

Isabel Baptista



Hábitos Tabágicos: Conhecimentos e Consumo dos Adolescentes

IPV - ESSV | 2014

**Instituto Politécnico de Viseu**

Escola Superior de Saúde de Viseu

Isabel Maria Andrade Baptista

**Hábitos Tabágicos: Conhecimentos e Consumo dos Adolescentes**

Dezembro de 2014

Isabel Maria Andrade Baptista

## Hábitos Tabágicos: Conhecimentos e Consumo dos Adolescentes

### **Tese de Mestrado**

Mestrado em Educação Para a Saúde

Trabalho efectuado sob a orientação de  
Professor Doutor João Duarte

Dezembro de 2014



**“Porque o tempo  
pode ser igual a um relógio,  
mas não para um homem.”**

*in* Manuel Forjaz & José Alberto Carvalho

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por me presentear com o dom da vida numa aventura simples de desafios constantes e envolta numa brisa que não se vê, mas que se sente no toque do vento delicado que traz bem-estar e alegria.

À Professora Doutora **Lídia Cabral**, o meu agradecimento pelo apoio, orientação prestada e conhecimento transmitido ao longo da realização deste trabalho

Ao Professor Doutor **João Duarte**, o meu profundo agradecimento por ter aceitado o desafio de me orientar com incentivo, perseverança e muita competência pedagógica e didática, assim como pelas longas horas de paciência que dedicou ao instrumento de investigação, *outputs*, tabelas e formulações estatísticas descortinadas entre colóquios transversais do alfa ( $\alpha$ ) ao ómega ( $\omega$ ) da vida da pessoa humana.

À Professora Doutora **Manuela Ferreira**, a minha sincera gratidão pelo imprescindível e valioso acompanhamento pessoal transmitido durante o desenvolvimento deste projeto, para que, com pertinácia, se cumprisse a meta.

A todos os Professores do I Mestrado de Educação Para a Saúde, o meu grato reconhecimento pelo seu saber, que permitiu desenvolver com mais criatividade, rigor científico e metodológico as aprendizagens dos meus alunos, bem como a vida de tantos/as que se encontram na minha autoestrada da vida.

Às **colegas do I Mestrado de Educação Para a Saúde** com quem trabalhei, partilhei, estudei e muito aprendi, o meu bem-haja pela amizade. Impreterivelmente devo destacar algumas, nomeadamente as dos grupos de trabalho: Aninhas, Maria João, Carla, Carlita, Joana e Sandra. Destaco o Gonçalo Valente e a Manuela Bento, a quem agradeço a parceria, o incentivo, a amizade, o carinho de longas horas passadas entre inquéritos, números e partilhas, as “dores de parto” de um trabalho conjunto associado à saúde dos adolescentes: o álcool, a sida e a sua sexualidade e o último gémeo tardo em nascer: o tabaco.

Aos membros envolvidos das **Direções das Escolas**, aos **alunos e encarregados de educação**, o meu muito obrigada.

Reconhecimento perene à **Teresinha**, que me guiou para a inscrição no mestrado; à **Arminda Gomes**, que se certificou da matrícula; à **Arminda Júlio**, que sempre me apoiou, e à **Jacinta** que, com paciência, me conduziu nas horas menos iluminadas do processo.

A todos os meus **familiares** que iluminam o caminho da minha vida e me tornam a pessoa que sou dedico esta dissertação, especialmente aos meus filhos **João** e **André**. A vós, a minha gratidão eterna.

## RESUMO

**Enquadramento:** No adolescente ocorrem metamorfoses físicas, psicológicas, comportamentais e sociais, sentindo-se mais autónomo, integrado e independente. Reproduzindo o mundo dos adultos, espelha no grupo de pares hábitos de consumo de substâncias psicoativas, mormente o tabaco, amplamente aceite como a causa principal de morbidade e de mortalidade evitável no mundo, com consequências diretas e indiretas na saúde, a curto e longo prazo.

**Objetivos:** Identificar as variáveis sociodemográficas e de contexto familiar; estimar o impacto das variáveis de contexto escolar e estilos de vida; analisar a relação entre as variáveis psicológicas (autoestima, autoconceito); identificar as atitudes que influem os conhecimentos e o consumo de tabaco.

**Métodos:** Estudo quantitativo, descritivo, correlacional, analítico e transversal, numa amostra de 971 adolescentes, aplicou-se o questionário sociodemográfico, de contexto escolar e estilos de vida; a Escala de Autoestima de Rosenberg (Romano, Negreiro & Martins, 2007); o Inventário Clínico de Autoconceito (Vaz Serra, 1984) e a Escala do Consumo de Tabaco (Precioso, 2007).

**Resultados:** Os 971 inquiridos são adolescentes entre os 14 e 21 anos, 43.4% têm idade inferior a 17 anos, são maioritariamente rapazes (50.8%), residem predominantemente em meio rural (66.4%) e coabitam com os pais (77.3%). Cerca de 39.0% frequentam o 10.º ano, revelam bom autoconceito (45.3%) e elevada autoestima (47.4%). A maioria (62.0%) é ou já foi consumidora de tabaco (63.0% raparigas vs 60.6% rapazes); fumaram o primeiro cigarro, em média, aos 13,8 anos, sendo os rapazes mais precoces ( $\leq 13$  anos) que as raparigas ( $\geq 15$  anos). O primeiro cigarro foi obtido na escola (35.5% raparigas vs rapazes 39.1%), principal local de oferta (56.8%) e a compra ocorreu na tabacaria ou no café (60.0%). Dos inquiridos, 17,7% (13.0% raparigas vs 22.0% rapazes) são fumadores diários, consumindo até sete cigarros (60.9% rapazes vs 58.3% raparigas). Como razão principal para fumar o primeiro cigarro, 74.3% apontam “Querer saber como era”.

**Conclusão:** O tabagismo é um fenómeno complexo e globalizante com repercussões tanto na saúde individual dos fumadores como na saúde pública, pelo que permanece a urgência de implementação de políticas de educação para a saúde, com ações de sensibilização, prevenção e promoção de mudanças comportamentais e atitudinais, preditoras de estilos de vida saudável.

**Palavras-chave:** Adolescência, tabaco, autoconceito e autoestima.

**ABSTRACT**

**Framework:** During adolescence, the teenager suffers metamorphosis at a physical, psychological, behavioral and social level, therefore feeling more autonomous, integrated and independent. While mimicking adult behavior among its peers, he/she tends to engage in the consumption of psychoactive substances, namely tobacco, widely accepted as the leading cause of morbidity as well as mortality avoidable worldwide, with both direct and indirect consequences in short and long term health.

**Goals:** Identify the sociodemographic and familiar context variables; assess the impact of the school context and lifestyle variables; analyze the relation between the psychological variables (self-esteem, self-concept) and identify the attitudes, which influences the knowledge as well as the tobacco consumption.

**Methods:** Quantitative, correlational, analytical and transversal study, within a sample of 971 adolescents was applied the sociodemographic questionnaire of school context and lifestyle; Self-Esteem Rosenberg Scale (Romano, Negreiro & Martins, 2007); Self-Concept Clinical Inventory (Vaz Serra, 1984) and the Tobacco Consumption Scale (Precioso, 2007).

**Results:** The 971 inquired were adolescents from 14 to 21 years old, 43.3% were under 17 years old, mainly males (50.8%), living in the countryside (66.4%) with their parents (77.3%). About 39.0% are in the 10<sup>th</sup> grade, reveal good self-concept (45.3%) and high self-esteem (47.4%). The majority (62.0%) is or has been a tobacco consumer (63.0% girls vs 60.6% boys); they smoked their first cigarette with an average age of 13.8 years old, whilst male are more premature ( $\leq 13$  years old) than female ( $\geq 15$  years old). Their first smoke was in school (35.5% girls vs 39.1% boys), which is the main place of offering (56.8%) and they buy them in tobacco or coffee shops (60.0%) From the surveyed, 17.7% (13.0% girls vs 22.0% boys) are daily smokers, some smoking up to 7 cigarettes per day. The main reason to smoke their first cigarette is “Wishing to know how it felt like” (74.3%).

**Conclusion:** Smoking is both a complex and global phenomenon with repercussions not only in individual health, but also in public health. The urgency to implement politics for health education, through awareness raising actions, prevention and promotion of behavioral changes as well as attitude, predictive of a healthy lifestyle.

**Key-words:** Adolescence, tobacco, self-concept and self-esteem

## ÍNDICE GERAL

<b>Introdução</b> .....	15
<b>1.ª PARTE - Enquadramento Teórico</b> .....	20
<b>1 – Adolescência</b> .....	21
1.1 -Adolescentes, família, escola e pares .....	27
<b>2 – Tabaco</b> .....	35
2.1 - Enquadramento legal antitabágico .....	39
2.2 - Consumo de tabaco na adolescência .....	49
2.3 -Epidemiologia tabágica .....	61
<b>3 – Autoestima e autoconceito</b> .....	63
3.1 - Autoestima e consumo de tabaco na adolescência .....	63
3.2 - Autoconceito e consumo de tabaco na adolescência .....	67
<b>4 – Conhecimentos de hábitos tabágicos dos adolescentes</b> .....	71
<b>2.ª PARTE - Estudo empírico</b> .....	75
<b>1 – Metodologia</b> .....	76
1.1 – Métodos .....	76
1.2 – Participantes .....	80
<b>1.2.1 - Caraterização socioespacial do estudo</b> .....	81
<b>1.2.2 - Caraterização sociodemográfica</b> .....	83
1.3 – Instrumento de colheita de dados.....	88
<b>1.3.1 - Parte I – Questionário sobre dados sociodemográficos e de contexto familiar</b> .....	92
<b>1.3.2 - Parte II – Variáveis de contexto escolar e estilos de vida</b> .....	92
<b>1.3.3 - Parte III – Escala de Autoestima de Rosenberg</b> .....	92
<b>1.3.4 - Parte IV – Inventário Clínico de Autoconceito</b> .....	101
<b>1.3.5 - Parte V – Escala de conhecimentos de hábitos tabágicos</b> .....	108
1.4 – Procedimentos éticos de recolha de dados .....	119
1.5 – Análise de dados .....	120
<b>2 – Resultados</b> .....	124
2.1 – Análise descritiva .....	124
<b>2.1.1 – Variáveis de contexto escolar</b> .....	124
<b>2.1.2 – Variáveis relacionadas com os estilos de vida</b> .....	132
<b>2.1.3 – Variáveis de contexto psicológicas</b> .....	134

<b>2.1.4 – Variáveis relacionadas com o consumo de tabaco</b> ....	139
<b>2.1.5 – Fumadores habituais e ocasionais</b> .....	155
<b>2.1.6 – Autoestima e autoconceito</b> .....	169
<b>2.1.7 – Conhecimentos sobre hábitos tabágicos</b> .....	171
2.2 – Análise inferencial .....	172
<b>3 – Discussão</b> .....	185
3.1– Discussão Metodológica .....	185
3.2 – Discussão de Resultados .....	186
<b>4 – Conclusão</b> .....	195
<b>Bibliografia</b> .....	198
Anexos .....	216
Anexo I - Autorização da Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar da Direção Geral da Educação .....	217
Anexo II - Pedido de autorização da Escala da Autoestima .....	218
Anexo III - Pedido de Autorização de Utilização do Inventário Clínico de Autoconceito.....	220
Anexo IV - Pedido de autorização do Questionário de Consumo de Tabaco .....	221
Anexo V - Pedido de autorização de participação no estudo dos encarregados de educação .....	222
Anexo VI - Instrumento de recolha de dados .....	223

## ÍNDICES DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> -	Estatísticas relativas à idade em função do sexo .....	84
<b>Tabela 2</b> -	Caraterização sociodemográfica e de contexto familiar em função do sexo .....	87
<b>Tabela 3</b> -	Consistência interna da escala de autoestima de Rosenberg .....	94
<b>Tabela 4</b> -	Ordenação dos itens por fator .....	96
<b>Tabela 5</b> -	Consistência Interna dos itens do autoconceito por subescala .....	97
<b>Tabela 6</b> -	Comparação dos valores de Alfa de Cronbach do estudo atual, com os da validação para a população portuguesa .....	97
<b>Tabela 7</b> -	Correlação dos itens com as subescalas e escala global da autoestima .....	98
<b>Tabela 8</b> -	Matriz de correlação de Pearson entre os fatores e o valor global da escala .....	98
<b>Tabela 9</b> -	Índices de ajustamento da análise fatorial confirmatória da Escala de Rosenberg .....	100
<b>Tabela 10</b> -	Consistência interna do inventário clínico do autoconceito .....	103
<b>Tabela 11</b> -	Correlação dos itens com os fatores e o valor global do autoconceito .....	105
<b>Tabela 12</b> -	Valores de Alfa de Cronbach dos fatores e da escala global do autoconceito .....	106
<b>Tabela 13</b> -	Correlação dos itens com os fatores e com o valor global do autoconceito .....	107
<b>Tabela 14</b> -	Matriz de correlação de Pearson entre os fatores e o valor global da escala do autoconceito .....	108
<b>Tabela 15</b> -	Escala de conhecimentos sobre hábitos tabágicos .....	112
<b>Tabela 16</b> -	Ordenações dos itens por fator e cargas fatoriais .....	114
<b>Tabela 17</b> -	Resultado final das ordenações dos itens por fator e cargas fatoriais .....	115
<b>Tabela 18</b> -	Consistência interna dos itens por subescala do tabaco .....	116
<b>Tabela 19</b> -	Valores de alfa de Cronbach para as subescalas dos acontecimentos de vida negativos .....	116
<b>Tabela 20</b> -	Validade convergente vs divergente dos itens das subescalas do consumo de tabaco .....	117
<b>Tabela 21</b> -	Matriz de Correlação de Pearson entre os fatores da escala de conhecimentos sobre hábitos tabágicos .....	118
<b>Tabela 22</b> -	Índices de ajustamento da análise fatorial confirmatória da escala de conhecimentos sobre hábitos tabágicos .....	118
<b>Tabela 23</b> -	Variáveis de contexto escolar em função do sexo .....	127
<b>Tabela 24</b> -	Número de reprovações ocorridas em função do sexo .....	128
<b>Tabela 25</b> -	Meio de deslocação habitual para a escola em função do sexo .....	128
<b>Tabela 26</b> -	Relação dos pais com a escola de acordo com o sexo .....	129
<b>Tabela 27</b> -	Teste binomial relativo à relação dos pais com a escola .....	130
<b>Tabela 28</b> -	Ajuda dos adolescentes nas atividades do agregado familiar de acordo com o sexo .....	130
<b>Tabela 29</b> -	Envolvimento em lutas em função do sexo .....	131
<b>Tabela 30</b> -	Estilos de vida em função do sexo .....	134
<b>Tabela 31</b> -	Estatísticas relativas à autoestima global e subescalas .....	135

<b>Tabela 32</b> -	Classificação da autoestima em função do sexo .....	135
<b>Tabela 33</b> -	Estatísticas relativas ao autoconceito .....	137
<b>Tabela 34</b> -	Níveis de autoconceito (nota global) em função do sexo .....	138
<b>Tabela 35</b> -	Teste de Kruskal-Wallis entre o autoconceito global, seus fatores e níveis de autoestima .....	138
<b>Tabela 36</b> -	Matriz de correlação de Pearson entre autoconceito e autoestima ....	139
<b>Tabela 37</b> -	Consumo de tabaco em função do sexo .....	139
<b>Tabela 38</b> -	Estatísticas relativas ao início do consumo de tabaco .....	140
<b>Tabela 39</b> -	Idade do consumo do primeiro cigarro .....	140
<b>Tabela 40</b> -	Local de consumo do primeiro cigarro em função do sexo .....	141
<b>Tabela 41</b> -	Local de obtenção do primeiro cigarro em função do sexo .....	141
<b>Tabela 42</b> -	Razões para o consumo do primeiro cigarro em função do sexo .....	142
<b>Tabela 43</b> -	Frequência do consumo atual de tabaco em função do sexo .....	143
<b>Tabela 44</b> -	Estatísticas relativas à frequência do consumo de tabaco em função do sexo .....	143
<b>Tabela 45</b> -	Número de cigarros consumidos por dia em função do sexo .....	144
<b>Tabela 46</b> -	Estatísticas relativas à frequência do consumo de tabaco por semana em função do sexo .....	144
<b>Tabela 47</b> -	Número de cigarros que os adolescentes fumam por semana em função do sexo .....	145
<b>Tabela 48</b> -	Opinião dos adolescentes sobre deixarem de fumar em função do sexo .....	145
<b>Tabela 49</b> -	Modo como os adolescentes obtém os cigarros que fumam, em função do sexo .....	146
<b>Tabela 50</b> -	Pessoas que fumam em função do sexo .....	147
<b>Tabela 51</b> -	Hábitos tabágicos dos melhores amigos/as, em função do sexo .....	148
<b>Tabela 52</b> -	Oferta de cigarros aos adolescentes em função do sexo .....	148
<b>Tabela 53</b> -	Pessoas que já ofereceram cigarros aos adolescentes em função do sexo .....	149
<b>Tabela 54</b> -	Locais de oferta de cigarros aos adolescentes em função do sexo .....	150
<b>Tabela 55</b> -	Parecer dos amigos sobre o início do consumo de tabaco em função do sexo .....	150
<b>Tabela 56</b> -	Importância da opinião dos pais/familiares para os adolescentes, sobre o consumo de tabaco .....	151
<b>Tabela 57</b> -	Pessoas que gostavam que os adolescentes fumassem, em função do sexo .....	152
<b>Tabela 58</b> -	Fontes de informação sobre hábitos tabágicos em função do sexo ...	153
<b>Tabela 59</b> -	Reação dos adolescentes face à oferta de um cigarro para fumar, dado por amigo, em função do sexo .....	154
<b>Tabela 60</b> -	Intenção de fumar no futuro em função do sexo .....	155
<b>Tabela 61</b> -	Consumo de tabaco do fumador habitual e do fumador ocasional em função do contexto sociodemográfico .....	157
<b>Tabela 62</b> -	Consumo de tabaco do fumador habitual e do fumador ocasional, em função do contexto escolar .....	158
<b>Tabela 63</b> -	Obtenção do primeiro cigarro dos adolescentes fumadores habituais e ocasionais .....	159
<b>Tabela 64</b> -	Razões para o consumo do primeiro cigarro para o fumador habitual e ocasional .....	160

<b>Tabela 65</b> -	Opinião dos adolescentes fumadores sobre deixar de fumar .....	161
<b>Tabela 66</b> -	Modo de aquisição de tabaco pelos fumadores habituais e ocasionais .....	161
<b>Tabela 67</b> -	Familiares e namorado/a dos fumadores habituais e ocasionais que fumam .....	162
<b>Tabela 68</b> -	Consumo de tabaco dos melhores amigos dos fumadores habituais e ocasionais .....	162
<b>Tabela 69</b> -	Pessoas que já ofereceram cigarros aos fumadores habituais e ocasionais .....	163
<b>Tabela 70</b> -	Locais de oferta de cigarros para adolescentes fumadores habituais e ocasionais .....	164
<b>Tabela 71</b> -	Importância atribuída pelos adolescentes acerca da opinião dos pais e familiares face ao consumo e malefícios do tabaco .....	165
<b>Tabela 72</b> -	Pessoas que já falaram com os adolescentes sobre as desvantagens de fumar .....	166
<b>Tabela 73</b> -	Pessoas que já falaram com os adolescentes fumadores habituais e ocasionais sobre as desvantagens de fumar .....	167
<b>Tabela 74</b> -	Reação dos adolescentes face à oferta e insistência de consumo de tabaco .....	167
<b>Tabela 75</b> -	Características dos/as fumadores/as patenteados pelos adolescentes, em função do sexo .....	168
<b>Tabela 76</b> -	Estatísticas relacionadas com autoestima percebida .....	169
<b>Tabela 77</b> -	Classificação da autoestima percebida .....	170
<b>Tabela 78</b> -	Relação entre a autoestima com a idade e hábitos tabágicos .....	170
<b>Tabela 79</b> -	Estatísticas relativas aos conhecimentos sobre tabaco em função do conhecimento em saúde e conhecimento sociocultural .....	171
<b>Tabela 80</b> -	Classificação dos conhecimentos em saúde e sexo, idade e área de residência .....	172
<b>Tabela 81</b> -	Relação entre conhecimentos sobre tabaco e hábitos tabágicos .....	172
<b>Tabela 82</b> -	Teste t para diferença de médias entre sexo e conhecimentos sobre tabaco .....	173
<b>Tabela 83</b> -	Análise de variância a um factor entre idades e conhecimentos sobre tabaco .....	174
<b>Tabela 84</b> -	Teste de Kruskal Wallis entre sexo e conhecimentos sobre tabaco .....	174
<b>Tabela 85</b> -	Teste de Kruskal Wallis entre coabitação e conhecimentos sobre tabaco .....	174
<b>Tabela 86</b> -	Análise de variância a um fator entre escola que frequentam .....	175
<b>Tabela 87</b> -	Análise de variância a um fator entre o ano de escolaridade e os conhecimentos sobre tabaco .....	175
<b>Tabela 88</b> -	Teste de Kruskal Wallis entre autoestima e conhecimentos sobre tabaco .....	176
<b>Tabela 89</b> -	Relação entre conhecimentos sobre tabaco e hábitos tabágicos .....	176
<b>Tabela 90</b> -	Correlação de Pearson entre conhecimentos sobre saúde e variáveis independentes .....	177
<b>Tabela 91</b> -	Correlação de Pearson entre conhecimentos sobre saúde e variáveis independentes .....	179
<b>Tabela 92</b> -	Correlação de Pearson entre conhecimentos de saúde e variáveis independentes .....	181



## ÍNDICES DE QUADROS

Quadro 1 –	Grupos, variáveis e número das questões .....	109
Quadro 2 –	Estatísticas e <i>Alfa</i> de <i>Cronbach</i> para a avaliação da consistência do questionário da autoestima e autoconceito sobre tabaco .....	110
Quadro 3 –	Análise de Variância entre variáveis independentes e conhecimentos sobre tabaco .....	178
Quadro 4 –	Análise de variância entre variáveis independentes e conhecimentos socioculturais .....	180
Quadro 5 –	Análise de variância entre variáveis independentes e conhecimentos sobre o tabaco .....	182

## ÍNDICES DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> –	Esquema conceptual da investigação .....	80
<b>Figura 2</b> –	Análise fatorial confirmatória da autoestima .....	101
<b>Figura 3</b> –	Análise fatorial confirmatória da subescala da autoestima e auto-conceito sobre tabaco .....	111
<b>Figura 4</b> –	Análise fatorial confirmatória da escala de consumo de tabaco .....	119
<b>Figura 5</b> –	Equação estrutural dos conhecimentos sobre saúde e variáveis preditoras	180
<b>Figura 6</b> –	Equação estrutural dos conhecimentos socioculturais e variáveis preditoras	182
<b>Figura 7</b> –	Equação estrutural dos conhecimentos sobre saúde e variáveis preditoras	184

ÍNDICES DE GRÁFICOS

**Gráfico 1 -** Variâncias *Scree plots*

113

## ABREVIATURAS

AGFI - *Adjusted Goodness-of-Fit Index* - Índice de Qualidade do Ajuste Ajustado

cf. - conforme

CFI - *Comparative Fit Index*

*cit. in* - citado por

CV - coeficientes de variação

Dp - desvio padrão

ed. - edição

*et. al* - e outros

GFI - *Goodness-of-Fit Index* - Índice de Qualidade do Ajuste

gl - graus de liberdade

n.º - número

p. - página

pp. - páginas

KMO - teste de Kaiser-Meyer-Olkin

RMR - Root mean square residual

RMSEA - *Root Mean Square Error of Approximation* - Raíz quadrada média do erro de aproximação

K/S - teste de Kolmogorov-Smirnov

MLE - *Maximum-Likelihood Estimation*

RSES - Escala de Autoestima de Rosenberg

SRMR - *Standardized root mean square residual*

## SIGLAS

CESNOVA - Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa

CPT - Conselho de Prevenção do Tabagismo

COHIS - Community Outreach Health Information System

DGIDC - Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular

DGPND - Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

DGS – Direção Geral de Saúde

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

EPT - Escola Profissional de Tondela

ESEN – Escola Secundária Emídio Navarro

EST – Escola Secundária de Tondela

HBSC - Health Behaviour in School-aged Children

ICAC - Inventário Clínico de Autoconceito

IDT - Instituto da Droga e Toxicoddependência

MFEIC - Ministérios das Finanças e da Educação e Investigação Científica

OEDT - Observatório Europeu da Droga e da Toxicoddependência

OMS – Organização Mundial de Saúde

OMSROE - World Health Organization Regional Office for Europe

PNSE – Plano Nacional de Saúde Escolar

RSES – Escala de Autoestima de Rosenberg

SIDAC - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

UMW - U Mann-Whitney

USDHHS – United State Department of Health and Human Services

WHO - World Health Organization

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde avalia a pandemia tabágica como a principal causa de doença, incapacidade e morte prematura evitável nos países desenvolvidos. Estima que um bilião e 200 milhões de pessoas, das quais 200 milhões de mulheres, sejam fumadoras, isto é, um terço da população mundial adulta (OMS, 2008).

Os estudos publicados pela OMS, em 2012, revelaram que o consumo de tabaco, bem como as doenças associadas, foram responsáveis por 10.0% dos óbitos registados em Portugal, em 2004, na população com mais de 30 anos (PNPCT, 2013).

Trata-se de uma população adulta, mas jovem, daí o nosso acentuado desassossego, pois os adolescentes fumadores têm metade da sua idade (15 anos ou mais) e revelam, em alguns estudos, uma prevalência de consumo de: 20.9%, sendo 30.9% e 11.8%, respetivamente, rapazes e raparigas, com 90.0% dos consumidores escolarizados a iniciar antes dos 25 anos (INS, 2005/2006); regularmente 30.6% – rapazes vs 21.2% – raparigas (Precioso *et al.*, 2009) e 10.2% – rapazes vs 9.1% – raparigas (Precioso, Samorinha, Macedo & Antunes, 2012), em populações diferentes.

As mudanças ocorridas nas últimas décadas impulsionaram quadros sociofamiliares e económicos que nos permitem “pintar” a pessoa como um ser digital, sujeita a “vírus” de consumo global, apesar de toda a informação emanada desde a placenta, com todo o seu enigmático sistema vital, ao adolescente que continua a necessitar do equilíbrio e amparo do saco amniótico – os pais e o grupo de pares, elementos de conexão de todo o agir.

Estas mulheres trazem no ventre, e depois ao colo, um novo ser frágil e desprotegido, que no relógio do tempo depressa chega à adolescência pronto para uma nova etapa. O que lhe deram os adultos, o que lhe transmitiram, o que testemunhou e o que vivenciou? Este será o Homem capaz de dizer sim ou não ao longo da vida, arcando com as consequências das suas atitudes! Mas terá ele necessidade de absorver uma nuvem cinzenta que sai da mesma boca onde saem ternurentos beijos de afeto? Não serão os adultos aqueles que devem proteger o seu legado?

Aos porquês por explicar/justificar com verdade a uma criança ecoam os porquês dos pais, face ao consumo de substância psicoativas com início precoce na adoles-

cência. Estas e outras reflexões erguem-se perante o horizonte de quem faz da vida uma missão e entrega à escola.

Paulatinamente, os pais/encarregados de educação delegaram na escola a educação integral dos filhos, colocando, muitas vezes, nas mãos do professor a ação criadora e estimulante, desresponsabilizando-se de acompanhar/educar o descendente.

A dicotomia do professor reside na cognição e afetividade, na razão e emoção, no ensinar e aprender recíproco, na diversidade e complexidade face à pessoa em construção que é o aluno. O acompanhamento, a orientação e a disponibilidade promovem a autonomia e o autoconceito face à preocupação de muitos problemas, mormente na adolescência, coligados à experimentação de novas realidades, contextos e dinâmicas.

Entra, então, aqui a nossa determinação em acreditar nas ferramentas inclusivas como forma de combater um dos maiores flagelos da geração presente e vindoura: o tabaco.

A multiplicidade e a gravidade de doenças associadas ao consumo de tabaco tornam este hábito um dos maiores inimigos da saúde, pois afeta direta ou indiretamente a qualidade de vida dos mais novos, muitas vezes vítimas passivas, até àqueles cuja sabedoria da vida os fortaleceu com hábitos que se alteraram consoante o estado de saúde, consequência de más ou boas práticas.

Neste contexto competitivo e diversificado da publicidade, segundo a segundo, é urgente a abordagem da saúde escolar na perspetiva das vantagens/benefícios de não fumar: apresentação física e pessoal (dentes brancos, hálito puro, cabelos e roupa sem cheiro e manchas do tabaco); controlo das ações pessoais promotoras de índices de bom autoconceito e autoestima; aumento do rendimento escolar e desportivo; diminuição dos riscos de doença respiratória, pulmonar, cardiovascular, ocular e cancro; economia para realização de projetos e diminuição do fumo ambiental.

Ao realizar a pesquisa sobre vantagens de não consumir tabaco, conscientizámo-nos de que a maioria das perspetivas, mesmo em saúde escolar, tem nas desvantagens o signo que permite na prática diária escutar comentários de alunos informados: “- Depois aos trinta penso nisso!”.

De informação têm a mochila cheia, e reclamam – “Outra vez!” – pois as ações de prevenção e promoção antitabágicas têm um erro na forma – a comunicação, que não

é aliciante e está desfasada do seu contexto etário. Esquecemo-nos que informamos em sentido unilateral, como faz a maioria dos meios de comunicação social, como também sucede nas conferências, palestras ou ações, sem possibilidade, muitas vezes, por questões de tempo sem escutar o retorno para ajustar as necessidades reais do ouvinte e gerar boas práticas educativas (Santos, 2011).

Para não sermos mais um dos elementos da comunidade educativa/formativa unidirecional, propusemo-nos conhecer melhor a problemática do tabaco contextualizando nesta investigação os **Hábitos tabágicos: Conhecimentos e Consumo dos Adolescentes** do distrito de Viseu.

Neste contexto, elaborámos as questões de investigação seguintes: (i) Que variáveis sociodemográficas e de contexto familiar influenciam os conhecimentos e o consumo de tabaco dos adolescentes que frequentam o Ensino Secundário?; (ii) Qual o impacto das variáveis de contexto escolar e estilos de vida nos níveis de conhecimento e consumo de tabaco dos adolescentes que frequentam o Ensino Secundário?; (iii) Que relação existe entre as variáveis de contexto psicológico (autoestima e autoconceito) e os conhecimentos e consumo dos adolescentes que frequentam o Ensino Secundário?; (iv) Que atitudes influenciam os conhecimentos e consumo de tabaco dos adolescentes que frequentam o Ensino Secundário?

Perante a problemática referenciada, objetivámos: (i) Identificar as variáveis sociodemográficas e de contexto familiar que influem nos conhecimentos e consumo de tabaco dos adolescentes que frequentam o Ensino Secundário; (ii) Estimar o impacto das variáveis de contexto escolar e estilos de vida nos conhecimentos e consumo de tabaco dos adolescentes que frequentam o Ensino Secundário; (iii) Analisar a relação entre as variáveis psicológicas (autoestima, autoconceito) e os conhecimentos e consumo de tabaco dos adolescentes que frequentam o Ensino Secundário; (iv) Identificar as atitudes que influem nos conhecimentos e consumos dos adolescentes que frequentam o Ensino Secundário.

No que concerne à metodologia, elegemos o modelo de estudo quantitativo, não experimental, transversal, descritivo/correlacional e analítico, cujo tronco comum é composto por uma amostragem não probabilística por conveniência, que pretende também conhecer a realidade face ao Álcool, à Sida e à Sexualidade dos adolescentes. O

nosso constructo, porém, pretende conhecer os hábitos dos adolescentes relativamente ao conhecimento e consumo de tabaco.

Participaram no preenchimento dos questionário alunos das Escolas Secundária de Tondela com 3.º Ciclo, Escola Profissional de Tondela e Escola Emídio Navarro, do distrito de Viseu, do ensino público e profissional, dos 10.º (375), 11.º (306) e 12.º (290) anos, num total de 971 alunos, no ano letivo de 2011/2012.

Para concretizar este projeto, aplicámos o instrumento de colheita de dados, composto pelo questionário segmentado em duas partes e um conjunto de escalas que apresenta a seguinte estrutura: Parte I - **Variáveis Sociodemográficas e de contexto familiar**; Parte II – **Variáveis de Contexto Escolar e Estilos de Vida**; Parte III - **Escalas**: (i) **Escala de Autoestima de Rosenberg** (Romano, A., Negreiro, J. & Martins, T., 2007); (ii) **Escala de autoconceito** (Vaz Serra, A.,1984) e Parte IV o **Questionário de Consumo de Tabaco** (Precioso, J.,2007).

A estrutura da dissertação está organizada em duas partes completivas, enquadramento teórico e estudo empírico, geradoras de conhecimentos para uma abordagem mais próxima e adaptada aos adolescentes que lhes proporcione melhoria da qualidade de vida.

À primeira parte corresponde o estado da arte, composta por três capítulos – Adolescência, Tabaco, Autoestima e Autoconceito –, na qual apresentámos os contributos de diversos autores que nortearam a elaboração da pesquisa, sustentando a multiplicidade de conteúdos agregados ao conceito de adolescência, a legislação antitabágica, a prevalência e as consequências inerentes a esta epidemiologia, assim como as práticas da autoestima e do autoconceito nos adolescentes consumidores de tabaco.

Na segunda, realizámos o estudo empírico alicerçado na caracterização da amostra, apresentação e análise dos dados obtidos e as respetivas inferências decursivas da discussão, com suporte em estudos de referência.

Neste ponto, explanámos na metodologia: o perfil dos participantes, através da caracterização socioespacial e sociodemográfica do estudo; os instrumentos de colheita de dados, dos quais destacamos as variáveis de contexto escolar, estilos de vida, psicológicas (autoestima e autoconceito), de consumo de tabaco e os protagonistas: os adolescentes fumadores habituais e ocasionais; e, por último, os procedimentos éticos na recolha de dados.

No presente nível do estudo – discussão metodológica e dos resultados – realizámos a análise e interpretámos os dados comparando-os entre si, a partir da pertinência seletiva, da codificação e da elaboração de tabelas, quadros ou gráficos facilitadores do constructo da investigação.

No último, mas não menos importante, explanámos as conclusões e fizemos as propostas para projetos futuros, apresentando os resultados mais significativos, refutados ou comprovados. Destes destacamos: a precocidade do consumo, o elevado número de consumidores diários e a necessidade de desenvolver o autoconceito nas situações de experiência, em que a autoestima dita a competência para dizer não, mesmo quando é estimulado a fazê-lo, conhecendo desde o primeiro cigarro o perigo para a sua saúde.

Após as conclusões da pesquisa, elencámos as referências bibliográficas, direcionadas para a temática, deixando no nosso horizonte a urgência do conhecimento como saber através da literacia em saúde e educação.

A redação do trabalho procura obedecer ao novo acordo ortográfico, aprovado para ratificação pela Resolução da Assembleia da República n.º 26/91, de 23 de agosto, Diário da República n.º 193, Série I-A, págs. 4370 a 4388.

**1.ª PARTE**

**Enquadramento Teórico**

## 1 – Adolescência

A sociedade contemporânea prolongou a etapa da adolescência, no contíguo do ciclo vital da pessoa humana, interligando a infância à vida adulta com as transformações físicas, sexuais, psicológicas, cognitivas, comportamentais, sociais, culturais e éticas inerentes.

Ao encetarmos este estudo propomos uma incursão histórica ao estágio adolescência, que etimologicamente provém do latim *adolescere* e significa brotar, crescer em idade e força (Santos & Pratta, 2012).

O conceito de adolescência surgiu na segunda metade do século XX, em consequência dos estudos da psicologia, da sociologia, da medicina, da história e da antropologia, entre outras áreas do conhecimento humano, mas o seu aperfeiçoamento foi paulatinamente acontecendo.

Na maior parte das sociedades primitivas, Claes (1990) declarou que na maior parte das sociedades primitivas existiam cerimónias que introduziam os adolescentes na sociedade dos adultos, rituais iniciáticos que ocorriam em períodos curtos ou mais ampliados, com festas exuberantes que implicavam “provas perigosas, ridicularizações físicas e toda uma cirurgia ritual como a limagem dos dentes, as escarificações, a circuncisão” (p. 46) e a aquisição de um novo nome, símbolos do domínio das regras sociais e culturais e aceitação como membro da sociedade.

Na Grécia do século IV a.C., Aristóteles descrevia os jovens como seres “apaixonados, irascíveis e capazes de serem conduzidos por seus impulsos”, ao mesmo tempo que apresentavam habilidade para escolher e autodeterminação, como fatores positivos, indícios de maturidade (Schoen-Ferreira *et al.*, 2010, p. 228).

Segundo Philippe Ariés (1981), a ideia de adolescência, como hoje é referenciada, foi predita no século XVIII. Todavia, foi na transição da Idade Média para a Modernidade que fatores sociais relacionados com o novo papel do Estado, o desenvolvimento da alfabetização e a Reforma religiosa tiveram grande influência na concepção que o ser humano tinha de si e da sua relação com os demais. O Estado e a Igreja, guardiões da educação, criaram colégios destinados para indivíduos entre os 10 e os 25 anos, dividi-

dos por critérios etários. Por sua vez, o Iluminismo permitiu a renovação pedagógica introduzindo a ideia de modelagem do indivíduo (Grossman, 2010).

No decorrer do século XIX, a redefinição dos papéis das mulheres e das crianças, face à industrialização e obrigatoriedade da educação, trouxeram um dilato ao conceito de adolescência que passou a ser reconhecido como um “momento crítico” da existência humana, uma fase de riscos, identificada particularmente pelos docentes (Schoen-Ferreira *et al.*, 2010, p. 230). Entrementes, novo paradigma familiar surgiu, considerando os filhos um investimento de futuro e, assim, germinou a figura do adolescente masculino, que ficou balizada pelo ato religioso da primeira comunhão e o ato socioprofissional do bacharelato ou serviço militar, enquanto a adolescência feminina ficou demarcada entre a primeira comunhão e o casamento (Grossman, 2010).

Em 1904, Stanley Hall apresentou o livro “*Adolescence*”, no qual o adolescente era descrito com intensa vida interior e reflexão de sentimentos vivenciados, em oposição à criança. Este autor propôs o desenvolvimento do ser humano por etapas que obedeciam a um “padrão universal, inevitável e imutável (...) independente do ambiente, controladas exclusivamente pela hereditariedade.” Considerando este argumento “definiu a adolescência como um período de *sturm und drang* (tempestade e tensão), de turbulência e transição ao *status* adulto final, em que os indivíduos oscilavam entre vigor e letargia” (Grossman, 2010, p. 48 - 49).

Um dos autores que contrapôs a ideia de tempestade e tensão foi Stuart, que considerou que “as complexas alterações no desenvolvimento biológico, social e emocional não levavam, necessariamente, a conflitos psicológicos” (Stuart, 1938 *cit. in* Eisenstein, 2005, p. 28). O seu pensamento foi corroborado por Steinberg e Peterson, que constataram que a caracterização desta fase como um período tempestuoso, de conflito e rebeldia, não passava de um mito, pois muitos adolescentes passavam pela adolescência sem perturbações apreciáveis nas suas vidas (Peterson, 1988; Steinberg, 1993).

Posteriormente, a adolescência foi estudada numa perspetiva criminal, da qual resultou o texto *Causas e remédios de um mal social atual* (1909), caracterizando os adolescentes como “vagabundos naturais”, profundamente instáveis e com absoluto desprezo por quaisquer obstáculos e perigos (Perrot, 1993 *cit. in* Grossman, 2010, p. 49). A educação como meio de conhecimento foi alargada como resposta a esta problemática,

criando instituições que diligenciavam o aperfeiçoamento da pessoa através da educação, higiene e ampliação dos direitos sociais.

A I e a II Guerra Mundiais marcaram as representações da adolescência que a literatura enfatizou pela indolência, indisciplina e preguiça. Porém, foram muitos os adolescentes que cresceram nestes períodos de conflito, marcados pelos horrores e sofrimentos e privados dos valores paternos, pelo que alguns autores salientavam a importância da utilidade do seu trabalho. (Steinberg & Lerner, 2004 *cit. in* Schoen-Ferreira *et al.*, 2010).

Na segunda década do século XX, Papalia, Olds e Feldman encetaram diversos estudos sobre o ciclo vital, mormente nos Estados Unidos e Grã-Bretanha, com programas que acompanhavam as pessoas desde crianças até à vida adulta (Papalia, Olds & Feldman, 2006 *cit. in* Schoen-Ferreira *et al.*, 2010).

Em 1925, Stanley Hall justificou a premência de estudos científicos na adolescência, uma vez que descreveu este período como uma época de maior emotividade e stresse, dada a turbulência e contestação assumida nas “fraturas e erupções vulcânicas no seio das famílias” (Hall, 1925, *cit. in* Schoen-Ferreira *et al.*, 2010, p. 230).

Em 1945, Elliot E. Cohen publicou um artigo no *New York Times* utilizando a expressão *teenager*.

Para Jean Piaget (1977), o adolescente construía teorias e refletia sobre o seu pensamento formal, percebido pela maturação do próprio e a ligação ao meio em que estava inserido, com base no nível elementar de egocentrismo que lhe deveria trazer sucesso. Adquirida essa competência, desenvolvia ideias, formulava hipóteses e começava a definir conceitos e valores que podiam caracterizar-se pela capacidade de resolver todos os problemas, considerando as suas ideias como as mais corretas, mesmo sendo as mais ingénuas e utópicas. À evolução psíquica do adolescente, acrescentou que não se podia retirar a maturação sexual, marcada por desequilíbrios efémeros e a maturação social em que começava a assumir papéis de adulto. Neste processo de adaptação, a experiência reconciliava-o com a realidade concreta, descentralizando-o de si, para o integrar na realidade global das relações recíprocas e da estruturação de valores, pois era na crítica ao pensamento dos outros que o adolescente descobria as suas fragilidades (Piaget & Inhelder, 1958).

Mas continua a ser nesta fase que se consolida a identidade pessoal, psicossocial e sexual. Erik Erikson considerou que a “separação da esfera dos adultos [era] apenas uma manifestação do que os adolescentes [estavam] efetivamente a tentar atingir” (Erikson, 1976, p. 157). Neste período de adaptação, a maior preocupação do adolescente centra-se na crise de identidade que lhe permite a descoberta do seu eu na relação com os outros, concomitante ao desvelar do seu papel social. No seguimento de Piaget e Inhelder, Erikson descreveu os oito estádios do desenvolvimento humano, considerando a adolescência como um período de tarefas e desafios do desenvolvimento emocional (Erikson, 1966 *cit. in* Eisenstein, 2005).

Em 1957, Havighurst apresentou os primeiros resultados de estudos longitudinais e estabeleceu algumas tarefas evolutivas para o período da adolescência como a aceitação do próprio corpo, o estabelecimento de relações sociais mais maduras com os pares de ambos os sexos, a independência dos pais ou outros a nível pessoal, emocional e económico. Paralelamente, o adolescente tinha de escolher uma ocupação e habilitar-se para ela, preparar o matrimónio e a vida em família, desenvolver a cidadania, fomentar comportamentos sociais responsáveis e conquistar uma identidade pessoal, com base numa escala de valores comportamentais (Havighurst, 1957, *cit. in* Schoen-Ferreira *et al.*, 2010).

A conceptualização da definição de adolescência ocorreu envolvida num processo crescente e paulatino, por vezes pouco consensual pela complexidade e divergência de fatores culturais e de género, condições socioeconómicas e geográficas, ritmos de maturação física, emocional e intelectual precoce ou mais tardia. Contudo, o consenso prevaleceu ao ser considerada como um período de transição entre a infância e a idade adulta, de mudanças, de crescimento e aprendizagens.

Em 1965, a Organização Mundial de Saúde definiu a adolescência “como um período biopsicossocial”, entre os 10 e os 20 anos (Schoen-Ferreira *et al.*, 2010, p. 232). Com a tomada de consciência da sociedade ocidental e a necessidade de proteger o desenvolvimento da criança e do adolescente, estes passaram a ser sujeitos de pleno direito, protegidos por políticas governamentais (Espindula & Santos, 2004 *cit. in* Schoen-Ferreira *et al.*, 2010).

Nos anos sessenta, com o surgimento do movimento *hippie* e a filosofia do *drop out* - “cair fora” – como cultura de oposição, imbuídos de liberdade, paz e amor, os ado-

lescentes experimentaram todos os horizontes pessoais e sociais, quebrando barreiras e paradigmas que conduziram a novas reflexões.

A Organização Mundial de Saúde, em 1975, reafirmou a adolescência como o início de mudanças psicológicas e anatómicas, fomentadas em algumas sociedades por rituais religiosos e sociais. A diversidade de conceitos sobre esta fase do ciclo da vida convergiu e definiu este período como o tempo em que brotam os caracteres sexuais secundários que permitirão a maturação sexual, em que ocorrem mudanças no processo psicológico individual e nos padrões de identidade da criança que se vai metamorfoseando em adulto e no qual surge uma transição do estado total de dependência socioeconómica para uma independência relativa (WHO, 1975). Reiterado o proposto, no ano de 1995 a OMS especificou o período inicial da adolescência dos 10 aos 14 anos, designando-o por puberdade, distinguindo-o da fase dos 15-20 anos. Em 2000, a OMS acrescentou que nesta fase intermédia entre a infância e a fase adulta acontecem as mudanças biológicas, a maturação sexual, a aceitação da identidade e a estruturação social num processo heterogéneo, característico da singularidade da adolescência (Sampaio, 2010).

Frequentemente, a adolescência foi considerada como uma etapa natural e própria do crescimento, marcada por conflitos e rebeldia, crises intrínsecas às mudanças e receios enraizados no desenvolvimento da sexualidade, necessária para a construção da identidade e adotada por alguns autores como “Síndrome Normal da Adolescência” (Marcelli, Braconnier, 2007; Heidemann, 2006; Taquet *et al.*, 2005 *cit. in* Schoen-Ferreira *et al.*, 2010), conceito desenvolvido por Aberastury & Knobel (1971).

Daniel Sampaio considerou a adolescência como “uma etapa do desenvolvimento que ocorre entre a puberdade e a idade adulta, ou seja, desde a altura em que as alterações psicobiológicas iniciam a maturação até à idade em que um sistema de valores e crenças se enquadram numa identidade estabelecida” (Sampaio, 1995 *cit. in* Ferreira & Nelas, 2006, p. 145). Considerando a mesma ideia, Lidz acrescentou que o adolescente deve experimentar “a necessidade de ser capaz de assumir a responsabilidade dos seus actos” (Lidz, 1983, *cit. in* Ferreira & Nelas, 2006, p. 145).

Peres e Rosenberg (1998) adotaram o modelo biomédico como preponderante na compreensão do adolescente, pois criou a universalização de um determinado padrão, caracterizado pela vulnerabilidade. O paradigma biomédico acentuou a perspectiva de

desenvolvimento como etapa de transição da infância para a idade adulta, de forma natural e universal, independentemente das condições do adolescente.

Vigotski (2001), Lúria (2001), Aguiar e Ozella (2008) definiram este período de tempo como: etapa assinalada e delimitada por características inerentes à idade; processo de desenvolvimento histórico, de transição para a vida adulta; categoria inerente, inata e inevitável da natureza humana; produto de uma construção social, do qual depende o processo de socialização, procedente de fatores sociais, económicos, educativos e culturais. Assim, o adolescente, no seu processo em construção, recebe influências que o fazem agir dialeticamente, tanto no grupo social como no da cultura, transformando-se num produto da sua história de vida. As vivências de cada adolescente constituem um esboço em estruturação, dependentes da interpretação das mudanças biológicas, das interações sociais e dos interesses e necessidades. Objetivando ou não as suas escolhas, o adolescente desenvolve a sua autoconsciência e autonomia, construindo um psiquismo característico deste processo.

O estudo realizado em São Paulo, Brasil, com 856 adolescentes, permitiu construir o conceito de adolescência como um tempo de necessidade de integrar grupos sociais, considerados modelos de transmissão, comunicação e adaptação ao meio social e físico, reguladores de competências e comportamentos. Esta fase, segundo os adolescentes, caracterizava-se pela “perda de privilégios da infância”, pelas contradições da interiorização de valores, de desnorteamento e conflito, “dificuldades, desencontros, confusão e vulnerabilidade” (Fonseca & Ozella, 2010, p. 419).

Guerreiro e Cruz (2008) consideraram que no contexto atual de sucesso a adolescência se tornou num período de êxitos e sucessos derivados de uma identidade estável e saudável, permitindo ao adolescente tornar-se num jovem adulto com um sistema de crenças e valores bem determinados. Mas, para atingir esse sucesso, tinha de desempenhar as tarefas da adolescência: identificar e criar relações com os pares; alterar a relação com os pais e adquirir autonomia e, por último, estruturar a identidade sexual.

Atualmente, a abordagem mais circunstanciada considera a adolescência como um período de desenvolvimento não só físico, mas também cognitivo, psicológico, afetivo e relacional. Fonseca e Ozella (2010) afirmam que qualquer conceito intrínseco à pessoa, em qualquer fase da vida, pressupõe o contexto histórico e as condições que o envolvem. Ora, numa sociedade global, particularmente na ocidental, em permanente

mudança familiar, relacional, tecnológica e de valores, fraturou-se a lápide do ciclo da vida organizado e sem grandes desvios: nascer, crescer, estudar, iniciar uma profissão, casar, ter filhos, envelhecer e morrer. Recentemente, os fatores sociais e económicos alargaram o processo da adolescência com a necessidade de maior preparação para a vida adulta, prolongaram a entrada na vida profissional e a dependência financeira com consequências a nível pessoal e familiar. Já Birman (2006) afirmava que o prolongamento da adolescência começava mais cedo do que outrora e se prolongava até à idade adulta com marcas de extinção de certezas e um estado de desamparo coletivo, que envolviam uma experiência complexa e plural de *adolescere*.

Em pleno século XXI, os desenvolvimentos deslumbrantes no mundo da ciência e tecnologia e a procura desregrada de bens de consumo fazem com que o adolescente aprenda rapidamente duas qualidades subjetivas: ser reconhecido/valorizado e ser desejável/invejável, como referiu Calligaris (2000).

É nesta dialética do dia-a-dia que o adolescente adquire hábitos e constrói o seu conhecimento, influenciado por múltiplos fatores que atuam concomitantemente, como a pressão social, o inculcar da publicidade apelativa, as novas tecnologias, o modelo dos pais, o predomínio dos amigos e o meio escolar.

### 1.1 – Adolescentes, Família, Escola e Pares

De entre os múltiplos fatores que vários estudos apontam e que contribuem para a incursão dos adolescentes em condutas desviantes destacam-se a estrutura familiar e o tipo de relações estabelecidas na família. Ferros (2003) considerou que num meio familiar inadequado, isto é, negligente (permissivo, pouco exigente e tolerante a determinados comportamentos), autoritário (proporciona pouco diálogo e carinho, castigos) e indiferente (baixa exigência, poucas regras, não realiza as tarefas inerentes à responsabilidade dos pais) podem aumentar os fatores de risco de consumos, ao contrário do que acontece na maioria das famílias que estimulam o diálogo, impõem regras quando necessário, negociam a independência e são coerentes. Rappaport, Friori e Davis (2002) evidenciaram a família como primeiro e principal agente socializador, pois os pais são aqueles que têm a responsabilidade de ensinar os filhos a desenvolver comportamentos adequados nos diversos contextos em que estão inseridos. A prevenção de comporta-

mentos de risco e a promoção de estilos de vida saudáveis são, pois, realizados na célula familiar.

O ambiente familiar, de acordo com Lopez (1989), tem influência significativa nos comportamentos. Famílias com ambientes facilitadores promovem a exploração e o investimento vocacional, enquanto ambientes conflituosos o inibem ou restringem. Os adolescentes que vivenciaram relacionamentos seguros com os pais desenvolveram esquemas de autopercepção pessoal positivos, como a autovalorização e a autoeficácia, promovendo com os outros relacionamentos de confiança. Também os níveis de diferenciação e autoconceito dos adolescentes variam em função da coesão e do respeito (Shulman & Prechter, 1989).

A amálgama de transformações inerentes à adolescência origina alterações no relacionamento familiar. Os pais criam expectativas relativamente aos filhos, mas, ao mesmo tempo que os responsabilizam e lhes exigem mais a todos os níveis, continuam noutras circunstâncias a olhar para a criança que têm que proteger de todos os perigos. O adolescente, por vezes, sofre metamorfoses de crisálida criança a borboleta adulta, num exíguo espaço de tempo, produzindo-lhe ansiedade e conflito.

Também a predominância da estrutura de família numerosa sofreu transformações na sociedade contemporânea e promoveu o aparecimento de estruturas familiares nucleares, monoparentais (por divórcio ou separação dos pais, morte de um dos elementos ou mães solteiras), recompostas e unipessoais. As condições económicas, a instabilidade profissional e o investimento nos filhos resultaram na tendência de diminuição das taxas de natalidade e fizeram tombar a conceção de família numerosa, em que os filhos eram uma força de trabalho, de sustento e de garantia de segurança na velhice dos pais. Em Portugal, segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2011), o número de pessoas por agregado familiar passou de uma média de 3.8, em 1960, para 3.2 em 2002 e 2.6 em 2011. Também ocorreu uma diminuição expressiva na percentagem de famílias numerosas (com 3 ou mais filhos), de 17%, em 1991, para 11%, em 2001, e 8%, em 2011. Todavia manteve-se estável o número de casais com dois filhos (39%, em 1991 e 2001 e 38%, em 2011).

No pensamento de Singly (2000) *cit. in* Pratta & Santos (2007) a família contemporânea é relacional e individualista, num paradoxo permanente de tensão em que se

constroem e destroem laços familiares que permitem a cada um *ser livre junto* ou *ser eu sozinho* ou, ainda, *ser eu com*, numa dinâmica regulada pelo amor.

A família continua a ter o papel central na socialização dos seus membros, com valorização da relação de abertura, pautado pelo diálogo e corresponsabilização. É neste espaço que se desenvolve a cultura familiar de Elsen (2002) *cit. in* Simionato & Oliveira, (2003), composta por um conjunto de saberes, práticas e simbologias que permitem definir o seu funcionamento interno (experencial) e externo (interação com o mundo), numa dinâmica essencial de diálogo e partilha de experiências, conhecimentos, sentimentos e necessidades. As conversas familiares são oportunidade de partilha e enriquecimento (Althoff, 2002 *cit. in* Simionato & Oliveira, 2003), momentos de expressão da individualidade que promovem a comparação de experiências, interiorização de valores e crenças.

Um dos fatores decisivos no desenvolvimento da pessoa humana é a família, particularmente aquela que promove um ambiente familiar saudável e seguro, variável fundamental para a adaptação aos diferentes momentos da vida. Nos últimos anos, realizaram-se estudos com a finalidade de compreender o mito relacional pais-adolescentes e clarificar se esta é ou não uma etapa conflituosa e um momento de rutura dos laços familiares, como muitos autores proferiram. Vários destes estudos indicam que os adolescentes mantêm um relacionamento emocional próximo dos pais, caloroso e positivo, com base no respeito mútuo e evidenciaram mais autoconfiança e independência do que aqueles que relataram maior afastamento (Eccles *et al.*, 1993; Schultheiss & Blustein, 1994). As situações menos positivas advêm do processo de independência que implicam adaptações e desenvolvimento de competências de ambas as partes, alicerçadas na compreensão interpessoal (Sprinthall & Collins, 1999) e na coesão familiar (Amato, 1989).

Outros fatores que contribuem para a transformação das relações pais-filhos relacionam-se com as alterações físicas e sociais que a adolescência comporta: os conceitos estabelecidos, a pressão da crise de identidade dos filhos e da crise da meia-idade dos pais (Guerra, 2004). O rápido processo de mudanças (Figueira, 1987) e os valores pessoais e normas de conduta da família tradicional deram lugar à carência de referências outrora estabelecidas. Os adolescentes, agora pais, entram num conflito de valores, entre o que lhes foi inculcado e o atual processo educativo dos seus filhos, também eles agora adolescentes, sem um “guião” a seguir (Nicolaci-da-Costa, 1985).

Neste processo dinâmico, o adolescente desestabiliza o sistema familiar e provoca novos ajustes. Os pais realizam balanços pessoais, profissionais e conjugais, ao mesmo tempo que se tornam cuidadores dos avós que ficam dependentes ou se confrontam com a morte. Identicamente, os adolescentes em mudança permanente sentem necessidade de se adaptar aos desafios, às novas opções e estilos de vida e questionam a orgânica familiar que interage com a escola, o grupo, novos locais de diversão e a situação dos pais, ocasionando alguns desajustes relacionados com a dualidade independência/dependência. Estas contendas por maior autonomia e independência podem tornar-se frequentes e converterem-se em momentos dolorosos para pais e filhos, criando vazios, sentimentos de perda e medo de abandono, sobretudo no que diz respeito aos progenitores (Cruz, 2007). Ao mesmo tempo que os pais têm mais consciência de que não é tão necessária a sua presença, sentem-se, por vezes, incapazes de lidar com a autonomia, necessária para a construção da identidade pessoal e o nascer de novos vínculos afetivos.

Neste processo biopsicossocial (Kalina, 1999) de transição de dependência para a autonomia pessoal (Silva & Mattos, 2004), o adolescente desenvolve a capacidade de autocontrolo (Biasoli-Alves, 2001), parte significativa na estruturação da sua identidade. A esta fase, constantemente em metamorfose, ruturas, adaptações e aprendizagens, acrescentam as descobertas dos próprios limites, a contestação de valores, a negociação das regras familiares e a aceitação das normas do grupo de amigos, características da autoafirmação, aceitação, independência pessoal e definição sexual (Silva & Mattos, 2004). Mas o adolescente, que se está a desprender do primordial de afetos e da infância, continua a sentir na família o referencial de bem-estar. Stone e Church (1989) denominam este movimento pendular como ambivalência dual, em que ambas as partes se envolvem na aceitação da perda para crescer e madurar. O papel dos adultos continua a ser central, pois os adolescentes suportam a instabilidade interna e externa, sentindo-se, por vezes, inseguros e incompreendidos, mas com a certeza de que os adultos próximos continuam a ser o porto de abrigo das suas incertezas. É pois neste período que eles mais necessitam de orientação e compreensão, de negociação, de diálogo e consenso que permitam o crescimento de ambas as partes, considerando os legados transmitidos como relevantes (Marturano *et al.*, 2004).

A aquisição de identidade na adolescência, segundo a teoria de desenvolvimento de Erikson (*cit. in* Cabral, 2007), é o cerne do desenvolvimento psicossocial que urge

para clarificar as dúvidas, encontrar-se a si próprio, o que quer ser e as opções a decidir. No decorrer deste processo, os adolescentes sentem que são capazes de agir como os adultos, embora se sintam “diferentes deles pela vida nova que se agita em si” (Cabral, 2007, p. 46). Aos adultos também lhes são pedidas mudanças que implicam novas competências na forma como têm de aprender a confiar, a dialogar, a negociar, a regular e a transmitir valores.

Os eventos que marcam o ciclo vital da vida dos pais, como o nascimento, a adolescência, a separação, a doença ou a morte, causam impacto no ambiente familiar, com momentos de pressão, medo, desorganização e até crises que afetam direta ou indiretamente os seus membros. Mas estas experiências de afetividade, de dor e de irritação possibilitam ao adolescente a aquisição de competências no meio familiar, essenciais para o seu futuro. Estas vivências são fundamentais para o seu desenvolvimento psicológico (Drummond & Drummond Filho, 1998), pois alguns afirmaram passar por vivências de conflito e dificuldades de adaptação, mas outros manifestaram “imunidade à adolescência”, vivenciando-a com valores, ideias e comportamentos adquiridos (Becker, 1994, p. 12). Alguns dos pais que relataram dificuldades em lidar com a adolescência dos filhos consideraram que as sentiram pela sua própria insegurança, relacionando-as com comportamentos e atitudes experienciadas ou não, na sua adolescência (Levisky, 1998). Filhos e pais em processos de transformação, os primeiros de ordem pessoal e os segundos de ordem pessoal e profissional, questionam valores e preocupam-se com o futuro, mas de forma diferente (Cervený & Berthoud, 2001). É neste contexto que o diálogo e a coesão surgem como fatores unificadores e de absorção de experiências, pois o tipo de relação estabelecida entre pais e descendentes exerce um papel muito importante na futura personalidade dos filhos e no êxito desejado (Tallón *et al.*, 1999).

Os adolescentes inseridos no seu ambiente familiar, escolar, social, cultural e religioso desenvolvem características de maturação biológica, de identidade pessoal e de crescente autonomia parental, ao mesmo tempo que intensificam as relações com os seus pares e adultos exteriores à família.

Concomitantemente com outros locais, a escola tornou-se na “segunda casa” em que os adolescentes passam a sua maior parte do tempo, pelo que exerce um forte impacto nas suas adaptações. É no contexto escolar que o grupo de pares e amigos passam mais tempo juntos, onde se combinam atividades que não podemos classificar por um

prisma menos valorativo que o dos pais (Bonny, *et al.*, 2000; Braconnier & Marcelli, 2000). A escola é o lugar privilegiado de aprendizagens dos diversos domínios do conhecimento e do saber ser, estar e agir, pelo que tem sido considerada como um fator positivo na prevenção de estilos de vida saudável, promotora de bem-estar e de sucesso do processo educativo, contribuindo para o aumento da autoestima, da autoimagem, autorresponsabilização, sentido crítico e autonomia do adolescente (Precioso *et al.*, 1999).

Também os amigos e colegas, com quem passam a maior parte do tempo na escola, têm especial importância (Sprinthall & Collins, 1999), pois com eles os adolescentes partilham similitudes, tornando-os elementos de suporte e aceitação fundamentais para o seu bem-estar (Torsheim & Wold, 2001). Na relação com os pares, que se tornam cada vez mais importantes, determinantes e influentes nas suas vidas, partilham preocupações, dúvidas, angústias e conhecimentos que proporcionam competências sociais e emocionais positivas e de pertença.

Estes abrem-se ao mundo, para além da família, geram novas experiências, novos comportamentos e desafios. Os meios tecnológicos, a pressão dos meios de comunicação, os comportamentos de risco propiciadores de consumo, os grupos e a busca do *eu* são fatores de vulnerabilidade para os adolescentes (Sampaio, 1991).

Alguns destes comportamentos surgem como forma de adaptação aos novos desafios a nível biológico, cognitivo, emocional e social, que lhes permitirão auferir de mais autonomia, de novas relações interpessoais, de ser valorizados como pessoas e sentirem-se úteis, de maior conhecimento, requisitos necessários para se tornarem nos jovens adultos realizados e felizes. Estes desafios podem comportar mudanças profundas no grupo família, escola e amigos, pois os sentimentos dialéticos de euforia e ansiedade, felicidade e tristeza, certeza e incerteza, são experienciados por todos, particularmente pelos amigos adolescentes (Lerner & Galambos, 1998).

Os adolescentes recebem da família e da escola conhecimentos, valores e normas de conduta, mas, nesta fase, atribuem especial importância aos amigos pela existência de afinidade etária, comportamental, valorativa e atitudinal. A uniformidade do conhecer, estar e agir dos pares e o suporte da família tornam-se duas realidades complementares e não concorrentes (Laursen, 1996).

Os pais não deixam de ser importantes, passam a ter um papel diferente em que os adolescentes aumentam o tempo passado com os pares, (Menezes, 2005) especialmente no contexto de pequenos grupos de amigos mais próximos, constituídos por rapazes e raparigas, apreciados como importantes fontes de experiências, atividades, influências e suporte emocional de afeto, solidariedade, compreensão e orientação (Shaffer, 2005).

Pertencer a um grupo de pares é uma das tarefas do processo da adolescência como componente essencial da socialização, facilitador da construção da identidade (Erickson, 1968) e iniciador da autonomia, nomeadamente da autonomia emocional e, segundo Jean Piaget, estes são fatores essenciais para o desenvolvimento dos adolescentes (Shaffer, 2005).

Assim, como a família pode ser um fator positivo se for estável e promotora de um ambiente harmonioso e saudável, como já referenciado, também os pares podem ter um efeito positivo ou negativo. Erikson (1972) defende que o grupo de pares pode ter uma função positiva ao aclarar as incertezas dos adolescentes ou apresentar alguns riscos, quando é vivenciado com grande dependência. Os líderes e heróis têm um papel relevante no processo de construção pessoal de alguns adolescentes, particularmente dos que se sentem desprotegidos, incompreendidos e sem afeto.

A perceção de um ambiente escolar facilitador e atitudes assertivas (Matos *et al.*, 2003) constituem fatores de bem-estar social e pessoal, facilitadores de comunicação entre pares (King *et al.*, 1996). Neste contexto, os pares aparecem como fatores de proteção contra o uso e consumo de substâncias, entre elas o tabaco, nomeadamente os que demonstraram satisfação com a escola.

