



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Literacia em saúde: alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva em estudantes do Ensino Superior

Ana Lúcia Leitão

Outubro de 2022

Literacia em saúde: alimentação, comportamentos aditivos e em saúde sexual e reprodutiva em estudantes do Ensino Superior

Ana Lúcia Pedrosa Leitão

Trabalho científico elaborado âmbito do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia

Trabalho elaborado sob a orientação de

Professora Doutora Manuela Ferreira

Coorientação:

Professor Doutor João Duarte

Outubro de 2022

Agradecimentos

Ao longo desta caminhada existiram pessoas que marcaram o meu caminho e o tornam menos tortuoso, mais leve, ajudaram-me a ultrapassar todos os obstáculos, contribuindo para a chegada até aqui.

Desta forma gostaria de agradecer primeiramente à Professora Doutora Manuela Ferreira, pelos sábios conselhos, pela forma como me ajudou a gerir o processo de elaboração deste trabalho desde a sua fase embrionária e pela docente e mulher inspiradora que é diariamente.

Ao Professor Doutor João Duarte que mais uma vez com toda a dedicação, generosidade, paciência e disponibilidade, me ajudou, me aconselhou e me guiou nos meandros complexos da *“Estatística”*.

Às minhas colegas do curso de especialidade e companheiras Bárbara, Cristina, Paula e Regina por todos os momentos altos e baixos vividos e partilhados.

Às minhas amigas da luta diária Rosa e Teresa, na gestão do tempo, do stress com muita parcimónia e calma, que tantas vezes me faltou. À Guida e à Raquel, que me têm acompanhado e apoiado nos últimos anos.

Aos meus pais, às minhas queridas manas Inês e Rita que tanto admiro e adoro, por todos os momentos de encorajamento quando existia desaire na gestão do tempo.

Ao meu companheiro e parceiro Mauro, com o qual construo e partilho cada momento, pela generosidade, apoio, e momentos de pura alegria.

Ao meu pequeno Henrique que diariamente me acorda com um sorriso regila e brincalhão e me adormece com o seu doce beijinho e abraço. Ele, que me faz mover montanhas e sem o qual, nada teria o mesmo sentido e sabor.

A Todos Vós o meu Bem Hajam

Resumo

Os estudantes universitários são um grupo vulnerável pois exibem problemas com a alimentação, consumo de substâncias psicoativas e comportamentos sexuais de risco. A Literacia em Saúde refere-se à capacidade individual em responder às crescentes exigências da saúde.

Objetivos: Investigar se as variáveis sociodemográficas, contextuais interferem na literacia em alimentação, comportamentos aditivos e em saúde sexual e reprodutiva e se as diferentes dimensões da literacia se correlacionam.

Metodologia: Estudo quantitativo, transversal, descritivo, analítico, com uma amostra não probabilística de 924 estudantes do ensino superior português. Os estudantes têm idades compreendidas entre os 18 e os 70 anos (média $22,35 \pm 6,10$ anos), maioritariamente do sexo feminino (79,7%), sem companheiro (89,5%), os pais atingiram 3º ciclo (47,1% e 56,9%, respetivamente) e têm profissões técnicas (50,9%, 59,5% respetivamente).

Resultados: Os estudantes mais velhos, do 4º ano, da licenciatura, portugueses, com média de classificação de 14 a 17 valores, com perceção do desempenho boa, com pais com habilitações académicas até ao 3º ciclo e profissões técnicas, que não consumiram bebidas alcoólicas, que tiveram relações sexuais e usaram contraceção e, acedem a redes sociais são mais literados.

A literacia em alimentação e em saúde sexual e reprodutiva correlacionam-se entre si.

A literacia em comportamentos aditivos, revela variação e quanto maior a literacia em alteração de hábitos de consumo menor a literacia em reprodução, contraceção e infeções sexualmente transmissíveis.

Conclusão: Para melhorar os níveis de literacia em saúde em estudantes universitários, urgem ações ao nível nacional e internacional com políticas de saúde adaptadas às características locais, regionais, nacionais, à religião e à cultura. Os resultados apontam para a importância do acesso a informação e formação promotora de comportamentos saudáveis e para a necessidade de fomentar ambientes universitários saudáveis, com a participação dos estudantes na definição e avaliação das intervenções levadas a cabo em saúde sexual e reprodutiva, sexualidade, alimentação e comportamentos nocivos, em meio universitário.

Palavras-Chave: Literacia em alimentação, comportamentos aditivos, saúde sexual e reprodutiva e estudantes universitários

Abstract

University students are a vulnerable group. They exhibit problems eating, in the consumption of psychoactive substances and sexual risky behavior. Health Literacy refers to the individual's ability to respond to the growing demands of health.

Objectives: To investigate whether sociodemographic and contextual variables interfere with literacy in food, addictive behaviors, and in sexual and reproductive health and whether the different dimensions of literacy are correlated.

Methodology: A quantitative, cross-sectional, descriptive, and analytical study, was carried out with a sample non-probabilistic of 924 Portuguese higher education students. Students are aged between 18 and 70 years (mean 22.35 ± 6.10 years), mostly female (79.7%), without a partner (89.5%), their parents academic habilitations were 3rd grade (47.1% and 56.9%, respectively) and have technical professions (50.9%, 59.5% respectively).

Results: The older students, from the 4th year, in graduation, Portuguese, with an average rating 14 to 17 values, with a good self-perception of the performance, with parents with academic qualifications 3rd grade and technical professions, who did not consume alcoholic beverages, who had sex and used contraception and who accessed to social networks are more literate.

Food literacy and sexual and reproductive health literacy are correlated and predictive.

Literacy in addictive behaviors reveals variation. The greater the literacy in changing consumption habits, the lower the literacy in reproduction, contraception, and sexually transmitted infections.

Conclusion: To improve health literacy levels in university students, national and international actions are urgently needed. The health policies should be adapted to local, regional, national, religion and cultural characteristics.

The results point to the importance of the access at the information and training that promotes healthier behaviors, and the need to foment healthier university environments with the involvement and participation of students in the definition and evaluation of the interventions carried out in sexual and reproductive health, sexuality, nutrition and the consumption of addictive substances on universities environments.

Keywords: Food literacy, addictive behaviors, sexual and reproductive health, and college students

Sumário

	Pág.
Sumário	
Lista de tabelas	
Lista de figuras	
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos	
Introdução	23
Parte I – Enquadramento teórico	
1. Literacia em saúde	27
1.1. Literacia em saúde em estudantes universitários	28
1.1.1. Saúde e alimentação	30
1.1.2. Saúde e comportamentos aditivos	36
1.1.2.1. Tabaco	36
1.1.2.2. Álcool	39
1.1.3. Saúde sexual e reprodutiva	48
1.1.4. Coocorrência de comportamentos de risco	61
Parte II - Estudo empírico	
2. Metodologia	81
2.1. Métodos	81
2.2. Participantes	83
2.2.1. Caracterização sociodemográfica	84
2.3. Instrumentos de recolha de dados	85
2.4. Procedimentos éticos e formais	88
2.5. Procedimentos estatísticos	89
3. Apresentação dos resultados	93
3.1. Análise descritiva	93
3.1.1. Variáveis de contexto académico	93
3.1.2. Variáveis contextuais de estilo de vida	95
3.1.3. Variáveis contextuais de entretenimento	98
3.1.4. Literacia em alimentação, comportamentos aditivos e, saúde sexual e reprodutiva	99
3.1.4.1. Grupos de coorte para a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva	101
3.1.5. Árvores de decisão	118
3.2. Análise inferencial	128
3.2.1. Relação entre literacia e variáveis sociodemográficas	128
3.2.2. Relação entre Literacia e variáveis contextuais académicas	136
3.2.3. Relação entre literacia e variáveis contextuais de estilo de vida	144
3.2.4. Relação entre literacia e variáveis contextuais de entretenimento	154
3.2.5. Análise com regressão multivariada	156
4. Discussão	167
4.1. Discussão metodológica	167
4.2. Discussão dos resultados	167
4.3. Limitações do estudo	188
5. Conclusão	189
Referências bibliográficas	193
Anexos	
Anexo I Instrumento de colheita de dados – <i>AppSaúde: Empoderar para melhor viver</i>	209

Lista de tabelas

	Pág.
Tabela 1. Caracterização da idade de acordo com o sexo	84
Tabela 2. Caracterização sociodemográfica da amostra de acordo com o sexo	85
Tabela 3. Grupos de coorte de acordo com a cotação das escalas	88
Tabela 4. Variáveis de contexto acadêmico em função do sexo	94
Tabela 5. Variáveis contextuais aos comportamentos aditivos em função do sexo	96
Tabela 6. Variáveis contextuais à saúde sexual e reprodutiva em função do sexo	97
Tabela 7. Variáveis de entretenimento por sexo	99
Tabela 8. Score relativo à literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva nos estudantes do ensino superior, por fatores	100
Tabela 9. Variáveis sociodemográficas em função do nível de literacia em alimentação	102
Tabela 10. Variáveis académicas em função do nível de literacia em alimentação	103
Tabela 11. Variáveis contextuais aos comportamentos aditivos em função do nível de literacia em alimentação	104
Tabela 12. Variáveis contextuais à saúde sexual e reprodutiva em função da literacia em alimentação	105
Tabela 13. Variáveis contextuais de entretenimento em função da literacia em alimentação	106
Tabela 14. Variáveis sociodemográficas em função da literacia em comportamentos aditivos	108
Tabela 15. Variáveis académicas em função da literacia em comportamentos aditivos	109
Tabela 16. Variáveis contextuais aos comportamentos aditivos em função do nível de literacia em comportamentos aditivos	111
Tabela 17. Variáveis contextuais à saúde sexual e reprodutiva em função da literacia em comportamentos aditivos	112
Tabela 18. Variáveis contextuais de entretenimento em função da literacia em comportamentos aditivos	113

Tabela 19.	Variáveis sociodemográficas em função da literacia em saúde sexual e reprodutiva	114
Tabela 20.	Variáveis académicas em função da literacia em saúde sexual e reprodutiva	115
Tabela 21.	Variáveis contextuais aos comportamentos aditivos em função do nível de literacia em saúde sexual e reprodutiva	116
Tabela 22.	Variáveis contextuais à saúde sexual e reprodutiva em função da literacia em saúde sexual e reprodutiva	117
Tabela 23.	Variáveis contextuais de entretenimento em função da literacia em saúde sexual e reprodutiva	118
Tabela 24.	Cluster para comportamentos de risco	119
Tabela 25.	Teste de U Mann-Whitney entre literacia em alimentação, comportamentos aditivos e em saúde sexual e reprodutiva e o sexo	129
Tabela 26.	Teste de Kruskal-Wallis para a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva e o grupo etário	130
Tabela 27.	Teste de U Mann-Whitney entre literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva e a nacionalidade	130
Tabela 28.	Teste ANOVA para a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva e, a região de proveniência	131
Tabela 29.	Testes Post hoc de Tukey para a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e o ano curricular	132
Tabela 30.	Teste de U Mann-Whitney entre literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva e a existência de companheiro	132
Tabela 31.	Teste de Kruskal-Wallis para a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e a escolaridade materna	133
Tabela 32.	Teste de Kruskal-Wallis para a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e, a escolaridade paterna	134
Tabela 33.	Testes Post hoc de Tukey para a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e a escolaridade paterna	134
Tabela 34.	Teste de Kruskal-Wallis para a literacia em alimentação, consumos aditivos e saúde sexual e o grupo profissional materno	135
Tabela 35.	Teste de Kruskal-Wallis para a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e o grupo profissional paterno	136

Tabela 36.	Teste de Kruskal-Wallis para a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva e o ciclo de estudos	137
Tabela 37.	Teste de Kruskal-Wallis para a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e o ano curricular	138
Tabela 38.	Testes Post hoc de Tukey para a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e o ano curricular	138
Tabela 39.	Teste de Kruskal-Wallis para a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e programa de mobilidade	139
Tabela 40.	Teste de Kruskal-Wallis para a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e o desempenho académico	140
Tabela 41.	Testes Post hoc de Tukey para a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e o desempenho académico	141
Tabela 42.	Teste de Kruskal-Wallis para a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e a média de classificação	141
Tabela 43.	Testes Post hoc de Tukey para a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e a média de classificação	142
Tabela 44.	Teste t para diferença de médias entre a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva e a deslocação da residência	142
Tabela 45.	Teste de Kruskal-Wallis para a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e com quem reside	143
Tabela 46.	Teste de U Mann-Whitney entre literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva e a situação perante o estudo	144
Tabela 47.	Teste de U Mann-Whitney entre literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva e o consumo de tabaco	145
Tabela 48.	Teste de U Mann-Whitney entre literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva e a frequência no consumo de tabaco	145
Tabela 49.	Teste de U Mann-Whitney entre literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva e a frequência no consumo de tabaco	146

Tabela 50.	Teste t para diferença de médias entre a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva e o consumo de bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses	147
Tabela 51.	Teste de Kruskal-Wallis para a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e o consumo de 3 ou mais bebidas, num só dia, nos últimos 12 meses	147
Tabela 52.	Teste de U Mann-Whitney entre literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva e o consumo de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias.	148
Tabela 53.	Teste de U Mann-Whitney entre literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva e relações sexuais no último ano	148
Tabela 54.	Teste de U Mann-Whitney entre literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva e relações sexuais no contexto de uma relação de compromisso	149
Tabela 55.	Teste de U Mann-Whitney entre literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva e a utilização de contraceção	150
Tabela 56.	Teste de Kruskal-Wallis para a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e a utilização de contraceção	150
Tabela 57.	Teste de Kruskal-Wallis para a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e a utilização de preservativo	151
Tabela 58.	Teste de U Mann-Whitney entre literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva e a utilização de preservativo nos últimos 12 meses	152
Tabela 59.	Teste de U Mann-Whitney entre literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva e relações sexuais sob o efeito de álcool ou de drogas	152
Tabela 60.	Teste de U Mann-Whitney entre literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva e relações sexuais ocasionais	153
Tabela 61.	Teste de Kruskal-Wallis para a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva e o acesso a redes sociais, Youtube, Instagram, Snapchat e outros	154

Tabela 62.	Testes Post hoc de Tukey para a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva e o acesso a redes sociais, Youtube, Instagram, Snapchat e outros	155
Tabela 63.	Teste de Kruskal-Wallis para a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva e jogos online/offline e outros	155
Tabela 64.	Teste de Kruskal-Wallis para a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva e canais pagos de filmes e séries (Netflix, HBO, outros)	155
Tabela 65.	Teste de Kruskal-Wallis para a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e a utilização do computador	156
Tabela 66.	Relação entre a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e em saúde sexual e reprodutiva	158
Tabela 67.	Modelo refinado da relação entre a literacia em alimentação e a literacia em comportamentos aditivos e em saúde sexual e reprodutiva	159
Tabela 68.	Relação entre a literacia em saúde sexual e reprodutiva e a literacia em comportamentos aditivos e em alimentação	161
Tabela 69.	Modelo refinado da relação entre a literacia em saúde sexual e reprodutiva e a literacia em comportamentos aditivos e em alimentação	162
Tabela 70.	Relação entre a literacia em comportamentos aditivos e a literacia em saúde sexual e reprodutiva e em alimentação	163
Tabela 71.	Modelo refinado da relação entre a literacia em comportamentos aditivos e a literacia em saúde sexual e reprodutiva e em alimentação	165

Lista de figuras

		Pág.
Figura 1.	Representação esquemática prevista da relação entre variáveis em estudo	83
Figura 2.	Árvore de decisão para os clusters	121
Figura 3.	Árvore de decisão para a literacia em comportamentos aditivos	123
Figura 4.	Árvore de decisão para a literacia em alimentação	125
Figura 5.	Árvore de decisão para a literacia em saúde sexual e reprodutiva	127
Figura 6.	Relação entre a literacia em alimentação e a literacia em comportamentos aditivos e em saúde sexual e reprodutiva	158
Figura 7.	Modelo refinado da relação entre a literacia em alimentação e a literacia em comportamentos aditivos e em saúde sexual e reprodutiva	160
Figura 8.	Relação entre a literacia em saúde sexual e reprodutiva e a literacia em comportamentos aditivos e em alimentação	161
Figura 9.	Modelo refinado da relação entre a literacia em saúde sexual e reprodutiva e a literacia em comportamentos aditivos e em alimentação	163
Figura 10.	Relação entre a literacia em comportamentos aditivos e a literacia em saúde sexual e reprodutiva e em alimentação	164
Figura 11.	Modelo refinado da relação entre a literacia em comportamentos aditivos e a literacia em saúde sexual e reprodutiva e em alimentação	165

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

ANOVA	Análise de variância a um fator
CEEA	Consumo Excessivo Episódico de Álcool
CLE	Curso de Licenciatura em Enfermagem
CMEEA	Consumo Muito Excessivo Episódico de Álcool (mais de 60g de álcool)
CTesP	Curso Técnico Superior Profissional
CV	Coeficiente de Variação
cf	conforme
DP	Desvio Padrão
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais
ER	Erro Standardizado
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
ESSV	Escola Superior de Saúde de Viseu
EUA	Estados Unidos da América
h	horas
HBSC	Health Behavior in School-aged Children
IMC	Índice de Massa Corporal
IPV	Instituto Politécnico de Viseu
IST	Infeções Sexualmente Transmissíveis
IVG	Interrupção voluntária da gravidez
NS	Não sabe
NR	Não responde
K	Curtose
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
LA	Literacia em Alimentação
LCA	Literacia em Consumos aditivos
LSSR	Literacia em Saúde Sexual e Reprodutiva
min	minutos
OM	Ordenação Média
PNPAS	Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável
p.e.	Por exemplo
RC	Rácio Crítico
SK	Skewness

SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
Std. Error	Erro Padrão
r	Coeficiente de correlação de Pearson
RA	Resíduos Ajustados
UMW	Teste U Mann-Whitney (UMW).
X ²	Teste do Qui-Quadrado
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana
WHO	World Health Organization

Introdução

Vivemos numa sociedade do conhecimento onde as organizações têm um papel cada vez mais ativo e estão em constante adaptação ao seu meio envolvente.

Nesse sentido, foi desenvolvido o presente trabalho no âmbito do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia no qual é proposto a elaboração de um projeto de investigação.

O conceito de Literacia em Saúde refere-se à capacidade de ler e escrever, perceber e interpretar o que é lido. Esta tem evoluído, no sentido da capacidade individual de cada cidadão responder às crescentes exigências da saúde, na sociedade moderna (Sørensen et al., 2012), como os rápidos avanços da ciência e da tecnologia e, modificou para ir de encontro às alterações na prestação de cuidados de saúde, associada ao aumento das expectativas e da responsabilidade individual e de grupo (Berkman, Davis, & McCormack, 2010, p. 9; Nutbeam, 2000, p. 263).

Os estudantes do ensino superior são um grupo extremamente vulnerável pois exibem um aumento dos problemas com a alimentação, comportamentos de risco como o consumo de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, drogas) e comportamentos sexuais de risco, assim como a prevalência de outros comportamentos de risco para a saúde (Alsubaie, 2015; Bennasar-Veny et al., 2020; Khajouei & Salehi, 2017; Park et al., 2017; Provenzano, Santangelo, Alagna, Giordano, & Firenze, 2018). Também as causas de mortalidade e de morbilidade nos jovens adultos tem vindo a ser alterada nas últimas décadas devido às alterações no estilo de vida (Miranda et al., 2018b).

Neste sentido foi desenvolvido o presente trabalho, que tem como objetivo identificar e investigar as variáveis sociodemográficas e contextuais que interferem na literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva e, investigar se a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva interferem entre si, nos estudantes do ensino superior. Com a aquisição de conhecimento de forma sistematizada é possível detetar quais as áreas onde urge intervir, promovendo a saúde e prevenindo a doença nos estudantes universitários portugueses.

Para dar resposta a esta problemática, o presente trabalho encontra-se dividido em duas partes. A primeira parte é constituída pelo enquadramento teórico e a segunda parte pelo estudo empírico (metodologia, análise e discussão dos resultados e conclusão).

Deste modo foi feita uma pesquisa bibliográfica prévia relativa a esta temática de modo a reunir os pareceres de outros autores, e inferir o estado da arte e os resultados obtidos por outros estudos, definindo os conceitos centrais – literacia em saúde (alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva), comportamentos de risco e frequência de ensino superior. Por fim realizar uma analogia entre eles.

Na segunda parte procedeu-se ao enquadramento metodológico onde é feita uma caracterização do estudo onde são enunciadas as hipóteses a ser testadas, período e colheita de dados, e caracterização sociodemográfica da amostra em estudo. Segue-se a descrição do instrumento de colheita de dados, resumo da colheita e os procedimentos mobilizados para a sua análise.

Para análise e discussão de resultados serão descritos alguns dos resultados obtidos e a sua análise face aos obtidos por outros autores, e serão também validadas ou não, as hipóteses colocadas.

Estas duas partes são compostas por uma introdução e terminam na conclusão onde serão enunciadas as limitações inerentes a este estudo, as conclusões obtidas com a sua realização e as sugestões para futuros estudos.

Parte I – Enquadramento teórico

1. Literacia em saúde

A literacia da saúde representa o conhecimento e as competências individuais, que se aglomeram através das atividades de vida diárias, interações sociais e ao longo das gerações. O conhecimento e as competências pessoais são mediados pelas estruturas organizacionais e pelos recursos disponíveis, por forma a que o indivíduo seja capaz de aceder, compreender, avaliar e usar a informação e serviços, e assim promover e manter a saúde e o bem-estar do mesmo e dos que o rodeiam (World Health Organization [WHO], 2021).

Este conceito surge com Simonds em 1974 ligado à promoção da saúde em contexto escolar (Bröder et al., 2017; Sørensen et al., 2015, 2012).

Ao modelo original de definição de literacia em saúde a DGS, (2019, p. 12) reitera que deve ser definida como: funcional, interativa, crítica, mediática, fundamental, científica, cívica e cultural. Esta requer uma utilização eficiente e eficaz dos serviços de saúde. Galvão & Castro (2021) acrescentam a interação e participação na comunidade e na sociedade em geral (Bröder et al., 2017; Galvão & Castro, 2021, p. 16).

A literacia em saúde quando aplicada a adolescentes, baseia-se em dois modelos na tomada de decisão: o modelo de decisão baseado na troca de risco-recompensa percecionada e o modelo de decisão reativa com decisões baseadas numa avaliação imediata e direta sobre o ambiente. Desta forma, quando mais baixo o nível de literacia em saúde, pior a capacidade de tomar decisões racionais e consequentemente mais propenso é o indivíduo a tomar decisões de forma reativa (Reyna & Farley, 2006).

As definições de literacia em saúde têm evoluído ao longo do tempo, sem consenso internacional, como resposta aos avanços da ciência e da tecnologia, as alterações na prestação de cuidados de saúde e o aumento expectativas, da responsabilidade individual, de grupo e social (Berkman et al., 2010; Dermota, Wang, Dey, Gmel, & Mohler-kuo, 2013; Nutbeam, 2000; Zarcadoolas, Pleasant, & Greer, 2005). Nas várias definições e nos vários modelos estudados, existe uma comunhão forte entre si, embora estes sejam complexos e heterogéneos, a literacia em saúde é descrita como uma construção multidimensional e complexa (Bröder et al., 2017).

Os comportamentos de risco incluem comportamentos específicos como o consumo de substâncias psicoativas, inatividade física, alimentação, poucas horas de sono, autolesões, comportamentos suicidários, lesões não intencionais entre outras (D. W. Lee, Jang, Kim, & Kang, 2021; World Health Organization, 1998).

O consumo de tabaco tem sido associado ao consumo de bebidas alcoólicas; baixo consumo de fruta e legumes; consumo exagerado de refeições com muitos hidratos de carbono, gorduras saturadas, colesterol e álcool e; pequena ingestão de fibras, gorduras poliinsaturadas e vitaminas antioxidantes. A baixa atividade física está associada a não comer fruta no dia anterior e ao consumo de bebidas alcoólicas (Francisco, de Assumpção, & Malta, 2019; Mudryj, Riediger, & Bombak, 2019).

O Plano Nacional de Saúde 2021-2030 está orientado para a saúde dos jovens em 2030 com:

a promoção do bem-estar físico e psicológico, a educação para a sexualidade, a prevenção do tabagismo e de outros comportamentos aditivos, a promoção da alimentação saudável e da atividade física e, a prevenção da violência (incluindo o *bullying* e o *cyberbullying*).

Direção-Geral da Saúde [DGS], (p. 172, 2021)

1.1. Literacia em saúde em estudantes universitários

Os estudantes universitários são um grupo extremamente vulnerável pois exibem um aumento dos níveis de stress, problemas com o sono e alimentação, comportamentos de risco como o consumo de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, drogas), obesidade, comportamentos sexuais de risco, baixa atividade física, assim como a prevalência de outros comportamentos de risco para a saúde (Alsubaie, 2015; Bennasar-Veny et al., 2020; Khajouei & Salehi, 2017; Park et al., 2017; Provenzano et al., 2018). Estes são mais suscetíveis a pressões externas, estão menos orientados para o futuro, são mais impulsivos e não são capazes de regular o seu estado emocional, adotando um otimismo irrealista, que os impele a adotar comportamentos de risco (Szabo, Piko, & Fitzpatrick, 2019). A ocorrência de múltiplos comportamentos de risco está bem documentada e desenvolve-se na adolescência e torna-se muito prevalente nos jovens adultos (Ramo, Thrul, Vogel, Delucchi, & Prochaska, 2019).

As causas de mortalidade e de morbilidade nos jovens adultos tem vindo a ser alterada nas últimas décadas devido às alterações no estilo de vida (Miranda et al., 2018b) .

Assim, o estilo de vida, o nível socioeconómico têm um papel fundamental e a combinação de comportamentos de saúde protetores como a obtenção ou manutenção de um índice de Massa Corporal (IMC) normal, uma alimentação saudável, atividade física regular, não fumar, o consumo moderado de álcool estão

associados a um baixo risco de doença cardiovascular e baixa incidência de todas as principais causas de mortalidade (Bennasar-Veny et al., 2020; Francisco et al., 2019; Gallienne, Wang, Khan, & Sievenpiper, 2018).

Uma das formas de aumentar a literacia em saúde, nos jovens adultos, parece ser mais efetiva com a utilização de novas tecnologias como aplicações digitais e com o uso de internet (Sansom-Daly et al., 2016).

Numa revisão sistemática da literatura referente a adolescentes e jovens adultos, Sansom-Daly et al. (2016) destacam que os níveis de literacia variam muito um pouco por todo o mundo. De acordo com o seu trabalho, os jovens adolescentes e adultos apresentam baixos níveis de literacia funcional mesmo na presença de níveis adequados de literacia global. No que concerne às outras dimensões da literacia, elas não foram adequadamente avaliadas provavelmente porque os instrumentos de avaliação são muito simplistas e podem não espelhar adequadamente o espectro de competências reais. Desta forma, os jovens adultos apresentam dificuldade em avaliar a informação de saúde apesar do seu conhecimento e compreensão global. De notar que existem ainda poucos estudos que sustentem esta teoria (Sansom-Daly et al., 2016).

Os comportamentos em saúde são frequentemente influenciados pelo autocontrolo, pelo que os indivíduos com maior autocontrolo conseguem gerir melhor impulsos, pensamentos e sentimentos, limitando comportamentos indesejados (Szabo et al., 2019).

Os jovens com menor autocontrolo fumam, bebem e consomem alimentos com elevado teor em gordura, mais frequentemente, quando comparados com os jovens com maior autocontrolo (Szabo et al., 2019).

Empregando o autocontrolo aos comportamentos alimentares, os indivíduos com elevados níveis de autocontrolo e baixa impulsividade elegem alimentos/refeições saudáveis, optam por lanches saudáveis, comem fruta e vegetais de acordo com as porções recomendadas; os jovens mais novos tendem a gastar menos dinheiro em bebidas açucaradas ou alimentos com adição de açúcar. No entanto, existem estudos que contrapõem e destacam que o autocontrolo ainda não foi associado ao consumo de fruta ou outras formas de alimentação saudável, podendo revelar uma inibição na ingestão de alimentos pouco saudáveis aos invés de promover um comportamento alimentar saudável (Szabo et al., 2019).

A orientação temporal também é considerada um fator preditor de comportamentos de risco como o consumo de tabaco, álcool, a prática de exercício físico e os hábitos alimentares (Rojas-Rivas et al., 2020).

A família também tem um enorme impacto na literacia em saúde uma vez que esta possibilita a transmissão de princípios e valores, modelos de conduta, valores culturais, morais e éticos (Barros & Santos, 2017).

1.1.1. Saúde e alimentação

Uma alimentação saudável desempenha um papel fundamental na qualidade de vida do indivíduo. Em 2017 de acordo com Gakidou et al. (2017) os comportamentos de risco associados à alimentação representaram o principal fator de risco na morte de 1 em cada 5 indivíduos por todo o mundo.

A alimentação segura é definida como consistência na seleção, o acesso a uma quantidade suficiente de alimentos que promova um estilo de vida saudável e ativo (Hagedorn & Olfert, 2018). Os alimentos processados foram identificados como das maiores fontes de sal (World Health Organization, 2012).

Atualmente, a legislação um pouco por todo o mundo, obriga a que sejam criados rótulos com a informação nutricional de cada alimento, assim como o destaque a nutrientes (p.e. sal) que potenciam o aumento da morbilidade e mortalidade precoce (Khandpur, Swinburn, & Monteiro, 2018). Em Portugal foi criado em 2012 o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS), no sentido de reduzir os fatores de risco relacionados com as doenças não transmissíveis. Com o PNPAS foi possível a aplicação do Despacho n.º 11391/2017 a 28 de dezembro de 2017 que permitiu a redução de sal, açúcar adicionado, ácidos gordos trans, nos alimentos comercializados em Portugal, impondo regras a seguir por parte da indústria alimentar, o que promoveu o aumento do consumo de fruta e legumes e, aumentou o número de indivíduos que reconhecem a importância da dieta mediterrânea, de acordo com Direção-Geral da Saúde [DGS] (2020).

Estas medidas são fundamentais, mas os consumidores devem-se sentir motivados a adotar comportamentos alimentares saudáveis, pois se forem capazes de antecipar o impacto negativo na sua saúde individual, é que estarão aptos para agir em conformidade e reduzir substancialmente o consumo de alimentos com excesso de sal. Acrescem as características individuais como a orientação temporal, isto é, de que forma o indivíduo está orientado para o presente ou para o futuro, na tomada de decisão; percepção do risco nas suas motivações para consumir alimentos com alto teor de sal e a eficácia de todas as advertências nutricionais (p.e. campanhas, rótulos,...) (Larson, Laska, & Neumark-Sztainer, 2020; Rojas-Rivas et al., 2020).

Os fatores que permitem fazer escolhas alimentares são a fome, o prazer, a regulação do efeito de comer e a resposta sensorial. De uma forma natural o ser humano têm maior apetência a consumir alimentos com sal, pois estes dão prazer

imediatos. No entanto, o desafio prende-se com a redução do prazer imediato em prol de um futuro saudável. Consequentemente, a eficácia das campanhas para a redução do consumo de sal, têm um impacto moderado, devido à sua orientação no tempo. Existem outros fatores intervenientes como a motivação por questões relacionadas com o estado de saúde, o que é mais conveniente naquele momento, o preço, o controlo do peso, familiaridade do produto e questões éticas e, por motivações, normas ou aceitação social (Rojas-Rivas et al., 2020; Szabo et al., 2019).

No seu trabalho Rojas-Rivas et al. (2020) demonstraram que relativamente quantidade de sal descrita nos rótulos, as pessoas preferem pão com menos sal, mesmo que seja mais caro. Demonstrando que a orientação temporal é importante para a perceção do risco, dos indivíduos preocupados com a sua saúde futura, ao invés dos indivíduos preocupados apenas com o presente.

Para compreender se as variáveis psicológicas como a perceção do risco, auto controlo e as motivações sociais e externas para comer relacionam-se com os comportamentos alimentares saudáveis, Szabo et al. (2019), aplicaram questionários de autoadministração a 274 jovens Húngaros com idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos. E, observaram que existia relação direta e indireta entre o autocontrolo e os hábitos alimentares saudáveis. No entanto, as motivações externas e fatores sociais, que são difíceis de analisar, desempenham uma forte influência. A perceção do risco foi mediadora da importância que as motivações externas e sociais têm nos hábitos alimentares.

Por fim, as motivações externas como o controlo do peso, a manutenção de uma dieta saudável, a escolha de alimentos orgânicos, estão associadas a hábitos de saúde saudáveis e, são preditores positivos e importantes determinantes de saúde.

No entanto, motivações sociais como o preço ou o aspeto visual dos alimentos obstam a hábitos alimentares saudáveis.

Não foi estabelecida relação entre a perceção do risco e as motivações. Neste trabalho é sugerido que os jovens são mais conscienciosos do que seria de esperar apesar da sua baixa perceção do risco (Szabo et al., 2019).

Para compreender a segurança alimentar dos estudantes universitários do Appalachia, nos EUA, Hagedorn & Olfert (2018), desenvolveram um estudo transversal envolvendo 692 estudantes, no outono de 2016. Da análise dos dados, 36,6% dos estudantes apresentaram insegurança alimentar. Esta esteve associada aos primeiros dois anos de estudo universitário (45,8% e 46% respetivamente) e a menor prevalência foi associada aos estudantes pós-graduados (29,4%); aos que viviam fora da residência universitária (fora: 36,9% vs dentro: 30,5%); com perceção da sua saúde como fraca (21,6%) ou má (6%); que gastavam mais dinheiro antes de fazer as compras relacionadas com a alimentação e detinham menos

estratégias de *coping* para as suas decisões do dia-a-dia e; com resultados e sucesso acadêmico fracos. A insegurança alimentar está neste trabalho relacionada com a obesidade.

A associação entre a insegurança alimentar e fatores de risco cardiovasculares e metabólicos, foi estudada por Robson, Lozano, Papas, & Patterson (2017). Estes autores utilizaram os dados da “*Pesquisa de comportamentos de risco*” que incluíram 495 509 adolescentes jovens dos EUA. De acordo com os dados, 12,8% da amostra apresentava insegurança alimentar: 65,1% não tomava o pequeno-almoço, 87,3% comia menos de 5 porções de fruta e vegetais/dia; 18,1% consumiam refrigerantes 1 ou mais vezes por dia e 62,2% bebiam leite menos de 1 vez por dia. Paralelamente 29,8% apresentavam excesso de peso/obesidade, 72,2% não praticava atividade física e 74,6% não dormia 8 ou mais horas diariamente durante a semana. Os jovens na sua maioria não fumavam (87,9%) nem consumiam bebidas alcoólicas (69,5%).

Com a análise inferencial e a aplicação de uma regressão linear univariada foi possível perceber que de entre os jovens com insegurança alimentar existia a probabilidade de 2,5% mais vezes de não tomar o pequeno-almoço, dormir menos de 8h em 77%, fumar em 81% e consumir bebidas alcoólicas em 36,9% (Robson et al., 2017).

Ainda na área da segurança alimentar e para conhecer a qualidade da dieta, a literacia em alimentação, a disponibilidade de comida em casa e os comportamentos de saúde nos jovens Larson et al. (2020) utilizaram a escala “*Eating and Activity over Time*” nos períodos de 2010 e de 2018 a 1 568 jovens adultos no Minnesota, com uma média de idade de 22 ($\pm 2,2$) anos e em que 58% eram do sexo feminino.

Estes constataram que, no que se refere à literacia em alimentação, a insegurança alimentar esteve associada a: não ingestão das porções recomendadas de frutas e vegetais (vegetais de folha verde escura, vegetais vermelhos ou laranja, grãos integrais 50,6%), alimentos com potássio, cálcio e fibras e produção de vitamina D; maior ingestão de bebidas açucaradas, alimentos com adição de açúcar e com gordura saturada; baixa disponibilidade de alimentos saudáveis em casa; não tomar o pequeno almoço; comer frequentemente em restaurantes de *fast food*; comer compulsivamente (25,6%); consumo excessivo episódico de bebidas alcoólicas (CEEa) e consumo de substâncias psicoativas como tabaco, marijuana entre outras substâncias. Os jovens ingeriam menos 1 porção de fruta e legumes e mais de 9g de açúcar quando comparados com indivíduos com segurança alimentar.

Os jovens que sofriam de insegurança alimentar, mantiveram o padrão na avaliação seguinte enquanto os jovens adultos, antevendo o aumento de comportamentos de risco e apresentam um aumento de comorbilidades.

Com a pandemia por COVID-19, o comportamento dos estudantes universitários mudou. Gallo, Gallo, Young, Moritz, & Akison (2020) estudaram o impacto do isolamento entre março e abril, na dieta e atividade física, em estudantes de Biomedicina do mesmo curso universitário nos 2 anos anteriores. De acordo com estes autores a ingestão energética nos homens foi igual e nas mulheres foi em 19,5% superior quando comparado com os anos de 2019 e 2018. As mulheres fizeram pelo menos mais 2 lanches em 2020 (Gallo et al., 2020).

Os estudantes fizeram menos caminhadas, mas mantiveram o padrão de atividade física intensa. 56% dos homens e 61% das mulheres reduziram a sua atividade física e apenas cerca de 30% apresentou níveis de atividade física adequada (pelo menos 150min de atividade física). Estes dados demonstraram que o isolamento tem um impacto muito negativo ao nível da alimentação e atividade física. Este padrão comportamental tem potencial para se manter ao longo do tempo (Gallo et al., 2020).

Para compreender o impacto das motivações individuais na literacia em alimentação C. K. Lee, Liao, Lai, & Chang (2019) realizaram um estudo transversal com aplicação de questionário a 1216 estudantes de 6 Universidades em Taiwan entre abril e junho de 2016.

De acordo com estes autores, os estudantes universitários com elevados níveis de literacia em alimentação e motivação individual têm conhecimento, competências e funções cognitivas relevantes, elas estão niveladas de forma diferente na forma como utilizam esse conhecimento e essas competências, o que permitiu regular o comportamento alimentar e funcionou como facilitador na adoção de comportamentos alimentares saudáveis efetivos.

A motivação deve ser trabalhada de forma individual pois só assim é possível estimular o interesse por comportamentos alimentares saudáveis. O indivíduo pode refletir diante de todas as possibilidades no momento da escolha, permitindo que este tome consciência dos riscos e benefícios das suas decisões para a o estabelecimento de objetivos em saúde a curto, médio e longo prazo (C. K. Lee et al., 2019).

O consumo de bebidas energéticas entre estudantes universitários tem vindo a aumentar um pouco por todo o mundo. Este consumo associado ao consumo de outras substâncias como o álcool ou drogas, tem sido descrito como muito perigoso para a saúde, devido à interação farmacológica entre as substâncias (Reid & Gentius, 2018).

O consumo de bebidas energéticas com elevado teor em cafeína e álcool altera a percepção do indivíduo e provoca uma embriaguez “alerta”, mas não induz uma incapacidade cognitiva (Reid & Gentius, 2018). Tal induz à condução por embriaguez, intoxicação alcoólica, desidratação e morte (Reid & Gentius, 2018).

No seu trabalho, Reid & Gentius (2018) realizaram um estudo transversal, aplicando questionários a 1994 estudantes universitários em Trinidad e Tobago. De acordo com estes autores 66% da amostra era do sexo feminino e a média de idade era de 25 anos.

Os homens apresentaram maior probabilidade de consumir bebidas energéticas do que as mulheres.

Os jovens que consumiam bebidas energéticas apresentaram mais comportamentos de risco, como a condução sem cinto de segurança, comportamentos de heteroagressão física, mais de um parceiro sexual no último mês e outros comportamentos sexuais de risco (Reid & Gentius, 2018).

Os jovens que misturaram bebidas energéticas com álcool tiveram duas vezes maior probabilidade de ter problemas na condução de veículos, injúrias, episódios de violência e de agressão sexual. Também tem sido descrito o CEEA, beber mais depressa do que os indivíduos que bebem apenas bebidas alcoólicas, o aumento do desejo de bebidas alcoólicas, com o aumento do risco de dependência de bebidas alcoólicas. Paralelamente o consumo de marijuana, cocaína, ecstasy, medicamentos e ter comportamentos sexuais de risco. Os autores ressaltam que resta conhecer se os comportamentos de risco estão associados às bebidas energéticas *per si*, devido à sua associação ao álcool ou a características da personalidade (Reid & Gentius, 2018).

1.2. Saúde e comportamentos aditivos

O consumo de tabaco e álcool é considerado socialmente aceite em jovens com mais de 15 anos, apesar serem considerados os principais fatores para a morte prematura e morbilidade (World Health Organization, 2022). Existem vários países que limitaram o consumo de bebidas alcoólicas e de tabaco. No entanto, o consumo de tabaco não tem decrescido por todo o mundo (World Health Organization, 2021).

Em Portugal o consumo de bebidas alcoólicas teve um decréscimo de 2010 a 2016 (13,5% para 12,3%) em jovens com mais de 15 anos. O Consumo muito excessivo episódico de álcool (CMEEA) em jovens com idades compreendida entre os 15 e os 24 anos que bebiam bebidas alcoólicas foi de 51,5% (♂ 65,4% e ♀ 28,9%) (World Health Organization, 2018b). No que concerne o consumo de tabaco verifica-se que existiu uma queda drástica em jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos, e passou de 19,1% em 2000 para 14,3% em 2015 (WHO, 2018d, p. 12).

Ao nível das políticas de saúde, para incentivar a redução do consumo de tabaco foi criada a Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto alterada pela Lei nº 63/2017, de 1 de janeiro que legisla normas para a proteção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco e medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do seu consumo e abrange outros produtos de combustão (Diário da República, 2017)

Para limitar o consumo de bebidas alcoólicas, em Portugal está em vigor o Decreto-Lei n.º 50/2013, de 16 de abril, alterado pelo Decreto-Lei n.º 106/2015, que estabelece o regime de disponibilização, venda e consumo de bebidas alcoólicas em locais públicos e em locais abertos ao público (Diário da República, 2017)

Os estudantes universitários tendem a consumir substâncias psicoativas, sendo a principal o álcool seguida de tabaco para socializar, para se divertirem e obter prazer (Ansari, Ssewanyana, & Stock, 2018; Fernandes et al., 2017).

Ao comparar estudantes universitários e jovens adultos da mesma idade existem estudos que destacam que os jovens universitários consomem mais bebidas alcoólicas e marijuana/ cannabis (Cadigan, Duckworth, Parker, & Lee, 2019). Vários estudos destacam que os estudantes universitários têm problemas com o consumo de bebidas alcoólicas e consomem 1,25 vezes mais e as estudantes consomem 1,7 mais vezes do que os jovens da mesma idade. Em termos de trajetória de consumo de bebidas alcoólicas e o CMEEA os estudantes universitários aumentam o seu consumo durante a frequência do curso e após o seu *terminus* reduzem significativamente. Tal é mais evidente em jovens residentes em residências estudantis ou que partilham a casa com outros estudantes. Contrariamente os jovens adultos com a mesma idade tendem a desenvolver maior risco de consumir de forma excessiva na idade adulta.

Mais recentemente, outros autores destacam que o CEEA é transversal a esta faixa etária de jovens adultos (Cadigan et al., 2019).

Os jovens que não são estudantes universitários tendem a consumir mais tabaco e marijuana do que os seus pares estudantes universitários. Os estudantes universitários tendem a consumir substâncias sem prescrição de estimulantes quando comparados com os seus pares da mesma idade (Cadigan et al., 2019).

O consumo de álcool e marijuana/ cannabis antes de um encontro de jovens adultos é superior nos casais heterossexuais quando comparados com os homossexuais (Cadigan et al., 2019).

Em contraponto S. C. Wang, Lui, Vega, Waldrop, & Garris (2018) no seu trabalho descrevem que os jovens universitários que bebem com mais frequência, usam eficazmente o preservativo e têm menos comportamentos sexuais de risco. Tal é possível pois os jovens que bebem com mais frequência poderão ser capazes de antecipar o risco no comportamento sexual, devido ao seu padrão de uso de álcool. Estes autores destacam que é importante incorporar a prevenção do consumo de álcool e os comportamentos sexuais de risco, dado o benefício para reduzir o consumo de álcool relacionado com o sexo.

De acordo com a WHO International College Student, 1/3 dos estudantes universitários de 8 países, no seu primeiro ano tiveram um distúrbio mental de acordo com a DSM IV, como

depressão major, mania/hipomania, distúrbio de ansiedade, distúrbio de pânico, distúrbio no consumo de bebidas alcoólicas e distúrbio no consumo de substâncias. Paralelamente de uma forma geral os estudantes universitários descrevem sofrer de stress (93,7%) (Cuijpers et al., 2019).

Aquando da existência de distúrbios relacionados com o consumo de substâncias psicoativas, apenas 1 em cada 4 jovens, com idades compreendidas entre os 16 e os 24 anos procura ajuda junto dos serviços de saúde. Os jovens tendem a não partilhar os problemas ou quando partilham optam por fazê-lo com os pares ou adultos com os quais têm uma relação de proximidade (Lubman et al., 2016). Muitas vezes estes jovens não são devidamente acompanhados porque pais e pares têm baixos níveis de literacia em saúde mental, uma capacidade limitada em reconhecer distúrbios específicos; falta de conhecimento que permita uma pesquisa de informação em saúde mental, em factores de risco e causas, no auto-tratamento, para o pedido de ajuda a profissionais de saúde; assim como atitudes negativas que não promovem o reconhecimento do problema e a procura de ajuda adequadas.

Existem ainda barreiras como o medo do estigma, medo da falta de confidencialidade, falta de confiança nos serviços, falta de conhecimento relativo aos problemas, falta de confiança em si mesmo e preocupações associadas ao cuidador, o que denota a importância de aumentar a literacia em saúde mental nos jovens em geral (Lubman et al., 2016).

1.1.2.1. Tabaco

O consumo de tabaco tende a iniciar-se na adolescência em idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos, de acordo com Melchior et al. (2008) citado por Brandt et al. (2019).

Atualmente 17,5% da população mundial é fumadora, mas existiu um decréscimo significativo de 2007 até 2019 (22,7% para 17,5%). Observa-se que as mulheres são o género que apresenta taxas de prevalência mais altas nos países desenvolvidos e é onde a redução no consumo é menos evidente (World Health Organization, 2021). Atualmente o consumo de cigarros eletrónicos tem vindo a aumentar um pouco por todo o mundo (Okunna, 2021; Parisod et al., 2017) e ainda não se conhece o impacto do seu consumo na saúde a médio e longo prazo (World Health Organization, 2021).

Os jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos apresentavam taxas de prevalência de consumo de 19,1% e prevê-se que em 2025 apresentem uma taxa de 12,3% (World Health Organization, 2018c)

Nos EUA 97% dos fumadores tem pelo menos mais um comportamento de risco (Ramo et al., 2019).

Em Portugal em 2016/2017 de acordo com o IV Inquérito ao consumo de substâncias psicoativas na população residente dos 15 aos 74 anos, declararam ter fumado diariamente nos últimos 30 dias 26,3% (♂ 32,2% ; ♀ 20,6%) e o grupo etário com consumos mais elevados encontra-se entre os 25 e os 34 anos (Direção-Geral da Saúde, 2019). Os jovens com 15 ou mais anos apresentam uma taxa de prevalência de 20% para fumadores ocasionais e de 16,8% para fumadores diários. De uma forma geral, a tendência de consumo decresce para os homens e aumenta para as mulheres (Direção-Geral da Saúde, 2019).

Ao nível do consumo individual e ambiente familiar têm sido associado ao comportamento de risco, características como: iniciar o consumo em idades precoces em jovens com nível socioeconómico baixo, pais ou pares fumadores, vítimas de *bullying*, baixo desempenho académico e viver num ambiente familiar conflituoso (Boing, Boing, & Subramanian, 2019).

As escolas na sua generalidade com políticas de prevenção contra o tabagismo tendem a reduzir este comportamento nos jovens (Boing et al., 2019).

No Brasil realiza-se a cada 3 anos o *National School Health Survey* que tem como principal objetivo o estudo das doenças crónicas em estudantes. Boing et al. (2019) analisou os dados de estudantes do 9º ano, com um total da amostra de 107 072 estudantes em 2015, com o intuito de quantificar o impacto que as escolas têm na variação no consumo de tabaco e, perceber se existia associação entre o ambiente escolar e experimentar e/ou fumar cigarros ou outros produtos do tabaco.

De acordo com a análise 51,7% são do sexo feminino e $\frac{3}{4}$ tinham idades compreendidas entre os 14 e os 16 anos. Em 28,1% das mulheres e 25,4% dos homens o pai ou a mãe fumava, 86,1% e 81,6% estudava numa escola onde professores e estudantes fumavam na escola e mais de $\frac{2}{3}$ dos estudantes descrevem situações de violência na vizinhança nos últimos 30 dias. Para as situações de violência nas imediações da escola a probabilidade de fumar foi 32% superior nas mulheres e 8% superior nos homens e de fumar de forma frequente superior em 32% nas mulheres e 13% nos homens quando comparado com as escolas onde não existe violência nas imediações (Boing et al., 2019).

Homens e mulheres têm a mesma proporção em termos de consumo de tabaco (fumam: ♂ 12,2%; ♀ 14,9%; nunca fumaram: ♂ 9,2%; ♀ 12,5%). Os jovens com pais fumadores apresentam uma prevalência superior de consumo de tabaco ou outro tipo de tabaco.

A prevalência no consumo de tabaco foi superior nas escolas onde professores e estudantes fumavam nas instalações com OR de 1,37 nas mulheres e 1,19 nos homens.

Já nos EUA, 277 034 indivíduos participaram no *National Behavioral Risk Factor*, de 2016, e Okunna (2021) usou os dados, para perceber se existia associação entre a saúde mental e o consumo concomitante de cigarros e de tabaco eletrônico.

De acordo com este autor 52,8% não fuma, 2,4% fuma concomitantemente cigarros e cigarros eletrônicos, sendo o consumo maior nos homens; 4,2% fuma apenas cigarros eletrônicos e 5,9% só cigarros.

O uso concomitante de cigarros e tabaco eletrônico foi superior em indivíduos com uma saúde física e mental pobre, depressão; com consumo esporádico, consumo excessivo episódico e com consumo excessivo de bebidas alcoólicas quando comparados com os indivíduos que fumavam cigarros ou que não fumavam (Okunna, 2021).

Os fumadores apresentam maior probabilidade de ter depressão, fraca saúde física, consumir bebidas alcoólicas e CEEA, quando comparados com os não fumadores. Paralelamente, os fumadores apresentam uma probabilidade 3 vezes superior de consumir substâncias psicoativas como marijuana/ cannabis e, duas vezes superior de beber bebidas alcoólicas de forma excessiva quando comparados com os não fumadores (Okunna, 2021).

Para examinar o perfil de comportamentos de risco de jovens fumadores ao longo de 12 meses, Ramo et al. (2019) desenvolveram um ensaio clínico com o intuito de promover a cessação tabágica em 3 meses de 500 jovens, com uma média de idade de 20,9 anos e realizar o seu acompanhamento ao longo de 12 meses.

Neste trabalho foram identificados 10 comportamentos de risco tais como uma alimentação não saudável, má higiene do sono, baixa ingestão de fruta e vegetais, inatividade física, consumo de cannabis, má gestão do stress, má gestão da depressão, CMEEA, não utilização de preservativo e consumo de outras drogas.

Os participantes apresentavam 5,4 ($\pm 1,7$) comportamentos de risco: 100% fumador, 84,5% dieta rica em gordura, 71,6% má higiene do sono e 69,4% uma baixa ingestão de frutas e vegetais, os restantes comportamentos de risco foram menos frequentes. No acompanhamento ao longo dos 12 meses os participantes de baixo risco, mantém o padrão em todos os comportamentos exceto no consumo de tabaco (risco de voltar a fumar), no CMEEA, no consumo de cannabis e de outras drogas e, o risco metabólico. Os jovens com mais fatores, foram de elevado risco e, apresentavam comportamentos como baixa ingestão de fruta e legumes, dieta rica em gordura, inatividade física, má higiene do sono (Ramo et al., 2019).

Múltiplos comportamentos de risco são comuns nos jovens fumadores, e estes não estão disponíveis para os mudar a todos. Pelo que existe um enorme benefício em segmentar e intervir nos múltiplos comportamentos de risco, no contexto de uma única intervenção. As intervenções devem acompanhar os estádios de mudança, combinando as metas de tratamento de acordo com os comportamentos de risco identificados, incluindo modelos motivacionais para reduzir o consumo de outras substâncias e melhorar os comportamentos com impacto ao nível metabólico (Ramo et al., 2019).

Precioso et al. (2012) estudaram a prevalência do consumo de tabaco em adolescentes por regiões, em Portugal, no ano letivo de 2008/2009, com uma amostra de 8764 alunos.

De acordo com este trabalho, 9,6% (♂10,2%; ♀9,1%) dos estudantes são fumadores e 2,9% (♂3,3%; ♀2,6%) são fumadores ocasionais, com o consumo a aumentar com a idade (15 anos: ♂12,3%; ♀8,6%).

A primeira experiência de consumo de tabaco ocorre em média, aos 12,7 ($\pm 2,52$) anos (♂ 12,3 $\pm 2,7$ anos; ♀ 13 $\pm 2,27$ anos); com maior frequência na escola (25,4%) e em casa de amigos (18,6%), tanto em rapazes como em raparigas. A maioria dos adolescentes (72%) tem acesso ao primeiro cigarro a partir de um amigo e, a curiosidade surge como o principal motivo para experimentar fumar (77,9%).

Os dados da região Centro são muito semelhantes ao total da amostra. São consumidores regulares 8,5% (♂10,1%; ♀7,3%) e fumadores ocasionais 3,4% (♂4,7; ♀2,3) (Precioso et al., 2012).

1.1.2.2. Álcool

O consumo de bebidas alcoólicas de acordo com World Health Organization (2018b) é um grave problema de saúde pública, particularmente em países desenvolvidos dos continentes Europeu e Americano e na população académica, está associado a fatores pessoais, ambientais e sociodemográficos.

Portugal é dos países da Europa que apresenta maior taxa de consumo de bebidas alcoólicas em jovens adultos com mais de 15 anos (World Health Organization, 2018b). De acordo com o INE (2014) 67,3% dos jovens dos 15 aos 24 anos relataram ter um padrão de consumo de bebidas alcoólicas de risco nos últimos 12 meses. O consumo de bebidas alcoólicas em idades precoces é preditor de consumo nos jovens adultos e adultos e tem um forte impacto na sintomatologia psicopatológica de acordo com Carbia, Corral, García-Moreno, Cadaveira, & Caamaño-Isorna (2016).

Os jovens entre os 20 e os 24 anos bebem de forma regular, o que pode significar uma prevalência no pico de consumo (WHO, 2018, p.50). As mulheres bebem com menos frequência, mais de metade da população feminina mundial com 15 anos ou mais é abstémica vitalícia (♀: 54,6%; ♂: 34.5%), estas deixam de beber com maior frequência (♀13,1%; ♂ 11,9%) e quando bebem, bebem em menor quantidade e ficando menos vezes alcoolizadas (World Health Organization, 2018b).

O consumo de álcool nos jovens está relacionado com eventos adversos psicológicos, sociais e com consequências físicas, onde se inclui a violência, acidentes, injúrias, comportamentos sexuais de risco, baixo desenvolvimento psicomotor, baixo desempenho académico, aumento do risco de consumo de outro tipo de drogas; consequências sociais e económicas para os indivíduos e para as sociedades (Chen et al., 2016; Gordon, Jones, Kervin, & Lee, 2016; König, Skriver, Iburg, & Rowlands, 2018; World Health Organization, 2018b).

Os jovens são um grupo particularmente vulnerável devido há crescente e constante exposição a diferentes tipos de representações da comunicação social, sendo os principais fatores de risco para o consumo de álcool em jovens adolescentes para Primack, Nuzzo, Rice, e Sargent (2012, p. 2).

Estes devem desenvolver competências para serem capazes de responder a toda a publicidade a bebidas alcoólicas a que estão expostos em todos os meios de comunicação, incluindo a publicidade online (Ex: Youtube. Facebook, entre outros), publicidade no ambiente (Ex: outdoor, campos de futebol, entre outros) e as formas mais tradicionais como na televisão, rádio ou em impressões (jornais, revistas,...) (Chang et al., 2016; Gordon, Howard, Jones, & Kervin, 2016).

A televisão tem sido utilizada como uma ferramenta de *marketing* efetiva para promover bebidas alcoólicas e imagens de marca e os jovens estão constantemente expostos a programas televisivos, como filmes e videoclips com informação relativa a álcool associada, o que os torna mais suscetíveis a iniciar o consumo e beber em grande quantidade bebidas alcólicas (Chen et al., 2016; Dumbili & Henderson, 2017).

Para compreender o impacto da comunicação social, (Chen et al., 2016) analisaram a programação televisiva e revelam que 78% dos filmes mais populares entre 1985 e 2010 contém pelo menos um personagem principal que bebe bebidas alcoólicas ou cujos comportamentos pressupõe o consumo de bebidas alcoólicas; 20% dos dos videoclips contém cenas com álcool de acordo com Primack et al. (2012) citado por Chen et al, (2016).

Para além dos fatores de risco acima referidos acrescem aos estudantes universitários mais fatores de risco porque estes adquirem mais cedo independência,

há uma significativa redução do controlo parental e um aumento significativo dos contatos sociais (Terlecki, Ecker, & Buckner, 2020; Zadarko-Domaradzka et al., 2018).

Os estudantes universitários e jovens adultos da mesma idade apresentam padrões de consumo de bebidas alcoólicas, problemas associados ao álcool, usam o consumo de bebidas alcoólicas para lidar com problemas de forma similar (Kenney, Anderson, & Stein, 2018).

O consumo de bebidas alcoólicas nos estudantes universitários tem efeitos nefastos na saúde física, cognitiva e emocional e tem sido associado a má performance académica, como maior absentismo escolar, não cumprimento de prazos e de atividades académicas e a redução da performance académica. E, associado ao consumo de outras drogas, comportamentos sexuais de risco, comportamentos antissociais, violentos e desadequados e deficit neurocognitivo assim como transtornos internalização e externalização (L. S. Almeida, Casanova, Fernández, Reppold, & Gonzalez, 2020; Carbia et al., 2016).

Este consumo pode agudizar a tendência para transtornos de forma diferente em homens e mulheres, pois a psicopatologia varia de acordo com o género. As mulheres tendem a desenvolver transtornos internalização e os homens transtornos externalização (Carbia et al., 2016; Terlecki et al., 2020). Assim, as mulheres estudantes universitárias que consomem bebidas alcoólicas de forma excessiva têm maior propensão a ser vítimas de abuso físico e sexual e alvo de mais sanções sociais (Podstawski, Wesołowska, & Choszcz, 2017). A tendência de consumo em jovens adultos e estudantes universitários tende a igualdar, com mulheres a consumir mais bebidas alcoólicas (Podstawski et al., 2017).

O consumo de bebidas alcoólicas depende similarmente da perceção que o estudante universitário tem. As perceções negativas funcionam como fator protetor. As perceções positivas são mais tolerantes ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas, minimizando o impacto negativo do consumo de bebidas. Os estudantes universitários ostentam a expectativa de que as bebidas alcoólicas estão relacionadas com o prazer, intrinsecamente ligadas às festas académicas e a adaptação à universidade onde as bebidas alcoólicas são um recurso a integração académica. Os elevados níveis de stress e de baixa autoestima devido a dificuldades na adaptação académica, pode conduzir a consumos abusivos, pois os estudantes universitários têm fraca capacidade de poder de decisão no que concerne ao consumo de bebidas alcoólicas (L. S. Almeida et al., 2020; Terlecki et al., 2020).

O padrão de consumo excessivo de bebidas alcoólicas nos estudantes universitários pode estar relacionado com a dificuldade que os estudantes têm em se adaptar aos níveis elevados de educação, principalmente nos jovens que estão longe da família, que têm de gerir a sua autonomia e gerir todas as suas atividades de vida diárias, a sua responsabilidade académica e a gestão dos seus recursos económicos. Com todos estes desafios, os jovens

tendem a consumir bebidas alcoólicas para iniciar e melhorar as suas relações interpessoais e as suas amizades e, para ultrapassar sentimentos de solidão, ansiedade e sintomas depressivos (Davoren, Dahly, Shiely, & Perry, 2018).

Para compreender o comportamento em termos de consumo de bebidas alcoólicas em Portugal foi realizado um inquérito aos jovens que participaram no Dia da Defesa Nacional em 2018. A prevalência do consumo de bebidas alcoólicas foi de 89% (85% nos últimos 12 meses e 68% nos últimos 30 dias), 9% declara o consumo diário ou quase diário e 52% revelam CEEA, 64% beberam excessivamente e 34% até à embriaguez severa. Comparativamente com 2015, os jovens apresentam maior consumo diário e menor prevalência de embriaguez (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: Investigação, 2019).

No sentido de validar uma *Escala de Percepções sobre o Consumo de Álcool em Estudantes do Ensino Superior*, L. S. Almeida et al. (2020) incluíram 531 estudantes do 1º ano do Ensino superior em Portugal, para estudar as percepções positivas e negativas face aos efeitos do consumo de bebidas alcoólicas.

Para além da sua validação, demonstraram que existem diferentes padrões de consumo entre homens e mulheres. Consomem mais bebidas alcoólicas os homens que estão em residências universitárias, em cafés e restaurantes e, têm um padrão de consumo semelhante homens e mulheres em bares e discotecas L. S. Almeida et al. (2020).

Passando um pouco para outros países europeus, constatou-se que a tendência de consumo de estudantes universitários na Polónia alterou-se drasticamente com a entrada na União Europeia, Podstawski et al. (2017), realizaram questionários aos estudantes do primeiro ano da universidade de Warmia e Mazury em Olsztyn entre 2000 e 2016 a cada 2 anos, com uma amostra total de 9 778 estudantes.

De acordo com os resultados, os abstémicos representaram 7 a 12% dos homens e 12 a 18% das mulheres. Existiu um decréscimo significativo de abstémicos em ambos os sexos, sendo esta diferença mais significativa nas mulheres com um diferencial de 7% em 2002 até 2016 (18,5% em 2002 e 11,5% em 2016). Nos homens o decréscimo representa 5% (12% em 2000 e 7,2% em 2016).

O consumo teve um aumento linear regular. O consumo de bebidas alcoólicas uma vez por mês (♂8–12%; ♀12–24%) e uma vez por semana (♂: 3–9%; ♀: 3, 9%-6.6%) aumentou.

Para o consumo excessivo, 8–13% dos homens e 4-13% declararam que ficaram inconscientes. Este aumento é mais expressivo nas mulheres, com 2,6 vezes

mais, sendo as mulheres o género que descreve mais vezes o estado de inconsciência em 2016 (Podstawski et al., 2017).

O tipo de bebida alcoólica também mudou. A cerveja continua a ser a bebida mais consumida (♂45-50%; ♀57-60%), o vinho teve um decréscimo de (♂12%; ♀20%) em 2016 e o consumo de vodka aumentou (♀8-9%). No sexo masculino o consumo de outras bebidas como whiskey, brandy e cognac aumentou nos homens de 2 para 12,5% e nas mulheres de 12 para 15% em 2016 (Podstawski et al., 2017).

De uma forma geral os jovens tendem a consumir apenas 1 tipo de bebida (♂ 53-62%; ♀ 38-45%) (Podstawski et al., 2017).

A atitude relativamente à presença de bebidas alcoólicas no campus universitário foi cada vez mais tolerante e a vontade de parar de beber durante o período de aulas também decaiu (Podstawski et al., 2017).

Em 2015 foi realizado o ESPAD - *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*, e verificou-se que 71% dos estudantes portugueses com 16 anos ingeriu bebidas alcoólicas, dos quais 66% nos últimos 12 meses e 42% nos últimos 30 dias. 22% ficaram embriagados nos últimos 12 meses. 20% apresentaram o CEEA e 9% ficaram embriagados nos últimos 30 dias (ESPAD, 2015).

Os homens apresentaram maior CEEA, mas sem diferenças estatisticamente relevantes nas situações de embriaguez.

Existiu um decréscimo da prevalência do consumo, no segundo quadriénio consecutivo, tanto no CEEA como na embriaguez no sexo masculino.

Em Portugal em 2007, 2011 e 2015 a prevalência de consumo e práticas de consumo nocivo, foi inferior à média europeia, mas este comportamento tem vindo a diminuir e a igualar os dados obtidos nos outros estados membros.

