

LITERACIA EM SAÚDE E ESTILOS DE VIDA EM CONTEXTO EDUCATIVO



Coordenação Editorial

Manuela Ferreira
Sofia Campos
Ana Paula Cardoso

1.ª edição | dezembro, 2022



© 2022

Direitos reservados para Edições Esgotadas, Lda.
Viseu | Porto | Lisboa | Aveiro

www.edicoesesgotadas.com
geral@edicoesesgotadas.com

Título

Literacia em saúde e estilos de vida
em contexto educativo

Coordenação Editorial

Manuela Ferreira
Sofia Campos
Ana Paula Cardoso

Capa © Cristina Lima

ISBN: 978-989-9092-88-4

Orcid: 0000-0001-9611-7390

Execução gráfica: Edições Esgotada, Lda.

Revisão de texto: Ana Maria Oliveira

Literacia em saúde e estilos de vida em contexto educativo

COORDENAÇÃO EDITORIAL

MANUELA FERREIRA

SOFIA CAMPOS

ANA PAULA CARDOSO

PREFÁCIO

Ana Rita Pedro

Doutorada em Saúde Pública, Investigadora da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa e especialista em Literacia em Saúde, capacitação do cidadão e envolvimento do doente no processo de cuidados

A Promoção da Saúde apresenta-se como um dos desafios mais preponderantes na atualidade de saúde. Ainda que não seja o único, a Literacia em Saúde constitui-se um preponderante instrumento que permite efetivar e concretizar muitas das iniciativas de Promoção da Saúde em Portugal, dotando as pessoas de mais e melhores competências no acesso e gestão da informação de saúde, dotando-os de voz ativa nas decisões, individuais e coletivas, com vista a uma melhor saúde, a um sistema mais participado e mais adequado às reais necessidades das populações.

Literacia em saúde não é um conceito nem estático nem estanque. Este tem vindo a evoluir e a integrar diferentes aspetos da decisão, e da vida em sociedade, ao longo dos últimos 25 anos, desde que a Organização Mundial de Saúde o incluiu no seu glossário (1998). Este ano celebramos o quarto de século desta efeméride tão significativa nos domínios da promoção da saúde e da capacitação do cidadão.

Atualmente, podemos olhar para a literacia em saúde como a capacidade para tomar decisões fundamentadas no decurso da vida do dia a dia, em casa, na comunidade, no local de trabalho, na utilização dos serviços de saúde, no mercado e no contexto político. Constitui-se uma estratégia de capacitação para aumentar o controlo das pessoas sobre a sua saúde, a capacidade para procurar informação e para assumir as responsabilidades (Kickbusch, I. et al., 2006). Como não poderia deixar de ser, está ligada à literacia e envolve o conhecimento, a motivação e as competências dos indivíduos para aceder, compreender, avaliar e utilizar a informação de saúde, com o propósito de julgamentos e tomar decisões na vida quotidiana sobre cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde, para manter ou melhorar a qualidade de vida durante o ciclo de vida (Sørensen, K., et al., 2012) e acumula um papel de destaque para uma adequada “navegação” nos sistemas de saúde (*navigating*), cada vez mais complexos.

Ainda que Literacia em Saúde esteja atualmente muito presente e em vogue nos vários discursos, a diferentes níveis, sabe-se que esta não é ainda totalmente compreendida na sociedade em geral, nem operacionalizada de forma efetiva. Muito do que se pensa, e do que ainda se faz nesta área, assenta numa perspetiva mais simplista, focada apenas na informação que as pessoas têm ou não têm sobre saúde, abordando apenas o aspeto do acesso à informação. Mas, na verdade, a Literacia em Saúde envolve muito mais que ter informação de saúde, envolve a capacidade de a compreender, avaliar e utilizar para proteger e promover a Saúde.

Nas últimas duas décadas, tem sido identificada como o caminho para a melhoria dos cuidados de saúde e assumida como uma preocupação na definição de políticas de saúde.

Dados relativos a 2016 (HLS-EU-PT) destacaram que, em Portugal, cerca de 61% da

população inquirida apresentavam um nível de literacia em saúde problemático ou inadequado, e observava-se que, à medida que a idade aumentava, o nível de literacia em saúde diminuía, e uma tendência inversa quando substituída pelo nível de escolaridade da população, à medida que o nível de escolaridade aumenta, os níveis de literacia em saúde tendem a ser superiores (Pedro, AR. et al., 2016). Ainda que não sejam somente os grupos vulneráveis que apresentam níveis inadequados de literacia em saúde, mas antes a população em geral, as conclusões levam-nos a interrogar-nos constantemente sobre a questão das desigualdades associadas à literacia em saúde e, conseqüentemente, à saúde, quando são, habitualmente, estas pessoas com níveis de literacia baixos (os mais idosos, os menos escolarizados, os que auferem de menores rendimentos) quem mais precisa de gerir aspetos complexos da sua saúde.

No ano de 2022, em pleno contexto de Pandemia Covid-19, foram divulgados os resultados do mais recente estudo de literacia feito em Portugal, concretizado pela Direção Geral da Saúde. De acordo com os resultados deste estudo (HLS19), 7 em cada 10 pessoas em Portugal têm níveis elevados de literacia em saúde, o que revela que 30% da população inquirida apresentavam um nível de literacia em saúde problemático ou inadequado (Arriaga, M. et al., 2022). Em ambos os estudos, e noutros de índole internacional, podemos identificar como fatores preditores dos níveis de literacia em saúde a privação financeira (pessoas com baixos rendimentos e com dificuldades em pagar as contas tendem a ter níveis de literacia em saúde mais baixos), a condição socioeconómica (grupos mais vulneráveis, com uma condição socioeconómica mais baixa, tendem a ter níveis de literacia em saúde inferiores), a escolaridade (quanto mais elevado o grau académico, maior o nível de literacia em saúde) e a idade (quando, à medida que a idade aumenta, o nível de literacia em saúde tende a diminuir) (Pedro, AR. et al., 2016) (Arriaga, M. et al., 2022).

Neste contexto, compreender e promover a Literacia em Saúde dos mais jovens, das famílias, dos estudantes e da comunidade educativa como um todo, em diferentes domínios da Saúde, é de fulcral importância para o apoio ao desenvolvimento de políticas públicas integradas, numa sociedade cada vez mais complexa e compartimentada. Este LITERACIA EM SAÚDE E ESTILOS DE VIDA EM CONTEXTO EDUCATIVO leva-nos por uma viagem profícua neste contributo, proporcionando diferentes e essenciais visões destas áreas. Proporciona-nos uma visão simples, mas longe de simplista, do que de melhor se faz e dos caminhos que ainda temos de percorrer nos diferentes domínios da Literacia em Saúde em contexto educativo. Vai ser um referencial para quem estuda estas questões e decide sobre elas, querendo compreender a realidade de Literacia em Saúde em Portugal.

Referências Bibliográficas

Arriaga, M.; Francisco, R.; Nogueira, P.; Oliveira, J.; Silva, C.; Câmara, G.; Sørensen, K.; Dietscher, C.; Costa, A. Health Literacy in Portugal: Results of the Health Literacy Population Survey Project 2019–2021. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 4225. <https://doi.org/10.3390/ijerph19074225>

Kickbusch I, Wait S, Maag D. Navigating health: the role of health literacy. London: Alliance for Health and the Future. International Longevity Centre-UK; 2006.

Pedro AR, Amaral O, Escoval A. Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. Rev Port Saúde Pública.2016;34(3):259-75.

Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;12:80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80.

AGRADECIMENTOS

Este livro é o resultado de um trabalho colaborativo, que contou com diversos contributos para a sua concretização.

O elo de ligação que une os diferentes investigadores é a preocupação com o empoderamento dos nossos jovens para a adoção de estilos de vida saudáveis, associando a Educação com a Literacia em Saúde.

Este projeto é financiado por fundos nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P., no âmbito dos projetos UIDB/05507/2020 e UID/DTP/00742/2013.

Agradecemos, adicionalmente, à Escola Superior de Saúde de Viseu, ao CI&DEI e à UICISA: E_ESEnfC/ESSIPV pelo apoio prestado.

01

**LITERACIA
EM SAÚDE**

01

Competências emocionais como variáveis de relevo na educação para a saúde

*Manuela Ferreira
Sofia Campos*

A aprendizagem é o resultado da interação da informação com todas as dimensões da pessoa humana, sendo as emoções e os sentimentos os principais responsáveis por esta interação. Este dado científico justifica a necessidade da inclusão de estratégias de desenvolvimento de competências sociais e emocionais nos programas de Escola Promotora da Saúde (EPS) na escola. A Direção-Geral da Saúde e a Direção-Geral da Educação desenvolveram um Manual para a Promoção de Aprendizagens Socioemocionais em Meio Escolar, que inclui um conjunto de recursos pedagógicos temáticos de apoio às práticas de docentes e de equipas de saúde escolar. A revisão do Manual apresenta, agora em 2019, uma versão, mais abrangente, que se foca numa abordagem escolar global para a integração das aprendizagens socioemocionais em meio escolar (Carvalho et al., 2016).

As competências emocionais são indispensáveis ao longo do ciclo vital. Tem-se verificado que as crianças com mais competências emocionais têm tendência a desenvolver relações sociais com maior qualidade, a ser mais aceites pelos seus pares e a encontrarem mais oportunidades para cumprirem os seus objetivos e a terem facilidade de adaptação. Além disso, também têm mais facilidade para estarem incluídos em relações sociais ricas, onde aprendem a adotar e utilizar comportamentos socialmente mais adequados.

O Relatório da OCDE (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2014) alerta Portugal para a necessidade de serem implementadas várias medidas de política educativa e programas de intervenção que têm como objetivo melhorar as taxas de conclusão nos níveis secundário e superior, de modo a proporcionar a todos os alunos uma educação de qualidade e inclusiva. Mais especificamente, programas que garantam o envolvimento de todos os agentes educativos, que promovam o sucesso escolar, possibilitem a melhoria do clima relacional nas escolas e contribuam para uma maior satisfação profissional.

A efetividade das intervenções de promoção da saúde mental na escola reflete-se na melhoria da ligação entre esta, a família e a comunidade, na redução do abandono, do insucesso e dos comportamentos violentos em meio escolar, com repercussões nos resultados académicos e nos ganhos em saúde da comunidade educativa (Carvalho et al., 2016).

1. COMPETÊNCIAS EMOCIONAIS EM CONTEXTO ESCOLAR

A investigação empírica tem revelado que uma relação pedagógica apropriada proporciona um ambiente propício à aprendizagem (Abrantes et al., 2007; Costa et al., 2015; Jennings & Greenberg, 2009; Zins et al., 2007). Estudos realizados por um grupo de investigação do qual fazemos parte concluíram que as competências dos professores influenciam significativamente e positivamente a interação aluno-aluno, bem como a performance de aprendizagem, e que este

fator, por sua vez, influencia diretamente o rendimento acadêmico dos alunos (Cardoso et al., 2011; Costa et al, 2015). A percepção da aprendizagem dos alunos depende diretamente do próprio interesse e do efeito pedagógico (*pedagogical affect*), e indiretamente da interação professor-aluno, da capacidade de resposta do professor, da organização das atividades letivas e do gosto e interesse do professor (Abrantes et al., 2007; Durlak, 2011). Tendo em conta estes dados, será importante que as escolas tenham em consideração a necessidade de criar um clima relacional positivo e empático entre os diversos intervenientes educativos, incentivando o diálogo entre alunos e professores, de modo que os alunos se sintam aceites e valorizados.

Neste contexto, emerge a necessidade de compreender a relevância das componentes emocionais na relação educativa. Sublinhando o caráter afetivo-emocional da relação pedagógica, Pekrun et al. (2002) refere que a sala de aula é um local de emoções e que os alunos experienciam com muita frequência emoções na sala de aula. Efetivamente, estas refletem-se na aprendizagem e no rendimento escolar dos alunos e as competências emocionais dos professores potenciam essa mesma influência (Jennings & Greenberg, 2009). Numa revisão teórica de vários programas com impacto nas competências sociais e emocionais de alunos, são referidos que este tipo de programas pode diminuir problemas de comportamento (Durlak, 2011; Jennings & Greenberg, 2009; Lopes & Salovey, 2004; Zins et al., 2007) e enfatizam o valor adaptativo das emoções e a importância da regulação emocional tanto nos professores como nos alunos.

Uma das estratégias mais efetivas na promoção da saúde mental de crianças, jovens e adultos consiste na implementação de programas ou projetos desenhados com e para toda a comunidade educativa, numa perspetiva holística em consonância com o paradigma da *Whole School Approach* (Carvalho et al., 2016).

Complementarmente à aprendizagem académica, e emergindo maioritariamente do currículo informal, educadores e docentes influenciam as aprendizagens de crianças e jovens em outros domínios, sendo estes profissionais muito relevantes na implementação de projetos nas escolas. Neste quadro, para o Plano Nacional de Saúde Mental é fundamental capacitar os adultos com funções educativas e potenciar o espaço escola, como contexto privilegiado para aprendizagens e consolidações de atitudes mais adequadas a cada situação. Por sua vez, é importante viabilizar condições para que a articulação com adequadas estruturas de saúde seja agilizada (Carvalho et al., 2016).

2. PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EMOCIONAIS

Na equipa de investigação que coordenámos, foi desenvolvido um estudo preliminar,

utilizando, para o efeito, a metodologia de investigação-ação (Figura 1). Esta visa modificar uma situação particular no sentido da sua melhoria, bem como produzir conhecimento sobre as mudanças na realidade social, com a participação dos próprios intervenientes, procurando ultrapassar o dualismo teoria e prática (Cardoso, 2014; Noffke & Somekh, 2010).

Esta investigação-ação contemplou a construção e implementação de um programa de intervenção com pais, professores, e alunos, integrado no programa “Desenvolver +”, que pretendia incrementar as competências pessoais (bem-estar e inteligência emocional) e profissionais. Os grupos detinham relação entre si: eram compostos por alunos referenciados como problemáticos assim como os seus pais e os professores, do conselho de turma.



Figura 1 – Competências emocionais para a promoção do sucesso escolar: programa de intervenção sistémica “Desenvolver+”

Para a recolha de dados foi utilizado um formulário que integrava um questionário para obtenção de dados sociodemográficos, a escala de PANAS (*Positive and Negative Affect Schedule*), de Watson et al. (1988), na versão portuguesa reduzida e adaptada por Galinha e Ribeiro (2005), a Escala de Satisfação com a Vida (SWLS), de Diener et al. (1985), adaptada à população portuguesa por Simões (1992) e a Escala de Inteligência Emocional (Wong & Law, 2002), adaptada por Rodrigues et al. (2011).

O estudo decorreu no 1º semestre de 2019, e incluiu uma avaliação inicial, pré-teste, com a utilização de um conjunto de instrumentos, e o pós-teste, utilizando novamente esses mesmos instrumentos. A aplicação do programa tinha como objetivos gerais:

- Melhorar o clima relacional dos envolvidos e da Escola;
- Diminuir os comportamentos perturbadores;
- Aumentar o sucesso escolar.

E como objetivos específicos

- Prevenir comportamentos desadequados/perturbadores;
- Promover o desenvolvimento de comportamentos, atitudes e competências emocionais, relacionais, sociais, de cidadania ativa, de todos os intervenientes.

A planificação inicial foi sujeita a reformulações sucessivas, em função da reflexão e avaliação das sessões. As técnicas dinamizadoras com formação em Psicologia e Educação iam realizando ao longo da implementação, um processo cíclico de planificação/ação/reflexão característico desta abordagem metodológica (Cardoso, 2014).

A amostra por conveniência envolveu 10 professores de duas turmas do 7.º ano de escolaridade, com alunos que evidenciavam comportamentos disruptivos, numa escola da região centro de Portugal. Os professores que participaram no estudo empírico eram 6 do sexo masculino e 4 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 44 e 52 anos todos casados, à exceção de um dos elementos. Todos os participantes possuíam a licenciatura, um deles detinha o grau de mestre e outros quatro tinham formação especializada, respetivamente, em Administração Escolar, Educação Especial, Ensino e Orientação Educativa. Os docentes tinham entre 10 a 26 anos de serviço lecionavam numa escola localizada em meio rural, eram maioritariamente do Quadro de Agrupamento e pertenciam a vários grupos disciplinares: Português, Matemática, História, Geografia, Educação Física, Educação Tecnológica e Religião e Moral.

Após os contactos iniciais, procedeu-se à aplicação dos questionários aos professores que concordaram a participar no estudo empírico. O Programa “Desenvolver +” contemplou doze sessões (para além das sessões referentes ao pré e pós-teste), com uma periodicidade semanal e duração de 120 minutos por sessão. As atividades e tarefas propostas foram diversificadas e, numa primeira fase, estiveram direcionadas para a abordagem das maiores dificuldades dos professores em lidar com os alunos problemáticos em sala de aula. Promoveu-se a consciencialização da importância das perceções dos alunos para uma efetiva relação pedagógica, para o desenvolvimento de competências de comunicação e expressão e também de autorregulação emocional, com vista a uma melhor interação social e pedagógica. Numa segunda fase, as atividades e tarefas incidiram na análise e reflexão crítica de temáticas

educativas fundamentais, como a premência da mudança e inovação em educação, a importância da receptividade dos professores à inovação pedagógica, bem como a abordagem e dinamização de novas metodologias de ensino-aprendizagem, tendo em vista responder às necessidades individuais e à diversidade de estilos de aprendizagem dos alunos.

As metodologias utilizadas foram dinâmicas, participativas, integradas e variadas, contemplando debates temáticos (violência e *bullying*, gestão da sala de aula, emoções e sua relevância no contexto pedagógico, relação pedagógica professor-aluno e aluno-alunos, inovação pedagógica e fatores a ela associados, ...), estudos de caso, visionamento de filmes, dinâmicas de grupo, dinamização de aulas utilizando metodologias inovadoras, etc. Após a implementação do programa, procedemos a nova aplicação dos mesmos instrumentos.

Os resultados obtidos revelaram o contributo positivo do programa de formação para a promoção de competências pessoais (bem-estar e inteligência emocional) e profissionais dos professores de alunos com comportamentos disruptivos, ao nível das perceções dos professores no que concerne aos afetos positivos e negativos, à satisfação com a vida e à inteligência emocional, bem como no que toca à promoção de competências de gestão das emoções em sala de aula e de melhoria da interação pedagógica. O resultado alcançado com a aplicação do programa Desenvolver + no grupo dos alunos também foi muito positivo, apenas uma aluna manteve a perceção do seu comportamento na escola após a intervenção formativa. Houve promoção de competências pessoais (bem-estar e inteligência emocional) e relacional dos pais de alunos com comportamentos disruptivos, ao nível das perceções dos pais no que concerne aos afetos positivos e negativos, à satisfação com a vida e à inteligência emocional, bem como no que toca à promoção de competências de gestão das emoções em casa e de melhoria da interação relacional pais-filhos.

O nosso programa vai ao encontro do preconizado pela Direção-Geral da Saúde (PNSM e PNSE) e a Direção-Geral da Educação que também consideram os fatores emocionais fundamentais para a forma como a EPS funciona e como alcança os seus objetivos educacionais. Desenvolveram um Módulo de Formação e um Manual para a Promoção de Competências Socioemocionais em Meio Escolar, que inclui um conjunto de recursos pedagógicos temáticos de apoio às práticas de docentes e de equipas de saúde escolar. As competências escolares e as competências socioemocionais são interdependentes e indissociáveis, ambas devem ser desenvolvidas, simultaneamente, sendo a escola o local privilegiado para a sua promoção. O modelo de competências SEL (*Social and Emotional Learning*), a implementar na escola, influencia o ambiente escolar e cria climas de aprendizagem facilitadores, traduzindo-se a médio prazo em ganhos em saúde e competências sociais. Nesta perspetiva, as competências SEL são um constructo multidimensional e interativo, incluindo fatores cognitivos, interpessoais, emocionais e sociais. A aplicabilidade desta tipologia de projetos promove ganhos, particularmente no que à saúde mental de toda a comunidade educativa se refere (Carvalho et al., 2016). O desenvolvimento das competências emocionais contribui para o aumento do bem-estar e para o sucesso na prevenção dos comportamentos de risco em qualquer área da educação. Estas promovem o desenvolvimento integrado e interrelacionado de competências cognitivas, emocionais e sociais, agrupadas numa estrutura de cinco grandes domínios designados como:

- Autoconhecimento;
- Autogestão;
- Consciência social;

- Relação interpessoal;
- Tomada de decisão responsável.

A abordagem desenvolvida no Manual para a Promoção de Competências Socioemocionais em Meio Escolar pela (Carvalho et al., 2016), para além da descrição do modelo de competências SEL descreve um conjunto de atividades que podem ser levadas a cabo em contexto de sala de aula para o desenvolvimento dessas mesmas competências, especificamente: identidade, comunicação, emoções, autonomia, proteção, violência, escolhas, desafios e perdas, valores, interação e pertença. Esta proposta pressupõe a implementação de 12 sessões, com a duração de 45 minutos, podendo recorrer aos recursos pedagógicos temáticos disponibilizados neste Manual.

A abordagem do Modelo SEL reforça a importância da transversalidade de 10 subtemas pelos cinco domínios SEL, mantendo uma relação dinâmica com cada um deles (Figura 2).



Figura 2 – Modelo SEL (*Social and Emotional Learning*)

Fonte: DGS (2016)

Com a aplicação do modelo pretende-se:

- Melhoria das competências socioemocionais dos/as alunos/as;
- Melhoria de atitude sobre si próprio, os outros e a escola;
- Redução dos problemas comportamentais;
- Menos stress emocional;
- Mais sucesso escolar.

A longo prazo:

- Melhores resultados académicos;
- Acesso a um nível de educação superior;
- Melhor saúde mental;
- Redução dos comportamentos disruptivos;
- Maior compromisso cívico.

O principal objetivo do Manual é constituir-se como um recurso pedagógico para facilitar a formação e a implementação, passo a passo, de um projeto promotor da saúde mental na escola, orientado pela tipologia de programas de Aprendizagem SEL. Considera cinco domínios a serem trabalhadas em contexto de sala de aulas: autoconhecimento; autogestão; consciência social; relação interpessoal; tomada de decisão responsável (Tabela 1)

Tabela 1 – Domínios do Modelo SEL (*Social and Emotional Learning*)

DOMÍNIOS SEL	SUBTEMAS
1 AUTOCONHECIMENTO (SELF-AWARENESS)	1. Identidade 2. Comunicação
2 AUTOGESTÃO (SELF-MANAGEMENT)	3. Emoções 4. Autonomia
3 CONSCIÊNCIA SOCIAL (SOCIAL AWARENESS)	5. Proteção 6. Violência
4 RELAÇÃO INTERPESSOAL (INTERPERSONAL SKILLS)	7. Escolhas, Desafios e Perdas 8. Valores
5 TOMADA DE DECISÃO RESPONSÁVEL (DECISION MAKING)	9. Interação 10. Pertença

A investigação e a evidência científica atual, plasmada numa meta-análise de 213 estudos SEL, revelam que este modelo tem um impacto positivo no ambiente escolar e promove uma série de benefícios académicos, sociais e emocionais para os/as alunos/as (Carvalho et al., 2016), a saber:

- Melhor desempenho académico: em média 11 pontos percentuais mais elevados do que os/as estudantes que não frequentam programas SEL;
- Melhores atitudes e comportamentos: maior motivação para aprender, grande compromisso com a escola, mais tempo dedicado ao trabalho escolar e melhor comportamento em sala de aula;
- Menos comportamentos disruptivos: menos atos de agressão, de delinquência e de processos disciplinares na sala de aula;
- Redução do stress emocional: menos relatos de depressão, ansiedade, tensão e isolamento social.

O manual identifica alguns exercícios a desenvolver em contexto de sala de aula com o objetivo de desenvolver o autoconhecimento na sua dimensão emocional. Adquirir literacia emocional para crianças do pré-escolar e alunos/as do 1º, 2º e 3º Ciclos do Ensino Básico e Ensino Secundário.

As emoções referem-se ao aspeto subjetivo não racional da nossa existência enquanto pessoas, relativo à experiência de agradável ou desagradável. Não se opoendo, porém, à razão, sabe-se o quão determinante é o equilíbrio que decorre da qualidade das experiências emocionais na construção do ser. Fala-se em inteligência emocional, pois o (re)conhecimento do que se sente confere autenticidade e, quando comunicado e compreendido, promove o crescimento pessoal e abre espaço à criatividade e à simbolização (Carvalho et al., 2016).

Este manual, disponível online em <https://sposg.files.wordpress.com/2014/09/dgs-manual-v4.pdf> assume especial interesse no desenvolvimento de projetos que visam o desenvolvimento de competências emocionais nos alunos, podendo os professores recorrer às sessões práticas nele descritas.

CONCLUSÃO

As competências emocionais, para além das competências cognitivas são uma dimensão muito importante da formação das nossas crianças e jovens. Ser competente na gestão das

emoções permite ao ser humano interagir com o outro de forma construtiva e assertiva promovendo ambientes escolares positivos, alunos mais otimistas e um maior sucesso acadêmico. O benefício do desenvolvimento destas competências é também sentido na redução de problemas comportamentais com implicação direta no bem estar do aluno. É reconhecida a importância da implementação de programas sistêmicos como o “Desenvolver +” ou o modelo de Competências SEL.

01

Educação para a saúde na escola

*Manuela Ferreira
Odete Amaral
Sofia Campos
Ana Paula Cardoso*

Ao longo do ciclo de vida, crianças e adolescentes passam grande parte do seu tempo na escola, reconhecendo-se, atualmente, que este espaço e tempo contém potencial educativo para além da sua missão suprema, expressa na definição da Lei de Bases do Sistema Educativo, em termos de *“garantia de uma permanente ação formativa orientada para favorecer o desenvolvimento global da personalidade, o progresso social e a democratização da sociedade”* (Portugal, Lei nº 49/2005). Assim, a escola deve ter um papel primordial e dinâmico na educação das crianças e jovens nas várias dimensões, preparando-as para a vida em sociedade. A Comissão Nacional da UNESCO (Portugal, Ministério dos Negócios Estrangeiros, Comissão

Nacional da UNESCO, n.d.) também desenvolve a sua atividade para alcançar a Educação para Todos, promovendo a saúde de cada indivíduo dentro da comunidade escolar, considerando que a educação para a saúde visa a criação de ambientes de aprendizagem saudáveis e inclusiva para todos os membros da comunidade escolar.

A construção de hábitos e estilos de vida saudáveis deve iniciar-se desde muito cedo e a escola deve desempenhar um papel ativo na promoção da saúde. Há já três décadas que se tornou notória a necessidade de colaboração entre os setores da educação e da saúde, reconhecida como um fator fundamental para o desenvolvimento de um conceito que definia a Educação para a Saúde (EPS) como aquela cujos objetivos vão no sentido do investimento em estilos de vida saudáveis para toda a comunidade escolar. Para tal, será preciso desenvolver um ambiente conducente à promoção da saúde, com ligações à família e à comunidade, tendo em consideração os fatores físicos, sociais e mentais Direção Geral de Saúde (Portugal, DGS 2003).

Portugal integra a Rede Europeia de Escolas Promotoras da Saúde desde 1994 e, desde então, as áreas da saúde e da educação têm procurado articular-se, no sentido de acompanhar o conhecimento científico no que à educação para a saúde diz respeito. A Escola Promotora de Saúde não deve ser considerada só como um projeto, mas sim como um processo a longo prazo e em constante construção e atualização em que o currículo formal e informal valoriza o desenvolvimento de competências em matéria de saúde ao longo de toda a escolaridade. A mesma tem como finalidades incentivar as escolas a: i) incrementar a literacia em saúde; ii) promover atitudes e valores que suportem comportamentos saudáveis; iii) valorizar comportamentos de estilos de vida saudáveis; e iv) criar condições ambientais para uma escola promotora de saúde Direção-Geral de Educação (Portugal, DGE, 2015).