O bom relacionamento nos grupos de pares, com quem os adolescentes passam a maior parte do seu tempo, torna-os suscetíveis a sofrerem pressões sociais relacionadas com o processo de aceitação social, segundo determinados padrões de comportamento. Contudo, a família continua a constituir-se como ponto de apoio e equilíbrio na proteção, socialização e transmissão dos valores sociais e culturais (Malta, 2011).

A falta de comunicação dos contextos familiar e escolar com os adolescentes, associados a fatores pessoais como o nível baixo de bem-estar psicológico (Griffin *et al.*, 2002, *cit. in* Gaspar, 2006) facilitam o envolvimento em comportamentos de risco,

como o consumo de tabaco, preditor do consumo de drogas ilícitas (Cardenal & Adell, 2000, *cit. in* Gaspar, 2006).

A criança que tinha como modelo de identificação os pais, na adolescência assume os pares como constituintes principais no processo de construção da autonomia e identidade. As relações com os pais alteram-se, uma vez que os filhos despertam para conhecimentos, afetos, amizades e amores (Furman *et al.*, 2002) que os ajudam a construir a sua identidade e emotividade. Os adolescentes com maior risco de consumo de tabaco têm amigos fumadores, apresentam relações pouco estáveis ou foram mesmo rejeitados pelos pares (Ellickson, Mcguigan, & Klein, 2001; Lambert, 2002 *cit. in* Gaspar 2006).

Os adolescentes, ao construírem a sua identidade, iniciam alguns hábitos, aparentemente relacionados com o mundo dos adultos, nomeadamente o consumo de tabaco. Neste período de vulnerabilidades, os estudos de Segat e Batista (Segat *et al.*, 1998 & Batista *et al.*, 2007) demonstram que nesta fase de experimentação a maioria dos adolescentes fazem a experiência do tabaco precocemente, para terem comportamentos similares aos elementos do grupo, ao qual pertencem, apesar do conhecimento que auferem. Desta forma, os adolescentes sentem-se mais independentes, com maior grau de satisfação, autoafirmação e aceitação social, o que faz com que prolonguem este hábito.

O modelo explicativo dos comportamentos de risco na adolescência considera os principais contextos socializadores - relação estabelecida com os pais, colegas e amigos - com impacto positivo ou negativo no consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas. Este indica que os pares são determinantes nos comportamentos de risco (Swaim, Bates, & Chavez, 1998, *cit. in* Gaspar, 2006), uma vez que a sua influência dá origem a sintomas de mal-estar psicológico que implicam no bem-estar subjetivo e se tornam fatores de impacto no consumo de substâncias.

O consumo de tabaco é fundamentado pelos adolescentes como meio para aliviar o stresse e outros sintomas de mal-estar (Matos, Gaspar *et al.*, 2000). Os estudos evidenciam que existe impacto direto no consumo de tabaco, sendo este tanto maior quanto maior é a facilidade de comunicação com os amigos, confirmando que os pares assumem ser fortes preditores do consumo de tabaco (Dishion *et al.*, 1995; Swaim *et al.*, 1998 *cit. in* Gaspar, 2006).

Os números da OMS sobre fumadores com idades entre os 10 e os 19 anos tem aumentado e, como a experiência com o primeiro cigarro acontece por volta dos 13 anos, tempo de mudanças e vulnerabilidades significativas, acrescem as preocupações para os responsáveis da saúde, do ensino e, particularmente, para os educadores. As preocupações dos pais dos adolescentes centram-se na iniciação sexual precoce e nos consumos, incluindo o tabaco, o álcool e as drogas ilícitas. É neste período de imaturidade emocional, de influência dos vários grupos e meios, de impulsividade, de desafio ao proibido que os pais sentem maior angústia, pois a curiosidade e a comprovação, próprias deste período de experimentação (Drummond & Drummond Filho, 1998), podem resultar em comportamentos de risco, (Rebolledo, Medina & Pillon, 2004), apesar de serem portadores do conhecimento nefasto do consumo.

## 2 – Tabaco

Na América, o tabaco esteve presente desde os primórdios da civilização Maia associado a cerimónias religiosas como a registada no Templo da Cruz de Palenque, em Chiapas, em que o sacerdote fumava durante um ritual (Pestana *et al.*, 2006).

Associado aos rituais religiosos, o tabaco era oferecido aos deuses para proteção dos guerreiros das tribos e para apaziguar os maus espíritos. Também estava agregado a atos sociais, considerado como moeda de troca, oferta de amizade e estabelecimento de relações, cujo símbolo era o cachimbo da paz, sinal de boa-fé (Pestana *et al.*, 2006).

O tabaco fumado pelos índios da América do Norte ao longo da sua existência e divulgado pelos portugueses e espanhóis, depois de deslumbrados com os efeitos produzidos ao fumar as folhas no deambular dos descobrimentos, não é o tipo de tabaco comercializado nos dias de hoje. No século XIX foram desenvolvidas duas variantes da *Nicotiana tabacum* denominadas *Virgínia tobacco* e *Burley tobacco*, as mais comercializadas no mundo atual (Borges-Ferreira & Filho, 2004).

A designação tabaco aplica-se à espécie *Nicotiana rústica*, com maior concentração de nicotina e a *Nicotiana tabacum* que “resulta do cruzamento de duas espécies selvagens, a *Nicotiana sylvestris* e a *Nicotiana tomentosiformis*”, uma das mais importantes economicamente, com ação estimulante, apresentada como tabaco para charuto, para mascar, para cachimbo e o mais comercializado, para cigarros (com ou sem filtro) (Borges-Ferreira & Filho, 2004).

A planta do tabaco crescia de forma espontânea no tempo dos descobrimentos e era utilizada pelos autótones para rituais, inter-relações tribais e fins terapêuticos. Em 15 de outubro de 1492, Cristóvão Colombo recebeu dos índios folhas secas de tabaco, como presente e oferta de amizade (COHIS, 2012).

Após a viagem de Colombo, o tabaco foi introduzido na Europa e tornou-se economicamente monopólio dos espanhóis. Em 1520 o tabaco fazia parte das cargas nos portos portugueses e espanhóis e, na década seguinte, serviu como moeda de troca na compra de escravos nas costas de África (Pestana *et al.*, 2006). “A 14 de Maio de 1557, Filipe II publicou o primeiro decreto que regulamentava o comércio de tabaco em Cuba”, “considerado como o melhor do mundo (Pestana *et al.*, 2006, p. 7).

Entre 1559 e 1561, o tabaco foi difundido em França por Jean Nicot, embaixador do rei, de onde deriva o nome nicotina. Este expandiu-se à Inglaterra (1585) e ao mundo, como privilégio das classes altas. A partir de 1590 e depois de estar difundida na Alemanha e Rússia chegou ao Japão, à Índia e à costa ocidental de África (Wikipédia, 2012). A sua expansão foi célere, pois acreditava-se nas suas propriedades curativas e a planta adaptou-se com sucesso a diversos climas, sendo considerada no séc. XVII moeda de troca e comparada ao ouro - "as good as gold!", na América (COHIS, 2012).

“No início do século XVII, com a crescente popularidade do charuto entre a classe média e proletária” difundiu-se o consumo de tabaco inalado, característico da corte francesa, como hábito exclusivo da elite social europeia (Pestana *et al.*, 2006, p. 12).

No século XVII, Havana era privilegiada na produção e exportação de tabaco, pelo que a conjuntura possibilitou a implementação dum Decreto Real para fundar a primeira fábrica - Companhia Real do Comércio de Havana e implementar o regime de monopólio cubano, que consigo trouxe a proibição de cultivar e a ascensão do contrabando. Sevilha fundou uma fábrica para produção de tabaco de mascar em 1670. A *Factoría de Tabacos*, de 1789 a 1794, produziu oficialmente cerca de três mil toneladas de folhas de tabaco (DGPND, 2004).

A expansão do consumo de tabaco na Europa teve a sua difusão nas guerras napoleónicas e na guerra da Crimeia, entre 1854-1856. Na Crimeia as tropas francesas, inglesas e russas começaram a fumar cigarros, hábito adquirido dos espanhóis que enrolavam o tabaco em *pepelete* (Precioso, 1999).

A indústria tabaqueira cresceu, assim como o consumo de tabaco fumado ou mascado, atingindo no final do século XIX os 2,4 bilhões de cigarros. Em 1881, na América, para facilitar este processo de produção foi concebida por James Bonsak a primeira máquina que manufaturava 120 mil cigarros por dia (Jacobs, 1984). Na Europa, a industrialização ocorria na Inglaterra e na França, crescendo com a máquina de enrolar cigarros e o aparecimento da caixa de fósforos, em 1883 (Pestana *et al.*, 2006). O rapé converteu-se num ritual extravagante da alta sociedade, transformando o cachimbo num instrumento de uso associado às classes baixas para o consumo de tabaco (Pestana *et al.*, 2006).

No decorrer do século XX, depois de se exaltarem as suas propriedades terapêuticas na centúria dos tempos, o consumo do tabaco alastrou com a industrialização do cigarro empacotado, tornando-se, no início de 1900, o produto mais manufaturado e vendido nos Estados Unidos e Inglaterra, possuidores do monopólio mundial – 80.0%, com a produção anual de 3 bilhões de cigarros. Em 1913 foi apresentado o cigarro *Camel*, altura em que a produção era superior a 13 bilhões de unidades por ano (Pestana *et al.*, 2006).

O consumo do tabaco alastrou nas duas primeiras décadas, agregado às campanhas publicitárias e à I Guerra Mundial, em que o cigarro era apelidado de "soldier's smoke" (Portal dos Psicólogos, 2012).

Associadas ao consumo do tabaco estavam questões sociais e comerciais aliadas à igualdade de voto, à emancipação e à mulher elegante que no cinema apresentava o seu charme irresistível de cigarro na boca, nos mais diversos contextos sociais. Em 1929, as mulheres americanas consumiam cerca de 14 bilhões de cigarros por ano influenciadas pelas campanhas publicitárias (Borges-Ferreira & Filho, 2004).

As tabaqueiras conquistaram as mulheres com campanhas publicitárias e de *marketing* com ensejos de encanto e liberdade, associados à irreverência de fumar, ao prazer e aos benefícios pessoais, como por exemplo: “para perder peso e serem mais atraentes, fumem cigarros em vez de comerem doces” (Pestana *et al.*, 2006, p. 18).

A primeira e a segunda Guerras Mundiais constituíram-se como momentos significativos da história do tabaco. O fenómeno fumar alastrou e intensificou-se com os soldados, uma vez que nas suas rações alimentares estavam incluídos cigarros, como produto de primeira necessidade, oferecidos pelas tabaqueiras (Brandt, 2007). Especifi-

camente na II Guerra Mundial, os responsáveis militares valorizavam o cigarro e estimulavam a sua compra, como meio para manter elevada a autoestima dos soldados (Pestana *et al.*, 2006). Paralelamente, o rádio e o cinema tornaram-se propulsores de hábitos tabágicos que se generalizaram a todos os locais, públicos ou privados, fossem eles autocarros, lojas, cinemas ou mesmo em locais desportivos (Pestana *et al.*, 2006).

Posteriormente, o baixo custo, a comodidade, a prosperidade, a democratização das sociedades e a igualdade de género foram os fatores que mais contribuíram para a sua propagação, tendo como sustentáculo uma indústria que se especializava na sua promoção, através do *marketing* e da publicidade engenhosa (Precioso, 1999). O consumo de tabaco ergueu-se com maior exuberância na revolução sexual e na liberalização das drogas dos anos sessenta, aliado à contestação.

Em cem anos o consumo mundial de cigarros passou de 50 biliões/ano para 5,5 triliões/ano, estimando-se que 47.0% da população fumadora é do género masculino e 12.0% do género feminino. No decorrer do século XX, no mundo, morreram cerca de 100 milhões de pessoas, atualmente morrem por ano 4,9 milhões de pessoas e a mortalidade em 2030 estima-se que aumente para 8,3 milhões se a tendência tabágica se mantiver. Analogamente, temos que mencionar os custos elevadíssimos referentes à morbilidade (doenças cardiovasculares, cancro e doenças respiratórias) e suas sequelas com impacto nos sistemas de saúde. Citamos o exemplo português, que, no ano de 2005, o tabagismo custou 490 milhões de euros (Gouveia *et al.*, 2012).

No início do século XXI são fumados mais de 15 biliões de cigarros. No mundo hodierno, e segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que um terço da população mundial adulta é fumadora, cerca de 1.3 biliões. Mais de 1.1 biliões de fumadores consomem 5.500 biliões de cigarros por ano. Destes valores epidémicos, tendencialmente, 1/4 são mulheres fumadoras, número que continua a aumentar (OMS, 2008).

O tabaco é a planta psicoativa mais consumida da família das *Solanaceae* e a principal causa de morte evitável no mundo (Pestana *et al.*, 2006, p. 1). Pondera-se que em 2030, em todo o mundo, o consumo de tabaco será responsável pela morte prematura de 10 milhões de pessoas por ano, “metade das quais no grupo etário 35 a 69 anos”. Portugal estabilizou a prevalência de fumadores masculinos, porém aumentou o número

de casos de fumadoras, especialmente “jovens com graus de escolaridade mais elevados” (Borges-Ferreira & Filho, 2004, p. 3).

Perante esta pandemia social e com consequências económicas avassaladoras, a indústria tabaqueira continua a surpreender com poderosas campanhas, coligando o desejo de fumar a atos sociais relevantes, relacionados com determinado estatuto ou figuras influentes, ídolos a imitar, enfim, um conjunto de estratégias que estão diretamente associadas com a autoestima de cada cidadão. Ao serem apresentados novos estudos, com dados que implicam a saúde pública e que estão direta ou indiretamente relacionados com o tabaco, implicam, a nível mundial, a implementação de mecanismos de prevenção e controlo. No dialeto entre as duas faces da mesma moeda, isto é, o benefício económico/social associado ao tabaco e os custos relacionados com as doenças a ele agregadas, constituem um paradoxo, porque os impostos do primeiro não cobrem as despesas da morbilidade e da mortalidade, uma vez que esta é uma realidade comportamental evitável e inerente à pessoa humana.

### 2.1 – Enquadramento legal antitabágico

Os oponentes ao tabaco nasceram por todo o mundo, exibindo as mais diferenciadas formas de punição e proibição, à medida que se ia incrementando o seu consumo. Por um lado, o clero condenava e considerava o tabaco como uma substância do diabo, todavia os que acreditavam nas suas qualidades sugeriam que este deveria ser consumido de forma regrada.

No decorrer do século XVI considerou-se o tabaco como uma droga, o que fez com que os Papas Urbano VIII e Inocêncio X decretassem a proibição de fumar dentro das Igrejas e, em alguns casos, a excomunhão de alguns membros. Em 1600, o filósofo chinês Fang declarava que o tabaco produzia queimaduras nos pulmões e, trinta e oito anos depois, a China proibiu o seu uso e distribuição, castigando com a decapitação (DGPND, 2004).

Em 1604, o “imperador James I de Inglaterra, proibiu o seu uso por ser considerado insalubre e imoral” e descreveu o ato de fumar como “um costume repugnante para os olhos, odioso para o nariz, lesivo para o cérebro e perigoso para os pulmões” (Pestana *et al*, 2006, p. 12-13).

Boinseregard, em 1701, advertiu para os efeitos negativos produzidos pelo tabaco na juventude, pois “os jovens que tomam demasiado tabaco têm as mãos tremulentas, inseguras, não se detêm em pé e perdem as suas partes nobres” (DGPND, 2004).

No século XIX ainda se acreditava nas propriedades terapêuticas do tabaco como estimulante direto na constipação e na asma, entre outras enfermidades. Contudo, García Ramón, em 1881, registou no livro “El Arte de Fumar” alguns dos malefícios do tabaco. Deu-o a conhecer como algo perigoso para aqueles que abusavam, mormente na infância e primeira juventude, dos dez aos quinze anos, pelo que anunciava a necessidade de se absterem porque, nesse período, ele “exerce uma influência prejudicial nos órgãos cerebrais” (Ramón, 1881).

Em 1926, foi descoberta a fórmula pura da nicotina, “veneno perigoso”, como concluíram os cientistas da época. Em 1929, Fritz Lickint publicou o estudo que relacionava o cancro do pulmão com o tabaco e, em 1936, New Englander Samuel Green indicou que o tabaco era um inseticida, um veneno que podia matar um homem (COHIS, 2012).

No período dos anos quarenta, o hábito de fumar tornou-se de tal modo arraigado que a propaganda antitabágica, juntamente com a ciência que descorou este fenómeno, não tiveram significação (Pestana *et al.*, 2006, p. 19).

As medidas legislativas de prevenção e proibição de consumo de tabaco ocorreram depois da II Guerra Mundial e visavam a proteção de menores contra os efeitos do tabaco, como ocorreu nos EUA e na Noruega, como consta do Decreto-Lei n.º 226/83 (Portugal, Ministério dos Assuntos Sociais; Ministério da Qualidade de Vida, 1983, 27 maio).

Depois dos estudos epidemiológicos de Ernst Wynder (1953) e Richard Dolls (1954), nasceu o movimento antitabágico com campanhas de alerta sobre os malefícios do consumo de tabaco (*cit. in Pestana et al.*, 2006).

A OMS, em 1956, declarou que o tabaco era a principal causa previsível ou evitável de morte precoce. Na Inglaterra (1962), o governo decretou a introdução de avisos sobre os potenciais riscos nos produtos derivados do tabaco, depois do parecer emanado pelo *British Royal College of Physicians of London*. O mesmo aconteceu na América (1966) por deliberação do *Surgeon General of the United States* apesar da *Marlboro*

umentar as suas vendas em 10% com a célebre campanha de *marketing* para “homens, masculinos, robustos e constelados” (Pestana *et al.*, 2006).

A primeira legislação que estabeleceu a proibição de fumar em Portugal aplicou-se aos recintos fechados de espetáculos (Decreto-Lei n.º 42661, de 20 de novembro de 1959) e, ulteriormente, aos transportes públicos (Portaria n.º 23440, de 19 de julho de 1968) (INFOTAB, 2011).

Em 1973, o Conselho da Europa recomendou a proibição da publicidade ao tabaco, nomeadamente na imprensa, na rádio e na televisão, a qual Portugal outorgou no ponto 4 do já mencionado Decreto Lei n.º 226/83.

Em Genebra, a Comissão de Especialistas da OMS para os Efeitos do Tabaco sobre a Saúde reuniu em dezembro de 1974 e determinou a urgência de políticas de atuação legislativa rigorosas, propostas a serem implementadas no ponto 5 do Decreto- Lei 226/83.

A III Conferência Mundial sobre Tabaco e a Saúde decorreu em Nova Iorque, em junho de 1975, e manifestou, novamente, a necessidade de uma ação legislativa num certo número de domínios, tais como a prevenção do tabagismo entre os adolescentes, particularmente nas escolas, a proteção dos não fumadores e a publicidade (Decreto- Lei 226/83, Ponto 6).

Em Portugal foram aprovados o Despacho n.º 134/77, de 19 de maio, o Despacho n.º 52/79, de 27 de setembro, e o Decreto-Lei n.º 421/80, de 30 de setembro, que outorgavam a proibição de fumar em recintos desportivos fechados e a interdição de publicidade ao tabaco em atividades desportivas, na televisão e na rádio (INFOTAB, 2011).

A conceptualização de políticas públicas saudáveis iniciou-se na Conferência de Alma-Ata, em 1978, onde se salientou a indispensabilidade de uma “ação conjunta entre os diversos sectores da sociedade para a consecução do mais elevado nível de saúde para todos”, protagonizado no lema “saúde para todos no ano 2000” (WHO, 1978).

Em junho de 1979, decorreu em Estocolmo a IV Conferência Mundial sobre Tabaco e a Saúde, que considerou o tabaco “como um dos grandes males das sociedades modernas”, pelo que corroborou “a necessidade de pôr em prática as recomendações da OMS” relativa a legislação adequada, no que concerne “à proteção de menores, grávidas

e não fumadores” e solicitou a proibição e controlo da publicidade (Decreto-Lei n.º 226/83, Ponto 7).

Perfilhando as indicações da IV Conferência Mundial sobre o Tabaco e a Saúde, realizada em 1979, foi criado o Conselho de Prevenção do Tabagismo que coligiu a legislação existente a nível nacional, que determinou a aprovação da Lei n.º 22/82, de 17 de agosto, e o respetivo diploma regulamentar sobre prevenção do tabagismo, Decreto-Lei n.º 226/83, de 27 de maio, que proibiu fumar nas unidades de cuidados de saúde, locais destinados a menores, estabelecimentos de ensino, recintos desportivos fechados, salas de espetáculos e meios de transporte públicos, alertou para o aumento do cancro do pulmão e doenças cardiovasculares e reconheceu os malefícios para os não fumadores, em ambientes viciados. A referida Lei 22/82 conceptualizou o tabaco; proibiu toda a forma de publicidade, assim como o seu consumo em todas as áreas, com exceção das expressas para fumadores e estabeleceu que todas as embalagens de cigarros deveriam conter alertas para os efeitos nocivos, os teores de nicotina e de alcatrão (Lei n.º 22/82, 1982).

Nos anos oitenta encetaram-se as batalhas publicitárias, comerciais e legislativas contra o consumo de tabaco, pois estavam confirmados os malefícios para a saúde pública. Assim, provieram as políticas públicas de prevenção nos vários meios de comunicação, passou a ser proibido fumar na maioria dos locais públicos fechados e a indústria tabaqueira foi alvo de uma enorme investigação relativa ao “conhecimento das propriedades indutoras de dependência da nicotina”. Em 1983, foram indemnizadas pela indústria tabaqueira as primeiras vítimas tabágicas (Pestana *et al.*, 2006, p. 19).

Portugal institui como Dia Mundial do Não Fumador o dia 17 de novembro, de acordo com o constante no Programa Nacional de Prevenção do Tabagismo, de 21 de janeiro de 1984, com base na 5.<sup>a</sup> Convenção Mundial sobre a Prevenção do Tabagismo, exarada na Resolução do Conselho de Ministros n.º 35/84, de 11 de junho.

A Carta de Ottawa, de novembro de 1986, reconheceu a importância das políticas públicas saudáveis de promoção da saúde, no sentido de capacitarem a comunidade, numa ação coordenada entre todos os setores, que incluía legislação para assegurar a criação de ambientes saudáveis e mais limpos, reforçava o desenvolvimento de habilidades pessoais e a ação comunitária no combate a doenças crónicas, para a melhoria da qualidade de vida e saúde com equidade (Carta de Ottawa, 1986).

O Decreto-Lei n.º 444/86, de 31 de dezembro, aprovou o novo regime fiscal dos tabacos, no qual as empresas tabaqueiras tinham que cumprir os impostos estabelecidos e entregar relatórios de controlo de tabaco manufacturado ou de produtos transformados e os teores de nicotina através de análise laboratorial.

Face aos dados conhecidos, em 1987, a OMS promulgou o dia 31 de maio, Dia Mundial Sem Tabaco com campanhas informativas e de sensibilização sobre os riscos e malefícios para a saúde (OMS, 2000).

De 5 a 9 de abril de 1988, ocorreu a Segunda Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, em Adelaide - Austrália, da qual se lavrou a Declaração de Adelaide, detentora das estratégias de políticas públicas voltadas para a saúde. No que concerne ao tabaco, considerou-o como um dos grandes riscos para a saúde, pois o fumo era causa de malefícios tanto nos fumadores ativos como nos fumadores passivos, especialmente nas crianças; causador de sérias consequências ecológicas a nível das economias empobrecidas, na produção e distribuição de alimentos; constatou que a atividade comercial altamente rentável não compensava os ganhos que se poderiam obter com a saúde, pois a eles estavam associados o “elevado potencial humano perdido com doenças e mortes” causadas pelo tabaco; sugeriu aos governos medidas e políticas de redução de consumo e produção de tabaco (Declaração de Adelaide, 1988).

A Portaria n.º 388/88, de 17 de junho, clarificou o Decreto-Lei n.º 226/83, de 27 de maio, segundo o parecer do Conselho de Prevenção do Tabagismo e a Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários. Esta advertiu que o tabaco que era prejudicial à saúde e causava cancro e estabeleceu a classificação e os teores de nicotina e alcatrão nacionais.

Nos anos seguintes, foram aprovados os Decreto-Lei 393/88, de 11 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 283/1988, de 17 de setembro, que alteram algumas das disposições do Decreto-Lei n.º 226/1983, de 27 de maio, estabeleceram proibições de consumo de tabaco em locais públicos como o metropolitano, museus, bibliotecas e permitiram restrições em restaurantes e locais de trabalho (Pestana *et al.*, 2006, p.267).

Para atualizar medidas legislativas e implementar as propostas do “Plano de Ação Antitabágica 1987-1992”, aprovou-se o Decreto-Lei n.º 393/88, de 8 de novembro, que alterou algumas das disposições da prevenção do tabagismo constantes no De-

creto-Lei n.º 226/83, de 27 de maio, e revogou o Decreto-Lei n.º 333/85, de 20 de agosto.

O Despacho Normativo n.º 29/89, de 27 de março, estabeleceu a obrigatoriedade de informação aos consumidores, nas embalagens, sobre a “nocividade do tabaco” e os malefícios “não só em termos cancerígenos mas também na óptica cardiovascular.”

A deliberação do Decreto-Lei n.º 287/89, de 30 de agosto, evidenciou a consciencialização dos efeitos nocivos da inalação involuntária de fumo e complementou a legislação anterior na defesa dos não fumadores, alargando a sua proibição aos restaurantes e estabelecimentos similares.

As diretivas reguladoras e as restrições publicitárias ao tabaco e venda dos seus produtos foram mais controversas por causa das exceções permitidas por lei, por exemplo para as provas de automobilismo integradas nos Campeonatos do Mundo e da Europa (Decreto-Lei n.º 52/1987, de 30 de setembro, e Decreto-Lei n.º 242/1991, de 5 de julho). Porém, o Decreto-Lei n.º 253/1990, de 4 de agosto, alterou a legislação vigente à “publicidade negativa e teores do tabaco” e no Decreto-Lei n.º 330/90, de 23 de outubro, foi aprovado o Código da Publicidade, que no seu artigo 18.º, sessão III, proibiu todas as formas de publicidade ao tabaco (Pestana *et al.*, 2006, p. 267-268).

As advertências da nocividade nas embalagens dos produtos do tabaco e os teores de nicotina e alcatrão foram estabelecidas pela Portaria n.º 821/91, de 12 de agosto. Estas deveriam “Ser impressas a corpo «negro»”; “Ser colocadas em local onde não possam ficar danificadas com a abertura do maço” e as “advertências específicas a apor nos maços de cigarros”: “Fumar provoca o cancro.”; “Fumar provoca doenças cardiovasculares.”; “Fumar provoca doenças mortais.”; “Proteja as crianças; não as obrigue a respirar o seu fumo.”; “Fumar pode matar.” e “Os fumadores morrem prematuramente”.

Em 1992 foi “consignado ao Ministério da Saúde 1.0% do valor global da receita fiscal dos tabacos”, outorgado pelo no Decreto-Lei n.º 75/92, de 4 de maio, com a finalidade de desenvolver rastreios, deteção precoce, diagnóstico, prevenção e tratamento do cancro, consequências deste consumo.

A Portaria n.º 32/94, de 11 de janeiro, alterou a Portaria n.º 821/91, de 12 de agosto, que estabeleceu as advertências da nocividade e os teores de nicotina e de alcatrão a constar nas embalagens dos produtos do tabaco, acrescentando à advertência geral prevista outro espaço destacado com advertências específicas e na face lateral as men-

ções dos teores de alcatrão e nicotina impostos pela lei. Estas advertências também passaram a constar nas embalagens dos charutos, cigarrilhas, tabaco de cachimbo ou derivados para fumar.

A Declaração de Jacarta dimanou da IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, de 21 a 25 de julho de 1997, um novo alerta para a urgência de promover a saúde no século XXI, reestruturando recursos na intervenção de determinantes da saúde, nomeadamente na restrição à produção, publicidade e comércio de substâncias e produtos nocivos, mormente o tabaco (Declaração de Jacarta, 1997).

A OMS considerou o “tabagismo um fenómeno complexo e globalizado, que decorre de múltiplos fatores de índole cultural, social, económica e comportamental”, pelo que começou a preparar, em 1999, a Convenção Quadro para o Controlo do Tabaco, que viria a ser assinada na 56.<sup>a</sup> Assembleia Mundial da Saúde, em maio de 2003 (DGS, 2012, p.3).

A ciência e a tecnologia, na década de noventa, permitiram maior conhecimento sobre o consumo de tabaco, pelo que se iniciaram tratamentos psicotrópicos e farmacológicos. A 24 de maio de 1999, os 191 signatários da Convenção-Quadro para o Controlo do Tabaco comprometeram-se a adotar ações integradas de controlo tabágico, com o objetivo de reduzir o tabagismo à escala mundial e proteger as populações de doenças agregadas ao consumo e fumo do tabaco (Pestana *et al.*, 2006, p. 22).

A Cúpula do Milénio das Nações Unidas foi realizada em Nova Iorque, de 6 a 8 de setembro de 2000. Esta estabeleceu as Metas de Desenvolvimento do Milénio até 2015, relativas à pobreza extrema, promovendo a igualdade de género, a educação e a sustentabilidade ambiental. O controlo do tabaco foi abordado como uma das principais preocupações, porque o tabagismo estava a aumentar nos países com baixo rendimento, particularmente entre os que viviam na pobreza; o vício canalizava as verbas de famílias pobres, diminuindo o dinheiro para a alimentação, saúde e educação; ficou estabelecido que era urgente erradicar o trabalho infantil na indústria do tabaco e conduzir as crianças à escola; reconheceu-se a importância vital da mulher, pelo que a sua perda implicava riscos a nível pessoal e familiar, pois o número de fumadoras em 2000 era de 218 milhões, mas previa-se um aumento para 259 milhões em 2025; admitiu-se a desflorestação para plantar tabaco e a introdução de pesticidas que promoviam impacto ambien-

tal extremamente negativo e, por último, o número de mortes que privavam as famílias dos seus cuidadores em idade produtiva (Esson & Leeder, 2004).

A Diretiva n.º 2002/10/CE, do Conselho, de 12 de fevereiro, foi consignada pelo Decreto-Lei n.º 170/2002, de 25 de julho, que alterou as definições de charuto e de cigarrilha e estabeleceu a nova taxa do imposto de tabaco de corte fino para cigarros de enrolar e restantes tabacos de fumar.

O Decreto-Lei n.º 25/2003, de 4 de fevereiro, alterou o Decreto-Lei 226/1983, de 27 de maio, e vinculou a Diretiva n.º 37/CE/2001 do Parlamento Europeu e do Conselho de 5 de Junho, para a legislação nacional, na qual constavam as “disposições legislativas, regulamentares e administrativas dos Estados membros” relativas ao fabrico, apresentação e venda de produtos de tabaco (Pestana *et al.*, 2006, p. 268). Este Decreto-Lei fixou os teores máximos de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono nos cigarros, com advertências sobre os malefícios do consumo, expressas nas embalagens dos produtos do tabaco; estabeleceu limitações nas embalagens com indicações “baixo teor de alcatrão”, “*mild*”, “*light*”, “*ultra-light*”, imagens ou símbolos que induzam o consumidor a que são menos nocivos e introduziu também disposições para não facilitar o consumo dos jovens.

Contudo, foi a alteração proposta pelo Decreto-Lei n.º 76/2005, de 4 de abril, que instituiu a proibição de venda de tabaco a menores de 16 anos em máquinas automáticas e em todos os locais onde fosse proibido fumar.

Face à confirmação da propagação da epidemia tabágica como um problema mundial com repercussões na sociedade, na saúde pública, na economia e no ambiente, particularmente nos países em vias de desenvolvimento, Portugal ratificou, nos termos do Decreto n.º 25-A/2005, de 8 de novembro, o estabelecido pela Convenção Quadro da Organização Mundial de Saúde para o Controlo do Tabaco, adotada em Genebra pela 56.ª Assembleia Mundial de Saúde, em maio de 2003, especificamente na redução do número de mortes e doenças relacionadas com o seu consumo. A Convenção teve como objetivo “proteger as gerações presentes e futuras dos efeitos sanitários, sociais, ambientais e económicos, devastadores, causados pelo consumo e pela exposição ao fumo do tabaco, instituindo um sistema de implementação de medidas de controlo do tabaco pelas Partes a nível nacional, regional e internacional, tendo em vista a redução, contínua e substancial, da predominância do tabagismo e da exposição ao fumo do tabaco” (Decre-

to-Lei n.º 25-A/2005, Parte II, artigo 3.º). Numa dinâmica multissetorial e de cooperação internacional, propuseram “adoptar e implementar medidas legislativas, executivas, administrativas” com a finalidade de unificar “políticas adequadas à prevenção e à redução do consumo do tabaco, da dependência de nicotina e da exposição ao fumo do tabaco” (Decreto-Lei n.º 25-A/2005, Parte II, artigo 5.º, n.º 2, alínea b). O artigo 12.º do referido Decreto-Lei propôs esforços de promoção para sensibilizar através dos programas de educação, comunicação, formação de agentes das mais diversas áreas e consciencialização dos riscos para a saúde inerentes ao consumo, à dependência e à exposição ao fumo do tabaco. Apontadas foram também as vantagens da cessação e de estilos de vida livres do tabaco, tanto a nível pessoal, como social, económico e ambiental. Para tal diminuição acontecer, uma das estratégias propostas foi “a proibição global da publicidade, da promoção e patrocínio do tabaco”, pois esta apresentou-se como meio falso, tendencioso e enganador, na rádio, na televisão, na imprensa escrita e na Internet (Decreto-Lei n.º 25-A/2005, Parte II, artigo 13.º). Como medidas de redução, a Convenção apontou as seguintes: programas eficazes de promoção da cessação do consumo de tabaco nos estabelecimentos de ensino e de saúde, nos locais de trabalho e de prática de desportiva, (Decreto-Lei n.º 25-A/2005, Parte II, artigo 14.º); planos e estratégias nacionais de saúde e educação; programas de diagnóstico, de aconselhamento; prevenção da dependência tabágica e tratamento medicamentoso conforme o caso; interdição de compra ou venda de tabaco ou derivados por menores de 18 anos (Decreto-Lei n.º 25-A/2005, Parte II, artigo 18.º); (proteção do ambiente e cooperação científica e técnica com a finalidade de estabelecer um controlo epidemiológico com base dos indicadores sociais, económicos e sanitários. (Decreto-Lei n.º 25-A/2005, Parte II, artigo 20.º e 22.º).

A Assembleia da República aprovou a Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto, que entrou em vigor no dia 1 de janeiro de 2008, tendo como base de trabalhos a Convenção Quadro da Organização Mundial da Saúde para o Controlo do Tabaco, conjuntamente com diversas normas comunitárias, na qual homologou as limitações ao consumo de tabaco em recintos fechados e coletivos com proibição em zonas ao ar livre, destinadas a menores de 18 anos, locais de trabalho, restauração e estabelecimentos similares; aprovou as normas da composição e da rotulagem dos maços de cigarros; firmou as regras de comercialização, publicidade e patrocínios ligados ao tabaco; estabeleceu medidas de prevenção e controlo do tabagismo nas escolas, no âmbito da educação para a

cidadania; criou consultas especializadas de cessação tabágica em diversas unidades de saúde do SNS e concebeu um regime sancionatório, no caso de infrações (INFOTABAC, 2011).

A 30 de junho de 2009, a Comissão das Comunidades Europeias deliberou a “Recomendação do Conselho sobre a criação de espaços sem fumo” solicitando aos países a criação de legislação para proteção dos seus cidadãos do fumo do tabaco, legislação antitabágica de proteção das crianças e cooperação na criação de espaços livre de fumo que aumentam a probabilidade de crianças e jovens não se tornarem fumadores (DGS, 2012, p.4).

O Decreto-Lei n.º 73/2010, de 21 de junho, apresentou a simplificação das regras de comercialização dos produtos do tabaco manufacturado (charutos, cigarrilhas, cigarros e tabacos de fumar de corte fino) e a atualização de normas legais como a comercialização com designação das características físicas do produto, teores de condensados e nicotina e o preço de venda ao público. Assim, o imposto sobre o tabaco, harmonizado pelo Direito Comunitário, passou a obedecer ao princípio de equivalência que procura “onerar os contribuintes na medida dos custos que estes provocam nos domínios do ambiente e da saúde pública, em concretização de uma regra de igualdade tributária”.

Em Setembro de 2011, realizou-se em Nova Iorque a “Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre prevenção e controlo das doenças crónicas não transmissíveis”. Deliberou-se “uma declaração política que realçou a importância do investimento na prevenção e controlo do tabagismo, como uma das principais estratégias para a redução da prevalência” e “a criação de ambientes e condições de vida favoráveis à saúde e à adoção, por parte dos cidadãos, das famílias e das comunidades, de comportamentos e estilos de vida promotores de saúde” (DGS, 2012, p.4).

De acordo com a conjuntura europeia de criação de legislação antitabágica, na qual esteve inserido Portugal, este apresentou tendência para aumentar a proibição de fumar em locais públicos fechados e de trabalho, pois o objetivo continua a ser melhorar a proteção das populações ao fumo do tabaco (INFOTABAC, 2011).

Especialistas portugueses, nomeadamente José Precioso, da Universidade do Minho, no estudo sobre a “Exposição das crianças ao fumo ambiental do tabaco em casa e no carro”, defendem que o Estado deve realizar com brevidade a revisão da lei do ta-

baco, pois seria uma mais-valia para diminuir o número de acidentes e proteger as crianças, como já faz a Finlândia e o Canadá, onde é proibido (Maia, 2012). O referido estudo adverte para ser proibido fumar no automóvel, uma vez que o cigarro, tal como o telemóvel, também é um fator de distração para o condutor e, por isso, poderá contribuir para a ocorrência de um acidente. Torna-se mais determinante com as crianças passivas dentro dos automóveis, por estas continuarem a ser expostas a agentes cancerígenos pelos familiares diretos que têm a obrigação de as proteger (Precioso *et al.*, 2012).

Ao longo da história do consumo do tabaco constatamos, mesmo quando havia poucos recursos científicos, que existia um conjunto de versados das várias áreas do saber que estudavam comportamentos advindos do tabaco e os seus constituintes químicos e alertavam para o perigo de fumar e os efeitos nocivos que provocava na saúde.

## 2.2 – Consumo de tabaco na adolescência

A adolescência tem associados atores protagonistas como a família, o grupo de pares, a escola, as redes sociais globais de novas tecnologias de informação e a cultura, na qual está inserida. Nos diversos contextos, os adolescentes adaptam-se paulatinamente às mudanças físicas, psicossociais e afetivas, sem grandes transtornos, amenizando os momentos de maior crise identitária.

Porém os adolescentes vivem numa sociedade de consumo, com novos padrões valorativos, novas estruturas familiares e económicas em crise, o que pode causar ansiedade na construção da identidade e a necessidade de experimentar novos desafios, entre eles o tabaco, como forma de autoafirmação e sensação de uma certa independência (Ballone, 2003, *cit. in* Cabral, 2007).

Se no passado as maiores preocupação se centravam nos conflitos internos e externos inerentes à adolescência, Farias (2003) *cit. in* Cabral (2007) remete-nos para a ansiedade e sofrimento dos adolescentes inseridos num sistema familiar, escolar e social em crise e mudança permanente, pois o prolongamento da escolaridade e a exigência de ter um curso, por parte dos adultos socializadores, exerce pressões de autonomia e responsabilidade (Monteiro & Santos, 1998) numas situações, mas noutras continuam a ser considerados crianças, numa dualidade de critérios que geram revolta e rebeldia. Nesta confusão de propostas e exigências, os adolescentes procuram os seus pares, com quem

partilham as angústias e desilusões, sentem uniformidade de comportamentos e atitudes e encontram perspectivas padronizadas e seguras.

Frequentemente, encontramos discursos facilitadores e de negligência, por parte dos adultos, que se demitem do seu papel de educadores, nomeadamente em meio escolar, sinais de falta de comunicação e autoridade familiar, com consequências negativas no desenvolvimento integral do educando que se autoafirma sem expectativas futuras, “líder” e com comportamentos desviantes, numa perspectiva “egocêntrica da vida, sempre à espera de ver as suas necessidades satisfeitas, de receber, e pouco disponível para dar” (Cabral, 2007, p.58). Se não forem modelos de cidadania e de saúde estarão a abrir portas a hábitos e estilos de vida pouco saudáveis, como o tabaco, entre outros. O grupo de pares também pode ter uma função estruturante e de estabilidade socializadora, sem ser unicamente uma fonte de pressões que implicam resistência e defesa nas diversas circunstâncias, criando imunidade e evidenciando formação e autonomia. Contudo, a propalada crise de identidade na adolescência, com procura de novas experiências, emoções e desafios imediatos e eficazes conduzem ao consumo de substâncias psicoativas, principalmente em contexto grupal.

Por a adolescência ser um período de profundas e rápidas mudanças, especificamente comportamentais e sociais, os adolescentes ficam vulneráveis aos riscos de consumo de substâncias psicoativas com consequências diretas ou indiretas na saúde, a curto e longo prazo. É pois nesta fase que se firmam práticas adquiridas e se adicionam novos hábitos, alguns dos quais são eleitos como facilitadores de estilos de vida pouco saudável, denominados de fatores de risco, ao contrário dos fatores de proteção.

Como fatores de risco, Kim, Zane e Hong (2002) consideraram as influências que aumentam a probabilidade de ocorrer determinado comportamento nos domínios da personalidade, interpessoalidade e contexto de vida. No que concerne ao domínio da personalidade, apresentaram as diferenças genéticas e bioquímicas comparadas com novas sensações, baixa autoestima, ocorrência de comportamento antissociais e emocionais, facilitadoras de novas experiências e sensações, fatores preditores do envolvimento dos adolescentes em comportamentos de risco (Yamovitzky, 2006). No domínio interpessoal manifestaram a interligação com os fatores família, pares e escola, acentuando as fracas ligações e conflitos familiares; rejeição e associação com pares consumidores; baixo rendimento, insucesso e ausência de aspirações escolares, fatores preditores

favoráveis ao consumo. Relativamente ao domínio de contextos de vida como fatores de risco, revelaram a não conformidade de normas e regras facilitadoras de consumos que conduzem os adolescentes a adotar estes comportamentos de risco prejudiciais, com consequências físicas e mentais, morbidade e até mortalidade (Prinstein, Boergers & Spirito, 2001) cominações ao desenvolvimento saudável (Schenker & Minayo, 2005).

Os fatores protetores para Kim, Zane & Hong (2002) foram expostos como influências que previnem, limitam ou reduzem o consumo de substâncias, ao mesmo tempo que podem proteger, neutralizar, opor e interagir com fatores de risco com base nos domínios de personalidade, domínio interpessoal e domínio contextual, ao longo do tempo. Relativamente ao domínio da personalidade, estes autores abarcam a elevada autoestima, a percepção de sanções resultantes das suas ações, a aceitação e crenças de normas sociais. No domínio interpessoal, o envolvimento familiar aparece na literatura como facilitador de prevenção. Os adolescentes inseridos em famílias harmoniosas e afetivas (Nation & Helfinger, 2006) apresentam menores consumos ou fazem-no mais tardiamente; os amigos e pares que promovem baixa pressão, nomeadamente na escola em que os colegas apresentam poucos conflitos, envolvimento escolar e ambiente promotor de aprendizagens, foram considerados fatores protetores no consumo dos adolescentes. No que concerne aos contextos sociais, ao nível da família, os facilitadores de consumo estão associados a conflitos, baixos níveis de coesão, ausência de monitorização e desestruturação, promotores de vulnerabilidades e aceitação da influência dos amigos. Só 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 (Michael & Ben-Zur, 2007). No contexto social, no qual se inserem os pares que aparecem como o trampolim para a independência na adolescência, estes aparecem como facilitadores, na medida em que influenciam e consomem habitualmente, preditores de comportamentos desviantes, mas também podem ser fatores protetores na adaptação e envolvimento social, promovendo o respeito e a lealdade. No âmbito do contexto socializador, a escola tem um papel crucial e multidimensional no desenvolvimento dos adolescentes, particularmente na execução de planos de prevenção e ensino de comportamentos saudáveis. Contudo, é neste espaço em que passam mais tempo que aumentam os facilitadores de consumo, interligando os diversos domínios. Quando no contexto social existe equidade económica e cultural, aumentam as oportunidades de estilos de vida saudáveis, felicidade e autoconfiança (WHO, 2000).

Caso contrário, continuamos a ter dos piores índices de saúde pública da Europa, associados à pobreza, falta de literacia, baixas competências pessoais e escolares, consumos de substâncias psicoativas, entre outros.

Em Portugal, o tabagismo apresenta um panorama inquietante, com consequências para a saúde da população, a economia e o meio ambiente, particularmente, porque a maioria dos fumadores iniciou o consumo de tabaco na adolescência. Face a esta constatação, torna-se imperativo compreender a epidemiologia tabágica para reduzir os facilitadores associados às motivações, crenças e comportamentos, a fim de se encetarem programas multidisciplinares de prevenção compostos por todos os intervenientes: pais, pares, profissionais escolares e da saúde, dos meios de comunicação e da cultura envolvente (Nunes, 2004).

Sendo a adolescência um período de experimentação e vulnerabilidades, o consumo de tabaco, droga lícita e uma das mais consumidas no mundo, aparece habitualmente associada aos símbolos da autonomia e identidade, personalidade e independência, aceitação pelos amigos e pares que, por vezes, exercem pressão, sem esquecermos os contextos nos quais estão inseridos (Zhang, 2000).

Apesar das campanhas de informação e de prevenção ocorrerem há algum tempo e os efeitos adversos do consumo de tabaco serem conhecidos, continuamos a ter adolescentes que começam a adquirir hábitos tabágicos cada vez mais cedo (WHO, 2003).

Para além dos fatores apresentados, destacamos alguns e acrescentamos outros, de acordo com o estudo de Nunes (2004). Assim, acrescentamos a publicidade e promoções da indústria tabaqueira, acesso fácil e preços baixos. Como fatores facilitadores complementares: a baixa autoestima, a pressão dos pares, especificamente dos amigos e colegas fumadores; o comportamento de insegurança e de dualidade de critérios dos pais e a sensação de que fumar dá *status*, é *cool*, é normal e “está-se bem!” (Eriksen & Mackay, 2002).

Segundo o estudo realizado por Azevedo, Machado e Barros (1999), com uma amostra de 2974 alunos entre os 12 e os 19 anos, em sete escolas do ensino secundário público do Porto, em 1996, verificou-se que 35.8% nunca tinham fumado, 21.5% eram fumadores naquele momento, 39.4% eram fumadores experimentadores, 6.6% eram fumadores ocasionais, 14.9% fumavam frequentemente e 3.3% tinham deixado de fumar. Neste estudo, a idade média do início do consumo de tabaco era de 13.4 anos para

ambos os sexos, a proporção de fumadores habituais aumentava significativamente com a idade; o número de cigarros consumidos diariamente pelos rapazes e raparigas apresentava diferenças significativas, pois 34.5% dos alunos consumiam de 1 a 5 cigarros por dia, enquanto nas alunas o valor aumentava para 39.7%.

Os estudos realizados em Portugal por Precioso (2001) determinaram que a prevalência tabágica na adolescência, idade em que iniciaram o seu consumo e na qual persistiram o maior número dos casos ao longo da vida, apresentava valores próximos entre géneros, mas inferiores nas raparigas, relativamente aos rapazes da mesma idade.

Para o *Centers for Disease Control and Prevention*, as raparigas apresentaram menor nível de conhecimentos quanto às consequências de fumar, o que acarreta maiores preocupações, pois tornar-se-ão jovens raparigas e futuras mães com maior risco de doença para si e para os seus descendentes (USDHHS 2002).

No estudo sobre *Adolescentes e Tabaco* dos 6.º, 8.º e 10.º anos, Margarida Gaspar (2003) mostrou que 30.9% tinham experimentado fumar; 76.2% possuíam 15 ou mais anos e aferiu que os rapazes (50.9%) o fizeram com maior frequência do que as raparigas (49.1%). Dos adolescentes questionados, 8.1% consumiam tabaco com regularidade, isto é, uma ou mais vezes por semana, 5.0% de modo ocasional e 86.9% não fumavam. Os rapazes consumidores faziam-no mais do que as raparigas, de forma regular (52.6%) ou ocasional (53.4%). Os que fumavam também referiram comportamentos de risco associados ao álcool e drogas, envolvimento com maior facilidade em conflitos, apresentaram sintomatologia física, psicológica e emocional, não se sentiam bem com a imagem corporal, não gostavam da escola, comunicavam com dificuldade com os pais, consideravam que os professores não eram justos nem os ajudavam, não praticavam atividade física, não se sentiam felizes e a relação com os colegas não era estável.

No ano 2002/2003, Ana Raquel Nunes (2004) desenvolveu um estudo com alunos do 3.º Ciclo do Ensino Básico das escolas do 3.º Ciclo e Secundária do Sabugal, cuja amostra era constituída por 48.0% de rapazes e 52.0% de raparigas, de entre os quais 46.2% do total fumaram pelo menos um cigarro, verificando-se maior experimentação por parte dos rapazes (53.0%) do que das raparigas (40.0%) e a idade média de experimentação foi de 11.79 anos. A prevalência tabágica foi de 22.0% e a frequência de consumo regular de 81.6%. Dos inquiridos fumadores, 75.0% referiram ter tentado fumar menos, 89.5% pensaram deixar de fumar e 50.0% revelaram querer deixar de

fumar brevemente (75.0% com 12-13 anos, 35.3% com 14-15 anos e 42.9% com 16-18). Neste estudo, os fatores associados ao tabagismo foram: o consumo de álcool; o melhor amigo ou muitos amigos fumadores; pessoas marcantes e irmãos que consideravam um bem fumar; alunos que consideravam inúteis as aulas e atividades de prevenção do tabagismo e que apresentavam absentismo escolar, frequentavam cafés, *pubs* ou discotecas nos tempos livres.

Na compilação dos estudos apresentados por Gina Tomé, com base na amostra do “*Health Behaviour in School-Aged Children*, realizado em Portugal Continental em 2006” (Tomé, 2011, p.264), a mesma aferiu que os adolescentes mais felizes e mais satisfeitos com a vida apresentavam uma boa comunicação com os pais e amigos, protetores significativos de menor risco de envolvimento em comportamentos de risco. Contudo, o grupo de pares tem um papel de relevo, como um dos contextos mais expressivos e influente nos comportamentos, facilitadores permissivos ou não dos adolescentes (Hughes, Dyer, Luo & Kwok, 2009; Tomé, Matos & Diniz, 2008ab; Vaquera & Kao, 2008) na opção por estilos de vida saudável.

Em Portugal, o estudo de Ferreira-Borges, Filho e Ramos (2006) sobre Prevalência e determinantes psicossociais do consumo de tabaco em jovens dos 2.º e 3.º Ciclos do Ensino Básico do concelho de Cascais, revelou que 43.6% das raparigas e 44.7% de rapazes com 13 anos experimentaram fumar tabaco. Contudo, estes valores aumentaram e com 15 anos passaram a ser de 58.6% para as raparigas e 57.6% para os rapazes, apesar de elas começarem a fumar mais tarde, observando-se que nesta faixa etária já não existem diferenças significativas, situação preocupante, pois a diferença entre fumadores homens (40.0%) e mulheres (18.0%) é acentuada, ao contrário do que acontece com os adolescentes (Ferreira-Borges *et al.*, 2006).

Do estudo realizado no Porto, em 2006, por Fraga Ramos & Barros (2006), com alunos de escolas públicas e privadas, de 13 anos, evidenciamos os seguintes resultados: 19.9% apenas experimentaram fumar, mas não eram fumadores. Destes, 22.4% eram raparigas e 17.1% rapazes; os fumadores ocasionais (1.8%) estavam representados por 2.0% das raparigas e 1.5% dos rapazes e os que fumavam pelo menos um cigarro por dia (1.3%) compreendiam um grupo de 2.0%, enquanto os rapazes eram 0.4%. As razões apresentadas para justificar o ato de fumar estavam relacionadas com a curiosidade de experimentar (46.3% – raparigas e 45.6% – rapazes), por terem um amigo que o

fazia (13.6% – raparigas e 21.1% – rapazes) e porque a escola foi referida como o local para experimentar (36.7%) ou para fumar habitualmente (43.6%).

Vinagre & Lima (2006) realizaram um estudo em escolas secundárias públicas de Lisboa, com uma amostra de 585 adolescentes que frequentavam o 10.º, 11.º e 12.º anos. Destes 44.4% eram rapazes e 55.6% raparigas com idades entre os 15 e os 21 anos, cuja média foi de 16.6 anos ( $Dp=1.22$ ). Salientaram como resultados os 60.0% dos adolescentes que experienciaram cigarros; 27.9% fumaram no último meio ano, 17.6% todos os dias, metade (8.5%) dos quais 10 cigarros diários. Os rapazes apresentam consumos mais frequentes, mas com as percentagens muito próximas das raparigas. Este estudo mostrou que os adolescentes, nos diversos níveis de experimentação, têm conhecimentos sobre hábitos tabágicos e algumas preocupações com as suas consequências. Como, habitualmente, as doenças associadas ao tabaco ocorrem a longo prazo, apresentam dificuldades em avaliar a perigosidade da habituação, pois a relação vício/dependência mostra que os que o fazem com maior frequência percebem maior dependência, confirmada por 16.0% dos alunos que afirmaram estar viciados.

O relatório do estudo Health Behaviour in School-aged Children de 2010, promovido pela OMS, deu-nos a conhecer aspetos relativos ao bem-estar, saúde, comportamentos, estilos de vida e contextos em que os adolescentes portugueses habitavam. Assim, os adolescentes apresentaram comportamentos responsáveis, a maioria usufruía de bem-estar e sentia-se feliz, com índices de baixo consumo de tabaco, entre outros fatores, o qual destacamos. Esta amostra foi composta por 47.7% de rapazes e 52.3% de raparigas, dos 6.º, 8.º e 10.º anos e permitiu os seguintes dados: 70.0% nunca experimentaram tabaco; a diferença não foi significativa para os que fizeram a experiência (30.6% – rapazes e 29.5% – raparigas); o maior grupo que experimentou pertencia aos alunos mais escolarizados (10.º ano – 47.9%; 8.º ano – 28.3%; 6.º ano – 9.7%); o primeiro cigarro experimentado ocorreu com maior prevalência nos 14 anos ou mais (14 anos ou mais – 43.4%; 12-13 anos – 40.8%; 11 anos ou menos – 15.8%); no que concerne ao género, verificou-se que existia diferença significativa no cigarro fumado pela primeira vez, com maior incidência nos rapazes com 11 anos ou menos (20.7%) do que nas raparigas (11.3%), enquanto na faixa etária entre os 12 e os 13 anos eram análogas (rapazes – 40.8% e raparigas – 40.7%), mas a partir dos 14 anos estes valores invertiam-se (rapazes – 38.5% e raparigas – 47.9%); quanto ao consumo de tabaco, a grande maioria mencionou que não fumava (88.1%), não sendo significativa a diferença entre gé-

ros (rapazes – 87.9% e raparigas – 88.3%); os resultados eram crescentes, de acordo com o aumento da escolaridade, independentemente da frequência do consumo de tabaco, mas diminuiu o número dos que não fumavam, com o aumento da escolaridade; a larga maioria mencionou que nunca consumira nos últimos trinta dias (85.4%), mas os que referiram 1 a 2 vezes (6.0%) e 3 ou mais vezes (8.7%) apresentaram valores que despertam atenção, apesar de não se verificarem diferenças significativas nos sexos. Em termos de anos de escolaridade, os mais velhos eram aqueles que mais consumiam (16.2%). As raparigas continuavam a apresentar mais comportamentos de internalização, isto é, de sintomas de mal-estar físico e psicológico e insatisfação com a vida, enquanto os rapazes manifestavam maior perceção de satisfação com a mesma, mas com comportamentos de externalização, relativos a formas de violência, consumo de álcool e drogas, entre outras variáveis. Relativamente ao consumo de tabaco, as diferenças entre os géneros continuaram a diminuir, mas as raparigas mostraram-se mais próximas da escola e tinham maior monitorização por parte dos educadores. Foram também os mais velhos do 10.º ano que mantiveram o padrão de comportamentos de risco, como os consumos, entre eles o tabaco e baixos índices de comportamentos de proteção e comunicação com os pais que melhoraram os níveis de escolarização. Dos alunos questionados, 35.0% expressaram que dormiam 8 horas diárias, mas 8.0% referiram que tinham dificuldades em adormecer e 12.0% cansaço. O número de adolescentes que usava computador aumentou e diminuiu os consumidores de televisão, mantiveram a atividade física frequente com diminuição do aumento da idade, as raparigas continuavam menos ativas e o padrão de aumento dos valores do sedentarismo continuam a ser fator preocupante para a saúde e bem-estar. Os fatores protetores a nível pessoal e social, favoráveis à saúde e felicidade, centraram-se na comunicação interpessoal, monitorização, negociação e autonomia responsável fomentada pelos educadores/pais, nos amigos com quem partilham afetos e literacia emocional, no gosto pela escola organizada por professores interessados e valorizadores dos alunos e no desenvolvimento da capacidade de resiliência e de autorregulação (HBSC, 2010).

Das cinco escolas do distrito do Porto, 680 adolescentes do secundário maioritariamente do sexo feminino (59.6% vs 40.4%), com idades entre os 15 e 19 anos participaram no estudo desenvolvido por Ferreira & Torgal (2010). A idade média foi de 16.61 anos (dp=1.03), sendo para as raparigas de 16.55 (d p=0.98) e rapazes de 16.69 (dp=1.10) anos. Os adolescentes fumadores representam 13.4% com percentual superior

nos rapazes (15.3% vs 12.1%) e o início ocorreu entre os 9 (2.2%) e os 19 anos (1.1%), com média de 13.67, porém 47.2% começou aos 14 anos e 4.4% depois dos 16. Os fumadores consomem entre 2 e 25 cigarros diariamente, com uma média de 8.5 (dp=5.30). Dos alunos fumadores 83.1% gostavam de deixar e 85.6% de reduzir o consumo. Questionados sobre os hábitos tabágicos dos familiares e amigos, 48.2% e 35.7% referiram que eram fumadores, respetivamente. Para os adolescentes ter amigos que fumavam estava associado ao consumo de tabaco, mas a percentagem do grupo dos mais fumadores (29.8%) revelou que 4.7% dos amigos não o faziam. No que concerne aos familiares existia associação, porém o grupo com maior percentagem de fumadores (17.8%) apresentou 9.5% de familiares que não consomem cigarros.

Dos 264 alunos entre os 12 e 15 anos, a média de idades foi de 13.38, alunos do 49.6% do sexo feminino 50.4% e do sexo masculino, do 5.º ao 9.º ano de escolaridade. Semanalmente, 22.0% dos alunos não tinham dinheiro para gastar livremente, daqueles que possuíam, a maioria (63.0%) podia gastar entre 2.5 e 7.5€. Dos 16.7% de fumadores 6.0% fazem-no uma vez, ou outra, 4.2% diariamente e 1.9% semanalmente e, dos que tinham iniciado comportamentos tabágicos, 25.0% fumavam diariamente e 11.4% semanalmente, contudo 59.8% referiu nunca ter fumado um cigarro, nem sequer uma passa e 23.49% já fumaram, mas deixaram. No que concerne à intenção de fumar, 81.0% não pensa iniciar no próximo ano e 78.0% não pensa fumar no futuro. Dos inquiridos 45.1% não sabem se o melhor amigo pensa fumar no futuro, enquanto 11.4% referiram que o melhor amigo tinha intenção de fumar no futuro. Dos alunos que não fumam (86.7%) vive com os pais 72.1% não vivem com os pais.. Os familiares (91.9% - pai; 89.7% - mãe; 50.9% dos irmãos) opinam que o Esta amostra evidencia que 76.5% das mães, 57.2% dos pais, 46.9% dos irmãos e 48.4% das irmãs, não eram fumadores e em casa 83.0% referiram não puder fumar e se o fizessem os familiares ficariam zangados e davam-lhes um grande castigo, contudo 51.5% salientou que não se falou de tabagismo em casa, no decorrer do último ano. Na escola, em 62.9% referiu conteúdos relativos ao tabagismo, mas 12.1% não se lembram de tal acontecimento filho ou irmão não deve fumar e a maioria referiu não sentir pressão para fumar por parte dos mesmos e relativamente aos colegas da mesma idade 81.1%, também não se sentiu pressionado (Amaral, 2010).

O III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral portuguesa teve como principais indicadores o Observatório Europeu da Droga e

da Toxicodependência (OEDT), comparativamente com os dados de 2001 a 2007. Assim, a prevalência do consumo do tabaco como substância lícita foi significativamente mais elevada (44.0%), mas, comparativamente com o último ano, a prevalência diminuiu para 25.9% e a do último mês manteve-se em 24.2%. Os dados mostram que continua a haver diferenças de género, sendo os homens a maior a percentagem de consumidores de tabaco. Os consumidores que se destacam ao longo da vida, no último ano e mês são os grupos etários dos 25-34 e 35-44. Confrontando os dados de 2012 com os de 2001 e 2007 e escolhendo a população entre os 15 e os 64 anos, aferiu-se que houve aumento do consumo de 40.2% para 47.0% ao longo da vida, mas inferior ao de 2007, que foi de 48.9%; os consumidores mais recentes, isto é, do último ano (30.9% para 28.9%) e os do último mês (29.4% para 26.9%), comparando 2007 com 2012, apresentaram resultados inferiores (Balsa *et al.*, 2013).

Com a finalidade de conhecer o comportamento da população portuguesa concernente ao consumo de tabaco, a DGS (2013) delineou um estudo sobre os fatores determinantes e as tendências evolutivas para posteriormente esboçar uma estratégia de prevenção e controlo. Podemos constatar que em Portugal, se estima um consumo responsável por 1 em cada 10 mortes em adultos e cerca de 1 em cada 4 mortes, entre 45 os 59 anos alicerçado nos dados da WHO, de 2012. Nele constam os dados de consumo, a morbilidade e a mortalidade por doença, associada ao tabaco, os custos em saúde, a cessação tabágica, a exposição passiva ao fumo, medidas de prevenção e os produtos existentes no mercado. Os resultados mostram que mais de 90.0% iniciaram o consumo antes dos 25 anos; cerca de dois terços dos alunos, rapazes e raparigas, do ensino público, com 18 anos, experienciou fumar entre os 13 e os 16 anos; mais de oito em cada 10 fizeram-no por influência dos amigos; 1 em cada 5 adolescentes (13 anos) e 1 em cada 2 (15 anos) considerou ser fácil aceder ao tabaco; o preço do tabaco, como fator de escolha, foi mais valorizado por quem tem menos recursos económicos, pelos desempregados, pelos mais desfavorecidos, pelos adolescentes/jovens entre os 15 os 24 anos e menos pelos que têm menor escolaridade.

Precioso, Samorinha, Macedo & Antunes (2012), numa amostra representativa dos alunos do ensino regular público português, do 5.º ao 12.º ano, constituída por 8764 discentes aferiram que 10.2% dos rapazes e 9.1% das raparigas eram consumidores de cigarros, aumentando este hábito com a idade e aos 15 anos, ambos os sexos eram consumidores regulares (12.3% dos rapazes e 8.6% das raparigas) ou fumavam ocasional-

mente (6.1% rapazes vs 4.0%, raparigas). A idade em que realizaram a primeira experiência, em média, ocorreu aos 12.7 anos (raparigas – 13.0; rapazes 12.3) e os locais com mais registos, para ambos os sexos, foram a escola (25.4%) e a casa do amigo (18.6%). A prevalência de consumo de tabaco no país não é regular, sendo a maior no Alentejo (14.7%), secundada pelos Açores (11.8%) e a mais baixa registou-se no Algarve (4.1%). Na região Centro do país o consumo ocasional foi de 3.4%. O acesso ao primeiro cigarro ocorreu aquando da oferta por um amigo (72.0%) e a razão que os levou a experimentar foi a curiosidade (77.9%).

Os fatores sociais, psicológicos e a pressão dos pares das razões que encontramos para o início do consumo do cigarro. Em Portugal, os dados do estudo Eurobarómetro (2012) destacam que a maioria dos fumadores (82.0%) começou a fumar, pois os amigos fumavam, 19.0% gostavam do sabor ou do aroma do tabaco, 10.0% por este ser economicamente acessível, 6.0% os pais fumavam, 2.0% por gostarem do cheiro e 1.0% por gostarem da embalagem dos cigarros.