Os estudantes portugueses de 16 anos iniciaram consumo de bebidas alcoólicas com 13 anos ou menos em 41% (51% em 2011), e 5% embriagaram-se com 13 anos ou menos (8% em 2011). Esta proporção foi inferior à média europeia (47% e 8%).

Na análise da perceção do risco, os estudantes apresentaram maior perceção do risco face a anos anteriores e à média europeia. Assim, consideram o consumo de alto risco, o consumo diário 1 a 2 bebidas 25%, o consumo de 4 a 5 bebidas 70%, o consumo de 5 ou mais bebida ao fim-de-semana 46% dos estudantes de 16 anos (ESPAD, 2015).

Os jovens portugueses com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos de uma forma geral atribuem o consumo de bebidas alcoólicas como de risco elevado para a sua saúde, com prevalência de consumo a decrescer nomeadamente ao nível da embriaguez na grande maioria dos grupos etários (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: Investigação, 2019).

Relativamente ao tipo de bebidas alcoólicas consumidas por estudantes portugueses do 6º, 8º e 10º ano, constatou-se que a maior frequência esteve relacionada com as bebidas destiladas e a cerveja (o vinho é menos frequente). Destes grupos 12% já esteve embriagado uma vez na vida e, este estado é tanto mais frequente quanto mais velho for o jovem. O CEEA reduziu no sexo masculino e subiu no feminino em termos de prevalência, mas desceu de uma forma geral nas faixas etárias dos 15-24 e 25-34 anos, face ao ano de 2012 (World Health Organization, 2018a).

Existe uma forte preocupação pelo consumo excessivo episódico de álcool (CEEA) que coincide com a entrada e permanência no Ensino Superior (Abreu, Eleotério, Oliveira, Pedroni, & Lacena, 2020; Zadarko-Domaradzka et al., 2018).

No sentido de conhecer a prevalência do consumo de álcool (cerveja, vinho e vodka) Zadarko-Domaradzka et al. (2018) realizaram um questionário a 1369 estudantes universitários do primeiro ano, da Euro-região dos Cárpatos. De acordo com estes autores, 80% dos estudantes universitários bebe bebidas alcoólicas e destes 70% admite beber ocasionalmente, 5,2% bebe de forma regular e destes e 1 em cada 7 estudantes bebe excessivamente, sendo os estudantes do sexo masculino os que bebem com maior frequência. A bebida de eleição é a cerveja.

Para os estudantes que bebem foi estabelecida relação estatística com outros comportamentos de risco como fumar e, o consumo excessivo de álcool. Foi encontrada relação entre pais com mais habilitações literárias e um rendimento mensal bom e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas em estudantes universitárias do sexo feminino polacas e, por outro lado baixo rendimento mensal e consumo excessivo de álcool de estudantes universitárias do sexo feminino Ucrânianas (Zadarko-Domaradzka et al., 2018).

Para compreender o impacto do consumo de bebidas alcoólicas nos estudantes universitários, Carbia et al. (2016) desenvolveram um estudo transversal que envolveu 3 696 estudantes universitários em Madrid do 1º ano.

De acordo com os seus resultados os jovens universitários que iniciaram o consumo de bebidas alcoólicas tiveram um risco aumentado de sintomas psicopatológicos em idades mais precoces, sendo o género feminino mais vulnerável (Carbia et al., 2016).

Com o objetivo de perceber o impacto do género no consumo de bebidas alcoólicas em estudantes universitários irlandeses, Davoren et al. (2018) realizou um estudo transversal, randomizado por classes, numa universidade envolvendo 2332 questionários. Os resultados foram analisados por grupos e por género.

Na análise por género, verificaram que no género masculino, o primeiro grupo, designado por hedonista (21%) representou os estudantes que consomem bebidas alcoólicas antes de sair de casa. Este grupo descreve o envolvimento em situações de agressão física, com o consumo de bebidas alcoólicas a afetar o trabalho e os estudos ou a faltar ao trabalho devido ao consumo, e a promover uma ou mais relações sexuais não planeadas. Neste grupo os estudantes admitem que o consumo de bebidas alcoólicas faz parte da vida académica e é muito útil quando se tenta “quebrar o gelo” depois de se ser apresentado a pares. Estes também admitem que o álcool potencia situações de violência e de relações sexuais não planeadas. Apesar de admitirem os problemas que o consumo de bebidas alcoólicas causa, continuam a consumir bebidas alcoólicas antes de sair de casa (Davoren et al., 2018).

O segundo grupo do sexo masculino foi caracterizado como conformista responsável (53%). Este grupo caracteriza-se pelo CMEEA e o consumo antes de sair de casa. Os homens arrependem-se daquilo que disseram ou fizeram e afirmam que concordam que o consumo de álcool os levou a ter comportamentos agressivos e relações sexuais não planeadas. Estes consideram que cada um deve ser responsável pelos seus atos. Neste grupo os jovens não se identificam como tendo consumo perigoso de bebidas alcoólicas, não vêm impacto negativo que tem nos outros, nem reconhecem os efeitos secundários (Davoren et al., 2018).

Por último o grupo de consumidores controlados (23%). Neste grupo os estudantes não consomem bebidas alcoólicas antes de sair de casa, não descrevem qualquer efeito secundário relacionado com o consumo de álcool e, não concordam com nenhum aspeto positivo associado ao consumo do mesmo, mas ao invés descrevem que o seu consumo potencia comportamentos violentos. Neste grupo estão incluídos os abstémicos e os estudantes que têm baixo risco de consumo (Davoren et al., 2018).

No que concerne as mulheres o grupo hedonista (30%) as mulheres consumiam bebidas antes de sair de casa, mas não reportam qualquer impacto em termos de trabalho e no seu percurso académico para com os que as rodeiam. Elas sentem o impacto do consumo no trabalho e no estudo e em algumas situações arrependem-se de ter consumido bebidas alcoólicas. O álcool é considerado uma parte integrante da vida académica, uma forma de “quebrar o gelo” nas relações e, um meio para se divertirem mais. Tal como no grupo dos homens admitem que o seu consumo pode levar a situações de violência e de relações sexuais não planeadas.

Outro grupo identificado no sexo feminino foi o de “consumidores que são influenciados por pares” (22%). Este grupo tem todas as características identificadas no anterior, mas ao contrário dos consumidores hedonistas, neste grupo as mulheres tendem a identificar muitos aspetos positivos no consumo de bebidas alcoólicas, mas reconhecem o

impacto negativo para si e para os que as rodeiam. Elas são intrinsecamente sociais e acabam por sucumbir aos efeitos negativos das bebidas alcoólicas.

As consumidoras controladas (23%) e conformista responsável (25%) têm padrões iguais aos dos homens (Davoren et al., 2018).

Este trabalho chama a atenção para a mudança no padrão de consumo das mulheres que tende a se assemelhar ao dos homens, com um grupo de consumidoras que são influenciadas por pares. Neste trabalho é evidente que os jovens associam claramente o consumo de bebidas alcoólicas a comportamentos violentos e a relações sexuais não planeadas (Davoren et al., 2018).

Algumas normas sociais mitigam comportamentos de risco como o consumo de bebidas alcoólicas e comportamentos sexuais de risco (Y. Wang, Chen, & Lee, 2019).

Os estudantes universitários enfrentam um complexo processo de negociação das mensagens sociais que advêm de diferentes atores como a família, amigos ou colegas da escola, que vão interferir no bem-estar individual. Por exemplo, o consumo de bebidas alcoólicas é incentivado por familiares, mas desincentivado por pares e por colegas de escola. Está também documentado, de acordo com este autor, que são consumidores de bebidas alcoólicas jovens cujos pais têm história de CMEEA, amigos e colegas de escola com consumo elevado de álcool. No que concerne aos comportamentos sexuais de risco, estes estão mais relacionados com os comportamentos dos pares e dos colegas da escola e quando os pais não falam com os filhos sobre temas relacionados com a sexualidade (Y. Wang et al., 2019).

As normas sociais têm um enorme impacto nos comportamentos de risco, para conhecer o impacto de familiares, amigos e colegas de escola. Y. Wang et al. (2019) aplicaram questionários a 11 086 estudantes do 7º ao 12º ano. De acordo com os resultados, 50% são do sexo feminino, e emergiram 5 perfis de normas sociais e comportamentos de risco.

De acordo com os resultados obtidos, os adolescentes com um perfil restritivo congruente (as normas aplicadas são iguais em pais, amigos e por colegas de escola) apresentam menos comportamentos de risco (6%). Os que apresentaram um perfil incongruentes, (as normas são diferentes entre pais e os pares e colegas de escola: desenvolvimento normativo-baixo risco (30%), desenvolvimento normativo-alto risco (40%) e perfis resilientes (5%), apresentam comportamentos de risco ao nível moderado. Por fim, os que apresentavam um perfil normativo congruente permissivo, (sem normas estabelecidas), são os que apresentam mais comportamentos de risco ao longo do tempo (10%). Ao comparar os 3 grupos destacou-se que os jovens do grupo 3 apresentam mais CEEA quando comparados com o primeiro grupo.

Desta forma os jovens com perfil congruente restritivo e perfil normativo de baixo risco, exibiram menos comportamentos de risco ao longo do tempo. O grupo com perfil resiliente, de desenvolvimento normativo de alto risco e congruente permissivo são os que apresentavam mais comportamentos de risco ao longo do tempo, respetivamente. As normas sociais foram impactantes para os comportamentos de risco (Y. Wang et al., 2019).

As estratégias de proteção individual têm sido aplicadas a estudantes universitários com consumo excessivo de álcool, no entanto, para Terlecki et al. (2020) é importante conhecer de que forma a ansiedade social interfere. Assim, foi realizado um estudo transversal a 431 estudantes universitários americanos que consumiam excessivamente bebidas alcoólicas.

A amostra era predominantemente do sexo feminino (75,9%), com média de idade de 20,3 ($\pm 2,2$) anos e 24% dos estudantes da amostra sofrem de transtorno de ansiedade. Neste trabalho foi encontrada relação estatisticamente significativa entre o transtorno de ansiedade, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas e uma má utilização de estratégias de proteção individual. Os estudantes com transtorno de ansiedade tendem a beber menos vezes, no entanto, quando o fazem, bebem excessivamente quando comparados com os estudantes que não têm transtorno de ansiedade (Terlecki et al., 2020).

O excesso de peso/ obesidade tem sido amplamente associado ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas em jovens adultos. Tal acontece não só pelos maus hábitos alimentares, mas também pelo tipo e padrão de consumo de bebidas alcoólicas, o que aumenta significativamente a energia ingerida e consequentemente há o aumento de peso. O CEEA contribui de forma significativa para o excesso de peso/ obesidade em jovens adultos (Scott et al., 2018).

Nos EUA está descrito que os estudantes universitários para evitarem o aumento de peso, optam por reduzir a ingestão de alimentos e assim ingerir bebidas alcoólicas. Este comportamento promove situações de alcoolização e por conseguinte, acidentes em que os estudantes são vítimas (Scott et al., 2018). Em algumas culturas o consumo de bebidas alcoólicas está associado a comer, como por exemplo, quando é vendida uma bebida alcoólica é oferecido um snack. Depois de beber os jovens tendem a procurar comida e como se sentem mais desinibidos as suas escolhas tendem a não ser saudáveis (Scott et al., 2018).

1.1.3. Saúde sexual e reprodutiva

Atualmente as principais causas de morbidade face à sexualidade nos adolescentes são a gravidez e as Infecções sexualmente Transmissíveis (IST's) (Cassidy, Steenbeek, Langille, Martin-Misener, & Curran, 2019; Miranda et al., 2018b; World Health Organization, 2016). A tendência mundial é para o aumento dos comportamentos sexuais de risco (Adedini, Mobolaji, Alabi, & Fatusi, 2021).

A incidência de IST's tem vindo a aumentar um pouco por todo o mundo (World Health Organization, 2016). Grande parte das IST's são assintomáticas, pelo que os indivíduos infetados continuam a transmitir a doença porque não são tratados e provocam o aumento da morbidade, devido às lesões deixadas no sistema reprodutivo e de mortalidade (Cassidy et al., 2019; Davidson et al., 2021; Direção-Geral da Saúde [DGS], 2021; Provenzano et al., 2018).

Em Portugal foi decretada a obrigatoriedade da notificação de IST's como gonorreia, hepatites, *Chlamydia trachomatis*, Sífilis e VIH (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2016). Também foi incluído no Plano Nacional de Saúde 2021-2030 a tendência para nula a taxa de Recém-nascidos com sífilis neonatal.

A Clamídia e a gonorreia são as IST's mais prevalentes nos EUA. A taxa de infeção de clamídia foi o dobro nas mulheres e a de gonorreia foi mais prevalente nos homens. Em 2019 $\frac{2}{3}$ das infeções foram em jovens dos 15 aos 24 anos (Davidson et al., 2021). Os adolescentes e jovens correm mais risco de contrair estas IST's porque o seu sistema imunitário é imaturo (J. R. Santos & Gonçalves, 2016).

Os comportamentos sexuais de risco foram definidos como um novo parceiro sexual, mais do que um parceiro sexual, parceiro sexual num curto intervalo de tempo, parceiro sexual ocasional, parceiro sexual que tem outros parceiros sexuais em simultâneo, uso inconsistente e incorreto do preservativo quando a relação não é monogâmica, a existência prévia de uma IST (Davidson et al., 2021; Workowski et al., 2021), nível socioeconómico baixo, dificuldade no acesso aos cuidados de saúde (Workowski et al., 2021) e gravidez não programada (Granados, Moyano, & Sierra, 2020).

Outro grupo identificado como de risco são os jovens que estão institucionalizados, os que recebem apoio de clínicas, que estão envolvidos em exploração sexual ou sexo para sobreviver: sexo em troca de dinheiro, drogas, comida e/ou um espaço para viver. Também os jovens que têm relações sexuais homossexuais, transgénero, portadores de deficiência, com uso indevido de substâncias ou mau estar social e psicológico, de acordo com o *Centers for disease*,

control and Prevention citado por Granados et al. (2020) e Workowski et al. (p.12, 2021).

A percepção do risco é claramente afetada em jovens adultos com consumo de bebidas alcoólicas e drogas ilícitas, pois com o seu uso, há depressão do sistema nervoso central e alterada da forma como é feito o processamento da informação (Gräf, Mesenburg, & Fassa, 2020).

Um pouco por todo o mundo a idade de início da atividade sexual tem vindo a diminuir e Portugal não é exceção (Gravata, Castro, & Borges-Costa, 2016; World Health Organization, 2016). O início precoce da atividade sexual está associado à existência de múltiplos parceiros sexuais, elevadas taxas de IST's, distúrbios emocionais, consumo de bebidas alcoólicas, tabaco e drogas, elevadas taxas de abortamento, complicações durante a gravidez e partos prematuros (Miranda et al., 2018b).

O início da atividade sexual pode ser influenciada por pressão social e, uma vez iniciada a atividade sexual é difícil recusar a sua prática nas relações vindouras, tal é mais evidente no sexo masculino, que é o género que inicia mais precocemente a prática (Gravata et al., 2016). Existem ainda muitas crenças de cariz negativo e que são limitadoras do ponto de vista do género. As mulheres, principalmente com baixo rendimento têm menos capacidade de negociação para a utilização do preservativo, pois socialmente a fidelidade e confiança no homem, reitera o papel da mulher na sociedade (Amaral, Santos, Paes, Dantas, & Santos, 2017).

Os comportamentos sexuais de risco, nos jovens adultos, mais propriamente nos estudantes universitários, estão intimamente relacionados com a incapacidade de avaliar o risco, visão com expectativas fatalistas face ao futuro, falta de conhecimento em educação sexual, falta de apoio do ponto de vista das estruturas organizacionais, falta de capacidade de comunicação social, falta assertividade nas tomadas de decisão relativas à sexualidade, necessidade elevada de procura de sensações sexuais e tomada de decisão face a sexualidade de acordo com o padrão de pares (Gräf et al., 2020; Granados et al., 2020; Rodrigues, Souza, Vieira, & Freitas, 2018).

A percepção do risco por parte dos jovens relativamente às normas que são percecionadas pelos seus pares para a atividade sexual, uso de preservativo ou anticoncecionais e o consumo de álcool e substâncias psicoativas afeta os seus comportamentos (L. S. Almeida et al., 2020; Sales, Visentin, Mocelin, & Simm, 2016; M. J. Santos, Ferreira, Duarte, & Ferreira, 2018).

A assertividade sexual refere-se á capacidade que o individuo tem de iniciar o contato sexual, rejeitar contato sexual indesejado e negociar a utilização de métodos contraceptivos (Granados et al., 2020).

A autoestima interfere significativamente nos comportamentos sexuais de risco. Os jovens com autoestima elevada iniciam a sua atividade sexual mais tardiamente e os com autoestima baixa mais precocemente e desenvolvem sentimentos de medo, insegurança, rejeição e baixa orientação para o futuro (Rodrigues et al., 2018).

Após a adoção de comportamentos de sexuais de risco nasce no jovem adulto sentimentos de medo, arrependimento e estigma (Granados et al., 2020).

A família representa um importante papel no empoderamento das jovens para que estas sejam capazes de diminuir os seus comportamentos sexuais de risco, na prevenção de IST's, na promoção da utilização de preservativo e outros anticoncecionais, na redução de parceiros sexuais, na vivência da sexualidade e das relações afetivas de forma satisfatória, com dignidade, responsabilidade e prazer pelo que a intervenção deve incluir irmãs mais velhas e cuidadoras/mães (Donenberg et al., 2020; Queirós et al., 2016). Já inexistência de supervisão parental e o fato da sexualidade ainda ser considerada tabu no seio familiar interfere no contacto com os serviços de saúde, e é preditor de comportamentos sexuais de risco (R. A. A. Almeida et al., 2017; Basaran A.G, 2017; Bersamin, Fisher, A., Marcell, & Finan, 2017; Gräf et al., 2020).

Estudos portugueses relativos à sexualidade, demonstram que os jovens na sua maioria, possuem atitudes e crenças positivas face a sexualidade e ao VIH/SIDA. As raparigas são quem detêm mais conhecimento, crenças e atitudes positivas, no que concerne a prática sexual, planeamento familiar e educação sexual e menos preconceitos, à semelhança do que acontece a nível internacional Carvalho, Pinheiro, Gouveia e Vilar (2016, p. 348).

Um maior nível de informação e conhecimento sobre a temática contribuí para menos atitudes negativas e crenças limitadoras em relação ao género, contraceção, violência no namoro e comportamento sexual. (Carvalho, Pinheiro, Gouveia, & Vilar, 2016, p. 359).

Neste contexto, foi realizado um questionário com 21 questões relativamente às atitudes perante a sexualidade e posteriormente aplicada uma regressão linear para relacionar os padrões de comportamento e a literacia em sexualidade a 1786 Estudantes Universitários na Tasmânia. De acordo com os resultados foram identificados 3 padrões de comportamento: um conservador, outro com estereótipos relativamente a indivíduos portadores de VIH e por último um padrão sexualmente responsável. Para a relação com a literacia em sexualidade, os estudantes com estereótipos relativamente aos portadores de VIH apresentam níveis de literacia mais

baixos em contraponto com o grupo de estudantes com comportamento conservador e com padrão sexualmente responsável (S. Simpson et al., 2017).

As mulheres e os estudantes mais velhos apresentam níveis de literacia superiores e menos estereótipos face a pessoas portadoras de VIH/SIDA. Demonstraram ter mais responsabilidade sexual e ser mais tolerantes com indivíduos com VIH/SIDA os estudantes que tiveram em ciclos anteriores, educação sexual.

As atitudes relativas à educação sexual e à literacia em sexualidade variam de acordo com características demográficas, e com os padrões culturais. Assim, para a obtenção de níveis elevados em literacia é fulcral enquadrar a educação em sexualidade, aos padrões culturais vigentes (S. Simpson et al., 2017).

Os jovens recorrem a diferentes recursos para adquirirem informação sobre saúde sexual como internet, revistas, jornais, filmes, televisão, redes sociais, médico de família, livros, amigos e familiares de acordo com (Barros & Santos, 2017; Provenzano et al., 2018). Muitas vezes a informação que existe online é inadequada e inapropriada, mas é aceite por estes jovens, o que potencia inúmeros problemas, pois estes não contêm informação suficiente que lhes permita ter uma clara noção do impacto que a media exerce sobre eles. Estes acreditam que estão a adquirir informação, quando na realidade estão a adquirir ideologia (Basaran A.G, 2017; A. C. B. dos Santos, 2015; Serra, 2017).

Por outro lado vivemos um novo fenómeno associado às novas plataformas digitais, que promovem os encontros que visam a prática sexual de pessoas desconhecidas (Gräf et al., 2020).

Um pouco por todo o mundo existe um vasto investimento em planeamento familiar, nomeadamente em estudantes universitários.

Os estudantes universitários, de um modo geral, apresentam falta de informação relativamente a atividade sexual e utilização da contraceção. Mitos, assim como elevados níveis de *outcomes* negativos associados a atividade sexual. Estes encontram muitas barreiras no acesso aos serviços de saúde, aos prestadores de cuidados, aos recursos e à informação disponíveis, são pouco influenciados pelos serviços de saúde e referem sentimentos de vergonha e medo do estigma quando interagem com os prestadores de cuidados de saúde (Bersamin et al., 2017; Vamos et al., 2018).

Estes consideram que a contraceção não é prioritária e tendem a usar de forma inconsistente e incorreta o preservativo, aumentando a probabilidade de gravidez indesejada e de contraírem IST's (Cassidy et al., 2019; Provenzano et al., 2018).

Mesmo assim, as estudantes universitárias são as que procuram mais informação e interagem mais com os serviços de saúde porque estão mais atentas. Estas procuram

acompanhamento ginecológico e de planeamento familiar, para questões como contraceção e a prevenção da gravidez e desta forma são sensibilizadas pelas equipas de saúde. Pelo contrário, os estudantes homens não interagem com os sistemas de saúde com este tipo de preocupações (Bersamin et al., 2017; Gravata et al., 2016).

Os homens para demonstrar a sua masculinidade e virilidade tendem relações sexuais desprotegidas, a ter múltiplas parceiras e a não utilizar o preservativo e justificam o comportamento, porque de acordo com os mesmos, a sua utilização interfere na obtenção de mais prazer, têm excesso de confiança no parceiro sexual, a crença de que as relações sexuais desprotegidas são uma prova de amor (Gräf et al., 2020; Rodrigues et al., 2018; Sales et al., 2016; M. J. Santos et al., 2018).

A baixa adesão ou a utilização inapropriada do preservativo ainda está patente porque os estudantes universitários acreditam que a utilização de contraceção oral é suficiente, quando na prática estes estão protegidos contra a gravidez mas não estão protegidos de contrair uma IST (M. J. Santos et al., 2018) sendo os estudantes mais velhos os que menos utilizam o preservativo e têm mais relações ocasionais (M. J. Santos et al., 2018; Scull, Kupersmidt, Malik, & Keefe, 2019). Os argumentos utilizados são o receio de suspeitas do parceiro relativamente à sua história sexual ou da, do parceiro sexual, vergonha no ato da compra do preservativo e dificuldade em falar sobre contraceção, mesmo com profissionais de saúde (Gravata et al., 2016).

Para prevenir e controlar os comportamentos sexuais de risco e as IST's deverão ser desenvolvidas 5 estratégias globais como: 1) avaliação do risco individual, educação e aconselhamento aos indivíduos com risco, dando estratégias para a mudança de comportamento e recomendação de utilização de serviços; 2) vacinação antes da exposição; 3) identificação dos sintomas; 4) diagnóstico efetivo, tratamento adequado, aconselhamento e seguimento do indivíduo infetado; 5) avaliação, tratamento e aconselhamento dos parceiros sexuais que estão infetados com uma IST (Workowski et al., p.2, 2021).

A idade média de início da atividade sexual dos jovens portugueses é de 15,5 anos em 27 a 29% dos jovens. Estes tendem a ter múltiplos parceiros sexuais e muitas vezes de forma ocasional e anónima. Estima-se que 45% - 61,4% dos adolescentes utilizam o preservativo de forma consistente como método contracetivo e utilizam no primeiro encontro preservativo 91,8%. No entanto, a sua utilização decresce nos encontros subsequentes. No que concerne ao consumo de álcool e drogas psicoativas, 9% dos jovens admite a sua utilização o que promove a não utilização do preservativo (Vaz Pereira & Borges da Costa, 2020).

Existe uma necessidade crescente de adesão a rastreios de IST's, e para esse objetivo é fulcral investir na controlo e na manutenção da confidencialidade da informação (Workowski et al., 2021).

No seu trabalho Provenzano et al. (2018) aplicaram questionários de autoadministração a 539 estudantes universitários italianos, na Universidade de Palermo dos quais 68,27% eram do sexo feminino e a média de idades era de 22 ($22,65 \pm 2,95$ anos) anos em 59% da amostra. 58,07% da amostra tem uma perceção do seu estado de saúde como sendo excelente, 40,07% faz exercício físico nos seus tempos livre e 75,51% dos estudantes estavam solteiros. 30,8% refere que a formação dada em saúde sexual e reprodutiva nas escolas é suficiente e 87,76% consideram que estão suficientemente bem informados para poder evitar riscos associados a IST's. 81,45% já teve relações sexuais e destes 56,04% foi antes de ter completado 17 anos ($17,45 \pm 2,44$). 32,57% descreve atividade sexual ocasional e desprotegida e 7,74% contraiu uma IST.

O risco de praticar sexo ocasional e desprotegido está associado a orientação sexual (homossexual ou bissexual), ao sexo masculino, ao início da atividade sexual antes dos 17 anos e a contrair uma IST. Assim, fica demonstrada a importância da data de início da atividade sexual, quanto mais precoce, maior a probabilidade de praticar sexo desprotegido e contrair uma IST, quando comparado com estudantes universitários que iniciaram a atividade sexual depois dos 17 anos (Provenzano et al., 2018).

Os estudantes universitários destacam que a informação relativa à sexualidade provém essencialmente dos meios de comunicação e da escola. A família nesta área influencia pouco, existindo pouca comunicação entre pais e filhos nesta matéria. Estes nem sempre têm o conhecimento necessário para tomar decisões corretas em saúde sexual e reprodutiva (Provenzano et al., 2018).

Gräf et al. (2020) desenvolveram um estudo em 2017 envolvendo 1 865 estudantes do Ensino Superior na Universidade Federal de Pelotas, no Brasil, num período compreendido entre novembro de 2017 e julho de 2018. Os estudantes apresentam idades compreendidas entre os 18 e os 80 anos. De acordo com os dados recolhidos 83,5% já tiveram relações sexuais e destes 37,5% tinham entre 18 e 19 anos, 44,3% são de classe média socioeconómica, 36,4% namoram e 13,4% estão casadas ou partilham a casa com o seu parceiro. Da amostra 22,2% identificaram-se como homossexual ou bissexual, 10,4% não se identificou com o sexo biológico (transgénero ou não binário).

Neste trabalho, 37% dos estudantes universitários tiveram a sua primeira relação sexual aos 15 anos (♂41,6% vs ♀ 33%); 15% beberam bebidas alcoólicas, 2,7% consumiram drogas ilícitas e 5,8% consumiram ambos antes da última relação sexual. Cerca de 12% (♂ 20%; ♀ 6%) tiveram relação sexual com penetração anal durante a sua última relação sexual,

22% (♂35,8%; ♀ 11,6%) utilizou aplicações no seu smartphone para procurar sexo 3 meses antes da aplicação do questionário.

Da amostra 23% tiveram 2 ou mais parceiros sexuais 3 meses antes do início do estudo (♂31%; ♀18,45) e, destes 45% (♂ 40%; ♀ 50%) não utilizou preservativo na sua última relação sexual.

A taxa de prevalência de comportamentos sexuais de risco foi de 9% (♂10,8%; ♀7,5%), com os homens a ter mais comportamentos sexuais de risco. Para (Gräf et al., 2020) foi estabelecida relação entre os comportamentos sexuais de risco e o consumo de bebidas alcoólicas 4 ou mais vezes por semana. O consumo de drogas ilícitas e a procura de parceiros sexuais com aplicações nos smartphones representa 100% de probabilidade de comportamentos sexuais de risco.

No seu trabalho, demonstraram que 9% dos estudantes universitários tiveram pelo menos uma IST em algum momento da vida. Dos portadores de IST, 34,8% tiveram HPV, 15,6% herpes genital e 13,3% gonorreia. Os herpes foram mais prevalentes em mulheres e a gonorreia nos homens. Dos estudantes universitários 38% realizaram teste ao VIH a principal causa para terem sido testados foi relações sexuais desprotegidas (26%), doação de sangue (15,7%) ou outras acções governamentais (13%) (Gräf et al., 2020).

Na cidade de Leiria foi aplicado um questionário da WHO adaptado à população portuguesa, de estudantes do ensino secundário e do Instituto Politécnico de Leiria, num total de 2 369 estudantes com idades compreendidas entre os 14 e os 24 anos, nos meses de abril a maio de 2013.

De acordo com os resultados obtidos verificou-se que a média de idade para o início da atividade sexual foi aos 16,4 (± 1.8) anos e 58% (66%♀) iniciou a sua atividade sexual. Na análise dos dados foram criados 2 grupos etários. O grupo 1 representa os jovens dos 14 aos 19 anos e o grupo 2 os jovens dos 20 aos 24 anos.

Iniciaram a sua atividade sexual 78,5%, e destes ocorreu com o namorado e foi consentida por ambos (88%). 3,5% admitiram ter sido forçados (75% ♀) e a troca de dinheiro 2% (68% ♂); também admitiram ter vários parceiros em simultâneo 13% (Miranda et al., 2018a).

A automasturbação surge em 63%, a heteromasturbação em 56% e 30% viram filmes pornográficos para o efeito (Miranda et al., 2018a).

Para o tipo de sexo, 59% descrevem a prática de sexo vaginal, 53% sexo oral, 23% sexo anal e 3% sexo em grupo (Miranda et al., 2018a).

Os jovens que não iniciaram a sua atividade sexual, tinham 19,9 anos (± 1.6 anos) e eram maioritariamente do sexo feminino (66%). Neste grupo, 74% já se sentiu atraído sexual ou afetivamente (Miranda et al., 2018a).

As experiências homossexuais foram descritas maioritariamente pelo grupo etário dos 14 aos 19 anos e no sexo feminino (Miranda et al., 2018a).

O preservativo foi utilizado na primeira relação por 93% dos jovens e destes 60% pertence ao sexo feminino (Miranda et al., 2018a).

No grupo 2 (G2), e no sexo feminino a primeira relação sexual foi acidental em 59% e no G1 por 55%. No G2 dos jovens que tiveram uma relação sexual 91% usou métodos contraceptivos e, em 96% das situações planeadas optaram por contraceptivos (Miranda et al., 2018a).

O contraceptivo de eleição na primeira relação foi o preservativo (85%), nas relações subsequentes a utilização do preservativo decaiu significativamente para 34% e optaram pela dupla contraceção 35%.

A não utilização de contraceção após a primeira relação sexual surge em 18% (83.5% G1 e 61% sexo feminino). Destes, consideram-na desnecessária 69% do G2 e 73% são sexo feminino.

Já recorreu pelo menos uma vez à contraceção de emergência 54% da amostra (62.5%♀; 61% G2). 2% engravidou e, destas 77% resultaram em abortamento. 2% contraíram uma IST.

De entre os jovens que tiveram relações sexuais desprotegidas, 9% estavam sob o efeito de álcool e 5% sob efeito de outras drogas (53%♀; 51% G1).

O consumo de drogas atua como estimulante sexual, o que reduz a inibição e aumenta o desejo sexual. Os jovens consumidores de álcool e drogas tendem a ter relações sexuais de forma precoce e com mais frequência, tendo tendência para relações sexuais desprotegidas.

Os comportamentos de risco associados a IST's e os fatores sociodemográficos dos estudantes em intercâmbio universitário em Portugal foram estudados por Gravata et al. (2016) nos anos letivos de 2012/2013, 2013/2014 e 2014/2015, na região de Lisboa através de um questionário. Este trabalho permitiu identificar os fatores individuais no risco de contrair uma IST e o conhecimento relativo à *Chlamydia trachomatis*.

A amostra obtida foi de 338, com questionários preenchidos presencialmente (167) e online (171). Os estudantes apresentavam idades compreendidas entre os 17 e os 30 anos (média 23,17 $\pm$ 2,4 anos), 58,3% eram do sexo feminino e 40,8% do sexo masculino. A nacionalidade foi muito variada, tendo sido encontradas 46 diferentes. A média de idade para o início da atividade sexual foi de 17,48 ($\pm$ 2,36) anos, 5,96% iniciaram com idade igual ou inferior a 14 anos e 44,2% com idade igual ou superior a 18 anos. Os estudantes tiveram em média 6,97 ($\pm$ 7,52) parceiros sexuais desde o início da sua atividade sexual (57,7% apresenta

1 a 5 parceiros). O sexo feminino teve em média menos parceiros sexuais (♀6,01 vs ♂8,11), com diferenças estatisticamente significativas. Para os últimos 6 meses os estudantes apresentavam em média 1,89 ($\pm 2,07$) parceiros, sendo que 52,07% das mulheres e 39,2% dos homens teve 1 parceiro sexual. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a idade do início da atividade sexual e o número total de parceiros sexuais. Os jovens que iniciaram a sua atividade sexual com 14 ou menos anos, apresentam mais parceiros quando comparados com os que iniciaram em outras faixas etárias (os níveis médios são mais baixos nos que iniciaram a atividade sexual depois dos 18 anos).

Utilizaram o preservativo 67,77%, dos que não utilizaram preservativo 50,47% não usa mais nenhum outro método anticoncepcional.

Os estudantes universitários em 82,1% consome bebidas alcoólicas e 32,13% estupefacientes, 70,48% teve relações sexuais sob o efeito de álcool e 19,28% sob o efeito de estupefacientes, em especial a marijuana/cannabis. Já contraiu uma IST 7,83% (1,8 *Chlamydia trachomatis*, 1,2% Condilomas genitais, 0,6% Herpes genital, 0,3% Gonorreia, 0,3% VIH).

Na avaliação do conhecimento sobre IST's 21,02% não conhece o risco de transmissão de infeção por via oral e 42,34% não conhece a infeção por *Chlamydia trachomatis*, sendo o desconhecimento superior nos universitários que contraíram uma IST (Gravata et al., 2016).

No grupo de estudantes que responderam ao questionário online, foi questionado se estariam disponíveis para realizar rastreio a infeção por *Chlamydia trachomatis* de forma gratuita e, 42,70% demonstrou interesse e 13,5% não respondeu. Os estudantes que tiveram uma IST demonstraram mais predisposição para realizar rastreio com diferenças estatísticas significativas (Gravata et al., 2016).

No sentido de conhecer o nível de conhecimento, atitudes e comportamentos dos estudantes universitários em Rize na Turquia, relativamente a saúde reprodutiva, foi realizado um estudo transversal e aplicados 1898 questionários entre Abril e Maio de 2012 (Basaran A.G, 2017).

De acordo com estes autores, 57,3% eram do sexo feminino e a média de idade foi de 20,64 ($\pm 3,432$) anos. 4,6% frequentavam o ano preparatório, 32,9% 1º ano, 27% no 2º ano, 22% no 3ºano e 13,4% no 4º ano. No que concerne a localização da habitação, 45,4% vivia no centro da cidade e 52,8% vivia nas imediações e em vilas. 9,9% a 1,8% tinha pais analfabetos.

61,2% dos estudantes afirmaram ter conhecimento sobre saúde reprodutiva, 14,6% tiveram aulas de educação sexual e 49,4% consideram que a educação sexual é importante. 5,1% conheciam algum método de planeamento familiar e 81,4%

conheciam pelo menos uma IST. A doença mais conhecida era a SIDA, o principal comportamento de risco foram relações sexuais desprotegidas. A internet foi a fonte de informação preferencial. 10,4% teve pelo menos uma experiência sexual, sendo superior nos homens. 30% não utilizou preservativo no primeiro contato sexual (Basaran A.G, 2017).

Para os consumos nocivos, 15,5% fuma e 3,7% bebe bebidas alcoólicas. O consumo de tabaco e álcool quando consumidos concomitantemente variou nos diferentes anos escolares de 8 a 30,8% e foi superior no sexo masculino e, ano preparatório e no 4º ano. 30% dos estudantes tinha um relacionamento afetivo (♂ 35,2%; ♀ 27,2%) e destes, 66,3% dos pais não tem conhecimento.

10,4% (♂ 9,6%; ♀ 8%) já teve pelo menos uma experiência sexual ao longo da vida, sendo os homens, os que frequentam o ano preparatório (25%) e o 4º ano (14,5%), com maior rendimento (19,6%), que viviam no centro da cidade (13,2%), que tiveram acesso a educação sexual em ciclos de estudo anteriores (19,1%), que consideram que a educação incentiva a prática (13,3%) e conhecia pelo menos uma IST (11,4%) a apresentar valores mais altos de conhecimento e com diferenças estatisticamente significativas.

Dos estudantes com pelo menos uma experiência sexual, 80,7% tinham conhecimento relativamente à sexualidade, 26,9% tiveram educação sexual, 63,5% consideram que a educação sexual encoraja a prática, 27,9% refere que consegue aceder facilmente aos serviços de saúde, 7,6% tem familiares que usa métodos contraceptivos e 89,3% conhecia pelo menos uma IST. 56,3% quis a relação sexual, 18,8% ponderou a relação sexual, 8,6% teve por insistência do parceiro sexual e 5,6% destaca que teve influência ambiental, 4,6% quis apenas satisfazer a vontade do parceiro e 7,1% não respondeu. 30% não usou qualquer tipo de método contraceptivo ou de proteção, 3% usa preservativo. Dos que iniciaram a atividade sexual 44,7% mantém e destes 58,3% destacam que mantém relações sexuais sem proteção; 3,6% usa a pílula e 28,4% o preservativo e 0,5% usou contraceção de emergência (Basaran A.G, 2017).

Para caracterizar os estudantes universitários no Brasil, relativamente a aspetos demográficos e sexuais foram aplicados 819 questionários da área da saúde. (Sales et al., 2016). Assim, 77,4% são do sexo feminino a média de idade foi de 24,4 ($\pm$ 6,7) anos, 52% apresenta comportamentos de risco e conhecimento insuficiente relativamente a IST's.

91,8% não fuma, 8,2% são fumadores, 72,8% nunca fumou e 27,2% já fumou pelo menos uma vez na vida, 50,2% consome bebidas alcoólicas frequentemente, 7% consome outras drogas ilícitas, 93% não consome nenhuma droga ilícita, e dos que não consomem drogas ilícitas 23,2% já consumiram pelo menos uma vez. Nas questões relacionadas com a

saúde individual, 2% tem um problema congénito; 62,1% vai ao médico e faz exames periodicamente e 81,8% não faz medicação crónica.

A maioria dos estudantes utiliza a pílula como método contraceptivo, seguindo-se o preservativo e os que não utilizam qualquer método (46,27%; 34,18; 20,02% respetivamente).

Conhecem o SIDA a maioria dos estudantes (98,16%), segue-se a Sífilis (86,93%), o Herpes (82,78%), HPV (81,8%), a Gonorreia (77,77%), as Hepatites (68,62) e as restantes são conhecidas por menos de 50% da amostra.

Usa o preservativo em todas as relações sexuais 19,29% (♂3,90%; ♀19,29%), já na última relação sexual as mulheres usaram o preservativo em 14,4% e 3,4% usam-no como meio de contraceção de eleição. 2,07% das mulheres teve uma IST e todas fizeram tratamento.

Do total da amostra, 62% já realizou um teste serológico em consultas de rotina ao VIH, hepatites e VDRL.

Os jovens conhecem as diferentes IST's, os sintomas e as formas de prevenção, mas continuam a adotar comportamentos de risco pois acreditam que este tipo de doenças está distante de si. A utilização do preservativo é inconsistente e mais frequente no sexo feminino. Ser detentor de conhecimento correto não impediu os jovens de continuar a adotar comportamentos de risco, o que demonstra uma enorme vulnerabilidade (Sales et al., 2016).

Outro comportamento de risco encontrado foram as relações sexuais ocasionais com desconhecidos ou que conheceram recentemente. Os jovens revelam ter múltiplos parceiros sexuais (40% da amostra 1 a 15 parceiros). 8% teve mais de 10 parceiros (Sales et al., 2016).

Para conhecer os fatores de risco e de proteção que influenciam os comportamentos de risco sexuais e reprodutivos em estudantes universitários portugueses M. J. Santos et al. (2018) desenvolveram um estudo transversal e correlacional com aplicação de 1946 questionários. Os estudantes eram na sua maioria do sexo feminino (64%), idades compreendidas entre os 18 e os 29 anos, média de idade de 20,7 ($\pm 2,3$) anos, 97,3% eram de nacionalidade portuguesa e 63,4% eram estudantes de ciências sociais, o nível educacional dos pais era baixo em 54,5% das mães e 61,6% dos pais, 50,8% considera que a religião é importante; a média de idade para a primeira relação sexual é entre os 17 e os 18 anos, 90,8% dos estudantes usou o preservativo na sua primeira relação sexual; 89% dos estudantes que tiveram a sua última relação sexual nos últimos 12 meses estavam comprometidos numa relação e 1,3% teve uma IST (M. J. Santos et al., 2018).

De acordo com os dados apresentados, 60,5% não usou preservativo nas relações subsequentes, teve relações sexuais sob o efeito de álcool 33,0%, sob o efeito de outras drogas 9,7% e teve um parceiro ocasional 32,0%.

51,8% dos homens e 21,4% das mulheres, teve relações sexuais sob o efeito de álcool. As relações sexuais com parceiros casuais, foi mais frequente nos homens e, os estudantes universitários mais jovens têm mais comportamentos promotores de saúde.

Os estudantes que utilizaram o preservativo na primeira relação sexual tendem a utilizar o preservativo de forma mais consistente.

Para os estudantes com compromisso a utilização do preservativo é consistente e há menor probabilidade relações sexuais sob o efeito de álcool ou outras drogas. De entre os estudantes com compromisso, 26,1% teve parceiros sexuais casuais.

Os comportamentos de risco como sexo sem proteção ou sem preservativo, sexo sob o efeito de álcool, sexo sob o efeito de outras drogas e sexo com parceiros casuais foram associados a níveis baixos de conhecimento em saúde sexual e reprodutiva.

Já o conhecimento em IST's esteve estatisticamente relacionado com menor probabilidade de ter parceiros sexuais ocasionais, mas a probabilidade aumenta no que diz respeito à utilização de preservativo ou sob o efeito de álcool e drogas.

O sexo masculino foi o que mais consumiu bebidas alcoólicas e substâncias psicoativas antes das relações sexuais e teve parceiros ocasionais. Os estudantes mais velhos são os que menos utilizaram o preservativo e que tiveram mais relações ocasionais, quando comparados com os mais jovens.

Os comportamentos sexuais em relacionamentos tendem a mudar. Nestes os jovens utilizam muito pouco o preservativo e mais a contraceção oral, demonstrando a preocupação em prevenir a gravidez e não prevenir as IST's. A não utilização do preservativo nos relacionamentos pode estar associada à importância de confiar no parceiro no que concerne a relacionamentos anteriores e como forma de demonstrar fidelidade.

Neste trabalho, os jovens envolvidos numa relação que tiveram relações sexuais com outros parceiros, realizaram-no com parceiros ocasionais e utilizaram preservativo. Pelo que parece imperativo incentivar os jovens à utilização de dupla contraceção.

Neste trabalho o nível elevado de conhecimento relativo a IST's não esteve relacionado com a evicção de comportamentos sexuais de risco. Os jovens tendem a ter excesso de confiança, dificuldade em ajuizar as situações de risco e a distanciar-se psicologicamente, daí que o conhecimento não previne a adoção de comportamentos de risco.

Atualmente existem mudanças na forma como os jovens estabelecem relacionamentos íntimos, tendendo a ter concomitantemente relações sexuais casuais,

atitudes mais permissivas e múltiplos parceiros sexuais, valorizando cada vez mais a “dimensão erótica e hedonista da sexualidade”.

Para avaliar o impacto da Literacia em saúde nos comportamentos sexuais, tendo em conta a variação demográfica, S. J. Simpson et al. (2017) aplicaram um questionário a 1786 Estudantes Universitários na Tasmânia no verão de 2013. De acordo com os resultados obtidos, as mulheres e os estudantes mais velhos apresentam níveis de literacia superiores e menos ideais contra pessoas portadoras de VIH/SIDA.

Os estudantes homossexuais e bissexuais apresentaram padrões de comportamento muito pouco conservadores e tolerantes; os agnósticos, apresentam padrões de comportamento conservadores; os jovens protestantes, católicos, Hindus apresentaram menor tolerância relativamente a portadores de VIH/SIDA.

Os estudantes que tiveram educação sexual nas escolas e que são católicos e protestantes apresentaram maior nível de responsabilidade sexual e maior tolerância face a indivíduos portadores de VIH/SIDA. Os estudantes conservadores e sexualmente responsáveis apresentaram níveis de literacia em sexualidade elevados.

Os estudantes asiáticos apresentaram níveis de literacia em sexualidade mais baixos independentemente da idade, sexo, etnia, educação e da experiência sexual, quando comparados com os oriundos do Missouri.

De acordo com estes autores, a religião e a cultura podem influenciar a forma como os jovens acedem aos meios contraceptivos, criando barreiras e dando uma falsa sensação de segurança, aumentando os comportamentos de risco.

Os jovens com mais preconceitos associados aos portadores de VIH/SIDA, apresentaram níveis de literacia em sexualidade inferiores, e consequentemente com níveis de saúde sexual também inferiores porque adotam comportamentos de risco e não têm conhecimento relativo a IST's. As mulheres de um modo geral demonstraram ser sexualmente mais responsáveis.

Ficou demonstrado que independente da educação sexual, o papel cultural tem um peso mais elevado.

As atitudes relativas à educação sexual e à literacia em sexualidade variam de acordo de acordo com características demográficas, e com questões culturais sendo fulcral adequar a formação dada aos jovens (S. J. Simpson et al., 2017).

Os jovens reconhecem que a participação da escola para o aumento literacia em sexualidade é importante e essencial na orientação e que esta deve ser combinada com a família (R. A. A. S. Almeida et al., 2017).

A Universidade é um ambiente favorável para a promoção de saúde, pois pode nortear a tomada de decisão e conduta dos jovens. Estas deverão adequar os seus serviços de saúde para dar resposta às novas necessidades dos jovens, tendo em conta os grupos mais vulneráveis identificados e adequar a sua intervenção às suas necessidades (M. J. Santos et al., 2018).

Deverão ser criados debates sobre sexualidade e gravidez, em ações conjuntas com a participação de pais, educadores e profissionais de saúde, procurando a atenção integral à saúde dos jovens, pois a falta de informação sobre sexualidade contribui para a vulnerabilidade. Por este motivo, devem ser desenvolvidas estratégias que favorecem a integração dos professores como participantes no ensino, ações, compreensão da sexualidade e promoção e prevenção desta população vulnerável (Gravata et al., 2016). A abordagem deve ser nacional e internacional com políticas de promoção e prevenção primordial da saúde sexual adaptadas às características locais, regionais e nacionais (Miranda et al., 2018b; Provenzano et al., 2018; World Health Organization, 2016).

Outra ação fundamental é promover a utilização do preservativo à população em geral e ao sexo masculino, para desmitificar a implicação do seu uso, no poder hedónico.

As escolas de enfermagem poderão ser envolvidas na criação de políticas de saúde para a promoção da responsabilidade social, cidadania e consciencialização para os comportamentos sexuais de risco (M. J. Santos et al., 2018).

1.1.4. Coocorrência de comportamentos de risco

O estilo de vida e a alimentação, consumo de álcool e tabaco e a prática de exercício físico quando associados a comportamentos de risco, representam inúmeras comorbilidades que podem ser prevenidas (Dieteren, Brouwer, & Van Exel, 2020; Meader et al., 2016).

O estilo de vida saudável têm vindo a reduzir a sua prevalência na última década de acordo com Dieteren et al. (2020) e essa redução agudizou com a pandemia por COVID-19, um pouco por todo o mundo.

Em 2016 a segunda principal causa de morbilidade e mortalidade mundial é a dieta pobre, como consumo de bebidas açucaradas sendo responsável por 1 em cada 5 mortes. O consumo de bebidas alcoólicas em jovens com mais de 15 anos, pois consomem pelo menos uma bebida por semana (♂25% vs ♀17%) com tendência para diminuir (World Health Organization, 2018b). De notar que 81% dos adolescentes não cumpre um plano de atividade

física, sendo sedentários, de acordo com o recomendado (World Health Organization, 2020). 17,5 a 22,7% da população mundial é fumadora (World Health Organization, 2021).

Os comportamentos de risco quando iniciados na adolescência tendem a consolidar-se na idade adulta, nomeadamente na frequência de cursos superiores e a manter-se na idade adulta (Bennasar-Veny et al., 2020).

Existem imensas influências que levam a adoção de comportamentos de risco nos estudantes universitários como a influência dos pares e a família. A influência de pares é descrita como: pressão dos pares, a tentativa de aceitação, a procura de ser “porreiro” e são socialmente vistos como sendo apenas imaturos (Tinner, Caldwell, Hickman, & Campbell, 2021).

A família é associada a controlo, as expectativas e a pressão exercida (Tinner et al., 2021).

Os comportamentos de risco são muitas vezes associados ao nível socioeconómico, o que leva muitos jovens adultos de níveis socioeconómicos baixos a desenvolver estratégias de evicção de comportamentos de risco e a manifestarem-se contra o estigma (Tinner et al., 2021).

Por fim a mais importante surge a responsabilidade individual e a opção de escolha que é onde as intervenções se devem centrar (Tinner et al., 2021).

Um pouco por todo o mundo os investigadores consideram pertinente estudar a coocorrência de vários comportamentos de risco ou sob a forma de clusters em estudantes universitários, isto é, a combinação de comportamentos de risco que é mais frequente do que o previsto se estes forem estudados de forma independente. E, determinar quais os fatores sociodemográficos que são preditivos da coocorrência, para delimitar estratégias de promoção e prevenção da saúde (Ansari et al., 2018; Meader et al., 2016). Por exemplo, os jovens fumadores e os que consomem bebidas alcoólicas e/ou outras substâncias psicoativas iniciam a sua vida sexual mais precocemente. Também o consumo de drogas, altera as funções mentais, o que deixa o adolescente mais vulnerável, limitando a perceção do risco e consequente às relações sexuais desprotegidas, para Alves e Lopes (2008) citados por Valiatti et al. (2018).

Os estudantes universitários apresentam clusters que incluem comportamentos sexuais de risco, má alimentação, fumar, consumo inadequado de bebidas alcoólicas e de drogas ilícitas, que são impactantes no desempenho académico (Ansari et al., 2018; Meader et al., 2016).

Os estudantes universitários apresentam taxas de prevalência para o consumo de tabaco elevadas. O consumo de tabaco inicia-se na adolescência, mas é na

Universidade que o consumo é fortalecido (Rodríguez-Muñoz, Carmona-Torres, & Rodríguez-Borrego, 2020). Do ponto de vista da alimentação são também um grupo vulnerável pois para muitos é a primeira vez que vão assumir a responsabilidade pela sua dieta. Também existe uma associação com o consumo de substâncias psicoativas e a alimentação, uma vez que o consumo de bebidas alcoólicas inibe o consumo de comida e a cannabis estimula o consumo de alimentos.

O consumo de bebidas alcoólicas promove a má nutrição porque reduz a necessidade de comer e depois porque interfere na absorção de nutrientes no intestino delgado. A ausência da prática de exercício físico está relacionada com o consumo de tabaco, álcool e outras drogas. (Rodríguez-Muñoz et al., 2020).

Os comportamentos de risco são bastante heterogêneos e são impactantes no que concerne a Literacia em saúde. Para conhecer a literacia em saúde na China, Yang et al. (2019) desenvolveram um estudo com amostragem estratificada por conglomerados, com um questionário baseado no *Chinese Adolescent Interactive Health Literacy Questionnaire* em 6 cidades entre novembro de 2015 e janeiro de 2016 e envolveu 22 628 estudantes do ensino médio.

De acordo com os dados 48,6% eram do sexo masculino e 51,4 do sexo feminino, com uma média de idade de 15,36 ($\pm 1,79$) anos. Destes 2,8% fumava, 16,8% fumava e bebia bebidas alcoólicas concomitantemente e 16,3% estão expostos de forma excessiva a ecrãs. A amostra foi dividida em 4 grupos em termos de comportamentos de risco. O grupo de baixo risco (64%); o grupo de risco baixo a moderado com o consumo de tabaco e álcool e exposição excessiva a ecrãs (4,5%); o grupo de risco moderado onde surge a automutilação, comportamentos suicidários e lesão não intencional (28,8%) e o grupo de alto risco onde surge o tabagismo, o consumo concomitante de tabaco e álcool, a exposição excessiva a ecrãs, automutilação, os comportamentos suicidários e a lesão não intencional (2,7%). Estes autores estabeleceram uma correlação negativa entre a literacia em saúde e os comportamentos de risco (Yang et al., 2019).

Para conhecer os comportamentos relativos a alimentação, consumo de tabaco e álcool e atividade física, Dieteren et al. (2020) desenvolveram um estudo envolvendo 1 006 indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e os 75 nos Países Baixos. No seu trabalho, estes autores descrevem que 8% da sua amostra tinha comportamentos não saudáveis nas 4 dimensões e 18% não referiu nenhum comportamento de risco nas 4 dimensões. Cerca de 23% fuma, 47% não tem uma alimentação saudável e 52% não pratica exercício físico. Os jovens demonstraram ter mais comportamentos de risco associados, quando comparados com outros grupos etários. A inatividade física como comportamento de risco ou associado a outra das dimensões esteve associada a indivíduos com mais habilitações literárias.

A combinação de risco mais frequente (16,5%), foi a inatividade física com a alimentação pouco saudável. O consumo de tabaco e de álcool também foram duas dimensões associadas, principalmente porque são duas dependências.

As pessoas com apenas uma das dimensões com comportamento de risco tendem a ter mais dificuldade em mudar esse comportamento do que as que apresentam vários (Dieteren et al., 2020).

Para compreender se existe coocorrência entre o consumo de tabaco e alimentação pouco saudável, Francisco et al. (2019) desenvolveram um estudo transversal a partir do *Sistema de Vigilância por Inquérito Telefônico* que envolveu 28 950 brasileiros dos 18 aos 59 anos. E, demonstraram que em 8,6% existia esta coocorrência. A esta coocorrência foi associada o consumo excessivo de bebidas alcoólicas. Nestes indivíduos a percepção é de que a sua saúde está bem. A coocorrência destes fatores de risco foi menor em mulheres, indivíduos casados, com mais habilitações literárias e com obesidade/excesso de peso (Francisco et al., 2019).

Os hábitos alimentares, o consumo de tabaco e álcool e a prática de exercício físico dos estudantes universitários de enfermagem em Córdoba, foram estudados por Rodríguez-Muñoz et al. (2020), que desenvolveram um estudo transversal e aplicaram questionários de autoadministração a 264 estudantes universitários de enfermagem.

Estes estudantes apresentavam idades compreendidas entre 18 e 30 anos (média de 20,79 anos), 16,7% são do sexo masculino e 83,3% do sexo feminino. 84,5% não fumavam e destes 67% nunca o haviam feito, 15,5% fumavam e, do total 7,2% fumavam diariamente. Dos fumadores, 12,5% fumavam menos de 10 cigarros por dia (♂ 20,5%; ♀ 14,6%). Do total da amostra os estudantes fumaram a primeira vez 4,9% entre os 13 e os 15 anos de idade; 11,7% entre os 16 e os 18 anos e, 7,2% aos 18 anos.

Para tentar compreender se o ambiente interferia nos hábitos tabágicos, os autores constataram que 72,3% passavam grande parte do dia com alguém que fumava ocasionalmente, tendo sido encontradas diferenças significativas entre os estudantes do primeiro ano que não contactavam com fumadores e os estudantes dos outros anos letivos (Rodríguez-Muñoz et al., 2020).

Os homens fumam porque acreditam que os ajuda nas relações interpessoais e por questões de competitividade social. As mulheres por sua vez fumam porque acreditam que ficam mais magras e porque lhes confere prazer e bem-estar.

Para o consumo de bebidas alcoólicas verificou-se que 83,7% dos estudantes de enfermagem bebiam (♂ 75% vs ♀ 85,5%), destes 23,1% bebiam uma ou menos vezes por mês, 48,1% 2 a 4 bebidas por mês, 11% 2 a 4 bebidas por semana e 1,5% bebiam 4 ou mais por semana. Foram encontradas diferenças estatísticas no consumo

de bebidas alcoólicas entre os primeiros 2 anos e os últimos anos de curso. A maioria dos estudantes que bebiam bebidas alcoólicas bebiam ao fim de semana e às quintas-feiras (Rodríguez-Muñoz et al., 2020).

Para o tipo de bebidas alcoólicas, 23,9% consome vinho, e 19,3% 1 a 3 copos por semana; 42,8% opta por cerveja e 36,6% bebe 1 a 3 cervejas médias por semana; 36% bebe bebidas alcoólicas diferentes e 27,3% consome 1 a 3 vezes por semana. Os estudantes iniciaram o consumo de bebidas alcoólicas com idades compreendidas entre os 16 e os 18 anos e nenhum estudante começou a beber antes dos 13 anos. À medida que a escolaridade aumentou o consumo de bebidas alcoólicas também aumentou (8,9% nos primeiros anos vs 29 a 39% nos últimos). Os hábitos de consumo de bebidas alcoólicas foi modificando ao longo do curso com 24,3% a modificar logo após o início da frequência do curso, com 13,3% a consumirem menos, 2,7% deixaram de beber, 8,3% bebem mais, com diferenças estatisticamente significativas entre o ano de escolaridade, sendo que os estudantes no início do curso consomem menos bebidas alcoólicas que os estudantes que estão a terminar o curso (Rodríguez-Muñoz et al., 2020).

De acordo com os dados da amostra, 70,5% (♂59.1% vs ♀72.7%) dos estudantes precisam de mudar a sua dieta, 25,4% (♂ 36,4% vs ♀23,2%) têm uma dieta saudável e 4,2% têm uma dieta inadequada.

Comparando a dieta e o consumo de tabaco, constatou-se que 83,5% dos não fumadores têm uma dieta saudável. O consumo de tabaco teve um efeito negativo na alimentação, assim como na alimentação pouco variada. Resumindo os estudantes do último ano fumam e bebem mais, mas começaram a beber mais tarde. As mulheres bebem mais bebidas alcoólicas e os homens fumam mais (Rodríguez-Muñoz et al., 2020).

Os homens faziam mais exercício físico o que funcionou com fator protetor para o consumo de tabaco e de álcool.

Com o intuito de conhecer os comportamentos de saúde (Consumo de tabaco, bebidas alcoólicas, de fruta e vegetais; hábitos de sono e atividade física) Mudryj et al. (2019) analisaram os dados do Inquérito de Saúde Canadense dos anos de 2012/13 com 5 785 inquiridos e de 2014/15 com 5 794, de acordo com a idade (≥ 18 anos), sexo, habilitações académicas e rendimento mensal. Neste trabalho ficou demonstrado que 69,1% dos inquiridos apresenta baixo consumo de frutas e de vegetais, 36,0% dorme menos de 6h ou mais de 10h diárias (padrão inadequado de sono); 26,6% apresenta consumo de bebidas alcoólicas de alto risco, 22,1% fuma e 17,9% tem baixa atividade física. Os homens descrevem mais comportamentos de risco quando comparados com as mulheres, com exceção do padrão inadequado de sono. As mulheres apresentaram elevadas taxas de consumo de bebidas alcoólicas e padrão inadequado de sono.

A educação doméstica e rendimento adequado está associado a comportamentos de procura de saúde, com a exceção no alto risco de consumo de bebidas alcoólicas (Mudryj et al., 2019).

Os fumadores apresentam níveis elevados de sono inadequado, baixa atividade física, alto risco de consumo de bebidas alcoólicas e baixo consumo de fruta e legumes (Mudryj et al., 2019).

Para compreender a relação existente entre o consumo de alimentos ricos em gordura, sal e açúcar e refrigerantes, tabaco e álcool, Birch et al. (2019) realizaram um estudo transversal que envolveu uma amostra representativa do Reino Unido com 3 293 indivíduos com mais de 18 anos, em 2016.

Estes autores destacam que os homens consomem mais refeições prontas e *fast food* pelo menos 1 vez por semana, pelo menos um refrigerante por dia ou 14 unidades de bebidas alcoólicas por semana, as mulheres tendem para apresentar níveis de inatividade física mais elevados (Birch et al., 2019).

Para a idade os jovens entre os 18 e os 24 anos são a faixa etária que comparada com as restantes consome mais refeições prontas (vs 55–65+), *fast food* fazendo-o pelo menos 1 vez por semana (vs 45–65+), bolos (vs 45–65+) e refrigerantes (vs 55–65+) pelo menos uma vez por dia e a fumar mais (65+). Mas tendem a consumir menos de 14 unidades de álcool quando comparados com indivíduos 45–65+ e de uma forma geral são os que apresentam a menor atividade física (Birch et al., 2019).

Baseado no *Danish Health and Wellbeing survey in Vocational Education and Training*, Klinker et al. (2020), desenvolveram um estudo transversal em 2019, que descreve o estado de saúde e bem-estar de 5,9% das escolas Dinamarquesas, envolvendo 6 119 estudantes universitários. De acordo com os dados obtidos, os jovens têm idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos. A média de idade foi de 24,2 anos e 56,6% eram do sexo masculino.

Cerca de 13,5% dos estudantes têm perceção da sua saúde como fraca ou pobre e 39,9% tem excesso de peso ou obesidade, 46,7% toma o pequeno almoço diariamente, 28,9% são fumadores, 17,7% são consumidores de alto risco de bebidas alcoólicas e 29,7% têm níveis baixos de atividade física (Klinker et al., 2020).

De acordo com este trabalho, apresentam níveis mais baixos de literacia os estudantes do sexo masculino e com perceção da sua saúde como fraca ou má e níveis mais altos de literacia os estudantes com mais de 25 anos, que têm incluído na formação pedagogia em saúde.

Para a escala que avalia a gestão ativa da saúde, Klinker et al. (2020) revela que os valores obtidos são mais baixos para os estudantes que não ou tomam

esporadicamente o pequeno almoço, fumam, têm risco de consumir bebidas alcoólicas e têm moderada atividade física. Na escala que avalia a informação em saúde os valores obtidos são mais baixos para os estudantes que tomam raramente ou não tomam o pequeno-almoço, fumam, têm moderada ou baixa atividade física.

Uma gestão ativa da saúde e o conhecimento, ou seja, níveis elevados de literacia em saúde, reduz de forma consistente e sistematizada a probabilidade de deter comportamentos de risco em saúde. A literacia em saúde é um importante determinante em saúde nesta população (Klinker et al., 2020).

Um estudo transversal que envolveu 1155 jovens adultos com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos, com uma média de idade de 20,67 anos, 74,8% do sexo feminino e 80,9 estudantes universitários, realizado na Austrália, pretendia estudar o bem-estar, as variáveis sociodemográficas e 6 grupos de comportamentos como consumo de substâncias nocivas, atividade física, dieta, uso proteção solar, comportamentos sexuais e comportamentos na condução de veículos (Sofija, Harris, Phung, Sav, & Sebar, 2020).

De acordo com os dados obtidos por Sofija et al. (2020), os jovens adultos em 14,1% consumia drogas, metade dos participantes bebia bebidas alcoólicas, um em cada 5 fumou nos últimos 30 dias.

Em termos de condução 72,8% conduziu em excesso de velocidade, 58,3% usou o telemóvel para aceder à internet e para enviar mensagens de texto, 48% conduziu com o telemóvel na mão, 5% conduziu sob o efeito de drogas, 10% sob efeito de álcool e 10,8% foi conduzido por alguém que estava sob o efeito de drogas nos últimos 30 dias.

Para a proteção solar, 12,7% dos jovens usaram chapéu, 56,8% usou óculos de sol e, 32,8% usou protetor solar de forma rotineira.

Come fruta e legumes 8,3% de acordo com a dose diária recomendada, 72,3% consome bebidas açucaradas, 83% come *junk food* e 57,2% doces.

Em termos da prática sexual utiliza preservativo para sexo casual em 87% e nos novos relacionamentos 89,2% dos jovens.

Apresentam atividade física 49,9%, 26,5% praticam desporto regularmente e 23,6% são inativos. Mais de metade da amostra não faz exercício físico que promove o fortalecimento muscular.