A Escola Promotora de Saúde é, nesta perspetiva, uma escola que fortalece, sistematicamente, a sua capacidade de criar um ambiente saudável para a aprendizagem e em que se desenvolvem experiências e estruturas integradas e positivas que promovem e protegem a saúde Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009). Portugal, ao longo dos tempos, tem apostado nas escolas promotoras de saúde e, atualmente, todas as escolas do ensino básico e secundário são consideradas Escolas Promotoras de Saúde. Segundo a Direção Geral da Educação (Portugal, DGE, 2017), uma EPS deve i) fomentar a saúde e a aprendizagem com todas as medidas ao seu alcance; ii) implicar os setores da saúde e da educação: professores, alunos, funcionários, pais, profissionais de saúde e líderes comunitários que se esforçam-se por tornar a escola um lugar saudável; iii) proporcionar um ambiente seguro e saudável e, em parceria com os serviços de saúde e com a comunidade escolar, criar oportunidades de promoção da saúde mental, apoio social, aconselhamento, alimentação saudável e atividade física; iv) implementar políticas e práticas que respeitam o bem-estar e a dignidade do indivíduo, fornecer múltiplas oportunidades para o sucesso, reconhecer os esforços, bem como as realizações pessoais; v) esforçar-se por melhorar a saúde dos alunos, da equipa educativa, das famílias e membros da comunidade e trabalhar com as autoridades locais, ajudando-as a entender de que forma a comunidade pode contribuir para a melhoria da saúde e da educação. De acordo com a *International Union for Health Promotion and Education* (2010), o conceito de EPS é alicerçado em seis pilares: i)

políticas de escola saudável; ii) o ambiente físico da escola; iii) o ambiente social da escola; iv) habilidades de saúde individual e competências para a ação; v) ligação à comunidade local; e vi) serviços de saúde em parceria com a escola. Uma EPS eficaz deve desenvolver nos alunos e restante comunidade escolar e familiar a capacidade de cuidar de si e dos outros; tomar decisões saudáveis e controlo sobre as circunstâncias da vida; criar condições que conduzam à saúde (por meio de políticas, serviços, condições físicas/sociais); desenvolver competências para a equidade, a justiça social e o desenvolvimento sustentável; prevenir as principais causas de morte, doença e incapacidade: uso do tabaco, drogas e álcool, HIV/DST, má nutrição (sobre e subnutrição), sedentarismo, violência e lesões; influenciar comportamentos relacionados com a saúde: conhecimentos, crenças, habilidades, atitudes, valores, de apoio (referência).

Para auxiliar as escolas na adoção do conceito de EPS, a DGE lançou, no ano letivo de 2014-15, o *Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde* (PAPES), disponibilizando materiais de apoio, e elaborando as regras de candidatura ao PAPES, que podem abranger uma ou mais das áreas temáticas: saúde mental e prevenção da violência; alimentação e atividade física; prevenção de comportamentos aditivos e dependências; afetos e educação para a sexualidade. Podem candidatar-se agrupamentos de escolas, escolas não agrupadas públicas e estabelecimentos de ensino particulares e cooperativos com contrato de associação do continente. O PAPES tem como finalidade: i) promover a literacia em saúde; ii) promover atitudes e valores que suportem comportamentos saudáveis; iii) valorizar comportamentos que conduzam a estilos de vida saudáveis; iv) criar condições ambientais para uma Escola Promotora de Saúde, segundo os princípios da SHE (*Schools for Health in Europe*). Motta e Alves (2013) apoiadas em Weare (1998, p.16) propõem um modelo da escola, enquanto cenário importante na promoção da saúde, onde é posto em foco o envolvimento de toda a comunidade escolar, com uma adaptação a nível curricular, procurando metodologias mais efetivas com vista a adquirir novas competências. Destaca o empenho de todos os atores educativos na adoção de um modelo de escola promotora de saúde (cf. Figura 1). A EPS, esquematicamente representada ao centro, exige uma abordagem global, e com o compromisso continuado das políticas públicas, diretores, professores e restantes intervenientes.



Figura 1 – A escola enquanto *setting* na promoção da saúde

Adaptado de Motta e Alves (2013).

Os programas de saúde escolar que se caracterizam por uma abordagem integrada, holística e estratégica têm mais possibilidades de produzir resultados positivos, em termos escolares e de saúde, do que aqueles que se baseiam na transmissão de informação, e que se implementam apenas em contexto de sala de aula. Uma Escola Promotora de Saúde inclui, nos seus projetos educativos, abordagens holísticas multidimensionais, de modo a promover uma mudança de atitudes dos seus formandos a longo prazo (Mota, 2011) e com isto nunca esquecer as dinâmicas ativas promotoras e facilitadoras da mudança de comportamentos e adoção de comportamentos saudáveis.

É imprescindível que, após o primeiro contacto com conhecimento teórico sobre Literacia em saúde, Promoção e Educação em Saúde, ocorrida durante a formação académica, o professor deve atualizá-los e continuar a aceder, a compreender, a analisar os conteúdos / conhecimentos sobre processos de saúde, doença, educação e promoção de saúde, estilos de vida e comportamentos de risco. A necessidade de formação contínua justifica-se pelo avanço constante do conhecimento científico e plataformas de acesso à informação resultante da investigação realizada neste âmbito.

1. EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Educar para a saúde implica avaliar comportamentos promotores de saúde, tendo em consideração não só as experiências anteriores e características individuais, a perceção de autoeficácia, a perceção de barreiras e benefícios, as influências interpessoais e situacionais, mas também contempla a natureza holística das pessoas em interação com o meio onde se inserem, direcionando a ação dos formadores para intervenções promotoras de saúde (Pender et al., 2011). Os mesmos autores acrescentam, ainda, que a literacia em saúde é uma estratégia que deve ser sempre considerada quando procuramos a promoção da saúde, pois permite que as pessoas assumam a responsabilidade e o controlo sobre os determinantes pessoais, sociais e ambientais da sua saúde. Nesta perspetiva, as intervenções serão essencialmente de tipo educar, ensinar, instruir e desenvolver competências para comportamentos seguros. O planeamento e a implementação das intervenções serão adaptados às necessidades e características específicas da pessoa ou do grupo, aos objetivos que se pretendem atingir, sem descurar o papel central do compromisso do aluno com o plano de ação. Não basta aos professores, enquanto agentes educativos, querer fomentar a educação para a saúde, é preciso, efetivamente, que saibam fazê-lo para que os programas/projetos sejam eficazes e promovam o processo de capacitação (*empowerment*) dos seus jovens alunos no que à saúde diz respeito.

A investigação produz conhecimento conjuntamente com o Plano Nacional de Saúde e Programa de Saúde Escolar que auxiliam e direcionam a escola a definir orientações que permitem um avanço significativo e eficaz na educação para a saúde, enquanto dimensão do seu projeto educativo. Os programas de promoção da saúde devem incluir ações educativas que viabilizem aquisição de competências sociais e pessoais que permitam habilitar e responsabilizar cada um pelos seus atos, com espírito de cidadania e participação ativa na construção de uma sociedade mais saudável e justa (Cortesão et al., 2002).

Esta trajetória educacional obriga à intervenção no sistema educativo, incluindo nos currículos da formação de professores unidades curriculares que alterem significativamente o modo como a saúde é vista no contexto escolar e como parcerias e instituições de saúde e educação se podem articular para o sucesso e bem-estar do aluno e comunidade escolar e familiar. Este imperativo resulta da necessidade de se responder às recomendações do recente Plano de Ação para a Literacia em Saúde: Portugal 2019-2021, editado pela DGS. Tendo por referência os desafios aí expressos, reconhece-se que as instituições do ensino superior que almejam ser promotoras de saúde, devem ter, no seu todo, um conjunto de responsabilidades transversais, que passarão por: i) providenciar recursos e estruturas organizacionais para apoiar os processos de promoção da saúde; ii) criar uma cultura institucional promotora de saúde; e iii) assumir um papel de liderança, de modo a contribuir para o aumento da saúde e do bem-estar da sociedade em geral.

A nossa proposta vai no sentido de contribuir para que os futuros professores tenham, no seu percurso formativo, um currículo que lhes permita desenvolver competências nesta área e os consciencialize para a importância da transversalidade da educação para a saúde em contexto escolar. Entendemos que, ao formalizar, esta unidade curricular como transversal às várias áreas de formação de professores estamos a contribuir para que o próprio processo educativo seja um processo que conduza à saúde, inserindo-se, também, no projeto de vida dos futuros professores. A educação vê-se, assim, como uma das melhores formas para elevar a qualidade de vida e o nível de saúde das pessoas. O papel do educador é criar condições para que cada um, individualmente, possa desenvolver as suas capacidades.

A existência de um ambiente saudável na escola, que apoie o bem-estar social e emocional dos alunos, constituirá um meio determinante na sua educação, contribuindo para a prevenção de muitos problemas. A EPS exige novos esforços e saberes por parte dos professores de modo que se sintam capazes de melhorar a literacia em saúde nos seus alunos, promover atitudes e valores que suportem comportamentos saudáveis e contribuir, efetivamente, para uma escola promotora de saúde e solicitarem a atuação das instituições parceiras para tal, assim que a situação o justifique.

Os *curricula* escolares de formação de professores devem propiciar o desenvolvimento de competências que permitam a cada professor abraçar estes novos desafios. O professor, como primeiro orientador escolar, pode promover a construção de vários saberes, relacionados com a saúde. Para isso, é fundamental que este esteja imbuído de conhecimentos que facilitem a

aprendizagem na sua proposta educativa e que possua diversas competências pessoais relevantes.

No contexto escolar, é cada vez mais notória a relevância de um professor com competências emocionais, capaz de responder aos anseios de uma educação inclusiva. Os professores, social e emocionalmente competentes, apresentam algumas características distintivas, que Jennings e Greenberg (2009) elencam: possuem uma elevada autoconsciência – eles reconhecem as suas emoções e sabem como utilizá-las para motivar a aprendizagem em si e nos outros; têm uma elevada consciência social – sabem como as suas expressões emocionais afetam as interações com os outros e são capazes de negociar soluções para situações de conflito; são culturalmente sensíveis – entendem que os outros podem ter perspectivas diferentes das suas e consideram-no nos relacionamentos com os alunos, pais e colegas; demonstram valores pró-sociais, assumindo a responsabilidade pelas suas decisões e ações; e sabem gerir as suas emoções e comportamentos e também os relacionamentos com os outros.

A literatura científica mostra, de forma cada vez mais evidente, que o reconhecimento e a gestão das emoções são indispensáveis para a adaptação às transformações e tensões do quotidiano cada vez mais presentes nas escolas (Fonseca, 2016; Goleman, 2014). Quando os professores não dispõem de recursos necessários para gerir, com eficácia, os desafios sociais e emocionais em sala de aula, os alunos apresentam níveis mais baixos de desempenho nas tarefas (Marzano et al., 2003), assistindo-se a um aumento dos comportamentos problemáticos e ao concomitante desconforto e mal-estar que, inclusive, pode conduzir à exaustão emocional, ou *burnout*, dos professores (Brackett et al., 2010). Promover o desenvolvimento socioemocional dos docentes no seu trabalho com as crianças e jovens tem impacto no seu comportamento, saúde e resultados escolares. Os benefícios incluem, entre outros, maior envolvimento na escola e nas aprendizagens; diminuição dos problemas emocionais e comportamentais; maior capacidade de resolução de problemas e resiliência, menor risco de alguns tipos de perturbações mentais, mais entusiasmo e gratificação profissional (Carvalho et al., 2016).

A dimensão emocional da docência não deve, pois, ser descurada. As emoções académicas positivas (e.g., alegria ou entusiasmo) ajudam os alunos a manter o seu interesse em aprender ao longo do tempo, melhorando a motivação e o esforço requeridos, com ênfase na aprendizagem autorregulada. Já as emoções negativas (e.g., desânimo ou tédio) contribuem para reduzir os níveis de motivação e o esforço na aprendizagem, fazendo com que os alunos utilizem estratégias mecânicas (e.g., memorização repetitiva), em detrimento de recursos motivacionais internos (Cross & Hong, 2012, Pekrun et al., 2002).

Vários têm sido os programas para promover o desenvolvimento de competências emocionais dos professores a nível internacional e nacional. Em geral, estes programas colocam a tónica em alguns aspetos essenciais que podemos agrupar em torno de três eixos: i) reflexão acerca das principais finalidades e valores da educação na atualidade, numa perspetiva de valorização da pessoa e do conhecimento de si em situação profissional, com vista à mudança de crenças desajustadas e à inovação pedagógica; ii) incremento da utilização de novas metodologias didático-pedagógicas

conducentes à implementação do currículo de uma forma mais interessante, desafiadora e produtiva para os alunos; iii) desenvolvimento de competências relacionais, nomeadamente de interação pedagógica (professor-aluno e aluno-aluno), que favoreçam a criação de um clima de sala de aula mais positivo e empático. Os alunos são os principais beneficiários destes esforços de melhoria educativa. Contudo, a procura de soluções para estas problemáticas não (mais) poderá basear-se no senso comum, ou num saber essencialmente teórico, antes deve ser encontrada num processo de (co)construção, a partir de práticas reflexivas e colaborativas, num espírito de corresponsabilidade dos vários intervenientes educativos.

Ao longo de décadas, têm sido realizadas inúmeras investigações para explicar e prever o rendimento académico, tendo-se constatado uma variedade de fatores explicativos. Num projeto de investigação realizado sobre os fatores preditores do sucesso escolar, que envolveu cerca de 2000 alunos portugueses do ensino secundário, Costa et al. (2015) relacionaram as competências dos professores, a interação aluno-aluno e a *performance* de aprendizagem e os seus efeitos diretos e indiretos no rendimento académico dos alunos. Os autores concluíram que as competências dos professores influenciam significativa e positivamente a interação aluno-aluno, bem como a *performance* de aprendizagem, e que este fator, por sua vez, influencia diretamente o rendimento académico dos alunos. Relacionando a autoestima, a interação professor-aluno, a interação aluno-aluno, a *performance* de aprendizagem e o rendimento académico, Cardoso et al. (2011) verificaram que a baixa autoestima social influencia direta e negativamente a interação professor-aluno, a interação aluno-aluno e a *performance* de aprendizagem. A interação professor-aluno e a interação aluno-aluno influenciam direta e positivamente a *performance* de aprendizagem, que por sua vez influencia diretamente o rendimento académico dos alunos. A investigação prévia (Abrantes et al., 2007; Durlak et al., 2011; Zins et al., 2007) sugere que uma relação pedagógica apropriada proporciona um efetivo ambiente propício à aprendizagem. A perceção da aprendizagem dos alunos depende diretamente do próprio interesse e do efeito pedagógico (*pedagogical affect*), e indiretamente da interação professor-aluno, da responsividade do professor, da organização das atividades letivas e do gosto e interesse do professor (Durlak et al., 2011; Greenberg et al., 2003). Numa vertente paralela, Lund (2014) realizou um estudo que analisa e discute o abandono escolar de adolescentes com problemas sociais, emocionais e comportamentais. Os resultados mostraram que os mesmos usam como explicação para o abandono escolar o facto de existir pouco apoio no ambiente de sala de aula, por parte dos professores e também dos pais.

Tendo em conta estes resultados, será importante que as escolas tenham em consideração a necessidade de criar um clima relacional positivo e empático entre os diversos intervenientes educativos, incentivando o diálogo entre pais, professores e alunos, de modo que estes se sintam aceites, valorizados e motivados para aprender, no sentido de promover o sucesso escolar.

Efetivamente, as emoções têm um impacto importante na aprendizagem e no rendimento académico dos alunos e as competências emocionais dos professores potenciam esse mesmo impacto. Numa revisão teórica de vários programas para o desenvolvimento de competências sociais e emocionais dos alunos, é explicitamente referido que este tipo de programas

diminui problemas de comportamento (Durlak et al., 2011; Greenberg et al., 2003; Jennings & Greenberg, 2009; Lopes & Salovey, 2004; Zins et al., 2007) e enfatiza o valor adaptativo das emoções e a importância da regulação emocional tanto nos professores, como nos alunos.

Em suma, a escola é um local privilegiado para o desenvolvimento humano, experiência de vida e aquisição de ferramentas básicas para viver em sociedade. Ela é responsável pela educação de valores para a convivência e deve estar preparada para trabalhar as emoções e a resolução de conflitos que nela ocorrem. As exigências que lhe são colocadas constituem imperativos não só de ordem acadêmica, mas também de natureza pessoal e social (Nunes-Valente & Monteiro, 2016).

O relatório da DGS referente à Promoção e Educação para a Saúde na escola 2012/2013 refere, como pontos fracos para a sua implementação, o baixo envolvimento dos professores, principalmente diretores de turma, no desenho e no desenvolvimento do projeto de Educação para a Saúde. É também realçada a dificuldade de elaboração de projetos de Educação para a Saúde com base num diagnóstico, na definição de objetivos e metas mensuráveis, o baixo envolvimento dos parceiros da saúde e dos pais e/ou encarregados de educação em diferentes fases do processo e a escassez de formação contínua sobre metodologias de prevenção de comportamentos de risco. A DGE tem como objetivos estratégicos no seu plano de atividades universalizar o acesso à educação para a saúde em meio escolar e a qualificação da oferta da educação para a saúde em meio escolar o que, em nosso entender, só será possível com a formação efetiva dos professores desde a formação graduada ao nível de mestrado via ensino, pois eles são agentes fundamentais dos projetos de Educação para a Saúde na Escola.

Empowerment em Saúde em Contexto Escolar

O conceito de *empowerment* ou “empoderamento”, na sua tentativa de tradução para português, surge na sequência da filosofia da Declaração de Alma-Ata (1978), que pela primeira vez reconheceu a importância de as pessoas assumirem o controlo e a responsabilização sobre a sua saúde. O *empowerment* traduz, assim, um processo de aquisição de conhecimentos e de desenvolvimento de competências por parte das pessoas, que promove um acréscimo de poder e controlo, explicitado através da participação e da tomada de decisão na área da saúde. Trata-se, pois, de reconhecer os indivíduos como sujeitos ativos no seu processo de desenvolvimento humano, admitindo que os mesmos são detentores de capacidades que lhes permitem exercer a sua autonomia. Definir empoderamento constitui um desafio para refletirmos sobre a consolidação das práticas de educação na escola, aliadas ao poder do professor e à influência que este pode ter no desenvolvimento e na capacitação do aluno para a multidimensionalidade da sua vida. Podemos ver o empoderamento como a possibilidade de uma pessoa assumir um maior controlo sobre a própria vida, devendo nós, educadores, utilizar estratégias que procurem fortalecer a autoestima e a capacidade de adaptação, desenvolvendo mecanismos de autoajuda e solidariedade.

O poder é a faculdade e a capacidade de agir, a força e a potência para conquistar algo. É a energia vital para se fazerem escolhas e tomadas de decisão (Covey, 2014). Neste pressuposto, o conceito de empoderamento surgiu com os movimentos de direitos civis nos Estados Unidos, nos anos de 1970. Refere-se à capacidade das pessoas em ganhar conhecimento e controle sobre forças pessoais, sociais, económicas e políticas, para agir na direção da melhoria da sua situação de vida (Bernardino et al., 2013). Craveiro (2000, citado por Bernardino et al., 2013) refere que este é ainda incipiente no sistema de saúde.

O empoderamento é o mecanismo pelo qual as pessoas tomam controlo da sua própria vida, do seu destino, tomam consciência das suas capacidades e competências para produzir, criar e gerir (Quitete & Vargens, 2009). Segundo estes autores, a definição deste conceito deve incluir várias componentes: cognitiva, que se refere à compreensão de ser e à necessidade de fazer escolhas; a componente psicológica, que acarreta o desenvolvimento de sentimentos de autoconfiança e autoestima; a componente política, que supõe capacidade para analisar, organizar e promover mudanças; e a componente económica, que supõe independência económica.

Salvador et al. (2013) referem que o poder é descrito como um fenómeno transformacional, que promove o crescimento individual e grupal pelo encorajamento da reciprocidade, do estímulo ao pensamento, expansão do conhecimento e favorecimento da conscientização.

Na promoção de saúde, o poder e o empoderamento são bases importantes para o desenvolvimento individual e comunitário. Ao "empoderarem" os alunos, os professores contribuem para tornar os indivíduos e as comunidades aptos para mudarem as suas condições de vida. E será uma aposta no aumento da literacia em saúde dos professores para tornar possível o *empowerment* dos alunos. Dois dos objetivos do Programa Nacional de Saúde Escolar, são - promover um ambiente escolar saudável e seguro e aumentar a literacia da comunidade escolar (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde [Portugal, MS, DGS], 2015), ou seja, entendendo o conceito do *empowerment* como o processo através do qual os indivíduos ganham maior controle sobre decisões e ações que afetam a sua saúde (World Health Organization [WHO], 1998). Os professores têm de possuir literacia em saúde por forma a capacitar os alunos e restante comunidade escolar.

A escola que promove a saúde deve estimular o desenvolvimento de competências de autonomia, responsabilidade, espírito crítico, resiliência e estratégias de *coping*. O sucesso escolar, embora não se possa reduzir a uma competência de saúde, aparece associado à saúde, sendo que a saúde e o sucesso escolar se condicionam reciprocamente.

Na escola, a promoção da saúde tem como ponto de partida o que os alunos sabem e o que eles podem fazer para se protegerem, desenvolvendo em cada um a capacidade de interpretar o real e atuar de modo a induzir atitudes e/ou comportamentos adequados. Neste processo, os alicerces são as 'forças' de cada um, no desenvolvimento da autonomia e de competências

para o exercício pleno da cidadania. Dos professores e técnicos de saúde espera-se que, no desempenho das suas funções, assumam uma atitude permanente de *empowerment*, o princípio básico da promoção da saúde (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, 2006).

A EPS preocupa-se em desenvolver nos alunos e restante comunidade a capacidade de cuidar de si e dos outros, nomeadamente:

- tomar decisões saudáveis, tendo controlo sobre as circunstâncias da vida;
- criar condições que conduzam à saúde (por meio de políticas, serviços, condições físicas/sociais);
- desenvolver competências para a equidade, a justiça social e o desenvolvimento sustentável;
- prevenir as principais causas de morte, doença e incapacidade: uso do tabaco, drogas e álcool, HIV / DST, má nutrição (sobre e subnutrição), sedentarismo, violência e lesões;
- influenciar comportamentos relacionados com a saúde: conhecimentos, crenças, competências, atitudes, valores, de apoio (Portugal, Direção Geral da Educação, 2017).

Na conceção da "educação empoderadora", o professor não deve ser um mero transmissor de conhecimentos e de experiências, nem o aluno um recetor passivo do que lhe é transmitido. Ele deve possuir a capacidade de escuta do outro, como afirma Freire (2019, p. 111):

Se, na verdade, o sonho que nos anima é democrático e solidário, não é falando aos outros, de cima para baixo, sobretudo, como se fôssemos portadores da verdade a ser transmitida aos demais, que aprendemos a escutar, mas é escutando que aprendemos a falar com eles. Somente quem escuta paciente e criticamente o outro, fala com ele.

Os modelos de capacitação devem seguir uma sequência de ações na implementação do programa educacional. O ponto de partida é a participação dos alunos na identificação dos problemas e necessidades. As fases subsequentes visam a investigação e análise, a preparação de propostas para a mudança, a formulação de um programa de ação e a implementação das mudanças. Na fase final, os alunos, professores e outros intervenientes educativos deverão, em conjunto, monitorizar o que resultou realmente no trabalho.

Nos modelos de capacitação, a orientação participante é o pré-requisito básico para o trabalho educativo. As escolas e os ambientes locais também são olhados como elementos importantes da educação para a saúde. Neste contexto, as crianças e jovens, as crianças são vistas como parceiros no trabalho de educação para a saúde (Vilaça, 2007). Para a autora, a orientação participante também é importante, porque facilita os processos de aprendizagem. A ideia básica para este modelo é a de que todos os envolvidos na escola deverão participar, ativamente, em todas as fases do trabalho local de mudança, mantendo sempre um diálogo democrático uns com os outros. Todos os agentes educativos podem ter papel de facilitadores no processo de capacitação dos alunos.

Neste âmbito, Vilaça (2008) realça a importância da discussão do conceito de competência de ação nas Escolas Promotoras de Saúde, isto é, a sua capacidade para realizar ações reflexivas, individual ou coletivamente, e provocar mudanças positivas nos estilos de vida e/ou condições de vida que promovam a sua saúde e/ou a da comunidade. Vilaça (2008) cita Jensen (1997), bem como Simovska e Jensen (2003), para descrever a abordagem S-IVAM (Seleção do problema – Investigação, Visão, Ação e Mudança) no desenvolvimento de competências de ação. Segundo estes autores, a primeira fase do modelo- Investigação- ilustra as questões que os alunos deverão dirigir para atingir uma percepção partilhada (comum) sobre o que é realmente o problema atual com que estão a trabalhar. Os alunos têm de ser ativamente envolvidos na escolha do problema e procurar uma resposta sobre por que razão este problema é importante para eles. A segunda fase - Visões- trata do desenvolvimento das visões sobre como são as condições em que se trabalha e que gostaríamos de mudar no futuro. Este ponto trata do desenvolvimento das ideias, percepções e visões dos alunos sobre a sua vida futura e a sociedade em que eles irão crescer. A terceira fase – Ação & Mudança – também é importante, na medida em que proporciona um espaço para a imaginação, para promover a profusão de uma grande quantidade de ações possíveis relacionadas com a possibilidade de atingir algumas dessas visões que foram desenvolvidas (Vilaça, 2007). A autora realça a importância da valorização das sugestões feitas pelos alunos na implementação dos projetos. Algumas das ações serão desenvolvidas pelos próprios alunos, enquanto outras exigirão uma colaboração próxima com os professores, pais e comunidade educativa. A tomada de decisão para realizar uma ou mais ações deve ser precedida de discussão em relação com os seus potenciais resultados e barreiras que podem surgir. Em suma, a sequência de etapas que propomos seguir por um professor quando desenvolve um trabalho educativo estão representadas na Figura 2. Esta parte da identificação de uma necessidade educacional aliada à avaliação das oportunidades e, também, dos constrangimentos relativos à implementação de um modelo educativo mais apropriado ao(s) aluno(s) e a temática, são as etapas que se encontram representadas no programa de ação. No final, avalia as mudanças produzidas.

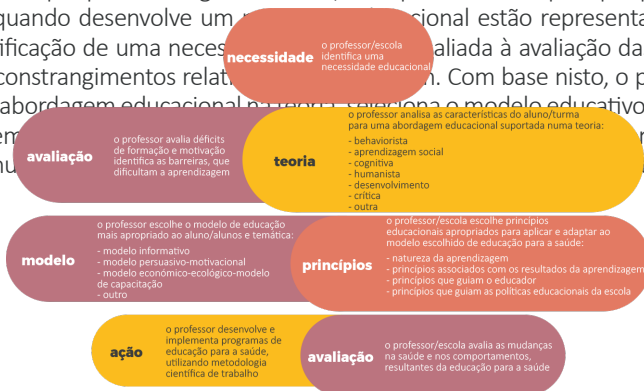


Figura 2 – Sequência das etapas seguidas por um professor quando desenvolve um programa de educação para a saúde

Fonte: Adaptado de Stanhope e Lancaster (1999)

Os resultados da avaliação vão ditar a necessidade e o âmbito de novas formações que terão de ter em conta todos os elementos do processo de comunicação. Os educadores devem agir de forma assertiva, fazendo um cuidadoso levantamento das necessidades de formação, barreiras e recursos disponíveis, em função do grupo de alunos a que se destina e o seu nível de conhecimentos. Seleciona o modelo de intervenção mais adequado ao tema e ao grupo de alunos (atitudes e crenças existentes), aplica a metodologia científica de trabalho, dando ênfase à avaliação do processo e dos resultados.

No âmbito da educação para a saúde assumem especial relevância abordagens pedagógicas construtivas com especial destaque para a pedagogia de projeto e resolução de problemas.

CONCLUSÃO

A escola promotora da saúde promove ambientes saudáveis para a aprendizagem e desenvolve iniciativas integradas que incrementam e protegem a saúde dos seus alunos.

Crianças e jovens saudáveis aprendem melhor e têm mais sucesso. A Educação para a saúde contribui para melhorar os níveis de literacia, condição facilitadora da tomada de decisão em saúde pelas crianças e pelos jovens.

01

Literacia em saúde e alimentação em estudantes do ensino superior

*Manuela Ferreira
Ana Lúcia Leitão
Sofia Campos
Graça Aparício
Raquel Guiné*

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) e condutas sexuais de risco, baixa atividade física, obesidade, assim como a prevalência de outras doenças e comportamentos de risco para a saúde (Alsubaie, 2014; Bennasar-Veny et al., 2020; Khajouei & Salehi, 2017; Park et al., 2017; Provenzano et al., 2018). Do ponto de vista da personalidade, são mais suscetíveis a pressões externas, estão menos orientados para o futuro, são mais impulsivos e têm ainda

dificuldade em regular o seu estado emocional, exibindo um otimismo irrealista, que os impele a adotar todos estes comportamentos de risco (Szabo et al., 2019). A ocorrência dos múltiplos comportamentos de risco está bem documentada na adolescência e torna-se muito prevalente nos jovens adultos (Ramo et al., 2019).

As causas de mortalidade e de morbidade nos jovens adultos têm vindo a modificar-se nas últimas décadas, devido às alterações no estilo de vida (Miranda et al., 2018). Tal como é reconhecido, tanto o estilo de vida, como o nível socioeconómico têm um papel fundamental na combinação de comportamentos de saúde protetores, tal como a manutenção de um índice de Massa Corporal (IMC) normal, uma alimentação saudável, atividade física regular, não fumar, o consumo moderado de álcool, estando estes 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 et al., 2018).

Desta forma, aumentar a literacia em saúde nos jovens adultos torna-se fundamental, e na atualidade, a forma que parece ser mais efetiva é através da utilização das novas tecnologias, como as aplicações digitais e o uso da 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 de forma importante em 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. Mas, de acordo com o autor, os jovens adultos apresentam dificuldade em avaliar e aplicar 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 também influenciados pelo autocontrolo, pelo que os indivíduos com maior autocontrolo conseguem gerir melhor impulsos, pensamentos e sentimentos, limitando comportamentos indesejados, enquanto 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).