Os resultados da amostra de 4877 alunos dos 6.º, 8.º e 10.º anos evidenciam que o grupo de pares tem influência nos comportamentos de risco e de saúde dos adolescentes. Porém, os pais surgem como promotores de bem-estar e felicidade, alicerçadas na comunicação e monitorização, fatores protetores na relação pais/filhos positiva (Luk *et al.*, 2010; Ackard *et al.*, 2006). O contexto escolar é o local onde os adolescentes passam grande parte do dia e estabelecem diversas relações socializadoras. Neste estudo aferiu-se que ter amigos com qualidade na escola previne a envolvimento em comportamentos de risco e promove sentimentos de bem-estar. Assim, adolescentes com menos amigos dizem ser mais infelizes, apresentam menor satisfação e bem-estar com a vida, sendo estes fatores facilitadores de risco de consumo de tabaco. Por outro lado, os adolescentes com mais amigos com mais qualidade apresentam menor envolvimento no consumo de tabaco, em contexto escolar ou não, gostam mais da escola, estão mais felizes e satisfeitos com a vida e têm maiores níveis de bem-estar. A influência dos pares, confirmada nesta investigação, foi semelhante tanto nos rapazes como nas raparigas. Contudo, num grupo com mais fatores comportamentais de risco, esta, a influência dos pares, é mais negativa e os amigos que têm comportamentos protetores propendem a ser mais positivos. A autora, ao realizar este estudo em Portugal, aferiu que os pares tinham grande impacto nos comportamentos de risco e de saúde dos adolescentes, pois quando estes se encontram inseridos num grupo onde existe consumo de tabaco, aumenta a pro-

habilidade de optarem por experimentar e consumir (Holliday, Rothwell & Moore, 2010; Go *et al.*, 2010). A influência dos pares revela proteção no aumento da autoestima e no desenvolvimento de competências sociais quando associada a amigos com menor envolvimento nos comportamentos de risco ou maior envolvimento em comportamentos de proteção, potenciadores de bem-estar e saúde, particularmente alicerçados na comunicação entre amigos e na amizade de qualidade, que consiste na proximidade, reciprocidade e partilha de experiências (Woods, Done & Kalsi, 2009), fatores facilitadores de redução ou ausência de consumo de tabaco.

Perante o exposto, concordamos que a escola, espaço no qual o adolescente passa a maior parte do tempo, continua a ser o ambiente privilegiado para a realização de ações de sensibilização, prevenção e promoção de comportamentos saudáveis e de bem-estar integral, numa relação próxima com os pais, pares e intervenientes da comunidade envolvente (WHO, 2000).

A qualidade de vida mede-se por indicadores de saúde e pelo seu grau de satisfação. Os adolescentes são o grupo etário, conferenciou no congresso Margarida Gaspar, que revelam tendência para a tristeza, apatia e depressão; dificuldades relacionais com os familiares, colegas e professores e abandono escolar que conduzem ao isolamento, mas também comportamentos de risco como o sexo não protegido, distúrbios alimentares e consumo de álcool, substâncias psicoativas e tabaco. Para estes problemas, Maria do Céu Machado, no II Congresso da Plataforma Saúde em Diálogo (2006), defendeu que apenas ao nível dos cuidados de saúde primários tem havido preocupação crescente em procurar dar resposta às necessidades e problemas específicos dos adolescentes com programas de acessibilidade gratuita e de confidencialidade. Muitos destes programas resultam pela capacidade de ajustar a Escola e os Centros de Saúde numa parceria biunívoca de promoção de mais saúde e qualidade de vida para as gerações mais novas, como defendeu Constantino Sakellarides no mesmo congresso.

Contudo, os indicadores de comportamentos de risco constituem uma das maiores ameaças à saúde dos jovens a nível mundial, europeu e nacional. Como exemplo de fatores prejudiciais à saúde e facilitadores de comportamentos de risco, temos o consumo de tabaco, comportamento prevalente em ambos os géneros. Tanto na Europa como nos Estados Unidos, o consumo de tabaco nos adolescentes tem aumentado, mas com diferenças entre os géneros, pois continuam a existir mais rapazes fumadores do que rapari-

gas, embora subsista a tendência para diminuir a discrepância entre ambos. Embora em Portugal os estudos indiquem, como passaremos a analisar, a tendência para um ligeiro decréscimo, estes continuam a ser dados preocupantes, apesar da informação disponibilizada em ações de prevenção.

### 2.3 – Epidemiologia tabágica

A Epidemiologia, disciplina básica de Saúde Pública, tem a doença ou a sua inexistência como meio de estudo. Para tal, descreve o modo como a doença se distribui em determinadas circunstâncias e investiga as variáveis que explicam as ocorrências, com a finalidade de criar melhores níveis de saúde na população.

Ao longo da história do tabaco, a epidemiologia teve um papel relevante, particularmente no decorrer do século XX, pois a quantificação da prevalência, os padrões de consumo e as consequências para a saúde permitiram o planeamento de programas de intervenção destinados à prevenção desta epidemia do século XXI.

O conhecimento epidemiológico do tabaco centraliza em si uma extensa rede de fatores de ordem pessoal, familiar e social, com implicações comportamentais e atitudinais, envolvendo processos químicos/bioquímicos, económicos, legislativos e políticos.

O consumo de tabaco é amplamente aceite como a mais importante causa de morte evitável nos países industrializados, com elevados custos diretos e indiretos. Em 2030, estima-se que a mortalidade atinja os 10 milhões de pessoas por ano, metade das quais entre os 35 e os 69 anos, abaixo da esperança média de vida (Ferreira Borges & Ramos, 2004, p.10).

No mundo e nos países da União Europeia, incluindo Portugal, os níveis de consumo de tabaco estão a alterar-se. Em 2007, cerca de 1070 milhões de homens e 230 milhões de mulheres eram consumidores de tabaco. Contudo, a prevalência de consumidores masculinos decresceu nos países desenvolvidos, ao contrário do que aconteceu nos países em desenvolvimento. Em termos de consumidoras de tabaco, o número continuou a aumentar nos países desenvolvidos (Ferreira Borges & Filho).

Conforme os resultados do Inquérito Nacional de Saúde realizado em Portugal Continental (1998/1999), 68.2% da população nunca fumou. Dos 19.2% da população consumidora, a prevalência de consumo de tabaco dos homens foi de 30.5% e nas mu-

lheres de 8.9%. Na população em idade ativa (15-64 anos), o consumo de tabaco foi de 24.9%, sendo três vezes mais os consumidores homens (Ferreira Borges & Filho).

Apesar de existirem melhores recursos para a prevenção tabágica, segundo os dados do HBSC de 1997/98 - 2002, estes revelaram que em Portugal as raparigas com 15 anos registaram um aumento peculiarmente alarmante, uma vez que a prevalência passou dos 10.0% para os 19.5% (OMSROE, 1997).

Dos resultados obtidos nos inquéritos de 1999 a 2005, verificou-se um decréscimo de 0.7% nos consumidores de tabaco diário, isto é, 18.2% em 1999 e 17.5% em 2005. Todavia, houve um aumento da percentagem de ex-fumadores de 3.4%, no período em estudo (INFOTABAC, 2009).

Segundo o Inquérito Nacional de Saúde efetuado em Portugal em 2005/2006, 19.7% da população com idade igual ou superior a 10 anos eram fumadores ativos. Destes, 10.7% admitiram que fumavam esporadicamente e 89.3% fumavam diariamente. A percentagem de 28.9% dos fumadores pertenceu à população masculina, enquanto 11.2% correspondeu à população feminina. A prevalência mais elevada condissse com o grupo etário dos 35 aos 44 anos, em ambos os sexos, 44.6% de homens e 20.9% de mulheres (INFOTABAC, 2009).

Do Inquérito Nacional de 2011, relativo ao Ensino Secundário, Fernanda Feijão concluiu que desde 2006 aumentaram as percentagens de consumidores de tabaco, com diminuição das diferenças de género. Contudo, houve diminuição do consumo de tabaco de 2001 para 2006 e acréscimo de 2006 para 2011 (Feijão, 2011).

Comparativamente ao Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas - ECATD entre 2007 e 2011, o European School Survey on Alcohol and other Drugs - ESPAD-Portugal/2011- concluiu que houve um ligeiro decréscimo de percentagem de experimentação; aumento relevante nas percentagens de consumidores ativos, principalmente a partir dos 15 anos, ligeiramente maior nas raparigas, nos últimos trinta dias; a iniciação fez-se, na generalidade dos casos, mais tarde do que aconteceu em 2007 (Feijão, Lavado & Calado, 2011).

De acordo com o relatório INFOTABAC-2011, nos últimos vinte anos, deu-se uma ligeira diminuição da prevalência de consumo de tabaco na população portuguesa, com distribuição não homogénea e incidência mais elevada nos homens do que nas mulheres. A proporção de fumadores diários revelou uma tendência decrescente nos ho-

mens, enquanto nas mulheres aumentou de forma regular, particularmente nas idades mais jovens. A prevalência do consumo de tabaco variou com o grau de escolaridade. Os dados mostraram que houve menor prevalência nos homens mais escolarizados e maior prevalência nas mulheres com mais escolaridade. A prevalência de consumo de tabaco na população desempregada foi superior à restante (INFOTAB - DGS, 2011).

### 3 – Autoestima e Autoconceito

Os constructos multidimensionais, autoestima e autoconceito, representam elementos centrais da personalidade, com funções organizadoras da ação da pessoa, pelo que as consideramos como variáveis psicológicas que se relacionam com diversos fatores de um desenvolvimento saudável ao longo do ciclo da vida, particularmente na adolescência, em que se multiplicam transformações e interrelações pessoais e sociais, nos mais diversos contextos.

#### 3.1. Autoestima e consumo de tabaco na adolescência

A autoestima é um conceito psicológico, paulatinamente aperfeiçoado a partir da década de setenta. Como constructo multidimensional, representa o centro da personalidade, organizador de ações que podem facilitar ou inibir, de forma positiva ou negativa, atitudes, sentimentos e competências sociais da pessoa.

Sendo a autoestima estudada como um constructo valorativo do sentir pessoal e afetivo, associada a comportamentos de adaptação e estilos de vida saudáveis, e operando como mediadora do bem-estar em todas as fases da vida, mormente na adolescência, faremos de seguida uma análise das aceções apresentadas por diferentes autores (Diaz & Cabral, 2009 *cit. in* Cruz, 2009).

Da multiplicidade de conceitos sobre a autoestima, damos relevância ao de Rosenberg, uma vez que será utilizada, no presente estudo, a sua Escala para estudar as variáveis psicológicas, para quem aquela se afirma como um conjunto de sentimentos e pensamentos da pessoa em relação ao seu próprio valor, competência e adequação, refletindo-se numa atitude positiva ou negativa em relação a si mesmo (Rosenberg, 1965, *cit. in* Sbicigo., Bandeira & Dell’Aglia, (2010).

Categoriza o nível de autoestima em baixo, médio e alto. A baixa autoestima exprime-se por um sentimento de incompetência, inadequação e incapacidade de en-

frentar os desafios; a média, pela oscilação do indivíduo entre o sentimento de aprovação e rejeição de si; a alta, pelo autojulgamento de valor, confiança e competência (Rosenberg, 1965, *cit. in* Sbicigo., Bandeira & Dell’Aglia, (2010).

Estabelecendo uma maior distinção entre a elevada e a baixa autoestima, Rosenberg, em 1986 (*cit. in* Cruz 2009), considera que se fala da primeira quando o sujeito se respeita a si próprio, se considera digno e respeitável, não querendo dizer que se considera mais ou melhor que os outros, apenas não se considera pior, aceita as suas limitações, almejando desenvolver-se e aperfeiçoar-se.

Advoga Carl Rogers, (1961 *cit. in* Stantrock, 2010), que a razão principal para os indivíduos terem baixa autoestima advém do facto de não terem tido adequado apoio emocional e aprovação social, sendo a família a principal fonte de apoio estável, num processo dinâmico que se opera desde a infância (1989 *cit. in* Monteiro *et al.*, 2012).

Contudo, a conceptualização da autoestima como traço estável da personalidade ou como estado concretamente ligado ao contexto (Heatherton & Wyland, 2003 *cit. por* Bandeira & Hutz, 2010) conhece controvérsias. Alguns veem-na como traço resultante de estabilidade durante certo período de tempo, podendo ser considerada estável, dado que construída paulatinamente ao longo do tempo, através de vivências pessoais de sucesso. Outros apontam para uma classificação variável, com a certeza de que a autoestima pode ser momentaneamente manipulada ou afectada (Bandeira & Hutz, 2010). Autores como Harter & Whitesell (2003 *cit. in* Sbicigo e Bandeira & Hutz, 2010) veem-na como um estado que estimula uma resposta a uma determinada situação. Outros ainda sugerem que o desenvolvimento deste predicado é descontínuo, ao invés de um seguimento estável ao longo do ciclo vital (Cole & Cols., 2001 *cit. in* Sbicigo., Bandeira & Hutz, 2010), pois apresenta altos e baixos, revelando-se nos acontecimentos psíquico-fisiológicos, emitindo sinais detetáveis em vários graus (García del Cura, 2001 *cit. in* Mosquera *et al.*, 2006).

De acordo com Cruz (2009), quatro princípios explicam o desenvolvimento da autoestima: (i) As percepções que pensamos que os outros realizam acerca de nós próprios; (ii) As comparações que acontecem nas interações sociais, desfavorecendo a autoestima sempre que a pessoa se subvaloriza em relação aos outros ou se considera diferente; (iii) A forma como a pessoa avalia as suas ações; (iv) A importância e o valor das várias dimensões do autoconceito para a pessoa.

Assim, a autoestima e o otimismo são fulcrais na formação da pessoa, pois que a torna capaz de enfrentar a adversidade. A resiliência é uma das principais características da boa autoestima, pois esta é corolário da boa percepção que essa pessoa possui do valor de si mesmo (Costa, 1999 *cit. in* Monteiro *et al.*, 2012). A autoestima elevada, segundo Turner & Roszell (1994) *cit. in* Vaz Serra & Pocinho (2001), ajuda a suplantar as implicações negativas aquando surgem acontecimentos desagradáveis.

A competência da autoestima, em termos de acontecimentos passados, capacidades atuais e perspectivas de futuro, consiste na capacitação de fazer uma avaliação valorativa e afetiva positiva de si próprio, distinguindo-se nesta aceção três elementos: (i) A apreciação da história pessoal: capacidade para valorizar os períodos da infância, da adolescência, da juventude, da origem social e familiar, dos acontecimentos mais marcantes e as pessoas mais significativas; (ii) A apreciação das próprias competências: capacidade para recordar os momentos em que teve êxito, em que desempenhou papéis importantes e recebeu elogios; (iii) A apreciação das perspectivas do futuro: capacidade para elaborar projetos pessoais e profissionais (Jardim & Pereira, 2006).

Reportando-nos a autores que aludem a autoestima global, Harter (1985) *cit. in* Cruz (2009) refere ser o resultado de uma soma de juízos de valor de uma dada pessoa, em vários domínios da existência, partindo do pressuposto de que todas as áreas têm igual peso ou importância para o sujeito. Rosenberg (1986) *cit. in* Cruz (2009) considera a autoestima global uma orientação geral, positiva ou negativa, rumo a uma atitude de aprovação ou de desaprovação, pelo que as denominações de autoestima e de autoestima global parecem deter significado semelhante, de acordo com a literatura consultada.

A construção da identidade na adolescência está relacionada com a autoestima, dimensão central e fundamental para a construção psicológica e social (Quiles & Espada, 2009). Nesta fase em que ocorrem tantas transformações, estas podem conduzir o adolescente a ter uma nova percepção de si próprio e da sua autoestima, também esta um conceito dinâmico, que nem sempre conduz a consensos.

Para Faria & Azevedo (2004), a diminuição da autoestima no início da adolescência advém dos ajustes identitários, resultado do desenvolvimento cognitivo da criança irrealista que procura ser e fazer igual ao adulto.

De acordo com Harrison, Fulkerson & Park (2000) *cit. in* Maldonado *et al.*, (2008) o início do consumo de tabaco durante a adolescência tem como consequência os

fatores de interação pessoal, interpessoal e social associados a um processo de imitação e reforço que pode eliminar, diminuir ou neutralizar o risco do seu uso.

Assim, nasceu a necessidade de estudar as competências sociais e individuais do adolescente, das quais destacamos a autoestima como fator protetor e capacidade facilitadora de resistência à pressão do meio envolvente. Um adolescente com bom nível de autoestima tem menor vulnerabilidade face à influência promovida pelos outros. Contudo, se a autoestima estiver esclerosada por acontecimentos negativos, pode provocar o aumento dos níveis de ansiedade e a necessidade de procurar alternativas para enfrentar a situação, mas de forma nociva para a saúde, como é o consumo de tabaco (López & Moreno, 2002).

Não existe para Baumeister, *et al.*, (2003) *cit. in* (Antunes *et al.*, 2006) um pensamento linear nos estudos sobre consumos de tabaco em adolescentes que apresentam comportamentos de risco ou não e a autoestima, nomeadamente a autoestima global.

Adolescentes com elevada autoestima, segundo Gerrard *et al.*, (2000), revelam que podem também ser vulneráveis aos consumos, pois recorrem a estratégias cognitivas. Neste seguimento, Caffray e Schneider (2000) referem que o fazem para justificar as consequências do seu uso, convencidos de que isso nunca lhes virá a acontecer.

Tanto na baixa como na alta autoestima, Wiers, *et al.*, (2005) aferiram que as estratégias cognitivas utilizadas pelos adolescentes justificam o seu comportamento e que os adolescentes com falta de sucesso a nível escolar, a nível social ou outra vertente evidenciam um comportamento de risco por poder considerar que mantêm a sua autoestima alicerçada em atitudes contrárias às estabelecidas.

Vários estudos (Freitas, 2003) evidenciam que, a maioria dos adolescentes fumam por comportamentos associados à baixa autoestima e à emancipação por imitação dos adultos. Todavia, e de acordo com Trzesniewski, Donnellan & Robins (2003), não se pode generalizar este comportamento, nomeadamente nos primeiros anos de adolescência.

O fenómeno do consumo de tabaco tem alargado o seu campo de ação em termos de população fumadora adolescente, associado especialmente ao aspeto físico (beleza), social (sucesso) e relacional (aceitação, afetividade). Estes fatores pessoais e interpessoais estão também relacionados com a autoestima, pelo que Navarro & Pontillo

(2002) consideram que os adolescentes que apresentam alta autoestima têm menos possibilidade de consumir tabaco do que aqueles que têm baixa autoestima.

Os estudos mostram que os adolescentes são um grupo vulnerável, no que concerne ao consumo de tabaco, pois menosprezam as suas consequências para a saúde, apesar de terem conhecimento de que o cigarro é responsável por elevado número de mortes no mundo. O seu consumo conhece o seu início durante a adolescência e está relacionado com fatores pessoais, sociais e interpessoais e é apreendido por imitação ou prática continuada (Maldonado, 2008).

A autoestima do adolescente que vive em relação com o meio envolvente constrói-se através da capacitação de resistir à pressão da família, amigos e companheiros no consumo de tabaco (Zhang, 1999) e da regulação da conduta com base no processo de autoavaliação.

Um dos fatores protetores na adolescência é um bom nível de autoestima, pois permite menor vulnerabilidade, logo, quanto menor é o consumo de tabaco maior é o nível de autoestima (Maldonado, 2008).

### 3.2 – Autoconceito e consumo de tabaco na adolescência

Em analogia com a abordagem que fizemos sobre a autoestima, iremos debruçar-nos sobre o que vários estudiosos pensam do autoconceito.

Estudado desde Sócrates e Platão, o autoconceito tem como grande impulsionador William James, havendo conhecido, ao longo da investigação levada a cabo por vários autores, designações sinónimas do termo, nomeadamente *self* e autoestima. Alguns consideram o *self* e autoconceito constructos diferentes, outros defendem ser sinónimos (Allport, 1943; Hilgard, 1949; Sarbin, 1954; Harter, 1983; Veiga, 1995; Veiga, 1995 *cit. in* Santos, 2009).

O autoconceito, para Gécas (1982) *cit. in* Vaz Serra & Pocinho, 2001), é “a percepção que o indivíduo faz de si próprio como ser físico, social e espiritual ou moral”, e advoga ser importante distinguir os conteúdos que abarcam a identidade da pessoa das dimensões avaliativas e emocionais, a autoestima (Santos, 2009, p. 4 e 5).

Várias definições de autoconceito surgem na literatura, não havendo uma que seja considerada “universalmente” aceite ou única (Valente, 2012).

No dizer de Faria & Fontaine (1990) *cit. in* Nunes (2010), o autoconceito é a percepção que a pessoa tem de si mesma, sendo que, mais especificamente, corresponde às atitudes, aos sentimentos e ao autoconhecimento do sujeito acerca das suas capacidades, competências, aparência física e aceitação social.

Referem Shalvelson & Stanton (1976) *cit. in* Henriques (2009) que embora nem todas as crenças apresentem o mesmo significado ou importância, por norma a pessoa cria várias opiniões acerca de si e que, existindo uma ação exterior sobre as mesmas, de acordo com a importância lhes atribuí, pode considerá-las uma ameaça ou entender que as mesmas são passíveis de alteração. Concomitantemente, a percepção que a pessoa tem de si própria, aliada ao conhecimento das suas capacidades, competências, aparência e aceitabilidade social podem ter influência no seu comportamento e na sua ação, influenciando a forma como a pessoa se percebe.

De acordo com Shalvelson & Bolus (1982) *cit. in* Henriques (2009) a definição operacional de autoconceito formada por interações estabelecidas permitem a autoavaliação de certos comportamentos, face a uma situação, de molde a constatar quais os mais adequados, para posterior aplicação em novas situações de socialização, que evoluem, de forma crescente, da infância à idade adulta, multifacetando o autoconceito.

Outra conceptualização de autoconceito apresenta-se como um conjunto de percepções que a pessoa tem de si e dos outros em relação a si, entendendo que ela pode apresentar comportamentos/emoções diferentes em diferentes contextos (Veiga, 1995 *cit. in* Henriques, 2009).

No presente trabalho, Vaz Serra, um dos investigadores do autoceito, assume particular relevância, pois a “Escala de autoconceito” será objeto através do qual faremos recolha de dados.

Para Vaz Serra (1986a), o autoconceito é a percepção que a pessoa tem de si nas várias dimensões: social, emocional, física ou académica, sendo a sua noção baseada em fundamentos teóricos concebidos pela pessoa na interação com o meio, pelo que esta autoconstrução espelha a percepção da sua imagem sobre os outros e a forma como os outros a julgam. O autoconceito positivo ajuda a pessoa a ter uma percepção positiva de si e a considerar os outros de forma menos ameaçadora, pois faz uso das estratégias de *cooping* mais adequadas, que a levam a sentir-se melhor consigo e com os outros, com

forte influência na vida quotidiana, em particular nas manifestações inadequadas de comportamento (*cit. in Santos (2009)*).

No desenvolvimento da noção de autoconceito, Vaz Serra & Pocinho (2001) aludem que aquele viabiliza a compreensão de cinco importantes aspetos do comportamento humano: a continuidade, a identidade pessoal, a consistência, a coerência e a razão pela qual a pessoa obstaculiza ou coadjuva determinados comportamentos. No que à formação do autoconceito diz respeito, os mesmos autores reportam a existência de quatro fatores: o modo como a pessoa é reputada pelas pessoas significativas do seu ambiente, o retorno do seu desempenho, a comparação que estabelece entre o seu comportamento e o dos pares sociais e o julgamento que faz do seu comportamento, com base nas normas estabelecidas pelo grupo ao qual está vinculado.

O autoconceito é um constructo psicológico associado ao sucesso escolar, desportivo e profissional (Peixoto & Almeida, 2011). Em contexto escolar, contribui para uma maior motivação e compromisso nas decisões e aspirações pessoais (Choi, 2005; Marsh & Craven, 2005).

O estudo de Peixoto e Almeida, sobre a organização hierárquica do autoconceito na adolescência, corrobora a existência de uma estrutura hierárquica do mesmo com “três fatores de segunda ordem próximos dos propostos por Song e Hattie (1984)” (Peixoto & Almeida 1999, *cit. in Peixoto & Almeida, 2011, p.534*). O primeiro foi considerado como autoconceito de apresentação (aparência física, atração romântica e competência atlética; o segundo, autoconceito académico (competência matemática e da língua materna); o terceiro, autoconceito social (aceitação social e amizades íntimas), sendo os dois últimos fatores de importância relevante na aquisição de competências interpessoais.

Na nossa perspetiva, o modelo que mais se adequa aos resultados deste estudo subdivide o autoconceito académico em autoconceito verbal e autoconceito matemático.

Segundo o mesmo estudo (Peixoto & Almeida 1999, *cit. in Peixoto & Almeida, 2011*), na adolescência a perceção da adequação do comportamento depende da apreciação dos pares e está relacionado com as competências e o sucesso académico, bem como com o autoconceito social.

Reportando-se ao autoconceito global, adiantam que as dimensões académicas apresentaram menor relevância do que a importância crescente dos pares na adolescência

cia. O autoconceito de apresentação compreende as dimensões de aparência física, atração romântica e competência atlética, relacionadas com a popularidade e aceitação dos pares, pelo que está fortemente relacionado com o autoconceito global, podendo ser explicado por “nele estar incluída a autoavaliação da aparência física, dimensão que habitualmente apresenta fortes correlações com a representação global acerca da própria pessoa” (Peixoto & Almeida, 2011, p.539). Apontam também que o autoconceito apresenta hierarquia organizada nos alunos com sucesso e nos alunos com insucesso, pois a relação entre o autoconceito académico matemático e a autoperceção de competência escolar e a relação entre a dimensão comportamento e as dimensões de autoconceito académico apresentam valores mais elevados para os discentes com sucesso, enquanto a relação entre a dimensão comportamento e o autoconceito social mostra valores mais elevados nos aprendentes com insucesso.

No estudo realizado em Espanha por Pastor, Balaguer & García-Merita (2013), sobre a percepção dos mecanismos que levam à aquisição de estilos de vida na adolescência, utilizaram um modelo que analogamente relaciona as relações do autoconceito pessoal com as condutas de saúde entre os adolescentes, relacionando três tipos de variáveis: sociodemográficas (sexo) e comportamentos (consumo de tabaco, álcool e de cannabis); prática de desporto e consumo de alimentos (saudáveis ou não); e, dimensões do autoconceito (aceitação social, amizade íntima, adequação conceptual, competição académica, disputa desportiva e aparência física). Os resultados, segunda as autoras, evidenciam semelhanças em ambos os sexos; indicam adequação de comportamentos inerentes à dimensão do autoconceito (conjunto de imagens, pensamentos e sentimentos que têm de si), que predizem, em média, o consumo de substâncias (tabaco, álcool e cannabis) e de alimentos prejudiciais à saúde. Aferiram que os rapazes se sentem mais aceites pelos companheiros (amigos ou colegas de turma), mais populares (têm muitos amigos) conquistam facilmente o afeto e consomem tabaco e cannabis com maior frequência. Por sua vez, as raparigas mostram que têm uma percepção de aceitação social alta, consomem tabaco e álcool frequentemente, mas não consomem cannabis, contudo as que apresentam valores elevados no item “amizade íntima” consomem mais Cannabis e, não tanto, tabaco nem álcool. Estas propensões são, também observadas em adolescentes que têm menor competitividade escolar, pois acreditam que o seu comportamento não é adequado, assim como não se estão a esforçar, como se esperaria. Como possível explicação para estes resultados, as investigadoras, alvitram uma analogia com

o consumo de substâncias de risco para a saúde, uma vez que pode ser uma prática aceita e até normativa, nos grupos de adolescentes que recebem a aprovação e a amizade dos seus companheiros (Pastor, Balaguer, & García-Merita, 2013).

Ao referenciarmos a adolescência como uma etapa de suma importância na transição da infância para a idade adulta, ressaltamos este momento de destrição da personalidade em formação, fortemente influenciável pelas pessoas mais próximas, como os pares que fumam e exercem forte domínio na decisão de consumo de tabaco, convidando casualmente à experimentação, que com o passar do tempo se transforma num hábito incorporado nas rotinas diárias do adolescente (Silvia, *et al.*, 2011).

#### 4 – Conhecimentos de hábitos tabágicos dos adolescentes

O conhecimento, como bem inerente ao ser humano, advém das relações dinâmicas e vitais que este tem com o meio que o envolve e lhe dá a capacidade de agir. Mas o que recebemos do meio num primeiro momento é a informação não o conhecimento. A informação só se torna conhecimento quando lhe damos valor e sentido.

É, pois a partir das nossas observações e análises que criamos conceitos imbuídos nos valores e cultura sociais com a finalidade de explicarmos algo que experimentamos e analisamos, a práxis.

Para afirmarmos que estamos perante o conhecimento de algo, emergimos numa dinâmica que nos permite compreender, de forma mais simples ou complexa, a dualidade sujeito-objeto, pois um não existe sem o outro, uma vez que o sujeito apreende o objeto, enquanto este se deixa apreender, dando-lhe conteúdo e forma. Para acontecer a apreensão, o sujeito sai de si mesmo para a esfera do objeto, transcendendo-se, mas regressando a si mesmo, enquanto o objeto permanece inalterável. Tanto o sujeito como o objeto conservam a sua autonomia, sustentados pela dialética permanente, enquanto o sujeito inicia um processo para alcançar o conhecimento. Este vínculo reestrutura a visão os diversos saberes

Para entendermos o conceito de conhecimento, temos que ter presentes as suas vertentes empírica, filosófica, teológica e científica. Todo o ser humano, na sua relação diária com o mundo, absorve espontaneamente, de forma gradativa e sem preocupação, o conhecimento aludido de senso comum, sensorial e cultural. Todavia, o conhecimento filosófico surge dessa mesma relação do homem com o mundo, mas de forma dinâmica,

intelectual, racional, numa atitude reflexiva e crítica que pretende dar respostas ao porquê do alfa e do ómega de todas as coisas e da própria coisa em si. O conhecimento teológico tem como objeto verdades absolutas, segundo as quais só a vivência pessoal da fé pode explicar, inserido em crenças, no sagrado ou religião imbuída dos valores perenes. Contudo, o conhecimento científico tem como método a verificação através da investigação, da experiência e da confirmação das provas, alicerçadas em leis válidas universalmente e teorias demonstráveis, mas ainda não experienciáveis.

Assim, o valor do conhecimento depende do sujeito inserido numa dimensão sociocultural, da sua capacidade de aplicar a informação valorada e adquirida nas suas experiências, transformando e interiorizando as competências de realização pessoal.

Centremo-nos no grupo dos adolescentes. Do nosso conhecimento empírico verificamos que as escolas e as novas tecnologias lhes trouxeram um manancial de informação que, muitas vezes, não conseguem transformar em saber. Mergulhados na informação, estão perante o conhecimento de riscos associados a hábitos tabágicos, que se adquirem na fase da adolescência (Precioso, 1999), mas não lhe dão a importância de problema, pois começam por não reconhecer o tabaco como uma droga que provoca dependência, nem um problema público de fumadores passivos (Martinet e Bohadana, 2003).

Contudo, têm consciência dos riscos que estão associados ao tabaco, mas sobrevalorizam a sua capacidade para experimentar e deixar de fumar, pois não têm o conhecimento dos valores de dependência (Martinet & Bohadana, 2003), uma vez que ao fumar o cigarro, a nicotina, seu principal constituinte, afeta o cérebro nos 10 a 20 segundos ulteriores (Lebargy, 2003) *cit. in* Silva, H. (2011). Perante a generalização da informação nos meios de comunicação, torna-se difícil compreender o elevado número de casos de morbilidade e mortalidade, a não ser pela eficácia da dependência.

Os números do Programa Nacional Para a Prevenção e Controlo do Tabagismo, mundialmente e na União Europeia, fazem-nos refletir na pertinência e urgência de prevenir e controlar “a primeira causa evitável de doença e de morte prematura nos países desenvolvidos, ... contribuindo para seis das oito primeiras causas de morte a nível mundial” (PNPCT, 2012, p.1), por ano. Cerca de 5,4 milhões de pessoas fumadoras ou ex-fumadoras, das quais 650 000 da União Europeia, e 600 000 fumadores passivos, dos

quais 19 000 também da União Europeia, morreram anualmente, podendo a farsquia vir a atingir os 8 milhões nos próximos vinte anos.

Portugal, no ano de 2004, estimou que o consumo de tabaco foi responsável por cerca de 10% do total das mortes, associadas a várias doenças.

O Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006, realizado em Portugal, revelou uma prevalência de fumadores diários e ocasionais de 20.9%, com 15 ou mais anos (30.9% rapazes e 11.8% raparigas). A percentagem daqueles que deixaram de fumar foi de 16.1%.

Em São Salvador da Baía, numa amostra de 5.347 alunos (61.2%), experimentaram cigarros antes dos 15 anos de idade (média  $13.9 \pm 1.8$  anos). A prevalência de experimentação do cigarro foi de 61.1%, justificada pela associação do tabagismo paterno, dos amigos fumadores e do namorado, assim como pela influência dos meios de comunicação social (Neto, Andrade, Napoli, Abdon, Garcia & Bastos, 2010).

Com uma amostra representativa de adolescentes com 18 anos, o Instituto da Droga e Toxicodpendência efetuou em 2011, no ensino público, o Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas/European School Survey on Alcohol and other Drugs (ECATD/ESPAD - Portugal). No que concerne ao tabaco responderam já ter consumido 64.6% dos rapazes e 64.9% das raparigas.

Em 2012, um estudo do Eurobarómetro sobre atitudes dos europeus face ao tabaco aferiu que 23.0% dos inquiridos eram fumadores e 15.0% deixaram de fumar. Dos inquiridos em Portugal, fumadores ou que já tinham deixado de fumar, 22.0% iniciaram este hábito com menos de 15 anos e 6.0% começaram a fumar regularmente depois dos 25 (PNPCT, 2012).

Como fumar é um ato adquirido pela aprendizagem do conhecimento sensorial provindo do meio sócio cultural no qual o adolescente está inserido, sem reflexão sobre o ato em si, mas inquieto com a possibilidade de inclusão no grupo de pares em meio escolar ou lúdico, constatamos a necessidade de continuar a investir na prevenção do consumo para reduzir em 2.0%, a prevalência do consumo de tabaco diário ou ocasional, na população com 15 ou mais anos, até 2016. Paralelamente, com reforço nas estratégias de promoção de cessação como modo de reduzir a prevalência de consumidores, urge controlar a “epidemia tabágica” nas crianças e adolescentes e eliminar a exposição ao fumo ambiental, mormente nestas idades de assimilação das mais diversas aprendi-

zagens com informações dúbias advindas de comportamento adquiridos como naturais, por parte dos adultos. (PNPCT, 2012).

**2.ª PARTE – Estudo Empírico**

## 1 – Metodologia

Alicerçada no quadro teórico desta investigação, e com base nos procedimentos metodológicos inerentes, pretendemos compreender a magnitude dos hábitos tabágicos dos adolescentes no que concerne a conhecimentos e consumos.

Neste capítulo iremos descrever os procedimentos metodológicos perfilhados nesta investigação, que compreendem os métodos (questões de investigação, objetivos, tipo de estudo), os participantes, os instrumentos, os procedimentos formais e éticos e os procedimentos estatísticos como ferramentas facilitadoras no caminho para o conhecimento da realidade (Lakatos & Marconi, 2007) dos hábitos tabágicos dos adolescentes.

### 1.1 – Métodos

A pandemia tabágica no século XXI, se não for contida, poderá causar a morte a mil milhões de pessoas (WHO, 2008). A mortalidade por consumo de tabaco, de acordo com os dados da Organização Mundial de Saúde (2008) e da Comissão Europeia (2009), estimou-se em 5.4 milhões de pessoas no mundo, 650 000 pessoas na União Europeia e mais de 10 000 em Portugal (WHO, 2012).

A Comissão Europeia, em 2012, apresentou, no Eurobarómetro, estudos que apresentam uma população de 28.0% de estudantes com 15 anos ou mais que consomem tabaco, mas cujos valores são díspares, sendo o mais elevado na Grécia (40.0%) e o mais baixo na Suécia (13.0%), permanecendo em 23.0% em Portugal e na Eslováquia (Eurobarómetro, 2012).

O Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (PNPCT, 2013) dá-nos a conhecer que a Europa foi um dos continentes em que se registou maior índice de mortalidade imputado ao consumo de tabaco (16.0%), sendo maior a percentagem nos homens (25.0%). Os valores em Portugal revelam que o consumo de tabaco é responsável por uma morte em cada 10 óbitos adultos. Todavia, este valor é mais preocupante na faixa etária entre os 45 e os 59 anos, pois a estimativa é de uma morte associada ao tabaco em cada quatro pessoas (WHO, 2012).

Os custos associados ao consumo de tabaco nos tratamentos de cancro, de doenças cardiovasculares e respiratórias, no ano de 2007, no sistema de saúde português,

rondaram os 126 milhões de euros em internamentos e 363 milhões de euros em regime ambulatorio, sem incluir os gastos diretos das famílias na obtenção de medicamentos, tratamentos, transportes, produtividade e absentismo (PNPCT, 2013).

Os resultados obtidos por Feijão (2011) revelam que as percentagens mais elevadas, relativas à experiência de fumar dos estudantes, rapazes e raparigas, ocorreram no 3.º Ciclo e Ensino Secundário nas regiões dos Açores, Madeira e Alentejo. As raparigas apresentam maior percentagem na experimentação do tabaco nas regiões do Algarve, Lisboa, Vale do Tejo e Alentejo, tanto no 3.º Ciclo como no Secundário.

Os dados do Eurobarómetro de 2012 indicam que o início do consumo de tabaco pelos portugueses ocorreu, em mais de 90.0% dos casos, em jovens com menos de 25 anos. A idade média de início de consumo de tabaco foi de 17.7 anos, semelhante à percentagem da União Europeia (PNPCT, 2013). Dos dados recolhidos também se aferiu que 82.0% dos estudantes começaram a fumar porque os amigos fumavam, enquanto 6.0% consumia porque os pais eram fumadores; 19.0% gostaram do sabor e do aroma do cigarro e 10.0% consideraram que o tabaco é “economicamente acessível” (Eurobarometer, 2012). No que concerne à facilidade de aceder ao tabaco, os estudantes entre os 13-15 anos consideraram ser “fácil/muito fácil” a sua obtenção, apesar da interdição da lei a menores de 18 anos (Feijão, 2011).

Os estudos do IDT/SICAD, realizados em contexto escolar público (2012), referem que a maioria dos adolescentes portugueses começou a fumar entre os 13 e os 16 anos, sendo de salientar que 15.0% dos rapazes e 8.0% das raparigas começaram a fumar com menos de 11 anos. Os estudantes com 18 anos relataram que fumaram pela primeira vez com idades compreendidas entre os 15 e os 16 anos. Destes, 34.0% eram rapazes e 38.0% raparigas (DGS, 2013).

A prevalência de consumo e a experiência de tabaco dos estudantes do 3.º Ciclo e Secundário em Portugal, firmados nos Inquéritos Nacionais em Meio Escolar, revelam um decréscimo entre 2001-2011, mas com a ressalva de um acréscimo de 2006 para 2011. No 3.º Ciclo, em 2011, 49.0% (rapazes) e 38.0% (raparigas) declararam ter consumido alguma vez tabaco. Considerando a percentagem das raparigas de 2006 - 35.0%, constatamos que houve, em paralelo com o ano de 2011, um acréscimo de 3.0%. Na condição - ter consumido no último ano, damos conta de um decréscimo de 36.0%, (2001) para 28.0% (2011) dos estudantes do 3.º Ciclo, que afirmaram consumir, mas

com acréscimo de 6.0%, relativamente a 2006. Os discentes que referiram ter fumado pelo menos uma vez no último mês apresentaram uma prevalência de 19% em 2001, 15.0%, em 2006 e 18.0% em 2011. No Secundário, os estudantes que afirmaram ter consumido alguma vez apresentaram uma ligeira diminuição na primeira metade da década, 70.0% (2001) e 64.0% (2011). Contudo, em 2006, atingiu o percentual de 55.0%. No item ter consumido no último ano tabaco, a percentagem, em 2001, era de 49.0% e em 2011 de 48.0%, ou seja, um acréscimo de 14.0% relativo a 2006. Os discentes do Secundário que consumiram pelo menos uma vez no último mês anterior ao inquérito tinham uma prevalência de 32.0% em 2001, 24.0%, em 2006 e 36.0% em 2011 (IDT, 2011). Em Portugal, a Saúde Escolar tem sido crucial desde o seu início - 1901, pois evoluiu sujeita a reformas e projetos, unificada pelo Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE), que sempre considerou que a escola tem um papel primordial na promoção da saúde. As escolas promotoras de saúde sempre manifestaram uma abordagem dinâmica na prevenção e promoção da saúde, operacionalizando competências e projetos que objetivam formar jovens empreendedores na literacia de comportamentos saudáveis (PNSE, 2014).

No momento histórico em que vivemos, do acesso a meios tecnológicos de informação que nos fazem chegar cada vez mais longe, associado à realização de um trabalho pertinente, continuado e transversal que envolve a família, a saúde, a escola, a economia, a sociedade, com base em legislação, resultado de múltiplos estudos, planos, projetos e programas locais, regionais, nacionais, enfim global, continuamos agrilhoados ao flagelo do consumo de tabaco que tantas vidas ceifa ou deixa com qualidade de vida reduzida, por opção dos próprios ou pelas circunstâncias de fumadores passivos, alguns desde que nascem. Foi com esta preocupação que nos envolvemos neste estudo e, para aprimorar a compreensão do mesmo, considerámos imprescindível formular algumas questões de investigação que a seguir se apresentam e que nos orientam na recolha de informação a ser realizada e definem a abrangência do *corpus* de dados para a resolução de um problema: (i) Que variáveis sociodemográficas e de contexto familiar influenciam os conhecimentos e o consumo de tabaco dos adolescentes que frequentam o Ensino Secundário?; (ii) Qual o impacto das variáveis de contexto escolar e estilos de vida nos níveis de conhecimento e consumo de tabaco dos adolescentes que frequentam o Ensino Secundário?; (iii) Que relação existe entre as variáveis de contexto psicológico (autoestima e autoconceito) e os conhecimentos e consumo dos adolescentes que fre-

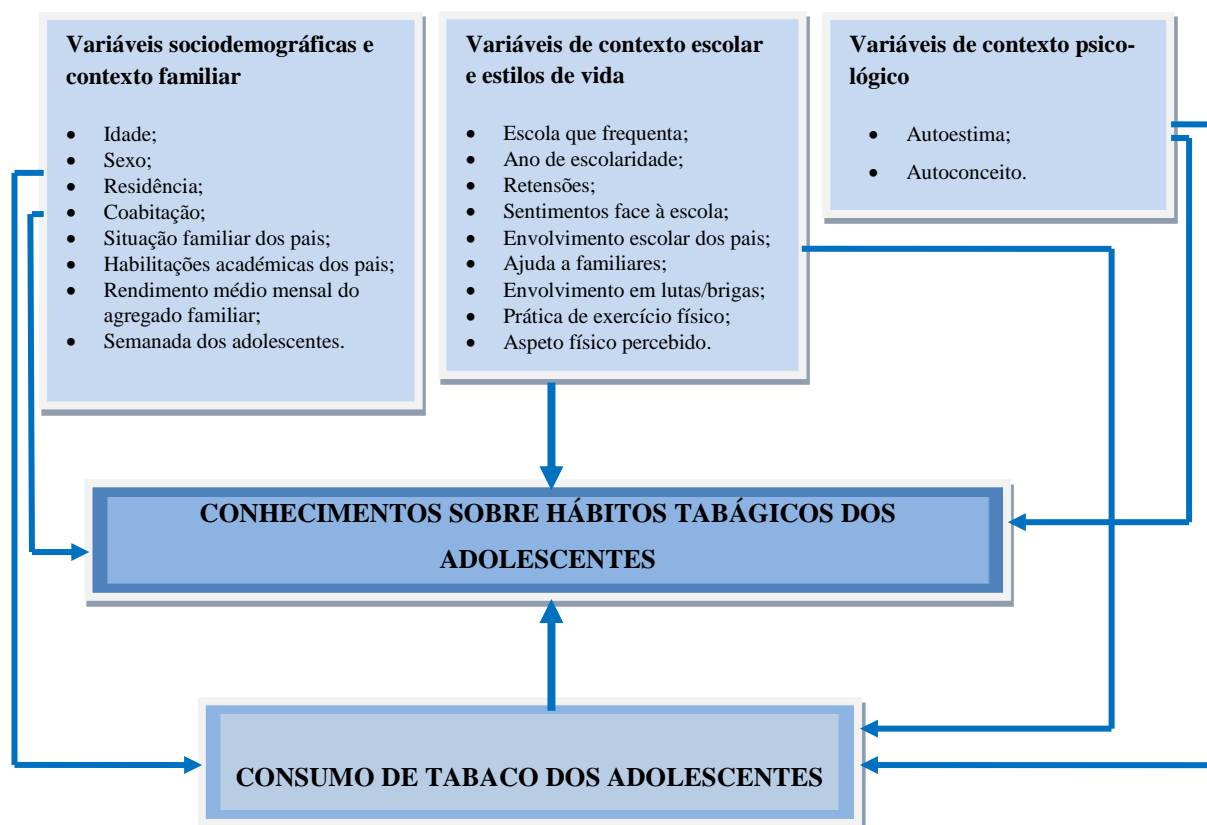
quentam o Ensino Secundário?; (iv) Que atitudes influenciam os conhecimentos e consumo de tabaco dos adolescentes que frequentam o Ensino Secundário?.

Ao delinear a pesquisa, e no sentido de dar resposta às questões formuladas, elaborámos os seguintes objetivos: (i) Identificar as variáveis sociodemográficas e de contexto familiar que influem nos conhecimentos e consumo de tabaco dos adolescentes que frequentam o Ensino Secundário; (ii) Estimar o impacto das variáveis de contexto escolar e estilos de vida nos conhecimentos e consumo de tabaco dos adolescentes que frequentam o Ensino Secundário; (iii) Analisar a relação entre as variáveis psicológicas (autoestima, autoconceito) e os conhecimentos e consumo de tabaco dos adolescentes que frequentam o Ensino Secundário; (iv) Identificar as atitudes que influem nos conhecimentos e consumos dos adolescentes que frequentam o Ensino Secundário.

O estudo que delineamos para a consecução das questões e objetivos formulados está elaborado com base nos pressupostos de um estudo quantitativo, não experimental, transversal, descritivo/correlacional e analítico; utiliza o método da análise quantitativa, uma vez que se pretende garantir a precisão dos resultados, evitando distorções de análise e interpretação; é um tipo de investigação não-experimental, uma vez que não existe manipulação das variáveis em estudo; é um estudo transversal, na medida em que mede a frequência do aparecimento de um acontecimento ou de um problema na amostra, num período temporal bem delimitado; é, ainda, um estudo analítico, descritivo e correlacional, uma vez que o seu objetivo, para além da análise e descrição das relações entre as variáveis, analisa e explica a relação entre as mesmas, com a finalidade de aferir as relações causais entre as variáveis sociodemográficas de contexto escolar e estilos de vida, de contexto psicológico face aos níveis de conhecimentos e consumo de tabaco dos adolescentes do Ensino Secundário que frequentam escolas do distrito de Viseu.

A construção do quadro teórico e a articulação das variáveis em estudo está desenhada no seguinte modelo de representação esquemática (**cf. fig.1**).

Figura 1– Esquema conceptual da investigação



## 1.2 – Participantes

Para o presente estudo recorreremos a uma amostra não probabilística, intencional por conveniência, composta por 971 alunos dos 10.º, 11.º e 12.º anos da Escola Secundária com 3.º Ciclo de Tondela, da Escola Profissional de Tondela e da Escola Secundária Emídio Navarro de Viseu. Dos 1200 questionários entregues nas referidas escolas, foram validados 971, com uma taxa de resposta de 80.9%, distribuídos da seguinte forma: 375 no 10.º ano, 306 no 11.º ano e 290 no 12.º ano.

Consideramos ser esta suficientemente elevada, porquanto, para um nível de confiança a 95.0% e com um erro de amostragem (intervalo de confiança) de 3.0%, o tamanho da amostra ajustado para uma população finita seria de 566, isto é, cerca de 47.0% do total da população.

Por outro lado, face à amostra obtida (971) com um intervalo de confiança de 95.0%, a margem máxima do erro de amostragem corrigida para o nosso estudo é de 1.37.

Como critérios na escolha e seleção da amostra, consideramos todos os estudantes que se encontravam em sala de aula no momento do preenchimento do questionário e que tinham consigo a respetiva autorização dos encarregados de educação ou tivessem 18 ou mais anos.

### **1.2.1 – Caracterização socioespacial do estudo**

O enquadramento socioespacial da amostra centra-se na Escola Secundária com 3.º ciclo de Tondela, na Escola Profissional de Tondela e na Escola Secundária Emídio Navarro, em Viseu.

#### **Escola Secundária com 3.º Ciclo de Tondela**

Tondela é sede de concelho de 26 freguesias do distrito de Viseu, tem (2011) uma área geográfica de 371.22 km<sup>2</sup> e uma população de 28946 mil habitantes (Wikipédia, 2013).

A história do concelho de Tondela tem um capítulo que inclui a educação como uma mais-valia que se ajustou à sua população e respetivas necessidades ao longo dos tempos, particularmente após o 25 de abril de 1974. Com a democratização, o contexto de desenvolvimento social, económico e cultural e a exigência de equipamentos escolares ajustados às necessidades, a Escola Secundária de Tondela conheceu o seu funcionamento no início de setembro de 1987 (MFEIC, 1975).

Em 2001, o nível de escolaridade do concelho era muito baixo, com uma taxa de analfabetismo de 10.4 %, pois 59.0% da população não tinha qualquer nível de escolaridade ou tinha apenas o equivalente ao 1.º Ciclo do Ensino Básico. Apenas 11.0% da população do concelho tinha concluído o Ensino Secundário e 7.0% possuía habilitações académicas médias e superiores.

Aquando da realização do estudo, uma das preocupações da Escola era a fraca participação por parte dos pais e encarregados de educação, salientando-se que a maioria são mulheres. A associação de encarregados de educação está representada nos órgãos da escola, dos quais fazem parte, e não há associação de estudantes. O aproveitamento escolar médio global situa-se entre os 70.0% - 80.0%. Não estão padronizados

registos significativos por ano de escolaridade ou curso, contudo o aproveitamento é maior no Ensino Básico do que no Ensino Secundário.

Este estabelecimento de ensino visa o desenvolvimento integral dos estudantes, nas vertentes: intelectual, física e social. Dos objetivos propostos pelo Regulamento Interno, destacamos dois, que consideramos relacionados com as variáveis que integram o atual estudo:

- Promover a formação de cidadãos esclarecidos, responsáveis, autónomos e criativos;
- Maximizar a cooperação entre os diversos intervenientes no processo educativo (EST, 2012).

A Escola Secundária com 3.º Ciclo do Ensino Básico de Tondela, no ano letivo de 2011/2012 - ano da recolha de dados - tinha 745 alunos, dos quais 421 estavam inscritos no Ensino Secundário. No ano de 2012, a Escola agrupou, pelo que ficou inserida no Agrupamento de Escolas de Tondela Tomaz Ribeiro.

### **Escola Profissional de Tondela**

De acordo com o Decreto-Lei n.º 70/93, de 10 de março, foi criada a Escola Profissional de Tondela, em regime de contrato – programa com o Ministério da Educação, homologado em 29 de julho de 1993. Mais tarde, adaptou-se ao regime legal, de acordo com o Decreto-Lei n.º 4/98, de 8 de janeiro, e tornou-se num estabelecimento de ensino que integra o ensino de Escolas Técnicas Profissionais.

Com suporte no primeiro artigo do Regulamento Interno 2010/2013 da Escola Profissional e com o intuito de conjugar os interesses e as necessidades de formação emergentes do tecido socioeconómico e cultural da região Dão Lafões, aquela tinha como objetivo prioritário a articulação de competências profissionais e pessoais com o mundo do trabalho (EPT, 2013).

No ano letivo de 2011/2012, frequentaram a escola 356 alunos, dos quais 329 estavam inscritos no Ensino Secundário.

### **Escola Secundária Emídio Navarro de Viseu**

A Escola Secundária Emídio Navarro tem dois séculos de história. A 9 de dezembro de 1898, nasceu com o nome de Escola de Desenho Industrial de Viseu, havendo-se iniciado a lecionação em janeiro de 1900. No dia 31 de agosto de 1915, denomi-

naram-na de Escola Industrial e em 1926 passou a intitular-se Escola Industrial e Comercial de Viseu, por fusão das Escolas Industrial e Comercial, tendo esta sido criada em 1918. Em 1930 voltou a ser alterada a sua designação para Escola Industrial e Comercial Dr. Azevedo Neves. Retornou à denominação anterior em 1948 e em 29 de outubro de 1979 recebeu o título atual - Escola Secundária Emídio Navarro (ESEN, 2013).

Com a extinção do Ensino Técnico, a ESEN adotou as regras gerais da política educativa de uniformização do currículo nacional, o que determinou reformas estruturais, transformando-a numa instituição de currículos diversificados. As alterações do sistema educativo permitiram retomar a sua oferta educativa, lecionando os vários níveis de ensino, os cursos de formação de adultos, centrando-se a sua ênfase sobretudo nos cursos técnico-profissionais e cursos tecnológicos (ESEN, 2013).

Localizada no interior da urbe, a Escola cobre uma população preponderante do meio rural com estratos socioeconómicos e escolares baixos. No ano letivo de ,2011/2012, a escola teve uma população total de 1120 alunos, sendo 928 discentes do Ensino Secundário.

### 1.2.2 – Caraterização sociodemográfica e de contexto familiar

Para caraterizar a amostra estudámos as variáveis idade, sexo, residência, coabitação, situação familiar dos pais, habilitações académicas destes, rendimento mensal do agregado familiar e semana dos adolescentes.

#### Idade

Na **tabela 1** estão apresentadas as estatísticas relativas à idade dos participantes do nosso estudo - entre os 14 e os 21 anos, com uma média de 16.80 anos e um desvio padrão de 1.38 anos. A média de idades no sexo masculino ( $\bar{x}=16.84$  anos  $\pm$  1.41 dp) é superior à do sexo feminino ( $\bar{x} = 16.76$  anos  $\pm$  1.35 dp), não sendo as diferenças estatisticamente significativas ( $t=-0.882$ ;  $p=0.378$ ).

O teste de *Kolmogorov-Smirnov (K/S)* não apresenta uma distribuição normal, o que é comprovado pelas medidas de forma que revelam curvas enviesadas à esquerda, embora se apresentem normocúrticas. Os coeficientes de variação (CV) são sugestivos de uma dispersão fraca, uma vez que apresentam valores inferiores a 15.0%.

**Tabela 1** – Estatísticas relativas à idade em função do sexo

Sexo	N	Min.	Max.	$\bar{x}$	Dp	CV%	Sk/erro	K/erro	K/S
Masculino	493	14	21	16.84	1.41	8.37	5.500	0.682	0.000
Feminino	478	14	21	16.76	1.35	8.05	6.161	2.484	0.000
<b>Total</b>	971	14	21	16.80	1.38	8.21	8.282	2.096	0.000

Embora a amplitude de variação da idade se situe nos 7 anos, procedemos ao seu agrupamento em classes homogêneas, com base nas frequências absolutas, cujos resultados se apresentam na **tabela 2**. O grupo mais representativo tem idade igual ou inferior a 16 anos (43.4%), seguido do grupo dos estudantes de 17 anos com 30.3%, figurando com idade igual ou superior a 18 anos, 26.4% da amostra. Ao realizarmos a aplicação do teste de *qui quadrado*, verificamos que não existe relação estatisticamente significativa entre os grupos etários e o sexo ( $\chi^2 = 2.530$ ;  $p = 0.282$ ).

#### Área de residência

No que respeita à área de residência, verificamos que 66.4% dos estudantes são oriundos de áreas rurais, com percentuais similares para ambos os sexos. Os que residem em áreas urbanas correspondem a 33.6% da amostra total. O teste de *qui quadrado* não evidencia diferenças estatísticas entre as variáveis ( $\chi^2 = 0.563$ ;  $p = 0.453$ ).

#### Coabitação

Da totalidade dos participantes, 47.7% referem residir com os progenitores, sendo que 5 em cada 10 são rapazes e 4 em cada 10 são raparigas. Dos 34.4% que coabitam com os irmãos, o maior percentual recai sobre as raparigas. Com percentagens menos significativas encontramos os estudantes que coabitam com o pai ou mãe (10.0%), avós (4.7%) e outros familiares (1.8%). O teste de *qui quadrado* e os resíduos ajustados não apresentam significância estatística ( $\chi^2 = 5.011$ ;  $p = 0.415$ ).

#### Situação familiar dos pais

Para facilitar a análise estatística da variável em estudo (situação familiar dos pais), a mesma foi recodificada em três grupos distintos. O primeiro engloba os casados ou a coabitarem em união de facto, o segundo todos os solteiros, divorciados ou em

separação de facto e, na última categoria, agrupámos os que não se enquadram nas categorias acima descritas e que designamos por outros.

Salientamos que 84.6% dos estudantes mencionam que os seus pais se encontram casados ou a habitar em união de facto e 11.1% referem que os seus pais estão solteiros, divorciados ou se encontram em separação de facto. Salienta-se ainda os 4.3% dos estudantes que revelam que os pais têm outra situação familiar. Entre os grupos, as diferenças não são estatisticamente significativas ( $\chi^2 = 1.959$ ;  $p = 0.376$ ), cumprindo assim os pressupostos de independência entre as variáveis em estudo.

### **Habilitações académicas dos pais**

Recodificámos a variável habilitações académicas dos pais, constituindo quatro grupos distintos de escolaridade: (i) até ao 1.º, (ii) 2.º e 3.º ciclo; (iii) Ensino Secundário e (iv) Ensino Superior.

Tanto para o pai como para a mãe, os resultados evidenciam que a maioria tem como habilitações académicas os 2.º e 3.º Ciclos (45.3% vs 44.5%), encontrando-se o segundo maior percentual nos que possuem o 1.º ciclo (23.8% vs 20.8%), denotando estes resultados que os pais detêm uma baixa literacia, embora tenhamos em consideração que a maior parte das famílias são oriundas de zonas rurais. Acresce referir que apenas 6.5% dos pais possuem o Ensino Superior, valor inferior ao registado nas mães (12,8%) dos adolescentes.

A maioria das mães (44.5%) adquiriu escolaridade entre os 2.º e o 3.º Ciclos do Ensino Básico, mas apresenta percentagem muito próxima das escolarizadas com o 1.º Ciclo (20.8%) e as que obtiveram o Ensino Secundário (19.8%), salientando que apenas 12.8% obtiveram formação superior. O teste de *qui quadrado* não revela uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis ( $\chi^2 = 2.037$ ;  $p = 0.729$ ), quer para os pais, quer para as mães ( $\chi^2 = 5.756$ ;  $p = 0.218$ ).

### **Rendimento médio mensal do agregado familiar**

Das quatro opções de resposta relativas ao rendimento médio mensal do agregado familiar, procedemos à recodificação desta variável estabelecendo dois grupos. O primeiro agrega os que responderam possuir um rendimento baixo ou médio baixo e o segundo um rendimento mensal médio alto ou alto.

Pela **tabela 2** observamos que cerca de 6 em cada 10 estudantes (rapazes vs raparigas) classifica o rendimento mensal dos seus familiares como médio alto ou alto, enquanto 43.3% o categoriza como baixo ou médio baixo.

Também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ( $\chi^2 = 0.001$ ;  $p = 0.975$ ), pelo que podemos afirmar que existe independência entre as variáveis em estudo.

#### **Valor médio disponível semanalmente para gastos pessoais (semanada)**

Ainda para a caracterização da amostra, achamos pertinente incluir o montante semanal (semanada) que os estudantes auferem para gastos pessoais. Recodificámos a variável em três grupos: os que recebem um montante  $\leq 10.00\text{€}$ , os que recebem o valor  $>10.00\text{€}$  e  $\leq 25.00\text{€}$  e os que recebem valor  $> 25.00\text{€}$ .

Com base nos dados, verificamos que 69.0% dos estudantes afirmam receber semanalmente até 10.00€ e 23.9% o montante entre os 10.00€ e os 25.00€. Para 7.1% dos participantes no estudo, o valor disponível para gastos semanais é superior a 25.00€, o que nos parece uma quantia muito elevada, dadas as médias de idades da amostra. Entre os grupos em estudo, encontramos significância estatística ( $\chi^2 = 19.955$ ;  $p = 0.000$ ) que ocorre nas raparigas com semana de 10.00€ ou menos (62.5%) e nos rapazes que dispõem de 10.00€ a 25.00€ por semana (29.0%) (cf. **tabela 2**).

**Tabela 2** – Caracterização sociodemográfica e de contexto familiar em função do SEXO

Variáveis	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		Nº (493)	% (50.7)	Nº (478)	% (49.3)	Nº (971)	% (100.0)	M	F
<b>Grupo etário</b>									
≤ 16		212	43.0	209	43.7	421	43.4	-0.2	0.2
17-18		141	28.6	153	32.0	294	30.3	-1.2	1.2
≥ 19		140	28.4	116	24.3	256	26.4	1.5	-1.5
<b>Área de residência</b>									
Urbana		160	32.5	166	34.7	326	33.6	-0.8	0.8
Rural		333	67.5	312	65.3	645	66.4	0.8	-0.8
<b>Coabitação</b>									
Pais		379	49.5	372	45.9	751	47.7	1.5	-1.5
Pai ou Mãe		80	10.5	77	9.5	157	10.0	0.6	-0.6
Irmão(s)		238	31.1	279	34.4	517	32.8	-1.4	1.4
Avós		30	3.9	44	5.4	74	4.7	-1.4	1.4
Familiares		15	2.0	13	1.6	28	1.8	0.5	-0.5
Outros		23	3.0	26	3.2	49	3.1	-0.2	0.2
<b>Situação familiar</b>									
Casados ou em União de Facto		423	85.8	398	83.3	821	84.6	1.1	-1.1
Solteiros, Divorciados ou em Separação de Facto		48	9.7	60	12.6	108	11.1	-1.4	1.4
Outros		22	4.5	20	4.2	42	4.3	0.2	-0.2
<b>Habilitações literárias do pai</b>									
Até ao 1.º Ciclo		124	25.2	107	22.4	231	23.8	1.0	-1.0
2.º e 3.º Ciclo		219	44.4	221	46.2	440	45.3	-0.6	0.6
Ensino Secundário		95	19.3	98	2.5	193	19.9	-0.5	0.5
Ensino Superior		30	6.1	33	6.9	63	6.5	-0.5	0.5
Não sabe/Não Respondeu		25	5.1	19	4.0	44	4.5	0.8	-0.8
<b>Habilitações literárias da mãe</b>									
Até ao 1.º Ciclo		106	21.5	96	20.1	202	20.8	0.5	-0.5
2.º e 3.º Ciclo		216	43.8	216	45.2	432	44.5	-0.4	0.4
Ensino Secundário		87	17.6	105	22.0	192	19.8	-1.7	1.7
Ensino Superior		71	14.4	53	11.1	124	12.8	1.5	-1.5
Não/ sabe/ respondeu		13	2.6	8	1.7	21	2.2	1.0	-1.0
<b>Rendimento mensal dos pais</b>									
Baixo ou Médio Baixo		213	43.2	207	43.3	420	43.3	0.0	0.0
Médio alto ou Alto		280	56.8	271	56.7	551	56.7	0.0	0.0
<b>Semanada</b>									
≤ 10.00 €		308	62.5	362	75.7	670	6.0	-4.5	4.5
> 10.00 € e ≤ 25.00 €		143	29.0	89	18.6	232	23.9	3.8	-3.8
> 25.00 €		42	8.5	27	5.6	69	7.1	1.7	-1.7

Como sinopse dos resultados, destacamos as características da amostra composta por 971 adolescentes, com idade média de 16.80 anos e desvio padrão de 1.38. A amostra utilizada revelou que o adolescente em estudo tem o seguinte perfil:

- Idade inferior ou igual a 16 anos (43.4%);
- Reside em meio rural (66.4%);
- Coabita com os pais (77.3%);
- Pais casados ou em união de facto (84.6%);
- Pai e mãe com habilitações dos 2.º/3.º Ciclos (45.3% vs 44.5%);
- Rendimento médio alto ou alto (56.7%);
- Valor médio semanal para gastos pessoais  $\leq$  10 € (69.0%).

### 1.3 - Instrumento de recolha de dados

O estudo que nos propusemos desenvolver integra um projeto denominado “Desenvolvimento de Competências de Autorregulação em Comportamentos de Risco na Adolescência”, que agrega mais dois estudos, um no âmbito da Sida e Sexualidade e o outro sobre o Consumo de Álcool. O instrumento de recolha de dados utilizado foi comum aos três estudos (**cf. anexo I**) e de aplicação direta, uma vez que foi facultado pelo investigador ao inquirido para que o próprio respondesse às questões colocadas.

Este instrumento é constituído por um questionário e um conjunto de escalas apresentando a seguinte estrutura: Parte I - **Variáveis Sociodemográficas e de contexto familiar**; Parte II – **Variáveis de Contexto Escolar e Estilos de Vida**; Parte III - **Escalas**: (i) **Escala de Envolvimento com Álcool para Adolescentes (AAIS)** (J. Mayer & W. J. Filstead, 1979 – adaptado por A. Fonte & A. Alves, 1998); (ii) **Questionário Reduzido de Autorregulação** (Original de Carey, Neal & Collins, 2004 – Adaptação portuguesa de Garcia del Castillo & Dias, 2009); (iii) **Questionário de expectativas face ao álcool para adolescentes (CEA-A)** (Pilatti, A., Godoy, J.C. & Brussino, A., 2010); (iv) **Escala de atitudes face à sexualidade em adolescentes (AFASA)**, (Nelas, P., Fernandes, C., Ferreira, M., Duarte, J. & Chaves, C., 2010); (v) **Escala de Conhecimentos sobre SIDA para Adolescentes**, (Zimet *et al.*, 1989); (vi) **Escala de Autoestima de Rosenberg** (Romano, A., Negreiro, J. & Martins, T., 2007); (vii) **Escala de autoconceito** (Vaz Serra, A.,1984); (viii) **Questionário de Consumo de Tabaco** (Precioso, J.,2007).