Os jovens com níveis de bem-estar baixos são mais propensos a ter pouca atividade física, tendem a ser conduzidos por indivíduos sob o efeito de drogas ou álcool, a conduzir sob o efeito de drogas e álcool e, em excesso de velocidade.

Para a proteção solar também foi estabelecida relação entre o bem-estar e a utilização de chapéu e protetor solar. No que concerne a alimentação, os jovens com pouco bem-estar tendem a não ingerir as doses recomendadas de fruta e legumes, consumir bebidas

açucaradas, comer *junk food* e doces. Assim, os jovens com níveis mais elevados de bem-estar tendem a não ter comportamentos de risco, com representação estatisticamente significativa (Sofija et al., 2020).

A promoção do bem-estar nos jovens pode contribuir ainda que de forma modesta para prevenir comportamentos de risco, com resultados em saúde positivos. A promoção do bem-estar permite a mudança de comportamentos de forma sustentável, promovendo adultos felizes e saudáveis (Sofija et al., 2020).

Baseando-se na teoria de que indivíduos com dinheiro são mais propensos a investir o seu dinheiro na saúde e menos propensos a deter comportamentos de risco em saúde, Bessey (2021) avaliou a capacidade de prever comportamentos de saúde de acordo com o *Alabama Seven*, controlando os traços de personalidade e a capacidade cognitiva numa amostra de estudantes universitários da República da Coreia.

Este trabalho foi desenvolvido entre março e abril de 2018, com uma amostra final 131 estudantes universitários. De acordo com os dados obtidos, 76 estudantes são do sexo feminino, a média de idade foi de 19,3 anos. O CEEA na semana anterior foi de 71,7% e 11,5% são fumadores. Em média praticaram exercício físico durante 166 min na semana anterior e têm um índice de massa corporal (IMC) de 22,1. Estes autores referem que a escala de previsão de comportamento permitiu prever a probabilidade de fumar, ter níveis elevados de stress, sem ter estabelecido mais correlações para os restantes comportamentos de risco identificados no *Alabama Seven* (Bessey, 2021).

O estilo de vida, nomeadamente o CEEA, o consumo de canábis, haxixe, marijuana, tabaco, os cuidados de higiene oral, escovagem dos dentes, o consumo de pequeno almoço, frutas e vegetais, a atividade física, o tempo despendido com ecrãs e o sedentarismo, foram analisados no ano de 2012 e posteriormente em 2015 em estudantes universitários dos cursos de enfermagem (n= 121) e de serviço social (n= 140), a partir de um questionário de autoadministração, em Creta na Grécia (Kritsotakis et al., 2020). A média de idade foi de 18,3 anos.

Para os 12 comportamentos de risco avaliados, na categoria de alto risco surgem os fumadores com comportamentos sedentários. Para os comportamentos sedentários os estudantes de serviço social apresentavam 42,1% no primeiro ano e 39,6% no último. Os de enfermagem apresentavam 38,8% no primeiro e 45,3% no último ano. O consumo de tabaco dos estudantes do primeiro ano foi menor. (Serviço Social: 27.1% vs 30.4%; Enfermagem: 23.1% vs 41.7%). Também o consumo de *junk food* e de queimaduras solares foi superior no último ano de curso (Kritsotakis et al., 2020).

No último ano de curso os estudantes de enfermagem apresentavam mais probabilidade de fumar, ter múltiplos parceiros sexuais, consumir *junk food* quando comparados com os de serviço social.

Os estudantes de enfermagem no último ano apresentavam uma maior probabilidade de comer *junk food* 2 a 6 vezes por semana, terem mais de 3 queimaduras solares no último ano, consumir marijuana e haxixe e ter 2 a 3 parceiros sexuais no último ano (Kritsotakis et al., 2020).

Já os estudantes de serviço social do último ano quando comparados com o primeiro ano tiveram maior probabilidade de ter mais de 3 queimaduras solares no último ano, consumir marijuana e haxixe, ter mais de 4 parceiros sexuais no último ano, mas apresentam melhores níveis atividade física (Kritsotakis et al., 2020).

Os comportamentos de risco em estudantes universitários do sexo feminino foram estudados em 2 universidades indianas pelo que foi elaborado um estudo transversal e aplicados 554 questionários (Natarajan, Sekar, & Chockalingam, 2020).

Os dados foram agregados por grupos etários (92% com 15-20 anos e 8% dos 21 aos 30 anos) (Natarajan et al., 2020).

A dieta era mista em 72% e vegetariana em 28%. 21% das estudantes consome 5 ou mais porções de fruta ou vegetais diariamente, 16% consome alimentos integrais e 33% consome refeições pré-preparadas com elevado teor de sal e de gordura com regularidade. Apenas 12% tinha atividade física regular e 77% das estudantes passa 2 ou mais horas diariamente, em lazer a olhar para ecrãs (Natarajan et al., 2020).

Em termos de fatores psicossociais 39% sofre de stress de forma crónica, 28% não dorme 6 a 8h como recomendado. A presença de stress esteve fortemente associado à privação de sono. 3% fuma e 5% consome bebidas alcoólicas regularmente (Natarajan et al., 2020).

As estudantes que têm hábitos alimentares saudáveis não consomem substâncias nocivas como tabaco e álcool (Natarajan et al., 2020).

33 204 estudantes universitários nos EUA foram inquiridos (American College Health Association, 2022). Estes bebem 1 ou mais bebidas açucaradas diariamente em média nos últimos 7 dias 66,5% (♂ 65%; ♀ 67,5% e trans 70%); bebem 5 ou mais bebidas energéticas ou shots nos últimos 7 dias 10,2% (♂ 12,2%; ♀ 8,4% e trans 14,7%); comem mais 3 porções de vegetais em média nos últimos 7 dias 30,1% (♂ 29,4%; ♀ 30,6% e trans 29,7%). No que diz respeito à atividade física 69,1% (♂ 74,5%; ♀ 66% e trans 61,7%) e tem uma atividade física elevada 32,0% (♂ 39%; ♀ 28,1% e trans 18,9%).

Fumam 31% (♂ 32,6%; ♀ 29,9 % e trans 30,2 %); bebem bebidas alcoólicas 69,9% (♂ 66,3%; ♀ 72,8% e trans 69,1%) e, fumam cannabis 36,7% (♂ 33,4 %; ♀ 38,2% e trans 46,8%).

Na última vez que os estudantes inquiridos saíram referem que beberam 4 ou menos bebidas 73,8% (♂ 65,8%; ♀ 78,4% e trans 78,4%) e mais de 7 bebidas 11,3% (♂ 18,2 %; ♀ 7,2 % e trans 8,4%). Não consumiu bebidas alcoólicas nas duas últimas 2 semanas 47,9% (♂ 50,2%; ♀ 45,5% e trans 56,3%) e saiu 6 ou mais vezes 1,3% (♂ 1,7%; ♀ 0,9% e trans 1,3%).

Os estudantes universitários quando questionados relativamente aos últimos 12 meses referem que se arrependem de ter consumido bebidas alcoólicas 18,5% (♂ 16,7%; ♀ 19,9% e trans 15,9%); tiveram relações sexuais sem dar o seu consentimento 1,4% (♂ 0,7 %; ♀ 1,7% e trans 2,8%); tiveram relações sexuais sem o parceiro dar consentimento 0,2% (♂ 0,1%; ♀ 0,9% e trans 0,2%); tiveram relações sexuais sem proteção 10,1% (♂ 9,1%; ♀ 10,9% e trans 9,1%).

Em termos de parceiros sexuais tiveram em média 2 parceiros sexuais, e apenas um parceiro em 70,6% (♂ 69,8%; ♀ 72,1% e trans 59,8%), e 4 ou mais parceiros em 10,8% (♂ 11,8%; ♀ 9,7% e trans 15,4%). Não utilizou nenhum contraceptivo 11,4% (♂ 12%; ♀ 10,7% e trans 15,2 %) e dos estudantes que utilizaram o preservativo surge em 50,3% (♂ 56,8%; ♀ 46,8% e trans 53,1%) (American College Health Association, 2022).

Os comportamentos de saúde de 1965 estudantes universitários australianos foram estudados em 2019 a partir de questionário. Os estudantes apresentaram uma média de idade de 25,8 ($\pm$ 8,6) anos e 70,7% eram do sexo feminino (Hutchesson et al., 2021). A maioria tem um baixo consumo de frutas e vegetais (menos de 2 doses diárias) 53,6% e 46,8% faz uma ingestão adequada; 52,6% pratica exercício físico (mais de 300 min/semana) e 76,7% dorme de acordo com as recomendações e mantém-se sentado menos de 8h/dia 64,3%; tem baixo risco de consumir drogas 96,5% e álcool 74,3% e; 72% tem alto risco de desenvolver uma patologia psiquiátrica.

Os estudantes foram divididos em 3 grupos de acordo com o padrão de comportamento. Assim, 48,6% tem um estilo de vida saudável (tem maior probabilidade de consumir 5 ou mais porções legumes, 2 porções de fruta, consumir 1 copo ou menos de refrigerantes ou bebidas energéticas; ser fisicamente ativos, passar menos de 8h sentados, dormir de acordo com o recomendado e baixo risco de consumir drogas ou álcool). Os estudantes com risco moderado representaram 40,2% da amostra e têm maior probabilidade de consumir de 0 a 2 porções de vegetais diariamente, são inativos (<150min/semana), têm maior probabilidade de consumir drogas, álcool e tabaco. Por ultimo o grupo com comportamento não saudável (11,2%)

apresentava a maior probabilidade de consumir bebidas alcoólicas, drogas e fumar de forma excessiva ou de ter dependência; consumir refrigerantes e bebidas energéticas 2 a 6 vezes por semana e baixa probabilidade de consumir frutas e vegetais e são fisicamente muito ativos (Hutchesson et al., 2021).

De acordo com este trabalho, os estudantes com risco moderado de ter um estilo de vida pouco saudável tiveram maior probabilidade de sofrer de stress, ser do sexo masculino e ser mais jovens (Hutchesson et al., 2021).

Para estudar os clusters em termos de comportamentos de risco de estudantes universitários na Inglaterra, País de Gales e Irlanda do Norte, Ansari et al. (2018) desenvolveram um estudo transversal aplicando questionários a 3 706 estudantes universitários. De acordo com os dados obtidos pela amostra foram determinados 4 clusters. No Cluster 1 foi incluído os jovens com elevada atividade física e consciência em saúde. Neste grupo os estudantes universitários são cuidadosos nas suas decisões em saúde, têm cuidado com a sua alimentação, consomem um elevado número de fruta e vegetais diariamente, são os que apresentam maior atividade física, sono mais regular e os que apresentam o menor consumo de tabaco, bebidas alcoólicas ou outras drogas quando comparados com outros clusters.

O cluster 2 foi designado de abstinentes. Neste grupo os estudantes universitários têm um consumo baixo de tabaco, álcool e de outras drogas (0,2% teve CEEA e destes 16,8% manifestaram problemas com o consumo de bebidas alcoólicas). Aqui 78,4% não são fumadores e 77,2% nunca consumiu qualquer tipo de outras drogas. O consumo de frutas e vegetais foi o 3º maior, e o consumo de produtos açucarados foi considerado médio/alto, atividade física moderada e apresentaram em média sono adequado em 2,7 dias da semana (Ansari et al., 2018).

No cluster 3 (Moderados em termos de consciência em saúde) são os que se preocuparam mais com a alimentação e alimentam-se de forma saudável, com consumo de frutas e vegetais adequado, no entanto muito inferior ao apresentado no cluster 1 e 2 e o consumo de alimentos com açúcar foi o mais baixo entre todos os clusters. Apresentam consumo moderado de tabaco, álcool e outras drogas e este consumo foi mais baixo que o Cluster 1 e 4. Em média dormiam adequadamente 2,9 dias/semana. A atividade física não foi elevada e foi similar ao do cluster 2 e ao 4.

Por último o Cluster 4, refere-se aos estudantes universitários que têm comportamentos de risco e foram aqui incluídos os que apresentavam maior taxa de consumo de tabaco, álcool e outras drogas, paralelamente são os que apresentam menos preocupação com questões de saúde, como uma alimentação saudável que inclui a ingestão de frutas e vegetais e uma elevada ingestão de alimentos açucarados. Este grupo dorme

adequadamente 2,1 dias por semana, e tem uma atividade física semelhante ao encontrado no cluster 2 e 3.

Na autoavaliação da sua saúde, os estudantes consideram que ela é boa em 41,8%, muito boa em 38,5%, excelente 9%, adequada em 9,2% e má em 1,4%. Relativamente à relação com os clusters a percepção de saúde boa foi mais alta no cluster 1 e mais baixa no cluster 2.

No que concerne a percepção da performance académica quando comparada com os pares, os estudantes consideram que é semelhante em 65,5%, pior em 16,9%, muito melhor em 1,5%, melhor em 14,1% e muito pior em 1,9%. Tendo o cluster 1 como referência, constata-se percepção da performance académica como sendo melhor no sexo feminino face ao cluster 2 e 4 e para o sexo masculino o cluster 3 e 4 (Ansari et al., 2018).

Assim de acordo com este trabalho: 1) o cluster com menos comportamentos de saúde está associado a mais baixa percepção da saúde; 2) cluster com menos comportamentos de saúde está associado a baixa performance académica; 3) existiam subgrupos de estudantes com risco para ter comportamentos de risco ou múltiplos comportamentos de risco.

Apresentaram um padrão com mais comportamentos de risco os estudantes mais jovens, com rendimento mais baixo e que viviam em residências ou outros colegas. O que chama a atenção para a necessidade das universidades desenvolverem ações, ou programas específicos para os estudantes mais jovens, principalmente no que diz respeito ao consumo de tabaco, álcool e outras drogas, má alimentação e má higiene do sono (Ansari et al., 2018).

Para conhecer a associação e os clusters relacionados com comportamentos de saúde como a qualidade da dieta, atividade física, consumo de tabaco e álcool em estudantes universitários, Bennasar-Veny et al. (2020) desenvolveram um estudo transversal que envolveu 444 (♀67,8%; média de idade $23,1 \pm 5,7$ anos) estudantes da Universidade das Ilhas Baleares.

De acordo com os resultados obtidos, 50,6% notificam níveis elevados ou muito elevados de stress, 66% praticam atividade física semanalmente (♀63.5%; ♂ 72.7%), sendo os homens que praticam atividade física durante mais tempo (♀21 vs ♂ 174,3 min/semana). Foi estabelecida uma correlação negativa para os homens entre a prática de atividade física e o tempo despendido ao computador, enquanto que, para as mulheres a correlação negativa encontrada foi entre a prática de exercício físico e o tempo despendido a ver televisão.

São fumadores 19,5% (17,2% são fumadores habituais 2,3% são fumadores ocasionais), em termos de consumo fumam em média 7,1 cigarros/ diariamente,

consomem bebidas alcoólicas 58% de forma regular, 47,8g ($\pm$ 32,7) e 15,5g ($\pm$ 39,5) durante a semana e 32,3g ($\pm$ 32,7) aos fins de semana, os homens consomem mais bebidas alcoólicas que as mulheres (♂ 56,2 $\pm$ 73,8 vs ♀ 34,1 $\pm$ 50,0 por semana). As outras drogas são mais consumidas durante a semana, como cannabis 26,5% (3,1% semanalmente), seguidos de tranquilizantes 13,8%, cocaína 5,9% e alucinogénios 4,5%, ecstasy 2,9% e anfetaminas 2,3%.

No que concerne à dieta mediterrânea tiveram maior adesão as mulheres. Em média os homens consomem 2,5 refeições diárias e as mulheres 2,7 refeições diárias; 63% toma o pequeno almoço diariamente e 10,2% nunca toma o pequeno almoço (Bennasar-Veny et al., 2020).

Na análise de fatores associados a atividade física, ficou demonstrado que os homens que aderem à dieta mediterrânea têm pais com uma elevada atividade física, passam menos tempo a estudar e ao computador e têm maior atividade física. As mulheres que aderem à dieta mediterrânea são as mais velhas, praticam mais atividade física, tomam o pequeno-almoço e fazem mais refeições ao longo do dia. O consumo de tabaco esteve relacionado à baixa adesão à dieta mediterrânea (Bennasar-Veny et al., 2020).

Na análise por clusters foram definidos 3 grupos. O cluster 1 refere-se aos comportamentos de alto risco: adesão moderada à dieta mediterrânea, elevado consumo de tabaco e baixo de álcool, baixa atividade física e baixa qualidade de vida, baixo nível de saúde e elevada perceção de stress. Os estudantes do cluster 1 são maioritariamente mulheres com uma média de idade de 23,4 ($\pm$ 5,7) anos.

No cluster 2 estão os indivíduos com comportamentos de risco moderados, com moderada adesão à dieta mediterrânea, moderado e elevado consumo de tabaco, moderada atividade física e moderado estado de saúde, qualidade de vida e de stress. O grupo é o mais representativo e tem uma média de idade de 26,6 ($\pm$ 7,8) anos, estes apresentam obesidade ou excesso de peso e vivem longe dos seus pais.

O cluster 3 incluiu os baixos comportamentos de risco e estilo de vida saudável com elevada adesão à dieta mediterrânea, elevada atividade física, baixo consumo de tabaco e moderado a baixo consumo de álcool, baixo nível de perceção de stress, uma excelente qualidade de vida e um bom estado de saúde. A média de idades ronda os 21,9 ($\pm$ 4,4) anos, vivem na sua maioria com os pais e têm a menor prevalência de obesidade ou excesso de peso (Bennasar-Veny et al., 2020).

De acordo com este trabalho foi estabelecida relação entre a dieta mediterrânea e comportamentos de saúde saudáveis.

Este trabalho demonstra que o estilo de vida e os comportamentos não devem ser analisados de forma isolada porque o estilo de vida saudável tende a abarcar diferentes comportamentos saudáveis e o mesmo acontece no inverso (Bennasar-Veny et al., 2020).

Os estudantes universitários tendem a utilizar uma dieta ocidental ao invés da dieta mediterrânea, que consiste no consumo de azeite, fruta, noz, pão integral, leguminosas, alimentos frescos, ovos e peixe e a ingerir mais alimentos processados, carne, alimentos salgados, manteiga e margarina, doces e bolos (alimentos ricos em gorduras saturadas e açúcar) (Bennasar-Veny et al., 2020).

Para estudar a associação entre as experiências adversas na infância e os clusters de comportamentos de risco em saúde dos estudantes universitários na Zâmbia, Zhang et al. (2020) realizaram um estudo transversal de abril a maio de 2018, com uma amostra total de 648 e com média de idade 22.9 ($\pm$ 2.2) anos.

De acordo com os resultados obtidos, 58,3% destacam que foram alvo de experiências adversas na infância (1 experiência: 27,6%; 2 experiências 16,3% e $\geq$ 3 experiências 14,4%), sendo os homens que relatam 3 ou mais experiências como consumo excessivo de substâncias por parte dos pais, violência física e exposição a violência a outro elemento do agregado familiar (Zhang et al., 2020).

A prevalência de comportamentos de risco oscilou de 6 a 34,2%. Os homens apresentam níveis de notificação para o consumo de tabaco, CEEA, comportamentos sexuais de risco e consumo de drogas.

Os jovens que apresentam experiências adversas durante a infância, como o consumo de substâncias por parte dos pais e violência verbal por parte dos pais, violência física a um dos pais, apresentaram maior probabilidade de desenvolver comportamentos sexuais de risco e comportamentos suicidários.

O abuso sexual esteve relacionado com todos os comportamentos de risco (tabaco, CEEA, consumo de drogas, comportamentos suicidários comportamentos sexuais de risco).

Neste trabalho foram criados 2 clusters: um com comportamentos saudáveis e outro com comportamentos de risco (fumar, CEEA, comportamentos suicidários, comportamentos sexuais de risco e consumo de drogas). O Cluster com comportamentos de risco apresentou mais experiências negativas na infância (Zhang et al., 2020).

Em Portugal foi aplicada uma extensão do *Health Behavior in School-aged Children* (HBSC/JUnP) da WHO, Projeto HBSC/JUnP, no ano letivo 2015/2016 com 2991 estudantes universitários com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos, uma média de idade de 22 anos. Estando a frequentar a licenciatura 62%, mestrado 29% e pós-mestrado 9%, sendo que 26% são do sexo masculino (Reis, Matos, & Equipa Aventura Social, 2017).

No que concerne a alimentação, 62,9% toma o pequeno-almoço todos os dias durante a semana; 58,8% come fruta, 57,6% come vegetais, 50,8% bebe leite, 49,3% bebe café, todos os dias; 63% come doces pelo menos uma vez por semana, 53,9% nunca consome refrigerantes e metade não faz dieta porque o seu peso é adequado (Reis et al., 2017).

Em média dormem 7h durante a semana e 8,5h ao fim-de-semana e 54,8% não pratica desporto.

Para o consumo de substâncias nocivas 57,7% já experimentou fumar, 44,2% já experimentou bebidas alcoólicas e destes 38,3% esteve embriagado; 35,3% já experimentou marijuana. Dos jovens que experimentaram substâncias psicoativas fizeram-no com mais de 14 anos.

No que concerne à frequência de consumo, 65,5% fumou tabaco, 37,9% fumou marijuana, 10 ou mais vezes; 38,7% 1 a 2 vezes nos últimos 30 dias, Para, o consumo de álcool, 46,4% bebeu 3 a 9 vezes e, ficou embriagado 71,4% 1 a 2 vezes nos últimos 30 dias. 52,6% não conduz se estiver sob o efeito de álcool e 22,8% conduz se apenas bebeu 1 bebida.

As redes sociais são usadas por 82,6%, apenas 28,4% sai com os amigos todos os dias, 36,6% sai raramente ou pouco frequentemente à noite e 36,6% tem relações de qualidade com os amigos.

Residem com a mãe 60,4%, com o pai 47,7% e os(as) irmãos (ãs) 38,6% e têm uma boa qualidade relacional com a família nuclear.

No que concerne o desempenho académico, 55,3% refere ter um bom desempenho e em 46,7% as suas notas variam entre 14 e 15 valores. 38,3% refere que é exercida muita pressão na elaboração de trabalhos, 42,9% sente-se aborrecido de vez em quando e 26,9% sente-se aborrecido na universidade.

Na perceção de saúde e bem-estar 38,6% descreve que esta é boa, 35,1% é boa, 58% descreve dores nas costas, 55,2% dor de cabeça, 47,3% dor no pescoço e ombros mais do que uma vez por semana e; raramente ou nunca têm tonturas em 78,4% e dores de estômago em 63,5%. Já nos sintomas psicológicos 70,9% sente-se cansado/exausto, 69,7% irritado, 64,5% nervoso e 55,8% triste/deprimido mais do que uma vez por semana. Em contraponto, 73,8% sente-se feliz e satisfeito com a vida.

Relativamente aos comportamentos sexuais 75,1% tem um relacionamento amoroso, 67,7% tem relações sexuais, 76,2% iniciou a atividade sexual com 16 anos ou mais, 87,3% usou métodos contraceptivos na primeira relação sexual e 75,3% na última. Como contraceção, 74,8% usou pílula e preservativo na primeira relação sexual e 78% na última. Em termos de comportamentos de risco, 12,2% teve relações sexuais sob o efeito de álcool ou drogas, 6% engravidou sem desejar, 5,2% contraiu uma IST, 4,5% realizou uma interrupção voluntária da gravidez (IVG) e 40,7% realizou rastreio ao VIH (Reis et al., 2017).

De acordo com os dados obtidos em 2010, foi possível observar que a idade da primeira relação sexual se mantém aos 16 anos ou mais (79,2% e 76,2%, respectivamente). Para os comportamentos sexuais de risco há um aumento de jovens que engravidaram sem desejar (4,1% para 6%), contraíram IST (3,3% para 5,2%), e fizeram uma IVG (3,2% para 4,5%) (Reis et al., 2017).

Para compreender a importância da insatisfação com o corpo, Bornioli, Lewis-Smith, Smith, Slater, & Bray (2019) desenvolveram um estudo prospectivo na Grã-Bretanha que envolveu 2634 mulheres e 1684 homens dos 14 aos 21 anos que se sentiam insatisfeitos com o corpo. De acordo com o seu trabalho as mulheres tendem a sentirem mais insatisfeitas com o seu corpo do que os homens. Aos 21 anos 30% dos homens consumiam cannabis e jogavam jogos de azar; menos de 20% dos homens fumavam, consumiam drogas e bebiam bebidas alcoólicas com frequência.

20% a 27% das mulheres fumavam consumiam cannabis e jogavam jogos de azar, e 12% das mulheres consumiam drogas, bebiam bebidas alcoólicas com frequência e automutilavam-se. Em ambos os grupos o risco médio relativo ao consumo de bebidas alcoólicas rondou os 40%.

Os jovens que apresentam desordens alimentares aos 16 anos, aos 21 anos tendem a ser fumadores, consumir drogas e ter comportamentos auto-lesivos aos 21, mas não jogam jogos de azar ou consomem bebidas alcoólicas com risco médio. O tabagismo parece surgir como forma de afirmação na sociedade por parte destes jovens que têm baixa autoestima, sofrem com as influências externas negativas e têm pouco afeto.

Estes dados permitem inferir que jovens que se sentem insatisfeitos com o seu corpo tendem a desenvolver comportamentos de risco e comportamentos auto-lesivos (Bornioli et al., 2019).

Os jogadores online com dependência de acordo com Butler, Quigg, Bates, Sayle, & Ewart (2020), também apresentam comportamentos de risco como elevados níveis de dependência de nicotina, álcool e outras substâncias psicoativas, que tendem a agravar ao longo do tempo. De acordo com estes autores estes comportamentos aditivos são fortemente influenciados por fatores genéticos, ambientais e sociais.

No seu trabalho (Butler et al., 2020) desenvolveram um estudo transversal a 2 303 residentes de uma ilha britânica, com mais de 18 anos. A gravidade da dependência de jogos de azar foi medida de acordo com uma escala indexada. De acordo com estes autores, de entre os jogadores com nível moderado a elevado de

dependência, têm maior probabilidade de apresentar mais de 2 comportamentos de risco 31,3%.

Os jovens com moderado/elevado risco de dependência de jogos têm 4 vezes mais probabilidade de ter uma dieta pobre e 2,9 vezes menor probabilidade de ter baixa atividade física e 3 vezes maior probabilidade de serem fumadores quando comparados com os jovens com baixo risco de dependência de jogos. Os jovens com baixo risco de dependência de jogos tendem a ter 2 vezes mais risco de consumir bebidas alcoólicas quando comparados com os jovens que não têm risco e os que apresentam risco moderado/elevado (Butler et al., 2020).

Os comportamentos de risco em saúde como os comportamentos de risco sexual, o abuso de substâncias, pode ser mais bem compreendido num contexto de saúde mental. Estes comportamentos podem refletir estratégias de *coping* ao stress, para atingir objetivos pessoais como a autorregulação e interações interpessoais ou para agir de acordo com as normas percebidas. Os estudantes universitários são particularmente vulneráveis pelo que se torna premente compreender a associação entre os comportamentos de risco e a saúde mental (Woerner, Overstreet, Amstadter, & Sartor, 2021).

A melhor fase para intervir do ponto de vista da saúde pública é nos adolescentes e jovens adultos e está relacionada com mais qualidade na vida adulta (Ramo et al., 2019).

O PNS 2021-2030 fomenta a saúde para os jovens e pretende que as estratégias de intervenção se centrem no

acesso a informação e formação em saúde promotora de comportamentos saudáveis, garantia de acesso a cuidados de saúde, fomento de ambientes saudáveis e participação das crianças e jovens na definição e avaliação de intervenções em saúde”

(Direção-Geral da Saúde [DGS], p. 175, 2021)

Devem ser dadas estratégias de proteção comportamental aos estudantes universitários que detêm mais comportamentos de risco porque se tornam mais eficientes ao longo do tempo (Terlecki et al., 2020).

No capítulo seguinte realizar-se-á uma descrição detalhada de como o estudo foi conduzido.

Parte II – Estudo Empírico

2. Metodologia

A investigação, enquanto processo estruturado e sistemático, consubstancia uma tentativa de atribuição de respostas ao carácter dinâmico do conhecimento, inerente a todo o processo de aprendizagem. A investigação constitui, por si só, um processo de comunicação.

Ao longo deste capítulo serão apresentados os materiais e métodos utilizados, os objetivos gerais e específicos, questões de investigação, hipóteses, amostra, recolha de dados e técnicas de análise de dados.

2.1. Métodos

Os estudantes universitários são um grupo particular e extremamente vulnerável pois exibem um aumento dos níveis de stress, problemas com o sono e alimentação, comportamentos de risco como o consumo de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, drogas), obesidade, comportamentos sexuais de risco, baixa atividade física, assim como a prevalência de outros comportamentos de risco para a saúde (Alsubaie, 2015; Bennasar-Veny et al., 2020; Khajouei & Salehi, 2017; Park et al., 2017; Provenzano et al., 2018).

Esta é uma área particularmente interessante e desafiante a investigar. Por um lado, porque existem ainda poucos estudos publicados referentes à realidade portuguesa e, por outro lado, para que de acordo com os resultados obtidos seja possível uma intervenção que seja eficaz, eficiente e efetiva, nesta população, com características tão específicas no sentido de melhorar os seus níveis de literacia.

Para a realização deste trabalho, na primeira parte realizou-se uma pesquisa bibliográfica nas plataformas *Pubmed*, *B-on*, *CINAHL complete*, *RCAAP* e *Google* de artigos com menos de 5 anos, utilizando os termos *MeSH*: "*health literacy*" OR "*consumer health information*"; "*smoking prevention*" OR "*smoking cessation*" OR "*tobacco use cessation*"; "*feeding behavior*" OR "*food preferences*"; "*alcoholism/prevention and control*" OR "*alcohol drinking*" OR "*alcohol drinking in college*" e; "*sex education*" OR "*sexual health*" OR "*sexual behavior*". Os artigos foram selecionados de acordo com o conteúdo do resumo e os objetivos determinados.

De encontro com o formulado anteriormente, as questões de partida para o início deste trabalho são as seguintes:

- Quais as variáveis sociodemográficas que interferem na literacia em alimentação, comportamentos aditivos e, em saúde sexual e reprodutiva?;

Quais as variáveis contextuais do desempenho académico, interferem na literacia em alimentação, comportamentos aditivos, em saúde sexual e reprodutiva, dos estudantes do ensino superior?;

- Quais as variáveis contextuais do estilo de vida que interferem na literacia em alimentação, comportamentos aditivos, em saúde sexual e reprodutiva, dos estudantes do ensino superior?;

- Quais as variáveis contextuais de entretenimento interferem na literacia em alimentação, comportamentos aditivos, em saúde sexual e reprodutiva, dos estudantes do ensino superior?;

- Quais as escalas de literacia dos estudantes do ensino superior que interferem entre si?.

Como objetivos para dar resposta às questões de investigação, foram estabelecidos os seguintes:

- Identificar as variáveis sociodemográficas que interferem na literacia em alimentação, comportamentos aditivos, e em saúde sexual e reprodutiva dos estudantes do ensino superior;

- Investigar se as variáveis contextuais interferem na literacia em alimentação, comportamentos aditivos e em saúde sexual e reprodutiva dos estudantes do ensino superior;

- Identificar o nível de literacia ao nível da literacia em alimentação, comportamentos aditivos e em saúde sexual e reprodutiva;

- Identificar quais as variáveis sociodemográficas e contextuais deduzem a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva interferem entre si nos estudantes do ensino superior;

- Investigar se a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva interferem entre si, nos estudantes do ensino superior.

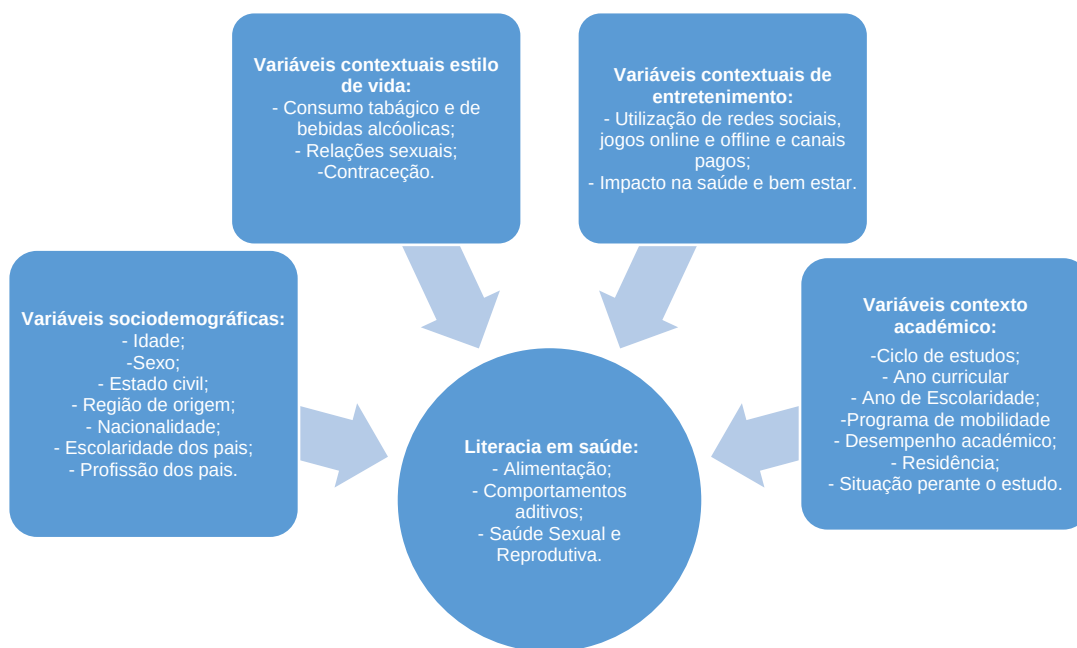


Figura 1 - Representação esquemática prevista da relação entre variáveis em estudo

2.2. Participantes

Este estudo apresenta uma amostra não probabilística composta por 924 estudantes do Ensino Superior.

A amostragem utilizada neste estudo será o método por conveniência, visto que serão apenas utilizadas as respostas disponíveis. Este método é dos mais utilizados, sendo também o mais fácil, rápido e barato (Hill & Hill, 2012). Dado o período temporal disponível para a obtenção de respostas e a necessidade de obtenção de mais respostas válidas.

A colheita de dados foi realizada pelos estudantes do 34º Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE) da Escola Superior de Saúde (ESSV) do Instituto Politécnico de Viseu (IPV), com questionário on-line que decorreu nos meses de fevereiro e abril de 2021.

Como critérios de inclusão foram considerados todos os estudantes universitários em Portugal.

1.2.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

Os estudantes universitários têm idades compreendidas entre os 18 e os 70 anos, com uma média de 22,35 anos ($\pm 6,10$ anos). A amostra é maioritariamente do sexo feminino ($n = 736$; 79,7%), ligeiramente mais novas ($\text{♀} = 21,89$ anos $\pm 5,37$ vs $\text{♂} = 24,14$ anos $\pm 8,17$ anos). O sexo feminino apresenta uma dispersão moderada ($CV = 24,53\%$) e o sexo masculino uma dispersão elevada ($CV = 33,84\%$). Afere-se ainda que o sexo feminino representa 73,6% da totalidade da amostra (cf. tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização da idade de acordo com o sexo

Sexo	n	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Feminino	736	18	57	21,89	5,37	24,53	2,92	9,85
Masculino	188	18	70	24,14	8,17	33,84	2,63	8,55

O questionário foi aplicado online e esteve disponível para todos os estudantes do Ensino Superior.

De acordo com os dados obtidos o etário mais representativo tem 22 ou mais anos e representa 34,2% ($\text{♀} = 31,3\%$ vs $\text{♂} = 45,7\%$). Na análise por sexo constata-se que no sexo feminino, o grupo etário mais frequente tem 19 ou menos anos, com 36,1% e no sexo masculino o grupo etário mais frequente tem 22 anos, com 45,7%.

Maioritariamente os estudantes universitários, não tem nenhum companheiro, representando 89,5% ($\text{♂} = 85,6\%$; $\text{♀} = 89,5\%$), 96% é de nacionalidade portuguesa ($\text{♂} = 92\%$; $\text{♀} = 97\%$) e, 55,7% é oriundo da região centro ($\text{♂} = 62,2\%$; $\text{♀} = 54,1\%$).

Os grupos mais representativos são os estudantes: de nacionalidade portuguesa, com 96% ($\text{♀} = 97,0\%$; $\text{♂} = 92,0\%$).

A escolaridade dos pais é baixa, tendo tanto a mãe como o pai atingido apenas o 3º ciclo (47,1% e 56,9%, respetivamente).

As mães pertencem na sua maioria ao grande grupo de profissões técnicas (50,9%). Na análise por sexo, observam-se 46,8% do sexo masculino e 51,9% do sexo feminino (Instituto Nacional de Estatística, 2011).

Os pais pertencem ao grande grupo de profissões técnicas, estando representados por 59,5% ($\text{♂} = 50,0\%$; $\text{♀} = 62,0\%$) (cf. tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica da amostra de acordo com o sexo

Sexo Variáveis	Masculino		Feminino		Total		Resíduos Ajustados		X ²	p
	n (188)	% (20,3)	n (736)	% (79,7)	n (924)	% (100,0)	Masc.	Fem.		
Grupo etário										
≤ 19 anos	47	25,0	266	36,1	313	33,9	-2,9	2,9	15,21	0,001
20-21	55	29,3	240	32,6	295	31,9	-0,9	0,9		
≥ 22	86	45,7	230	31,3	316	34,2	3,7	-3,7		
Nacionalidade										
Portuguesa	173	92,0	714	97,0	887	96,0	-3,1	3,1	9,69	0,002
Estrangeira	15	8,0	22	3,0%	37	4,0	3,1	-3,1		
Estado Civil										
Sem companheiro	161	85,6	666	90,5	827	89,5	-1,9	1,9	3,75	0,053
Com Companheiro	27	14,4	70	9,5	97	10,5	1,9	-1,9		
Região										
Norte	50	26,6	278	37,8	328	35,5	-2,9	2,9	11,79	0,019
Centro	117	62,2	398	54,1	515	55,7	2,0	-2,0		
Sul e Ilhas	11	5,9	41	5,6	52	5,6	0,1	-0,1		
Estrangeiro	7	3,7	10	1,4	17	1,8	2,2	-2,2		
NS/NR	3	1,6	9	1,2	12	1,3	0,4	-0,4		
Escolaridade da mãe										
Até 3º ciclo	82	44,1	348	47,9	430	47,1	-0,9	0,9	3,14	0,208
Secundário	48	25,8	206	28,3	254	27,8	-0,7	0,7		
Superior	56	30,1	173	23,8	229	25,1	1,8	-1,8		
Escolaridade do pai										
Até 3º ciclo	93	50,0	420	58,7	513	56,9	-2,1	2,1	4,85	0,088
Secundário	58	31,2	192	26,9	250	27,7	1,2	-1,2		
Superior	35	18,8	103	14,4	138	15,3	1,5	-1,5		
Grupo profissional da mãe										
Intelectuais	52	27,7	170	23,1	222	24,0	1,3	-1,3	2,078	0,354
Técnicos	88	46,8	382	51,9	470	50,9	-1,2	1,2		
Indiferenciados e Outros	48	25,5	184	25,0	232	25,1	0,2	-0,2		
Grupo profissional do pai										
Intelectuais	50	26,6	147	20,0	197	21,3	2,0	-2,0	16,48	0,124
Técnicos	94	50,0	456	62,0	550	59,5	-3,0	3,0		
Indiferenciados e Outros	44	23,4	133	18,1	177	19,2	1,7	-1,7		

2.3. Instrumento de colheita de dados

A escolha do questionário está associada, ao fenómeno que se pretende estudar, e devido ao volume de dados que serão tratados, visto que a população terá um número superior a 30 pessoas, este é o instrumento que melhor se adequa às necessidades do estudo (Negas, E., 2021, p. 23).

Assim, será utilizado um questionário de autoadministração online que avalia a literacia em saúde em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva em estudantes universitários.

O instrumento de colheita de dados foi o utilizado pelo Projeto do Instituto Superior Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde, financiado pela Caixa Geral de Depósitos com a referência – *PROJ/IPV/ID&/IO20* com o título *AppSaúde: Empoderar para melhor viver*

na área temática de Educação e Saúde-Saúde Mental, coordenado pela Professora Doutora Manuela Ferreira e focaliza uma abordagem de saúde, suportada pelas novas tecnologias, agregando três áreas: alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva.

Este instrumento de colheita está dividido em duas partes. Na primeira parte foi realizado um questionário *ad hoc* que procede à caracterização sociodemográfica (sexo; estado civil; nacionalidade; distrito de proveniência; irmãos; grau de escolaridade e profissão dos pais; residência e situação atual perante o estudo/profissão), caracterização académica (instituição de ensino superior; curso; ciclo de estudos e ano; tipo de estudante; deslocação da residência; programa de mobilidade; autoavaliação do desempenho académico e média de classificação no momento da aplicação), estilo de vida (saúde sexual e reprodutiva: relações sexuais, uso de contraceção, existência ou não de relacionamento com outra pessoa, relações sexuais associadas a comportamentos de risco; comportamentos aditivos (consumo de tabaco e bebidas alcoólicas e frequência) e de entretenimento (tempo de utilização de redes sociais, jogos online e offline e canais pagos de televisão). Na segunda parte surgem 4 escalas propriamente ditas.

A segunda parte é constituída por uma escala que por sua vez é constituída por 146 itens, organizada em quatro subescalas diferentes, apresentando adequadas propriedades conceptuais e psicométricas. O instrumento é simples e de fácil resposta, e demonstrando que tem potencial para avaliar as necessidades e o impacto da intervenção em contexto universitário.

De acordo com a análise fatorial exploratória e confirmatória realizada pelos estudantes do 34º CLE da ESSV, cada subescala psicométrica avalia o conhecimento dos estudantes universitários em Portugal.

A escala relativa à Literacia em alimentação é constituída 26 itens é representada pelo Fator Global: “Literacia em alimentação” e pelos fatores: “Composição nutricional dos alimentos”, Rotulagem e escolhas alimentares” e “Práticas alimentares saudáveis”, constituídos por 7, 10 e 9 itens respetivamente. De acordo com a matriz da Correlação de Pearson que se estabeleceu com os fatores da escala e o fator global, é possível observar que as subescalas estabelecem entre si correlações positivas e significativas, a mais baixa observando-se entre os fatores 2 e 3 ($r=0,725$) e a mais alta entre os fatores 1 e 2 ($r=0,849$). As correlações das subescalas com o fator global são mais elevadas, situando-se acima de $r=0,900$.

A escala que estuda a Literacia em comportamentos aditivos é constituída por 9 itens e é representada pelo Fator Global: “Literacia em comportamentos aditivos” e pelos fatores “Compreender e utilizar a informação” e “Alteração de hábitos de consumo”, constituídas por 6 e 3 itens respetivamente. Com a aplicação da matriz da Correlação de Pearson entre os fatores da escala e o fator global, é possível observar que as subescalas estabelecem entre si correlações positivas e significativas, a mais baixa observando-se entre os fatores 1 e 2 ($r = 0,473$). As correlações das subescalas com o fator global são mais elevadas, tanto com o fator 1 ($r = 0,887$) como com o fator 2 ($r = 0,826$).

A escala de Literacia em saúde sexual e reprodutiva é constituída por 15 itens, é representada pelo Fator Global – “Literacia em Saúde Sexual e Reprodutiva” e pelos fatores: “Reprodução, Contraceção e IST”, “Impacto da Gravidez Adolescente” e “Afetos, Abuso e Exploração Sexual e Violência no Namoro”, cada uma constituída por 6, 4 e 5 itens respetivamente. De acordo com a aplicação da matriz da Correlação de Pearson que se estabeleceu com os fatores da escala e o fator global destaca-se que o fator 1 apresentou-se positivamente correlacionado com o fator 2 (correlação de Pearson $r = 0,873$), 3 ($r = 0,870$) e total ($r = 0,970$). O fator 2 está positivamente correlacionado com o fator 3 ($r = 0,807$) e total ($r = 0,933$). Por último, o fator 3 também está positivamente correlacionado com o total ($r = 0,942$). Assim foram estabelecidas correlações positivas e significativas.

A escala referente à saúde mental não foi analisada.

As escalas analisadas apresentam modelos refinados com alfa de cronbach global excelentes e todas com índices de ajustamento adequados.

A resposta aos itens foi efetuada através de uma escala de medida de tipo Likert de 5 posições (0 - “Não sei” e de (1) – “Muito difícil” a (4) – “Muito fácil”) (Hill & Hill, 2012).

Para categorizar o nível de conhecimento nas diferentes escalas, foram determinados grupos de coorte tendo por base os percentis 25 e 75, de acordo com a classificação na tabela 3. Assim, o percentil abaixo de 25 é referente aos estudantes com baixa literacia, o percentil 25 a 75 os estudantes com literacia moderada e por fim os estudantes do percentil com mais de 75 referentes à elevada literacia.

De um modo geral, para as 3 escalas os estudantes revelam literacia moderada, com 48,5% em alimentação, 42,2% em comportamentos aditivos e 47% em saúde sexual e reprodutiva.

Tabela 3 - Grupos de coorte de acordo com a cotação das escalas

Grupos de coorte								
Escalas			LA		LCA		LSSR	
Percentis			n	% da amostra	n	% da amostra	n	% da amostra
<Percentil 25	Grupo 1	Baixa	242	26,2	275	29,8	323	25,5
≥Percentil 25 <Percentil 75	Grupo 2	Moderada	447	48,4	390	42,2	339	47,0
≥Percentil 75	Grupo 3	Elevada	235	25,4	259	28,0	262	27,5

2.4. - Procedimentos formais e éticos

O projeto *PROJ/IPV/ID&IO20* com o título *AppSaúde: Empoderar para melhor viver*, na área temática de Educação e Saúde-Saúde Mental, é considerado inovador, pelo que tem sido amplamente integrado nos diferentes contextos locais e regionais, e ilustra como as parcerias são estratégicas, sendo que cada parceiro potencia todas as sinergias criadas.

Este permite compreender e monitorizar determinantes de saúde, educação e aprendizagem ao longo da vida contribuindo para uma sociedade inclusiva e respondendo aos desafios sociais, num mundo em mudança-sociedades inclusivas, inovadoras e reflexivas.

A colheita de dados foi realizada pelos estudantes do 34º CLE da ESSV, a partir da plataforma *online* do *Google Forms*. Esta foi partilhada nas redes sociais e digitais e atingiu 924 estudantes do Ensino Superior. No decorrer do desenvolvimento deste estudo, ter-se-á em consideração os direitos fundamentais do ser humano, que são essenciais para assegurar a proteção de todos os participantes da investigação. De entre esses direitos e princípios éticos envolvidos, emergem todas as medidas necessárias para a não violação do direito à autodeterminação, que tem como base o princípio do respeito pelas pessoas, na qual cada um é livre de escolher e decidir acerca da sua participação no estudo, devendo ser informada acerca das condições de realização do mesmo (Coutinho, 2014).

O direito à autodeterminação pressupõe que haja informação antecedente, para que os sujeitos possam fazer a sua decisão de forma livre e informada (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Os participantes deste estudo são informados da temática e dos objetivos do estudo, antes de serem recolhidas quaisquer informações acerca destes. Considera-se também o direito à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, garantindo que

a identidade dos participantes não será divulgada, assim como algum tipo de dados e de informação recolhida, que não deverá ser exposta nem partilhada (Coutinho, 2014, p. 19).

2.5 – Procedimentos estatísticos

A base de dados compila todos os dados que serão introduzidos. Estes dados serão convertidos de modo a possibilitar a utilização do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 28 (v28), adequados para o tratamento estatístico de dados de estudos em ciências sociais.

O estudo estatístico compreendeu a análise descritiva e a análise inferencial. Com a análise estatística determinaram-se medidas de tendência central como média e mediana, medidas de dispersão ou variabilidade como amplitude de variação, desvio padrão e coeficiente de variação, medidas de forma como assimetria e curtose, separatrizes como os quartis e medidas de associação como Correlação de Pearson ou Spearman de acordo com as características das variáveis.

O coeficiente de variação, permite comparar a dispersão de duas variáveis que não são avaliadas com a mesma unidade de medida. Expressa-se pela divisão do desvio padrão com a média multiplicado por 100 ($CV = Dp/\bar{x} \times 100$). Os intervalos de dispersão admitidos foram os sugeridos por Pestana e Gageiro (2014):

- $CV \leq 15\%$: fraca dispersão;
- $15\% < CV \leq 30\%$: dispersão moderada;
- $CV > 30\%$: dispersão elevada.

Quando as variáveis são de natureza quantitativa aplicam-se as medidas de assimetria que a seguir se expõem. A medida de assimetria Skewness (SK), enviesamento da distribuição em relação à amostra, é calculada através do quociente entre SK com erro padrão (Std. Error) (Pestana & Gageiro, 2014).

Segundo Pestana e Gageiro (2014) se $SK/Std. Error$:

- Oscilar entre -1,96 e 1,96 a distribuição é simétrica;
- For inferior a -1,96, a distribuição é assimétrica negativa ou enviesada à direita;
- For superior a 1,96, a distribuição é assimétrica positiva ou enviesada à esquerda.

Para os mesmos autores, nas medidas de achatamento ou curtose (K) os resultados obtêm-se da mesma forma. Esta medida é obtida pelo quociente $K / \text{Std. Error}$. Assim, pode afirmar-se que a distribuição é:

- Mesocúrtica se $-1,96 < K / \text{Stderror} < 1,96$;
- Platicúrtica se for inferior a $-1,96$;
- Leptocúrtica caso seja superior a $1,96$.

A análise inferencial compreendeu a utilização de testes paramétricos e não paramétricos:

Para a utilização dos testes paramétricos, as variáveis devem ser métricas e as distribuições pertencem a famílias paramétricas são utilizadas as médias, variâncias, proporções e correlações.

Os testes não paramétricos baseiam-se na ordem, nas frequências ou nos sinais das observações, são aplicados em variáveis de natureza qualitativa, nominal ou ordinal, sendo muito utilizados em distribuições que não sejam normais, ou quando as amostras têm dimensão inferior a 30 (Marôco, 2014, p. 189).

Vários autores

demonstraram que os métodos 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 extremamente pequenas.

Marôco (2014, p. 189)

Já a violação do pressuposto da homogeneidade das variâncias, é mais grave e afeta o erro tipo I e o erro tipo II.

Tendo em consideração o tamanho amostral, foi aplicado o Teorema de limite central, que afirma que a média de uma amostra de “ n ” elementos tende a uma distribuição normal.

Ao longo do trabalho foram aplicados os seguintes testes:

- Teste de associação paramétrica, o coeficiente de correlação de Pearson (r), utiliza-se para medir o tipo de associação linear entre duas variáveis quantitativas, que não dependem das unidades de medida. Este varia entre -1 e $+1$ ($-1 \leq r \leq +1$). Quanto mais o valor se aproxima dos extremos, maior será a intensidade da correlação (Marôco, 2014; Pestana & Gageiro, 2014). Quanto à intensidade, tendo com referência Marôco (2014, p. 24), são consideradas correlações:

- Fracas: se valor absoluto de $r < 0,25$;
- Moderadas: se $0,25 \leq r < 0,5$;
- Fortes: se $0,5 \leq r < 0,75$;
- Muito fortes: se $r \geq 0,75$.

Para os dados obtidos pretendeu-se estudar o isomorfismo entre os fatores. Se o isomorfismo estiver presente existe uma correspondência biunívoca entre os fatores. Sempre que existe isomorfismo entre 2 grupos, estes são designados de isomorfos, isto é, possuem as mesmas propriedades, não sendo necessário fazer distinções entre eles. Com a aplicação da matriz da correlação de *Pearson* com um intervalo de confiança de 95%, onde a hipótese de presença de isomorfismo é descartada quando o p é igual ou menor que 0,05 (Callado, Callado, & Almeida, 2014).

- teste do Qui-Quadrado (X^2) utilizado para testar se dois ou mais grupos independentes diferem relativamente a uma determinada característica e se a frequência com que os elementos da amostra se repartem pelas classes de uma variável categorizada é ou não idêntica. Foi efetuada a simulação de Monte Carlo para 10.000 amostras e com um nível de confiança a 95%. Associado ao teste de qui-quadrado foram usados os resíduos ajustados que nos indicam as células que diferem entre si. Para a sua interpretação consideram-se valores positivos observados em células superiores a 2. Como nota final, resta referir que os resíduos ajustados só podem ser objeto de leitura quando em linha ou em coluna o registo de casos for superior a 8.

- Teste t-Student paramétrico e o teste Não Paramétrico U-Mann-Whitney (UMW) para amostras independentes, utilizado para a determinação da significância da diferença entre médias. Os pressupostos deste método estatístico, nomeadamente as normalidades das distribuições e a homogeneidade de variâncias nos dois grupos foram avaliados com o teste de Levene (Marôco, J., 2021).

- Análise de variância a um fator (ANOVA) ou Teste de Kruskal Wallis permite a análise de variância, tem como objetivo determinar se a média de 3 ou mais grupos são diferentes, e identificar se essas médias diferem significativamente entre elas. Com o teste ANOVA, recorre-se, por norma, aos testes *post hoc*, de modo a poder saber-se quais as médias que se diferenciam entre si como descrito por Marôco, J., (2021).

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

- $p < 0,05$ - diferença estatística significativa
- $p < 0,01$ - diferença estatística bastante significativa
- $p < 0,001$ - diferença estatística altamente significativa

Dado que se trata de uma escala de conhecimento em Literacia e o número de itens diverge consoante os fatores, para uma melhor interpretação e visualização na área, em que como profissionais de saúde se deve atuar, procurou-se transformar a medida destas escalas na mesma ordem de grandeza (de 0 a 100) pelo que se utilizou a seguinte fórmula:

- $((\text{Score bruto} - \text{valor mínimo}) / \text{amplitude}) \times 100.$

Assim, cada fator é cotado de 0 a 100 tornando-se possível desta forma a comparação entre as subescalas.

A análise multivariada consiste num conjunto de métodos estatísticos utilizados em situações em que várias variáveis são medidas simultaneamente em cada elemento amostral. Esta representa várias variáveis dependentes que têm o mesmo resultado.

Assim, foram utilizados 2 tipos de análise multivariada, a análise por cluster e a análise de regressão multivariada.

A análise por cluster ou análise de conglomerados consiste na classificação ou agrupamento. Esta é uma técnica de análise multivariada que tem como propósito, agrupar os elementos selecionados em grupos com características similares entre si de maneira que os elementos em grupos diferentes, sejam heterogêneos em relação a estas mesmas características.

A regressão multivariada consiste num conjunto de técnicas estatísticas que permitem a construção de modelos que descrevem a relação entre várias variáveis explicativas de um determinado fenómeno. Esta é multivariada é que quando são tratadas duas ou mais variáveis explicativas. Ao longo deste trabalho foi aplicada a regressão linear múltipla com o método *Stepwise*.

A apresentação dos resultados é feita através de tabelas, quadros e gráficos nos quais foi omitida a fonte e o local por se tratar dum estudo transversal.

No próximo capítulo proceder-se-á a apresentação dos resultados obtidos, iniciando-se com a análise descritiva e, posteriormente, a análise inferencial.

3. Apresentação dos resultados

De forma a melhor contextualizar os resultados obtidos é fundamental caracterizar a amostra obtida e só posteriormente se passará à análise das suas respostas.

No entanto, é de salientar que os resultados obtidos apenas se referem à amostra obtida, não podendo ser generalizados para qualquer população.

3.1 Análise descritiva

A análise descritiva consiste na primeira manipulação realizada neste estudo quantitativo, por forma a resumir, sumarizar e explorar o comportamento dos dados.

3.1.1. Variáveis de contexto académico

Para conhecer a amostra em análise procedeu-se a uma análise das variáveis de contexto académico tal como apresentado na tabela 4.

Para o ciclo de estudos, verifica-se que 75% frequenta a licenciatura e destes 63,3% são do sexo masculino e 78,0% são do sexo feminino. O teste X^2 revela diferenças significativas ($X^2=44,02$; $p= 0,001$) o que é comprovado pelos resíduos ajustados (RA) e constata-se que existem mais homens a frequentar o Curso Técnico Superior Profissional (CTesP) (RA = 5,8) e mulheres a frequentar a licenciatura (RA= 4,2).

Dando continuidade à análise observa-se que 40,6% frequenta o 1º ano curricular (♂= 38,2%; ♀=41,2%), e como os RA dos estudantes do 3º ano são de 2,6 para as mulheres, revela que as mulheres estão na sua maioria no 3º ano. 96,5% são portugueses. Destes, 93,1% são do sexo masculino e 97,4% são do sexo feminino, com diferenças estatísticas ($X^2=8,41$ e $p= 0,004$). Pela análise dos RA, confirma-se que existem diferenças estatísticas bastante significativas entre o sexo, estando as mulheres associadas à nacionalidade portuguesa e os homens à estrangeira.

A situação perante o estudo varia, 75,4% é estudante a tempo integral, sendo 63,3% do sexo masculino e 78,5% do sexo feminino. O teste X^2 revela diferenças estatísticas altamente significativas ($X^2=18,75$ e $p= 0,001$) o que demonstra que as mulheres estão mais

dedicadas ao estudo (RA= 4,3), sendo estudantes a tempo integral e, ao invés, os homens mantêm a atividade acadêmica e concomitantemente a atividade laboral (RA=4,3).

Em programa de mobilidade estão 44 estudantes e, destes 11,4% estão em Erasmos (♂= 5,9%; ♀=14,8%). A auto percepção do desempenho acadêmico é boa, representando 60,6% e é semelhante entre sexo (♂= 58,0%; ♀= 61,3%), no entanto existe bastante significância estatística ($X^2=14,51$ e $p= 0,006$), com os homens a apresentar pior percepção do seu desempenho do que as mulheres.

A média de classificação é no cômputo geral boa, com 14 a 16 valores em 60,2%, os homens apresentam 47,6% e as mulheres 63,4%. A média de classificação é superior no sexo feminino com diferença estatisticamente significativa ($X^2= 16,918$; $p= 0,001$). Pela análise dos RA observa-se que as mulheres têm média entre os 14 e os 16 anos e os homens entre 10 e 13 valores.

Residem deslocados 57,9%, na análise por sexo, verifica-se que os estudantes do sexo masculino na sua maioria não estão deslocados, representando 52,7%, com diferenças estatísticas altamente significativas ($X^2=10,84$ e $p= 0,001$). Os homens residem ou sozinhos ou com familiares (RA=2,0) e as mulheres com colegas (RA=2,8), que é comprovado por diferenças bastante significativas ($X^2= 9,839$; $p= 0,007$).

Tabela 4 - Variáveis de contexto académico em função do sexo

Variáveis	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Resíduos Ajustados		X^2	p
		n (188)	% (20,3)	n (736)	% (79,7)	n (924)	% (100,0)	Masc.	Fem.		
Ciclo de estudos											
CTeSP		14	7,4	5	0,7	19	2,1	5,8	-5,8	44,02	0,001
Licenciatura		119	63,3	574	78,0	693	75,0	-4,2	4,2		
Mestrado		38	20,2	123	16,7	161	17,4	1,1	-1,1		
Outro		17	9,0	34	4,6	51	5,5	2,4	-2,4		
Ano curricular											
1ºAno		71	38,2	300	41,2	371	40,6	0,8	-0,8	7,44	0,114
2ºAno		50	26,9	212	29,1	262	28,7	0,6	-0,6		
3ºAno		50	26,9	134	18,4	184	20,1	-2,6	2,6		
4ºAno		12	6,5	69	9,5	81	8,9	1,3	-1,3		
5ºAno		3	1,6	13	1,8	16	1,8	0,2	-0,2		
Total		186	20,4	728	79,6	914	100,0				
Tipo de estudante											
Português		175	93,1	717	97,4	892	96,5	-2,9	2,9	8,41	0,004
Estrangeiro		13	6,9	19	2,6	32	3,5	2,9	-2,9		
Programa de mobilidade											
Erasmos		1	5,9	4	14,8	5	11,4	-0,9	0,9	1,309	0,520
Protocolos bilaterais		1	5,9	3	11,1	4	9,1	-0,6	0,6		
Outros		15	88,2	20	74,1	35	79,5	1,1	-1,1		
Total		17	38,6	27	61,4	44	100,0				
Desempenho Académico											
Mau		5	2,7	3	0,4	8	0,9	3,0	-3,0	14,51	0,006

Razoável	40	21,3	124	16,8	164	17,7	1,4	-1,4		
Bom	109	58,0	451	61,3	560	60,6	-0,8	0,8		
Muito bom	28	14,9	146	19,8	174	18,8	-1,5	1,5		
Excelente	6	3,2	12	1,6	18	1,9	1,4	-1,4		
Média de classificação										
< 10 valores	2	1,1	3	0,4	5	0,5	1,1	-1,1	16,918	0,001
10-13 valores	74	40,0	194	26,6	268	29,3	3,6	-3,6		
14-16 valores	88	47,6	463	63,4	551	60,2	-3,9	3,9		
17-20 valores	21	11,4	70	9,6	91	9,9	0,7	-0,7		
Total	185	20,2	730	79,8	915	100,0				
Deslocação da residência										
Sim	89	47,3	445	60,6	534	57,9	-3,3	3,3	10,84	0,001
Não	99	52,7	289	39,4	388	42,1	3,3	-3,3		
Reside										
Sozinho	13	7,0	27	3,7	40	4,4	2,0	-2,0	9,839	0,007
Com colegas	74	40,0	376	51,5	450	49,2	-2,8	2,8		
Com a familiares e outros	98	53,0	327	44,8	425	46,4	2,0	-2,0		
Situação profissional										
Estudante a tempo integral	119	63,3	578	78,5	697	75,4	-4,3	4,3	18,75	0,001
Trabalhador-estudante	69	36,7	158	21,5	227	24,6	4,3	-4,3		

3.1.2. Variáveis contextuais de estilo de vida

Para conhecer a amostra em análise procedeu-se a uma análise das variáveis contextuais tal como apresentado na tabela 5.

Os estudantes quando questionados se alguma vez fumaram cigarros, charutos, cachimbo e/ou cigarros eletrónicos, registou-se que 74,6% nunca fumou. Dos homens nunca fumou 70,2% e de raparigas, 75,7%. 12,6% fuma atualmente e 12,9% fumou mas parou. Dos fumadores, 69% fuma 6 ou menos cigarros diariamente ($\sigma^2 = 58,1\%$; $\sigma^2 = 72,9\%$).

Dos estudantes inquiridos, 73,9% consumiram bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses, sendo este comportamento semelhante entre sexo ($\sigma^2 = 79,8\%$ e $\sigma^2 = 72,4\%$). No entanto existe significância estatística entre sexo ($X^2 = 7,35$; $p = 0,025$), com as mulheres a revelar que tendencialmente não beberam nos últimos 12 meses.

Destes, consumiu mais de 3 bebidas uma ou menos vezes por mês 57,1% ($\sigma^2 = 61,3$; $\sigma^2 = 55,9$). Foram identificadas diferenças significativas ($X^2 = 8,302$ e $p = 0,016$) e, de acordo com os RA, as mulheres são as que nunca bebem bebidas alcoólicas (RA= 2,7).

No consumo de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias constata-se que existem diferenças estatísticas altamente significativas ($X^2 = 10,08$ e $p = 0,001$) entre sexos, que se confirmam pelos RA. Os homens são os que consumiram nos últimos 30 dias. No cômputo geral, a maioria, 60,8% consumiu bebidas alcoólicas ($\sigma^2 = 72,0\%$; $\sigma^2 = 60,8\%$).

Tabela 5 - Variáveis contextuais aos comportamentos aditivos em função do sexo

Variáveis	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Resíduos Ajustados		X ²	p
		n (188)	% (20,3)	n (736)	% (79,7%)	n (924)	% (100,0)	Masc.	Fem.		
Consumo de tabaco											
Fumo atualmente		31	16,5	85	11,5	116	12,6	1,8	-1,8	3,54	0,170
Fumava mas parei		25	13,3	94	12,8	119	12,9	0,2	-0,2		
Nunca fumei		132	70,2	557	75,7	689	74,6	-1,5	1,5		
Quantidade de cigarros											
≤ 6 cigarros		18	58,1	62	72,9	80	69,0	-1,5	1,5	2,35	0,125
≥ 7 cigarros		13	41,9	23	27,1	36	31,0	1,5	-1,5		
Total		31	26,7	85	73,3	116	100,0				
Bebidas Alcoólicas 12 meses											
Sim		150	79,8	533	72,4	683	73,9	2,1	-2,1	7,35	0,025
Não		20	10,6	140	19,0	160	17,3	-2,7	2,7		
Nunca bebi		18	9,6	63	8,6	81	8,8	0,4	-0,4		
Consumo de mais de 3 bebidas alcoólicas											
Uma ou várias vezes por semana		31	20,7	80	15,0	111	16,3	1,7	-1,7	8,302	0,016
Uma ou menos vezes por mês		92	61,3	298	55,9	390	57,1	1,2	-1,2		
Nunca		27	18	155	29,1	182	26,6	-2,7	2,7		
Total		150	22,0	533	78,0	683	100,0				
Bebidas Alcoólicas 30 dias											
Sim		108	72,0%	308	57,7%	416	60,8%	3,2	-3,2	10,08	0,001
Não		42	28,0%	226	42,3%	268	39,2%	-3,2	3,2		

Os estudantes foram inquiridos relativamente às variáveis contextuais referentes à saúde sexual e reprodutiva.