Associando o autocontrolo aos comportamentos alimentares, os indivíduos com elevados níveis de autocontrolo e baixa impulsividade elegem habitualmente alimentos/refeições equilibradas, optam por lanches saudáveis, comem fruta e vegetais de acordo com as porções recomendadas e 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, ao invés de promover um comportamento alimentar saudável (Szabo et al., 2019).

LITERACIA E ALIMENTAÇÃO

Uma alimentação saudável desempenha um papel fundamental na qualidade de vida dos indivíduos. Em 2017 e de acordo com GBD 2016 Risk Factors Collaborators (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 a procura consistente na seleção e no acesso a uma quantidade suficiente de alimentos que promova um estilo de vida saudável e ativo (Hagedorn & Olfert, 2018) e, embora não exista consenso relativamente ao conceito de Literacia Alimentar (LA), a sua definição enfatiza toda a envolvimento dos indivíduos no sistema alimentar, através, não só da importância de relacionar a informação nutricional e principalmente alimentar, como também a própria capacidade em aplicar essa mesma informação, nomeadamente as competências para preparação de alimentos, fazer escolhas alimentares saudáveis e compreender o impacto das mesmas na saúde, no meio ambiente e na economia (Truman et al. (2017).

As opções por alimentos processados, frequente nos jovens, foram identificadas como as mais desequilibradas nutricionalmente, sobretudo em fontes de sal, considerado como um dos principais fatores que contribuem para a perda de anos de vida saudável (World Health Organization [WHO], 2012; Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, 2022).

Atualmente, a legislação, um pouco por todo o mundo, obriga a que sejam criados rótulos com a informação nutricional de cada alimento, assim como destacam os nutrientes (p.ex. sal) que potenciam o aumento da morbilidade e mortalidade precoce (Khandpur et al., 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 posteriormente a aplicação do Despacho n.º 11391/2017 a 28 de dezembro de 2017, que aprovou 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, se acredita, tem promovido 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 precisam sentir-se motivados a adotar comportamentos alimentares saudáveis, pois, se forem capazes de antecipar o impacto negativo

da alimentação na sua saúde individual, estarão aptos para agir em conformidade e reduzir substancialmente o consumo de alimentos com excesso de sal e com outros produtos nefastos. Acresce a isto as características individuais, como a orientação temporal, isto é, a forma como 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 (ie. campanhas, rótulos, etc.) (Larson et al., 2020; Rojas-Rivas et al., 2020).

Os fatores que estão na origem das escolhas alimentares são a fome, o prazer em comer, a regulação do efeito de comer e a resposta sensorial. De uma forma natural, o ser humano tem maior apetência a consumir alimentos com sal, pois estes dão prazer imediato. 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 tem um impacto moderado, devido à sua orientação no tempo. Existem outros fatores intervenientes como a motivação por questões relacionadas com o estado de saúde, tal como o que é mais conveniente naquele momento, o preço, o controlo do peso, familiaridade com o produto e questões éticas e 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 à 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 percepção do risco nos indivíduos preocupados com a sua saúde futura, ao invés dos indivíduos preocupados apenas com o presente.

Para compreender se as variáveis psicológicas como a percepção do risco, autocontrolo e as motivações sociais e externas para comer se relacionam 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. Os autores 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, desempenharam uma forte influência, revelando que a percepção do risco foi mediadora da importância das motivações externas e sociais 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 mais adequados 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 percepção do risco e as motivações. Neste trabalho é sugerido que os jovens são mais conscienciosos do que seria de esperar, apesar da sua baixa percepção do risco (Szabo et al., 2019).

No que se refere à 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 sobretudo associada aos primeiros dois anos de frequência universitária (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 auto percepção de saúde fraca (21,6%) ou má (6%); que gastavam mais dinheiro antes de fazer as compras relacionadas com a alimentação, que detinham menos estratégias de *coping* para as suas decisões do dia a dia, e com resultados e sucesso académico fracos. No estudo, a insegurança alimentar está associada à obesidade.

Um conjunto de dados indica que os comportamentos alimentares dos estudantes do ensino superior não são condizentes com a saúde a curto ou a longo prazo, havendo indícios de um elevado consumo de doces e *fastfood* e baixo consumo de frutas e vegetais. Embora haja alguma evidência de que o comportamento alimentar acompanha a adolescência até à idade adulta, a transição da vida familiar para a universitária tem sido associada a mudanças desfavoráveis na ingestão de alimentos, nomeadamente aumento na ingestão de álcool e açúcar e diminuição no consumo de frutas e vegetais (Tanton et al., 2015). Sprake et al. (2018) realizaram um estudo transversal, via on-line, numa amostra de conveniência de 1448 estudantes do ensino superior de cinco universidades do Reino Unido (King's College London, Universities of St Andrews, Southampton, Sheffield, Ulster University). O estudo analisava os padrões alimentares, estilo de vida e variáveis sociodemográficas. Os resultados indicam quatro padrões dietéticos principais: "vegetariano"; "petiscar"; "preocupação com a saúde"; e "conveniência, consumo de carne vermelha e de álcool". O padrão "preocupação com a saúde" apresentou o perfil de micronutrientes mais favorável. O sexo, a idade, o ano de frequência no ensino superior, a localização geográfica e as habilidades culinárias dos estudantes foram variáveis que se associaram a diferenças no comportamento alimentar. Os estudantes do sexo feminino preferiam o padrão "vegetariano", enquanto os estudantes do sexo masculino preferiam o padrão "conveniência, consumo de carne vermelha e de álcool". Padrões alimentares menos saudáveis foram associados positivamente a fatores de risco e estilo de vida, como tabagismo, baixa prática de atividade física e consumo de *fastfood*. Os estudantes que indicaram o padrão "preocupação com a saúde" consumiam mais variedade de nutrientes. O padrão "conveniência, consumo de carne vermelha e de álcool" foi associado a maiores gastos semanais com alimentos e os estudantes que relataram maior habilidade para cozinhar tenderam para os padrões "vegetariano" e "preocupação com a saúde". O consumo alimentar variou entre os estudantes do ensino superior, com uma proporção substancial de estudantes a seguir dietas promotoras da saúde, que apresentavam bons perfis nutricionais, evitando a necessidade de intervenção dietética. No entanto, alguns estudantes consumiam dietas pobres, incorriam em maiores gastos com alimentos e apresentavam comportamentos de estilo de vida desfavoráveis, que podem ter efeitos na saúde a longo prazo. Papadaki et al. (2007) realizaram um estudo num grupo de estudantes universitários, com objetivo de avaliar o efeito nos hábitos alimentares de coabitar com a família ou deslocado. A amostra era constituída por 84 estudantes da Athens Agricultural University, com idades entre os 20-24. Os estudantes que continuaram a coabitar com os pais não apresentaram grandes mudanças nos hábitos alimentares desde o ingresso no ensino superior. Os estudantes que se encontravam deslocados, ou seja, longe da família, demonstraram algumas mudanças no seu padrão alimentar, diminuindo o consumo semanal de frutas frescas, vegetais cozidos e crus, peixe, frutos do mar, leguminosas e azeite e aumentaram

a ingestão de açúcar, álcool e *fastfood*. O estudo concluiu que a partir do ingresso no ensino superior, os estudantes que moravam fora de casa dos pais desenvolveram hábitos alimentares mais desfavoráveis do que os que continuaram a morar na casa da família.

Assim, as intervenções nutricionais nesta população devem ser incentivadas para promover dietas e estilos de vida mais saudáveis, bem como a adesão à dieta tradicional mediterrânea. Outros estudos internacionais mostram que frequentar o ensino superior pode aumentar a prevalência de sobrepeso e obesidade, ganho de peso e estilos de vida pouco saudáveis, que têm sido associados a um maior risco de doenças crônicas, revelando a baixa literacia alimentar nos estudantes (Nelson et al., 2008; Larson et al., 2009).

A ingestão de alimentos por estudantes universitários é caracterizada por uma maior ingestão de lanches, *fastfoods*, batatas fritas, bolos e bebidas gaseificadas, e uma menor ingestão de frutas e vegetais. Assim, este período da vida é reconhecido como uma fase importante para a promoção da saúde e prevenção de doenças (Cervera Burriel et al., 2013). Numa revisão sistemática da literatura realizada por Bernardo et al. (2017), ficou demonstrado que há uma percentagem baixa de estudantes do ensino superior a aderirem à Dieta Mediterrânea, com valores baixos de ingestão frequente de frutas, vegetais, peixes, grãos inteiros, legumes, nozes, sementes e azeite. A maioria dos estudos analisados revela que uma grande parte dos estudantes necessita de mudanças na sua dieta para torná-la mais saudável. Um estudo conduzido por Maciel et al. (2012), que incluiu 303 estudantes de uma universidade pública de São Paulo, no Brasil, também sugere uma baixa ingestão de frutas, vegetais, grãos inteiros e baixo consumo de leguminosas, traduzindo-se numa baixa adesão à Dieta Mediterrânea. A Dieta Mediterrânea é considerada um dos padrões alimentares mais saudáveis em todo o mundo, graças a uma combinação de alimentos ricos principalmente em antioxidantes e nutrientes anti-inflamatórios. Mentella et al. (2019) referem que existe uma relação forte e inversa entre um elevado nível de adesão à dieta mediterrânea e algumas doenças crônicas e o cancro. Devido aos seus efeitos protetores na redução dos processos oxidativos e inflamatórios das células e evitando danos ao DNA, proliferação celular e a sua sobrevivência, angiogénese, inflamações e metástases, a dieta mediterrânea é considerada um método poderoso e administrável para combater a incidência do cancro. Os padrões dietéticos baseados na ingestão regular de frutas, vegetais (especialmente alho e vegetais crucíferos, como repolhos, brócolos, couve de Bruxelas, entre outros) e, por consequência, a ingestão de alimentos ricos em selénio, ácido fólico, vitaminas (B-12 ou D), e antioxidantes (por exemplo, carotenoides e licopeno) desempenham um papel protetor no início do cancro, redução do risco de cancro de mama, colorretal e da próstata em 60-70% e de cancro do pulmão em 40-50% (Donaldson, 2004). Uma alta ingestão de produtos ricos em fibras e uma ingestão moderada de leite e laticínios podem reduzir a incidência de diferentes tipos de cancro. Carnes e produtos de origem animal, ricos em gorduras e óleos animais e muitas vezes cozidos em altas temperaturas, podem aumentar a incidência de cancro, especialmente o cancro colorretal, do estômago e da próstata (Mentella et al., 2019). Os efeitos benéficos da dieta mediterrânea devem-se sobretudo ao elevado consumo de alimentos de origem vegetal que proporcionam uma grande quantidade de fibra, baixa densidade energética e baixa carga glicémica (Kastorini et al., 2010).

Também Alves e Precioso (2017) referem que a transição para o ensino superior resulta em alterações no consumo alimentar dos estudantes, “desde a omissão de refeições à ingestão de alimentos nutricionalmente pobres”. Ainda de acordo com os mesmos autores, nesta fase da vida acadêmica, os estudantes relatam ter horários muito preenchidos o que pode contribuir para que estes façam “um maior número de refeições fora de casa, omitam refeições ou adotem práticas alimentares desviantes com a opção por comidas rápidas ou o baixo consumo de frutas e vegetais”. No seu estudo, que teve como objetivo descrever os hábitos alimentares de 487 estudantes de uma universidade portuguesa (345 estudantes do sexo feminino e 142 estudantes do sexo masculino), os resultados permitiram concluir que os hábitos alimentares dos estudantes são inadequados, uma vez que revelam um consumo abaixo do recomendado de frutas, vegetais, leite e seus derivados. A maioria dos estudantes realiza, diariamente, quatro das principais refeições: pequeno-almoço (73%), almoço (84,4%), lanche a meio da tarde (55,7%) e jantar (82,4%), enquanto 38,9% faz todos os dias o lanche a meio da manhã e 18,9% relataram nunca lanchar a meio da manhã. No que se refere à ceia, ficou documentado que 38,0% dos estudantes nunca realizam essa refeição. Um em cada cinco estudantes não consome a quantidade diária suficiente de água, cerca de 12% dos estudantes assumiu consumir bebidas açucaradas e/ou gaseificadas, por exemplo, coca-cola, pelo menos uma vez por dia. As carnes vermelhas, as carnes brancas e o peixe constituem alimentos consumidos algumas vezes por semana pela maioria dos estudantes (63,2%, 71,8%, 65,4%, respetivamente). Destes três alimentos, o peixe foi o menos consumido, ou seja, 20,8% dos estudantes manifestaram consumir peixe muito raramente. Uma percentagem significativa de estudantes raramente ou nunca comem vegetais crus (46,8%) e cozinhados (22,6%). Mais de 20% assumiu consumir fastfood pelo menos uma vez por dia e destes, 8,8% referiu consumir este tipo de alimentos mais do que uma vez por dia.

Alves e Precioso (2017) sugerem a necessidade de mudanças de determinados comportamentos alimentares dos estudantes do ensino superior, sensibilizando-os para o aumento do consumo diário de frutas e de vegetais, bem como a diminuição de alimentos ricos em gorduras, sal e açúcar.

A associação entre a insegurança alimentar e fatores de risco cardiovasculares e metabólicos, foi estudada por Robson et al. (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 praticavam atividade física e 74,6% não dormiam 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 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 à 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 episódico excessivo de bebidas alcoólicas (CEEA) e consumo de substâncias psicoativas como tabaco, marijuana entre outras substâncias. Os jovens ingeriam menos de 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, anteendo o aumento de comportamentos de risco, apresentaram um aumento de comorbilidades.

Com a pandemia por COVID-19, o comportamento dos estudantes universitários mudou. Gallo et al. (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). Além disso, 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 150 min de atividade física). Estes dados apresentavam que o isolamento teve 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 Liao et al. (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 apresentaram conhecimento, competências e funções cognitivas relevantes, 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 a tomada de consciência dos riscos e

benefícios das suas decisões para a o estabelecimento de objetivos em saúde a curto, médio e longo prazo (Liao 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 as 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 o que incita à condução por embriaguez, intoxicação alcoólica, desidratação e morte (Reid & Gentius, 2018). Os autores realizaram um estudo transversal, aplicando questionários a 1994 estudantes universitários em Trinidad e Tobago. De acordo com estes autores, 66% da amostra eram do sexo feminino e a média de idade era de 25 anos. No estudo, os homens apresentaram maior probabilidade de consumir bebidas energéticas do que as mulheres e 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, definido como beber mais depressa do que os indivíduos que bebem apenas bebidas alcoólicas, aumento do desejo por bebidas alcoólicas e aumento do risco de dependência de bebidas alcoólicas. Paralelamente foi descrito o consumo de marijuana, cocaína, ecstasy, medicamentos e ter comportamentos sexuais de risco. Porém, 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).

Outro aspeto importante no âmbito da literacia em alimentação é saber analisar os rótulos alimentares. Estes destinam-se a informar o consumidor sobre as propriedades nutricionais de um alimento, declarando o seu valor energético e os principais nutrientes. Estes rótulos devem apresentar-se de forma clara e com a especificação correta da quantidade, composição e qualidade, bem como os riscos que podem apresentar. Estas informações são obrigatórias e contribuem para a promoção de uma alimentação saudável (Barros et al, 2020). Sabe-se que a disponibilização dos rótulos alimentares descritos de forma clara tende a aumentar a credibilidade e segurança em relação a estas informações e possibilita ao consumidor avaliar se o produto atende às suas necessidades nutricionais e alimentares. Todavia, boa parte dos consumidores, principalmente os mais jovens, não demonstra interesse por essas informações, pois costuma desconhecer a sua importância (Barros et al. 2020). O autor, ao avaliar se os estudantes de um ensino médio técnico conseguem ler e compreender as informações contidas nos rótulos dos alimentos que consomem, conclui que um número significativo (82,5%) afirmou que eventualmente costuma fazer a leitura das informações nas embalagens dos produtos, porém apenas 9% o fazem rotineiramente. Quanto à confiança dos alunos nas

informações contidas nos rótulos, apenas 15,5% relataram confiar totalmente nas informações disponibilizadas. Ao serem questionados sobre o objetivo de se consultar o rótulo, a maioria dos estudantes (69%) respondeu que o fazia para verificar o prazo de validade, seguido de curiosidade (53%) e depois da preocupação com os ingredientes (20,5%). 41,5% afirmaram não haver mudanças nos seus hábitos alimentares a partir da declaração nutricional presente nos rótulos (Barros et al, 2020). Assim sendo, apesar de os estudantes serem capazes de consultar os rótulos dos alimentos e os considerarem importantes, poucos conseguem efetivamente confiar e usar a informação apresentada.

MATERIAL E MÉTODOS

Desenvolveu-se um estudo quantitativo, transversal e descritivo, com uma amostra não probabilística de 924 estudantes do ensino superior português, com o objetivo de investigar se as variáveis sociodemográficas e contextuais interferem na literacia em alimentação. A recolha de dados foi efetuada através de uma plataforma *online* que teve por base um questionário que permitiu colher informações relevantes para a caracterização da amostra no que concerne a dados sociodemográficos, académicos e contextuais e dados relativos à Literacia em alimentação. A escala relativa à Literacia em alimentação é constituída por 26 questões distribuídas pelos fatores: “Composição nutricional dos alimentos 7 itens”, Rotulagem e escolhas alimentares 10 itens” e “Práticas alimentares saudáveis 9 itens”. De acordo com a matriz da Correlação de Pearson, que se estabeleceu com os fatores da escala e o fator global, foi possível observar que as subescalas estabelecem entre si correlações positivas e significativas, sendo a mais baixa 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 $r=0,900$.

RESULTADOS

Os estudantes universitários tinham idades compreendidas entre os 18 e os 37 anos, com uma média de 22,35 anos ($\pm 6,10$ anos). A amostra era maioritariamente do sexo feminino ($n = 736$; 79,7%), estas ligeiramente mais novas que o sexo oposto (Feminino = 21,89 anos $\pm 5,37$ vs Masculino = 24,14 anos $\pm 8,17$ anos). O sexo feminino apresentava uma dispersão moderada ($CV= 24,53\%$) e o sexo masculino uma dispersão elevada ($CV= 33,84\%$) (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	27	21,89	5,37	24,53	2,92	9,85

Masculino	188	18	37	24,14	8,17	33,84	2,63	8,55
-----------	-----	----	----	-------	------	-------	------	------

De acordo com os dados obtidos, no global o grupo etário mais representativo tem 22 ou mais anos, 34,2% (Feminino = 31,3% vs Masculino = 45,7%). Na análise por sexo contata-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%, sendo as diferenças entre os grupos estatisticamente significativas.

Maioritariamente os estudantes universitários não tem nenhum companheiro, representando 89,5% (Masculino = 85,6%; Feminino = 89,5%), 96% é de nacionalidade portuguesa (Masculino = 92%; Feminino = 97%) e, 55,7% são oriundos da região centro (Masculino = 62,2%; Feminino = 54,1%). Os grupos mais representativos são os estudantes de nacionalidade portuguesa, com 96% (Masculino = 97,0%; Feminino = 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).

Também os pais pertencem maioritariamente ao grande grupo de profissões técnicas, estando representados por 59,5% (Masculino = 50,0; Feminino = 62,0%) (cf. tabela 2).

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

Variáveis	Sexo		Feminino		Total		Resíduos Ajustados		X ²	p
	Masculino		n	%	n	%	Masc.	Fem.		
	n	%	(188)	(20,3)	(736)	(79,7)	(924)			
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		

Variáveis	Sexo		Feminino		Total		Resíduos Ajustados		X ²	p
	Masculino		n	%	n	%	Masc.	Fem.		
	n	%	n	%	n	%				
	(188)	(20,3)	(736)	(79,7)	(924)					
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		

Na análise das variáveis de contexto académico tal como apresentado na tabela 3, verifica-se que 75% frequentam a licenciatura e destes, 63,3% são do sexo masculino e 28,0% são do sexo feminino. O teste X² revela diferenças significativas (X²=44,02; p= 0,001) o que é comprovado pelos resíduos ajustados (RA), constatando-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 (Masculino = 38,2%; Feminino = 41,2%), contudo, os RA (2,6) localizam diferenças nas estudantes do 3º ano, revelando que as mulheres estão na sua maioria no 3º ano. Dos 96,5% estudantes portugueses, 93,1% são do sexo masculino e 97,4% são do sexo feminino, com diferenças significativas ($X^2=8,41$; $p= 0,004$). 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 académica varia, apurando-se que 75,4% são estudantes a tempo integral, 63,3% do sexo masculino e 78,5% do sexo feminino. O teste X^2 revela diferenças estatísticas altamente significativas ($X^2=18,75$; $p= 0,001$), indicando que as mulheres estão mais dedicadas ao estudo (RA= 4,3), sendo estudantes a tempo integral, enquanto os homens mantêm a atividade académica e concomitantemente a atividade laboral (RA=4,3).

Em programa de mobilidade estão 44 estudantes e destes, 11,4% estão em Programa Erasmus (Masculino = 5,9%; Feminino = 14,8%). A auto percepção do desempenho académico é boa para 60,6% e é semelhante entre sexos (Masculino = 58,0%; Feminino = 61,3%), no entanto existem diferenças estatísticas significativas ($X^2=14,51$; $p= 0,006$), com os homens a apresentar pior percepção do seu desempenho académico que as mulheres.

A média de classificação obtida até à data é no cômputo geral boa, situando-se entre 14 e 16 valores para 60,2% dos estudantes, especificamente para 47,6% dos homens e 63,4% das mulheres. A média de classificação é superior no sexo feminino, com diferenças estatisticamente significativas ($X^2= 16,918$; $p= 0,001$). Pela análise dos RA observa-se que as mulheres têm uma classificação média entre os 14 e os 16 anos e os homens entre 10 e 13 valores.

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

Tabela 3 – Variáveis de contexto académico em função do 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.		
Ciclo de estudos CTeSP	14	7,4	5	0,7	19	2,1	5,8	-5,8	44,02	0,001

Sexo Variáveis	Masculino		Feminino		Total		Resíduos Ajustados		χ ²	p
	n (188)	% (20,3)	n (736)	% (79,7)	n (924)	% (100,0)	Masc.	Fem.		
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										
Erasmus	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		

O nível de literacia em alimentação (LA) e as variáveis socioeconómicas foi estudados com a aplicação do teste Qui-quadrado, tal como apresentado na tabela 4.

Os estudantes que apresentam percentagens mais elevadas de literacia nos 3 fatores são do

sexo feminino, de nacionalidade portuguesa, residem sem companheiro, são da região Centro e os pais têm escolaridade até ao 3º ciclo, com profissões técnicas. Foi estabelecida relação estatística para as habilitações académicas da mãe ($X^2= 9,611$; $p= 0,048$) bastante significativa para a nacionalidade e altamente significativa para a região de proveniência ($X^2= 12,730$; $p=0,002$; $X^2= 22,929$; $p= 0,001$ respetivamente).

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

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

Apesar de não ter sido estabelecida relação estatística significativa para o estado civil e para a escolaridade paterna, contudo os RA indicam diferenças localizadas nos estudantes sem companheiro e que apresentam literacia moderada (RA= 2,1), os estudantes com companheiro e que têm literacia elevada (RA= 2,1) e os estudantes cujos pais têm habilitações até ao 3º ciclo e apresentam LA elevada (RA=2,1) (cf tabela 4).

Tabela 4 – Variáveis sociodemográficas e nível de literacia em alimentação

LA Variáveis	Baixa Literacia (1)		Moderada Literacia (2)		Elevada literacia (3)		Total		Resíduos Ajustados			X ² n	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

LA 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)		
Centro Sul e Ilhas Estrangeiro e NS/NR	142 16 15	58,7 6,6 6,2	244 31 10	54,6 6,9 2,2	129 5 4	54,9 2,1 1,7	515 52 29	55,7 5,6 3,1	1,1 0,8 3,2	-0,7 1,7 -1,5	-0,3 -2,7 -1,5		
Escolaridade da mãe Até 3º ciclo Secundário Superior	104 73 64	43,2 30,3 26,6	203 112 122	46,5 25,6 27,9	123 69 43	52,3 29,4 18,3	430 254 229	47,1 27,8 25,1	-1,4 1,0 0,6	-0,4 -1,4 1,9	1,9 0,6 -2,8	9,611	0,048
Escolaridade do pai Até 3º ciclo Secundário Superior	124 72 42	52,1 30,3 17,6	243 115 73	56,4 26,7 16,9	146 63 23	62,9 27,2 9,9	513 250 138	56,9 27,7 15,3	-1,8 1,0 1,2	-0,3 -0,7 1,3	2,1 -0,2 -2,7	9,213	0,056
Grupo profissional da mãe Intelectuais Técnicos Indiferenciados e Outros	62 123 57	25,6 50,8 23,6	114 223 110	51,4 49,9 24,6	46 124 65	20,7 52,8 27,7	222 470 232	24,0 50,9 25,1	0,7 0,0 -0,6	1,0 -0,6 -0,3	-1,8 0,7 1,1	3,738	0,443
Grupo profissional do pai Intelectuais Técnicos Indiferenciados e Outros	58 134 50	24,0 55,4 20,7	90 274 83	20,1 61,3 18,6	49 142 44	20,9 60,4 18,7	197 550 177	21,3 59,5 19,2	1,2 -1,5 0,7	-0,9 1,1 -0,4	-0,2 0,3 -0,2	2,473	0,649

No estudo da LA e as variáveis contextuais do desempenho académico, é possível observar que os estudantes universitários a frequentar o 1º ano da licenciatura curricular, portugueses, em outro programa de mobilidade que não Erasmus ou programas bilaterais, com média de classificação de 14 a 16 valores e estudantes a tempo integral são os que apresentam percentagens de literacia mais elevadas nos diferentes fatores, tendo sido estabelecida significância estatística para o ciclo de estudos ($X^2=14,821$; $p=0,022$), o ano curricular ($X^2=17,482$; $p=0,025$) e a média de classificação ($X^2=13,802$; $p=0,032$) e significância bastante significativa para o tipo de estudante ($X^2=12,446$; $p=0,002$) e a auto percepção do desempenho académico ($X^2=20,453$; $p=0,009$).

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

Os RA localizam ainda diferenças na média de classificação entre 14 e 16 valores e a LA elevada, e nos com mais de 17 valores e a LA baixa. Já na ocupação, os estudantes a tempo inteiro apresentam literacia moderada.

Para as restantes variáveis, não foi determinada significância estatística, no entanto, no que se refere à residência, os RA localizam diferenças significativas entre os estudantes que não

estão deslocados e apresentam literacia elevada (RA= 2,0) (cf tabela 5).

Tabela 5 – Variáveis académicas e nível de literacia em alimentação

LA 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)		
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

LA 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)		
Com colegas Com familiares e outros	115	47,5	221	49,9	114	49,6	450	49,2	-0,6	0,4	0,1		
	119	49,2	204	46,0	102	44,3	425	46,4	1,0	-0,2	-0,7		
Situação profissional Estudante a tempo integral Trabalhador- estudante	173	71,5	356	79,6	168	71,5	697	75,4	-1,7	2,9	-1,6	8,278	0,016
	69	28,5	91	20,4	67	28,5	227	24,6	1,7	-2,9	1,6		

A influência do sexo nos níveis de literacia relativos à alimentação estudou-se com a realização do teste de U Mann-Whitney (UMW), como apresentado na tabela 6.

Observa-se que existem variações nas ordenações médias da escala de literacia em alimentação, com as mulheres a apresentar valores médios mais elevados em todos os fatores, indicando maior literacia, mas apenas com significância estatística no fator “Práticas alimentares saudáveis” ($z=-2,515$; $p=0,012$).

Tabela 6 – Teste de U Mann-Whitney entre sexo e literacia em alimentação

Escalas	Sexo	Masculino		Feminino		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

Para compreender a influência do grupo etário na literacia, foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis. De acordo com os dados obtidos e apresentados na tabela 7, verifica-se que os estudantes com idade de 20 a 21 anos apresentam no fator global e no fator 3 “Práticas alimentares saudáveis” ordenações médias mais elevadas (FG OM= 471,07; F3 OM= 478,48), indicando maior literacia em alimentação, enquanto os estudantes com mais de 22 anos revelam maior literacia na “composição nutricional dos alimentos” e em “Rotulagem e escolhas alimentares” (F1 OM= 472,05; F2 OM= 480,79), porém sem significância estatística.

Tabela 7 – Teste de Kruskal-Wallis para o grupo etário e a literacia em alimentação

Escalas	Grupo etário	≤ 19 anos (1)	20- 21 anos (2)	≥ 22 anos (3)	h	p
		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

Para estudar a relação entre as escalas de literacia e a nacionalidade foi aplicado o teste UMW. De acordo com ordenações médias dos dados obtidos, constata-se, que os estudantes portugueses apresentam maior conhecimento em todas as áreas, com significância estatística em todos os fatores da literacia em alimentação (cf tabela 8).