No campo de ação do estudo que nos propusemos realizar e com base na amostra recolhida, apenas iremos tratar os dados referentes às características sociodemográficas e de contexto familiar, variáveis de contexto escolar e estilos de vida e as variáveis de contexto psicológico, através das escalas de Autoestima de Rosenberg (2007) de Autoconceito de Vaz Serra (1984) e ainda o questionário do Consumo de tabaco (Precioso, 2007) que engloba a escala de atitudes e conhecimentos sobre os hábitos tabágicos.

Para os inventários e escalas em estudo iremos proceder à avaliação de algumas das suas propriedades psicométricas, mais concretamente aos estudos de validade e de fidelidade/fiabilidade.

Refere Coutinho (2013) que estes dois conceitos, apesar de distintos, se encontram estritamente relacionados. A validade refere-se à qualidade dos resultados de investigação, no sentido de os podermos aceitar como factos indiscutíveis, e a fidelidade/fiabilidade assegura se os dados foram obtidos independentemente do contexto, do instrumento ou do investigador. Ainda a este propósito, a mesma autora cita Anderson & Arsenault (1999), afirmando que a validade é o complemento da fiabilidade ao indicar até que ponto o que medimos com o nosso instrumento reflete a realidade que queremos conhecer, isto é, o grau de confiança ou de exatidão que podemos ter na informação obtida. Marôco (2014) afirma que um instrumento se diz “fiável” numa determinada amostra em estudo se mede de forma consistente e reproduzível a característica ou fator de interesse.

O estudo da fidelidade/fiabilidade de um instrumento pode ser obtido, de entre outras formas, pela estabilidade temporal (teste-reteste) e a consistência interna ou homogeneidade dos itens. Neste estudo, não consideramos relevante efetuar o teste-reteste como medida de fiabilidade, uma vez que não utilizamos como desenho de investigação planos do tipo pré e pós teste ou de séries temporais (Coutinho 2013). Tendo optado pela consistência interna que se refere ao grau de uniformidade e de coerência entre as respostas dos inquiridos a cada um dos itens que compõem o instrumento, esta foi determinada através dos seguintes passos: (i) **Determinação do poder discriminativo**, que é obtido através do coeficiente de correlação de Pearson das diversas questões com a nota global; (ii) **Determinação do coeficiente Alfa de Cronbach**, que é o indicador mais aconselhado para a consistência interna de instrumentos do tipo escala de Likert, que permite avaliar a forma como os diversos itens se complementam na avaliação dos

diferentes aspetos de um fator pertencentes a uma mesma subescala; (iii) **Determinação do coeficiente de bipartição ou método das metades (*Split-half*)**, coeficiente que divide os itens de uma escala em dois grupos e examina a correlação dentro de cada grupo e entre os dois grupos. Este indicador procura substituir o teste-reteste que não permite controlar os acontecimentos que ocorrem entre dois momentos de aplicação do instrumento a um mesmo grupo de pessoas, tornando difícil a comparação dos resultados.

Os valores do teste de fiabilidade podem tomar qualquer valor entre 0 e 1, sendo que a partir de 0.8 a consistência interna é considerada de muito boa. Para Pestana & Gageiro (2005), os valores de referência são: 1– 0.9, muito boa; 0.8 – 0.9, boa; 0.7 – 0.8, média; 0.6 – 0.7, razoável; 0.5 – 0.6, má e <0.5, inaceitável. Contudo, Marôco (2011) afirma que os valores de Alfa iguais a 0.5 são considerados como aceitáveis em ciências sociais.

Quanto à validade dos instrumentos, que segundo Marôco (2014) é a propriedade do instrumento ou escala de medida que avalia se esta mede ou operacionaliza o constructo ou variável latente que realmente se pretende medir, são considerados três tipos: validade relacionada com o conteúdo, validade relacionada com o critério e validade relacionada com o conceito ou constructo. A validade de constructo é a mais ampla e atual, englobando as validades anteriormente referidas (Coutinho 2013). Para Marôco (2011), esta é determinada por três subcomponentes: validade fatorial, validade convergente e validade discriminante. A validade fatorial ocorre quando a especificação dos itens de um determinado fator são o reflexo do fator latente que se pretende medir, a validade convergente demonstra-se quando os itens que constituem o fator apresentam correlações positivas e elevadas entre si e a validade discriminante ocorre quando o constructo sob estudo não se encontra correlacionado com constructos diferentes que operacionalizam variáveis latentes diferentes daquela operacionalizada pelo constructo em estudo. Já Coutinho (2013) afirma que a validade de conceito ou constructo comporta três abordagens distintas: a lógica, a empírica e a estatística. Dado que os instrumentos utilizados no nosso estudo já foram objeto de análise, apenas nos cingiremos à abordagem estatística.

Com a finalidade de testar a solução fatorial que emergem dos inventários e escalas em estudo, realizámos análises fatoriais confirmatórias (AFC), utilizando o *software* AMOS 22 (*Analysis of Moment Structures*). Nestas análises considerou-se a ma-

triz de covariâncias e foi adotado o algoritmo da máxima verosimilhança MLE (*Maximum-Likelihood Estimation*) para estimação dos parâmetros. Tivemos ainda em consideração na análise dos modelos fatoriais (Marôco 2014) os seguintes indicadores de qualidade de ajustamento global: (i) **Qui-quadrado ( $x^2$ ) de ajustamento**, que comprova a probabilidade do modelo se ajustar aos dados. Um valor do  $x^2$  estatisticamente significativo indica discrepâncias entre os dados e o modelo teórico que está a ser testado. É influenciado pelo tamanho da amostra e assume a multinormalidade do conjunto de variáveis. Quanto maior o *qui quadrado*, pior o ajustamento; (ii) **Razão** entre *qui quadrado* e graus de liberdade ( $x^2/gf$ ) avalia a qualidade do modelo *per se*. Considera-se ajustamento perfeito se ( $x^2/gf$ ) for igual a 1, bom quando inferior a 2, aceitável, inferior a 5, e inaceitável para valores superiores a 5; (iii) **Índice de Qualidade do Ajuste (GFI - Goodness-of-Fit Index)** e **Índice de Qualidade do Ajuste Ajustado (AGFI - Adjusted Goodness-of-Fit Index)**, que é ponderado em função dos graus de liberdade do modelo em relação ao número de variáveis consideradas. São recomendados valores do GFI e AGFI superiores ou próximos a 0.95 e 0.90, respetivamente, não sendo estas estatísticas influenciadas pelo tamanho da amostra dos participantes; (iv) **CFI (Comparative Fit Index)** é um índice comparativo, adicional, de ajuste ao modelo, com valores mais próximos de 1, indicador de melhor ajuste com 0.90, sendo a referência para aceitar o modelo; (v) **Raíz quadrada média do erro de aproximação (RMSEA - Root Mean Square Error of Approximation)**. Em relação aos valores da RMSEA, recomendam-se valores próximos a 0.06 e 0.08, respetivamente (Hu & Bentler, 1999), com intervalo de confiança de 90.0% (IC 90.0%), interpretando-se valores altos como indicação de um modelo não ajustado; (vi) **Root mean square residual (RMR)**, quanto menor o RMR, melhor o ajustamento com o RMR= 0 a indicar um ajustamento perfeito; (vii) **Standardized root mean square residual (SRMR)** é uma medida absoluta de ajuste e é definida como a diferença padronizada entre a correlação observada e a correlação prevista. Um valor de zero indica o ajuste perfeito e um valor inferior a 0.08 é, geralmente, considerado como um bom ajuste.

A qualidade do ajustamento local do modelo foi efetuada pelos pesos fatoriais e pela fiabilidade individual dos itens. Foi ainda avaliada a fiabilidade compósita (FC) e a variância extraída média (VEM) para cada um dos fatores.

A fiabilidade compósita estima a consistência interna dos itens relativos ao fator, indicando o grau em que estes itens são consistentemente manifestações do mesmo. De

forma geral, considera-se que uma  $FC \geq 0.70$  é indicadora de uma fiabilidade de constructo apropriado, embora para investigações exploratórias possam ser aceitáveis valores inferiores.

A variância extraída média (VEM) permite-nos avaliar a validade convergente que ocorre quando os itens que são reflexo de um fator, saturam fortemente nesse fator, isto é, o comportamento desses itens é explicado essencialmente pelo próprio (Marôco 2014). Como valores de referência é usual considerar valores de  $VEM \geq 0.50$  como indicadores de validade convergente adequada.

### **1.3.1 – Parte I – Questionário sobre dados sociodemográficos e de contexto familiar**

O questionário sobre dados sociodemográficos é composto por oito questões que permitiram recolher dados relacionados com as variáveis: idade, sexo, área de residência, coabitação, situação familiar, habilitações académicas dos pais, rendimento mensal do agregado familiar e valor médio disponível semanalmente para gastos pessoais (em euros). A questão relativa à idade é de resposta aberta, enquanto as outras são de resposta fechada, com exceção da questão relativa à coabitação, que é mista admitindo, por isso, a possibilidade de mais do que uma resposta.

### **1.3.2 - Parte II – Variáveis de contexto escolar e estilos de vida**

Esta parte do questionário comporta 15 questões, com as quais pretendemos saber o nome da escola, ano de escolaridade, reprovações (retenções), mudança de escola nos últimos dois anos, sentimentos face à escola, distância entre escola e casa, tempo que ocorre entre casa e escola, meios de deslocação habituais para a escola, acompanhamento escolar por parte dos pais, colaboração em atividade familiares, envolvimento em lutas/brigas, prática de exercício físico fora da escola, frequência de escovagem dos dentes, realização de dieta e aspeto físico percebido.

### **1.3.3 - Parte III - Escala de Autoestima de Rosenberg**

A Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES) é uma medida unidimensional que avalia expressamente a autoestima global, medindo o valor que o indivíduo atribui a si mesmo como pessoa. Este instrumento fundamenta-se no modelo de Guttman, que preconiza a ideia de que os itens pertencem ao mesmo universo do conteúdo e vão re-

presentando progressivos graus de força relativamente ao conflito (Romano *et al.*, 2007).

Os critérios utilizados na construção desta escala foram, segundo Rosenberg (1965), a facilidade de administração, a economia de tempo, a unidimensionalidade e a validade aparente.

A Escala está organizada em 10 itens, cinco dos quais estão formulados positivamente e cinco negativamente, de modo a controlar a aquiescência. Cada item patenteia quatro categorias de respostas: muito em desacordo (1), em desacordo (2), de acordo (3) e muito de acordo (4). Cinco afirmações refletem a autoestima positiva e as outras cinco patenteiam sentimentos negativos concernentes a si mesmos. Estabelecidas as devidas inversões, nos itens 2, 5, 6, 8 e 9 em que (1) corresponde a muito em desacordo, (2) em desacordo (3) de acordo e (4) muito de acordo, a média dos 10 itens dá-nos a cotação da escala. A pontuação da escala oscila entre 10 e 40 (Romano *et al.*, 2007), de modo que a obtenção de uma pontuação alta espelha uma elevada autoestima, reciprocamente.

Na região interior do norte de Portugal, Romano, Negreiros e Martins (2007) procederam à validação da escala aplicando o instrumento a uma amostra de 501 adolescentes que frequentavam o ensino básico e secundário, com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos. Após o estudo das características psicométricas, inferiram que as mesmas apresentam consistência interna considerada satisfatória, com um alfa de Cronbach de 0.63 para o fator 1 (autoestima negativa) e de 0.74 para o fator 2 (autoestima positiva). A estrutura fatorial da escala é bidimensional, contrariando a versão original do constructo, que é unidimensional, explicando 46.0% da variância total. A análise fatorial confirmatória corroborou o modelo de dois fatores, em que o fator 1 agrupa os itens de orientação negativa (itens 2, 5, 6, 8 e 9), que explicam 33.4% da variância, enquanto o fator 2, composto pelos itens de orientação positiva (itens 1, 3, 4, 7 e 10), elucida 12.68% da variância total (Romano *et al.*, 2007).

### **Resultados do estudo psicométrico da escala de Autoestima de Rosenberg**

Os resultados psicométricos, decorrentes da aplicação da escala de Autoestima de Rosenberg para a amostra em estudo, estão patentes na **tabela 3**. Para os 971 estudantes considerados no projeto de estudo, do qual esta investigação faz parte integrante, as estatísticas revelaram índices médios, na sua globalidade, bem centrados, uma vez

que os mesmos se situaram acima da média. Analisando as médias e desvios padrão obtidos nos diversos itens, constatamos que o indicador menos favorável pertence ao item 8 ( $\bar{x} = 2.90$ ;  $Dp = 0.875$ ), sendo o indicador do item mais favorável o 3 ( $\bar{x} = 3,21$ ;  $Dp = 0,575$ ). No que se refere aos índices de Alfa de Cronbach, para a avaliação da consistência interna, verificamos que oscilam entre 0.827 (item 9) e 0.850 (item 1), para um Alfa global de 0.855. O coeficiente de Split-half revelou bons valores com 0.841 e 0.850 para a primeira e segunda metade, respetivamente. Os valores correlacionais são todos superiores a 0.20, sendo que o menor é obtido no item 1 “Sinto que sou uma pessoa digna de apreciação, pelo menos de igual modo que os outros” com ( $r=0.442$ ) e uma variabilidade de 41.3% e o maior no item 9 “Muitas vezes penso que sou um/a inútil” ( $r=0.706$ ), com uma percentagem de variância explicada de 63.0%.

**Tabela 3** - Consistência interna da escala de autoestima de Rosenberg

Item	$\bar{x}$	Dp	Correlação item/total	R <sup>2</sup>	Alfa Cronbach Item
1 - Sinto que sou uma pessoa digna de apreciação, pelo menos de igual modo que os outros.	3.17	0.658	0.442	0.413	0.850
2 - Estou convencido/a que tenho boas qualidades.	3.09	0.618	0.491	0.485	0.847
3 - Sou capaz de fazer bem as coisas como a maioria das pessoas.	3.21	0.575	0.484	0.458	0.848
4 - Tenho uma atitude positiva face a mim mesmo/a.	3.06	0.680	0.630	0.580	0.836
5 - Em geral estou satisfeito comigo mesmo/a.	3.04	0.662	0.585	0.521	0.840
6 - Sinto que não tenho muito para estar orgulhoso/a.	2.91	0.804	0.500	0.338	0.847
7 - Em geral inclino-me a pensar que sou um/a fracassado/a.	3.19	0.791	0.700	0.610	0.828
8 - Gostaria de sentir mais respeito por mim mesmo/a.	2.90	0.875	0.543	0.416	0.844
9 - Muitas vezes penso que sou um/a inútil.	3.04	0.865	0.706	0.630	0.827
10 - Às vezes creio que não sou boa pessoa.	3.08	0.854	0.540	0.421	0.844
<b>Coefficiente Split-half</b>	Primeira metade = 0.841				
	Segunda metade = 0.850				
<b>Coefficiente alpha Cronbach global</b>	0.855				

Com a finalidade de conhecer a estrutura fatorial da escala, realizou-se, para os 10 itens que a compõem, uma análise fatorial exploratória dos componentes principais,

recorrendo-se a uma Rotação ortogonal de tipo Varimax e valores próprios superiores a 1.

O primeiro passo na implementação da análise fatorial exploratória consiste em observar se a matriz de dados é passível de fatoração, isto é, analisar se os dados podem ser submetidos ao processo de análise fatorial. Recorremos para o efeito ao teste de Kaiser-Meyer-Olkin, (KMO) e ao teste de esfericidade de Bartlett. O KMO também designado de índice de adequação da amostra é aplicado com a finalidade de indicar se é adequada a aplicação da análise fatorial exploratória para o conjunto de dados. Os resultados, no nosso estudo, mostraram um valor de 0.867, o que preconiza uma classificação ótima. O teste de esfericidade de Bartlett, por sua vez, avalia a significância geral de todas as correlações numa matriz de dados. No nosso estudo os valores do teste de esfericidade de Bartlett, ao apresentarem-se significativos, indicam que a matriz é favorável.

Determinamos as comunalidades ( $h^2$ ) que, após a extração, revelaram valores superiores a 0.40 em todos os itens, num intervalo entre 0.749 no item 9 e os 0.507 no item 6 (**cf. tabela 4**).

À semelhança dos resultados do estudo de validação para a população portuguesa, a solução fatorial permitiu a seleção de dois fatores com raízes latentes superiores a 1, o que no seu conjunto explicam 62.8% da variância total (**cf. tabela 4**). O fator 1, ligado à autoestima negativa, explica 32.3% da variância e é constituído pelos itens 6, 7, 8, 9 e 10. O fator 2, referente à autoestima positiva, esclarece 30.5% da variância total, sendo constituído pelos itens 1, 2, 3, 4 e 5.

**Tabela 4** - Ordenação dos itens por fator

Item	Fator 1	Fator 2	h <sup>2</sup>
	Negativa	Positiva	
1 - Sinto que sou uma pessoa digna de apreciação, pelo menos de igual modo que os outros.		0.757	0.578
2 - Estou convencido/a de que tenho boas qualidades.		0.820	0.680
3 - Sou capaz de fazer bem as coisas como a maioria das pessoas.		0.808	0.660
4 - Tenho uma atitude positiva face a mim mesmo/a.		0.731	0.652
5 - Em geral estou satisfeito/a comigo mesmo/a.		0.692	0.582
6 - Sinto que não tenho muito para estar orgulhoso/a.	0.705		0.507
7 - Em geral, inclino-me a pensar que sou um/a fracassado/a.	0.834		0.744
8 - Gostaria de sentir mais respeito por mim mesmo/a.	0.764		0.593
9 - Muitas vezes penso que sou um/a inútil.	0.835		0.749
10 - Às vezes creio que não sou boa pessoa.	0.724		0.541
Fatores	Eigenvalue	% Variância	% Variância Acumulada
F 1 – Autoestima negativa	4.418	32.35	32.35
F 2 – Autoestima positiva	1.868	30.51	62.86

Na **tabela 5**, apresentamos a consistência interna por subescala com recurso ao alfa de Cronbach. No **fator 1**, relacionado com a autoestima negativa, obtivemos bons valores a oscilarem entre ( $r=0.790$ ) - item 9 - “Muitas vezes penso que sou um/a inútil.” e ( $r=0.843$ ) - item 6 - “Sinto que não tenho muito para estar orgulhoso/a.”. O item que apresenta maior valor correlacional é o 7, sendo o item 9 o que se revela com maior variabilidade (61.6%).

No **fator 2**, relacionado com a autoestima positiva, também se registaram bons valores de Alfa, sendo o menor de 0.794 - item 4 - “Tenho uma atitude positiva face a mim mesmo/a.” e o maior - item 1 - “Sinto que sou uma pessoa digna de apreciação, pelo menos de igual modo que os outros.”. O item 4 - “Tenho uma atitude positiva face a mim mesmo/a.” é o que apresenta maior valor correlacional ( $r=0.683$ ), explicando 55.0% da sua variabilidade.

**Tabela 5** - Consistência Interna dos itens do autoconceito por subescala

Itens		r/Item total	r <sup>2</sup>	α sem item
<b>Fator 1 – Autoestima negativa</b>				
6	Sinto que não tenho muito valor para estar orgulhoso/a.	0.563	0.338	0.843
7	Em geral inclino-me a pensar que sou um/a fracassado/a.	0.754	0.592	0.795
8	Gostaria de sentir mais respeito por mim mesmo/a.	0.619	0.401	0.830
9	Muitas vezes penso que sou um/a inútil.	0.764	0.616	0.790
10	Às vezes creio que não sou boa pessoa.	0.609	0.403	0.832
<b>Fator 2 – Autoestima positiva</b>				
1	Sinto que sou uma pessoa digna de apreciação, pelo menos de igual modo que os outros.	0.585	0.400	0.826
2	Estou convencido/a de que tenho boas qualidades.	0.675	0.478	0.801
3	Sou capaz de fazer bem as coisas como a maioria das pessoas.	0.663	0.454	0.806
4	Tenho uma atitude positiva face a mim mesmo/a.	0.683	0.550	0.799
5	Em geral estou satisfeito/a comigo mesmo/a.	0.633	0.505	0.813

Foram ainda determinados os valores de Alfa de Cronbach (cf. **tabela 6**) obtidos para os dois fatores, autoestima positiva e autoestima negativa que se revelaram positivos e superiores aos valores alcançados no estudo de validação para a população portuguesa (Romano, Negreiros e Martins (2007)).

**Tabela 6** - Comparação dos valores de Alfa de Cronbach do estudo atual, com os da validação para a população portuguesa

Fatores	N.º Itens	Alfa de Cronbach			
		Split-half		Total	
		1.ª Metade	2.ª Metade	Estudo atual	Estudo original
Fator 1 – Autoestima negativa	5	0.759	0.758	0.850	0.63
Fator 2 – Autoestima positiva	5	0.794	0.819	0.841	0.74
<b>Autoestima (Global)</b>	10	0.841	0.850	0.855	-

Na **tabela 7**, é apresentada a validade discriminante do item que nos é dado por comparação entre a correlação do item com a escala a que pertence e a correlação do item com as escalas a que não pertence. Os resultados evidenciam que todos os itens apresentam correlações positivas e significativas, sendo superiores a 0.20 entre a

magnitude da correlação com a escala a que pertencem e a magnitude do segundo valor de correlação com outra escala, conforme valores apensos a negrito. O segundo valor correlacional mais elevado é sempre o resultado da escala global que resulta do somatório de todos os itens.

**Tabela 7** - Correlação dos itens com as subescalas e escala global da autoestima

Nº Item	Itens	F1	F2	Autoestima global
		AE Negativa	AE Positiva	
1	Sinto que sou uma pessoa digna de apreciação, pelo menos de igual modo que os outros.	0.248	<b>0.744</b>	0.547
2	Estou convencido/a de que tenho boas qualidades.	0.262	<b>0.798</b>	0.583
3	Sou capaz de fazer bem as coisas como a maioria das pessoas.	0.256	<b>0.782</b>	0.571
4	Tenho uma atitude positiva face a mim mesmo/a.	0.438	<b>0.814</b>	0.710
5	Em geral estou satisfeito comigo mesmo/a.	0.405	<b>0.778</b>	0.670
6	Sinto que não tenho muito para estar orgulhoso/a.	<b>0.717</b>	0.264	0.618
7	Em geral inclino-me a pensar que sou um/a fracassado/a.	<b>0.848</b>	0.404	0.778
8	Gostaria de sentir mais respeito por mim mesmo/a.	<b>0.769</b>	0.202	0.663
9	Muitas vezes penso que sou um/a inútil.	<b>0.892</b>	0.407	0.789
10	Às vezes creio que não sou boa pessoa.	<b>0.758</b>	0.286	0.657

Terminamos a análise fatorial exploratória apresentando a matriz de Correlação de Pearson, utilizada para a avaliação do valor global da escala e dos seus dois fatores, e que nos permitiu concluir que a correlação entre eles e a pontuação global da escala oscilou entre 0.415 (F1 *versus* F2) e 0.886 (F1 *versus* autoestima global), o que expressa um resultado altamente significativo e com percentagem de variância explicada de 17.2% e de 78.5%, respetivamente, variando em sentido direto, o que indica que o aumento ou diminuição dos valores numa das dimensões da escala se associa ao aumento ou diminuição na outra subescala.

**Tabela 8** - Matriz de correlação de Pearson entre os fatores e o valor global da escala

Fatores	Fator 1 Autoestima negativa	Fator 2 Autoestima positiva
F 2 – Autoestima positiva	0.415**	-
Autoestima (Global)	0.886**	0.789**

\*\*p < 0.01

Testamos a solução bifatorial que emergiu desta análise, realizando a análise fatorial confirmatória. Não foram observados problemas relativos à multicolinearidade de casos extremos, multivariados e influentes, detetados por meio da distância de *mahalanobis*. Observámos que nenhuma das variáveis apresentava valores de assimetria (*sk*) e valores de achatamento (*Ks*), indicadores de violações severas, sendo que os primeiros (*sk*) se revelaram negativos, variando de -0.254 até -0.758 e os segundos (*Ks*) de -0.154 a 1.763.

A **figura 2** reproduz o modelo testado. Os círculos representam os dois fatores hipotéticos, os retângulos os itens que representam a manifestação do respetivo fator e os círculos menores os erros associados a cada item. A direção das setas unidirecionais indica que cada fator “causa” representa a resposta dada a cada item. Porém, parte dessa manifestação não é decorrente do respetivo fator, mas sim de causas não explicadas, isto é, desconhecidas. Daí a origem da colocação, no modelo dos erros, de setas dirigidas a cada item. Estes erros representam a parte da variância dos itens não explicada pelo fator. As setas bidirecionais entre os fatores sinalizam que o modelo pressupõe que estão correlacionados.

Inicialmente, verificámos que os índices da AFC, apresentavam um ajuste pouco satisfatório, principalmente no que concerne ao *qui quadrado* (371.227), à razão entre este índice e os graus de liberdade que se revelaram superiores a 5 e ao RMSEA (0.101) classificado de inapropriado.

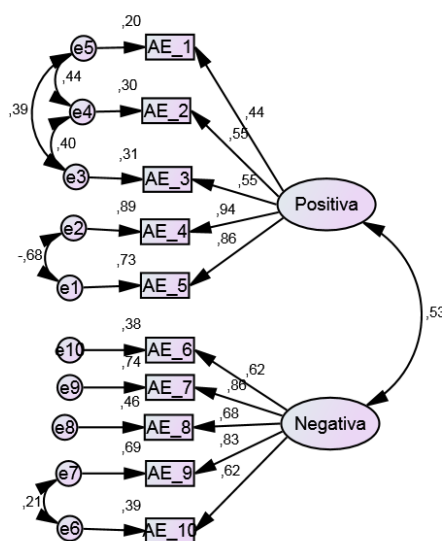
No entanto, os índices de modificação indicavam que deveriam correlacionar-se no fator 2 - autoestima positiva - os erros e1 vs e2, e3 vs e4, e4 vs e5 e e3 vs e5, e no fator 2 - autoestima negativa - os erros e6 vs e7. Os resultados obtidos evidenciaram no modelo final (**tabela 9**) um ajuste aceitável na razão  $\chi^2/g. l. = 2.931$  e muito bom nos restantes índices de ajustamento.

**Tabela 9** - Índices de ajustamento da análise fatorial confirmatória da Escala de Rosenberg

Modelo	$\chi^2$	gl	$\chi^2/\text{gl}$	GFI	NFI	CFI	RMSEA	RMR	SRMR
Modelo inicial	371.227	34	10.918	0.914	0.915	0.922	0.101	0.027	0.057
Modelo final	84.986	29	2.931	0.983	0.981	0.987	0.045	0.014	0.024

Na observação das cargas padronizadas, verificamos que, tanto para a autoestima positiva como para a negativa, bons coeficientes padronizados Beta, que mostram a relevância do fator para predizer os itens. Contudo, como parâmetro para exclusão de itens, o corte de indicadores de Beta, com carga inferior a 0.5, indica que numa análise mais conservadora o item AE\_1 ( $\beta = 0.44$ ) deveria ser retirado, embora alguns autores consideram aceitável uma saturação de 0.40.

A fiabilidade compósita revelou boa consistência interna dos itens relativos aos fatores, ao apresentar valores de 0.84 e 0.81 para a autoestima positiva e negativa, respetivamente, mas o indicador de validade convergente (VEM) revelou-se baixo para ambos os fatores, com 0.40 a autoestima positiva e 0.41 para a autoestima negativa. Porém, encontramos validade discriminante, dado o quadrado de correlação entre os fatores ( $r_{eds}^2$ ) apresentarem um valor de 0.280 ( $(0.53)^2$ ), que é inferior às variâncias extraídas médias de cada fator.

**Figura 2** – Análise fatorial confirmatória da autoestima

### 1.3.4 - Parte IV - Inventário Clínico de Autoconceito

O Inventário Clínico de Autoconceito (ICAC) é uma escala subjetiva de autoavaliação criada e desenvolvida por Vaz Serra, em 1985, com o objetivo de medir os aspectos emocionais e sociais do autoconceito (Vaz Serra, 1986a).

Trata-se de uma escala de tipo Likert, constituída por 20 itens, oferecendo cada um deles 5 possibilidades de resposta: (1) não concordo, (2) concordo pouco, (3) concordo moderadamente, (4) concordo muito e (5) concordo muitíssimo. A escala está estruturada para que as pontuações aumentem da esquerda para a direita, obtendo-se no final a soma total dos itens, que pode oscilar entre o mínimo de 20 e o máximo de 100, considerando que quanto maior for a pontuação obtida mais elevado é o autoconceito do indivíduo. Os itens 3, 12 e 18 são, contudo, elaborados de forma negativa, pelo que é necessário proceder à inversão da sua pontuação.

No processo de validação efetuado por Vaz Serra foi utilizada uma amostra de 920 sujeitos tendo-se obtido um coeficiente de Spearman-Brown de 0.791. O inventário, na sua globalidade, patenteia uma boa estabilidade temporal, com uma correlação teste/reteste de 0.838 (n=108), quando aplicado com um intervalo mínimo de 4 semanas (Vaz Serra, 1986a).

Realizada a análise fatorial dos componentes principais, com *Rotação de tipo Varimax* para os 20 itens da escala, o autor obteve seis fatores subjacentes com valores

próprios superiores a um que explicam 53.4% da variância total.

O fator 1 foi designado por **aceitação/rejeição social** e é constituído por cinco questões (itens 1, 4, 9, 16 e 17). O fator 2 está relacionado com a **autoeficácia** e comporta seis questões (3, 5, 8, 11, 18 e 20). O fator 3 engloba quatro questões (2, 6, 7 e 13) que representam a **maturidade psicológica**. O fator 4 agrupa três questões (10, 15 e 19) e está relacionado com a **impulsividade/atividade**.

Para análise dos resultados obtidos através desta escala, o autor valoriza os resultados dos fatores 1, 2, 3 e 4, assim como para o seu total, em detrimento dos fatores 5 e 6. Para a obtenção dos resultados finais de cada fator e fator global foi necessário recorrer ao *“Programa para cotação automática do inventário clínico do autoconceito”*, elaborado por A. C. Ramalheira (1987).

### **Resultados psicométricos do Inventário Clínico do Autoconceito**

Neste estudo, procedemos apenas à avaliação da consistência interna do Inventário de autoconceito. Foram estudadas inicialmente as estatísticas (médias e desvios padrão), assim como as correlações entre cada item e o valor global, que nos permitem observar como o item individual se relaciona com o valor global.

Os valores de Alfa de Cronbach, que interpolam entre 0.864 e 0.883, indicam boa consistência interna. Os coeficientes de correlação do item total corrigido apontam que os itens 12 e 18 que foram os que salientaram menos estabilidade, com valores de 0.185 e 0.102, respetivamente, não mostram homogeneidade em relação aos restantes itens, o que, numa análise mais conservadora, levaria à sua exclusão por apresentarem valores correlacionais inferiores a 0.20. A correlação máxima situa-se no item 14 ( $r=0.674$ ). Os valores da média e respetivo desvio padrão, nos diversos itens, permitem-nos afirmar que estes se encontram bem centrados, uma vez que todos se situam acima da média esperada, o menor no item 5 e o maior no item 19.

O cálculo do índice de fiabilidade pelo método das metades, Split-half, aporta valores inferiores ao valor atingido para a globalidade da escala (0.875), tendo-se encontrado um Alfa de 0.784 para a primeira metade e de 0.776 para a segunda.

**Tabela 10** - Consistência interna do inventário clínico do autoconceito

Item	$\bar{x}$	Dp	Correlação item/total	Alfa Cronbach Item
1 - Sei que sou uma pessoa simpática/o.	3.94	0.843	0.553	0.867
2 - Costumo ser franco e exprimir as minhas opiniões.	3.63	1.010	0.421	0.872
3 - Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades.	3.89	1.012	0.284	0.877
4 - No contacto com os outros costumo ser um/a indivíduo/a falador/a.	3.28	1.050	0.398	0.873
5 - Costumo ser rápido/a na execução das tarefas que tenho para fazer.	3.24	0.865	0.419	0.871
6 - Considero-me tolerante para com as outras pessoas.	3.69	0.854	0.447	0.870
7 - Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis.	3.62	0.943	0.480	0.869
8 - De modo geral tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas.	3.83	0.846	0.626	0.865
9 - Sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros.	3.74	0.825	0.629	0.865
10 - Quando tenho uma ideia que me parece válida, gosto de a pôr em prática.	3.79	0.814	0.644	0.864
11 - Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades.	3.59	0.884	0.641	0.864
12 - Não sei por que a maioria das pessoas embirra comigo.	3.89	1.096	0.185	0.881
13 - Quando me interrogam sobre questões importantes, conto sempre a verdade.	3.59	0.952	0.423	0.871
14 - Considero-me competente naquilo que faço.	3.66	0.837	0.674	0.863
15 - Sou uma pessoa que gosta muito de fazer o que me apetece.	3.65	0.951	0.406	0.872
16 - A minha maneira de ser leva-me a sentir na vida com um razoável bem-estar.	3.70	0.859	0.581	0.866
17 - Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os/as outros/as.	3.81	0.829	0.651	0.864
18 - Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos/as outros/as.	3.60	1.015	0.102	0.883
19 - Gosto sempre de me sair bem nas coisas que faço.	4.09	0.854	0.610	0.865
20 - Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades.	3.68	0.914	0.640	0.864
<b>Coefficiente Split-half</b>	Primeira metade= 0.784			
	Segunda metade= 0.776			
<b>Coefficiente alpha Cronbach global</b>	0.875			

Quanto aos parâmetros de fiabilidade por subescala, no que respeita ao fator 1, **aceitação/rejeição social**, aferem-se valores de Alfa de Cronbach classificados de razoáveis, uma vez que variam entre 0.695 (item 11) e 0.798 (item 4), com um valor global para o total da escala de 0.783. Os valores de Split-half revelaram-se inferiores, na primeira e segunda metade, quando comparados com o valor global. Na primeira metade ( $\alpha=0.628$ ) e na segunda metade ( $\alpha=0.734$ ) encontramos um valor razoável. O item 17 foi o que mais se correlacionou com a aceitação/rejeição social ( $r=0.711$ ) e o que melhor representou o factor, exprimindo 53.7% da variabilidade. Ao invés, o item 4 ( $r=0.427$ ) é o que menos se correlaciona com o fator 1.

No fator 2, **autoeficácia**, os resultados mais fracos, em termos médios, ocorre-

ram no item 5. A consistência dos resultados de Alfa do fator 2 variou entre 0.581 no item 11 e 0.714 no item 18, pelo que a sua classificação, respetivamente, é de inadmissíveis e razoáveis, como consta da **tabela 11**. O Alfa global, para o fator em estudo, obteve um valor de 0.681, considerado razoável. Os valores de Split-half pontuaram abaixo de 0.6, tanto na primeira como na segunda metade, considerando-se, assim, inadmissíveis. O item que mais se correlaciona com os resultados globais do fator 2 é o 11 ( $r=0.585$ ), manifestando 42.8% da variabilidade, através dos restantes itens do fator, e o que revelou menor correlação foi o item 18 ( $r=0.200$ ), sendo também este o que apresentou menor variabilidade (18.1%).

Quanto ao fator 3, **maturidade psicológica**, pela análise dos valores médios, revela homogeneidade nas respostas, pois apresentam valores médios semelhantes, situando-se as diferenças em valores centesimais. Os coeficientes de Alfa de Cronbach, aportados nos quatro itens do fator, variam entre 0.498 (item 7) e 0.568 (item 2), apontando valores classificados de inadmissíveis, conforme Pestana & Gageiro (2008) (**cf. tabela 11**), situação análoga na avaliação no coeficiente de Split-half, (**cf. tabela 11**), com valores de 0.351 para a primeira metade, 0.467 para a segunda e 0.593 para o coeficiente global.

O fator 4, relativo à **impulsividade/atividade**, indica-nos, em média, que o indicador mais favorável é o item 19 e o menos favorável o 15 (**cf. tabela 11**), apesar da maior variabilidade de resposta pertencer ao item 10. Como o fator é apenas constituído por 3 itens, não se procedeu à determinação do coeficiente de Split-half. O coeficiente global foi classificado de razoável, dado o valor de 0.661 (**cf. tabela 11**). O maior valor de correlação localiza-se no item 10 ( $r=0.531$ ), sendo similarmente este o que explicou maior variabilidade, (30.9%). O item que apresenta menor correlação é o 15 ( $r=0.392$ ), explanando apenas 15.4% da variabilidade em relação aos itens restantes.

**Tabela 11** - Correlação dos itens com os fatores e o valor global do autoconceito

Item	$\bar{x}$	Dp	R item/ total	r <sup>2</sup>	Alfa sem item
<b>Fator 1 – Aceitação/rejeição social</b>					
1 - Sei que sou uma pessoa simpática (o).	3.94	0.843	0.533	0.335	0.751
4 - No contacto com os outros costumo ser um indivíduo falador.	3.28	1.050	0.427	0.190	0.798
9 - Sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros.	3.74	0.825	0.623	0.404	0.724
16 - A minha maneira de ser leva-me a sentir-me na vida com um razoável bem-estar.	3.70	0.859	0.552	0.362	0.745
17 - Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros.	3.81	0.829	0.711	0.537	0.695
<b>Fator 2 – Autoeficácia</b>					
3 - Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades.	3.89	1.012	0.394	0.269	0.646
5 - Costumo ser rápido na execução das tarefas que tenho para fazer.	3.24	0.865	0.289	0.197	0.677
8 - De modo geral tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas.	3.83	0.846	0.521	0.344	0.605
11 - Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades.	3.59	0.884	0.585	0.428	0.581
18 - Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros.	3.60	1.015	0.200	0.181	0.714
20 - Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades.	3.68	0.914	0.532	0.384	0.597
<b>Fator 3 – Maturidade psicológica</b>					
2 - Costumo ser franco e exprimir as minhas opiniões.	3.63	1.010	0.320	0.102	0.568
6 - Considero-me tolerante para com as outras pessoas.	3.69	0.854	0.385	0.155	0.516
7 - Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis.	3.62	0.943	0.404	0.168	0.498
13 - Quando me interrogam sobre questões importantes conto sempre a verdade.	3.59	0.952	0.394	0.158	0.506
<b>Fator 4 – Impulsividade/atividade</b>					
10 - Quando tenho uma ideia que me parece válida, gosto de a pôr em prática.	3.79	0.814	0.531	0.309	0.494
15 - Sou uma pessoa que gosta muito de fazer o que me apetece.	3.65	0.951	0.392	0.154	0.685
19 - Gosto sempre de me sair bem nas coisas que faço.	4.09	0.854	0.508	0.297	0.518

Na **tabela 12** apresentamos de forma sintética os valores relativos aos coeficientes de bipartição e os índices de Cronbach do estudo atual, não sendo possível compará-los com o estudo original, uma vez que só nos é apresentado o coeficiente de Spearman Brown. Conforme referimos anteriormente, o valor de Alfa para cada subescala oscila entre o fraco na maturidade psicológica, o razoável nas restantes subescalas e bom no valor global da escala. Refere Marôco (2011) que valores de Alfa iguais ou superiores a 0.5 em ciências sociais devem ser considerados como razoáveis.

**Tabela 12** - Valores de Alfa de Cronbach dos fatores e da escala global do autoconceito

Fatores	N.º Itens	Alfa de Cronbach		
		Split-half		Total
		1.ª Metade	2.ª Metade	Estudo atual
Fator 1 – Aceitação/rejeição social	5	0.628	0.734	0.783
Fator 2 – Autoeficácia	6	0.391	0.453	0.681
Fator 3 – Maturidade psicológica	4	0.351	0.467	0.593
Fator 4 – Impulsividade – atividade	3	-	-	0.661
<b>Autoconceito (Global)</b>	20	0.784	0.776	0.875

Procuramos estudar a validade convergente/discriminante dos itens apresentados, tendo-se verificado que todos os itens são positivos e significativos, apresentando valores correlacionais mais elevados nas subescalas a que pertencem, conforme índices salientados a negrito e que esse valor é superior aos restantes, sendo na maioria dos casos superior a 0.20. Denotando-se também que o segundo valor correlacional mais elevado é registado com o total da escala.

**Tabela 13** - Correlação dos itens com os fatores e com o valor global do autoconceito

Item	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Total
1 - Sei que sou uma pessoa simpática(o).	<b>0.706**</b>	0.361**	0.469**	0.449**	0.610**
2 - Costumo ser franco e exprimir as minhas opiniões.	0.388**	0.309**	<b>0.655**</b>	0.370**	0.503**
3 - Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades.	0.124**	<b>0.628**</b>	0.118**	0.147**	0.376**
4 - No contacto com os outros costumo ser um indivíduo falador.	<b>0.674**</b>	0.264**	0.323**	0.355**	0.485**
5 - Costumo ser rápido na execução das tarefas que tenho para fazer.	0.395**	<b>0.511**</b>	0.369**	0.319**	0.489**
6 - Considero-me tolerante para com as outras pessoas.	0.394**	0.339**	<b>0.653**</b>	0.343**	0.514**
7 - Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis.	0.380**	0.399**	<b>0.692**</b>	0.405**	0.551**
8 - De modo geral tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas.	0.479**	<b>0.689**</b>	0.547**	0.480**	0.677**
9 - Sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros.	<b>0.766**</b>	0.446**	0.421**	0.523**	0.678**
10 - Quando tenho uma ideia que me parece válida, gosto de a pôr em prática.	0.557**	0.520**	0.495**	<b>0.788**</b>	0.691**
11 - Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades.	0.493**	<b>0.741**</b>	0.484**	0.509**	0.692**
12 - Não sei porquê a maioria das pessoas embirra comigo.	0.156**	0.267**	0.073*	0.047	0.290**
13 - Quando me interrogam sobre questões importantes conto sempre a verdade.	0.329**	0.313**	<b>0.688**</b>	0.370**	0.500**
14 - Considero-me competente naquilo que faço.	0.580**	0.570**	0.489**	0.557**	0.718**
15 - Sou uma pessoa que gosta muito de fazer o que lhe apetece.	0.442**	0.238**	0.334**	<b>0.751**</b>	0.484**
16 - A minha maneira de ser leva-me a sentir-me na vida com um razoável bem-estar.	<b>0.723**</b>	0.392**	0.411**	0.523**	0.637**
17 - Considero-me uma pessoa agradável no contato com os outros.	<b>0.826**</b>	0.428**	0.436**	0.542**	0.698**
18 - Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros.	-0.038	<b>0.474**</b>	-0.003	0.033	0.202**
19 - Gosto sempre de me sair bem nas coisas que faço.	0.500**	0.477**	0.470**	<b>0.786**</b>	0.662**
20 - Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades.	0.519**	<b>0.709**</b>	0.452**	0.528**	0.693**

\*\* p &lt; 0.01

\* p &lt; 0.05

Em consonância com os resultados adquiridos, apresentamos na **tabela 14** uma matriz de correlação com as diferentes subescalas e fator global. Constatamos (**tabela 14**) que as associações são positivas e, significativamente correlacionadas, com variação entre ( $r=0.505$ ) - autoeficácia *versus* maturidade psicológica - e ( $r=0.836$ ) - aceitação/rejeição social *versus* valor global do autoconceito - que se traduzem em percentagens de variância explicada de 25.5% e 69.8%, respetivamente.

**Tabela 14** - Matriz de correlação de Pearson entre os fatores e o valor global da escala do autoconceito

Fatores	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
F 2 – Autoeficácia	0.506**	-	-	-
F 3 – Maturidade psicológica	0.554**	0.505**	-	-
F 4 – Impulsividade – atividade	0.642**	0.522**	0.554**	-
<b>Autoconceito (Global)</b>	<b>0.836**</b>	<b>0.820**</b>	<b>0.769**</b>	<b>0.784**</b>

\*\*p &lt; 0.01

**1.3.5 - Parte V – Escala de conhecimentos de hábitos tabágicos.**

Para o estudo dos hábitos tabágicos dos adolescentes recorremos a uma adaptação do protocolo sobre “Consumo de Tabaco” (Precioso, 2007), sendo a sua versão original composta por 12 grupos ou secções que tinham como objetivo recolher informações sobre os hábitos tabágicos e os fatores de risco associados à experiência com o cigarro, tanto do não fumador como do fumador habitual e ocasional.

O seguinte quadro procura, em síntese, identificar os grupos, as variáveis e o número das questões que compõem o instrumento de colheita de dados que utilizámos e adaptámos. Salienta-se que as questões referentes ao grupo 7 e 9 não foram objeto de estudo.

**Quadro 1** – Grupos, variáveis e número das questões

Grupo	Variáveis		Questões
	Designação	Tipo	
Grupo 1	Fatores sociodemográficos	Idade de início de consumo de tabaco	2
		Local de início de consumo de tabaco	3
Grupo 2	Perceção do consumo de tabaco	Pessoas que fumam: pai, mãe, irmã(o), outro familiar e namorado(a)	9 (9.1, 9.2, 9.3, 9.4, 9.5)
		Oferta de cigarros	14
Grupo 3	Perceção relativo ao consumo de tabaco	Melhores amigos rapazes que fumam	12
		Melhores amigas raparigas que fumam	13
		Frequência de consumo de tabaco	6
		Quantidade de cigarros	6.1 e 6.2
		Pessoas que ofereceram cigarros: pai, mãe, irmã(o), melhor amigo(a), amigos(as) e outras pessoas	15 (15.1, 15.2, 15.3, 15.4, 15.6.)
Grupo 4	Norma subjetiva	Gostavam que eu fumasse: pai, mãe, irmão, outro familiar e namorado	19 (19.1, 19.2, 19.3, 19.4, 19.5)
Grupo 5	Atitude em relação ao consumo de tabaco	Razões para ter fumado o primeiro cigarro	5
		Deixar de fumar	7
Grupo 6	Competências de recusa	Reação do adolescente se um amigo oferecer um cigarro	21
		Reação do adolescente se o amigo insistir para fumar	22
Grupo 7	Sentimento de invulnerabilidade/ausência de preocupação com as consequências de fumar		
Grupo 8	Intenção de vir a fumar	Deve ou não deve começar a fumar	17
		Vir ou continuar a fumar durante o próximo ano	27
		Vir ou continuar a ser fumador	28
		Começar ou continuar a fumar quando ganhar o seu dinheiro	29
Grupo 9	Perceção da percentagem de adolescentes fumadores	Turma e jovens da idade deles	
Grupo 10	Disponibilidade de dinheiro/facilidade de obter cigarros/local de aquisição	Forma de obtenção do primeiro cigarro	4
		Modo de aquisição dos cigarros que fuma	8
Grupo 11	Conhecimentos das vantagens de não fumar e desvantagens de fumar	Opinião dos familiares para o adolescente, sobre se deve fumar, porque o tabaco faz mal	18
		Pessoas que apresentaram as desvantagens de fumar: pai, mãe, irmã(o), melhor amigo(a) e professor(a)	20 (20.1, 20.2, 20.3, 20.4, 20.5)
Grupo 12	Caracterização do comportamento de fumar do adolescente	Experiências com o cigarro	1
		Locais de oferta	16

Os conhecimentos sobre hábitos tabágicos dos adolescentes e os sentimentos de vulnerabilidade/ preocupação foram colhidos com base na escala de atitudes, insertas no grupo 5 e grupo 4, respetivamente.

#### **Estudo psicométrico da Escala de autoestima e autoconceito sobre o tabaco**

Iniciamos o estudo psicométrico desta escala **com as estatísticas** e as correlações obtidas entre cada item e o valor global e o valor de Alfa de Cronbach. Os índices médios revelam a existência de homogeneidade entre os itens na medida em que oscilam entre (média= 2.04 ± 0.981 dp) no item 4 - “Valente” e (média= 3.08± 1.159 dp) no item 8- “Incomodativo.”. No que se refere aos coeficientes de correlação, item total corrigido nenhum dos itens foi eliminado, porquanto apresentavam correlações a oscila-

rem entre 0.235 no item 8 com uma percentagem de variância explicada de 29.6% e 0.665. no item 2 explicando 63.9% . Contudo, a correção máxima é obtida no item 4 - “Valente .” ( $r=0.663$ ) com uma variabilidade de 65.5%. Quanto aos valores de Alfa de Cronbach, sem o respetivo item, ao variarem entre 0.749 e 0.815 podemos classificá-los de bons, com um alfa global de 0.795, ligeiramente superior ao obtido pelo coeficiente de bipartição, tanto na primeira como na segunda metade.

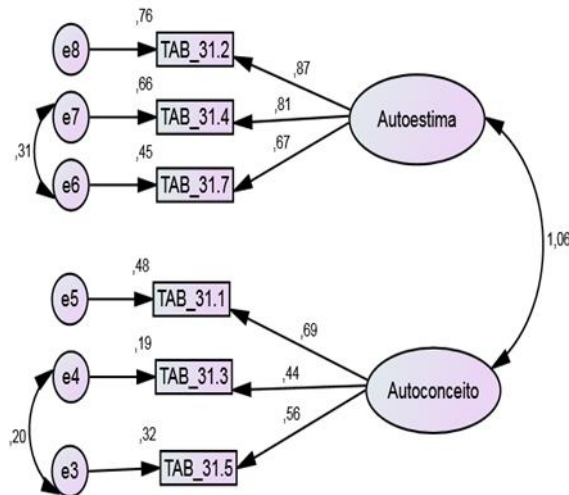
**Quadro 2:** Estatísticas de *Alfa de Cronbach* para a avaliação da consistência do questionário de autoestima e autoconceito sobre o tabaco

Nº Item	ITENS	$\bar{x}$	Dp	Correlação Item-total	R <sup>2</sup>	$\alpha$ Cronbachs sem Item
1	Seguro/a de si próprio	2.49	1.040	0.495	0.482	0.773
2	Adulto/a	2.24	1.016	0.665	0.639	0.747
3	Dependente	2.82	1.223	0.470	0.254	0.779
4	Valente	2.09	0.982	0.663	0.655	0.749
5	Tímido	2.39	0.981	0.628	0.431	0.754
6	Exibicionista	3.01	1.138	0.349	0.350	0.797
7	Com um certo estilo	2.28	1.053	0.614	0.508	0.755
8	Incomodativo	3.08	1.159	0.235	0.296	0.815
Coeficiente <i>Split-half</i>				Primeira metade = 0.789 Segunda metade = 0.646		
Coeficiente <i>Alfa Cronbach</i> global				0.795		

A análise de conteúdo dos itens consubstanciava dois constructos, o primeiro foi designado por autoestima, incluí os itens 2, 4, 6 e 7 e o segundo nomeado por autoconceito contem os itens 1, 3, 5 e 8. Decidimos de imediato proceder à análise fatorial confirmatória e os resultados obtidos apontavam para saturações inferiores a 0.50 no item 0.10, no item 6 e de 0.22 no item 8, pelo que procedemos à sua exclusão e efetuámos nova análise fatorial confirmatória . A figura 4 reporta os resultados obtidos sendo notório que todos os itens saturam no fator a que pertencem com valores superiores a 0.50, excepto o item 3 do autoconceito sobre o tabaco que apresenta um coeficiente estandardizado beta de 0.44, considerado mesmo assim de aceitável. As correlações entre os diferentes itens com o fator a que pertencem, também se revelam de bons ao oscilarem entre 0.19 no item 3, pertencente à subescala autoconceito e 0.76 do item 2 da subescala de autoestima. Todavia a correlação entre os dois fatores denuncia problemas de multicolaridade, porquanto revela um valor de 1.06. Nesse sentido, achámos que deveria proceder-se a estudos desta escala, considerando inclusivamente a possibilidade de a

mesma ser analisada como se de uma escala unifatorial se tratasse. Para este estudo decidimos, contudo, mantê-la como escala bifatorial.

**Figura 3** – Análise fatorial confirmatória da subescala da autoestima e autoconceito sobre o tabaco



### Estudo psicométrico da escala de conhecimentos sobre hábitos tabágicos

Apresentamos na **tabela 15** as médias e os desvios padrão, as correlações obtidas entre cada item e o valor global e o valor de Alfa de Cronbach. Pelos índices médios notamos a existência de fraca homogeneidade na medida em que oscilam entre (média=  $1,76 \pm 1,049dp$ ) no item 21- “Fumar torna as pessoas mais bonitas e interessantes.” e (média=  $4,57 \pm 0,800dp$ ) no item 1- “Fumar prejudica a saúde dos fumadores.”. Quanto aos coeficientes de correlação, item total corrigido, apuramos que nenhum dos itens foi eliminado, porquanto apresentaram uma correlação superior a 0.20. O item que se mostra com maior situação problemática é o 1 ( $r=0,212$ ), explicando 41,0% da sua variabilidade e a correlação máxima é obtida no item 20 - “Quando as pessoas estão tristes, fumar faz com que se sintam mais contentes.” ( $r=0,356$ ) com uma variabilidade de 47.8%. Contudo, o item que se revela com maior percentagem de variância explicada é o item 5 “*Fumar prejudica a saúde dos jovens.*” Com uma variabilidade de 61.1%.

Analisando os valores de Alfa de Cronbach, sem o respetivo item, podemos classificá-los entre o razoável e o bom já que, variam entre 0.695 no item 20 - “Quando as pessoas estão tristes, fumar faz com que se sintam mais contentes “ e 0.707 no item 1 “Fumar prejudica a saúde dos fumadores.”. O índice de fiabilidade pelo método das

metades “*split half*” revela-se inadmissível, pois na primeira metade o valor foi de 0.551 e na segunda de 0.559, para um alfa global de (0.713).

**Tabela 15** - Escala de conhecimentos sobre hábitos tabágicos

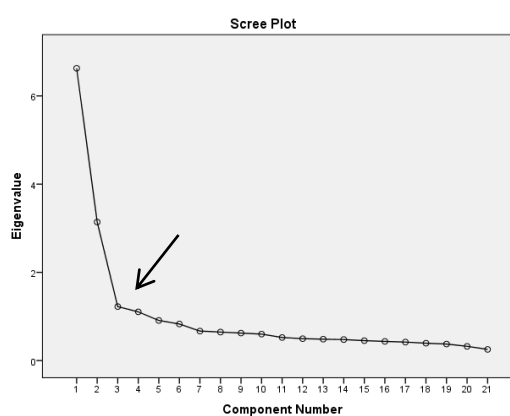
	Item	$\bar{x}$	Dp	R	R <sup>2</sup>	A	h <sup>2</sup>
1	Fumar prejudica a saúde dos fumadores.	4.57	0.800	0.212	0.410	0.707	0.547
2	Fumar só provoca doenças sem importância.	1.80	1.157	0.289	0.471	0.701	0.641
3	Fumar só afeta a saúde das pessoas se fumarem durante muitos anos.	2.20	1.251	0.281	0.385	0.702	0.598
4	Fumar aumenta a probabilidade de se ter cancro no pulmão.	4.42	0.895	0.266	0.568	0.703	0.666
5	Fumar prejudica a saúde dos jovens.	4.44	0.872	0.281	0.611	0.702	0.715
6	Preocupo-me bastante com as consequências provocadas pelo comportamento de fumar.	3.99	0.973	0.251	0.390	0.705	0.492
7	Os médicos exageram quando falam dos malefícios do tabaco.	2.15	1.129	0.294	0.464	0.701	0.587
8	Fumar provoca um hábito (cheiro na boca) agradável.	2.28	1.377	0.267	0.229	0.705	0.350
9	Fumar diminui a capacidade das pessoas para a prática desportiva.	4.08	0.962	0.260	0.348	0.704	0.416
10	Fumar durante a gravidez prejudica o feto (bebé).	4.45	0.867	0.260	0.455	0.704	0.552
11	Fumar é uma boa maneira de os jovens mostrarem que são independentes.	1.95	1.199	0.286	0.414	0.702	0.525
12	Fumar em casa prejudica a saúde de quem nela habita.	4.26	0.880	0.242	0.501	0.705	0.584
13	O fumo do cigarro libertado pelos fumadores incomoda os não fumadores.	4.18	0.993	0.244	0.370	0.705	0.453
14	Fumar só prejudica a saúde do fumador e não a saúde das outras pessoas.	1.82	1.148	0.238	0.469	0.706	0.610
15	Os fumadores deviam evitar fumar ao "pé" dos não fumadores.	4.21	0.923	0.244	0.514	0.705	0.614
16	Fumar prejudica a economia familiar.	4.16	0.911	0.283	0.456	0.702	0.596
17	Fumar é uma forma de poluir o ar.	3.96	0.995	0.266	0.361	0.703	0.588
18	Fumar faz com que seja mais fácil entrar num grupo de colegas/fazer amigos?	2.34	1.196	0.324	0.359	0.698	0.529
19	Fumar acalma as pessoas, quando estão ansiosas.	3.15	1.148	0.327	0.380	0.698	0.732
20	Quando as pessoas estão tristes, fumar faz com que se sintam mais contentes.	2.59	1.079	0.356	0.478	0.695	0.707
21	Fumar torna as pessoas mais bonitas e interessantes.	1.76	1.049	0.278	0.518	0.702	0.595
<b>Coefficiente Split-half</b>		Primeira metade		0.551			
		Segunda metade		0.559			
<b>Coefficiente alpha Cronbach global</b>		0.713					

Dado que os valores correlacionais dos itens, se apresentaram superiores a 0.20, iniciamos com os 21 itens o estudo da análise fatorial da escala através da análise de componentes principais, com rotação ortogonal de tipo Varimax e com valores próprios superiores a 1. Analisámos em primeiro lugar o resultado do teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o teste de esfericidade Bartlett's. O KMO é uma medida que afere a qualidade das correlações entre as variáveis e nos permite determinar se podemos prosseguir com a análise fatorial. Valores entre 0.5 e 1.0 indicam que a análise fatorial é apropriada. Com base no resultado obtido (KMO=0.910) classificámo-lo de muito boa adequação

(Pestana e Gageiro, 2011). O teste de esfericidade Bartlett's é baseado na distribuição estatística de *qui quadrado*, pois testa a hipótese nula, isto é, considera que não há correlação entre as variáveis. No nosso estudo não o consideramos de grande relevância, uma vez que em grandes amostras leva à rejeição da hipótese nula. A solução fatorial obtida, permitiu a seleção de 4 fatores com raízes latentes superiores a 1 que no seu conjunto explicam 57.5% da variância total. Entretanto, fomos verificar a proporção da variância de cada variável explicada pelos fatores que é designada por comunalidades. Apenas o item 8 - "Fumar provoca um hálito (cheiro na boca) agradável." apresenta uma comunalidade inferior a 0.40 (Marôco 2014), tendo-se procedido à sua exclusão e elaboração de nova análise fatorial, que revela uma percentagem de variância explicada para os 4 fatores de 59.2%.

Todavia, o gráfico de variâncias, designado por *Scree plots*, indica-nos que são dois os números de componentes a reter, conforme ponto de inflexão da curva, pelo que forçamos a rotação a dois fatores.

**Gráfico 1** – Variâncias *Scree plots*



Os resultados obtidos (**cf. tabela 16**) permitem-nos verificar que todos os itens apresentam cargas fatoriais superiores a 0.50, mas dado que os itens 3, 9, 17 e 19 mostraram comunalidades inferiores a 0.40, procedemos à sua remoção e efetuámos nova análise fatorial.

**Tabela 16** – Ordenações dos itens por fator e cargas fatoriais

Itens		Fatores		h <sup>2</sup>
		1	2	
1	Fumar prejudica a saúde dos fumadores.	0.665		0.467
2	Fumar só provoca doenças sem importância.		0.677	0.493
	Fumar só afeta a saúde das pessoas se fumarem durante muitos			0.397
3	anos.		0.619	
4	Fumar aumenta a probabilidade de se ter cancro no pulmão.	0.695		0.493
5	Fumar prejudica a saúde dos jovens.	0.734		0.551
	Preocupo-me bastante com as consequências provocadas pelo			0.408
6	comportamento de fumar.	0.634		
7	Os médicos exageram quando falam dos malefícios do tabaco.		0.718	0.558
	Fumar diminui a capacidade das pessoas para a prática desportiva.	0.624		0.393
9		0.695		0.495
10	Fumar durante a gravidez prejudica o feto (bebé).			0.491
	Fumar é uma boa maneira de os jovens mostrarem que são		0.679	
11	independentes.			
12	Fumar em casa prejudica a saúde de quem nela habita.	0.730		0.568
	O fumo do cigarro libertado pelos fumadores incomoda os não			0.436
13	fumadores.	0.651		
	Fumar só prejudica a saúde do fumador e não a saúde das outras			0.513
14	peessoas.		0.667	
15	Os fumadores deviam evitar fumar ao "pé" dos não fumadores.	0.723		0.558
16	Fumar prejudica a economia familiar.	0.707		0.510
17	Fumar é uma forma de poluir o ar.	0.618		0.384
	Fumar faz com que seja mais fácil entrar num grupo de colegas/fazer amigos?		0.662	0.439
18				
19	Fumar acalma as pessoas, quando estão ansiosas.		0.559	0.323
	Quando as pessoas estão tristes, fumar faz com que se sintam			0.477
20	mais contentes.		0.691	
21	Fumar torna as pessoas mais bonitas e interessantes.		0.730	0.591

A **tabela 17** configura o resultado final. A carga fatorial dos 16 itens restantes oscilam no fator 1 entre 0.655 no item 6 - “Preocupo-me bastante com as consequências provocadas pelo comportamento de fumar.” e 0.768 no item 5 - “Fumar prejudica a saúde dos jovens”. No fator 2 a menor carga fatorial (0.663) é registada no item 20 - “Quando as pessoas estão tristes, fumar faz com que se sintam mais contentes” e a maior (0.764) no item 21 “Fumar torna as pessoas mais bonitas e interessantes”. Por sua vez, denota-se que as comunalidades oscilam entre 0.431 no item 6 e 0.604 no item 5.

A percentagem de variância explicada pelos dois fatores foi de 51.7%. O fator 1 designado por conhecimentos sobre saúde é constituído pelos itens 1, 4, 5, 6, 10, 12, 13, 15 e 16 e explica 28.8% da variância total. O fator 2 denominado de fator sociocultural explica 22.9% da variância e comporta os itens 2, 7, 11, 14, 18, 20 e 21.

**Tabela 17** – Resultado final das ordenações dos itens por fator e cargas fatoriais

Itens		Fatores		
		1	2	h <sup>2</sup>
1	Fumar prejudica a saúde dos fumadores.	0.675		0.488
2	Fumar só provoca doenças sem importância.		0.674	0.485
4	Fumar aumenta a probabilidade de se ter cancro no pulmão.	0.732		0.549
5	Fumar prejudica a saúde dos jovens.	0.768		0.604
6	Preocupo-me bastante com as consequências provocadas pelo comportamento de fumar.	0.655		0.431
7	Os médicos exageram quando falam dos malefícios do tabaco.		0.724	0.558
10	Fumar durante a gravidez prejudica o feto (bebé).	0.682		0.486
11	Fumar é uma boa maneira de os jovens mostrarem que são independentes.		0.717	0.535
12	Fumar em casa prejudica a saúde de quem nela habita.	0.731		0.571
13	O fumo do cigarro libertado pelos fumadores incomoda os não fumadores.	0.658		0.446
14	Fumar só prejudica a saúde do fumador e não a saúde das outras pessoas.		0.703	0.551
15	Os fumadores deviam evitar fumar ao "pé" dos não fumadores.	0.715		0.551
16	Fumar prejudica a economia familiar.	0.690		0.487
18	Fumar faz com que seja mais fácil entrar num grupo de colegas/fazer amigos?		0.691	0.478
20	Quando as pessoas estão tristes, fumar faz com que se sintam mais contentes.		0.663	0.439
21	Fumar torna as pessoas mais bonitas e interessantes.		0.764	0.629

A **tabela 18** caracteriza as estatísticas e a consistência interna dos itens por subescala. Para o fator 1- **Conhecimentos sobre saúde** o valor de correlação do item total corrigido varia entre 0.557 no item 6 “Preocupo-me bastante com as consequências provocadas pelo comportamento de fumar.”, sendo também este item o que exprime menor variabilidade (34.8%) e os 0.692 no item 5 - “Fumar prejudica a saúde dos jovens.” com uma variabilidade de 60.3%. Os valores de alfa de Cronbach são bons, sendo o menor de 0.859 no item 5 e o maior 0.871 no item 6. Quanto ao fator 2, **sociocultural**, denota-se a mesma tendência com valores do item total corrigido a situarem-se entre os 0.517 no item 20 - “Quando as pessoas estão tristes, fumar faz com que se sintam mais contentes.”, explicando 31.6% e os 0.688 no item 21- “Fumar torna as pessoas mais bonitas e interessantes.”, com uma percentagem de variância explicada de 48.7%. Os valores de alfa de Cronbach também podem classificar-se de bons, porquanto se situam acima dos 0.810.

