

Luís Filipe Alexandrino de Magalhães Gonçalves da Costa

## **Determinantes do grau de dependência à nicotina dos estudantes do ensino profissional**

4.º Mestrado em Enfermagem Comunitária



Viseu, 2017



Luís Filipe Alexandrino de Magalhães Gonçalves da Costa

**Determinantes do grau de dependência à nicotina dos estudantes do ensino profissional**

4.º Mestrado em Enfermagem Comunitária

Relatório Final sob a orientação:  
Professora Doutora Ana Isabel Nunes Pereira de Azevedo e Andrade  
Professor Doutor João Carvalho Duarte



“A experiência não é o que nos acontece, é o que fazemos com o que nos acontece”

Aldous Huxley



## **Agradecimentos**

A concretização deste trabalho só se tornou possível com a colaboração de algumas pessoas a quem quero expressar um profundo agradecimento:

À Professora Doutora Ana Andrade, enquanto orientadora do trabalho, pela orientação, apoio, incentivo, ensinamentos e pelas reflexões enriquecedoras.

Ao Professor Doutor João Duarte, coorientador deste trabalho, pela pertinência das sugestões e partilha de saber científico e de estatística Às Escolas Profissionais Mariana Seixas e de Trancoso que colaboraram com esta investigação e aos estudantes, que responderam ao instrumento de colheita de dados permitindo que este trabalho se concretizasse.

A todos aqueles que, de uma forma mais ou menos direta, possibilitaram e incentivaram a realização deste estudo.

À minha família, pelo exemplo de vida, por todos os sacrifícios que sempre estiveram dispostos a fazer por mim e por me incitarem sempre a ir mais além!

Às pessoas importantes na minha vida, pelo apoio nos momentos difíceis.

Bem hajam....



## Resumo

**Enquadramento** – O contexto escolar, sobretudo o grupo de pares, o ambiente social e o contexto escolar, onde os estudantes estão inseridos, são considerados os maiores e mais fortes preditores do consumo de tabaco. Assumindo-se esta uma área de intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, que tem o contacto direto com a população e um conhecimento mais aprofundado dos seus problemas de saúde.

**Objetivo** – Identificar os determinantes do grau de dependência à nicotina dos estudantes do ensino profissional.

**Material e Método** – Estudo quantitativo, transversal, descritivo-correlacional, com uma amostra não probabilística por conveniência de 101 estudantes fumadores, com uma idade média de  $17,63 \pm 1,39$  anos. Recorreu-se ao questionário de caracterização sociodemográfica, académica, familiar e estilos de vida, à Escala de Balanço Decisório – BD (Trigo & Silva, 2003) e ao Questionário de Avaliação do Grau de Dependência à Nicotina - Teste de Fagerstrom Modificado.

**Resultados** – Do total de 281 estudantes de duas Escolas Profissionais, 101 são fumadores. O estabelecimento de ensino, o número de irmãos, a situação profissional do pai e o balanço decisório são variáveis que interferiram estatisticamente na dependência à nicotina. A idade, o sexo, o balanço decisório (fatores contra e prós) e a qualidade de sono explicam a dependência à nicotina. A idade e o balanço decisório – fator prós estabelecem uma relação inversa com a dependência à nicotina, sugerindo que os estudantes mais novos e com menos argumentos prós no balanço decisório apresentam maior dependência à nicotina. Apenas o balanço decisório – fator prós e a qualidade de sono se revelaram preditores da dependência à nicotina dos estudantes do ensino profissional.

**Conclusão** – Face aos resultados encontrados, emerge a necessidade de uma maior intervenção na comunidade escolar, defendendo-se o valor da saúde e trabalhando-se no sentido da antecipação dos riscos do consumo de tabaco, construindo-se, assim, o bem-estar holístico dos estudantes, contando com a participação de toda a comunidade educativa.

**Palavras-chave:** Ensino profissional, Estudantes; Dependência à nicotina.



## **Abstract**

**Background** - The school context, especially the peer group, the social environment and the school context, where the students are inserted, are considered the greatest and strongest predictors of tobacco consumption, assuming this is an area of intervention of the specialist nurse in community health, which has direct contact with the population and a deeper knowledge of their health problems.

**Objective** - To identify the determinants of the degree of nicotine dependence of vocational students.

**Material and Method** - A quantitative, cross-sectional, descriptive-correlational study with a non-probabilistic sample for the convenience of 101 smoking students, with a mean age of  $17.63 \pm 1.39$  years. The questionnaire was used to characterize socio-demographic, academic, family and lifestyles, to the Decisional Balance Scale - BD (Trigo & Silva, 2003) and to the Nicotine Dependence Degree Evaluation Questionnaire - Modified Fagerstrom Test.

**Results** - Of the total of 281 students from two Professional Schools, 101 are smokers. The educational establishment, the number of siblings, the father's professional situation and the decision-making balance are variables that have statistically interfered in nicotine dependence. Age, sex, decision-making (factors against and pros) and sleep quality explain nicotine dependence. Age and the decision - making balance - factor pros establish an inverse relationship with nicotine dependence, suggesting that younger students with fewer pros in the decision - making balance show a greater dependence on nicotine. Only the decision-making balance - pros factor and sleep quality have proved to be predictors of nicotine addiction among students in vocational education.

**Conclusion** - In view of the results found, the need for greater intervention in the school community arises, defending the value of health and working towards the anticipation of the risks of tobacco consumption, thus building the well-being students, with the participation of the entire educational community.

**Keywords:** Professional education, Students; Nicotine addiction.



## Sumário

|  |      |
|--|------|
| Índice de Figuras.....   | XIII |
| Índice de Tabelas.....   | XV   |
| Introdução.....  | 17   |
| 1. Metodologia.....  | 31   |
| 1.1. Métodos.....  | 31   |
| 1.2. Participantes.....  | 33   |
| 1.2.1. Caracterização sociodemográfica e familiar da amostra.....              | 34   |
| 1.3. Instrumentos.....   | 38   |
| 1.3.1. Instrumento de colheita de dados.....                                   | 38   |
| 1.3.2. Escalas.....  | 39   |
| 1.4. Procedimentos éticos e formais.....                                       | 48   |
| 1.5. Análise dos dados.....  | 49   |
| 2. Resultados.....   | 51   |
| 2.1. Análise descritiva.....   | 51   |
| 2.1.1. Caracterização académica.....   | 51   |
| 2.1.2. Dependência dos estuantes à nicotina.....                               | 52   |
| 2.1.3. Variáveis académicas.....   | 54   |
| 2.1.4. Variáveis familiares.....   | 56   |
| 2.1.5. Variáveis de estilo/hábitos de vida.....                                | 58   |
| 2.2.6. Balanço decisório.....  | 59   |
| 2.2. Análise inferencial.....  | 60   |
| 3. Discussão dos resultados.....   | 69   |
| Conclusão.....   | 75   |
| Referências bibliográficas.....  | 79   |
| Anexos.....  | 85   |
| Anexo I - Instrumento de recolha de dados                                      |      |
| Anexo II – Parecer do Conselho Científico da Escola Superior de Saúde de Viseu |      |
| Anexo III – Autorização para a aplicação da Escala do Balanço Decisório        |      |
| Anexo IV – Consentimento informado   |      |



## Índice de Figuras

|  |    |
|--|----|
| Figura 1 - Esquema conceptual de base .....        | 33 |
| Figura 2 - Modelo inicial com todos os itens ..... | 45 |
| Figura 3 - Modelo final ajustado .....             | 46 |



## Índice de Tabelas

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade em função do género .....  | 34 |
| Tabela 2- Caracterização sociodemográfica e familiar da amostra .....  | 37 |
| Tabela 3 - Consistência interna da Escala de Balanço Decisório .....   | 41 |
| Tabela 4 - Consistência interna por fatores da Escala de Balanço Decisório .....                               | 42 |
| Tabela 5 - Trajetórias, rácios críticos e coeficientes lambda dos itens com os fatores .....                   | 44 |
| Tabela 6 – Índices de bondade de ajustamento global.....   | 46 |
| Tabela 7 – Fiabilidade compósita e Variância extraída Média .....  | 46 |
| Tabela 8 - Relação entre o género e as variáveis académicas.....   | 52 |
| Tabela 9 - Estatísticas relativas à dependência à nicotina segundo o género .....                              | 53 |
| Tabela 10 – Dependência à nicotina em função do género .....   | 53 |
| Tabela 11 – Dependência à nicotina em função da idade, zona de residência e continente de origem .....         | 54 |
| Tabela 12 – Dependência à nicotina em função das variáveis académicas.....                                     | 55 |
| Tabela 13 – Dependência à nicotina em função das variáveis familiares .....                                    | 58 |
| Tabela 14 – Dependência à nicotina em função das variáveis estilo/hábitos de vida .....                        | 59 |
| Tabela 15 – Dependência à nicotina em função do balanço decisório.....   | 60 |
| Tabela 16 – Teste T de Student entre a dependência à nicotina e o género .....                                 | 60 |
| Tabela 17 – Teste Kruskal-Wallis o grau de dependência à nicotina e a idade .....                              | 61 |
| Tabela 18 – Teste Kruskal-Wallis a dependência à nicotina e a zona de residência .....                         | 61 |
| Tabela 19 – Teste T de Student entre a dependência à nicotina e o estabelecimento de ensino .....              | 61 |
| Tabela 20 – Teste ANOVA entre a dependência à nicotina e o ano de frequência.....                              | 62 |
| Tabela 21 – Teste Kruskal-Wallis a dependência à nicotina e a zona de residência .....                         | 62 |
| Tabela 22 – Teste T de Student entre a dependência à nicotina e o rendimento escolar ..                        | 62 |
| Tabela 23 – Teste T de Student entre a dependência à nicotina e o rendimento escolar ..                        | 63 |
| Tabela 24 – Teste T de Student entre a dependência à nicotina e a coabitação .....                             | 63 |
| Tabela 25 – Teste Kruskal-Wallis entre a dependência à nicotina e a existência de irmãos .....                 | 63 |
| Tabela 26 – Teste Kruskal-Wallis entre a dependência à nicotina e o estado civil dos pais .....                | 63 |
| Tabela 27 – Teste U de Mann-Whitney entre a dependência à nicotina e as habilitações literárias dos pais ..... | 64 |
| Tabela 28 – Teste U de Mann-Whitney a dependência à nicotina e a situação profissional do pai .....            | 64 |
| Tabela 29 – Teste T de Student entre a dependência à nicotina e a situação profissional da                     |    |

|   |    |
|---|----|
| mãe .....   | 65 |
| Tabela 30 – Teste U de Mann-Whitney entre o grau de dependência à nicotina e a percepção do ambiente familiar ..... | 65 |
| Tabela 31 – Teste U de Mann-Whitney entre a dependência à nicotina e a prática de atividade física .....            | 65 |
| Tabela 32 – Teste U de Mann-Whitney entre a dependência à nicotina e as horas habituais de sono .....               | 66 |
| Tabela 33 – Teste U de Mann-Whitney entre a dependência à nicotina e a qualidade do sono .....                      | 66 |
| Tabela 34 – Teste U de Mann-Whitney entre a dependência à nicotina e a frequência do consumo de tabaco .....        | 66 |
| Tabela 35 – Teste Kruskal-Wallis entre a dependência à nicotina e o balanço decisório...                            | 67 |
| Tabela 36 - Correlações de Pearson entre as variáveis independentes e a dependência à nicotina.....                 | 67 |
| Tabela 37 - Regressão múltipla entre as variáveis independentes e a dependência à nicotina .....                    | 68 |

## Introdução

A opção do estudo da dependência à nicotina dos estuantes do ensino profissional deve-se ao facto de a maioria dos estudos se centrarem em estudantes que frequentam escolas do ensino regular, bem como se apoia no número crescente de estudantes portugueses que cada vez mais frequentam estes estabelecimentos de ensino, os quais deixaram, como refere Azevedo (2010, p. 3), de ser “escolas para os pobres e para quem não pode ir para o liceu, para quem tem de ser “seleccionado” aos dez anos de idade” As escolas profissionais, ainda na perspectiva do mesmo autor, caracterizam-se por oferecer “oportunidades mais completas de desenvolvimento humano, contando nos seus planos de estudo, além da formação técnica específica, com uma formação sociocultural e científica, devidamente adequadas” (Azevedo, 2010, p. 3).

São inúmeros os fatores comportamentais com impacto na saúde das populações, dos quais se destaca o consumo de tabaco. Nos países desenvolvidos, o hábito tabágico constitui-se como a principal causa de doença e de mortes evitáveis, responsável por cerca de 25-30% do total de mortes verificadas por cancro (Ferreira, Chitas, Silva & Silva, 2013). Os mesmos autores, fazendo referência aos dados da Organização Mundial de Saúde, mencionam que “cerca de 6 milhões de pessoas morrem anualmente, em todo o mundo, devido ao consumo tabágico ou por causa do fumo passivo. Cerca de meio milhão de mortes ocorrem no espaço da União Europeia, cuja prevalência faz com que este hábito se transforme numa epidemia e, no caso de nada ser feito para reverter este processo, a Organização Mundial de Saúde prevê que, em 2020/30, morrerão anualmente cerca de 10 milhões de pessoas, em todo o mundo” (Ferreira et al., 2013, p. 109).

Segundo Nunes (2007), referenciado por Pereira, Martins e Baeta (2010, p. 2), a maioria dos fumadores tornou-se dependente na adolescência, mais concretamente antes dos 19 anos de idade, fase em que ainda se encontra na construção da sua personalidade, o que o torna muito influenciável perante os fatores predisponentes, como, por exemplo, “normas e valores de família, grupo de pares, impulsividade, rebeldia e fatores sócio-ambientais”. Maioritariamente, os adolescentes não têm uma “verdadeira consciência do poder aditivo do tabaco e tem a perceção de que poderá interromper o consumo sem dificuldade” (Nunes, 2007, cit. por Pereira et al., 2010, p. 2). Todavia, ainda na perspectiva dos mesmos autores, há estudos que revelam que muitos adolescentes pretendem deixar de fumar, contudo, “por já se encontrarem dependentes, são incapazes de o fazer por si só” (p.2).

Por norma, de acordo com Cardenal e Adell (2000), referenciados por Ferreira e Torgal (2010, p. 124), os adolescentes iniciam as suas experiências com o tabaco nos seus ambientes familiares, sendo “a influência do grupo de pares muito preditiva para o consumo”. Baptista (2014) refere que, ao imitar o mundo dos adultos, os adolescentes refletem no grupo de pares o consumo de substâncias psicoativas, sobretudo o tabaco, resultando em consequências diretas e indiretas na saúde, a curto e longo prazo.

Ao nível dos contextos sociais, sobretudo no que diz respeito à família, os fatores potenciadores de consumo tabágico associam-se aos “conflitos, baixos níveis de coesão, ausência de monitorização e desestruturação, sendo estes fatores preditores significativos de vulnerabilidades e aceitação da influência do grupo de pares” (Baptista, 2014, p. 51). A mesma autora refere ainda que apenas “uma relação de proximidade, estável, com suporte moral e dialogal pode inverter este caminho, pois a influência parental é um fator preditor de diminuição de comportamentos de risco” (Baptista, 2014, p. 51). A escola, neste âmbito, enquanto espaço privilegiado de socialização dos adolescentes, assume um papel terminante e multidimensional ao nível do desenvolvimento dos adolescentes, sobretudo “na realização de planos de prevenção e ensino de comportamentos saudáveis. É na escola que os adolescentes passam a maior parte do seu dia, aumentando os facilitadores de consumo, interligando os diversos domínios” (Baptista, 2014, p. 51).

Existe uma diversidade de motivos pelos quais os adolescentes começam a fumar. Uma vez que o consumo de cigarros consiste em comportamentos complexos, estes não podem ser explicados por qualquer fator causal único. Assim a etiologia deste comportamento deve-se à imitação do comportamento do adulto, à pressão dos amigos e à emulação de traços popularmente atribuídos aos fumadores, uma vez que o fumo e o comportamento ligado ao fumo constituem símbolos sociais importantes (Wong, 2009). A Organização Mundial de Saúde (1995), citada por Rodrigues (2013), acrescenta como causa deste comportamento os maus resultados escolares, a precocidade social, a personalidade.

A vulnerabilidade dos adolescentes à atracção do tabagismo pode ser entendida com a ajuda da teoria sociocognitiva, que explica como aprendemos comportamentos através dos modelos que imitamos e das recompensas sociais que recebemos (Matos, 2010).

O adolescente, de acordo com Silveira, Santos e Pereira (2014), esforça-se por criar a sua própria imagem na sociedade e procura identificar-se com certos modelos e com as imagens positivas e desejáveis dadas pelo tabagismo. Até há pouco tempo, as mensagens publicitárias conhecedoras dos aspetos psicológicos da adolescência associavam o ato de fumar com situações agradáveis da vida, o sucesso, com a juventude, o atrativo sexual, o

progresso social e a beleza social. Por outro lado, o preço relativamente pouco elevado do tabaco e o seu fácil acesso contribuíam para a banalidade da sua utilização.

O grupo dos companheiros oferece ao adolescente a ocasião de assumir riscos e de se confrontar com realidades competitivas (Silveira, Santos & Pereira, 2014). É raro a iniciação ao tabaco na adolescência se faça fora de um grupo, que cria o seu conjunto de regras, hierarquia, marcos e a sua função iniciática tem uma vertente socializadora. No grupo de pares é preciso provar aos outros que se é digno deles ao transgredir com eles a lei dos adultos, ao dar provas da sua coragem e da sua determinação (Morel, Hervé & Fontaine, 2009).

Existem autores, como Matos (2010), que referem que o uso ou não do tabaco está associado a mecanismos de autoconfiança. Segundo ele, quando um adolescente é capaz de dizer “não” ao seu melhor amigo, está interiormente fortalecido e é capaz de resistir às pressões exteriores.

Depois da iniciação no tabaco, o adolescente rapidamente aprende a usar esta substância devido aos efeitos agradáveis ou de habituação e contínua, então, a consumir para evitar a sensação de desconforto ou abstinência, tornando-se num fumador ativo (Rodrigues, 2013).

Wong (2009) advoga que, segundo um estudo realizado em 2008, 70% dos adolescentes experimentam cigarros enquanto frequentam o ensino básico. Rodrigues (2012), baseando-se em estudos realizados em diversos países, acrescenta o número de indivíduos iniciados no tabaco entre os 11 e os 15 anos tem vindo a aumentar significativamente e que em média mais de um quarto destes jovens fumam pelo menos uma vez por semana.

Os adolescentes com menor probabilidade de fumar são aqueles cujas famílias e amigos não fumam e os que se interessam mais por desporto (Wong, 2009). O adolescente por mais capacidades que tenha é ainda imaturo, devendo por isso ser protegido. A reação toxicodépendente, que provoca a desorganização de toda a adolescência, é apenas uma das respostas possíveis nesta fase (Gammer & Cabié, 2009).

O início do consumo tabágico, segundo a Organização Mundial de Saúde (2010), referenciada por Amaral (2010, p. 2), “ocorre na adolescência, incentivada pela publicidade e *marketing* da indústria tabaqueira”. De acordo com o mesmo organismo, “a venda de tabaco perto da escola facilita também o seu acesso”. Importa também referir que a “influência social através da pressão dos pares e a ideia de que fumar é um fator de integração incentivam o consumo por parte dos adolescentes. Os pais, construtores da personalidade do adolescente, influenciam a dependência dos filhos. De facto, o consumo

de tabaco na adolescência faz com se percam cerca de 14 anos de vida, facto que normalmente é ignorado pelos adolescentes que iniciam este comportamento e acabam por adquirir esta dependência” (Harrell, Bangdiwala, Deng, Webb, Bradley, 1998; Vitória, Salgueiro, Silva, De Vries, 2009; Organização Mundial de Saúde, 2010 cit. por Amaral, 2010, p. 2).

A adolescência é, por norma, vista como um período de saúde, devido à menor vulnerabilidade dos adolescentes à doença. Todavia, a adolescência é igualmente um período crítico na cronologia da saúde. Muitas das escolhas com impacte na saúde, e que perduram por longo tempo, são feitas neste período de vida. Dessas escolhas encontra-se, por exemplo, o consumo de substâncias que está frequentemente relacionado a vários sintomas de mal-estar, a curto e a longo prazo (Simões, Matos & Batista-Foguet, 2006).

Em contexto escolar, sobretudo o grupo de pares e o meio onde o adolescente se insere, constituem-se como grandes “preditores do consumo de substâncias” (Rodrigues, 2013, p. 41). A mesma autora refere que é no espaço escolar que se identificam os “fatores que podem favorecer comportamentos de risco, designadamente a carência de motivação relacionada com o fraco rendimento académico e a vontade de independência, mas fraco interesse na realização pessoal” (p. 41).

Os adolescentes com pais fumadores revelam maior probabilidade de se tornarem fumadores, ou mesmo se existirem irmãos mais velhos também fumadores (Fraga, Ramos, & Barros, 2006). No estudo realizado pelos mesmos autores ficou demonstrado que existe uma relação de dose-efeito entre o facto de os pais fumarem e os filhos iniciarem os hábitos tabágicos. Nas famílias monoparentais, os filhos de fumadores estão mais propensos a desenvolver este hábito, sobretudo nas raparigas. Em Portugal, ainda na perspetiva dos mesmos autores, os adolescentes, à semelhança de outros países, tendem a ter comportamentos e atitudes análogas entre eles e o tabagismo não é exceção.

A adolescência é uma etapa singularmente vulnerável quanto ao consumo de substância, entre elas o tabaco, pois configura-se como um período de socialização, onde o adolescente obtém os valores, atitudes e hábitos (Nunes, 2004). A necessidade de adquirir aceitação social pelo grupo de pares, que exercem pressão e influência, impulsiona o início do consumo, associado ao desejo de “estabelecer a autonomia e a identidade que é próprio da adolescência” (Nascimento & Assis, 2012, p. 740). Fumar, assim, na perspetiva dos mesmos autores, associa-se a um símbolo de independência e personalidade.

No estudo de Borges, Marques Lima, Costa, Gonçalves, Fernandes e Gonçalves (2008) com 255 estudantes portugueses ficou demonstrado que a taxa de fumadores era de 18,04%. O consumo de cigarros mais frequente foi entre 1-10 cigarros, sendo o seu

consumo mais elevado nos estudantes do género masculino. A idade de início da maioria foi entre 13-18 anos, com raparigas a começarem mais tarde. Os autores concluíram que 36,96% dos estudantes fumadores já fizeram uma tentativa de cessação tabágica, cuja maioria concorda com as medidas antitabágicas e considera que poderão reduzir o consumo e a morbimortalidade da população em geral. A formação sobre a cessação tabágica foi considerada suficiente por 34,90% dos estudantes.

O consumo de tabaco dos adolescentes portugueses na faixa etária dos 15 aos 24 anos aumentou mais de 30% nos últimos nove anos, segundo a Direção Geral de Saúde, em conformidade com o Relatório “Portugal – Prevenção e controlo do tabagismo em números 2015” inserido no Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo da Direção Geral de Saúde. O mesmo Relatório divulgou que em 2014 registou-se mais de 300 mil jovens fumadores, 15,1% dos quais diários. Estes valores representam um aumento de quase 81 mil jovens desde 2005. A propósito do número crescente de fumadores jovens, a percentagem de não fumadores diminuiu, o que se traduz no aumento da experimentação de tabaco<sup>1</sup>. No que diz respeito ao número de cigarros fumados diariamente, o relatório da Direção Geral de Saúde (2016) aponta para que mais de metade dos adolescentes entre os 15 e 24 anos fumem menos de 10 cigarros, o que ronda os 66,6%. Esta regularidade de consumo aplica-se a cerca de 74% das raparigas fumadoras e 61,7% dos rapazes deste grupo etário. Ainda cerca de 32% dos adolescentes fumam entre 11 a 20 cigarros diariamente. Apesar de ter havido um aumento de adolescentes portugueses fumadores, 13,2% dos que já fumavam, deixou de fumar (Direcção-Geral da Saúde, 2016).

Segundo a Direcção-Geral da Saúde (2016, p. 45), tendo em conta os dados resultantes do estudo colaborativo entre países da Organização Mundial da Saúde, *Health Behaviour in School-aged Children*, cerca de 77,8% dos adolescentes que frequentam o 8.º e o 10.º anos de escolaridade expressaram nunca ter experimentado tabaco, cuja proporção de experimentação de tabaco foi superior nas raparigas (24,6%). Dos alunos a frequentar o 10.º ano de escolaridade, mais de metade iniciou o consumo com mais de 14 anos, cuja idade de experimentação foi de 13,04 anos (idade mínima: 11 anos; máxima: 16 anos). No conjunto dos estudantes inquiridos fumadores (8.º e 10.º anos), 2,6% afirmaram que fumavam diariamente e 4,9% ocasionalmente. A grande maioria disse não fumar (92,5%) (Direcção-Geral da Saúde, 2016, p.45).

Ferreira e Torgal (2010, p. 123) referem que, por norma, o tabaco é a primeira substância consumida pelos adolescentes, o que coloca o início do comportamento

---

<sup>1</sup> Portugal - Prevenção e Controlo do Tabagismo em Números 2015. Acedido em <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-prevencao-e-controlo-do-tabagismo-em-numeros-201511.aspx>

tabágico, na maioria dos casos, na adolescência, sendo reduzindo o número de pessoas que se tornam fumadoras após os 18 anos. Na perspectiva das autoras citadas, o consumo de tabaco aumenta expressivamente “em adolescentes que têm outros comportamentos de risco, nomeadamente o consumo de substâncias ilícitas e álcool. O facto de os amigos, dos pais e irmãos fumarem assume-se como variável positivamente preditora de tabagismo do adolescente” (pp.123-124). Assim, no seu estudo, as mesmas autoras objetivaram verificar o consumo de tabaco e de álcool em adolescentes do ensino secundário, do distrito do Porto, tendo constatado que, em relação ao consumo de tabaco, a maioria dos adolescentes não fuma, o hábito inicia-se mais cedo nas raparigas e aumenta com a idade, os amigos exercem influência para o início do consumo.

Um estudo qualitativo desenvolvido por Matos, Gaspar, Vitória e Clemente (2003), com o objetivo de investigar as diferenças entre rapazes e raparigas fumadores regulares (que fumem pelo menos uma vez por semana), na faixa etária dos 14 aos 16 anos, demonstrou os adolescentes possuem alguma noção das diferenças entre rapazes e raparigas na frequência do comportamento, nos padrões de consumo e na forma como atua a pressão social. O tabaco e fumar tabaco ainda têm uma conotação negativa para os jovens, incluindo os que fumam. Fumar, especialmente por parte das raparigas, é algo mal visto por muitos rapazes. Os autores observam também que, quer rapazes quer raparigas, passam muito tempo com o seu grupo de pares, pelo que é natural o papel importante que estes desempenham no processo de influência social. Muitos jovens confirmam que a sua iniciação tabágica ocorreu no contexto do grupo de pares – começaram a fumar com os amigos. Alguns referem que fumam para ser mais importantes ou para ser aceites pelo grupo de amigos. A autoeficácia dos jovens para recusar fumar ou não fumar quando estão com outros que fumam é baixa e, nessa situação, a maioria declara que tem que fumar também. Muitos jovens referem explicitamente que começaram a fumar porque não tinham nada para fazer. Os jovens associam o tabaco e fumar a problemas com os pais, com o/a namorado/a e na escola (USDHHS, 1994). No grupo dos fumadores, com destaque para os rapazes, a escola e o estudo não parecem ser valorizados.