Tabela 8 – Teste de U Mann-Whitney entre nacionalidade e literacia em alimentação

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

Os níveis de literacia e a região de proveniência foram estudados, com a aplicação do teste ANOVA, como observado na tabela 9. De acordo com as OM os estudantes oriundos da região norte são os que apresentam níveis de literacia em alimentação superiores, com significância estatística em todos os fatores.

Tabela 9 – Teste ANOVA para região de proveniência e a literacia em alimentação

Região de proveniência Escalas	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

Com a aplicação dos testes *Post hoc* de Tukey entre literacia em alimentação e a proveniência dos estudantes, verificamos que, no fator global ($p=0,019$) e no fator “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. O nível de literacia em “Práticas alimentares saudáveis” é altamente significativo 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 (cf Tabela 10).

Tabela 10 – Testes Post hoc de Tukey para a proveniência dos estudantes e a literacia em alimentação

Região de proveniência Escalas	Teste Tukey (p)					
	N/S	N/C	N/E	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

Pela análise das OM, os estudantes cujas mães têm habilitações académicas até ao 3º ciclo são os que detêm maior literacia, porém sem diferenças estatísticas significativas (cf. tabela 11)

Tabela 11 – Teste de Kruskal-Wallis para a escolaridade materna e literacia em alimentação

Escolaridade materna Escalas	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

As habilitações académicas do pai e a literacia revelaram significância estatística em todos os fatores, com ordenações médias mais elevadas para os estudantes cujos pais têm habilitações até ao 3º ciclo (cf tabela 12).

Tabela 12 – Teste de Kruskal-Wallis para a escolaridade paterna e a literacia em alimentação

Escolaridade do paterna Escalas	Até ao 3º ciclo (1)	Secundário (2)	Superior (3)	h	p
	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

O ciclo de estudos frequentado não influenciou nenhum dos fatores, tal como observado na tabela 13, contudo os estudantes de CTeSP apresentaram OM superiores para todos os fatores da escala, exceto para o fator “Práticas alimentares saudáveis”, onde se salientaram os estudantes da Licenciatura.

Tabela 13 – Teste de Kruskal-Wallis para o ciclo de estudos e a literacia em alimentação

Ciclo de estudos Escalas	CTeSP OM	Licenciatura OM	Mestrado OM	Outro OM	h	p
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

O ano curricular influenciou a literacia em alimentação. Pela análise da tabela 14, podemos constatar significância estatística para todos os fatores, evidente pelas OM mais elevadas nos estudantes do 4º ano em todos os fatores.

Tabela 14 – Teste de Kruskal-Wallis para a literacia em alimentação e o ano curricular

Ano curricular Escalas	1º OM	2º OM	3º OM	4º OM	5º OM	h	p
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

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Vários estudos têm revelado que 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), comportamentos sexuais de risco, baixa atividade física, obesidade, assim como prevalência de outros comportamentos prejudiciais para a saúde (Alsubaie, 2014; Bennasar-Veny et al., 2020; Khajouei & Salehi, 2017; Park et al., 2017; Provenzano et al., 2018). Conjuntamente, estes são mais suscetíveis a pressões externas, estão menos orientados para o futuro, são mais impulsivos e têm dificuldade em 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), sofrendo frequentemente a influência dos pares na tentativa de aceitação, procura de ser “porreiro” e do ponto de vista social, frequentemente são vistos como tendo apenas comportamentos imaturos (Tinner et al., 2021).

Em face disto, a família é associada a controlo devido às suas expectativas e a pressão para contrariar os comportamentos de risco (Tinner et al., 2021).

Segundo outros estudos, os comportamentos de saúde protetores como a obtenção ou manutenção de um índice de massa corporal (IMC) normal, procurar uma alimentação saudável, atividade física regular, não fumar, manter um consumo moderado de álcool, entre outros, são altamente influenciados pelo estilo de vida e pelo nível socioeconômico (Bennasar-Veny et al., 2020; Francisco et al., 2019; Gallienne et al., 2018).

O estudo atual decorreu com uma população em que a maioria dos pais apresenta um nível de habilitações baixo, com profissões técnicas, associando-se a um nível socioeconômico médio. Apesar de a maioria dos estudantes estar deslocada da residência, verifica-se que o sexo masculino, na sua maioria, não está deslocado ou habita com familiares, o que lhes facilita usufruir de orientação na evicção de comportamentos de risco e funciona como fator protetor. A maioria dos estudantes a tempo integral são do sexo feminino. Contudo, quando analisamos os níveis de literacia em função do sexo, verificou-se que as mulheres apresentavam valores médios mais elevados em todos os fatores, sugerindo maior literacia, mas apenas com significância estatística no fator “Práticas alimentares saudáveis”. No mesmo sentido, o estudo de Sprake et al. (2018) realizado numa amostra de conveniência em estudantes do ensino superior de cinco universidades do Reino Unido revelou que os estudantes do sexo feminino preferiam o padrão “vegetariano”, sendo que relataram maior habilidade para cozinhar e maior “preocupação com a saúde”.

Relativamente à idade, observou-se que os estudantes com 22 ou mais anos, ou seja, os mais velhos, apresentaram valores mais elevadas de literacia (37,0%), seguidos dos que têm baixa literacia (36,4%), enquanto os que tinham 19 ou menos anos, 37,8% revelaram literacia moderada.

Analisando a literacia em alimentação e as variáveis académicas, foi possível observar que os estudantes do 4º ano evidenciavam melhores níveis de literacia, tal como descrito por Hagedorn & Olfert (2018). Mas, ao contrário do encontrado pelo mesmo autor, neste estudo, os estudantes de mestrado apresentam níveis de literacia baixos.

Na autoperceção do desempenho académico, os estudantes com muito boa perceção de desempenho, revelam melhor literacia, particularmente no fator “composição nutricional dos alimentos” comparativamente aos estudantes com perceção razoável e boa. Por seu lado, no que respeita à classificação média no curso, verificou-se que, naqueles com médias entre 14 e 16 valores, a literacia era elevada, enquanto, para os com mais de 17 valores, esta era baixa, revelando que melhor desempenho académico não está necessariamente associado a mais elevada literacia.

Na análise da média de classificação por fatores, verificou-se que, no fator global e no fator “composição nutricional dos alimentos”, as diferenças se situaram entre os estudantes com média de classificação de 10-13 e os que obtiveram 14 a 16 valores. Ou seja, os que detêm melhor desempenho académico revelaram ter níveis mais elevados de literacia nesse fator. Também no

fator “prática alimentar saudável”, se verificou que os estudantes com média de classificação entre os 14 e os 16 valores detêm maior literacia. Igualmente se apurou que os estudantes de mestrado apresentavam níveis de literacia baixos e os do 4º ano níveis de literacia elevada.

De igual forma, na revisão sistemática da literatura de Sansom-Daly et al. (2016) se destacou que os níveis de literacia variam, revelando que os jovens adolescentes e adultos apresentam baixos níveis de literacia funcional mesmo na presença de níveis adequados de literacia global. Ainda de acordo com o autor, os jovens adultos apresentam dificuldade em avaliar e aplicar a informação de saúde, apesar do seu conhecimento e compreensão global.

Em contraponto, Hagedorn & Olfert (2018) destacam que, quanto maior o sucesso académico, mais elevado o nível de literacia.

As motivações sociais e externas para comer relacionam-se com os comportamentos alimentares saudáveis (Szabo et al., 2019), sendo que as motivações externas e os fatores sociais, apesar de difíceis de analisar, desempenham uma forte influência. No presente trabalho, os estudantes que não estão deslocados apresentaram literacia elevada em alimentação, tal como observado por Hagedorn & Olfert (2018), o que poderá ser preditivo das motivações externas e dos fatores sociais, como o impacto da família na prática de uma alimentação saudável (Szabo et al., 2019). 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 mais adequados e, são preditores positivos e importantes determinantes de saúde (Szabo et al., 2019). De igual forma, o estilo de vida e o nível socioeconómico têm um papel fundamental e a combinação de comportamentos de saúde protetores (Bennasar-Veny et al., 2020; Francisco et al., 2019; Gallienne et al., 2018) estão associados a um baixo risco de doença cardiovascular e baixa incidência de todas as principais causas de mortalidade. Neste contexto, a família desempenha um papel impactante na aplicação da literacia em saúde, uma vez que esta possibilita a transmissão de princípios e valores, modelos de conduta, valores culturais, morais e éticos (Barros et al., 2020).

CONCLUSÃO

A transição para o ensino superior tem sido considerada um fator determinante do consumo alimentar dos estudantes, o que enfatiza a necessidade de aumentar os níveis de conhecimento, competências e práticas alimentares desta população, de forma a tomarem decisões mais conscientes que salvaguardem a sua saúde.

A realização deste estudo permitiu investigar se as variáveis sociodemográficas e contextuais interferem na literacia em alimentação em estudantes universitários. Os resultados obtidos possibilitaram atingir o objetivo delineado, salientando-se os seguintes:

O perfil sociodemográfico de 924 estudantes universitários revela uma maioria do sexo feminino (79,7%), 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 apresentaram habilitações literárias baixas tendo atingido apenas o 3º ciclo (47,1% e 56,9%, respetivamente) e ambos, maioritariamente desempenhando profissões técnicas (50,9% e 59,5% respetivamente).

Para as variáveis de contexto académico, contactou-se que os homens frequentavam mais os Cursos Técnicos e Profissionais (CTesP) e as mulheres, cursos de licenciatura. Para a nacionalidade, foram encontradas diferenças significativas, entre as mulheres de nacionalidade portuguesa e os homens estrangeira. No global, eram estudantes a tempo integral 75,4%. A autoperceção do desempenho académico era boa para 60,6%, com classificação média entre 14 e 16 valores em 60,2%. Os homens apresentaram pior autoperceção e pior desempenho académico (10 a 13 valores), com diferenças bastante significativas.

A maioria eram estudantes de licenciatura a frequentar o 1º ano curricular (40,6%) e solteiros (89,5%). As mulheres residiam sobretudo deslocadas da família e com colegas de quarto/apartamento (41,5%) enquanto os homens viviam maioritariamente com a família de origem (45,4%), com diferenças bastante significativas.

Avaliados os níveis de literacia em alimentação, apura-se que, no global, os estudantes apresentavam maior literacia para as práticas alimentares saudáveis, seguindo-se o fator “composição nutricional dos alimentos” e, por fim, a “rotulagem e escolhas alimentares”. Os estudantes estrangeiros apresentaram baixa literacia em alimentação e os estudantes da região norte, quando comparados com os oriundos do centro, sul e ilhas, que revelam maior literacia em alimentação em todos os fatores em estudo. As mulheres revelaram níveis de literacia superiores para o fator “prática alimentar saudável”.

Observou-se, ainda, que os estudantes do 4º ano e os que tinham uma autoperceção de desempenho académico muito boa eram os que apresentavam nível mais elevados de literacia em alimentação.

Concluimos, salientando o papel das Instituições de Ensino Superior na promoção de ambientes favoráveis à promoção da saúde, podendo nortear a tomada de decisão e conduta dos estudantes. A promoção do bem-estar e da literacia em saúde nos jovens podem contribuir, ainda que de forma modesta, para prevenir comportamentos de risco, com resultados em saúde positivos no presente e no futuro.

Assim propõe-se a implementação de políticas de saúde para a promoção da responsabilidade social, cidadania e consciencialização para os comportamentos de risco, sobretudo através de ferramentas digitais e plataformas online, com fóruns de conversação entre pares e peritos. Estas plataformas devem promover o acesso a informação no âmbito da alimentação, incrementando, níveis de literacia em saúde, em geral, e, em particular, de literacia em alimentação, o que terá decerto, impacto na saúde dos estudantes universitários.

02

ESTILOS DE VIDA

02

Atividade física e hábitos de sono em estudantes do ensino superior

*Odete Amaral
Rafaela Fernandes
Luís dos Santos
Joaquim Guedes
Sara Duarte
Ruben Pereira*

Em todas as idades, muitos dos problemas que a medicina ajuda a solucionar podem ser evitados, se seguirmos as recomendações essenciais à prática de um estilo de vida saudável e, nesta linha, não se devem negligenciar medidas de promoção da saúde e prevenção da doença como uma prioridade junto das comunidades (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2018). Estudos têm demonstrado a importância da atividade física e dos bons hábitos de sono para a promoção da saúde ao longo do ciclo vital. São comportamentos que não retardam o envelhecimento biológico, mas podem minimizar os efeitos fisiológicos de um estilo de vida sedentário e aumentar o tempo de vida ativa, limitando o desenvolvimento e progressão da doença crónica e incapacidade funcional. A Organização Mundial da Saúde [OMS] (2020) refere que, ao longo do ciclo vital, designadamente em crianças e adolescentes (5-17 anos), a atividade física proporciona benefícios para a saúde, melhora a aptidão física, a saúde cardiometabólica (pressão arterial, dislipidemias, glicose e resistência à insulina), a saúde óssea, a cognição (desempenho académico e função executiva), a saúde mental (redução dos sintomas de depressão) e a redução da adiposidade. Especificamente em adultos (18-64 anos), a atividade física proporciona benefícios para a saúde, tais como diminuição da taxa de mortalidade em geral, da mortalidade por doenças cardiovasculares, da incidência de hipertensão, da incidência de alguns tipos de cancro, da incidência de diabetes tipo 2 e obesidade e promoção da saúde cognitiva, da saúde mental (redução dos sintomas de ansiedade e depressão), gestão do stresse e higiene do sono (OMS, 2020; Portugal, Ministério da Educação, Direção-Geral da Educação, & Direção Geral da Saúde, 2017). Para muitos estudantes, a entrada no ensino superior é caracterizada pela redução de comportamentos de vida saudáveis, designadamente pela ausência e/ou diminuição da prática de exercício físico e diminuição da qualidade e quantidade de sono. Alguns estudos também têm indicado que os problemas do sono, a dificuldade em adormecer e a sensação de cansaço são comuns na juventude (Buboltz et al., 2009; Thacher, 2008). Segundo Alcântara-da-Silva et al. (2015), devido às exigências que o percurso académico exerce sobre o estudante, durante o período de lazer/social, as preferências dos estudantes recaem em atividades que não promovem a sua saúde, tornando a prática de atividade física e os bons hábitos de sono prioridades adiáveis (Alcântara-da-Silva et al., 2015). As evidências revelam que os jovens adultos cada vez mais se tornam menos ativos, “à medida que os países se desenvolvem do ponto de vista económico, os níveis de inatividade aumentam. Em alguns países, podem atingir os 70%, devido às mudanças nos meios de transporte utilizados, aumento do uso de tecnologias, valores culturais e urbanização” (OMS, 2018). Face a esta realidade, caso não se atue para aumentar os níveis de atividade física, cada vez mais serão maiores os custos em termos de saúde da população, “com um impacto negativo nos sistemas de saúde, no ambiente, no desenvolvimento económico, bem-estar da comunidade e qualidade de vida” (OMS, 2018). É fundamental para todos a construção de comunidades saudáveis, numa perspetiva inclusiva e considerando a importância da atividade física na promoção de estilos de vida saudáveis e do bem-estar físico, mental e social, num todo holístico (Fang et al., 2017).

O sono é uma necessidade biológica e um comportamento essencial para a saúde física, mental e social, sendo um dos fatores mais importantes para a manutenção do bem-estar e da qualidade de vida. Os estudantes universitários são muito vulneráveis a problemas de sono, consequentes das modificações no estilo de vida a que estão sujeitos. É muito comum nesta população a qualidade e quantidade do sono serem afetadas, o que leva a um aumento da sonolência diurna, entre outros problemas (Pereira, 2013). Os estudantes do ensino superior,

apesar de, à partida, serem saudáveis, constituem uma população bastante vulnerável à ocorrência de distúrbios de sono, uma vez que nem sempre têm os melhores comportamentos e hábitos (Allen-Gomes et al., 2009; Kloss et al., 2011). O sono é um dos hábitos que muitos jovens alteram, quando ingressam no ensino superior (Allen-Gomes et al., 2009), sendo os seus padrões de sono mais problemáticos que nos jovens adultos que não frequentam o ensino superior (Buboltz et al., 2009). Os estudantes têm tendência a permanecer acordados até mais tarde o que leva a um aumento da sonolência diurna, provavelmente pela participação em atividades extracurriculares, com empregos em *part-time* e também com o facto de haver menos vigilância por parte dos pais ou outros familiares da hora de deitar (Clegg-Kraynok et al., 2011). O sono é fundamental para a academia, consolidação da memória, aprendizagem, tomada de decisões e pensamento crítico (Ayala, et al., 2017, Siddiqui et al., 2016). Assim, além do rendimento académico ficar comprometido devido à má qualidade do sono (Yan et al., 2018), também o funcionamento cognitivo, psicomotor e emocional pode ficar comprometido (Orzech et al., 2011; Amaral, 2017). Mesmo que a qualidade do sono possa ser influenciada pelo tipo e horário de trabalho, o que pode acontecer com o tipo de atividades praticadas por estudantes universitários, com horários irregulares de aulas e provas académicas, os mesmos têm de estar capacitados e possuir literacia em saúde para conseguir minimizar os riscos para a saúde (Benavente et al., 2014; Carvalho et al., 2013). Estima-se que entre 65%-83% dos estudantes universitários portugueses tenham uma má qualidade de sono (Henriques, 2008; Lopes et al., 2013) e que apenas uma percentagem muito reduzida destes estudantes receba ajuda profissional para a resolução de problemas associados ao sono (Lopes et al., 2013). Um estudo realizado com o objetivo de avaliar a qualidade do sono em 701 estudantes universitários, com a aplicação do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh, demonstrou que a maioria dos estudantes apresentava uma má perceção da qualidade do sono, latência e eficiência do sono inferior a 15 minutos e a 65%, respetivamente (Araújo, et al., 2013). A duração do sono da amostra foi de 6,3 horas diárias (Araújo et al., 2013). Os mesmos autores verificaram que, com o avançar da idade, há um aumento da latência e uma redução da eficiência do sono (Araújo et al., 2013). Segundo Ribeiro (2012), num estudo com o objetivo de identificar os hábitos de sono dos estudantes de enfermagem do 4º ano e identificar os fatores que influenciam os mesmos, constatou-se que 33,3% dos estudantes afirmam deitar-se entre as zero e a uma hora, e o horário de acordar variou entre as seis e as sete horas. Concluiu também que 56,7% dos estudantes demoravam mais de 20 minutos para adormecer e 60% revelaram uma probabilidade elevada de adormecer, durante a tarde (Ribeiro, 2012).

Portanto, investigar a qualidade do sono e o nível de atividade física tornou-se uma questão de saúde pública, devido às mudanças comportamentais dos jovens pelo uso das tecnologias e pelas facilidades da vida moderna, o que acaba por limitar o esforço físico (Monte, 2019). A relação entre atividade física e sono não é totalmente compreendida, sendo necessário perceber como é que a atividade física influencia o sono e vice-versa (Youngstedt & Kline, 2006). No entanto, Holfeld e Ruthing (2014) consideram que esta relação é bidirecional. Segundo Cerazi (s.d.), está comprovado cientificamente que o sono de pessoas mais ativas fisicamente é mais reparador e tranquilo, principalmente, por dois motivos: devido a mecanismos de regulação do próprio organismo que levam a uma diminuição da temperatura corporal e devido a uma necessidade de reposição de energias. Esses dois motivos induzem um sono de melhor qualidade, fazendo com que quem pratica atividade física durma melhor. Um estudo levado a cabo com

jovens adultos demonstrou que a realização de atividade física moderada a vigorosa teve uma associação positiva com o início do sono e nos dias em que houve um aumento de minutos de atividade física os adolescentes foram dormir mais cedo e, conseqüentemente, a duração do sono foi maior e mais eficiente (Master et al., 2019). Outro estudo realizado na Universidade Federal Rural de Pernambuco com o objetivo de avaliar a qualidade de sono (através do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh - PSQI) e a atividade física (com recurso ao Questionário Internacional de Atividade Física- IPAQ, versão curta), numa amostra de 56 estudantes com idade média de 25 anos, mostrou que 82% dos estudantes foram classificados como tendo má qualidade do sono e 43% foram classificados como sendo muito ativos fisicamente, embora sem associação significativa entre a qualidade do sono e o nível de atividade física ($r=0,14$; $p>0,05$) (Monte, 2019).

Neste sentido, entendeu-se ser pertinente avaliar a atividade física e a qualidade do sono em estudantes do Instituto Politécnico de Viseu (IPV). Definimos como questões de investigação:

- Qual o nível de atividade física e de qualidade de sono em estudantes do ensino superior do Politécnico de Viseu?
- Quais os fatores que se associam com a atividade física e com a qualidade do sono em estudantes do ensino superior?
- Qual a relação entre a atividade física e a qualidade de sono na amostra referida?
- Para dar resposta às questões de investigação, formulámos os seguintes objetivos específicos:
 - Avaliar a qualidade do sono e o nível de atividade física em estudantes do PV;
 - Identificar fatores associados à prática de atividade física e à qualidade do sono na amostra estudada;
 - Analisar a relação entre a prática de atividade física e a qualidade de sono em estudantes do ensino superior do PV.

METODOLOGIA

Realizámos um estudo transversal analítico. A população em estudo reporta-se aos estudantes

do ensino superior do IPV matriculados no ano letivo 2020/2021 num total de 5261 estudantes, segundo o relatório de atividades do PV. A amostra, inicialmente, era de 332 estudantes, com um intervalo de confiança de 95% e margem de erro de 5%. Contudo, a amostra recolhida foi de 361 estudantes. É constituída por elementos representativos da população, tratando-se de uma amostra do tipo não probabilístico, acidental e por conveniência.

Para a seleção da amostra, estabeleceram-se os seguintes critérios de inclusão- Ser estudante do PV, de uma das cinco unidades orgânicas; ter mais de 18 anos e ter nacionalidade portuguesa. Assim, a amostra final ficou constituída por 359 estudantes das cinco unidades orgânicas do PV. Dois questionários foram excluídos, porque os estudantes não aceitaram as condições do estudo.

Caracterização sociodemográfica da amostra

A maior parte da amostra é do sexo feminino (66,6%), com uma média de idades de $21,27 \pm 3,79$ anos (idade mínima 18 anos e máxima 48 anos). Na tabela 1, verificamos que os participantes com idade ≤ 21 anos correspondem a um total de 65,5%. Relativamente à nacionalidade, 96,7% dos estudantes são portugueses. Quanto às habilitações literárias dos pais 3,9%, possuem o 1º ciclo, a maioria (73,5%) o 2º, 3º ciclos ou secundário e os restantes 22,6% possui licenciatura.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra

	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
	(120)	(33,4%)	(239)	(66,6%)	(359)	(100%)
Idade						
≤ 21 anos	66	55,0	169	70,7	235	65,5%
≥ 22 anos	54	45,0	70	29,3	124	34,5%
Nacionalidade						
Portuguesa	118	98,3%	229	95,8%	347	96,7%
Outra	2	1,7%	10	4,2%	12	3,3%
Habilitações literárias dos pais						
$\leq 1^\circ$ ciclo	6	5,0%	8	3,3%	14	3,9%
2º, 3º, secundário	86	71,7%	178	74,5%	264	73,5%
Ensino superior	28	23,3%	53	22,2%	81	22,6%

Os dados foram recolhidos através de um questionário autoaplicado, respondido *online*, constituído por perguntas abertas e fechadas e estruturado em quatro grupos. O grupo I refere-se à caracterização sociodemográfica e antropométrica, o grupo II, à avaliação da atividade física, o grupo III, à avaliação do sono e o grupo IV, à sonolência excessiva diurna. A atividade física

foi avaliada através do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) versão curta, um instrumento desenvolvido para avaliar subjetivamente o nível de atividade física dos indivíduos adultos entre os 18 e os 48 anos e classificá-lo em quatro domínios: atividade física nas atividades de lazer, atividades domésticas e de jardinagem, atividade física relacionada com o trabalho e atividade física relacionada com transporte (International Physical Activity Questionnaire [IPAQ], 2005). O IPAQ foi desenvolvido por um grupo de investigadores reunidos pela OMS, pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos e pelo Instituto Karolinska da Suécia em 2000 e validado para 12 países, incluindo Portugal, e nas diferentes formas de administração: por telefone, por entrevista ou através de autopreenchimento (Craig et al., 2003). A forma curta do IPAQ é constituída por 9 itens (Hagströmer et al., 2006) e permite avaliar três dos quatro domínios acima mencionados. Especificamente, são avaliadas as atividades vigorosas, moderadas, caminhadas como meio de transporte e lazer e ainda uma questão envolvendo o tempo gasto em atividades com o indivíduo sentado (IPAQ, 2005). A qualidade do sono foi avaliada através do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI). É composto por 19 perguntas, que avaliam os diferentes fatores da qualidade de sono e permite avaliar sete componentes: qualidade subjetiva do sono, latência do sono, duração do sono, eficiência do sono, alterações do sono, uso de medicação para dormir e disfunção diurna (Buena-Casal & Sanchez, 2002). A cada um dos componentes é atribuída uma pontuação que oscila entre 0 e 3 pontos. Uma pontuação de 0 pontos indica que não existe dificuldade, enquanto uma pontuação de 3 indica uma severa dificuldade. Os sete componentes somam-se para obter uma pontuação global, que oscila entre zero (0) (não existe dificuldades) e vinte e um (21) (dificuldades severas em todas as áreas estudadas). Para índices ≥ 5 pontos encontram-se os sujeitos com pouca qualidade de sono (Buena-Casal & Sanchez, 2002). A sonolência excessiva diurna foi avaliada através da Escala de Sonolência de Epworth (ESS). Esta, publicada em 1991 por Johns, foi desenvolvida através da observação da natureza e da ocorrência da sonolência diurna. Permite avaliar a possibilidade de adormecer em oito situações quotidianas (sentado(a) a ler, ver televisão, sentado(a) inativo(a) num lugar público, como passageiro num carro durante uma hora sem paragem, deitado(a) a descansar à tarde quando as circunstâncias o permitem, sentado(a) a conversar com alguém, sentado(a) calmamente depois de um almoço sem ter bebido álcool, ao volante parado(a) no trânsito durante alguns minutos). Assim, para avaliar a probabilidade de adormecer, o indivíduo utiliza uma escala de 0 (zero) a 3 (três), onde 0 corresponde a nenhuma e 3 a grande probabilidade de adormecer. Para identificar indivíduos com grande possibilidade de sonolência diurna excessiva utilizou-se como ponto de corte uma pontuação total >10 (Johns, 1991).

Quanto aos procedimentos éticos, seguimos as normas de conduta próprias e inerentes a uma investigação, o que implicou a providência de determinadas diligências preliminares, com a finalidade de proteger o direito e a liberdade dos participantes. Por conseguinte, consistiu no pedido de autorização à Comissão de Ética do IPV, o qual teve parecer favorável. O anonimato, a participação voluntária e a confidencialidade dos dados foram asseguradas. Após a leitura de uma breve explicação e apresentação dos objetivos do estudo e antes de iniciar o preenchimento do questionário, o estudante era convidado a participar no estudo de forma voluntária. Após o parecer positivo da comissão de ética, o questionário foi enviado para o Sr. Presidente do IPV e solicitada autorização para aplicar em todas as unidades orgânicas. O estudo com o respetivo link do questionário foi divulgado por todas as unidades orgânicas, para as associações de estudantes e para emails dos estudantes.

Análise estatística

Depois da colheita de dados, utilizámos o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 24.0 para a criação da base de dados e tratamento estatístico. A análise de dados foi efetuada com recurso à estatística descritiva e analítica. Com a estatística descritiva, determinámos frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização, mais concretamente média e desvio padrão. Em relação à análise inferencial recorremos aos testes não paramétricos (*U-Mann-Whitney*, *Kruskal-Wallis* e Qui-quadrado), e o teste *t student* para amostras independentes, enquanto teste paramétrico. Para comparação de proporções, utilizou-se o teste qui quadrado. A magnitude de associação entre um fator e a doença foi estimada, através do cálculo do Odds Ratios (OR), com os respetivos intervalos de confiança a 95% (IC95%) e/ou nível de significância $p < 0,05$.

RESULTADOS

A maioria dos estudantes (42,1%) frequentava a Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), seguindo-se a Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Viseu (ESTGV) com 32,9%, 10,3% pertenciam à Escola Superior Agrária de Viseu (ESAV), 8,6% eram da Escola Superior de Educação de Viseu (ESEV) e apenas 6,1% dos estudantes frequentavam a Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Lamego (ESTGL). O curso com mais participantes foi Enfermagem (41,5%) e a maioria da amostra encontrava-se a frequentar uma licenciatura (96,7%). Por fim, 32,6% dos estudantes encontravam-se no 1º ano do curso, 28,1% no 2º ano do curso, 28,4% no 3º ano e apenas 10,9% dos estudantes estavam no 4º ano de curso. Face ao Índice de Massa Corporal (IMC) 5,0% dos estudantes apresentavam baixo peso, 69,1% peso normal, 21,4% excesso de peso e 4,5% apresentavam obesidade.