**Tabela 18** – Consistência interna dos itens por subescala do tabaco

Itens	Fator 1 - Conhecimentos sobre saúde	Média	Dp	r/item	r <sup>2</sup>	Alpha
1	Fumar prejudica a saúde dos fumadores.	4.57	0.800	0.604	0.397	0.867
4	Fumar aumenta a probabilidade de se ter cancro no pulmão.	4.42	0.895	0.641	0.554	0.864
5	Fumar prejudica a saúde dos jovens.	4.44	0.872	0.692	0.603	0.859
6	Preocupo-me bastante com as consequências provocadas pelo comportamento de fumar.	3.99	0.973	0.557	0.348	0.871
10	Fumar durante a gravidez prejudica o feto (bebé).	4.45	0.867	0.602	0.386	0.867
12	Fumar em casa prejudica a saúde de quem nela habita.	4.26	0.880	0.674	0.481	0.861
13	O fumo do cigarro libertado pelos fumadores incomoda os não fumadores.	4.18	0.993	0.575	0.359	0.870
15	Os fumadores deviam evitar fumar ao "pé" dos não fumadores.	4.21	0.923	0.658	0.481	0.862
16	Fumar prejudica a economia familiar.	4.16	0.911	0.608	0.403	0.866
<b>Fator 2 – Sociocultural</b>						
2	Fumar só provoca doenças sem importância.	1.80	1.157	0.577	0.385	0.826
7	Os médicos exageram quando falam dos malefícios do tabaco.	2.15	1.129	0.636	0.425	0.817
11	Fumar é uma boa maneira dos jovens mostrarem que são independentes.	1.95	1.199	0.614	0.395	0.820
14	Fumar só prejudica a saúde do fumador e não a saúde das outras pessoas.	1.82	1.148	0.623	0.423	0.819
18	Fumar faz com que seja mais fácil entrar num grupo de colegas/fazer amigos.	2.34	1.196	0.549	0.329	0.830
20	Quando as pessoas estão tristes, fumar faz com que se sintam mais contentes.	2.59	1.079	0.517	0.316	0.834
21	Fumar torna as pessoas mais bonitas e interessantes.	1.76	1.049	0.688	0.487	0.810

A **tabela 19** sintetiza os valores de alfa de Cronbach por subescala obtidos no nosso estudo. Denota-se que é o fator 1 que apresenta uma melhor consistência interna, tanto para o valor global como para a primeira e segunda metade. O fator 2 revela um alfa de Cronbach mais baixo, mas mesmo assim, classificado de bom, enquanto os valores de Split alf se encontram no limiar do bom.

**Tabela 19** – Valores de alfa de Cronbach para as subescalas dos acontecimentos de vida negativos

Subescalas	N.º itens	Split half		Alfa global
		1.º metade	2.º metade	
Fator 1 – Conhecimentos sobre saúde	9	0.817	0.803	0.878
Fator 2 – Conhecimento Sociocultural	7	0.785	0.715	0.844

No que se refere à validade convergente/discriminante dos itens, observamos que todos estabelecem com as escalas a que pertencem correlações positivas e altamente significativas ( $p = <0,00$ ) com valores superiores a 0.60, e correlações baixas com as

escalas a que não pertencem, o que nos indica uma boa validade convergente/discriminante.

Analisando os resultados por subescala observamos que no fator 1 os valores correlacionais dos itens oscilam para a escala a que pertencem entre ( $r= 0.668$ ) no item 6 “Preocupo-me bastante com as consequências provocadas pelo comportamento de fumar.” e o maior ( $r= 0.767$ ) e no item 5 “Fumar prejudica a saúde dos jovens.”. Para o fator 2 o item de menor valor correlacional ( $r= 0.649$ ) é o 20 “Quando as pessoas estão tristes, fumar faz com que se sintam mais contentes.” e o de maior variabilidade ( $r= 0.778$ ) o item 21 “Fumar torna as pessoas mais bonitas e interessantes.”.

**Tabela 20** – Validade convergente vs divergente dos itens das subescalas do consumo de tabaco

Itens		F1	F2	Ftotal
1	Fumar prejudica a saúde dos fumadores.	<b>0.688</b>	-0.298	0.354
2	Fumar só provoca doenças sem importância.	-0.686	<b>0.704</b>	0.369
4	Fumar aumenta a probabilidade de se ter cancro no pulmão.	<b>0.728</b>	-0.260	0.424
5	Fumar prejudica a saúde dos jovens.	<b>0.767</b>	-0.274	0.446
6	Preocupo-me bastante com as consequências provocadas pelo comportamento de fumar.	<b>0.668</b>	-0.190	0.432
7	Os médicos exageram quando falam dos malefícios do tabaco.	0.310	<b>0.746</b>	0.385
10	Fumar durante a gravidez prejudica o feto (bebé).	<b>0.693</b>	-0.272	0.381
11	Fumar é uma boa maneira de os jovens mostrarem que são independentes.	-0.277	<b>0.736</b>	0.405
12	Fumar em casa prejudica a saúde de quem nela habita.	<b>0.753</b>	-0.324	0.389
13	O fumo do cigarro libertado pelos fumadores incomoda os não fumadores.	<b>0.684</b>	-0.240	0.402
14	Fumar só prejudica a saúde do fumador e não a saúde das outras pessoas.	-0.347	<b>0.738</b>	0.345
15	Os fumadores deviam evitar fumar ao "pé" dos não fumadores.	<b>0.744</b>	-0.325	0.380
16	Fumar prejudica a economia familiar.	<b>0.703</b>	-0.242	0.417
18	Fumar faz com que seja mais fácil entrar num grupo de colegas/fazer amigos.	-0.170	<b>0.687</b>	0.458
20	Quando as pessoas estão tristes, fumar faz com que se sintam mais contentes.	-0.159	<b>0.649</b>	0.434
21	Fumar torna as pessoas mais bonitas e interessantes.	-0.346	<b>0.778</b>	0.381

Fazemos na **tabela 21** alusão à matriz de correlação de Pearson estabelecida com os fatores da escala. Verificamos que as correlações do fator global com as subescalas são positivas e significativas, explicando em ambos os fatores mais de 30.0% da sua variabilidade. Entre o fator 1 e o fator 2 a correlação obtida é negativa e significativa com uma percentagem de variância explicada de 14.1%, aferindo-se assim que há maiores índices nos conhecimentos sobre saúde correspondem menores índices socio-culturais.

**Tabela 21** - Matriz de Correlação de Pearson entre os fatores da escala de conhecimentos sobre hábitos tabágicos

Subescalas	Conhecimento háaúde (F1)	F2
Conhecimento sociocultural (F2)	-0.376	--
Fator global	0.566	0.552

\*\*\*  $p > 0,001$ 

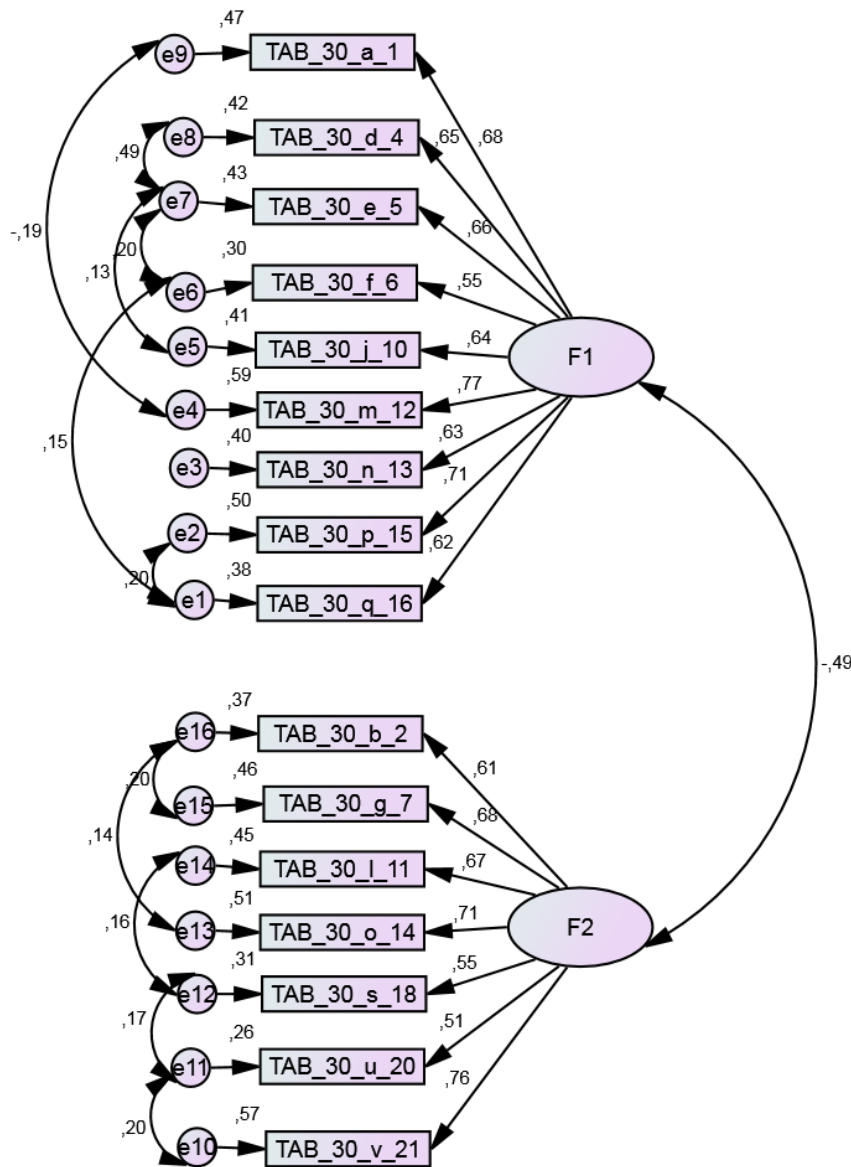
Testámos a análise bifatorial que emergiu da análise fatorial exploratória e inicialmente verificámos que os índices da AFC apresentavam ajustamento bom exceto o CMIN/DF que revelou um ajustamento mau por apresentar valores superiores a 5.

No entanto, os índices de modificação indicaram que deveriam correlacionar-se alguns erros (cf. **figura 3**) o que nos permitiu a obtenção dum bom ajuste do modelo conforme se pode observar pelos resultados expressos na **tabela 22**. Todos os pesos de regressão foram significativos e estaticamente diferentes de zero ( $p < 0,001$ ), mostrando a relevância do fator para predizer os itens.

**Tabela 22** - Índices de ajustamento da análise fatorial confirmatória da escala de conhecimentos sobre hábitos tabágicos

Modelo	$\chi^2$	gl	CMIN/DF	GFI	NFI	CFI	RMSEA	RMR	SRMR
Modelo inicial	714.774	103	6.940	0.909	0.886	0.900	0.078	0.048	0.0484
Modelo final	263.918	92	2.869	0.966	0.958	0.972	0.044	0.034	0.0342

Figura 4 – Análise fatorial confirmatória da escala de consumo de tabaco



A fiabilidade compósita é considerada apropriada ( $FC=0.872$ ) para o primeiro fator e ( $FC=0.817$ ) para o segundo fator, mas a validade convergente apresenta valores ligeiramente inferiores aos recomendados, respectivamente, de 0.434 e 0.418, verificando-se, porém, validade discriminante dado que a VEM dos fatores é superior ao quadrado da correlação dos mesmos ( $r^2= 0.240$ ).

#### 1.4 – Procedimentos éticos na recolha de dados

O processo de colheita de dados foi precedido da elaboração do instrumento de recolha, viável e adequado ao estudo, posteriormente submetido e aprovado pela Dire-

ção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC) com o número de registo 0012100007 (cf. **anexo 1**), assim como obteve autorização de aplicação das respetivas direções das escolas que constituíram a amostra.

No cumprimento dos predicados éticos, foi pedida e concedida autorização pelos autores para aplicação da Escala de Autoestima de Rosenberg (cf. **anexo 2**), Inventário Clínico do Autoconceito (cf. **anexo 3**) e Consumo de tabaco (cf. **anexo 4**).

Para operacionalização do instrumento de recolha de dados solicitou-se nas escolas a autorização dos encarregados de educação dos alunos com menoridade, (cf. **anexo 5**), explanando-se a finalidade do estudo, asseverou-se a livre participação, o anonimato e a confidencialidade.

A aplicação do instrumento de colheita de dados ocorreu em tempo escolar, com todos os alunos da amostra, dos 10.º, 11.º e 12.º anos, ministrado pelo professor/a da disciplina, depois de informado/a sobre os procedimentos.

### 1.5 - Análise de dados

Após a recolha de dados, foram analisados todos os questionários (cf. anexo 6) e eliminados os que não estavam preenchidos na íntegra, para assim se dar prosseguimento à codificação e análise no programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), Statistics® versão 20.0 que possibilitou efetuar estatísticas descritivas e inferenciais, salientando, sempre que possível, relações e dependências entre as variáveis. O Inventário Clínico de Autoconceito foi estudado e cotado a partir do programa informático, elaborado por Ramalheira, em 1987, pretendendo, deste modo pontuações referentes aos diferentes fatores, ao mesmo tempo que auferir de pontuações totais.

O tratamento estatístico deste estudo compreende a análise descritiva e analítica ou inferencial. Com a análise descritiva determinámos as frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central como médias e medidas de dispersão ou variabilidade como desvio padrão e coeficiente de variação.

O coeficiente de variação é uma medida de dispersão relativa que exprime a variabilidade dos dados em relação à média. Quanto menor mais homogêneo é o conjunto de dados. Os resultados obtidos devem ser interpretados (Pestana & Gageiro, 2008),

usando a seguinte classificação: até 15.0% - dispersão baixa, de 15.0% a 30.0% - dispersão média ou moderada e superior a 30.0% - dispersão alta ou elevada.

Ainda utilizámos as medidas de forma como assimetria e curtose nas variáveis quantitativas, no intuito de verificar se as mesmas possuíam distribuição normal e medidas de associação, como o coeficiente de correlação de Pearson.

O **coeficiente de correlação de Pearson** ( $r$ ) é uma medida de associação linear usada para o estudo de variáveis quantitativas. A correlação indica que os fenómenos não estão indissolivelmente ligados, mas que a intensidade de um (em média) é acompanhada tendencialmente com a intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso. Por isso, os valores variam entre -1 e +1. Se a associação for negativa a variação entre as variáveis ocorre em sentido contrário, isto é, o aumento dos valores duma variável estão associados em média à diminuição da outra; se for positiva a variação das variáveis ocorre no mesmo sentido. A comparação de dois coeficientes deve ser feita em termos do seu valor ao quadrado designado por coeficiente de determinação ( $R^2$ ) que indica a percentagem de variação de uma variável explicada pela outra.

Para as correlações de Pearson utilizamos os valores de  $r$  que, por convenção, Pestana & Gageiro (2008) classifica  $r < 0.20$  em associação muito baixa, de 0.2 a 0.39 associação baixa, de 0.4 a 0.69 associação moderada, de 0.7 a 0.89 associação alta e de 0.9 a 1 associação muito alta.

No que respeita à estatística inferencial usámos a estatística paramétrica e a estatística não paramétrica como recurso à primeira, quando as condições da sua aplicação não se verificaram. Conforme Marôco (2010), a utilização de testes paramétricos, exigem a verificação simultânea de dois requisitos essenciais, (i), as variáveis de natureza quantitativa devem apresentar distribuição normal e (ii) as variâncias populacionais devem ser homogêneas, caso se esteja a comparar duas ou mais amostras populacionais. Nesse sentido, para o estudo da normalidade da distribuição das variáveis utilizámos o teste de Kolmogorov-Smirnov e para testar a homogeneidade das variâncias recorremos ao teste de Levene.

O autor citado acrescenta ainda que os testes paramétricos são robustos à violação do pressuposto da normalidade, desde que as distribuições não sejam extremamente enviesadas ou achatadas e que as dimensões da amostra não sejam demasiado pequenas.

Para além destes pressupostos, o recurso à estatística não paramétrica também ocorreu quando o quociente entre o número de elementos, que constituem a amostra maior com a menor, foi superior a 1.5 (Pestana & Gageiro, 2003). Estes testes são menos potentes que os correspondentes paramétricos, pelo que a possibilidade de rejeitar  $H_0$  é maior num teste paramétrico do que num teste não paramétrico (Marôco, 2010).

Entre a estatística paramétrica e não paramétrica destacamos:

- **Testes  $t$  de Student ou teste de U-Mann Whitney (UMW)** - para comparação de médias ou *ranks* de uma variável quantitativa em duas amostras diferentes, em que se desconhecem as respetivas variâncias populacionais (Pestana & Gageiro, 2008).
- **A análise de variância a um fator (ANOVA) e teste de Kruskal-Wallis** para comparação de médias ou *ranks* de uma variável quantitativa, em três ou mais grupos de sujeitos diferentes. É uma extensão do teste  $t$  de Student ou do teste de U Mann Whitney respetivamente, que permite comparar mais de dois grupos em estudo. Neste tipo de testes, comumente, recorre-se aos testes *post-hoc* para determinar quais as médias ou *ranks* que se diferenciam entre si (Pestana & Gageiro, 2008);
- **O Teste de *qui quadrado* ( $\chi^2$ )** estuda a relações entre variáveis nominais. Aplica-se a uma amostra em que a variável nominal possui duas ou mais categorias, comparando as frequências observadas com as esperadas, para inferir sobre a relação existente entre ambas.

Os valores residuais constituem um complemento ao teste de *qui quadrado*, ou como referem Pestana & Gageiro (2003, p.141) “o uso dos valores residuais em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste de *qui quadrado*. Valores elevados dos resíduos indiciam uma relação de dependência entre as duas variáveis”. A interpretação dos resíduos ajustados necessita de um número mínimo de oito elementos tanto no total da linha como na coluna.

**A regressão linear** - é um método estatístico usado para prever o comportamento de uma variável quantitativa (variável dependente ou endógena - Y) a partir de uma ou mais variáveis relevantes de natureza intervalar ou rácio (variáveis independentes ou exógenas - X), informando sobre as margens de erro dessas previsões. Quando utilizamos apenas uma variável dependente e uma independente, efetuamos uma **regressão linear simples**, mas se comparamos uma variável dependente com mais do que uma variável independente efetuamos uma **regressão linear múltipla**. Na regressão a corre-

lação que mede o grau de associação entre duas variáveis é usada para prever a variável dependente (Y). Quanto maior for a correlação entre X e Y melhor a previsão e quanto menor for essa correlação maior a percentagem de erro na previsão (Pestana & Gageiro, 2008);

Na análise estatística utilizámos os seguintes valores de significância (D'Hainaut, 1990):

$p < 0.05$ *	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

A apresentação dos resultados encontra-se organizada em tabelas, quadros e gráficos, onde se plasmaram os dados mais relevantes, sem se cumprir a regra de colocação do local, da data e fonte na mesma, uma vez que todos os dados foram colhidos através do instrumento de recolha de dados aplicado aos estudantes do ensino secundário público e profissional. Na descrição e análise dos dados procurámos obedecer à ordem pela qual foi elaborado o questionário, com exceção feita à caracterização sociodemográfica que integra o ponto referente aos participantes, cito no capítulo da metodologia.

Para o tratamento estatístico dos dados utilizámos o programa SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences) ®, versão atual (2011) para Windows. Também recorreremos ao programa para cotação automática© do Inventário Clínico do Autoconceito elaborado por Ramalheira, em 1987.

Acresce referir que no decurso do tratamento do estatístico foram detetadas respostas omissas a várias questões, às quais se procedeu ao seu tratamento estatístico no intuito de determinar se as mesmas ao revelarem-se significativas poderiam pôr em causa toda a validade do estudo.

Expostas estas considerações metodológicas, iniciamos no capítulo seguinte a apresentação e análise dos resultados.

## 2 – Resultados

Os resultados serão apresentados em duas partes, sendo a primeira a análise descritiva e a segunda a análise inferencial dos resultados, considerando-as completivas.

### 2.1- Análise descritiva

A mostra de resultados será apresentada, descrevendo as relações das variáveis de contexto escolar, de contexto psicológico (autoestima e autoconceito) e, os conhecimentos sobre hábitos tabágicos e o consumo de tabaco dos adolescentes.

#### 2.1.1 - Variáveis de contexto escolar

Passaremos a analisar as variáveis relacionadas com o contexto escolar mormente a escola que frequentam, o ano de escolaridade, a ocorrência e número de reparações, a mudança de escola nos últimos dois anos, os sentimentos face à escola, a distância à escola *versus* casa, tempo despendidos entre a escola e casa, os meios de deslocação para a escola, a relação entre os pais e a escola, a ajuda nas atividades escolares e o envolvimento em lutas, no último período letivo.

##### **Escola que frequentam**

Pela análise da **tabela 23** verificámos que a Escola Secundária de Emídio Navarro, e m Viseu, foi a que patenteou maior número de voluntários (454) para responder ao instrumento de recolha de dados, seguida da Escola Secundária com 3.º Ciclo de Tondela (354) e, a menos participativa a Escola Profissional de Tondela (163). Estes participantes são proporcionais ao número de alunos por estabelecimento de ensino, pelo que a amostra está composta por 46.8% da primeira escola, 36.5% da segunda e 16.8% da terceira.

Constata-se um valor de  $p$  altamente significativo ( $\chi^2 = 24.89$ ;  $p = 0.000$ ) entre a escola e o sexo dos inquiridos, após a determinação do valor do *qui quadrado*, particularmente nas raparigas da Escola Secundária com 3.º Ciclo de Tondela (41.80%) e nos rapazes da Escola Profissional de Tondela (22.1%).

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

A distribuição dos alunos por ano de escolaridade (**tabela 23**) mostra que o mais representativo, do total da amostra, é o 10.º ano com 38.6%, dos quais são

42.0% rapazes e 35.1% raparigas, secundado pelo 11.º ano com 31.5%, mas maior número de raparigas que rapazes (34.9% *versus* 28.2%) e, o 12º ano com 29.9% de homogeneidade, em ambos os sexos.

A determinação do valor do *qui quadrado* revela uma relação estatisticamente significativa entre os diferentes grupos das variáveis em estudo ( $\chi^2=6.443$ ;  $p=0.040$ ) e os valores residuais evidenciam que há diferenças significativas, nos rapazes do 10.º ano (42.0%) e nas raparigas do 11.º ano (34.9%).

### **Mudança de escola nos últimos dois anos**

A organização escolar trouxe aos alunos estabilidade na mobilidade de escola. Contudo, a mudança pode ocorrer por diversas circunstâncias, nomeadamente na passagem do 3.º ciclo para o secundário, para prosseguimento de estudos obrigatórios no ensino regular ou profissional. Neste sentido, realizou-se a análise dos dois últimos anos e verificou-se que 61.9% se manteve na mesma escola com exceção de 38.1% que mudaram de estabelecimento de ensino. Pelos resultados do teste de *qui quadrado*, constata-se que não existe relação estatisticamente significativa entre os grupos ( $\chi^2=0.143$ ;  $p=0.706$ ) pelo que podemos depreender que estes são independentes.

### **Sentimentos face à escola**

Procedemos à recodificação da variável em estudo que ficou constituída por três grupos: gosta, indiferente e não gosta. Pela análise da **tabela 23** aferimos que 62.0% dos alunos têm sentimentos positivos (“gostam”) face à escola, mas para cerca de metade (32.0%) esta é-lhes indiferente e 6.0% demonstraram sentimentos negativos (“não gostam”). O teste de *qui quadrado* patenteia um valor de  $p$  não significativo ( $\chi^2=4.208$ ;  $p=0.122$ ) o que confirma a não existência de relações estatísticas entre as variáveis.

### **Distância aproximada da escola a casa**

Da área geográfica que as três escolas abarcam, 40.4% dos alunos proferiram que o estabelecimento de ensino dista mais de 7 km de distância da residência onde moram, 27.1% (de 1 a 4 km), 19.8% (de 4 a 7 km) e 12.8% (inferior a 1 km).

O valor de *qui quadrado* mostra uma relação estatística não significativa, verificando-se como se corrobora nos pressupostos de independência entre as diferentes

variáveis ( $\chi^2= 6.942$ ;  $p=0.074$ ). Contudo, os valores residuais superiores a dois advêm das raparigas que vivem a uma distância de 1 a 4 km da escola (30.5%) e dos rapazes, cuja distância é superior a 7 km (43.6%), pelo que manifestam um comportamento significativamente superior ao esperado.

### **Tempo gasto na viagem entre a casa e a escola**

Entre o local onde habitam e a escola, os alunos gastam tempo, muitas vezes importante para o estudo ou atividades extracurriculares. No sentido de compreendermos quanto tempo gastam e para facilitar a análise dos dados adquiridos procedemos à recodificação da variável em dois grupos:  $<30$  minutos e  $\geq 30$  minutos. Assim, observa-se que uma maioria muito significativa dos adolescentes (82.6%) gasta menos de 30 minutos e, apenas 17.4% demoram 30 minutos ou mais na viagem.

O teste de *qui quadrado* indica uma relação estatisticamente significativa entre a variável em estudo e o sexo dos inquiridos ( $\chi^2=4.990$ ;  $p=0.025$ ). Os valores residuais apontam essas diferenças nas raparigas que necessitam menos de 30 minutos na viagem entre a sua casa e a escola (85.4%) e os rapazes que necessitam de 30 minutos ou mais (20.1%).

### **Retenção escolar**

Aferimos que 42.6% dos alunos apresentam no seu percurso escolar uma ou mais reprovações, ocorrendo em maior valor percentual nos rapazes do que nas raparigas (47.7% *versus* 37.4%), ainda que 57.4% do total da amostra nunca tenha vivenciado a situação.

A relação é estatisticamente significativa entre os grupos ( $\chi^2=10.364$ ;  $p=0.001$ ), resultado auferido pelo teste de *qui quadrado*. As diferenças verificam-se entre as raparigas com reprovações (37.4%) e os rapazes sem reprovações (52.3%), de acordo com os valores residuais.

**Tabela 23** – Variáveis de contexto escolar em função do sexo

Variáveis	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		N (493)	% (50.7)	N (478)	% (49.2)	N (971)	% (100.0)	M	F
<b>Escola que frequenta</b>									
Escola Secundária com 3.º Ciclo de Tondela		154	31.2	200	41.8	354	36.5	-3.4	3.4
Escola Secundária de Emídio Navarro		230	46.7	224	46.9	454	46.8	-0.1	0.1
Escola Profissional de Tondela		109	22.1	54	11.3	163	16.8	4.5	-4.5
<b>Ano de escolaridade</b>									
10.º ano		207	42.0	168	35.1	375	38.6	2.2	-2.3
11.º ano		139	28.2	167	34.9	306	31.5	-2.3	2.3
12.º ano		147	29.8	143	29.9	290	29.9	0.0	0.0
<b>Mudança de escola</b>									
Sim		185	37.5	185	38.7	370	38.1	-0.4	0.4
Não		308	62.5	293	61.3	601	61.9	0.4	-0.4
<b>Sentimentos face à escola</b>									
Gosta		292	59.2	310	64.9	602	62.0	-1.8	1.8
Indiferente		166	33.7	145	30.3	311	32.0	1.1	-1.1
Não Gosta		35	7.1	23	4.8	58	6.0	1.5	-1.5
<b>Distância escola/casa</b>									
< 1 Km		65	13.2	59	12.3	124	12.8	0,4	-0,4
1 – 4 Km		117	23.7	146	30.5	263	27.1	-2,4	2,4
4 – 7 Km		96	19.5	96	20.1	192	19.8	-0,2	0,2
> 7 Km		215	43.6	177	37.0	392	40.4	2,1	-2,1
<b>Tempo gasto viagem escola/casa</b>									
< 30 minutos		394	79.9	408	85.4	802	82.6	-2,2	2,2
≥ 30 minutos		99	20.1	70	14.6	169	17.4	2,2	-2,2
<b>Retenções</b>									
Sim		235	47.7	179	37.4	414	42.6	-3,2	3,2
Não		258	52.3	299	62.6	557	57.4	3,2	-3,2

### Número de reprovações

Para os estudantes que atestaram retenção escolar, procuramos determinar a sua frequência tendo-se recodificado a variável em três grupos: 1 reprovação, 2 reprovações e 3 ou mais reprovações.

Aferimos que 60.1% reprovou uma vez, decrescendo para cerca de metade nos casos de segunda retenção (32.4%), contudo 7.5% do total da amostra não transitou três ou mais vezes (**cf. tabela 24**).

Conforme aos valores obtidos no teste de *qui quadrado* ( $\chi^2 = 0.627$ ;  $p = 0.731$ ), estes não revelam diferenças estatisticamente significativas entre o número de reprovações e o sexo dos estudantes.

**Tabela 24** - Número de reprovações ocorridas em função do sexo

Nº Reprovações	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		N	%	N	%	N	%	M	F
1		140	59.6	109	60.9	249	60.1	-0.3	0.3
2		79	33.6	55	30.7	134	32.4	0.6	-0.6
≥ 3		16	6.8	15	8.4	31	7.5	-0.6	0.6
<b>Total</b>		<b>235</b>	<b>100.0</b>	<b>179</b>	<b>100.0</b>	<b>414</b>	<b>100.0</b>		

### Meio de deslocação habitual para a escola

Tanto em Tondela como em Viseu os transportes públicos têm horários sintonizados com os horários escolares, por isso, os valores recolhidos estão em consonância com os encontrados para a maioria dos estudantes desta amostra, na deslocação para a escola *versus* casa (50.5%). Contudo, como os pais também se deslocam dos arredores para as cidades por questões profissionais, 45.4% dos adolescentes utilizam o automóvel, 19.7% fazem o percurso a pé e, somente 1.0% utiliza a bicicleta (**cf. tabela 25**).

**Tabela 25** - Meio de deslocação habitual para a escola em função do sexo

Sexo Meio de deslocação	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
A pé	97	19.7	94	19.7	191	19.7
Bicicleta	5	1.0	5	1.0	10	1.0
Motorizada	20	4.1	5	1.0	25	2.6
Transportes públicos	254	51.5	236	49.4	490	50.5
Carro	221	44.8	220	46.0	441	45.4
Outro	1	0.2	2	0.4	3	0.3

### Acompanhamento escolar dos encarregados de educação

O acompanhamento escolar dos filhos por parte dos pais é uma das necessidades prementes do sistema de ensino português, uma vez que os seus educandos passam um elevado número de horas na escola, com uma orgânica própria que se espera conduzir ao sucesso.

Neste estudo a relação pais/escola foi avaliada com base em três afirmações: “Os meus pais estão prontos a ajudar em tudo o que está relacionado com a escola.”, “Os meus pais vêm à escola falar com os professores.” e “Os meus pais encorajam-me a fazer os trabalhos da escola.”.

Os alunos, em aproximadamente 60.0% dos casos (58.7%), referiram que os pais estão **sempre** disponíveis para ajudar no que concerne à escola e 23.9% considera que

isso acontece **muitas vezes**, contudo 1.0% aponta que os seus pais nunca estão dispostos para os ajudar nesse âmbito (cf. **tabela 26**).

Na segunda questão, 42.6% dos adolescentes proferem que **por vezes** os pais comparecem na escola para falar com os professores, 23.6% **raramente** o fazem e 4,6% refere que **nunca** o fizeram.

Na última questão, 53.6% dos filhos declaram que os pais **sempre** os encorajam a fazer os trabalhos da escola, 27.6% afirmam que o fazem **muitas vezes** e, apenas 1,4% referem que os seus pais **nunca** os encorajaram para a realização dos trabalhos da escola.

Os valores do *qui quadrado* ( $\chi^2=11.367$ ;  $p=0.023$ ) mostram a existência de diferenças estatisticamente significativas, no grupo das raparigas que afirmam que os seus pais raramente vão à escola falar com os professores (27.8%).

**Tabela 26** - Relação dos pais com a escola de acordo com o sexo

Relação Pais/Escola	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		N	%	N	%	N	%	M	F
Os meus pais estão prontos a ajudar em tudo o que está relacionado com a escola.	Nunca	4	0.8	6	1.3	10	1.0	N. A.	
	Raramente	16	3.2	19	4.0	35	3.6	-0.6	0.6
	Por vezes	66	13.4	58	12.1	124	12.8	0.6	-0.6
	Muitas vezes	126	25.6	106	22.2	232	23.9	1.2	-1.2
	Sempre	281	57.0	289	60.5	570	58.7	-1.1	1.1
Os meus pais vêm à escola falar com os professores.	Nunca	20	4.1	25	5.2	45	4.6	-0.9	0.9
	Raramente	96	19.5	133	27.8	229	23.6	-3.1	3.1
	Por vezes	220	44.6	194	40.6	414	42.6	1.3	-1.3
	Muitas vezes	110	22.3	87	18.2	197	20.3	1.6	-1.6
	Sempre	47	9.5	39	8.2	86	8.9	0.8	-0.8
Os meus pais encorajam-me a fazer bem os trabalhos da escola.	Nunca	8	1.6	6	1.3	14	1.4	N. A.	
	Raramente	20	4.1	15	3.1	35	3.6	0.8	-0.8
	Por vezes	61	12.4	73	15.3	134	13.8	-1.3	1.3
	Muitas vezes	154	31.2	114	23.8	268	27.6	2.6	-2.6
	Sempre	250	50.7	270	56.5	520	53.6	-1.8	1.8

Com o propósito de avaliar a significância estatística da incidência percentual das respostas que expressam a relação entre os pais e a escola, conceberam-se dois grupos:

- Grupo 1 - inclui as opções de resposta “nunca”, “raramente” e “por vezes” que traduzem um maior distanciamento no relacionamento entre os pais e a escola;
- Grupo 2 - inclui as opções de resposta “muitas vezes” e “sempre” que traduzem uma maior proximidade na relação entre pais e escola.

Após aplicação do teste binominal para um teste de proporções de 50.0% e a partir da análise da **tabela 27** constatou-se que as percentagens relativas aos dois grupos foram significativamente diferentes nas três afirmações. A probabilidade de os pais estarem prontos para ajudar em tudo o que está relacionado com a escola foi de 83.0% e dos pais encorajarem os filhos a fazer os trabalhos de casa 81.0%, mas para irem à escola falar com os professores foi de 29.0%, sendo as diferenças estatisticamente significativas ( $p=0.000$ ) para as três situações.

**Tabela 27** - Teste binomial relativo à relação dos pais com a escola

Variáveis		N	Prop. Observ.	P
Os meus pais estão prontos a ajudar em tudo o que está relacionado com a escola.	Grupo 1	169	0.17	0.000
	Grupo 2	802	0.83	
Os meus pais vêm à escola falar com os professores.	Grupo 1	688	0.71	0.000
	Grupo 2	283	0.29	
Os meus pais encorajam-me a fazer bem os trabalhos da escola.	Grupo 1	183	0.19	0.000
	Grupo 2	788	0.81	

### Ajuda dos adolescentes nas atividades do agregado familiar

O agregado familiar é composto por um conjunto de pessoas que coabitam, relacionam-se e ajudam-se no desempenho de diversas tarefas. Questionamos esta amostra estudantil com o intuito de conhecer esta faceta do seu quotidiano. Os resultados mostram que elevado número de estudantes (91.7%) afirma que ajuda nas atividades do agregado familiar e só 8.3% diz não ajudar.

Quanto à assiduidade com que os adolescentes ajudam os seus familiares nas atividades inferimos que 57.4% só o faz aos fins de semana, 30.8% à tarde depois de chegar das aulas, 11.2% tanto de manhã como de tarde e 0.6% ajudam os familiares de manhã, antes de irem para a escola.

**Tabela 28** - Ajuda dos adolescentes nas atividades do agregado familiar de acordo com o sexo

Frequência de Ajuda	Sexo	Masculino		Feminino		Total	
		N	%	N	%	N	%
De manhã, antes de ir para a escola		5	1.1	0	0.0	5	0.6
À tarde, depois de chegar da escola		133	29.8	141	31.8	274	30.8
Tanto de manhã como de tarde		37	8.3	63	14.2	100	11.2
Só aos fins-de-semana		271	60.8	240	54.1	511	57.4
<b>Total</b>		446	100.0	444	100.0	890	100.0

### Envolvimento em lutas/brigas com colegas no último período

Para tornar mais perceptível a variável em estudo foi recodificada em dois grupos: envolvimento em lutas e não envolvimento em lutas. Da análise da **tabela 29** apurámos que 88.8% dos adolescentes dizem não se terem envolvido em lutas durante o último período, contudo na comparação entre sexos, verificamos que os rapazes se envolveram mais em lutas (14.2%) do que as raparigas (8.2%).

O teste de *qui quadrado* exhibe a existência de diferenças significativas entre os grupos ( $\chi^2=8.884$ ;  $p=0.003$ ) que se situam entre os rapazes que se envolveram em lutas no último período (14.2%) e as raparigas que não se envolveram em lutas, durante o mesmo espaço de tempo (91.8%).

**Tabela 29** - Envolvimento em lutas em função do sexo

Envolvimento em lutas	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		N	%	N	%	N	%	M	F
Não		423	85.8	439	91.8	862	88.8	-3.0	3.0
Sim		70	14.2	39	8.2	109	11.2	3.0	-3.0
<b>Total</b>		493	100.0	478	100.0	971	100.0		

Depois de realizada a análise das variáveis de contexto escolar podemos esboçar o modelo/perfil de adolescente que integra a amostra do seguinte modo:

- Frequenta a Escola Emídio Navarro, em Viseu (46.8%);
- É aluno do 10.º ano de escolaridade (38.6%);
- Não tem retenções (57.4%);
- Não mudou de escola nos últimos dois anos (61.9%);
- Gosta da escola (62.0%);
- Vive a mais de 7 km de distância da escola (40.4%), demora menos de 30 minutos no percurso casa/escola (82.6%) e, utiliza maioritariamente os transportes públicos (50.5%);
  - Os pais estão “sempre” prontos a ajudar em tudo o que está relacionado com a escola (58.7%);
  - Os pais, “por vezes”, vão à escola falar com os professores (42.6%);
  - Os pais encorajam-no “sempre” a fazer os trabalhos da escola (53.6%);
  - Ajuda os pais em atividades (91.7%), principalmente aos fins de semana (57.4%);

- Não se envolveu em lutas no último ano letivo (88.8%).

### 2.1.2. Variáveis relacionadas com os estilos de vida

Para proceder à avaliação dos estilos de vida dos adolescentes da amostra utilizámos as variáveis relativas à frequência de realização de exercício físico fora da escola, frequência de lavagem dos dentes, prática de dieta alimentar e aspeto físico percebido.

#### Frequência da realização de exercício físico fora da escola

Com o intuito de coadjuvar o tratamento estatístico desta variável procedemos à sua recodificação, em três grupos: *sempre ou quase sempre*, *raramente* e *nunca*.

Do total da amostra, 51.6% afirma que *raramente* pratica exercício físico fora da escola, 36.5% pratica *sempre ou quase sempre* e 11,9% *nunca* pratica (tabela 30). O valor de  $p$  do teste de *qui quadrado* aponta para a existência de relações estatisticamente significativas entre os grupos ( $\chi^2=110.409$ ;  $p=0.000$ ), situando-se as mesmas ao nível dos rapazes (51.1%) que *sempre ou quase sempre* praticam exercício físico fora da escola, das raparigas (19.0%) que *nunca* o fazem e, ainda (59.6%) das raparigas pratica *raramente*.

#### Frequência da lavagem dos dentes

Uma das boas práticas diárias da higiene pessoal é a lavagem dos dentes para manter uma boa saúde oral. Para melhor o conhecimento do perfil dos adolescentes da amostra e torná-la de mais fácil leitura recodificou-se a variável “frequência da lavagem dos dentes”, em três grupos: *mais do que uma vez por dia*, *uma vez por dia*, *raramente ou nunca*.

Apuramos que a maioria dos estudantes (65.7%) confirma lavar os dentes *mais do que uma vez por dia*, secundados pelos adolescentes (31.8%) que dizem fazê-lo *uma vez por dia*, mas ainda encontramos adolescentes (2.5%) que dizem lavar os dentes *raramente ou nunca*, disposição inquietante tendo em conta as campanhas de prevenção e promoção da saúde oral (cf. tabela 30).

O teste de *qui quadrado* apresenta valores ( $\chi^2=63.939$ ;  $p=0.000$ ) que indicam diferenças significativas entre a frequência de lavagem dos dentes e o sexo dos estudan-

tes, mormente nas raparigas que lavam os dentes *mais do que uma vez por dia* (78.00%), os rapazes que lavam os dentes *uma vez por dia* (42.6%) e os que *raramente ou nunca* lavam os dentes (3.7%).

### **Dieta alimentar para perda de peso**

Uma das muitas preocupações dos adolescentes está associada com o seu peso, por isso, realizámos o estudo da variável *dieta alimentar para perda de peso* (**tabela 30**), cujos dados passamos a apresentar. Da amostra, 89.4% dizem não estar no momento a realizar nenhuma dieta para perder peso, contrariamente a 10.6% que assumem estar a fazê-lo. Dos estudantes (55.7%) que confirmam não estar a realizar nenhuma dieta para perder peso no momento, justificam-no com o facto de considerarem que o seu *peso está bom* e 23.0% admitem que não o fazem, mas afirmam que *deveriam perder peso*. O número de raparigas (15.7%) que se encontrava a fazer dieta à data da colheita de dados foi o triplo do dos rapazes (5.7%).

Considerando o valor adquirido no teste do *qui quadrado* ( $\chi^2=48.935$ ;  $p=0.000$ ), verificam-se diferenças estatísticas entre as variáveis em estudo, mormente ao nível das raparigas que fazem dieta (15.7%); nos rapazes que não fazem dieta, porque o peso está bom (63.1%); nas raparigas que não fazem dieta, mas que acham que deveriam perder peso (28.0%) e no grupo dos rapazes que não faz dieta, porque precisavam de ganhar peso (13.2%).

### **Aspeto físico percebido pelos adolescentes**

O item “Aspeto físico percebido pelos adolescentes.” foi recodificado em três conjuntos: *magro*, *peso ideal* e *excesso de peso*.

A maioria dos adolescentes (54.4%) considera o seu peso como ideal, todavia 31.9% admite ter excesso de peso e 13.7% dizem ser magros (**cf. tabela 30**). Por analogia, as raparigas que se percebem com excesso de peso (40.8%) apresentam quase o dobro do valor dos rapazes (23.3%).

Esta constatação fica ratificada pelo teste de *qui quadrado* (**tabela 30**), cujos valores mostram a existência de diferenças significativas entre a percepção do aspeto físico e o sexo dos estudantes ( $\chi^2=38.584$ ;  $p=0.000$ ), plasmadas no conjunto das raparigas que se percebem com excesso de peso (40.8%), dos rapazes que se consideram magros (17.6%) e dos rapazes que consideram ter o peso ideal (59.0%).

Tabela 30 – Estilos de vida em função do sexo

Estilos de vida	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	N (493)	% (50.7)	N (478)	% (49.2)	N (971)	% (100.0)	M	F
<b>Frequência de realização exercício físico</b>								
Sempre ou Quase Sempre	252	51.1	102	21.3	354	36.5	9.6	-9.6
Raramente	216	43.8	285	59.6	501	51.6	-4.9	4.9
Nunca	25	5.1	91	19.0	116	11.9	-6.7	6.7
<b>Frequência de lavagem de dentes</b>								
Mais de uma vez por dia	265	53.8	373	78.0	638	65.7	-8.0	8.0
Uma vez dia	210	42.6	99	20.7	309	31.8	7.3	-7.3
Raramente ou nunca	18	3.7	6	1.3	24	2.5	2.4	-2.4
<b>Perda de peso</b>								
Não, o peso está bom	311	63.1	230	48.1	541	55.7	4.7	-4.7
Não, mas deveria perder peso	89	18.1	134	28.0	223	23.0	-3.7	3.7
Não, porque preciso de ganhar peso	65	13.2	39	8.2	104	10.7	2.5	-2.5
Sim	28	5.7	75	15.7	103	10.6	-5.1	5.1
<b>Aspetto físico percebido</b>								
Magro	87	17.6	46	9.6	133	13.7	<b>3.6</b>	-3.6
Peso ideal	291	59.0	237	49.6	528	54.4	<b>3.0</b>	-3.0
Excesso de peso	115	23.3	195	40.8	310	31.9	-5.8	<b>5.8</b>

Na sinopse dos resultados no âmbito das variáveis relacionadas com os estilos de vida, tracejamos mais algumas linhas do padrão do adolescente que integra a amostra:

- Raramente pratica exercício físico fora da escola (51.6%);
- Lava os dentes mais do que uma vez por dia (65.7%);
- Não está a fazer uma dieta alimentar para perder peso, pois considera que tem o peso adequado (55.7%);
- Perceciona o seu aspeto físico como possuidor do peso ideal (54.4%).

### 2.1.3. Variáveis de contexto psicológico

Para realizar o estudo das variáveis psicológicas, autoestima e autoconceito, aplicou-se a Escala de Autoestima de Rosenberg (Romano, A., Negreiro, J. & Martins, T., 2007) e o Inventário Clínico de Autoconceito de Vaz Serra (1986a).

#### Autoestima

Para a pontuação global da escala de autoestima, o valor médio, apresentado pelos adolescentes da amostra, foi de 30.69 ( $\pm 4.91$  Dp), com um mínimo de 13 e um máximo de 40 (**tabela 31**). A distribuição revela uma dispersão média (CV= 15.99%) simétrica (Sk/erro= -1.743) e mesocúrtica (K/erro= -0.031), todavia o valor de  $p$  exposto no teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov (K/S= 0.000) indica que a distribuição não segue uma distribuição normal.

Através da análise da subescala respeitante à autoestima positiva, inferimos que

o valor médio obtido foi de 15.57 ( $Dp=2,50$ ), com um mínimo de 5 e um máximo de 20, com uma dispersão média ( $CV=16.06\%$ ) assimétrica negativa ou enviesada à direita ( $Sk/erro=-5.948$ ) e leptocúrtica ( $K/erro=10.917$ ), não atestando os pressupostos de normalidade ( $p(K/S)=0.000$ ).

A observação da subescala autoestima negativa, patenteia um valor médio de 15,1 ( $Dp=3.31$ ), com um mínimo de 5 e um máximo de 20. Verificou-se dispersão média ( $CV=21.89\%$ ) com distribuição assimétrica ou enviesada à direita ( $Sk/erro=-4.808$ ) e mesocúrtica ( $K/erro=-1.115$ ), não cumprindo de igual forma os pressupostos de normalidade ( $p(K/S)=0.000$ ).

**Tabela 31** - Estatísticas relativas à autoestima global e subescalas

Autoestima Variáveis	N	$\bar{x}$	Min	Max	Dp	CV%	Sk/erro	K/erro	K/S
Autoestima Positiva	971	15.57	5	20	2.50	16.06	-5.948	10.917	0.000
Autoestima Negativa	971	15.11	5	20	3.31	21.89	-4.808	-1.115	0.000
<b>Autoestima (global)</b>	971	30.69	13	40	4.91	15.99	-1.743	-0.031	0.000

Para classificar os níveis de autoestima (global) dos adolescentes que integram a amostra foram instituídos grupos de corte com base na fórmula “*média ± 0.25 dp*”, postulada por Pestana & Gageiro (2008). Formaram-se três grupos intitulados por baixa autoestima todos os que obtiveram cotação ( $\leq 29$ ), razoável autoestima com cotação ( $= 30$ ) e elevada autoestima com cotação ( $\geq 31$ ).

A análise dos resultados da **tabela 32** permite ultimar que 47.4% dos adolescentes revelam elevada autoestima, 38.8% baixa autoestima e 13.8% razoável autoestima. Analisando os resultados em função do sexo, notamos que 49.7% dos rapazes e 45.0% das raparigas registaram níveis elevados de autoestima. As variáveis em estudo pelos resíduos ajustados demonstraram ser independentes entre si.

**Tabela 32** - Classificação da autoestima em função do sexo

Sexo Autoestima (Gr)	Masculino (1)		Feminino (2)		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	(1)	(2)
Baixa	177	35.9	200	41.8	377	38.8	-1.9	1.9
Razoável	71	14.4	63	13.2	134	13.8	0.6	-0.6
Elevada	245	49.7	215	45.0	460	47.4	1.5	-1.5
<b>Total</b>	493	100.0	478	100.0	971	100.0		

### Autoconceito

O valor médio na escala global do autoconceito é de 73.90, com um desvio padrão de 9.98, assinalando-se um mínimo de 32 e um máximo de 100.

No fator 1 - **aceitação/rejeição social** - a pontuação média encontrada foi de 18.46 (Dp=3.24), com um mínimo de 5 e um máximo de 25. Para o fator 2 - **autoeficácia** - a média alcançada foi de 21.83 com um desvio padrão de 3.44, assinalando um valor mínimo de 10 e um máximo de 30. No fator 3 - **maturidade psicológica** - a pontuação média foi de 14.53 (Dp=2.53) com um mínimo de 4 e um máximo de 20 e no fator 4 - **impulsividade/afetividade** - a pontuação média foi de 11.53 (Dp=2.03), registrando-se um valor mínimo de 3 e um valor máximo de 15. Os coeficientes de variação registam dispersões baixas em torno da média e os valores de assimetria curvas ligeiramente enviesadas à direita e mesocúrticas. O valor de  $p$  obtido no teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov ( $p=0.000$ ), corroborou a violação dos fundamentos de normalidade por parte da distribuição da variável em estudo

**Tabela 33** - Estatísticas relativas ao autoconceito

Autoconceito Variáveis	N	$\bar{x}$	Min	Max	Dp	CV%	Sk/erro	K/erro	K/S
Aceitação/Rejeição social	971	18.46	5	25	3.24	17.55	-3.435	2.394	0.000
Autoeficácia	971	21.83	10	30	3.44	15.76	-0.705	-0.522	0.000
Maturidade Psicológica	971	14.53	4	20	2.53	17.41	-2.679	3.165	0.000
Impulsividade/Afetividade	971	11.53	3	15	2.03	17.61	-6.512	3.038	0.000
<b>Autoconceito (Global)</b>	971	73.90	32	100	9.98	13.50	-3.858	2.445	0.000

Com a finalidade de estratificar os níveis de autoconceito dos adolescentes, criaram-se grupos de corte a partir da média ( $\bar{x}=73.90$ ) e do desvio padrão (Dp=9,98), com base na fórmula “*média ± 0.25 desvio padrão*”, tendo-se formado os seguintes grupos: baixo autoconceito ( $\leq 71$ ), razoável autoconceito ( $\geq 72$  e  $\leq 75$ ) e bom autoconceito ( $\geq 76$ ).

Atestamos que 45.3% dos adolescentes em estudo detêm um bom autoconceito, 36.80% revelam baixo autoconceito e 17.9% um razoável autoconceito. Na comparação entre os sexos verificamos que 45.2% dos rapazes e 45.4% das raparigas detêm um bom autoconceito e o valor de  $p$  obtido pelo teste do *qui quadrado* ( $\chi^2=0.010$ ;  $p=0.995$ ) mostra que as variáveis em estudo são independentes.



**Tabela 34** – Níveis de autoconceito (nota global) em função do sexo

Sexo	Masculino (1)		Feminino (2)		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	(1)	(2)
Baixo	182	36.90	175	36.60	357	36.80	0.1	-0.1
Razoável	88	17.80	86	18.00	174	17.90	-0.1	0.1
Bom	223	45.20	217	45.40	440	45.30	-0.1	0.1
<b>Total</b>	493	100.00	478	100.00	971	100.00		

### Autoconceito versus autoestima

Com o intento de avaliarmos se a autoestima influencia o autoconceito dos adolescentes da amostra em estudo realizou-se o teste Kruskal-Wallis (cf. tabela 35). Com base nas ordenações médias verificou-se que para todos os fatores, assim como para a escala global, foram os adolescentes com bons níveis de autoestima os que revelaram melhores índices de autoconceito, com diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,050$ ).

Os resultados do teste *post hoc* de Tukey revelam que as diferenças estatisticamente significativas se verificam entre todos os grupos, nos fatores 1, 2, 4 e na nota global da escala, mas só para o fator 3, entre os grupos 1 e 2, as diferenças encontradas não têm significância estatística.

**Tabela 35** - Teste de Kruskal-Wallis entre o autoconceito global, seus fatores e níveis de autoestima

Autoestima (Global)	Baixa (1) Ordenação média	Razoável (2) Ordenação média	Boa (3) Ordenação média	$\chi^2$	P	Teste Tukey (p)		
						1/2	1/3	2/3
<b>Variáveis</b>								
Aceitação/Rejeição social	354.05	465.12	600.22	162.322	0.000	0.000	0.000	0.000
Autoeficácia	330.20	494.54	611.20	209.784	0.000	0.000	0.000	0.000
Maturidade Psicológica	406.31	455.75	560.13	65.198	0.000	n.s.	0.000	0.000
Impulsividade/Afetividade	382.72	453.16	580.21	107.672	0.000	0.020	0.000	0.000
<b>Autoconceito (Global)</b>	323.99	470.39	623.32	236.783	0.000	0.000	0.000	0.000

Entre o autoconceito e a autoestima realizamos uma matriz de correlação de Pearson, no sentido, de verificar como as variáveis se correlacionavam entre si. Pela **tabela 36** denota-se que todos os valores correlacionais são positivos e significativos, o que nos permite afirmar que estudantes com melhor autoconceito também possuem uma melhor autoestima ou vice-versa. O menor valor correlacional é registado entre a maturidade psicológica e a autoestima positiva ( $r = 0.173$ ) com uma percentagem de variância explicada de 2.9%, e o maior entre o autoconceito (global) e a autoestima negativa

( $r=0.590$ ), explicando estes dois fatores 34.8% da sua variabilidade.

**Tabela 36** - Matriz de correlação de Pearson entre autoconceito e autoestima

Fatores	Fator 1 Autoestima negativa	Fator 2 Autoestima positiva	Autoestima (global)
Fator 1 - Aceitação/Rejeição social	0.555***	0.329***	0.505***
Fator 2 - Autoeficácia	0.457***	0.435***	0.526***
Fator 3 - Maturidade Psicológica	0.406***	0.173***	0.323***
Fator 4 - Impulsividade/Afetividade	0.442***	0.225***	0.377***
<b>Autoconceito (Global)</b>	<b>0.590***</b>	<b>0.415***</b>	<b>0.508***</b>

\*\*\* $p < 0.001$

#### 2.1.4. Variáveis relacionadas com o consumo de tabaco

No que concerne às variáveis relacionadas com o consumo do tabaco dos adolescentes, aportamos os resultados mais relevantes ao nível do Consumo de Tabaco, tendo por base o questionário modificado de Precioso (2007), conforme descrito no capítulo da metodologia.

#### Prevalência de consumo de tabaco

A primeira questão do referido instrumento de colheita de dados procurava determinar a prevalência do consumo de tabaco nos adolescentes em estudo. A **tabela 37** indica-nos que cerca de 62.0% dos adolescentes são ou já foram consumidores de tabaco, sendo que destes 63.0% são raparigas e 60.6% rapazes. Apenas cerca de um terço da totalidade da amostra afirmou nunca ter consumido. Entre os grupos as diferenças não são estatisticamente significativas ( $\chi^2=0.457$ ;  $p=0.468$ ).

**Tabela 37** - Consumo de tabaco em função do sexo

Sexo Consumo de tabaco	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	M	F
Sim	299	60.6	301	63.0	600	61.8	-0.7	0.7
Não	194	39.4	177	37.0	371	38.2	0.7	-0.7
<b>Total</b>	<b>493</b>	<b>100.0</b>	<b>478</b>	<b>100.0</b>	<b>971</b>	<b>100.0</b>		

#### Idade de consumo

No seguimento da questão anterior considerou-se importante saber a idade de início de consumo. Atendendo aos resultados da **tabela 38** podemos constatar que o início de consumo oscilou entre os 8 e os 20 anos (média= 13.87 anos  $\pm 1.95$  dp) com um intervalo de confiança a 95.0% para a média situado entre 13.65 e 14.09. Ambos os sexos

apresentam como idade mínima de consumo 8 anos, mas a máxima ocorreu para as raparigas aos 19 e para os rapazes aos 20 anos. As raparigas em média (média=14.09  $\pm$ 1.73 dp) começaram a consumir mais tarde que os rapazes (média=13.65  $\pm$  2.13), com diferenças estatísticas significativas ( $\chi^2=2.788$ ;  $p=0.006$ ). Pelos coeficientes de variação verificamos que existe uma dispersão baixa em torno da média e os valores de assimetria e curtose revelam que a distribuição não é normal, com curvas ligeiramente leptocúrticas e enviesadas à direita, reforçado pelo teste de Kolmogorov-Smirnov que apresenta significância estatística.

**Tabela 38** - Estatísticas relativas ao início do consumo de tabaco

Sexo	Min.	Max.	$\bar{x}$	D.P.	CV (%)	Sk/ erro	K/erro	K/S
Feminino	8	19	14.09	1.73	12.28	-4.84	6.42	0.000
Masculino	8	20	13.65	2.13	15.60	-3.23	2.21	0.000
<b>Total</b>	8	20	13.87	1.95	14.06	-5.99	5.66	0.000

Para uma melhor leitura e análise desta variável, efetuamos a sua recodificação constituindo três grupos homogêneos:  $\leq 13$  anos, 14 anos e  $\geq 15$  anos, tendo por base as frequências absolutas. Dos resultados apresentados na **tabela 39** apurámos que em 39.1% dos rapazes, o início de consumo ocorreu com idade igual ou inferior aos 13 anos e em 33.1%, com idade igual ou superior aos 15 anos. Quanto às raparigas encontramos a maior prevalência no grupo com 15 ou mais anos (37.5%), mas com percentuais aproximados (35.9%) surgem as que iniciaram o consumo aos 14 anos. Pelo teste de *qui quadrado* encontramos significância estatística ( $\chi^2=11.13$ ;  $p=0.004$ ), com valores residuais de 3.3 para os rapazes, com  $\leq 13$  anos e de 2.1 para as raparigas com 14 anos.

**Tabela 39** - Idade do consumo do primeiro cigarro

Idade	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		N	%	N	%	N	%	M	F
$\leq 13$ anos		117	39.1	80	26.6	197	32.8	<b>3.3</b>	-3.3
14 anos		83	27.8	108	35.9	191	31.8	-2.1	<b>2.1</b>
$\geq 15$ anos		99	33.1	113	37.5	212	35.3	-1.1	1.1
<b>Total</b>		299	100.0	301	100.0	600	100.0		

### Local de consumo

Um outro aspeto estudado diz respeito ao local onde consumiram o primeiro cigarro. Destaca-se a escola para os rapazes com 39.1% e “Outro local”, para as raparigas (40.9%). Com menor significado, os rapazes no item “Em casa de um amigo/a”.

**Tabela 40** - Local de consumo do primeiro cigarro em função do sexo

Local do consumo do primeiro cigarro	Sexo		Feminino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	M	F
Na escola	117	39.1	107	35.5	224	37.3	0.9	-0.9
No Café	26	8.7	40	13.3	66	11.0	-1.8	1.8
Na discoteca	14	4.7	9	3.0	23	3.8	1.1	-1.1
No salão de jogos	6	2.0	4	1.3	10	1.7	0.6	-0.6
Em casa de um amigo/a	34	11.4	18	6.0	52	8.7	<b>2.3</b>	-2.3
Outro local	102	34.1	123	4.0	225	37.5	-1.7	1.7
<b>Total</b>	<b>299</b>	<b>100.0</b>	<b>301</b>	<b>100.0</b>	<b>600</b>	<b>100.0</b>		

### Obtenção do primeiro cigarro

Foram várias as opções dadas aos adolescentes para responderem à questão como obtiveste o primeiro cigarro. Como podemos constatar na **tabela 41**, 67.0% dos estudantes (67.1% das raparigas e 66.9% dos rapazes) referem que “Foi um/a amigo/a que deu” o primeiro cigarro. Contudo, 11.4% da totalidade da amostra apresenta outras opções para além das descritas, sendo que destes 11.4% são rapazes e 17.9% raparigas.

Pela análise do *qui quadrado* ( $\chi^2=18.97$ ;  $p=0.002$ ) inferimos existirem significâncias estatísticas entre as duas variáveis consideradas. Os valores residuais indicam que as diferenças se situam nos itens “Comprei-o numa tabacaria ou café” e “Comprei-o numa máquina de tabaco” para o sexo masculino e “Outra opção” para o sexo feminino.

**Tabela 41** - Local de obtenção do primeiro cigarro em função do sexo

Obtenção do primeiro cigarro	Sexo		Feminino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	F	M
Comprei-o numa tabacaria ou café	31	10.4	12	4.0	43	7.2	-3.0	<b>3.0</b>
Comprei-o numa máquina de tabaco	14	4.7	5	1.7	19	3.2	-2.1	<b>2.1</b>
Foi um/a amigo/a que mo deu	200	66.9	202	67.1	402	67.0	0.1	-0.1
Foi a(o) minha/meu irmã(o) que mo deu	6	2.0	11	3.7	17	2.8	1.2	-1.2
Roubei-o ao meu pai/mãe ou irmão	14	4.7	17	5.6	31	5.2	0.5	-0.5
Outra opção	34	11.4	54	17.9	88	14.7	<b>2.3</b>	-2.3
<b>Total</b>	<b>299</b>	<b>100.0</b>	<b>301</b>	<b>100.0</b>	<b>600</b>	<b>100.0</b>		

### Razões para fumar primeiro cigarro

Das razões apontadas para fumar o primeiro cigarro, os estudantes identificam como principal - querer saber como era (74.3%), com percentuais de 73.1% e 75.6% para raparigas e rapazes respetivamente, seguindo-se por ordem decrescente - os amigos oferecerem, com 9.3% e vi os meus amigos a fumar (6.7%). Salienta-se a pouca expres-

sividade que teve a influência de pais (2.8%) e irmãos (1.3%) fumadores e menos expressiva ainda a imitação, isto é, querer ser igual aos que fumavam com 0.5%.

**Tabela 42** - Razões para o consumo do primeiro cigarro em função do sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	N (299)	% 49.9	N (301)	% 50.1	N 600	% 100	M	F
<b>Vi os meus pais a fumar</b>								
Sim	10	3.3	7	2.3	17	2.8	0.8	-0.8
Não	289	96.7	294	97.7	583	97.2	-0.8	0.8
<b>Vi os meus irmãos a fumar</b>								
Sim	6	2.0	2	0.7	8	1.3	1.4	-1.4
Não	293	98.0	299	99.3	592	98.7	-1.4	1.4
<b>Vi os meus amigos a fumar</b>								
Sim	24	8.0	16	5.3	40	6.7	1.3	-1.3
Não	275	92.0	285	94.7	560	93.3	-1.3	1.3
<b>Os amigos ofereceram</b>								
Sim	35	11.7	21	7.0	56	9.3	2.0	-2.0
Não	264	88.3	280	93.0	544	90.7	-2.0	2.0
<b>Quería saber como era</b>								
Sim	226	75.6	220	73.1	446	74.3	0.7	-0.7
Não	73	24.4	81	26.9	154	25.7	-0.7	0.7
<b>Quería ser igual aos que fumavam</b>								
Sim	2	0.7	1	0.3	3	0.5	0.6	-0.6
Não	297	99.3	300	99.7	597	99.5	-0.6	0.6
<b>Outra razão</b>								
Sim	12	4.0	18	6.0	30	5.0	-1.1	1.1
Não	287	96.0	283	94.0	570	95.0	1.1	-1.1

### Consumo atual de tabaco

São cinco as opções de resposta para esta questão. A primeira está dirigida aos consumidores diários, enquanto a segunda e terceira se reportam aos consumidores ocasionais. Já a quarta opção é dirigida aos que fumaram e já deixaram de fumar e finalmente a quinta procura conhecer os que nunca fumaram. Complementa-se esta questão procurando-se saber entre os fumadores o número de cigarros fumados por dia e o número de cigarros fumados por semana.

Relativamente à frequência do consumo de tabaco, da amostra em estudo, apurámos que 66.3% dos adolescentes (71.8% das raparigas e 61.1% dos rapazes) não fumam nem um cigarro, contudo os que fumam diariamente representam 17.7% (13.4% dos sexo feminino e 21.9% do sexo masculino). O percentual dos que fumam menos de um cigarro por semana cifra-se em 2.8% e 5.3%, respetivamente e dos que fumaram,

mas já deixaram de fumar nos 7.9%, sendo este valor similar tanto para rapazes como raparigas.

Constatou-se evidência de significância estatística ( $\chi^2=15.178$  e  $p=0.004$ ) situada entre os que fumam “Todos os dias” (rapazes) e “Não, não fumo nem um cigarro” (rapariga).