O estudo realizado pelo Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) (Feijão, Lavado & Calado, 2011), numa amostra constituída por 13000 alunos de alunos a frequentarem escolas do ensino público desde o 7º ao 12º ano, concluiu que, quanto ao consumo de tabaco, registou-se um ligeiro decréscimo na percentagem de experimentação, porém, houve um aumento significativo nos consumos, nos últimos 30 dias, a partir de 15 anos, ligeiramente maiores nas raparigas. No que se refere à iniciação aos consumos, a mesma ocorreu ligeiramente mais tarde em relação ao estudo de 2007, quando comparado

---

com a média de 7% dos estudantes terem fumado cigarros diariamente com 13 anos de idade ou menos, no estudo de 2007.

Outro estudo a referir é o de Ferraz, Pereira, Simões e Quental (2011), cujo objetivo consistiu em identificar o processo de experimentação e hábitos tabágicos de 710 estudantes de escolas básicas, da região Centro de Portugal, bem como conhecer a perceção e o uso do tabaco no contexto familiar. Os seus resultados demonstram que 6,9% dos adolescentes são fumadores, 7,4% tinham experimentado fumar em idades compreendidas entre os 7 e os 16 anos, sendo a idade mais crítica aos 13 anos, com a maioria dos estudantes a referirem que começaram a fumar na companhia de amigos. A maioria dos adolescentes afirmou não ter gostado da sua primeira experiência tabágica, contudo os que gostaram persistiram, fazendo-o em consumo médio. De acordo com os autores, embora os adolescentes tenham manifestado confiança na sua capacidade de conseguirem deixar de fumar, os resultados evidenciaram que não foi bem-sucedida o que se deveu à sua dependência mais psicológica do que propriamente física. Os estudantes relataram que, no seu contexto familiar, é o pai quem mais fuma, porém, fá-lo fora de casa. Verificou-se igualmente que os estudantes que mais fumam são os que possuem familiares com hábitos tabágicos.

Rodrigues (2013) realizou um estudo em cinco escolas de Coimbra e que visa a prevenção de comportamentos de risco para a saúde, sobretudo o consumo precoce de substâncias ilícitas, entre os adolescentes. Este estudo visou o diagnóstico de situação em que se pretendeu comparar os padrões de consumo nos adolescentes (848 alunos do ensino básico e secundário) e analisar os fatores que influenciam esses mesmos comportamentos. Verificou-se que o consumo de tabaco é mais elevado nas escolas secundárias, os que mais fumam são os adolescentes mais velhos, maioritariamente raparigas. Estes dados sugerem que as intervenções têm de se focar nos contextos problemáticos, havendo uma associação entre o consumo de tabaco com as substâncias ilícitas, o que resulta na necessidade de intervir precocemente de modo a evitar-se a sua experimentação, incentivando também os pais fumadores a cessarem o seu consumo de tabaco.

No estudo de Baptista (2014), realizado numa amostra de 971 adolescentes, com idades compreendidas entre os 14 e 21 anos, sendo a maioria rapazes (50.8%), residentes em meio rural (66.4%), a coabitar com os pais (77.3%) e a frequentarem, na sua maioria o 10.º ano de escolaridade, ficou demonstrado que a maioria dos adolescentes (62.0%) é ou já foi consumidora de tabaco (63.0% raparigas vs. 60.6% rapazes), tendo iniciado o consumo, em média, aos 13,8 anos, sendo os rapazes mais precoces ( $\leq 13$  anos) do que as raparigas ( $\geq 15$  anos). A autora verificou que o primeiro cigarro foi obtido na escola (35.5%

raparigas vs rapazes 39.1%), constituindo-se como o principal local de oferta (56.8%), cuja compra ocorreu na tabacaria ou no café (60.0%). Baptista (2014) constatou que na amostra de adolescentes do seu estudo 17,7% (13.0% raparigas vs. 22.0% rapazes) são fumadores diários, consumindo até sete cigarros (60.9% rapazes vs. 58.3% raparigas), tendo 74.3% apontado como principal motivo para fumar o primeiro cigarro “Querer saber como era”. Face a estes resultados, a mesma autora refere que é urgente implementarem-se mais políticas de educação para a saúde, com ações de sensibilização, prevenção e promoção de mudanças comportamentais e atitudinais, preditoras de estilos de vida saudável.

No estudo de Neto, Andrade, Napoli, Abdon, Gracia e Bastos (2010), cujo objetivo consistiu em identificar os fatores associados à experimentação tabágica e ao início precoce do tabagismo em 5.347 estudantes, na faixa etária dos 11-17 anos, ficou demonstrado que a prevalência de experimentação tabágica foi de 16,1%. Dos estudantes avaliados, 757 já tinham experimentado fumar e 462 desses fizeram-no antes dos 15 anos de idade, correspondendo a uma média de idade de experimentação tabágica de 13,9 anos. O mesmo estudo revela também que o início precoce do tabagismo se associa ao tabagismo paterno e com a influência dos meios de comunicação social, bem como se apresenta associada ao consumo do álcool, hábitos tabágicos por parte dos amigos e do(a) namorado(a), bem como a intervenção educacional agressiva/coercitiva dos pais. Deste modo, Neto et al. (2010) concluíram que o tabagismo paterno e a influência dos meios de comunicação social aumentaram a hipótese do consumo tabágico e a dependência à nicotina nos adolescentes.

Cristina, Alves e Perelmanb (2016) realizaram um estudo sobre as desigualdades socioeconómicas no tabagismo na adolescência, tendo associado o estatuto socioeconómico e o tabagismo em Portugal, cuja amostra foi um grupo de 1.900 adolescentes com idades compreendidas entre os 14-17 anos de 6 escolas portuguesas, a frequentarem os 10.<sup>o</sup> e 11.<sup>o</sup> anos. Os resultados demonstraram que mais de metade dos alunos já experimentou fumar, dando pelo menos umas passas (raparigas 52,8% *versus* rapazes 56,6%), com uma idade média de início de consumo de tabaco correspondente aos 15 anos de idade. Constatou-se que as raparigas fumam, em média, menos que os rapazes (17,1% *versus* 22,1%). As autoras constaram que a probabilidade de fumar regularmente foi estatisticamente mais elevada em alunos cujos pais estavam desempregados, nos alunos com pior rendimento escolar e maior semanada. Deste modo, as autoras referem que as políticas se devem centrar na situação do adolescente, promovendo o bem-estar na escola e integração no sistema educativo.

Os resultados encontrados por Cristina, Alves e Perelmanb (2016) corroboram a evidência na literatura sobre a associação entre tabagismo e o estatuto socioeconómico na adolescência, como foi demonstrado numa comparação internacional. Todavia, observou-se

que esta associação não era significativa para Portugal. Segundo as mesmas autoras, há estudos que documentam a relação entre o tabagismo do adolescente e as condições socioeconómicas da família, sugerindo uma influência negativa de ter pais que não trabalham e do baixo nível socioeconómico e educacional dos pais.

A noção de balanço decisório relaciona-se com o consumo tabágico, referindo-se ao princípio de que as tomadas de decisão abarcam “sempre uma ponderação ativa entre prós e contras com progressão no tempo” (Prochaska et al., 1994, cit. por Trigo, 2007, p. 97). De acordo com o mesmo autor, enquanto “na fase de pré-contemplação, os prós de fumar ultrapassam significativamente os contras, na fase de contemplação, prós e contras manifestam pesos idênticos, dando origem a uma grande ambivalência” (p.97). Ao passar para as fases seguintes, de preparação e ação, esta relação inverte-se, ou seja, predomina os contras do tabagismo, caracterizado por uma minoria de argumentos a favor. Por conseguinte, “para passar da fase de pré-contemplação para a fase de contemplação, é preciso aumentar a perceção das vantagens relacionadas com a mudança” (Prochaska et al., 1994, cit. por Trigo, 2007, p. 97). Segundo os mesmos autores, a passagem do estágio de contemplação para a ação está dependente da redução das desvantagens relacionadas com a mudança e, logo, com o aumento dos argumentos contra o tabagismo. Deste modo, a ação e o planeamento das intervenções são facilitadas, devendo basear-se numa avaliação prévia da fase de mudança, de modo a que a pessoa possa optar ou “por uma estratégia de reforço das vantagens da cessação tabágica, ou por uma atenuação das barreiras/dificuldades dessa mudança e desmistificação de falsas crenças” (Trigo, 2007, p. 97).

A noção de balanço decisório enfatiza a desadequação das intervenções orientadas unicamente para a ação, ou seja, a cessação tabágica, adotando como “preferível as estratégias mais alargadas e pró-ativas de identificação, encaminhamento e motivação dos fumadores” (Prochaska, Johnson & Lee, 1998, cit. por Trigo, 2007, p. 97). Como tal, as medidas para avaliação do balanço decisório podem ajudar a predizer quais as pessoas com maior probabilidade para deixar de fumar ou de adotar outros comportamentos preventivos.

Importa fazer referência à legislação reconhecida como a Lei do Tabaco (Lei nº 37/2007, 7 de agosto de 2007), a qual aprovou as normas para a proteção dos indivíduos da exposição involuntária ao fumo do tabaco e as medidas de redução da procura, bem como a cessação do seu consumo, tendo entrado vigor a 1 de janeiro de 2008. No seu artigo 4º alude à proibição de fumar em determinados locais, sobretudo nos estabelecimentos de ensino, dentro de todo o espaço das escolas, abrangendo espaços de recreio. A legislação alude à proibição da venda de produtos do tabaco através de máquinas de venda

automática, as quais têm de possuir um dispositivo eletrónico ou outro sistema bloqueador que coíba o seu acesso a menores de 18 anos. Refere também que os serviços de saúde devem fomentar e apoiar a informação e a educação para a saúde dos cidadãos quanto aos malefícios consequentes do consumo de tabaco e à importância da cessação tabágica, através de campanhas, programas e iniciativas dirigidas à população em geral ou a grupos específicos, particularmente crianças e adolescentes.

Segundo a Direção Geral de Saúde (2013), a Organização Mundial de Saúde, em 2008, refere a pandemia do tabagismo como responsável pela morte de 100 milhões de pessoas no século XX. Deste modo, caso esta não seja controlada, poderá vir a matar mil milhões, ao longo do século XXI. Ainda de acordo com o mesmo organismo, o hábito tabágico é a primeira causa evitável de doença, incapacidade e morte prematura nos países desenvolvidos, com interferência direta em seis das oito primeiras causas de morte a nível mundial.

Em Portugal, como informa a Direção-geral de Saúde (2013), as evidências estimadas pela Organização Mundial de saúde de 2012, mostram que o consumo de tabaco é responsável por 1 em cada 10 mortes ocorridas na população adulta e por cerca de 1 em cada 4 mortes na população na faixa etária dos 45-59 anos. Mais de 90% dos fumadores portugueses iniciaram o consumo com idades inferiores aos 25 anos, com destaque para o aumento do consumo de tabaco entre os jovens escolarizados.

Neste sentido, foi criado o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (PNPCT) pelo Despacho n.º 404/2012, de 3 de janeiro, visando a promoção de um futuro mais saudável, isento de tabaco, aumento da expectativa de vida saudável da população portuguesa, por meio da redução das doenças e da mortalidade prematura relacionadas com o consumo e exposição ao fumo de tabaco, bem como a redução da prevalência do consumo de tabaco (diário ou ocasional) na população com 15 ou mais anos em pelo menos 2%, até 2016.

Segundo o PNPCT (2012-2016), o tabagismo constitui-se como uma das principais causas evitáveis de doença e morte no mundo, atingindo todas as regiões e estatutos sociais. Manifesta um aumento tendencial principalmente nas regiões mais desfavorecidas, tornando-se numa situação agravada de desigualdade em saúde (Direção-geral de Saúde, 2013). De acordo com o PNPCT (2012-2016), um estudo Eurobarómetro, efetuado em 2012, revela que 23% da população residente em Portugal Continental era fumadora, estando abaixo da média da União Europeia, com 28%. Quanto à diferença entre géneros, o mesmo estudo revelou que a proporção de homens fumadores é de 30,9%, enquanto a de mulheres fumadoras é de 11,8%, estando ambos abaixo da média da União Europeia, onde 32% de

homens fumadores e 24% de mulheres. Estes dados foram tidos em consideração no PNPCT (2012-2016), pela gravidade que representa (Direção-geral de Saúde, 2013).

Os dados do Inquérito Nacional em Meio Escolar, que foi realizado em 2011, em estudantes do Ensino Secundário no que se refere ao consumo de drogas e outras substâncias psicoativas, demonstram que cerca de 90.000 alunos fumaram tabaco nos 30 dias anteriores ao inquérito (Feijão, 2011). De acordo com o mesmo estudo, este valor é significativamente superior aos encontrados em 2001 e 2006, tendo aumentado exponencialmente. Em conformidade com o Plano Nacional de Saúde (2012-2016), embora o número de fumadores tenha diminuído, é na faixa etária dos 15 aos 24 anos em que se regista um aumento mais elevado, em ambos os géneros (Direção-geral de Saúde, 2012).

Atendendo-se à elevada prevalência do consumo do tabaco, o seu efeito negativo na saúde e as recaídas nas pessoas que tentam a cessação tabágica, é importante aludir-se os mecanismos associados à dependência do tabaco. Assim, começa-se por referir que a nicotina, parte integrante da composição do tabaco, “é um alcalóide capaz de se ligar aos recetores neuronais de acetilcolina” (Abrantes, 2015, p. 10). De acordo com a mesma autora, consiste num componente altamente “viciante e é a substância psicoativa primária do tabaco” (p.10). O mecanismo de dependência tem uma etiologia multifatorial, que abarca fatores genómicos e não-genómicos. No que respeita aos fatores não-genómicos, estes referem-se aos ambientais, sociais, culturais, psicológicos, económicos e nutricionais. No que concerne aos fatores genómicos, tem-se hipotetizado que existem fatores genéticos para o consumo de várias drogas, o que contribui para acréscimo da dependência das mesmas (Abrantes, 2016). A mesma autora refere que os estudos acerca dos genes com influência na resposta à nicotina e com efeitos na dopamina e neurotransmissores de serotonina revelam que estes podem ser preditivos dos comportamentos aditivos.

“Alguns dos riscos e das consequências a curto prazo do consumo de tabaco são mais graves quanto mais precoce for a iniciação do consumo de tabaco, como é o caso da dependência” (Vitória, Branquinho & Vries, 2013, p. 194). De acordo com os mesmos autores, “os adolescentes sentem os primeiros sintomas de tolerância e dependência depois de fumarem unicamente alguns cigarros e antes de consumirem tabaco regularmente” (p. 194). Tendo como pressuposto que “os adolescentes que experimentaram fumar, entre 30% a 50% serão dependentes após 2-3 anos depois de terem fumado o primeiro cigarro, apesar do processo de instalação da dependência poder durar até dez anos” (Vitória, Branquinho & Vries, 2013, p. 194). Os mesmos autores acrescentam que “cerca de 90% dos adolescentes que fumarem entre 3-4 cigarros por dia tornar-se-ão fumadores regulares durante 30 a 40 anos” (p. 194).

“Os processos farmacológicos, psicológicos e comportamentais que causam a dependência da nicotina são idênticos aos da heroína e da cocaína” (Vitória, Branquinho & Vries, 2013, p. 194). De acordo com os mesmos autores, calcula-se que “95% dos fumadores são dependentes à nicotina, cujo processo de dependência é agravado por uma rápida eliminação da nicotina, levando aos primeiros sintomas de abstinência pouco tempo após terem fumado o último cigarro, ocorrendo o reforço da necessidade de um consumo frequente de tabaco ao longo do dia” (p. 194).

Afonso e Pereira (2013) realizaram um estudo que avaliou os preditores da dependência tabágica e a forma como as representações do tabaco contribuem para as variáveis sociocognitivas na cessação tabágica. Participaram no estudo 224 fumadores diários, dos quais 52.7% eram do gênero masculino e 47.3% do gênero feminino, com a idade a variar entre os 18 e 58 anos, com uma média de 28.58 anos, sendo, na maioria (49.1%), solteiros, com prevalência dos que tinham o 12.º ano de escolaridade (61.6%) e 54.5% eram residentes em meio urbano. Quanto às variáveis clínicas, 78.1% apresentaram uma dependência leve (Teste de Dependência de Fagerström), 76.8% fumavam há mais de 3 anos, com um consumo diário entre 0-10 cigarros (77.2%) e a idade mais frequente para o início do consumo tabágico foi entre os 14-18 anos. Os resultados mostraram que as variáveis preditoras da dependência à nicotina foram: ter menos idade, ser do gênero masculino, fumar mais cigarros por dia, ter um parceiro que fuma, menor qualidade de vida mental e mais morbidade psicológica.

Morais (2013) realizou um estudo sobre o consumo de bebidas alcoólicas e de tabaco em estudantes do ensino profissional, tendo participado 130 alunos a frequentarem o 10º e 11º anos numa escola profissional do concelho de Vila Real. O perfil sociodemográfico da amostra revela que ambos os gêneros estavam representado equitativamente (50% gênero masculino vs. 50% gênero feminino), com uma média de idade de 17,65 anos, estando em maior representatividade os estudantes que frequentavam o 10º ano de escolaridade (52,3%). A autora verificou que a prevalência de consumo de tabaco, nos últimos 30 dias, foi de 71,7%. Os rapazes iniciam o consumo de tabaco mais cedo do que as raparigas, com diferença estatisticamente significativa ( $p=0,005$ ). Após este diagnóstico da situação, Moraes (2013) implementou uma medida de intervenção de educação para a saúde, optando também pela estratégia da educação pelos pares. Deste modo, na avaliação que contou com a participação de 14 estudantes, ficou demonstrado que houve uma redução da prevalência do consumo de tabaco (35,7%). Face a estes resultados, autora concluiu que a intervenção permitiu ao grupo envolvido obter ganhos em saúde.

A prevenção do início do consumo de tabaco na adolescência assume-se, assim, como primordial, uma vez que os estudos evidenciam que os adolescentes se podem tornar

dependentes à nicotina (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2012*) depressa depois do início do uso de tabaco. As raparigas tornam-se mais facilmente dependentes à nicotina do que os rapazes, surgindo os sintomas de dependência nas raparigas três semanas depois de terem fumado o primeiro cigarro, face a 25 semanas, no caso dos rapazes (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2012*).

O consumo de tabaco aumenta significativamente em adolescentes que têm outros comportamentos de risco, como o consumo de drogas e álcool, bem como por parte dos que não praticam atividade física. Existe uma associação positiva com o tabagismo do adolescente e a dependência à nicotina com as variáveis ter amigos que fumam, pais e irmãos fumadores (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2012*).

Para além dos referidos fatores, a vulnerabilidade para criar dependência da nicotina também se assume como um fator inerente à dependência tabágica, destacando-se a ocorrência de acontecimentos adversos ou a experimentação durante a adolescência, na medida em que o stresse crónico faz aumentar os níveis de cortisol, reforçando a transmissão de dopamina e induzindo, a longo termo, alterações dopaminérgicas (Abrantes, 2015).

O consumo de tabaco por parte dos adolescentes é considerado uma das maiores problemáticas da atualidade, na medida em que tem vindo a crescer exponencialmente. Face a este cenário, os profissionais de saúde têm vindo a sentir a necessidade de dar uma especial atenção a intervenções junto desta população específica.

Assim ganha relevância estudar os hábitos tabágicos dos estudantes do ensino profissional, a fim de se poder intervir junto desta população, através de programas de educação para a saúde, em parceria com outros agentes educativos.

Neste sentido, formulou-se a seguinte questão de investigação

- Quais os determinantes do grau de dependência à nicotina dos estudantes do ensino profissional?

Decorrente da questão de investigação formulada, delineámos, como objetivo geral, identificar os determinantes do grau de dependência à nicotina dos estudantes do ensino profissional. Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, com corte transversal, descritivo, correlacional e analítico. A amostra é constituída por 281 estudantes de duas escolas profissionais, contudo, para a avaliação dos hábitos tabágicos a amostra ficou reduzida a 101 estudantes, uma vez que são estes que apresentaram consumo de tabaco.

Após uma contextualização teórica do tema, de modo a consubstanciar-se o problema em estudo, dando conta do estado de arte dos hábitos tabágicos dos

adolescentes. No que se refere ao estudo empírico, o mesmo inicia com os procedimentos metodológicos, designadamente a contextualização da problemática, questões de investigação, objetivos, tipo de investigação, o esquema concetual de relação entre as variáveis independentes e dependente com a relação entre as variáveis, a amostra e sua caracterização, o instrumento de recolha de dados, os procedimentos formais e éticos relativos ao seu pedido de aplicação, bem como a análise de dados. Apresentam-se os resultados obtidos da análise descritiva e inferencial, seguindo-se a sua discussão, confrontando-os com os autores consultados. O trabalho termina com as principais conclusões e sugestões, decorrentes dos resultados obtidos.

## 1. Metodologia

Este capítulo contém todos os procedimentos metodológicos inerentes ao estudo empírico, começando-se pela contextualização do problema em estudo, a partir do qual se formula a questão de investigação e se traçam os objetivos. Descreve-se o tipo de investigação, as variáveis em estudo, os participantes, o instrumento de recolha de dados, os procedimentos éticos e formais seguidos e o respetivo tratamento estatístico.

### 1.1. Métodos

A adolescência consiste numa fase de transição, na qual os adolescentes desenvolvem as suas capacidades através da experimentação de novos tipos de comportamentos, bem como se confrontam com o desafio de adotarem comportamentos saudáveis (Ferreira & Torgal, 2010). É importante ressaltar que os comportamentos de risco para a saúde, adquiridos na infância ou na adolescência, por vezes são difíceis de erradicar na idade adulta, podendo ter um impacto na saúde a curto e a longo prazo, dos quais se destaca o consumo de tabaco (Scholte, Poelen, Willemsen & Boomsma, 2008).

As recomendações que têm sido realizadas acerca do tabagismo, quer pela Organização Mundial de Saúde, pelas Assembleias Mundiais sobre o Tabagismo, pelo Conselho de Prevenção do Tabagismo e pelo Ministério da Saúde, revelam o significativo aumento do consumo do tabaco entre os adolescentes em idade escolar (Ferraz et al., 2011).

Tendo em conta que ganha toda a relevância estudar os hábitos tabágicos de estudantes de escolas profissionais, o que deu origem à seguinte questão de investigação:

- Quais os determinantes da dependência à nicotina dos estudantes do ensino profissional?

Neste sentido, definiram-se como objetivos:

- Determinar o perfil dos alunos do ensino profissional;
- Determinar a dependência à nicotina dos estudantes do ensino profissional;
- Analisar a influência das variáveis sociodemográficas e académicas na dependência à nicotina dos estudantes do ensino profissional;
- Avaliar a relação existente entre as variáveis familiares e a dependência à nicotina dos estudantes do ensino profissional;

- Determinar a influência das variáveis estilo/hábitos de vida na dependência à nicotina do ensino profissional;
- Avaliar a relação existente entre o balanço decisório do consumo tabágico e a dependência à nicotina dos estudantes do ensino profissional.

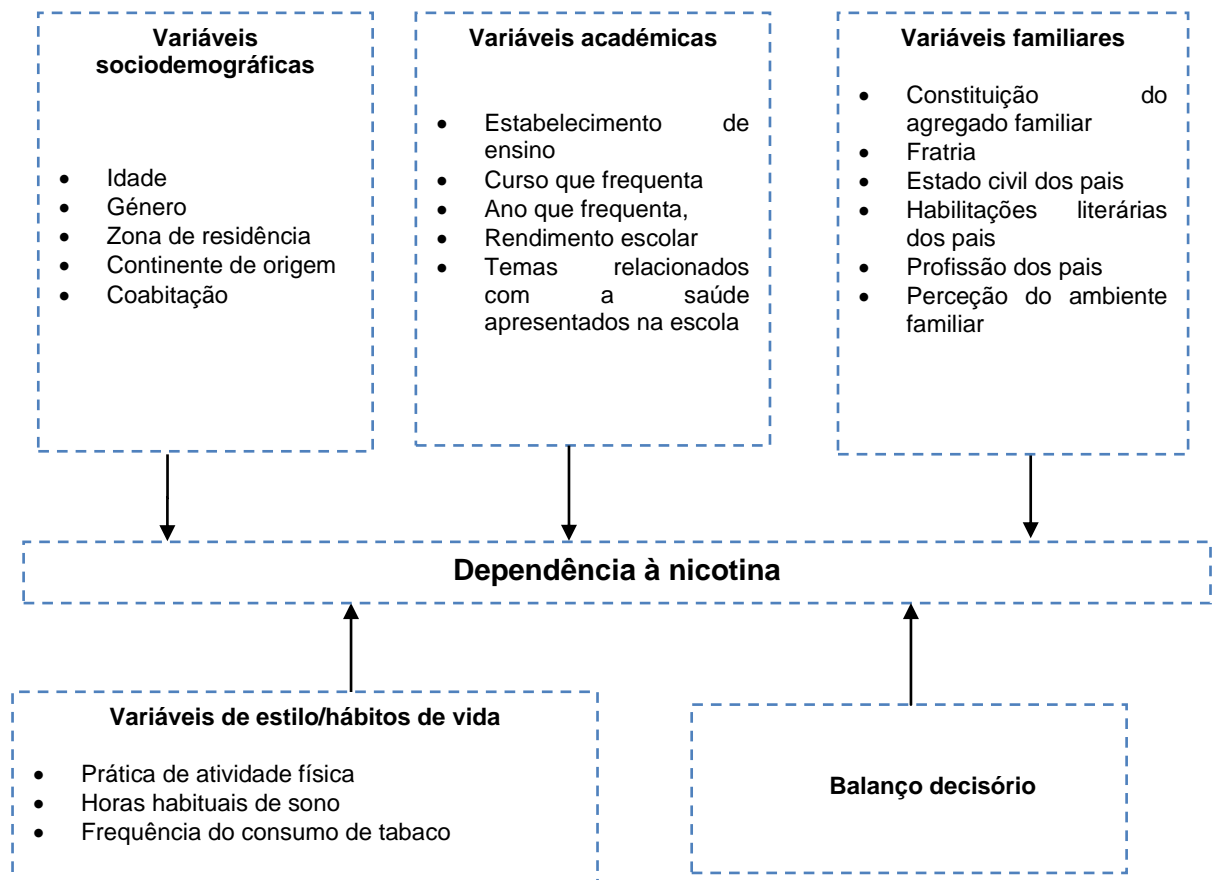
Tendo em conta os objetivos definidos para este trabalho, o tipo de estudo que na nossa perspetiva melhor se adequa é de natureza quantitativa, com corte transversal, descritivo, correlacional e analítico. O estudo assume esta natureza na medida em que se objetiva descrever as características dos estudantes das escolas profissionais e o fenómeno em estudo - grau de dependência à nicotina estabelecendo relação entre as variáveis. Recorre-se por isso a uma metodologia quantitativa porque este tipo de metodologia se interessa pelas “causas objetivas dos fenómenos e faz abstração da situação própria de cada indivíduo; apela à dedução, às regras da lógica e de medida. É baseada na observação de factos, de acontecimentos e de fenómenos objetivos e comporta um processo sistemático de colheita de dados observáveis e mensuráveis” (Fortin, 2009, p. 20).