Atividade Física em estudantes do ensino superior

Em média, os estudantes referiram que caminham $76,31 \pm 58,68$ min por dia; passam $56,23 \pm 52,63$ min por dia em atividades vigorosas e $62,72 \pm 54,94$ min por dia em atividades moderadas. Contudo, também responderam que passam, em média, $328,91 \pm 95,55$ min por semana sentados.

No que respeita à avaliação dos níveis de atividade física globais, 57,1% (n=205) dos estudantes apresentam um nível vigoroso de atividade física, 120 (33,4%) um nível moderado e 34 (9,5%) um nível baixo (Gráfico 1).

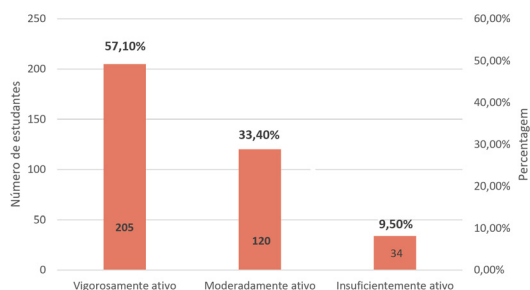


Gráfico 1 – Nível de atividade física dos estudantes do IPV

Legenda: Baixo: ausência de atividade física ou insuficiente para atingir os restantes níveis; Moderado: 3 ou mais dias semanais de atividade física de intensidade vigorosa (mais de 20 min/dia) ou mais de 4 dias atividade física de intensidade moderada e/ou caminhada (pelo menos 30 min/dia ou 5 ou mais dias com uma combinação de atividade física de intensidade moderada/vigorosa ou caminhada acumuladas igual ou superior a 600 MET-minutos/semana; Alto: atividade física de intensidade vigorosa em pelo menos 3 dias e acumulando pelo menos 1500 MET-minutos/semana ou 7 ou mais dias em que a combinação de atividade física de intensidade moderada/vigorosa ou caminhada acumuladas de pelo menos 3000 MET-minutos/semana.

De acordo com as variáveis socio-acadêmicas e antropométricas associadas com a atividade física, apenas encontramos associação com o género, as raparigas são menos vigorosamente ativas (OR= 0,33; IC95% 0,14-0,80).

Hábitos de sono em estudantes do ensino superior

Em relação aos hábitos de sono, em média, os estudantes deitam-se às 24h18min±1h:42min, levantam-se às 8h15min±1h:30min e referiu que dormiam, em média, por noite, 7h14min±1h:12min. Verificámos também que a maioria dos estudantes referiu dormir mais de 7 horas (n=268; 74,7%); 14,2% (n=51) dormiam entre 5-6 horas; 8,9% (n=32) menos de 5 horas e 2,2% (n=8) mencionaram que dormiam entre 6-7 horas por noite. Mencionaram, ainda, que em média demoram 30,7min±34,1min a adormecer. A maioria dos estudantes referiu que, habitualmente (5 a 7 noites por semana) se deita à mesma hora (n=186; 51,8%); às vezes (2 a 4 noites por semana), se deitam à mesma hora (n=138; 38,4%) e raramente ou nunca (0 a 1 noites por semana) deitam-se à mesma hora (n=35; 9,7%). Quando perguntámos se divide o quarto com alguém, 78,0% referiram que não; 10,3% dividem quarto e não a cama e 11,7% dividem a cama.

Os resultados relativos aos componentes que constituem o PSQI revelaram que 16,4% (n=59) dos participantes avaliam a qualidade subjetiva do sono como “Muito Boa”, com a maioria (n=207; 57,7%) a avaliá-la como “Boa”, seguido de “Má” (n=81; 22,6%) e “Muito Má”

(n=12; 3,3%). Quanto à eficiência do sono, a maioria considerou-a < 65% (97,2%); 2,0% entre os 65-74% e 0,8% dos estudantes considerou-a entre 75-84%. Nenhum estudante considerou a eficiência do seu sono como sendo ≥ 85,0%. O índice de qualidade de sono revelou, ainda, que, durante a semana, 266 dos participantes (74,1%) apresentam má qualidade do sono. Avaliando as dimensões, do índice de qualidade de sono PSQI, verificámos diferenças estatisticamente significativas por género, na componente Latência do Sono [MMasculino(n=120)=1,89±1,58 vs. MFeminino(n=239)=2,37±1,76, IC95% (0,10;0,85); t=2,50, p<0,05] e na dimensão Disfunção Durante o Dia [MMasculino(n=120)=3,88±4,24 vs. MFeminino(n=239)=5,96±3,92, IC95% (1,19;2,96); t= 4,61, p<0,01]; demonstrando que as raparigas apresentam uma Latência do sono e Disfunção durante o dia maior do que os rapazes.

Os participantes, quando questionados sobre o uso da medicação para dormir, referiram, maioritariamente, (n = 308; 85,8%) nunca ter usado medicação para dormir no último mês, ter usado medicação menos de uma a duas vezes por semana (n = 17; 4,7%); ter usado medicação para dormir uma a duas vezes por semana (n = 21; 5,8%) e utilizar medicação três ou mais vezes por semana (n = 13; 3,6%).

Na tabela 2, referente às tecnologias existentes no quarto dos estudantes, verificámos que quem referiu ter computador no quarto, ficar com o telemóvel no quarto durante a noite e ligado apresenta uma menor probabilidade de boa qualidade de sono [OR=0,51 (IC95% 0,31-0,84); OR=0,12 (IC95% 0,21-0,44) e OR=0,48 (IC95% 0,26-0,89), respetivamente]. O sítio onde o telemóvel fica ligado durante a noite e o facto de possuir televisão no quarto não se associaram com a qualidade de sono.

Tabela 2 – Tecnologias e qualidade de sono em estudantes do ensino superior

		<i>Índice de qualidade do sono de Pittsburgh</i> Boa Qualidade de sono OR (IC95%)
TV no quarto		
Sim		0,78 (0,48 – 1,28)
Não		1*
Computador no quarto		
Sim		0,51 (0,31 – 0,84)
Não		1*
Telemóvel no quarto		
Sim		0,21 (0,10-0,44)
Não		1*
Telemóvel ligado durante a noite no quarto		
Sim		0,48 (0,26-0,89)
Não		1*
Onde fica o Telemóvel ligado no quarto		
Mesa de cabeceira		1,28 (0,58-2,80)

Outro sítio	1*
-------------	----

1* Classe de referência

O género feminino associa-se com o risco de ter computador ou videojogos no quarto e levar o telemóvel para o quarto, quando vai dormir (OR= 1,74; IC95% 1,09-2,77) e (OR= 4,49; IC95% 2,15-9,38), respetivamente. Assim como quem utiliza tecnologias no quarto tem um risco aumentado de sonolência excessiva diurna (TV no quarto OR= 1,62; IC95% 1,00-2,65 e Computador ou videojogos no quarto OR= 1,81; IC95% 1,02-3,23). Os resultados obtidos através da Escala de Sonolência de Epworth permitiram apurar que 23,4% (n = 84) dos participantes apresentavam sonolência excessiva diurna.

De acordo com a tabela 3, o género feminino apresenta uma probabilidade maior de apresentar pobre qualidade de sono (OR=1,82; IC95% 1,12-2,98) e sonolência excessiva diurna (OR=1,69; IC95% 1,00-2,93). E os estudantes com idade ≤ 21 anos têm risco superior de sonolência excessiva diurna.

Tabela 3 – Variáveis sociodemográficas e a qualidade de sono em estudantes do ensino superior

	Índice de qualidade do sono de Pittsburgh Pobre Qualidade de sono OR (IC95%)	Sonolência excessiva diurna Sonolência OR (IC95%)
Idade		
≤ 21 anos	0,70 (0,42 – 1,71)	1,98 (1,25 – 3,11)
≥ 22 anos	1*	1*
Género		
Feminino	1,82 (1,12 – 2,98)	1,69 (1,00 – 2,93)
Masculino	1*	1*
IMC		
Excesso de peso e Obesidade	1,34 (0,76 – 2, 34)	1,03 (0,62 – 1,70)
Peso normal	1*	1*

Podemos ainda verificar que quem dorme menos de 8 horas associa-se à pobre qualidade do sono (OR=4,14, IC95% 2,50-6,84). Apresenta uma melhor qualidade de sono quem toma medicação para dormir mais de uma vez por semana. O mesmo acontece com a sonolência diurna, apresenta mais risco de sonolência quem usa medicação para dormir mais de uma vez por semana. Demonstra uma melhor qualidade de sono quem consegue adormecer em menos tempo (OR= 12,06, IC95% 5,62-25,91). Quem acorda a meio da noite menos de uma vez por semana apresenta melhor qualidade de sono (OR=5,54, IC95% 3,10- 9,90). Porém, quem acorda a meio da noite mais de uma vez por semana apresentar um maior risco de sonolência diurna (tabela 4).

Tabela 4 – Varáveis associadas com a qualidade de sono e sonolência diurna

	Índice de qualidade do sono de Pittsburgh Boa Qualidade de sono OR (IC95%)	Sonolência excessiva diurna Sonolência OR (IC95%)
Medicação para dormir Menos de uma vez/semana Mais de uma vez/semana	0,72 (0, 67- 0,77) 1*	0,30 (0,14- 0,61) 1*
Não conseguir adormecer < 30 minutos Menos de uma vez/semana Mais de uma vez/semana	12,06 (5,62- 25,91) 1*	0,75 (0,46- 1,22) 1*
Acordar a meio da noite Menos de uma vez/semana Mais de uma vez/semana	5,54 (3,10- 9,90) 1*	0,47 (0,28-0,77) 1*

Em ambos os géneros e no total da amostra, os estudantes que apresentam sonolência excessiva diurna têm uma pobre qualidade de sono (Tabela 5).

Tabela 5 – Qualidade de sono e sonolência em estudantes do ensino superior

	Índice de qualidade do sono de Pittsburgh Pobre Qualidade de sono		
	Raparigas OR (p=0,05)	Rapazes OR (p=0,05)	Total OR (p=0,05)
Sonolência	3,31 (p<0,01)	5,92 (p=0,011)	4,15 (p<0,001)
Sonolência Ausência de Sonolência	1*	1*	1*

Atividade Física e qualidade de sono em estudantes do ensino superior

Pela análise da tabela 6, podemos verificar que quem pratica atividade física vigorosamente

tem menor probabilidade de sofrer de sonolência diurna.

Tabela 6 – Influência da atividade física na qualidade de sono e na sonolência em estudantes do ensino superior

	Índice de qualidade do sono de Pittsburgh Boa Qualidade de sono OR (IC95%)	Sonolência excessiva diurna Sonolência OR (IC95%)
Atividade Física		
Moderadamente ativo	0,95 (0,39 – 2,35)	0,50 (0,22 – 1,11)
Vigorosamente ativo	1,23 (0,53 – 2,88)	0,43 (0,20 – 0,91)
Insuficientemente ativo	1*	1*

DISCUSSÃO

Bons hábitos de sono e a prática da atividade física são dois indicadores interrelacionados e que aumentam a qualidade de vida e ganhos em saúde. O sono é um indicador de saúde e qualidade de vida ao longo do ciclo vital e diversos são os fatores que podem interferir na qualidade, designadamente a atividade física. Por outro lado, a atividade física desempenha um papel determinante na saúde e bem-estar das populações, nomeadamente dos jovens, estando diretamente relacionada com a prevenção de um conjunto importante de doenças crónicas (Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, 2017). A evidência científica tem demonstrado que a prática de atividade física contribui para melhores hábitos de sono e ambos contribuem para o rendimento académico, para o bem-estar e para a prevenção de várias doenças crónicas. Contudo, promover estilos de vida saudáveis em jovens é complexo. Os dados do inquérito do Eurobarómetro de 2017 colocam Portugal num dos quatro países da União Europeia com maiores prevalências de inatividade física, 79% dos adultos portugueses referiram que “nunca ou raramente” participam em atividades físicas ou desportivas estruturadas e 74% indicam que “nunca ou raramente” se envolvem em outras formas de atividade física. Embora os estudantes do ensino superior sejam traçados por terem um padrão de sono insuficiente, durante a semana, e por dormirem longas horas durante os fins de semana, muitas vezes consistentes com a síndrome de atraso de fase do sono (marcada por acordares tardios progressivos ou faltas às aulas, conduzindo a um pobre desempenho académico e sonolência excessiva durante a semana). Por outro lado, o desenvolvimento económico e tecnológico nos países desenvolvidos provoca grande multiplicidade de problemas de saúde relacionados com a alteração dos hábitos de vida, nomeadamente a redução dos níveis de atividade física e sono (Marques, et al., 2017). O ingresso no ensino superior e as novas exigências provocadas por este novo contexto fazem com que mais facilmente possam ocorrer mudanças nos hábitos de vida. O tempo que o jovem dedica ao estudo faz com que as práticas de atividade física e sono entre outros estilos de vida saudável sejam deixados para segundo plano. As alterações do estilo de vida podem ser devidas à mudança de casa, novos amigos e colegas, novas metodologias, novos professores, aprender a gerir os horários, gestão económica e do tempo, ou uma vida social e

estudantil mais exigente (Fernandes, 2016).

No presente estudo, concluímos que mais de 50% dos estudantes são vigorosamente ativos. Um estudo realizado em Setúbal com uma amostra de 90 estudantes concluiu que 47% dos estudantes eram sedentários/insuficientemente ativos e 53% ativos (2% dos estudantes são sedentários, 8% insuficientemente ativos B, 37% insuficientemente ativos A, 32% ativos e 21% muito ativos) (Faustino et al., 2018). Mostrou ainda que os rapazes são mais ativos (63%) do que as raparigas (43%), sendo o género feminino o que apresenta valores mais altos de sedentarismo e inatividade (57%) (Faustino et al., 2018). Outro estudo realizado por Esteves et al. (2017) verificou que uma percentagem considerável de estudantes apresenta níveis baixos de atividade física, ou seja, 35% dos estudantes inquiridos apresentam nível de atividade física baixo, reportando a disponibilidade, os horários, a distância e o preço, como causas de não participação nos programas de atividade física existentes e os principais objetivos associados à prática de atividades física são melhorar a condição física, relaxamento, diminuição do stress, diversão, prevenção de doenças e aumento da autoestima (Esteves et al., 2017).

No presente trabalho, também encontramos que, em média, os estudantes passam $328,91 \pm 95,55$ min por semana sentados. Um estudo com 347 estudantes da Faculdade de Educação Física e Desporto da Universidade Lusófona verificou que grande parte do tempo que os estudantes estão sentados está associado a tempo de aulas, tempo a realizar trabalhos escolares e estudar. Se aliado a isto estiver o tempo de lazer, onde está incluído o tempo de ecrã, com valores médios na amostra entre 5,3 e 7,6 horas, estamos perante estudantes que passam grande parte do dia em comportamentos sedentários (Fernandes, 2016).

Quanto aos hábitos de sono, Ribeiro (2012) constatou que 33,3% dos estudantes afirmaram deitar-se entre as zero horas e a uma hora, e o horário de acordar variou entre as seis e as sete horas. Estes dados corroboram, em parte, os dados do presente estudo, uma vez que os estudantes referiram deitar-se entre a meia-noite e as duas da manhã e levantarem-se por volta das sete e das nove horas, dormindo por noite, em média, $7h14min \pm 1h:12min$. Ribeiro (2012) concluiu também que 56,7% dos estudantes demoram mais de 20 minutos a adormecer, o que vai ao encontro do nosso estudo, uma vez que estudantes do IPV, em média, demoram 30,7 min. Segundo a Associação Portuguesa do Sono, apresenta uma melhor qualidade de sono quem se deita e levanta sempre à mesma hora, o que se verifica no nosso estudo quando é questionado sobre a frequência de levantar à mesma hora. Num estudo realizado com 277 estudantes da Universidade Federal da Paraíba observou-se que os estudantes que utilizam medicamentos para dormir apresentam 4,62 vezes (p -valor = 0,0467) mais possibilidade de terem má qualidade do sono, comparando com os estudantes que não utilizam medicação para dormir (Segundo, et al., 2017). Os resultados do estudo apresentado não vão ao encontro do nosso, uma vez que quem toma mais medicação para dormir durante a semana apresenta uma melhor qualidade de sono. Também descrito na fundamentação teórica, num estudo realizado com 701 estudantes universitários, foi apresentada eficiência do sono inferior a 65% (Araújo et al., 2013). O que vai de encontro ao presente estudo uma vez que a maioria da amostra considerou uma eficiência <65%.

Segundo Monte (2019), o sono pode ser comprometido pelo uso de internet e aumento do tempo de ecrã à noite. Como descrito anteriormente, estes fatores externos interferem com o ciclo sono-vigília, designadamente a alternância luz-escuridão. Ainda num inquérito efetuado por Barbosa et al., (2016), os autores estimaram que mais de 90% dos estudantes do ensino superior utilizam dispositivos eletrónicos antes de adormecer, sendo que a maioria destes estudantes leva estes dispositivos consigo para a cama. Mais do que isso, 79,5% dos estudantes que afirmaram utilizar aparelhos eletrónicos antes de dormir, admitiram que isso torna mais tardia a hora a que adormecem, prejudicando a sua qualidade de sono. De acordo com os nossos resultados, que vão ao encontro dos estudos acima mencionados, os estudantes inquiridos demonstram que o facto de possuírem dispositivos eletrónicos (televisão, computador e telemóvel) no quarto e o facto destes mesmos dispositivos permanecerem ligados durante a noite afeta negativamente o sono. Num estudo descritivo correlacional, em que participaram estudantes do 1º, 3º e 6º ano do Curso de Medicina da Universidade da Beira Interior, concluiu que os estudantes que apresentam melhor qualidade do sono apresentam menor sonolência diurna excessiva (Bicho, 2013). Também referido por Pereira (2013): “é muito comum nesta população, a qualidade e quantidade do sono serem afetadas, o que leva a um aumento da sonolência diurna”. Assim, no nosso estudo foi possível observar que quem apresenta pobre qualidade de sono apresenta também sonolência excessiva diurna.

Relativamente à influência da atividade física sobre o sono dos estudantes, os estudos não são unânimes havendo os que encontram uma associação positiva, os que encontram uma associação negativa e os que nem sequer encontram associação entre ambos. No presente estudo também não encontramos diferenças significativas, apenas os estudantes vigorosamente ativos é que apresentam uma menor probabilidade de sonolência excessiva diurna. Master et al., (2019) demonstrou que a realização de atividade física moderada a vigorosa teve uma associação positiva com o início do sono e nos dias em que houve um aumento de minutos de atividade física os adolescentes foram dormir mais cedo e consequentemente a duração do sono foi maior e mais eficiente.

Em relação aos estudantes da ESSV, foi possível observar que, em média, o tempo que os estudantes passam sentados por semana é demasiado e muito semelhante ao tempo que passam os restantes estudantes do IPV; irregularidade nos horários de sono, nas horas de dormir e levantar. Embora, quanto ao nível de atividade física, tal como acontece na amostra geral, mais de 50% dos estudantes da ESSV são vigorosamente ativos.

Tendo em conta o retrato dos estudantes do IPV e que é na fase jovem-adulto que ainda podem ser criados hábitos de vida saudável, que poderão contribuir para a qualidade de vida, bem-estar e saúde, os resultados verificados são preocupantes o que torna prioritário capacitar e aumentar a literacia em saúde dos estudantes para a importância de estilos de vida saudáveis.

CONCLUSÕES

Mais de metade dos estudantes do IPV apresenta um nível vigoroso de atividade física, mostrando, assim, que são ativos, no entanto ainda há uma prevalência considerável de estudantes sedentários. Concluímos que o sexo feminino apresenta pior qualidade de sono. Demonstrámos que o facto de possuírem dispositivos eletrónicos (televisão, computador e telemóvel) no quarto e o facto destes mesmos permanecerem ligados durante a noite afeta negativamente o sono. A toma de medicação para dormir influencia a qualidade do sono, sendo que quem toma medicação tem melhor qualidade de sono, contudo quem usa essa medicação mais do que uma vez por semana apresenta maior risco de sonolência diurna.

Em relação aos estudantes da ESSV, verificou-se que a maioria não refere sonolência diurna, contudo apresenta uma pobre qualidade de sono. Analisando a atividade física, cerca de metade são vigorosamente ativos.

A elaboração deste estudo permitiu desenvolver e consolidar conhecimentos fundamentais que possibilitam a intervenção junto dos estudantes do ensino superior. Fica a certeza de que é necessário desenvolver estratégias de promoção de atividade física e de rotinas promotoras de uma boa higiene de sono, o que se traduzirá em implicações positivas na vida dos estudantes, famílias e comunidades.

02

Consumo de substâncias psicoativas: O papel da impulsividade

Ana Margarida Cunha

1. CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: REALIDADE EM PORTUGAL E NO MUNDO

O abuso de substâncias psicoativas é um problema social e de saúde pública em Portugal e no resto do mundo. Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, nomeadamente o abuso de drogas e o uso nocivo do álcool, é, aliás, um dos objetivos definidos pelas Nações Unidas para um Desenvolvimento Sustentável (objetivo 3.5).

Ainda que se tenha assistido, em geral, a uma ligeira diminuição do consumo de substâncias nos últimos anos, o cenário continua preocupante. Em 2019, 5,5% da população mundial entre os 15 e os 64 anos (275 milhões de pessoas) consumiram droga pelo menos uma vez e aproximadamente 36 milhões de pessoas sofriam de transtornos por uso de substâncias (United Nations, Office on Drugs and Crime, 2021). Em relação ao consumo de álcool, mais de 50% da população com mais de 15 anos dos países ocidentais são consumidores atuais e cerca de 20% apresentam um consumo episódico excessivo de álcool (consumo de 60 ou mais gramas de álcool puro em pelo menos uma ocasião, pelo menos uma vez por mês) (World Health Organization, 2018). Estima-se que, anualmente, cerca de 3 milhões de pessoas morram por causa do consumo nocivo de álcool e 500 000, por causas relacionadas com o uso de drogas (United Nations, Office on Drugs and Crime, 2021; World Health Organization, 2018).

Em Portugal, a realidade não é muito diferente. O Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas de 2016/2017 revelou que 4,8% da população entre os 15 e os 74 anos tinham consumido, pelo menos, uma substância ilícita nos últimos 12 meses e 10,4% alguma vez na vida (Figura 1A). Em 2020, quase 24 mil utentes foram tratados por problemas associados ao consumo de substâncias ilícitas e 63 pessoas faleceram por causas diretamente relacionadas com o uso de drogas (Portugal, Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [Portugal, SICAD], 2022a).

Com uma distribuição muito mais generalizada e um controlo menos restrito, o consumo de álcool e a prevalência de problemas a ele associados é bem mais comum. Da população portuguesa entre 15 e 74 anos, 85,3% já consumiram álcool pelo menos uma vez na vida e 48,5% no mês anterior ao inquérito (Portugal, Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [Portugal, SICAD], 2022b). Mais preocupante, 9,7% e 5,4% desta população experienciaram, pelo menos uma vez nos últimos 12 meses, binge drinking (consumo de pelo menos 4 [sexo feminino] ou 6 [sexo masculino] bebidas alcoólicas, na mesma ocasião) (Wechsler & Nelson, 2001) e embriaguez (ficar a cambalear ou ter dificuldade em falar), respetivamente (Figura 1B). Sabe-se ainda que 0,8% são dependentes do consumo de álcool e 2,8% apresentam um risco elevado de consumo nocivo, de acordo com o Teste de Identificação de Problemas Ligados ao Álcool- AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). O consumo de álcool levou a internamento de 29.965 pessoas em 2021 e a 2.544 mortes em 2020 (Portugal, SICAD, 2022b).

Note-se, também, que o consumo de substâncias psicoativas está indiretamente relacionado com vários outros problemas de saúde e sociais como, por exemplo, doenças infecciosas, suicídio, criminalidade e violência, sinistralidade rodoviária, violência doméstica e problemas laborais ou académicos.

IV INQUÉRITO NACIONAL AO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA POPULAÇÃO GERAL (INPG) – 2016/17

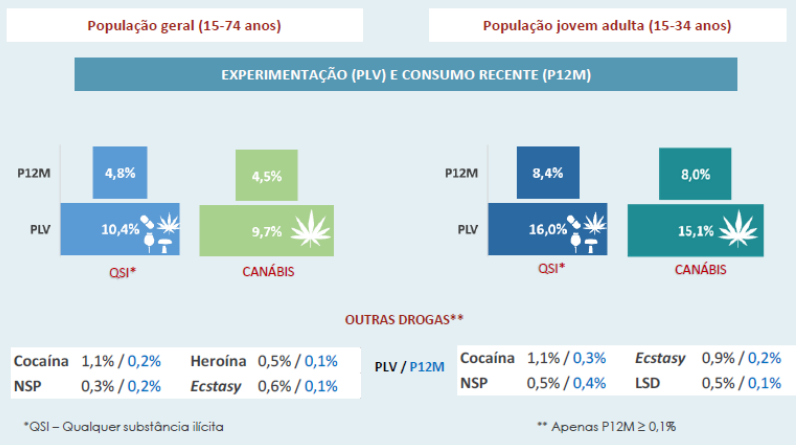


Figura 1 – Consumo de substâncias psicoativas em Portugal. Consumo de substâncias ilícitas (A) e álcool (B) na população geral e jovem adulta de acordo com os resultados do Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas de 2016/2017. PLV – Consumo ao longo da vida; P12M – Consumo nos últimos 12 meses; P30M – Consumo nos últimos 30 dias. Imagem adaptada de (Portugal, SICAD, 2022b; Portugal, SICAD, 2022a)

2. CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NOS ADOLESCENTES E JOVENS ADULTOS

O consumo de substância psicoativas começa na maioria das vezes na adolescência. Em 2019, 77% dos alunos portugueses de 16 anos já tinham consumido álcool e 14% já tinham consumido pelo menos uma substância ilícita, valores que sobem para 89,7% e 30,9% aos 18 anos (Portugal, SICAD, 2022a; Portugal, SICAD, 2022b). No entanto, é na faixa etária dos jovens adultos que os consumos escalam e são até mais elevados que a média de consumo da população geral.

Em relação ao consumo de substâncias ilícitas, 8,4% dos portugueses com idades compreendidas entre os 15 e os 34 anos afirmam ter consumido pelo menos uma nos 12 meses anteriores ao inquérito, um valor mais de 40% acima daquele observado na população geral (Figura 1A). E se olharmos para os dados recolhidos no inquérito aos jovens que participam no dia da defesa nacional (na faixa etária dos 18 anos), este valor é ainda mais alto (25,4%) (Portugal, SICAD, 2022a).

No que diz respeito ao consumo de álcool, a prevalência nos jovens adultos (15-34 anos) é ligeiramente mais baixa que a da população geral: 82,8% já consumiram álcool pelo menos uma vez na vida e 41,3% no último mês. Porém, quando olhamos para o consumo problemático de álcool, através da prevalência de *binge drinking* e embriaguez, este encontra-se aumentado nesta faixa etária, com 11,4% e 7,0% dos jovens adultos a afirmarem terem experienciado *binge drinking* e embriaguez nos últimos 12 meses, respetivamente (Figura 1B). Um olhar para os dados recolhidos no inquérito aos jovens que participam no dia da defesa nacional revela dados ainda mais preocupantes, com o consumo no último mês nos 67,8% e a prevalência de *binge drinking* e embriaguez nos últimos 12 meses nos 17,3% e 17,4%, respetivamente (Portugal, SICAD, 2022b).

O relatório de 2018 da OMS revela dados muito semelhantes, com os jovens adultos (neste caso entre os 20 e os 24 anos) a apresentarem uma percentagem ligeiramente inferior de consumo, quando comparados com a população geral (>15 anos), mas com maiores percentagens de consumo episódico excessivo de álcool. Por exemplo, na Europa, a prevalência de consumo episódico excessivo de álcool em jovens adultos é de 33,9%, quando na população geral é 26,4% (World Health Organization, 2018).

3. FATORES DE SUSCETIBILIDADE NOS ADOLESCENTES

Há vários fatores biológicos, psicológicos e sociais que explicam o porquê de os adolescentes serem particularmente suscetíveis ao consumo de substâncias psicoativas.

Em grande parte, os comportamentos adolescentes são consequência do desenvolvimento dessincronizado de dois sistemas neuronais: a via mesolímbica do sistema dopaminérgico e as áreas frontais do cérebro (Figura 2). No início da adolescência ocorre um processo de sensibilização da via mesolímbica, que desempenha um papel central no sistema de recompensa. Esta sensibilização leva a uma valorização excessiva das recompensas (prazer, dinheiro, aprovação dos pares, etc...) e a uma desvalorização das consequências negativas. Por outro lado, a maturação do córtex frontal, envolvido no sistema de controlo, acontece mais lentamente, alcançando o seu pico depois dos 20 anos. Assim, dimensões como a inibição, a ponderação e a capacidade de espera estão diminuídas antes desta idade. O aumento da sensibilidade às recompensas e aos ganhos associado à falta de controlo e inibição faz com que haja um desequilíbrio entre o risco e a recompensa durante a adolescência, que explica muitos dos comportamentos observados nestas idades (Casey et al., 2008; Shulman et al., 2016; Steinberg, 2008).