**Tabela 43** - Frequência do consumo atual de tabaco em função do sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	M	F
Todos os dias	108	21.9	64	13.4	172	17.7	3.5	-3.5
Pelo menos um cigarro por semana	29	5.9	22	4.6	51	5.3	0.9	-0.9
Menos do que um cigarro por semana	15	3.0	12	2.5	27	2.8	0.5	-0.5
Já fumei, mas deixei de fumar	40	8.1	37	7.7	77	7.9	0.2	-0.2
Não, não fumo nem um cigarro	301	61.1	343	71.8	644	66.3	-3.5	3.5
<b>Total</b>	493	100.0	478	100.0	971	100.0		

Reportando-nos aos consumidores de tabaco diário (17.7%), as estatísticas revelam que as raparigas consomem em média mais do que os rapazes ( $\bar{x}=8.05 \pm 6.47dp$  versus  $\bar{x}=7.81 \pm 5.44 dp$ ), sem significância estatística ( $t=0.252$ ;  $p=0.673$ ), com um valor máximo de 40 e um valor mínimo de 1, para ambos os sexos. Os coeficientes de variação indicam uma dispersão alta e o teste de aderência à normalidade de Kolmogorov Smirnov diz-nos que a distribuição não é normal sendo comprovado pelos valores de curtose e enviesamento que revelam curvas leptocúrticas e enviesadas à esquerda.

**Tabela 44** - Estatísticas relativas à frequência do consumo de tabaco em função do sexo

Sexo	Min.	Max.	$\bar{x}$	D.P.	CV (%)	Sk/ erro	K/erro	K/S	KS
Masculino	1	40	7.81	5.44	69.65	10.45	23.23	4.39	0.000
Feminino	1	40	8.05	6.47	80.50	9.10	17.32	10.22	0.000
<b>Total</b>	1	40	7.90	5.83	73.80	13.98	28.48	4.05	0.000

Ainda no referente ao número de cigarros consumidos por dia configurámos a variável considerando dois grupos: até 7 cigarros e oito ou mais cigarros. É possível verificar que a prevalência dos que fumam até sete cigarros diários é de 59.3% e, destes 60.9% são raparigas e 58.3% rapazes. Com um consumo de oito ou mais cigarros diários encontramos 40.7% da amostra (41.7% do sexo masculino e 39.1% do sexo feminino). Entre os grupos as diferenças não são significativas ( $\chi^2=0.113$  e  $p=0.737$ ).

**Tabela 45** - Número de cigarros consumidos por dia em função do sexo

Número de cigarros/dia	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		N	%	N	%	N	%	M	F
Até sete cigarros dia		63	58.3	39	60.9	102	59.3	-0.3	0,3
≥ 8 cigarros dia		45	41.7	25	39.1	70	40.7	0.3	-0.3
<b>Total</b>		108	100.0	64	100.0	172	100.0		

Na determinação do número de cigarros por semana, considerámos os que fumam diariamente e pelo menos um cigarro por semana o que perfaz 223 (cf. tabela 43) adolescentes (22.9%) da totalidade da amostra. As estatísticas revelam uma amplitude para ambos os sexos e globalidade da amostra que oscila entre 1 e 280. O consumo médio por sexo é muito próximo com ( $\bar{x} = 43.95 \pm 39.73$  vs  $\bar{x} = 43.09 \pm 45.15$ ) para rapazes e raparigas, respetivamente e sem significância estatística ( $t = -0.148$ ;  $p = 0.745$ ) conforme resultado do teste t de *student* para amostras independentes.

Os coeficientes de variação indicam uma dispersão elevada e os valores de assimetria e curtose curvas leptocúrticas e enviesadas à esquerda com o teste de aderência de normalidade de Kolmogorov Smirnov a indicar que a variável não tem uma distribuição normal.

**Tabela 46** - Estatísticas relativas à frequência do consumo de tabaco por semana em função do sexo

Sexo	Min.	Max.	$\bar{x}$	Dp	CV (%)	Sk/ erro	K/erro	K/S	P
Masculino	1	280	43.95	39.73	90.40	10.00	20.58	4.08	0.000
Feminino	1	280	43.09	45.15	104.78	9.79	18.96	3.83	0.000
<b>Total</b>	1	280	43.62	41.80	95.83	14.04	27.79	3.93	0.000

No sentido de facilitar o tratamento estatístico recodificámos a variável constituindo três grupos homogêneos ( $\leq 15$  cigarros, 16 – 49 cigarros e  $\geq 50$  cigarros), com base nas frequências absolutas. Verificámos que 38.1% apresentava um consumo de 16 a 49 cigarros por semana (40.1% – rapazes vs 34.9% – raparigas), secundados pelos que fumam 50 ou mais cigarros por semana (32.8% – rapazes vs 29.1% – raparigas). É de referir que cerca de um terço da amostra consome até 15 cigarros por semana, sendo de salientar que as raparigas, neste grupo, são mais consumidoras (36.0%) do que os rapazes (27.1%). As diferenças verificadas entre o número de consumo de cigarros consumidos numa semana e o sexo não se mostraram estatisticamente significativas ( $\chi^2 = 2.040$  e  $p = 0.361$ ).

**Tabela 47-** Número de cigarros que os adolescentes fumam por semana em função do sexo

Número de cigarros/semana	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		N	%	N	%	N	%	M	F
≤ 15 cigarros		37	27.1	31	36.0	68	30.5	-1.4	1.4
16 – 49 cigarros		55	40.1	30	34.9	85	38.1	0.8	-0.8
≥ 50 cigarros		45	32.8	25	29.1	70	31.4	0.6	-0.6
<b>Total</b>		<b>137</b>	<b>100.0</b>	<b>86</b>	<b>100.0</b>	<b>223</b>	<b>100.0</b>		

### Opinião sobre deixar de fumar

Procurámos aos 223 consumidores a sua opinião relativa ao deixar de fumar. Da análise da **tabela 48** apurámos que 35.0% referem que não sabem se estão interessados em deixar de fumar (35.8% – rapazes vs 33.7% – raparigas). Porém, com igual valor percentual, as raparigas (33.7%) referem que tentaram deixar de fumar, mas não conseguiram. De registar que cerca de 3 em cada 10 rapazes gostavam de experimentar deixar de fumar e 13.9% que não estão interessados em deixar de fumar, sendo 14.6% rapazes e 12.8% as raparigas. Os valores de  $\chi^2=4.340$  e  $p=0.227$  indicam a inexistência de diferenças estatísticas.

**Tabela 48 -** Opinião dos adolescentes sobre deixarem de fumar em função do sexo

Opinião dos adolescentes	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		N	%	N	%	N	%	M	F
Já tentei deixar de fumar, mas não consegui		30	21.9	29	33.7	59	26.5	-1.9	1.9
Gostava de experimentar deixar de fumar		38	27.7	17	19.8	55	24.7	1.3	-1.3
Não sei se estou interessado em deixar de fumar		49	35.8	29	33.7	78	35.0	0.3	-0.3
Não estou nada interessado em deixar de fumar		20	14.6	11	12.8	31	13.9	0.4	-0.4
<b>Total</b>		<b>137</b>	<b>100.0</b>	<b>86</b>	<b>100.0</b>	<b>223</b>	<b>100.0</b>		

### Modo de obtenção de cigarros

Ao questionarmos os adolescentes sobre o modo como atualmente obtêm cigarros para fumar, em cerca de 60.0% dos casos, este ocorre por compra na tabacaria ou no café, sendo este valor maior por parte das raparigas (64.0%) do que nos rapazes (56.2%) (cf. **tabela 49**). O local suplementar para a obtenção dos cigarros que fumam (30.0%) é por compra numa máquina de tabaco. As raparigas relatam que as/os irmãs/os nunca lhe dão os cigarros e percentagens similares são encontradas entre rapazes e raparigas que referem roubá-los aos pais ou irmãos. Contata-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2=2.376$  e  $p=0.667$ ), em função do sexo.

**Tabela 49** - Modo como os adolescentes obtém os cigarros que fumam, em função do sexo

Obtenção dos cigarros que fumam	Sexo		Feminino		Total		Residuais	
	Masculino		N	%	N	%	M	F
Compro-o numa tabacaria ou café	77	56.2	55	64.0	132	59.2	-1.1	1.1
Compro-o numa máquina de tabaco	44	32.1	23	26.7	67	30.0	0.9	-0.9
São os meus irmãos/as que me dão	2	1.5	-	0.0	2	0.9	1.1	-1.1
Roubo-o ao meu pai/mãe ou irmão/ã	4	2.9	2	2.3	6	2.7	0.3	-0.3
Outro local	10	7.3	6	7.0	16	7.2	0.1	-0.1
<b>Total</b>	<b>137</b>	<b>100.0</b>	<b>86</b>	<b>100.0</b>	<b>223</b>	<b>100.0</b>		

### Hábitos tabágicos dos elementos próximos dos adolescentes

Instados a pronunciarem-se sobre os hábitos tabágicos dos familiares e namorado/a, validámos para esta questão entre 726 a 826 respostas a que correspondem 78.4% e 85.0% da totalidade dos participantes. Pelos resultados apresentados na **tabela 50**, aferimos que o item “Outro familiar” que fuma se destaca com mais de 50.0% (52.6% – raparigas vs 51.6% – rapazes), secundado por 27.4% pelo pai (29.4% vs 25.4%, respetivamente raparigas e rapazes). Cerca de 19.0% dos/as namorados/as também fumam com maior destaque entre os/as namorados/as das raparigas (26.9% vs 12.2%).

Destacamos que as pessoas que não fumam na família, referenciados pelos estudantes, são concomitantemente, por ordem decrescente, para as raparigas: a mãe (81.0%), a/o irmã/o (65.6%), o pai (64.2%) e para os rapazes: mãe (82.5%), pai (68.7%) e irmã/o (65.3%). Relativamente aos namorados/as referem que não fumam 48.3% (rapazes) e 30.6% (raparigas).

**Tabela 50-** Pessoas que fumam em função do sexo

Sexo Pessoas que Fumam	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	M	F
<b>Pai</b>								
Fuma	106	25.4	120	29.4	226	27.4	-1.3	1.3
Não Fuma	287	68.7	262	64.2	549	66.5	1.4	-1.4
Não sei	7	1.7	12	2.9	19	2.3	-1.2	1.2
Não tenho	18	4.3	14	3.4	32	3.9	0.7	-0.7
<b>Total</b>	<b>418</b>	<b>100.0</b>	<b>408</b>	<b>100.0</b>	<b>826</b>	<b>100.0</b>		
<b>Mãe</b>								
Fuma	39	9.5	51	12.8	90	11.1	-1.5	1.5
Não Fuma	339	82.5	323	81.0	662	81.7	0.6	-0.6
Não sei	8	1.9	5	1.3	13	1.6	0.8	-0.8
Não tenho	25	6.1	20	5.0	45	5.6	0.7	-0.7
<b>Total</b>	<b>411</b>	<b>100.0</b>	<b>399</b>	<b>100.0</b>	<b>810</b>	<b>100.0</b>		
<b>Irmão</b>								
Fuma	79	19.6	74	19.0	153	19.3	0.2	-0.2
Não Fuma	264	65.3	255	65.6	519	65.4	-0.1	0.1
Não sei	11	2.7	15	3.9	26	3.3	-0.9	0.9
Não tenho	50	12.4	45	11.6	95	12.0	0.4	-0.4
<b>Total</b>	<b>404</b>	<b>100.0</b>	<b>389</b>	<b>100.0</b>	<b>793</b>	<b>100.0</b>		
<b>Outro familiar</b>								
Fuma	195	51.6	183	52.6	378	52.1	-0.3	0.3
Não Fuma	120	31.7	87	25.0	207	28.5	<b>2.0</b>	-2.0
Não sei	47	12.4	59	17.0	106	14.6	-1.7	1.7
Não tenho	16	4.2	19	5.5	35	4.8	-0.8	0.8
<b>Total</b>	<b>378</b>	<b>100.0</b>	<b>348</b>	<b>100.0</b>	<b>726</b>	<b>100.0</b>		
<b>Namorado/a</b>								
Fuma	47	12.2	101	26.9	148	19.4	-5.1	<b>5.1</b>
Não Fuma	186	48.3	115	30.6	301	39.6	<b>5.0</b>	-5.0
Não sei	10	2.6	4	1.1	14	1.8	1.6	-1.6
Não tenho	142	36.9	156	41.5	298	39.2	-1.3	1.3
<b>Total</b>	<b>385</b>	<b>100.0</b>	<b>376</b>	<b>100.0</b>	<b>761</b>	<b>100.0</b>		

### Hábitos tabágicos dos melhores amigos

Como é possível constar pela análise da **tabela 51**, os estudantes referiram que 46.3% dos seus melhores amigos (49.7% dos rapazes e 42.9% das raparigas), fumam mais de três cigarros, e 30.0% sendo 31.8% de raparigas e 28.2% de rapazes), entre um a três cigarros. Encontramos significância estatística, entre grupos ( $\chi^2=19.471$  e  $p=0.001$ ), com valores residuais a indicarem que se situam entre os que não têm amigos no sexo feminino e mais do que três amigos no sexo masculino.

Quanto ao consumo de tabaco pelas melhores amigas os adolescentes afirmam que 42.0% fumam um a três cigarros e mais do que três cigarros 23.9%. Os valores de *qui quadrado* ( $\chi^2=3.610$  e  $p=0.461$ ) não indiciam diferenças significativas.

**Tabela 51-** Hábitos tabágicos dos melhores amigos/as, em função do sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	M	F
<b>Melhores amigos/as</b>	(493)	50.8	(478)	49.2	(971)	100		
<b>Rapazes</b>								
Nenhum	76	15.4	57	11.9	133	13.7	1.6	-1.6
Um a três	139	28.2	152	31.8	291	30.0	-1.2	1.2
Mais do que três	245	49.7	205	42.9	450	46.3	<b>2.1</b>	-2.1
Não sei	27	5.5	41	8.6	68	7.0	-1.9	1.9
Não tenho	6	1.2	23	4.8	29	3.0	-3.3	<b>3.3</b>
<b>Raparigas</b>								
Nenhuma	121	24.5	121	25.3	242	24.9	-0.3	0.3
Uma a três	203	41.2	205	42.9	408	42.0	-0.5	0.5
Mais do que três	117	23.7	115	24.1	232	23.9	-0.1	0.1
Não sei	37	7.5	22	4.6	59	6.1	1.9	-1.9
Não tenho	15	3.0	15	3.1	30	3.1	-0.1	0.1

### Oferta de cigarros

Muitos adolescentes começam a fumar devido à pressão direta dos pares, traduzida pela oferta de cigarros assoberbada com o facto de não saberem resistir às pressões que estes exercem para que fumem.

A análise das **tabelas 52 e 53** permite-nos constatar esses factos, porquanto observamos que a oferta de cigarro ocorreu em cerca de 7 em cada 10 adolescentes em estudo, sendo esse valor mais elevado nas raparigas (76.6%) do que nos rapazes (71.4%), mas sem significância estatística ( $\chi^2=3.366$ ;  $p=0.067$ ).

**Tabela 52 -** Oferta de cigarros aos adolescentes em função do sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	M	F
<b>Oferta de cigarros</b>								
Sim	352	71.4	366	76.6	718	73.9	-1.8	1.8
Não	141	28.6	112	23.4	253	26.1	1.8	-1.8
<b>Total</b>	493	100.0	478	100.0	971	100.0		

Quando questionados sobre as pessoas que já ofereceram cigarros destacam-se com 70.7% os/as amigos/as que ofertaram uma ou outra vez e várias vezes, seguidos do melhor amigo com 37.8%. Acresce ainda referir que não é comum o pai (87.2%), a mãe (64.3%) e os irmãos (52.2%) oferecerem cigarros.

**Tabela 53** - Pessoas que já ofereceram cigarros aos adolescentes em função do sexo

Oferta de cigarros	Sexo		Feminino		Total	
	Masculino		N	%	N	%
	(352)	49.1	(366)	50.9	(718)	100
<b>Pai</b>						
Sim, várias vezes	7	2.0	7	1.9	14	1.9
Sim, uma ou outra vez	8	2.3	10	2.7	18	2.5
Não	301	85.5	325	88.8	626	87.2
Não tenho	6	1.7	7	1.9	13	1.8
Não sabe/ não responde	30	8.5	17	4.6	47	6.5
<b>Mãe</b>						
Sim, várias vezes	10	2.8	4	1.1	14	1.9
Sim, uma ou outra vez	4	1.1	10	2.7	14	1.9
Não	236	67.0	226	61.7	462	64.3
Não tenho	3	0.9	6	1.6	9	1.3
Não sabe/ não responde	99	28.1	120	32.8	219	30.5
<b>Irmã/o</b>						
Sim, várias vezes	18	5.1	13	3.6	31	4.3
Sim, uma ou outra vez	17	4.8	18	4.9	35	4.9
Não	190	54.0	185	50.5	375	52.2
Não tenho	30	8.5	32	8.7	62	8.6
Não sabe/ não responde	97	27.6	118	32.2	215	29.9
<b>Melhor amigo</b>						
Sim, várias vezes	83	23.6	56	15.3	139	19.4
Sim, uma ou outra vez	61	17.3	71	19.4	132	18.4
Não	112	31.8	117	32.0	229	31.9
Não tenho	4	1.1	8	2.2	12	1.7
Não sabe/ não responde	92	26.1	114	31.1	206	28.7
<b>Amigos/as</b>						
Sim, várias vezes	121	34.4	94	25.7	215	29.9
Sim, uma ou outra vez	137	38.9	156	42.6	293	40.8
Não	19	5.4	21	5.7	40	5.6
Não tenho	1	0.3	-	0.0	1	0.1
Não sabe/ não responde	74	21.0	95	26.0	169	23.5
<b>Outras pessoas</b>						
Sim, várias vezes	44	12.5	32	8.7	76	10.6
Sim, uma ou outra vez	49	13.9	56	15.3	105	14.6
Não	123	34.9	114	31.1	237	33.0
Não tenho	5	1.4	3	0.8	8	1.1
Não sabe/ não responde	131	37.2	161	44.0	292	40.7

Alguns estudos indicam que a primeira experiência com o cigarro ocorreu em festas, bares e discotecas, locais que os jovens frequentam com os amigos. A **tabela 54** configura os locais de oferta dos cigarros com percentuais mais elevados, na escola (56.8%), no café (50.8%) e na discoteca (30.6%). Na maioria dos locais os rapazes são mais solicitados para consumir do que as raparigas.

Pelo teste de *qui quadrado* encontramos significância estatística para os locais de consumo como escola ( $x^2=8.181$ ,  $p=0.003$ ), discoteca ( $x^2=16.580$ ,  $p=0.000$ ) e salão de jogos ( $x^2=23.958$ ,  $p=0.000$ ) para os rapazes e que responderam sim.

**Tabela 54** - Locais de oferta de cigarros aos adolescentes em função do sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	M	F
	(352)	(49.1)	(366)	(50.9)	(718)	(100.0)		
<b>Na escola</b>								
Sim	219	62.2	189	51.6	408	56.8	2.9	-2.9
Não	133	37.8	177	48.4	310	43.2	-2.9	2.9
<b>No café</b>								
Sim	185	52.6	180	49.2	365	50.8	0.9	-0.9
Não	167	47.4	186	50.8	353	49.2	-0.9	0.9
<b>Na discoteca</b>								
Sim	133	37.8	87	23.8	220	30.6	4.1	-4.1
Não	219	62.2	279	76.2	498	69.4	-4.1	4.1
<b>No salão de jogos</b>								
Sim	81	23.0	35	9.6	116	16.2	4.9	-4.9
Não	271	77.0	331	90.4	602	83.8	-4.9	4.9
<b>Outro local</b>								
Sim	62	17.6	62	16.9	124	17.3	0.2	-0.2
Não	290	82.4	304	83.1	594	82.7	-0.2	0.2

### Opinião da família e dos pares sobre consumo de tabaco

Quisemos saber a opinião dos participantes da amostra sobre o que pensam os seus pares acerca do início do consumo de tabaco. Afere-se pelos resultados da **tabela 55** que cerca de 6 em cada 10 não têm opinião formada e 36.7% ponderaram que os amigos não deviam começar a fumar. Os valores de *qui quadrado* ( $x^2=9.373$  e  $p=0.009$ ) indicam existir significâncias estatísticas, com valor residual nos que “Pensam que não devia” e sexo feminino e nos que responderam “Não sei” e sexo masculino.

**Tabela 55** - Parecer dos amigos sobre o início do consumo de tabaco em função do sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	M	F
Pensam que devia	22	4.5	16	3.3	38	3.9	0.9	-0.9
Pensam que não devia	158	32.0	198	41.4	356	36.7	-3.0	3.0
Não sei	313	63.5	264	55.2	577	59.4	2.6	-2.6
<b>Total</b>	493	100.0	478	100.0	971	100.0		

Quando questionados sobre “se os teus pais/familiares te disserem que o tabaco faz mal e que não deves fumar...” 31.1% dos adolescentes considera muito importante a opinião dos pais com um percentual mais elevado (33.9%) nas raparigas. Contudo, a

opinião dos pais é indiferente para 30.2% dos adolescentes (28.2% do sexo feminino e 32.0% do sexo masculino), o que nos deve deixar como educadores algo preocupados, já que se adicionarmos os que responderam pouco ou nada importante a percentagem ascende a 43.4%, isto é quase metade da amostra não atribui importância ao que é transmitido pelos familiares. O teste do *qui quadrado* e o valor de  $p$  ( $\chi^2=4.336$ ,  $p=0.361$ ), não revelam existir diferenças significativas.

**Tabela 56** - Importância da opinião dos pais/familiares para os adolescentes, sobre o consumo de tabaco

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	M	F
Muito importante	140	28.4	162	33.9	302	31.1	-1.8	1.8
Bastante importante	132	26.8	116	24.3	248	25.5	0.9	-0.9
Indiferente	158	32.0	135	28.2	293	30.2	1.3	-1.3
Pouco importante	43	8.7	46	9.6	89	9.2	-0.5	0.5
Nada importante	13	3.5	26	4.3	39	4.0	-0.6	0.6
<b>Total</b>	371	100.0	600	100.0	971	100.0		

#### Opinião dos adolescentes sobre os elementos próximos que gostavam que fumassem

Na tabela podemos observar que o pai (91.2%), a mãe (67.5%), a/o irmã/o (55.5%), a/o melhor amiga/o (54.6%) e a/o namorada/o (45.7%), não gostavam que o adolescente fumasse. Contudo, os adolescentes consideram que não sabem se o pai (0%), a mãe (27.1%), a/o irmã/o (31.4%), a/o melhor amiga/o (37.1%) e a/o namorada/o (31.9), gostariam de os ver fumar. Estes valores também nos parecem preocupantes, pois na nossa perspetiva evidenciam pouca corresponsabilidade ou alguma permissividade de alguns dos familiares bem como de amigos/as e namorado/a.

Os valores de *qui quadrado* não evidenciaram significância estatística.

**Tabela 57** - Pessoas que gostavam que os adolescentes fumassem, em função do sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	M	F
	493	50.8	478	49.2	971	100		
<b>Pai</b>								
Sim	22	4.5	25	5.2	47	4.8	-0.6	0.6
Não	452	91.7	434	90.8	886	91.2	0.5	-0.5
Não sei	-	0.0	-	0.0	-	0.0	0.0	-
Não tenho	19	3.9	19	4.0	38	3.9	-0.1	0.1
<b>Mãe</b>								
Sim	6	1.2	3	0.6	9	0.9	1.0	-1.0
Não	325	65.9	330	69.0	655	67.5	-1.0	1.0
Não sei	140	28.4	123	25.7	263	27.1	0.9	-0.9
Não tenho	22	4.5	22	4.6	44	4.5	-0.1	0.1
<b>Irmã/o</b>								
Sim	8	1.6	5	1.0	13	1.3	0.8	-0.8
Não	271	55.0	268	56.1	539	55.5	-0.3	0.3
Não sei	159	32.3	146	30.5	305	31.4	0.6	-0.6
Não tenho	55	11.2	59	12.3	114	11.7	-0.6	0.6
<b>Melhor amigo/a</b>								
Sim	15	3.0	14	2.9	29	3.0	0.1	-0.1
Não	255	51.7	275	57.5	530	54.6	-1.8	1.8
Não sei	199	40.4	161	33.7	360	37.1	<b>2.2</b>	-2.2
Não tenho	24	4.9	28	5.9	52	5.4	-0.7	0.7
<b>Namorado/a</b>								
Sim	8	1.6	7	1.5	15	1.5	0.2	-0.2
Não	221	44.8	223	46.7	444	45.7	-0.6	0.6
Não sei	171	34.7	139	29.1	310	31.9	1.9	-1.9
Não tenho	93	18.9	109	22.8	202	20.8	-1.5	1.5

**Fontes de informação sobre hábitos tabágicos**

As principais fontes de informação sobre as desvantagens do consumo de tabaco foram apontadas por ordem decrescente, pelos adolescentes a mãe (63.6%), os professores (63.0%), o pai (58.6%), o melhor amigo (49.2%) e o irmão (37.3%). Os testes de *qui quadrado* não apresentam significância estatística.

**Tabela 58** - Fontes de informação sobre hábitos tabágicos em função do sexo

Fontes de informação das desvantagens de fumar	Sexo Masculino		Sexo Feminino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	M	F
<b>Pai</b>								
Sim, várias vezes	159	32.3	143	29.9	302	31.1	0.8	-0.8
Sim, uma ou outra vez	134	27.2	133	27.8	267	27.5	-0.2	0.2
Não	136	27.6	130	27.2	266	27.4	0.1	-0.1
Não tenho	23	4.7	22	4.6	45	4.6	0.0	0.0
Não respondeu	41	8.3	50	10.5	91	9.4	-1.1	1.1
<b>Mãe</b>								
Sim, várias vezes	179	36.3	172	36.0	351	36.1	0.1	-0.1
Sim, uma ou outra vez	132	26.8	135	28.2	267	27.5	-0.5	0.5
Não	122	24.7	100	20.9	222	22.9	1.4	-1.4
Não tenho	21	4.3	20	4.2	41	4.2	0.1	-0.1
Não respondeu	39	7.9	51	10.7	90	9.3	-1.5	1.5
<b>Irmã/o</b>								
Sim, várias vezes	88	17.8	71	14.9	159	16.4	1.3	-1.3
Sim, uma ou outra vez	100	20.3	103	21.5	203	20.9	-0.5	0.5
Não	201	40.8	188	39.3	389	40.1	0.5	-0.5
Não tenho	55	11.2	60	12.6	115	11.8	-0.7	0.7
Não respondeu	49	9.9	56	11.7	105	10.8	-0.9	0.9
<b>Melhor amigo/a</b>								
Sim, várias vezes	93	18.9	101	21.1	194	20.0	-0.9	0.9
Sim, uma ou outra vez	137	27.8	147	30.8	284	29.2	-1.0	1.0
Não	195	39.6	150	31.4	345	35.5	<b>2.7</b>	-2.7
Não tenho	22	4.5	26	5.4	48	4.9	-0.7	0.7
Não respondeu	46	9.3	54	11.3	100	10.3	-1.0	1.0
<b>Professor/a</b>								
Sim, várias vezes	166	33.7	182	38.1	348	35.8	-1.4	1.4
Sim, uma ou outra vez	132	26.8	132	27.6	264	27.2	-0.3	0.3
Não	132	26.8	90	18.8	222	22.9	<b>2.9</b>	-2.9
Não tenho	21	4.3	22	4.6	43	4.4	-0.3	0.3
Não respondeu	42	8.5	52	10.9	94	9.7	-1.2	1.2

**Reação à oferta de cigarro**

Face à oferta de um cigarro para fumar por um amigo cerca de 6 em cada 10 adolescentes (63.4% – raparigas e 59.4% – rapazes) recusam, porém 38.6% (36.6% – raparigas e 40.6% – rapazes) aceitam o cigarro, não sendo significativa a diferença ( $\chi^2=1.603$ ;  $p=0.115$ ).

Todavia se um amigo/a promover a insistência do consumo de um cigarro, 72.2% (75.3% – raparigas e 69.2% – rapazes) dos adolescentes recusam e 27.8% aceitam (24.7% – raparigas vs 30.8% – rapazes). As diferenças encontradas são significativas ( $\chi^2=4.566$  e  $p=0.019$ ) localizadas pelos valores residuais entre os que recusam e sexo feminino e aceitam e masculino.

**Tabela 59** - Reação dos adolescentes face à oferta de um cigarro para fumar, dado por amigo, em função do sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	N (493)	% (50.8)	N (478)	% (49.2)	N (971)	% (100.0)	M	F
<b>Oferta de cigarro</b>								
Recuso o cigarro	293	59.4	303	63.4	596	61.4	-1.3	1.3
Aceito o cigarro	200	40.6	175	36.6	375	38.6	1.3	-1.3
<b>Insistência para fumar</b>								
Recuso o cigarro	341	69.2	360	75.3	701	72.2	-2.1	<b>2.1</b>
Aceito o cigarro	152	30.8	118	24.7	270	27.8	<b>2.1</b>	-2.1

### Intensão de fumar no futuro

Terminamos esta sequência de questões sobre consumo de tabaco questionando os adolescentes sobre a intensão de fumar ou continuar a ser fumador. A primeira questão procurava saber se pretendiam fumar ou continuar a fumar durante o próximo ano, a segunda tinha em vista saber se um dia gostava de ser ou continuar a ser fumador e a terceira questionava: “Quando ganhares dinheiro (da tua profissão) vais começar (ou continuar) a fumar?”.

Quanto à primeira questão, os resultados indicam que 46.8% dos inquiridos têm a certeza que não virão a fumar. Uma percentagem de 52.9% é encontrada nos que também têm a certeza que não virão a fumar quando questionados sobre se um dia gostavas de vir (ou de continuar) a ser fumador e valor similar (53.3%) nos que não virão a fumar quando auferirem de dinheiro. O teste do *qui quadrado* não apresenta diferenças estatisticamente significativas para as questões formuladas relativas à intenção de fumar no futuro e o sexo ( $x^2=8.704$ ,  $p=0.069$ ;  $x^2=5.265$ ,  $p=0.201$ ;  $x^2=3.280$ ,  $p=0.512$ , respetivamente).

**Tabela 60** - Intenção de fumar no futuro em função do sexo

Intenção de fumar	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		N (493)	% 50.8	N (478)	% 49.2	N 971	% 100	M	F
<b>A - Pensas vir (ou continuar) a fumar durante o próximo ano?</b>									
Tenho a certeza que virei a fumar		41	8.3	37	7.7	78	8.0	0.3	-0.3
Provavelmente virei a fumar		66	13.4	42	8.8	108	11.1	2.3	-2.3
Não sei se virei a fumar		79	16.0	66	13.8	145	14.9	1.0	-1.0
Provavelmente não virei a fumar		83	16.8	103	21.5	186	19.2	-1.9	1.9
Tenho a certeza que não virei a fumar		224	45.4	230	48.1	454	46.8	-0.8	0.8
<b>B - Um dia gostavas de vir (ou de continuar) a ser fumador?</b>									
Tenho a certeza que virei a fumar		22	4.5	17	3.6	39	4.0	0.7	-0.7
Provavelmente virei a fumar		34	6.9	28	5.9	62	6.4	0.7	-0.7
Não sei se virei a fumar		99	20.1	75	15.7	174	17.9	1.8	-1.8
Provavelmente não virei a fumar		92	18.7	90	18.8	182	18.7	-0.1	0.1
Tenho a certeza que não virei a fumar		92	49.9	268	56.1	182	52.9	-1.9	1.9
<b>C - Quando ganhares dinheiro (da tua profissão) vais começar (ou continuar) a fumar?</b>									
Tenho a certeza que virei a fumar		23	4.7	17	3.6	40	4.1	0.9	-0.9
Provavelmente virei a fumar		35	7.1	23	4.8	58	6.0	1.5	-1.5
Não sei se virei a fumar		78	15.8	75	15.7	153	15.8	0.1	-0.1
Provavelmente não virei a fumar		101	20.5	101	21.1	202	20.8	-0.2	0.2
Tenho a certeza que não virei a fumar		256	51.9	262	54.8	518	53.3	-0.9	0.9

### 2.1.5 - Fumadores habituais e ocasionais

Face à questão formulada sobre se fuma atualmente foi possível classificar os adolescentes consumidores (250 no total) em dois grupos que designamos de fumadores habituais, os que fumam todos os dias e de ocasionais os que fumam pelo menos um cigarro por semana ou menos de um cigarro por semana. O percentual encontrado do fumador habitual foi de 68.8% e o do ocasional de 31.2%.

Os dados a seguir apresentados respeitam ao estudo desta variável com as variáveis de contexto sociodemográfico, escolar, estilos de vida e psicológico (autoestima e autoconceito).

#### Hábitos de fumar e variáveis de contexto sociodemográfico

Começamos por analisar a relação entre os hábitos de fumar e a idade. Aferimos que há maior prevalência (43.6%) de fumadores ocasionais até aos 16 anos, e de fumadores habituais (40.1%) com idade igual ou superior a 18 anos, contudo, nos adolescentes com 17 anos, as percentagens de fumadores habituais como ocasionais ascendem aos 30%, sendo 37.8% de fumadores habituais e de 32.1% ocasionais.

Analisando os resultados em função do sexo, constatamos que para os fumadores habituais, quer os ocasionais, os valores percentuais mais elevados se registam nos rapazes com 62.8% e 56.4%, respetivamente.

Relativamente à residência, os resultados mostram maior prevalência de fumadores habituais (69.2%) e ocasionais (70.5%) nos residentes em zona rural, em detrimento dos residentes em zona urbana que registaram 30.8% e 29.5%, respetivamente.

Também é notório que, em mais de 8 em cada 10 adolescentes fumadores habituais e ocasionais, o estado civil dos pais é de casados ou a coabitarem em união de facto. Verificamos (**cf. tabela 61**) que tanto os fumadores ocasionais (57.7%) como os fumadores habituais (55.8%), coabitam com familiares com rendimento mensal médio alto e alto, embora sejam os adolescentes que auferem uma semanada mais baixa que se revelam os maiores consumidores.

Por outro lado no adolescente fumador habitual, encontramos uma mãe (50.9%) ou um pai (50.3%) com o segundo ou terceiro ciclo, o mesmo ocorrendo para o fumador ocasional mas com percentagem inferior (35.9%) no que respeita à mãe

Reportando-nos finalmente à coabitação denotamos que cerca de 7 e 8 em cada 10 dos fumadores habituais e ocasionais, coabitam com ambos os progenitores.

Somente para a idade foram encontradas significâncias estatísticas localizadas nos adolescentes com menos de 16 anos e fumadores ocasionais e nos maiores de 17 anos e fumadores habituais.

**Tabela 61** - Consumo de tabaco do fumador habitual e do fumador ocasional em função do contexto sociodemográfico

Consumo de tabaco	Fumador habitual		Fumador ocasional		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	1	2
	157	62.8	78	31.2	250	100		
<b>Contexto sociodemográfico</b>								
<b>Idade</b>								
≤ 16 anos	38	22.1	34	43.6	72	28.8	-3.5	3.5
17 anos	65	37.8	25	32.1	90	36.0	0.9	-0.9
≥ 18 anos	69	40.1	19	24.4	88	35.2	2.4	-2.4
<b>Sexo</b>								
Feminino	64	37.2	34	43.6	98	39.2	-1.0	1.0
Masculino	108	62.8	44	56.4	152	60.8	1.0	-1.0
<b>Zona de residência</b>								
Urbana	53	30.8	23	29.5	76	30.4	0.2	-0.2
Rural	119	69.2	55	70.5	174	69.6	-0.2	0.2
<b>Situação familiar</b>								
Casados ou união de facto	139	80.8	70	89.7	209	83.6	-1.8	1.8
Solteiros, divorciados ou separados	22	12.8	4	5.1	26	10.4	1.8	-1.8
Outros	11	6.4	4	5.1	15	6.0	0.4	-0.4
<b>Rendimento mensal</b>								
Baixo e médio baixo	76	44.2	33	42.3	109	43.6	0.3	-0.3
Médio alto e alto	96	55.8	45	57.7	141	56.4	-0.3	0.3
<b>Semanada</b>								
≤ 10 euros	90	52.3	49	62.8	139	55.6	-1.5	1.5
> 10 euros ≤ 25 euros	60	34.9	25	32.1	85	34.0	0.4	-0.4
> 25 euros	22	12.8	4	5.1	26	10.4	1.8	-1.8
<b>Habilitações literárias da mãe</b>								
Até 1º ciclo	31	18.3	20	25.6	51	20.6	-1.3	1.3
2º e 3º ciclo	86	50.9	28	35.9	114	46.2	2.2	-2.2
Secundário	28	16.6	16	20.5	44	17.8	-0.8	0.8
Superior	24	14.2	14	17.9	38	15.4	-0.8	0.8
<b>Habilitações literárias do pai</b>								
Até 1º ciclo	46	27.9	14	18.4	60	24.9	1.6	-1.6
2º e 3º ciclo	83	50.3	39	51.3	122	50.5	-0.1	0.1
Secundário	27	16.4	19	25.0	46	19.1	-1.6	1.6
Superior	9	5.5	4	5.3	13	5.4	0.1	-0.1
<b>Coabitação</b>								
Pais	127	73.8	61	78.2	188	75.2	-0.7	0.7
Pai ou mãe	26	15.1	14	17.9	40	16.0	-0.6	0.6
Outro familiar	19	11.0	3	3.8	22	8.8	1.9	-1.9

### Hábitos de fumar e variáveis de contexto escolar

Expressamos na **tabela 62** a relação entre os hábitos tabágicos e as variáveis de contexto escolar, concretamente o número de retenções onde se consideraram apenas os adolescentes fumadores com retenções num total de 141, a relação do adolescente com a escola e o local do consumo do primeiro cigarro.

Quanto ao primeiro aspeto, hábitos tabágicos/número de retenções, os resultados nos adolescentes fumadores habituais revelam uma relação inversa, isto é, a um maior número de retenções corresponde menor número de consumidores habituais (uma retenção – 52.3%; duas retenções – 39.3%; três ou mais – 8.4%), o que não ocorre com os fumadores ocasionais, porquanto é notório um acréscimo percentual nos que tiveram duas retenções (47.1%), seguidos dos com uma retenção (41.2%) e, por último, com três ou mais retenções (11.8%).

No referente à relação com a escola, no sentido de facilitar a análise dos dados efetuamos a recodificação desta variável considerando três grupos: gosta que engloba os que responderam gosto muito e gosto, indiferente (não gosto nem desgosto) e por fim não gosta a quem respondeu não gosto e não gosto mesmo. Apurámos que mais de metade dos adolescentes fumadores gostam da escola (fumadores ocasionais 56.4% vs fumadores habituais 55.2%), contudo ressaltamos a indiferença de 35.9% vs 37.2%, respetivamente, face à escola que frequentam.

A escola foi o local de consumo do primeiro cigarro para 42.4% dos adolescentes fumadores habituais e para 35.9% dos ocasionais. Relevante ainda, o facto de 9.0% dos fumadores ocasionais referirem a discoteca e os 7.6% dos fumadores habituais a casa de um amigo ou amiga. Os resíduos ajustados não apontam significâncias estatísticas para as variáveis em estudo.

**Tabela 62** - Consumo de tabaco do fumador habitual e do fumador ocasional, em função do contexto escolar

Consumo de tabaco Contexto escolar	Fumador Habitual		Fumador Ocasional		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	1	2
<b>Retenções</b>								
1 retenção	56	52.3	14	41.2	70	49.6	1.1	-1.1
2 retenção	42	39.3	16	47.1	58	41.1	-0.8	0.8
3 ou mais retenção	9	8.4	4	11.8	13	9.2	-0.6	0.6
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100.0</b>	<b>34</b>	<b>100.0</b>	<b>141</b>	<b>100.0</b>		
<b>Relação com a escola</b>								
Gosta	95	55.2	44	56.4	139	55.6	-0.2	0.2
Indiferente	64	37.2	28	35.9	92	36.8	0.2	-0.2
Não gosta	13	7.6	6	7.7	19	7.6	0.0	0.0
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100.0</b>	<b>78</b>	<b>100.0</b>	<b>250</b>	<b>100.0</b>		
<b>Local de consumo do primeiro cigarro</b>								
Na escola	73	42.4	28	35.9	101	40.4	1.0	-1.0
No café	24	14.0	12	15.4	36	14.4	-0.3	0.3
Na discoteca	8	4.7	7	9.0	15	6.0	-1.3	1.3
Em casa de um amigo/a	13	7.6	4	5.1	17	6.8	0.7	-0.7
<b>Outros</b>	<b>54</b>	<b>31.4</b>	<b>27</b>	<b>34.6</b>	<b>81</b>	<b>32.4</b>	<b>-0.5</b>	<b>0.5</b>
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100.0</b>	<b>78</b>	<b>100.0</b>	<b>250</b>	<b>100.0</b>		

**Hábitos de fumar e variáveis contextuais ao tabaco**

O primeiro cigarro (cf. tabela 63) fumado pelos fumadores habituais e ocasionais foi ofertado por um/a amigo/a, em 64.8% (80% vs 58 %) dos fumadores ocasionais e habituais respetivamente. Salienta-se também que 14.5% dos inquiridos adquiriram o cigarro numa tabacaria ou café e 13.4% por furto ao pai, mãe ou irmão o que nos parece ser uma situação preocupante para adolescentes em formação pessoal e social. O teste de *qui quadrado* ( $\chi^2=15.452$  e  $p=0.009$ ), apresentam significância estatística, situadas no fumador ocasional que referiu que foi o/a amigo/a que deu o primeiro cigarro para fumar e no fumador habitual para quem comprou no café/máquina e por furto ao pai, mãe ou irmão.

**Tabela 63** - Obtenção do primeiro cigarro dos adolescentes fumadores habituais e ocasionais

Obtenção do 1.º cigarro Local	Fumador Habitual (1)		Fumador Ocasional (2)		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	1	2
Compra no Café/máquina	35	20.3	8	10.3	43	17.2	2.0	-2.0
Cedência pelos Amigos	100	58.1	62	79.5	162	64.8	-3.3	3.3
Oferta de irmão/irmã	5	2.9	2	2.6	7	2.8	Não aplicável	
Furto ao pai/mãe ou irmão(s)	23	13.4	1	1.3	24	9.6	<b>3.0</b>	-3.0
Outra opção	9	5.2	5	6.4	14	5.6	-0.4	0.4
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100.0</b>	<b>78</b>	<b>100.0</b>	<b>250</b>	<b>100.0</b>		

Questionámos os fumadores sobre as razões apontadas para o consumo do primeiro cigarro. Com percentuais mais significativos, registamos que 84.6% dos fumadores ocasionais e 72.7% dos fumadores habituais experienciaram-no por curiosidade, isto é, para ver ou saber como era. Já a oferta pelos/as os/as amigos/as que lhes ofereceram o primeiro cigarro foi observada em 10.3% nos primeiros e 11.0% nos segundos, respetivamente. Sem significado relevante surgem outras opções de resposta.

**Tabela 64** - Razões para o consumo do primeiro cigarro para o fumador habitual e ocasional

Consumo de tabaco	Fumador Habitual (1)		Fumador Ocasional (2)		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>1) Porque via o(s) meu(s) pai(s) a fumar</b>						
Sim	10	5.8	2	2.6	12	4.8
Não	162	94.2	76	97.4	238	95.2
<b>2) Porque vi o(s) meu(s) irmão(s) a fumar</b>						
Sim	5	2.9	1	1.3	6	2.4
Não	167	97.1	77	98.7	244	97.6
<b>3) Porque vi o(s) meu(s) amigo(s) a fumar</b>						
Sim	17	9.9	2	2.6	19	7.6
Não	155	90.1	76	97.4	231	92.4
<b>4) Porque vi o(s) meu(s) amigo(s) me ofereceram um cigarro</b>						
Sim	19	11.0	8	10.3	27	10.8
Não	153	89.0	70	89.7	223	89.2
<b>5) Queria ver/saber como era</b>						
Sim	125	72.7	66	84.6	191	76.4
Não	47	27.3	12	15.4	59	23.6
<b>6) Queria ser igual aos que fumavam</b>						
Sim	2	1.2	-	0.0	2	0.8
Não	170	98.8	78	100.0	248	99.2
<b>7) Outra razão</b>						
Sim	17	9.9	2	2.6	19	7.6
Não	155	90.1	76	97.4	231	92.4
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100.0</b>	<b>78</b>	<b>100.0</b>	<b>250</b>	<b>100.0</b>

Pareceu-nos também de suma importância saber a opinião dos fumadores sobre o interesse em deixar de fumar. Apurámos que cerca de 11.0% não respondeu à questão e dos respondentes, 30.2% já tentaram porém, não conseguiram, mas 21.5% gostavam de experimentar deixar de fumar. Quando analisámos os resultados dos que afirmaram não saber se estão interessados em deixar de fumar e dos que não estão nada interessados, estes traduzem uma preocupação acrescida na medida em que cerca de metade dos inquiridos não evidenciam a urgência de terminar com este hábito apesar de todas as campanhas sobre os malefícios do consumo de tabaco nomeadamente as realizadas em meio escolar.

Observando os valores de  $\chi^2=7.638$  e  $p=0.054$  depreendemos que não se verificam significâncias estatísticas mas os valores residuais apontam diferenças para o fumador habitual e para o fumador ocasional correspondem aos itens “Já tentei deixar de fumar, mas não consegui” e “Gostava de experimentar deixar de fumar”.

**Tabela 65** - Opinião dos adolescentes fumadores sobre deixar de fumar

Consumo de tabaco	Fumador Habitual (1)		Fumador Ocasional (2)		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	1	2
Pensamento dos adolescentes								
Já tentei deixar de fumar, mas não consegui	52	30.2	7	13.7	59	26.5	2.3	-2.3
Gostava de experimentar deixar de fumar	37	21.5	18	35.3	55	24.7	-2.0	2.0
Não sei se estou interessado em deixar de fumar	58	33.7	20	39.2	78	35.0	-0.7	0.7
Não estou nada interessado em deixar de fumar	25	14.5	6	11.8	31	13.9	0.5	-0.5
<b>Total</b>	172	100.0	51	100.0	223	100.0		

Nesta sequência de questões interessa também saber como os fumadores adquirem o tabaco: Dos respondentes que se cifra em 89.2%, dado que 10.8% não emitiu opinião 91.9% dos fumadores habituais e 80.4% dos fumadores ocasionais afirmam obter cigarros provavelmente por compra no café ou máquina e 7.6% vs 17.6% junto de familiares, respetivamente. O teste *qui quadrado* não revela diferenças significativas ( $\chi^2=5.473$  e  $p=0.065$ ) embora o valor residual do fumador habitual indique diferença, relativa à obtenção do tabaco no café ou máquina.

**Tabela 66** - Modo de aquisição de tabaco pelos fumadores habituais e ocasionais

Obtenção de cigarros	Fumador Habitual (1)		Fumador Ocasional (2)		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	1	2
Café/máquina	158	91.9	41	80.4	199	89.2	2.3	-2.3
Amigos	1	0.6	1	2.0	2	0.9	Não aplicável	
Família	13	7.6	9	17.6	22	9.9	-2.1	2.1
<b>Total</b>	172	100.0	51	100.0	223	100.0		

É sabido que são vários os fatores associados à iniciação do consumo tabágico, destacando-se entre eles a pressão exercida pelos pares e a influência dos pais ou figuras pública. Daí querermos saber quais as pessoas fumadores que rodeiam os adolescentes consumidores de tabaco. Apuramos que os adolescentes fumadores habituais destacaram por ordem decrescente outro familiar (65.3%), a/o namorada/o (40.8%), o pai (37.0%), a/o irmã/o (36.6%) e a mãe (20.0%) e os fumadores ocasionais declaram que

os que mais fumam são os outros familiares (54.4%), o pai (23.0%), namorado/a (21.9%), irmã/o (17.3%) e a mãe (14.7%).

**Tabela 67** - Familiares e namorado/a dos fumadores habituais e ocasionais que fumam

Consumo de tabaco	Fumador Habitual (1)		Fumador Ocasional (2)		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	1	2
<b>Pai</b>								
Sim	61	37.0	17	23.0	78	32.6	2.1	-2.1
Não fuma /não sabe/ não tem	104	63.0	57	77.0	161	67.4	-2.1	2.1
<b>Total</b>	165	100.0	74	100.0	239	100.0		
<b>Mãe</b>								
Sim	33	20.0	11	14.7	44	18.3	1.0	-1.0
Não fuma /não sabe/ não tem	132	80.0	64	85.3	196	81.7	-1.0	1.0
<b>Total</b>	165	100.0	74	100.0	239	100.0		
<b>Irmã/o</b>								
Sim	59	36.6	13	17.3	72	30.5	3.0	-3.0
Não fuma /não sabe/ não tem	102	63.4	62	82.7	164	69.5	-3.0	3.0
<b>Total</b>	161	100.0	75	100.0	236	100.0		
<b>Outro familiar</b>								
Sim	96	65.3	37	54.4	133	61.9	1.5	-1.5
Não fuma /não sabe/ não tem	51	34.7	31	45.6	82	38.1	-1.5	1.5
<b>Total</b>	147	100.0	68	100.0	215	100.0		
<b>Namorado/a</b>								
Sim	64	40.8	16	21.9	80	34.8	2.8	-2.8
Não fuma /não sabe/ não tem	93	59.2	57	78.1	150	65.2	-2.8	2.8
<b>Total</b>	157	100.0	73	100.0	230	100.0		

Quanto à influência dos pares apurámos evidências, porquanto 68.0% dos fumadores habituais e 56.4% dos ocasionais convivem com três ou mais dos melhores amigos que são consumidores. O teste de *qui quadrado* ( $\chi^2=8.830$ ,  $p=0.065$ ) manifesta uma significância marginal localizada no fumador ocasional que não convive com nenhum amigo fumador.

**Tabela 68** - Consumo de tabaco dos melhores amigos dos fumadores habituais e ocasionais

Consumo de tabaco	Fumador Habitual (1)		Fumador Ocasional (2)		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	1	2
<b>Melhores amigos fumadores</b>								
Nenhum	2	1.2	6	7.7	8	3.2	-2.7	2.7
Um a três	37	21.5	20	25.6	57	22.8	-0.7	0.7
Mais do que três	117	68.0	44	56.4	161	64.4	1.8	-1.8
Não sei	11	6.4	6	7.7	17	6.8	-0.4	0.4
Não tenho	5	2.9	2	2.6	7	2.8	0.2	-0.2
<b>Total</b>	172	100.0	78	100.0	250	100.0		

A oferta de cigarros aos fumadores habituais e ocasionais, é uma constante para cerca de 93% dos inquiridos dos quais destacamos as/os amigas/os (95.9%), a/o melhor

amiga/o (81.0%) ou outras pessoas (56.9%), com ênfase nos que ofertaram várias vezes em detrimento dos que o fizeram uma ou outra vez (amigo – 97.4% *versus* 92.1%; melhor amigo – 87.8% *versus* 63.8%; outra pessoa – 61.1% *versus* 45.8%). Repara-se ainda que são os elementos da família, que menos oferecem cigarros, com destaque para o pai (92.6%) e mãe (88.0%). As diferenças apenas são significativas (cf. tabela) para o irmão/a ( $\chi^2=5.072$  e  $p=0.024$ ) e melhor amigo é ( $\chi^2=15.501$  e  $p=0.000$ ).

**Tabela 69** - Pessoas que já ofereceram cigarros aos fumadores habituais e ocasionais

Pessoas que ofereceram cigarros	Fumador Habitual (1)		Fumador Ocasional (2)		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	1	2
<b>Pai</b>								
Sim	13	8.6	3	4.7	16	7.4	1.0	-1.0
Não	138	91.4	61	95.3	199	92.6	-1.0	1.0
<b>Total</b>	<b>151</b>	<b>100.0</b>	<b>64</b>	<b>100.0</b>	<b>215</b>	<b>100.0</b>		
<b>Mãe</b>								
Sim	20	14.1	4	6.9	24	12.0	1.4	-1.4
Não	122	85.9	54	93.1	176	88.0	-1.4	1.4
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100.0</b>	<b>58</b>	<b>100.0</b>	<b>200</b>	<b>100.0</b>		
<b>Irmão/o</b>								
Sim	43	29.3	8	14.0	51	25.0	<b>2.3</b>	-2.3
Não	104	70.7	49	86.0	153	75.0	-2.3	<b>2.3</b>
<b>Total</b>	<b>147</b>	<b>100.0</b>	<b>57</b>	<b>100.0</b>	<b>204</b>	<b>100.0</b>		
<b>Melhor amigo/a</b>								
Sim	129	87.8	37	63.8	166	81.0	<b>3.9</b>	-3.9
Não	18	12.2	21	36.2	39	19.0	-3.9	<b>3.9</b>
<b>Total</b>	<b>147</b>	<b>100.0</b>	<b>58</b>	<b>100.0</b>	<b>205</b>	<b>100.0</b>		
<b>Amigos/as</b>								
Sim	152	97.4	58	92.1	210	95.9	1.8	-1.8
Não	4	2.6	5	7.9	9	4.1	-1.8	1.8
<b>Total</b>	<b>156</b>	<b>100.0</b>	<b>63</b>	<b>100.0</b>	<b>219</b>	<b>100.0</b>		
<b>Outras pessoas</b>								
Sim	77	61.1	22	45.8	99	56.9	1.8	-1.8
Não	49	38.9	26	54.2	75	43.1	-1.8	1.8
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100.0</b>	<b>48</b>	<b>100.0</b>	<b>174</b>	<b>100.0</b>		

Ainda relacionada com a questão anterior procuramos saber onde ocorre a oferta de cigarros tendo-se apurado que acontece com maior prevalência e para ambos os grupos no café (73.0%), na escola (71.1%) e na discoteca (56.2%). Para os que responderam outro local para além dos inumerados registamos em 60.9% dos casos na rua, no futebol (17.4%), em viagens de estudo (13.0%) e na casa dos amigos (8.7%).

**Tabela 70** - Locais de oferta de cigarros para adolescentes fumadores habituais e ocasionais

Locais de oferta	Fumador Habitual (1)		Fumador Ocasional (2)		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	1	2
<b>Na escola</b>								
Sim	124	77.5	43	58.9	167	71.7	2.9	-2.9
Não	36	22.5	30	41.1	66	28.3	-2.9	2.9
<b>Total</b>	160	100.0	73	100.0	233	100.0		
<b>No café</b>								
Sim	123	76.9	47	64.4	170	73.0	2.0	-2.0
Não	37	23.1	26	35.6	63	27.0	-2.0	2.0
<b>Total</b>	160	100.0	73	100.0	233	100.0		
<b>Na discoteca</b>								
Sim	96	60.0	35	47.9	131	56.2	1.7	-1.7
Não	64	40.0	38	52.1	102	43.8	-1.7	1.7
<b>Total</b>	160	100.0	73	100.0	233	100.0		
<b>No salão de jogos</b>								
Sim	51	31.9	17	23.3	68	29.2	1.3	-1.3
Não	109	68.1	56	76.7	165	70.8	-1.3	1.3
<b>Total</b>	160	100.0	73	100.0	233	100.0		
<b>Outro local</b>								
Sim	30	18.8	6	8.2	36	15.5	2.1	-2.1
Não	130	81.3	67	91.8	197	84.5	-2.1	2.1
<b>Total</b>	160	100.0	73	100.0	233	100.0		
<b>Qual dos outros locais?</b>								
Rua	11	61.1	3	60.0	14	60.9	0.0	0.0
Casa dos amigos	2	11.1	-	0.0	2	8.7	0.8	-0.8
Viagem de estudo	2	11.1	1	20.0	3	13.0	-0.5	0.5
Futebol	3	16.7	1	20.0	4	17.4	-0.2	0.2
<b>Total</b>	18	100.0	5	100.0	23	100.0		

Pareceu-nos pertinente questionar a totalidade da amostra e em particular os fumadores habituais e ocasionais sobre a importância que atribuem à opinião dos pais quanto ao hábito de fumar. Para a totalidade da amostra, apurámos 56.6% dos adolescentes consideram muito ou bastante importante a opinião expressa pelos pais/familiares, sobre os malefícios do tabaco, 30.2% mostram-se indiferentes e 13.2% julgam-na pouco ou nada importante.

Já nos fumadores habituais (56.3%) como nos ocasionais (62.8%) dão muita ou bastante importância à opinião dos pais/familiares, denotando-se semelhança de resultados no que se refere aos que se manifestam indiferentes (31.4% vs 33.3%).

**Tabela 71-** Importância atribuída pelos adolescentes acerca da opinião dos pais e familiares face ao consumo e malefícios do tabaco

Importância	Sim (1)		Não (2)		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	1	2
Muito importante	190	31.7	112	30.2	302	31.1	0.5	-0.5
Bastante importante	160	26.7	88	23.7	248	25.5	1.0	-1.0
Indiferente	194	32.3	99	26.7	293	30.2	1.9	-1.9
Pouco importante	30	5.0	59	15.9	89	9.2	-5.7	5.7
Nada importante	26	4.3	13	3.5	39	4.0	0.6	-0.6
<b>Total</b>	<b>600</b>	<b>100.0</b>	<b>371</b>	<b>100.0</b>	<b>971</b>	<b>100.0</b>		
Fumador	Habitual		Ocasional		Total			
Muito importante	28	16.3	20	25.6	48	19.2	-1.7	1.7
Bastante importante	67	39.0	29	37.2	96	38.4	0.3	-0.3
Indiferente	54	31.4	26	33.3	80	32.0	-0.3	0.3
Pouco importante	11	6.4	1	1.3	12	4.8	1.8	-1.8
Nada importante	12	7.0	2	2.6	14	5.6	1.4	-1.4
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100.0</b>	<b>78</b>	<b>100.0</b>	<b>250</b>	<b>100.0</b>		

### Desvantagens do consumo de tabaco

O consumo de tabaco leva a que vários intervenientes próximos do adolescente discorram sobre as desvantagens do consumo de tabaco. Questionada a totalidade da amostra e dos fumadores habituais ocasionais acerca deste assunto observamos que para a totalidade dos participantes, a mãe (70.1%), o/a professor/a (69.8%), o pai (64.7%) já falaram sobre as desvantagens do consumo do tabaco. Menos expressivas são as percentagens registadas pelo/a o/a melhor amigo/a (54.9%) e a/o irmã/o (58.2% vs 41.8%) não falam tanto sobre este assunto. Apenas não é encontrada significância estatística para o irmã/o ( $\chi^2=2.848$  e  $p=0.091$ )

**Tabela 72** - Pessoas que já falaram com os adolescentes sobre as desvantagens de fumar

Pessoas que falaram das desvantagens de fumar	Sim (1)		Não (2)		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	1	2
<b>Pai</b>								
Sim	364	70.5	205	56.3	569	64.7	<b>4.3</b>	-4.3
Não	152	29.5	159	43.7	311	35.3	-4.3	<b>4.3</b>
<b>Total</b>	<b>516</b>	<b>100.0</b>	<b>364</b>	<b>100.0</b>	<b>880</b>	<b>100.0</b>		
<b>Mãe</b>								
Sim	402	77.8	216	59.3	618	70.1	<b>5.9</b>	-5.9
Não	115	22.2	148	40.7	263	29.9	-5.9	<b>5.9</b>
<b>Total</b>	<b>517</b>	<b>100.0</b>	<b>364</b>	<b>100.0</b>	<b>881</b>	<b>100.0</b>		
<b>Irmã/o</b>								
Sim	224	44.2	138	38.4	362	41.8	1.7	-1.7
Não	283	55.8	221	61.6	504	58.2	-1.7	1.7
<b>Total</b>	<b>507</b>	<b>100.0</b>	<b>359</b>	<b>100.0</b>	<b>866</b>	<b>100.0</b>		
<b>Melhor amigo/a</b>								
Sim	308	60.4	170	47.1	478	54.9	<b>3.9</b>	-3.9
Não	202	39.6	191	52.9	393	45.1	-3.9	<b>3.9</b>
<b>Total</b>	<b>510</b>	<b>100.0</b>	<b>361</b>	<b>100.0</b>	<b>871</b>	<b>100.0</b>		
<b>Professor/a</b>								
Sim	399	77.6	213	58.7	612	69.8	<b>6.0</b>	-6.0
Não	115	22.4	150	41.3	265	30.2	-6.0	<b>6.0</b>
<b>Total</b>	<b>514</b>	<b>100.0</b>	<b>363</b>	<b>100.0</b>	<b>877</b>	<b>100.0</b>		

Reportamos na **tabela 73** os resultados para os fumadores habituais e ocasionais. Apurámos que os adolescentes fumadores habituais e ocasionais já ouviram falar das desvantagens de fumar tabaco à mãe em 80.6% dos casos, aos professores (77.1%), pai (73.3%) porém o/a irmã/o (53.9% *versus* 46.1%) são aqueles que menos falam com constância nesta problemática. De salientar a preocupação do melhor amigo/a (62.7%), em alertar para as consequências dum consumo tão prejudicial à saúde.

Realizado o teste de *qui quadrado* constatamos que não existem diferenças estatisticamente significativas exceto nos professores ( $\chi^2=5.348$  e  $p=0.021$ ), localizados tanto para o fumador habitual como ocasional.

**Tabela 73** - Pessoas que já falaram com os adolescentes fumadores habituais e ocasionais sobre as desvantagens de fumar

Consumo de tabaco	Fumador Habitual (1)		Fumador Ocasional (2)		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	1	2
<b>Desvantagens</b>								
<b>Pai</b>								
Sim	124	73.4	49	73.1	173	73.3	0.0	0.0
Não	45	26.6	18	26.9	63	26.7	0.0	0.0
<b>Total</b>	<b>169</b>	<b>100.0</b>	<b>67</b>	<b>100.0</b>	<b>236</b>	<b>100.0</b>		
<b>Mãe</b>								
Sim	139	82.2	52	76.5	191	80.6	1.0	-1.0
Não	30	17.8	16	23.5	46	19.4	-1.0	1.0
<b>Total</b>	<b>169</b>	<b>100.0</b>	<b>68</b>	<b>100.0</b>	<b>237</b>	<b>100.0</b>		
<b>Irmão/o</b>								
Sim	77	47.0	30	44.1	107	46.1	0.4	-0.4
Não	87	53.0	38	55.9	125	53.9	-0.4	0.4
<b>Total</b>	<b>164</b>	<b>100.0</b>	<b>68</b>	<b>100.0</b>	<b>232</b>	<b>100.0</b>		
<b>Melhor amigo/a</b>								
Sim	100	60.6	46	67.6	146	62.7	-1.0	1.0
Não	65	39.4	22	32.4	87	37.3	1.0	-1.0
<b>Total</b>	<b>165</b>	<b>100.0</b>	<b>68</b>	<b>100.0</b>	<b>233</b>	<b>100.0</b>		
<b>Professor/a</b>								
Sim	122	73.1	60	87.0	182	77.1	-2.3	2.3
Não	45	26.9	9	13.0	54	22.9	2.3	-2.3
<b>Total</b>	<b>167</b>	<b>100.0</b>	<b>69</b>	<b>100.0</b>	<b>236</b>	<b>100.0</b>		

Finalmente, procurámos saber a reação dos adolescentes face à oferta de um cigarro. Alguns estudos têm demonstrado que os adolescentes revelam dificuldade para dizer não quando lhe ofereciam cigarros. Quando confrontados com esta questão cerca de 61.0% dos participantes afirma que recusam a oferta e em caso de insistência o percentual é ligeiramente mais elevado (72.2%). Ambas as variáveis apresentam, diferenças estatísticas tanto na oferta ( $\chi^2=331.802$  e  $p=0.000$ ) como na insistência ( $\chi^2=196.777$  e  $p=0.000$ ).

**Tabela 74** - Reação dos adolescentes face à oferta e insistência de consumo de tabaco

Consumo de tabaco	Sim (1)		Não (2)		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	1	2
<b>Reação dos adolescentes</b>	<b>(600)</b>	<b>61.8</b>	<b>(371)</b>	<b>38.2</b>	<b>(971)</b>	<b>100</b>		
<b>Oferta de cigarro para fumar</b>								
Recuso o cigarro	234	39.0	362	97.6	596	61.4	-18.2	<b>18.2</b>
Aceito o cigarro	366	61.0	9	2.4	375	38.6	<b>18.2</b>	-18.2
<b>Insistência para fumar um cigarro</b>								
Recuso o cigarro	338	56.3	363	97.8	701	72.2	-14.0	<b>14.0</b>
Aceito o cigarro	262	43.7	8	2.2	270	27.8	<b>14.0</b>	-14.0

Das características dos fumadores, patenteadas pelos adolescentes do total da amostra em estudo, considerámos os seguintes itens: “Seguro/a de si próprio”, “Adulto/a”, “Dependente”, “Valente”, “Tímido/a”, “Exibicionista”, “Com um certo estilo” e “Incomodativo/a”. Pela análise da **tabela 75** constatamos que os adolescentes apresentam maior prevalência nos itens “Não concordo nem discordo” revelando a sua indiferença para todas as características: “Seguro/a de si próprio” (39.8%), “Adulto/a” (30.0%), “Dependente” (30.7%), “Valente” (25.4%), “Tímido/a” (43.4%), “Exibicionista” (39.2%), “Com um certo estilo” (33.7%) e “Incomodativo/a” (39.3%). Contudo, os adolescentes discordam com maiores percentagens para os itens “Adulto/a” (33.7%) e “Valente” (34.3%) para caraterizar os/as fumadores/as.