Por outro lado, optando-se por um estudo descritivo pretende-se “definir as características de uma população ou de um fenómeno” (Fortin, 2009, p. 35) através dos resultados obtidos com uma amostra. Assim, e de acordo com a mesma autora, assume-me como um estudo de relações entre variáveis, sem a intervenção ativa do investigador, evitando-se qualquer influência dessas variáveis.

Assume-se também como um estudo correlacional porque pretende avaliar a relação que existe entre dois ou mais conceitos, categorias ou variáveis, sem que se intervenha ativamente para as influenciar. É simultaneamente analítico, porquanto se procura descrever as características dos estudantes da amostra, possibilitando relacionar as variáveis com o tema em estudo.

Neste contexto, e tendo em consideração as opções metodológicas, procura-se, através de uma representação esquemática, ilustrar o tipo de relação que se pretende estabelecer entre as variáveis (cf. Figura 1).

Figura 1 - Esquema conceptual de base



## 1.2. Participantes

Para este estudo, optou-se por uma amostra não probabilística/intencional por conveniência. A razão porque se optou por este tipo de amostra está relacionada com a maior facilidade de acesso ao grupo em estudo e, conseqüentemente, a amostra deste estudo teve por base uma população acessível de 350 estudantes da Sede da Escola Profissional Mariana Seixas e 153 estudantes da Escola Profissional de Trancoso, respetivamente. Responderam ao questionário 287 estudantes, de ambas as escolas, representando 57,06% da amostra inicial. Após a depuração dos questionários foram considerados válidos 281, eliminando-se 6 por estarem incompletos ou mal preenchidos.

Importa ressaltar que na caracterização sociodemográfica da amostra, académica e familiar foram considerados os 281 participantes mas para a avaliação dos hábitos tabágicos a amostra ficou reduzida a 101 estudantes, uma vez que são estes que referiram consumir tabaco.

### 1.2.1. Caracterização sociodemográfica e familiar da amostra

#### Idade e género

A amostra é constituída por 62,30% de rapazes e 37,70% de raparigas. Para ambos os géneros, a idade mínima é de 15 anos e a máxima de 22 anos, com uma idade média total de  $17,63 \pm 1,39$  anos (cf. Tabela 1).

As raparigas, em média, são mais velhas ( $M=17,75$  anos) do que os rapazes ( $M=17,56$  anos), sem relevância estatística entre os dois grupos ( $UMW= 8387,00$ ;  $p=0,166$ ). O teste de Kolmogorov-Smirnov (K/S) não revela uma distribuição normal, apresentando valores de assimetria e curtose, curvas leptocúrticas e enviesadas à esquerda para ambos os géneros e para a totalidade da amostra. Os coeficientes de variação revelam uma dispersão baixa em relação às idades médias verificadas (cf. Tabela 1).

Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade em função do género

| Idade<br>Género | N   | %     | Min | Máx | M     | D.P. | Sk/<br>Erro | K/<br>erro | CV (%) | KS    |
|-----------------|-----|-------|-----|-----|-------|------|-------------|------------|--------|-------|
| Masculino       | 175 | 62,30 | 15  | 22  | 17,56 | 1,41 | 4,64        | 1,14       | 8,03   | 0,000 |
| Feminino        | 106 | 37,70 | 15  | 22  | 17,75 | 1,36 | 3,11        | 1,39       | 7,66   | 0,000 |
| Total           | 281 | 100,0 | 15  | 22  | 17,63 | 1,39 | 5,48        | 1,51       | 7,88   | 0,000 |

#### Local de Residência

Os resultados revelam um predomínio de estudantes residentes na aldeia (57,6%), sendo também expressiva a percentagem de estudantes que vivem na cidade (27,8%) (cf. Tabela 2).

#### Continente de Origem

Em relação ao continente de origem, há um claro predomínio de estudantes do continente europeu (94,7%). Não se encontrou qualquer diferença estatística entre o continente de origem e o género ( $X^2=0,035$ ;  $p=0,852$ ) (cf. Tabela 2).

#### Coabitação

Em relação à coabitação, verifica-se que a maioria dos rapazes (66,3%) e das raparigas (54,7%) coabitam com outras pessoas sem ser a família nuclear, não se registando relevância estatística ( $X^2=3,747$ ;  $p=0,053$ ) (cf. Tabela 2).

### **Constituição do Agregado Familiar**

Reportando-se à constituição do agregado familiar, pode afirmar-se que na maioria dos estudantes (68,3%) o agregado familiar possui mais de 3 elementos, enquanto 31,7% possuem um agregado familiar até 3 elementos. Não se registou diferença estatisticamente significativa entre o agregado familiar e o género ( $X^2=1,464$ ;  $p=0,226$ ) (cf. Tabela 2).

### **Número de Irmãos**

Analisando-se ainda os resultados da Tabela 2, afere-se que 48,4% dos estudantes têm apenas um irmão, 31,3% possuem mais do que 2 irmãos e 20,3% não têm irmãos. Não se encontraram diferenças significativas entre o número de irmãos e o género ( $X^2=1,345$ ;  $p=0,510$ ).

### **Estado civil dos pais**

Em relação ao estado civil dos pais, apura-se que prevalecem os progenitores que vivem juntos/casados (75,1 %), enquanto 19,6% são separados/divorciados. É de realçar que em 5,3% dos estudantes pelo menos um dos progenitores já faleceu. Não se registam diferenças significativas entre o género e o estado civil dos pais ( $X^2 = 0,567$ ;  $p=0,753$ ) (cf. Tabela 2).

### **Habilitações literárias dos pais**

Os dados apurados em relação às habilitações literárias dos pais dos estudantes revelam que na maioria dos casos (61,0%) o pai tem formação intermédia (ensino secundário) e 34,0% possuem formação inferior (ensino básico), não se verificando diferenças estaticamente significativas entre o género e habilitações literárias do pai ( $X^2=3,046$ ;  $p=0,218$ ). Em relação à situação académica da mãe, constata-se que 67,3% têm formação intermédia (ensino secundário) e 27,3% possuem formação inferior (ensino básico). As diferenças encontradas entre o género e habilitações literárias da mãe também não são estaticamente significativas ( $X^2=0,901$ ;  $p=0,637$ ) (cf. Tabela 2).

### **Situação profissional dos pais**

No que se refere à situação profissional dos pais, existe uma prevalência de pai e mãe ativos profissionalmente, com 83,5% e 64,4% respetivamente. Não se verificam

diferenças estatisticamente significativas entre o género e a situação profissional do pai ( $X^2=3,099$ ;  $p=0,212$ ). No entanto, com a situação profissional da mãe, foi encontrada significância estatística ( $X^2=4,248$ ;  $p=0,039$ ), sendo que estas se situam nas mães ativas para o género masculino e nas mães não ativas para o género feminino (cf. Tabela 2).

### **Perceção de ambiente familiar**

Quanto ao ambiente familiar, afere-se que a maioria dos estudantes (86,8%) considera-o bom, o que é análogo a 90,3% dos rapazes e a 81,1% das raparigas, resultando em diferenças significativas ( $X^2=4,838$ ;  $p=0,028$ ). A análise dos valores residuais indica que esta diferença se situa no grupo dos rapazes para bom ambiente familiar e no grupo das raparigas para mau ambiente familiar (cf. Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica e familiar da amostra

| Variáveis                             | Género     |              |            |              | Total      |              | Resíduos ajustados |          |                                   |
|---------------------------------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|--------------------|----------|-----------------------------------|
|                                       | Masculino  |              | Feminino   |              | N          | %            | Masculino          | Feminino |                                   |
|                                       | N          | %            | N          | %            |            |              |                    |          |                                   |
|                                       | 171        | 62,30        | 106        | 37,70        | 281        | 100,0        |                    |          |                                   |
| <b>Local onde habita</b>              |            |              |            |              |            |              |                    |          |                                   |
| Aldeia                                | 105        | 60,0         | 57         | 53,8         | 162        | 57,6         | 1,0                | -1,0     | $\chi^2 = 1,246$<br>$p = 0,536$   |
| Vila                                  | 23         | 13,1         | 18         | 17,0         | 41         | 14,6         | -0,9               | 0,9      |                                   |
| Cidade                                | 47         | 26,9         | 31         | 29,2         | 78         | 27,8         | -0,4               | 0,4      |                                   |
| <b>Continente de origem</b>           |            |              |            |              |            |              |                    |          |                                   |
| Europeu                               | 166        | 94,9         | 100        | 94,3         | 266        | 94,7         | 0,2                | -0,2     | $\chi^2 = 0,035$<br>$p = 0,852$   |
| Outros                                | 9          | 5,1          | 6          | 5,7          | 15         | 5,3          | -0,2               | 0,2      |                                   |
| <b>Coabitación</b>                    |            |              |            |              |            |              |                    |          |                                   |
| Família nuclear                       | 59         | 33,7         | 48         | 45,3         | 107        | 38,1         | -1,9               | 1,9      | $\chi^2 = 3,747$<br>$p = 0,053$   |
| Outra                                 | 116        | 66,3         | 58         | 54,7         | 174        | 61,9         | 1,9                | -1,9     |                                   |
| <b>Agregado familiar</b>              |            |              |            |              |            |              |                    |          |                                   |
| Até 3 elementos                       | 60         | 34,3         | 29         | 27,4         | 89         | 31,7         | 1,2                | -1,2     | $\chi^2 = 1,464$<br>$p = 0,226$   |
| Mais do que 3 elementos               | 115        | 65,7         | 77         | 72,6         | 192        | 68,3         | -1,2               | 1,2      |                                   |
| <b>Número de irmãos</b>               |            |              |            |              |            |              |                    |          |                                   |
| Sem irmãos                            | 39         | 22,3         | 18         | 17,0         | 57         | 20,3         | 1,1                | -1,1     | $\chi^2 = 1,345$<br>$p = 0,510$   |
| Um irmão                              | 81         | 46,3         | 55         | 51,9         | 136        | 48,4         | -0,9               | 0,9      |                                   |
| => dois irmãos                        | 55         | 31,4         | 33         | 31,1         | 88         | 31,3         | 0,1                | -0,1     |                                   |
| <b>Estado civil dos pais</b>          |            |              |            |              |            |              |                    |          |                                   |
| Juntos/casados                        | 136        | 76,0         | 78         | 73,6         | 211        | 75,1         | 0,5                | -0,5     | $\chi^2 = 0,567$<br>$p = 0,753$   |
| Separados/ divorciados                | 32         | 18,3         | 23         | 21,7         | 55         | 19,6         | -0,7               | 0,7      |                                   |
| Viúvo (a)                             | 10         | 5,7          | 5          | 4,7          | 15         | 5,3          | 0,4                | -0,4     |                                   |
| <b>Habilitações literárias do pai</b> |            |              |            |              |            |              |                    |          |                                   |
| Formação superior                     | 9          | 5,4          | 3          | 3,0          | 12         | 4,5          | 0,9                | -0,9     | $\chi^2 = 3,046$<br>$p = 0,218$   |
| Formação intermédia                   | 107        | 63,6         | 57         | 56,4         | 164        | 61,0         | 1,2                | -1,2     |                                   |
| Formação inferior ou inexistente      | 52         | 31,0         | 41         | 40,6         | 93         | 34,5         | -1,6               | 1,6      |                                   |
| <b>Habilitações literárias da mãe</b> |            |              |            |              |            |              |                    |          |                                   |
| Formação superior                     | 11         | 6,4          | 4          | 3,8          | 15         | 5,4          | 0,9                | -0,9     | $\chi^2 = 0,901$<br>$p = 0,637$   |
| Formação intermédia                   | 114        | 66,3         | 73         | 68,8         | 187        | 67,3         | -0,4               | 0,4      |                                   |
| Formação inferior ou inexistente      | 47         | 27,3         | 29         | 27,4         | 76         | 27,3         | -                  | -        |                                   |
| <b>Situação profissional do pai</b>   |            |              |            |              |            |              |                    |          |                                   |
| Ativo                                 | 143        | 86,1         | 79         | 79,0         | 222        | 83,5         | 1,5                | -1,5     | $\chi^2 = 3,099$<br>$p = 0,212$   |
| Não ativo                             | 18         | 10,8         | 14         | 14,0         | 32         | 16,5         | -0,8               | 0,8      |                                   |
| <b>Situação profissional da mãe</b>   |            |              |            |              |            |              |                    |          |                                   |
| Ativa                                 | 118        | 69,0         | 59         | 56,7         | 177        | 64,4         | 2,1                | -2,1     | $\chi^2 = 4,248$<br>$p = 0,039^*$ |
| Não ativa                             | 53         | 31,0         | 45         | 43,3         | 98         | 35,6         | -2,1               | 2,1      |                                   |
| <b>Ambiente Familiar</b>              |            |              |            |              |            |              |                    |          |                                   |
| Mau ambiente familiar                 | 17         | 9,7          | 20         | 18,9         | 37         | 13,2         | -2,2               | 2,2      | $\chi^2 = 4,838$<br>$p = 0,028^*$ |
| Bom ambiente familiar                 | 158        | 90,3         | 86         | 81,1         | 244        | 86,8         | 2,2                | -2,2     |                                   |
| <b>Total</b>                          | <b>175</b> | <b>100,0</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> | <b>281</b> | <b>100,0</b> |                    |          |                                   |

Como síntese aos resultados encontrados e no intuito de traçar o perfil dos adolescentes do estudo, dir-se-ia que tanto os estudantes do género masculino como feminino habitam na sua maioria na aldeia, são europeus coabitam com outras pessoas, o agregado familiar é constituído por mais de três elementos e possuem apenas um irmão. Os pais são casados ou vivem em união de facto, ambos os progenitores possuem como habilitações literárias a formação intermédia (ensino secundário) e têm uma situação profissional ativa e consideram que o ambiente familiar onde habitam é bom.

### 1.3. Instrumentos

O instrumento de recolha de dados é constituído por duas partes: um questionário construído para o efeito (*ad hoc*) e escalas. Integram um estudo mais alargado, inserido numa linha de investigação denominada “Determinantes da Saúde em Estudantes do Ensino Profissional”. O questionário teve por base a pesquisa bibliográfica efetuada sobre a temática e possibilita avaliar, entre outros aspetos, o balanço decisório para o consumo de tabaco e o grau de dependência de nicotina. Importa ressaltar que apenas se irão referir as partes do instrumento de recolha de dados que vão ao encontro do objeto de estudo.

#### 1.3.1. Instrumento de colheita de dados

##### Questionário

O questionário subdivide-se em quatro partes: dados pessoais, dados académicos, dados familiares e estilos de vida.

**Dados sociodemográficos:** contém quatro questões que possibilitam colher informação acerca da idade, género, local de residência e continente de origem dos estudantes;

**Dados Académicos:** constituída por cinco questões que permitem recolher informação sobre o estabelecimento de ensino que os estudantes frequentam, o ano de escolaridade em que se encontram, o curso que frequentam e o seu rendimento escolar;

**Dados familiares:** abarca sete questões que possibilitam a caracterização do número de elementos do agregado familiar, coabitação, número de irmãos, estado civil dos pais, habilitações literárias dos pais, situação profissional dos pais e auto-perceção do ambiente familiar;

**Estilos de vida:** as quatro questões inseridas nesta secção têm como finalidade determinar o consumo de tabaco, tendo em conta: fumar habitualmente, com que frequência fuma, n.º de cigarros consumidos por dia e por semana, pessoas que se relacionam com os estudantes e se são fumadores.

### 1.3.2. Escalas

#### **Escala de Balanço Decisório – BD, Versão portuguesa de Trigo e Silva (2003)**

Ao nível da tomada de decisão, uma das primeiras técnicas a ser usada na avaliação dos processos motivacionais e cognitivos foi o *Decisional Balance Sheet of Incentives*, criado por Mann (1972) e, posteriormente, por Janis e Mann (1977). Estes autores fundamentaram-se num modelo de ganhos e perdas que distinguia quatro categorias: (1) ganhos e perdas utilitárias, (2) ganhos utilitários e perdas a favor de outras pessoas, (3) auto-aprovação ou desaprovação e (4) aprovação ou desaprovação de outras pessoas significativas. Enquanto as primeiras duas categorias diziam respeito a considerações instrumentais, as duas últimas abarcavam aspetos não utilitários, nomeadamente a estima pessoal, a aceitação social, as normas sociais e ideais (Trigo, 2007).

Janis e Mann (1977) operacionalizaram um questionário breve, designado por *Smoking Decisional Balance Scale* (SDBS), inicialmente destinado a avaliar a tomada de decisão em fumadores. A versão final da escala contém vinte itens, respondidos através de uma escala de Likert com cinco pontos que se podem referir à frequência (1 - nunca, 2 - quase nunca, 3 - algumas vezes, 4 - frequentemente e 5 - sempre) ou à importância (1 - nada importante, 2 - pouco importante, 3 - importante, 4 - muito importante e 5 - extremamente importante). A Escala é constituída por dois fatores: Fator 1 - a escala de contras (itens 5, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 18, 19) e Fator 2 - a escala de prós (1, 2, 3, 4, 7, 9, 15, 16, 17, 20).

Trigo (2007, p.219) partiu do estudo de Prochaska e colaboradores (1994), onde foi validado o modelo do balanço decisório em doze comportamentos problemáticos. Neste estudo verificou-se que os prós associados a esses comportamentos eram invariavelmente mais elevados do que os contras, nas pessoas em período de pré-contemplação. Trigo (2007, p. 219) refere que os argumentos contra o comportamento eram notoriamente mais elevados na fase de contemplação do que na fase de pré-contemplação. Estes resultados sugeriram que a progressão da fase pré-contemplação para a contemplação implicasse um aumento na perceção das vantagens que se relacionavam com a transformação e, como tal, um aumento dos argumentos contra o comportamento. Deste modo, Trigo (2007) regeu-se pelo valor preditivo do balanço decisório, tendo como ponto de partida resultados de diferentes estudos e problemáticas, o que contribuiu para corroborar a validade da Escala do Balanço Decisório.

Os coeficientes de consistência interna foram de 0,90 e 0,87, respetivamente na escala de contras e na escala de prós (Velicer et al., 1985; Trigo, 2007). Prochaska et al. (1994), referenciados por Trigo (2007, p. 219), avaliaram as relações entre a progressão nos

estádios de mudança e o balanço decisório em doze comportamentos problemáticos, a estrutura de dois fatores foi confirmada em onze dessas situações, excetuando as dietas ricas em gordura. No estudo de Trigo (2007), os coeficientes alfa oscilaram entre 0,75 e 0,95.

### **Estudo psicométrico da Escala de Balanço Decisório – BD, Versão portuguesa de Trigo e Silva (2003) para o presente estudo**

Foram estudadas as estatísticas (médias e desvios padrão), assim como as correlações entre cada item e o valor global da Escala de Balanço Decisório, permitindo observar-se como o item individual se relaciona com o valor global, numa amostra de 101 estudantes que referiram consumir tabaco.

Os valores de Alfa de Cronbach oscilam entre 0,771 no item 11 e 0,792 no item 2, indicando razoável consistência interna. Os coeficientes de correlação do item total corrigido apontam para valores correlacionais superiores a 0,20, à exceção do item 2 “Após algum tempo sem fumar, um cigarro faz-me sentir ótimo(a)” ( $r=0.168$ ). A correlação máxima situa-se no item 11 “Fumar é perigoso para a minha saúde” ( $r=0,501$ ). Os valores da média e respetivo desvio padrão, nos diversos itens, permitem afirmar que estes se encontram bem centrados, uma vez que todos se situam acima da média esperada, sendo o menor no item 4 ( $M=2,07$ ) e o maior no item 16 ( $M=3,74$ ). Encontrou-se um alfa de 0,788, classificado de bom (cf. Tabela 3).

Tabela 3 - Consistência interna da Escala de Balanço Decisório

| N.º Item                            | Itens  | Média | Dp    | r item/total | r <sup>2</sup> | α sem item |
|-------------------------------------|--|-------|-------|--------------|----------------|------------|
| 1                                   | Fumar cigarros é agradável.  | 2,44  | 1,152 | ,385         | ,347           | ,777       |
| 2                                   | Após algum tempo sem fumar, um cigarro faz-me sentir ótimo(a).   | 3,68  | 1,341 | ,168         | ,305           | ,792       |
| 3                                   | Quando estou a fumar fico descontraído(a) e, consequentemente, mais satisfeito(a).   | 2,47  | 1,256 | ,328         | ,165           | ,781       |
| 4                                   | Gosto da imagem do fumador de cigarros.  | 2,07  | 1,202 | ,358         | ,371           | ,779       |
| 5                                   | O meu cigarro pode afetar a saúde de outras pessoas.   | 2,06  | 1,149 | ,328         | ,350           | ,781       |
| 6                                   | Neste momento, eu seria mais enérgico(a) se não fumasse.   | 3,60  | 1,292 | ,321         | ,431           | ,781       |
| 7                                   | Se tentar parar de fumar, poderei tornar-me uma pessoa irritável e uma má companhia.   | 2,58  | 1,099 | ,449         | ,306           | ,774       |
| 8                                   | As pessoas que me são próximas iriam sofrer se eu adoecesse por causa do tabaco.   | 3,34  | 1,300 | ,333         | ,373           | ,781       |
| 9                                   | A minha família e amigos gostam mais de mim quando estou satisfeito(a) a fumar, do que quando estou de mau humor tentando parar. | 2,46  | 1,105 | ,459         | ,449           | ,773       |
| 10                                  | Como continuo a fumar, algumas pessoas conhecidas acham que não tenho força para parar.  | 2,67  | 1,156 | ,427         | ,291           | ,775       |
| 11                                  | Fumar é perigoso para a minha saúde.   | 2,48  | 1,056 | ,501         | ,528           | ,771       |
| 12                                  | Estou embaraçado(a) por ter de fumar.  | 2,19  | 1,093 | ,434         | ,649           | ,774       |
| 13                                  | O fumo do meu cigarro incomoda as outras pessoas.  | 2,51  | 1,171 | ,434         | ,502           | ,774       |
| 14                                  | As pessoas acham-me insensato(a) por ignorar os avisos sobre o hábito de fumar.  | 2,55  | 1,062 | ,468         | ,510           | ,773       |
| 15                                  | Gosto mais de mim quando fumo.   | 3,41  | 1,096 | ,256         | ,373           | ,785       |
| 16                                  | Fumar ajuda-me a concentrar e a fazer melhor o meu trabalho.   | 3,74  | 1,231 | ,220         | ,440           | ,788       |
| 17                                  | Fumar alivia a tensão.   | 3,58  | 1,208 | ,250         | ,520           | ,786       |
| 18                                  | As pessoas que me são próximas desaprovam o facto de eu fumar.   | 2,21  | 1,211 | ,404         | ,544           | ,776       |
| 19                                  | Sou insensato(a) por ignorar os avisos acerca dos cigarros.  | 3,70  | 1,172 | ,231         | ,412           | ,787       |
| 20                                  | A opção de fumar faz-me sentir que posso tomar as minhas próprias decisões.  | 3,38  | 1,153 | ,347         | ,344           | ,780       |
| Coeficiente alfa de Cronbach global |  | 0,788 |       |              |                |            |

Reportando-nos ao **Fator I – Escala de Contras**, a consistência interna indica-nos valores razoáveis de alfa a oscilarem entre  $\alpha=0.760$  no item 19 “Sou insensato(a) por ignorar os avisos acerca dos cigarros” com uma percentagem de variância explicada de 13.4% e  $\alpha=0.672$  nos itens 13 (“O fumo do meu cigarro incomoda as outras pessoas”) e item 14 (“As pessoas acham-me insensato(a) por ignorar os avisos sobre o hábito de fumar”) com uma variabilidade de 49.4% e 48.8, respetivamente. Obteve-se um alfa total de  $\alpha=0.724$ , classificado de razoável. As estatísticas dos itens indicam que o mais favorável é o item 14 (“As pessoas acham-me insensato(a) por ignorar os avisos sobre o hábito de fumar”) e o menos favorável o item 19 (“Sou insensato(a) por ignorar os avisos acerca dos cigarros”), que se revela problemático.

No que concerne ao **Fator 2 – Escala dos Prós**, em termos médios o item mais favorável é o 16 “Fumar ajuda-me a concentrar e a fazer melhor o meu trabalho” e o menos favorável é o item 4 “Gosto da imagem do fumador de cigarros”, embora os resultados indiquem que se encontram bem centrados dados os valores médios e os respetivos

desvios padrão obtidos. Os coeficientes de alpha de Cronbach dos 10 itens desta dimensão que oscilaram entre ( $\alpha=0.577$ ) no item 17 “Fumar alivia a tensão” e ( $\alpha= 0.639$ ) no item 2 “Após algum tempo sem fumar, um cigarro faz-me sentir ótimo(a)”, com variabilidades de 44.8% e de 20.6%, respetivamente, indicam-nos uma razoável consistência interna, com um alfa total de ( $\alpha=0.632$ ). O maior valor de correlação situa-se no item 17 ( $r=0.426$ ) e o item que apresenta menor correlação é o item 4 ( $r=0.176$ ). (cf. Tabela 4)

Tabela 4 - Consistência interna por fatores da Escala de Balanço Decisório

| Nº Item                            | Dimensões  | Média | Dp                 | R item/total | r <sup>2</sup> | $\alpha$ sem item |
|------------------------------------|--|-------|--------------------|--------------|----------------|-------------------|
| <b>Fator 1 - Escala de contras</b> |  |       | <b>Alfa global</b> |              |                | <b>0,724</b>      |
| 5                                  | O meu cigarro pode afetar a saúde de outras pessoas.   | 2,06  | 1,149              | ,363         | ,233           | ,705              |
| 6                                  | Neste momento, eu seria mais enérgico(a) se não fumasse.   | 3,60  | 1,292              | ,184         | ,357           | ,737              |
| 8                                  | As pessoas que me são próximas iriam sofrer se eu adoecesse por causa do tabaco.                                 | 3,34  | 1,300              | ,205         | ,321           | ,733              |
| 10                                 | Como continuo a fumar, algumas pessoas conhecidas acham que não tenho força para parar.                          | 2,67  | 1,156              | ,445         | ,243           | ,692              |
| 11                                 | Fumar é perigoso para a minha saúde.   | 2,48  | 1,056              | ,548         | ,455           | ,678              |
| 12                                 | Estou embaraçado(a) por ter de fumar.  | 2,19  | 1,093              | ,571         | ,625           | ,673              |
| 13                                 | O fumo do meu cigarro incomoda as outras pessoas.  | 2,51  | 1,171              | ,565         | ,494           | ,672              |
| 14                                 | As pessoas acham-me insensato(a) por ignorar os avisos sobre o hábito de fumar.                                  | 2,55  | 1,062              | ,589         | ,488           | ,672              |
| 18                                 | As pessoas que me são próximas desaprovam o facto de eu fumar.   | 2,21  | 1,211              | ,509         | ,512           | ,681              |
| 19                                 | Sou insensato(a) por ignorar os avisos acerca dos cigarros.  | 3,70  | 1,172              | -,003        | ,134           | ,760              |
| <b>Fator 2 – Escala de prós</b>    |  |       | <b>Alfa global</b> |              |                | <b>0,632</b>      |
| 1                                  | Fumar cigarros é agradável.  | 2,44  | 1,152              | ,240         | ,291           | ,619              |
| 2                                  | Após algum tempo sem fumar, um cigarro faz-me sentir ótimo(a).   | 3,68  | 1,341              | ,181         | ,206           | ,636              |
| 3                                  | Quando estou a fumar fico descontraído(a) e, conseqüentemente, mais satisfeito(a).                               | 2,47  | 1,256              | ,284         | ,117           | ,610              |
| 4                                  | Gosto da imagem do fumador de cigarros.  | 2,07  | 1,202              | ,176         | ,267           | ,633              |
| 7                                  | Se tentar parar de fumar, poderei tornar-me uma pessoa irritável e uma má companhia.                             | 2,58  | 1,099              | ,299         | ,219           | ,607              |
| 9                                  | A minha família e amigos gostam mais de mim quando estou satisfeito(a) a fumar, do que quando estou de mau humor | 2,46  | 1,105              | ,304         | ,353           | ,606              |
| 15                                 | Gosto mais de mim quando fumo.   | 3,41  | 1,096              | ,396         | ,333           | ,587              |
| 16                                 | Fumar ajuda-me a concentrar e a fazer melhor o meu trabalho.   | 3,74  | 1,231              | ,367         | ,367           | ,591              |
| 17                                 | Fumar alivia a tensão.   | 3,58  | 1,208              | ,426         | ,448           | ,577              |
| 20                                 | A opção de fumar faz-me sentir que posso tomar as minhas próprias decisões.                                      | 3,38  | 1,153              | ,344         | ,235           | ,597              |

Entretanto, dado alguns dos itens apresentavam valores correlacionais inferiores a 0.20, o que numa análise mais conservadora deveriam ser retirados, submeteu-se o modelo hipotetizado bifatorial a uma análise fatorial confirmatória. Para o seu estudo foi adotado o algoritmo da máxima verosimilhança MLE (*Maximum-Likelihood Estimation*) para estimação dos parâmetros. Na análise dos dados utilizaram-se os seguintes procedimentos estatísticos: (i) distribuição dos itens avaliada pela assimetria ( $Sk \leq 3$ ) e achatamento ( $Ku \leq 7$ ) como valores de referencia; (ii) Validade do constructo avaliada pelas validades fatorial, convergente e validade discriminante.