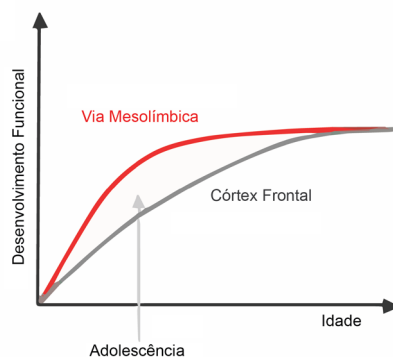


Figura 2 – Desenvolvimento do cérebro adolescente. Na adolescência, o desenvolvimento da via mesolímbica do sistema dopaminérgico precede a maturação das áreas mais frontais do cérebro. Assim, há uma sensibilização do sistema de recompensa aliada a um controlo regulatório diminuído, o que leva a um desequilíbrio entre o risco e a recompensa durante a adolescência. (Imagem adaptada de Casey et al., 2008)

Os adolescentes exibem mais comportamentos de risco, muitas vezes até os procuram (busca de risco/ *risk-seeking*), sentem-se atraídos por novas experiências (busca de sensações/ *sensation-seeking*), são mais suscetíveis à pressão dos pares e vivem mais no imediato. Tudo características que os tornam mais sensíveis ao consumo de substâncias psicoativas. Além disto, querem afirmar-se como independentes dos pais, não possuem grandes responsabilidades perante os outros e a sociedade, e experienciam muitas vezes sentimentos de ansiedade ou não pertença, o que também contribui para este consumo.

É menos claro o porquê do escalar de consumo durante os 18 e os 25 anos, mas é provável que motivos sociais aliados aos biológicos já explicados estejam por detrás deste comportamento.

É a partir dos 18 que muitos adolescentes ganham autonomia e começam a tomar as suas próprias decisões, saindo de casa dos pais e possuindo liberdade (ou até independência) financeira. Além disso, o percurso de muitos destes jovens passa ainda pela ida para o ensino superior, um período de maior experimentação e pressão social.

Mas nem todos os adolescentes consomem substância psicoativas, nem o uso de substâncias ilícitas ou o consumo excessivo de álcool nestas idades significa o desenvolvimento de adições ou o consumo nocivo de substâncias para o resto da vida. É necessário, por isso, perceber os fatores de suscetibilidade que levam ao consumo destas substâncias e, principalmente, que contribuem para o consumo nocivo ou dependente das mesmas. Desta forma, podem ser implementadas estratégias de prevenção e intervenção específicas e direcionadas para os grupos de risco.

A impulsividade aparece, assim, como um fator de estudo interessante nesta matéria uma vez que se encontra associada ao desenvolvimento de vícios e adições, e várias dimensões a ela associadas se encontram aumentadas nestas idades.

4. IMPULSIVIDADE

A impulsividade é um construto complexo e difícil de definir que está, geralmente, associada à falta de capacidade de controlo e inibição. Assim, pode ser definida como um “comportamento pouco ponderado, a tendência para agir com menor premeditação do que a maioria dos indivíduos com o mesmo conhecimento e habilidade, ou a predisposição para reações rápidas e não planeadas a estímulos internos ou externos, sem preocupação com as consequências negativas que daí possam advir” (International Society for Research on Impulsivity). A impulsividade compreende várias dimensões que são complementares, mas nem sempre coincidentes. São exemplo disso a prematuridade, a falta de premeditação, a falta de perseverança (incapacidade de se manter focado ou insistir numa tarefa), a urgência negativa ou positiva (tendência para agir precipitadamente quando se está de mau ou bom humor), a sensibilidade perante as recompensas (maior suscetibilidade aos reforços positivos), a intolerância à espera e a busca de sensações. Está, também, frequentemente associada à tomada de decisões excessivamente arriscadas.

A impulsividade não é em si um problema, mas um comportamento adaptativo que se apresenta como uma vantagem evolutiva em situações competitivas. No entanto, níveis de impulsividade mais elevados têm sido associados com diversas patologias, como Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), adição e abuso de substâncias.

Por norma, a impulsividade é medida em pessoas através de autorrelato questionários ou testes, sendo os questionários os mais usados, uma vez que a sua utilização é mais fácil e acessível.

As escalas mais comuns utilizadas nos questionários são a BIS (Barratt Impulsiveness Scale) e a UPPS-P (Urgency (negative), Premeditation (lack of), Perseverance (lack of), Sensation Seeking, Positive Urgency, Impulsive Behavior Scale). A primeira, desenvolvida por Barratt em 1959 (BIS-1) e atualizada em 1995 por Patton e colegas (BIS-11), compreende 30 itens relacionados com o comportamento impulsivo, organizados em 6 fatores distintos: atenção, instabilidade cognitiva, impulsividade motora, perseverança, autocontrole e complexidade cognitiva (Barratt, 1959; Patton et al., 1995). A UPPS-P é uma escala mais recente que, como o nome indica, divide a impulsividade em 5 traços de personalidade: urgência negativa e positiva, falta de premeditação, falta de perseverança e busca de sensações (Cyders et al., 2007; Whiteside & Lynam, 2001). Por vezes também são utilizados questionários que avaliam especificamente a impulsividade de escolha, que é caracterizada pela preferência por recompensas mais pequenas mas imediatas em vez de maiores mas mais atrasadas. Nesses casos são feitas perguntas, como por exemplo: “Prefere receber 10€ agora ou 20€ daqui a uma semana?”.

Os testes para medir impulsividade focam-se na sua maioria em testar a inibição de uma ação prepotente, como é o caso do SST (Stop-signal Task) e do Go/No-go (Fillmore, 2003), ou a avaliar *delay discounting* (desvalorização do valor da recompensa em função do tempo de espera) através de perguntas similares às utilizadas para a impulsividade de escolha. Tarefas relacionadas com risco como o IGT (Iowa Gambling Task) ou o BART (Balloon Analogue Risk Task) também podem ser utilizadas para medir impulsividade (Bechara et al., 1994; Lejuez et al., 2002).

5. IMPULSIVIDADE E O CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Alguns estudos têm-se debruçado sobre a relação entre o consumo de substâncias psicoativas (especialmente o consumo de álcool) e a impulsividade, em particular em estudantes universitários.

Huertas et al. (2019) mostram que os níveis de impulsividade são significativamente mais altos em alunos que já consumiram tabaco, canábis ou cocaína, assim como naqueles que atualmente consomem álcool, tabaco ou canábis (Huertas et al., 2019). Além disso, indivíduos que consomem estimulantes não prescritos são também mais impulsivos que aqueles que não o fazem (Thiel et al., 2019).

Considerando, em particular, o consumo de álcool, não é claro que a impulsividade distinga entre consumidores e não-consumidores. Por exemplo, num estudo em que os alunos foram divididos, de acordo com o AUDIT, como tendo um consumo de baixo risco, de risco ou nocivo, os níveis de impulsividade são significativamente diferentes entre os indivíduos com um consumo nocivo e os outros, mas não entre os de baixo risco e de risco (Lyvers et al., 2012). É, no entanto, de notar que, ainda que esta diferença não seja estatisticamente significativa, os estudantes de risco apresentam, em média, valores mais elevados na BIS-11 do que os de baixo risco (60,05

vs 63,45), o que sugere uma relação positiva entre os níveis de impulsividade e os de consumo.

Em alinhamento com isto, foram encontradas várias correlações entre comportamento impulsivo e álcool. A impulsividade está positivamente correlacionada com o consumo de álcool, a quantidade de álcool consumido, os resultados no AUDIT e os problemas associados ao consumo de álcool, e negativamente correlacionada com a idade do primeiro consumo (Balodis et al., 2009; Bilevicius et al., 2021; Granö et al., 2004; Huertas et al., 2019; MacKillop et al., 2007; Mackinnon et al., 2014; Simons et al., 2009). Em oposição, os níveis de impulsividade não estão correlacionados com o número de ocasiões em que há consumo de álcool (Balodis et al., 2009).

Curiosamente, Shi et al. (2021) observam que os alunos que consomem várias substâncias (álcool, tabaco, canábis) apresentam, nalgumas dimensões da UPPS-P, níveis de impulsividade mais elevados do que aqueles que apenas têm um consumo elevado de álcool e distinguem-se em todas as dimensões dos que não consomem nada ou têm valores muito baixos de consumo (Shi et al., 2021). Da mesma forma, os consumidores de várias drogas recreacionais são mais impulsivos do que aqueles que não consomem este tipo de substâncias. E, ainda que não significativamente diferentes daqueles que apenas usam canábis, apresentam valores médios mais elevados na BIS-11 (64.14 vs 68.34) (Balodis et al., 2010).

Em vários dos estudos mencionados foram aplicados modelos de regressão nas variáveis correlacionadas. Eles mostram que a impulsividade prevê a quantidade de consumo de álcool, problemas associados ao consumo de álcool e os resultados do AUDIT (Granö et al., 2004; Lyvers et al., 2012; Mackinnon et al., 2014). Prevê também o uso indevido de sedativos, opioides e estimulantes e o uso passado de alucinógenos (Chinneck et al., 2018; Parnes et al., 2020). Além disso, olhando para os vários motivos que levam as pessoas a beber (*coping*, aceitação social, prazer, convívio), observa-se que a impulsividade está envolvida em todas as razões exceto aceitação (Mackinnon et al., 2014) (Figura 3).

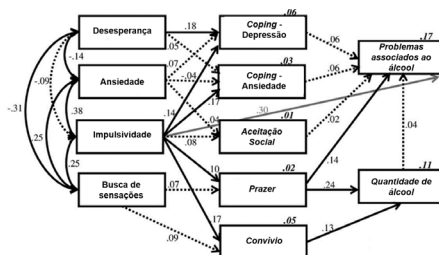


Figura 3 – Traços de personalidade e os motivos para beber. Esta análise multinível mostra que, ao contrário dos outros traços de personalidade, a impulsividade está envolvida em quase todos os motivos que levam as pessoas a beber, sendo a exceção a aceitação. Além disso, a impulsividade prevê diretamente os problemas relacionados com o álcool (seta cinzenta). Linhas sólidas: p < 0,05; Linhas tracejadas: p >= 0,05. Imagem adaptada de (Mackinnon et al., 2014).

Em oposição, a impulsividade não prevê, num modelo de regressão logística, a frequência de *binge drinking*. Esta é, no entanto, prevista pela busca de sensações, que está também associada ao comportamento impulsivo (Wojciechowski, 2020). Outros estudos apresentam resultados positivos apenas para algumas dimensões da impulsividade, sugerindo que algumas facetas são mais relevantes para o consumo de substâncias. No que diz respeito ao álcool, a busca de sensações e a urgência negativa parecem ser aquelas dimensões que melhor preveem o consumo de álcool e os problemas a ele associados (Curcio & George, 2011; Kiselica & Borders, 2015).

É, no entanto, importante notar que a maioria destes estudos não é longitudinal, focando-se nos níveis de impulsividade atuais e tornando difícil inferir causalidade entre a impulsividade basal e o uso problemático de substâncias. Na verdade, se por um lado os estudos demonstram que alunos com um consumo considerado de risco pelo AUDIT apresentam valores mais elevados de impulsividade dos que os consumidores sociais ou de baixo risco (Lyvers et al., 2012; MacKillop et al., 2007), por outro, os alunos considerados mais impulsivos na UPPS-P também apresentam valores mais elevados no AUDIT (Christian et al., 2021). Além disso, é sabido que o consumo de substâncias psicoativas afeta quer o sistema mesolímbico quer as zonas frontais do cérebro, impactando o sistema de recompensa, a tomada de decisão e, também, a impulsividade. Assim, é possível, por exemplo, que elevados níveis de impulsividade levem ao consumo de álcool em maiores quantidades, mas não podemos descartar a possibilidade que maiores quantidades de álcool levem a valores mais elevados de impulsividade. Alguns estudos longitudinais têm contribuído para o esclarecimento desta questão.

Num estudo essencial, Jones e colegas mostram que a impulsividade basal, em adolescentes que nunca consumiram álcool, prevê, aproximadamente 7 anos depois, vários fatores associados ao consumo de álcool. Nomeadamente, prevê o número máximo de bebidas consumidas num dia, o consumo episódico excessivo de álcool e os problemas associados ao consumo de álcool (Jones et al., 2021). Noutro estudo prospetivo com uma população de 5433 pessoas saudáveis Granö et al. (2004) mostram que a impulsividade basal prevê o aumento no consumo de álcool dois anos depois e está relacionada com a probabilidade de desenvolvimento de consumo nocivo de álcool (Granö et al., 2004). Além disso, traços de personalidade que incluem comportamento impulsivo (Busca de novidade no Inventário de Cloninger e Psicoticismo na teoria de Eysenck) preveem dependência de álcool e abuso de substâncias ilícitas 6 anos depois (Sher et al., 2000). Por fim, Bilevicius e colegas mostram, numa população universitária, que há uma diminuição dos problemas associados ao álcool, ao longo de 18 meses, mas que esta diminuição não acontece em alunos com elevados níveis de impulsividade e ansiedade social no primeiro *timepoint* (Bilevicius et al., 2021).

Os estudos em modelos animais também dão um contributo importante para o estabelecimento de causalidade e o entendimento dos mecanismos por trás da relação entre a impulsividade e o consumo de substâncias. Os estudos comparando ratos naïve com valores de impulsividade basal baixos e altos têm sido particularmente importantes nesta matéria. Eles mostram, por exemplo, que ratos mais impulsivos inicialmente apresentam uma escalada na auto-administração de cocaína, por via intravenosa, mais elevada do que aqueles com baixa

impulsividade (Figura 4) e que são mais sensíveis a recaídas (Dalley et al., 2007; Economidou et al., 2009).

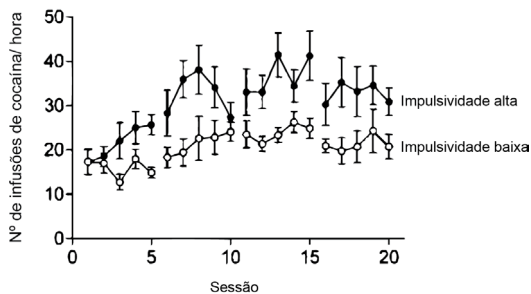


Figura 4 – Consumo de cocaína em ratos com alta e baixa impulsividade. Os ratos com valores de impulsividade basal mais alta apresentam um escalar mais acentuado no consumo de cocaína do que aqueles com baixa impulsividade. Imagem adaptada de (Dalley et al., 2007)

6. CONCLUSÕES

O consumo de substâncias psicoativas é um problema de saúde pública com graves consequências para o bem-estar e para o dia a dia dos implicados. É por isso importante conhecer os fatores de suscetibilidade ao consumo destas substâncias e ao desenvolvimento de dependências, para que sejam desenvolvidas e aplicadas estratégias de prevenção direcionadas. A impulsividade aparece, neste contexto, como uma variável de interesse, uma vez que está implicada em adição e apresenta-se aumentada em adolescentes e jovens adultos, as faixas etárias em que, por norma, se inicia o consumo de substâncias psicoativas.

Esta análise da literatura parece indicar que, ainda que alguns estudos apresentem diferenças de impulsividade relacionadas com consumo ou não de álcool (Huertas et al., 2019), os níveis de impulsividade parecem ser mais relevantes para distinguir o consumo nocivo ou problemático desta substância, assim como o consumo de mais do que uma substância psicoativa. Uma grande limitação continua a ser a prevalência de estudos de corte transversal, que ainda que importantes, não permitem inferir causalidade entre a impulsividade basal e o uso problemático de substâncias. No entanto, os estudos longitudinais existentes indicam que o aumento do consumo ou a existência de problemas associados ao consumo de substâncias pode ser previsto vários anos antes através dos níveis basais de impulsividade.

Parece também ser claro que o consumo exagerado de substâncias psicoativas leva a alterações nas zonas do cérebro responsáveis pela impulsividade, tomada de decisão e valorização de recompensas, o que conduz a um consumo ainda mais descontrolado e dependente.

Os estudos indicam também que, apesar de todas as dimensões de impulsividade aparecerem ligadas ao consumo de substâncias, nem todas parecem estar envolvidas da mesma forma, sendo importantes para diferentes fases (iniciação, uso, problemas associados) e estando relacionadas com diferentes motivos para consumo.

Como mencionado ao longo desta revisão, estabelecer a impulsividade como um fator relevante para o consumo de substâncias ou para os problemas associados a este consumo é importante, porque permite desenhar campanhas de prevenção ou intervenção específicas para esta população. Ainda que com pouca expressão nos programas educativos, os estudos focados em intervenções para populações de risco baseadas nas características de personalidade (incluindo impulsividade) apresentam efeitos moderados, mas consistentes, no consumo de substâncias psicoativas e nos problemas associados a este consumo (Conrod, 2016; Conrod et al., 2010; Conrod et al., 2011). Ao contrário das abordagens mais gerais de prevenção de consumo de substâncias, focadas nos problemas e riscos associados a este consumo, as intervenções baseadas na personalidade procuram prevenir o consumo por, por exemplo, ensinar a um indivíduo com elevada impulsividade técnicas de inibição e controlo de impulsos (Conrod, 2016). O conhecimento mais detalhado do papel da impulsividade, e até das suas diferentes dimensões, na experimentação, consumo excessivo e problemas associados ao consumo, permite o desenvolvimento de intervenções mais finas e consequentemente eficazes.

Finalmente, é importante ter em consideração que a impulsividade não é o único fator relevante no consumo de substâncias psicoativas e é preciso entender como outros traços de personalidade, como por exemplo a ansiedade, contribuem para este problema, isolados ou combinados. É ainda relevante termos em atenção outros fatores demográficos, familiares e sociais, como por exemplo o sexo, o historial familiar, a presença de trauma na infância, a situação económica, entre outras (Brown et al., 2008).

Em conclusão, os vários estudos existentes parecem indicar que indivíduos com valores elevados de impulsividade apresentam um risco maior de desenvolverem consumos nocivos de substâncias psicoativas. Além disso, a relação parece ser proporcional, sendo que valores mais elevados de impulsividade estão associados com um consumo mais exacerbado ou de mais substâncias. Esta informação pode ser importante na implementação de campanhas de prevenção ou limitação destes consumos especificamente dirigidas a adolescentes mais impulsivos. No entanto, mais estudos longitudinais são necessários, assim como, um estudo mais detalhado do papel das várias dimensões do comportamento impulsivo no consumo de substâncias e no desenvolvimento de dependências. Ainda que fora do foco desta revisão, é também importante lembrar a necessidade do estudo dos mecanismos biológicos por trás da relação entre a impulsividade e estes problemas, que podem ser importantes para o desenvolvimento de tratamentos futuros.

02

Comportamentos aditivos numa amostra de estudantes do ensino superior

*Amadeu Gonçalves
Manuela Ferreira
Sofia Campos
Cátia Magalhães
Ana Paula Cardoso
Raquel Guiné*

Os comportamentos aditivos são um problema de saúde pública, com sérias implicações na saúde física e mental dos consumidores de substâncias. Constituem focos de atenção por parte da sociedade e decisores políticos, mas também dos profissionais de saúde no sentido de uma intervenção capaz de prevenir os consumos e promover a saúde mental dos indivíduos e suas famílias.

A abordagem preventiva deve ser equacionada em função do risco e características das populações, exigindo uma estratégia que abranja todas as etapas do ciclo da vida e todos os contextos. Os consumos de álcool e de outras drogas estão muito enraizados na cultura académica como elo de ligação entre grupos e forma de emancipação pessoal, contudo, aparece muitas vezes associado a inúmeros comportamentos de risco.

A transição para a universidade é uma situação que envolve vários stressores e que requer adaptação a vários níveis. A escolha de estratégias eficazes para lidar com as circunstâncias decorrentes do novo processo de transição nem sempre é fácil, mais de metade dos estudantes sente dificuldades na adaptação, que se podem traduzir em alterações nos hábitos e estilos de vida pouco saudáveis (Lent et al., 2009).

A frequência do ensino superior é um período de potencial desenvolvimento pessoal e social para o estudante, mas também um período de stress acrescido, sendo o estudante confrontado com uma série de desafios relacionados com processos desenvolvimentais, como a formação da identidade e autonomia, o estabelecimento de relações íntimas; pressão do meio académico e pressões parentais para tirar boas notas, dificuldades económicas e ansiedades sociais (Kadison & DiGeronimo, 2004).

Com a entrada no ensino superior ocorrem situações propícias a maior ansiedade como as saudades de casa, solidão, timidez, dificuldades de relacionamento com professores e colegas, medo do insucesso académico, problemas financeiros entre outros, que podem potenciar consumos aditivos (Pereira & Costa, 2016). A pressão das atividades académicas, a necessidade de fazer parte do grupo e a ausência da proibição do consumo de álcool no ambiente universitário são algumas das causas associadas ao consumo de álcool entre os estudantes universitários (Faria et al., 2014).

A ingestão de álcool pode dever-se muito ao facto de os estudantes terem a crença de que este alivia estados emocionais negativos, funcionando como uma estratégia de *coping*, ainda que mal adaptativa, muitas vezes utilizadas para fazer face ao stress, tendo como objetivo “fugir” aos problemas do dia-a-dia ou, simplesmente, desinibição social (Galvão et al., 2017).

São vários os estudos que relacionam a participação em atividades recreativas noturnas dos jovens com o consumo de álcool e drogas (Calafat et al., 2007), bem como com outros comportamentos de risco (Lomba et al., 2009).

Os consumos de álcool, tabaco e outras drogas acarretam consequências para a pessoa que consome, para as pessoas que a rodeiam ou que estão expostas ao mesmo ambiente, para as instituições e para a sociedade. Os comportamentos aditivos têm uma forte associação com inúmeras causas de morte na população adolescente, entre elas mortes por acidentes de viação,

consequências de comportamentos sexuais de risco, homicídio e suicídio (Beck, et al. 2010).

Pretende-se, com este estudo, identificar hábitos de consumo nocivos e contribuir para a discussão da melhor forma de intervir na prevenção dos comportamentos aditivos como veículo de promoção da Saúde Mental (SM). A intervenção preventiva deverá basear-se em modelos compreensivos e de influência social, focando-se nos indivíduos ao longo de todo o ciclo vital, atuando prioritariamente nos contextos escolar, universitário e recreativo.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo quantitativo, descritivo e exploratório, realizado numa amostra de 1074 estudantes de uma Instituição de ensino superior da região centro de Portugal. A recolha de dados foi efetuada através de uma plataforma “online” que teve por base um questionário que nos permitiu colher informações relevantes para a caracterização da amostra no que concerne a dados sociodemográficos, académicos e contextuais, nomeadamente: hábitos tabágicos, consumos de álcool e outras drogas, o tipo de droga, a idade de início e a frequência de consumo. Questiona-se também sobre o consumo de medicamentos, com ou sem prescrição médica. O tratamento estatístico foi processado através do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 25.0 para Windows.

RESULTADOS

A faixa etária dos alunos varia entre 17 e 49 anos com média ($=23,93 \text{ anos} \pm 6,10 \text{ dp}$). A média de idade é ligeiramente superior nos alunos do sexo masculino ($= 25,49 \pm 6,83 \text{ dp}$) em relação às do sexo feminino ($= 23,08 \pm 5,49 \text{ dp}$) com diferenças significativas ($t = 5,892$; $p = 0,000$). Trata-se de uma amostra predominantemente feminina (64,7%), solteira (86,1%), de origem rural (55,7%) e cuja coabitação durante o período escolar se distribui de forma idêntica entre quem coabita com familiares (47,2%) e quem partilha casa/quarto com colegas ou amigos (41,7%).

Os alunos distribuem-se proporcionalmente pelas cinco unidades orgânicas/escolas do Instituto Politécnico de Viseu, (Escola Superior de Educação; Saúde; Agrária, Tecnologia e Gestão e Polo de Lamego). A maioria (88,2%) está no curso pretendido, 77,2% dizem estar satisfeitos com o mesmo e situam o seu rendimento académico entre o suficiente e o bom. Quase 4 em cada 10 alunos admitem ter reprovado em algum momento e uma percentagem muito alta (84,9%) diz que nunca mudou de curso. Quase a totalidade dos alunos afirma ter boas relações interpessoais com professores (95,6%), colegas (96,8%) e pessoal não docente (94,9%).

Iniciamos o estudo dos comportamentos aditivos, fazendo referência aos hábitos tabágicos (cf. tabela 1), verificamos que cerca de 8 em cada 10 estudantes não fumam e dos estudantes que admitem o consumo de tabaco, 29,6% são rapazes e 20,0% raparigas, com diferenças significativas entre os grupos ($\chi^2=12.494$; $p=0.000$). Apuramos ainda que o tempo médio dos consumos é de 7.22 anos (± 5.31 dp). Para ambos os sexos o tempo mínimo de consumo é de 1 ano, mas o máximo é de 30 anos para os rapazes e de 20 para as raparigas a que correspondem médias de 7.54 anos e 6.96 anos respectivamente.

Dada a amplitude encontrada que se situa nos 29 anos, para uma melhor visualização do tempo de consumo, efetuamos o seu agrupamento em classes. Os resultados insertos na tabela 1 indicam que 31,1% dos participantes têm um tempo de consumo a oscilar entre os 6 e os 10 anos, seguido dos que consomem há menos de 3 anos (29,1%).

Quanto ao número de cigarros fumados por dia, registamos que 32,7% fumam entre 8 a 10 cigarros com maior incidência nos rapazes, e 25,3% menos de 7 cigarros por dia com percentual mais elevado (28.3%) nas raparigas. Não se regista uma relação estatística entre o número de cigarros fumados e o sexo ($\chi^2= 2.135$; $p= 0.545$). Acresce referir que 13,54% dos estudantes não fizeram referência ao número de cigarros fumados.

Tabela 1 – Hábitos Tabágicos, tempo de consumo e nº de cigarros fumados por dia

Sexo Variáveis	Masc		Fem		Total		Residuais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Mas.	Fem.
Hábitos tabágicos								
Não	267	70.4	556	80.0	823	76.6	-3.5	3.5
Sim	112	29.6	139	20.0	251	23.4	3.5	-3.5
Total	379	100.0	695	100.0	1074	100.0		
Tempo de consumo								
<= 3 anos	37	33.0	36	25.9	73	29.1	1.2	-1.2
4-5 anos	19	17.0	31	22.3	50	19.9	-1.1	1.1
6 – 10 anos	27	24.1	51	36.7	78	31.1	-2.1	2.1
>= 11 anos	29	25.9	21	15.1	50	19.9	2.1	-2.1
Total	112	100.0	139	100.0	251	100.0		
Nº cigarros fumados dia								
<= 7 cigarros	21	21.6	34	28.3	55	25.3	21	21.6
8-10 cigarros	36	37.1	35	29.2	71	32.7	36	37.1
11 – 15 cigarros	18	18.6	21	17.5	39	18.0	18	18.6
>= 16 cigarros	22	22.7	30	25.0	52	24.0	22	22.7
Total	97	100.0	120	100.0	217	100.0		

Cerveja	197	86.8	141	62.4	338	74.6	6.0	-6.0
Vinho	115	50.7	59	26.1	174	38.4	5.4	-5.4
Bebidas espirituosas	105	46.3	130	57.5	235	51.9	-2.4	2.4
Outras	3	1.3	6	2.7	9	2.0	-1.0	1.0

Questionamos os estudantes sobre o consumo de drogas. Os resultados (cf. Tabela 3) indicam que 28.0% dos participantes admitem o consumo de algum tipo de drogas, sendo que destes 36.9% são rapazes e 23.2%, raparigas. A diferença entre os que consomem e não consomem e sexo é significativa ($\chi^2 = 23.067$; $p = 0.000$).

Tabela 3 – Consumo de drogas em função do sexo

Sexo	Masc		Fem		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	Mas.	Fem.
Consumo drogas								
Não	239	63.1	534	76.8	773	72.0	-4.8	4.8
Sim	140	36.9	161	23.2	301	28.0	4.8	-4.8
Total	379	100.0	695	100.0	1074	100.0		

A tabela 4 apenas se reporta aos inquiridos que consomem droga e especificaram o tipo de droga consumida. Como se observa, a droga mais consumida é a “erva” com 68.3%, seguida do haxixe e da canábis com 50.5% e 43.5% respectivamente. O consumo de outro tipo de drogas como heroína, cocaína entre outras, surge em percentagens quase insignificantes.