De acordo com os dados obtidos, apresentados na tabela 6, teve relações sexuais no último ano 64,1% (♂= 62,8%; ♀=64,4%) e as relações sexuais ocorreram em contexto de uma relação em 88,1%, tanto no sexo masculino (78,8%) como no feminino (90,4%), com diferenças estatísticas altamente significativas ($X^2= 12,127$; $p= 0,001$). Pela análise dos RA é possível compreender que as mulheres tendem a ter relações sexuais numa relação e os homens procuram as relações ocasionais.

Dos estudantes que tiveram relações sexuais utilizou contraceção 92,7% (♂= 82,2%; ♀= 95,3%), com diferenças estatísticas altamente significativas ($X^2= 23,769$; $p= 0,001$), de acordo com os RA constata-se que as mulheres tendem a usar mais contraceção, quando comparadas com os homens.

Quando questionados relativamente ao método usado, surge em primeiro lugar, com 30,3% o preservativo, e os homens são os principais utilizadores, seguindo-se a pílula com 29,8% da amostra, sendo as mulheres as principais utilizadoras

(♂=11,1% vs ♀= 33,9%). A dupla contraceção é pouco expressiva, representando 31,8%, com 19,2% de utilizadores do sexo masculino e 34,6% do sexo feminino. Apesar de todos os alertas relativos aos riscos associados ao coito interrompido e à não utilização de qualquer contraceção, ainda é praticado em 1,6% e 0,2% respetivamente. Foi estabelecida relação estatística altamente significativa ($X^2= 72,16$ e $p= 0,001$). Pela análise dos resíduos ajustados elevados, pode-se inferir que os homens tendem a utilizar mais o preservativo, o coito interrompido e nenhuma contraceção e as mulheres a pílula e a dupla contraceção.

Ainda referente aos estudantes que tiveram relações sexuais nos últimos 12 meses, foi inquirido qual a frequência na utilização do preservativo e menos de metade da amostra é que opta por usá-lo sempre (41,2%), sem diferenças entre sexos (♂=45,3%; ♀=40,2%) e 24,6% descreve que nunca o utiliza (♂=21,4%; ♀= 25,4%).

A maioria dos jovens refere que não teve relações sexuais sob o efeito de álcool (84,7%= ♂=74,5%; ♀= 87,4%), e foi encontrada relação estatística altamente significativa ($X^2=19,259$; $p= 0,001$), comprovada pelos elevados RA que revela que os homens tendem a ter relações sexuais sob o efeito de álcool.

Não teve relações sexuais sob o efeito de drogas 97,1%, 94,7% dos homens e 97,7% das mulheres e, foi encontrada significância estatística ($X^2= 4,781$; $p= 0,029$), comprovada pelos RA, que confirmam que os homens tendem mais a ter relações sexuais sob o efeito de drogas do que as mulheres.

As relações sexuais ocasionais têm uma relação altamente significativa ($X^2= 31,811$ e $p= 0,001$), comprovada pelos RA, com o sexo. Os homens tendem a ter mais parceiros ocasionais. No cômputo geral não tem relações sexuais ocasionais 80,1% da amostra (♂=65,4%; ♀=83,8%) (cf tabela 6).

Tabela 6 - Variáveis contextuais à saúde sexual e reprodutiva em função do sexo

Variáveis	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Resíduos Ajustados		χ²	p
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.			
	(188)	(20,3)	(736)	(79,7)	(924)	(100,0)					
Relações Sexuais											
	Sim	118	62,8	471	64,4	589	64,1	-0,4	0,4	0,18	0,671
	Não	70	37,2	260	35,6	330	35,9	0,4	-0,4		
	Total	188	20,5	731	79,5	919	100,0				
Contexto da Relação											
	Sim	93	78,8	425	90,4	518	88,1	-3,5	3,5	12,127	0,001
	Não	25	21,2	45	9,6	70	11,9	3,5	-3,5		
	Total	118	20,1	470	79,9	588	100,0				
Contraceptivos											
	Sim	97	82,2	446	95,3	543	92,7	-4,9	4,9	23,769	0,001
	Não	21	17,8	22	4,7	43	7,3	4,9	-4,9		
	Total	118	20,1	468	79,9	586	100,0				
Tipo de Contraceptivo											
	Preservativo	60	60,6	106	23,7	166	30,3	7,2	-7,2	72,16	0,001

Pílula	11	11,1	152	33,9	163	29,8	-4,5	4,5		
Pílula e Preservativo	19	19,2	155	34,6	174	31,8	-3,0	3,0		
Anel Vaginal	0	0,0	12	2,7	12	2,2	-1,6	1,6		
Implante	4	4,0	8	1,8	12	2,2	1,4	-1,4		
Coito Interrompido	4	4,0	5	1,1	9	1,6	2,1	-2,1		
DIU	0	0,0	10	2,2	10	1,8	-1,5	1,5		
Nenhum	1	1,0	0	0,00	1	0,2	2,1	-2,1		
Total	99	18,1	448	81,9	547	100,0				
Uso de Preservativo										
Sempre	53	45,3	188	40,2	241	41,2	1,0	-1,0		
Frequente	28	23,9	94	20,1	122	20,9	0,9	-0,9		
Raramente	11	9,4	67	14,3	78	13,3	-1,4	1,4	3,584	0,310
Nunca	25	21,4	119	25,4	144	24,6	-0,9	0,9		
Total	117	20,0	468	80,0	585	100,0				
Relação Álcool - Sexo										
Sim	48	25,5	93	12,6	141	15,3	4,4	-4,4		
Não	140	74,5	643	87,4	783	84,7	-4,4	4,4	19,259	0,001
Relação Droga- Sexo										
Sim	10	5,3	17	2,3	27	2,9	2,2	-2,2		
Não	178	94,7	719	97,7	897	97,1	-2,2	2,2	4,781	0,029
Parceiros Ocasionais										
Sim	65	34,6	119	16,2	184	19,9	5,6	-5,6		
Não	126	65,4	617	83,8	740	80,1	-5,6	5,6	31,811	0,001

3.1.3. Variáveis contextuais de entretenimento

Os estudantes foram inquiridos relativamente a como ocupam os seus tempos livres tal como descrito na tabela 6 e, descrevem que acedem a redes sociais como o Youtube, Instagram, Snapchat e outros entre 1 a 4 horas em 64,5%. Na análise por sexo verifica-se que 66,5% dos homens e 63,9% das mulheres (cf tabela 7).

A maioria dos estudantes (75,9%) opta por não jogar online e/ou offline. Destes, 48,1% do sexo masculino e 83,0% das mulheres. Com a aplicação do teste Qui-Quadrado é possível observar que existem diferenças altamente significativas entre o sexo ($X^2 = 113,539$ e $p = <0,001$). Os RA corroboram estas diferenças informando que as mulheres são as que não jogam e os homens tendem a jogar mais de 4h diariamente.

Os canais pagos de filmes e séries como a Netflix, HBO, entre outros são usados entre 1 a 4h por 51,0% ($\text{♂} = 39,0\%$; $\text{♀} = 54,0\%$), com elevada significância estatísticas entre sexo ($X^2 = 25,381$ e $p = <0,001$). Pela análise dos RA é possível perceber que os homens não acedem e as mulheres quando acedem fazem-no durante 1 a 4 horas.

A utilização do computador afeta algumas vezes a saúde e bem-estar dos estudantes (52,1%), estando essa afetação presente em 45,2% dos homens e em 53,8% das mulheres.

Tabela 7 – Variáveis de entretenimento por sexo

Variáveis	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Resíduos Ajustados		χ^2	p
		n (188)	% (20,3)	n (736)	% (79,7)	n (924)	% (100,0)	Masc.	Fem.		
Aceder a redes sociais											
Não acedo até 1h		16	8,5	61	8,3	77	8,4	0,1	-0,1	0,568	0,753
Entre 1h – 4h		125	66,5	468	63,9	593	64,5	0,7	-0,7		
≥ 4h		47	25,0	203	27,7	250	27,2	-0,8	0,8		
Total		188	20,4	732	79,6	920	100,0				
Jogos online e Offline											
Não acedo até 1h		90	48,1	606	83,0	696	75,9	-10,0	10,0	113,539	<0,001
Entre 1h – 4h		64	34,2	104	14,2	168	18,3	6,3	-6,3		
≥ 4h		33	17,6	20	2,7	53	5,8	7,8	-7,8		
Total		187	20,4	730	79,6	917	100,0				
Canais pagos											
Não acedo até 1h		102	24,5	253	34,6	355	38,7	5,0	-5,0	25,381	<0,001
Entre 1h – 4h		73	39,0	395	54,0	468	51,0	-3,7	3,7		
≥ 4h		12	6,4	83	11,4	95	10,3	-2,0	2,0		
Total		187	20,4	731	79,6	918	100,0				
Utilização de PC o afeta											
Nunca		17	9,0	54	7,3	71	7,7	0,8	-0,8	6,447	0,168
Raramente		57	30,3	191	26,0	248	26,8	1,2	-1,2		
Algumas Vezes		85	45,2	396	53,8	481	52,1	-2,1	2,1		
Muitas Vezes		22	11,7	82	11,1	104	11,3	0,2	-0,2		
Sempre		7	3,7	13	1,8	20	2,2	1,6	-1,6		

3.1.4 - Literacia em alimentação, comportamentos aditivos e, saúde sexual e reprodutiva

Na análise das estatísticas relativas ao score obtido para todas as escalas em estudo, observa-se um valor mínimo de 0 e o máximo de 100 para todos os fatores. O coeficiente de variação revela uma dispersão moderada.

Em todas as escalas, constata-se que o nível de literacia é moderado, com uma média de 74,72 ($\pm 18,43$) para a literacia em alimentação (LA), de 75,79 ($\pm 20,24$) para a literacia em comportamentos aditivos (LCA) e de 78,46 ($\pm 23,44$) para a literacia em saúde sexual e reprodutiva (LSSR), o que é indicativo que os jovens ainda carecem de formação e de intervenção em termos de promoção de um estilo de vida saudável.

Na escala de Literacia em alimentação os estudantes apresentam maior literacia para as práticas alimentares saudáveis e a média encontrada é de 76,95 ($\pm 17,71$) seguindo-se a composição nutricional dos alimentos, com média de 80,41 ($\pm 14,88$) e por fim a literacia em rotulagem e escolhas alimentares, com a média de 69,59 ($\pm 20,24$).

Já na escala de comportamentos aditivos surge o fator “Compreender e utilizar a informação” com média de 82,28 ($\pm 18,57$), seguindo-se a alteração dos hábitos de consumo com 60,41 ($\pm 30,35$).

3.1.4.1 - Grupos de coorte para a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva

- Grupos de coorte para a Literacia em Alimentação

O nível de literacia em alimentação e as variáveis socioeconómicas foi estudado com a aplicação do teste Qui-quadrado tal como apresentado na tabela 9.

Os estudantes que apresentam percentagens mais elevadas de literacia nos 3 níveis são do sexo feminino, de nacionalidade portuguesa, sem companheiro e da região centro, com os pais com escolaridade até ao 3º ciclo e com profissões técnicas. Foi estabelecida relação estatística para as habilitações académicas da mãe ($X^2= 9,611$ e $p= 0,048$) bastante significativa para a nacionalidade e altamente significativa para a região de proveniência ($X^2= 12,730$ e $p=0,002$; $X^2= 22,929$ e $p= 0,001$ respetivamente).

Assim, de acordo com os RA os estudantes estrangeiros apresentam baixa literacia (RA= 3,6) e os estudantes portugueses moderada (RA= 2,3) e, para a região de origem é observado que mais uma vez os estudantes estrangeiros são os que apresentam baixa literacia (RA=3,2) os portugueses originários da região norte elevada LA (RA=2,1). Para a escolaridade da mãe e apesar de ter sido estabelecida significância estatística, pela análise dos RA, não é possível determinar onde se encontram as diferenças.

Para o grupo etário observa-se que os estudantes com 22 ou mais anos apresentam percentagens mais elevadas de prevalência de baixa (36,4%) e de alta (37,0%) literacia e os com 19 ou menos anos detêm literacia moderada (37,8%).

Apesar de não ter sido estabelecida relação estatística significativa para o estado civil e para a escolaridade paterna, de acordo com os RA, os estudantes sem companheiro apresentam literacia moderada (RA= 2,1), os estudantes com companheiro literacia elevada (RA= 2,1) e os estudantes cujos pais têm habilitações até ao 3º ciclo apresentam LA elevada (RA=2,1) (cf tabela 9).

Tabela 9 – Variáveis sociodemográficas em função do nível de literacia em alimentação

LA Variáveis	Baixa Literacia (1)		Moderada Literacia (2)		Elevada literacia (3)		Total		Resíduos Ajustados			χ^2 n (259)	p %
	n (275)	% (29,8)	n (390)	% (42,2)	n (259)	% (28)	n (924)	n (275)	% (29,8)	n (390)	% (42,2)		
Sexo													
Masculino	55	22,7	95	21,3	38	16,2	188	20,3	1,1	0,7	-1,8	3,602	0,165
Feminino	187	77,3	352	78,7	197	83,8	736	79,7	-1,1	-0,7	1,8		
Grupo etário													
≤ 19 anos	75	31,0	169	37,8	69	29,4	313	33,9	-1,1	2,4	-1,7	6,326	0,176
20-21	79	32,6	137	30,6	79	33,6	295	31,9	0,3	-0,8	0,6		
≥ 22	88	36,4	141	31,5	87	37,0	316	34,2	0,8	-1,6	1,1		
Nacionalidade													
Portuguesa	223	92,1	436	97,5	228	97,0	887	96,0	-3,6	2,3	0,9	12,730	0,002
Estrangeira	19	7,9	11	2,5	7	3,0	37	4,0	3,6	-2,3	-0,9		
Estado Civil													
Sem companheiro	215	88,8	410	91,7	202	86,0	827	89,5	-0,4	2,1	-2,1	5,600	0,061
Com Companheiro	27	11,2	37	8,3	33	14	97	10,5	0,4	-2,1	2,1		
Região													
Norte	69	28,5	162	36,2	97	41,3	328	35,5	-2,6	0,5	2,1	22,929	0,001
Centro	142	58,7	244	54,6	129	54,9	515	55,7	1,1	-0,7	-0,3		
Sul e Ilhas	16	6,6	31	6,9	5	2,1	52	5,6	0,8	1,7	-2,7		
Estrangeiro e NS/NR	15	6,2	10	2,2	4	1,7	29	3,1	3,2	-1,5	-1,5		
Escolaridade da mãe													
Até 3º ciclo	104	43,2	203	46,5	123	52,3	430	47,1	-1,4	-0,4	1,9	9,611	0,048
Secundário	73	30,3	112	25,6	69	29,4	254	27,8	1,0	-1,4	0,6		
Superior	64	26,6	122	27,9	43	18,3	229	25,1	0,6	1,9	-2,8		
Escolaridade do pai													
Até 3º ciclo	124	52,1	243	56,4	146	62,9	513	56,9	-1,8	-0,3	2,1	9,213	0,056
Secundário	72	30,3	115	26,7	63	27,2	250	27,7	1,0	-0,7	-0,2		
Superior	42	17,6	73	16,9	23	9,9	138	15,3	1,2	1,3	-2,7		
Grupo profissional da mãe													
Intelectuais	62	25,6	114	51,4	46	20,7	222	24,0	0,7	1,0	-1,8	3,738	0,443
Técnicos	123	50,8	223	49,9	124	52,8	470	50,9	0,0	-0,6	0,7		
Indiferenciados e Outros	57	23,6	110	24,6	65	27,7	232	25,1	-0,6	-0,3	1,1		
Grupo profissional do pai													
Intelectuais	58	24,0	90	20,1	49	20,9	197	21,3	1,2	-0,9	-0,2	2,473	0,649
Técnicos	134	55,4	274	61,3	142	60,4	550	59,5	-1,5	1,1	0,3		
Indiferenciados e Outros	50	20,7	83	18,6	44	18,7	177	19,2	0,7	-0,4	-0,2		

No estudo da LA e as variáveis contextuais do desempenho académico é possível observar que os estudantes universitários a frequentar a licenciatura, no 1º ano curricular, portugueses, em outro programa de mobilidade que não erasmus ou programas bilaterais, com media de classificação de 14 a 16 valores e, estudantes a tempo integral, são os que apresentam percentagens de literacia nos diferentes níveis mais elevadas, tendo sido estabelecida significância estatística para o ciclo de estudos ($\chi^2=14,821$ e $p= 0,022$), o ano curricular ($\chi^2= 17,482$ e $p= 0,025$) e a média de

classificação ($X^2= 13,802$ e $p= 0,032$) e significância bastante significativa para o tipo de estudante ($X^2= 12,446$ e $p= 0,002$) e a auto percepção do desempenho acadêmico ($X^2= 20,453$ e $p= 0,009$).

Pela análise dos RA é possível determinar que os estudantes de mestrado apresentam níveis de literacia baixos e, os do 4º ano apresentam literacia elevada. À semelhança do descrito anteriormente os estudantes estrangeiros apresentam baixa literacia e os portugueses, moderada. Por sua vez, aqueles cuja auto percepção do desempenho é muito boa, o nível de literacia é elevado enquanto, os com auto percepção excelente, o nível de literacia é moderado.

Ainda de acordo com os RA, a média de classificação entre 14 e 16 valores a LA é elevada e os com mais de 17 valores a LA é baixa. Já na ocupação, os estudantes a tempo inteiro apresentam literacia moderada.

Para as restantes variáveis não foi determinada significância estatística, no entanto para a deslocação de residência ($X^2= 4,483$ e $p= 0,106$) os estudantes que não estão deslocados apresentam literacia elevada (RA= 2,0) (cf tabela 10).

Tabela 10 - Variáveis académicas em função do nível de literacia em alimentação

LA	Baixa Literacia (1)		Moderada Literacia (2)		Elevada literacia (3)		Total		Resíduos Ajustados			χ^2	p
Variáveis	n (275)	% (29,8)	n (390)	% (42,2)	n (259)	% (28)	n (924)	n (275)	% (29,8)	n (390)	% (42,2)	n (259)	% (28)
Ciclo de estudos													
CTeSP	3	1,2	13	2,9	3	1,3	19	2,1	-1,0	1,8	-1,0	14,821	0,022
Licenciatura	165	68,2	347	77,6	181	77,0	693	75,0	-2,9	1,8	0,8		
Mestrado	59	24,4	64	14,3	38	16,2	161	17,4	3,3	-2,2	-0,6		
Outro	15	6,2	23	5,1	13	5,5	51	5,5	0,5	-0,5	0,5		
Ano curricular													
1ºAno	107	45,1	189	42,7	75	32,1	371	40,6	1,7	1,2	-3,1	17,482	0,025
2ºAno	66	27,8	123	27,8	73	31,2	262	28,7	-0,3	-0,6	1,0		
3ºAno	47	19,8	83	18,7	54	23,1	184	20,1	-0,1	-1,0	1,3		
4ºAno	12	5,1	39	8,8	30	12,8	81	8,9	-2,4	-0,1	2,5		
5ºAno	5	2,1	9	2,0	2	0,9	16	1,8	0,5	0,6	-1,2		
Total	237	25,9	443	48,5	234	25,6	914	100					
Tipo de estudante													
Português	225	93,0	437	97,8	230	97,9	892	96,5	-3,5	2,0	1,3	12,446	0,002
Estrangeiro	17	7,0	10	2,2	5	2,1	32	3,5	3,5	-2,0	-1,3		
Total	242	26,2	447	48,4	235	25,4	924	100					
Programa de mobilidade													
Erasmus	3	14,3	2	13,3	0	0,0	5	11,4	0,6	0,3	-1,1	1,415	0,842
Protocolos bilaterais	2	9,5	1	6,7	1	12,5	4	9,1	0,1	-0,4	0,4		
Outros	16	76,2	12	80,0	7	87,5	35	79,5	-0,5	0,1	0,6		
Total	21	47,7	15	34,1	8	18,2	44	100					
Desempenho Académico													
Mau	4	1,7	3	0,7	1	0,4	8	0,9	1,5	-0,6	-0,8	20,453	0,009
Razoável	49	20,2	89	19,9	26	11,1	164	17,7	1,2	1,7	-3,1		
Bom	140	57,9	271	60,6	149	63,4	560	60,6	-1,0	0,0	1,1		
Muito bom	47	19,4	71	15,9	56	23,8	174	18,8	0,3	-2,2	2,3		
Excelente	2	0,8	13	2,9	3	1,3	18	1,9	-1,5	2,0	-0,9		

Média de classificação													
< 10 valores	2	0,8	2	0,4	1	0,4	5	0,5	0,7	-0,4	-0,3	13,802	0,032
10-13 valores	73	30,5	144	32,4	51	22,1	268	29,3	0,5	2,0	-2,8		
14-16 valores	132	55,2	261	58,7	158	68,4	551	60,2	-1,8	-0,9	2,9		
17-20 valores	32	13,4	38	8,5	21	9,1	91	9,9	2,1	-1,4	-0,5		
Total	239	26,1	445	48,6	231	25,2	915	100					
Deslocação da residência													
Sim	140	58,1	271	60,8	123	52,3	534	57,9	0,1	1,7	-2,0	4,483	0,106
Não	101	41,9	175	39,2	112	47,7	388	42,1	-0,1	-1,7	2,0		
Total	241	26,1	446	48,4	235	25,5	922	100					
Reside													
Sozinho	8	3,3	18	4,1	14	6,1	40	4,4	-0,9	-0,4	1,5	3,081	0,544
Com colegas	115	47,5	221	49,9	114	49,6	450	49,2	-0,6	0,4	0,1		
Com familiares e outros	119	49,2	204	46,0	102	44,3	425	46,4	1,0	-0,2	-0,7		
Situação profissional													
Estudante a tempo integral	173	71,5	356	79,6	168	71,5	697	75,4	-1,7	2,9	-1,6	8,278	0,016
Trabalhador- estudante	69	28,5	91	20,4	67	28,5	227	24,6	1,7	-2,9	1,6		

O nível de literacia em alimentação e o consumo de tabaco e álcool foi estudado, tal como apresentado na tabela 11. Os estudantes com percentagens mais elevadas nos 3 níveis de literacia não fumam, dos que fumam, fumam 6 ou menos cigarros, consumiram bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses; dos estudantes que consumiram bebidas alcoólicas, fizeram-no no último mês e consumiram 3 ou mais bebidas 1 ou menos vezes por mês. Foi estabelecida relação estatística significativa para o consumo episódico de 3 ou mais bebidas ($X^2= 9,521$ e $p= 0,049$) e de acordo com os RA constata-se que os estudantes que nunca bebem apresentam LA baixa (RA= 3,0).

Tabela 11 - Variáveis contextuais aos comportamentos aditivos em função da literacia em alimentação

LA Variáveis	Baixa Literacia (1)		Moderada Literacia (2)		Elevada literacia (3)		Total		Resíduos Ajustados			X ²	p
	n (275)	% (29,8)	n (390)	% (42,2)	n (259)	% (28)	n (924)	n (275)	% (29,8)	n (390)	% (42,2)	n (259)	% (28)
Consumo de tabaco													
Fuma	26	10,7	60	13,4	30	12,8	116	12,6	-1,0	0,8	0,1		
Não Fuma	216	89,3	387	86,6	205	87,2	808	87,4	1,0	-0,8	-0,1	1,039	0,595
Quantidade de cigarros													
≤ 6 cigarros	18	69,2	42	68,9	21	70,0	81	69,2	0,0	-0,1	0,1		
≥ 7 cigarros	8	30,8	19	31,1	9	30,0	36	30,8	0,0	0,1	-0,1	0,012	0,994
Total	26	22,2	61	52,1	30	25,6	117	100					
Bebidas Alcoólicas 12 meses													
Sim	180	74,4	330	73,8	173	73,6	683	73,9	0,2	-0,1	-0,1		
Não	40	16,5	76	17,0	44	18,7	160	17,3	-0,2	-0,2	0,7	0,833	0,934
Nunca bebi	22	9,1	41	9,2	18	7,7	81	8,8	0,2	0,4	-0,7		

Consumo de mais de 3 bebidas alcoólicas													
Uma ou várias vezes por semana	29	16,1	55	16,7	27	15,6	111	16,3	-0,1	0,3	-0,3	9,521	0,049
Uma ou menos vezes por mês	88	48,9	199	60,3	103	59,5	390	57,1	-2,6	1,6	0,7		
Nunca	63	35,0	76	23,0	43	24,9	182	26,6	3,0	-2,1	-0,6		
Total	180	26,4	330	48,3	173	25,3	683	100					
Bebidas Alcoólicas 30 dias													
Sim	116	64,4	194	58,6	106	61,3	416	60,8	1,2	-1,1	0,1	1,685	0,431
Não	64	35,6	137	41,4	67	38,7	268	39,2	-1,2	1,1	-0,1		

Os comportamentos sexuais e a Literacia em alimentação não revelaram significância estatística (cf tabela 12), no entanto, pela análise dos RA os estudantes que iniciaram a atividade sexual (RA= 2,0) e que usam o DIU como contraceção (RA=2,3), apresentam literacia elevada e, os que não utilizam contraceção (RA= 2,1) e nunca usam preservativo (RA= 2,2) baixa literacia. Também é possível observar que os estudantes universitários que apresentam maior percentagem de literacia nos 3 níveis são aqueles que tiveram relações sexuais nos últimos 12 meses, em contexto de uma relação, usaram contraceção, dos que optam por preservativo usam em todas as relações sexuais, tiveram relações sem estar sob o efeito de drogas ou álcool e não tiveram parceiros sexuais ocasionais. No que concerne a utilização de contraceção a maioria dos estudantes com baixa literacia usa dupla contraceção (37,5%), com moderada literacia utilizam o preservativo (34,1%) e com elevada literacia a contraceção oral (34,2%) (cf tabela 12).

Tabela 12 - Variáveis contextuais à saúde sexual e reprodutiva em função da literacia em alimentação

Variáveis	Baixa Literacia (1)		Moderada Literacia (2)		Elevada literacia (3)		Total		Resíduos Ajustados			X ²	p
	n	%	n	%	n	%	n	n	%	n	%		
	(275)	(29,8)	(390)	(42,2)	(259)	(28)	(924)	(275)	(29,8)	(390)	(42,2)	(259)	(28)
Relações Sexuais													
Sim	154	63,9	272	61,4	163	69,4	589	64,1	-0,1	-1,6	2,0	4,235	0,120
Não	87	36,1	171	38,6	72	30,6	330	35,9	0,1	1,6	-2,0		
Total	241	26,2	443	48,2	235	25,6	919	100					
Contexto da Relação													
Sim	136	88,9	239	87,9	143	87,7	518	88,1	0,4	-0,2	-0,2	0,126	0,939
Não	17	11,1	33	12,1	20	12,3	70	11,9	-0,4	0,2	0,2		
Total	153	26,0	272	46,3	163	27,7	588	100					
Contracetivos													
Sim	136	88,9	255	94,4	152	93,3	543	92,7	-2,1	1,5	0,3	4,548	0,103
Não	17	11,1	15	5,6	11	6,7	43	7,3	2,1	-1,5	-0,3		
Total	153	26,1	270	46,1	163	27,8	586	100					
Tipo de Contracetivo													
Preservativo	32	23,5	87	34,1	46	30,3	165	30,4	-2,0	1,8	0,0	18,111	0,112
Pílula	43	31,6	68	26,7	52	34,2	163	30,0	0,5	-1,6	1,3		
Pílula e Preservativo	51	37,5	85	33,3	38	25,0	174	32,0	1,6	0,6	-2,2		

Anel Vaginal	4	2,9	5	2,0	3	2,0	12	2,2	0,7	-0,4	-0,2		
Implante	2	1,5	6	2,4	4	2,6	12	2,2	-0,7	0,2	0,4		
Coito Interrompido	3	2,2	1	0,4	3	2,0	7	1,3	1,1	-1,7	0,9		
DIU	1	0,7	3	1,2	6	3,9	10	1,8	-1,1	-1,1	2,3		
Total	136	25,0	255	47,0	152	28,0	543	100					
Uso de Preservativo													
Sempre	56	36,4	117	43,7	68	41,7	241	41,2	-1,4	1,1	0,2	9,526	0,146
Frequente	30	19,5	62	23,1	30	18,4	122	20,9	-0,5	1,2	-0,9		
Raramente	20	13,0	38	14,2	20	12,3	78	13,3	-0,1	0,6	-0,5		
Nunca	48	31,2	51	19,0	45	27,6	144	24,6	2,2	-2,9	1,0		
Total	154	26,3	268	45,8	163	27,9	585	100					
Relação Álcool - Sexo													
Sim	36	14,9	69	15,4	36	15,3	141	15,3	-0,2	0,1	0,0	0,039	0,981
Não	206	85,1	378	84,6	199	84,7	783	84,7	0,2	-0,1	0,0		
Relação Droga- Sexo													
Sim	7	2,9	15	3,4	5	2,1	27	2,9	0,0	0,8	-0,8	0,820	0,664
Não	235	97,1	432	96,6	230	97,9	897	97,1	0,8	-0,8	0,8		
Parceiros Ocasionais													
Sim	46	19,0	86	19,2	52	22,1	184	19,9	-0,4	-0,5	1,0	0,974	0,614
Não	196	81,0	361	80,8	183	77,9	740	80,1	0,4	0,5	-1,0		

Os estudantes com maior percentagem em todos os níveis de literacia são os que acedem a redes sociais pelo período de 1 uma até 4 horas, não jogam ou se o fazem despendem menos de 1 hora e referem que a utilização do computador afeta a saúde e bem-estar algumas vezes, sem que tenha sido estabelecida relação estatística significativa.

Os estudantes que não acedem a canais pagos têm baixa literacia (46,7%), os que o fazem de 1 a 4 horas diariamente revelam moderada literacia (54,3% e 50,9% respetivamente), com significância estatística ($X^2= 9,727$ e $p= 0,045$). Pela análise dos RA observa-se que os estudantes que não acedem ou fazem-no por 1 hora ou menos apresentam baixa literacia em alimentação (RA= 3,0).

Tabela 13 - Variáveis contextuais de entretenimento em função da literacia em alimentação

[illegible]

Não acedo até < 1h	112	46,7	156	43,9	87	24,5	355	38,7	3,0	-2,1	-0,5		
Entre 1h – 4h	108	45,0	241	54,3	119	50,9	468	51	-2,2	1,9	0,0	9,727	0,045
≥ 4h	20	8,3	47	10,6	28	12,0	95	10,3	-1,2	0,2	0,9		
Total	240	26,1	444	48,4	234	25,5	918						
Utilização de PC o afeta													
Nunca/ Raramente	74	30,6	157	35,1	88	37,4	319	34,5	-1,5	0,4	1,1		
Algumas Vezes	127	52,5	237	53,0	117	49,8	481	52,1	0,2	0,6	-0,8	5,166	0,271
Muitas Vezes Sempre	41	16,9	53	11,9	30	12,8	124	13,4	1,9	-1,3	-0,3		

- Grupos de coorte para a Literacia em comportamentos aditivos

O nível de literacia em comportamentos aditivos e as variáveis sociodemográficas foi estudado tal como apresentado na tabela 14.

Os estudantes com baixos níveis de literacia são do sexo feminino (79,6%), têm menos de 19 anos (37,8%), são de nacionalidade portuguesa (93,8%), solteiros (88,4%) e oriundos da região centro (60,4%). Já os estudantes com níveis moderados de literacia também pertencem maioritariamente ao sexo feminino (78,7%), ao grupo com menos de 19 anos (35,4%), com nacionalidade portuguesa (97,2%), solteiros (90,5%) e oriundos da região centro (50,5%). Por sua vez os estudantes com níveis elevados são do sexo feminino (81,1%), têm mais de 22 anos (36,7%), são de nacionalidade portuguesa (96,5%), solteiros (89,2%) e oriundos da região centro (58,7%).

Foram estabelecidas diferenças significativas, para a região ($X^2= 13,452$; $p= 0,032$). De acordo com os RA, os estudantes da zona norte apresentam níveis de literacia moderada (RA= 2,2).

Para os estudantes cujos pais têm habilitações académicas até ao 3º ciclo e profissões técnicas, a prevalência é superior para os 3 níveis de literacia, tendo sido estabelecidas diferenças significativas para o pai e altamente significativas para a mãe (Habilitações: $X^2= 11,985$ e $p= 0,017$; $X^2=19,713$ e $p= 0,001$; Profissão: $X^2= 10,830$ e $p= 0,020$; $X^2= 14,068$ e $p= 0,007$ respetivamente). Pela análise dos RA, os estudantes cujas habilitações académicas dos pais é ao nível superior e profissões intelectuais apresentam níveis de literacia baixos (RA habilitações= 3 e 4; RA profissão= 2,5 e 3,4), pai com profissões técnicas literacia moderada e mãe com habilitações até 3º ciclo níveis elevados de LCA.

Tabela 14 - Variáveis sociodemográficas em função da literacia em comportamentos aditivos

LCA	Baixa Literacia (1)		Moderada Literacia (2)		Elevada literacia (3)		Total		Resíduos Ajustados			X ²	p
	n (275)	% (29,8)	n (390)	% (42,2)	n (259)	% (28,0)	n (924)	% (100)	1	2	3		
Sexo													
Masculino	56	20,4	83	21,3	49	18,9	188	20,3	0,0	0,6	-0,7	0,536	0,765
Feminino	219	79,6	307	78,7	210	81,1	736	79,7	0,0	-0,6	0,7		
Grupo etário													
≤ 19 anos	104	37,8	138	35,4	71	27,4	313	33,9	1,6	0,8	-2,6	7,365	0,118
20-21	83	30,2	119	30,5	93	35,9	295	31,9	-1,7	-0,8	1,6		
≥ 22	88	32,0	133	34,1	95	36,7	316	34,2	-1,9	-0,1	1,0		
Nacionalidade													
Portuguesa	258	93,8	379	97,2	250	96,5	887	96,0	-2,2	1,6	0,5	5,003	0,082
Estrangeira	17	6,2	11	2,8	9	3,5	37	4,0	2,2	-1,6	-0,5		
Estado Civil													
Sem companheiro	243	88,4	353	90,5	231	89,2	827	89,5	-0,7	0,9	-0,2	0,830	0,660
Com Companheiro	32	11,6	37	9,5	28	10,8	97	10,5	0,7	-0,9	0,2		
Região													
Norte	81	29,5	154	39,5	93	35,9	328	35,5	-2,5	2,2	0,2	13,452	0,036
Centro	166	60,4	197	50,5	152	58,7	515	55,7	1,8	-2,7	1,1		
Sul e Ilhas	17	6,2	27	6,9	8	3,1	52	5,6	0,5	1,5	-2,1		
Estrangeiro/ outro	11	4,0	12	3,1	6	2,3	29	3,1	1,0	-0,1	-0,9		
Escolaridade da mãe													
Até 3º ciclo	111	40,8	179	46,6	140	54,5	430	47,1	-2,5	-0,2	2,8	19,713	0,001
Secundário	69	25,4	117	30,5	68	26,5	254	27,8	-1,1	1,5	-0,6		
Superior	92	33,8	88	22,9	49	19,1	229	25,1	4,0	-1,3	-2,6		
Escolaridade do pai													
Até 3º ciclo	138	51,3	228	60,0	147	58,3	513	56,9	-2,2	1,6	0,5	11,985	0,017
Secundário	75	27,9	98	25,8	77	30,6	250	27,7	0,1	-1,1	1,2		
Superior	56	20,8	54	14,2	28	11,1	138	15,3	3,0	-0,8	-2,2		
Grupo profissional mãe													
Intelectuais	86	31,3	87	22,3	49	18,9	222	24	3,4	-1,0	-2,3	14,068	0,007
Técnicos	119	43,3	206	52,8	145	56,0	470	50,9	-3,0	1,0	1,9		
Indiferenciados e Outros	70	25,5	97	24,9	65	25,1	232	25,0	0,2	-0,1	0,0		
Grupo profissional pai													
Intelectuais	73	26,5	68	17,4	56	21,6	197	21,3	2,5	-2,5	0,1	10,830	0,020
Técnicos	144	52,4	250	64,1	156	60,2	550	59,5	-2,9	2,4	0,3		
Indiferenciados e Outros	58	21,1	72	18,5	47	18,1	177	19,2	1,0	-0,5	-0,5		

Para a LCA e as variáveis académicas é possível constatar que os estudantes com os três níveis de literacia frequentam a licenciatura estão no 1º ano, para a baixa 75,6% e estão no 1º ano 45,0%; para a moderada 77,7% frequentam a licenciatura e 41,2% estão no 1º ano e; para a elevada 70,3% frequentam a licenciatura e 41,2% estão no primeiro ano. Foram encontradas diferenças altamente significativas para o ano curricular ($X^2 = 25,138$; $p = 0,001$) de acordo com os RA, os estudantes do 4º ano são os que apresentam LCA elevada.

Os estudantes portugueses e que estão inseridos em outro tipo de programa de mobilidade que não erasmus ou protocolos bilaterais são os que apresentam

percentagens de literacia mais elevadas em todos os níveis sem diferenças estatísticas. Analisando o nível de literacia de acordo com o tipo de estudante é possível constatar que os estudantes estrangeiros revelam literacia baixa (40,6%) enquanto 25% apresentam níveis de literacia elevado. Já os estudantes portugueses por sua vez apresentam na sua maioria literacia moderada (42,5%).

Os estudantes com auto perceção do desempenho académico boa são os que revelam maior percentagem em todos os níveis de literacia, com significância estatística ($X^2 = 17,888$; $p = 0,022$). De acordo com os RA os estudantes com auto perceção do desempenho baixo e razoável apresentam níveis de literacia baixos.

Para a média de classificação, os estudantes com 14 a 16 valores, deslocados da sua residência e que estão dedicados inteiramente às atividades académicas estão representados maioritariamente nos 3 níveis de literacia, sem que tenha sido estabelecida significância estatística, mas como os RA são superiores a 2 ($RA = 2,4$), é possível inferir que os estudantes com média igual ou superior a 17 têm baixa literacia.

Os estudantes que residem sozinhos apresentam maior taxa de baixa LCA (48,7%), seguidos dos estudantes que partilham a casa com colegas com literacia moderada e elevada (49,4% e 50,2% respetivamente) (cf tabela 15).

Tabela 15 – Variáveis académicas em função da literacia em comportamentos aditivos

LCA Variáveis	Baixa Literacia (1)		Moderada Literacia (2)		Elevada literacia (3)		Total		Resíduos Ajustados			χ^2	p
	n (275)	% (29,8)	n (390)	% (42,2)	n (259)	% (28)	n (924)	% (100)	1	2	3		
Ciclo de estudos													
CTeSP	7	2,5	5	1,3	7	2,7	19	2,1	0,7	-1,4	0,9	6,451	0,375
Licenciatura	208	75,6	303	77,7	182	70,3	693	75,0	0,3	1,6	-2,1		
Mestrado	46	16,7	60	15,4	55	21,2	161	17,4	-0,4	-1,4	1,9		
Outro	14	5,1	22	5,6	15	5,8	51	5,5	-0,4	0,1	0,2		
Ano curricular													
1ºAno	122	45,0	159	41,2	90	35,0	371	40,6	1,8	0,3	-2,1	25,138	0,001
2ºAno	73	26,9	114	29,5	75	29,2	262	28,7	-0,7	0,5	0,2		
3ºAno	53	19,6	84	21,8	47	18,3	184	20,1	-0,3	1,1	-0,9		
4ºAno	16	5,9	25	6,5	40	15,6	81	8,9	-2,0	-2,2	4,5		
5ºAno	7	2,6	4	1,0	5	1,9	16	1,8	1,2	-1,4	0,3		
Total	271	29,6	386	42,2	257	28,1	914	100					
Tipo de estudante													
Português	262	95,3	379	97,2	251	96,9	892	96,5	-1,4	0,9	0,4	1,905	0,386
Estrangeiro	13	4,7	11	2,8	8	3,1	32	3,5	1,4	-0,9	-0,4		
Total	275	29,8	390	42,2	259	28,0	924	100					
Programa de mobilidade													
Erasmus	2	11,8	2	12,5	1	9,1	5	11,4	0,1	0,2	-0,3	0,533	0,970
Protocolos bilaterais	1	5,9	2	12,5	1	9,1	4	9,1	-0,6	0,6	0,0		
Outros	14	82,4	12	75,0	9	81,8	35	79,5	0,4	-0,6	0,2		
Total	17	38,6	16	36,4	11	25	44	100					
Desempenho Académico													
Mau	5	1,8	2	0,5	1	0,4	8	0,9	2,0	-1,0	-1,0	17,888	0,022
Razoável	61	22,2	72	18,5	31	12,0	164	17,7	2,3	0,5	-2,9		

Bom	152	55,3	246	63,1	162	62,5	560	60,6	-2,2	1,3	0,8		
Muito bom	52	18,9	63	16,2	59	22,8	174	18,8	0,0	-1,8	1,9		
Excelente	5	1,8	7	1,8	6	2,3	18	1,9	-0,2	-0,3	0,5		
Média de classificação													
< 10 valores	3	1,1	1	0,3	1	0,4	5	0,5	1,5	-1,0	-0,4		
10-13 valores	84	30,8	119	30,9	65	25,3	268	29,3	0,6	0,9	-1,7		
14-16 valores	149	54,6	236	61,3	166	64,6	551	60,2	-2,3	0,6	1,7	12,343	0,055
≥ 17 valores	37	13,6	29	7,5	25	9,7	91	9,9	2,4	-2,1	-0,1		
Total	273	29,8	385	42,1	257	28,1	915	100,0					
Deslocação da residência													
Sim	160	58,4	230	59,0	144	55,8	534	57,9	0,2	0,6	-0,8	0,673	0,714
Não	114	41,6	160	41,0	114	44,2	388	42,1	-0,2	-0,6	0,8		
Total	274	29,7	390	42,3	258	28,0	922	100					
Reside													
Sozinho	9	3,3	19	4,9	12	4,7	40	4,4	-1,1	0,7	0,3	1,690	0,792
Com colegas	132	48,0	190	49,4	128	50,2	450	49,2	-0,5	0,1	0,4		
Com familiares e outros	134	48,7	176	45,7	115	45,1	425	46,4	0,9	-0,4	-0,5		
Situação profissional													
Estudante a tempo integral	216	78,5	294	75,4	187	72,2	697	75,4	1,4	0,0	-1,4	2,898	0,235
Trabalhador-estudante	59	21,5	96	24,6	72	27,8	227	24,6	-1,4	0,0	1,4		

Os estudantes que não fumam e dos que fumam, consomem menos de 6 cigarros por dia são os que apresentam maior taxa nos diferentes níveis de literacia, tendo sido estabelecidas diferenças estatísticas para o consumo de tabaco ($X^2= 6,916$ e $p= 0,031$). Assim de acordo com os RA os estudantes que fumam apresentam LCA moderada.

No consumo de bebidas alcoólicas não foi estabelecida relação estatística. Os estudantes que bebem, que quando o fazem bebem consomem 3 ou mais bebidas numa ocasião uma ou menos vezes por mês e, que consumiram bebidas nos últimos 30 dias são os que estão representados maioritariamente em todos os níveis de literacia.

De notar que os estudantes que não beberam bebidas alcoólicas no último ano, são os que apresentam baixa literacia, uma vez que os RA= 2,2.

Tabela 16 – Variáveis contextuais aos comportamentos aditivos em função do nível de literacia em comportamentos aditivos

LCA Variáveis	Baixa Literacia (1)		Moderada Literacia (2)		Elevada literacia (3)		Total		Resíduos Ajustados			X ²	p
	n (275)	% (29,8)	n (390)	% (42,2)	n (259)	% (28)	n (924)	% (100,0)	1	2	3		
Consumo de tabaco													
Fuma	27	9,8	62	15,9	27	10,4	116	12,6	-1,6	2,6	-1,2	6,916	0,031
Não Fuma	248	90,2	328	84,1	232	89,6	808	87,4	1,6	-2,6	1,2		
Quantidade de cigarros													
≤ 6 cigarros	19	70,4	47	74,6	15	55,6	81	69,2	0,1	1,4	-1,8	3,240	0,198
≥ 7 cigarros	8	29,6	16	25,4	12	44,4	36	30,8	-0,1	-1,4	1,8		
Total	27	23,1	63	53,8	27	23,1	117	100					
Bebidas Alcoólicas													
Bebe	190	69,1	300	76,9	193	74,5	683	73,9	-2,2	1,8	0,3	5,199	0,074
Não Bebe	85	30,9	90	23,1	66	25,5	241	26,1	2,2	-1,8	-0,3		
Consumo de mais de 3 bebidas alcoólicas													
Uma ou várias vezes por semana	37	19,5	49	16,3	25	13,0	111	16,3	1,4	0,1	-1,5	5,922	0,205
Uma ou menos vezes por mês	96	50,5	178	59,3	116	60,1	390	57,1	-2,2	1,0	1,0		
Nunca	57	30,0	73	24,3	52	26,9	182	26,6	1,2	-1,2	0,1		
Total	190	27,8	300	43,9	193	28,3	683	100					
Bebidas Alcoólicas 30 dias													
Sim	124	65,3	185	61,5	107	55,4	416	60,8	1,5	0,3	-1,8	3,97	0,137
Não	66	34,7	116	38,5	86	44,6	268	39,2	-1,5	-0,3	1,8		

Os estudantes que tiveram relações sexuais no último ano, maioritariamente apresentam percentagens mais elevadas nos 3 níveis de literacia, com diferenças bastante significativas ($X^2= 12,342$; $p= 0,002$). Os estudantes com baixa literacia não tiveram relações sexuais no último ano e, os estudantes com atividade sexual apresentam nível elevado de literacia.

De uma forma geral, os estudantes universitários que têm relações sexuais numa relação de compromisso, que usam contraceptivos, dos que usam preservativo fazem-no sempre, não tiveram relações sexuais sob o efeito de álcool ou drogas e sem parceiros ocasionais apresentam percentagens mais elevadas para todos os níveis de LCA, sem que tinha sido estabelecida relação estatística.

Para o tipo de contraceptivo, os estudantes que optam pela dupla contraceção com a utilização de anticoncecional oral e preservativo apresentam literacia baixa e moderada e os que utilizam apenas o anticoncecional oral literacia elevada.

**Tabela 17 - Variáveis contextuais à saúde sexual e reprodutiva em função da
literacia em comportamentos aditivos**

LCA Variáveis	Baixa Literacia (1)		Moderada Literacia (2)		Elevada literacia (3)		Total		Resíduos Ajustados			X ²	p
	n (275)	% (29,8)	n (390)	% (42,2)	n (259)	% (28)	n (924)	% (100)	1	2	3		
Relações Sexuais													
Sim	152	55,9	256	66,0	181	69,9	589	64,1	-3,4	1,0	2,3	12,342	0,002
Não	120	44,1	132	34,0	78	30,1	330	35,9	3,4	-1,0	-2,3		
Total	272	29,6	388	42,2	259	28,2	919	100					
Contexto da Relação													
Sim	132	87,4	225	87,9	161	89,0	518	88,1	-0,3	-0,1	0,4	0,203	0,904
Não	19	12,6	31	12,1	20	11,0	70	11,9	0,3	0,1	-0,4		
Total	151	25,7	256	43,5	181	30,8	588	100					
Contracetivos													
Sim	137	91,3	233	42,9	173	31,9	543	92,7	-0,7	-1,1	1,8	3,28	0,194
Não	13	8,7	22	8,6	8	4,4	43	7,3	0,7	1,7	-1,7		
Total	150	25,6	255	43,5	181	30,9	586	100					
Tipo de Contracetivo													
Preservativo	42	30,7	73	31,3	50	28,9	165	30,4	0,1	0,4	-0,5	16,304	0,178
Pílula	38	27,7	65	27,9	60	34,7	163	30,0	-0,7	-0,9	1,6		
Pílula e Preservativo	46	33,6	81	34,8	47	27,2	174	32,0	0,4	1,2	-1,7		
Anel Vaginal	1	0,7	5	2,1	6	3,5	12	2,2	-1,4	-0,1	1,4		
Implante	3	2,2	2	0,9	7	4,0	12	2,2	0,0	-1,9	2,0		
Coito Interrompido	4	2,9	3	1,3	0	0,0	7	1,3	2,0	0,0	-1,8		
DIU	3	2,2	4	1,7	3	1,7	10	1,8	0,4	-0,2	-0,1		
Total	137	25,2	233	42,9	173	31,9	543	100					
Uso de Preservativo													
Sempre	56	37,1	115	45,3	70	38,9	241	41,2	-1,2	1,8	-0,8	4,031	0,672
Frequente	33	21,9	51	20,1	38	21,1	122	20,9	0,4	-0,4	0,1		
Raramente	23	15,5	28	11,0	27	15,0	78	13,3	0,8	-1,4	0,8		
Nunca	39	25,8	60	23,6	45	25,0	144	24,6	0,4	-0,5	0,1		
Total	151	25,8	254	43,4	180	30,8	585	100					
Relação Álcool - Sexo													
Sim	38	13,8	65	16,7	38	14,7	141	15,3	-0,8	1,0	-0,3	1,108	0,575
Não	237	86,2	325	83,3	221	85,3	783	84,7	0,8	-1,0	0,3		
Relação Droga- Sexo													
Sim	8	2,9	11	2,8	8	3,1	27	2,9	0,0	-0,2	0,2	0,040	0,980
Não	267	97,1	379	97,2	251	96,9	897	97,1	0,0	0,2	-0,2		
Parceiros Ocasionais													
Sim	45	16,4	83	21,3	56	21,6	184	19,9	-1,8	0,9	0,8	3,105	0,212
Não	230	83,6	307	78,7	203	78,4	740	80,1	1,8	-0,9	-0,8		

O tempo despendido nas redes sociais e os níveis de LCA revelam relação estatística. De acordo com os RA os estudantes que não acedem detêm um nível de literacia baixo (RA= 2,9).

Revelam percentagens iguais e superiores para os diferentes níveis de literacia os estudantes que não jogam ou se o fazem passam menos de 1h, os que utilizam canais pagos entre 1 e 4 horas e os que consideram que o tempo despendido ao computador tem impacto algumas vezes na sua saúde e bem-estar.

Tabela 18 – Variáveis contextuais de entretenimento em função da literacia em comportamentos aditivos

LCA Variáveis	Baixa Literacia (1)		Moderada Literacia (2)		Elevada literacia (3)		Total		Resíduos Ajustados			X ²	p
	n (275)	% (29,8)	n (390)	% (42,2)	n (259)	% (28)	n (924)	% (100)	1	2	3		
Aceder a redes sociais													
Não acedo até 1h	34	12,4	247	6,2	19	7,4	77	8,4	2,9	-2,0	-0,7	10,34	0,035
Entre 1h – 4h	176	64,2	255	65,7	162	62,8	593	64,5	-0,1	0,7	-0,7		
≥ 4h	64	23,4	109	28,1	77	29,8	250	27,2	-1,7	0,5	1,1		
Total	274	29,8	388	42,2	258	28,0	920	100					
Jogos online e Offline													
Não acedo até < 1h	206	75,7	293	75,5	197	76,7	696	75,9	-0,1	-0,2	0,3	1,782	0,776
Entre 1h – 4h	51	18,8	75	19,3	42	16,3	168	18,3	0,2	0,7	-1,0		
≥ 4h	15	5,5	20	5,2	18	7,0	53	5,8	-0,2	-0,7	1,0		
Total	272	29,7	388	42,3	257	28,0	917	100					
Canais pagos													
Não acedo até < 1h	108	39,6	147	37,8	100	39,1	355	38,7	0,4	-0,5	0,2	4,925	0,295
Entre 1h – 4h	144	52,7	202	51,9	122	47,7	468	51	0,7	0,5	-1,3		
≥ 4h	21	7,7	40	10,3	34	13,3	95	10,3	-1,7	-0,1	1,8		
Total	273	29,7	389	42,4	256	27,9	918	100					
Utilização de PC o afeta													
Nunca/ Raramente	98	35,6	133	34,1	88	34,0	319	34,5	0,5	-0,2	-0,2	3,63	0,458
Algumas Vezes	142	51,6	211	54,1	128	49,4	481	52,1	-0,2	1,1	-1,0		
Muitas Vezes/ Sempre	35	12,7	46	11,8	43	16,6	124	13,4	-0,4	-1,2	1,8		

- Grupos de coorte para a Literacia em Saúde Sexual e Reprodutiva

O nível de LSSR e as variáveis socioeconómicas foi estudado de acordo com a tabela 19.

Os estudantes universitários com maior percentagem em todos os níveis de literacia são do sexo feminino, de nacionalidade portuguesa, oriundos da região centro, sem companheiro e os pais têm o 3º ciclo de estudos e profissões técnicas. Para o grupo etário contata-se que os estudantes com 19 ou menos anos (33,5% e 35,4% respetivamente) apresentam na sua maioria literacia baixa e moderada e os estudantes com 20 ou mais anos literacia elevada (34,3%). Foi estabelecida significância estatística para o sexo e para a escolaridade da mãe ($X^2= 9,935$ e $p= 0,042$), e de acordo com os RA os homens apresentam baixa literacia (RA= 2,6) e as mulheres elevada literacia (RA= 2,9), e são os estudantes cuja mãe tem habilitações académicas até ao 3º ciclo que se destacam por apresentar literacia elevada.

Ainda de acordo com os RA, é possível inferir que os estudantes de nacionalidade estrangeira têm baixa literacia em saúde sexual e reprodutiva (RA=2,1).

Tabela 19 - Variáveis sociodemográficas em função da literacia em saúde sexual e reprodutiva

LSSR Variáveis	Baixa Literacia (1)		Moderada Literacia (2)		Elevada literacia (3)		Total		Resíduos Ajustados			X ² n (259)	p % (28)
	n (275)	% (29,8)	n (390)	% (42,2)	n (259)	% (28)	n (924)	n (275)	% (29,8)	n (390)	% (42,2)		
Sexo													
Masculino	62	26,3	90	20,7	36	14,2	188	20,3	2,6	0,3	-2,9	11,125	0,004
Feminino	174	73,7	344	79,3	218	85,8	736	79,7	-2,6	-0,3	2,9		
Grupo etário													
≤ 19 anos	79	33,5	154	35,5	80	31,5	313	33,9	-0,2	1,0	-0,9	3,259	0,516
20-21	68	28,8	140	32,3	87	34,3	295	31,9	-1,2	0,2	0,9		
≥ 22	89	37,7	140	32,3	87	34,3	316	34,2	1,3	-1,2	0,0		
Nacionalidade													
Portuguesa	221	93,6	419	96,5	247	97,2	887	96,0	-2,1	0,8	1,2	4,764	0,092
Estrangeira	15	6,4	15	3,5	7	2,8	37	4,0	2,1	-0,8	-1,2		
Estado Civil													
Sem companheiro	206	87,3	394	90,8	227	89,4	827	89,5	-1,3	1,2	-0,1	1,994	0,369
Com Companheiro	30	12,7	40	9,2	27	10,6	97	10,5	1,3	-1,2	0,1		
Região													
Norte	65	27,5	162	37,3	101	39,8	328	35,5	-3,0	1,1	1,7	10,447	0,107
Centro	148	62,7	231	53,2	136	53,5	515	55,7	2,5	-1,4	0,8		
Sul e Ilhas	15	6,4	26	6,0	11	4,3	52	5,6	0,6	0,5	-1,1		
Estrangeiro e NS/NR	8	3,4	15	3,5	6	2,4	29	3,1	0,3	0,5	-0,8		
Escolaridade da mãe													
Até 3º ciclo	105	45,1	190	44,2	135	54,0	430	47,1	-0,7	-1,7	2,6	9,935	0,042
Secundário	69	29,6	117	27,2	68	27,2	254	27,8	0,7	-0,4	-0,3		
Superior	59	25,3	123	28,6	47	18,8	229	25,1	0,1	2,3	-2,7		
Escolaridade do pai													
Até 3º ciclo	127	55,0	241	56,7	145	59,2	513	56,9	-0,7	-0,1	0,8	8,476	0,076
Secundário	63	27,3	111	26,1	76	31,0	250	27,7	-0,2	-1,0	1,3		
Superior	41	17,7	73	17,2	24	9,8	138	15,3	1,2	1,8	-2,8		
Grupo profissional da mãe													
Intelectuais	56	23,7	112	25,8	54	21,3	222	24,0	-0,1	1,2	-1,2	2,646	0,619
Técnicos	119	50,4	221	50,9	130	51,2	470	50,9	-0,2	0,0	0,1		
Indiferenciados e Outros	61	25,8	101	23,3	70	27,6	232	25,1	0,3	-1,2	1,1		
Grupo profissional do pai													
Intelectuais	51	21,6	91	21,0	55	21,7	197	21,3	0,1	-0,2	0,2	5,686	0,224
Técnicos	129	54,7	271	62,4	150	59,1	550	59,5	-1,8	1,7	-0,2		
Indiferenciados e Outros	56	23,7	72	16,6	49	19,3	177	19,2	2,1	-1,9	0,1		

Os estudantes que na sua maioria apresentam os 3 níveis de literacia estão na licenciatura, no 1º ano curricular, são portugueses, dos que estão em programa de mobilidade estão em outro programa que não erasmus ou protocolos bilaterais, são estudantes a tempo integral, a sua auto percepção do desempenho é boa, a média de classificação varia entre os 14 e os 16 valores, estão deslocados da residência e vivem com colegas.

A relação entre a LSSR é bastante significativa para o ano curricular ($X^2=23,213$ e $p=0,003$) e, significativa para o programa de mobilidade ($X^2=11,081$ e $p=$

0,026). De acordo com os RA, os estudantes no 1º ano curricular apresentam baixa literacia (RA= 2,8) e os do 4º ano elevada literacia (RA=3,8), dos que estão em programa de mobilidade, os em Erasmus apresentam LSSR elevada (RA= 2,6).

Também é possível observar pela análise dos RA que os estudantes com média de classificação igual ou superior a 17 valores têm baixa literacia.

Tabela 20 - Variáveis académicas em função da literacia em saúde sexual e reprodutiva

LSSR	Baixa Literacia (1)		Moderada Literacia (2)		Elevada literacia (3)		Total		Resíduos Ajustados			X ²	p
Variáveis	n (275)	% (29,8)	n (390)	% (42,2)	n (259)	% (28)	n (924)	n (275)	% (29,8)	n (390)	% (42,2)	n (259)	% (28)
Ciclo de estudos													
CTeSP	5	2,1	10	2,3	4	1,6	19	2,1	0,1	0,5	-0,6	1,530	0,958
Licenciatura	175	74,2	325	74,9	193	76,0	693	75,0	-0,3	-0,1	0,4		
Mestrado	40	16,9	76	17,5	45	17,7	161	17,4	-0,2	0,1	0,1		
Outro	16	6,8	23	5,3	12	4,7	51	5,5	1,0	-0,3	-0,7		
Ano curricular													
1ºAno	112	48,3	173	40,1	86	34,3	371	40,6	2,8	-0,3	-2,4	23,213	0,003
2ºAno	59	25,4	131	30,4	72	28,7	262	28,7	-1,3	1,1	0,0		
3ºAno	46	19,8	85	19,7	53	21,1	184	20,1	-0,1	-0,3	0,5		
4ºAno	12	5,2	32	7,4	37	14,7	81	8,9	-2,3	-1,4	3,8		
5ºAno	3	0,3	10	1,1	3	0,3	16	1,8	-0,6	1,2	-0,8		
Total	232	25,4	431	47,2	251	27,5	914	100					
Tipo de estudante													
Português	225	95,3	419	96,5	249	97,6	892	96,5	-1,2	0,0	1,1	1,934	0,380
Estrangeiro	11	4,7	15	3,5	6	2,4	32	3,5	1,2	0,0	-1,1		
Total	236	25,5	434	47,0	254	27,5	924	100					
Programa de mobilidade													
Erasmus	2	4,5	0	0,0	3	6,8	5	11,4	-0,2	-1,9	2,6	11,081	0,026
Protocolos bilaterais	0	0,0	3	17,6	1	12,5	4	9,1	-1,8	1,6	0,4		
Outros	17	89,5	14	82,4	4	50,0	35	79,5	1,4	0,4	-2,3		
Total	19	43,2	17	38,6	8	18,2	44	100					
Desempenho Académico													
Mau	4	1,7	3	0,7	1	0,4	8	0,9	1,6	-0,5	-1,0	10,84	0,211
Razoável	50	21,2	80	18,4	34	13,4	164	17,7	1,6	0,5	-2,1		
Bom	134	56,8	265	61,1	161	63,4	560	60,6	-1,4	0,3	1,1		
Muito bom	41	17,4	79	18,2	54	21,3	174	18,8	-0,7	-0,5	1,2		
Excelente	7	3,0	7	1,6	4	1,6	18	1,9	1,3	-0,7	-0,5		
Média de classificação													
< 10 valores	2	0,9	2	0,5	1	0,4	5	0,4	0,7	-0,3	-0,4	8,126	0,229
10-13 valores	74	31,8	125	28,9	69	27,7	268	29,3	1,0	-0,3	-0,6		
14-16 valores	125	53,6	268	61,9	158	63,5	551	60,2	-2,4	1,0	1,2		
17-20 valores	32	13,7	38	8,8	21	8,4	91	9,9	2,2	-1,1	-0,9		
Total	233	25,5	433	47,3	249	27,2	915	100					
Deslocação da residência													
Sim	135	57,4	261	60,3	138	54,3	534	57,9	-0,2	1,4	-1,4	2,351	0,309
Não	100	42,6	172	39,7	116	45,7	388	42,1	0,2	-1,4	1,4		
Total	235	25,5	433	47,0	254	27,5	922	100					
Reside													
Sozinho	5	2,1	23	5,4	12	4,8	40	4,4	-2,0	1,4	0,4	8,263	0,082
Com colegas	106	44,9	220	51,4	124	49,4	450	49,2	-1,5	1,3	0,1		
Com familiares e outros	125	53,0	185	43,2	115	48,5	425	46,4	2,3	-1,8	-0,2		

Situação profissional													
Estudante a tempo integral	171	72,5	337	77,6	189	74,4	697	75,4	-1,2	1,5	-0,4		
Trabalhador-estudante	65	27,5	97	22,4	65	25,6	227	24,6	1,2	-1,5	0,4	2,422	0,298

Na análise dos comportamentos aditivos e a LSSR contata-se que os estudantes com maior percentagem nos 3 níveis de literacia não fumam, dos que fumam fazem-no até 6 cigarros, bebem bebidas alcoólicas, dos que bebem, consomem 3 ou mais bebidas num episódio 1 ou menos vezes por mês e consumiram bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias (cf tabela 21). O consumo de 3 ou mais bebidas alcoólicas numa só ocasião e a LSSR revela significância estatística ($\chi^2 = 9,878$ e $p = 0,043$), mas pela análise dos RA não é possível determinar as diferenças.