Na validade fatorial considerou-se a qualidade do ajustamento global do modelo fatorial e da qualidade do ajustamento local. A qualidade de ajustamento global foi efetuada com base na Razão da estatística do  $\chi^2$  e graus de liberdade ( $\chi^2/df < 5$ ), *Comparative Fit Index* (CFI  $> 0.90$ ), *Goodness of Fit Index* (GFI  $> 0.90$ ), *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA  $< 0.08$ ), *Root mean square residual* (RMR  $< 0.08$ ) e *Standardized root mean square residual* (SRMR  $< 0.08$ ) (Marôco, 2014). A qualidade do ajustamento local foi avaliada pelos pesos fatoriais ( $\lambda$ ) e fiabilidade individual dos itens ( $\delta$ ) sendo valores de referencia  $\geq 0.50$  e  $\geq 0.25$  respetivamente.

O ajustamento do modelo foi realizado a partir dos índices de modificação (superiores a 11;  $p < 0,001$ ) produzidos pelo AMOS A fiabilidade compósita (FC) foi avaliada com o  $\alpha$  de Cronbach estandardizado para cada um dos fatores considerando-se valores  $> 0,7$  como adequados e a Validade convergente foi avaliada pela variância extraída média (VEM) e valores  $> .50$  são reveladores de boa validade convergente (Marôco, 2014).

A validade discriminante dos fatores foi avaliada comparando a VEM por cada fator com a correlação de Pearson ao quadrado. A evidência da validade discriminante é obtida quando a correlação ao quadrado entre os fatores for menor do que a VME, para cada fator.

O primeiro passo consistiu em verificar se os itens possuíam distribuição normal através dos valores de assimetria e curtose. Verificou-se que a amplitude de resposta para cada item oscilou entre 1 a 5 e que os índices de assimetria oscilaram em valor absoluto entre 0.061 no item 7 e 1.011 no item 11, enquanto que na curtose o valor mais baixo foi de 0.043 no item 3 e o mais elevado de 0.822 no item 6, podendo assim afirmar-se que os itens possuem distribuição normal. O coeficiente multivariado de Márdia apresenta um valor (5, 903) ligeiramente acima do recomendado que é de 5.0

Na tabela 5 são apresentadas as trajetórias, os rácios críticos e os coeficientes Lambda. Afere-se que todos os itens apresentam significância estatística com o fator com o qual se relaciona, o que levaria á manutenção de todos os itens em análises posteriores.

Tabela 5 - Trajetórias, rácios críticos e coeficientes lambda dos itens com os fatores

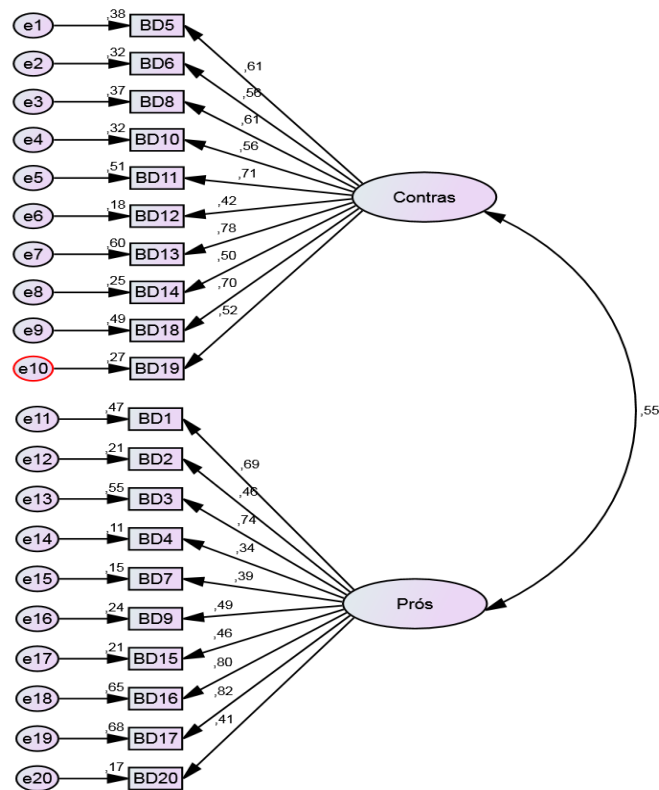
| Trajetórias  | Estimativas | Erros Std. | Rácios críticos | p    | $\lambda$ |
|--------------|-------------|------------|-----------------|------|-----------|
| BD5 <--- F1  | 1,000       |            |                 |      | ,614      |
| BD6 <--- F1  | ,869        | ,180       | 4,824           | ***  | ,563      |
| BD8 <--- F1  | ,891        | ,176       | 5,048           | ***  | ,607      |
| BD10 <--- F1 | ,829        | ,184       | 4,511           | ***  | ,563      |
| BD11 <--- F1 | 1,052       | ,180       | 5,857           | ***  | ,715      |
| BD12 <--- F1 | ,603        | ,171       | 3,521           | ***  | ,424      |
| BD13 <--- F1 | 1,134       | ,195       | 5,823           | ***  | ,776      |
| BD14 <--- F1 | ,731        | ,184       | 3,982           | ***  | ,497      |
| BD18 <--- F1 | 1,006       | ,192       | 5,228           | ***  | ,700      |
| BD19 <--- F1 | ,757        | ,181       | 4,193           | ***  | ,523      |
| BD1 <--- F2  | 1,000       |            |                 |      | ,686      |
| BD2 <--- F2  | ,652        | ,153       | 4,274           | ***  | ,456      |
| BD3 <--- F2  | 1,115       | ,161       | 6,916           | ***  | ,743      |
| BD4 <--- F2  | ,503        | ,162       | 3,093           | ,002 | ,337      |
| BD7 <--- F2  | ,671        | ,197       | 3,409           | ***  | ,389      |
| BD9 <--- F2  | ,823        | ,197       | 4,174           | ***  | ,485      |
| BD15 <--- F2 | ,770        | ,202       | 3,820           | ***  | ,459      |
| BD16 <--- F2 | 1,242       | ,198       | 6,289           | ***  | ,803      |
| BD17 <--- F2 | 1,319       | ,193       | 6,849           | ***  | ,822      |
| BD20 <--- F2 | ,653        | ,179       | 3,643           | ***  | ,412      |

Porém, pelos coeficientes lambda, é notório que os itens 12 e 14 do fator 1 e os itens 2, 4, 7, 9, 15 e 20 do fator 2 por apresentarem saturações inferiores a 0.50 deverão ser excluídos do modelo.

A figura 2 apresenta o modelo inicial com todos os itens e fatores correspondentes, explanando também as cargas fatoriais e a fiabilidade individual dos itens

Neste modelo os índices de bondade de ajustamento global apresentavam-se inadequados com exceção da razão do qui quadrado com os graus de liberdade ( $\chi^2/gl= 3.159$ ); (GFI= 0.616); CFI= 0.602); (RMSEA = 0.147); (RMR= 0.184) e (SRMR= 0.126).

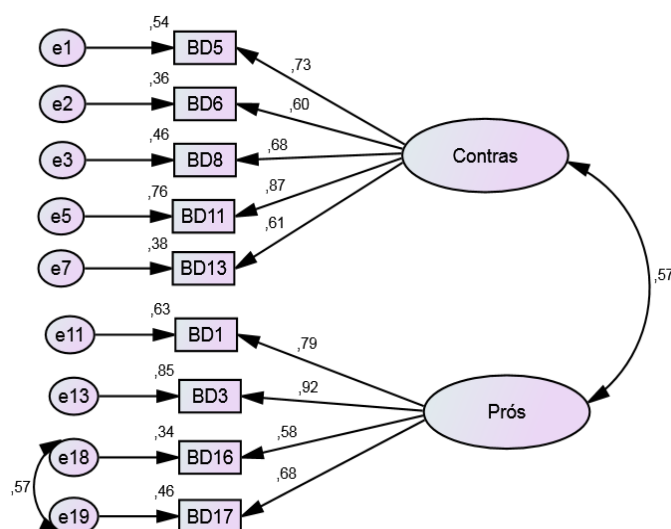
Figura 2 - Modelo inicial com todos os itens



Procedeu-se, entretanto, ao refinamento do modelo através da eliminação dos itens referenciados e pelos índices de modificação propostos pelo programa. O modelo final ajustado é apresentado na figura 3. Afere-se que todos os itens possuem saturações superiores a 0.50 e fiabilidade individual superiores a 0.25. O fator 1 designado por contras ficou constituído por cinco itens (5, 6, 8, 11 e 13) e o fator dois designado por pós apresenta quatro itens (1, 3, 16 e 17).

Neste modelo final os índices de bondade de ajustamento global mostraram-se adequados para a ( $\chi^2/df= 2.104$ ); (GFI= 0.898); CFI= 0.936); e (SRMR= 0.077) e sofríveis para (RMSEA = 0.105); (RMR= 0.109) (cf. Figura 3).

Figura 3 - Modelo final ajustado



A tabela 6 apresenta em síntese os índices de bondade de ajustamento global já referenciados. É visível que os indicadores apresentados aperfeiçoaram-se do primeiro para o segundo modelo. Apenas o RMSEA e o RMR não alcançaram os índices considerados adequados.

Tabela 6 – Índices de bondade de ajustamento global

| Modelo         | $\chi^2_{gl}$ | GFI   | CFI   | RMSEA | RMR   | SRMR  |
|----------------|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Modelo inicial | 3.159         | 0.616 | 0.602 | 0.147 | 0.184 | 0.126 |
| Modelo final   | 2.104         | 0.898 | 0.936 | 0.105 | 0.109 | 0.077 |

Na tabela 7 estão registados os coeficientes da fiabilidade compósita e variância extraída média. Anota-se que nos dois fatores a fiabilidade compósita é boa com registos acima de 0.80. Pela VEM nota-se também a existência de validade convergente dos itens com os fatores já que se observam valores acima de 0.50.

Por fim regista-se que há evidência da validade discriminante entre os fatores uma vez que a correlação ao quadrado entre ambos ( $vd= 0.230$ ) é menor do que a VME, para cada fator.

Regista-se ainda que o coeficiente alfa estratificado para a globalidade da escala foi de 0.908 com uma variância extraída média de 0.531.

Tabela 7 – Fiabilidade compósita e Variância extraída Média

| Fatores | FC    | VEM   | Validade discriminante |
|---------|-------|-------|------------------------|
| Contras | 0.831 | 0.500 | 0.230                  |
| Prós    | 0.837 | 0.570 |                        |

### **Questionário de Avaliação do Grau de Dependência à Nicotina - Teste de Fagerstrom Modificado, adaptação portuguesa de Ferreira, Quintal, Lopes e Taveira (2009)**

O Questionário de Avaliação do Grau de Dependência à Nicotina - Teste de Fagerstrom Modificado, utilizado no presente estudo é uma adaptação portuguesa de Ferreira, Quintal, Lopes e Taveira (2009). Originariamente, o Teste de Fagerström para a Dependência da Nicotina (Heatherton et al., 1991) é uma versão modificada do Questionário Fagerström de Tolerância. É constituído por seis das perguntas originais, tendo sido eliminadas as perguntas relativas à taxa de nicotina e à inalação (Ferreira, Quintal, Lopes & Taveira, 2009). Os autores efetuaram uma revisão das pontuações nas perguntas sobre o tempo até ao primeiro cigarro do dia e sobre o número de cigarros diários. Estas duas perguntas originaram uma versão mais curta denominada Índice do Peso de Fumar (Heatherton et al., 1989). Apesar de as restantes perguntas não acrescentarem muito em relação à previsão de níveis bioquímicos, relacionam-se com comportamentos da cessação tabágica e têm sido consideradas úteis na discussão entre o doente e o médico sobre a dependência da nicotina (Ferreira et al., 2009). Tem como objetivo avaliar o grau de dependência da nicotina, baseando-se em seis questões, onde de acordo com a resposta tem uma determinada pontuação. O total dos pontos permite de uma forma simples e rápida fazer uma autoavaliação. A pontuação máxima é de 10. Os fumadores que obtenham uma pontuação de 6, ou mais, podem considerar-se muito dependentes. Os que obtenham uma pontuação inferior a 6, pouco dependentes (Ferreira et al., 2009).

O Teste de Fagerström foi validado e aplicado em diversos contextos, como é o caso da dependência da nicotina entre adolescentes ou entre estudantes universitários de fumadores ligeiros. Foi igualmente utilizado num estudo de impacto da idade de iniciação na dependência da nicotina, num estudo de diferenças de comportamento entre homens e mulheres ou numa avaliação do êxito de programas de cessação tabágica (Ferreira et al., 2009). Vários outros trabalhos realizaram estudos comparativos da escala de Fagerström face a medidas alternativas. De acordo com Ferreira et al. (2009), alguns autores aplicaram a análise fatorial à escala de Fagerström (Radzius et al., 2003; Richardson e Ratner, 2005). Esta escala foi validada, quer linguisticamente quer em termos psicométricos, para a língua e cultura portuguesas por Ferreira et al. (2009), que testaram a coerência interna através do coeficiente  $\alpha$  de Cronbach, mesmo sabendo que uma das maiores críticas a esta escala está relacionada com os seus níveis baixos de coerência interna. O valor encontrado na sua amostra foi de  $\alpha=0,660$ , valor baixo em relação aos valores padrão tradicionais, mas superior ao valor ao 0,51 encontrado por Heatherton et al. (1991) e idênticos aos encontrados nas populações francesa (0,70) e holandesa (0,71).

#### 1.4. Procedimentos éticos e formais

Com a finalidade de se pautar esta investigação de uma rigorosa conduta ética, foram tidos os procedimentos necessários para tal. Após a aprovação do instrumento de colheita de dados pelo Conselho Científico da Escola Superior de Saúde de Viseu, em março de 2014 (cf. Anexo II), procedeu-se ao contacto das Escolas Profissionais de Trancoso e Mariana Seixas. Contactou-se inicialmente de forma informal os presidentes das duas escolas profissionais a fim de se apresentar o projeto de investigação. Posteriormente, e tendo em conta a receptividade evidenciada, realizaram-se os pedidos formais, através de requerimento dirigido ao presidente do conselho executivo, onde constavam os propósitos do estudo e um exemplar do protocolo de colheita de dados. Pediu-se autorização aos autores da Escala do Balanço Decisório (cf. Anexo III).

Solicitou-se aos encarregados de educação dos estudantes menores de 18 anos o consentimento para a participação no estudo (cf. Anexo IV) Foi comprometido que seria garantida a completa confidencialidade e a participação voluntária dos estudantes, tendo a colheita de dados decorrido durante o mês de maio de 2014.

O questionário foi aplicado em contexto de sala de aula a todos os estudantes com consentimento para a participação no estudo, das turmas do 10º ao 12º ano, contando com a colaboração dos professores das escolas profissionais. Antes do preenchimento, elaborou-se a instrução ao preenchimento do instrumento, designadamente no que se refere ao tema, aos objetivos e à importância da colaboração dos estudantes, reforçando-se uma vez mais a natureza voluntária da sua participação. Foi ainda demonstrada total disponibilidade por parte da equipa de investigadores para o esclarecimento de possíveis dúvidas. Depois de preenchidos pelos estudantes, os questionários foram recolhidos pelos professores e entregues em mão à equipa de investigação.

Por fim, foi atribuído um número de referência a cada questionário, para identificação na base de dados, garantindo-se, deste modo, o anonimato dos estudantes. Foram excluídos os questionários manifestamente incompletos nos dados. Após a recolha da amostra, foi elaborada uma base de dados.

## 1.5. Análise dos dados

Após a recolha de dados, os mesmos foram colocados numa base de dados no programa de estatística SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 23 para Windows.

Para o tratamento estatístico recorreremos à estatística descritiva e analítica. A descrição e análise dos dados obedeceram à ordem apresentada no instrumento de recolha de dados.

A estatística descritiva possibilitou determinar as frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central, nomeadamente as médias e as medidas dispersão, como a amplitude de variação, o coeficiente de variação e o desvio padrão, bem como as medidas de forma, como a assimetria e achatamento.

O coeficiente de variação permite determinar a dispersão percentual de uma variável através do quociente entre o desvio padrão e a média, tendo os resultados obtidos, segundo a proposta de Pestana & Gageiro (2014) ser interpretados da seguinte maneira: Dispersão Baixa (0% a 15%); moderada (15% a 30%); alta (> a 30%)

Por sua vez, o coeficiente de correlação de Pearson é uma medida de associação linear empregue para o estudo de variáveis quantitativas. A correlação indica que a intensidade em média de uma variável é acompanhada por norma com a intensidade da outra, no mesmo sentido ou em sentido inverso. Os valores de  $r$  sugeridos por Pestana e Gageiro (2014): ( $r < 0.2$  – associação muito baixa); ( $0.2 \leq r \leq 0.39$  – associação baixa); ( $0.4 \leq r \leq 0.69$  – associação moderada); ( $0.7 \leq r \leq 0.89$  – associação alta) e ( $0.9 \leq r \leq 1$  – associação muito alta).

No que concerne à estatística inferencial, recorreu-se a testes paramétricos e não paramétricos, nomeadamente:

-Testes  $t$  de Student ou teste de U Mann Whitney usados para amostras independentes, ou seja, permitem fazer a comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais;

- Análise de variância a um fator (ANOVA) ou Teste de Kruskal Wallis – usados para a comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos de sujeitos diferentes (variável exógena - qualitativa), isto é, analisam o efeito de um fator na variável endógena, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do fator são ou não iguais entre si.

- Teste de qui quadrado ( $X^2$ ) de independência - para o estudo de relações entre variáveis nominais. Este teste é aplicado a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias, comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, de modo a inferir-se acerca da relação existente entre as variáveis. Quando se verificam diferenças estatísticas significativas é possível determinar as células que se diferenciam tendo em consideração os resíduos ajustados. A leitura dos resíduos ajustados só se processa se em linha ou em coluna o número de casos for igual ou superior a oito e as células apresentarem um valor positivo superior a 1.96.

Na análise estatística, foram utilizados os seguintes valores de significância:

- $p < 0,05$  \* - diferença estatística significativa
- $p < 0,01$  \*\* - diferença estatística bastante significativa
- $p < 0,001$  \*\*\* - diferença estatística altamente significativa
- $p \geq 0,05$  n.s. – diferença estatística não significativa

Os dados e resultados obtidos serão apresentados maioritariamente através de tabelas para ilustrar a distribuição de algumas das variáveis, nos quais se omitiu a fonte, dado que são o resultado dos dados obtidos neste trabalho de investigação.

## **2. Resultados**

No presente capítulo, estruturado em duas partes, começa-se por apresentar os resultados relativos à estatística descritiva, sendo ainda referenciados os resultados da dependência à nicotina dos estudantes fumadores (n=101). Seguem-se os dados referentes à estatística inferencial.

### **2.1. Análise descritiva**

Os resultados obtidos da análise descritiva contemplam a caracterização dos estudantes em função das variáveis académicas.

#### **2.1.1. Caracterização académica**

##### **Estabelecimento de ensino**

Os participantes no estudo (n=101 estudantes fumadores) distribuem-se por duas escolas do Ensino Profissional uma da cidade de Viseu outra da cidade de Trancoso. Os estudantes que frequentam a Escola Profissional Mariana Seixas estão em maioria (63%), tendo-se registado que 37% frequentam a Escola Profissional de Trancoso. Não existem diferenças significativas no que se refere ao género e estabelecimento de ensino ( $\chi^2= 2,162$ ,  $p= 0,141$ ). (cf. Tabela 8).

##### **Ano de escolaridade**

Quanto ao ano de escolaridade, pode referir-se que 45,2% frequentam o 10º ano, 31,3% encontram-se no 11º ano e 23,5% frequentam o 12º ano. Há uma percentagem de rapazes no 10º e 11º ano (82,9%), resultando em significância estatística entre os géneros ( $X^2=12,163$ ;  $p=0,002$ ), com os valores residuais a indicarem uma diferença no grupo dos rapazes no 11º ano e no grupo das raparigas no 12º ano (cf. Tabela 8).

### Rendimento escolar

Os resultados apurados revelam que 56,9% dos estudantes avaliam o seu rendimento escolar como “Muito bom/bom”, enquanto 43,1% o avaliam como “Nem mau/nem bom”. Tanto as raparigas (62,3%), como os rapazes (56,7%), na maioria, avaliam o seu rendimento escolar como “Muito bom/bom”. Não existem diferenças significativas entre o género e a perceção do rendimento escolar ( $\chi^2=1,968$ ;  $p=0,161$ ). (cf. Tabela 8).

### Curso frequentado

Em relação ao curso que os estudantes frequentam, a maioria encontra-se na área de informática (41,3%), seguindo-se a área das engenharias (33,1%) e a área social (25,6%) A diferença entre curso frequentado e género é estatisticamente significativa ( $\chi^2=99,935$ ;  $p=0,000$ ), com os valores residuais a indicarem que a diferença se encontra no grupo das raparigas para os cursos na área social e para o grupo dos rapazes para a área de engenharia (cf. Tabela 8).

Tabela 8 - Relação entre o género e as variáveis académicas

| Variáveis                        | Género    |       |          |       | Total |       | Resíduos ajustados |          | $\chi^2$                               |
|----------------------------------|-----------|-------|----------|-------|-------|-------|--------------------|----------|--|
|                                  | Masculino |       | Feminino |       | N     | %     | Masculino          | Feminino |  |
|                                  | n         | %     | N        | %     |       |       |                    |          |  |
| <b>Estabelecimento de ensino</b> |           |       |          |       |       |       |                    |          |  |
| EP Mariana Seixas                | 116       | 66,3  | 61       | 57,5  | 177   | 63,0  | 1,5                | -1,5     | $\chi^2 = 2,162$<br>$p = 0,141$        |
| EP Trancoso                      | 59        | 33,7  | 45       | 42,5  | 104   | 37,0  | -1,5               | 1,5      |  |
| <b>Ano de curso</b>              |           |       |          |       |       |       |                    |          |  |
| 10.º ano                         | 81        | 46,3  | 46       | 43,4  | 127   | 45,2  | 0,5                | -0,5     | $\chi^2 = 12,163$<br>$p = 0,002^{**}$  |
| 11.º ano                         | 64        | 36,6  | 24       | 22,6  | 88    | 31,3  | 2,4                | -2,4     |  |
| 12.º ano                         | 30        | 17,1  | 36       | 34,0  | 66    | 23,5  | -3,2               | 3,2      |  |
| <b>Rendimento escolar</b>        |           |       |          |       |       |       |                    |          |  |
| Num mau/nem bom                  | 81        | 46,3  | 40       | 37,7  | 121   | 43,1  | 1,4                | -1,4     | $\chi^2 = 1,968$<br>$p = 0,161$        |
| Muito bom/bom                    | 94        | 56,7  | 66       | 62,3  | 160   | 56,9  | -1,4               | 1,4      |  |
| <b>Curso</b>                     |           |       |          |       |       |       |                    |          |  |
| Área Social                      | 15        | 8,6   | 57       | 53,8  | 72    | 25,6  | -8,4               | 8,4      | $\chi^2 = 99,935$<br>$p = 0,000^{***}$ |
| Informática                      | 70        | 40,0  | 46       | 43,4  | 116   | 41,3  | -0,6               | 0,6      |  |
| Área de engenharia               | 90        | 51,4  | 3        | 2,8   | 93    | 33,1  | 8,4                | -8,4     |  |
| Total                            | 175       | 100,0 | 106      | 100,0 | 281   | 100,0 |                    |          |  |

### 2.1.2. Dependência dos estudantes à nicotina

Apresentam-se seguidamente os resultados associados à dependência à nicotina encontrados, tendo em conta o Teste de Fageström para a Dependência à Nicotina.

## Variáveis sociodemográficas

Os resultados obtidos em relação à dependência da nicotina revelam, para a globalidade da amostra, uma dependência mínima de 0,00 e uma máxima de 100,00, ao que corresponde uma média de dependência de 31,98 ( $\pm 21.541$ ). Para os rapazes, que representam 62,30% da totalidade da amostra, a dependência mínima é 0.00 e a máxima de 100,00, e para as raparigas, com uma representatividade de 37,70%, a mesma oscila entre 0,00 e os 70,00. Os rapazes, em média ( $M=35,08 \pm 222.182$  Dp.), possuem mais dependência à nicotina do que as raparigas ( $M=27,25 \pm 18.869$  Dp.). Os coeficientes de variação indicam uma dispersão elevada face às médias encontradas (cf. Tabela 9) e os valores de assimetria e curtose curvas normais.