Tabela 4 – Tipo de droga consumida

Sexo Variáveis	Masc		Fem		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Canabis	76	54.3	55	34.2	131	43.5
Haxixe	75	53.6	77	47.8	152	50.5
Erva	96	68.6	110	68.3	206	68.4
Liamba/marijuana	26	18.6	8	5.0	34	11.3
Ecstasy	4	2.9	5	3.1	9	3.0
Anfetaminas	1	0.2	1	0.2	2	0.7
Cocaína	1	0.7	-	0.0	1	0.3
Heroína	-	0.0	-	0.0	-	0.0
LSD	2	1.4	1	0.6	3	1.0
Outra	7	5.0	3	1.9	10	3.3

Quanto à idade de início de consumo, apurámos que o mesmo aconteceu entre os 12 anos

e os 18 anos. Nos rapazes as idades mínimas e máximas foram de 12 anos e 28 anos e nas raparigas, entre os 12 e 30 anos. Pelos índices médios constatámos que os rapazes começaram a consumir mais tarde (média= 18.03; \pm 2.09) que as raparigas (média=17.98 \pm 2.35), mas as diferenças não são estatisticamente significativas ($t= 0.207$; $p=0.837$).

Os dados da tabela 5 mostram que 41.2% dos estudantes da amostra consumiram substâncias pela primeira vez antes dos 17 anos, sendo que destes 40.0% são rapazes e 42.2%, raparigas. Relativamente aos estudantes que iniciaram o consumo após os 19 anos (34.6%), verifica-se um percentual similar (35.0% vs 34.6%) entre os dois grupos

Do total de estudantes que admitiram o consumo de drogas apenas uma pequena percentagem (9.3%) assume o seu consumo de forma habitual/regular, sendo que em termos absolutos se distribui de forma muito idêntica entre os rapazes (15) e as raparigas (13).

Tabela 5 – Idade de consumo de drogas por sexo

Sexo	Masc		Fem		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	Mas.	Fem.
Idade Consumo								
<= 17 anos	56	40.0	68	42.2	124	41.2	-0.4	0.4
18 anos	35	25.0	38	23.6	73	24.3	0.3	-0.3
>= 19 anos	49	35.0	55	34.2	104	34.6	0.2	-0.2
Total	140	100.0	161	100.0	301	100.0		
Consumo Habitual drogas								
Não	125	89.3	148	91.9	273	90.7	-0.8	0.8
Sim	15	10.7	13	8.1	28	9.3	0.8	-0.8
Total	140	100.0	161	100.0	301	100.0		

No que concerne ao consumo de medicamentos, uma percentagem considerável de estudantes (34.2%) refere o seu consumo com ou sem prescrição médica. É no sexo feminino que se verifica maior consumo (40.6%), comparativamente com o sexo masculino onde o percentual diminui quase para metade (22.4%) com diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2= 35,909$ e $p=0.000$). Acresce referir que os medicamentos mais consumidos são os analgésicos, os ansiolíticos e os psicoestimulantes.

Tabela 6 – Consumo de medicamentos com e/ou sem prescrição médica/Sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Consumo medicamentos								
Não	294	77.6	413	59.4	707	65.8	6.0	-6.0
Sim	85	22.4	282	40.6	367	34.2	-6.0	6.0
Total	379	100.0	695	100.0	1074	100.0		

CONCLUSÃO

Embora a grande maioria dos estudantes (76,6%) negue o consumo de tabaco, é muito preocupante o percentual de estudantes que admite o consumo excessivo de bebidas alcoólicas (42,2%). Também não podemos ficar indiferentes ao considerável consumo de substâncias ilícitas que é referido por 28,0% dos estudantes e ao elevado percentual de estudantes que referem o consumo de psicofármacos (52,6%), principalmente ansiolíticos (61,6%) e indutores do sono (28,8%), dados que podem ser indicadores de algum tipo de sofrimento psicológico e baixos níveis de saúde mental.

Se considerarmos a escola como um local de formação, saúde e bem-estar, as instituições de ensino superior devem desenvolver esforços no sentido de oferecer aos estudantes apoio psicossocial e programas que visem à promoção da saúde mental e prevenção dos comportamentos aditivos no meio académico.

Sugere-se que se explorem com os jovens as motivações para os comportamentos aditivos e se estabeleça com eles uma comunicação assertiva e uma relação empática, no sentido de se promover a comunicação e a identificação de potenciais precipitantes e ajudando-os a desenvolver as melhores estratégias para a resolução de problemas.

Os dados obtidos através deste estudo sugerem que há necessidade de continuar a investir na investigação nesta área, para que se possa melhor compreender e prevenir o comportamento aditivo nos estudantes universitários.

02

Promoção da literacia para a prevenção do consumo de tabaco em estudantes de enfermagem

*Ana Gabriela Saraiva
Cláudia Chaves
João Duarte
Odete Amaral*

TABACO, O INIMIGO DA SAÚDE DE TODOS!

Refletir sobre o tabagismo constitui uma oportunidade de analisar a principal causa evitável de morbimortalidade em países desenvolvidos. O tabaco mata em todo o mundo e é responsável pela morte de 8 milhões de pessoas por ano, incluindo um milhão por fumo passivo (Nações Unidas, 2019). Fumar provoca uma mortalidade prematura, sendo que a maior percentagem de óbitos atribuíveis ao tabaco, em ambos os sexos, verifica-se no grupo etário dos 50 aos 69 anos - cerca de 24,8% do total de óbitos (30,5% em homens e 13,1% em mulheres) (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde [Portugal, MS, DGS], 2020). O tabaco também pode ser mortal para não-fumadores. A exposição ao fumo passivo também tem sido implicada em resultados adversos à saúde, causando 1,2 milhões

de mortes anualmente (World Health Organisation [WHO], 2022). Quase metade de todas as crianças respiram ar poluído pelo fumo do tabaco e 65 000 crianças morrem todos os anos devido a doenças relacionadas com o fumo passivo (WHO, 2022).

Estima-se que 1,3 bilhões de pessoas em todo o mundo usem produtos de tabaco, 80% das quais em países de baixos e médios rendimentos. O uso do tabaco contribui desta forma também para a pobreza, ao desviar os gastos das famílias das necessidades básicas, como alimentação e abrigo, para o tabaco (WHO, 2022).

Na União Europeia, estima-se que o tabaco contribua para mais de 700 mil mortes anuais. Cerca de metade dos fumadores morre precocemente, perdendo em média cerca de 14 anos de expectativa de vida. Em termos globais, estima-se que 12% de todas as mortes entre adultos com 30 ou mais anos seja atribuível ao uso do tabaco (16% em homens e 7% em mulheres). A Europa é a que apresenta a maior mortalidade atribuível: 16%(25% em homens e 7% em mulheres) (DGS, 2020). Em Portugal, estima-se que 11,7% dos óbitos ocorridos em 2019 tenham sido devidos ao tabaco, 18,6% no sexo masculino e 4,7% no sexo feminino, o que se traduziu por uma perda de 13 559 pessoas, 10 815 homens e 2744 mulheres. Deste total de óbitos, estima-se que 1771 tenham resultado da exposição ao fumo ambiental (561 por doenças cérebro-cardiovasculares, 425 por infeções respiratórias, 312 por doença respiratória crónica, 242 por diabetes *mellitus* tipo 2 e 220 por cancro) (DGS, 2020).

A prevalência do consumo de tabaco, desde o início deste século, tem registado uma tendência decrescente em todas as regiões do mundo, em ambos os sexos e em todos os escalões de rendimento. Acreditando que os esforços atuais no controle do consumo de tabaco se mantêm em todos os países, projeta-se que esta prevalência diminua ainda mais até 2025, para cerca de um quinto (20,9%) da população mundial, (35,1% homens e 6,7% mulheres) (DGS, 2020).

De acordo com os resultados do último estudo sobre o consumo de álcool, tabaco, drogas e outros comportamentos aditivos e dependências (Lavado, et al., 2020), estudo transversal realizado pelo SICAD entre alunos do ensino público, a cada quatro anos, tendo por base a aplicação do questionário do *European School Survey Project on Alcohol and other Drugs* (ESPAD), em Portugal, o tabaco foi a segunda substância mais consumida pelos alunos dos 13 aos 18 anos, a seguir ao álcool. Do total de respondentes que disseram ter consumido tabaco de combustão nos últimos 30 dias, 28,0% fizeram-no com uma frequência diária ou quase diária. Dos que disseram ter consumido cigarros eletrónicos nos últimos 30 dias, 22,0% reportaram um consumo diário ou quase diário (DGS, 2020).

Por tudo o que foi referido, a prevenção da iniciação do consumo de tabaco entre os adolescentes e os jovens será capital para se controlar, futuramente, esta “pandemia tabágica”. Assim, é essencial que se desenvolva a literacia em saúde na adolescência, a qual é definida

como o conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação por forma a promover e a manter uma boa saúde”. A adolescência é um período-chave para desenvolver a literacia em saúde, já que é nesta fase que, a par do processo de construção da identidade, se consolidam também as bases para um estilo de vida saudável (Pinto et al., 2022).

Em 2003, os Estados Membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) adotaram por unanimidade a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), o único tratado de saúde pública sob os preâmbulos da OMS. Para ajudar os países a implementar a CQCT, a OMS introduziu o MPOWER, um pacote de medidas e recursos técnicos que capacitam os países para implementar 6 medidas, com o objetivo de reduzir a procura por produtos do tabaco: monitorizar o uso do tabaco e as políticas de prevenção, Proteger as pessoas do uso do tabaco, Oferecer ajuda para parar de fumar, Alertar sobre os perigos do tabaco, Reforçar a proibição da publicidade do tabaco, promoção e patrocínio e Aumentar os impostos sobre o tabaco (WHO, 2022).

O tabagismo, em Portugal, foi considerado um problema de saúde prioritário no âmbito do Plano Nacional de Saúde-Revisão e Extensão a 2020, neste contexto e tendo por base os princípios e os eixos de ação para a promoção da saúde expressos na Carta de Ottawa (1986), foi concebido o Programa Nacional para Prevenção e Controlo do Tabagismo em 2012 (Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde [Portugal, MS, DGS], 2012).

Atendendo apenas para o que foi referido da morbilidade e mortalidade provocada pelo fumar e pelo fumo ambiental, as políticas de saúde e as decisões individuais deveriam incidir no lema promoção da saúde e prevenção no grupo das crianças e jovens. Contudo, é necessário que a população em geral e os grupos de risco tenham conhecimentos sobre tabagismo, benefícios de não fumar e por outro lado os malefícios ao fumar ou ser ex-fumador. Uma das primeiras perguntas é se a população está informada ou melhor qual o seu nível de literacia em relação ao tabagismo. Pois é essencial o conhecimento sobre o comportamento da população portuguesa face ao consumo de tabaco, sobre os fatores determinantes e respetivas tendências de evolução para o planeamento em saúde, delineamento de estratégias de prevenção e controlo adequadas e efetivas. É imprescindível intervir com ações abrangentes e eficazes que capacitem a pessoa de informação sobre a prevenção do início do consumo e da cessação tabágica, bem como do seu impacto a nível biológico, psicológico, social e económico. O controlo do consumo de tabaco é uma política de saúde pública essencial para a promoção da saúde e prevenção da doença. Na nossa opinião, a eficácia da promoção passará por intervenções e políticas de saúde na área da responsabilização individual, empoderamento dos indivíduos a adotarem um projeto de vida saudável, medidas de intervenção na área da promoção e prevenção junto das crianças e jovens para evitar o início e o consumo e não, unicamente, com políticas de saúde universais e legislação de cariz proibitório. Para colher frutos é necessário um trabalho integrado e contínuo realizado nas escolas (com toda a comunidade escolar, inclusive com participação ativa das crianças/adolescentes/jovens), com os pais, profissionais da educação, saúde e segurança. Lançar uma campanha de não ao tabagismo e ficar sentado à espera dos resultados não é suficiente na nossa população, sensibilizar não basta.

Para o planeamento e implementação de estratégias de promoção e prevenção, os profissionais de saúde, designadamente os enfermeiros, desempenham um papel essencial para informar, capacitar e aumentar a literacia em saúde da população. Assim, os enfermeiros são intervenientes de relevo na luta contra o tabagismo, apesar de este ser um problema central de toda a sociedade. Para além do papel de transmissão de conhecimentos que levem à aquisição e manutenção de comportamentos salutareos, a sua imagem como modelos sociais também é basililar. Fortificar o investimento na prevenção do consumo em jovens, no apoio aos fumadores para que deixem de fumar e na promoção da literacia da população quanto aos riscos do consumo e da exposição ao fumo ambiental é fundamental. Para além do pesado impacto na mortalidade, fumar contribui para a incapacidade e retira anos de vida saudável. Assim, pensando em fatores associados com o consumo de tabaco, à fase de transição para a universidade e todas as alterações sociais e culturais que acarreta e porque os estudantes de enfermagem são eles os futuros mentores da educação para a saúde no âmbito da promoção da saúde, resolveu-se realizar uma proposta de intervenção para a promoção da literacia na prevenção do consumo de tabaco em estudantes de enfermagem. O consumo de tabaco no jovem adulto junto com outros comportamentos de risco, nomeadamente o sedentarismo, os maus hábitos alimentares, as horas de sono inadequadas ou o consumo excessivo de álcool, atuam de forma sinérgica e aumentam drasticamente a probabilidade de incidência de doenças crónico-degenerativas. O acesso ao ensino superior, junto com as numerosas mudanças que acontecem entre a fase final da adolescência e a idade adulta, relacionadas com alterações na dinâmica familiar, com a saída de casa, 'longe das regras parentais' e o ambientar a regras diferentes, a procura de maior autonomia, a ansiedade nas adaptações, entre outras, dependentemente da personalidade de cada indivíduo, constituem fatores de mudança, experimentação e aquisição de outros hábitos. Esta fase da vida, com a pressão dos "novos amigos" e a procura da independência, pode colocar o jovem em situação de risco no que se refere ao consumo de substâncias nocivas à saúde. Os jovens vivenciam uma fase de exploração e descobertas, por isso o risco é próprio de muitos dos seus hábitos (Pimentel et al., 2013).

Alguns fatores que predisõem a população mais jovem a este tipo de condutas, contribuindo para a dependência tabágica, e que variam de pessoa para pessoa, tornam ainda mais complexa a abordagem a esta problemática. Tendo em conta a complexidade da problemática do consumo de tabaco nas idades mais novas, surge a necessidade de refletir sobre fatores associados com a iniciação, *...sendo estes de ordem cultural, social, económica e também comportamental...* (Portugal, MS, DGS, 2012). Entre estes fatores, conhecidos por condicionarem as escolhas individuais para comportamentos menos assertivos, inclui-se também a personalidade. Os autores Eysenck & Eysenck (1968) estudaram duas dimensões primárias da personalidade: a extroversão e o neuroticismo. Estes autores consideram que estas dimensões representam a atividade nervosa e identificam a extroversão como um contínuo entre extroversão e introversão e o neuroticismo como um contínuo entre neuroticismo e estabilidade emocional. A personalidade seria enquadrada em quatro dimensões: introversão-extroversão e estabilidade-neuroticismo. A extroversão seria constituída por fatores como a sociabilidade, a assertividade, as emoções positivas, a vivacidade e o nível de atividade. Os traços de personalidade, pelos quais se podem prever e descrever muitos comportamentos individuais e sociais, seriam explicados pelo "lugar" que ocupam em relação a estas quatro dimensões. Estes traços são disposições do individuo capazes de lhe demarcar

uma determinada estabilidade comportamental, que são passíveis de serem medidos, uma vez que se trata de características permanentes. Cada indivíduo possui, desta forma, diversos traços com diferentes graus de influência na sua personalidade. Apesar da variedade de conceitos, a personalidade apresenta-nos a ideia de unidade integrativa da pessoa, com todas as suas características distintas (inteligência, carácter, temperamento, constituição, entre outras) e as suas modalidades ímpares de comportamento. Considerando a diversidade de definições do conceito 'personalidade' subsiste uma certa unanimidade em considerá-la algo estável, único e específico que permite distinguir o indivíduo, conferindo-lhe individualidade (Bessa, 2011).

De acordo com o descrito no Plano Nacional de Saúde (DGS, 2015), a expressão *Políticas Saudáveis* compromete, além do setor da saúde, muitos outros, como a educação, a contribuir para a criação de ambientes de promoção e proteção da saúde e a prevenção e tratamento da doença. Desta forma, a escola deveria ser, sem dúvida, um contexto promotor de saúde, na medida em que esta desempenha um importante papel no processo de informação e de aquisição de estilos de vida. Baseado na evidência dos comportamentos dos estudantes universitários, concluiu-se que há necessidade de cativar e envolver a(s) Universidade(s) em projetos como o da Escola Promotora de Saúde, com a integração da saúde na cultura.

O CONSUMO DE TABACO EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Durante a formação em Enfermagem, os estudantes realizam sessões de educação para a saúde em contexto de ensino clínico/estágio designadamente sobre, a importância de não fumar, como deixar de fumar e as consequências do tabagismo. A evidência demonstra que os profissionais de saúde que fumam enviam uma mensagem ambígua aos clientes, a quem aconselham a cessação do consumo de tabaco (Syhareun et al., 2013). A este respeito Granville-Garcia et al. (2012), referem que *Estudantes de cursos de ciências da saúde merecem uma especial atenção em relação ao tabagismo, uma vez que eles serão modelos de comportamentos de saúde para as comunidades*. As implicações, nos estudantes de enfermagem, remetem ao seu papel como profissionais da área da saúde, capazes de desenvolver ações profiláticas no campo social e da saúde pública e que esses futuros profissionais servirão como modelo para os clientes, tornando maior a sua responsabilidade em evitar o uso de substâncias psicoativas (Silva et al., 2013). No estudo *Avaliação da concentração de monóxido de carbono em estudantes universitários da área da saúde*, os autores mencionam que apesar dos jovens inquiridos serem futuros profissionais da área de saúde e terem que incorporar um importante papel social como formadores de opinião e modelos de comportamento, existe uma percentagem significativa de indivíduos fumadores entre os cursos da área da saúde (Barros et al., 2012).

Não podemos esquecer o facto de estes estudantes serem detentores, de acordo com o seu *curriculum* académico, de um vasto leque de conhecimentos científicos sobre os constituintes do tabaco, os malefícios do tabagismo e o drama das dependências. Não obstante, esses conhecimentos não impedem os jovens em causa de optarem pelo consumo de tabaco. Desta

forma e tratando-se de futuros profissionais de saúde, torna-se imprescindível uma melhoria no “saber” que lhes é transmitido sobre a temática substâncias psicoativas, através da sua inclusão de forma transversal nos currículos e da realização de seminários e *workshops* com a colaboração de diversas áreas do conhecimento. Nos cursos da área de saúde, o tema poderia ser abordado de forma interdisciplinar, nas áreas da saúde pública, saúde mental, pediatria e do adolescente / jovem, com ênfase em aspetos promotores e preventivos (Silva et al., 2012). Outros autores também consideram importante perceber o significado atribuído ao uso de tabaco por profissionais de saúde, referindo que, na formação destes e para melhoria da qualidade da assistência prestada, deveria dar-se relevância aos significados do próprio uso destas substâncias, defendendo que a partir do momento em que a pessoa se reconhece como fumador, ou ex-fumador, a sua perceção sobre as necessidades dos outros consumidores dessa substância são modificadas.

Realizou-se um estudo (Saraiva et al., 2017) com os objetivos de caracterizar o consumo de tabaco em estudantes de enfermagem, identificar variáveis sociodemográficas e académicas que influenciam o consumo de tabaco em estudantes de enfermagem e analisar a influência das variáveis de contexto psicológico no consumo de tabaco em estudantes de enfermagem. A amostra foi de 404 estudantes de enfermagem de escolas públicas de enfermagem da região centro de Portugal, sendo a maioria do sexo feminino (86,1%) com idades compreendidas entre os 18 e os 54 anos (idade média de $23,60 \pm 6,67$ anos); solteiros ou divorciados (88,6%) a residir em zona urbana (58,9%) e a frequentar o 4º ano em enfermagem (28%). Verificou-se que 25,2% dos estudantes fumam, sendo a percentagem superior no género masculino sem significância ($32,1\%$ vs. $24,1\%$; $p=0,201$) com uma idade média de início do consumo aos 16,8 anos (idade mínima de 12 anos e máxima de 23 anos). Constatou-se que uma percentagem inferior de raparigas fuma, contudo iniciam o seu consumo, em média, mais cedo ($16,6 \pm 2,06$ anos vs. $17,6 \pm 2,97$ anos). Quando perguntámos aos estudantes se se consideravam dependentes do tabaco, 58,8% respondeu que ‘não’, sendo 61,1% do género masculino e 58,3% do género feminino. O mesmo estudo concluiu ainda que, quando analisados os resultados do teste de Fagerström para a Dependência da nicotina, 85,0% dos estudantes apresentavam um nível de dependência muito baixo ou baixo, 3,9% um nível médio e 8,8% um nível de dependência elevado. A média de dependência à nicotina é mais elevada no género masculino ($1,944 \pm 2,460$) em relação ao género feminino ($1,392 \pm 3,702$). Nos estudantes que referiram iniciar o consumo de tabaco antes dos 15 anos (44,4%), observou-se um nível de dependência à nicotina mais elevado, e os estudantes que começaram a fumar depois dos 18 anos (47,5%) o nível de dependência era muito baixo. Contudo, não se encontrou associação do nível de dependência à nicotina e o género, a idade, a área de residência, com quem vivem, com o número de irmãos, com o ano de curso e com o IMC. Os maiores níveis de dependência encontram-se em estudantes com idade ≥ 23 anos, mas sem diferenças significativas ($p=0,278$); nos que residiam em zona urbana, mas sem significância ($p=0,427$); nos que habitam sozinhos, seguido dos estudantes que vivem com familiares, mas sem significância estatística ($p=0,596$); os estudantes com maior número de irmão revelaram maiores níveis de dependência e, conseqüentemente, maior consumo de tabaco em relação aos jovens que não têm irmãos ou têm um ou dois, mas sem diferenças ($p=0,957$); em estudantes inscritos no 3º ano do curso sem significância estatística ($p=0,333$) e os estudantes com baixo peso apresentaram menores níveis de dependência em

relação aos estudantes obesos que revelaram níveis de dependência mais elevados, mas as diferenças não eram significativas ($p=0,106$). Por outro lado, o estado civil 'casado/união de facto' (OM=76,00 vs. OM=48,84; $p=0,003$); o estatuto de bolsheiro (estudante não bolsheiro OM=55,68 vs. OM=41,47; $p=0,019$) associaram-se aos níveis mais elevados de dependência à nicotina.

Será que os estudantes associam o seu consumo de tabaco a situações específicas do dia a dia ou apenas a situações de maior ansiedade e/ou *stress*? No estudo anteriormente referido, o estudante não associou o consumo de tabaco por exemplo, quando fala ao telefone (90,2%), em momentos de tristeza (71,6%), quando se encontra a trabalhar (77,5%) e em momentos de maior alegria (86,3%). Por sua vez, associou o consumo de tabaco às situações de consumo de bebidas alcoólicas (55,9%), após as refeições (57,8%), após o consumo de café (65,7%) e em situações de ansiedade/*stress* (72,5%). Os estudantes, com maior percentagem no género feminino, já tentaram deixar de fumar entre uma a três vezes (43,1%), 39,2% mais de três vezes; 91,1% recorreram à consulta de cessação tabágica (74,2% do género feminino e 16,9% do género masculino); 4,5% dos estudantes do género feminino já recorreram a medicamentos para deixar de fumar; 67,6% responderam que não tinham preocupação em ganhar peso ao deixar de fumar, principalmente os homens (83,3%). A maioria dos participantes também referiram que convivem com fumadores em sua casa (54,9%), destes 55,6% são género masculino e 54,8% raparigas.

Os estudantes apresentaram baixos índices de depressão, ansiedade e *stress*, com valores médios inferiores à média esperada. Os rapazes mostraram índices mais elevados de depressão e de ansiedade do que as mulheres, mas menores índices de *stress*, estatisticamente significativo para o *stress* ($p=0,006$); o valor médio mais alto encontrou-se na dimensão *stress* no grupo com idades entre os 21-22 anos ($7,20\pm 4,59$) e o mais baixo na dimensão depressão no grupo com idades ≤ 20 anos ($3,69\pm 4,47$); predominam os afetos positivos com valores médios mais elevados ($30,047\pm 8,208$) do que os afetos negativos ($17,997\pm 6,908$); o género não influencia o bem estar subjetivo; os estudantes mais jovens revelam mais afetos positivos mas também índices mais elevados de afetos negativos; são os estudantes com 23 anos ou mais que apresentam menores índices nos afetos negativos e melhor balanço afetivo.

Na globalidade, os estudantes tendem a ser extrovertidos ($14,128\pm 3,281$) e estáveis ($12,309\pm 3,352$); o género masculino é mais extrovertido e o feminino mais neurótico ($p=0,025$); estudantes com idade <20 anos revelaram-se mais extrovertidos e os estudantes com idade ≥ 23 anos mostram-se mais introvertidos e mais neuróticos. Quanto às variáveis psicológicas e o consumo de tabaco, registou-se que o *stress* ($\beta = 0.29$) e a extroversão ($\beta = -0.23$) são as que apresentam maior peso preditivo e consequentemente se mostraram preditores para o consumo de tabaco; o *stress* apresenta uma significância marginal, variando em sentido direto e a extroversão é significativa e estabelece uma relação inversa o que nos permite afirmar que os estudantes mais introvertidos e com maiores níveis de *stress* são os que consomem mais tabaco.

Outro estudo mais recente realizado com estudantes de escolas públicas do Estado de Goiás (Brasil) mostrou uma percentagem de 33,4% de consumo ocasional em idades entre os 15 e os 17 anos e 6,7% de consumo regular de tabaco (Vargas et al., 2017).

Assim, é preocupante que um quarto dos estudantes de enfermagem seja fumador, quando se trata do maior fator de risco evitável e que mais morbimortalidade provoca entre as populações. E, mais uma vez, também não podemos e não devemos deixar de considerar que estas percentagens são em estudantes de enfermagem, futuros profissionais de saúde com funções essenciais na promoção da saúde e prevenção da doença.

Numa outra investigação, com 798 adolescentes do Uruguai com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos, concluiu-se que 14,5% dos adolescentes começaram a consumir tabaco antes dos 12 anos (Urrutia-Pereira et al., 2017). Mostraram também uma prevalência de tabagismo de 29,3%, o que levou os autores a proporem a implementação de medidas nas escolas de forma a reduzir ou terminar com o consumo de tabaco (Urrutia-Pereira et al., 2017).

Em Buenos Aires, no ano de 2014, realizou-se um estudo com 3172 alunos do ensino secundário (42% género feminino), com uma média de idades de 12,8 anos, onde se pretendia identificar fatores de risco relacionados com o início do consumo em tão tenra idade. Aos 10% que já tinham fumado era associado a “procura de emoções” (OR=4,25; IC 95%: 2,2-8,1) (Morello et al., 2017).

Será que estes estudantes têm conhecimentos suficientes ou já tomaram consciência dos malefícios do tabaco? Por que razão, mesmo sendo futuros profissionais de saúde, com compromissos e motivação necessários para a capacitação e empoderamento dos indivíduos a não fumar ou a deixar de fumar o que está a faltar para que estes jovens ainda sejam fumadores? Provavelmente e pelos resultados da presente investigação, a batalha para aumentar a literacia em saúde sobre o consumo de tabaco deve iniciar-se antes do ensino superior, mas em idades precoces.

No que diz respeito às variáveis de contexto psicológicas, verificamos que o stress e a extroversão são as que apresentam maior peso preditivo e, conseqüentemente, mostraram-se predictoras para o consumo de tabaco; o stress apresenta uma significância marginal variando em sentido direto e a extroversão é significativa e estabelece uma relação inversa o que nos permite afirmar que os estudantes mais introvertidos e com maiores níveis de stress são os que consomem mais tabaco.

Face a estes resultados, torna-se indispensável a consciencialização de todos sobre a necessidade de estratégias de prevenção e controlo do consumo de tabaco nestes estudantes e futuros técnicos de saúde, aumentando a sua literacia em saúde, particularmente a nível

escolar, com modificações nos próprios currículos escolares, programas de sensibilização sobre a temática, celebração de dias temáticos, entre outras.

Seria interessante, para futuras investigações, fazer a relação entre o tabagismo e as saídas à noite no meio universitário, percebendo se há condicionamento e/ou acréscimo e em que grau. Relacionar os resultados deste estudo com os obtidos em estudantes de outras áreas seria também de valor.