Tabela 21 - Variáveis contextuais aos comportamentos aditivos em função do nível de literacia em saúde sexual e reprodutiva

Variáveis	LSSR		Baixa Literacia (1)		Moderada Literacia (2)		Elevada literacia (3)		Total		Resíduos Ajustados			χ^2	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	n	%	n	%	n	%
	(275)	(29,8)	(390)	(42,2)	(259)	(28)	(924)	(275)	(29,8)	(390)	(42,2)	(259)	(28)		
Consumo de tabaco															
Fuma	24	10,2	56	12,9	36	14,2	116	12,6	-1,3	0,3	0,9			1,877	0,391
Não Fuma	212	89,8	378	87,1	218	85,8	808	87,4	1,3	-0,3	-0,9				
Quantidade de cigarros															
≤ 6 cigarros	15	62,5	39	69,6	27	73,0	81	69,2	-0,8	0,1	0,6			0,758	0,685
≥ 7 cigarros	9	37,5	17	30,4	10	27,0	36	30,8	0,8	-0,1	-0,6				
Total	24	20,5	56	47,9	37	31,6	117	100							
Bebidas Alcoólicas															
Bebe	168	71,2	322	74,2	193	76,0	683	73,9	-1,1	0,2	0,9			1,493	0,474
Não Bebe	68	28,8	112	25,8	61	24,0	241	26,1	1,1	-0,2	-0,9				
Consumo de mais de 3 bebidas alcoólicas															
Uma ou várias vezes por semana	31	18,5	60	18,6	20	10,4	111	16,3	0,9	1,6	-2,6			9,878	0,043
Uma ou menos vezes por mês	86	51,2	187	58,1	117	60,6	390	57,1	-1,8	0,5	1,2				
Nunca	51	30,4	75	23,3	56	29,0	182	26,6	1,3	-1,9	0,9				
Total	168	24,6	322	47,1	193	28,3	683	100							
Bebidas Alcoólicas 30 dias															
Sim	110	65,5	187	58,1	119	61,3	416	60,8	1,4	-1,4	0,2			2,569	0,277
Não	58	34,5	135	41,9	75	38,7	268	39,2	-1,4	1,4	-0,2				

As variáveis relacionadas com a sexualidade e a LSSR foram estudadas conforme se pode observar na tabela 22. Os estudantes com maior percentagem em todos os níveis de literacia tiveram relações sexuais no último ano, atualmente fazem-no em contexto de uma relação de compromisso, usam contraceção, dos que usam

preservativo fazem-no sempre, não tiveram relações sexuais sob o efeito de álcool ou drogas, e não tiveram parceiros sexuais ocasionais.

Os estudantes que usam preservativo têm baixa a moderada, os que utilizam a dupla contraceção elevada literacia. Foi estabelecida relação bastante significativa para a utilização de contraceção ($X^2= 12,084$ e $p= 0,002$) e altamente significativa para a atividade sexual ($X^2= 14,410$ e $p= 0,001$). Pelos RA, os estudantes com elevada LSSR tiveram relações sexuais no último ano (RA= 3,8) e usaram contracetivos (RA= 2,2) e os com baixa literacia não usaram preservativo (RA= 3,3).

De acordo com os RA os estudantes que tiveram relações sexuais sob o efeito de drogas apresentam baixa LSSR (RA= 2,3).

Tabela 22 - Variáveis contextuais à saúde sexual e reprodutiva em função da literacia em saúde sexual e reprodutiva

Variáveis LSSR	Baixa Literacia (1)		Moderada Literacia (2)		Elevada literacia (3)		Total		Resíduos Ajustados			χ^2		p
	n (275)	% (29,8)	n (390)	% (42,2)	n (259)	% (28)	n (924)	n (275)	% (29,8)	n (390)	A % (42,2)	n (259)	% (28)	
Relações Sexuais														
Sim	139	59,4	264	61,0	186	73,8	589	64,1	-1,7	-1,9	3,8	14,410	0,001	
Não	95	40,6	169	39,0	66	26,2	330	35,9	1,7	1,9	-3,8			
Total	234	25,5	433	47,1	252	27,4	919	100						
Contexto da Relação														
Sim	116	84,1	237	89,8	165	88,7	518	88,1	-1,7	1,1	0,3	2,920	0,232	
Não	22	15,9	27	10,2	21	11,3	70	11,9	1,7	-1,1	-0,3			
Total	138	23,5	264	44,9	186	31,6	588	100						
Contracetivos														
Sim	119	86,2	247	93,6	177	96,2	543	92,7	-3,3	0,8	2,2	12,084	0,002	
Não	19	13,8	17	6,4	7	3,8	43	7,3	3,3	-0,8	-2,2			
Total	138	23,5	264	45,1	184	31,4	586	100						
Tipo de Contracetivo														
Preservativo	33	27,7	79	32,0	53	29,9	165	30,4	-0,7	0,7	-0,2			
Pílula	30	25,2	76	30,8	57	32,2	163	30,0	-1,3	0,3	0,8			
Pílula e Preservativo	47	39,5	73	29,6	54	30,5	174	32,0	2,0	-1,1	-0,5			
Anel Vaginal	3	2,5	7	2,8	2	1,1	12	2,2	0,3	0,9	-1,2	9,289	0,678	
Implante	3	2,5	4	1,6	5	2,8	12	2,2	0,3	-0,9	0,7			
Coito Interrompido	2	1,7	4	1,6	1	0,6	7	1,3	0,4	0,6	1,0			
DIU	1	0,8	4	1,6	5	2,8	10	1,8	-0,9	-0,4	1,2			
Total	119	21,9	247	45,5	177	32,6	543	100						
Uso de Preservativo														
Sempre	58	41,7	104	39,7	79	42,9	241	41,2	0,1	-0,7	0,6	1,183	0,978	
Frequente	29	20,9	57	21,8	36	19,6	122	20,9	0,0	0,5	-0,5			
Raramente	18	12,9	38	14,5	22	12,0	78	13,3	-0,2	0,8	-0,7			
Nunca	34	24,5	63	24,0	47	25,5	144	24,6	0,0	-0,3	0,4			
Total	139	23,8	262	44,8	184	31,5	585	100						
Relação Álcool - Sexo														
Sim	44	18,6	60	13,8	37	14,6	141	15,3	1,7	-1,1	-0,4	2,876	0,237	
Não	192	81,4	374	86,2	217	85,4	783	84,7	-1,7	1,1	0,4			
Relação Droga- Sexo														
Sim	12	5,1	9	2,1	6	2,4	27	2,9	2,3	-1,4	-0,6	5,273	0,072	
Não	224	94,9	425	97,9	248	97,6	897	97,1	-2,3	1,4	0,6			

Parceiros Ocasionais												
Sim	42	17,8	86	19,8	56	22,0	184	19,9	-0,9	-0,1	1,0	
Não	194	82,2	348	80,2	198	78,0	740	80,1	0,9	0,1	-1,0	1,391
												0,499

Para a LSSR e as variáveis contextuais de entretenimento, os estudantes com maior percentagem nos 3 níveis de literacia acedem a redes sociais e canais pagos diariamente de 1 a 4 horas, não jogam ou se o fazem perdem 1 hora ou menos e, a utilização do computador afeta a sua saúde e bem-estar algumas vezes. O acesso às redes sociais e a LSSR revela relação estatística bastante significativa ($X^2 = 13,178$ e $p = 0,010$). Pelos RA os estudantes que não acedem ou se o fazem despendem menos de 1 hora apresentam baixa LSSR (RA= 2,8) e os que utilizam as redes sociais mais de 4 horas literacia elevada (RA= 2,2) (cf. tabela 23).

Tabela 23 - Variáveis contextuais de entretenimento em função da literacia em saúde sexual e reprodutiva

Variáveis	LSSR		Baixa Literacia (1)		Moderada Literacia (2)		Elevada literacia (3)		Total		Resíduos Ajustados			X ²	p
	n (275)	% (29,8)	n (390)	% (42,2)	n (259)	% (28)	n (924)	n (275)	% (29,8)	n (390)	% (42,2)	n (259)	% (28)		
Aceder a redes sociais															
Não acedo até 1h	30	12,8	28	6,5	19	7,5	77	8,4	2,8	-1,9	-0,6	13,178	0,010		
Entre 1h – 4h	144	61,3	296	68,7	153	60,2	593	64,5	-1,2	2,5	-1,7				
≥ 4h	61	26,0	107	24,8	82	32,3	250	27,2	-0,5	-1,5	2,2				
Total	235	25,5	431	46,8	254	27,6	920	100							
Jogos online e Offline															
Não acedo até < 1h	176	75,2	331	77,0	189	74,7	696	75,9	-0,3	0,7	-0,5	5,397	0,249		
Entre 1h – 4h	50	21,4	73	17,0	45	17,8	168	18,3	1,4	-1,0	-0,3				
≥ 4h	8	3,4	26	6,0	19	7,5	53	5,8	-1,8	0,3	1,4				
Total	234	25,5	430	46,9	253	27,6	917	100							
Canais pagos															
Não acedo até < 1h	99	42,1	164	38,2	92	36,2	355	38,7	1,3	-0,3	-0,9	5,818	0,213		
Entre 1h – 4h	114	48,5	227	52,9	127	50,0	468	51,0	-0,9	1,1	-0,4				
≥ 4h	22	9,4	38	8,9	35	13,8	95	10,3	-0,6	-1,4	2,1				
Total	235	25,6	429	46,7	254	27,7	918								
Utilização de PC o afeta															
Nunca/ Raramente	77	32,6	148	34,1	94	37,0	319	34,5	-0,7	-0,3	1,0	3,588	0,465		
Algumas Vezes	124	52,5	235	54,1	122	48,0	481	52,1	0,2	1,2	-1,5				
Muitas Vezes /Sempre	35	14,8	51	11,8	38	15,0	124	13,4	0,7	-1,4	0,8				

3.1.5. Árvores de decisão

A relação entre os grupos de risco e as diferentes variáveis foi realizada através de uma árvore de decisão, usando o algoritmo CHAID, tal como apresentado na figura

2. Trata-se dum procedimento de análise multivariada, que consiste na representação gráfica a partir de uma decisão inicial, que pretende decompor um problema complexo em diversos sub-problemas mais simples e que por sua vez, ainda se poderão decompor noutros mais simples.

Como variáveis independentes utilizadas para a construção da árvore de decisão, incluiu-se o sexo, o estado civil, a região de proveniência, o desempenho académico, o grupo profissional do pai e da mãe, o impacto da utilização do computador na saúde e bem-estar, tempo de utilização em redes sociais, em jogos e em canais pagos e, a quantidade de cigarros consumidos diariamente e como variável dependente consideram-se os clusters.

Por forma a definir grupos com comportamento de risco de entre os estudantes universitários, realizou-se uma análise por cluster e foram criados 3 grupos. O grupo de baixo risco refere-se aos estudantes universitários que não fumam e não bebem, o grupo de risco moderado remete-se aos que não fumam e bebem e por fim o grupo de alto risco para os estudantes que fumam e bebem como se pode observar na tabela 24.

A maioria dos estudantes pertence ao grupo de risco moderado e não fuma, mas bebe bebidas alcoólicas, representando 62,5% da amostra, seguindo-se os de baixo risco que não fuma e não bebe exibindo 25,5% da amostra e por fim os com comportamento de alto risco que optam por beber e fumar com frequência com 11,9% da amostra. Os estudantes que fumam e não bebem eram representados apenas por 4 casos, pelo que foram excluídos da análise.

Tabela 24 – Cluster para comportamentos de risco

Cluster	Sexo	Masculino		Feminino		Total	
		n (187)	% (20,4)	n (730)	% (79,6%)	n (917)	% (100,0)
Fuma e bebe		30	16,0	79	10,8	109	11,9
Não fuma e não bebe		37	19,8	197	27,0	234	25,5
Não fuma e bebe		120	64,2	454	62,2	574	62,6

Os resultados evidenciados na Árvore de decisão denotam para além do nó inicial a existência de mais 6 nós, repartidos em caixas onde configura o número e a percentagem de casos e a frequência que acede a aplicações. Estes nós, distribuem-se por três níveis de profundidade, cujas variáveis são estatisticamente significativas face aos clusters.

O modelo indica que são variáveis explicativas, o consumo de tabaco, o tempo passado nas redes sociais e em canais pagos.

Na análise à árvore de decisão deparamo-nos com quatro nós terminais dado não possuírem ramificações, dois dos quais pertencentes à última variável explicativa, a utilização de canais pagos.

O nó zero (0) ou nó de raiz assinalado a sombreado que influencia a quantidade de tabaco consumida pelos estudantes universitários. Os estudantes de baixo risco representam 25,5%. Os estudantes que fumam e bebem está relacionado com a quantidade de tabaco, sendo que os de estudantes de alto risco são os que mais cigarros consomem. Assim dos 11,9% de alto risco, 99% fumam menos 6 e mais de 7 cigarros.

O consumo efetivo de tabaco é a variável que ocorre no primeiro nível de profundidade da árvore de decisão e que melhor prediz a sua relação com os grupos de risco. Neste nível de profundidade apresenta um nó terminal correspondente aos que fumam.

Assim, dos 62,6% de estudantes de risco moderado, representam 71,1% dos que são influenciados pelo tempo despendido nas redes sociais.

Ao segundo nível profundidade surge o tempo em redes sociais, originando os nós 3 e 4. O nó 4 é terminal e determina que dos estudantes de risco moderado têm uma probabilidade de 57% de passarem tempo algum ou até 1 horas nas redes sociais. O nó 3 determina reporta 738 casos (80,5%) e prevê que 73% dos estudantes de risco moderado passarem mais de 4 horas nas redes sociais.

Os de baixo risco têm probabilidade de 49,3% passar até 1 hora e de 27% de mais de 1 hora nas redes sociais.

No terceiro nível de profundidade destaca-se a influência da utilização de mais de 1 hora nas redes sociais, nos canais pagos, em estudantes de risco moderado, dando origem aos nós terminais 5 e 6. No nó 5 foram analisados 364 casos (39,7%) e representa os estudantes que ou vêm até 1 hora e os que vêm mais de 4 horas e, a prevalência de estudantes de risco moderado é de 68,1%.

Já o nó 6 analisa 374 casos (40,8%) e determina que a probabilidade dos estudantes de risco moderado despenderem tempo em canais pagos é de 77,8%.

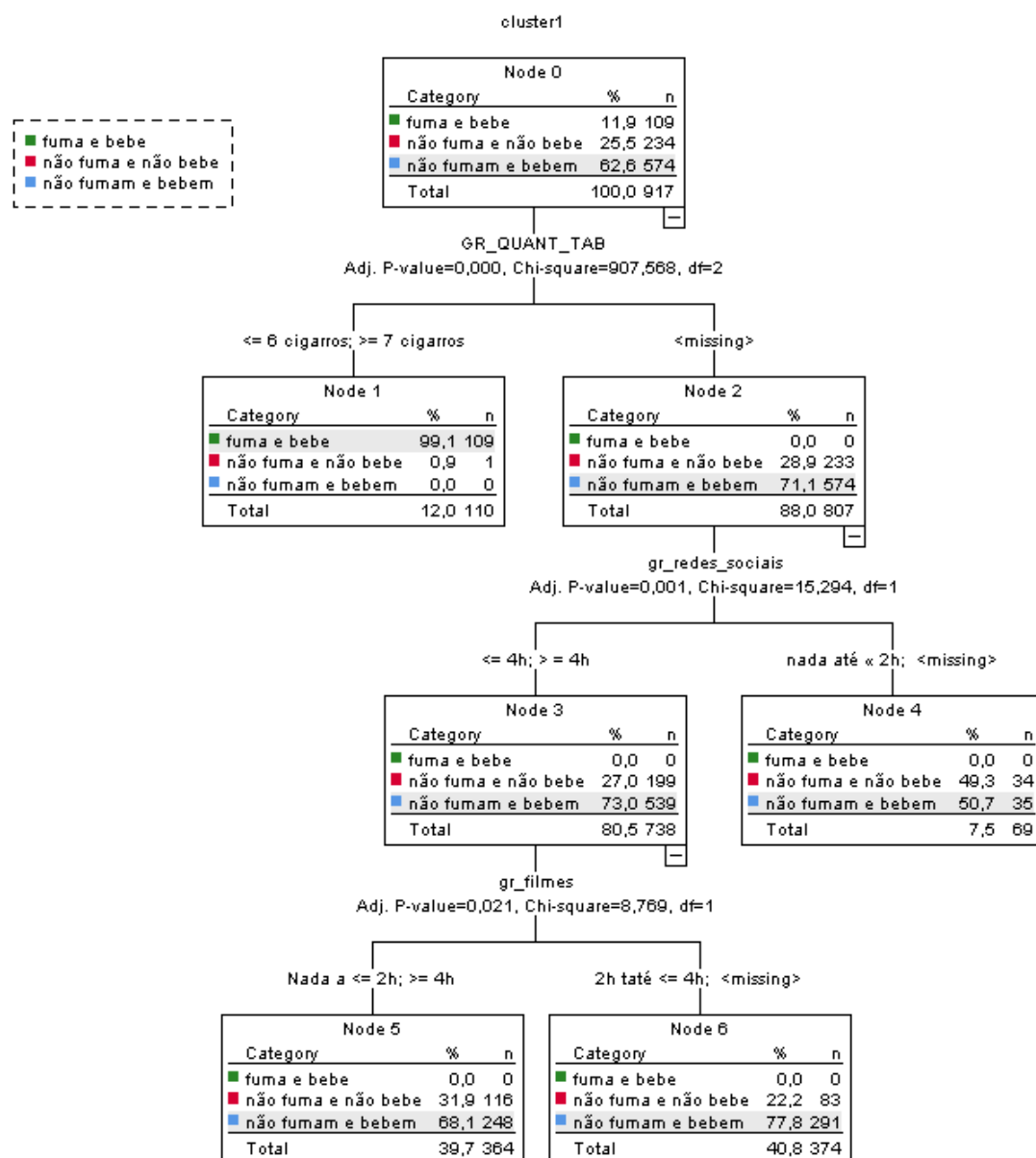


Figura 2 - Árvore de decisão para os clusters

Para a análise do nível de LCA foi utilizado o procedimento anterior, tal como apresentado na figura 3.

As variáveis independentes utilizadas para a construção da árvore de decisão foram sexo, idade, estado civil, região de proveniência, tipo de residência, grupo profissional paterno e materno, desempenho acadêmico, quantidade de cigarros fumados, o impacto da utilização do computador, redes sociais, jogos e de canais pagos, grupo de cluster, nível de LA e nível de LSSR e a variável dependente o nível de LCA, categorizada em 3 classes.

Os resultados presentes na Árvore mostram a existência de três níveis profundidade, em que as variáveis referentes ao nível de LA e de LSSR e o grupo profissional da mãe são estatisticamente significativas face à LCA.

O nó zero (0) ou nó de raiz assinala que os estudantes com LCA moderada são representados por 42,2%, os com baixa 29,8% e elevada 28,0%.

A LA é a variável que ocorre no primeiro nível de profundidade da árvore de decisão e que melhor prediz a sua relação com a LCA. São apresentados três grandes nós, em que o primeiro respeita ao nível de LA elevado, o segundo o nível de LA moderado e o terceiro o nível de LA baixo.

O nó 1, referente à LA elevada, representa 25,4% da amostra e a probabilidade de ser detentores de LCA elevada é de 59,1%. O nó 2 para a LA moderada a probabilidade é de 55,1% de LCA moderada. Já o nó 3 com 242 casos (26,2%) remonta-se à baixa LA e, a probabilidade de ser detentor de LCA baixa é de 55%. Este nível de profundidade apresenta um nó terminal correspondente aos estudantes que apresentam LA e LCA baixa.

O segundo nível de profundidade tem patente a LSSR, nos seus diferentes níveis e origina os nós 4, 5, 6, 7 e 8, sendo os nós 4, 6, 7 e 8 terminais.

Assim, os estudantes que apresentam LA elevada, que também detêm variações nos níveis de LSSR. Desta forma o nó 4 prevê 8,2% dos estudantes têm LA elevada e LSSR moderada a baixa, sendo que destes, 44,7% têm LCA elevada. Já o nó 5 contém 17,2% da amostra e estes apresentam níveis de LA e LSSR elevada e estão representados com 66% com LCA elevada.

Para os estudantes com LA moderada, surge o nó 6, onde estão representados 30,6% dos estudantes com LSSR moderada e destes, 57,6% têm LCA moderada. No nó 7 foram analisados 81 casos (8,8%) com LSSR elevada e são representados por 40,7% com LCA também elevada. Por outro lado, o nó terminal 8 que reporta 83 casos (9%) indica a prevalência de estudantes com LA moderada, com LSSR baixa 47,7% também são detentores de LCA baixa.

No terceiro nível de profundidade surgem os estudantes com LA e LSSR elevada, e o grupo profissional da mãe, com os nós 9 e 10 ambos terminais.

O nó 9 determina a probabilidade de 7,8% das mães dos estudantes terem trabalhos indiferenciados ou profissões intelectuais serem detentores de LA, LSSR e LCA elevada em 58,3%. Já o nó terminal 10 define que em 87 casos, as mães têm profissões técnicas e os estudantes apresentarem níveis de LA, LSSR e LCA elevados em 72,4%.

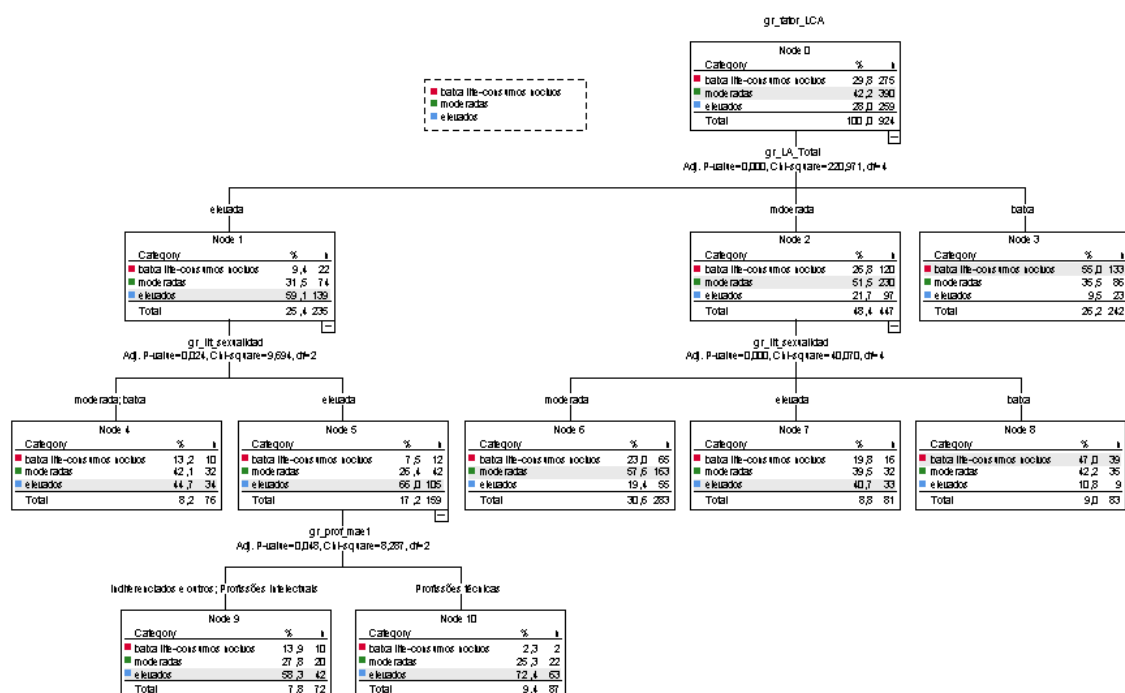


Figura 3 - Árvore de decisão para a literacia em comportamentos aditivos

Na análise da LA e variáveis sociodemográficas, académicas e comportamentais, procedeu-se como anteriormente, como representado na figura 4.

As variáveis independentes utilizadas para a construção da árvore de decisão foram o sexo, idade, estado civil, região de proveniência, tipo de residência, grupo profissional paterno e materno, desempenho académico, quantidade de cigarros fumados, o impacto da utilização do computador na saúde e bem-estar, tempo despendido em redes sociais, jogos e de canais pagos, grupo de cluster, nível de LCA e nível de LSSR e a variável dependente a LA dividida em três níveis, baixa, moderada e elevada.

Os resultados presentes na Árvore mostram a existência de dois níveis de profundidade, em que as variáveis, nível de LCA e de LSSR e, o impacto da utilização do computador na saúde e bem estar são estatisticamente significativas face à LA.

O nó zero, determina que a LA dos estudantes universitários é em 48,4% moderada, em 26,8% baixa e em 25,4% elevada.

Reportando ao primeiro nível de profundidade da árvore, a LSSR é a variável que melhor prediz o nível de LA, segmentando-se a amostra em 3 modalidades: baixa, moderada e elevada, originando os nós 1, 2 e 3. O nó 1 analisa 47% dos casos e refere-se aos estudantes com LSSR moderada e destes 65,2% apresentam LA moderada.

O nó 2 refere-se a 27,5% dos casos e representa os estudantes com LSSR elevada, deste grupo 62,5% tem LA elevada. Ainda no primeiro nível de profundidade surge o nó 3, que se reporta à LSSR baixa com 25,5% dos casos e destes 59,7% também tem baixa LA.

O segundo nível de profundidade mostra que a LCA e o impacto da utilização do computador são as variáveis que melhor preveem a LA e a LSSR. O nível de LCA origina os nós 4,5 e 6, todos terminais. Assim, o nó 4 prevê 9,8% dos estudantes têm LSSR moderada, LCA elevada e destes 60,4% têm LA moderada. Por sua vez o nó 5 representa 12% e estes estudantes têm LSSR moderada, LCA baixa e destes 58,6% LA moderada. Por fim, o nó 6, com 25,1% de estudantes com LSSR moderada, LCA moderada e destes, 70,3% com LA moderada.

Ainda no segundo nível de profundidade para a LSSR elevada surge a LCA, com os nós 7 e 8. Assim, o nó 7 está representado pelos estudantes com LSSR e LCA elevada, com 15,3% dos casos e destes 74,5% mantêm níveis elevados de LA. Já no nó 8 com os estudantes com elevada LSSR e baixa a moderada LCA, onde estão 12,2% e, têm LA elevada 47,8% dos mesmos.

A baixa LSSR está significativamente relacionada com o impacto da utilização do computador, originando os nós 9 e 10.

O nó 9 refere-se aos estudantes com baixa LSSR e que destacam que a utilização do computador tem sempre, muitas e algumas vezes impacto na saúde e bem-estar, com 17,2%, e destes, 62,3% tem baixa LA. No nó 10, estão representados 8,3% dos estudantes, sendo que estes apresentam baixa LSSR e a utilização do computador raramente ou nunca afeta a sua saúde e bem-estar; aqui, 54,5% têm baixa LA.

Todos os nós são terminais.

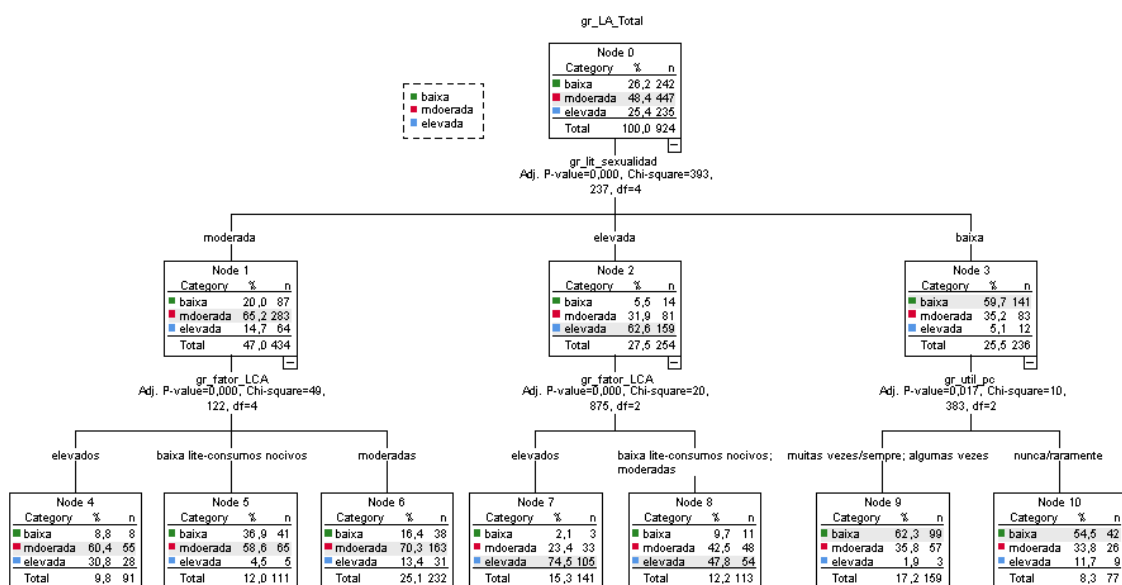


Figura 4 - Árvore de decisão para a literacia em alimentação

Para a análise da LSSR foi utilizado o procedimento anterior, tal como a figura 5 ilustra. As variáveis independentes são as mesmas que foram utilizadas anteriormente: sexo, idade, estado civil, região de proveniência, tipo de residência, grupo profissional paterno e materno, desempenho académico, quantidade de cigarros fumados, o impacto da utilização do computador, redes sociais, jogos e de canais pagos, grupo de cluster, nível de LA e de LCA e a variável dependente o nível de LSSR, categorizada em 3 níveis. As variáveis estatisticamente significativas são a LA, a LCR e o impacto da utilização do computador na saúde e bem-estar à semelhança do que foi encontrado com a LA.

No que concerne ao primeiro nível de profundidade da árvore surge o nível de LA a variável que melhor prediz a LSSR. A LA decompõem-se em elevada, moderada e baixa e dá origem aos nós 1, 2 e 3.

No nó 0 é possível observar que 47% tem LSSR moderada.

O nó 1 analisa 25,4% da amostra e corresponde a 235 casos. Neste nó, dos estudantes com elevada LA, 67,7% têm LSSR elevada.

Já o nó 2, é o mais representativo com 48,4% da amostra e alude aos estudantes com LA elevada, sendo que, destes 63,3% tem LSSR moderada. Por fim o nó 3, é detentor de 26,2% dos casos e representa os estudantes com baixa LA e, em que 58,3% também tem baixa LSSR.

O segundo nível de profundidade mostra que é a LCA que melhor prevê a LA, nos seus vários níveis e origina os nós 4 e 5 e os nós terminais 6, 7, 8, 9 e 10.

O nó 2, origina o nó terminal 6, 7 e 8. O nó 6 indica que a probabilidade dos estudantes com LA moderada e de LCA elevada é de 10,5% e, destes 56,7% tem LSSR moderada. Já ao nó terminal 7, representa 13% da amostra e remonta-se aos estudantes com LA moderada, LCA baixa e sendo que destes, 54,2% detêm LSSR moderada, por fim o nó 8, com 24,8% da amostra representa os estudantes com LA moderada, LCA moderada e 70,9% têm LSSR moderada.

Dos estudantes com LA baixa, surgem 2 nós. O nó 9 que representa os que também têm LCA elevada e moderada (11,8% da amostra) e destes 48,6% a sua LSSR é baixa. No nó 10 exibe os estudantes cuja LCA é baixa e a LSSR também é baixa em 62,2% dos estudantes universitários.

No terceiro nível de profundidade o impacto na saúde e bem-estar dos estudantes é a variável que melhor prevê a LCA baixa e elevada e origina os nós 11 e 12, ambos terminais. Assim no nó 11 estão representados os estudantes com LA elevada, LCA baixa e elevada e onde a utilização do computador tem impacto na sua saúde e bem-estar, sempre, quase sempre e algumas vezes e representa 98 casos (10,6%) e destes 73,5% têm elevada LSSR. Por último o nó 12, que exibe os estudantes que raramente ou nunca sentem o seu impacto e têm 71,4% de LSSR elevada.

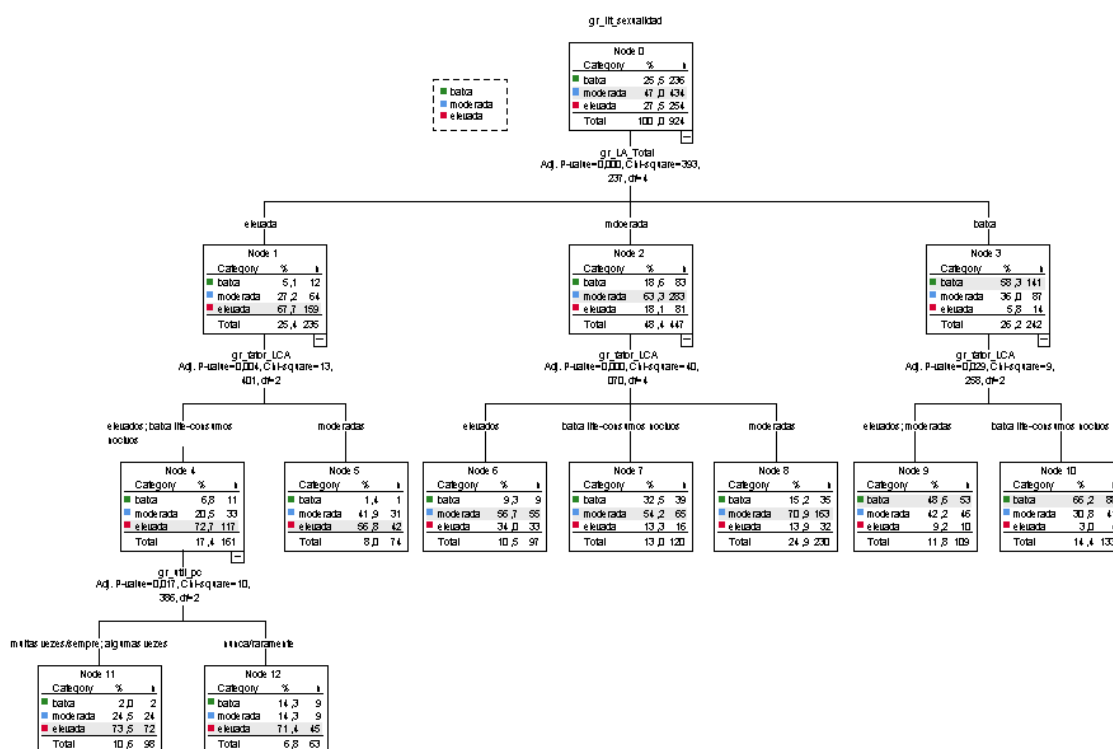


Figura 5 - Árvore de decisão para a literacia em saúde sexual e reprodutiva

De acordo com os dados obtidos nos diferentes modelos da árvore de decisão observa-se que as variáveis LA e LSSR relacionam-se da mesma forma. Assim quando a variável dependente é a LA surge no primeiro nível de profundidade a LSSR e vice versa. Assim os estudantes com LSSR elevada têm maior probabilidade de ter LA elevada, e vice-versa. Este fenómeno observa-se para todos os níveis de literacia nas duas escalas.

A LCA surge no segundo nível de profundidade para as variáveis dependentes LA e LSSR e o seu comportamento é muito variável.

Os estudantes com elevada LA e moderada a baixa LSSR têm maior probabilidade de ter elevada LCA em todas as análises e fazendo variar as escalas como variável dependente. Da mesma forma os estudantes com moderada LSSR, moderada LA, revelam moderada LCA.

Também os estudantes com a literacia moderada em saúde sexual e reprodutiva e em alimentação revelam moderada a LCA, sendo esta variação igual para as 3 escalas.

3.2 Análise Inferencial

Esta secção do estudo procura dar resposta às questões de investigação formuladas, com recurso à análise inferencial.

3.2.1. Relação entre literacia e variáveis sociodemográficas

A primeira questão de investigação procurava saber:

Q1 - Quais as variáveis sociodemográficas que interferem na literacia em alimentação, comportamentos aditivos, e em saúde sexual e reprodutiva?

A influência do sexo nos níveis de literacia relativos à alimentação, comportamentos aditivos e, saúde sexual e reprodutiva estudou-se com a realização do teste de U Mann-Whitney (UMW), como apresentado na tabela 25.

Observa-se que existem variações nas ordenações médias, na escala de literacia em alimentação com as mulheres a deter maior literacia e com significância estatística para o fator “Práticas alimentares saudáveis” ($z = -2,515$ e $p = 0,012$). Para a escala referente aos comportamentos aditivos de acordo com as OM as mulheres apresentam mais conhecimento global, mas nos fatores 1 e 2, os homens têm mais conhecimento sem diferenças estatísticas.

Na escala de saúde sexual e reprodutiva, existem diferenças estatísticas significativas entre sexo. Pela análise das OM são as mulheres que detêm maior literacia.

Tabela 25 - Teste de U Mann-Whitney entre literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva e o sexo

Escalas	Sexo		Sexo		z	p
	n	OM	n	OM		
Fator Global: Literacia em alimentação	188	442,70	736	467,56	-1,140	0,254
Fator 1: Composição nutricional dos alimentos	188	453,96	736	464,68	-0,494	0,622
Fator 2: Rotulagem e escolhas alimentares	188	459,79	736	463,19	-0,157	0,876
Fator 3: Práticas alimentares saudáveis	188	418,97	736	473,62	-2,515	0,012
Fator Global: Literacia em comportamentos aditivos	188	463,49	736	462,25	-0,057	0,955
Fator 1: Compreender e utilizar a informação	188	440,21	736	468,19	-1,295	0,195
Fator 2: Alteração de hábitos de consumo	188	485,61	736	456,60	-1,341	0,180
Fator Global: Literacia em saúde sexual e reprodutiva	188	401,46	736	478,09	-3,541	<.001
Fator 1: Reprodução, contraceção e IST	188	400,61	736	478,31	-3,652	<.001
Fator 2: Impacto da gravidez adolescente	188	397,32	736	479,15	-3,876	<.001
Fator 3: Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro	188	415,10	736	474,61	-2,769	0,006

Para compreender a influência do grupo etário na literacia foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis. De acordo com os dados obtidos na tabela 26, os estudantes com idade de 20 a 21 anos apresentam de uma forma geral maior literacia em alimentação (FG: OM= 471,07). No entanto na análise dos fatores verificamos que o nível é apenas mais elevado para a prática alimentar saudável (OM= 478,48) e, os estudantes com mais de 22 anos revelam maior literacia em termos de composição nutricional e em “Rotulagem e escolhas alimentares” (F1 OM= 472,05; F2 OM= 480,79).

Para a literacia em comportamentos aditivos surgem novamente os estudantes com 20 a 21 anos de idade (FG: OM= 479,56) e literacia em termos de alteração dos hábitos de consumo (F2 OM= 487,78). Os estudantes com mais de 22 anos revelam mais literacia na compreensão e utilização da informação (OM= 472,93). De notar que as OM variam pouco entre grupos. Foi estabelecida significância estatística para o fator global e para o fator 2, pelo que se aplicou o teste *post hoc* de Tukey e as diferenças estão entre os estudantes que têm menos de 19 e os que têm entre 20 e 21 anos ($p= 0,005$), sendo os estudantes mais velhos a revelar maior literacia. Para a alteração de hábitos de consumo de substâncias aditivas e no fator global não foi possível determinar ($p= 0,057$).

Os estudantes com idades entre os 20 e 21 anos, revelam maior literacia na escala de saúde sexual e reprodutiva de uma forma geral, não tendo sido estabelecida relação estatística entre as variáveis em estudo.

Tabela 26 - Teste de Kruskal-Wallis para a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva e o grupo etário

Grupo etário	≤ 19 anos (1)	20 - 21 anos (2)	≥ 22 anos (3)	h	p
Escalas	OM	OM	OM		
Fator Global: Literacia em alimentação	451,33	471,07	465,56	0,895	0,639
Fator 1: Composição nutricional dos alimentos	448,10	467,54	472,05	1,433	0,489
Fator 2: Rotulagem e escolhas alimentares	439,99	466,78	480,79	3,820	0,148
Fator 3: Práticas alimentares saudáveis	464,64	478,48	445,47	2,383	0,304
Fator Global: Literacia em comportamentos aditivos	430,10	479,56	478,67	7,018	0,030
Fator 1: Compreender e utilizar a informação	447,47	467,27	472,93	1,600	0,449
Fator 2: Alteração de hábitos de consumo	420,68	487,78	480,32	11,924	0,003
Fator Global: Literacia em saúde sexual e reprodutiva	462,00	474,11	452,16	1,050	0,592
Fator 1: Reprodução, contraceção e IST	454,70	469,13	464,03	0,483	0,785
Fator 2: Impacto da gravidez adolescente	456,92	468,15	462,75	0,288	0,866
Fator 3: Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro	469,02	476,70	442,79	2,827	0,243

Para estudar a relação entre as escalas de literacia e a nacionalidade foi aplicado o teste UMW. De acordo com os dados obtidos, constata-se que os estudantes portugueses apresentam mais conhecimento em todas as áreas e com significância estatística na escala de literacia em alimentação e na escala de saúde sexual e reprodutiva à exceção do fator 2 “Impacto da gravidez adolescente”. Apesar dos estudantes portugueses apresentarem OM superiores na escala de literacia em comportamentos aditivos, não foi encontrada significância estatística (cf. tabela 28).

Tabela 27 - Teste de U Mann-Whitney entre literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva e a nacionalidade

Escalas	Portuguesa		Estrangeira		z	p
	n	Ordenação Média	n	Ordenação Média		
Fator Global: Literacia em alimentação	887	467,96	37	331,54	-3,049	0,002
Fator 1: Composição nutricional dos alimentos	887	467,73	37	337,07	-2,930	0,003
Fator 2: Rotulagem e escolhas alimentares	887	467,20	37	349,76	-2,634	0,008
Fator 3: Práticas alimentares saudáveis	887	466,41	37	368,65	-2,191	0,028
Fator Global: Literacia em comportamentos aditivos	887	465,51	37	390,45	-1,681	0,093
Fator 1: Compreender e utilizar a informação	887	465,92	37	380,45	-1,927	0,054
Fator 2: Alteração de hábitos de consumo	887	463,94	37	428,08	-,807	0,420
Fator Global: Literacia em saúde sexual e reprodutiva	887	467,09	37	352,51	-2,578	0,010
Fator 1: Reprodução, contraceção e IST	887	466,53	37	365,99	-2,302	0,021
Fator 2: Impacto da gravidez adolescente	887	465,53	37	389,76	-1,748	0,080
Fator 3: Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro	887	467,25	37	348,55	-2,690	0,007

Os níveis de literacia e a região de proveniência foram estudados, com a aplicação do teste ANOVA, como observado na tabela 28. De acordo com as OM os estudantes oriundos da região norte são os que apresentam níveis de literacia superiores em todas as escalas estudadas. No entanto, foi estabelecida significância

estatística para a literacia em alimentação e na escala de literacia em saúde sexual e reprodutiva no fator global, fator 1 e 2.

Tabela 28 – Teste ANOVA para a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva e, a região de proveniência

Região de proveniência	Norte (1)		Centro (2)		Sul e Ilhas (3)		Estrangeiro NS/NR (4)		f	p
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp		
LA Fator Global	491,92	260,34	457,44	270,08	393,98	242,90	342,50	268,44	4,546	0,004
Fator 1	483,83	259,29	459,66	269,21	423,41	252,93	341,74	270,16	3,116	0,026
Fator 2	479,26	259,92	463,76	270,39	407,74	248,76	348,83	247,51	2,963	0,031
Fator 3	514,62	255,50	444,95	268,24	355,72	238,14	376,14	278,30	8,993	<0,001
LCA Fator Global	485,13	250,38	455,67	276,44	424,83	242,16	395,46	281,32	1,869	0,133
Fator 1	480,98	254,73	453,89	270,38	458,37	245,72	413,76	292,60	1,050	0,370
Fator 2	478,66	250,23	462,27	274,59	399,63	247,39	396,53	264,24	1,990	0,114
LSSR Fator Global	496,91	256,80	448,36	268,58	430,69	268,06	381,53	247,54	3,516	0,015
Fator 1	490,89	256,25	452,02	261,54	432,60	264,19	381,19	253,97	2,766	0,041
Fator 2	485,93	257,36	454,79	259,21	426,31	254,87	399,26	247,68	1,977	0,116
Fator 3	501,54	252,65	445,99	267,90	428,36	257,29	375,33	252,25	4,490	0,004

Com a aplicação dos testes *Post hoc* de Tukey verificamos que na escala de literacia em alimentação no fator global ($p=0,019$) e no fator relativo à composição nutricional dos alimentos ($p= 0,029$), as diferenças estão entre os estudantes da região norte e os estrangeiros, sendo os estudantes da região norte os que revelam maior nível de literacia. Para o fator relativo à “Rotulagem e escolhas alimentares” ($f= 2,963$; $p= 0,031$) não foi possível determinar onde se encontram as diferenças estatísticas. O nível de literacia em “Práticas alimentares saudáveis” é altamente significativa entre a região norte e, o sul e ilhas ($p= <0,001$), e entre o norte e a região centro ($p= 0,001$), e relação estatística entre os do norte e os estrangeiros, sendo que os estudantes da região norte são os que revelam níveis de literacia superiores quando comparados com os estudantes provenientes de todas as restantes regiões.

Na escala de saúde sexual e reprodutiva observa-se que de forma global os estudantes da região norte revelam níveis de literacia superiores aos da região centro ($p= 0,046$). Para a “Reprodução, contraceção e IST” não foi possível determinar onde se encontram as diferenças estatísticas. Já para os “Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro” as diferenças encontram-se entre os estudantes da região norte e os da região centro ($p=0,014$) (cf tabela 29).

Tabela 29 - Testes Post hoc de Tukey para a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e o ano curricular

Região de proveniência		Teste Tukey (p)					
Escalas		1/2	1/3	1/4	2/3	2/4	3/4
Fator Global: Literacia em alimentação		0,255	0,065	0,019	0,354	0,106	0,836
Fator 1: Composição nutricional dos alimentos		0,568	0,421	0,029	0,783	0,091	0,544
Fator 2: Rotulagem e escolhas alimentares		0,841	0,270	0,054	0,466	0,105	0,772
Fator 3: Práticas alimentares saudáveis		0,001	<0,001	0,033	0,091	0,516	0,987
Fator Global: Literacia em comportamentos aditivos		0,397	0,426	0,303	0,856	0,635	0,964
Fator 1: Compreender e utilizar a informação		0,468	0,940	0,555	0,999	0,856	0,886
Fator 2: Alteração de hábitos de consumo		0,817	0,188	0,377	0,363	0,561	1,000
Fator Global: Literacia em saúde sexual e reprodutiva		0,046	0,334	0,109	0,968	0,546	0,853
Fator 1: Reprodução, contraceção e IST		0,148	0,435	0,129	0,956	0,481	0,828
Fator 2: Impacto da gravidez adolescente		0,320	0,409	0,306	0,873	0,672	0,969
Fator 3: Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro		0,014	0,240	0,062	0,967	0,490	0,818

Na análise das escalas e o estado civil, não existe significância estatística entre grupos (cf. tabela 30). No entanto, percebe-se que os estudantes com companheiro apresentam OM superiores para o fator global de “Literacia em alimentação” (OM= 472,91 vs OM= 461,28) e os restantes fatores desta escala; para o fator “Alteração de hábitos de consumo” (OM= 473,39 vs OM= 461,22) e para o fator “Impacto da gravidez adolescente” (OM= 464,29 vs OM= 447,25).

Os estudantes sem companheiro surgem com OM mais elevadas para o fator global “Literacia em comportamentos aditivos” (OM= 464,13 vs OM= 448,62), “Compreender e utilizar a informação” (OM= 466,70 vs OM= 426,72), para o fator global “Literacia em saúde sexual e reprodutiva” (OM= 464,48 vs 445,66), “Reprodução, Contraceção e IST” (OM= 465,63 vs 435,79) e por fim para o fator “Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro” (OM= 462,97 vs OM= 458,51).

Tabela 30 - Teste de U Mann-Whitney entre literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva e a existência de companheiro

Escalas	Estado civil	Sem companheiro		Com Companheiro		z	p
		n	Ordenação Média	n	Ordenação Média		
Fator Global: Literacia em alimentação							
Fator 1: Composição nutricional dos alimentos		827	461,28	27	472,91	-0,406	0,685
Fator 2: Rotulagem e escolhas alimentares		827	462,18	27	465,21	-0,106	0,915
Fator 3: Rotulagem e escolhas alimentares		827	459,11	27	491,36	-1,131	0,258
Fator 3: Práticas alimentares saudáveis		827	461,72	27	469,14	-0,260	0,795
Fator Global: Literacia em comportamentos aditivos							
Fator 1: Compreender e utilizar a informação		827	464,13	27	448,62	-0,543	0,587
Fator 2: Compreender e utilizar a informação		827	466,70	27	426,72	-1,409	0,159
Fator 2: Alteração de hábitos de consumo		827	461,22	27	473,39	-0,428	0,669
Fator Global: Literacia em saúde sexual e reprodutiva							
Fator 1: Reprodução, contraceção e IST		827	464,48	27	445,66	-0,662	0,508
Fator 2: Impacto da gravidez adolescente		827	465,63	27	435,79	-1,068	0,285
Fator 2: Impacto da gravidez adolescente		827	447,25	27	464,29	-0,615	0,539
Fator 3: Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro		827	462,97	27	458,51	-0,158	0,874

A escolaridade materna relaciona-se com a literacia em comportamentos aditivos em termos globais e no fator 2, com relação estatística bastante e altamente significativa (FG $h=11,670$ e $p=0,003$; F2 $h=18,005$ e $p<0,001$). Pela análise das OM os estudantes cujas mães têm habilitações académicas até ao 3º ciclo são os que detêm maior literacia (cf. tabela 31)

Nas restantes escalas e fatores verifica-se que existem OM superiores para as mães com habilitações até ao 3º ciclo.

As mães com habilitações académicas ao nível do ensino superior e as com habilitações até ao 3º ciclo ($p=0,003$) demonstram ter diferenças bastante significativas para o fator global e altamente significativas para o fator 2 ($p<0,001$). Já as que completaram o ensino secundário revelam diferenças significativas (FG $p=0,026$; F2 $p=0,019$) para ambos os fatores da LCA.

Tabela 31 – Teste de Kruskal-Wallis para a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e, a escolaridade materna

Escolaridade materna	Até ao 3º ciclo (1)	Secundário (2)	Superior (3)	h	p
	OM	OM	OM		
Fator Global: Literacia em alimentação	475,89	449,37	430,00	4,826	0,090
Fator 1: Composição nutricional dos alimentos	472,42	453,33	432,11	3,589	0,166
Fator 2: Rotulagem e escolhas alimentares	477,63	444,68	431,92	5,302	0,071
Fator 3: Práticas alimentares saudáveis	475,59	455,62	423,63	5,854	0,054
Fator Global: Literacia em comportamentos aditivos	477,60	468,02	406,09	11,670	0,003
Fator 1: Compreender e utilizar a informação	459,33	474,08	433,68	2,946	0,229
Fator 2: Alteração de hábitos de consumo	487,33	460,28	396,41	18,095	<0,001
Fator Global: Literacia em saúde sexual e reprodutiva	474,33	446,15	436,49	3,728	0,155
Fator 1: Reprodução, contraceção e IST	472,58	441,06	445,43	3,014	0,222
Fator 2: Impacto da gravidez adolescente	472,91	446,73	438,51	3,285	0,193
Fator 3: Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro	474,89	444,71	437,03	3,958	0,138

As habilitações académicas do pai e a literacia têm significância estatística para a escala de literacia em alimentação, na escala de comportamentos aditivos em termos globais e para o fator 2 e na LSSR no fator 3.

Ao analisar as OM destaca-se que à semelhança do encontrado no estudo das habilitações maternas, os valores mais elevados para a LA e LSSR são dos pais com habilitações até ao 3º ciclo. Na escala de LCA as OM são superiores nos estudantes cujos pais têm habilitações ao nível secundário.

Tabela 32 – Teste de Kruskal-Wallis para a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e, a escolaridade paterna

Escolas	Escolaridade do paterna			h	p
	Até ao 3º ciclo (1)	Secundário (2)	Superior (3)		
	OM	OM	OM		
Fator Global: Literacia em alimentação	471,17	439,05	397,67	9,420	0,009
Fator 1: Composição nutricional dos alimentos	467,96	440,50	406,98	6,588	0,037
Fator 2: Rotulagem e escolhas alimentares	467,57	443,04	403,82	6,909	0,032
Fator 3: Práticas alimentares saudáveis	478,22	432,43	383,45	16,305	<0,001
Fator Global: Literacia em comportamentos aditivos	462,98	463,33	384,11	10,826	0,004
Fator 1: Compreender e utilizar a informação	450,80	465,28	425,87	2,080	0,353
Fator 2: Alteração de hábitos de consumo	469,22	456,63	373,07	15,241	<0,001
Fator Global: Literacia em saúde sexual e reprodutiva	462,68	452,21	405,39	5,356	0,069
Fator 1: Reprodução, contraceção e IST	463,06	446,24	414,80	4,048	0,132
Fator 2: Impacto da gravidez adolescente	462,30	446,47	417,22	3,593	0,166
Fator 3: Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro	464,06	454,21	396,64	7,566	0,023

Com a aplicação de testes *post hoc* Tukey as diferenças entre os pais com habilitações até ao 3º ciclo e os pais com o secundário, para todos os fatores com diferenças altamente significativas para “Práticas alimentares saudáveis” na LA ($p = <0,01$) e para “Alteração de hábitos de consumo” na LCA ($p = <0,01$); bastante significativas para o fator global de LA ($p = 0,009$) e de LCA ($0,004$) e, nos restantes fatores da LA e no fator 3 da LSSR apenas significância estatística.

No fator global e no fator 2 de LCA também foram determinadas diferenças significativas e bastante significativas ($p = 0,011$; $p = 0,006$ respetivamente) entre os pais com habilitações académicas ao nível do ensino superior e ao nível do ensino secundário.

Tabela 33 – Testes *Post hoc* de Tukey para a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e a escolaridade paterna

Escolas	Escolaridade paterna			Teste Tukey (p)		
	1/2	1/3	2/3	1/2	1/3	2/3
Fator Global: Literacia em alimentação	0,244	0,009	0,289			
Fator 1: Composição nutricional dos alimentos	0,354	0,037	0,439			
Fator 2: Rotulagem e escolhas alimentares	0,438	0,027	0,321			
Fator 3: Práticas alimentares saudáveis	0,056	<0,001	0,170			
Fator Global: Literacia em comportamentos aditivos	1,000	0,004	0,011			
Fator 2: Alteração de hábitos de consumo	0,799	<0,001	0,006			
LSSR: Fator 3: Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro	0,872	0,017	0,086			

Os estudantes universitários cujas mães têm trabalhos indiferenciados obtiveram níveis de literacia em alimentação mais elevados, como se pode comprovar pelas OM, sem significância estatística.

As mães dos estudantes com profissões técnicas, têm mais literacia em comportamentos aditivos, e foram encontradas diferenças estatísticas bastante significativas para o fator global ($h = 6,430$; $p = 0,002$) e altamente significativas para o fator 2 ($h = 8,409$; $p < 0,001$).

Para a escala de literacia em saúde sexual e reprodutiva os estudantes com mais literacia em termos de reprodução, contraceção e IST, as suas mães têm profissões intelectuais. Para os restantes fatores da referida escala e, de acordo com as OM surgem os estudantes com mães com profissões indiferenciadas.

Na escala de literacia em comportamentos aditivos, procurou-se perceber onde se encontravam as diferenças estatísticas e, de acordo com os resultados obtidos, verificou-se que estão de entre os estudantes cujas mães têm profissões intelectuais e técnicas, sendo as que têm profissões técnicas, os filhos são os que apresentam níveis de literacia mais elevados, com diferenças altamente significativas (FG LCA $p = 0,001$ e F2 $p < 0,001$ respetivamente).

Tabela 34 – Teste de Kruskal-Wallis para a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e o grupo profissional materno

Grupo profissional materno	Profissões Intelectuais (1)	Profissões técnicas (2)	Indiferenciados e outros (3)	h	p
	OM	OM	OM		
Escalas					
Fator Global: Literacia em alimentação	444,04	466,32	472,43	0,740	0,477
Fator 1: Composição nutricional dos alimentos	443,85	462,37	480,60	1,085	0,338
Fator 2: Rotulagem e escolhas alimentares	444,56	467,091	470,36	0,677	0,508
Fator 3: Práticas alimentares saudáveis	438,69	471,72	466,61	1,200	0,302
Fator Global: Literacia em comportamentos aditivos	413,16	489,63	454,75	6,430	0,002
Fator 1: Compreender e utilizar a informação	443,29	473,34	458,91	1,003	0,367
Fator 2: Alteração de hábitos de consumo	405,41	492,66	456,04	8,409	<0,001
Fator Global: Literacia em saúde sexual e reprodutiva	457,45	463,58	465,14	0,056	0,946
Fator 1: Reprodução, contraceção e IST	467,62	460,00	462,66	0,064	0,938
Fator 2: Impacto da gravidez adolescente	462,66	464,78	470,42	0,412	0,662
Fator 3: Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro	460,84	462,52	464,04	0,008	0,992

Os estudantes cujos pais têm profissões técnicas apresentam níveis de literacia mais elevados em alimentação, em comportamentos aditivos, de forma global em saúde sexual e reprodutiva, e em termos de afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro, como se pode comprovar em termos de OM (cf. tabela 35).

Tabela 35 – Teste de Kruskal-Wallis para a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e o grupo profissional paterno

Grupo profissional paterno	Profissões Intelectuais (1)	Profissões técnicas (2)	Indiferenciados e outros (3)	h	p
Escalas	OM	OM	OM		
Fator Global: Literacia em alimentação	451,99	473,75	439,22	1,318	0,268
Fator 1: Composição nutricional dos alimentos	462,57	469,86	439,56	0,870	0,419
Fator 2: Rotulagem e escolhas alimentares	461,98	467,88	446,34	0,440	0,644
Fator 3: Práticas alimentares saudáveis	423,63	480,11	451,03	3,495	0,031
Fator Global: Literacia em comportamentos aditivos	437,44	477,25	444,56	2,126	0,120
Fator 1: Compreender e utilizar a informação	467,42	469,19	436,22	1,086	0,338
Fator 2: Alteração de hábitos de consumo	427,07	476,04	459,86	2,499	0,083
Fator Global: Literacia em saúde sexual e reprodutiva	465,68	471,09	432,26	1,459	0,233
Fator 1: Reprodução, contraceção e IST	470,15	467,95	437,03	1,053	0,349
Fator 2: Impacto da gravidez adolescente	466,60	466,59	445,22	0,489	0,613
Fator 3: Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro	451,68	475,88	432,95	2,001	0,136

O grupo profissional paterno e as práticas alimentares revelaram diferenças estatísticas, e os estudantes com pais com profissões técnicas apresentam níveis de literacia superiores aos das profissões intelectuais ($p = ,028$).

3.2.2. Relação entre literacia e variáveis contextuais académicas

A segunda questão de investigação procurava saber:

Q2 - Quais as variáveis contextuais académicas que interferem na literacia em alimentação, comportamentos aditivos, e em saúde sexual e reprodutiva?

O ciclo de estudos não influenciou nenhum dos fatores das diferentes escalas, tal como observado na tabela 36.

Os estudantes de CTeSP apresentaram OM superiores para o fator global da “Literacia em Alimentação” (OM= 481,16); para o fator “Composição nutricional dos alimentos” (OM= 471,45); para o fator “Rotulagem e escolhas alimentares” (OM= 504,53), o fator “Impacto da gravidez adolescente” (OM= 473,95) e no fator “Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro” (OM= 537,05).

Os estudantes em licenciatura demonstraram mais conhecimento ao nível das práticas alimentares saudáveis (OM= 475,69) e da literacia em saúde sexual e reprodutiva (OM= 465,08),

Os estudantes em outros ciclos de estudos apresentaram OM superior, com 486,87, em Literacia em comportamentos aditivos.

Os estudantes de Mestrado apresentaram maior nível de conhecimento para o fator “Reprodução, contraceção e IST” com uma OM de 467,53.

Tabela 36 – Teste de Kruskal-Wallis para a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva e o ciclo de estudos

Ciclo de estudos	CTeSP	Licenciatura	Mestrado	Outro	h	p
Escalas	OM	OM	OM	OM		
Fator Global: Literacia em alimentação	481,16	469,03	432,85	460,42	2,501	0,475
Fator 1: Composição nutricional dos alimentos	471,45	465,53	448,85	461,05	0,538	0,911
Fator 2: Rotulagem e escolhas alimentares	504,53	466,00	439,15	473,07	1,920	0,589
Fator 3: Práticas alimentares saudáveis	438,74	475,69	413,39	447,23	7,518	0,057
Fator Global: Literacia em comportamentos aditivos	453,00	456,50	481,72	486,87	1,644	0,650
Fator 1: Compreender e utilizar a informação	458,05	453,93	490,85	491,07	3,181	0,365
Fator 2: Alteração de hábitos de consumo	488,74	459,24	470,16	472,78	0,503	0,918
Fator Global: Literacia em saúde sexual e reprodutiva	462,61	465,08	457,77	442,35	0,412	0,938
Fator 1: Reprodução, contraceção e IST	423,00	462,58	467,53	460,27	0,501	0,919
Fator 2: Impacto da gravidez adolescente	473,95	462,62	463,37	453,89	0,096	0,992
Fator 3: Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro	537,05	466,33	445,74	435,56	2,863	0,413

O ano curricular influência a literacia em saúde. Pela análise da tabela 37, podemos constatar que existe significância estatística para todos os fatores.

Tabela 37 – Teste de Kruskal-Wallis para a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e o ano curricular

Escalas	Ano curricular					h	p
	1º	2º	3º	4º	5º		
	OM	OM	OM	OM	OM		
Fator Global: Literacia em alimentação	425,63	474,81	464,96	541,64	401,50	15,653	0,004
Fator 1: Composição nutricional dos alimentos	432,15	469,50	463,49	533,62	394,53	11,799	0,019
Fator 2: Rotulagem e escolhas alimentares	415,09	486,83	470,25	537,48	409,13	21,394	<0,001
Fator 3: Práticas alimentares saudáveis	430,24	468,92	468,49	531,69	400,69	11,994	0,017
Fator Global: Literacia em comportamentos aditivos	426,11	476,79	454,16	560,01	388,88	20,077	<0,001
Fator 1: Compreender e utilizar a informação	428,96	484,54	446,60	535,19	408,56	15,257	0,004
Fator 2: Alteração de hábitos de consumo	431,79	465,80	457,26	563,46	384,13	18,345	0,001
Fator Global: Literacia em saúde sexual e reprodutiva	429,31	464,40	465,07	550,76	439,06	14,968	0,005
Fator 1: Reprodução, contraceção e IST	426,45	466,55	469,08	548,58	434,88	16,334	0,003
Fator 2: Impacto da gravidez adolescente	434,13	461,97	463,42	547,89	400,66	14,201	0,007
Fator 3: Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro	434,83	459,70	465,37	534,60	466,22	10,135	0,038

Para descobrir onde se encontram estas diferenças estatísticas foi aplicado o teste *post hoc* de Tukey, como se verifica na tabela 38.

Em todas as escalas de literacia encontra-se um fenómeno uniforme e as diferenças encontram-se entre os estudantes que frequentam o 1º e o 4º ano, sendo os estudantes do 4º ano os que têm mais literacia, sem exceção.

Tabela 38 – Testes *Post hoc* de Tukey para a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e o ano curricular

Escalas	Ano curricular									
	Teste Tukey (p)									
	1/2	1/3	1/4	1/5	2/3	2/4	2/5	3/4	3/5	4/5
Fator Global: Literacia em alimentação	0,138	0,457	0,003	0,997	0,995	0,265	0,816	0,183	0,887	0,292
Fator 1: Composição nutricional dos alimentos	0,390	0,674	0,014	0,981	0,999	0,304	0,802	0,261	0,852	0,297
Fator 2: Rotulagem e escolhas alimentares	0,006	0,131	0,001	1,000	0,964	0,542	0,779	0,298	0,900	0,377
Fator 3: Práticas alimentares saudáveis	0,355	0,485	0,014	0,992	1,000	0,327	0,852	0,369	0,860	0,360
Fator Global: Literacia em comportamentos aditivos	0,115	0,756	<0,001	0,980	0,897	0,091	0,684	0,021	0,871	0,116
Fator 1: Compreender e utilizar a informação	0,062	0,945	0,008	0,998	0,549	0,545	0,787	0,080	0,980	0,386
Fator 2: Alteração de hábitos de consumo	0,484	0,814	<0,001	0,952	0,997	0,026	0,740	0,019	0,818	0,087
Fator Global: Literacia em saúde sexual e reprodutiva	0,451	0,547	0,001	1,000	1,000	0,070	0,996	0,100	0,996	0,523
Fator 1: Reprodução, contraceção e IST	0,294	0,344	0,001	1,000	1,000	0,088	0,989	0,138	0,986	0,485
Fator 2: Impacto da gravidez adolescente	0,653	0,705	0,003	0,986	1,000	0,062	0,883	0,094	0,879	0,215
Fator 3: Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro	0,758	0,688	0,015	0,989	0,999	0,156	1,000	0,267	1,000	0,873

Para conhecer se existia relação entre o programa de mobilidade e as diferentes escalas, foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis, conforme em tabela 39.

Os estudantes de Erasmó revelaram mais conhecimento na escala de literacia em comportamentos aditivos, no fator 2 com OM de 24.