Tabela 9 - Estatísticas relativas à dependência à nicotina segundo o género

| Género       | N          | Min         | Max           | M            | DP            | CV (%)       | Sk/erro     | K/erro      |
|--------------|------------|-------------|---------------|--------------|---------------|--------------|-------------|-------------|
| Masculino    | 61         | 0,00        | 100,00        | 35,08        | 22,182        | 63,23        | 1,94        | 0,29        |
| Feminino     | 40         | 0,00        | 70,00         | 27,25        | 19,869        | 72,91        | 1,35        | -0,41       |
| <b>Total</b> | <b>101</b> | <b>0,00</b> | <b>100,00</b> | <b>31,98</b> | <b>21,541</b> | <b>67,35</b> | <b>2,45</b> | <b>0,22</b> |

Na continuidade dos resultados anteriores, e em conformidade com os resultados apresentados na Tabela 10, constata-se que prevalecem, no geral, os estudantes com pouca dependência à nicotina (61,4%), com predomínio das raparigas (70,0%). Todavia, é expressiva a percentagem de estudantes dependentes à nicotina (39,6%), dos quais 44,3% são rapazes e 30,0% raparigas.

Tabela 10 – Dependência à nicotina em função do género

| Dependência      | Masculino |              | Feminino  |              | Total      |              | Residuais |      | X <sup>2</sup> | P     |
|------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|-----------|------|----------------|-------|
|                  | Nº (61)   | % (64.4)     | Nº (40)   | % (36.6)     | Nº (101)   | % (100.0)    | 1         | 2    |                |       |
| Pouco dependente | 34        | 55,7         | 28        | 70,0         | 62         | 61,4         | -1,4      | 1,4  | 2,073          | 0.150 |
| Dependente       | 27        | 44,3         | 12        | 30,0         | 39         | 39,6         | 1,4       | -1,4 |                |       |
| <b>Total</b>     | <b>61</b> | <b>100.0</b> | <b>40</b> | <b>100.0</b> | <b>101</b> | <b>100.0</b> |           |      |                |       |

No que respeita à dependência à nicotina em função da idade dos estudantes pouco dependentes, verifica-se que a maioria (51,6%) se encontra na faixa etária dos 17-18 anos, 32,3% têm idade igual ou superior aos 19 anos. Dos estudantes dependentes à nicotina, 56,4% têm idade entre os 17-18 anos sendo também expressiva a percentagem de estudantes com idade igual ou superior aos 19 anos (30,8%). Os estudantes mais novos ( $\leq 16$  anos) são os menos dependentes à nicotina, contudo sem diferenças estatisticamente significativas (cf. Tabela 11).

Os resultados demonstram igualmente que no grupo de estudantes pouco dependentes à nicotina a maioria (58,1%) residem na aldeia, secundados pelos estudantes residentes na cidade (30,6%). No grupo de estudantes dependentes à nicotina, há um predomínio dos que residem na aldeia (56,4%), seguindo-se, em termos percentuais, os que vivem na vila (30,8%), resultando em diferença estatisticamente significativa ( $X^2=8,041$ ;  $p=0,018$ ), indicando os valores residuais que as diferenças se situam entre os estudantes residentes na vila dependentes à nicotina e os estudantes que vivem na cidade pouco dependentes à nicotina (cf. Tabela 11).

Fazendo-se uma análise dos resultados da dependência à nicotina em função do continente de origem, pode afirmar-se que há um claro predomínio de estudantes do continente europeu pouco dependentes à nicotina (98,4%), bem como dependentes à nicotina (97,4%) (cf. Tabela 11).

Tabela 11 – Dependência à nicotina em função da idade, zona de residência e continente de origem

| Idade                       | Dependência |              | Pouco dependente |              | Dependente |              | Total |      | Residuais     |               | $X^2$ | P |
|-----------------------------|-------------|--------------|------------------|--------------|------------|--------------|-------|------|---------------|---------------|-------|---|
|                             | Nº (62)     | % (61.4)     | Nº (39)          | % (38.6)     | Nº (101)   | % (100.0)    | 1     | 2    |               |               |       |   |
| ≤16 anos                    | 10          | 16,1         | 5                | 12,8         | 15         | 14,9         | ,5    | -,5  | 0,296         | 0,862         |       |   |
| 17-18 anos                  | 32          | 51,6         | 22               | 56,4         | 54         | 53,5         | -,5   | ,5   |               |               |       |   |
| ≥19 anos                    | 20          | 32,3         | 12               | 30,8         | 32         | 31,7         | ,2    | -,2  |               |               |       |   |
| <b>Zona de residência</b>   |             |              |                  |              |            |              |       |      | 8,041         | 0,018         |       |   |
| Aldeia                      | 36          | 58,1         | 22               | 56,4         | 58         | 57,4         | ,2    | -,2  |               |               |       |   |
| Vila                        | 7           | 11,3         | 12               | 30,8         | 19         | 18,8         | -2,4  | 2,4  |               |               |       |   |
| Cidade                      | 19          | 30,6         | 5                | 12,8         | 24         | 23,8         | 2,0   | -2,0 |               |               |       |   |
| <b>Continente de origem</b> |             |              |                  |              |            |              |       |      | Não aplicável | Não aplicável |       |   |
| Europeu                     | 61          | 98,4         | 38               | 97,4         | 99         | 98,0         | ,3    | -,3  |               |               |       |   |
| Outro                       | 1           | 1,6          | 1                | 2,6          | 2          | 2,0          | -,3   | ,3   |               |               |       |   |
| <b>Total</b>                | <b>62</b>   | <b>100.0</b> | <b>39</b>        | <b>100.0</b> | <b>101</b> | <b>100.0</b> |       |      |               |               |       |   |

### 2.1.3. Variáveis académicas

Constata-se que são os estudantes que frequentam a Escola Profissional Mariana Seixas que se revelam pouco dependentes à nicotina (54,8%), todavia também é neste grupo de estudantes que se regista a percentagem mais elevada de estudantes dependentes à nicotina (74,4%). Dos estudantes da Escola Profissional de Trancoso, a percentagem mais elevada corresponde aos estudantes pouco dependentes à nicotina (45,2%). Existem diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=3,887$ ;  $p=0,049$ ), indicando os valores residuais que as diferenças se situam entre os estudantes da Escola Profissional

Mariana Seixas dependentes à nicotina e os estudantes da Escola Profissional de Trancoso pouco dependentes à nicotina (cf. Tabela 12).

Quanto ao ano de escolaridade, constata-se que no grupo de estudantes pouco dependentes sobressaem os que se encontram no 10.º ano (41,9%), seguindo-se, com igual percentagem (29,0%), os estudantes nos 11.º e 12.º anos respetivamente. Em relação aos estudantes com dependência da nicotina, a maioria (43,6%) são os que frequentam o 11.º ano, registando-se igual valor percentual de estudantes a frequentarem o 10.º ano e o 12.º ano (28,2%, respetivamente, mas sem diferenças significativas (cf. Tabela 12).

Em relação ao curso que frequentam afere-se que no grupo de estudantes pouco dependentes à nicotina sobressaem os que são do curso de informática (43,5%), secundados pelos que frequentam o curso de engenharia (33,9%). Em relação aos estudantes dependentes à nicotina, a percentagem mais elevada corresponde aos que são do curso de informática (48,7%), estando em igual percentagem os estudantes dependentes à nicotina que frequentam a área social e o curso de engenharia (25,6%,) respetivamente. Não se registam diferenças estatisticamente significativas (cf. Tabela 12).

Analisando os resultados relativos ao rendimento escolar, pode afirmar-se que metade dos estudantes com pouca dependência à nicotina (50,0%) tem “nem mau/nem bom” rendimento escolar e a outra metade (50,0%) “muito bom/bom” rendimento escolar. A maioria dos estudantes com dependência à nicotina tem “muito bom/bom” rendimento escolar (53,8%), enquanto 46,2% relatam “nem mau/nem bom” rendimento escolar. Não existem diferenças estatísticas (cf. Tabela 12).

Tabela 12 – Dependência à nicotina em função das variáveis académicas

| Dependência                        | Pouco dependente |              | Dependente |              | Total       |              | Residuais |      | X <sup>2</sup> | P     |
|------------------------------------|------------------|--------------|------------|--------------|-------------|--------------|-----------|------|----------------|-------|
|                                    | Nº<br>(62)       | %<br>(61.4)  | Nº<br>(39) | %<br>(38.6)  | Nº<br>(101) | %<br>(100.0) | 1         | 2    |                |       |
| Estabelecimento de ensino          |                  |              |            |              |             |              |           |      |                |       |
| Escola Profissional Mariana Seixas | 34               | 54,8         | 29         | 74,4         | 63          | 62,4         | -2,0      | 2,0  | 3,887          | 0,049 |
| Escola Profissional de Trancoso    | 28               | 45,2         | 10         | 25,6         | 38          | 37,6         | 2,0       | -2,0 |                |       |
| Ano que frequenta                  |                  |              |            |              |             |              |           |      |                |       |
| 10.º ano                           | 26               | 41,9         | 11         | 28,2         | 37          | 36,6         | 1,4       | -1,4 | 2,702          | 0,259 |
| 11.º ano                           | 18               | 29,0         | 17         | 43,6         | 35          | 34,7         | -1,5      | 1,5  |                |       |
| 12.º ano                           | 18               | 29,0         | 11         | 28,2         | 29          | 28,7         | ,1        | -,1  |                |       |
| Curso que frequentam               |                  |              |            |              |             |              |           |      |                |       |
| Área Social                        | 14               | 22,6         | 10         | 25,6         | 24          | 23,8         | -,4       | ,4   | 0,763          | 0,683 |
| Informática                        | 27               | 43,5         | 19         | 48,7         | 46          | 45,5         | -,5       | ,5   |                |       |
| Engenharias                        | 21               | 33,9         | 10         | 25,6         | 31          | 30,7         | ,9        | -,9  |                |       |
| Rendimento escolar                 |                  |              |            |              |             |              |           |      |                |       |
| Nem mau/nem bom                    | 31               | 50,0         | 18         | 46,2         | 49          | 52           | ,4        | -,4  | 0,142          | 0,707 |
| Muito bom/bom                      | 31               | 50,0         | 21         | 53,8         | 48,5        | 51,5         | -,4       | ,4   |                |       |
| <b>Total</b>                       | <b>62</b>        | <b>100.0</b> | <b>39</b>  | <b>100.0</b> | <b>101</b>  | <b>100.0</b> |           |      |                |       |

#### 2.1.4. Variáveis familiares

Constata-se que a maioria dos estudantes com pouca dependência à nicotina tem um agregado familiar constituído por mais de 3 elementos (62,9%), sendo igualmente neste grupo que também se regista a percentagem mais elevada de estudantes dependentes à nicotina (59,0%), 41,0% dos estudantes cujo agregado familiar é constituído por até 3 elementos também são dependentes à nicotina. Esta variável não resultou em diferenças estatisticamente significativas (cf. Tabela 13).

Reportando-se agora aos resultados da dependência à nicotina em função da coabitação, apura-se que no grupo de estudantes pouco dependentes à nicotina a maioria (69,4%) coabitam com outras pessoas, sendo também neste grupo que se regista o valor percentual mais elevado em relação aos dependentes à nicotina (61,5%), enquanto 38,5% dos que coabitam com uma família nuclear são dependentes à nicotina. Contudo, verifica-se que esta variável não interfere na dependência da nicotina, não se registando diferenças estatisticamente significativas (cf. Tabela 13).

Verifica-se que o valor percentual mais elevado no grupo de estudantes pouco dependentes à nicotina corresponde aos que possuem 1 irmão (56,5%), secundados pelos que não têm irmãos (22,6%). Dos estudantes dependentes à nicotina, a percentagem mais expressiva recaiu nos estudantes com 2 ou mais irmãos (43,6%), estando em igual representatividade os estudantes dependentes à nicotina sem irmãos e os que têm 1 irmão (28,2%, respetivamente). Existem diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=8,625$ ;  $p=0,013$ ) entre os grupos e a dependência da nicotina, que se situam nos participantes com 1 irmão pouco dependentes à nicotina e com  $\geq 2$  irmãos dependentes à nicotina (cf. Tabela 13).

Reportando-se agora aos resultados da dependência à nicotina em função do estado civil dos pais, apura-se que a maioria dos estudantes pouco dependentes refere que os pais vivem juntos/casados (74,2%), com 16,1% também pouco dependentes e cujos pais vivem separados/divorciados. Constata-se igualmente que grande parte dos estudantes dependentes à nicotina (73,3%) relata que os pais vivem juntos/casados e 19,8% dos também dependentes à nicotina referem que os pais vivem separados/divorciados. Não se verificam diferenças estatisticamente significativas, o que indica que esta variável não interfere na dependência da nicotina por parte dos estudantes (cf. Tabela 13).

No que se refere à dependência da nicotina em função das habilitações literárias, os resultados revelam que a maioria dos estudantes pouco dependentes (64,9%) refere que os pais têm formação intermédia, enquanto 33,3% admitem que os seus pais possuem

---

formação inferior ou inexistente. Apura-se também que a maior parte dos estudantes dependentes à nicotina relatam que os pais possuem formação intermédia (66,3%), enquanto 31,6% relatam que os pais têm formação inferior ou inexistente. Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos constituídos em relação às habilitações literárias, o que sugere a não interferência desta variável na dependência da nicotina no grupo dos estudantes fumadores da amostra (cf. Tabela 13).

Os resultados relativos à dependência da nicotina em função da situação profissional dos pais indicam que no grupo de estudantes pouco dependentes prevalecem quer os participantes cujo pai se encontra no ativo (85,5%), quer a mãe (62,3%). Todavia, importa referir que é expressivo o percentual de estudantes com pouca dependência da nicotina cuja mãe se encontra não ativa profissionalmente. De igual modo, prevalecem os estudantes dependentes à nicotina e que os pais estão ativos em termos profissionais (pai ativo 94,9% vs. mãe ativa 75,7%). Verifica-se que 32,7% dos participantes com a mãe não ativa profissionalmente também são dependentes à nicotina. Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos constituídos em relação à profissão dos pais (cf. Tabela 13).

Constata-se que a maioria dos estudantes pouco dependentes à nicotina (83,9%) tem perceção como bom o seu ambiente familiar, sendo também neste grupo de estudantes que se regista o valor percentual mais elevado de dependentes à nicotina (82,1%). Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos constituídos em relação à perceção do ambiente familiar (cf. Tabela 13).

Tabela 13 – Dependência à nicotina em função das variáveis familiares

| Dependência                             | Pouco dependente |              | Dependente |              | Total      |              | Residuais   |             | X <sup>2</sup> | P             |
|---|------------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|-------------|-------------|----------------|---------------|
|   | Nº (62)          | % (61.4)     | Nº (39)    | % (38.6)     | Nº (101)   | % (100.0)    | 1           | 2           |                |               |
| <b>Agregado familiar</b>                |                  |              |            |              |            |              |             |             |                |               |
| Até 3 elementos                         | 23               | 37,1         | 16         | 41,0         | 39         | 38,6         | -,4         | ,4          | 0,156          | 0,693         |
| Mais do que 3 elementos                 | 39               | 62,9         | 23         | 59,0         | 62         | 61,4         | ,4          | -,4         |                |               |
| <b>Coabitação</b>                       |                  |              |            |              |            |              |             |             |                |               |
| Família nuclear                         | 19               | 30,6         | 15         | 38,5         | 34         | 33,7         | -,8         | ,8          | 0,655          | 0,418         |
| Outra                                   | 43               | 69,4         | 24         | 61,5         | 67         | 66,3         | ,8          | -,8         |                |               |
| <b>Existência de irmãos</b>             |                  |              |            |              |            |              |             |             |                |               |
| Sem irmãos                              | 14               | 22,6         | 11         | 28,2         | 25         | 24,8         | -,6         | ,6          | 8,625          | 0,013         |
| 1 irmão                                 | 35               | 56,5         | 11         | 28,2         | 46         | 45,5         | <b>2,8</b>  | <b>-2,8</b> |                |               |
| ≥2 irmãos                               | 13               | 21,0         | 17         | 43,6         | 30         | 29,7         | <b>-2,4</b> | <b>2,4</b>  |                |               |
| <b>Estado civil dos pais</b>            |                  |              |            |              |            |              |             |             |                |               |
| Vivem juntos/casados                    | 46               | 74,2         | 28         | 71,8         | 74         | 73,3         | ,3          | -,3         | Não se aplica  | Não se aplica |
| Vivem separados/divorciados             | 10               | 16,1         | 10         | 25,6         | 20         | 19,8         | -1,2        | 1,2         |                |               |
| Viúvo(a)                                | 6                | 9,7          | 1          | 2,6          | 7          | 6,9          | 1,4         | -1,4        |                |               |
| <b>Habilitações literárias dos pais</b> |                  |              |            |              |            |              |             |             |                |               |
| Formação superior                       | 1                | 1,8          | 1          | 2,6          | 2          | 2,1          | -,3         | ,3          | Não se aplica  | Não se aplica |
| Formação intermédia                     | 37               | 64,9         | 26         | 68,4         | 63         | 66,3         | -,4         | ,4          |                |               |
| Formação inferior ou inexistente        | 19               | 33,3         | 11         | 28,9         | 30         | 31,6         | ,5          | -,5         |                |               |
| <b>Profissão do pai</b>                 |                  |              |            |              |            |              |             |             |                |               |
| Ativo                                   | 53               | 85,5         | 37         | 94,9         | 90         | 89,1         | -1,5        | 1,5         | Não se aplica  | Não se aplica |
| Não ativo                               | 9                | 14,5         | 2          | 5,1          | 11         | 10,9         | 1,5         | -1,5        |                |               |
| <b>Profissão da mãe</b>                 |                  |              |            |              |            |              |             |             |                |               |
| Ativa                                   | 38               | 62,3         | 28         | 75,7         | 66         | 67,3         | -1,4        | 1,4         | 1,875          | 0,171         |
| Não ativa                               | 23               | 37,7         | 9          | 24,3         | 32         | 32,7         | 1,4         | -1,4        |                |               |
| <b>Percepção do ambiente familiar</b>   |                  |              |            |              |            |              |             |             |                |               |
| Mau ambiente familiar                   | 10               | 16,1         | 7          | 17,9         | 17         | 16,8         | -,2         | ,2          | 0,057          | 0,802         |
| Bom ambiente familiar                   | 52               | 83,9         | 32         | 82,1         | 84         | 83,2         | ,2          | -,2         |                |               |
| <b>Total</b>                            | <b>62</b>        | <b>100.0</b> | <b>39</b>  | <b>100.0</b> | <b>101</b> | <b>100.0</b> |             |             |                |               |

### 2.1.5. Variáveis de estilo/hábitos de vida

No que respeita à dependência da nicotina em função da prática de atividade física, constata-se que é no grupo de estudantes que referem praticá-la que se encontram os valores percentuais mais elevados quer nos pouco dependentes à nicotina (82,3%), quer nos dependentes de nicotina (81,2%). Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos criados quanto à prática de atividade física (cf. Tabela 14).

A análise dos resultados indica que é no grupo de estudantes com mais de 8 horas de sono habituais onde se registam as percentagens mais elevadas, nomeadamente 88,7% com pouca dependência da nicotina e 71,1% dependentes à nicotina. Existem diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=4,977$ ;  $p=0,026$ ), encontrando-se as diferenças entre os estudantes com menos de 8 horas de sono habituais e dependentes à nicotina e os que dormem habitualmente mais de 8 horas e pouco dependentes à nicotina (cf. Tabela 14).

Decorrente da questão anterior, apura-se que a maioria dos estudantes com pouca dependência da nicotina percebem como má a sua qualidade de sono (54,8%), todavia é expressiva a percentagem de estudantes com boa qualidade de sono e também pouco dependentes à nicotina (45,2%). Afere-se ainda que a grande maioria dos estudantes dependentes à nicotina apresentam má qualidade do sono (71,8%), contrariamente aos 28,2% igualmente dependentes à nicotina mas com boa qualidade de sono. Não existem diferenças estatisticamente significativas, o que leva a referir que a qualidade de sono não interfere na dependência da nicotina (cf. Tabela 14).

Procurou-se saber se a frequência do consumo tabágico influencia a dependência à nicotina, donde se constata que os valores percentuais mais elevados correspondem aos estudantes que se assumem como fumadores habituais, dos quais 84,2% são pouco dependentes à nicotina e 91,7% dependentes. Não existem diferenças estatisticamente significativas (cf. Tabela 14).

Tabela 14 – Dependência à nicotina em função das variáveis estilo/hábitos de vida

| Dependência                            | Pouco dependente |              | Dependente |              | Total      |              | Residuais |      | X <sup>2</sup> | P             |
|--|------------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|-----------|------|----------------|---------------|
|  | Nº (62)          | % (61.4)     | Nº (39)    | % (38.6)     | Nº (101)   | % (100.0)    | 1         | 2    |                |               |
| <b>Prática de atividade física</b>     |                  |              |            |              |            |              |           |      |                |               |
| Sim                                    | 51               | 82,3         | 31         | 79,5         | 82         | 81,2         | ,3        | -,3  | 0,120          | 0,729         |
| Não                                    | 11               | 17,7         | 8          | 20,5         | 19         | 18,8         | -,3       | ,3   |                |               |
| <b>Horas habituais de sono</b>         |                  |              |            |              |            |              |           |      |                |               |
| <8 horas                               | 7                | 11,3         | 11         | 28,9         | 18         | 18,0         | -2,2      | 2,2  | 4,977          | 0,026         |
| >8 horas                               | 55               | 88,7         | 27         | 71,1         | 82         | 82,0         | 2,2       | -2,2 |                |               |
| <b>Qualidade do sono</b>               |                  |              |            |              |            |              |           |      |                |               |
| Boa qualidade sono                     | 28               | 45,2         | 11         | 28,2         | 39         | 38,6         | 1,7       | -1,7 | 2,904          | 0,088         |
| Má qualidade sono                      | 34               | 54,8         | 28         | 71,8         | 62         | 61,4         | -1,7      | 1,7  |                |               |
| <b>Frequência do consumo de tabaco</b> |                  |              |            |              |            |              |           |      |                |               |
| Fumador habitual                       | 48               | 84,2         | 33         | 91,7         | 81         | 87,1         | -1,0      | 1,0  | Não se aplica  | Não se aplica |
| Fumador ocasional                      | 9                | 15,8         | 3          | 8,3          | 12         | 12,9         | 1,0       | -1,0 |                |               |
| <b>Total</b>                           | <b>62</b>        | <b>100.0</b> | <b>39</b>  | <b>100.0</b> | <b>101</b> | <b>100.0</b> |           |      |                |               |

### 2.2.6. Balanço decisório

Constata-se que no grupo de estudantes pouco dependentes à nicotina a maioria (51,6%) faz uma avaliação intermédia da sua tomada de decisão em fumar, enquanto 27,4% manifesta um balanço decisório negativo e 21,0% um balanço decisório positivo. Dos estudantes que são dependentes à nicotina, a percentagem mais elevada corresponde aos que têm um balanço decisório negativo, secundados pelos 30,8% que apresentam um balanço decisório positivo, enquanto 28,2% manifestam um balanço decisório intermédio.

Não existem diferenças estatisticamente significativas, sugerindo que o balanço decisório não tem influência na dependência da nicotina (cf. Tabela 15).

Tabela 15 – Dependência à nicotina em função do balanço decisório

| Dependência        | Pouco dependente |              | Dependente |              | Total       |              | Residuais |      | X <sup>2</sup> | P     |
|--------------------|------------------|--------------|------------|--------------|-------------|--------------|-----------|------|----------------|-------|
|                    | Nº<br>(62)       | %<br>(61.4)  | Nº<br>(39) | %<br>(38.6)  | Nº<br>(101) | %<br>(100.0) | 1         | 2    |                |       |
| Balanço negativo   | 17               | 27,4         | 16         | 41,0         | 33          | 32,7         | -1,4      | 1,4  | 5,367          | 0,068 |
| Balanço intermédio | 32               | 51,6         | 11         | 28,2         | 43          | 42,6         | 2,3       | -2,3 |                |       |
| Balanço positivo   | 13               | 21,0         | 12         | 30,8         | 25          | 24,8         | -1,1      | 1,1  |                |       |
| <b>Total</b>       | <b>61</b>        | <b>100.0</b> | <b>40</b>  | <b>100.0</b> | <b>101</b>  | <b>100.0</b> |           |      |                |       |

## 2.2. Análise inferencial

Neste subcapítulo, procede-se à análise inferencial, com o intuito de se dar resposta às questões de investigação e aos objetivos formulados.

### Relação entre as variáveis sociodemográficas e académicas e a dependência à nicotina dos estudantes do ensino profissional

Pela análise dos resultados apresentados na Tabela 16, verifica-se que os rapazes têm mais dependência à nicotina do que as raparigas, no entanto não se verificam diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 16 – Teste T de Student entre a dependência à nicotina e o género

| Género    | Grau de dependência à nicotina |        | t     | P     |
|-----------|--------------------------------|--------|-------|-------|
|           | Média                          | Dp     |       |       |
| Masculino | 35,08                          | 22,182 | 1,807 | 0,074 |
| Feminino  | 27,25                          | 19,869 | 1,849 | 0,068 |

Verifica-se que os estudantes com mais dependência à nicotina são os que têm idade igual ou superior aos 19 anos, seguidos dos que têm idade igual ou inferior aos 16 anos. Os estudantes na faixa etária dos 17-18 anos manifestam menos dependência à nicotina. No entanto, a idade não influencia a dependência à nicotina (cf. Tabela 17).

Tabela 17 – Teste Kruskal-Wallis o grau de dependência à nicotina e a idade

| Idade        | Grau de dependência à nicotina |  | $\chi^2$ | P     |
|--------------|--------------------------------|--|----------|-------|
|              | OM                             |  |          |       |
| ≤16 anos     | 52,13                          |  | 0,141    | 0,932 |
| 17 - 18 anos | 49,99                          |  |          |       |
| ≥19 anos     | 52,17                          |  |          |       |

Procurou-se saber qual a influência da zona de residência na dependência à nicotina, apurando-se que os estudantes residentes na vila são os que apresentam mais dependência à nicotina, seguidos dos que vivem numa aldeia. Os estudantes que residem na cidade são os que manifestam menos dependência à nicotina. Contudo, verifica-se que a zona de residência não influencia a dependência à nicotina (cf. Tabela 18).

Tabela 18 – Teste Kruskal-Wallis a dependência à nicotina e a zona de residência

| Zona de residência | Grau de dependência à nicotina |  | $\chi^2$ | P     |
|--------------------|--------------------------------|--|----------|-------|
|                    | OM                             |  |          |       |
| Aldeia             | 49,45                          |  | 5,470    | 0,065 |
| Vila               | 64,29                          |  |          |       |
| Cidade             | 44,23                          |  |          |       |

Afere-se que os estudantes da Escola Profissional Mariana Seixas são os que manifestam mais dependência à nicotina, comparativamente aos estudantes da Escola Profissional de Trancoso. As diferenças entre os grupos são significativas (Escola Profissional Mariana Seixas  $p=0,011$ ; Escola Profissional de Trancoso  $p=0,006$ ) (cf. Tabela 19).

