Saúde Dos Adolescentes: Estratégia Para A Região Africana*. WHO Regional Office for Africa. Brazzaville.
- WHO (2003). *The European Health Report 2002*, European Series, n.º 97. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

*publicado

Dixe, Maria dos Anjos Coelho Rodrigues; Gaspar, Pedro João Soares; Monteiro, Baltazar Ricardo e Lopes Antonio José (2009) Health Practices and Behaviours of students; International Journal of Developmental and educational Psychology Ano XXI, 2 (1), pp65-76; ISSN: 0214-9877