Já os estudantes de protocolos bilaterais apresentam OM superiores para o fator 2 (OM= 24,07) da escala de literacia em alimentação, o fator 1 (OM= 23,50) da

escala de literacia em comportamentos aditivos e para o fator 2 (OM= 30,63) da escala de literacia em saúde sexual e reprodutiva.

Os estudantes em outros tipos de protocolos demonstraram ter mais literacia na escala de alimentação, no fator global (OM= 23,17), fator 1 (OM= 22,64) e fator 3 (OM= 24,07). Na escala de literacia em comportamentos nocivos para o fator global, na escala de literacia em saúde sexual e reprodutiva no fator global (OM= 29,50), fator 1 (OM=32,50) e 3 (OM=29,40). De notar que não foi encontrada nenhuma significância estatística.

Tabela 39 – Teste de Kruskal-Wallis para a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e programa de mobilidade

Programa de mobilidade	Erasmus	Protocolos bilaterais	Outro	h	p
	OM	OM	OM		
Escalas					
Fator Global: Literacia em alimentação	18,80	21,25	23,17	0,549	0,760
Fator 1: Composição nutricional dos alimentos	21,80	22,13	22,64	0,023	0,989
Fator 2: Rotulagem e escolhas alimentares	20,00	23,50	22,74	0,228	0,892
Fator 3: Práticas alimentares saudáveis	14,50	18,75	24,07	2,855	0,240
Fator Global: Literacia em comportamentos aditivos	22,40	22,38	22,53	0,001	1,000
Fator 1: Compreender e utilizar a informação	21,60	23,50	22,51	0,050	0,976
Fator 2: Alteração de hábitos de consumo	24,00	20,13	22,56	0,210	0,900
Fator Global: Literacia em saúde sexual e reprodutiva	29,50	29,00	20,76	3,200	0,202
Fator 1: Reprodução, contraceção e IST	32,50	28,88	20,34	5,125	0,077
Fator 2: Impacto da gravidez adolescente	28,30	30,63	20,74	3,362	0,186
Fator 3: Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro	29,40	22,50	21,51	1,672	0,433

Os estudantes com auto percepção do desempenho como excelente apresentam maior literacia em alimentação à exceção do fator 2 e literacia em comportamentos nocivos, comprovado por ordenações médias superiores.

Os estudantes com auto percepção do desempenho como muito boa apresentam maior literacia para o fator “Rotulagem e escolhas alimentares” e em todos os fatores da escala de saúde sexual e reprodutiva (cf. tabela 40).

Foi encontrada significância estatística para a auto percepção do desempenho académico e a literacia em alimentação no fator global ($h= 9,995$; $p= 0,041$) e no fator “Composição nutricional dos alimentos” ($h= 15,684$; $p= 0,003$), em todos os fatores da escala de literacia em comportamentos aditivos (FG: $h= 15,870$; $p= 0,003$; F1: $h= 10,885$; $p= 0,028$; F2: $13,093$; $p= 0,011$) e na escala de literacia em saúde sexual e reprodutiva para o fator global ($h= 12,865$; $p= 0,012$) e para os fatores “Reprodução, contraceção e IST” ($h= 16,828$; $p= 0,002$) e “Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro” ($h= 12,688$; $p= 0,013$).

Tabela 40 – Teste de Kruskal-Wallis para a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e o desempenho académico

Desempenho académico	Excelente (1)	Muito bom (2)	Bom (3)	Razoável (4)	Mau (5)	h	p
Escalas	OM	OM	OM	OM	OM		
Fator Global: Literacia em alimentação	488,69	486,70	471,15	409,89	350,25	9,995	0,041
Fator 1: Composição nutricional dos alimentos	499,47	498,62	470,00	403,04	287,50	15,684	0,003
Fator 2: Rotulagem e escolhas alimentares	442,75	480,69	470,96	422,60	336,81	6,970	0,137
Fator 3: Práticas alimentares saudáveis	478,81	475,75	470,50	419,49	459,69	5,298	0,258
Fator Global: Literacia em comportamentos aditivos	530,97	482,63	475,19	397,88	306,75	15,870	0,003
Fator 1: Compreender e utilizar a informação	531,89	494,45	466,54	411,30	377,88	10,885	0,028
Fator 2: Alteração de hábitos de consumo	517,31	468,86	477,65	405,73	304,38	13,093	0,011
Fator Global: Literacia em saúde sexual e reprodutiva	368,72	484,45	474,24	418,25	281,50	12,865	0,012
Fator 1: Reprodução, contraceção e IST	354,31	498,37	471,22	416,14	265,38	16,828	0,002
Fator 2: Impacto da gravidez adolescente	402,92	474,90	473,53	425,08	321,69	8,194	0,085
Fator 3: Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro	366,44	470,05	478,55	418,74	288,06	12,688	0,013

Para perceber onde se encontram as diferenças ao nível da literacia foi aplicado o teste *post hoc* de Tukey. Pela análise da tabela 41, observa-se que não é possível determinar onde estão as diferenças entre a percepção do desempenho e os fatores globais da literacia em alimentação e em saúde sexual e reprodutiva e, no fator “Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro”.

Os estudantes com percepção do desempenho como muito boa têm maior literacia do que os estudantes com percepção razoável e boa, na composição nutricional dos alimentos” ($p= 0,008$ e $p= 0,035$). Já para os fatores relativos à compreensão e utilização da informação ($p= 0,031$) e reprodução, contraceção e IST's ($p= 0,029$) as diferenças estão entre os estudantes com percepção muito boa e razoável, sendo mais uma vez os estudantes com percepção boa a revelar maior literacia, como se pode comprovar pelas OM (LA F1: OM= 498,62 vs OM= 403,04; LCA F1: OM= 494,45 vs OM= 411,30; LSR F2: OM=498,37 vs OM= 416,14).

Na escala de literacia em comportamentos aditivos, no fator global, ($p= 0,009$) as diferenças estão entre os estudantes com percepção de desempenho como boa e os com percepção “razoável”, seguindo-se entre os estudantes com percepção muito boa e a razoável, sendo os que apresentam melhor percepção também demonstram maior literacia (LCA OM= 482,63; OM= 475,19 vs OM= 397,88).

No fator “Alteração de hábitos de consumo” as diferenças estão entre os estudantes com percepção boa e razoável, destacando-se novamente os estudantes com melhor percepção a demonstrar maior literacia ($p= 0,018$; F2: OM= 477,65 vs OM= 304,38).

Tabela 41 – Testes *Post hoc* de Tukey para a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e o desempenho académico

Desempenho Académico Escala	Teste Tukey (p)									
	1/2	1/3	1/4	1/5	2/3	2/4	2/5	3/4	3/5	4/5
Fator Global: Literacia em alimentação	1,000	0,999	0,755	0,736	0,962	0,062	0,615	0,072	0,705	0,972
Fator 1: Composição nutricional dos alimentos	1,000	0,990	0,582	0,324	0,723	0,008	0,176	0,035	0,296	0,747
Fator Global: Literacia em comportamentos aditivos	0,947	0,904	0,254	0,269	0,998	0,027	0,351	0,009	0,381	0,876
Fator 1: Compreender e utilizar a informação	0,979	0,839	0,349	0,643	0,739	0,031	0,737	0,127	0,879	0,997
Fator 2: Alteração de hábitos de consumo	0,946	0,970	0,431	0,317	0,995	0,180	0,418	0,018	0,347	0,826
Fator Global: Literacia em saúde sexual e reprodutiva	0,390	0,452	0,943	0,937	0,992	0,143	0,208	0,118	0,241	0,607
Fator 1: Reprodução, contraceção e IST	0,162	0,324	0,871	0,928	0,746	0,029	0,093	0,116	0,167	0,491
Fator 3: Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro	0,499	0,381	0,929	0,955	0,996	0,374	0,306	0,076	0,246	0,641

A média de classificação e a literacia foi estudada com a aplicação do teste de Kruskal-Wallis, tal como observado na tabela 42. De acordo com os resultados obtidos nas OM pode-se constatar os estudantes com média de classificação de 14 a 16 valores são os que apresentam níveis mais elevados de literacia.

Foi estabelecida significância estatística significativa entre a média de classificação e a escala de literacia em alimentação e de saúde sexual e reprodutiva, de forma global (LA h= 13,939; p= 0,003; LSSR h= 8,161; p= 0,043), para o fator 1 (LA: h= 15,836; p= 0,001; LSSR: h= 8,986; p= 0,029) e 3 (LA: h= 20,386; p= < 0,001; LSSR: 12,656; p= 0,005). Na escala de comportamentos aditivos apenas para a “Alteração de hábitos de consumo” (h= 8,095; p= 0,044).

Tabela 42 – Teste de Kruskal-Wallis para a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e a média de classificação

Média de classificação Escala	< 10 (1)	10 - 13 (2)	14 - 16 (3)	17 - 20 (4)	h	p
	OM	OM	OM	OM		
Fator Global: Literacia em alimentação	413,70	425,60	483,85	399,37	13,939	0,003
Fator 1: Composição nutricional dos alimentos	330,50	413,74	485,44	429,18	15,836	0,001
Fator 2: Rotulagem e escolhas alimentares	377,90	437,33	474,86	421,22	6,157	0,104
Fator 3: Práticas alimentares saudáveis	535,90	436,55	484,03	359,31	20,386	<0,001
Fator Global: Literacia em comportamentos aditivos	368,50	435,53	475,60	422,52	6,632	0,085
Fator 1: Compreender e utilizar a informação	463,30	423,49	473,23	467,12	6,638	0,084
Fator 2: Alteração de hábitos de consumo	338,70	450,15	473,06	396,51	8,095	0,044
Fator Global: Literacia em saúde sexual e reprodutiva	349,50	436,17	476,90	413,80	8,161	0,043
Fator 1: Reprodução, contraceção e IST	309,60	427,02	477,22	441,01	8,986	0,029
Fator 2: Impacto da gravidez adolescente	369,50	442,95	473,62	412,62	6,447	0,092
Fator 3: Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro	359,50	441,29	479,13	384,70	12,656	0,005

Com a aplicação dos testes *post hoc* de Tukey, tal como demonstrado na tabela 43, verifica-se que na escala de LSSR no fator “Reprodução, contraceção e IST” ($p=0,044$) e na escala de LA, no fator global e no fator “Composição nutricional dos alimentos” (FG: $p=0,016$; F1: $p=0,001$) as diferenças estão entre os estudantes com média de classificação de 10-13 e os que obtiveram 14 a 16 valores, sendo os estudantes com melhor classificação, mais literados.

Existem ainda diferenças significativas para o fator global de LA ($p=0,023$), o fator “Alteração de hábitos de consumo” ($p=0,049$) na LCA, bastante significativa para “Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro” na LSSR e diferenças altamente significativas ($p<0,001$) para “Práticas alimentares saudáveis” na LA entre os estudantes com classificação de 14-16 e os estudantes com 17 ou mais valores sendo em todas as situações. Os estudantes com média de classificação entre os 14 e os 16 valores os que detêm maior literacia.

No fator global da LSSR não foram encontradas as diferenças.

Tabela 43 – Testes Post hoc de Tukey para a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e a média de classificação

Média de classificação Escala	Teste Tukey (p)					
	1/2	1/3	1/4	2/3	2/4	3/4
Fator Global: Literacia em alimentação	1,000	0,934	0,999	0,016	0,842	0,023
Fator 1: Composição nutricional dos alimentos	0,896	0,552	0,846	0,001	0,963	0,226
Fator 3: Práticas alimentares saudáveis	0,834	0,971	0,455	0,070	0,071	<0,001
LCA: Fator 2: Alteração de hábitos de consumo	0,783	0,665	0,964	0,645	0,329	0,049
Fator Global: Literacia em saúde sexual e reprodutiva	0,884	0,701	0,951	0,158	0,894	0,144
Fator 1: Reprodução, contraceção e IST	0,742	0,467	0,682	0,044	0,971	0,595
Fator 3: Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro	0,897	0,732	0,997	0,203	0,275	0,007

Para estudar a relação entre as escalas de literacia e a deslocação da residência, efetuou-se um teste *T de student* para amostras independentes. Os resultados demonstram que assumindo igualdade de variâncias através do teste de Levene's, e porque o p é superior a 0,05, o que demonstra que não há diferenças significativas entre os grupos em estudo (cf tabela 44).

Tabela 44 - Teste t para diferença de médias entre a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva e a deslocação da residência

Deslocação da residência Escala	Sim		Não		Levene's p	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Fator Global: Literacia em alimentação	73,90	17,98	75,50	18,89	0,127	-1,311	0,190
Fator 1: Composição nutricional dos alimentos	75,18	19,57	76,73	21,01	0,092	-1,151	0,250
Fator 2: Rotulagem e escolhas alimentares	68,55	22,86	71,23	23,31	0,938	-1,749	0,081
Fator 3: Práticas alimentares saudáveis	76,63	17,86	77,46	17,45	0,857	-0,701	0,483
Fator Global: Literacia em comportamentos aditivos	75,38	18,84	75,66	19,99	0,413	-0,212	0,832

Fator 1: Compreender e utilizar a informação	82,49	18,33	82,03	18,88	0,998	0,369	0,712
Fator 2: Alteração de hábitos de consumo	61,17	30,01	62,91	30,83	0,320	-0,857	0,392
Fator Global: Literacia em saúde sexual e reprodutiva	77,97	23,967	79,16	22,73	0,929	-0,759	0,448
Fator 1: Reprodução, contraceção e IST	80,16	24,47	81,47	22,71	0,435	-0,832	0,406
Fator 2: Impacto da gravidez adolescente	77,11	25,61	78,27	25,53	0,717	-0,682	0,496
Fator 3: Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro	76,05	25,10	77,10	23,97	0,997	-0,640	0,522

A literacia em saúde e a residência dos estudantes universitários foi estudada com a aplicação do teste Kruskal-Wallis. Os estudantes que vivem sozinhos apresentam maior literacia em todas as escalas como se pode comprovar pelas OM, mas não foi estabelecida significância estatística (cf tabela 45).

Tabela 45 – Teste de Kruskal-Wallis para a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e, com quem reside

Reside	Sozinho (1)	Com colegas (2)	Familiares e outros (3)	h	p
	OM	OM	OM		
Escalas					
Fator Global: Literacia em alimentação	491,72	463,19	454,83	0,393	0,675
Fator 1: Composição nutricional dos alimentos	512,40	464,12	452,20	1,012	0,364
Fator 2: Rotulagem e escolhas alimentares	507,49	456,56	459,81	0,676	0,509
Fator 3: Práticas alimentares saudáveis	463,00	471,56	449,92	0,723	0,486
Fator Global: Literacia em comportamentos aditivos	507,72	465,37	452,22	0,905	0,405
Fator 1: Compreender e utilizar a informação	481,45	478,53	442,42	2,155	0,117
Fator 2: Alteração de hábitos de consumo	523,87	452,50	463,95	1,385	0,251
Fator Global: Literacia em saúde sexual e reprodutiva	504,27	470,63	447,02	1,420	0,242
Fator 1: Reprodução, contraceção e IST	501,19	472,56	445,88	1,634	0,196
Fator 2: Impacto da gravidez adolescente	504,90	467,23	449,38	1,138	0,321
Fator 3: Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro	485,30	469,36	450,69	0,721	0,486

A influência da situação perante o estudo e os níveis de literacia relativos à alimentação, aos comportamentos aditivos e à saúde sexual e reprodutiva estudou-se com a realização do UMW, como apresentado na tabela 46. Os resultados indicam que apresenta maior literacia com significância estatística os trabalhadores-estudantes relativamente ao fator global “Literacia em comportamentos aditivos” ($z = -2,009$ e $p = 0,045$) e na mesma escala o fator “Alteração de hábitos de consumo” ($z = -1,975$ e $p = 0,048$).

Tabela 46 - Teste de U Mann-Whitney entre literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva e a situação perante o estudo

Situação perante o estudo Escalas	Tempo inteiro		Trabalhador-estudante		z	p
	n	Ordenação Média	n	Ordenação Média		
Fator Global: Literacia em alimentação	697	461,71	227	464,93	-0,158	0,875
Fator 1: Composição nutricional dos alimentos	697	460,29	227	469,30	-0,444	0,657
Fator 2: Rotulagem e escolhas alimentares	697	456,45	227	481,06	-1,212	0,226
Fator 3: Práticas alimentares saudáveis	697	468,34	227	444,56	-1,171	0,242
Fator Global: Literacia em comportamentos aditivos	697	452,46	227	493,32	-2,009	0,045
Fator 1: Compreender e utilizar a informação	697	456,02	227	482,39	-1,305	0,192
Fator 2: Alteração de hábitos de consumo	697	452,68	227	492,65	-1,975	0,048
Fator Global: Literacia em saúde sexual e reprodutiva	697	463,33	227	459,94	-0,168	0,867
Fator 1: Reprodução, contraceção e IST	697	460,33	227	469,71	-0,445	0,657
Fator 2: Impacto da gravidez adolescente	697	460,78	227	467,79	-0,355	0,723
Fator 3: Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro	697	465,19	227	454,24	-0,545	0,586

3.2.3. Relação entre literacia e variáveis contextuais de estilo de vida

A terceira questão de investigação procurava saber:

Q3- Quais as variáveis contextuais do estilo de vida que interferem na literacia em alimentação, comportamentos aditivos, e em saúde sexual e reprodutiva?

O consumo de tabaco foi estudado. De acordo com os resultados obtidos, destaca-se que não foi estabelecida relação estatística com a literacia.

Os fumadores apresentam maior literacia ao nível da saúde sexual e reprodutiva, em alimentação exceto para a “Rotulagem e escolhas alimentares” (OM= 462,03 vs OM= 462,57) e em termos de comportamentos aditivos exceto na compreensão e utilização da informação (OM= 445,28 vs OM= 464,97) (cf. tabela 47).

Tabela 47 - Teste de U Mann-Whitney entre literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva e o consumo de tabaco

Escalas	Consumo de tabaco		Sim		Não		z	p
	n	Ordenação Média	n	Ordenação Média	n	Ordenação Média		
Fator Global: Literacia em alimentação	116	466,88	808	461,87			-0,189	0,850
Fator 1: Composição nutricional dos alimentos	116	491,09	808	458,40			-1,239	0,215
Fator 2: Rotulagem e escolhas alimentares	116	462,03	808	462,57			-0,020	0,984
Fator 3: Práticas alimentares saudáveis	116	466,14	808	461,98			-0,158	0,875
Fator Global: Literacia em comportamentos aditivos	116	474,33	808	460,80			-0,512	0,609
Fator 1: Compreender e utilizar a informação	116	445,28	808	464,97			-0,750	0,453
Fator 2: Alteração de hábitos de consumo	116	479,64	808	460,04			-0,746	0,456
Fator Global: Literacia em saúde sexual e reprodutiva	116	486,03	808	459,12			-1,023	0,306
Fator 1: Reprodução, contraceção e IST	116	470,41	808	461,37			-0,350	0,727
Fator 2: Impacto da gravidez adolescente	116	482,81	808	459,58			-0,905	0,365
Fator 3: Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro	116	490,92	808	458,42			-1,245	0,213

A análise entre a frequência no consumo de tabaco e as diferentes escalas, não revelou existir qualquer relação. No entanto de acordo com a tabela 47, pode verificar-se que os jovens que fumam todos os dias, são os que apresentam maior literacia ao nível da alimentação (FG: OM= 59,46 vs OM= 56,87; F1 OM= 58,97 vs OM= 57,71; F2 OM= 59,42 vs OM= 56,94; F3 OM= 61,73 vs OM= 53,01), para o fator global “Literacia em comportamentos aditivos” (OM= 59,25 vs OM= 57,23), para o fator “Alteração de hábitos de consumo” (OM= 60,29 vs OM= 55,47), no fator global “Literacia em saúde sexual e reprodutiva” (OM= 58,53 vs OM= 58,44) e para o fator “Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro” (OM=59,58 vs OM= 56,66).

Os fumadores ocasionais detêm maior literacia para os fatores “Compreender e utilizar a informação” (OM= 57,30 vs OM= 57,30), “Reprodução, contraceção e IST” (OM= 59,76 vs OM= 57,76) e “Impacto da gravidez adolescente” (OM= 59,71 vs OM= 57,76) (cf tabela 47).

Tabela 48 - Teste de U Mann-Whitney entre literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva e a frequência no consumo de tabaco

Escalas	Frequência de consumo de tabaco		Ocasionalmente		Todos os dias		z	p
	n	Ordenação Média	n	Ordenação Média	n	Ordenação Média		
Fator Global: Literacia em alimentação	43	56,87	73	59,46			-0,401	0,689
Fator 1: Composição nutricional dos alimentos	43	57,71	73	58,97			-0,196	0,845
Fator 2: Rotulagem e escolhas alimentares	43	56,94	73	59,42			-0,385	0,700
Fator 3: Práticas alimentares saudáveis	43	53,01	73	61,73			-1,356	0,175
Fator Global: Literacia em comportamentos aditivos	43	57,23	73	59,25			-0,312	0,755
Fator 1: Compreender e utilizar a informação	43	60,53	73	57,30			-0,504	0,614
Fator 2: Alteração de hábitos de consumo	43	55,47	73	60,29			-0,753	0,451

Fator Global: Literacia em saúde sexual e reprodutiva	43	58,44	73	58,53	-0,014	0,988
Fator 1: Reprodução, contraceção e IST	43	59,76	73	57,76	-0,318	0,750
Fator 2: Impacto da gravidez adolescente	43	59,71	73	57,76	-0,311	0,755
Fator 3: Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro	43	56,66	73	59,58	-0,457	0,647

Os estudantes universitários que fumam 6 ou menos cigarros sustam maior literacia ao nível da alimentação (OM= FG: 59,16; F1:58,21; F2 60,11), exceto para o fator 3 e da saúde sexual e reprodutiva (OM= 59,82; 59,78; 59,81 e 59,64 respetivamente).

Os estudantes que fumam 7 ou mais cigarros possuem níveis de literacia mais elevados, como se pode constatar de acordo com as OM, ao nível dos comportamentos aditivos (OM= 63,74; 63,24 e 62,68 respetivamente), e das práticas alimentares saudáveis (OM= 61,38 vs 57,94). Não tendo sido estabelecida relação estatística (cf. tabela 49).

Tabela 49 - Teste de U Mann-Whitney entre literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva e a frequência no consumo de tabaco

Escalas	Quantidade de tabaco		≤ 6 cigarros		≥ 7 cigarros		z	p
	n	Ordenação Média	n	Ordenação Média				
Fator Global: Literacia em alimentação	81	59,16	36	58,64	-0,077	0,939		
Fator 1: Composição nutricional dos alimentos	81	58,21	36	60,78	-0,381	0,703		
Fator 2: Rotulagem e escolhas alimentares	81	60,11	36	56,50	-0,534	0,593		
Fator 3: Práticas alimentares saudáveis	81	57,94	36	61,38	-0,507	0,612		
Fator Global: Literacia em comportamentos aditivos	81	56,90	36	63,74	-1,010	0,313		
Fator 1: Compreender e utilizar a informação	81	57,12	36	63,24	-0,908	0,364		
Fator 2: Alteração de hábitos de consumo	81	57,36	36	62,68	-0,79	0,429		
Fator Global: Literacia em saúde sexual e reprodutiva	81	59,82	36	57,15	-0,396	0,692		
Fator 1: Reprodução, contraceção e IST	81	59,78	36	57,25	-0,384	0,701		
Fator 2: Impacto da gravidez adolescente	81	59,81	36	57,18	-0,405	0,685		
Fator 3: Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro	81	59,64	36	57,57	-0,308	0,758		

O consumo de bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses foi outro aspeto que se pretendeu estudar, tal como se pode encontrar na tabela 50.

Os estudantes que consumiram bebidas alcoólicas apresentam maior literacia em todas as escalas e em todos os fatores à exceção para a prática alimentar saudável (OM= 461,79 vs 464,50). Não foi estabelecida relação significativa para nenhuma escala.

Tabela 50 - Teste t para diferença de médias entre a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva e o consumo de bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses

Bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses Escala	Sim		Não		z	p
	n	Ordenação Média	n	Ordenação Média		
Fator Global: Literacia em alimentação	683	463,30	241	460,24	-0,153	0,879
Fator 1: Composição nutricional dos alimentos	683	464,71	241	456,23	-0,426	0,670
Fator 2: Rotulagem e escolhas alimentares	683	464,57	241	456,64	-0,398	0,691
Fator 3: Práticas alimentares saudáveis	683	461,79	241	464,50	-0,136	0,892
Fator Global: Literacia em comportamentos aditivos	683	471,30	241	437,56	-1,692	0,091
Fator 1: Compreender e utilizar a informação	683	470,34	241	440,28	-1,518	0,129
Fator 2: Alteração de hábitos de consumo	683	467,52	241	448,28	-0,970	0,332
Fator Global: Literacia em saúde sexual e reprodutiva	683	467,63	241	447,96	-0,991	0,321
Fator 1: Reprodução, contraceção e IST	683	467,32	241	448,83	-0,948	0,343
Fator 2: Impacto da gravidez adolescente	683	466,65	241	450,74	-0,822	0,411
Fator 3: Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro	683	467,90	241	447,19	-1,051	0,293

O consumo excessivo episódico de álcool, nos últimos 12 meses e a literacia foram estudados com a aplicação do teste de Kruskal-Wallis. Observa-se que, regra geral, os estudantes com maior literacia são os que consomem uma ou menos vezes excessivamente bebidas alcoólicas, à exceção na escala de LSSR, no fator “Reprodução, contraceção e IST”, em que os estudantes que nunca bebem apresentam OM superiores mas com uma diferença pequena (OM= 347,57 vs 347,91). Não foram estabelecidas relações estatísticas.

Tabela 51 – Teste de Kruskal-Wallis para a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e o consumo de 3 ou mais bebidas, num só dia, nos últimos 12 meses

Consumo de 3 ou mais bebidas Escala	Uma ou mais/ semana (1)	Uma ou menos / mês (2)	Nunca (3)	h	p
	OM	OM	OM		
Fator Global: Literacia em alimentação	340,30	351,63	322,40	2,739	0,254
Fator 1: Composição nutricional dos alimentos	346,42	350,47	321,16	2,829	0,243
Fator 2: Rotulagem e escolhas alimentares	337,45	353,71	319,68	3,794	0,150
Fator 3: Práticas alimentares saudáveis	342,93	346,42	331,95	0,676	0,713
Fator Global: Literacia em comportamentos aditivos	318,15	355,08	328,52	4,207	0,122
Fator 1: Compreender e utilizar a informação	318,14	349,74	339,96	2,288	0,319
Fator 2: Alteração de hábitos de consumo	319,31	357,93	321,70	6,025	0,049
Fator Global: Literacia em saúde sexual e reprodutiva	312,78	350,34	341,95	3,184	0,204
Fator 1: Reprodução, contraceção e IST	312,73	347,57	347,91	3,070	0,216
Fator 2: Impacto da gravidez adolescente	323,46	348,11	340,21	1,463	0,481
Fator 3: Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro	317,94	350,60	338,24	2,533	0,282

O consumo de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias foi estudado com a aplicação do teste de UMW. Os estudantes que não consumiram bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias apresentam maior literacia em todos os fatores exceto para a LA, no fator 3 (OM=342,11 vs OM= 342,75).

Na literacia em comportamentos aditivos foi estabelecida relação estatística significativa para o fator global “Literacia em comportamentos aditivos” ($z = -1,971$; $p = 0,049$) e para o fator “Compreender e utilizar a informação” ($z = -2,466$; $p = 0,014$), demonstrando que os estudantes que não consomem bebidas alcoólicas detêm maior literacia com diferenças significativas (cf. tabela 52).

Tabela 52 - Teste de U Mann-Whitney entre literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva e o consumo de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias.

Bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias Escalas	Sim		Não		z	p
	n	Ordenação Média	n	Ordenação Média		
Fator Global: Literacia em alimentação	416	340,45	268	345,68	-0,338	0,735
Fator 1: Composição nutricional dos alimentos	416	340,39	268	345,78	-0,350	0,727
Fator 2: Rotulagem e escolhas alimentares	416	340,87	268	345,03	-0,270	0,787
Fator 3: Práticas alimentares saudáveis	416	342,75	268	342,11	-0,042	0,967
Fator Global: Literacia em comportamentos aditivos	416	330,58	268	361,00	-1,971	0,049
Fator 1: Compreender e utilizar a informação	416	327,69	268	365,48	-2,466	0,014
Fator 2: Alteração de hábitos de consumo	416	336,77	268	351,40	-0,952	0,341
Fator Global: Literacia em saúde sexual e reprodutiva	416	336,55	268	351,74	-0,990	0,322
Fator 1: Reprodução, contraceção e IST	416	337,25	268	350,65	-0,888	0,374
Fator 2: Impacto da gravidez adolescente	416	335,50	268	353,37	-1,194	0,233
Fator 3: Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro	416	338,51	268	348,69	-0,667	0,505

Da aplicação do teste UMW, entre os estudantes que tiveram relações sexuais e os níveis de literacia, apura-se na tabela 53, que as ordenações médias são superiores para os que tiveram relações. Foram encontradas diferenças entre os grupos estatisticamente significativas, para o fator global Literacia em comportamentos aditivos, para o fator referente às alterações de hábitos de consumo, desta escala e para a escala de literacia em saúde sexual e reprodutiva.

Tabela 53 - Teste de U Mann-Whitney entre literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva e relações sexuais no último ano.

Relações sexuais no último ano Escalas	Sim		Não		z	p
	n	Ordenação Média	n	Ordenação Média		
Fator Global: Literacia em alimentação	589	469,59	330	442,88	-1,465	0,143
Fator 1: Composição nutricional dos alimentos	589	472,34	330	437,97	-1,891	0,059
Fator 2: Rotulagem e escolhas alimentares	589	470,60	330	441,09	-1,624	0,104
Fator 3: Práticas alimentares saudáveis	589	464,15	330	452,59	-0,636	0,525

Fator Global: Literacia em comportamentos aditivos	589	481,11	330	422,32	-3,230	0,001
Fator 1: Compreender e utilizar a informação	589	472,41	330	437,84	-1,913	0,056
Fator 2: Alteração de hábitos de consumo	589	481,45	330	421,71	-3,299	0,001
Fator Global: Literacia em saúde sexual e reprodutiva	589	481,54	330	421,56	-3,311	0,001
Fator 1: Reprodução, contraceção e IST	589	480,28	330	423,81	-3,171	0,002
Fator 2: Impacto da gravidez adolescente	589	480,73	330	423,00	-3,266	0,001
Fator 3: Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro	589	482,38	330	420,06	-3,464	0,001

A ocorrência de relações sexuais no contexto de uma relação não está estatisticamente relacionada com os níveis de literacia das diferentes escalas. De notar que os estudantes que tiveram relações sexuais dentro de uma relação apresentam OM superiores para todos os fatores da escala de saúde sexual e reprodutiva (OM= 297,50, OM= 298,43, OM= 296,27 e OM= 297,44 respetivamente), para o fator global “Literacia em alimentação” (OM= 294,78), “Práticas alimentares saudáveis” (OM= 296,96) e para o fator “Alteração de hábitos de consumo” (OM= 295,57) (cf tabela 54).

Tabela 54 - Teste de U Mann-Whitney entre literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva e relações sexuais no contexto de uma relação de compromisso

Relações sexuais no contexto de uma relação Escalas	Sim		Não		z	p
	n	Ordenação Média	n	Ordenação Média		
Fator Global: Literacia em alimentação	518	294,78	70	292,43	-0,109	0,913
Fator 1: Composição nutricional dos alimentos	518	292,91	70	306,29	-0,622	0,534
Fator 2: Rotulagem e escolhas alimentares	518	293,38	70	302,81	-0,439	0,661
Fator 3: Práticas alimentares saudáveis	518	296,96	70	276,31	-0,959	0,338
Fator Global: Literacia em comportamentos aditivos	518	294,20	70	296,74	-0,118	0,906
Fator 1: Compreender e utilizar a informação	518	292,83	70	306,84	-0,655	0,513
Fator 2: Alteração de hábitos de consumo	518	295,57	70	286,61	-0,418	0,676
Fator Global: Literacia em saúde sexual e reprodutiva	518	297,50	70	272,31	-1,175	0,240
Fator 1: Reprodução, contraceção e IST	518	298,43	70	265,41	-1,574	0,115
Fator 2: Impacto da gravidez adolescente	518	296,27	70	281,42	-0,712	0,476
Fator 3: Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro	518	297,44	70	272,73	-1,161	0,245

Os estudantes que utilizaram contraceção revelam maior literacia, com diferenças estatisticamente significativas para a alimentação nas práticas alimentares saudáveis ($z = -2,000$; $p = 0,045$), nos comportamentos aditivos na compreensão e utilização da informação ($z = -2,116$; $p = 0,034$) e na saúde sexual e reprodutiva com diferenças significativas para os “Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro” ($z = -2,014$; $p = 0,044$) e bastante significativas para os restantes fatores (FG: $z = -3,152$; $p = 0,002$; F1: $z = -2,966$; $p = 0,003$; F2: $z = -3,101$; $p = 0,002$), tal como apresentado na tabela 55.

Tabela 55 - Teste de U Mann-Whitney entre literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva e a utilização de contraceção

Utilização de contraceção	Sim		Não		z	p
	n	Ordenação Média	n	Ordenação Média		
Fator Global: Literacia em alimentação	543	296,93	43	250,14	-1,746	0,081
Fator 1: Composição nutricional dos alimentos	543	296,66	43	253,58	-1,615	0,106
Fator 2: Rotulagem e escolhas alimentares	543	296,61	43	254,26	-1,588	0,112
Fator 3: Práticas alimentares saudáveis	543	297,42	43	244,00	-2,000	0,045
Fator Global: Literacia em comportamentos aditivos	543	296,99	43	249,43	-1,779	0,075
Fator 1: Compreender e utilizar a informação	543	297,62	43	241,48	-2,116	0,034
Fator 2: Alteração de hábitos de consumo	543	295,97	43	262,33	-1,266	0,206
Fator Global: Literacia em saúde sexual e reprodutiva	543	299,65	43	215,86	-3,152	0,002
Fator 1: Reprodução, contraceção e IST	543	299,16	43	222,01	-2,966	0,003
Fator 2: Impacto da gravidez adolescente	543	299,38	43	219,19	-3,101	0,002
Fator 3: Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro	543	297,40	43	244,27	-2,014	0,044

O teste de Kruskal-Wallis foi aplicado e demonstrou que entre utilização de contraceção e a literacia não existe relação estatística significativa.

De acordo com as OM apresentadas na tabela 56 constata-se que as estudantes universitárias que utilizam o DIU, apresentam níveis de literacia mais elevados para a alimentação, para o fator global e contraceção, reprodução e IST's da escala de literacia em saúde sexual e reprodutiva. As estudantes que usam o anel vaginal, níveis de literacia mais elevados na escala de comportamentos aditivos no fator global e relativamente aos hábitos de consumo de substâncias aditas. As estudantes que optam pelo implante destacam maior literacia para a compreensão e correta utilização de informação relativa a substâncias aditas e ao impacto da gravidez na adolescência. As estudantes que utilizam a pílula destacam-se no fator afetos, abuso, exploração sexual e violência no namoro.

Os estudantes que não utilizam contraceção surgem como os que apresentam níveis de conhecimento mais baixo e todas e em todas as escalas à exceção do fator referente aos afetos, abuso, exploração sexual e violência no namoro.

Tabela 56 – Teste de Kruskal-Wallis para a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e a utilização de contraceção

Contraceção	Preservativo (1)	Pílula (2)	Pílula e preservativo (3)	Anel vaginal (4)	Implante (5)	Coito interrompido (6)	DIU (7)	Nenhum (8)	h	p
Escalas	OM	OM	OM	OM	OM	OM	OM	OM		
LA FG	284,47	280,88	252,03	248,88	324,67	241,67	374,85	213,50	10,555	0,159
F1:	284,19	279,07	253,26	273,29	325,79	237,44	358,75	233,00	8,657	0,278
F2:	289,92	278,48	251,22	231,79	321,21	244,39	360,95	201,50	11,034	0,137
F3:	278,43	280,87	258,23	240,63	311,29	257,67	377,55	228,50	7,919	0,340
LCA FG	274,89	288,55	259,73	332,50	324,25	167,17	255,00	83,50	11,459	0,120
F1:	272,23	283,31	264,17	304,08	341,88	216,94	275,65	84,00	6,680	0,463
F2:	278,67	288,58	258,53	324,08	300,42	176,50	239,90	114,50	9,831	0,198
LSSR FG	276,70	284,33	260,69	247,71	302,63	238,06	327,25	221,50	4,501	0,721

F1	271,81	284,12	262,76	286,79	302,00	248,33	328,75	139,00	4,491	0,722
F2	274,85	286,37	259,73	285,92	319,83	195,22	317,65	178,50	7,411	0,387
F3	275,00	280,75	269,93	203,63	275,63	279,00	297,25	263,00	3,139	0,872

A relação entre a literacia e a utilização do preservativo foi estudada com a aplicação do teste de Kruskal-Wallis, não tendo sido encontrada relação estatística significativa.

Pela análise das OM podemos constatar que os valores são muito semelhantes e variam muito pouco. No entanto encontramos OM ligeiramente superiores para os estudantes que utilizam o preservativo e a literacia em alimentação, os que compreendem e utilizam corretamente a informação em termos de literacia em comportamentos aditivos e, para a literacia em saúde sexual e reprodutiva em reprodução, contraceção e IST e em afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro. Os estudantes que utilizam raramente o preservativo no fator global de comportamentos aditivos e referente à alteração de hábitos de consumo de substâncias aditas e os estudantes que nunca utilizam preservativo para a escala de saúde sexual e reprodutiva no fator global e ao nível do impacto da gravidez adolescente (cf tabela 57).

Tabela 57 – Teste de Kruskal-Wallis para a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e a utilização de preservativo

Utilização de preservativo	Sempre (1)	Frequentemente (2)	Raramente (3)	Nunca (4)	h	p
Escalas	OM	OM	OM	OM		
Fator Global: Literacia em alimentação	302,66	284,80	290,57	285,10	1,408	0,704
Fator 1: Composição nutricional dos alimentos	300,75	285,09	286,83	290,07	0,931	0,818
Fator 2: Rotulagem e escolhas alimentares	304,43	282,44	293,18	282,72	2,136	0,545
Fator 3: Práticas alimentares saudáveis	304,82	285,41	283,19	284,98	2,029	0,566
Fator Global: Literacia em comportamentos aditivos	294,97	294,95	304,31	281,92	1,024	0,795
Fator 1: Compreender e utilizar a informação	298,65	298,00	296,03	277,68	1,618	0,655
Fator 2: Alteração de hábitos de consumo	293,95	288,13	308,41	287,19	0,945	0,815
Fator Global: Literacia em saúde sexual e reprodutiva	294,82	294,36	281,87	294,84	0,398	0,941
Fator 1: Reprodução, contraceção e IST	295,25	293,07	281,90	295,20	0,429	0,934
Fator 2: Impacto da gravidez adolescente	292,16	296,41	283,06	296,90	0,433	0,933
Fator 3: Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro	298,68	290,17	283,20	291,19	0,605	0,895

Os resultados da tabela 58 relativamente à utilização do preservativo nos últimos 12 meses e os níveis de literacia, revelaram não existir significância estatística. As OM revelam que os indivíduos que utilizam preservativo são mais literados em todas as áreas estudadas.

Tabela 58 - Teste de U Mann-Whitney entre literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva e a utilização de preservativo nos últimos 12 meses

Utilização do preservativo nos últimos 12 meses Escala	Sim		Não		z	p
	n	Ordenação Média	n	Ordenação Média		
Fator Global: Literacia em alimentação	241	185,85	122	174,40	-0,982	0,326
Fator 1: Composição nutricional dos alimentos	241	185,30	122	175,48	-0,846	0,398
Fator 2: Rotulagem e escolhas alimentares	241	186,82	122	172,47	-1,238	0,216
Fator 3: Práticas alimentares saudáveis	241	186,00	122	174,09	-1,025	0,305
Fator Global: Literacia em comportamentos aditivos	241	182,12	122	181,77	-0,030	0,976
Fator 1: Compreender e utilizar a informação	241	182,15	122	181,70	-0,039	0,969
Fator 2: Alteração de hábitos de consumo	241	183,24	122	179,55	-0,319	0,750
Fator Global: Literacia em saúde sexual e reprodutiva	241	182,10	122	181,80	-0,026	0,979
Fator 1: Reprodução, contraceção e IST	241	182,46	122	181,09	-0,122	0,903
Fator 2: Impacto da gravidez adolescente	241	181,02	122	183,93	-0,259	0,795
Fator 3: Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro	241	183,78	122	178,49	-0,461	0,645

O consumo de drogas ou álcool e a literacia foi estudado com a aplicação do teste UMW, como se constata na tabela 59, sem estabelecimento de significância estatística para nenhuma escala.

Na escala de alimentação, os estudantes com maior literacia, são os que tiveram relações sob o efeito de álcool em todos os fatores à exceção da prática alimentar saudável (OM=446,17 vs OM= 465,44) e os que descrevem não ter experienciado relações sexuais sob o efeito de droga à exceção do fator referente à composição nutricional dos alimentos (OM= 461,28 vs OM= 503).

Para a LCA apresentam maiores níveis os jovens que tiveram relações sexuais sob o efeito de álcool à exceção do fator 2 (OM= 451,90 vs 464,41) e os que tiveram relações sob o efeito de droga à exceção do fator 1 (OM= 453,57 vs 462,77).

Em termos de LSSR, observa-se que os estudantes que não tiveram relações sob o efeito de drogas ou álcool detêm níveis mais elevados de literacia.

Tabela 59 - Teste de U Mann-Whitney entre literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva e relações sexuais sob o efeito de álcool ou de drogas

Relações sexuais Escala	Sob o efeito de álcool						Sob o efeito de drogas					
	Sim		Não		z	p	Sim		Não		z	p
	n	OM	n	OM			n	OM	n	OM		
LA FG	141	464,05	783	462,22	-0,075	0,940	27	430,67	897	463,46	-0,630	0,529
F1:	141	478,48	783	459,62	-0,776	0,438	27	503,00	897	461,28	-0,804	0,422
F2:	141	468,30	783	461,45	-0,282	0,778	27	402,94	897	464,29	-1,182	0,237
F3:	141	446,17	783	465,44	-0,792	0,428	27	386,11	897	464,80	-1,515	0,130
LCA FG	141	469,85	783	461,18	-0,356	0,722	27	490,26	897	461,66	-0,550	0,582
F1:	141	476,22	783	460,03	-0,669	0,503	27	453,57	897	462,77	-0,178	0,859
F2:	141	451,90	783	464,41	-0,516	0,606	27	485,52	897	461,81	-0,458	0,647
LSSR FG	141	445,74	783	465,52	-0,816	0,414	27	407,59	897	464,15	-1,093	0,274
F1:	141	457,69	783	463,37	-0,238	0,812	27	422,89	897	463,69	-0,802	0,422
F2:	141	447,14	783	465,27	-0,767	0,443	27	431,46	897	463,43	-0,634	0,526
F3:	141	443,44	783	465,93	-0,935	0,350	27	406,56	897	464,18	-1,122	0,262

As relações sexuais ocasionais e as escalas foram estudadas com a aplicação do teste de UMW. De acordo com os dados obtidos, foi estabelecida significância estatística para o fator “Composição nutricional dos alimentos” ($z = -0,083$; $p = 0,037$) e para o fator “Compreender e utilizar a informação” ($z = -2,054$; $p = 0,040$), revelando que os indivíduos que têm relações sexuais ocasionais detêm mais conhecimento ao nível destes 2 fatores (cf. tabela 60).

Tabela 60 - Teste de U Mann-Whitney entre literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva e relações sexuais ocasionais

Relações sexuais ocasionais Escalas	Sim		Não		z	p
	n	Ordenação Média	n	Ordenação Média		
Fator Global: Literacia em alimentação	184	487,22	740	456,35	-1,405	0,160
Fator 1: Composição nutricional dos alimentos	184	499,03	740	453,42	-2,083	0,037
Fator 2: Rotulagem e escolhas alimentares	184	488,82	740	455,96	-1,501	0,133
Fator 3: Práticas alimentares saudáveis	184	466,29	740	461,56	-0,216	0,829
Fator Global: Literacia em comportamentos aditivos	184	496,32	740	454,09	-1,926	0,054
Fator 1: Compreender e utilizar a informação	184	498,33	740	453,59	-2,054	0,040
Fator 2: Alteração de hábitos de consumo	184	477,02	740	458,89	-0,831	0,406
Fator Global: Literacia em saúde sexual e reprodutiva	184	487,22	740	456,35	-1,414	0,157
Fator 1: Reprodução, contraceção e IST	184	490,58	740	455,52	-1,635	0,102
Fator 2: Impacto da gravidez adolescente	184	483,54	740	457,27	-1,234	0,217
Fator 3: Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro	184	484,52	740	457,02	-1,269	0,204

3.2.4. Relação entre literacia e variáveis contextuais de entretenimento

A quarta questão de investigação procurava saber:

Q4 - Quais as variáveis contextuais de entretenimento que interferem na literacia em alimentação, comportamentos aditivos, e em saúde sexual e reprodutiva?

O tempo despendido para aceder a redes sociais, Youtube, Instagram, Snapchat e outros e a literacia foi estudada com a aplicação do teste de Kruskal-Wallis. Os estudantes que passam mais de 4 horas apresentam níveis literacia mais elevados para todas as escalas

e fatores à exceção da LA, e no fator “Rotulagem e escolhas alimentares”, (OM= 460,06 vs OM=466,40), tal como descrito na tabela 61.

Tabela 61 – Teste de Kruskal-Wallis para a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva e o acesso a redes sociais, Youtube, Instagram, Snapchat e outros

Escalas	Aceder a redes sociais			h	p
	Nada até 1h (1)	≥1h - ≤ 4h (2)	≥ 4h (3)		
Fator Global: Literacia em alimentação	453,05	454,15	477,86	1,468	0,480
Fator 1: Composição nutricional dos alimentos	442,48	460,20	466,76	0,498	0,780
Fator 2: Rotulagem e escolhas alimentares	466,40	460,06	459,72	0,042	0,979
Fator 3: Práticas alimentares saudáveis	448,85	446,53	497,22	6,610	0,037
Fator Global: Literacia em comportamentos aditivos	397,98	457,36	487,21	6,910	0,032
Fator 1: Compreender e utilizar a informação	411,77	451,84	496,04	7,83	0,020
Fator 2: Alteração de hábitos de consumo	423,75	460,20	472,54	2,018	0,365
Fator Global: Literacia em saúde sexual e reprodutiva	418,36	454,95	486,64	4,684	0,096
Fator 1: Reprodução, contraceção e IST	412,56	454,49	489,52	6,087	0,048
Fator 2: Impacto da gravidez adolescente	447,55	455,21	477,03	1,476	0,478
Fator 3: Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro	431,44	452,69	487,99	4,231	0,121

Na escala de alimentação, em termos de prática alimentar saudável, foram determinadas diferenças estatísticas significativas ($h=6,610$; $p= 0,037$), e revelam que os estudantes que passam mais de 4h têm níveis de literacia mais elevados quando comparados com os que despendem entre 1 e 4h a aceder a redes sociais, Youtube, Instagram, Snapchat e outros ($p= 0,030$).

Ao nível dos comportamentos aditivos, as diferenças estatísticas são em termos globais ($h= 6,910$; $p= 0,032$) e em termos de compreensão e utilização da informação ($h= 7,83$; $p= 0,020$) e, em ambos as diferenças estão entre os estudantes que ou não acedem ou se o fazem despendem menos de 1h e os que passam entre 1 e 4 horas. Os estudantes que passam mais tempo revelam níveis de literacia mais elevados.

Para escala de LSSR, no fator 1 ($h= 6,087$ e $p= 0,048$), os testes *Post hoc* não permitiram revelar onde estão as diferenças (cf tabela 62).

Tabela 62 – Testes *Post hoc* de Tukey para a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva e o acesso a redes sociais, Youtube, Instagram, Snapchat e outros

Escalas	Média de classificação	Teste Tukey (p)		
		1/2	1/3	2/3
LA: Fator 3: Práticas alimentares saudáveis		0,997	0,338	0,030
LCA: Fator Global: Literacia em comportamentos aditivos		0,153	0,026	0,292
Fator 1: Compreender e utilizar a informação		0,414	0,036	0,066
LSSR: Fator 1: Reprodução, contraceção e IST		0,374	0,059	0,172

Os jogos online e offline, entre outros e a literacia não apresentam qualquer relação estatística. Os estudantes que jogam mais de 4h são os que revelam maior literacia de acordo com as OM, (cf tabela 63).

Tabela 63 – Teste de Kruskal-Wallis para a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva e jogos online/offline e outros

Jogos online/offline	Nada até 1h (1)	≥1h - ≤ 4h (2)	≥ 4h (3)	h	p
Escalas	OM	OM	OM		
Fator Global: Literacia em alimentação	459,52	442,00	506,09	2,374	0,305
Fator 1: Composição nutricional dos alimentos	454,02	460,01	521,23	3,200	0,202
Fator 2: Rotulagem e escolhas alimentares	460,15	438,88	507,71	2,800	0,247
Fator 3: Práticas alimentares saudáveis	464,85	430,47	472,60	2,447	0,294
Fator Global: Literacia em comportamentos aditivos	457,60	450,07	505,65	1,865	0,394
Fator 1: Compreender e utilizar a informação	454,95	451,16	536,98	4,999	0,082
Fator 2: Alteração de hábitos de consumo	459,81	451,35	472,61	0,291	0,865
Fator Global: Literacia em saúde sexual e reprodutiva	458,37	439,98	527,58	4,492	0,106
Fator 1: Reprodução, Contraceção e IST	456,64	449,05	521,57	3,416	0,181
Fator 2: Impacto da gravidez adolescente	457,66	440,98	533,73	5,351	0,069
Fator 3: Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro	459,98	437,71	513,58	3,445	0,179

À semelhança dos dados obtidos anteriormente os estudantes que têm canais pagos e que vêm mais de 4 horas diariamente têm OM superiores e não foi estabelecida relação com a literacia (cf. tabela 64).

Tabela 64 - Teste de Kruskal-Wallis para a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva e canais pagos de filmes e séries (Netflix, HBO, outros)

Canais pagos	Nada até 1h (1)	≥1h - ≤ 4h (2)	≥ 4h (3)	h	p
Escalas	OM	OM	OM		
Fator Global: Literacia em alimentação	441,86	465,25	497,09	3,707	0,157
Fator 1: Composição nutricional dos alimentos	445,36	463,68	491,75	2,551	0,279
Fator 2: Rotulagem e escolhas alimentares	444,48	465,97	483,78	2,234	0,327
Fator 3: Práticas alimentares saudáveis	440,53	465,37	501,47	4,461	0,107
Fator Global: Literacia em comportamentos aditivos	465,35	446,35	502,39	3,831	0,147
Fator 1: Compreender e utilizar a informação	473,07	442,67	491,71	4,298	0,117
Fator 2: Alteração de hábitos de consumo	457,41	454,49	491,99	1,641	0,440

Fator Global: Literacia em saúde sexual e reprodutiva	447,05	460,32	501,94	3,270	0,195
Fator 1: Reprodução, contraceção e IST	445,69	461,13	503,06	3,727	0,155
Fator 2: Impacto da gravidez adolescente	450,91	460,64	485,98	1,418	0,492
Fator 3: Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro	445,94	461,19	501,84	3,471	0,176

A percepção se a utilização do computador afeta a saúde e o bem estar, e a literacia foi estudada com a aplicação do teste Kruskal-Wallis. Os estudantes que nunca ou usam raramente o computador são os que detêm maior literacia em alimentação e conhecimento em reprodução, contraceção e IST's; os estudantes que utilizam muitas vezes e/ou sempre o computador apresentam maior literacia em comportamentos aditivos, literacia em saúde sexual e reprodutiva para o fator global, fatores 2 e 3 como se pode comprovar pelas OM, na tabela 65.

Foi estabelecida significância estatística para a literacia em práticas alimentares saudáveis ($h = 11,213$; $p = 0,024$), o que demonstra que os estudantes que utilizam muitas vezes e/ou sempre o computador são os que têm maior literacia (cf. tabela 65).

Tabela 65 – Teste de Kruskal-Wallis para a literacia em alimentação, comportamentos aditivos e saúde sexual e a utilização do computador

Utilização do computador	Nunca/ Raramente (1)	Algumas vezes (2)	Muitas vezes/ Sempre (3)	h	p
Escalas	OM	OM	OM		
Fator Global: Literacia em alimentação	478,43	456,17	446,07	6,467	0,167
Fator 1: Composição nutricional dos alimentos	476,54	454,30	458,17	5,146	0,273
Fator 2: Rotulagem e escolhas alimentares	479,99	452,89	454,77	4,702	0,319
Fator 3: Práticas alimentares saudáveis	477,02	459,05	438,54	11,213	0,024
Fator Global: Literacia em comportamentos aditivos	449,57	463,87	490,44	5,542	0,236
Fator 1: Compreender e utilizar a informação	461,44	461,55	468,92	5,547	0,236
Fator 2: Alteração de hábitos de consumo	452,92	458,53	502,52	5,003	0,287
Fator Global: Literacia em saúde sexual e reprodutiva	470,21	453,80	476,43	2,674	0,614
Fator 1: Reprodução, Contraceção e IST	471,57	454,34	470,82	2,915	0,572
Fator 2: Impacto da gravidez adolescente	469,07	455,96	470,98	1,600	0,809
Fator 3: Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro	465,83	456,77	476,17	1,504	0,826

3.2.5. Análise com regressão multivariada

No sentido de determinar relações causais e predições entre as escalas optou-se por aplicar a regressão multivariada, uma vez que esta possui um amplo poder de explicação de previsões. À explicada, é atribuído o nome de variável dependente,

porque o valor assumido por esta, depende da variação de outras variáveis. As variáveis explicativas são chamadas de variáveis independentes, porque seus valores não se alteram quando o valor de outras variáveis muda.

A quinta questão de investigação procurava saber:

Q5 - Quais as escalas de literacia dos estudantes do ensino superior que interferem entre si?

✓ Modelo com a variável dependente, Literacia em alimentação

A variável dependente, a escala de Literacia em alimentação divide-se em 3 fatores: a “Composição nutricional dos alimentos”, “Rotulagem e escolhas alimentares” e as “Práticas alimentares saudáveis”. Para conhecer se estes são preditores dos fatores da LCA como “Compreender e utilizar a informação” e “Alteração de hábitos de consumo”, assim como da LSSR como a “Reprodução, contraceção e IST”, o “Impacto da gravidez adolescente” e os “Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro” foi aplicada uma regressão multivariada e obtidos os resultados apresentados na tabela 66.

De acordo com os dados obtidos nos rácios críticos e nas estimativas é possível verificar que existem problemas de multicolinearidade, tal como representado na figura 6.

Tabela 66 - Relação entre a literacia em alimentação, em comportamentos aditivos e em saúde sexual e reprodutiva

			Estimativa	E.S.	RC	p	β
LA F1	<---	LSSR F1	0,070	0,056	1,256	0,209	0,083
LA F1	<---	LSSR F2	0,043	0,045	0,973	0,330	0,055
LA F1	<---	LSSR F3	0,244	0,044	5,603	***	0,297
LA F1	<---	LCA F1	0,335	0,033	10,151	***	0,307
LA F1	<---	LCA F2	0,065	0,019	3,452	***	0,097
LA F2	<---	LSSR F1	-0,097	0,069	-1,411	0,158	-0,099
LA F3	<---	LSSR F1	-0,084	0,054	-1,546	0,122	-0,112
LA F2	<---	LSSR F2	0,132	0,055	2,418	0,016	0,146
LA F2	<---	LSSR F3	0,321	0,053	6,002	***	0,341
LA F3	<---	LCA F1	0,262	0,032	8,208	***	0,274
LA F3	<---	LCA F2	0,036	0,018	1,971	0,049	0,061
LA F2	<---	LCA F2	0,134	0,023	5,806	***	0,176
LA F3	<---	LSSR F2	0,082	0,043	1,900	0,057	0,118
LA F3	<---	LSSR F3	0,260	0,042	6,174	***	0,361
LA F2	<---	LCA F1	0,265	0,040	6,544	***	0,212

As correlações mais baixas são entre o fator 2 da LSSR e o fator 1 da LA ($r=0,5$) e o fator 2 da LCA e o fator 3 da LA ($r=0,6$). Assim o fator 2 da LSSR explica 5% do fator 1 da LA e o fator 2 da LCA explica apenas 6% do fator 3 da LA.

Já as correlações mais elevadas são entre o fator 3 da LSSR e o fator 3 da LA ($r=0,36$) e, o fator 1 da LCA e o fator 1 LA ($r=0,37$) e explicam 36% e 30% respetivamente.

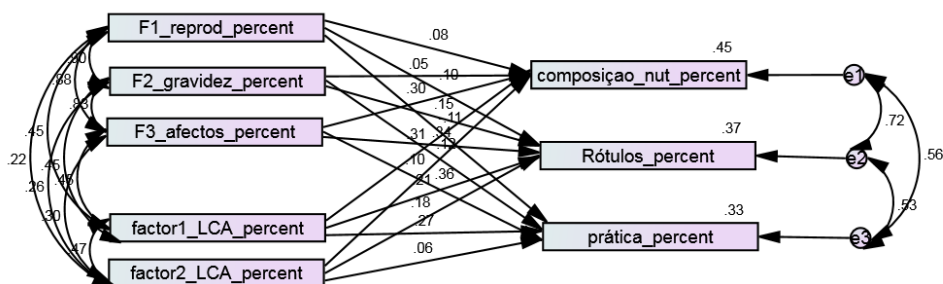


Figura 6 - Relação entre a literacia em alimentação e a literacia em comportamentos aditivos e em saúde sexual e reprodutiva

No modelo refinado foram eliminados os fatores “Reprodução, Contraceção e IST” e “Impacto da gravidez adolescente” da LSSR porque apresentavam problemas de multicolinearidade.

Os rácios críticos e as estimativas de todos os fatores correspondentes apresentam significância estatística altamente significativa (representada por *** na

tabela 67) à exceção do fator 2 da LCA com o fator 1 e 3 da LA que detêm uma significância estatística bastante significativa ($p= 0,001$ e $p= 0,026$).

Tal, leva à rejeição da nulidade entre as variáveis e leva a afirmar que as variáveis independentes que entram no modelo de regressão têm poder explicativo na LA pois os coeficientes de cada uma das variáveis é diferente de zero.

Pelos coeficientes padronizados beta, notamos que para a composição nutricional dos alimentos o fator “Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro” é o que apresenta maior valor preditivo ($\beta= 0,411$), sendo seguido pelos fatores da 1 e 2 da LCA ($\beta= 0,321$; $0,089$ respetivamente). Assim quanto maior a “Composição nutricional dos alimentos” maior a literacia em afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro.

No fator “Rotulagem e escolhas alimentares” o coeficiente padronizado beta com maior valor preditivo surge no fator “Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro” ($\beta= 0,372$), seguindo-se os fatores 1 e 2 da LCA ($\beta= 0,217$; $0,181$ respetivamente). Assim quanto maior a literacia em “Rotulagem e escolhas alimentares” maior a literacia em “Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro”.

No fator 3, referente à prática de alimentação saudável o maior valor preditivo do coeficiente padronizado beta é mais uma vez o fator “Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro” ($\beta= 0,359$) seguindo-se com valores mais baixos para os fatores da LCA ($\beta F1=0,274$; $F2= 0,069$ respetivamente). Desta forma, pode-se inferir que quanto maior a Literacia em “Práticas alimentares saudáveis” maior a literacia em “Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro” (cf tabela 67).

Tabela 67 - Modelo refinado da relação entre a literacia em alimentação e a literacia em comportamentos aditivos e em saúde sexual e reprodutiva

			Estimativa	E.S.	RC	p	β
LA F1	<---	LSSR F3	0,338	0,023	14,916	***	0,411
LA F1	<---	LCA F1	0,350	0,033	10,740	***	0,321
LA F1	<---	LCA F2	0,059	0,019	3,196	0,001	0,089
LA F2	<---	LSSR F3	0,350	0,028	12,593	***	0,372
LA F3	<---	LCA F1	0,262	0,031	8,336	***	0,274
LA F3	<---	LCA F2	0,040	0,018	2,231	0,026	0,069
LA F2	<---	LCA F2	0,138	0,023	6,062	***	0,181
LA F3	<---	LSSR F3	0,258	0,022	11,820	***	0,359
LA F2	<---	LCA F1	0,270	0,040	6,767	***	0,217

O fator 2 da LCA com o fator 3 e 1 da LA apresentam as correlações mais baixas e explicam 7 e 9% respetivamente.

De notar que o fator referente aos afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro explica 41% do fator referente à composição nutricional dos alimentos, 37% do fator

referente à rotulagem e às escolhas alimentares e por fim 37% referente à prática alimentar saudável (cf. figura 7).

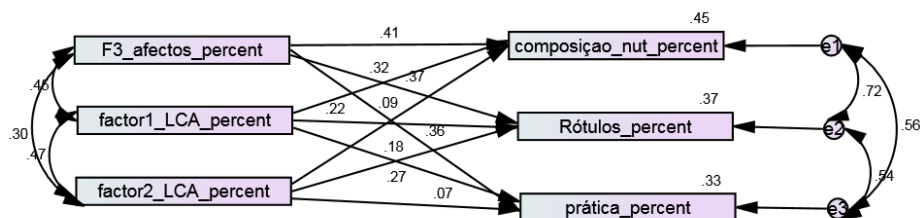


Figura 7 - Modelo refinado da relação entre a literacia em alimentação e a literacia em comportamentos aditivos e em saúde sexual e reprodutiva

✓ Modelo com a variável dependente – Literacia em saúde sexual e reprodutiva

A variável dependente, a escala de Literacia em saúde sexual e reprodutiva divide-se em 3 fatores: a “Reprodução, Contraceção e IST”, o “Impacto da gravidez adolescente” e “Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro”.

Para entender se estes são preditores dos fatores da LCA como “Compreender e utilizar a informação” e “Alteração de hábitos de consumo”, assim como da LA como a “Composição nutricional dos alimentos”, a “Rotulagem e escolhas alimentares” e as “Práticas alimentares saudáveis”, foi aplicada uma regressão multivariada e obtidos os resultados apresentados na tabela 68.

Tal como apresentado na tabela 68 e de acordo com os rácios críticos e as estimativas é possível verificar que existem problemas de multicolinearidade, tal como representado na figura 8.

Pelos coeficientes padronizados beta observa-se que o fator 1 da LSSR apresenta os valores preditivos mais baixos, com o fator 2 da LA, $\beta = 0,008$ e com o fator 2 da LCA é inversamente preditivo com $\beta = -0,057$.

Tabela 68 - Relação entre a literacia em saúde sexual e reprodutiva e a literacia em comportamentos aditivos e em alimentação

			Estimativa	E.S.	RC	p	β
LSSR F1	<---	LA F1	0,459	0,063	7,325	***	0,392
LSSR F1	<---	LA F2	0,008	0,051	0,158	0,875	0,008
LSSR F1	<---	LA F3	0,093	0,054	1,717	0,086	0,069
LSSR F1	<---	LCA F1	0,287	0,044	6,504	***	0,224
LSSR F1	<---	LCA F2	-0,044	0,024	-1,817	0,069	-0,057
LSSR F2	<---	LA F1	0,373	0,068	5,490	***	0,295
LSSR F3	<---	LA F1	0,398	0,063	6,317	***	0,327
LSSR F2	<---	LAF2	0,083	0,056	1,491	0,136	0,075
LSSR F2	<---	LA F3	0,137	0,059	2,329	0,020	0,095
LSSR F3	<---	LCA F1	0,217	0,044	4,895	***	0,164
LSSR F3	<---	LCA F2	0,027	0,025	1,096	0,273	0,033
LSSR F2	<---	LCA F2	-0,003	0,026	-0,106	0,915	-0,003
LSSR F3	<---	LA F1	0,078	0,052	1,516	0,129	0,074
LSSR F3	<---	LA F3	0,179	0,054	3,294	***	0,129
LSSR F2	<---	LCA F1	0,287	0,048	6,005	***	0,208

Os rácios críticos e as estimativas de todos os fatores correspondentes apresentam significância estatística altamente significativa (representada por *** na tabela 69) à exceção do Fator 2 da LSSR com o fator 3 da LA que detêm uma significância estatística bastante significativa ($p=0,017$).