Tabela 19 – Teste T de Student entre a dependência à nicotina e o estabelecimento de ensino

| Estabelecimento de ensino          | Grau de dependência à nicotina |        | t     | P            |
|------------------------------------|--------------------------------|--------|-------|--------------|
|                                    | Média                          | Dp     |       |              |
| Escola Profissional Mariana Seixas | 36,19                          | 23,100 | 2,601 | <b>0,011</b> |
| Escola Profissional de Trancoso    | 25,00                          | 16,725 | 2,812 | <b>0,006</b> |

Procurou-se saber se o ano em que os estudantes se encontram influencia a dependência à nicotina, cujos resultados indicam que os estudantes com mais dependência à nicotina são os que se encontram no 11.º ano de escolaridade, secundados pelos que se encontram no 12.º ano. Os participantes a frequentarem o 10.º ano revelam menos dependência à nicotina. No entanto, não se registam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (cf. Tabela 20).

Tabela 20 – Teste ANOVA entre a dependência à nicotina e o ano de frequência

| Ano que frequenta | Grau de dependência à nicotina |        | f     | P     |
|-------------------|--------------------------------|--------|-------|-------|
|                   | Média                          | Dp     |       |       |
| 10.º ano          | 29,18                          | 21,262 | 1,387 | 0,255 |
| 11.º ano          | 36,85                          | 23,858 |       |       |
| 12.º ano          | 29,65                          | 18,416 |       |       |

Afere-se que os estudantes que frequentam o curso de informática são os que apresentam mais dependência à nicotina, secundados pelos que se encontram no curso de engenharia. Os estudantes com menos dependência à nicotina são os da área social. Contudo, não existe relação estatística significativa entre as variáveis (cf. Tabela 21).

Tabela 21 – Teste Kruskal-Wallis a dependência à nicotina e a zona de residência

| Curso       | Grau de dependência à nicotina | $\chi^2$ | P     |
|-------------|--------------------------------|----------|-------|
|             | OM                             |          |       |
| Área Social | 49,90                          | 0,460    | 0,977 |
| Informática | 51,35                          |          |       |
| Engenharias | 51,34                          |          |       |

Os resultados apresentados na Tabela 22 revelam que os estudantes que relatam ter “nem mau/nem bom” rendimento escolar apresentam mais dependência à nicotina, quando comparados com os que referem ter “muito bom/bom” rendimento escolar. Porém, não existe relação estatística significativa entre as variáveis.

Tabela 22 – Teste T de Student entre a dependência à nicotina e o rendimento escolar

| Rendimento escolar                 | Grau de dependência à nicotina |        | t     | P     |
|------------------------------------|--------------------------------|--------|-------|-------|
|                                    | Média                          | Dp     |       |       |
| Nem mau/nem bom rendimento escolar | 32,65                          | 23,073 | 0,303 | 0,762 |
| Muito bem/bom rendimento escolar   | 31,34                          | 20,197 | 0,302 | 0,763 |

### **Relação entre as variáveis familiares e a dependência à nicotina dos estudantes do ensino profissional**

Constata-se que os estudantes que têm um agregado familiar com mais de 3 elementos apresentam mais dependência à nicotina, quando comparados com os estudantes cujo agregado familiar tem até 3 elementos, no entanto não existem diferenças estatísticas entre os grupos (cf. Tabela 23).

Tabela 23 – Teste T de Student entre a dependência à nicotina e o rendimento escolar

| Agregado familiar       | Grau de dependência à nicotina |        | t      | P     |
|-------------------------|--------------------------------|--------|--------|-------|
|                         | Média                          | Dp     |        |       |
| Até 3 elementos         | 31,79                          | 21,382 | -0,068 | 0,946 |
| Mais do que 3 elementos | 32,09                          | 21,814 | -0,069 | 0,946 |

Procurou-se saber se a coabitação influencia a dependência da nicotina, apurando-se que os estudantes que coabitam com família nuclear apresentam mais dependência, comparativamente os estudantes que coabitam com outro tipo de família, mas sem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (cf. Tabela 24).

Tabela 24 – Teste T de Student entre a dependência à nicotina e a coabitação

| Coabitação      | Grau de dependência à nicotina |        | t     | P     |
|-----------------|--------------------------------|--------|-------|-------|
|                 | Média                          | Dp     |       |       |
| Família nuclear | 34,41                          | 22,045 | 0,807 | 0,422 |
| Outra           | 30,74                          | 21,342 | 0,798 | 0,428 |

Afere-se que os estudantes com 2 ou mais irmãos são os que apresentam mais dependência à nicotina, secundados pelos que não possuem irmãos. Os estudantes com 1 irmão têm menos dependência à nicotina, verificando-se que existe diferença estatisticamente significativa entre os grupos ( $X^2=10,927$ ;  $p=0,004$ ) (cf. Tabela 25).

Tabela 25 – Teste Kruskal-Wallis entre a dependência à nicotina e a existência de irmãos

| Existência de irmãos | Grau de dependência à nicotina | $\chi^2$ | P     |
|----------------------|--------------------------------|----------|-------|
|                      | OM                             |          |       |
| Sem irmãos           | 49,08                          | 10,927   | 0,004 |
| 1 irmão              | 42,82                          |          |       |
| $\geq 2$ irmãos      | 65,15                          |          |       |

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 26, pode afirmar-se que os estudantes cujos pais vivem separados/divorciados apresentam mais dependência à nicotina, seguidos pelos que os pais vivem juntos/casados, sendo os estudantes cujos pais são viúvos os que têm menor dependência à nicotina. No entanto, não se regista diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Tabela 26 – Teste Kruskal-Wallis entre a dependência à nicotina e o estado civil dos pais

| Estado civil dos pais       | Grau de dependência à nicotina | $\chi^2$ | P     |
|-----------------------------|--------------------------------|----------|-------|
|                             | OM                             |          |       |
| Vivem juntos/casados        | 50,93                          | 2,553    | 0,279 |
| Vivem separados/divorciados | 56,48                          |          |       |
| Viúvo(a)                    | 36,14                          |          |       |

Procurou-se saber se as habilitações literárias dos pais influenciam a dependência à nicotina, aferindo-se que os estudantes cujo pai tem formação intermédia manifestam mais dependência, bem como os estudantes que a mãe tem formação superior, secundados pelos que a mãe possui formação intermédia. Verifica-se ainda que os estudantes cujos pais têm formação inferior ou inexistente são os que apresentam menor dependência à nicotina. Todavia, não há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (cf. Tabela 27).

Tabela 27 – Teste U de Mann-Whitney entre a dependência à nicotina e as habilitações literárias dos pais

| Estado civil dos pais                 | Grau de dependência à nicotina | UMW     | P     |
|---------------------------------------|--------------------------------|---------|-------|
|                                       | OM                             |         |       |
| <b>Habilitações literárias do pai</b> |                                |         |       |
| Formação intermédia                   | 47,16                          | 935,000 | 0,934 |
| Formação inferior ou inexistente      | 46,67                          |         |       |
| <b>Habilitações literárias da mãe</b> |                                |         |       |
| Formação superior                     | 66,50                          | 1,972   | 0,372 |
| Formação intermédia                   | 51,33                          |         |       |
| Formação inferior ou inexistente      | 46,59                          |         |       |

Em relação os resultados da relação entre a dependência à nicotina e a situação profissional do pai, constata-se que os estudantes cujo pai está ativo profissionalmente são os que manifestam mais dependência, quando comparados com os estudantes cujo pai não se encontra ativo profissionalmente, resultando em diferença estatisticamente significativa entre os grupos (cf. Tabela 28).

Tabela 28 – Teste U de Mann-Whitney a dependência à nicotina e a situação profissional do pai

| Situação profissional do pai | Grau de dependência à nicotina | UMW     | P            |
|------------------------------|--------------------------------|---------|--------------|
|                              | OM                             |         |              |
| Ativa                        | 53,05                          | 310,500 | <b>0,042</b> |
| Não ativa                    | 34,23                          |         |              |

Quanto à influência da situação profissional da mãe na dependência à nicotina, apura-se que os estudantes cuja mãe se encontra em situação ativa em termos profissionais são os que apresentam mais dependência, comparativamente aos que a mãe não se encontra no ativo. Todavia, não se registam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (cf. Tabela 29).

Tabela 29 – Teste T de Student entre a dependência à nicotina e a situação profissional da mãe

| Situação profissional da mãe | Grau de dependência à nicotina |        | t     | P     |
|------------------------------|--------------------------------|--------|-------|-------|
|                              | Média                          | Dp     |       |       |
| Ativa                        | 33,63                          | 21,095 | 1,317 | 0,191 |
| Não ativa                    | 27,50                          | 22,718 | 1,283 | 0,205 |

Reportando-se os resultados da Tabela 30 à relação entre a dependência à nicotina e a percepção do ambiente familiar, infere-se que os estudantes que referem ter um mau ambiente familiar são os que apresentam mais dependência, comparativamente aos que percebem o seu ambiente familiar como bom. Contudo, as diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas.

Tabela 30 – Teste U de Mann-Whitney entre o grau de dependência à nicotina e a percepção do ambiente familiar

| Percepção do ambiente familiar | Grau de dependência à nicotina | UMW     | P     |
|--------------------------------|--------------------------------|---------|-------|
|                                | OM                             |         |       |
| Mau ambiente familiar          | 58,59                          | 585,000 | 0,237 |
| Bom ambiente familiar          | 49,46                          |         |       |

### **Relação entre as variáveis estilo/hábitos de vida e a dependência à nicotina dos estudantes do ensino profissional**

Tendo em conta os resultados apresentados na Tabela 31, pode afirmar-se que os estudantes mais dependentes à nicotina são os que não praticam atividade física, em comparação com os que a praticam. No entanto, a prática de atividade física não influencia o grau de dependência da nicotina.

Tabela 31 – Teste U de Mann-Whitney entre a dependência à nicotina e a prática de atividade física

| Prática de atividade física | Grau de dependência à nicotina | UMW     | P     |
|-----------------------------|--------------------------------|---------|-------|
|                             | OM                             |         |       |
| Sim                         | 50,68                          | 752,500 | 0,816 |
| Não                         | 52,39                          |         |       |

Pela análise dos resultados apresentados na Tabela 32, verifica-se que os estudantes com mais dependência à nicotina são os que dormem habitualmente menos de 8 horas, revelando-se os participantes que dormem mais de 8 horas com menor dependência à nicotina. Todavia, as horas habituais de sono não influenciam o grau de dependência da nicotina.

Tabela 32 – Teste U de Mann-Whitney entre a dependência à nicotina e as horas habituais de sono

| Horas habituais de sono | Grau de dependência à nicotina | UMW     | P     |
|-------------------------|--------------------------------|---------|-------|
|                         | OM                             |         |       |
| <8 horas                | 54,39                          | 668,000 | 0,525 |
| >8 horas                | 49,65                          |         |       |

Constata-se que os estudantes com mais dependência à nicotina são os que revelam má qualidade de sono, em comparação com os que apresentam boa qualidade de sono, menos dependentes à nicotina. Não se verifica diferença estatisticamente significativa entre os grupos (cf. Tabela 33).

Tabela 33 – Teste U de Mann-Whitney entre a dependência à nicotina e a qualidade do sono

| Qualidade do sono  | Grau de dependência à nicotina | UMW     | P     |
|--------------------|--------------------------------|---------|-------|
|                    | OM                             |         |       |
| Boa qualidade sono | 45,31                          | 987,000 | 0,118 |
| Má qualidade sono  | 54,68                          |         |       |

Dos resultados relativos à frequência do consumo de tabaco, apura-se que os estudantes fumadores habituais revelam mais dependência à nicotina, comparativamente aos fumadores ocasionais. Porém, a frequência do consumo de tabaco não interfere estatisticamente no grau de dependência à nicotina (cf. Tabela 34).

Tabela 34 – Teste U de Mann-Whitney entre a dependência à nicotina e a frequência do consumo de tabaco

| Frequência do consumo de tabaco | Grau de dependência à nicotina | UMW     | P     |
|---------------------------------|--------------------------------|---------|-------|
|                                 | OM                             |         |       |
| Fumador habitual                | 48,15                          | 392,500 | 0,278 |
| Fumador ocasional               | 39,21                          |         |       |

### **Relação entre o balanço decisório e a dependência à nicotina dos estudantes do ensino profissional**

Em relação aos resultados em função do balanço decisório, afere-se que os estudantes com manifestação de mais dependência à nicotina são os que apresentam um balanço decisório negativo, secundados pelos que fazem um balanço positivo, sendo os participantes com um balanço decisório intermédio os que revelam menos dependência à nicotina. Regista-se diferença estatisticamente significativa entre os grupos ( $X^2=7,413$ ;  $p=0,025$ ) (cf. Tabela 35).

Tabela 35 – Teste Kruskal-Wallis entre a dependência à nicotina e o balanço decisório

| Balanço decisório  | Grau de dependência à nicotina | $\chi^2$ | P     |
|--------------------|--------------------------------|----------|-------|
|                    | OM                             |          |       |
| Balço negativo     | 58,02                          | 7,413    | 0,025 |
| Balanço intermédio | 41,88                          |          |       |
| Balanço positivo   | 57,42                          |          |       |

**Variáveis Independentes (sociodemográficas, académicas, familiares, estilo/hábitos de vida e balanço decisório) vs. dependência à nicotina**

Em seguida são apresentadas as relações entre as variáveis independentes (sociodemográficas, académicas, familiares, estilo/hábitos de vida e balanço decisório) e a dependência à nicotina.

Foram obtidas correlações com as diferentes variáveis em análise, cujos resultados indicam correlações negativas na idade ( $r=-0,002$ ) e no balanço decisório – Escala prós ( $r=-0,135$ ). Em termos de valores absolutos a variável com maior valor correlacional é a qualidade do sono e com menor valor correlacional o género (cf. tabela 36).

Tabela 36 - Correlações de Pearson entre as variáveis independentes e a dependência à nicotina

| Variáveis                         | R      | p     |
|-----------------------------------|--------|-------|
| Idade                             | -0,002 | 0,493 |
| Género                            | 0,179  | 0,037 |
| Balanço decisório – Escala contra | 0,084  | 0,202 |
| Balanço decisório – Escala prós   | -0,181 | 0,035 |
| Qualidade de sono                 | 0,265  | 0,004 |

Foi realizada uma regressão linear múltipla e verificou-se que as variáveis predictoras da dependência à nicotina foram a idade, o género, balanço decisório - Escala contra, balanço decisório - Escala prós e qualidade do sono, explicando 25,3% da variação, sendo a variância explicada ajustada de 20,5%. O erro padrão de regressão é 19,20451 e o teste F ( $f=5,303$ ;  $p=0,000$ ) que apresentam significância estatística e o valor de t ( $t=0,720$ ;  $p=0,474$ ), onde não se verifica significância estatística. Infere-se que apenas as variáveis balanço decisório - Escala prós e qualidade do sono têm poder explicativo sobre a dependência à nicotina (cf. Tabela 37).

Pelos coeficientes padronizados beta, verifica-se que a idade e o balanço decisório - Escala prós estabelecem uma relação inversa com a dependência à nicotina, o que significa que quanto menos idade os estudantes tiverem e menos balanço decisório com

argumentos prós mais estes têm dependência à nicotina. Pela constante e pelos coeficientes B, pode determinar-se o modelo final ajustado para a dependência à nicotina que, neste caso, é dado pela seguinte fórmula:

**Dependência à nicotina = 18,196 + -0,455 idade + 6,265 género + 0,116 balanço decisório – escala contra + -0,223 balanço decisório – escala prós + 1,428 qualidade do sono**

Tabela 37 - Regressão múltipla entre as variáveis independentes e a dependência à nicotina

| <b>Variável dependente: Dependência à nicotina</b> |               |                  |                 |              |              |
|--|---------------|------------------|-----------------|--------------|--------------|
| r=0,503  |               |                  |                 |              |              |
| r <sup>2</sup> =0,253                              |               |                  |                 |              |              |
| r <sup>2</sup> Ajustado=0,205                      |               |                  |                 |              |              |
| Erro padrão de estimativa=19,20451                 |               |                  |                 |              |              |
| Incremento de r <sup>2</sup> =0,253                |               |                  |                 |              |              |
| F=5,303  |               |                  |                 |              |              |
| p=0,000  |               |                  |                 |              |              |
| Pesos de Regressão                                 |               |                  |                 |              |              |
| Variáveis independentes                            | Coeficiente B | Coeficiente beta | t               | p            |              |
| Constante  | 18,196        |                  | 0,720           | 0,474        |              |
| Idade  | -0,455        | -0,032           | -0,340          | 0,735        |              |
| Género   | 6,265         | 0,143            | 1,532           | 0,129        |              |
| Balanço decisório – Escala contra                  | 0,116         | 0,126            | 1,229           | 0,222        |              |
| Balanço decisório – Escala prós                    | -0,223        | -0,252           | -2,489          | <b>0,015</b> |              |
| Qualidade de sono                                  | 1,428         | 0,197            | 2,061           | <b>0,042</b> |              |
| Análise de variância                               |               |                  |                 |              |              |
|  | Efeito        | Soma Quadrados   | Média Quadrados | F            | p            |
| Regressão  | 11735,518     | 6                | 1955,920        |              |              |
| Residual   | 34668,442     | 94               | 368,813         | 5,303        | <b>0,000</b> |
| Total  | 46403,960     | 100              |                 |              |              |

### 3. Discussão dos resultados

Os resultados obtidos do estudo empírico permitiram traçar um perfil sociodemográfico da amostra constituída por 281 estudantes da Sede da Escola Profissional Mariana Seixas (63,0%) e da Escola Profissional de Trancoso (37,0%). Importa referir que, para a avaliação dos hábitos tabágicos, a amostra ficou reduzida a 101 estudantes, tendo sido estes a apresentarem consumo de tabaco.

Assim, começa-se por referir que os estudantes possuem uma idade mínima de 15 anos e uma máxima de 22 anos, correspondendo-lhe uma idade média de  $17,63 \pm 1,39$  dp. Para os rapazes, com uma representatividade de 62,30% da totalidade da amostra, a idade mínima é de 15 anos, sendo este resultado análogo ao encontrado para as raparigas, cuja representatividade é de 37,70%. A idade máxima, para ambos os géneros, é de 22 anos. A maioria frequenta o 10º ano (45,2%), secundados pelos estudantes que se encontram no 11º ano (31,3%), 23,5% frequentam o 12º ano. Apurou-se que 56,9% dos estudantes avaliam o seu rendimento escolar como “bom” ou “muito bom”, enquanto 43,1% o avaliam como “nem mau” e “nem bom”. Há um predomínio de estudantes que se encontram na área de informática (41,3%), seguindo-se a área das engenharias (33,1%) e a área social (25,6%). Prevalcem os estudantes residentes na aldeia (57,6%), europeus (94,7%), a coabitar com outras pessoas sem ser a família nuclear (rapazes 66,3% vs. raparigas 54,7%). A maioria dos estudantes (68,3%) tem um agregado familiar com mais do que 3 elementos e possui apenas um irmão (48,4%). Prevalcem os progenitores dos estudantes a viverem juntos/casados (75,1 %); na maioria dos casos, quer o pai (61,0%), quer a mãe (67,3%) têm formação intermédia, prevalecendo os estudantes cujo pai (83,5%) e mãe estão ativos (64,4%). A maioria dos estudantes (86,8%) percebe o seu ambiente familiar como bom.

Começa-se por referir que dos 281 estudantes da amostra total, 101 são fumadores, o que corrobora o descrito no Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo (Direção-Geral da Saúde, 2012) em que, segundo o estudo do Eurobarómetro de 2012, cerca de 90% dos fumadores portugueses confirmaram ter iniciado o consumo regular de tabaco antes dos 25 anos; 22% antes dos 15 anos e 51%, entre os 15 e os 18 anos.

No que se refere à dependência da nicotina dos 101 estudantes fumadores, os resultados revelaram, para a globalidade da amostra, uma dependência mínima de 0.00 e uma máxima de 100.00, ao que corresponde uma média de dependência de 31.98 ( $\pm 21.541$ ). Para os rapazes, que representam 60.4% da totalidade da amostra de estudantes fumadores, a dependência mínima é 0.00 e a máxima de 100.00, e para as raparigas, com

uma representatividade de 36.6%, a mesma oscila entre 0.00 e os 70.00. Os rapazes, em média ( $M=35.08 \pm 222.182$  Dp.), possuem mais dependência à nicotina do que as raparigas ( $M=27.25 \pm 18.869$  Dp.). Estes resultados não estão em conformidade com os encontrados pelo *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (2012), cujo estudo revelou que as raparigas tornam-se mais facilmente dependentes à nicotina do que os rapazes, emergindo os sintomas de dependência nas raparigas três semanas depois de terem fumado o primeiro cigarro, face a 25 semanas, no caso dos rapazes. De acordo com o mesmo estudo, as raparigas fumam menos quantidade de cigarros que os rapazes, todavia, revelaram uma taxa mais alta de dependência à nicotina. Estes dados sugerem que as mulheres são mais sensíveis aos efeitos da nicotina que os homens. De igual modo, Rodrigues (2013) verificou, numa amostra de estudantes portugueses do ensino secundário, que o consumo de tabaco é mais elevado nas raparigas, apresentando estas mais dependência à nicotina. Saraiva, Chaves, Duarte e Amaral (2017), com base no seu estudo com estudantes de enfermagem, verificaram uma prevalência de consumo de tabaco de 25,2%, destacando-se os rapazes com uma percentagem maior (32,1% vs. 24,1%). Os estudantes começaram a fumar aos 16,8 anos. Dos estudantes que começaram a fumar antes dos 15 anos, 44,4% apresentam um nível de dependência elevado. Em média, foram os estudantes do género feminino que manifestaram uma idade de início de consumo de tabaco mais baixa, ou seja, iniciaram mais cedo o consumo ( $M=16,6$  anos vs.  $M=17,6$  anos).

Verificou-se que, no geral, os estudantes consideram-se pouco dependentes à nicotina (61.4%), com predomínio das raparigas (70.0%). Estes resultados corroboram os apurados Saraiva et al. (2017), onde 58,8% dos estudantes não se consideram muito dependentes à nicotina. De igual modo, Cristina et al. (2016) constataram que, na sua amostra de estudantes, as raparigas fumam, em média, menos que os rapazes (17,1% versus 22,1%).

No que se refere à primeira questão de investigação, através da qual se procurou saber se existe uma relação entre as variáveis pessoais (sociodemográficas) e académicas e o grau de dependência à nicotina dos estudantes do ensino profissional, verificou-se que os rapazes têm mais dependência à nicotina do que as raparigas, o que corrobora os resultados anteriormente descritos. Por outro lado, importa referir que, no estudo de Nogueira, Fumo e Silva (2014), a frequência maior de dependência à nicotina incidiu nas raparigas (8,8%), quando comparadas com os rapazes (4,2%). Importa referir que, segundo o estudo de Trigo (2008), nos homens, a dependência à nicotina é sobretudo física e a recaída caracteriza-se por reações face a situações emocionais negativas, talvez de natureza mais aguda, disfórica e impulsiva. Nas mulheres, o padrão de recaída resulta da acumulação de fatores de risco, *a priori*, associados ao carácter emocional da dependência à

nicotina e à utilização da mesma como estratégia para lidar com as emoções, o que é agravado pela maior vulnerabilidade à afetividade depressiva.

Verificou-se que os estudantes com mais dependência à nicotina são os que têm idade igual ou superior aos 19 anos, seguidos dos que têm idade igual ou inferior aos 16 anos. Relativamente à dependência à nicotina e à idade de início do consumo, Saraiva et al. (2017) verificaram que, dos estudantes que começaram a fumar depois dos 18 anos, 47,5% manifestaram um nível de dependência muito baixo e os fumadores que iniciaram antes dos 15 anos o nível de dependência foi muito elevado (44,4%). Estes dados vão ao encontro dos alcançados por Nunes, Vargas, Nunes e Noto (2011), segundo os quais, de entre os 70% de adolescentes que fumam, 25% ficam rapidamente dependentes. Quanto mais tarde se inicia o consumo menor probabilidade de se tornar dependente. Estes resultados podem justificar o facto de se ter verificado que, no presente estudo, os estudantes mais novos ( $\leq 16$  anos) são os menos dependentes à nicotina. Afonso e Pereira (2013) também verificaram que a idade é uma variável preditora da dependência à nicotina, com os adolescentes mais novos a não revelarem tanta dependência, uma vez que se encontram no início do consumo tabágico.

Aferiu-se que os estudantes da Escola Profissional Mariana Seixas são os que manifestam um grau mais elevado de dependência à nicotina, comparativamente aos estudantes da Escola Profissional de Trancoso. As diferenças entre os grupos são significativas (Escola Profissional Mariana Seixas  $p=0,011$ ; Escola Profissional de Trancoso  $p=0,006$ ), estes resultados poder-se-ão dever ao facto de se ter registado que o maior número de estudantes fumadores são os da Escola Profissional Mariana Seixas.

Procurou-se saber se o ano em que os estudantes se encontram influencia o grau de dependência à nicotina, cujos resultados indicaram que os estudantes com um grau mais elevado de dependência à nicotina são os que se encontram no 11.º ano de escolaridade, secundados pelos que se encontram no 12.º ano. Os participantes a frequentarem o 10.º ano revelam menos dependência à nicotina, o que corrobora os dados encontrados em relação à idade, onde ficou demonstrado que os estudantes mais novos revelam menor dependência à nicotina, sendo estes os que correspondem aos alunos a frequentar o 10.º ano de escolaridade. Ferraz et al. (2011) também constaram que os estudantes, participantes no seu estudo, com um grau de dependência à nicotina mais elevado foram os que se situavam na faixa etária dos 18-19 anos, dados estes corroborados no presente estudo.

Quanto à segunda questão de investigação, através da qual se procurou verificar se existe relação entre as variáveis familiares e o grau de dependência à nicotina dos estudantes do ensino profissional, constatou-se a existência de diferença estatisticamente significativa ( $X^2=10,927$ ;  $p=0,004$ ), sendo os estudantes com 2 ou mais irmãos os que

apresentam um grau mais elevado de dependência à nicotina, secundados pelos que não possuem irmãos. Os estudantes com 1 irmão têm menos dependência à nicotina. Estes resultados podem ser justificados com o facto de algum dos irmãos dos estudantes serem também fumadores, o que se assume como uma variável preditora do consumo tabágico, pois há estudos que documentam que a presença de um membro familiar fumador influencia os hábitos tabágicos nos adolescentes (Neto et al., 2016). Ferraz et al. (2011), no seu estudo, verificaram que os estudantes que mais fumam são os que possuem familiares com hábitos tabágicos. Silva, Silva e Botelho (2008), ao estudarem os fatores associados à experimentação do cigarro em adolescentes, verificaram que ter irmãos fumadores é uma variável que interfere no consumo tabágico por parte dos adolescentes. Existe uma associação positiva com o tabagismo do adolescente e a dependência à nicotina com as variáveis ter amigos que fumam, pais e irmãos fumadores (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2012*).