**Tabela 75** - Características dos/as fumadores/as patenteados pelos adolescentes, em função do sexo

Sexo Um/a fumador/a é um/a individuo/a	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	N (478)	% 100	N (493)	% 100	N (971)	% 100	M	F
<b>Seguro/a de si próprio</b>								
Discordo totalmente	79	16.0	118	24.7	197	20.3	-3.4	<b>3.4</b>
Discordo	129	26.2	135	28.2	264	27.2	-0.7	0.7
Não concordo nem discordo	197	40.0	189	39.5	386	39.8	0.1	-0.1
Concordo	55	11.2	28	5.9	83	8.5	<b>3.0</b>	-3.0
Concordo totalmente	33	6.7	8	1.7	41	4.2	<b>3.9</b>	-3.9
<b>Adulto/a</b>								
Discordo totalmente	106	21.5	160	33.5	266	27.4	-4.2	<b>4.2</b>
Discordo	151	30.6	176	36.8	327	33.7	-2.0	2.0
Não concordo nem discordo	173	35.1	118	24.7	291	30.0	<b>3.5</b>	-3.5
Concordo	41	8.3	16	3.3	57	5.9	<b>3.3</b>	-3.3
Concordo totalmente	22	4.5	8	1.7	30	3.1	<b>2.5</b>	-2.5
<b>Dependente</b>								
Discordo totalmente	72	14.6	99	20.7	171	17.6	-2.5	<b>2.5</b>
Discordo	112	22.7	106	22.2	218	22.5	0.2	-0.2
Não concordo nem discordo	169	34.3	129	27.0	298	30.7	<b>2.5</b>	-2.5
Concordo	89	18.1	96	20.1	185	19.1	-0.8	0.8
Concordo totalmente	51	10.3	48	10.0	99	10.2	0.2	-0.2
<b>Valente</b>								
Discordo totalmente	131	26.6	190	39.7	321	33.1	-4.4	<b>4.4</b>
Discordo	166	33.7	167	34.9	333	34.3	-0.4	0.4
Não concordo nem discordo	149	30.2	98	20.5	247	25.4	<b>3.5</b>	-3.5
Concordo	32	6.5	19	4.0	51	5.3	1.8	-1.8
Concordo totalmente	15	3.0	4	0.8	19	2.0	<b>2.5</b>	-2.5
<b>Tímido/a</b>								
Discordo totalmente	94	19.1	124	25.9	218	22.5	-2.6	<b>2.6</b>
Discordo	122	24.7	135	28.2	257	26.5	-1.2	1.2
Não concordo nem discordo	229	46.5	192	40.2	421	43.4	2.0	-2.0
Concordo	32	6.5	14	2.9	46	4.7	<b>2.6</b>	-2.6
Concordo totalmente	16	3.2	13	2.7	29	3.0	0.5	-0.5
<b>Exibicionista</b>								

Discordo totalmente	61	12.4	60	12.6	121	12.5	-0.1	0.1
Discordo	84	17.0	76	15.9	160	16.5	0.5	-0.5
Não concordo nem discordo	193	39.1	188	39.3	381	39.2	-0.1	0.1
Concordo	102	20.7	106	22.2	208	21.4	-0.6	0.6
Concordo totalmente	53	10.8	48	10.0	101	10.4	0.4	-0.4
<b>Com um certo estilo</b>								
Discordo totalmente	114	23.1	171	35.8	285	29.4	-4.3	<b>4.3</b>
Discordo	127	25.8	131	27.4	258	26.6	-0.6	0.6
Não concordo nem discordo	190	38.5	137	28.7	327	33.7	<b>3.3</b>	-3.3
Concordo	40	8.1	34	7.1	74	7.6	0.6	-0.6
Concordo totalmente	22	4.5	5	1.0	27	2.8	3.2	-3.2
<b>Incomodativo/a</b>								
Discordo totalmente	50	10.1	57	11.9	107	11.0	-0.9	0.9
Discordo	76	15.4	86	18.0	162	16.7	-1.1	1.1
Não concordo nem discordo	203	41.2	179	37.4	382	39.3	1.2	-1.2
Concordo	99	20.1	88	18.4	187	19.3	0.7	-0.7
Concordo totalmente	65	13.2	68	14.2	133	13.7	-0.5	0.5

### 2.1.6 - Autoestima e autoconceito

Apresenta-se na **tabela 76** as estatísticas percentílicas da autoestima e autoconceito acerca do tabaco. Notamos que os valores mínimos e máximos oscilam entre 0.0 e 100.0% quer para a autoestima global como para cada um dos fatores da escala. Pelos índices médios aferimos que somente 34.6% revela boa autoestima global percebida, com valores mais elevados no autoconceito acerca do tabaco (média = 39.19% ± 20.5dp) do que na autoestima (média= 30.02 ±20.5 dp). Os valores de assimetria e curtose configuram curvas com tendência para a normalidade e o teste de aderência à normalidade de Kolmogorov Smirnov indica que a distribuição não é normal. Já os coeficientes de variação sugerem dispersões elevadas.

**Tabela 76** – Estatísticas relacionadas com a autoestima percebida

	Min.	Max.	$\bar{x}$	Dp	CV%	Sk/erro	K/erro	K/S
Autoconceito	0.00	100.0	39.19	20.50	52.30	0.76	2.10	0.000
Autoestima	0.00	100.0	30.02	22.32	74.35	5.91	0.33	0.000
<b>Autoestima Global percebida</b>	0.00	100.0	34.60	19.72	56.99	3.83	3.77	0.000

Para a autoestima global efetuámos grupos de corte com base na média e desvio padrão. Apurámos que cerca de 36.0% dos inquiridos apresentavam baixa autoestima, mas 4 em cada 10 alta autoestima. Analisando os resultados em função do sexo, aferimos que metade da amostra dos rapazes revelou boa autoestima, enquanto nas raparigas o percentual foi de 32.4%. Ao invés, a baixa autoestima foi mais percebida entre as

raparigas (41.0%) do que nos rapazes (30.4%). As diferenças entre os grupos são significativas, registando-se as mesmas nas raparigas com baixa e moderada autoestima e nos rapazes com elevada autoestima.

**Tabela 77** – Classificação da autoestima percebida

Autoestima/Autoconceito	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		Nº (493)	% (50.8)	Nº (478)	% (49.2)	Nº (971)	% (100.0)	M	F
Baixa/0		150	30.4	196	41.0	346	35.6	-3.4	<b>3.4</b>
Moderada/o		99	20.1	127	26.6	226	23.3	-2.4	<b>2.4</b>
Alta/o		244	49.5	155	32.4	399	41.1	<b>5.4</b>	-5.4

Configura a **tabela 78** a relação entre a idade e os hábitos tabágicos com a autoestima percebida. Em relação à idade o maior referencial nos adolescentes que possuem baixa, moderada ou elevada autoestima recai nos mais jovens, secundados nos três grupos por aqueles que usufruem de moderada autoestima percebida. São encontradas pelos resíduos ajustados significância estatística nos adolescentes entre os 17 e 18 anos e moderada autoestima.

Quanto aos hábitos tabágicos é notório que são os não fumadores que apresentam percentuais mais elevados de baixa, moderada e elevada autoestima. Os resíduos ajustados revelam significância entre o fumador habitual e ocasional com elevada autoestima e o não fumador com baixa autoestima.

**Tabela 78** – Relação entre a autoestima com a idade e hábitos tabágicos

Autoestima/Autoconceito	Baixa/o (1)		Moderada/o (2)		Alta/o (3)		Total		Residuais		
	Nº (346)	% (35.6)	Nº (226)	% (23.3)	Nº (399)	% (41.1)	Nº (971)	% (100.0)	1	2	3
<b>Grupo etário</b>											
≤ 16 anos	158	45.7	98	43.4	165	41.4	421	43.4	1.1	0.0	-1.1
17-18	89	25.7	86	38.1	119	29.8	294	30.3	-2.3	<b>2.9</b>	-0.3
≥ 18	99	28.6	42	18.6	115	28.8	256	26.4	1.2	-3.0	1.5
<b>Hábitos tabágicos</b>											
Fumador Habitual	38	11.0	46	20.4	88	22.1	172	17.7	-4.1	1.2	<b>3.0</b>
Fumador Ocasional	14	4.0	16	7.1	48	12.0	78	8.0	-3.4	-0.6	<b>3.8</b>
Não Fumador	294	85.0	164	72.6	263	65.9	721	74.3	<b>5.7</b>	-0.7	-5.0

### 2.1.7 - Conhecimentos sobre hábitos tabágicos

As estatísticas dos conhecimentos sobre tabaco revelam um valor mínimo de 0 e um máximo de 100% sendo a média percentílica para o global da amostra de 57.4% ( $\pm 10.0$  dp). Os adolescentes referem ter bons conhecimentos sobre aspetos relacionados com a saúde (média =  $82.42 \pm 16.07$  dp), mas ao invés, poucos conhecimentos sobre

aspectos socioculturais (média =  $26.47 \pm 20.43$  dp) com valores mínimos e máximos em ambas as subescalas de 0.0 e 100%, respetivamente. Os valores de assimetria e curtose indiciam que a distribuição não é normal, com coeficientes de variação de dispersão moderada nos conhecimentos socioculturais e o valor global da escala é elevado nos aspectos socioculturais.

**Tabela 79** – Estatísticas relativas aos conhecimentos sobre tabaco em função do conhecimento em saúde e conhecimento sociocultural

Conhecimentos	Min.	Max.	$\bar{x}$	Dp	CV%	Sk/erro	K/erro	K/S
Conhecimentos em Saúde	0.00	100.0	82.42	16.07	19.49	20.71	22.46	0.000
Conhecimentos Sociocultural	0.00	100.0	26.47	20.43	77.18	16.17	9.70	0.000
<b>Total</b>	0.00	100.0	57.94	10.04	17.32	0.17	49.71	0.000

Para o valor global da escala estabelecemos grupos extremos de corte com base na mediana e intervalo interquartilico. Apurámos que 35.0% da amostra apresentava conhecimentos fracos e percentagem similar nos conhecimentos (34.1%) e bons conhecimentos.

Analisando os resultados em função do sexo, notamos que dos que possuem conhecimentos fracos, cerca de metade são rapazes. Nas raparigas, aproximadamente 6 em cada 10 revela conhecimentos razoáveis e entre os que possuem bons conhecimentos denota-se um percentual mais elevado nos rapazes com 56.8%. As diferenças entre grupos são estatisticamente significativas, ( $x^2 = 9.313$ ;  $p = 0.000$ ) localizadas conforme resíduos ajustados, entre os que possuem conhecimentos razoáveis e sexo feminino e bons conhecimentos e sexo masculino.

Quanto à idade, ponderam sobretudo os conhecimentos sobre tabaco razoáveis (44.7%) nos adolescentes, com 16 anos ou menos, mas é de registar que é neste grupo etário que também encontramos os maiores percentuais de adolescentes com fracos (49.7%) e bons conhecimentos (43.4%).

No que se refere à área de residência os maiores valores percentuais recaem para os residentes na zona rural em relação aos que possuem fracos (64.4%), razoáveis (67.3% e bons (67.4%) conhecimentos, não se verificando significância estatística.

**Tabela 80** – Classificação dos conhecimentos em saúde e sexo, idade e área de residência

Conhecimentos sobre tabaco Variáveis	Fracos		Razoáveis		Bons		Total		Residuais		
	Nº (340)	% (35.0)	Nº (300)	% (30.9)	Nº (331)	% (34.1)	Nº (971)	% (100.0)	f	R	b
<b>Sexo</b>											
Feminino	169	49.7	166	55.3	143	43.2	478	49.2	0.2	2.5	-2.7
Masculino	171	50.3	134	44.7	134	56.8	493	50.8	-0.2	-2.5	2.7
<b>Grupo etário</b>											
≤ 16 anos	145	42.6	134	44.7	142	42.9	421	43.4	-0.3	0.6	-0.2
17-18	100	29.4	97	32.3	97	29.3	294	30.3	-0.4	0.9	-0.5
≥ 18 anos	95	27.9	69	23.0	92	4.1	256	26.4	0.8	-1.6	0.7
<b>Área de residência</b>											
Urbana	121	35.6	97	32.3	108	32.6	326	33.6	1.0	-0.5	-0.4
Rural	219	64.4	203	67.3	223	67.4	645	66.4	-1.0	0.5	0.4

Aporta a **tabela 81** a relação entre os conhecimentos sobre tabaco e os hábitos tabágicos. Numa análise por grupos regista-se que entre os que possuem fracos conhecimentos, o maior percentual recai no não fumador. De igual modo, percentagens mais elevadas, acima de 70.0%, são encontradas nos adolescentes com razoáveis e bons conhecimentos.

**Tabela 81** – Relação entre conhecimentos sobre tabaco e hábitos tabágicos

Conhecimentos Hábitos tabágicos	Fracos (1)		Razoáveis (2)		Bons (3)		Total		Residuais		
	Nº (340)	% 100.0	Nº (300)	% 100.0	Nº (331)	% 100.0	Nº (971)	% 100.0	1	2	3
Fumador habitual	75	22.1	43	14.3	54	16.3	172	17.7	2.6	-1.8	-0.8
Fumador ocasional	32	9.4	25	8.3	21	6.3	78	8.0	1.2	0.2	-1.4
Não fumador	233	68.5	232	77.3	256	77.3	721	74.3	-3.0	1.5	1.6

## 2.2 - Análise inferencial

Uma vez apresentada a estatística descritiva no capítulo anterior iremos proceder à análise inferencial. Procuraremos, assim, avaliar as relações existentes entre algumas das variáveis independentes, com a variável dependente conhecimento sobre tabaco, por forma a dar resposta às questões de investigação que formulámos e que estão inseridas no capítulo da metodologia.

No estudo da variável dependente, com mais que uma das variáveis independentes, recorreremos às regressões múltiplas univariadas, uma vez que se trata do método mais utilizado para realizar análises multivariadas, principalmente quando se pretende analisar em simultâneo mais que uma variável independente e uma variável dependente (Gageiro & Pestana 2005). Este método utiliza um conjunto de técnicas estatísti-

cas que são usadas para modelar relações e prever o valor de uma variável dependente (variável endógena) a partir de um conjunto de variáveis independentes ou preditoras (variáveis exógenas) (Marôco, 2014).

Para a estimação das variáveis utilizámos o método de Stepwise (passo a passo), que induz, tantos modelos, quantos os necessários, até conseguir determinar as variáveis preditoras da variável dependente. No nosso estudo usámos como variáveis dummy o sexo e os hábitos tabágicos.

### Relação entre sexo e conhecimentos sobre tabaco

Foi do nosso interesse saber qual a sua relação com o sexo e conhecimentos acerca do tabaco. Apurámos, que o sexo feminino apresenta índices percentuais mais elevados sobre conhecimentos em saúde, mas menores nos aspetos sociocultural e conhecimento global, que o sexo masculino. Não assumindo igualdade de variâncias, o teste t para diferença de médias é explicativo, o que significa que há relação entre os conhecimentos e o sexo.

**Tabela 82** – Teste t para diferença de médias entre sexo e conhecimentos sobre tabaco

Sexo Conhecimentos	Masculino		Feminino		Levene (p)	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Conhecimentos sobre saúde	79.56	18.08	85.37	13.08	0.000	-5.754	0.000
Sócio- cultural	31.09	22.06	21.70	17.38	0.000	7.381	0.000
<b>Conhecimentos globais</b>	<b>58.36</b>	<b>11.66</b>	<b>57.52</b>	<b>8.03</b>	<b>0.000</b>	<b>1.309</b>	<b>0.191</b>

### Relação da idade com os conhecimentos sobre o tabaco

Na **tabela 83** estudámos a relação dos conhecimentos sobre o tabaco e a idade. A análise de variância utilizada revela que os adolescentes mais jovens têm mais conhecimentos sobre saúde e os mais velhos sobre os aspetos socioculturais e maior percentual de conhecimentos globais. Os valores de f são explicativos para os conhecimentos sobre saúde e aspeto sociocultural, o que demonstra a relação de dependência entre estas variáveis e não significativo para os conhecimentos globais. Os testes *post hoc* indicam que a diferença se situa para os conhecimentos acerca da saúde, entre os adolescentes mais jovens e os de idade igual ou superior a 18 anos ( $p= 0.015$ ), o mesmo ocorrendo para os aspetos socioculturais com uma probabilidade de 0.006.

**Tabela 83** – Análise de variância a um fator entre idade e conhecimentos sobre o tabaco

Idade Conhecimentos	<= 16 anos		17 anos		>= 18 anos		F	p
	Mé- dia	Dp	Média	Dp	Média	Dp		
Conhecimentos sobre saúde	83.99	15.36	81.89	15.37	80.45	17.73	4.103	0.017
Sociocultural	24.44	19.44	26.83	19.36	29.39	22.80	4.763	0.009
<b>Conhecimentos globais</b>	<b>57.94</b>	<b>9.33</b>	<b>57.80</b>	<b>9.35</b>	<b>58.11</b>	<b>11.82</b>	<b>0.065</b>	<b>0.937</b>

### Relação entre zona de residência e conhecimentos acerca do tabaco

Estudámos a relação entre a zona de residência e os conhecimentos acerca do tabaco. Afere-se pela **tabela 84** que os adolescentes residentes têm mais conhecimentos sobre saúde e conhecimentos globais acerca do tabaco, mas menos nos aspetos socioculturais que os residentes na zona rural. Assumindo igualdade de variâncias, o teste t para diferença de médias não revela significância estatística aferindo-se, assim, sobre a relação de independência entre as variáveis em estudo.

**Tabela 84** – Teste t para diferença de médias entre sexo e conhecimentos sobre tabaco

Residência Conhecimentos	Urbana		Rural		Levene (p)	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Conhecimentos sobre saúde	82.83	14.35	82.22	16.88	0.103	0.557	0.557
Sociocultural	26.08	20.42	26.67	20.45	0.692	-0.423	0.672
<b>Conhecimentos globais</b>	<b>58.00</b>	<b>9.03</b>	<b>57.91</b>	<b>10.52</b>	<b>0.191</b>	<b>0.125</b>	<b>0.901</b>

### Relação entre coabitação e conhecimentos sobre tabaco

O teste de Kruskal Wallis foi utilizado para estudar a relação entre a coabitação e os conhecimentos sobre tabaco. Aferimos, que os adolescentes que coabitam com outros familiares possuem mais conhecimentos sobre saúde nas diferentes dimensões da escala, mas as diferenças não são significativas, inferindo-se, assim, a relação de independência para estas variáveis (cf. **tabela 85**).

**Tabela 85** - Teste de Kruskal Wallis entre coabitação e conhecimentos sobre tabaco

Autoestima Conhecimentos	Pais	Pai ou mãe	Outros familiares	X <sup>2</sup>	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Conhecimentos sobre saúde	124.40	122.45	140.41	1.054	0.590
Sociocultural	120.05	141.03	143.84	4.345	0.114
<b>Conhecimentos globais</b>	<b>120.32</b>	<b>135.04</b>	<b>152.39</b>	<b>4.725</b>	<b>0.094</b>

### Relação entre as escolas que frequentam e conhecimentos sobre o tabaco

Do estudo entre conhecimentos sobre o tabaco e a escola que frequentam, a análise de variância a um fator revela que, em termos médios, os estudantes que frequentam a Escola Secundária de Tondela com 3.º Ciclo possuem mais conhecimentos sobre saúde relacionada com o tabaco. Por sua vez, a Escola Secundária Emídio Navarro destaca-se em relação aos aspetos socioculturais e em conhecimento globais, contudo, é relegada para último plano a escola profissional de Tondela. São encontradas diferenças estatísticas conforme teste *post hoc* de Tukey para os conhecimentos sobre saúde e socioculturais, entre os que frequentam a Escola Secundária de Tondela com 3.º Ciclo e profissional de Tondela ( $p= 0.000$ ) e Escola Emídio Navarro e profissional ( $p= 0.000$ ). Para o primeiro caso e entre a Escola Secundária de Tondela com 3.º Ciclo e Escola Emídio Navarro ( $p= 0.000$ ), Emídio Navarro vs Escola Profissional ( $p= 0.000$ ) e Escola Secundária de Tondela e Escola Profissional ( $p= 0.000$ ), para o segundo caso.

**Tabela 86** – Análise de variância a um fator entre escola que frequentam e conhecimentos sobre o tabaco

Escola Conhecimentos	Secundária Tondela		Secundária Emídio Navarro		Profissional Tondela		F	p
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp		
Conhecimentos sobre saúde	84.35	14.95	83.25	14.30	75.93	20.85	16.962	0.000
Sociocultural	22.74	17.42	26.73	20.67	33.85	23.64	17.115	0.000
<b>Conhecimentos globais</b>	<b>57.39</b>	<b>7.91</b>	<b>58.52</b>	<b>9.85</b>	<b>57.52</b>	<b>13.96</b>	<b>1.434</b>	<b>0.239</b>

### Relação entre ano de escolaridade e conhecimentos sobre tabaco

Para o estudo da relação entre conhecimentos de saúde sobre consumo de tabaco e ano de escolaridade que frequentam, efetuámos uma análise de variância a um fator. Os resultados indicam que os estudantes que frequentam o 12.º ano são os que possuem mais conhecimentos sobre saúde, seguidos pelos que frequentam o 11.º ano de escolaridade. Quanto aos aspetos socioculturais estes são mais evidentes nos estudantes do 10.º ano de escolaridade. Todavia foram, apenas, encontradas significâncias estatísticas para os aspetos socioculturais, sendo que as mesmas se situam entre os estudantes do 10.º ano e 11.º ano ( $p= 0.019$ ).

**Tabela 87** – Análise de variância a um fator entre o ano de escolaridade e os conhecimentos sobre o tabaco

Escola Conhecimentos	10.º ano		11.º ano		12.º ano		F	p
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp		
Conhecimentos sobre saúde	81.88	16.65	82.57	15.99	82.96	15.42	0.387	0.679
Sociocultural	28.57	20.40	24.33	20.27	26.02	20.45	3.742	0.024
<b>Conhecimentos globais</b>	<b>58.56</b>	<b>10.18</b>	<b>57.09</b>	<b>10.57</b>	<b>57.94</b>	<b>9.24</b>	<b>1.830</b>	<b>0.161</b>

### Relação entre autoestima e conhecimentos sobre tabaco

Recorremos ao teste de Kruskal Wallis, cujos resultados se apresentam na **tabela 88**, para estudar a relação entre a autoestima e os conhecimentos sobre tabaco. Pelas ordenações médias afere-se que os que possuem elevada autoestima possuem mais conhecimentos sobre saúde, em relação ao tabaco, mas os adolescentes com baixa autoestima revelam ordens médias superiores nos aspectos socioculturais e conhecimentos global. Entre os grupos encontramos diferenças significativas para os conhecimentos em saúde e aspetos socioculturais, inferindo-se, assim, a relação de dependência para estes constructos (**cf. tabela 88**).

**Tabela 88-** Teste de Kruskal Wallis entre autoestima e conhecimentos sobre tabaco

Autoestima	Baixa	Moderada	Elevada	X <sup>2</sup>	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Bons Conhecimentos					
Conhecimentos sobre saúde	441.05	449.52	533.47	25.325	0.000
Sociocultural	561.90	497.06	420.57	53.085	0.000
Conhecimentos globais	502.63	481.55	473.67	2.262	0.323

### Relação entre hábitos tabágicos e conhecimentos sobre tabaco

Recorremos ao teste de UMW, cujos resultados se apresentam na **tabela 89** para estudar a relação entre os hábitos tabágicos e os conhecimentos sobre tabaco. Pelas ordenações médias afere-se, que os que não fumam têm melhores conhecimentos do que os que fumam, em relação à saúde e conhecimento global, mas menores em relação aos aspetos socioculturais, sendo as diferenças significativas (**cf. tabela 89**).

**Tabela 89** – Relação entre conhecimentos sobre tabaco e hábitos tabágicos

Autoestima	Não fuma	Fuma	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Bons Conhecimentos				
Conhecimentos sobre saúde	542.45	451.09	90.55.50	0.000
Sociocultural	453.18	506.29	99125.50	0.004
Conhecimentos globais	513.74	468.85	101008.0	0.015

### Relação entre variáveis independentes e conhecimentos de saúde sobre tabaco

A primeira dimensão dos conhecimentos sobre tabaco em adolescentes respeita aos conhecimentos em saúde. Na **tabela 90** apresentamos as correlações obtidas com as diferentes variáveis em análise que evidenciam que os valores corre-

lacionais oscilam entre o fraco na idade ( $r=-0.075$ ) e o razoável na autoestima acerca do tabaco ( $r= -0.346$ ). Verificámos, ainda que a variável endógena estabelece relações inversas com a idade, autoconceito (tabaco) autoestima (tabaco) e autoestima tabaco (global) e hábitos tabágicos (dummy) e diretas com as restantes, sendo significativas as diferenças encontradas. A associação encontrada permite-nos afirmar que os conhecimentos sobre saúde são tanto maiores quanto maiores os índices onde a relação é direta e menores os índices onde a relação entre *ad* variáveis é inversa.

**Tabela 90** – Correlação de Pearson entre conhecimentos sobre saúde e variáveis independentes

Variáveis	r	p
Idade	-0.075	0.009
Sexo (dummy)	-0.181	0.000
Fator1- Aceitação/rejeição social	0.272	0.000
Fator2 – Autoeficácia	0.242	0.000
Fator3 – Maturidade psicológica	0.325	0.000
Fator4 – Impulsividade/atividade	0.309	0.000
Autoconceito (global)	0.351	0.000
Autoestima positiva	0.214	0.000
Autoestima negativa	0.132	0.000
Autoestima (global)	0.198	0.000
Autoconceito (tabaco)	-0.183	0.000
Autoestima (tabaco)	-0.346	0.000
Autoestima (tabaco) (global)	-0.291	0.000
Habito tabágico (dummy)	-0.115	0.000

Quanto aos resultados do modelo de regressão, registamos seis passos, sendo que a primeira variável a entrar no modelo foi o autoconceito global por ser a variável com maior coeficiente de correlação em valor absoluto ( $r= 0.351$ ). O poder explicativo desta variável é de 12.3% da variação dos conhecimentos de saúde e o erro padrão de regressão é de 15.063, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados dos conhecimentos de saúde.

No segundo passo, entrou a variável autoestima (global) e estas duas variáveis passaram a explicar 20.3% da variabilidade dos conhecimentos de saúde, com um erro estimado de 14.364.

Para o terceiro, quarto, quinto e sexto modelos entraram sequencialmente: as variáveis mudas, sexo e hábitos tabágicos, a autoeficácia e a aceitação/rejeição.

No **quadro 3** são apresentados em síntese os resultados do último modelo que afere que das seis variáveis que se constituíram como predictoras dos conhecimentos sobre saúde. A correlação que no conjunto estabelecem com os conhecimentos é razoável ( $r=0.494$ ), apresentando uma variabilidade de 24.4%. O erro pa-

drão da estimativa situou-se nos 14.018. Com os valores de F apuramos que existem significâncias estatísticas o que leva à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo e os valores de t, dado também apresentarem diferenças estatísticas, permitem-nos afirmar que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão são preditoras dos conhecimentos sobre saúde. Os resultados relativos à *variance inflation* fator (VIF) revelam que o autoconceito (global) pode apresentar problemas de colinearidade, uma vez que o seu valor é superior aos valores de referência (5.0). Quanto aos coeficientes padronizados beta apontam que o autoconceito global é o que apresenta maior valor preditivo, sendo esta a única variável que varia em sentido direto, seguindo-se a autoeficácia e, em último lugar a variável dummy, hábitos tabágicos. Pelos resultados infere-se que os adolescentes com melhor autoconceito, do sexo masculino, que não fumam e que possuem menor autoestima, autoeficácia e melhor aceitação social têm maiores conhecimentos sobre saúde.

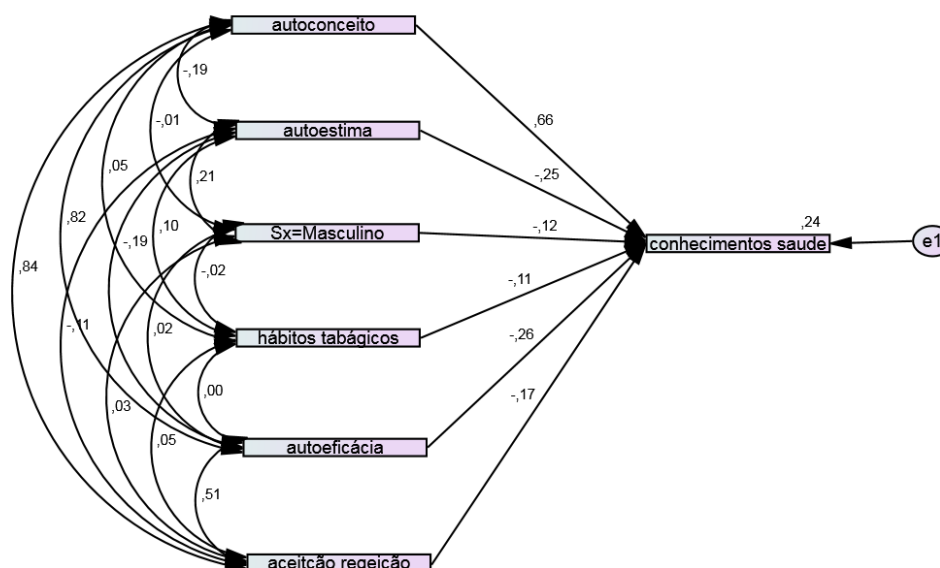
**Quadro 3** - Análise de variância entre variáveis independentes e conhecimentos sobre saúde

Variável dependente = conhecimentos sobre saúde					
R = 0.494					
R <sup>2</sup> = 0.244					
R <sup>2</sup> Ajustado = 0.240					
Erro padrão da estimativa = 14.018					
Incremento de R <sup>2</sup> = 0.006					
F = 7.067					
P = 0.008					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente Beta	t	p	colinearidade VIF
Constante	55.450				
Autoconceito (global)	1.059	0.657	6.950	0.000	11.415
Autoestima (global)	-0.181	-0.251	-8.528	0.000	1.109
Sexo (dummy)	-3.788	-0.118	-4.089	0.000	1.060
Hábitos tabágicos	-3.791	-0.115	-4.055	0.000	1.020
Autoeficácia	-1.207	-0.259	-4.311	0.000	4.593
Aceitação/rejeição social	-0.825	-0.166	-2.658	0.000	4.984
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média Quadrados	F	p
Regressão	61281.512	6	10123.585	51.974	0.000
Residual	189440.014	964	196.515		
Total	250721.526	970			

O gráfico da equação estrutural, modelo ajustado, com os coeficientes estandarizados para a variável latente, conhecimentos sobre saúde, revela que a trajetória autoconceito global apresenta um coeficiente de ( $\beta=0.66$ ), a autoestima de ( $\beta=-0.25$ ), o sexo masculino de ( $\beta=-0.12$ ), os hábitos tabágicos de ( $\beta=-0.11$ ), a autoeficácia de ( $\beta=-0.26$ ) e a aceitação/rejeição social um coeficiente de ( $\beta=-0.17$ ). O modelo final explica 24.0% da variabilidade dos conhecimentos sobre saúde. Por sua vez, as associações

entre as variáveis manifestas oscilam entre ínfimo e forte ( $r=0.84$ ) que se manifesta esta na relação do autoconceito com a aceitação/rejeição social, o que poderá estar na origem da multicolinearidade, já referida.

**Figura 5** – Equação estrutural dos conhecimentos sobre saúde e variáveis predictoras



### Relação entre variáveis independentes e conhecimentos sociocultural sobre o tabaco

Analisando os resultados dos conhecimentos socioculturais, a **tabela 91** demonstra que as correlações que as variáveis independentes estabelecem entre si, oscilam entre ( $r= 0.045$ ) nos hábitos tabágicos e ( $r= 0.501$ ) na autoestima relacionada com o tabaco, o que explica cerca de 25.0% da variabilidade. As variáveis idade, sexo (dummy) autoconceito autoestima e autoestima (global) relacionado com o tabaco e os hábitos tabágicos estabelecem uma relação direta, mas com as subescalas do autoconceito e autoestima a relação é inversa o que nos leva a afirmar que, quanto maiores os índices nas variáveis com relação inversa, e menores na direta, menores são os conhecimentos socioculturais sobre o tabaco. As diferenças são estatisticamente significativas.

**Tabela 91** – Correlação de Pearson entre conhecimentos sociocultural e variáveis independentes

Variáveis	R	p
Idade	0.088	0.003
Sexo (dummy)	0.230	0.000
Fator1- Aceitação/rejeição social	-0.138	0.000
Fator2 – Autoeficácia	-0.284	0.000
Fator3 – Maturidade psicológica	-0.234	0.000
Fator4 – Impulsividade/atividade	-0.209	0.000
Autoconceito (global)	-0.292	0.000
Autoestima positiva	-0.183	0.000
Autoestima negativa	-0.259	0.000
Autoestima (global)	-0.268	0.000
Autoconceito (tabaco)	0.296	0.000
Autoestima (tabaco)	0.501	0.000
Autoestima (tabaco) (global)	0.437	0.000
Hábito tabágico (dummy)	0.045	0.079

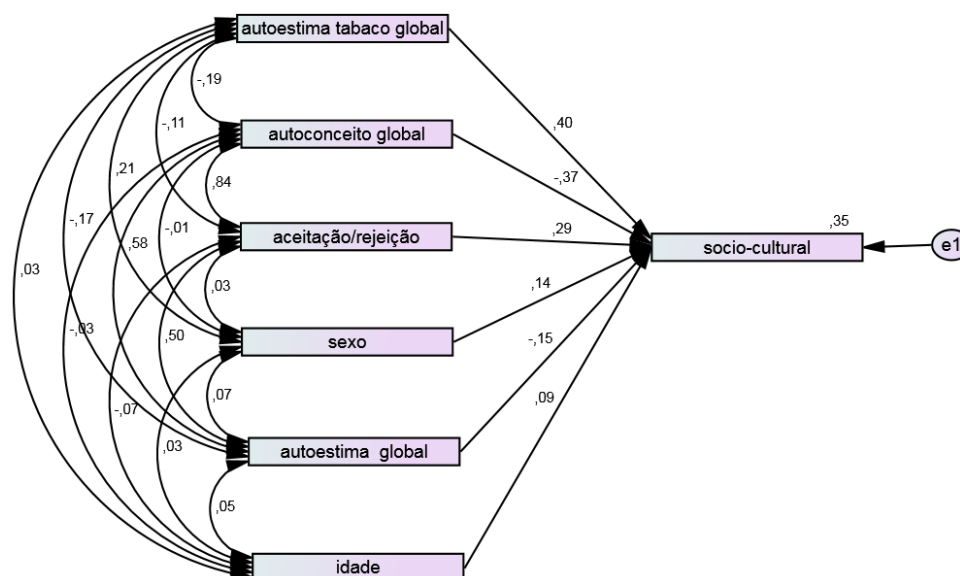
Este modelo de regressão que é composto por seis passos configura como primeira variável preditora a autoestima relacionada com o tabaco, explicando por si só 25.1% de variabilidade e registrando um erro padrão de regressão de 17.69.

O segundo passo contempla o autoconceito global e, estas duas variáveis no seu conjunto passaram a explicar 29.0% da variabilidade. Os passos seguintes fizeram entrar no modelo de regressão as variáveis aceitação/rejeição social, sexo (dummy), autoestima global (Rosenberg) e idade. Estas seis variáveis passaram a explicar 34.6% da variação com os conhecimentos sobre aspetos socioculturais e o erro padrão de estimação passou a ser de 16.527. No **quadro 4** resumem-se os resultados, evidenciando-se que a correlação que as variáveis preditoras estabelecem com a variável endógena é moderada ( $r=0.592$ ). Já os testes F e os valores de t ao revelarem-se significativos indicam que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo sobre o conhecimento sociocultural acerca do tabaco. Por outro lado, analisando os coeficientes padronizados beta verificamos que a autoestima relacionada com o tabaco é o que apresenta maior valor preditivo, seguidos por ordem decrescente o autoconceito (global) a aceitação/rejeição social, a autoestima (Rosenberg), o sexo e, finalmente a idade. Apenas o autoconceito e a autoestima (Rosenberg) estabelecem uma relação inversa, inferindo-se assim, que há menores índices nestas variáveis, mas adolescentes do sexo masculino, com melhor aceitação do sexo masculino e mais velhos possuem mais conhecimentos socioculturais acerca do tabaco. Acresce referir que as variáveis presentes no modelo não são colineares, uma vez que os valores da VIF oscilam entre 1.060 no que respeita ao sexo e 3.827 no autoconceito.

**Quadro 4** - Análise de variância entre variáveis independentes e conhecimentos socio-culturais

Variável dependente = conhecimentos sociocultural					
R = 0.592					
R <sup>2</sup> = 0.350					
R <sup>2</sup> Ajustado = 0.346					
Erro padrão da estimativa = 16.527					
Incremento de R <sup>2</sup> = 0.008					
F = 11.158					
P = 0.001					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente Beta	t	p	colinearidade VIF
Constante	31.170				
Autoestima tabaco (global)	0.370	0.404	14.815	0.000	1.106
Autoconceito (global)	-0.754	-0.368	-7.245	0.000	3.827
Aceitação/rejeição social	1.836	0.291	6.095	0.000	3.381
Sexo (dummy)	5.916	0.145	5.417	0.000	1.060
Autoestima (rosenberg)	-0.611	-0.147	-4.539	0.000	1.550
Idade	1.293	0.087	3.340	0.000	1.016
Análise de variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	F	p
Regressão	1411886.695	6	23647.783	86.568	0.000
Residual	263335.199	964	273.169		
Total	405221.894	970			

Como corolário, à explanação apresentada, a **figura 6**, apresenta o gráfico do output do modelo de equação estrutural ajustado, com os coeficientes estandardizados para os aspetos socioculturais. O coeficiente beta da autoestima global relacionada com o tabaco face aos conhecimentos sociocultural é de ( $\beta=-0.40$ ), do autoconceito global de ( $\beta=-0.37$ ), da aceitação/rejeição de ( $\beta=-0.29$ ), da influência do sexo de ( $\beta=-0.14$ ), da autoestima global de ( $\beta=-0.15$ ) e da idade de ( $\beta=0.09$ ), com um modelo final a explicar 35.0% da variabilidade dos conhecimentos socioculturais. As associações entre as variáveis predictoras são ínfimas a moderadas, sendo a mais elevada na relação entre a idade e o autoconceito global ( $r= - 0.63$ ) que explica 39.7% da variabilidade.

**Figura 6** – Equação estrutural dos conhecimentos socioculturais e variáveis predictoras

### Relação entre variáveis independentes e conhecimentos sobre o tabaco

Reportamos na **tabela 92** os resultados da associação entre conhecimentos sobre tabaco (global) e as variáveis independentes que revelam correlações ínfimas, sendo a mais elevada na autoestima relacionada com o tabaco ( $r= 0.137$ ) com uma percentagem de variância explicada de apenas cerca de 2.0%. As variáveis idade, sexo (dummy) aceitação/rejeição social, maturidade psicológica, impulsividade/atividade, autoconceito (global) autoestima positiva, autoconceito acerca do tabaco, autoestima tabaco e autoestima (global) relacionado com o tabaco estabelecem uma relação direta e as subescalas de autoeficácia autoestima negativa autoestima (global) e hábitos tabágicos uma relação inversa aferindo-se assim que, quanto maiores os índices nas variáveis com relação inversa, e menores na direta, menores os conhecimentos socioculturais sobre o tabaco. As diferenças não são significativas em relação à idade, sexo (dummy) autoeficácia e autoestima positiva.

**Tabela 92** – Correlação de Pearson entre conhecimentos de saúde e variáveis independentes

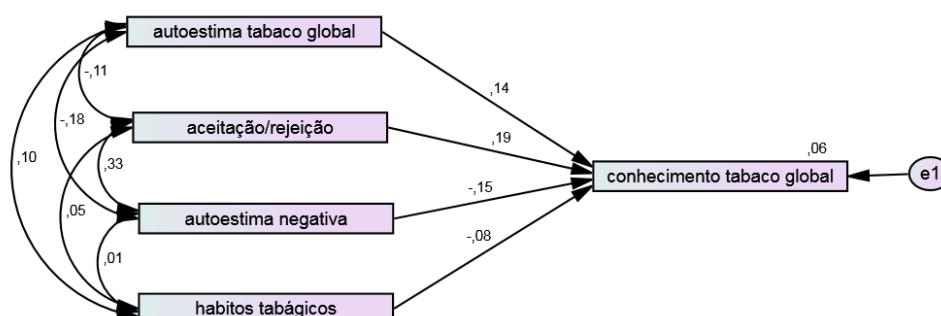
Variáveis	R	P
Idade	0.010	0.376
Sexo (dummy)	0.042	0.097
Fator1- Aceitação/rejeição social	0.122	0.000
Fator2 – Autoeficácia	-0.035	0.135
Fator3 – Maturidade psicológica	0.084	0.005
Fator4 – Impulsividade/atividade	0.092	0.002
Autoconceito (global)	0.056	0.041
Autoestima positiva	0.029	0.180
Autoestima negativa	-0.112	0.000
Autoestima (global)	-0.060	0.030
Autoconceito (tabaco)	0.099	0.001
Autoestima (tabaco)	0.134	0.000
Autoestima (tabaco) (global)	0.127	0.000
Hábito tabágico (dummy)	-0.064	0.024

Este modelo de regressão congrega quatro, sendo a primeira variável a entrar a autoestima (global) que explica 1.7% de variabilidade com um erro padrão de regressão de 9.96. Nos passos seguintes configuraram-se como preditoras p fator 1 do autoconceito designado por aceitação/ rejeição social, a autoestima negativa de Rosenberg, e os hábitos tabágicos, que no conjunto passaram a explicar 6.4% da variabilidade (**cf. quadro 5**). Os testes F e os valores de t são significativos, indicando o poder explicativo das variáveis independentes que são configuradas no modelo e pelos coeficientes padronizados beta, verificamos que o maior valor preditivo é registado na autoestima negativa e o menor na variável hábitos tabágicos. A aceitação/ rejeição social e os hábitos tabágicos estabelecem uma relação inversa, enquanto a autoestima (global) e autoestima negativa uma relação inversa, inferindo-se que a maiores índices de autoestima, e menor rejeição social e os adolescentes que menos consomem tabaco, são os que possuem melhores conhecimentos sobre o tabaco. Pelos valores de VIF notamos que as variáveis preditoras não são colineares.

**Quadro 5** - Análise de variância entre variáveis independentes e conhecimentos sobre o tabaco

Variável dependente = conhecimentos sobre tatabaco (global)					
R = 0.253					
R <sup>2</sup> = 0.064					
R <sup>2</sup> Ajustado = 0.060					
Erro padrão da estimativa = 9.74206					
Incremento de R <sup>2</sup> = 0.007					
F = 7.293					
P = 0.007					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente Beta	t	P	colinearidade VIF
Constante	53.105				
Autoestima (global)	0.062	0.138	4.321	0.000	1.047
Autoestima negativa	0.592	0.191	5.768	0.000	1.128
Aceitação/rejeição social	-0.454	-0.150	-4.486	0.000	1.147
Hábitos tabágicos	-1.749	-0.085	-2.701	0.000	1.013
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média Quadrados	F	p
Regressão	6255.544	64	1563.886	16.478	0.000
Residual	91680.816	966	94.908		
Total	97936.361	970			

A sùmula da regressão múltipla efetuada, entre o conhecimento sobre tabaco e as variáveis preditoras que entraram no modelo de regressão, está incerto no gráfico do output do modelo de equação estrutural ajustado que revela os coeficientes estandardizados. O coeficiente beta da trajetória autoestima do tabaco (global) é de ( $\beta = -0.14$ ), da aceitação/rejeição de ( $\beta = 0.19$ ), da autoestima negativa de ( $\beta = -0.15$ ) e dos hábitos tabágicos de ( $\beta = -0.08$ ), explicando estas variáveis apenas 6.0% da variabilidade dos conhecimentos sobre tabaco. As associações entre as variáveis preditoras manifestam-se ínfimas, com valor mais elevado entre a autoestima negativa e a aceitação/rejeição social ( $r = 0.33$ ), explicando cerca de 10.0% da variabilidade.

**Figura 7** – Equação estrutural dos conhecimentos sobre saúde e variáveis preditoras

### 3. Discussão

Este capítulo constitui-se como um dos mais relevantes deste estudo, aduzindo como finalidade a sua discussão, interpretação e análise dos resultados, auferidos através do instrumento de colheita, na calátide anterior. Deste modo, pretendemos realizar uma reflexão crítica dos objetivos e questões elaboradas para esta investigação, alicerçada na literatura científica, base do enquadramento teórico, enfatizando os resultados observados e confrontando-os com estudos nacionais e internacionais divulgados/publicados, destacando as contribuições das similitudes ou dissemelhanças com os determinantes das diversas variáveis em estudo.

#### 3.1. Discussão Metodológica

Ao projetarmos este estudo de investigação definimos um esboço metodológico, tendo como horizonte o tipo de estudo a concretizar e os objetivos a alcançar, com base numa amostragem abrangente, expressão de resultados fiáveis.

O estudo sobre hábitos tabágicos dos adolescentes teve como instrumentação a adaptação do questionário sobre “Consumo de Tabaco” (Precioso, 2007), no qual devem ser tidas em consideração certas limitações referidas pelos adolescentes durante a recolha de dados: questões de difícil interpretação, repetidas e subjetivas e com formulação pouco clara que suscitaram várias dúvidas e necessidade de mais tempo que o estabelecido para o seu preenchimento (questionário extenso); a honestidade e sinceridade dos alunos que sabem estar a participar num estudo sobre comportamentos e atitudes que nem sempre são assumidas conscientemente.

O processo de submissão do instrumento de colheita de dados à DGIDC, para obtenção da sua autorização e aplicação em meio escolar foi lento e muito burocratizado, condicionando os prazos académicos, definidos e impostos para o desenrolar da investigação.

Apesar das diligências perpetradas junto do Conselho Executivo das escolas secundárias do distrito de Viseu, apenas três anuíram à realização do estudo, pelo que não foi possível obter uma amostragem de estudantes, representativa dos alunos que frequentavam o ensino secundário (10.º, 11.º e 12.º anos) ou equivalente nos cursos pro-

fissionais. Face ao referido não foi tida em consideração a proporcionalidade, porém todos os anos ficaram representados.

A adoção de procedimentos foi consentânea com o estabelecido, isto é, autorização dos Encarregados de Educação, esclarecimento do projeto, confidencialidade e liberdade de preenchimento dos questionários, aplicação em sala de aula, durante um tempo letivo, fora do período de avaliações escritas ou orais ou em finais do período.

O estudo em investigação é de natureza descritiva e correlacional, por isso, tem necessidade de controlo experimental das variáveis independentes, comprometendo uma interpretação errónea dos resultados obtidos, ao incorrerem na possibilidade de cometer um erro de primeira espécie (tipo I), que consiste em rejeitar como falsa uma hipótese nula que é verdadeira (Fortin, Côté & Filion, 2009). Todavia, esta proposição não se revela impeditiva de fazer predições, como referem os referidos autores, pois o objetivo deste estudo pretende explorar relações entre variáveis e descrevê-las.

Com base nas limitações apresentadas consideramos estes resultados como preliminares, uma vez que requerem confirmação de outros estudos, da mesma índole e com amostras alargadas a todo o distrito e a todas as escolas secundárias.

Este estudo, apesar das suas limitações, permitiu adquirir conhecimentos mais abrangentes sobre as características sociodemográficas, o contexto escolar envolvente, os estilos de vida, o autoconceito, a autoestima e os hábitos tabágicos dos adolescentes, pois o seu contributo será uma mais-valia para a prevenção e promoção de hábitos e práticas de vida saudável propostos pelas equipas de Educação Para a Saúde nas escolas.

Fica o desafio de introduzir projetos empreendedores de boas práticas em saúde, com parcerias dilatadas, envolvendo todos os elementos da comunidade, alargada à comunidade nacional e internacional que depois de adquirirem conhecimento das suas realidades se esforcem na execução dos objetivos para o terceiro milénio, conduzindo a alterações atitudinais e comportamentais e, conseqüentemente, redução efetiva do consumo de tabaco que cada vez mais se inicia, com menor idade.

### 3.2 - Discussão de resultados

A força motriz que leva os adolescentes a adquirirem hábitos tabágicos é muito complexa. Os empreendedores do tabaco, através da experiência empírica, da engenha-

ria do consumismo e da mecânica do consumir, valorizam o estereótipo de imitar o grupo como forma determinante de aceitação e pertença na construção da identidade e da personalidade para o sucesso.

O senso comum justifica, habilmente, como uma das principais causas de morte evitável e com consequências adversas para o dependente ou o “usufruidor” involuntário do tabaco a transmissão do hábito dos familiares.

Como os adolescentes passam a maior parte da vida em meio escolar, também se olha para este local como a “escola de aprendizagens de consumo de tabaco”, identificando-se a sala de aula com o portão principal. A metodologia pouco diferenciada, as estratégias personalizadas e o conteúdo motivador têm como *slogan*: “Experimente! Se não gostar à primeira, volte a tentar para depois começar.”.

Com o intuito de aportar informação científica através da investigação, com aplicação de instrumentos de colheita de dados e análise dos mesmos, iremos construir uma reflexão consolidada nos resultados mais relevantes que nos permitem compreender conhecimentos e hábitos tabágicos dos adolescentes, em similitude com cânones retirados de outros estudos.

Como suporte desta reflexão crítica patenteámos o enquadramento conceptual, os objetivos e as questões de investigação alicerçados no desassossego constante de quem pretende fazer da vida uma promoção persistente de valores, entre os quais a vida como sinal de saúde e a felicidade como signo de estilos de vida saudável.

A presente investigação sobre conhecimentos e consumo de tabaco dos adolescentes é composta por uma amostra de 971 alunos do 10.º, 11.º e 12.º anos, do Ensino Secundário público e cooperativo, do distrito de Viseu. Ambos os sexos estão representados, com idades compreendidas entre os 14 e os 21 anos, com valor superior nos rapazes (50.7%) comparativamente às raparigas (49.2%), como ocorreu no Porto, numa amostra de 2974 alunos, entre os 12 e os 19 anos, em que 51.3% eram rapazes e 48.7% raparigas (Azevedo, Machado & Barros, 1999). Número superior de raparigas foi encontrado por: Gaspar (2003), em 191 escolas nacionais do ensino regular, numa amostra de 6903, com idades entre os 11 e os 16 anos, do 6.º, 8.º e 10.º anos em que obteve (53.0%); Nunes (2004) na amostra de 173 alunos, do 3.º Ciclo do Ensino Básico e Secundário do Sabugal que apresentou 52.0%; Fraga, Ramos & Barros (2006) em 24 escolas privadas e 27 públicas do Porto, em que participaram 2036 alunos, patenteou 51.6%;

5050 discentes que participaram do questionário que deu origem ao relatório HBSC de 2010, relativo a Portugal, com aprendentes do 6.º 8.º e 10.º anos em que elas representam 52.3% e, por Precioso, Samorinha, Macedo & Antunes (2012) com uma amostra de 8764, de 57 escolas, do ensino regular português, do 5.º ao 12.º anos, que evidenciou 53.6%.

Em termos de prevalência de consumo de tabaco constatámos que 62.0% dos adolescentes consomem ou já consumiram, destacando-se as raparigas (63.0%) comparativamente aos rapazes (60.6%), como acontece no estudo realizado por Azevedo, Machado e Barros (1999) em que elas fumam diariamente mais do que eles (39.7% vs 34.5%). Contudo, a disposição não foi corroborada por: Gaspar (2003) em que os rapazes consomem mais do que as raparigas, tanto regularmente (52.6%) como ocasionalmente (53.4%); Nunes (2004) ao considerar os alunos como consumidores atuais aferiu que os rapazes (32.5%) fumam em maior percentagem, comparativamente com as raparigas (12.2%), assim como os que mantêm o hábito de fumar (61.4%, rapazes; 30.6%, raparigas); Fraga, Ramos & Barros (2006), que mostram os rapazes como os mais consumidores (4.0% vs 1.9%), assim como, pelo Relatório HBSC de 2010 os rapazes também fumam, todos os dias, mais do que as raparigas (5.1% vs 4.0%) e Precioso, Samorinha, Macedo & Antunes (2012) em que dos consumidores regulares se destacam os rapazes (10.2%) correlacionados com as raparigas (9.1%).

Na amostra em estudo 38.2% dos alunos não são fumadores, assim como 35.8% na investigação de Azevedo, Machado & Barros (1999). Apesar destes resultados constituírem uma ténue esperança, para nós são extremamente preocupantes, pois encontram-se muito aquém dos auferidos na investigação de Gaspar (2003) com um valor muito superior (86.9%), do Relatório HBSC (2010) com 70.0% e de Precioso, Samorinha, Macedo & Antunes em 2012 com 87.5%. Para além do trabalho realizado muito há a ser feito com os alunos do distrito de Viseu, em termos de prevenção, promoção e adoção de hábitos de vida saudável que incluam alimentação adequada, prática de exercício físico e abstinência tabágica, assim como aprender a melhorar a gestão financeira pessoal e a qualidade de vida de todos.

A idade mínima de consumo de tabaco, em ambos os sexos, cifrou-se nos 8 anos e a máxima para rapazes nos 20 anos e para raparigas nos 19 anos, com início, em média, aos 13.87 anos ( $\pm 1.95$  dp). Assim, as raparigas começaram a fumar pelos 14 anos, mais

tarde que os rapazes (média=13.65 ± 2.13) que iniciaram com idade igual ou inferior aos 13 anos. Aferimos que o início do consumo em 39.1% dos rapazes ocorreu com idade igual ou inferior a 13 anos e que em 33.1%, aconteceu com idade igual ou superior a 15. No que às raparigas diz respeito, a maior prevalência surgiu no grupo com 15 ou mais anos (37.5%), embora as que iniciaram o seu uso aos 14 apareçam com percentuais aproximados (35.9%). Tanto para Azevedo, Machado e Barros (1999), a idade média do início do consumo de tabaco foi de 13.4 anos para ambos os sexos como para Neto, Andrade, Napoli, Abdon, Garcia & Bastos (2010) com experimentação precoce do cigarro (13.9 ± 1.8 anos) pelo que 61.2% experimentaram fumar antes dos 15 anos. Nunes (2004) encontrou uma idade média de experimentação inferior (11.79 anos), analogamente aos dados do PNPCT (2012/2016) com 34.0% dos rapazes e 38.0% das raparigas a fumaram pela primeira vez entre os 15 e os 16 anos e cerca de 15.0% dos rapazes e 8.0% das raparigas começaram a fumar com menos de 11 anos valores muito preocupantes.

O consumo do primeiro cigarro aconteceu na escola para 39.1% dos rapazes e em “Outro local” para 40.9% das raparigas. A primeira experiência com o cigarro ocorre igualmente em festas, bares e discotecas, sendo a escola (56.8%), o café (50.8%) e a discoteca (30.6%) os locais onde a oferta dos cigarros é maior. De referir que os rapazes são mais solicitados para consumir do que as raparigas. Resultado consentâneo na referência da escola como o local para experimentar (36.7%) foi apresentado por Fraga Ramos & Barros (2006).

Para 67.0% dos adolescentes (67.1% - raparigas e 66.9% - rapazes), o primeiro cigarro foi oferecido por um/a amigo/a e das pessoas que oferecem cigarros, identicamente se destacam, com 70.7%, os/as amigos/as, que ofertaram uma ou outra vez e várias vezes, seguindo-se, com 37.8%, o melhor amigo. É incomum o pai (87.2%), a mãe (64.3%) e os irmãos (52.2%) oferecerem cigarros. Nunes (2004) apresenta como contexto de iniciação, os amigos (71.1%), os colegas e sozinhos com o mesmo valor percentual (23.7%) e, por Precioso, Samorinha, Macedo & Antunes (2012) o acesso ao primeiro cigarro em 72.0% dos casos.

Reportando-se ao início do consumo de tabaco, afere-se que cerca de seis em cada dez não têm opinião formada e que e 36.7% adiantam que os amigos não deviam iniciar o hábito. Como principais razões para fumar o primeiro cigarro, os estudantes

referem: querer saber como era (74.3%) – 73.1% e 75.6%, respetivamente para raparigas e rapazes; oferta dos amigos (9.3%); ter visto os amigos a fumar (6.7%); a influência dos pais (2.8%) e irmãos (1.3%); a imitação (0.5%). Neste item há diversidade de respostas, com pontos convergentes e divergentes: no estudo Eurobarómetro (2012) a maioria dos fumadores (82.0%) começou a fumar porque os amigos também o faziam, 19.0% por gostarem do sabor ou do aroma do tabaco, 10.0% por ser economicamente acessível, 6.0% porque os pais fumavam, 2.0% por gostarem do cheiro a mentol e 1.0% por gostarem da embalagem dos cigarros PNPCT (2012/2016); para Fraga Ramos & Barros (2006), a curiosidade de experimentar (46.3% – raparigas e 45.6% – rapazes) e por terem um amigo que o fazia (13.6% – raparigas e 21.1% – rapazes) também é relevante.

Dos inquiridos, apurámos que 66.3% dos adolescentes (71.8% – raparigas e 61.1% – rapazes) não fumam um único cigarro, que os que o fazem diariamente representam 17.7% (13.4% – raparigas e 21.9% – rapazes), que os que consomem menos de um cigarro por semana cifra-se em 2.8% e 5.3%, respetivamente, e que os que fumaram e que entretanto o deixaram de fazer apresentam valor similar para ambos os sexos (7.9%). Para Precioso, Samorinha, Macedo & Antunes (2012), ambos os sexos eram consumidores regulares (12.3% dos rapazes e 8.6% das raparigas) ou fumavam ocasionalmente (6.1%, rapazes vs 4.0%, raparigas) e para Precioso, Samorinha, Macedo & Antunes (2012), também foi a curiosidade que os (77.9%) levou a experimentar.

Do universo, 59.3% (60.9% – raparigas e 58.3% – rapazes) fumam até sete cigarros diários e 40.7% (41.7% – rapazes e 39.1% – raparigas) consomem oito ou mais cigarros. Segundo Fraga Ramos & Barros (2006) os fumadores ocasionais (1.8%) estavam representados por 2.0% das raparigas e 1.5% dos rapazes e os que fumavam pelo menos um cigarro por dia (1.3%) compreendiam um grupo de 2.0%, enquanto os rapazes eram 0.4%.

Semanalmente, um terço da amostra consome até 15 cigarros (36.0% – raparigas vs 27.1% – rapazes); 38.1% fumavam entre 16 a 49 cigarros (40.1% – rapazes vs 34.9% – raparigas); 31.4% consomem 50 ou mais (32.8% e 29.1%, respetivamente rapazes e raparigas). Em relação ao consumo de tabaco 27,9% dos que fumaram durante os últimos seis meses, 17,6% fumam todos os dias, metade destes mais de dez cigarros por dia (Vinagre, Lima, 2006).

Dos 223 que opinaram sobre o deixar de fumar, 35.0% aludem não saber se estão interessados (35.8% – rapazes vs 33.7% – raparigas). Embora com igual percentil (33.7%), as raparigas referem, apesar de não haverem conseguido, ter tentado. Três em cada dez rapazes almejavam deixar de fumar, 13.9% não estão interessados (14.6% – rapazes vs 12.8 – raparigas). Para Nunes (2004) 89.5%, os inquiridos que fumavam, referiram estar a pensar deixar de o fazer e 50.0% tinham a pretensão de deixar brevemente, dos quais 75.0% com 12-13 anos, 35.3% com 14-15 anos e 42.9% com 16-18 anos. Além destes, 75.0% dos indagados referiram ter tentado fumar menos ou deixar de fumar há pouco tempo.

Com base no estudo realizado pela Deco (2012) sobre a aplicação antitabágica em vigor, desde 2008, com adolescentes entre os 13 e 16 anos, aferiu que mais de metade (68.5%) dos estabelecimentos, em várias cidades, não cumpre a proibição de compra de tabaco a menor de 18 anos, situação muito preocupante tendo em conta os locais de aquisição na amostra em estudo: cerca de 60.0% acontece por compra na tabacaria ou no café (64.0% – rapazes vs 56.2% – raparigas) ou numa máquina de tabaco (30.0%). As raparigas referem que as/os irmãs/os nunca lhes dão cigarros, havendo percentagens similares entre os dois sexos que adiantam roubá-los aos pais ou irmãos. A Direção Geral de Saúde, segundo o relatório Portugal – Prevenção e Controlo do Tabagismo em Números, de 2013, alertou para o facto de que um em cada cinco adolescentes com 13 anos e um em cada dois adolescentes com 15 anos, do ensino público consideram fácil ou muito fácil aceder ao tabaco (DGS, 2013). A fraude não permitida, é de fácil acesso e conduz a desvios para adquirir o “bem” promotor da dependência, fora de casa ou mesmo em meio familiar, quando o dinheiro disponível não o permite, contra as regras do respeito e da honestidade a incutir desde tenra idade, particularmente no apogeu da construção da identidade.

Para Luk *et al.* (2010); Ackard *et al.* (2006) os pais surgem como fatores protetores numa relação pais/filhos positiva, pelo que a mãe se apresenta como mais promotora do bem estar, expressando o seu não ao excluir o tabaco. No atinente a hábitos tabágicos dos familiares e namorado/a, aferiu-se que “Outro familiar” fumador se destaca com mais de 50.0% (52.6% – raparigas vs 51.6% – rapazes), seguido de 27.4% pelo pai (29.4% – raparigas vs 25.4% – rapazes) e de 19.0% dos/as namorados/as. Para as raparigas, os não fumadores da família são, respetivamente e por ordem decrescente, a mãe (81.0%), a/o irmã/o (65.6%) e o pai (64.2%) e para os rapazes a mãe (82.5%), o pai

(68.7%) e a/o irmã/o (65.3%). Os/as namorados/as que não fumam apresentam 48.3% – rapazes e 30.6% – raparigas. Resultados convergentes com os de (Amaral, 2010), em 76.5% das mães, 57.2% dos pais, 46.9% dos irmãos e 48.4% das irmãs, também não eram fumadores, mas que conduzem a uma reflexão crítica baseada no senso comum “Faz o que eu digo, não faças o que eu faço”, pois os mais próximos são testemunhos vivos dos estereótipos publicitários, mesmo quando na verdade eles não existem.

A nossa inquietação é crescente face a esta realidade, relativamente aos pares, pois apresentam características similares em termos de idade, valores, normas, culturas e símbolos, muito embora, nem sempre, respeitem diferentes opiniões. Reportando-nos às melhores amigas (42.0%) que referem fumar um a três cigarros e 23.9% mais do que três e aos inquiridos (46.3%) que adiantaram que os seus melhores amigos (49.7% – rapazes vs 42.9% – raparigas) fumam mais de três cigarros e 30.0% (31.8% – raparigas vs 28.2% – rapazes) consomem entre um a três aferimos que a não resistência à pressão direta dos pares conduziu sete em cada dez adolescentes a aceitar o cigarro, constatando-se que o valor mais elevado pertence às raparigas (76.6%), contra 71.4% nos rapazes. Face à oferta por parte de um amigo, cerca de 6 em cada 10 adolescentes (63.4% – raparigas e 59.4% – rapazes) refutam o cigarro, aceitando-o 38.6% (36.6% – raparigas e 40.6% – rapazes). Perante a insistência 72.2% (75.3% – raparigas e 69.2% – rapazes) dos adolescentes recusam e 27.8% aceitam (24.7% – raparigas vs 30.8% – rapazes).

Contudo, os dados obtidos por Ribeiro (2011) evidenciam que os adolescentes entre os 14 e os 17 anos se consideram com capacidade para tomar decisões, mostram autonomia comportamental e consideram relevante a opinião dos pais., pois reconheçam dificuldade na tomada de decisões. A importância dos pares adquire importância significativa como grupo socializador, de relações interpessoais e promove uma insubstituível aprendizagem. Dos adolescentes inquiridos, 31.1% consideram muito importante a opinião dos pais destacando-se as raparigas com 33.9%. Porém, e para 30.2% dos adolescentes (28.2% do sexo feminino e 32.0% do sexo masculino), a opinião dos pais é indiferente, o que, como educadores, nos deixa preocupados, uma vez que, adicionando os que responderam pouco ou nada importante, a percentagem ascende a 43.4%, quando, na realidade, o adolescente devia seguir a opinião dos progenitores/educadores.

Destes elementos mais próximos dos adolescentes: o pai (91.2%), a mãe (67.5%), a/o irmã/o (55.5%), a/o melhor amiga/o (54.6%) e a/o namorada/o (45.7%)

opinam não gostar que o adolescente fume, contudo desconhecem se o pai (0.0%), a mãe (27.1%), a/o irmã/o (31.4%), a/o melhor amigo/a (37.1%) e a/o namorada/o (31.9) gostariam de os ver fumar. Valores preocupantes, pois evidenciam pouca corresponsabilidade ou alguma permissividade por parte de alguns familiares, amigos/as e namorado/a. A amostra de Amaral (2010) patenteia que 76.5% das mães, 57.2% dos pais, 46.9% dos irmãos e 48.4% das irmãs, não apresentam hábitos tabágicos e 83.0% referiram que em casa não podem fumar e, se o fizessem haveria um ambiente desconfortável e davam-lhes um grande castigo, contudo 51.5% salientou que não se realizou qualquer comentário relativo, em casa, no último ano e na escola, 62.9% referiram ter dado conteúdos relativos ao tabaco, mas 12.1% não se lembram.