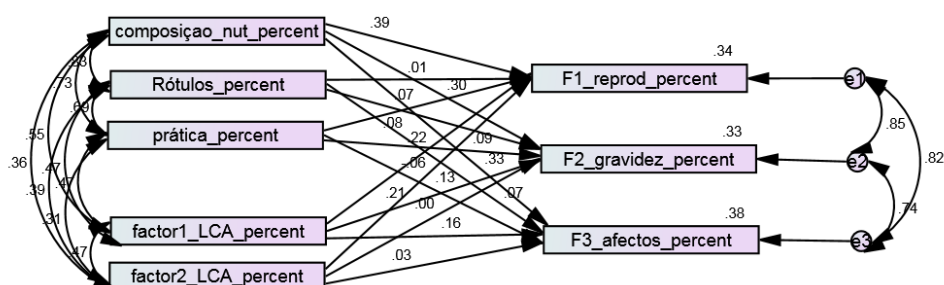


Figura 8 - Relação entre a literacia em saúde sexual e reprodutiva e a literacia em comportamentos aditivos e em alimentação

No modelo refinado foram eliminados o fator 2 da LA, “Rotulagem e escolhas alimentares” e o fator 2 da LCA, “Alteração de hábitos de consumo” porque apresentavam problemas de multicolinearidade.

Tal, leva à rejeição da nulidade entre as variáveis e leva a afirmar que as variáveis independentes que entram no modelo de regressão têm poder explicativo na LSSR pois os coeficientes de cada uma das variáveis é diferente de zero.

Pelos coeficientes padronizados beta notamos que para a “Reprodução, contraceção e IST” o fator “Composição nutricional dos alimentos” é o que apresenta maior valor preditivo ($\beta = 0,436$), sendo seguido pelo fator “Compreender e utilizar a informação” da LCA ($\beta = 0,209$). Assim quanto maior a LSSR em Reprodução, contraceção e IST maior a LA em “Composição nutricional dos alimentos” e em LCA na Compreensão e utilização da informação.

O fator “Impacto da gravidez adolescente” apresenta maior valor preditivo no coeficiente padronizado beta, no fator “Composição nutricional dos alimentos” ($\beta = 0,386$), seguindo-se o fator “Compreender e utilizar a informação” ($\beta = 0,213$) e por fim o fator “Práticas alimentares saudáveis” ($\beta = 0,050$). Desta forma, quanto maior a literacia no “Impacto da gravidez adolescente” maior a literacia em “Composição nutricional dos alimentos”.

Já no fator 3, “Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro” o maior valor preditivo do coeficiente padronizado beta é mais uma vez a “Composição nutricional dos alimentos” ($\beta = 0,419$) e, com valores mais baixos surge a LCA com o fator 1 e a LA com o fator 3 ($\beta = 0,183$; $0,090$ respetivamente). Pode-se inferir que quanto maior a Literacia em “Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro” maior a literacia em “Composição nutricional dos alimentos”.

De uma forma geral pode-se ainda deduzir que quanto maior a LSSR maior a literacia em “Composição nutricional dos alimentos”.

Tabela 69 - Modelo refinado da relação entre a literacia em saúde sexual e reprodutiva e a literacia em comportamentos aditivos e em alimentação

			Estimativa	E.S.	RC	p	β
LSSR F1	<---	LA F1	0,511	0,038	13,562	***	0,436
LSSR F1	<---	LCA F1	0,268	0,041	6,509	***	0,209
LSSR F2	<---	LA F1	0,487	0,045	10,923	***	0,386
LSSR F3	<---	LA F1	0,509	0,042	12,114	***	0,419
LSSR F2	<---	LA F3	0,073	0,031	2,376	0,017	0,050
LSSR F3	<---	LCA F1	0,242	0,041	5,829	***	0,183
LSSR F3	<---	LA F3	0,125	0,031	4,029	***	0,090
LSSR F2	<---	LCA F1	0,294	0,045	6,581	***	0,213

De acordo com a figura 9, é possível observar que as correlações mais baixas estão entre o fator 3 da LA com o fator 3 LSSR ($r = 0,09$) e com o fator 2 da LSSR ($r = 0,05$). As correlações mais elevadas são entre o fator 1 da LA com os fatores 1 e 2 da LSSR ($r = 0,44$ e $r = 0,39$ respetivamente).

De uma forma geral, o fator referente à composição nutricional dos alimentos explica 44% do fator referente à reprodução, contraceção e IST's, 39% da literacia em impacto da

gravidez adolescente” e 42% do fator afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro.

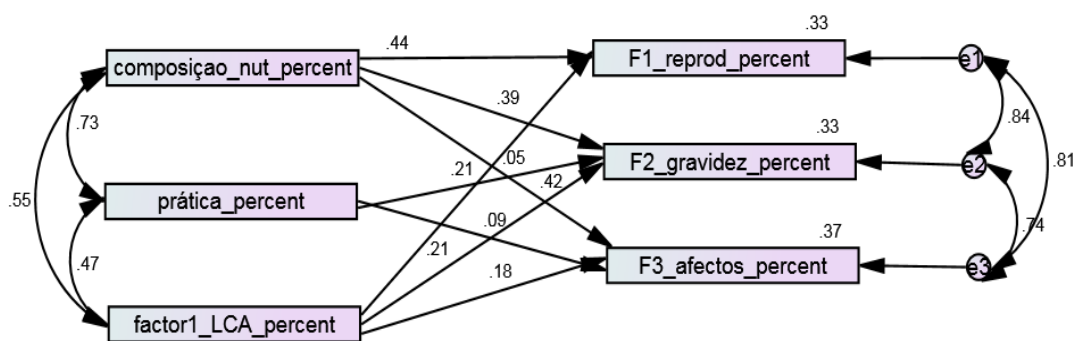


Figura 9 - Modelo refinado da relação entre a literacia em saúde sexual e reprodutiva e a literacia em comportamentos aditivos e em alimentação

✓ Modelo com a variável dependente – Literacia em comportamentos aditivos

A variável dependente, a escala de Literacia em comportamentos aditivos divide-se em 2 fatores: “Compreender e utilizar a informação” e “Alteração de hábitos de consumo”. Para conhecer se estes são preditores dos fatores da LA e da LSSR foi aplicada uma regressão multivariada e obtidos os resultados apresentados na tabela 70.

De acordo com os dados obtidos na tabela 70 e de acordo com os rácios críticos e as estimativas é possível verificar que existem problemas de multicolinearidade, tal como representado na figura 10.

Tabela 70 - Relação entre a literacia em comportamentos aditivos e a literacia em saúde sexual e reprodutiva e em alimentação

			Estimativa	E.S.	RC	p	β
LCA F1	<---	LSSR F1	0,059	0,056	1,059	0,290	0,076
LCA F1	<---	LSSR F2	0,083	0,045	1,858	0,063	0,115
LCA F1	<---	LSSR F3	0,026	0,044	0,574	0,566	0,034
LCA F2	<---	LSSR F1	-0,433	0,102	-4,230	***	-0,338
LCA F2	<---	LSSR F2	0,203	0,082	2,477	0,013	0,171
LCA F2	<---	LSSR F3	0,326	0,081	4,015	***	0,264
LCA F1	<---	LA F1	0,314	0,049	6,388	***	0,343
LCA F1	<---	LA F2	-0,004	0,040	-0,112	0,911	-0,006
LCA F1	<---	LA F3	0,128	0,042	3,021	0,003	0,122
LCA F2	<---	LA F1	0,140	0,090	1,557	0,119	0,093
LCA F2	<---	LA F2	0,328	0,072	4,530	***	0,250
LCA F2	<---	LA F3	0,006	0,077	0,082	0,935	0,004

As correlações mais baixas estão entre o fator 3 da LA com o fator 2 da LCA ($r=0,004$) e 2 LA com o fator 1 da LCA ($r= -0,006$), tal como se pode verificar na figura 10.

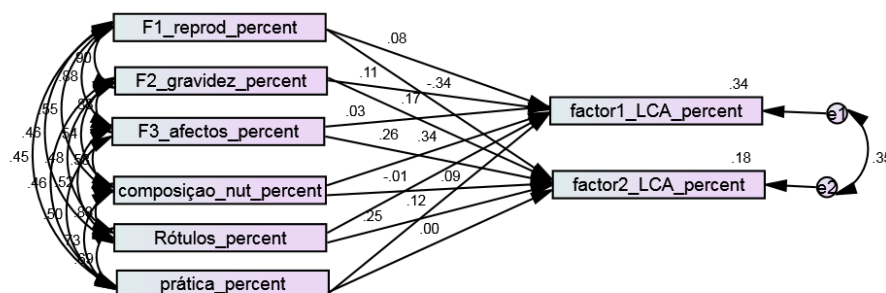


Figura 10 - Relação entre a literacia em comportamentos aditivos e a literacia em saúde sexual e reprodutiva e em alimentação

No modelo refinado foram eliminadas relações entre alguns dos fatores, uma vez que apresentavam problemas de multicolinearidade, no entanto não foi eliminado nenhum fator.

Os rácios críticos e as estimativas de todos os fatores correspondentes apresentam significância estatística altamente significativa (representada por *** na tabela 71) à exceção do fator 2 da LCA com o fator 2 da LSSR que apresentam significância estatística ($p= 0,057$).

Tal, leva à rejeição da nulidade entre as variáveis e leva a afirmar que as variáveis independentes que entram no modelo de regressão têm poder explicativo na LCA pois os coeficientes de cada uma das variáveis é diferente de zero.

Pelos coeficientes padronizados beta notamos que para o fator “Compreender e utilizar a informação”, a “Composição nutricional dos alimentos” apresenta maior valor preditivo ($\beta=0,429$), sendo seguido pelo fator “Rotulagem e escolhas alimentares” e pelo fator “Práticas alimentares saudáveis” ($\beta= 0,353$; $0,154$ respetivamente). Assim quanto maior a literacia no fator “Compreender e utilizar a informação” maior será a literacia em “Composição nutricional dos alimentos”.

No fator “Alteração de hábitos de consumo” o coeficiente padronizado beta com maior valor preditivo surge para “Reprodução, Contraceção e IST” ($\beta= - 0,346$), seguindo-se do fator “Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro” e “Impacto da gravidez adolescente” ($\beta_{LSSR} F3=0,264$; $F2= 0,124$ respetivamente). Assim, como existe uma relação inversa é possível inferir que quanto maior a literacia

em “Alteração de hábitos de consumo” menor a literacia em “Reprodução, Contraceção e IST” e maior para os restantes fatores da LSSR. (cf tabela 71)

No entanto, o fator “Rotulagem e escolhas alimentares” da LA é 35% preditivo da alteração dos hábitos de consumo.

Tabela 71 - Modelo refinado da relação entre a literacia em comportamentos aditivos e a literacia em saúde sexual e reprodutiva e em alimentação

			Estimativa	E.S.	RC	p	β
LCA F2	<---	LSSR F1	-0,442	0,095	-4,639	***	-0,346
LCA F2	<---	LSSR F2	0,147	0,077	1,905	0,057	0,124
LCA F2	<---	LSSR F3	0,325	0,076	4,282	***	0,264
LCA F1	<---	LA F1	0,390	0,035	11,276	***	0,429
LCA F1	<---	LA F2	0,160	0,039	4,112	***	0,154
LCA F2	<---	LA F2	0,461	0,045	10,351	***	0,353

O modelo refinado denota que o fator 2 da LSSR explica 12%, e o fator 3 da LA explica 15% do fator 1 da LCA. Já o fator 1 da LA explica 43% do fator 1 da LCA, e o fator 2 da LA explica 35% do fator 2 LCA.

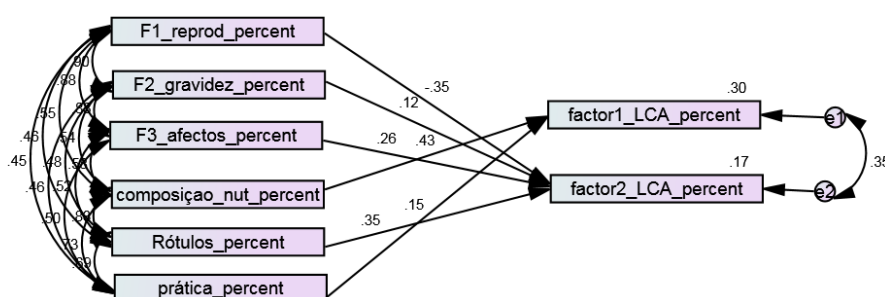


Figura 11 - Modelo refinado da relação entre a literacia em comportamentos aditivos e a literacia em saúde sexual e reprodutiva e em alimentação

Após a apresentação dos resultados obtidos, seguir-se-á no capítulo seguinte a discussão de resultados, onde procurar-se-á confrontar os resultados obtidos no estudo com os advindos de outros autores.

4. Discussão

Neste capítulo pretende-se discutir os principais resultados obtidos de acordo com o enquadramento teórico apresentado na primeira parte assim como argumentar relativamente a opções metodológicas apresentadas e os objetivos inicialmente delineados.

4.1. Discussão Metodológica

No decurso do desenvolvimento deste estudo, uma das preocupações prendeu-se com o desenvolvimento de um trabalho metodologicamente rigoroso. A metodologia selecionada foi de encontro ao que se considerou o mais correto para a sua realização. Todos os procedimentos metodológicos aplicados foram concordantes com os objetivos traçados e de acordo com a amostra, mas no percurso foram encontradas algumas limitações metodológicas.

Este é um estudo transversal, com uma amostra não probabilística por conveniência, decorrendo daí um conjunto de limitações, como por exemplo, a falta da direccionalidade, sendo por isso atribuído a estes estudos valor inferior do que aos desenhos analíticos. A colheita de dados foi realizada online o que fez com que a amostra obtida não seja representativa da população académica nacional. Este método é de fácil aplicação, rápido e barato de acordo com Hill e Hill (2012).

Assim, esta amostra não é representativa do Universo, pelo que não poderão ser realizadas extrapolações dos resultados obtidos (Hill e Hill, 2012). Apesar deste facto, e tendo consciência da sua maior limitação, esta é a metodologia que melhor se adequa ao contexto da realização deste estudo.

A consistência interna foi verificada anteriormente pela equipa de investigação, com a aplicação da análise fatorial exploratória e confirmatória para as escalas: Literacia em alimentação, Literacia em comportamentos aditivos e Literacia em saúde sexual e reprodutiva. Cada item foi avaliado a partir de uma escala de medida do tipo *Likert* com 5 posições (Hill e Hill, 2012).

4.2. Discussão dos resultados

Os estudantes universitários são um grupo muito vulnerável pois exibem um aumento dos níveis de stress, problemas com o sono e alimentação, comportamentos de risco como o

consumo de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, drogas), obesidade, comportamentos sexuais de risco, baixa atividade física, assim como a prevalência de outros comportamentos de risco para a saúde (Alsubaie, 2015; Bennasar-Veny et al., 2020; Khajouei & Salehi, 2017; Park et al., 2017; Provenzano et al., 2018). Estes são mais suscetíveis a pressões externas, estão menos orientados para o futuro, são mais impulsivos e não são capazes de regular o seu estado emocional, adotando um otimismo irrealista, que os impele a adotar comportamentos de risco (Ramo et al., 2019; Szabo et al., 2019). E sofrem influência de pares como: pressão dos pares, a tentativa de aceitação, a procura de ser “porreiro” e socialmente são vistos como sendo apenas imaturos (Tinner et al., 2021).

A família é associada a controlo, as expectativas e a pressão exercida do ponto de vista dos comportamentos de risco (Tinner et al., 2021).

O perfil sociodemográfico de 924 estudantes universitários revela que na sua maioria são do sexo feminino (79,7%), com idades compreendidas entre os 18 e os 70 anos, com média de idade de 22,35 ($\pm$ 6,10) anos, de nacionalidade portuguesa (96,0%), oriundos da região centro (55,7%), sem companheiro (89,5%). Os pais apresentam habilitações literárias baixas tendo atingido apenas o 3º ciclo (47,1% e 56,9%, respetivamente) e ambos na sua maioria têm profissões técnicas (50,9% e 59,5%).

Para as variáveis de contexto académico, constata-se que os homens frequentam mais o CTesP e as mulheres a licenciatura. Para a nacionalidade foram encontradas diferenças bastante significativas, com as mulheres a pertencer à nacionalidade portuguesa e os homens à estrangeira. 75,4% é estudante a tempo integral e existem diferenças altamente significativas para o sexo, detendo os homens o estatuto de trabalhador-estudante, enquanto, as mulheres são estudantes a tempo integral. A auto perceção do desempenho em 60,6% é boa, e a média de classificação com 14 a 16 valores em 60,2%. Os homens apresentam pior auto perceção e pior desempenho académico (10 a 13 valores), com diferenças bastante significativas.

A maioria são estudantes de licenciatura, do 1º ano curricular (40,6%) e solteiros (89,5%). Residem deslocados 57,9%, com diferenças altamente significativas. As mulheres residem deslocadas e com colegas de quarto/apartamento (41,5%) e os homens vivem com a família de origem (45,4%), com diferenças bastante significativas.

Os comportamentos de saúde protetores como a obtenção ou manutenção de um índice de um (IMC) normal, uma alimentação saudável, atividade física regular, não fumar, o consumo moderado de álcool, são altamente influenciados pelo estilo de

vida e pelo nível socioeconómico (Bennasar-Veny et al., 2020; Francisco et al., 2019; Gallienne et al., 2018). A população em estudo apresenta pais com um nível de habilitações baixo, mas com pais com profissões técnicas, e apesar da maioria estar deslocada da residência, residem com familiares e são estudantes a tempo integral o que permite a estes estudantes um nível socioeconómico médio, e a orientação por parte de familiares na evicção de comportamentos de risco e funcionando como fator protetor.

Para os comportamentos aditivos os estudantes quando questionados se alguma vez fumaram cigarros, charutos, cachimbo e/ou cigarros eletrónicos, registou-se que 74,6% nunca fumou e 12,9% fumou mas parou. Estes dados são concordantes com os dados nacionais da WHO (2018d, p. 12) que revelam que 14,3% dos jovens fumava em 2015, da Direção-Geral da Saúde (2019) com 16,8% de fumadores diários com idades entre os 15 e os 25 anos e, superiores aos encontrados por Precioso et al. (2012) com 9,6% em estudantes adolescentes, 8,5% fumadores na região centro. São também concordantes com estudos internacionais, onde 15,5% fuma de acordo com Basaran A.G. (2017), com os encontrados por Robson et al. (2017) que no seu trabalho revelam 87,9% não fumam e aos de Sales et al. (2016) com 91,8% não fuma, 8,2% fumadores, 72,8% nunca fumou e 27,2% já fumou pelo menos uma vez na vida.

Para Precioso et al. (2012) a primeira experiência de consumo de tabaco ocorre com maior frequência na escola e em casa de amigos, tanto em rapazes como em raparigas. A maioria dos adolescentes tem acesso ao primeiro cigarro a partir de um amigo e, a curiosidade surge como o principal motivo para experimentar fumar.

Dos fumadores, 69% fuma 6 ou menos cigarros diariamente e 58,1% dos homens e 72,9% das mulheres. As mulheres são o género que apresenta taxas de prevalência de consumo de tabaco mais elevadas tal como encontrado por World Health Organization (2021) e pela Direção-Geral da Saúde (2019) o que revelam menor redução do consumo para as mulheres.

Os homens fumam porque acreditam que os ajuda nas relações interpessoais e por questões de competitividade social e as mulheres fumam porque acreditam que ficam mais magras e porque lhes confere prazer e bem-estar (Rodríguez-Muñoz et al., 2020).

O consumo de tabaco e o ambiente familiar têm sido associados ao início do consumo em idades precoces em jovens com nível socioeconómico baixo, pais ou pares fumadores, vítimas de *bullying*, baixo desempenho académico e viver num ambiente familiar conflituoso (Boing et al., 2019).

Neste trabalho não se diferenciou o tipo de cigarros no consumo, de notar que o tabaco eletrónico tem vindo a aumentar e não se conhece o impacto do seu consumo na

saúde a médio e longo prazo (Okunna, 2021; Parisod et al., 2017; World Health Organization, 2021).

Portugal é dos países da Europa que apresenta maior taxa de consumo de bebidas alcoólicas em jovens adultos com mais de 15 anos (World Health Organization, 2018b). No presente estudo 73,9% consumiram bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses, sendo este comportamento semelhante entre sexo (♂ 79,8% e ♀ 72,4%), e concordante com o encontrado por Zadarko-Domaradzka et al. (2018) com 80% dos estudantes a consumir bebidas alcoólicas.

Estes dados são superiores ao encontrado por WHO (2018d, p. 12) com uma taxa de prevalência de consumo de 12,3%, pelo INE (2014) com 67,3% dos jovens dos 15 aos 24 anos, pelo ESPAD (2015) com 66% em jovens de 16 anos em Portugal. Ao nível internacional aos de Sales et al. (2016) com 50,2% a consumir bebidas alcoólicas frequentemente, aos de Robson et al. (2017) que revelam que 69,5% é abstémico, aos de Podstawski et al. (2017) que revela que na Polónia 7 a 12% dos homens e 12 a 18% das mulheres é abstémico e muito superiores aos Basaran A.G. (2017) com 3,7% a consumir bebidas alcoólicas. E, inferiores aos dados do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2019) que revelam que 89% dos jovens com 18 anos consumiram bebidas alcoólicas.

Neste trabalho foram estabelecidas diferenças estatísticas que revelam que as mulheres tendem a não beber nos últimos 12 meses.

Para o consumo de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias os homens são os que consumiram nos últimos 30 dias. No cômputo geral, a maioria, 60,8% consumiu bebidas alcoólicas. Estes dados são semelhantes aos Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2019) com 68% e superior aos do ESPAD (2015) com 42% a consumir bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias.

Dos estudantes que bebem bebidas alcoólicas teve consumo excessivo episódico de álcool (CEEA) uma ou menos vezes por mês 57,1% (♂= 61,3; ♀= 55,9), tal como encontrado por Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2019); World Health Organization (2018b) e muito superior ao encontrado pelo ESPAD (2015) com 20%, sendo que a faixa etária é de 16 anos e em termos de consumo a análise é diferente. Estes dados revelam um padrão de consumo de risco (Carbia et al., 2016). E mais uma vez, as mulheres são as que nunca tiveram um episódio de CEEA, tal como defendido por L. S. Almeida et al. (2020).

Os dados encontrados são reforçados pelos dados de Reid & Gentius (2018); World Health Organization (2018b) que revelam que os homens bebem mais vezes e mais bebidas num episódio. As mulheres deixam de beber com maior frequência e quando bebem, bebem em menor quantidade e ficam menos vezes alcoolizadas. E

contrários aos de Rodríguez-Muñoz et al. (2020) que observaram que as mulheres bebem mais bebidas alcoólicas e os homens fumam mais.

Estes dados dão destaque às políticas de saúde para a diminuição do consumo de tabaco e de álcool nos jovens portugueses (SNS, 2022). De notar que tal como Ansari et al. (2018); Fernandes et al. (2017) descrevem os estudantes universitários consomem substâncias psicoativas como o álcool seguida de tabaco para socializar, para se divertirem e obter prazer.

Os estudantes universitários tendem a aumentar o consumo de bebidas alcoólicas durante a frequência dos cursos superiores e a reduzir após o seu *terminus* (Cadigan et al., 2019).

Os estudantes foram inquiridos relativamente às variáveis contextuais referentes à saúde sexual e reprodutiva. Teve relações sexuais no último ano 64,1% (♂= 62,8%; ♀=64,4%) e 10,5% têm um relacionamento, dados inferiores aos de Gräf et al. (2020), em que 83,5% referem ter atividade sexual e 13,4% têm companheiro.

As relações sexuais ocorreram em contexto de uma relação em 88,1%, tanto no sexo masculino (78,8%) como no feminino (90,4%), com diferenças estatísticas altamente significativas sendo que as mulheres tendem a ter relações sexuais numa relação e os homens procuram as relações ocasionais. Dados similares aos de M. J. Santos et al. (2018) que revela que 89% dos estudantes que tiveram a sua última relação sexual nos últimos 12 meses estavam comprometidos numa relação.

O início da atividade sexual pode ser influenciada por pressão social e, uma vez iniciada a atividade sexual é difícil recusar a sua prática nas relações vindouras, tal é mais evidente no sexo masculino, que é o género que inicia mais precocemente a prática (Gravata et al., 2016).

Dos estudantes que tiveram relações sexuais utilizou contraceção 92,7% (♂= 82,2%; ♀= 95,3%). As mulheres tendem a usar mais contraceção, quando comparadas com os homens, tal como encontrado por Miranda et al. (2018a) que revela que no seu estudo 91% dos jovens portugueses usaram contraceção na última relação sexual.

O método usado, que surge em primeiro lugar é o preservativo com 30,3% e os homens são os principais utilizadores, seguindo-se a pílula com 29,8% da amostra, sendo as mulheres as principais utilizadoras. A dupla contraceção é pouco expressiva, representando 31,8%, com 19,2% de utilizadores do sexo masculino e 34,6% do sexo feminino. M. J. Santos et al. (2018) divulga que dos estudantes que iniciaram a atividade sexual, usou o preservativo 90,8%, na sua primeira relação sexual. Em contraponto Sales et al. (2016) revela que no seu

trabalho a maioria dos estudantes utiliza a pílula como método contraceptivo, seguindo-se o preservativo (46,27%; 34,18; respetivamente).

Apesar de todos os alertas relativos aos riscos associados ao coito interrompido e à não utilização de qualquer contraceção, ainda é praticado em 1,6% e 0,2% respetivamente. Dados inferiores aos encontrados são relatados por Miranda et al. (2018a) com 18%, por Basaran A.G. (2017) com 58,3%, e por Sales et al. (2016) com 20,02% surgindo como justificação por parte dos estudantes como a sua utilização ser desnecessária.

Foi estabelecida relação estatística altamente significativa que revela que os homens tendem a utilizar mais o preservativo, o coito interrompido e nenhuma contraceção e as mulheres a pílula e a dupla contraceção.

Ainda referente aos estudantes que tiveram relações sexuais nos últimos 12 meses, foi inquirido qual a frequência na utilização do preservativo e menos de metade da amostra é que opta por usá-lo sempre (41,2%), sem diferenças entre sexos (♂=45,3%; ♀=40,2%) e 24,6% descreve que nunca o utiliza (♂=21,4%; ♀= 25,4%), tal como o encontrado por Gräf et al. (2020) que revela que 45% não utilizou o preservativo na última relação sexual, mas com valores superiores aos encontrados por Basaran A.G. (2017) onde 30% não utiliza, por Sales et al. (2016) com 19,29% que o utiliza sempre e por Vaz Pereira & Borges da Costa (2020) com 9% a utiliza-lo também sempre.

M. J. Santos et al. (2018) defendem que a baixa adesão ou a utilização inapropriada do preservativo ainda está patente porque os estudantes universitários acreditam que a utilização de contraceção oral é suficiente, quando na prática estes estão protegidos contra a gravidez, mas não estão protegidos de contrair uma IST. Para M. J. Santos et al. (2018) e Scull et al. (2019) os estudantes mais velhos são os que menos utilizam o preservativo e têm mais relações ocasionais. Os argumentos utilizados são o receio de suspeitas do parceiro relativamente à sua história sexual ou da, do parceiro sexual, vergonha no ato da compra do preservativo e dificuldade em falar sobre contraceção, mesmo com profissionais de saúde (Gravata et al., 2016).

A maioria dos jovens refere que não teve relações sexuais sob o efeito de álcool (84,7%= ♂=74,5%; ♀= 87,4%). Estes dados são concordantes com os encontrados por Gräf et al. (2020) com 15%, com os de Reis et al. (2017) com 12,2% a revelar ter relações sexuais sob o efeito de álcool, e inferiores aos de M. J. Santos et al. (2018) em que 33,0% teve relações sexuais sob o efeito de álcool.

No presente trabalho foi encontrada relação estatística altamente significativa que revela que os homens tendem a ter relações sexuais sob o efeito de álcool, tal como encontrado por M. J. Santos et al. (2018).

Não teve relações sexuais sob o efeito de drogas 97,1%, 94,7% dos homens e 97,7% das mulheres, mas foi descoberta significância estatística e os homens tendem a ter relações sexuais sob o efeito de drogas quando comparados com as mulheres. Dados ligeiramente inferiores aos de Gräf et al. (2020) que revela que 5,8% e aos M. J. Santos et al. (2018) com 9,7% dos estudantes a consumirem drogas ilícitas antes das relações sexuais.

O consumo de drogas atua como estimulante sexual, o que reduz a inibição e aumenta o desejo sexual. Os jovens consumidores de álcool e drogas tendem a ter relações sexuais de forma precoce e com mais frequência, tendo tendência para relações sexuais desprotegidas, tal como defende Miranda et al. (2018a).

As relações sexuais ocasionais têm uma relação altamente significativa com o sexo. Os homens tendem a ter mais parceiros ocasionais. No cômputo geral não tem relações sexuais ocasionais 80,1% da amostra (♂= 65,4%; ♀=83,8%). M. J. Santos et al. (2018) apresenta dados similares com significância estatística para o sexo masculino revelando que no seu trabalho 32,0% teve um parceiro ocasional.

Os estudantes foram inquiridos relativamente a como ocupam os seus tempos livres e, descrevem que acedem a redes sociais como o Youtube, Instagram, Snapchat e outros entre 1 a 4 horas em 64,5% (♂= 66,5%; ♀= 63,9%).

A maioria dos estudantes (75,9%) opta por não jogar online e/ou offline. Destes, 48,1% do sexo masculino e 83,0% das mulheres, com diferenças altamente significativas entre o sexo. As mulheres são as que não jogam e os homens tendem a jogar mais de 4h diariamente.

Os canais pagos de filmes e séries como a Netflix, HBO, entre outros são usados entre 1 a 4h por 51,0% (♂= 39,0%; ♀= 54,0%) com elevada significância estatísticas entre sexo. Os homens não acedem e as mulheres quando acedem fazem-no durante 1 a 4 horas.

A utilização do computador afeta algumas vezes a saúde e bem-estar dos estudantes (52,1%), estando essa afetação presente em 45,2% dos homens e em 53,8% das mulheres.

Na escala de Literacia em alimentação (LA) os estudantes apresentam maior literacia para as práticas alimentares saudáveis, seguindo-se a composição nutricional dos alimentos e por fim a rotulagem e escolhas alimentares.

No que concerne à literacia em alimentação e as variáveis contextuais socioeconómicas as mulheres revelam níveis de literacia superiores para o fator referente à prática alimentar saudável. Os estudantes estrangeiros apresentam baixa literacia, os portugueses, moderada e, para a região de origem originários da região norte, elevada literacia em alimentação.

Os estudantes da região norte, quando comparados com os estrangeiros revelam maior literacia para o fator global e para o fator referente à composição nutricional dos alimentos. Já para o fator 3 referente à prática alimentar saudável, os estudantes da região norte, quando comparados com os oriundos do centro, sul e ilhas revelam maior literacia.

Para o estado civil, os sem companheiro revelam literacia moderada, os com companheiro literacia elevada e os estudantes cujos pais têm habilitações até ao 3º apresentam LA elevada.

Também para o fator 3, os estudantes com pais com profissões técnicas apresentam níveis de literacia superiores aos das profissões intelectuais.

Para a literacia em alimentação e as variáveis académicas é possível observar que para todos os fatores as diferenças estão entre os estudantes que frequentam o 1º e o 4º ano, sendo os estudantes do 4º ano os mais literados, tal como descrito por Hagedorn & Olfert (2018). Mas ao contrário do encontrado por Hagedorn & Olfert (2018) apesar do nível de habilitações académicas ser superior, os estudantes de mestrado apresentam níveis de literacia baixos, neste trabalho.

Na auto perceção do desempenho académico os estudantes com perceção do desempenho como muito boa têm maior literacia para a composição nutricional dos alimentos do que os estudantes com perceção razoável e boa.

Para a média de classificação entre 14 e 16 valores a literacia é elevada, enquanto, os com mais de 17 valores baixa. Os estudantes cuja auto perceção do desempenho é muito boa, o nível de literacia é elevado enquanto que, os com auto perceção excelente, o nível de literacia é moderado.

Na análise por fatores para a média de classificação, de forma global e no fator composição nutricional dos alimentos as diferenças estão entre os estudantes com média de classificação de 10-13 e os que obtiveram 14 a 16 valores. Os que detêm melhor classificação são os mais literados nestes fatores.

Para a prática alimentar saudável, as diferenças estão entre os estudantes com classificação de 14-16 e os estudantes com 17 ou mais valores sendo em todas as situações, os estudantes com média de classificação entre os 14 e os 16 valores detêm maior literacia. Em contraponto com Hagedorn & Olfert (2018) que destaca, que quanto maior o sucesso académico, mais elevado o nível de literacia.

Na ocupação, os estudantes a tempo inteiro apresentam literacia moderada.

As motivações sociais e externas para comer relacionam-se com os comportamentos alimentares saudáveis (Szabo et al., 2019), sendo que as motivações externas e fatores sociais, que são difíceis de analisar e desempenham uma forte influência. No presente trabalho os estudantes que não estão deslocados apresentam

literacia elevada em alimentação, tal como observado por Hagedorn & Olfert (2018) o que poderá ser preditivo das motivações externas e os fatores sociais, como o impacto da família na prática de uma alimentação saudável (Szabo et al., 2019),.

Para compreender se existe coocorrência entre o consumo de tabaco e alimentação pouco saudável, Francisco et al. (2019) revela que 8,6% dos estudantes universitários no seu trabalho tinham uma alimentação desequilibrada e fumavam, tendo sido associado o consumo excessivo bebidas alcoólicas. A coocorrência destes fatores de risco foi menor em mulheres, indivíduos casados, com mais habilitações literárias e com obesidade/excesso de peso (Francisco et al., 2019). No presente trabalho a literacia nos diferentes fatores foi superior em mulheres, em estudantes com companheiro, do 4º ano do ciclo de estudos e com pais com baixas habilitações literárias.

Os estudantes com níveis mais baixos de literacia em alimentação são os que não tiveram nenhum episódio com CEEA nos últimos 12 meses. Não tendo sido estabelecida relação estatística entre o consumo de bebidas alcoólicas e tabaco e a literacia em alimentação. Pelo inverso Robson et al. (2017) destaca que a insegurança alimentar esteve associada a probabilidade de 2,5% mais vezes de não tomar o pequeno-almoço, dormir menos de 8h em 77%, fumar em 81% e consumir bebidas alcoólicas em 36,9% e Robson et al. (2017); Larson et al. (2020) e Natarajan et al. (2020) revelam que as estudantes que têm hábitos alimentares saudáveis não consomem substâncias nocivas como tabaco e álcool.

Os homens consomem mais refeições prontas e *fast food* pelo menos 1 vez por semana, pelo menos um refrigerante por dia ou 14 unidades de bebidas alcoólicas por semana, as mulheres tendem para apresentar níveis de inatividade física mais elevados (Birch et al., 2019).

Em termos de comportamentos sexuais os estudantes que iniciaram a atividade sexual e que usam o DIU como contraceção, apresentam literacia elevada e, os que não utilizam contraceção e nunca usam preservativo literacia baixa. Sem que tenha sido estabelecida significância estatística, a maioria dos estudantes com baixa literacia usa dupla contraceção, com moderada utilizam o preservativo e com elevada a contraceção oral. Na análise dos fatores, também não foi encontrada significância estatística.

Nas variáveis contextuais, os estudantes que utilizaram contraceção revelam maior literacia, para a alimentação nas práticas alimentares saudáveis e os indivíduos que têm relações sexuais ocasionais detêm maior ao nível na composição nutricional dos alimentos.

Para as variáveis relacionadas com o entretenimento constata-se que os estudantes que não acedem ou fazem-no por 1 hora ou menos apresentam baixa literacia em alimentação. Na análise por fatores verifica-se que em termos de prática alimentar saudável,

apresentam níveis mais elevados os estudantes que passam mais de 4h quando comparados com os que despendem entre 1 e 4h a aceder a redes sociais, Youtube, Instagram, Snapchat e outros e, os que utilizam muitas vezes e/ou sempre o computador.

Os dados apresentados no presente estudo demonstram que os esforços realizados a nível nacional e internacional, do ponto de vista das políticas de saúde, com regras que implicam a redução de sal, açúcar adicionado, ácidos gordos trans, nos alimentos comercializados em Portugal, e as políticas de promoção do aumento do consumo de fruta e legumes permitiram o aumento do número de indivíduos que reconhecem a importância da dieta mediterrânea (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2020; Larson et al., 2020; Szabo et al., 2019).

Estas políticas permitem a tomada de consciência para aspetos como a composição nutricional dos alimentos e a rotulagem dos mesmos e vai ter impacto nas escolhas alimentares e consequentemente uma prática alimentar mais saudável (Rojas-Rivas et al., 2020; Szabo et al., 2019). Provavelmente os estudantes universitários portugueses estão cada vez mais preocupados com o futuro, no que se refere às escolhas alimentares, tal como descrito por (Larson et al., 2020; Rojas-Rivas et al., 2020).

Na análise da escala de literacia em comportamentos aditivos (LCA) destaca-se que os estudantes universitários detêm maior literacia na escala de comportamentos aditivos no que se refere à compreensão e utilização da informação, seguindo-se a alteração dos hábitos de consumos nocivos.

O consumo de bebidas alcoólicas pode agudizar a tendência para transtornos de forma diferente em homens e mulheres, (Carbia et al., 2016; Terlecki et al., 2020). Assim, as mulheres estudantes universitárias que consomem bebidas alcoólicas de forma excessiva têm maior propensão a ser vítimas de abuso físico e sexual e alvo de mais sanções sociais (Davoren et al., 2018; Podstawski et al., 2017).

A tendência de consumo em jovens adultos e estudantes universitários tende a igualdar, com mulheres a consumir mais bebidas alcoólicas (Podstawski et al., 2017), no entanto no presente trabalho este fenómeno tanto não se observa como não existem variações por sexo para a literacia em comportamentos aditivos.

Para a LCA sem que tenha sido estabelecida significância estatística, os estudantes com 19 ou menos anos apresentam níveis baixos a moderados e, os com 22 ou mais anos, elevada de forma geral.

A análise por fatores revela diferenças estatísticas para o fator global e para o fator alteração dos hábitos de consumo. Na alteração dos hábitos de consumos

aditivos, é possível observar diferenças estão entre os estudantes que têm menos de 19 e os que têm entre 20 e 21 anos sendo os estudantes mais velhos os que revelam maior literacia.

Nas variáveis de contexto académico as diferenças encontram-se entre os estudantes que frequentam o 1º e o 4º ano, sendo os estudantes do 4º ano os que têm maior literacia, em todos os fatores da escala de LCA.

O Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2019) destaca que os jovens portugueses com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos de uma forma geral atribuem o consumo de bebidas alcoólicas como de risco elevado para a sua saúde, com prevalência de consumo a decrescer nomeadamente ao nível da embriaguez na grande maioria dos grupos etários.

Com significância estatística, surgem os estudantes da zona norte apresentam níveis de literacia moderada.

Para as habilitações académicas dos pais, contacta-se que os estudantes cujas habilitações académicas dos pais é ao nível superior e profissões intelectuais apresentam níveis de literacia baixos, pai com profissões técnicas literacia moderada e mãe com habilitações até 3º ciclo literacia elevada.

A escolaridade dos pais relaciona-se em termos globais e em alterações de hábitos de consumo, sendo os estudantes cujos pais têm habilitações académicas até ao 3º ciclo os mais literados. Com menor significância estatística também foram estabelecidas diferenças entre os pais com habilitações académicas ao nível do ensino superior e até ao secundário, sendo os que têm até ao secundário os que revelam maior literacia.

Só foram encontradas diferenças para os estudantes cujas mães têm profissões intelectuais e técnicas, sendo as que têm profissões técnicas, os filhos são os que apresentam níveis de literacia mais elevados no fator global e para a alteração dos hábitos de consumo.

Contrariamente ao encontrado, Zadarko-Domaradzka et al. (2018) revelam que as estudantes universitárias polacas com CEEA têm pais com mais habilitações literárias e um rendimento mensal bom e, estudantes universitárias ucranianas com CEEA pais com baixo rendimento mensal.

Para os comportamentos aditivos, os fumadores revelam LCA moderada e os que não consumiram bebidas alcoólicas no último ano, revelam baixa literacia contrariamente ao encontrado por Y. Chen et al. (2016); König, Skriver, Iburg, & Rowlands (2018); Gordon, Jones, Kervin, & Lee, (2016); WHO (2018b, p. 80); L. S. Almeida et al. (2020) e Carbia et al. (2016).

Na perceção do desempenho as diferenças existentes no fator global eram entre os estudantes com perceção de desempenho como boa e os com perceção “razoável”, seguindo-

se entre os estudantes com percepção muito boa e a razoável, sendo os que apresentam melhor percepção também demonstram maior literacia. No fator alteração de hábitos de consumo, as diferenças estão entre os estudantes com percepção boa e razoável, destacando-se novamente os estudantes com melhor percepção a demonstrar maior literacia.

A média de classificação no fator “Alteração de hábitos de consumo” revelou diferenças entre os estudantes com classificação de 14-16 e os com 17 ou mais valores, sendo os estudantes com média de classificação entre os 14 e os 16 valores os que detêm maior literacia.

Os trabalhadores-estudantes apresentam níveis de literacia superiores no fator global e no fator “Alteração de hábitos de consumo”.

Os resultados obtidos vão de encontro com os de Y. Chen et al. (2016); König, Skriver, Iburg, & Rowlands (2018); Gordon, Jones, Kervin, & Lee (2016); WHO (2018b, p. 80); L. S. Almeida et al. (2020) e Carbia et al. (2016) que destacam que o consumo de bebidas alcoólicas relaciona-se com o baixo desempenho académico com efeitos nefastos na saúde física, cognitiva e emocional. E, associado ao consumo de outras drogas, comportamentos sexuais de risco, comportamentos antissociais, violentos e desadequados e deficit neurocognitivo assim como transtornos internalização e externalização.

O consumo de bebidas alcoólicas, nos últimos 30 dias apresentou significância estatística no fator global e na compreensão e utilização da informação referente a comportamentos aditivos, demonstrando que os estudantes que não consomem bebidas alcoólicas detêm maior literacia e conhecem os riscos que incorrem com o seu consumo de forma frequente.

O padrão de CEEA nos estudantes universitários pode estar associado à dificuldade que estes têm em se adaptar aos níveis elevados de educação principalmente nos jovens que estão longe da família, à gestão da sua autonomia e de todas atividades de vida diárias, à responsabilidade académica e gestão dos recursos económicos, aos elevados níveis de stress e de baixa autoestima. Com estes desafios os jovens tendem a consumir bebidas alcoólicas para iniciar e melhorar as suas relações interpessoais e as amizades e, para ultrapassar sentimentos de solidão, ansiedade e sintomas depressivos (L. S. Almeida et al., 2020; Davoren et al., 2018; Terlecki et al., 2020; Zadarko-Domaradzka et al., 2018). Também a presença de bebidas alcoólicas nos campus universitários é cada vez mais tolerada e consequentemente a vontade de parar de beber durante o período de aulas, tornando-se uma forte preocupação (Abreu et al., 2020; Podstawski et al., 2017; Zadarko-Domaradzka et al., 2018).

De notar que o CEEA reduziu de forma geral de 2012 face ao ano de 2018 em Portugal (World Health Organization, 2018a).

Os fumadores por sua vez apresentam maior probabilidade de ter depressão, fraca saúde física, consumir bebidas alcoólicas e CEEA, quando comparados com os não fumadores. Paralelamente, os fumadores apresentam três vezes mais probabilidade de consumir substâncias psicoativas como marijuana/ cannabis, duas vezes mais probabilidade de beber bebidas alcoólicas de forma excessiva quando comparados com os não fumadores (Okunna, 2021). No entanto, no presente trabalho não foi estabelecida significância estatística para o consumo de tabaco, quantidade de tabaco, consumo de bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses e para o CEEA e níveis baixos de literacia para qualquer um dos fatores em estudo.

Os estudantes universitários enfrentam um complexo processo de negociação das mensagens sociais que advêm de diferentes atores como a família, amigos ou colegas da escola, que vão interferir no bem-estar individual. Por exemplo, o consumo de bebidas alcoólicas é incentivado por familiares, mas desincentivado por pares e por colegas de escola. Os jovens cujos pais, amigos e colegas têm histórico de consumo muito excessivo esporádico de álcool também revelam padrões de consumo excessivo (Y. Wang et al., 2019).

Os jovens cujas normas sociais aplicadas são iguais em pais, amigos e por colegas de escola apresentam menos comportamentos de risco, enquanto que, aqueles que sem normas estabelecidas entre pais, amigos e colegas, são os que apresentam mais comportamentos de risco ao longo do tempo como o CEEA (Y. Wang et al., 2019).

Para os comportamentos sexuais, os estudantes com baixa literacia em comportamentos aditivos não revelam ter tido relações sexuais, enquanto, os com elevada literacia tiveram relações sexuais no último ano.

Em termos de relações sexuais, os estudantes com práticas sexuais no último ano têm maior literacia para o fator global e o fator referente às alterações de hábitos de consumo de substâncias psicoativas.

Os estudantes que utilizaram contraceção e que utilizaram contraceção revelam maior literacia, na compreensão e utilização da informação. No entanto e sem que tenha sido estabelecida relação estatística, os estudantes que optam pela dupla contraceção com a utilização de anticoncepcional oral e preservativo apresentam literacia baixa e moderada e os que utilizam apenas o anticoncepcional oral literacia elevada.

O transtorno de ansiedade, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas e uma má utilização de estratégias de proteção individual, demonstrou relação estatisticamente significativa no trabalho de Terlecki et al. (2020). Os estudantes com transtorno de ansiedade tendem a beber menos vezes, no entanto quando o fazem, bebem excessivamente quando comparados com os estudantes que não têm transtorno de ansiedade (Terlecki et al., 2020).

Nas variáveis de entretenimento relativamente aos fatores global e de compreensão e utilização da informação, foram encontradas diferenças significativas, em ambos as diferenças estão entre os estudantes que ou não acedem ou se o fazem despendem menos de 1h e, os que passam entre 1 e 4 horas em redes sociais. Os estudantes que passam mais tempo revelam níveis de literacia mais elevados. Contrariamente ao defendido por Chen et al. (2016) e Dumbili & Henderson (2017) que revelam que televisão tem sido utilizada como uma ferramenta de *marketing* efetiva para promover bebidas alcoólicas e imagens de marca e os jovens estão constantemente expostos a programas televisivos, como filmes e videoclips com informação relativa a álcool associada, o que os torna mais suscetíveis a iniciar o consumo e beber em grande quantidade bebidas alcólicas. Descrevem que 78% dos filmes mais populares entre 1985 e 2010 continham pelo menos um personagem principal que bebe bebidas alcoólicas ou cujos comportamentos pressupõe o consumo de bebidas alcoólicas e 20% dos videoclips contêm cenas com álcool de acordo com Primack et al. (2012) citado por Chen et al, (2016).

Os jogadores online com dependência de acordo com Butler et al. (2020), também apresentam comportamentos de risco como elevados níveis de dependência de nicotina, álcool e outras substâncias psicoativas, que tendem a agravar ao longo do tempo. De acordo com estes autores estes comportamentos aditivos são fortemente influenciados por fatores genéticos, ambientais e sociais, no entanto no presente trabalho não foi estabelecida relação estatística com estes comportamentos.

Mudryj et al. (2019) defende que os homens descrevem mais comportamentos de risco, alimentação inadequada, consumo de tabaco enquanto, as mulheres apresentaram elevadas taxas de consumo de bebidas alcoólicas e padrão inadequado de sono. E, Yang et al. (2019) no seu trabalho estabeleceu uma relação estatística entre comportamentos de risco como fumar, beber bebidas alcoólicas e a exposição excessiva a ecrãs e baixo nível de literacia em saúde.

Os comportamentos de risco associam-se entre si como a inatividade física e a alimentação pouco saudável, o consumo de tabaco e de álcool concomitantes. Dieteren et al. (2020) destacam no seu trabalho que os que os indivíduos com apenas um comportamento de risco, tendem a ter mais dificuldade em mudar esse comportamento do que os que apresentam vários comportamentos de risco.

Por fim, no que concerne à escala de literacia em saúde sexual e reprodutiva (LSSR) o fator “reprodução, contraceção e IST” é onde os estudantes revelam maior literacia, seguindo-se o fator “impacto da gravidez adolescente” e com menor nível de literacia o fator “Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro”.

Atualmente, as principais causas de morbidade face à sexualidade nos adolescentes são a gravidez e as Infecções sexualmente Transmissíveis (IST's) (Cassidy et al., 2019; Miranda et al., 2018b; World Health Organization, 2016). A tendência mundial é o aumento dos comportamentos sexuais de risco (Adedini et al., 2021).

Os comportamentos sexuais de risco foram definidos como um novo parceiro sexual, mais do que um parceiro sexual, parceiro sexual num curto intervalo de tempo, parceiro sexual ocasional, parceiro sexual que tem outros parceiros sexuais em simultâneo, uso inconsistente e incorreto do preservativo quando a relação não é monogâmica, a existência prévia de uma IST (Davidson et al., 2021; Workowski et al., 2021), nível socioeconómico baixo, consumo de substâncias psicoativas, dificuldade no acesso aos cuidados de saúde (Workowski et al., 2021) e gravidez não programada (Granados et al., 2020).

Na análise das variáveis contextuais e o grupo etário, contacta-se que os estudantes com 19 ou menos anos apresentam, na sua maioria, literacia baixa e moderada e os estudantes com 20 ou mais anos literacia elevada, não tendo sido estabelecida relação. Também não foi estabelecida relação entre o sexo e a literacia. De acordo com os dados encontrados por S. Simpson et al. (2017), as mulheres e os estudantes mais velhos apresentam níveis de literacia superiores e menos estereótipos face a pessoas portadoras de VIH/SIDA.

Na escala de saúde sexual e reprodutiva observa-se que de forma global e para o fator afetos, abuso e exploração sexual e, violência no namoro, os estudantes da região norte revelam níveis de literacia superiores aos da região centro. Para a literacia em reprodução, contraceção e IST's não foi possível determinar onde se encontram as diferenças. Este fenómeno pode ser explicado pela implementação nas escolas de toda a região norte do projeto PRESSE, que abrange 80% dos agrupamentos de escolas e escolas não agrupadas em Educação sexual (PRESSE, 2022). S. Simpson et al. (2017) defende que os estudantes que tiveram em ciclos anteriores, educação sexual, têm mais responsabilidade sexual e são mais tolerantes para com portadores de VIH/SIDA.

As atitudes relativas à educação sexual e à literacia em sexualidade variam de acordo com características demográficas, e com os padrões culturais. Assim, para a obtenção de níveis elevados em literacia é fulcral enquadrar a educação em sexualidade, aos padrões culturais vigentes (S. Simpson et al., 2017).

Os homens apresentam baixa literacia e as mulheres elevada, são os estudantes cuja mãe tem habilitações académicas até ao 3º ciclo que se destacam por apresentar literacia elevada e os estudantes de nacionalidade estrangeira têm baixa literacia. Também no nível de habilitações dos pais é possível observar que entre os pais com habilitações até ao 3º ciclo

e os pais com o secundário, os com menos habilitações académicas revelam literacia mais elevada para a literacia em afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro.

Sem que tenha sido estabelecida relação estatística, os estudantes que usam preservativo têm baixa a moderada LSSR, os que utilizam a dupla contraceção elevada literacia.

Estes dados vão contra o defendido por Amaral et al. (2017) que referem que as mulheres, principalmente com baixo rendimento têm menos capacidade de negociação para a utilização do preservativo, pois socialmente a fidelidade e confiança no homem, reitera o papel da mulher na sociedade. Estes autores destacam que existem ainda muitas crenças de cariz negativo e que são limitadoras do ponto de vista do género.

A família representa um importante papel no empoderamento das jovens para que estas sejam capazes de diminuir os seus comportamentos sexuais de risco, na prevenção de IST's, na promoção da utilização de preservativo e outros anticoncecionais, na redução de parceiros sexuais, na vivência da sexualidade e das relações afetivas de forma satisfatória, com dignidade, responsabilidade e prazer (Donenberg et al., 2020; Queirós et al., 2016). Já inexistência de supervisão parental e o fato da sexualidade ainda ser considerada tabu no seio familiar interfere no contacto com os serviços de saúde, e é preditor de comportamentos sexuais de risco (R. A. A. S. Almeida et al., 2017; Basaran A.G, 2017; Bersamin et al., 2017; Gräf et al., 2020). Provenzano et al. (2018) e Y. Wang et al. (2019) contrapõem e referem que os estudantes universitários destacam que a informação relativa à sexualidade provém essencialmente dos meios de comunicação e da escola. A família nesta área influencia pouco, existindo pouca comunicação entre pais e filhos nesta matéria. Estes nem sempre têm o conhecimento necessário para tomar decisões corretas em saúde sexual e reprodutiva.

No que concerne aos comportamentos sexuais de risco, estes estão mais relacionados com os comportamentos dos pares e dos colegas da escola e quando os pais não falam com os filhos sobre temas relacionados com a sexualidade

Deverão ser desenvolvidas intervenções em contexto universitário que defendam as diferenças entre género. Estas permitirão desconstruir crenças que normalizam e desvalorizam a violência contra a mulher nas relações afetivas e, serão capazes de capacitar para a construção de atitudes de equidade, não sexistas e não discriminatórias em função do género (Amaral et al., 2017).

Para as variáveis académicas os estudantes no 1º ano curricular e com média de classificação igual ou superior a 17 valores apresentam baixa literacia e, os do 4º

ano, dos que estão em programas de mobilidade, os em Erasmos apresentam LSSR elevada. Basaran A.G. (2017) no seu trabalho revela que os estudantes do 4º ano, com nível socioeconómico mais elevado e com educação sexual em ciclos anteriores revelam maior conhecimento em saúde sexual e reprodutiva e consideram que a educação sexual incentiva à prática.

Na análise de todos os fatores da LSSR surgem novamente diferenças estatísticas entre estudantes do 1º e do 4º ano, sendo os estudantes do 4º ano os que têm maior literacia em todos os fatores.

Na auto perceção do desempenho académico e na média de classificação surgem o fator global, o fator “Reprodução, contraceção e IST” e o fator “Afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro”. Os estudantes com perceção do desempenho como muito boa têm maior literacia do que os estudantes com perceção razoável na reprodução, contraceção e IST's, nos restantes fatores não foi possível determinar onde se encontram as diferenças.

Estes dados vão de encontro ao trabalho de S. J. Simpson et al. (2017) em que as mulheres e os estudantes mais velhos apresentam níveis de literacia superiores e menos ideais contra pessoas portadoras de VIH/SIDA.

Estes dados são diferentes dos encontrados por M. J. Santos et al. (2018) que no seu trabalho revela que os estudantes mais velhos têm mais comportamentos de risco quando comparados com os mais jovens e que o conhecimento em IST's não esteve relacionado com a evicção de comportamentos sexuais de risco.

Na média de classificação, para a reprodução, contraceção e IST's, as diferenças estão entre os estudantes com média de classificação de 10-13 e os que obtiveram 14 a 16 valores. Referente aos afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro, estão entre os estudantes com classificação de 14-16 e os estudantes com 17 ou mais valores sendo em todas as situações, os estudantes com média de classificação entre os 14 e os 16 valores os que detêm maior literacia. No fator global não foi possível determinar onde se encontram as diferenças.

Com relação estatística, é possível inferir que os estudantes com elevada LSSR tiveram relações sexuais no último ano e usaram contracetivos e, os com baixa literacia, não usaram preservativo e tiveram relações sexuais sob o efeito de drogas.

Também os estudantes que tiveram relações sexuais e utilizaram contraceção têm maior literacia ao nível da literacia em saúde sexual e reprodutiva, em todos os fatores, tal como encontrado por M. J. Santos et al. (2018) e Basaran A.G. (2017). Tal como defendido por Carvalho, Pinheiro, Gouveia, & Vilar (2016, p. 359), um nível elevado de informação e conhecimento sobre a temática contribuí para menos atitudes negativas e crenças limitadoras

em relação ao género, contraceção, violência no namoro e comportamento sexual. Estudos portugueses que demonstram que os jovens na sua maioria, possuem atitudes e crenças positivas face a sexualidade e ao VIH/SIDA. As raparigas são quem detêm mais conhecimento, crenças e atitudes positivas, no que concerne a prática sexual, planeamento familiar e educação sexual e menos preconceitos, à semelhança do que acontece a nível nacional e internacional (Bersamin et al., 2017; Carvalho et al., 2016; Gravata et al., 2016; M. J. Santos et al., 2018).

Tal como referido anteriormente os estudantes com baixa literacia, não usaram preservativo e tiveram relações sexuais sob o efeito de drogas, tal como encontrado por M. J. Santos et al. (2018). A perceção do risco por parte dos jovens relativamente às normas que são percecionadas pelos seus pares para a atividade sexual, uso de preservativo ou anticoncecionais e o consumo de álcool e substâncias psicoativas afeta os seus comportamentos, estes acreditam que as doenças estão longe de si (L. S. Almeida et al., 2020; Gräf et al., 2020; Sales et al., 2016; M. J. Santos et al., 2018). E pode existir falta de assertividade sexual que permita rejeitar contato sexual indesejado e negociar a utilização de métodos contraceptivos (Granados et al., 2020). Também a religião e a cultura podem influenciar a literacia e aumentar os comportamentos de risco (S. J. Simpson et al., 2017).

A educação sexual dever ser adequada às características demográficas, cultura e religião (S. J. Simpson et al., 2017). Pelo que como forma de evitar comportamentos de risco pode ser promovida a utilização do preservativo à população em geral e ao sexo masculino, para desmitificar a implicação do seu uso no poder hedónico (M. J. Santos et al., 2018).

Os dados encontrados são concordantes com os de Sales et al. (2016) relativamente ao uso inconsistente do preservativo e contrários aos deste trabalho para o sexo, sendo a utilização mais frequente no sexo masculino ao invés do feminino.

O sexo masculino foi o que mais consumiu bebidas alcoólicas e substâncias psicoativas antes das relações sexuais e teve parceiros ocasionais, tal como observado no trabalho de M. J. Santos et al. (2018).

Tal como defendido por S. J. Simpson et al. (2017) as mulheres de um modo geral demonstraram ser sexualmente mais responsáveis.

Barros & Santos (2017) e Provenzano et al. (2018), reiteram que os jovens na sua generalidade recorrem a diferentes recursos para adquirirem informação sobre saúde sexual como internet, revistas, jornais, filmes, televisão, redes sociais, médico de família, livros, amigos e familiares. Muitas vezes a informação que existe online é inadequada e inapropriada, mas é aceite por estes jovens, o que potencia inúmeros problemas, pois estes não contêm informação suficiente que lhes permita ter uma clara

noção do impacto que a media exerce sobre eles. Estes acreditam que estão a adquirir informação, quando na realidade estão a adquirir ideologia (Basaran A.G, 2017; A. C. B. dos Santos, 2015). Também se assiste a um novo fenómeno associado às novas plataformas digitais, que promovem os encontros que visam a prática sexual de pessoas desconhecidas (Gräf et al., 2020; A. C. B. dos Santos, 2015; Serra, 2017).

Ao contrário do defendido dos autores acima citados, neste trabalho os estudantes universitários do presente estudo para a LSSR e as variáveis contextuais de entretenimento, os estudantes que não acedem ou se o fazem despendem menos de 1 hora apresentam baixa LSSR e os que utilizam as redes sociais e outras plataformas mais de 4 horas literacia elevada, revelando que os recursos que têm disponíveis teve um impacto positivo na sua LSSR. Gräf et al. (2020) no seu trabalho refere que consumo de drogas ilícitas e a procura de parceiros sexuais com aplicações nos smartphones representa 100% de probabilidade de comportamentos sexuais de risco. No entanto, no nosso trabalho não foi possível estabelecer qualquer relação estatística a este nível.

A autoestima interfere significativamente nos comportamentos sexuais de risco. Os jovens com autoestima elevada iniciam a sua atividade sexual mais tardiamente e os com autoestima baixa mais precocemente e desenvolvem sentimentos de medo, insegurança, rejeição e baixa orientação para o futuro (Rodrigues et al., 2018). No presente trabalho não foram estudadas as variáveis referentes à saúde mental.

Na determinação de grupos de risco constata-se que a maioria dos estudantes pertence ao grupo de risco moderado e não fuma, mas bebe bebidas alcoólicas, representando 62,5% da amostra, seguindo-se os de baixo risco que não fuma e não bebe exibindo 25,5% da amostra e por fim os com comportamento de alto risco que optam por beber e fumar com frequência com 11,9% da amostra. Os estudantes que fumam e não bebem eram representados apenas por 4 casos, pelo que foram excluídos da análise.

Ansari et al. (2018) e Fernandes et al. (2017) destacam que os estudantes universitários tendem a consumir substâncias psicoativas, sendo a principal o álcool, seguida de tabaco para socializar, tal como demonstrado neste trabalho para se divertirem e obter prazer.

Tal como revela Basaran A.G. (2017) no seu trabalho, o consumo de tabaco e álcool quando consumidos concomitantemente variou nos diferentes anos escolares de 8 a 30,8% e foi superior no sexo masculino e, 1º e no 4º ano. 30% dos estudantes tinha um relacionamento afetivo (♂ 35,2%; ♀ 27,2%) e destes, 66,3% dos pais não tem conhecimento, valores inferiores aos do presente estudo.

Zadarko-Domaradzka et al. (2018) também encontraram relação estatística entre consumir bebidas alcoólicas e fumar, o CEEA, assim como entre pais com mais habilitações literárias e um rendimento mensal bom e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas em estudantes universitárias do sexo feminino polacas e, por outro lado baixo rendimento mensal e consumo excessivo de álcool de estudantes universitárias do sexo feminino ucranianas.

As variáveis independentes utilizadas para a construção das árvores de decisão foram o sexo, idade, estado civil, região de proveniência, tipo de residência, grupo profissional paterno e materno, desempenho acadêmico, quantidade de cigarros fumados, o impacto de utilização do computador na saúde e bem-estar, tempo despendido em redes sociais, jogos e de canais pagos, grupo de cluster, nível de LCA, de LSSR e de LA.

Os estudantes devem desenvolver competências para serem capazes de responder a toda a publicidade a fast food, bebidas alcoólicas, tabaco e comportamentos sexuais de risco a que estão expostos em todos os meios de comunicação, incluindo a publicidade online (ex.: Youtube, Facebook, entre outros), publicidade no ambiente (ex.: outdoor, campos de futebol, entre outros) e as formas mais tradicionais como na televisão, rádio ou em impressões (jornais, revistas,...) (Chang et al., 2016; Gordon, Howard, et al., 2016).

A variável dependente variou tendo sido considerado os grupos de risco, a LA, LCA e LSSR.

Os resultados da árvore de decisão indicam que são variáveis explicativas dos grupos de risco, o consumo de tabaco. Dos estudantes que não fumam e bebem surge o tempo passado nas redes sociais e, dos que passam mais de 1 hora nas redes sociais que não fumam e bebem, o tempo despendido em canais pagos.

Os resultados presentes na Árvore referente à LA mostram a existência de dois níveis de profundidade, em que as variáveis nível de LCA e de LSSR e, o impacto da utilização do computador na saúde e bem estar são estatisticamente significativas face à LA.

As variáveis estatisticamente significativas para a LSSR são a LA, a LCR e o impacto da utilização do computador na saúde e bem-estar à semelhança do que foi encontrado com a LA, mas com 3 níveis de profundidade.

Os resultados presentes na Árvore mostram a existência de três níveis de profundidade, em que as variáveis referentes ao nível de LA e de LSSR e o grupo profissional da mãe são estatisticamente significativas face à LCA.

Tal como defendido por Tinner et al. (2021) os estudantes neste trabalho com pais com habilitações académicas até ao 3º ciclo e com profissões que não as intelectuais apresentaram maior literacia nas diferentes escalas. Tinner et al. (2021) defende que os comportamentos de risco são muitas vezes associados ao nível socioeconómico, o que leva muitos jovens adultos de níveis socioeconómicos baixos a desenvolver estratégias de evicção de comportamentos de risco e a manifestarem-se contra o estigma. Assim as ações devem-se centrar na responsabilidade individual e a opção de escolha.

De acordo com os dados obtidos nos diferentes modelos da árvore de decisão observa-se que as variáveis LA e LSSR relacionam-se da mesma forma. Assim quando a variável dependente é a LA surge no primeiro nível de profundidade a LSSR e vice versa. Assim os estudantes com LSSR elevada têm maior probabilidade de ter LA elevada, e vice-versa. Este fenómeno observa-se para todos os níveis de literacia nas duas escalas.