Outro resultado a que se chegou prende-se com o facto de terem sido os estudantes cujos pais vivem separados/divorciados os apresentam um grau mais elevado de dependência à nicotina, seguidos pelos que os pais vivem juntos/casados. No entanto, não se regista diferença estatisticamente significativa entre os grupos. De acordo com Abrantes (2016), o mecanismo de dependência tem uma etiologia multifatorial, estando incluídos os fatores não-genómicos, onde se inserem os fatores psicológicos. Neste sentido, os filhos de pais divorciados/separados, como referem Silva et al. (2008), encontram-se mais vulneráveis em termos psicológicos, estando mais propícios ao consumo de tabaco. No seu estudo, os autores também constataram que um dos fatores associados ao início da experimentação tabágica é ser filho de pais divorciados/separados, sendo estes os que revelam mais dependência à nicotina.

Procurou-se saber se as habilitações literárias dos pais influenciam o grau de dependência à nicotina, aferindo-se que os estudantes cujo pai tem formação intermédia manifestam um grau mais elevado de dependência, bem como os estudantes que a mãe tem formação superior, secundados pelos que a mãe possui formação intermédia. Verifica-se ainda que os estudantes cujos pais têm formação inferior ou inexistente são os que apresentam menor dependência à nicotina. Todavia, não há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Estes resultados não corroboram os encontrados por Cristina et al. (2016), cujo estudo demonstrou que os estudantes mais dependentes à nicotina são os que os seus progenitores apresentam baixo nível de escolaridade. Silva et al. (2008) também verificaram que uma das principais variáveis relacionadas com a dependência à nicotina foi o menor nível de escolaridade dos pais.

No que se refere aos resultados da relação entre o grau de dependência à nicotina e a situação profissional dos pais, constatou-se que os estudantes cujos pais estão ativos profissionalmente são os que manifestam um grau mais elevado de dependência à nicotina. Comparando estes resultados com os de outros estudos, verifica-se que os mesmos não estão em conformidade, uma vez que as evidências da literatura encontradas revelam que o nível socioeconómico dos pais interfere na dependência à nicotina por parte dos adolescentes. Cristina et al. (2016) constaram que a probabilidade de fumar regularmente foi estatisticamente mais elevada em estudantes cujos pais estavam desempregados. As autoras corroboram a evidência na literatura sobre a associação entre tabagismo e o estatuto socioeconómico na adolescência, como foi demonstrado numa comparação internacional. De acordo com as mesmas autoras, há estudos que documentam a relação entre o tabagismo do adolescente e as condições socioeconómicas da família, sugerindo uma influência negativa de ter pais que não trabalham e do baixo nível socioeconómico e educacional dos pais.

Quanto à relação entre o grau de dependência à nicotina e a percepção do ambiente familiar, inferiu-se que os estudantes que referem ter um mau ambiente familiar são os que apresentam um grau mais elevado de dependência, comparativamente aos que percebem o seu ambiente familiar como bom. Contudo, as diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas. Estes resultados corroboram os encontrados por Cheng, Huang, Chen, Hsu e Tsai (2013), cujo estudo revela que os adolescentes com um ambiente familiar mais pobre são os que têm mais hábitos tabágicos, estando mais dependentes à nicotina. Segundo Abrantes (2016), a vulnerabilidade para criar dependência à nicotina assume-se como um fator inerente à dependência tabágica, destacando-se a ocorrência de acontecimentos adversos durante a adolescência, na medida em que o stress faz aumentar os níveis de cortisol, reforçando a transmissão de dopamina, resultando em alterações dopaminérgicas. Importa ainda referir que, segundo Trigo (2008), o ambiente familiar negativo predispõe os adolescentes a uma fragilidade emocional que se associa à tendência para fumar com o objectivo de reduzir a afetividade negativa.

Em relação à terceira questão de investigação, através da qual se procurou saber que existe relação entre as variáveis estilo/hábitos de vida e o grau de dependência à nicotina dos estudantes do ensino profissional, apurou-se que os estudantes mais dependentes à nicotina são os que não praticam atividade física, os que dormem habitualmente menos de 8 horas e os que revelam má qualidade de sono. Estes resultados corroboram as evidências encontradas, na medida em que é referido que o consumo de tabaco aumenta significativamente em adolescentes que têm estilos/hábitos de vida pouco saudáveis, onde se incluem os que não praticam atividade física e os que possuem uma

deficiente higiene do sono (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration*, 2012). Chen et al. (2013), no seu estudo, verificaram que os estudantes que fumam diariamente apresentam pior qualidade de sono, quando comparados com os estudantes não fumadores.

Apurou-se que os estudantes fumadores habituais revelam um grau de dependência à nicotina mais elevado, comparativamente aos fumadores ocasionais. De acordo com os dados apresentados pela *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (2012), ser fumador habitual apresenta correlação com o aumento de incidência da dependência à nicotina, o que consubstancia os resultados encontrados no presente estudo. Vitória et al. (2013) referem que a grande maioria dos adolescentes que fumam regularmente entre 3-4 cigarros por dia são mais dependentes à nicotina.

No que concerne à quarta questão de investigação, relação entre o balanço decisório e o grau de dependência à nicotina dos estudantes do ensino profissional, constatou-se que as variáveis predictoras da dependência à nicotina foram a idade, o género, balanço decisório. Verificou-se que a idade e o balanço decisório - Escala prós -estabelecem uma relação inversa com a dependência à nicotina, sugerindo que quanto menos idade os estudantes tiverem e menos balanço decisório com argumentos prós mais estes têm probabilidade de serem dependentes à nicotina. Interessa salientar que, quando predominam os argumentos contra o tabagismo, independentemente do hábito tabágico, maior é a indicação acerca do conhecimento generalizado sobre os malefícios do tabaco, de modo a que os adolescentes não sejam tão dependentes à nicotina. Os argumentos contra o tabagismo propendem a correlacionar-se mais fortemente com a ativação de estratégias cognitivas para a mudança nos fumadores (Trigo, 2008). O mesmo autor refere que os argumentos contra o tabagismo surgem, por norma, associado à ativação de estratégias de confronto com a mudança, podendo, assim, caracterizar um mecanismo psicológico de anulação e combate ao desejo de fumar. No seu estudo, o autor verificou que as pessoas que revelaram predomínio dos argumentos contra o tabagismo desencadeiam sensações de dissonância cognitiva, ambivalência emocional e luta entre o desejo e a interdição de fumar. Deste modo, Trigo (2008) defende que quanto maior a diferença entre os argumentos contra e a favor de fumar, maior a importância e a atualidade desse comportamento e, como tal, maior a necessidade de operar uma mudança no comportamento do dependente à nicotina.

## Conclusão

Existem múltiplos fatores que contribuem para a dependência tabágica e predispõem os estudantes a este comportamento de risco, todavia, estes variam de estudante para estudante, o que torna ainda mais complexa a abordagem do problema. A literatura refere fatores individuais (biológicos e psicológicos), macrossociais (família, escola e amigos), fatores macrossociais (de onde se destacam os meios de comunicação social) e os fatores ambientais, económicos, socioculturais, entre outros (Silveira et al., 2014; Saraiva et al., 2017).

Foi neste contexto que se desenvolveu o presente estudo, através do qual se procurou saber quais os determinantes da dependência à nicotina de 101 estudantes do ensino profissional, maioritariamente rapazes, com uma idade média de  $17,63 \pm 1,39$  dp, residentes na aldeia e do continente europeu.

Assim, concluiu-se que o perfil sociodemográfico dos estudantes pouco dependentes à nicotina são: as raparigas na faixa etária dos 17-18 anos, residentes quer na aldeia, quer na cidade, tendo como continente de origem o europeu. No que se refere às variáveis académicas, os menos dependentes à nicotina são os estudantes da Escola Profissional de Trancoso, a frequentarem o 10.º ano de escolaridade das áreas de informática e engenharia e que consideram ter “nem mau/nem bom” rendimento escolar. Tendo em conta as variáveis familiares, concluiu-se que os estudantes menos dependentes à nicotina são os que possuem um agregado familiar com mais de três elementos, que coabitam com outras pessoas, têm um irmão, cujos pais vivem juntos/casados, com formação intermédia (ensino secundário), ativos profissionalmente e os que consideram ter um bom ambiente familiar. Constatou-se ainda que, ao nível das variáveis de estilo/hábitos de vida, os estudantes pouco dependentes à nicotina praticam atividade física, dormem mais de 8 horas, têm má qualidade do sono e são fumadores habituais. Estes estudantes apresentam um balanço decisório intermédio.

No que se refere aos estudantes com dependência à nicotina, verificou-se que, tendo em conta as variáveis sociodemográficas, são os rapazes, com idade compreendida entre os 17-18 anos, residentes na aldeia e na vila, sendo estes do continente europeu. Traçando-se um perfil destes estudantes de acordo com as variáveis académicas, concluiu-se que os dependentes à nicotina são os que frequentam a Escola Profissional Mariana Seixas, encontrando-se no 11.º ano de escolaridade, na área de informática e que consideram ter um “muito bom/bom” rendimento escolar. Atendendo-se às variáveis familiares, verificou-se que, no grupo de estudantes dependentes à nicotina, incluem-se os que têm um agregado

familiar inferior a três elementos, a coabitarem com outras pessoas, cujos pais vivem juntos/casados, tendo formação intermédia (ensino secundário), ativos profissionalmente e os que possuem um bom ambiente familiar. Traçando-se um perfil destes estudantes em contexto de variáveis estilo/hábitos de vida, os mesmos praticam atividade física, dormem mais de 8 horas, relatam ter má qualidade do sono e são fumadores habituais. Estes estudantes apresentam um balanço decisório intermédio.

Decorrente do estudo empírico, concluiu-se também que as variáveis que interferiram estatisticamente na dependência à nicotina foram o estabelecimento de ensino, possuir irmãos, a situação profissional do pai e o balanço decisório. Assim, concluiu-se que os estudantes da Escola Profissional Mariana Seixas, com 2 ou mais irmãos, cujo pai está ativo profissionalmente e os que apresentam um balanço decisório negativo manifestam mais dependência à nicotina. As variáveis preditoras da dependência à nicotina foram a idade, o género, balanço decisório - Escala contra, balanço decisório - Escala prós e qualidade do sono. Verificou-se que a idade e o balanço decisório - Escala prós estabelecem uma relação inversa com a dependência à nicotina, sugerindo que quanto menos idade os estudantes tiverem e menos balanço decisório com argumentos prós mais estes têm dependência à nicotina.

Face aos resultados encontrados, propõe-se uma maior intervenção em contexto escolar por parte dos enfermeiros especialistas em saúde comunitária, abordando-se a problemática do tabagismo, bem como apresentando-se dados epidemiológicos relativos ao consumo de tabaco nos adolescentes, enfatizando os seus determinantes e as consequências a curto e a longo prazo dos mecanismos de dependência tabágica. Sugere-se que se fomente, através de sessões de Educação para a Saúde, a cessação tabágica, o que poderá passar pela realização de *workshops*, recorrendo a estratégias de otimismo, num processo de mudança comportamental, relativamente ao uso de tabaco. O workshop poderá ser desenvolvido a partir de uma relação dialógica entre os enfermeiros e os estudantes, pretendendo-se aumentar os conhecimentos sobre a importância de não ter hábitos tabágicos, bem como da cessação tabágica precoce, levando os estudantes fumadores à predisposição para tal, podendo abarcar o treino de várias estratégias de otimismo, em que os estudantes possam participar de forma ativa e interativa. Será importante fornecer aos adolescentes informação nesta área, dando-lhes a possibilidade de participarem colocando dúvidas e, no caso dos fumadores, dar-lhes a oportunidade de partilharem experiências. Será importante capacitar os estudantes fumadores a tomar e sustentar a decisão de deixar de fumar e procurar ajuda para o fazer, ampliando a motivação para a cessação tabágica.

Neste sentido, considera-se que o enfermeiro de saúde comunitária tem um papel importante, podendo a sua intervenção promover nos adolescentes hábitos/estilos de vida saudáveis, transmitindo a ideia de que parar de fumar é salutar em qualquer faixa etária e que os seus benefícios são tanto maiores quanto mais precocemente isso se verificar. Como tal, os adolescentes com hábitos tabágicos devem ser ativamente encorajados e ajudados, recorrendo-se a várias modalidades de tratamento, nomeadamente farmacológico e de aconselhamento, com efetividade comprovada. Importa referir que se tem a consciência de que os comportamentos de saúde/doença são revestidos de grande complexidade e os enfermeiros nem sempre conseguem influenciar todos os adolescentes com quem contactam, todavia o sucesso será maior caso se planeiem cuidadosamente os programas de intervenção.

Importa referir que, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011), o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária possui competências que lhe permitem participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania. Das intervenções a realizar no âmbito da temática em estudo, evidenciam-se as atividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados á comunidade, no caso concreto aos estudantes de escolas profissionais. Sendo que a prevenção de comportamentos de risco, como é o consumo tabágico, traduzem-se em ganhos significativos para a saúde dos estudantes a curto e a longo prazo.

Este trabalho contribuiu para ganhos de competência com aplicação prática no futuro exercício profissional, sobretudo na intervenção juntos dos adolescentes. No entanto, tem-se a consciência de que continua a existir um longo caminho a percorrer no que se refere aos comportamentos de risco dos adolescentes, particularmente no que concerne ao tabagismo. Apenas a confluência de olhares e de esforços poderá abrir portas para intervenções mais eficazes e duradouras junto dos adolescentes.



## Referências bibliográficas

- Abrantes, J.P. C.A. (2015). *Cessação tabágica - a dinâmica da medicina geral e familiar*. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Acedido em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/31468/1/Cessa%C3%A7%C3%A3o%20Tab%C3%A1gica%20-%20A%20Din%C3%A2mica%20da%20Medicina%20Geral%20e%20Familiar%2C%20FMUC%2C%202015%2C%20Joana%20Abrantes.pdf>
- Afonso, F., & Pereira, M. (2013). Preditores da dependência nicotínica e do comportamento planeado para deixar de fumar. *Análise Psicológica*, 31(1), 17- 29. Acedido em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v31n1/v31n1a02.pdf>
- Amaral, V.G. (2010). *A adolescência e o tabaco caracterização do consumo numa população escolar*. (Dissertação de Mestrado). Universidade da Beira Interior. Faculdade de Ciências da Saúde. Acedido em <https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/739/1/Mestrado%20Vanessa%20Goulart%20Amaral.pdf>
- Azevedo, J. (2010). Escolas Profissionais: uma história de sucesso escrita por todos. *Revista Formar*, 72 (Jul/Ago/Set), 25-29.
- Baptista, I.M.A. (2014). *Hábitos Tabágicos: Conhecimentos e Consumo dos Adolescentes*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2857/1/BAPTISTA%2C%20IsabelMariaAndrade%20DM2%20.pdf>
- Carvalho, A.S. de (2012). *Consumo tabágico na população com idade igual ou superior a 18 anos no Concelho de Macedo de Cavaleiros*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Bragança. Escola Superior de Saúde. Acedido em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/7705/1/Tese%20de%20Mestrado%20ASC%20JULHO.pdf>
- Cheng, S. F., Huang, Y. P., Chen, L. H., Hsu, Y. H., & Tsai, C. H. (2013). Chloroplast phosphoglycerate kinase is involved in the targeting of Bamboo mosaic virus to chloroplasts in *Nicotiana benthamiana* plants. *Plant Physiol.* 163, 1598-1608. Doi: 10.1104/pp.113.229666
- Cristina, A., Alves, J. & Perelmanb, J. (2016). Desigualdades socioeconómicas no tabagismo em jovens dos 15 aos 17 anos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*; 34(1), 69-76. Acedido em <https://run.unl.pt/bitstream/10362/20610/1/v34n1a09%20->

%20Desigualdades%20socioeconomicas%20no%20tabagismo.pdf

Decreto-Lei nº 37/2007. Diário da República I Série. 156 (07.08.14) 5277-5285.

Direção-Geral da Saúde (2012). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo*. Lisboa: DGS. Acedido em <https://www.dgs.pt/.../programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-do-tabagismo-...>

Direcção-Geral da Saúde (2016). *Portugal – Prevenção e controlo do tabagismo em números 2015*. Acedido em <https://www.dgs.pt/paginaRegisto.aspx?back=1&id=30006>

Feijão, F., Lavado, E., & Calado, V. (2011). *Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e drogas*. Lisboa: IDT – Observatório de Droga e Toxicoddependência. Acedido em [https://www.dependencias.pt/ficheiros/conteudos/files/ECATD-2011\\_16Nov\\_1.pdf](https://www.dependencias.pt/ficheiros/conteudos/files/ECATD-2011_16Nov_1.pdf)

Ferreira, M., Chitas, V., Silva, S., & Rita, D. (2013). Hábitos tabágicos dos jovens do 9.º ano: estereótipos sobre fumadores, fatores familiares, escolares e de pares e a relação com o consumo de tabaco. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(1), 108-114. Acedido em <http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-saude-publica-323/pdf/S0870902513000357/S300/>

Ferreira, M.M.S.R.S., & Tojal, M.C.L.F.P.R. (2010). Consumo de tabaco e de álcool na adolescência. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18(2), 123-129. Acedido em [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt\\_17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt_17.pdf)

Fortin, M.-F. (2009). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Gammer, C., & Cabié, M.C. (2009). *Adolescência e crise familiar*. Lisboa: Climepsi Editores.

Gammer, C., & Cabié, M-C. (2009). *Adolescência e Crise Familiar*. Lisboa: Climepsi Editores.

Harrell, J.S., Bangdiwala, S.I., Deng, S., Webb, J.P., & Bradley, C. (2008). Smoking initiation in youth: the roles of gender, race, socioeconomics, and developmental status. *J Adolesc Health*; 23(5): 271-279.

Maroco, J. (2014). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Mathers, M., Toumbourou, J.W., Catalano, R.F., Williams, J., & Patton, G.C. (2012). Consequences of youth tobacco use: a review of prospective behavioural studies. *Addiction*.

- Matos, M. & Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde – *A Saúde dos Adolescentes Portugueses, Relatório do Estudo HBSC 2010*. FMH. Lisboa. Disponível em: [http://aventurasocial.com/arquivo/1303144700\\_Relatorio\\_HBSC\\_adolescentes.pdf](http://aventurasocial.com/arquivo/1303144700_Relatorio_HBSC_adolescentes.pdf)
- Matos, M.G., Gaspar, T., Vitória, P., & Clemente, M.P. (2003). Comportamentos e atitudes sobre o tabaco em adolescentes portugueses fumadores. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(2), 205-219. Acedido em [https://www.researchgate.net/publication/228555370\\_Comportamentos\\_e\\_atitudes\\_sobre\\_o\\_tabaco\\_em\\_adolescentes\\_portugueses\\_fumadores](https://www.researchgate.net/publication/228555370_Comportamentos_e_atitudes_sobre_o_tabaco_em_adolescentes_portugueses_fumadores)
- Morais, P.C.E. (2013). *Consumo de bebidas alcoólicas e de tabaco em estudantes do ensino profissional*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Vila Real. Acedido em <http://hdl.handle.net/10348/7022>
- Morel, A., Hervé, F., & Fontaine, B. (2009). *Cuidados ao toxicodependente*. Coleção Alcoolismo e Toxicomanias Modernas. Climepsi Editores.
- Nascimento, G.P. do, & Assis, E.P.O. (2102). *Fatores de risco associados ao tabagismo na adolescência*. CIEGESI - Conferência Internacional de Estratégia em Gestão, Educação e Sistemas de Informação – Goiânia, GO, Brasil.(pp. 732-752). Acedido em <http://www.anais.ueg.br/index.php/ciegesi/article/view/1165/877>
- Neto, A.S.M., Andrade, T.M., Napoli, C., Abdon, L.C.S.L. Gracia, M.R., & Bastos, F.I. (2010). Determinantes da experimentação do cigarro e do início precoce do tabagismo entre adolescentes escolares em Salvador (BA). *J Bras Pneumol.*; 36(6), 674-682. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v36n6/v36n6a03.pdf>
- Nunes, A.R.A. (2004). Educação para a Saúde – *Os jovens e os fatores associados ao consumo de tabaco*. Disponível em: <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/>
- Nunes, R. (2004). Os jovens e os factores associados ao consumo de tabaco. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. 22, 2, 57-67. Acedido em <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-dpublicacoes/revista/2000-2008/pdfs/2-05-2004.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Acedido em [http://www.ordemenfermeiros.pt/faqs/Documents/Legislacao/Regulamento\\_128\\_2011.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/faqs/Documents/Legislacao/Regulamento_128_2011.pdf)
- Pereira, J.D., Martins, C.M., & Baeta, A.C. (2010). *Comparação dos Hábitos Tabágicos entre Grupos Geracionais na ESTSP*. Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto,

- Instituto Politécnico do Porto, Porto. Acedido em [http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/1325/1/COM\\_JPereira\\_2010.pdf](http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/1325/1/COM_JPereira_2010.pdf)
- Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2014). *Análise categórica, árvores de decisão e análise de conteúdo em ciências sociais e da saúde com o SPSS*. Lisboa: Edições Lidel.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde – Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Lisboa: DGS, 2004. Vol. I. 88 p. ISBN 972-675-109-8.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde – Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Lisboa: DGS, 2004. Vol. II. 216 p. ISBN 972-675-110-1.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes – Programa Nacional Saúde dos Jovens 2006-2010. 2006.
- Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (PNPCT). Despacho n.º 404/2012, de 3 de janeiro. Acedido em <https://www.dgs.pt/respire-bem1/pnpct.aspx>
- Rodrigues, C.M.R dos (2013). *Comportamentos de consumo em adolescentes: Estudo sobre comportamentos de consumo de álcool, tabaco e outras drogas em adolescentes de escolas de Coimbra*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Acedido em <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=25780...>
- Saraiva, A.G.S. da, Chaves, C.M.C.B., Duarte, J.C. e Amaral, M.O.P. (2017). A dependência de tabaco em estudantes de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV - n.º 12, 9-18. Acedido em [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4645/1/REF\\_Mar2017\\_9to18\\_port.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4645/1/REF_Mar2017_9to18_port.pdf)
- 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. *Addict Behav*, 33,1-14. Acedido em [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0306-4603\(07\)00114-1](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0306-4603(07)00114-1)
- Silveira, R.U., Santos, A.S., & Pereira, G.A. (2014). Consumo de álcool, tabaco e outras drogas entre adolescentes do ensino fundamental de um município brasileiro. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV, 2, 51-60. Acedido em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn2/serIVn2a06.pdf>
- Simões, C., Matos, M.G. de, & Batista-Foguet, J. (2006). Consumo de substâncias na adolescência: um modelo explicativo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(2): 147-164.
- Simões, C., Matos, M.G. de, & Batista-Foguet, J. (2006). Consumo de substâncias na

---

adolescência: um modelo explicativo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (2), 147-164.  
Acedido em [sp-ps.pt/uploads/jornal/104.pdf](http://sp-ps.pt/uploads/jornal/104.pdf)

*Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (2012). Acedido em  
<https://www.samhsa.gov/>

Trigo, M. (2007). *Cigarros, tabaco e nicotina: factores biocomportamentais associados ao tabagismo*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Acedido em  
[http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/965/1/ulsd5330\\_td\\_Miguel\\_Trigo.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/965/1/ulsd5330_td_Miguel_Trigo.pdf)

Vitória, P.D., Branquinho, C., & Vries, H. (2013). Determinantes do comportamento tabágico e implicações para a prevenção do tabagismo. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*. Lisboa, 4(1), 191-206. Acedido em  
[https://www.researchgate.net/publication/258067958\\_Determinantes\\_do\\_Comportamento\\_Tabagico\\_e\\_Implicacoes\\_para\\_a\\_Prevencao\\_do\\_Tabagismo](https://www.researchgate.net/publication/258067958_Determinantes_do_Comportamento_Tabagico_e_Implicacoes_para_a_Prevencao_do_Tabagismo)

Vitória, P.D., Salgueiro, M.F., Silva, S.A., & De Vries, H. (2009). The impact of social influence on adolescent intention to smoke: Combining types and referents of influence. *British Journal of Health Psychology*, 14: 661-669.

Wong, Y.J. (2009). A systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors. *J Adolesc Health*; 38(4):433-442.

World Health Organisation. *Youth and Tobacco* (2010). Disponível em:  
<http://www.who.int/tobacco/en/atlas7.pdf>







## Anexo I

### Instrumento de recolha de dados



Instituto Politécnico de Viseu  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU  
UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO (UnicISE)

---

**Unidade curricular:** Relatório Final

**Investigador Principal:** Professora Ana Isabel Nunes Pereira de Azevedo e Andrade

**Investigadores Colaboradores:** Liliana Sofia Almeida Ferreira Rodrigues

Luís Filipe Alexandrino de Magalhães Gonçalves da Costa

Maria Cristina Pereira Morgado Fonseca

Sónia Patrícia Ferreira Pais Amaral

Ao realizar este estudo pretendemos avaliar alguns determinantes da saúde e relacioná-los com variáveis sociodemográficas e familiares. Simultaneamente, este estudo permitir-nos-á, enquanto enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária, aplicar e desenvolver as nossas competências de avaliação e intervenção em saúde familiar/escolar.

Neste questionário não existem respostas certas nem erradas. O importante é que responda a todas as questões com sinceridade e de acordo com a sua opinião.

Todo o estudo decorrerá segundo os princípios éticos, respeitando o seu anonimato e a confidencialidade das suas respostas (serão utilizadas apenas na presente investigação).

A sua participação é muito importante para este estudo. Verifique se respondeu a todas as questões.

Gratas (o) pela sua colaboração.