As fontes de informação relativas às desvantagens do consumo de tabaco foram: a mãe (63.6%), os professores (63.0%), o pai (58.6%), o melhor amigo (49.2%) e o irmão (37.3%). Do trabalho desenvolvido pelos pais, pela escola e de alguns amigos constatámos que sobre a intenção de fumar ou continuar a fazê-lo no ano seguinte, 46.8% adiantam ter a certeza de que não o farão, 52.9%, quando questionados sobre se um dia gostavam de ser ou continuar a ser fumadores, opinam estar certos de que não fumarão e 53.3% adiantam não vir a fumar quando auferirem de dinheiro.

A prevalência dos fumadores ocasionais foi de 43.6% (até aos 16 anos) e dos habituais de 40.1% ( $\geq 18$  anos), com percentuais mais elevados nos rapazes (56.4% e 62.8%, respetivamente). Os residentes na zona rural evidenciam maior prevalência similar (69.2% - habituais e 70.5% - ocasionais); vivem com os pais (57.7% - ocasionais vs 55.8% - habituais, de rendimento mensal médio alto e os pais são casados ou a viver em união de facto. A nível da variável de contexto escolar a um maior número de retenções corresponde menor número de consumidores habituais (uma retenção – 52.3%; duas retenções – 39.3%; três), ocorrendo um acréscimo nos fumadores ocasionais, (duas retenções – 47.1%) e uma retenção – 41.2%), são adolescentes que gostam da escola (fumadores ocasionais 56.4% vs fumadores habituais 55.2%) e os indiferentes apresentam um percentual considerável (35.9% vs 37.2%, respetivamente) e preocupante, pois este é o local onde passam mais tempo e de suma valor, pois nele deveriam estar a preparar o futuro, numa perspetiva proactiva e empreendedora. Precioso, Samorinha, Macedo & Antunes (2012) mostrou percentagens inferiores em que 10.2% dos rapazes e 9.1% das raparigas fumadores aumentavam o seu hábito com a idade, mas aos 15 anos,

ambos eram consumidores regulares (12.3% – rapazes e 8.6% – raparigas) ou fumavam ocasionalmente (6.1% – rapazes vs 4.0% – raparigas).

Em termos de conhecimentos, apurámos que 35.0% da amostra patenteava conhecimentos fracos e percentagem similar nos conhecimentos (34.1%) e bons conhecimentos. Aproximadamente 6 em cada 10 raparigas revelam conhecimentos razoáveis e bons, entre os que possuem bons conhecimentos, e um percentual mais elevado nos rapazes com 56.8%. Com 16 anos ou menos, 44.7% dos adolescentes auferem conhecimentos razoáveis sobre tabaco, mas é pertinente salientar que neste grupo etário encontramos os maiores percentuais de adolescentes com fracos (49.7%) e bons conhecimentos (43.4%). As raparigas evidenciam índices percentuais mais elevados sobre conhecimentos em saúde. Partilhamos da opinião de Martinet & Bohadana (2003) uma vez que face a tantos meios de aquisição de conhecimentos não dão importância à dependência, porque não aceitam, nem têm consciência dos riscos sobrevalorizando a capacidade de experimentar e deixar de fumar, não acolhendo os diversos testemunhos e dados que mostram a dificuldade de se afastar deste hábito.

No que concerne à autoestima e ao autoconceito, os índices médios revelam 34.6% de boa autoestima global percebida, com valores mais elevados no autoconceito acerca do tabaco (média = 39.19% ± 20.5dp) do que na autoestima (média= 30.02 ±20.5 dp). Cerca de metade dos rapazes evidenciaram boa autoestima, porquanto nas raparigas o percentual foi de 32.4%, com baixa autoestima mais percebida entre as raparigas (41.0%) do que nos rapazes (30.4%). Os adolescentes mais novos, apresentam maior referencial de baixa, moderada ou elevada autoestima e encontramos resíduos ajustados com significância estatística nos adolescentes entre os 17 e 18 anos e moderada autoestima. Os adolescentes não fumadores mostram percentuais mais elevados de baixa, moderada e elevada autoestima. Os resíduos ajustados revelam significância entre o fumador habitual e ocasional com elevada autoestima e o não fumador com baixa autoestima, enquanto Pastor, Balaguer & Garcia-Merita (2013), encontraram semelhanças em ambos os sexos, com adequação de comportamentos ao autoconceito.

#### 4. Conclusão

O tabaco é causador de morte, direta ou associada, sem que se faça notícia desta pandemia comprometedora das gerações mais novas, que começam a fumar precocemente. É, pois, na adolescência, com as mudanças que lhe são inerentes, que os comportamentos de risco fazem despertar a curiosidade apelativa dos diversos contextos em que estão inseridos, numa amálgama de certezas/incertezas.

Para melhor conhecer esta realidade, objetivámos identificar as variáveis sociodemográficas, de contexto escolar e de estilos de vida, assim como estimar o seu impacto a nível dos hábitos tabágicos, relacionar com as variáveis psicológicas e identificar as atitudes que influem nos conhecimentos e consumos dos adolescentes, pelo que passaremos a apresentar os resultados obtidos com base nos instrumentos de colheita de dados pelos estudos psicométricos que revelaram, de forma global, bons índices de validade e fiabilidade.

Ao analisarmos a amostra composta por 971 indivíduos, caracterizámos o adolescente, em termos do contexto sociodemográfico, que apresenta idade inferior ou igual a 16 anos (43.4%), reside em meio rural (66.4%), vive com os pais (77.3%), casados ou em união de facto (84.6%), cujas habilitações literárias correspondem ao 2.º/3.º Ciclos (45.3% – pai vs 44.5% – mãe), com rendimento médio alto ou alto (56.7%) e usufrui de uma semana, em média, para gastos pessoais de  $\leq 10$  € (69.0%).

Os resultados aferidos da contextualização escolar permitiram-nos construir um modelo/perfil do aluno que frequenta a Escola Emídio Navarro, em Viseu (46.8%), do 10.º ano de escolaridade (38.6%); não tem retenções (57.4%), mudou de escola nos últimos dois anos (61.9%), gosta da escola (62.0%), mora a mais de 7 km de distância da escola (40.4%), demora menos de 30 minutos no percurso casa/escola (82.60%) e utiliza, maioritariamente, os transportes públicos (50.5%). Os pais estão “sempre” prontos a ajudar em tudo o que está relacionado com a escola (58.7%), “por vezes”, vão à escola falar com os professores (42.6%) e encorajam-no “sempre” a fazer os trabalhos da escola (53.60%) e no último ano letivo não se envolveu em lutas (88.8%). Para além das atividades escolares, ajuda os pais (91.7%), principalmente aos fins de semana (57.4%). Exercício físico fora da escola (51.6%), não cumpre nenhuma dieta alimentar por considerar ter peso adequado (55.7%) e 54.4% afirmou ter peso ideal.

No atinente aos estilos de vida, o adolescente da amostra raramente pratica exercício físico fora da escola (51.6%), não cumpre nenhuma dieta alimentar (55.7%), por considerar ter peso adequado e 54.4% afirmam ter o peso ideal.

Das variáveis psicológicas, autoestima e autoconceito, a primeira evidenciou que 47.4% (49.7% rapazes vs 45.0% raparigas) revelaram que o adolescente tem 17 anos, frequenta o 12.º ano, tem boa autoestima, reside em meio urbano e auferde de rendimento mensal médio alto ou alto. Para o autoconceito, os níveis são bons (55.3%), com valores análogos tanto para os rapazes (45.2%) como para as raparigas (45.40%). Os valores correlacionais são positivos e significativos, confirmando que os adolescentes com melhor autoconceito também possuem uma melhor autoestima e reciprocamente. Face aos dados auferidos, verificámos que algumas das variáveis forma preditoras na relação com os conhecimentos e os consumos dos adolescentes.

Os adolescentes da amostra referiram ter bons conhecimentos sobre os hábitos tabágicos relacionados com a saúde (média= 82.42± 16.07 dp) e poucos no âmbito sociocultural. Cerca de metade dos rapazes possuem conhecimentos fracos e as raparigas (6 em cada 10) evidenciam conhecimentos razoáveis. Contudo, nos bons conhecimentos, são os rapazes que se destacam com conhecimentos mais elevados (56.8%). Na relação da idade com os conhecimentos e consumo de tabaco, os adolescentes mais jovens mostraram ter mais conhecimentos sobre saúde e os de mais idade os socioculturais, com maior percentual de conhecimentos globais. Os alunos que frequentam o 12.º ano revelam mais conhecimentos sobre saúde e, em termos médios, os que frequentam a Escola Secundária de Tondela com 3.º Ciclo possuem mais conhecimentos sobre saúde relacionados com hábitos tabágicos.

Das correlações que as variáveis independentes estabelecem entre si, variam entre ( $r= 0.045$ ) nos hábitos tabágicos e ( $r= 0.051$ ) na autoestima, relacionada com o tabaco que explica cerca de 25.0% da variabilidade. Na relação entre a autoestima e os conhecimentos, inferimos que existe relação de dependência, pois há diferenças significativas para os conhecimentos em saúde e socioculturais. As ordenações médias permitem-nos aferir que os adolescentes que não fumam têm melhores conhecimentos do que os fumam, relativamente à saúde e ao conhecimento global, mas inferior na relação sociocultural.

A associação encontrada na relação entre as variáveis independentes e os conhecimentos de saúde permitem afirmar que estes são maiores quanto maiores os índices,

onde a relação é direta, e menores os índices onde a relação entre *ad* variáveis é inversa. Relativamente às variáveis independentes e ao conhecimento sociocultural, permitem constatar que quanto maiores os índices nas variáveis com relação inversa e menores na direta, menores são os conhecimentos socioculturais sobre tabaco, com diferenças estatisticamente significativas.

Este fenómeno completo de diversidade e vastidão urge na responsabilidade profissional, no sentido de adaptar a comunicação e as metodologias como formas de prevenção e promoção de estilos de vida saudável, com base em valores como o respeito por si e pelo outro, numa matriz de ecologia humana.

Neste sentido, realizámos em contexto escolar sessões de informação, mas em que a escuta foi privilegiada, assim como o debate nas aulas de Apoio à Direção de Turma, no âmbito do Programa de Educação para a Saúde, na Escola Secundária de Tondela e Escola Secundária Emídio Navarro, escolas parceiras do Projeto.

Neste processo de investigação e com base nos resultados preliminares, também fizemos apresentação de três pósteres: Consumo de tabaco na Adolescência, no 1.º Congresso Mundial de Educação para a Saúde, Consumo de tabaco na Adolescência - desvantagens, no Congresso Mundial em Investigação em Saúde e Consumo de Tabaco na Adolescência – perfil do Adolescente, no 2.º, no World Congress of children and youth health behaviors.

Os resultados obtidos, pela sua relevância, tornaram-se numa mais-valia na prevenção e promoção de práticas de vida saudável, por forma a darmos o nosso contributo pessoal e profissional, de molde a emprendermos ações educativas mais profícuas.

Salientamos a validação da escala de tabaco para o contexto português, de Precioso, questionário intitulado “Consumo de tabaco”, disponibilizado pelo mesmo.

---

(Isabel Maria Andrade Baptista

**BIBLIOGRAFIA**

- Aberastury, A., & Knobel, M. (1971). *Adolescencia*. Buenos Aires: Ediciones Kargieman.
- Ackard, D. M., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Perry, C. (2006). Parent-child connectedness and behavioral and emotional health among adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 30, 59-66.
- Aguiar, W. M. J., & Ozella, S. (2008, janeiro/abril). Desmistificando a concepção de adolescência. *Cadernos de Pesquisa*, 38(133), 97-124.
- Amaral, V. (2010). *A adolescência e o tabaco. Caracterização do consumo numa população escolar*. (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Medicina). Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior. Acedido em <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0CDsQFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.fcsaude.ubi.pt%2Fthesis2%2Fanexo.php%3Fid%3Dcd1acebe2476e20a&ei=vh2AVIeBPebD7gaV9ICQCA&usg=AFQjCNH1T1ujAQ5PkQ7rP-F3K28LnJKMow&bvm=bv.80642063,d.ZGU>
- Amato, P. (1989, fevereiro). Family processes and the competence of adolescents and primary school children. *Journal of Youth and Adolescence*, 18(1), 39-53. doi: 10.1007/BF02139245
- Antunes, C., Sousa, M., Carvalho, A., Costa, M., Raimundo, F., Lemos, E., ... Andrade, A. (2006). Auto-estima e comportamentos de saúde e de risco no adolescente: efeitos diferenciais em alunos do 7º ao 10º ano. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(1), 117-123.
- Ariés, P. (1981). *História social da criança e da família* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Azevedo, A., Machado, A.P. & Barros, H. (1999). Consumo de tabaco entre estudantes de secundaria portuguesa. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud, Reco-*

- pilación*, (1), 87-92. Acedido em [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/57517/1/RA\\_1999\\_1\\_87-92\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/57517/1/RA_1999_1_87-92_spa.pdf).
- Balsa, C., Vital, C., Urbano, C. (2013, setembro). *I Relatório Final do III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral*. Lisboa: CESNOVA - Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa.
- Bandeira, C. M., & Hutz, C. S. (2010). As implicações do *bullying* na auto-estima de adolescentes. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 14(1), 131-138.
- Becoñas, E. (2004). Monografía tabaco. *Adicciones 16*(suplemento 2). Acedido em <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/tabaco.pdf>
- Birman, J. (2006). *Tatuando o desamparo: A juventude na atualidade*. São Paulo: Editora Escuta.
- Brandt, A. (2007). *The cigarette century: The rise, fall, and deadly persistence of the product that defined America*. New York: Basic Books. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2598565/>
- Cabral, L. (2007). *Consumo de bebidas alcoólicas em rituais/praxes académicas* (Dissertação de Doutoramento não publicada). Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Caffray, C., & Schneider, S. (2000). Why do they do it? Affective motivators in adolescents' decisions to participate in risk behaviours. *Cognition and Emotion*, 14(4), 543-576.
- Calligaris, C. (2000). *A adolescência*. São Paulo: Publifolha.
- Choi, N. (2005). Self-efficacy and self-concept as predictors of college students' academic performance. *Psychology in the Schools*, 42, 197-205.
- Community Outreach Health Information System (2012, março 11). *History of tobacco*. Boston: University Medical Center. Acedido em <http://academic.udayton.edu/health/syllabi/tobacco/history.htm>
- Congresso da Plataforma Saúde em Diálogo, 2. (2006, janeiro). Saúde e qualidade de vida da criança e do adolescente. *Plataforma: Saúde em Diálogo*, 9. Acedido em

[http://www.plataforma.org.pt/c/document\\_library/get\\_file?uuid=2462e941-143e-462a-b6c3-9b783c36bcfa&groupId=18](http://www.plataforma.org.pt/c/document_library/get_file?uuid=2462e941-143e-462a-b6c3-9b783c36bcfa&groupId=18)

Coutinho, C. P. (2013). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (2.<sup>a</sup> ed). Coimbra: Edições Almedina.

Cruz, M. G. (2009). *O impacto do desemprego nos níveis da depressão, auto-estima e desânimo aprendido: Estudo comparativo numa amostra de empregados e desempregados* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Fernando Pessoa, Porto.

Deco, (agosto/setembro 2012). Associação de Defesa do Consumidor. *Revista Teste Saúde*, 98. Acedido em <http://www.deco.proteste.pt/>

Decreto-Lei n.º 226/83. (1983, maio 27). Regulamenta a Lei n.º 22/82, de 17 de Agosto, sobre prevenção do tabagismo e cria o Conselho de Prevenção do Tabagismo (CPT) [Portugal]. *Diário da República*, 1(122), pp. 1940-1945. Acedido em <http://dre.pt/pdf1sdip/1983/05/12200/19401945.pdf>

Decreto-Lei n.º 444/86. (1986, dezembro 31). Aprova o novo regime fiscal dos tabacos [Portugal]. *Diário da República (13º suplemento)*, 1(300), pp. 3874(592)-3874(601). Acedido em <http://dre.pt/pdf1sdip/1986/12/30013/05910601.pdf>

Decreto-Lei n.º 393/88. (1988, novembro 8). Criação do Conselho de Prevenção do Tabagismo [Portugal]. *Diário da República*, 1(258), pp. 4468-4471. Acedido em <http://www.dre.pt/pdf1s/1988/11/25800/44684471.pdf>

Decreto-Lei n.º 287/89. (1989, agosto 30). Efeitos nocivos e inalação involuntária de fumo e suas consequências [Portugal]. *Diário da República*, 1(189), pp. 3669. Acedido em <http://www.dgs.pt/promocao-da-saude/educacao-para-a-saude/areas-de-intervencao/tabaco/legislacao/decreto-lei-n28789-de-30-de-agosto.aspx>

Decreto-Lei n.º 75/92. (1992, maio 4). Alteração da taxa do elemento específico do imposto de consumo incidente sobre os cigarros [Portugal]. *Diário da República*, 1(102), pp. 2035. Acedido em [http://www.idt.pt/PT/Legislacao/Legislao%20Ficheiros/Tabaco/dl\\_75\\_92.pdf](http://www.idt.pt/PT/Legislacao/Legislao%20Ficheiros/Tabaco/dl_75_92.pdf)

Decreto-Lei n.º 4/98. (1998, Janeiro 8). Ensino profissional [Portugal]. *Diário da República*, 1(6), pp. 113-119. Acedido em <http://dre.pt/pdf1sdip/1998/01/006A00/01130119.pdf>

- Decreto-Lei n.º 170/2002, de 25 de Julho. (2002, julho 25). Alterações ao Código dos Impostos Especiais de Consumo [Portugal]. *Diário da República*, 1(170), pp. 5469. Acedido em <http://www.dre.pt/pdf1s/2002/07/170A00/54695469.pdf>
- Decreto-Lei n.º 76/2005. (2005, abril 4). Fixação dos teores máximos de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono nos cigarros e indicações constar nas embalagens de produtos de tabaco [Portugal]. *Diário da República*, 1(65), pp. 2805-2810. Acedido em <http://dre.pt/pdf1s/2005/04/065A00/28052805.pdf>
- Decreto-Lei n.º 25-A/2005. (2005, novembro 8). *Aprovação da Convenção Quadro da Organização Mundial de Saúde para o Controlo do Tabaco*. Acedido em <http://www.gddc.pt/siii/docs/dec25A-2005.pdf>
- Decreto-Lei n.º 73/2010. (2010, junho 21). Novo Código dos Impostos Especiais de Consumo [Portugal]. *Diário da República*, 1(118), pp. 2170-2198. Acedido em <http://dre.pt/pdf1s/2010/06/11800/0217002198.pdf>
- Despacho Normativo n.º 29/89. (1989, março 10). Determinação de informação nos maços de cigarros sobre os efeitos nocivos. *Diário da República*, 1(71), pp. 1300. Acedido em <http://www.idt.pt/PT/Legislacao/Paginas/LegislacaoTemaDetalhe.aspx?id=41>
- Dias, M. O. (2010). *Planos de investigação: Avançando passo a passo*. Santa Maria da Feira: Edição do autor.
- Eccles, J., Midgley, C., Wigfield, A., Buchanan, C., Reuman, D., Flanagan, C., ... Iver, D. (1993). Development during adolescence: The impact of stage-environment fit on young adolescents experiences in schools and in families. *American Psychologist*, 48(2), 90-101.
- Eisenstein, E. (2005). *Medicina de adolescentes: Desafios contínuos*. *Adolescência & Saúde*, 2(4), 28-32.
- Escola Profissional de Tondela. (2013). *Regulamento Interno 2010-2013* (Documento não publicado). Tondela.
- Escola Secundária Emídio Navarro (2013). *Projeto Educativo 2010-2013*. (Documento não publicado). Viseu.

- Escola Secundária de Tondela (2012). *Projeto Educativo 2010-2012* (Documento não publicado). Tondela.
- Erikson, E. H. (1976). *Identidade: Juventude e crise* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Eriksen, M., & Mackay, J. (2002). *The tobacco atlas*. Genève: WHO. Acedido em <http://www.who.int/tobacco/media/en/title.pdf>
- Esson, K., & Leeder. S. (2004). *The millennium development goals and tobacco control: An opportunity for global partnership*. Genève: World Health Organization. Acedido em [http://global.tobaccofreekids.org/files/pdfs/pt/MDGs\\_pt.pdf](http://global.tobaccofreekids.org/files/pdfs/pt/MDGs_pt.pdf)
- European Commission. (2012, março). *Attitudes of europeans towards tobacco: Report. Special Eurobarometer 385*. Brussels: TNS Opinion & Social. Acedido em [http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/eurobaro\\_attitudes\\_towards\\_tobacco\\_2012\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/eurobaro_attitudes_towards_tobacco_2012_en.pdf)
- Faria, L., & Azevedo, A. S. (2004). Manifestações diferenciais do auto-conceito no fim do ensino secundário português. *Pandéia*, 14, 265-276.
- Feijão, F. (2011). *Inquérito nacional em meio escolar: 3.º ciclo e secundário: Consumo de Drogas e outras substâncias psicoactivas: Uma abordagem integrada*. Lisboa: Instituto da Droga e Toxicoddependência (IDT), Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências – SIDAC. Acedido em <https://criancasatortoadireitos.wordpress.com/tag/instituto-da-droga-e-toxicoddependencia-idt/>
- Feijão, F., Lavado, E., & Calado, V. (2011, novembro). *Estudo sobre o consumo de Álcool, Tabaco e Drogas ECATD/2011. Grupos etários dos 13 aos 18 anos*. Lisboa: Ministério da Saúde, Ministério da Educação e IDT. Lisboa. Acedido em [http://www.dependencias.pt/ficheiros/conteudos/files/ECATD-2011\\_16Nov\\_1.pdf](http://www.dependencias.pt/ficheiros/conteudos/files/ECATD-2011_16Nov_1.pdf)
- Freitas, C. F. (2003). *A auto-estima e os consumos de álcool e tabaco em adolescentes escolarizados* (Dissertação não publicada). Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Ferreira, M. M. & Torgal, M. C. (2010, março/abril). Consumo de tabaco e de álcool na adolescência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(2), 122-129. Acedido em [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt\\_17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt_17.pdf)

- Ferreira-Borges, C., & Filho, H. (2004). *Tabagismo, usos, abusos, dependências*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ferreira-Borges, C. Filho, H., & Ramos P. (2006, julho/dezembro). Prevalência e determinantes psicossociais do consumo de tabaco em jovens do 2.º e 3.º ciclo do ensino básico do concelho de Cascais: o papel da família e do contexto. *Consumo de tabaco*, 24( 2 ).
- Ferreira-Borges, C., & Filho, H. (2007). *Intervenções breves: Tabaco*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ferreira, M., & Nelas, P. (2006). Adolescências adolescentes. *Millenium*, 10(32), 141-162.
- Fortin, M. F., Cotê, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência.
- Fonseca, D., & Ozella, S. (2010, abril/junho). As concepções de adolescência construídas por profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF). *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 14(33), 411-424.
- Fraga, S., Ramos, E., & Barros, H. (2006). Uso de tabaco por adolescentes. *Rev. Saúde Pública*, 40(4), 620-6. Acedido em <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v40n4/10.pdf>
- Gerrard, M., Gibbons, F., Reis-Bergan, M., & Russel, D. (2000). Self-esteem, self-serving cognitions, and health risk behavior. *Journal of Personality*, 68(6), 1177-1201.
- Go, M., Green Jr., H., Kennedy, D., Pollard, M., & Tucker, J. (2010). Peer influence and selection effects on adolescent smoking. *Drug and Alcohol Dependence*, 109, 239-242.
- Gouveia, M., Borges, M., Pinheiro, L., Costa, J., Paulo & S., Carneiro, A. (2012). *Uma reflexão nacional: Portugal sem fumo*. Lisboa. Centro de Estudos Aplicados, FCEE, Universidade Católica Portuguesa e Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Grossman, E. (2010). A construção do conceito de adolescência no Ocidente. *Revista oficial do Núcleo de estudos da Saúde do Adolescente*, 7(3), 47-51.

- Guerreiro, D., & Cruz, D. (2008). *A sociedade e o adolescente*. Acedido em <http://psiadolescentes.com/2008/11/14/a-sociedade-e-o-adolescente/>.
- Health Behaviour in School-Aged Children. (2010). *Aventura Social*. Acedido em [http://aventurasocial.com/verartigo.php?article\\_id=66](http://aventurasocial.com/verartigo.php?article_id=66)
- Henriques, P. C. (2009). *Imagem corporal, autoconceito e rendimento escolar nos pré-adolescentes*. Aveiro (Dissertação de mestrado não publicada). Departamento de Ciências de Educação da Universidade de Aveiro.
- Holliday, J. C., Rothwell, H. A., & Moore, L. A. (2010). The relative importance of different measures of peer smoking on adolescent smoking behavior: Cross-sectional and longitudinal analyses of a large British Cohort. *Journal of Adolescent Health, 1-9*.
- Hughes, J. N., Dyer, N., Luo, W., & Kwok, O.M. (2009). Effects of peer academic reputation on achievement in academically at-risk elementary students. *Journal of Applied Developmental Psychology, 30*, 182-194.
- Instituto da Droga e da Toxicodependência. (2011). *Inquérito Nacional em Meio Escolar*. Acedido em <http://www.idt.pt/PT/Noticias/Documents/2012/INME-2011.pdf>
- Jardim, J., & Pereira, A. (2006). *Competências pessoais e sociais: Guia prático para a mudança positiva*. Alfragide: Edições Asa.
- Jacobs, M., (1984). *From the first to the last ash: The history, economics & hazards of tobacco*. Department of Public Health grant to The Cambridge Tobacco Education Program, Cambridge Department of Human Service Programs. Acedido em [http://healthliteracy.worlded.org/docs/tobacco/Unit1/2history\\_of.html](http://healthliteracy.worlded.org/docs/tobacco/Unit1/2history_of.html).
- Kim, I., Zane, N. & Hong, S. (2002) Protective factors against substance use among asian american youth: A test of the peer cluster theory. *Journal of Community Psychology, 30*, 565-584.
- Lakatos, E. & Marconi, M. (2007). *Fundamentos de metodologia científica*. (6. ed.). São Paulo: Atlas.
- Legardy, F. (2003). *Hábitos tabágicos dos alunos do 4.º ano da Licenciatura em Enfermagem* (Trabalho de licenciatura não publicado). Universidade Fernando Pessoa, Porto. Acedido em <http://bdigital.ufp.pt/handle/10284/2797>

- Lei n.º 22/82. (1982, agosto 17). Prevenção do tabagismo [Portugal]. *Diário da República*, 1(182), pp. 2408. Acedido em <http://www.dre.pt/pdf1s/1982/08/18900/24082408.pdf>
- López, G. T., & Moreno J. B. (2002). *La depresión y autoestima como predictores de comportamientos de altos riesgos*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Luk, W. J., Farhat, T., Iannotti, J. R., & Simons-Morton, B. (2010). Parent-child communication and substance use among adolescents: Do father and mother communication play a different role for sons and daughters? *Addictive behaviors*, 35, 426-431
- Luria, A. (2001). *Pensamento e linguagem: As últimas conferências de Luria*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Maia, A. (2012, Abril 11). Governo vai proibir fumar nos carros com crianças. *Diário de Notícias*. Acedido em [http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content\\_id=2413687&page=2](http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=2413687&page=2)
- Maldonado, R., Pedrão, L., Castillo, M. M., García, K. & Rodríguez, N. (2008, maio-junho). Auto-estima, auto-eficácia percebida, consumo de tabaco e álcool entre estudantes do ensino fundamental, das áreas urbana e rural, de Monterrey, Nuevo León, México. *Revista Latino-am Enfermagem*, 16 (especial). Acedido em [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16nspe/pt\\_18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16nspe/pt_18.pdf)
- Malta, D., Porto, D., Melo, F., Monteiro, R., Sardinha, L., & Lessa, B. (2011). Família e proteção ao uso de tabaco, álcool e drogas em adolescentes. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, (1)14, 166-177. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v14s1/a17v14s1.pdf>
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistic* (5.ªed). Pero Pinheiro: Report Number.
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistic* (6.ªed). Pero Pinheiro: Report Number.
- Marôco, J. (2014). *Análise de Equações Estruturais. Fundamentos Teóricos, Softawer e Aplicações* (2.ªed). Pero Pinheiro: Report Number.

- Marsh, H. W., & Craven, R. G. (2005). A reciprocal effects model of the causal ordering of self-concept and achievement: New support for the benefits of enhancing self-concept. In H. W. Marsh, R. G. Craven, & D. M. McInerney (Eds.), *International advances in self research: New frontiers for self-research* (Vol. 2, pp. 15-51). Greenwich, CT: Information Age Publishing.
- Martinet, Y., & Bohadana, A. (2003). *O tabagismo: Da prevenção à abstinência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Matos, M. G., Gaspar, T., Vitória, P. D., Clemente, M. P. (2003). *Adolescentes e tabaco, rapazes e raparigas*. Lisboa: Universidade Técnica. Acedido em [http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Adolescentes\\_e\\_o\\_Tabaco.pdf](http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Adolescentes_e_o_Tabaco.pdf)
- Michael, K., & Ben-Zur, H. (2007). Risk-taking among adolescents: Associations with social and affective factors. *Journal of Adolescence*, 30(18), 17-31.
- Monteiro, M., & Santos, M. R. (1998). *Psicologia: 1 e 2*. Porto: Porto Editora.
- Monteiro, R. F., Azevedo, L.F., Sobreiro, R.T. & Constantino, P. (2012). Autoestima e resiliência dos adolescentes da margem da linha: Redes de apoio social como fator de proteção. *Persp. Online: Biol. & Saúde, Campos dos Goytacazes*, 4(2), 41-55. Acedido em [www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/CBS/article/view/.../71](http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/CBS/article/view/.../71)
- Mosquera, J. J. M., Stobäus, C. D., Jesus, S. N., & Hermínia, C. I. (2006, abril). Universidade: Auto-Imagem, auto-Estima e auto-realização. *UNIrevista*, 1(2).
- Nation, M., & Heflinger A. (2006). Risk factors for serious alcohol and drug use: The role of psychosocial variables in predicting the frequency of substance use among adolescents. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 32, 415-433.
- Navarro, H., & Pontillo, C. H. (2002). Autoestima del adolescente y riesgo de consumo de alcohol. *Actualización en Enfermería*. 5(1), 7-12.
- Neto, A., Andrade, T., Napoli, C., Abdon, L., Garcia, M., & Bastod, F. (2010). Determinantes da experimentação do cigarro e do início precoce do tabagismo entre adolescentes escolares em Salvador (BA). *Jornal brasileiro de pneumologia*.6(36), 674-682. ISSN 1806-3713. Acedido em <http://www.jornaldepneumologia.com.br/>

- Netprof, Clube dos Professores Portugueses na Internet. (2013, abril 24). *Adolescência*.  
Acedido em [http://www.netprof.pt/netprof/servlet/getDocumento?id\\_versao=2942](http://www.netprof.pt/netprof/servlet/getDocumento?id_versao=2942)
- Netprof, Clube dos Professores Portugueses na Internet. (2013, maio 4). *Sobre a adolescência: Contributos da psicologia*. Acedido em  
[http://www.netprof.pt/netprof/servlet/getDocumento?id\\_versao=2942](http://www.netprof.pt/netprof/servlet/getDocumento?id_versao=2942)
- Nunes, A. (2004, julho/dezembro). Os jovens e os factores associados ao consumo de tabaco, *Educação para a saúde*, 22(2).
- Nunes, M. A. (2010). *Auto-conceito e suporte social em adolescentes em acolhimento institucional*. Lisboa (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Pastor, Y., Balaguer, I., & García-Merita, M. (2013). *A auto-estima e o consumo de tóxicos em adolescentes*. Universidade Rey Juan Carlos e Universidade de Valencia. Acedido em  
<http://www.dicyt.com/noticia/a-auto-estima-e-o-consumo-de-toxicos-em-adolescentes>
- Peixoto, F., & Almeida, L. (2011). A organização do autoconceito: análise da estrutura hierárquica em adolescentes. *Psicol. Reflex. Crit.*, 24(3), 533-541. Acedido em  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722011000300014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722011000300014)
- Peres, F., & Rosenburg, C. P. (1988). Desvelando a concepção de adolescência/adolescente presente no discurso da saúde pública. *Saúde e Sociedade*, 1(7), 53-86.
- Pestana, E., Alves, P., Borges, M., Matias, D., Mendes, B., Moreira, ... Raposo, M. (2006). *Tabagismo, do diagnóstico ao tratamento*. Lisboa: Lidel.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N., (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS (5.ª ed. versão corrigida)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Peterson, A. C. (1988). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 39, 583-607. doi:10.1146/39.020188.003055

- Piaget, J., & Inhelder, B. (1958). *Da lógica da criança à lógica do adolescente*. São Paulo: Livraria Pioneira Editora.
- Piaget, J. (1977). *Psicologia da inteligência* (2.<sup>a</sup>ed). Rio de Janeiro: Zahar.
- Portaria n.º 724/75. (1975, Dezembro 5). Criação de escolas secundárias em diversas localidades [Portugal]. *Diário da República*, 1(281), pp. 1961-1964. Acedido em <http://www.dre.pt/pdf1s/1975/12/28100/19611964.pdf>
- Portaria n.º 388/88. (1988, junho 17). Advertência para os malefícios do tabaco e os teores de nicotina e alcatrão [Portugal]. *Diário da república*, 1(138), pp. 2495. Acedido em <https://www.dre.pt/pdf1s/1988/06/13800/24952495.pdf>
- Portaria n.º 821/91. (1991, agosto 12). Disposições comunitárias sobre rotulagem dos produtos do tabaco [Portugal]. *Diário da República*, 1(184), pp. 4806. Acedido em <https://www.dre.pt/pdf1s/1991/08/184B00/40864087.pdf>
- Portaria n.º 32/94. (1994, janeiro 11). Estabelece o teor máximo de alcatrão nos cigarros [Portugal]. *Diário da República*, 1(8), pp. 110-111. Acedido em <https://www.dre.pt/pdf1s/1994/01/008B00/01100111.pdf>
- Portugal, Instituto Nacional de Estatística. (2002). População e condições sociais. *Revista de Estudos Demográficos*, 32, 1-209.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2009, dezembro). *Avaliação intercalar do impacte da nova legislação de prevenção do tabagismo (Lei 37/2007, de 14 de Agosto)*. Relatório. Acedido em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i012662.pdf>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2011). *Primeira avaliação do impacte resultante da aplicação da Lei do Tabaco: Relatório*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Acedido em <http://www.dgs.pt/ms/5/paginaRegisto.aspx?back=1&id=20250>
- Portugal, Ministério da Saúde. (2012). *Programa nacional para a prevenção e controlo do tabagismo: Orientações programáticas*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Acedido em [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2013, outubro). *Portugal, prevenção e controlo do tabagismo em números: 2013*. Acedido em

<http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-prevencao-e-controlo-do-tabagismo-em-numeros-2013.aspx>

- Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2014). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: DGS. Acedido em <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>
- Pratta, E. M. M. &, Santos, M. A. (2007, agosto). Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. *Psicologia em estudo*, 12(2), 247-256.
- Precioso, J. (1999). *Não fumar é o que está a dar*. Lisboa. Instituto de Inovação Educacional.
- Precioso, J. (1999). *Para a saúde na escola, um estudo de prevenção do hábito do tabaco*. Braga. Coleção Minho Universitária.
- Precioso, J. (2001). *Educação para a prevenção do comportamento de fumar*. Braga. Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.
- Precios, J., Calheiros, J., Pereira, D., Campos H., Antunes, H., Rebelo. & Bonito, J.. (2009, dezembro). Estado Actual e evolução da epidemia tabágica em Portugal e na Europa. *Acta Medica Portugal*, 22(4), 335-348. Acedido em <http://repositorio.hospitaldebraga.pt/bitstream/10400.23/116/1/Estado%20Actual.pdf>
- Precioso, J., Araújo, A.C., Machado, J., Samorinha, C., Becoña, E., Ravara, S., ... Antunes, H.. (2012, janeiro/junho). Exposição das crianças ao fumo ambiental do tabaco em casa e no carro. *Millenium*, 42, 7-25.
- Precioso, J., Samorinha, C., Macedo, M., Antunes, H.. (2012, julho/agosto). Prevalência do consumo de tabaco em adolescentes escolarizados portugueses por sexo: podemos estar otimistas?. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 18(4), 182-187. Acedido em <http://www.redalyc.org/pdf/1697/169724492007.pdf>.
- Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde. (1986, novembro). *Carta de Ottawa*. Acedido em

[http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/internacionais/carta\\_ottawa.pdf](http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/internacionais/carta_ottawa.pdf)

Prinstein, M., Boergers, J., & Spirito, A. (2001). Adolescents' and their friends' health-risk behaviour: Factors that alter or add to peer influence. *Journal of Pediatric Psychology*, 16(5), 287-298.

Psicologia, Portal dos Psicólogos. (2012, março 11). *Tabaco*. Acedido em [http://www.psicologia.pt/instrumentos/drogas/ver\\_ficha.php?cod=tabaco](http://www.psicologia.pt/instrumentos/drogas/ver_ficha.php?cod=tabaco)

Quarta Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde. (1997, julho). *Declaração de Jacarta*. Acedido em [www.dgicd.min-edu.pt/educacaosaude/.../educacaosaude/](http://www.dgicd.min-edu.pt/educacaosaude/.../educacaosaude/)

Quiles, M. J. & Espada, J. P. (2009). *Educar para a auto-estima: Propostas para a escola e para o tempo livre* (2.ª ed.). Sintra: K Editora.

Ramón, G. (1881). *El arte de fumar: Tabacología Universal*. París. Librería Española de Garnier hermanos. Acedido em <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/tabaco.pdfiro>,

Ribeiro, S. (2011). *Percepção da pressão de pares na tomada de decisão dos adolescentes*. (Dissertação da secção de Psicologia Clínica e da Saúde ). Lisboa: Universidade de Lisboa Faculdade de Psicologia), Acedido em <http://hdl.handle.net/10451/4856>

Reis, E., & Moreira, R. (1993). *Pesquisa de mercados*. Lisboa: Edições Sílabo.

Resolução do conselho de Ministros n.º 35/84. (1984, junho 11). Comemoração do Dia do não fumador [Portugal]. *Diário da República*, 1(135), pp. 1838. Acedido em [http://www.sicad.pt/BK/Institucional/Legislacao/Lists/SICAD\\_LEGISLACAO/Attachments/605/rcm\\_35\\_84.pdf](http://www.sicad.pt/BK/Institucional/Legislacao/Lists/SICAD_LEGISLACAO/Attachments/605/rcm_35_84.pdf)

Romano, A., Negreiros, J., & Martins, T. (2007). Contributos para a validação da escala de auto-estima de Rosenberg numa amostra de adolescentes da região interior norte do país. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 8(1), 109-116.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self image*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.

- Sampaio, D. A. F. (2010). *Imagem corporal e excesso de peso em adolescentes* (Dissertação de mestrado). Universidade de Lisboa. Acedido em [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3119/1/ulfc\\_tm\\_Daniel\\_Sampaio.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3119/1/ulfc_tm_Daniel_Sampaio.pdf)
- Santos, M. A., & Pratta, E. M. M. (2012). Adolescência e uso de drogas à luz da psicanálise: sofrimento e êxtase na passagem. *Tempo psicanalítico*, 44(1), 167-182.
- Santos, M. T. (2011). *Guia de Boas Práticas Para Informar, Educar e Comunicar com Eficácia e de Forma Adequada para a Prevenção e Controlo das IST/VIH/Sida*. Projeto Aventura Social. Acedido em [http://aventurasocial.com/arquivo/1310395951\\_guia\\_de\\_boas\\_praticas.pdf](http://aventurasocial.com/arquivo/1310395951_guia_de_boas_praticas.pdf)
- Santos, P. (2009). *A influência do rendimento escolar no auto-conceito de alunos do 1.º e 2.º ciclo do ensino básico e ensino secundário* (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Sbicigo, J. B., Bandeira D. R., & Dell'aglio, D. D. (2010). Escala de autoestima de Rosenberg (ear): Validade fatorial e consistência interna. *Psico-USF*, 15(3), 395-403.
- Schenker, M., & Minayo, M. (2005). Factores de risco e de protecção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência e Saúde Colectiva*, 10 (3), 707-717.
- Schoen-Ferreira, T. H., Aznar-Farias, M., & Silves, E. F. M. (2010). Adolescência através dos séculos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(2), 227-234.
- Segunda Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde. (1988, abril). *Declaração de Adelaide*. Acedido em [www.dgicd.minedu.pt/educacaosaude/.../educacaosaude/](http://www.dgicd.minedu.pt/educacaosaude/.../educacaosaude/)
- Silva, J., Silva, R., Almeida, F., Figueiredo, M., & Souza, L. (2011, outubro). Factores predisponentes ao tabagismo na adolescência. Buenos Aires. *EFDeportes.com, Revista Digital, Año 16*, 161.
- Simionato, M., & Oliveira, R. (2003). *Funções e transformações da família ao longo da história*. Acedido em <http://www.abpp.com.br/abppprnorte/pdf/a07simionato03.pdf>
- Sprinthall, N., & Collins, W. (1999). *Psicologia do adolescente: Uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Stantrock, J. W. (2010). *Psicologia educacional* (3ª ed.). Porto Alegre.
- Tomé, G., (2011). *Grupo de pares, comportamentos de risco e a saúde dos adolescentes portugueses* (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade Técnica de Lisboa. Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.5/3796>.
- Tomé, G., Matos, M., & Diniz, A. (2008a). *Consumo de substâncias e isolamento social durante a adolescência. Consumo de Substâncias: Estilo de Vida? À Procura de um estilo?* Lisboa: Instituto da Droga e Toxicodpendência.
- Tomé, G., Matos, M., & Dinis, A. (2008b). *Consumo de substâncias e felicidade nos adolescentes. Consumo de Substâncias: Estilo de Vida? À Procura de um estilo?* Lisboa: Instituto da Droga e Toxicodpendência.
- Trzesniewski, K. H., Donnellan, M. B., & Robins, R.W. (2003). Stability of self-esteem across life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 205-220.
- United States Department of Health and Human Services. (2001) *Women and smoking: A report of the surgeon general*. United States Department of Health and Human Services.
- Valente, G. (2012, julho). *Auto-regulação e consume de álcool em adolescentes do distrito de Viseu*. Dissertação de mestrado publicada online. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu. Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.19/1628>
- Vaquera, E., & Kao, G. (2008). Do you like me as much as I like you? Friendships reciprocity and its effects on school outcomes among adolescents. *Social Science Research*, 37, 55-72.
- Vaz, A. S. (1986a). O inventário clínico de auto-conceito. *Psiquiatria Clinica*, 7(2), 67-84.
- Vaz, A. S. (1986b). A importância do auto-conceito. *Psiquiatria Clinica*, 7(2), 67-84.
- Vaz, A. S. & Pocinho, F. (2001). Auto-conceito, *cooping* e ideias de suicídio. *Psiquiatria Clínica*, 22(1), 9-21.
- Vinagre, M. G. & Lima, M. L.(2006). Consumo de álcool, tabaco e droga em adolescentes: experiencias e julgamentos de risco. *Psicologia, Saúde & Doença*, 7(1), 73-81. Acedido em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v7n1/v7n1a05.pdf>

- Vygotsky, L. S., Lúria, A. R., & Leontiev, A. N. (2001). *Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem* (9ª ed.). São Paulo: Editora Ícone.
- Wiers, R., Luitgaarden, J., Wildenberg, E., & Smulders, F. (2005). Challenging implicit and explicit alcohol-related cognitions in young heavy drinkers. *Addiction, 100*, 806-819.
- Wikipedia. (2012, março 11). *Tabaco*. Acedido em <http://pt.wikipedia.org/wiki/Tondela>
- Wikipédia. (2013, março 15). *Tondela*. Acedido em <http://pt.wikipedia.org/wiki/Tondela>
- Woods, S., Done, J., & Kalsi, H. (2009). Peer victimization and internalizing difficulties: The moderating role of friendship quality. *Journal of Adolescence, 32*, 293-308.
- World Health Organization. (1975). *Pregnancy and abortion in adolescence: Report of a WHO Meeting*. Geneva.
- World Health Organization. (1978, 20 novembro). *Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde*. URSS, Acedido em <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>
- World Health Organization, Regional Office for Europe. (1997). *International Report, Health Promotion and Investment for Health: Health and Health Behaviour among Young People*. Copenhagen. Acedido em [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/119571/E67880.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/119571/E67880.pdf)
- World Health Organization. (2000). *Health and Health Behaviour among young people. health behaviour in school-aged children: A WHO Cross-National Study (HBSC) International Report*. Genève.
- World Health Organization (2003). *Prevention and care of illness: Adolescents and substance use: Child and adolescent health and development*. Copenhagen. Acedido em [www.who.int/child-adolescent-health/PREVENTION/Adolescents\\_substance.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/PREVENTION/Adolescents_substance.htm)
- World Health Organization. (2008). *Report on the global tobacco epidemic. The MPOWER package*. Genève. Acedido em [http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower\\_report\\_full\\_2008.pdf](http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf)

- World Health Organization. (2012). *Global report: Mortality attributable to tobacco*.  
Genève. Acedido em  
[http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GlobalHealthRisks\\_report\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf)
- Yanovitzku, I. (2006). Sensation seeking and alcohol use by College Students: Examining multiple pathways of effects. *Journal of Health Communication, 11*, 269-280
- Zhang, L. (1999). Cognitive adaptation and self-consistency in hearing-impaired older persons: Testing Roy's adaptation model. *Nurs Sci Q, 13*(2), 158-65.
- Zhang, L. (2000). Psychosocial predictors of smoking among secondary school students in Henan, China. *Health Education Research, Theory and Practice, 15*(4), 415-422.



# ANEXOS

## ANEXO V



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

Exmo(a) Sr(a) Encarregado(a) de Educação  
da Escola \_\_\_\_\_

No âmbito da dissertação do Mestrado de Educação Para a Saúde, da Escola Superior de Saúde de Viseu, um grupo de alunos estão a realizar um estudo sobre comportamentos de risco na adolescência/juventude. Os resultados obtidos com este estudo serão colocados ao dispor da comunidade educativa, assim como formação prestada pela Escola Superior de Saúde, com carácter gratuito.

A participação do seu educando é fundamental, confidencial e anónima, servindo apenas o questionário para tratamento estatístico e de intervenção formativa no meio escolar.

#### AUTORIZAÇÃO DO(A) ENCARREGADO(A) DE EDUCAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_ Encarregado(a) de educação  
do(a) aluno(a) \_\_\_\_\_ n.º \_\_\_\_\_, da turma  
\_\_\_\_ do \_\_\_\_º ano, tenho conhecimento da realização de um questionário sobre comportamentos de  
risco na adolescência/juventude e declaro que autorizo o meu educando a participar no mesmo,  
durante o mês de \_\_\_\_\_.  
Viseu, \_\_/\_\_/2012

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do(a) encarregado(a) de educação)

## ANEXO VI - 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)

Este questionário pretende colher dados que permitam realizar o estudo “Desenvolvimento de Competências de Auto-regulação em Comportamentos de Risco na Adolescência”. A tua participação é fundamental, bastando para isso que respondas às questões que te são colocadas. As respostas são rigorosamente confidenciais e anónimas, servindo apenas para tratamento estatístico. Gratos pela colaboração.

**Parte I**

1. Idade \_\_\_\_ anos

2. Peso \_\_\_\_ kg

3. Altura \_\_\_\_ cm

4. Sexo

 Feminino  Masculino

5. Qual a área da tua residência?

 Urbana  Rural

6. Com quem vives?

 Pais  
 Pai ou Mãe  
 Irmão (s)  
 Avós  
 Familiares  
 Outros \_\_\_\_\_

7. Qual a situação familiar dos teus pais?

 Pais casados ou em união de facto  
 Pais solteiros, divorciados ou em separação de facto  
 Mãe viúva  
 Pai viúvo  
 Ambos os pais falecidos

8 – Qual o nível de estudos dos teus pais?

Pai

 Sem instrução  
 1º Ciclo do ensino básico (4ª classe)  
 2º Ciclo do ensino básico (ciclo)  
 3º Ciclo do ensino básico (9º ano)  
 Ensino secundário (12º ano)  
 Ensino superior

Mãe

9 – Como classificas o nível do rendimento mensal do teu agregado familiar?

 Baixo  
 Médio Baixo  
 Médio  
 Médio Alto

10 – Em média, qual é a quantidade de dinheiro que tens semanalmente para os teus gastos pessoais?

- 0€ a 5€  
 5,01€ a 10€  
 10,01€ a 25€  
 25,01€ a 50€  
 Mais de 50€

## PARTE II

11 – Como se chama a escola que frequentas? \_\_\_\_\_

12 - Qual o ano de escolaridade que frequentas?  10º  11º  12º

13 – Já reprovaste alguma vez?

- Não  
 Sim

Se sim, quantas vezes \_\_\_\_\_

14 – Mudaste de escola nos dois últimos anos?

- Sim  
 Não

15 – Como é que te sentes em relação à escola, actualmente?

- Gosto muito  
 Gosto  
 Não gosto nem desgosto  
 Não gosto  
 Não gosto mesmo

16 - Qual a distância (aproximada) da escola à tua casa?

- < 1 km  
 1 km – 4km  
 4 km – 7 k m  
 > 7 km

17 - Quanto tempo aproximadamente demoras da tua casa à escola?

- < 15 minutos  
 15 – 30 minutos  
 30 – 45 minutos  
 45 – 60 minutos  
 > 60 minutos

18 – Como costumavas deslocar-te habitualmente para a escola?

- A pé  
 De bicicleta  
 De motorizada  
 De transportes públicos  
 De carro

Outro (especifica) \_\_\_\_\_

19 – Para cada uma das frases, indica a frequência com que cada afirmação acontece:

	Nunca	Raramente	Por vezes	Muitas vezes	Sempre
a) Os meus pais estão prontos a ajudar em tudo o que está relacionado com a escola.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Os meus pais vêm à escola falar com os professores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Os meus pais encorajam-me a fazer bem os trabalhos da escola.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20 - Costumas ajudar os teus familiares em alguma actividade?

- Não  Sim

Se respondeste sim, quando é que o fazes com mais frequência?

- De manhã, antes de ir para a escola  
 À tarde, depois de chegar da escola  
 Tanto de manhã como à tarde  
 Só aos fins de semana

21 – Com que frequência te envolvereste em brigas/lutas com colegas na escola, no último período?

- Nunca  
 Uma ou duas vezes  
 Uma vez por semana  
 Várias vezes por semana

22 – Fora da escola, com que frequência fazes exercício físico?

- Todos os dias  
 3 a 6 vezes por semana  
 1 a 2 vezes por semana  
 1 a 2 vezes por mês  
 Nunca

23 – Com que frequência lavas os dentes?

- Mais do que uma vez por dia
- 1 vez por dia
- 1 vez por semana
- Menos de uma vez por semana
- Nunca

24 – Estás actualmente a fazer alguma dieta para perder peso?

- Não, o peso está bom
- Não, mas deveria perder peso
- Não, porque preciso ganhar peso
- Sim

25 – Achas que o teu corpo é...

- Magro demais
- Um pouco mais magro do que deveria
- Está bem assim
- Um pouco mais gordo do que deveria
- Gordo demais

**Escala de Auto-Estima Rosenberg**  
(Romano, A., Negreiro, J. e Martins, T., 2007)

Instruções: Encontrará a seguir um conjunto de declarações. Por favor, não se preocupe a pensar se os outros concordam ou não com o que pensa em cada caso.

Ponha um X no quadrado que corresponde à sua situação particular.

**ESCALA:**

<b>Muito em desacordo</b>	= 1
<b>Em desacordo</b>	= 2
<b>De acordo</b>	= 3
<b>Muito de acordo</b>	= 4

	Muito em desacordo	Em desacordo	De acordo	Muito de acordo
1 Sinto que sou uma pessoa digna de apreciação, pelo menos de igual modo que os outros.	1	2	3	4
2 Estou convencido (a) que tenho boas qualidades.	1	2	3	4
3 Sou capaz de fazer bem as coisas como a maioria das pessoas.	1	2	3	4
4 Tenho uma atitude positiva face a mim mesmo (a).	1	2	3	4
5 Em geral estou satisfeito comigo mesmo.	1	2	3	4
6 Sinto que não tenho muito para estar orgulhoso (a).	1	2	3	4
7 Em geral inclino-me a pensar que sou um fracassado (a).	1	2	3	4
8 Gostaria de sentir mais respeito por mim mesmo (a).	1	2	3	4
9 Muitas vezes penso que sou um (a) inútil.	1	2	3	4
10 Às vezes creio que não sou boa pessoa.	1	2	3	4

**Escala de auto-conceito**

(Vaz Serra, 1984)

Responde colocando uma X nas afirmações que melhor se coadunam com a tua opinião.

**ESCALA:**

<b>Não concordo</b>	= 1
<b>Concordo pouco</b>	= 2
<b>Concordo moderadamente</b>	= 3
<b>Concordo muito</b>	= 4
<b>Concordo muitíssimo</b>	= 5

	<b>Não concordo</b>	<b>Concordo pouco</b>	<b>Concordo moderadamente</b>	<b>Concordo muito</b>	<b>Concordo muitíssimo</b>
<b>1.</b> Sei que sou uma pessoa simpática.	1	2	3	4	5
<b>2.</b> Costumo ser franco e exprimir as minhas opiniões.	1	2	3	4	5
<b>3.</b> Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades.	1	2	3	4	5
<b>4.</b> No contacto com os outros costumo ser um indivíduo falador.	1	2	3	4	5
<b>5.</b> Costumo ser rápido na execução das tarefas que tenho para fazer.	1	2	3	4	5
<b>6.</b> Considero-me tolerante para com as outras pessoas	1	2	3	4	5
<b>7.</b> Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis.	1	2	3	4	5
<b>8.</b> De modo geral tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas.	1	2	3	4	5
<b>9.</b> Sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros.	1	2	3	4	5
<b>10.</b> Quando tenho uma ideia que me parece válida, gosto de a pôr em prática.	1	2	3	4	5
<b>11.</b> Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades.	1	2	3	4	5
<b>12.</b> Não sei porquê a maioria das pessoas embirra comigo.	1	2	3	4	5
<b>13.</b> Quando me interrogam sobre questões importantes conto sempre a verdade.	1	2	3	4	5
<b>14.</b> Considero-me competente naquilo que faço.	1	2	3	4	5
<b>15.</b> Sou uma pessoa que gosta muito de fazer o que me apetece.	1	2	3	4	5
<b>16.</b> A minha maneira de ser leva-me a sentir-me na vida com um razoável bem-estar.	1	2	3	4	5
<b>17.</b> Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros.	1	2	3	4	5
<b>18.</b> Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros.	1	2	3	4	5
<b>19.</b> Gosto sempre de me sair bem nas coisas que faço.	1	2	3	4	5
<b>20.</b> Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades.	1	2	3	4	5

**Consumo de tabaco**

(Precioso, 2007)

**1. Alguma vez fumaste tabaco (nem que tenha sido apenas “uma passa/um bufa”)?**Sim Não  (Se respondeste **Não**, passa para a questão 9)**2. Que idade tinhas quando fumaste pela primeira vez (nem que tenha sido só uma “passa/bufa”)?**

\_\_\_\_\_anos.

**3. Em que local fumaste o teu primeiro cigarro ou “deste a primeira passa/bufa”?**

(1) Na escola	<input type="radio"/>	(2) No café	<input type="radio"/>	(3) Na discoteca	<input type="radio"/>
(4) No salão de jogos	<input type="radio"/>	(5) Em casa de um amigo/a	<input type="radio"/>	(6) Outro local.	<input type="radio"/>
					Qual? _____

**4. Indica como obtiveste o teu primeiro cigarro.**

(1) Comprei-o numa tabacaria ou café	<input type="radio"/>	(2) Comprei-o numa máquina de tabaco	<input type="radio"/>	(3) Foi um/a amigo/a que mo deu	<input type="radio"/>
(4) Foi a(o) minha/meu irmã(o) que mo deu	<input type="radio"/>	(5) Roubei-o ao meu pai/mãe ou irmão	<input type="radio"/>	(6) Outra opção	<input type="radio"/>
					Qual? _____

**5. Das razões para teres fumado o teu primeiro cigarro, com qual ou quais te identificas?**

(1) Porque via o(s) meu(s) pai(s) a fumar	<input type="radio"/>	(2) Porque via o(s) meu(s) irmão(s) a fumar	<input type="radio"/>	(3) Porque via o(s) meu(s) amigos(s) a fumar	<input type="radio"/>
(4) Porque os amigos me ofereceram um cigarro	<input type="radio"/>	(5) Queria ver/saber como era	<input type="radio"/>	(6) Queria ser igual aos que fumavam	<input type="radio"/>
(7) Outra opção	<input type="radio"/>	Qual? _____			

**6. Actualmente fumas?**

(1) Todos os dias	<input type="radio"/>	(Vai para a questão 6.1)
(2) Pelo menos um cigarro por semana	<input type="radio"/>	(Vai para a questão 6.2)
(3) Menos do que um cigarro por semana	<input type="radio"/>	(Vai para a questão 9)
(4) Já fumei, mas deixei de fumar	<input type="radio"/>	(Vai para a questão 9)
(5) Não, não fumo nem um cigarro	<input type="radio"/>	(Vai para a questão 9)
<b>6.1. Quantos cigarros por dia?</b>	_____	
<b>6.2. Quantos cigarros por semana?</b>	_____	

## 7. Preenche o círculo na afirmação que melhor se aplica a ti.

(1) Já tentei deixar de fumar mas não consegui	<input type="radio"/>	(2) Gostava de experimentar deixar de fumar	<input type="radio"/>
(3) Não sei se estou interessado em deixar de fumar	<input type="radio"/>	(4) Não estou nada interessado em deixar de fumar	<input type="radio"/>

## 8. Actualmente, como costumavas arranjar os cigarros que fumas?

(1) Compro-os numa tabacaria ou café	<input type="radio"/>	(2) Compro-os numa máquina de tabaco	<input type="radio"/>	(3) São os meus irmãos/ãs que mos dão	<input type="radio"/>
(4) Roubo-os ao meu pai/mãe ou irmão/ã	<input type="radio"/>	(5) Outra opção	<input type="radio"/>	Qual? _____	

## 9. Quais das seguintes pessoas fumam? (Preenche apenas um círculo para cada pessoa)

	<i>Fuma</i>	<i>Não fuma</i>	<i>Não sei</i>	<i>Não tenho</i>
9.1. Pai	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.2. Mãe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.3. Irmã(o)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.4. Outro familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.5. Namorado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 10. Dos colegas da tua turma, quantos pensas que fumam pelo menos um cigarro por semana?

Nenhum <input type="radio"/>	Alguns <input type="radio"/>	Metade <input type="radio"/>	A maior parte <input type="radio"/>	Todos <input type="radio"/>
------------------------------	------------------------------	------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------

## 11. Em 100 jovens da tua idade, quantos achas que fumam pelo menos uma vez por semana?

0 (nenhum) <input type="radio"/>	Entre 1 e 25 <input type="radio"/>	Entre 25 e 50 <input type="radio"/>	Entre 50 e 75 <input type="radio"/>	Entre 75 e 100 <input type="radio"/>	100 (todos) <input type="radio"/>
----------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

## 12. Dos teus melhores amigos, rapazes, quantos fumam?

Nenhum <input type="radio"/>	Um a três <input type="radio"/>	Mais do que três <input type="radio"/>	Não sei <input type="radio"/>	Não tenho <input type="radio"/>
------------------------------	---------------------------------	----------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------

## 13. Das tuas melhores amigas, raparigas, quantas fumam?

Nenhuma <input type="radio"/>	Uma a três <input type="radio"/>	Mais do que três <input type="radio"/>	Não sei <input type="radio"/>	Não tenho <input type="radio"/>
-------------------------------	----------------------------------	----------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------

14. Já te ofereceram cigarros?	Sim	<input type="radio"/>	Se a tua resposta é <b>Não</b> , passa para a questão 23.
	Não	<input type="radio"/>	

## 15. As seguintes pessoas já te ofereceram cigarros?

	<i>Sim, várias vezes</i>	<i>Sim, uma ou outra vez</i>	<i>Não</i>	<i>Não tenho</i>
15.1. Pai	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.2. Mãe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.3. Irmã(o)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.4. Melhor amigo(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.5. Amigos(as)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.6. Outras pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 16. Se já te ofereceram cigarros, indica em qual ou quais dos seguintes locais.

(1) Na escola.	<input type="radio"/>	(2) No café.	<input type="radio"/>	(3) Na discoteca.	<input type="radio"/>
(4) No salão de jogos.	<input type="radio"/>	(5) Outro local.	<input type="radio"/>	Qual? _____	

## 17. A maioria dos teus amigos pensa que devias ou que não devias começar a fumar tabaco?

Pensam que devia <input type="radio"/>	Pensam que não devia <input type="radio"/>	Não sei <input type="radio"/>
----------------------------------------	--------------------------------------------	-------------------------------

## 18. Se os teus pais/familiares te disserem que o tabaco faz mal e que não deves fumar, a opinião deles para ti é...

Muito importante <input type="radio"/>	Bastante importante <input type="radio"/>	Indiferente <input type="radio"/>	Pouco importante <input type="radio"/>	Nada importante <input type="radio"/>
----------------------------------------	-------------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------------	---------------------------------------

## 19. As seguintes pessoas gostavam que tu fumasses? (Preenche apenas um círculo para cada pessoa).

	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Não sei</i>	<i>Não tenho</i>
19.1. Pai	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.2. Mãe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.3. Irmã(o)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.4. Melhor amigo(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.5. Namorado(as)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 20. As seguintes pessoas já falaram contigo sobre as desvantagens de fumar? (Por exemplo, "fumar provoca cancro do pulmão").

	<i>Sim, várias vezes</i>	<i>Sim, uma ou outra vez</i>	<i>Não</i>	<i>Não tenho</i>
20.1. Pai	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.2. Mãe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.3. Irmã(o)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.4. Melhor amigo(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.5. Professor(as)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 21. Se um amigo te oferecer um cigarro para fumar, como irás reagir?

Recuso o cigarro. <input type="radio"/>	Aceito o cigarro. <input type="radio"/>
-----------------------------------------	-----------------------------------------

## 22. Se ele insistir contigo para fumares um cigarro, como irás reagir?

Recuso o cigarro. <input type="radio"/>	Aceito o cigarro. <input type="radio"/>
-----------------------------------------	-----------------------------------------

	Nunca	Raramente	Por vezes	Muitas vezes	Sempre
23. Os outros convencem-te a fazer coisas que não te apetece fazer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Quando os amigos te pedem para fazer coisas que vão contra a tua maneira de ser e de pensar, explicas-lhes os teus motivos e não as fazes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Os outros convencem-te a fazer coisas que depois te arrependes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Fazes coisas que os teus amigos te pedem só para não os desiludir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	27. Pensas vir (ou continuar) a fumar durante o próximo ano?	28. Um dia gostavas de vir (ou de continuar) a ser fumador?	29. Quando ganhares dinheiro (da tua profissão) vais começar (ou continuar) a fumar?
(1) Tenho a certeza que virei a fumar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(2) Provavelmente virei a fumar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(3) Não sei se virei a fumar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(4) Provavelmente não virei a fumar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(5) Tenho a certeza que não virei a fumar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 30. Lê atentamente cada uma das afirmações que se seguem e assinala a tua resposta, preenchendo o círculo que melhor representa a tua opinião.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
a) Fumar prejudica a saúde dos fumadores.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Fumar só provoca doenças sem importância.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Fumar só afecta a saúde das pessoas se fumarem durante muitos anos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Fumar aumenta a probabilidade de se ter cancro no pulmão.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Fumar prejudica a saúde dos jovens.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Preocupo-me bastante com as consequências provocadas pelo comportamento de fumar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Os médicos exageram quando falam dos malefícios do tabaco.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Fumar provoca um hálito (cheiro na boca) agradável.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) Fumar diminui a capacidade das pessoas para a prática desportiva.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j) Fumar durante a gravidez prejudica o feto (bebé).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

l) Fumar é uma boa maneira de os jovens mostrarem que são independentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m) Fumar em casa prejudica a saúde de quem nela habita.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n) O fumo do cigarro libertado pelos fumadores incomoda os não fumadores.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o) Fumar só prejudica a saúde do fumador e não a saúde das outras pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
p) Os fumadores deviam evitar fumar ao "pé" dos não fumadores.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
q) Fumar prejudica a economia familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
r) Fumar é uma forma de poluir o ar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
s) Fumar faz com que seja mais fácil entrar num grupo de colegas/fazer amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
t) Fumar acalma as pessoas, quando estão ansiosas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
u) Quando as pessoas estão tristes, fumar faz com que se sintam mais contentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
v) Fumar torna as pessoas mais bonitas e interessantes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**31. Na tua opinião, um (a) fumador (a) é uma pessoa.**

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
a) seguro de si próprio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) adulto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) dependente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) valente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) tímido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) exibicionista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) com um certo estilo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) incomodativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