A LCA surge no segundo nível de profundidade para as variáveis dependentes LA e LSSR e o seu comportamento é muito variável.

Os estudantes com elevada LA e moderada a baixa LSSR têm maior probabilidade de ter elevada LCA em todas as análises e fazendo variar as escalas como variável dependente. Da mesma forma os estudantes com moderada LSSR, moderada LA, revelam moderada LCA.

Também os estudantes com a literacia moderada em saúde sexual e reprodutiva e em alimentação revelam moderada a LCA, sendo esta variação igual para as 3 escalas.

Na análise por regressões multivariadas observa-se que o fator afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro explica 41% do fator referente à composição nutricional dos alimentos, 37% do fator referente à rotulagem e às escolhas alimentares e por fim 37% referente à prática alimentar saudável, isto é, é explicativo de todos os fatores da literacia em alimentação.

Também o fator referente à composição nutricional dos alimentos explica 44% do fator referente à reprodução, contraceção e IST's, 39% da literacia em impacto da gravidez adolescente e 42% do fator afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro. Mais uma vez este fator da literacia em alimentação explica todos os fatores da literacia em saúde sexual e reprodutiva.

Múltiplos comportamentos de risco são comuns nos jovens fumadores, e estes não estão disponíveis para os mudar a todos. Pelo que existe um enorme benefício em segmentar e intervir nos múltiplos comportamentos de risco, no contexto de uma única intervenção. As intervenções devem acompanhar os estádios de mudança, combinando as metas de

tratamento de acordo com os comportamentos de risco identificados, incluindo modelos motivacionais para reduzir o consumo de outras substâncias e melhorar os comportamentos com impacto ao nível metabólico (Ramo et al., 2019).

No presente trabalho a escala de literacia em comportamentos aditivos apresenta algumas variações. Para o fator composição nutricional dos alimentos é preditivo em 42% ter literacia elevada em compreensão e utilização a informação em comportamentos aditivos. No fator “Rotulagem e escolhas alimentares” da LA este é 35% preditivo da alteração dos hábitos de consumo relativamente aos comportamentos aditivos. Scott et al. (2018) revela que nos EUA está descrito que os estudantes universitários para evitarem o aumento de peso, optam por reduzir a ingestão de alimentos e assim ingerir bebidas alcoólicas (Scott et al., 2018). Em algumas culturas e em algumas regiões do nosso país, o consumo de bebidas alcoólicas está associado a comer, ou seja, quando é vendida uma bebida alcoólica é oferecido um snack. Depois de beber os jovens tendem a procurar comida e como se sentem mais desinibidos as suas escolhas tendem a não ser saudáveis (Scott et al., 2018).

Este fenómeno pode justificar o valor preditivo entre as escalas LA e de LCA e por outro lado e de acordo com a análise em árvore as variações termos de nível da LA e da LCA. Ou seja, se por um lado os estudantes com elevada literacia em alimentação para controlar o peso, sem existir desinibição, optam por ter comportamentos aditivos e não alterar os seus hábitos de consumo faz variar a relação entre estas 2 escalas.

O consumo de tabaco também esteve relacionado com a baixa adesão à dieta mediterrânea tal como encontrado por Bennasar-Veny et al. (2020) e foi estabelecida relação entre a dieta mediterrânea e comportamentos de saúde saudáveis.

Os estudantes universitários tendem a utilizar uma dieta ocidental ao invés da dieta mediterrânea, que consiste no consumo de azeite, fruta, noz, pão integral, leguminosas, alimentos frescos, ovos e peixe e a ingerir mais alimentos processados, carne, alimentos salgados, manteiga e margarina, doces e bolos (alimentos ricos em gorduras saturadas e açúcar) (Bennasar-Veny et al., 2020).

Já para a alteração de hábitos de consumo como existe uma relação inversa é possível inferir que quanto maior a literacia em “Alteração de hábitos de consumo” menor a literacia em “Reprodução, contraceção e IST” em 35%. De acordo com M. J. Santos et al. (2018) os jovens tendem a ter excesso de confiança, dificuldade em ajuizar as situações de risco e a distanciar-se psicologicamente, daí que o conhecimento não previne a adoção de comportamentos de risco.

Em contraponto ao demonstrado S. C. Wang et al. (2018) no seu trabalho descrevem que os jovens universitários que bebem com mais frequência, usam eficazmente o preservativo e têm menos comportamentos sexuais de risco. Tal é possível pois os jovens que bebem com mais frequência poderão ser capazes de antecipar o risco no comportamento sexual, devido ao seu padrão de uso de álcool. Estes autores destacam que é importante incorporar a prevenção do consumo de álcool e os comportamentos sexuais de risco, dado o benefício para reduzir o consumo de álcool relacionado com o sexo.

Este trabalho demonstra que o estilo de vida e os comportamentos não devem ser analisados de forma isolada porque o estilo de vida saudável tende a abarcar diferentes comportamentos saudáveis e o mesmo acontece no inverso (Bennasar-Veny et al., 2020).

De notar que se desconhece o impacto futuro da pandemia por COVID 19 nos comportamentos de saúde, a colheita de dados do presente trabalho foi realizada durante a fase pandémica, pelo que este estudo deverá ser replicado futuramente e comparados resultados.

Uma das formas de aumentar a literacia em saúde, nos jovens adultos, parece ser mais efetiva com a utilização de novas tecnologias como aplicações digitais e com o uso de internet (Sansom-Daly et al., 2016).

4.3. Limitações do estudo

O presente trabalho encontrou algumas limitações no decurso do seu desenvolvimento.

Para a elaboração do estado de arte, na pesquisa efetuada constatou-se que existem poucos estudos referentes à literacia em saúde dos estudantes universitários portugueses, e por outro lado os trabalhos encontrados a nível internacional poderão em termos culturais diferir da realidade que se pretendeu estudar.

O instrumento de colheita de dados seleccionado é exaustivo e com interesse metodológico, mas poderá existir a necessidade de o tornar mais exaustivo no estudo das diferentes dimensões da literacia em saúde.

Infelizmente por questões relacionadas com o tempo não foi possível analisar a escala de literacia em saúde mental o que poderia ter tornado o trabalho mais rico.

A amostra obtida não é representativa dos estudantes do ensino superior português, o que impede a generalização dos dados obtidos. Por outro lado e não menos importante a colheita de dados foi realizada durante o período de pandemia por COVID 19 o que pode ter

levado a mudanças no estilo de vida e carecerá de nova aplicação futuramente para avaliar as variações nos resultados.

5. Conclusão

Os estudantes universitários são um grupo extremamente vulnerável pois exibem um aumento dos níveis de stress, problemas com o sono e alimentação, comportamentos de risco como o consumo de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, drogas), obesidade, comportamentos sexuais de risco, baixa atividade física, assim como a prevalência de outros comportamentos de risco para a saúde (Alsubaie, 2015; Bennasar-Veny et al., 2020; Khajouei & Salehi, 2017; Park et al., 2017; Provenzano et al., 2018). Estes são mais suscetíveis a pressões externas, estão menos orientados para o futuro, são mais impulsivos e não são capazes de regular o seu estado emocional, adotando um otimismo irrealista, que os impele a adotar comportamentos de risco (Szabo et al., 2019).

Também o estilo de vida, o nível socioeconómico têm um papel fundamental e a combinação de comportamentos de saúde protetores de acordo com (Bennasar-Veny et al., 2020; Francisco et al., 2019; Gallienne et al., 2018) como a obtenção ou manutenção de um índice de Massa Corporal (IMC) normal, uma alimentação saudável, atividade física regular, não fumar, o consumo moderado de álcool, estão associados a uma baixo risco de doença cardiovascular e baixa incidência de todas as principais causas de mortalidade. A família desempenha um papel impactante na literacia em saúde uma vez que esta possibilita a transmissão de princípios e valores, modelos de conduta, valores culturais, morais e éticos (Barros & Santos, 2017).

De acordo com os dados obtidos para as variáveis contextuais observou-se 74,6% nunca fumou, dos fumadores 69% fuma 6 ou menos cigarros diariamente, 73,9% consumiram bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses, e as mulheres tendem a não consumir bebidas alcoólicas. Teve consumo excessivo episódico de álcool uma ou menos vezes por mês 57,1% dos estudantes universitários.

Teve relações sexuais no último ano 64,1%, utilizou contraceção 92,7% e as mulheres tendem a usar mais contraceção. Os homens quando utilizam tendem a utilizar mais o preservativo, o coito interrompido e nenhuma contraceção e as mulheres a pílula e a dupla contraceção. A maioria dos jovens refere que não teve relações sexuais sob o efeito de álcool e drogas (84,7%, 97,1% respetivamente). Os homens tendem a ter relações sexuais sob o efeito de álcool e drogas e a ter parceiros ocasionais.

Os estudantes ocupam os seus tempos livres 64,5% nas redes sociais entre 1 a 4 horas, 75,9% opta por não jogar online e/ou offline e os homens tendem a jogar mais de 4h diariamente. 51,0% usa canais pagos de filmes e séries entre 1 a 4h. Os homens não acedem

e as mulheres quando acedem fazem-no durante 1 a 4 horas. A utilização do computador afeta algumas vezes a saúde e bem-estar dos estudantes (52,1%).

Os estudantes universitários demonstram níveis mais elevados de literacia na escala de literacia em alimentação na prática alimentar saudável, na escala de literacia em comportamentos aditivos na compreensão e utilização da informação e por fim, na escala de literacia em saúde sexual e reprodutiva em reprodução, contraceção e infeções sexualmente transmissíveis.

De uma forma geral são os estudantes mais velhos, do 4º ano, da licenciatura, portugueses, com média de classificação de 14 a 17 valores, com perceção do desempenho boa, com pais com habilitações académicas até ao 3º ciclo e profissões técnicas apresentam níveis de literacia superiores.

Nas variáveis contextuais de estilo de vida e para o consumo de bebidas alcoólicas, nos últimos 30 dias, os estudantes que não consomem bebidas alcoólicas detêm maior literacia e conhecem os riscos que incorrem com o seu consumo de forma frequente. Os estudantes que tiveram relações sexuais e que utilizam contraceção, também demonstram ser mais literados.

A ocupação dos tempos livres com redes sociais demonstrou ser vantajosa, com níveis de literacia superiores aos utilizadores.

As escalas de literacia em alimentação e em saúde sexual e reprodutiva relacionam-se de forma semelhante, regra geral, elevado nível de literacia numa das escalas implica também literacia elevada na outra.

Para a escala de comportamentos aditivos, foi detetada uma grande variação, não só na análise da relação entre as outras escalas como também na análise dos fatores. Sendo que, quanto maior a literacia relativa à alteração de hábitos de consumo menor a literacia em reprodução, contraceção e infeções sexualmente transmissíveis.

Este trabalho demonstra que o estilo de vida e os comportamentos não devem ser analisados de forma isolada porque o estilo de vida saudável tende a abarcar diferentes comportamentos saudáveis e o mesmo acontece no inverso (Bennasar-Veny et al., 2020) E, os indivíduos com apenas um comportamento de risco tendem a ter mais dificuldade em mudar esse comportamento do que os que apresentam vários comportamento de risco (Dieteren et al., 2020).

O PNS 2021-2030 fomenta a saúde para os jovens e pretende que as estratégias de intervenção se centrem no

“acesso a informação e formação em saúde promotora de comportamentos saudáveis, garantia de acesso a cuidados de saúde, fomento de ambientes saudáveis e participação das crianças e jovens na definição e avaliação de intervenções em saúde”

(Direção-Geral da Saúde [DGS], p. 175, 2021)

As universidades surgem como sendo detentoras de um ambiente favorável à promoção de saúde, e podem nortear a tomada de decisão e conduta dos estudantes. A promoção do bem-estar nos jovens pode contribuir ainda que de forma modesta para prevenir comportamentos de risco, com resultados em saúde positivos. A promoção do bem-estar permite a mudança de comportamentos de forma sustentável, promovendo adultos felizes e saudáveis (Sofija et al., 2020).

Tal é possível com a criação de debates sobre a alimentação, os comportamentos aditivos e saúde sexual e reprodutiva, permitindo alertar os estudantes para os riscos e para desmitificar temas tabu, em ações conjuntas com a participação e integração de pais, educadores e profissionais de saúde e escolas de enfermagem (Ansari et al., 2018; Boing et al., 2019).

As escolas de enfermagem poderão ser envolvidas na criação de políticas de saúde para a promoção da responsabilidade social, cidadania e consciencialização para os comportamentos de risco potencializando plataformas online, com alarmes. Estas plataformas devem promover o acesso aos serviços de saúde, e a informação diversa relativa à literacia, reduzindo barreiras e criando mais oportunidades para a promoção e prevenção de saúde (Boing et al., 2019; Cassidy et al., 2019; M. J. Santos et al., 2018; Sofija et al., 2020).

A abordagem deve ser nacional e internacional com políticas de promoção e prevenção primordial da saúde adaptadas às características locais, regionais, nacionais, à religião, à cultura e ao sexo (Adedini et al., 2021; Amaral et al., 2017; Miranda et al., 2018b; Provenzano et al., 2018; M. J. Santos et al., 2018; S. J. Simpson et al., 2017; World Health Organization, 2016).

Estas ações deverão originar novos estudos que permitam avaliar a efetividade e eficiência desses programas escolares promotores da literacia nos estudantes universitários.

Uma gestão ativa da saúde e o conhecimento, ou seja, níveis elevados de literacia em saúde, reduz de forma consistente e sistematizada a probabilidade de deter comportamentos de risco em saúde. A literacia em saúde é um importante determinante em saúde nesta população (Klinker et al., 2020).

Referências Bibliográficas

- Abreu, M. N. S., Eleotério, A. E., Oliveira, F. D. A., Pedroni, L. C. B. D. R., & Lacena, E. E. de. (2020). Prevalência e fatores associados ao consumo excessivo episódico de álcool entre adultos jovens brasileiros de 18 a 24 anos. *Revista Brasileira de Epidemiologia = Brazilian Journal of Epidemiology*, 23, e200092. <https://doi.org/10.1590/1980-549720200092>
- Adedini, S. A., Mobolaji, J. W., Alabi, M., & Fatusi, A. O. (2021). Changes in contraceptive and sexual behaviours among unmarried young people in Nigeria: Evidence from nationally representative surveys. *PLoS ONE*, 16(2 February), 1–19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246309>
- Almeida, L. S., Casanova, J. R., Fernández, M. F. P., Reppold, C. T., & Gonzalez, M. S. R. (2020). Validity studies of the scale of positive and negative perceptions about alcohol effects. *Revista de Saude Publica*, 54, 1–9. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2020054001811>
- Almeida, R. A. A. S., Corrêa, R. da G. C. F., Rolim, I. L. T. P., Hora, J. M. da, Linard, A. G., Coutinho, N. P. S., & Oliveira, P. da S. (2017). Knowledge of adolescents regarding sexually transmitted infections and pregnancy. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 1033–1039. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0531>
- American College Health Association. American College Health Association-National College Health Assessment III: Reference Group Executive Summary Fall 2021. Silver Spring, MD: American College Health Association; 2022
- Alsubaie, A. (2015). The importance of investigating adolescents' health-related behaviours: an opportunity for improving Public Health. *International Journal of Development Research*, (October 2014). Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/282085658_THE_IMPORTANCE_OF_INVESTIGATING_ADOLESCENTS'_HEALTH-RELATED_BEHAVIOURS_AN_OPPORTUNITY_FOR_IMPROVING_PUBLIC_HEALTH
- Amaral, A. M. S., Santos, D., Paes, H. C. D. S., Dantas, I. D. S., & Santos, D. S. S. dos. (2017). Adolescência, Gênero E Sexualidade: Uma Revisão Integrativa. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 6(1), 62–67. <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v6i1.1114>

- American College Health Association. (2022). American College Health Association-National College Health Assessment III: Reference Group Executive Summary Fall 2021. *Silver Spring, MD: American College Health Association; 2022.*, 1–20. <https://doi.org/10.31833/978-5-91608-197-8-34>
- Ansari, W. El, Ssewanyana, D., & Stock, C. (2018). Behavioral Health Risk Profiles of Undergraduate University Students in England, Wales, and Northern Ireland: A Cluster Analysis. *Frontiers in Public Health*, 6(May), 1–8. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00120>
- Barros, L. R., & Santos, G. B. (2017). Gravidez na adolescência: implicação social. *Revista Da FAESF*, 1(1), 1–12. Retrieved from <http://faesfpi.com.br/revista/index.php/faesf/article/view/8/8>
- Basaran A.G, N. N. (2017). Information, Attitudes and Behaviours about Reproductive Health of a University's Students. *International Journal of Caring*, 10(3), 1545–1553. Retrieved from www.internationaljournalofcaringsciences.org
- Bennasar-Veny, M., Yañez, A. M., Pericas, J., Ballester, L., Fernandez-Dominguez, J. C., Tauler, P., & Aguilo, A. (2020). Cluster analysis of health-related lifestyles in university students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1–15. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051776>
- Berkman, N. D., Davis, T. C., & McCormack, L. (2010). Health literacy: What is it? *Journal of Health Communication*, 15(SUPPL. 2), 9–19. <https://doi.org/10.1080/10810730.2010.499985>
- Bersamin, M., Fisher, A., D., Marcell, A. V, & Finan, L. J. (2017). Reproductive Health Services: Barriers to Use Among College Students. *Community Health.*, 1(1), 155–159. <https://doi.org/10.1007/s10900-016-0242-2>
- Bessey, D. (2021). Testing a one-item risk measure to predict alameda seven health behaviors in the republic of korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), 1–17. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010300>
- Birch, J., Petty, R., Hooper, L., Bauld, L., Rosenberg, G., & Vohra, J. (2019). Clustering of behavioural risk factors for health in UK adults in 2016: a cross-sectional survey. *Journal of Public Health (Oxford, England)*, 41(3), e226–e236. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdy144>
- Boing, A. C., Boing, A. F., & Subramanian, S. V. (2019). Association of violence in schools' vicinity and smoking in schools' premises with tobacco use among Brazilian adolescents. *Cadernos de Saude Publica*, 35(12), e00057919.

<https://doi.org/10.1590/0102-311X00057919>

- Bornioli, A., Lewis-Smith, H., Smith, A., Slater, A., & Bray, I. (2019). Adolescent body dissatisfaction and disordered eating: Predictors of later risky health behaviours. *Social Science and Medicine*, 238(December 2018), 112458. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112458>
- Brandt, L., Schultes, M. T., Yanagida, T., Maier, G., Kollmayer, M., & Spiel, C. (2019). Differential associations of health literacy with Austrian adolescents' tobacco and alcohol use. *Public Health*, 174, 74–82. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.05.033>
- Bröder, J., Okan, O., Bauer, U., Bruland, D., Schlupp, S., Bollweg, T. M., ... Pinheiro, P. (2017). Health literacy in childhood and youth: A systematic review of definitions and models. *BMC Public Health*, 17(1), 1–25. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4267-y>
- Butler, N., Quigg, Z., Bates, R., Sayle, M., & Ewart, H. (2020). Gambling with Your Health: Associations Between Gambling Problem Severity and Health Risk Behaviours, Health and Wellbeing. *Journal of Gambling Studies*, 36(2), 527–538. <https://doi.org/10.1007/s10899-019-09902-8>
- Cadigan, J. M., Duckworth, J. C., Parker, M. E., & Lee, C. M. (2019). Influence of developmental social role transitions on young adult substance use. *Current Opinion in Psychology*, 30(12), 87–91. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.03.006>
- Callado, A. A., Callado, A. L., & Almeida, M. A. (2014). Relatos De Pesquisa Isomorfismo E Práticas De Gestão De Custos : Um Estudo Empírico Entre Empresas Do Porto, 4(1), 204–217. Retrieved from <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/pgc>
- Carbia, C., Corral, M., García-Moreno, L. M., Cadaveira, F., & Caamaño-Isorna, F. (2016). Consumo temprano de alcohol y síntomas psicopatológicos en estudiantes universitarios. *Psicothema*, 28(3), 247–252. <https://doi.org/10.7334/psicothema2015.251>
- Carvalho, C. P., Pinheiro, M. do R. e M., Gouveia, J. A., & Vilar, D. (2016). Questionário de Atitudes e Crenças sobre Sexualidade e Educação Sexual (QACSES) para adolescentes : estudos de validação psicométrica. *Revista de Psicologia Da Criança e Do Adolescente*, 2, 345–363.
- Cassidy, C., Steenbeek, A., Langille, D., Martin-Misener, R., & Curran, J. (2019). Designing an intervention to improve sexual health service use among university

- undergraduate students: A mixed methods study guided by the behaviour change wheel. *BMC Public Health*, 19(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8059-4>
- Chang, F. C., Miao, N. F., Lee, C. M., Chen, P. H., Chiu, C. H., & Lee, S. C. (2016). The association of media exposure and media literacy with adolescent alcohol and tobacco use. *Journal of Health Psychology*, 21(4), 513–525. <https://doi.org/10.1177/1359105314530451>
- Chen, Y. Y., Chiu, Y. C., Ting, T. T., Liao, H. Y., Chen, W. J., & Chen, C. Y. (2016). Television viewing and alcohol advertising with alcohol expectancies among school-aged children in Taiwan. *Drug and Alcohol Dependence*, 162, 219–226. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.03.013>
- Coutinho, C. M. P. (2014) - Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas. (pp. 412) Almedina. 9789724056104
- Cuijpers, P., Auerbach, R. P., Benjet, C., Bruffaerts, R., Ebert, D., Karyotaki, E., & Kessler, R. C. (2019). The World Health Organization World Mental Health International College Student initiative: An overview. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 28(2), 1–6. <https://doi.org/10.1002/mpr.1761>
- Davidson, K. W., Barry, M. J., Mangione, C. M., Cabana, M., Caughey, A. B., Davis, E. M., ... Wong, J. B. (2021). Screening for Chlamydia and Gonorrhea: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 326(10), 949–956. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.14081>
- Davoren, M. P., Dahly, D., Shiely, F., & Perry, I. J. (2018). Alcohol consumption among university students: A latent class analysis. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 25(5), 422–430. <https://doi.org/10.1080/09687637.2017.1290787>
- Dermota, P., Wang, J., Dey, M., Gmel, G., & Mohler-kuo, J. S. M. (2013). Health literacy and substance use in young Swiss men. *Int J Public Health*. <https://doi.org/10.1007/s00038-013-0487-9>
- Diário da República. (2017). Lei nº 63/2017, 3 de agosto. *Diário Da República*, 1ª Série, 4455–4477. Retrieved from <https://dre.pt/application/file/a/107802136>
- Dieteren, C. M., Brouwer, W. B. F., & Van Exel, J. (2020). How do combinations of unhealthy behaviors relate to attitudinal factors and subjective health among the adult population in the Netherlands? *BMC Public Health*, 20(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8429-y>

- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo*. Direcção-Geral de Saúde. Retrieved from <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-do-tabagismo/relatorios-e-publicacoes.aspx>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2016). Despacho n.º 15385-A/2016 de 21 de Dezembro. *Diário Da República*, 2.^a série(N.º 243), 37142–37142.
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2019). *Manual de boas práticas de Literacia em Saúde - Capacitação dos Profissionais de Saúde*. <https://doi.org/10.110.13140/RG.2.2.17763.30243>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2020). *Direção Geral da Saúde. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*. Direcção Geral da Saúde (Maria João).
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2021). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030*.
- Donenberg, G. R., Kendall, A. D., Emerson, E., Fletcher, F. E., Bray, B. C., & McCabe, K. (2020). IMARA: A mother-daughter group randomized controlled trial to reduce sexually transmitted infections in Black/African- American adolescents. *PLoS ONE*, 15(11 November), 1–14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239650>
- Dumbili, E. W., & Henderson, L. (2017). Mediating alcohol use in Eastern Nigeria: A qualitative study exploring the role of popular media in young people's recreational drinking. *Health Education Research*, 32(3), 279–291. <https://doi.org/10.1093/her/cyx043>
- ESPAD. (2015). *ESPAD Report 2015 - Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. <https://doi.org/10.2810/86718>
- Fernandes, T. F., Monteiro, B. M. de M., Silva, J. B. M., Oliveira, K. M. de, Viana, N. A. O., Gama, C. A. P. da, & Guimarães, D. A. (2017). Uso de substâncias psicoativas entre universitários brasileiros: perfil epidemiológico, contextos de uso e limitações metodológicas dos estudos. *Cadernos Saúde Coletiva*, 25(4), 498–507. <https://doi.org/10.1590/1414-462x201700040181>
- Francisco, P. M. S. B., de Assumpção, D., & Malta, D. C. (2019). Co-occurrence of smoking and unhealthy diet in the Brazilian adult population. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 113(4), 699–709. <https://doi.org/10.5935/abc.20190222>
- Gakidou, E., Afshin, A., Abajobir, A. A., Abate, K. H., Abbafati, C., Abbas, K. M., ... Murray, C. J. L. (2017). Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic

- risks or clusters of risks, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 390(10100), 1345–1422.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32366-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32366-8)
- Gallienne, C., Wang, L., Khan, T., & Sievenpiper, J. (2018). Low Risk Lifestyle Behaviours and All Cause Mortality: a Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *Canadian Journal of Cardiology*, 34(10), S41.
<https://doi.org/10.1016/j.cjca.2018.07.350>
- Gallo, L. A. G., Gallo, T. F., Young, S. L., Moritz, K. M., & Akison, L. K. (2020). The impact of isolation due to covid-19 on physical activity levels in adult students. *Nutrients*, 13(2), 1–9. <https://doi.org/10.3390/su13020446>
- Galvão, A., Castro, F. (2021). Literacia em saúde. In A. Galvão, A. Ferreira, A. Gonçalves, A. Martins, A. Monteiro, A. Silva, et al. (Eds.), *Literacia em Saúde e Autocuidado: Evidência que Projetam a Prática Clínica* (pp. 9-21). Euromédice, Edições Médicas.
- Gordon, C. S., Howard, S. J., Jones, S. C., & Kervin, L. K. (2016). Evaluation of an Australian Alcohol Media, (November), 950–957.
- Gordon, C. S., Jones, S. C., Kervin, L., & Lee, J. K. (2016). Empowering students to respond to alcohol advertisements: Results from a pilot study of an Australian media literacy intervention. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 40(3), 231–232. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.12459>
- Gräf, D. D., Mesenburg, M. A., & Fassa, A. G. (2020). Risky sexual behavior and associated factors in undergraduate students in a city in Southern Brazil. *Revista de Saude Publica*, 54, 1–12. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2020054001709>
- Granados, R., Moyano, N., & Sierra, J. C. (2020). Behavioral intention to have risky sex in young men and women: The role of sexual excitation and assertiveness. *PLoS ONE*, 15(5), 1–19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232889>
- Gravata, A., Castro, R., & Borges-Costa, J. (2016). Study of the sociodemographic factors and risky behaviours associated with the acquisition of sexual transmitted infections by foreign exchange students in Portugal. *Acta Medica Portuguesa*, 29(6), 360–366.
- Hagedorn, R. L., & Olfert, M. D. (2018). Food insecurity and behavioral characteristics for academic success in young adults attending an appalachian university. *Nutrients*, 10(3). <https://doi.org/10.3390/nu10030361>

- Hill, M. M., & Hill, A. (2008). *Investigação por questionário* (2.^a ed.). Edições Sílabo.
- Hutchesson, M. J., Duncan, M. J., Oftedal, S., Ashton, L. M., Oldmeadow, C., Kay-Lambkin, F., & Whatnall, M. C. (2021). Latent class analysis of multiple health risk behaviors among australian university students and associations with psychological distress. *Nutrients*, *13*(2), 1–16. <https://doi.org/10.3390/nu13020425>
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. Lisboa: INE. Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Classificação+Portuguesa+das+Profissões+2010#0>
- Kenney, S. R., Anderson, B. J., & Stein, M. D. (2018). Drinking to cope mediates the relationship between depression and alcohol risk: Different pathways for college and non-college young adults. *Addictive Behaviors*, *80*(5), 116–123. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.01.023>
- Khajouei, R., & Salehi, F. (2017). Health literacy among iranian high school students. *American Journal of Health Behavior*, *41*(2), 215–222. <https://doi.org/10.5993/AJHB.41.2.13>
- Khandpur, N., Swinburn, B., & Monteiro, C. A. (2018). Nutrient-Based Warning Labels May Help in the Pursuit of Healthy Diets. *Obesity*, *26*(11), 1670–1671. <https://doi.org/10.1002/oby.22318>
- Klinker, C. D., Aaby, A., Ringgaard, L. W., Hjort, A. V., Hawkins, M., & Maindal, H. T. (2020). Health literacy is associated with health behaviors in students from vocational education and training schools: A danish population-based survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(2). <https://doi.org/10.3390/ijerph17020671>
- König, C., Skriver, M. V., Iburg, K. M., & Rowlands, G. (2018). Understanding educational and psychosocial factors associated with alcohol use among adolescents in Denmark; implications for health literacy interventions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *15*(8). <https://doi.org/10.3390/ijerph15081671>
- Kritsotakis, G., Georgiou, E. D., Karakonstandakis, G., Kaparounakis, N., Pitsouni, V., & Sarafis, P. (2020). A longitudinal study of multiple lifestyle health risk behaviours among nursing students and non-nursing peers. *International Journal of Nursing Practice*, *26*(6), 1–13. <https://doi.org/10.1111/ijn.12852>
- Larson, N., Laska, M. N., & Neumark-Sztainer, D. (2020). Food insecurity, diet quality,

- home food availability, and health risk behaviors among emerging adults: Findings from the EAT 2010-2018 study. *American Journal of Public Health*, 110(9), 1422–1428. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305783>
- Lee, C. K., Liao, L. L., Lai, I. J., & Chang, L. C. (2019). Effects of a healthy-eater self-schema and nutrition literacy on healthy-eating behaviors among Taiwanese college students. *Health Promotion International*, 34(2), 269–276. <https://doi.org/10.1093/heapro/dax080>
- Lee, D. W., Jang, T. W., Kim, H. R., & Kang, M. Y. (2021). The relationship between working hours and lifestyle behaviors: Evidence from a population-based panel study in Korea. *Journal of Occupational Health*, 63(1), 1–11. <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12280>
- Lubman, D. I., Berridge, B. J., Blee, F., Jorm, A. F., Wilson, C. J., Allen, N. B., ... Wolfe, R. (2016). A school-based health promotion programme to increase help-seeking for substance use and mental health problems: Study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 17(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s13063-016-1510-2>
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. (pp. 1022). ReportNumber. ISBN 9789899676374
- Marôco, J. (2018). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. ReportNumber.
- Negas, E., (2021) *Estatística Descritiva: Explicação Teórica, Casos de Aplicações e Exercícios Resolvidos*. (pp. 384). Edições Silabo ISBN: 978-989-561-150-8
- Meadar, N., King, K., Moe-Byrne, T., Wright, K., Graham, H., Petticrew, M., ... Sowden, A. J. (2016). A systematic review on the clustering and co-occurrence of multiple risk behaviours. *BMC Public Health*, 16(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3373-6>
- Miranda, P. S. F., Aquino, J. M. G., Monteiro, R. M. P. de C., Dixe, M. D. A. C. R., Luz, A. M. B. da, & Moleiro, P. (2018a). Comportamentos sexuais: estudo em jovens. *Einstein*, 16(3), 1–7. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082018AO4265>
- Miranda, P. S. F., Aquino, J. M. G., Monteiro, R. M. P. de C., Dixe, M. D. A. C. R., Luz, A. M. B. da, & Moleiro, P. (2018b). Sexual behaviors: study in the youth. *Einstein (Sao Paulo, Brazil)*, 16(3), eAO4265. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082018AO4265>
- Mudryj, A. N., Riediger, N. D., & Bombak, A. E. (2019). The relationships between health-related behaviours in the Canadian adult population. *BMC Public Health*,

- 19(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7674-4>
- Natarajan, V., Sekar, T., & Chockalingam, P. (2020). Prevalence of cardiovascular health risk behaviors in college-going women in a major metropolis in India. *Indian Heart Journal*, 72(5), 451–453. <https://doi.org/10.1016/j.ihj.2020.08.014>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Okunna, N. (2021). A Comparison of Mental and Behavioral Health Risks Factors Associated With Current Dual Use of Electronic Cigarette and Conventional Tobacco Cigarettes With Exclusive Tobacco Cigarette Use and Nonuse Among Adults in the United States. *American Journal on Addictions*, 30(2), 138–146. <https://doi.org/10.1111/ajad.13110>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. *Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53).
- Parisod, H., Pakarinen, A., Axelin, A., Danielsson-Ojala, R., Smed, J., & Salanterä, S. (2017). Designing a Health-Game Intervention Supporting Health Literacy and a Tobacco-Free Life in Early Adolescence. *Games for Health Journal*, 6(4), 187–199. <https://doi.org/10.1089/g4h.2016.0107>
- Park, A., Eckert, T. L., Zaso, M. J., Scott-Sheldon, L. A. J., Vanable, P. A., Carey, K. B., ... Carey, M. P. (2017). Associations Between Health Literacy and Health Behaviors Among Urban High School Students. *Journal of School Health*, 87(12), 885–893. <https://doi.org/10.1111/josh.12567>
- Pestana, M. H., Gageiro, J. N. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais- A Complementaridade do SPSS (6ª Edição)*. (pp.1240). Edições Sílabo. ISBN 9789726187752
- Podstawski, R., Wesołowska, E., & Choszcz, D. (2017). Trends in alcohol drinking among university students at the Polish University of Warmia and Mazury in Olsztyn. *NAD Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 34(5), 430–441. <https://doi.org/10.1177/1455072517709919>
- Precioso, J., Samorinha, C., Macedo, M., & Antunes, H. (2012). Prevalência do consumo de tabaco em adolescentes escolarizados portugueses por sexo: Podemos estar otimistas? *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 18(4), 182–187. <https://doi.org/10.1016/j.rppneu.2012.03.001>

- Primack, B. A., Nuzzo, E., Rice, K. R., & Sargent, J. D. (2012). Alcohol brand appearances in US popular music. *Addiction*, 107(3), 557–566.
<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03649.x>
- Provenzano, S., Santangelo, O. E., Alagna, E., Giordano, D., & Firenze, A. (2018). Sexual and reproductive health risk behaviours among Palermo university students: Results from an online survey. *Clinica Terapeutica*, 169(5), E242–E248.
<https://doi.org/10.7417/CT.2018.2086>
- Queirós, P. D. S., Pires, L. M., Matos, M. A., Junqueira, A. L. N., Medeiros, M., & De Souza, M. M. (2016). Conceptions of parents of adolescent students about the sexuality of their children. *Revista Da Rede de Enfermagem Do Nordeste*, 17(2), 293–300. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000200018>
- Ramo, D. E., Thrul, J., Vogel, E. A., Delucchi, K., & Prochaska, J. J. (2019). Multiple Health Risk Behaviors in Young Adult Smokers: Stages of Change and Stability over Time. *Annals of Behavioral Medicine*, 54(2), 75–86.
<https://doi.org/10.1093/abm/kaz025>
- Reid, S. D., & Gentius, J. (2018). Intensity of energy drink use plus alcohol predict risky health behaviours among university students in the Caribbean. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(11).
<https://doi.org/10.3390/ijerph15112429>
- Reis, M., Matos, M. G., & Equipa Aventura Social. (2017). COMPORTAMENTOS DE SAÚDE DOS JOVENS UNIVERSITÁRIOS PORTUGUESES RELATÓRIO DO ESTUDO-DADOS NACIONAIS 2016 Coordenadora executiva do estudo HBSC/JUnP: Marta Reis, 1–126. Retrieved from www.researcherid.com/rid/H-3824-2012
- Reyna, V. F., & Farley, F. (2006). Risk and rationality in adolescent decision making: Implications for theory, practice, and public policy. *Psychological Science in the Public Interest, Supplement*, 7(1), 1–44. <https://doi.org/10.1111/j.1529-1006.2006.00026.x>
- Robson, S. M., Lozano, A. J., Papas, M., & Patterson, F. (2017). Food insecurity and cardiometabolic risk factors in adolescents. *Preventing Chronic Disease*, 14(11), 1–9. <https://doi.org/10.5888/pcd14.170222>
- Rodrigues, K., Souza, M. F., Vieira, M. L., & Freitas, D. (2018). Gravidez e doenças sexualmente transmissíveis na adolescência. *Associação Médica Brasileira*, 47, nº 2, 212–245. Retrieved from

<http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/337>

- Rodríguez-Muñoz, P. M., Carmona-Torres, J. M., & Rodríguez-Borrego, M. A. (2020). Influence of tobacco, alcohol consumption, eating habits and physical activity in nursing students. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28(February). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3198.3230>
- Rojas-Rivas, E., Antúnez, L., Cuffia, F., Otterbring, T., Aschemann-Witzel, J., Giménez, A., & Ares, G. (2020). Time orientation and risk perception moderate the influence of sodium warnings on food choice: Implications for the design of communication campaigns. *Appetite*, 147(March 2019). <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104562>
- Sales, W. B., Visentin, A., Mocelin, D., & Simm, E. B. (2016). Comportamento sexual de risco e conhecimento sobre IST/SIDA em universitários da saúde. *Referência - Revista de Enfermagem*, IV(10), 19–27.
- Sansom-Daly, U. M., Lin, M., Robertson, E. G., Wakefield, C. E., McGill, B. C., Girgis, A., & Cohn, R. J. (2016). Health Literacy in Adolescents and Young Adults: An Updated Review. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 5(2), 106–118. <https://doi.org/10.1089/jayao.2015.0059>
- Santos, A. C. B. dos. (2015). Atitudes e comportamentos sexuais dos adolescentes do 12 . ° ano de escolaridade.
- Santos, J. R., & Gonçalves, E. (2016). Rastreio de Infecções Sexualmente Transmissíveis não víricas nos adolescentes: qual o estado da arte. *Nascer e Crescer*, 25(3), 163–168.
- Santos, M. J., Ferreira, E., Duarte, J., & Ferreira, M. (2018). Risk factors that influence sexual and reproductive health in Portuguese university students. *International Nursing Review*, 65(2), 225–233. <https://doi.org/10.1111/inr.12387>
- Scott, S., Beyer, F., Parkinson, K., Muir, C., Graye, A., Kaner, E., ... Adamson, A. (2018). Non-Pharmacological Interventions to Reduce Unhealthy Eating and Risky Drinking in Young Adults Aged 18–25 Years: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*, 10(10), 1538. <https://doi.org/10.3390/nu10101538>
- Scull, T. M., Kupersmidt, J. B., Malik, C. V., & Keefe, E. M. (2019). Examining the efficacy of an mHealth media literacy education program for sexual health promotion in older adolescents attending community college. *Journal of American College Health*, 66(3), 165–177. <https://doi.org/10.1080/07448481.2017.1393822>.Examining

- Serra, C. B. (2017). Educação em sexualidade na escola: um projeto com adolescentes, 56. Retrieved from [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/24060/1/Claudiana Batalha Serra.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/24060/1/Claudiana%20Batalha%20Serra.pdf)
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: Investigação, S. de M. e I. D. de E. e I. (2019). Relatório Anual 2018 A Situação do País em Matéria de Álcool. *Serviço de Intervenção Nos Comportamentos Aditivos e Nas Dependências*, 1699.
- Simpson, S., Clifford, C., Quinn, M. G., Ross, K., Sefton, N., Owen, L., ... Turner, R. (2017). Sexuality-related attitudes significantly modulate demographic variation in sexual health literacy in Tasmanian university students. *Sexual Health*, 14(3), 244–253. <https://doi.org/10.1071/SH16135>
- Simpson, S. J., Clifford, C., Quinn, M. G., Ross, K., Sefton, N., D, L., ... Turner, R. (2017). Sexuality-related attitudes significantly modulate demographic variation in sexual health literacy in Tasmanian university students. *Sexual Health*, 14 (3), 224–253.
- Sofija, E., Harris, N., Phung, D., Sav, A., & Sebar, B. (2020). Does flourishing reduce engagement in unhealthy and risky lifestyle behaviours in emerging adults? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 1–19. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249472>
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., ... Helmut Brand. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053–1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
- Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Szabo, K., Piko, B. F., & Fitzpatrick, K. M. (2019). Adolescents' attitudes towards healthy eating: The role of self-control, motives and self-risk perception. *Appetite*, 143(August), 104416. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104416>
- Terlecki, M. A., Ecker, A. H., & Buckner, J. D. (2020). The role of underutilization of protective behavioral strategies in the relation of social anxiety with risky drinking. *Addictive Behaviors*, 100(2), 106122. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106122>

- Tinner, L., Caldwell, D., Hickman, M., & Campbell, R. (2021). Understanding adolescent health risk behaviour and socioeconomic position: A grounded theory study of UK young adults. *Sociology of Health and Illness*, 43(2), 528–544. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13240>
- Valiatti, T. B., Barcelos, I. B., Barcelo, I. da S., Almeida, K. F., Araújo, S. M., & Carniel, F. (2018). SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA : UMA ABORDAGEM NO CONTEXTO ESCOLAR. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, 12, 278–293.
- Vamos, C. A., Thompson, E. L., Logan, R. G., Griner, S. B., Perrin, K. M., Merrell, L. K., ... Daley, E. M. (2018). Exploring college students ' sexual and reproductive health literacy. *Journal of American College Health*, 0(0), 1–10. <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1515757>
- Vaz Pereira, F., & Borges da Costa, J. (2020). Infecção Genital por Chlamydia Trachomatis nos Adolescentes Portugueses. *Journal of the Portuguese Society of Dermatology and Venereology*, 78(3), 237–243. <https://doi.org/10.29021/spdv.78.3.1226>
- Wang, S. C., Lui, J. H. L., Vega, G., Waldrop, M., & Garris, J. (2018). The moderating effect of alcohol use on protective and risky sex behaviors among college students in the Southeast United States. *Journal of American College Health*, 66(7), 546–552. <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1431916>
- Wang, Y., Chen, M., & Lee, J. H. (2019). Adolescents' Social Norms across Family, Peer, and School Settings: Linking Social Norm Profiles to Adolescent Risky Health Behaviors. *Journal of Youth and Adolescence*, 48(5), 935–948. <https://doi.org/10.1007/s10964-019-00984-6>
- Woerner, J., Overstreet, C., Amstadter, A. B., & Sartor, C. E. (2021). Profiles of psychosocial adversity and their associations with health risk behaviors and mental health outcomes in young adults. *Journal of Health Psychology*, 25(12), 1882–1893. <https://doi.org/10.1177/1359105318780504>
- Workowski, K. A., Bachmann, L. H., Chan, P. A., Johnston, C. M., Muzny, C. A., Park, I., ... Bolan, G. A. (2021). Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. *MMWR. Recommendations and reports : Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports / Centers for Disease Control* (Vol. 70).
- World Health Organization. (1998). Health promotion glossary. Retrieved from [https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR Glossary 1998.pdf?ua=1](https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1)
- World Health Organization. (2012). Guideline: Sodium intake for adults and children.

- World Health Organization*, 1–56. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/handle/10665/77985> [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Sodium%5BTtitle%5D AND intake%5BTtitle%5D AND adults%5BTtitle%5D AND children%5BTtitle%5D AND WHO%5BTtitle%5D%5Cnhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Sodium%255BTtitle%255](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Sodium%5BTtitle%5D%5Cnhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Sodium%255BTtitle%255)
- World Health Organization. (2016). *Global Health Sector Strategy on Sexually Transmitted Infections 2016–2021 Towards Ending STIs* (Vol. 20). <https://doi.org/10.1055/s-2007-970201>
- World Health Organization. (2018a). *Adolescent alcohol-related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002-2014*. Retrieved from <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/adolescent-alcohol-related-behaviours-trends-and-inequalities-in-the-who-european-region,-20022014-2018>
- World Health Organization. (2018b). *Global status report on alcohol and health 2018. Global status report on alcohol* (Vol. 65). <https://doi.org/10.1037/cou0000248>
- World Health Organization. (2018c). *Who global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000-2025, second edition*.
- World Health Organization. (2020). Diretrizes da OMS para atividade física e comportamento sedentário: num piscar de olhos. In E. M. de Camargo & C. R. R. Añez (Eds.) (p. 24). Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337001/9789240014886-por.pdf>
- World Health Organization. (2021). *WHO report on the global tobacco epidemic 2021: addressing new and emerging products. Health Promotion*. Retrieved from <https://www.who.int/teams/health-promotion/tobacco-control/global-tobacco-report-2021>
- World Health Organization. (2022). *The European health report 2021: Taking stock of the health-related Sustainable Development Goals in the COVID-19 era with a focus on leaving no one behind. Quaderni ACP* (Vol. 23). Regional Office for Europe.
- World Health Organization [WHO]. (2021). *Health Promotion Glossary of Terms 2021. World Health Organization* (Vol. 36). Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>
- Yang, R., Li, D., Hu, J., Tian, R., Wan, Y., Tao, F., ... Zhang, S. (2019). Association between health literacy and subgroups of health risk behaviors among chinese

adolescents in six cities: A study using regression mixture modeling. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(19).

<https://doi.org/10.3390/ijerph16193680>

Zadarko-Domaradzka, M., Barabasz, Z., Sobolewski, M., Nizioł-Babiarz, E., Penar-Zadarko, B., Szybisty, A., & Zadarko, E. (2018). Alcohol Consumption and Risky Drinking Patterns among College Students from Selected Countries of the Carpathian Euroregion. *BioMed Research International*, 2018.

<https://doi.org/10.1155/2018/6084541>

Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S. (2005). Understanding health literacy: An expanded model. *Health Promotion International*, 20(2), 195–203.

<https://doi.org/10.1093/heapro/dah609>

Zhang, J., Tang, B. wen, Liu, M. wei, Yuan, S., Yu, H. jie, Zhang, R., ... He, Q. qiang. (2020). Association of Adverse Childhood Experiences with Health Risk Behaviors Among College Students in Zambia. *International Journal of Behavioral Medicine*, 27(4), 400–405. <https://doi.org/10.1007/s12529-020-09863-y>

ANEXO I ((Instrumento de colheita de dados – *AppSaúde: Empoderar para melhor viver*)

Avaliação da Literacia em saúde dos estudantes do Ensino Superior Politécnico

Caro(a) estudante

Este estudo tem por objetivo conhecer os níveis de conhecimento de literacia em saúde e bem-estar dos estudantes do Ensino Superior.

Os dados recolhidos servirão para elaborar intervenções de promoção de saúde dirigidas as necessidades identificadas, pelo que a **sua participação é fundamental**.

Os dados serão analisados de forma agregada pelo que **garantimos a confidencialidade e o anonimato**. A sua participação é voluntaria. **Não há respostas certas ou erradas**, o mais importante para nós é a sua resposta sincera.

Por favor, leia com atenção cada pergunta e responda de acordo com o que pensa e o que se passa consigo neste momento.

Pedimos-lhe que tente responder a todas as questões. O preenchimento demorará em média 15 minutos.

Aceito participar e dou o meu consentimento para participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido(a) sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas. ☐

Muito Obrigada pela Sua colaboração!

Idade:

Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

Estado civil:

- ☐ Solteiro/ a
- ☐ Casado/a ou União de Facto
- ☐ Outro

Nacionalidade: _____ Distrito de proveniência: _____

Instituição de ensino superior que frequenta: _____

Curso que frequenta: _____ Ano:

Ciclo de estudos que frequenta: Ctesp ☐ Licenciatura ☐ Mestrado ☐ Outro ☐

É estudante: ☐ português ☐ estrangeiro

Se é estudante estrangeiro, qual é o programa de mobilidade que está a frequentar?

- ☐ Erasmus
- ☐ Protocolos bilaterais
- ☐ Outro

1. Como considera o seu desempenho académico?

- ☐ Excelente
- ☐ Muito bom
- ☐ Bom
- ☐ Razoável
- ☐ Mau

2. Até ao momento, aproximadamente, qual é a sua média de classificação?

- ☐ < 10 valores
- ☐ 10 – 13 valores
- ☐ 14 – 16 valores
- ☐ 17 – 20 valores

3. Qual o grau de escolaridade dos seus pais?

Pai:

Mãe:

- ☐ 1º ciclo Ensino Básico
- ☐ 2º ciclo Ensino Básico
- ☐ 3º ciclo Ensino Básico
- ☐ Secundário
- ☐ Licenciatura
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutoramento

- ☐ 1º ciclo Ensino Básico
- ☐ 2º ciclo Ensino Básico
- ☐ 3º ciclo Ensino Básico
- ☐ Secundário
- ☐ Licenciatura
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutoramento

4. Qual a profissão dos seus pais?

Pai: _____

Mãe: _____

5. Durante o tempo de aulas está deslocado da sua residência habitual? ☐ Sim ☐ Não

6. Com quem reside habitualmente durante o tempo de aulas?

- ☐ Sozinho
- ☐ Com colegas em quarto ou apartamento
- ☐ Em residência para estudantes
- ☐ Com a família de origem
- ☐ Com outros familiares

- ☐ Outro: Qual? _____
- 7.** Qual é a sua situação atual perante o estudo/profissão?
- ☐ Estudante a tempo integral
 - ☐ Estudante a tempo integral com uma atividade profissional esporádica
 - ☐ Estudante a tempo integral com atividade profissional regular
 - ☐ Estudante com atividade profissional regular a tempo parcial
 - ☐ Estudante com atividade profissional a tempo integral
- 8.** Quantos irmãos têm?
- 9.** Em relação ao consumo de cigarros, charutos, cachimbo e/ou cigarros eletrônicos, qual das seguintes condições se aplica a si?
- ☐ Fumo atualmente
 - ☐ Costumava fumar, mas já parei
 - ☐ Nunca fumei
- 10.** Qual a frequência com que fuma?
- ☐ Ocasionalmente
 - ☐ Todos os dias _____
 - ☐ ____ Quantos cigarros por dia
- 11.** Durante os últimos 12 meses, consumiu bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, bebidas espirituosas, cidra ou outras)?
- ☐ Sim
 - ☐ Não
 - ☐ Nunca bebi
- 12.** Quantas vezes nos últimos 12 meses, consumiu três ou mais bebidas alcoólicas num dia?
- ☐ Várias vezes por semana
 - ☐ Uma vez por semana
 - ☐ Uma vez por mês
 - ☐ Menos do que uma vez por mês
 - ☐ Nunca
- 13.** Durante os últimos 30 dias, bebeu quaisquer uma destas bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, bebidas espirituosas, cidra ou outras)?

☐ Sim

☐ Não

14. Em relação à utilização do Computador/Internet, assinale com que frequência diária costuma aceder:

	Não acedo	Menos de 1h	Entre 1h e 2h	Entre 2h e 4h	Entre 4h e 6H	Mais de 6h
14.1 -Redes Sociais: Youtube; Instagram; Snapchat; Outros						
14.2 - Jogos On-line; Jogos Off-line; Outros						
14.3 -Canais pagos de Filmes; Séries (Netflix; HBO;Outros)						

15. Sente que a utilização do Computador/Internet afeta a sua saúde e bem-estar?

Nunca ☐ Raramente ☐ Algumas Vezes ☐ Muitas Vezes ☐ Sempre ☐

16-No último ano teve relações sexuais?

☐ Sim

☐ Não

17-As relações sexuais aconteceram no contexto de uma relação?

☐ Sim

☐ Não

18-Utilizou contraceção?

☐ Sim

☐ Não

19-Se sim qual?

☐ Preservativo

☐ Pílula

☐ Pílula e preservativo

☐ Anel vaginal

☐ Adesivo contraceptivo

☐ Implante

☐ Coito interrompido

☐ Outro? Qual? _____

20-Nos últimos 12 meses quando teve relações sexuais, utilizou o preservativo?

- ☐ Sempre
- ☐ Frequentemente
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca

21-Já teve relações sexuais associadas ao consumo de álcool?

- ☐ Não
- ☐ Sim

22-Já teve relações sexuais associadas ao consumo de drogas?

- ☐ Não
- ☐ Sim

23-Já teve relações sexuais com parceiros ocasionais?

- ☐ Não
- ☐ Sim

A - Literacia em Comportamentos Aditivos

Numa Escala que vai do Muito difícil ao Muito fácil, responda às seguintes afirmações	Muito difícil	Difícil	Fácil	Muito Fácil	Não sei
24.encontrar informações sobre o impacto do consumo de tabaco na saúde.					
25. ...compreender a informação sobre o impacto do consumo de tabaco na saúde.					
26. ...usar informações para tomar decisões acerca do consumo do tabaco.					
27. ...alterar os hábitos de consumo de tabaco, que afetam a saúde .					
28. ...compreender a informação dos órgãos de comunicação oficiais (ex: ministério da saúde) sobre o tabaco.					
29. ...encontrar informações sobre o impacto do consumo de bebidas alcoólicas na saúde.					
30. compreender a informação sobre o impacto do consumo de bebidas alcoólicas na saúde.					
31. ...Usar informações para tomar decisões acerca do consumo de bebidas alcoólicas.					
32. alterar os hábitos de consumo de bebidas alcoólicas, que afetam a saúde .					

33. compreender a informação dos órgãos de comunicação oficiais (ex: ministério da saúde) sobre o consumo de bebidas alcoólicas.					
34. ...encontrar informações sobre o impacto do consumo de substâncias ilícitas/drogas, na saúde.					
35. ...compreender informação sobre o impacto na saúde do consumo de substâncias ilícitas/drogas(Cannabis; Haxixe; Erva; Marijuana; LSD; Anfetaminas; Cocaína; Ecstasy; Heroína; Crack; outras....)					
36. ...usar informações para tomar decisões acerca do consumo de substâncias ilícitas/drogas (Cannabis; Haxixe; Erva; Marijuana; LSD; Anfetaminas; Cocaína; Ecstasy; Heroína; Crack; outras....)					
37.alterar os hábitos de consumo de substâncias ilícitas/drogas (Cannabis; Haxixe; Erva; Marijuana; LSD; Anfetaminas; Cocaína; Ecstasy; Heroína; Crack; outras....) que afetam a saúde.					
38.compreender a informação dos órgãos de comunicação oficiais (ex: ministério da saúde) sobre o consumo de substâncias ilícitas/drogas (Cannabis; Haxixe; Erva; Marijuana; LSD; Anfetaminas; Cocaína; Ecstasy; Heroína; Crack; outras....) que afetam a saúde :					

B- Literacia em Alimentação

Numa escala que vai do Muito difícil ao Muito fácil, responda às seguintes afirmações	Muito difícil	Difícil	Fácil	Muito Fácil	Não sei
39. ...encontrar informação sobre alimentação saudável (Site da DGS)					
40. ...encontrar informação sobre alimentação saudável (internet; Televisão; Livros/Revistas)					
41. ...compreender a informação sobre alimentação saudável (Site da DGS)					
42. ...compreender a informação sobre alimentação saudável (internet; Televisão; Livros/Revistas)					
43. ...encontrar informação sobre a frequência diária de refeições.					
44. ...compreender a importância de comer várias vezes ao dia.					
45. ... fazer as refeições aconselhadas ao longo do dia, como por exemplo tomar sempre o pequeno almoço.					
46. ...encontrar informação sobre dietas e regimes alimentares, (Restrição calórica; Vegetariana/Vegana; Biológica; - Dietas					

adequadas para certas doenças/intolerâncias (por ex. isenta de glúten)					
47. ...compreender a informação sobre dietas e regimes alimentares que encontra na internet.					
48. ...compreender a informação sobre dietas e regimes alimentares que encontra em livros/revistas.					
49. ...praticar uma alimentação que se enquadra nos princípios da alimentação saudável.					
50. ...alterar a sua dieta para uma alimentação ou regime alimentar adequado a certas doenças/intolerâncias.					
51.encontrar informação sobre as porções recomendadas para o consumo de cada tipo de alimentos.					
52. ...compreender as recomendações sobre as quantidades de alimentos que devem ser consumidas, quando estas se apresentam em porções.					
53. ...compreender as recomendações sobre as quantidades de alimentos que devem ser consumidas, quando estas se apresentam em massa (gramas).					
54. ...utilizar a informação para confirmar que na sua prática diária consome as quantidades recomendadas para a sua idade e sexo dos principais grupos de alimentos.					
55. ...compreender a informação contida na Roda dos Alimentos.					
56.encontrar informação sobre a qualidade nutricional de bebidas.					
57. ...compreender os alertas sobre o consumo de bebidas açucaradas/refrigerantes.					
58. ...compreender a informação sobre bebidas energizantes (tipo Red Bull).					
59. ...usar a informação para corresponder às suas necessidades diárias de ingestão de líquidos.					
60.encontrar informação sobre a Dieta Mediterrânica.					
61. ...compreender os pressupostos da Dieta Mediterrânica.					
62. ...praticar hábitos alimentares que se ajustam aos padrões da Dieta Mediterrânica.					
63. ...compreender os benefícios e riscos associados à ingestão de suplementos alimentares.					
64. ...compreender a utilidade da toma de suplementos alimentares (Multivitamínicos, vitaminas, cálcio, Omega 3, etc.)					
65.encontrar informação sobre o uso do sal na alimentação.					
66. ...compreender os riscos da utilização excessiva de sal na alimentação.					
67. ...usar a informação para controlar o uso de sal na sua dieta.					
68.encontrar informação sobre o papel das gorduras na alimentação.					
69.encontrar informação sobre as diferenças entre gorduras saturadas e gorduras insaturadas.					

70. ...compreender os efeitos resultantes do consumo de gorduras saturadas e de gorduras insaturadas.					
71. ...moderar o uso de gorduras na sua alimentação.					
72. ...evitar o uso de gorduras saturadas na sua alimentação.					
73. ...encontrar informação sobre o papel dos hidratos de carbono na alimentação (arroz; batata, massa....)					
74. ...compreender o tipo de hidratos de carbono que ingere na sua alimentação.					
75.encontrar informação sobre o papel da fibras alimentares na saúde.					
76. ...compreender os benefícios do consumo de fibras alimentares.					
77. ...compreender os benefícios ou inconvenientes do consumo excessivo de fibras alimentares.					
78. ...praticar uma alimentação que contenha as quantidades recomendadas de fibra alimentar.					
79.encontrar informação sobre a importância do consumo adequado de proteínas na alimentação .(carne; peixe; feijão....)					
80.encontrar informação sobre fontes de proteína de origem animal e vegetal.					
81. ...compreender quais as quantidades recomendadas para ingestão de proteína.					
82. ...compreender os efeitos do consumo excessivo de proteína.					
83. ...moderar o consumo de proteínas.					
84.encontrar informação sobre como interpretar os rótulos dos alimentos.					
85. compreender a informação transmitida nos rótulos dos alimentos.					
86.encontrar informação sobre o Semáforo Nutricional dos Rótulos Alimentares.					
87. ...compreender o Semáforo Nutricional dos Rótulos Alimentares.					
88. ...usar a rotulagem alimentar como ajuda para fazer escolhas alimentares mais saudáveis.					

C-Literacia em Saúde Sexual e Reprodutivos

Numa escala que vai do Muito difícil ao Muito fácil, responda às seguintes afirmações	Muito difícil	Difícil	Fácil	Muito Fácil	Não sei
89.encontrar informação sobre saúde sexual e reprodutiva (Sites oficiais :OMS, DGS, Associação Planeamento Familiar; Instituições de ensino; Instituições de saúde)					
90. - encontrar informação sobre saúde sexual e reprodutiva (Internet; Televisão; Livros/Revistas)					

91. ...compreender a informação sobre saúde sexual e reprodutiva (Sites oficiais :OMS, DGS, Associação Planeamento Familiar; Instituições de ensino; Instituições de saúde)					
92. ...compreender a informação sobre saúde sexual e reprodutiva (Internet; Televisão; Livros/Revistas)					
93. ...utilizar a informação sobre saúde sexual e reprodutiva (Sites oficiais :OMS, DGS, Associação Planeamento Familiar; Instituições de ensino; Instituições de saúde)					
94. ...utilizar a informação sobre saúde sexual e reprodutiva (Internet; Televisão; Livros/Revistas)					
95. ...encontrar informação sobre educação para a cidadania e igualdade de género					
96. ...compreender a importância da educação para a cidadania e igualdade de género					
97. ... avaliar a importância do respeito pelo outro e pela igualdade de género					
98. ...encontrar informação sobre a importância dos afetos na sexualidade					
99. ...compreender a informação sobre a importância dos afetos na sexualidade					
100. ... utilizar a informação para valorizar os afetos na sexualidade					
101. ...encontrar informação sobre a importância da responsabilidade individual na promoção da saúde sexual e reprodutiva (escolhas informadas e seguras)					
102. ...compreender a importância da responsabilidade individual na promoção da saúde sexual e reprodutiva (escolhas informadas e seguras)					
103. ...usar a informação para fazer escolhas informadas e seguras sobre sexualidade					
104. ...encontrar informação sobre o funcionamento do sistema reprodutor feminino/masculino					
105. ...compreender a informação sobre o funcionamento do sistema reprodutor feminino/masculino					
106. ...usar a informação sobre o funcionamento do sistema reprodutor feminino/masculino					
107. ...encontrar informação sobre funcionamento da reprodução humana					
108. ...compreender a informação sobre funcionamento da reprodução humana					
109. ...utilizar a informação sobre o funcionamento da reprodução humana					
110. ...encontrar informação sobre as várias formas de abuso e exploração sexual (suborno, sedução, pornografia, tráfico de pessoas, pagamento ou troca por um bem, droga ou serviço, ...)					
111. ...compreender a informação sobre as várias formas de abuso e exploração sexual					

112.	...avaliar a importância da prevenção de comportamentos de abuso e exploração sexual					
113.	...encontrar informação sobre as várias formas de violência no namoro (física, psicológica, sexual, verbal, emocional, económica...)					
114.	...compreender a informação sobre as várias formas de violência no namoro					
115.	...utilizar a informação para prevenir as várias formas de violência no namoro					
116.	...encontrar informação sobre a utilização dos métodos contraceptivos					
117.	...compreender a informação sobre a utilização dos métodos contraceptivos					
118.	...utilizar a informação sobre os métodos contraceptivos de forma segura					
119.	...encontrar informação sobre a acessibilidade aos métodos contraceptivos					
120.	...compreender a importância da acessibilidade aos métodos contraceptivos por toda a população					
121.	...utilizar a informação disponível para aceder aos métodos contraceptivos					
122.	... encontrar informação sobre-prevenção das Infecções sexualmente transmissíveis (IST)					
123.	... compreender a importância da informação sobre a prevenção das IST					
124.	... utilizar a informação para prevenir IST					
125.	...encontrar informação sobre comportamentos que potenciam o risco sexual (consumo de bebidas alcoólicas, drogas, parceiros ocasionais)					
126.	...compreender como é que alguns comportamentos potenciam o risco sexual					
127.	utilizar informação para prevenir comportamentos que potenciem o risco sexual.					
128.	...encontrar informação sobre os riscos psicológicos e sociais da gravidez na adolescência					
129.	...compreender o impacto físico, psicológico e social da gravidez na adolescência					
130.	...utilizar a informação para prevenir a gravidez na adolescência					
131.	... encontrar informação sobre o impacto na saúde da interrupção voluntária da gravidez					
132.	... compreender a informação sobre o impacto na saúde da interrupção voluntária da gravidez					
133.	... utilizar a informação para prevenir a gravidez indesejada					
134.	...encontrar informação sobre funcionamento da contraceção de emergência					

135. ...compreender a informação sobre funcionamento da contraceção de emergência					
136. ...utilizar a informação sobre contraceção para prevenir o recurso à contraceção de emergência					
137. ...encontrar informação sobre a importância da vigilância de saúde sexual e reprodutiva (rastreamento do cancro da mama, colo uterino, cancro do testículo, IST)					
138. ...compreender a importância da vigilância periódica da saúde sexual e reprodutiva					
139. ...utilizar a informação para realizar vigilância periódica da saúde sexual e reprodutiva					

D- Literacia em Saúde Mental

Numa escala que vai do Muito difícil ao Muito fácil, responda às seguintes afirmações	Muito difícil	Difícil	Fácil	Muito Fácil	Não sei
140. ...encontrar informação sobre saúde mental (Sites oficiais :OMS, DGS, Instituições de ensino; Instituições de saúde)					
141. encontrar informação sobre saúde mental (Internet; Televisão; Livros/Revistas)					
142. ...compreender a informação sobre saúde mental (Sites oficiais :OMS, DGS, Instituições de ensino; Instituições de saúde)					
143. ...compreender a informação sobre saúde mental (Internet; Televisão; Livros/Revistas)					
144. ...utilizar a informação sobre saúde mental (Sites oficiais :OMS, DGS, Instituições de ensino; Instituições de saúde)					
145. ...utilizar a informação sobre saúde mental (Internet; Televisão; Livros/Revistas)					
146. Alterar comportamentos considerados de risco para a saúde mental ...					