A Equipa de Investigação  
Investigador principal

---

—  
(nome do investigador)

## INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Nº Código \_\_\_\_\_  
(a preencher pelo investigador)

### 1 – DADOS PESSOAIS

1 - **Peso:** \_\_\_\_\_

2 - **Altura:** \_\_\_\_\_ IMC \_\_\_\_\_ (a preencher pelo investigador)

3 – **Idade:** \_\_\_\_\_ anos

#### 4 – Género

Masculino       Feminino

#### 5 – Onde habita?

Aldeia    Vila    Cidade

#### 6 – Qual o seu continente de origem?

Europeu    Africano    Asiático    Outro qual? \_\_\_\_\_

### 2 – DADOS ACADÉMICOS

1 - Qual o estabelecimento de ensino que frequenta? \_\_\_\_\_

2 - Em que ano está matriculado? \_\_\_\_\_

3 - Qual o Curso? \_\_\_\_\_

#### 4 - Como descreveria o seu rendimento escolar?

Muito Mau    Mau    Nem mau nem bom    Bom    Muito Bom

#### 5 – Quais os temas relacionados com saúde foram apresentados na escola?

Consumo de substâncias ilícitas    Educação Sexual    Consumo de álcool  
 Tabagismo    Alimentação saudável    Atividade física  
 Proteção de acidentes rodoviários    Importância do sono

### 3 – DADOS FAMILIARES

#### 1 – Quantos elementos constituem o seu agregado familiar?

2    3    4    5    ≥6

#### 2 – Com quem vive? (pode assinalar mais que uma opção)

pai    mãe    padrasto    madrasta    irmãos    avós    instituição  
 Outro qual? \_\_\_\_\_

#### 3 – Quantos irmãos tem?

1    2    3    ≥4

#### 4 – Qual a situação dos seus pais?

Vivem juntos/casados    Vivem separados/ divorciados    Viúvo(a)  
 Outro: qual? \_\_\_\_\_

#### 5 – Quais as habilitações literárias dos seus pais?

|                              | Pai                      | Mãe                      |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Doutoramento                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mestrado                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Licenciatura                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bacharel                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12º Ano ou antigo 7º ano     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9º Ano ou antigo 5º ano      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6º Ano ou ciclo preparatório | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4º Ano ou antiga 4ª classe   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Inferior à 4ª classe         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**6 – Qual a profissão dos seus pais?**

**Profissão do pai:** \_\_\_\_\_

Empregado: 1  Sim 2  Não 3  Reformado

**Profissão da Mãe:** \_\_\_\_\_

Empregada: 1  Sim 2  Não 3  Reformada

**7 - Como considera ser o seu ambiente familiar?**

1  Muito mau 2  Mau 3  Nem mau nem bom 4  Bom 5  Muito bom

**4 - ESTILOS / HÁBITOS DE VIDA**

**1 - Pratica Atividade Física?** 1  Sim 2  Não

**1.1 - Com que Frequência?**

1  Nunca/Raramente 2  1-2x/semana 3  3-4x/semana  
4  5 - 6x/semana 5  7x/ semana

**1.2 – Duração?**

1  <30 min./semana 2  1-2h/semana 3  2-4h/semana 4  4-6h/semana  
5  >6h/semana

**2 - Onde faz a maior parte das suas refeições por semana?**

1  Casa 2  Refeitório da Escola 3  Fora( Restaurantes e Bares)

**3 - Em casa, costuma realizar refeições em família (semanalmente)?**

1  Nunca 2  Raras vezes (1 a 2 vezes) 3  Algumas vezes(3 a 4 vezes)  
4  Muitas vezes (5 a 6 vezes) 5  Sempre (7 ou mais vezes)

**4 – Quantas horas dorme habitualmente?**

**Durante a semana:** 1  4-6 h 2  6-8h 3  8-10h 4  ≥10h  
**Durante o fim de semana:** 1  4-6 h 2  6-8h 3  8-10h 4  ≥10h

**5 - Alguma vez teve relações sexuais? (se respondeu NÃO, passe para a pergunta 9)**

1  Não 2  Sim; Se Sim, que idade tinha? \_\_\_\_\_

**6 - Já alguma vez teve relações sexuais sob o efeito de álcool ou drogas?**

1  Não 2  Sim

**7 - Já se recusou a ter relações sexuais por não ter preservativo?**

1  Não 2  Sim 3  Sempre que precisei tinha preservativo

**8 - Já teve que recorrer à pílula do dia seguinte?**

1  Não 2  Sim

**9 - Costumas fumar habitualmente?**

1  Não 2  Sim

**10 - Com que frequência fumas atualmente?**

1  Todos os dias 2  Ocasionalmente 3  Já fumei mas parei  
4  Já experimentei mas nunca fui um fumador (só responde quem já fumou)

**11 - Quantos cigarros fumas normalmente por dia \_\_\_\_ e por semana \_\_\_\_.**  
(só responde quem já fumou)

**12 – Entre as pessoas a seguir descritas e com quem habitualmente quais as que fumam?**

|                  | Fuma                       | Não fuma                   | Não sabe                   |
|------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Pai              | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| Mãe              | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| Irmão mais velho | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| Irmã mais velha  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| Melhor amigo     | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |

## 5 - COESÃO E ADAPTABILIDADE FAMILIAR

### ESCALA FACES II (Otilia Fernandes, 1995)

Por favor, indique em cada afirmação ao que melhor corresponde à sua opinião, marcando a quadrícula correspondente com uma cruz.

**[1]** - Quase Nunca   **[2]** – De vez em quando   **[3]** - Às vezes   **[4]** – Muitas Vezes   **[5]** – Quase sempre

|    |  | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1  | Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2  | Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3  | É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4  | Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5  | Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6  | Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7  | Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8  | Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9  | Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 | Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 | Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 | Na nossa família somos justos quanto à disciplina.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 | Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 | A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21 | Cada um de nós aceita o que a família decide.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|    |  |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 22 | Na nossa família todos partilham responsabilidade.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23 | Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24 | É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25 | Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26 | Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27 | Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28 | Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29 | Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30 | Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 7 – COMPORTAMENTOS ALIMENTARES

### ESCALA DE HÁBITOS ALIMENTARES (EHA)

(Águeda Marques, Fátima Luzio, José Martins e Marina Vaquinhas, 2011)

Assinale com uma cruz a resposta que **melhor se adequa** à sua alimentação **semanal** tendo em conta a seguinte escala:

**|1|** – Nunca **|2|** – Raras vezes (1 a 2 vezes) **|3|** – Algumas vezes (3 a 4 vezes)  
**|4|** – Muitas vezes (5 a 6 vezes) **|5|** – Sempre (7 ou mais vezes)

|    |   | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1  | Após acordar tenho por hábito tomar o pequeno-almoço (até uma hora após acordar).   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2  | Como devagar e mastigo bem os alimentos.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3  | Quando passo muitas horas sem comer, na refeição seguinte como mais que o habitual. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4  | Faço 5 ou 6 refeições por dia.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5  | Faço refeições com intervalos de 3 a 4 horas.                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6  | O jejum noturno não ultrapassa as 10 horas.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7  | Ingiro leite/iogurte/queijo.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8  | Como fruta.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9  | Como legumes e hortaliças.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Como sopa.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Como alimentos integrais ricos em fibra (pão integral, feijão, grão, frutos secos). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Como carnes gordas (porco, vaca, cordeiro).   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | Como carnes magras (peru, frango e coelho).   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Adiciono aos alimentos produtos industriais (maionese, molhos).                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | O azeite faz parte da minha alimentação.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 | Consumo molhos gordos resultantes da confeção dos alimentos.                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 | Como pizzas, hambúrgueres e cachorros.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 | Consumo produtos de charcutaria (salsichas, presunto, mortadela, fiambre, paio).    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 | Prefiro comida com um pouco de sal a mais.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|    |   |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 20 | Ingiro alimentos salgados (amendoins, pistachios, batatas fritas,...)                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21 | Ingiro alimentos ricos em açúcar (bolos, bebidas açucaradas, refrigerantes, chocolates).    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22 | À merenda como um bolo ou um salgado (rissol, empada, croquete, ...).                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23 | Quando como um doce opto por comê-lo após a refeição (pudim, arroz doce, leite creme, ...). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24 | Prefiro comer bolos/bolachas a comer pão.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25 | Utilizo bastante açúcar para adoçar (café, chá, leite, ...)                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26 | Adoto uma alimentação variada às refeições.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27 | Faço uma refeição de carne e de peixe alternadamente.                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28 | Faço uma alimentação à base de cozidos e grelhados.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29 | Como as partes queimadas ou carbonizadas dos alimentos                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30 | Como alimentos fritos e assados no forno.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31 | Faço refeições abundantes.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32 | Petisco entre as refeições.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33 | Como quase sempre o mesmo tipo de alimentos.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34 | Consumo bebidas alcoólicas fora das refeições.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35 | Só bebo água quando tenho sede.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36 | Bebo pelo menos 1,5 l de água por dia.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37 | Consumo alimentos pré-cozinhados e enlatados.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38 | Como pão de mistura tipo caseiro (parolo, saloio, centeio)                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39 | Como arroz, massa e batata.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40 | Como peixes gordos (salmão, sardinha, cavala, carapau, ...)                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

[1] – Nunca    [2] – Raras vezes (1 a 2 vezes)    [3] – Algumas vezes (3 a 4 vezes)    [4] – Muitas vezes (5 a 6 vezes)  
[5] – Sempre (7 ou mais vezes)

## 7 – HÁBITOS DE SONO

### ÍNDICE DE QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURG (IQSP)

As seguintes questões estão relacionadas apenas com os teus hábitos de sono durante o último mês. As tuas respostas devem refletir fielmente, o que ocorreu na maioria dos dias e noites do último mês. Por favor responde a todas as respostas.

- Durante o último mês, a que horas é que foste habitualmente para a cama?  
\_\_\_\_\_
- Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) demoraste a adormecer, depois de te deitares? \_\_\_\_\_
- Durante o último mês, a que horas é que habitualmente te levantaste de manhã?  
\_\_\_\_\_
- Durante o último mês, quantas horas de sono real conseguiste por noite (isto pode ser diferente do número de horas em que efetivamente estiveste na cama)?  
\_\_\_\_\_
- Durante o último mês, quantas vezes tiveste problemas durante o sono, devido a ... ?
  - Não consegues adormecer nos 30 minutos após te deitares

Nunca  Menos de 1 vez por semana  1 a 2 vezes por semana  3 ou mais vezes por semana  
**b. Acordares a meio da noite ou de madrugada**

Nunca  Menos de 1 vez por semana  1 a 2 vezes por semana  3 ou mais vezes por semana  
**c. Teres que te levantar para ir à casa de banho**

Nunca  Menos de 1 vez por semana  1 a 2 vezes por semana  3 ou mais vezes por semana  
**d. Não consegues respirar adequadamente**

Nunca  Menos de 1 vez por semana  1 a 2 vezes por semana  3 ou mais vezes por semana  
**e. Tossires ou ressonares**

Nunca  Menos de 1 vez por semana  1 a 2 vezes por semana  3 ou mais vezes por semana  
**f. Teres sensação de frio**

Nunca  Menos de 1 vez por semana  1 a 2 vezes por semana  3 ou mais vezes por semana  
**g. Teres sensação de calor**

Nunca  Menos de 1 vez por semana  1 a 2 vezes por semana  3 ou mais vezes por semana  
**h. Teres pesadelos**

Nunca  Menos de 1 vez por semana  1 a 2 vezes por semana  3 ou mais vezes por semana  
**i. Teres dores**

Nunca  Menos de 1 vez por semana  1 a 2 vezes por semana  3 ou mais vezes por semana  
**j. Outra(s) razão(ões), (por favor descreve):** \_\_\_\_\_

Nunca  Menos de 1 vez por semana  1 a 2 vezes por semana  3 ou mais vezes por semana

**6. Durante o último mês, como classificarias globalmente a tua qualidade de sono?**

Muito boa  Boa  Má  Muito má

**7. Durante o último mês, quantas vezes tomaste medicamentos (prescritos ou auto medicados) para conseguires adormecer?**

Nunca  Menos de 1 vez por semana  1 a 2 vezes por semana  3 ou mais vezes por semana

**8. Durante o último mês, quantas vezes teve problemas em se manter acordado(a) enquanto conduzia, enquanto tomava refeições, ou enquanto mantinha atividades sociais?**

Nunca  Menos de 1 vez por semana  1 a 2 vezes por semana  3 ou mais vezes por semana

**9. Durante o último mês, quantas vezes foi problemático manter o teu entusiasmo de fazer coisas?**

Nunca  Menos de 1 vez por semana  1 a 2 vezes por semana  3 ou mais vezes por semana

**10. Partilhas a tua habitação com alguém?**

Não partilho a minha habitação com ninguém  Partilho o quarto com alguém, mas em camas separadas

Partilho a habitação, mas durmo sozinho no quarto  Partilho a minha cama com alguém

**11. Se partilhas o teu quarto ou cama com alguém, com que frequência no último mês, essa pessoa te referiu que tinhas ... ?**

**a. Ressonado**

Nunca  Menos de 1 vez por semana  1 a 2 vezes por semana  3 ou mais vezes por semana

**b. Grandes pausas respiratórias enquanto dormias**

Nunca  Menos de 1 vez por semana  1 a 2 vezes por semana  3 ou mais vezes por semana

**c. Tremores ou sacudidelas das pernas enquanto dormias**

Nunca  Menos de 1 vez por semana  1 a 2 vezes por semana  3 ou mais vezes por semana

**d. Episódios de desorientação ou confusão enquanto dormias**

Nunca  Menos de 1 vez por semana  1 a 2 vezes por semana  3 ou mais vezes por semana

**e. Outro tipo de transtornos enquanto dormias (por favor descreve):** \_\_\_\_\_

Nunca  Menos de 1 vez por semana  1 a 2 vezes por semana  3 ou mais vezes por semana

## QUESTIONÁRIO DE SONOLÊNCIA EM ADOLESCENTES DE CLEVELAN

(Teresa Rebelo Pinto, 2012)

Agora, lê com atenção as frases que se seguem acerca do teu sono. Marca um **X** no espaço que melhor corresponde ao que se passa habitualmente contigo. É importante que sejas tu a responder, não há respostas certas ou erradas. O que é importante é responder com sinceridade.

**[1]** – Nunca (0 vezes por mês) **[2]** – raramente (menos de 3 vezes por mês) **[3]** – Algumas vezes (1-2 vezes por semana) **[4]** – Frequentemente (3-4 vezes por semana) **[5]** – Quase sempre (5 ou mais vezes por semana)

|    |  | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1  | Adormeço durante as aulas da manhã   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2  | Consigo aguentar o dia inteiro na escola sem me sentir cansado   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3  | Adormeço na última aula do dia   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4  | Fico sonolento(a) quando ando de carro mais de 5 minutos   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5  | Fico bem acordado(a) durante todo o dia  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6  | Adormeço na escola nas aulas da tarde  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7  | Sinto-me desperto (a) durante as aulas   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8  | Sinto-me sonolento(a) ao fim do dia depois das aulas   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9  | Sinto-me sonolento(a) quando vou de autocarro para uma atividade da escola (por ex. visita de estudo, jogo desportivo) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | De manhã, quando estou na escola, adormeço   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Quando estou nas aulas, sinto-me bem desperto(a)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Sinto-me sonolento quando faço os trabalhos de casa à noite depois da escola   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | Estou bem desperto(a) na última aula do dia  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Adormeço quando ando de carro, de autocarro ou de comboio  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | Durante o dia na escola, há momentos em que me dou conta que acabei de adormecer                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 | Adormeço quando faço os trabalhos da escola à noite em casa  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 8 - SEXUALIDADE

#### 1 - Que fontes de Informação utiliza sobre sexualidade?

- <sub>1</sub> Livros/Revistas; <sub>2</sub> Internet; <sub>3</sub> Televisão; <sub>4</sub> Experiencia própria; <sub>5</sub> Nenhuma;  
<sub>6</sub> Outra Qual? \_\_\_\_\_

**ESCALA DE ATITUDES FACE À SEXUALIDADE (Paula Nelas, 2010)**

**[CT]** – Concordo Totalmente;   **[CM]** – Concordo Muito;   **[NCND]** – Nem Concordo Nem Discordo;  
**[DM]** – Discordo Muito;   **[DT]** – Discordo Totalmente.

|    |  | CT                       | C<br>M                   | NC<br>ND                 | D<br>M                   | DT                       |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1  | Para namorar basta que alguém goste de mim   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2  | Só me sinto bem se fizer tudo o que os meus amigos fazem                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3  | A procura da independência faz parte da adolescência   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4  | O desgosto amoroso só me acontece a mim  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5  | A primeira relação sexual deveria ser sempre com alguém que eu amo                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6  | Considero-me bastante tolerante com as outras pessoas  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7  | Sou agradável no contacto com os outros  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8  | Para mim é muito importante ter um(a) namorado(a) com quem tenha uma boa relação             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9  | As raparigas que tomam a pílula são raparigas fáceis   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Só vou ter relações com o meu namorado/a se tiver a certeza que vou casar com ele/a          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | As mulheres devem ser mais passivas na sexualidade do que os homens                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Para as raparigas a sexualidade não é tão importante como para os rapazes                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | As relações sexuais só deveriam acontecer para ter filhos                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Seria incapaz de falar de assuntos sobre a sexualidade com os meus pais                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | A masturbação nas mulheres é tão normal como nos homens                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 | Não acho mal ter relações sexuais contra a minha vontade                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 | Os jovens com um melhor entendimento sobre educação sexual sentem-se melhor consigo próprios | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 | A educação sexual é tão importante nos rapazes como nas raparigas                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 | Só os rapazes deveriam ter educação sexual   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 | A educação sexual dos rapazes e das raparigas deve ser diferente                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21 | A mulher não deve ter relações sexuais antes do casamento                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22 | As relações sexuais entre namorados são perfeitamente normais                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23 | A masturbação é prejudicial para a saúde, por isso evito praticá-la                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24 | Não consulto livros de sexualidade pois só mostram porcarias                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25 | As relações sexuais antes do casamento são um pecado   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26 | Antes do casamento só são aceitáveis carícias, sem relações sexuais completas                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**ESCALA DE CONHECIMENTOS SOBRE INFEÇÕES DE TRANSMISSÃO SEXUAL (Paula Nelas,2010)**

**[CT]** – Concordo Totalmente;   **[CM]** – Concordo Muito;   **[NCND]** – Nem Concordo Nem Discordo;  
**[DM]** – Discordo Muito;   **[DT]** – Discordo Totalmente.

|    |  | CT                       | C<br>M                   | NC<br>ND                 | D<br>M                   | DT                       |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1  | Existe uma infeção de transmissão sexual chamada sífilis   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2  | A pílula impede a transmissão de infeções sexuais  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3  | O preservativo impede sempre a transmissão de infeções sexuais   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4  | O vírus da SIDA transmite-se pelo sangue   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5  | O preservativo deve ser sempre utilizado nas relações sexuais  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6  | Um beijo na boca pode transmitir infeções sexuais  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7  | A hepatite também se transmite sexualmente   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8  | A saliva transmite o vírus da SIDA   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9  | O herpes genital é uma infeção de transmissão sexual   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | As infeções sexualmente transmissíveis podem ser transmitidas de pais para filhos                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Existem diferentes infeções que podem ser contraídas por contacto sexual, não existindo tratamento eficaz para algumas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | A prevenção contra doenças sexualmente transmissíveis depende muito de nós   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | Evitar experiências amorosas ocasionais com desconhecidos é uma atitude sensata para prevenir as infeções              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Quando inicio as relações sexuais devo ir ao médico regularmente para prevenir as infeções sexualmente transmissíveis  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | Posso ter relações sexuais ocasionais pois a probabilidade de me transmitirem infeções sexuais é rara                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 | Na primeira relação sexual não é necessário usar preservativo  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 | Não é necessário usar o preservativo quando se toma a pílula   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 | O uso de contraceptivos é tanto da responsabilidade da rapariga como do rapa   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 | O uso de preservativo serve apenas para evitar a gravidez  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 | Pensar que posso contrair uma infeção sexualmente transmissível impede-me de ter relações sexuais                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 9 – HÁBITOS TABÁGICOS

### BALANÇO DECISÓRIO – BD

Versão portuguesa preparada por Miguel Trigo e Danilo Silva, 2003

|1|- Concordo Totalmente |2|-Concordo muito |3|- Não concordo nem discordo |4|-Discordo muito  
|5|- Discordo totalmente

|    |  | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1  | Fumar cigarros é agradável.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2  | Após algum tempo sem fumar, um cigarro faz-me sentir ótimo(a).   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3  | Quando estou a fumar fico descontraído(a) e, conseqüentemente, mais satisfeito(a).   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4  | Gosto da imagem do fumador de cigarros.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5  | O meu cigarro pode afetar a saúde de outras pessoas.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6  | Neste momento, eu seria mais enérgico(a) se não fumasse.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7  | Se tentar parar de fumar, poderei tornar-me uma pessoa irritável e uma má companhia.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8  | As pessoas que me são próximas iriam sofrer se eu adoecesse por causa do tabaco.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9  | A minha família e amigos gostam mais de mim quando estou satisfeito(a) a fumar, do que quando estou de mau humor tentando parar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Como continuo a fumar, algumas pessoas conhecidas acham que não tenho força para parar.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Fumar é perigoso para a minha saúde.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Estou embaraçado(a) por ter de fumar.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | O fumo do meu cigarro incomoda as outras pessoas.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | As pessoas acham-me insensato(a) por ignorar os avisos sobre o hábito de fumar.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | Gosto mais de mim quando fumo.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 | Fumar ajuda-me a concentrar e a fazer melhor o meu trabalho.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 | Fumar alivia a tensão.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 | As pessoas que me são próximas desaprovam o facto de eu fumar.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 | Sou insensato(a) por ignorar os avisos acerca dos cigarros.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 | A opção de fumar faz-me sentir que posso tomar as minhas próprias decisões.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDENCIA À NICOTINA TESTE DE FAGERSTROM MODIFICADO

#### 1 – Quanto tempo depois de acordar fuma o seu primeiro cigarro?

1  Dentro de 5 minutos 2  Entre 6-30 minutos 3  Entre 31-60 minutos 4  Após 60 minutos

#### 2 – Sente dificuldade na contenção do uso do tabaco em lugares onde é proibido fumar (ex: igrejas, bibliotecas, cinemas, autocarros, etc)?

1  Sim 2  Não

#### 3 – Qual o cigarro que mais dificuldade teria em não fumar?

1  O primeiro da manhã 2  Outros

#### 4 – Quantos cigarros fuma habitualmente por dia?

1  Menos de 10 2  De 11 a 20 3  De 21 a 30 4  Mais de 31

#### 5 – Fuma mais frequentemente durante as primeiras horas depois de acordar do que durante o resto do dia?

Sim  Não

**6 – Fuma quando está doente e acamado?**

Sim  Não \_\_\_\_\_

***Obrigada (o) pela sua participação.***

## Anexo II – Parecer do Conselho Científico da Escola Superior de Saúde de Viseu



Instituto Politécnico de Viseu  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU  
COMISSÃO DE ÉTICA

PARECER

Nº 13/2014

**ASSUNTO:** PARECER SOBRE O ESTUDO "DETERMINANTES DA SAÚDE NOS ESTUDANTES DO ENSINO PROFISSIONAL"

Tendo as estudantes Lília Sofia Rodrigues, Luís Filipe Gonçalves da Costa, Maria Cristina Fonseca e Sónia Patrícia Amaral sob a orientação da Profª Ana Isabel Nunes Pereira de Azevedo e Andrade, solicitado emissão de parecer sobre o estudo a realizar no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, incluindo como participantes estudantes do ensino profissional com idade superior a 16 anos, e ainda que seja considerada a autorização do **Ex. Sr. Presidente da Escola Profissional Mariana Seixas e da Escola Profissional de Trancoso**, a Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu apresenta o seguinte parecer:

- Considerando que o estudo se reveste de importância para identificar o perfil dos comportamentos de saúde, a coesão e adaptabilidade familiar dos estudantes do ensino superior profissional, revertendo-se em benefícios por contribuir para desenvolver e implementar estratégias de promoção da saúde em meio escolar e junto das famílias dos jovens estudantes; nesse sentido, recomendamos que os dados sejam divulgados e que o relatório final seja disponibilizado à instituição;
- Considerando que a participação no estudo consiste na aplicação de um questionário aos estudantes maiores de 16 anos de idade e que a sua participação é voluntária, tendo garantia de ter sido fornecido o consentimento informado a todos os sujeitos participantes;
- Considerando que no questionário não há identificação nominal e que será garantida a anonimização dos sujeitos; recomendamos, contudo, o cumprimento do segredo profissional por parte das investigadoras na recolha de informação, administração dos questionários e na elaboração da chave de codificação. Recomendamos ainda que a chave de codificação deve apenas ser conhecida pelas investigadoras e a destruição da mesma após a discussão do trabalho;
- Considerando que os dados colhidos não são considerados sensíveis;

Somos de parecer que este estudo cumpre os requisitos éticos referentes à anonimização e autonomia dos participantes e tem uma adequada metodologia científica para ser realizado.

Viseu, 24 de março de 2014

*Francisca Batocastille*

A presidente da CE da ESSV

*António da  
Costa*

*26.3.2014*



## Anexo III – Autorização para a aplicação da Escala do Balanço Decisório

---

### Fwd: Pedido de autorização da Escala de Balanço Decisório - BD

---

De: Ana Andrade (anandrade67@gmail.com)  
Enviada: segunda-feira, 12 de Maio de 2014 10:47:33  
Para: Luís Filipe Costa (huiscosta911@hotmail.com)

Bom dia Luís  
Reencaminho o mail de autorização da escala do Dr. Miguel Trigo para que possa anexar no Relatório Final.

Bom Trabalho  
Ana Isabel Andrade  
Prof. Adjunta da ESSV  
Rua Don João Crisóstomo Gomes de Almeida, n°102  
3500-843 Viseu  
Tf. 232419100  
[anandrade67@gmail.com](mailto:anandrade67@gmail.com)

----- Mensagem encaminhada -----

De: Miguel Trigo <[miguel.trigo70@gmail.com](mailto:miguel.trigo70@gmail.com)>  
Data: 12 de maio de 2014 00:18  
Assunto: Re: Pedido de autorização da Escala de Balanço Decisório - BD  
Para: Ana Andrade <[anandrade67@gmail.com](mailto:anandrade67@gmail.com)>

Cara Doutora Ana Isabel Andrade,

Lamento a demora na resposta, mas estive fora durante a passada semana.

É com satisfação que notamos a forma rigorosa como cumprem os procedimentos da investigação científica. Agradecemos também o vosso interesse na versão do referido instrumento.

Como sabe, a autorização que poderemos conceder e que efectivamente temos todo o gosto em conceder, limita-se a versão por nós preparada. A autorização dos autores que elaboraram a versão original deverá, naturalmente, ser assegurada junto dos mesmos. Permite-nos sugerir, caso não tenha já o endereço, consultar o seguinte *site* [<http://www.uri.edu/research/cprc/measures.htm>].

Bom trabalho e cumprimentos,

Miguel Trigo

No dia 7 de Maio de 2014 às 17:11, Ana Andrade <[anandrade67@gmail.com](mailto:anandrade67@gmail.com)> escreveu:

Exma. Sr. Professor Doutor Miguel Trigo

No âmbito da unidade curricular Relatório Final do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Viseu, os estudantes Liliana Sofia Almeida Ferreira Rodrigues, Luís Filipe Alexandrino de Magalhães Gonçalves da Costa, Maria Cristina Pereira Morgado Fonseca e Sónia Patrícia Ferreira Pais Amaral, sob a orientação da docente Ana Isabel Nunes Pereira de Azevedo e Andrade, pretendem realizar um estudo sobre os Determinantes da Saúde dos jovens do Ensino Profissional.



## Anexo IV – Consentimento informado

### DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO AO PARTICIPANTE / REPRESENTANTE:

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

#### Caro Estudante

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e, os estudantes Liliana Rodrigues, Luís Costa, Maria Cristina Fonseca, Sónia Amaral do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, sob a orientação da Professora Ana Isabel Andrade, estão a desenvolver um estudo subordinado ao tema: “**Determinantes da Saúde nos Estudantes do Ensino Profissional**”.

Com a presente investigação pretende-se avaliar alguns determinantes da saúde e relacioná-los com variáveis sociodemográficas e familiares.

A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário.

Asseguramos que nesta investigação será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

- Declaro ter compreendido os objetivos do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;
- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;
- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;
- Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;

Assim, depois de devidamente informada **autorizo a participação** neste estudo:

\_\_\_\_\_ (localidade), \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Nome:

\_\_\_\_\_

Assinatura do participante:

\_\_\_\_\_

Declaro que prestei a **informação adequada** e me certifiquei que a mesma foi **entendida**:

Nome do investigador: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_