Todos reconhecemos o combate ao tabagismo como uma necessidade e uma prioridade de ação, sendo os profissionais de saúde atores primordiais neste processo através do aumento da literacia em saúde e da interferência para estilos de vida saudáveis. Os enfermeiros são nesta área conselheiros, mas também modelos na transmissão de comportamentos saudáveis, tornando-se contraproducente o consumo de substâncias (incluindo o tabaco) neste grupo profissional. Assim, os estudantes de enfermagem, futuros profissionais no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença, serão sempre um alvo interessante para novas investigações e também para projetos efetivos das equipas de educação para a saúde. As intervenções previstas no Plano Nacional de Saúde Escolar incidem sobretudo nos ciclos de estudos anteriores, no entanto, diz-nos que *Todas as crianças e jovens têm direito à saúde e à educação e devem ter a oportunidade de frequentar uma escola que promova a saúde e o bem-estar*, não excluindo ele próprio o ensino superior. Os estudantes de enfermagem, tal como os outros estudantes do ensino superior, têm sido um público um pouco esquecido ou pelo menos negligenciado na educação para a saúde por parte das equipas de saúde com essas funções, particularmente no que diz respeito ao consumo de substâncias psicoativas, onde está incluído o tabaco e a consultas de cessação tabágica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como sugestões ou estratégias para futuras melhorias nesta área para as instituições que formam estes jovens, expomos a aposta na prevenção e na dissuasão do uso do tabaco, a elaboração e implementação de programas de treino para eles e para todos os profissionais de saúde, em técnicas de prevenção e de orientação para a cessação do consumo de tabaco. Seria interessante desenvolver uma consulta deste género só para estudantes do ensino superior feitas pelos pares, ou seja, nas escolas de enfermagem os alunos do ano final teriam como projeto o implementar de uma consulta de cessação tabágica, a ter lugar no gabinete do aluno e com resultados devidamente avaliados pela própria instituição.

02

Estilos de vida em estudantes do ensino superior

*Sofia Campos
Amadeu Gonçalves
Manuela Ferreira
Cátia Magalhães
Ana Paula Cardoso
Raquel Guiné*

A literacia em saúde (LS) tem sido o foco de diferentes políticas em Portugal, embora a investigação nesta área ainda seja escassa (Espanha, et. al. 2016).

Trata-se de uma temática de extrema importância, uma vez que os resultados em saúde, assim como a qualidade dos cuidados prestados, são influenciados não só pelo nível de Literacia em Saúde dos cidadãos, mas também dos profissionais de saúde que os recebem. Constitui um importante fator de manutenção ou melhoria da condição de saúde das populações, podendo ser um importante elemento preditor das desigualdades em saúde, o qual atualmente se encontra pouco explorado (Eichler et.al. 2009). Uma das principais barreiras à promoção da saúde surge quando nem sempre as informações disponíveis encontram indivíduos que as sabem compreender, interpretar e colocar em prática para benefícios próprios e dos que os rodeiam (Vieira, 2020).

A literacia em saúde consiste num termo amplamente utilizado, tendo sido introduzido pela primeira vez na década de 1970 mas apenas na década de 90 surgiram as primeiras definições (World Health Organization, 2009). Em 1998, a (OMS) definiu a literacia em saúde como algo que diz respeito às capacidades sociais e cognitivas que determinam a motivação e habilidade dos indivíduos para receberem, entenderem e utilizarem a informação sobre saúde, de maneira a promoverem e manterem a saúde da população. O Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021 da Direção Geral de Saúde, destaca, na maioria das áreas que define como prioritárias, os profissionais de saúde como meios transversais à concretização dos objetivos para cada uma das áreas. Logo torna-se fundamental entender e aferir os níveis de literacia em saúde dos estudantes do ensino superior de modo a perceber se estes são os desejáveis e esperados contribuindo essencialmente para a promoção da saúde, a qual consiste no processo de permitir que os indivíduos aumentem o controlo e melhorem a saúde (Whitehead, 2004).

O uso da informação disponibilizada depende não só da capacidade de procurar informação sobre saúde, mas também da capacidade de a compreender, surgindo, neste contexto, um novo termo a literacia em saúde funcional. A literacia em saúde funcional traduz a capacidade para ler e interpretar informação escrita e numérica, fornecida de forma oral ou escrita, num contexto real de saúde.

As definições de literacia em saúde remetem maioritariamente para um nível individual, fazendo transparecer que depende apenas da pessoa e não de toda a sociedade que a envolve, surgindo, portanto, a necessidade de definir um novo conceito, a literacia em saúde pública. Assim sendo, a literacia em saúde pública é definida como o grau em que os indivíduos ou grupos obtêm, processam, compreendem, avaliam e agem de acordo com a informação recolhida e que é necessária para tomar decisões de saúde pública em benefício da comunidade.

A literacia em saúde pode ser classificada em 3 níveis: literacia funcional, interativa e crítica em saúde. Esta classificação resultou dos principais estudos de literacia realizados e como vantagem apresenta o fato de sinalizar o impacto que as diferenças nos níveis de competências podem ter nas decisões e ações relacionadas à saúde (Galvão & Castro, 2021). A literacia funcional descreve as competências de nível básico que são suficientes para que os indivíduos obtenham informações relevantes sobre saúde (por exemplo, sobre riscos à saúde e sobre como usar o

sistema de saúde) e para poder aplicar esse conhecimento a uma série de atividades prescritas (Galvão & Castro, 2021). A literacia interativa descreve as competências mais avançadas de literacia que permitem aos indivíduos extrair informações sobre saúde e obter significado de diferentes formas de comunicação; aplicar as novas informações a mudanças nas circunstâncias; e se envolver em interações com outras pessoas para entender as informações disponíveis e tomar decisões (Galvão & Castro, 2021). A literacia crítica descreve as competências mais avançadas em literacia, que podem ser aplicadas para analisar criticamente informações de uma ampla variedade de fontes e informações relacionadas a uma maior variedade de determinantes da saúde, e usar essas informações para exercer maior controle sobre eventos e situações de vida que têm um impacto na saúde (Galvão & Castro, 2021).

A saúde e a doença são partes condicionadas às escolhas individuais que envolvem valores e processos que nem sempre podem ser expressos por conceitos objetivos e mensuráveis, o que implica uma abordagem multi e transdisciplinar, envolvendo outras áreas do conhecimento, obtendo-se, desta forma, uma visão mais global e completa do indivíduo, atenuando, assim, as diferenças e as subjetividades. Há, no entanto, ainda um largo caminho a percorrer, pois, havendo o conhecimento da necessidade de inovar e avançar para outras abordagens que realcem a promoção da saúde (p. ex. educação para a saúde), os factos mostram haver um diferendo entre organização, prestação de cuidados e serviços *versus* a diminuição da prevalência da doença pela promoção de mais e melhor saúde (prevenção primária), uma vez que ainda prevalece uma visão da saúde tradicionalmente biomédica (Backes, et. al. 2009).

A adoção de comportamentos que estão relacionados com a saúde/bem-estar revela-se um processo complexo uma vez que estão em causa crenças, valores e atitudes que são influenciados por diferentes contextos de vida e pela comunidade que os rodeia. Green e Simonds-Morton (1988) apontam três fatores que mais influenciam os comportamentos individuais: Fatores predisponentes relacionados com o indivíduo (valores, crenças, atitudes, motivações); Fatores capacitantes (conhecimento, competência); Fatores de reforço, de natureza contextual (representações sociais, normas de conduta, atitudes grupais).

A promoção da Saúde é um processo que procura capacitar os indivíduos no controlo das diferentes determinantes da saúde e melhorar, assim a qualidade de vida, tendo sido a grande impulsionadora deste conceito a Carta de Ottawa (Mandim, 2007). Neste documento, a promoção da Saúde era definida como um processo com carácter participativo por parte dos indivíduos que ajudaria na procura da adoção de estilos de vida saudáveis e no desenvolvimento das capacidades de agir com e sobre o meio (Mandim, 2007), o que é por si só uma visão holística da Saúde já que considera ser o indivíduo, na sua plenitude, o responsável pela procura da satisfação das suas necessidades e evolução no meio em que está inserido.

A transição e conseqüente processo de adaptação ao ensino superior corresponde a um período crítico, que implica mudanças significativas na vida dos jovens (Araújo, et. al, 2014) aos níveis educativos, ecológicos e desenvolvimentais (Soares, et. al. 2015).

A evidência produzida ao longo das últimas décadas aponta para que a qualidade da adaptação seja considerada uma variável preditora do sucesso académico em todas as suas vertentes (Nogueira et al., 2017), e que envolve, não apenas os aspetos escolares, mas também os sociorrelacionais e psicológicos, tais como o desenvolvimento intelectual, a criação e manutenção de novas relações e vínculos interpessoais e sociais, e o desenvolvimento da identidade e da autonomia (Soares, 2015; van Rooij et al., 2018).

É também referido na literatura que nem todos os estudantes estão capacitados para enfrentar e gerir os desafios com sucesso, na medida em que muitos experienciam níveis elevados de stress, ansiedade e depressão (Araújo & Almeida, 2015; Nogueira et al., 2017).

Ao contrário do que se podia esperar, a reduzida literacia em saúde não é um problema que afeta exclusivamente os idosos, estando, também, intimamente relacionada com os adolescentes. Investigadores puderam constatar que grande parte dos adolescentes não é capaz de ler de forma adequada ao nível de ensino que frequentam. O desenvolvimento da literacia em saúde na população jovem é fundamental uma vez que foi comprovado que as intervenções durante a juventude acarretam melhores resultados numa fase de vida mais tardia.

Numa era cada vez mais digital torna-se imperioso perceber que a procura de informação está a afastar-se cada vez mais das bibliotecas e dos livros, aproximando-se a passos largos da pesquisa de conteúdos, recorrendo à Internet. A pesquisa de informação com este recurso abarca todas as áreas do saber e, no que diz respeito à saúde, surgiu o conceito de e-saúde que traduz o uso de tecnologias de informação emergentes, como a Internet, com o objetivo de obter conhecimentos sobre os mais diversos temas permitindo melhorar os cuidados de saúde.

Frequentar o ensino superior coincide com um período específico do desenvolvimento físico, cognitivo, psicológico e social do indivíduo. Ao mesmo tempo que tem que gerir as alterações típicas dessa fase, como sejam a construção da sua identidade, o estudante enfrenta, ainda, as exigências próprias da vida académica e da vida social que também se vai transformando (Valadas & Gonçalves, 2002).

No que respeita aos estudantes universitários portugueses, um estudo realizado por Michalos (1991) citado por Imaginário (2011) aponta os estudantes portugueses no final de uma lista de 39 países, no que se refere ao bem-estar subjetivo. Em contrapartida, num outro estudo efetuado por Imaginário et al. (2010) com 355 estudantes da Universidade do Algarve, os estudantes apresentavam uma boa satisfação com a vida, predominância de afetos positivos, sendo o bem-estar subjetivo mais elevado entre o sexo masculino e os que frequentavam os últimos anos da sua formação académica.

Coleta e Coleta (2006) concluíram que os alunos com maior bem-estar subjetivo evidenciavam

mais e melhores condutas acadêmicas (rendimento acadêmico, expectativas quanto ao curso, tempo passado na Universidade), demonstrando ainda mais hábitos de leitura, atividades extracurriculares e prática de atividades desportivas. Zheng et. al (2004) encontraram, na sua investigação com alunos do ensino superior, bem-estar subjetivo mais elevado nos estudantes deslocados, mas socialmente integrados na instituição frequentada.

Assim, a educação para a saúde deve preparar o estudante para que, no momento de deixar a escola, seja capaz de cuidar da sua própria saúde e adotar um estilo de vida que o conduza a uma saúde positiva física, mental e social (Precioso, 2004).

Há, no entanto, razões para que os programas de promoção e educação para a saúde devam continuar, com acentuado reforço, nas instituições do Ensino Superior. Em primeiro lugar, para evitar ou prevenir a adoção de comportamentos de risco ou prejudiciais para a saúde (Precioso, 2004) nos estudantes universitários, uma vez que alguns estudantes vão iniciar relações com pessoas com hábitos diferentes e de risco e que poderão ser mimetizados: fumar, beber, consumir drogas, assumir comportamentos sexuais não protegidos. O contacto com estes fatores, que acompanham a socialização dos novos estudantes ao entrar na universidade, têm um forte impacto e fazem-se sentir com maior intensidade naqueles estudantes que saem da esfera de segurança e vigilância do ambiente familiar e estão sujeitos a estas novas influências, podendo dizer-se que esta transição para o novo meio académico universitário funciona, em muitos jovens, como um fator de risco (Precioso, 2004). É importante uma identificação precoce de fatores predisponentes para comportamentos de risco, no sentido de que se poderá intervir preventivamente nos contextos imediatos e mais amplos nos quais os jovens se inserem e alterar estilos de vida prejudiciais. Assim, o nosso estudo procura saber quais as variáveis sociodemográficas e académicas, tais como sexo, idade, estado civil, nacionalidade, ciclo de estudos, desempenho académico, ano curricular e deslocação da residência, que interferem na literacia de determinados comportamentos que levam a estilos de vida nos estudantes do ensino superior no domínio dos comportamentos aditivos.

MATERIAL E MÉTODOS

É um estudo quantitativo, analítico, transversal e descritivo-correlacional, que tem como objetivo perceber como é que as variáveis sociodemográficas interferem nos estilos de vida dos estudantes do ensino superior e na literacia em saúde em relação aos comportamentos aditivos. Foi utilizada uma amostra não probabilística por conveniência de estudantes do ensino superior, composta por 924 indivíduos. Destes, 736 indivíduos (79,7%) são do sexo feminino e os restantes 188 indivíduos (20,3%) do sexo masculino. A escala do questionário foi criada, tendo por base a literatura e a experiência pessoal dos investigadores e aborda a literacia em comportamentos aditivos em estudantes do ensino superior. Inicialmente, a escala tinha 25 itens, e foi submetida a uma apreciação de peritos, tendo ficado reduzida a 15 itens. Foi submetida a uma análise fatorial exploratória e confirmatória, tendo sido elaborado um modelo

final, que ficou constituído por 2 fatores e 9 itens.

Construiu-se um questionário sociodemográfico para caracterizar os participantes cujas questões permitiram recolha de dados relativos à idade; sexo; nacionalidade; estado civil; nacionalidade; deslocação da residência. Constavam, também, questões que permitiram fazer uma caracterização académica dos participantes, tais como; ciclo de estudos, ano curricular; autoavaliação do seu desempenho académico e média de classificação na atualidade e também estilos de vida quanto a alguns comportamentos, nomeadamente comportamentos de consumos. Foram respeitados todos os procedimentos exigidos para preservar o anonimato dos participantes e foi realizado o pedido formal do parecer da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Viseu que deu parecer favorável.

RESULTADOS

A amostra é constituída, maioritariamente, por participantes do sexo feminino, 79,7%, sendo o sexo masculino 20,3% da amostra. Relativamente à nacionalidade, 96% são de nacionalidade portuguesa, e 4,0% são estrangeiros. Entre a nacionalidade e o sexo existem diferenças estatísticas bastante significativas ($\chi^2=9,69$; $p=0,002$), destacando-se a nacionalidade portuguesa. Em relação ao ciclo de estudos, constatamos que cerca de 75% da amostra estão a frequentar o grau de licenciatura, 17,4%, o mestrado, 2,1%, um curso técnico superior profissional, e os restantes 5,5% são participantes de outros ciclos de estudos. Ao analisar os resultados obtidos, relativos ao desempenho académico, constatámos que 60,6% da amostra consideram estar a ter um bom desempenho escolar, cerca de 18,8% consideram estar a ter um desempenho escolar muito bom, 17,7% da amostra consideram estar a ter um desempenho escolar razoável e 1,9% da amostra considera estar a ter um desempenho excelente. Relativamente àqueles que percecionam o seu desempenho escolar como mau, estes representam 0,9% da amostra.

Em relação ao Instrumento aplicado e como já referido, o modelo final ficou constituído por dois fatores, tendo o fator 1 6 itens e o Fator 2, 3 itens. Todas as trajetórias dos itens para os respetivos fatores apresentam saturações superiores a 0,50, significativas e com bons Índices de ajustamento (GFI=.926; CFI= 0,939; CMIN/DF=7.07; RMR=0,084 e sofrível RMSEA=.115).

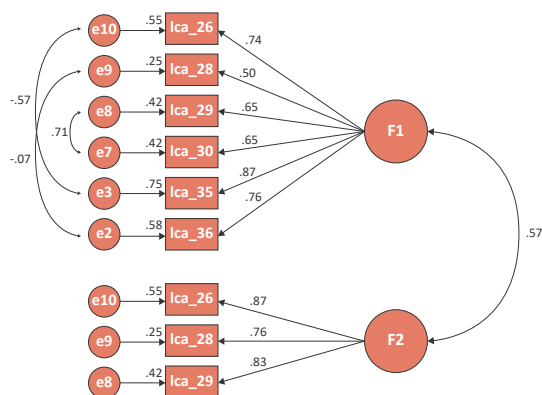


Figura 1– Modelo final da escala de comportamentos aditivos

Quadro 1– Escala de Literacia em Comportamentos Aditivos

FATOR 1	26. ...usar informações para tomar decisões acerca do consumo do tabaco.
	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.
	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....)
FATOR 2	27. ...alterar os hábitos de consumo de tabaco, que afetam a saúde .
	32. alterar os hábitos de consumo de bebidas alcoólicas, que afetam a saúde .
	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.

Em relação à literacia em comportamentos aditivos em função do género, são os estudantes do sexo masculino os que manifestam ligeiramente mais literacia ($M=75,50\pm 19,24$), comparativamente aos do sexo feminino ($M=75,49\pm 19,36$). Os estudantes com uma média mais elevada no fator Compreender e utilização a informação são os mais velhos ($M=82,59\pm 18,87$) e os que manifestam mais literacia no fator Alteração de hábitos de consumo são os que possuem idade compreendida entre os 20-21 anos ($M=64,49\pm 30,93$), com diferenças estatisticamente significativas ($p=0,010$). No fator total, regista-se uma pontuação mais elevada para os estudantes na faixa etária dos 20-21 anos ($M=76,50\pm 19,70$). Os estudantes que se encontram deslocados da sua residência revelam mais literacia no Compreender e utilização da informação ($M=82,49\pm 18,33$) e os que não estão deslocados revelam mais literacia no fator Alteração de hábitos de consumo ($M=62,90\pm 30,82$) e apresentam uma média mais elevada no fator total ($M=75,65\pm 19,99$). Verificaram-se valores de ordenação média mais elevados para os estudantes com um desempenho académico “Excelente”, destacando-se o fator Compreender e utilização a informação ($OM=531,89$). Os estudantes com pontuações mais baixas são os que têm um desempenho académico “Mau”, resultando em diferenças estatisticamente significativas (Compreender e utilização a informação $p=0,028$; Alteração de hábitos de consumo $p=0,011$; fator total $p=0,003$). Os estudantes que nunca fumaram revelam mais literacia no fator Compreender e utilização a informação ($OM=471,18$) e os que

fumam atualmente pontuaram mais no fator Alteração de hábitos de consumo (OM=479,64) e no fator total (OM=474,133). Os estudantes que referem consumir bebidas alcoólicas são os que revelam mais literacia no fator Compreender e utilização a informação (OM=470,34) e no fator total (OM=471,30), sendo os que nunca consumiram bebidas alcoólicas aqueles que pontuaram mais no fator Alteração de Hábitos de Consumo (OM=468,73).

CONCLUSÃO

Constatamos que o desempenho académico e o ano curricular foram as variáveis que tiveram relevância estatisticamente significativa. Foram os estudantes mais velhos que obtiveram uma média mais elevada no fator Compreender e utilizar a informação e os que manifestaram mais literacia no fator Alteração de hábitos de consumo. Os estudantes com pontuações mais baixas são os que têm um desempenho académico “Mau”, resultando em diferenças estatisticamente significativas no fator Compreender e utilizar a informação, na Alteração de hábitos de consumo e no fator total. No estudo de Jeffries, et. al. (2016), constatou-se que os estudantes com mais comportamentos aditivos tinham idades entre os 18 e os 20 anos, o que reforça o pressuposto de que entre estudantes do ensino superior este tipo de comportamento é uma preocupação significativa de saúde, o que requer que se promova mais literacia em saúde, pois, em conformidade com Pedro et al. (2016), nos últimos anos, as evidências têm demonstrado que um nível inadequado de literacia em saúde pode ter implicações importantes nos resultados em saúde, no uso dos serviços de saúde e resultar também em maiores gastos em saúde.

No seu estudo transversal analítico, cujo objetivo consistiu em traduzir e validar para a população portuguesa o European Health Literacy Survey (HLS-EU), aplicado em todo o território nacional, incluindo as regiões autónomas, Pedro et al. (2016) concluíram que, em Portugal, 61% da população inquirida manifestavam um nível de literacia geral em saúde problemático ou inadequado, situando-se a média de outros países em 49,2% (Espanha, Grécia, Holanda, Irlanda, Alemanha, Bulgária, Polónia e Áustria). As autoras, face aos resultados apurados, referem que a literacia em saúde não consiste num “problema individual”, mas num “problema sistémico”, que agrega diversas dimensões e competências, o que requer “a elaboração de estratégias de atuação nestes domínios” (Pedro et al., 2016, p. 272). Como tal, torna-se fundamental, no domínio dos comportamentos aditivos, empoderar os estudantes de mais literacia em saúde.

No nosso estudo, verificou-se também que nenhuma das variáveis contextuais estudadas (consumo de bebidas alcoólicas e hábitos tabágicos) interfere na literacia em comportamentos aditivos nos estudantes do ensino superior. No entanto, verificou-se que os estudantes que nunca fumaram revelam mais literacia no fator Compreender e utilizar a informação e os que fumam atualmente pontuaram mais no fator Alteração de hábitos de consumo e no fator total. Estes resultados poderão ser explicados com o facto de os estudantes que nunca fumaram terem mais literacia em como usar informações para tomar decisões acerca do consumo do tabaco, o que poderá resultar, inclusive, numa relação de causa-efeito, ou seja, tendo mais literacia a

este nível faz com que os mesmos não tenham hábitos tabágicos. Constatou-se também que os estudantes que referem consumir bebidas alcoólicas são os que revelam mais literacia no fator Compreender e utilizar a informação e no fator total, sendo os que nunca consumiram bebidas alcoólicas aqueles que pontuaram mais no fator Alteração de hábitos de consumo, o que poderá sugerir que estes estudantes nunca consumiram bebidas alcoólicas, porque possuem mais conhecimentos sobre o facto de os hábitos de consumo de bebidas alcoólicas afetarem a sua saúde. Os comportamentos aditivos nos estudantes é um dos principais problemas de saúde pública com consequências negativas para a sua saúde e para a sociedade. Assim, a literacia em saúde é essencial para melhorar os comportamentos de saúde. No entanto, Rolo et. al. (2021) referem que as evidências mostram uma problemática na literacia em saúde entre os jovens com comportamentos aditivos. Como tal, sugerem que se aumentem os níveis de literacia em saúde nesta população, como forma de contribuir para melhores resultados de saúde e diminuição do comportamento relacionado ao uso de substâncias de elevado risco e de estilos de vida.

As conclusões sugerem que se aposte mais em sessões de educação para a saúde nas Instituições do Ensino Superior, o que implica um trabalho em equipa multidisciplinar, que inclua enfermeiros, médicos e psicólogos, para que se possa dotar mais os estudantes de literacia ao nível dos estilos de vida, potenciando a maximização da sua saúde em geral. É indispensável que se reconheça a literacia em saúde como um meio promotor da melhoria do estado de saúde dos estudantes. Assim, são emergentes intervenções e esforços, desenvolvidos de forma integrada e coordenada, para se poder promover e capacitar os estudantes do ensino superior em formas de vida mais saudáveis. Essas intervenções não podem ser isoladas nem fragmentadas, devendo envolver toda a comunidade educativa e os profissionais de saúde. Sugerimos Sessões de educação para a saúde nas idades mais precoces; Sessões de educação para a saúde nas instituições de ensino superior; Sensibilização através da disponibilização de informação; Criação de uma equipa multidisciplinar de apoio especializado nas Instituições de ensino Superior.

O nosso estudo apresenta algumas limitações, sendo a mais evidente o facto de se tratar de um estudo transversal, o que não permite generalizar os resultados para amostras mais dilatadas e com as mesmas características. Todavia, salienta-se que as evidências a que se chegaram se assumem como uma mais-valia para a prática profissional em contextos de promoção saúde com estudantes de ensino superior.

03

SEXUALIDADE

03

Educação sexual no 3º ciclo: Um diálogo entre saberes

*Manuela Ferreira
Ana Paula Cardoso
Sofia Campos*

A promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) implica a educação sexual, a que correspondem as aprendizagens específicas acerca das várias dimensões da sexualidade e, mais especificamente, da sexualidade dos adolescentes. Esta educação assume-se como um processo contínuo, ao longo de todo o processo formativo, e abrange várias componentes, nomeadamente, a física, a psicológica, a erótica, a genital, a relação diádica ou a experimentação, entre outras. Neste sentido, ganha toda a relevância a implementação de projetos de intervenção

formativa, que considerem no seu planeamento as três componentes principais defendidas por Pender et al. (2011), a saber: i) “Características individuais e experiências”, que englobam o comportamento anterior, que carece de ser mudado e os fatores pessoais (biológicos, psicológicos e socioculturais); ii) “Conhecimentos e sentimentos sobre o comportamento” que se pretendem alcançar, que compreendem a percepção de benefícios e barreiras para a ação, que são representações mentais, positivas ou negativas, que fortalecem, ou dificultam, a decisão de adotar um comportamento de saúde, a autoeficácia percebida, que se relaciona com as capacidades pessoais de organizar e executar ações, os sentimentos positivos, ou negativos, subjetivos relacionados com o comportamento de saúde, as influências interpessoais, que incluem normas e apoio social e as influências situacionais, relacionadas com o ambiente onde a pessoa está inserida e que podem facilitar, ou impedir, determinados comportamentos de saúde; iii) “Resultado do comportamento”, que equaciona o compromisso com um plano de ação, as exigências imediatas e preferências, que são os comportamentos alternativos sobre o qual as pessoas têm um controlo reduzido, ou um grande controlo, e que permitem concretizar o comportamento de promoção da saúde (Pender et al., 2011; Sakraida, 2004).

Para ser bem-sucedida, a Educação Sexual (ES) deve ter em consideração uma abordagem holística, ou seja, que atenda às dimensões biológica, psicológica, afetiva e social da sexualidade, visto pretender-se promover nos jovens a capacidade de escolha e decisão; sistemática, isto é, não deve resumir-se a atividades pontuais; e pronta, deve iniciar-se quanto mais precocemente possível, visto ser mais difícil alterar comportamentos do que promovê-los (Ramiro et al., 2008). Estes autores defendem, ainda, que um programa de ES deve ser centrado nas necessidades da população-alvo, ou seja, deve ter em atenção a heterogeneidade dos jovens, quer em termos de características e vivências, quer em relação à sua religião, meios socioeconómicos, diferentes graus de maturidade, experiência e orientações sexuais; deve visar a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de atitudes e competências pessoais e sociais; deve ser baseado em teorias e factos científicos e atualizados, isto é, não se pretendem defender teorias pessoais ou crenças religiosas, mas a veiculação de informação rigorosa, resultante de um estudo científico sistemático.

No 3.º ciclo do ensino básico (7.º ao 9.º anos), o enquadramento legislativo prevê a lecionação de diversas temáticas, de forma eficiente, no que concerne à dimensão ética da sexualidade humana: Compreensão da sexualidade como uma das componentes mais sensíveis da pessoa, no contexto de um projeto de vida que integre valores (por exemplo: afetos, ternura, crescimento e maturidade emocional, capacidade de lidar com frustrações, compromissos, abstinência voluntária e uma dimensão ética; Compreensão da fisiologia geral da reprodução humana; Compreensão do ciclo menstrual e ovulatório; Compreensão do uso e acessibilidade dos métodos contraceptivos e, sumariamente, dos seus mecanismos de ação e tolerância (efeitos secundários); Compreensão da epidemiologia das principais IST em Portugal e no mundo (incluindo infeção por VIH/vírus da imunodeficiência humana- HPV2/vírus do papiloma humano - e suas consequências), bem como os métodos de prevenção; Conhecimento sobre como proteger o seu próprio corpo, prevenindo a violência e o abuso físico e sexual e comportamentos sexuais de risco, dizendo não a pressões emocionais e sexuais; Conhecimento das taxas e tendências de maternidade e da paternidade na adolescência e compreensão do

respetivo significado; Conhecimento das taxas e tendências das interrupções voluntárias de gravidez, suas sequelas e respetivo significado; Compreensão da noção de parentalidade no quadro de uma saúde sexual e reprodutiva saudável e responsável; Prevenção dos maus tratos e das aproximações abusivas.

Como se depreende, tendo em conta a legislação, um fator fundamental para a transformação das atuais condições de SSR nos adolescentes é a apropriação de um tipo de conhecimento que questione os atuais padrões sociais e afirme novos modos de convivência e práticas sociais, isto é, um conhecimento que fundamente uma postura crítica e democrática, abordando os aspetos emocionais, culturais e éticos que envolvem o tema em questão. Neste sentido, é fundamental a contribuição das escolas, em parceria com outros agentes educativos, como são os profissionais de saúde, na implementação das dimensões filosófica, histórico-sociológica, psicológica e biológica, num programa educativo que vise a construção de um sentido ético e saudável da sexualidade e da reprodução humana, que possa impulsionar a formação dos adolescentes como cidadãos (Ramiro et al., 2011). Os professores, enquanto atores e formadores em ES, são intervenientes chave para a garantia do sucesso na ação educativa, ao implementarem programas e processos assentes na interdisciplinaridade.

INTERDISCIPLINARIDADE

A interdisciplinaridade pressupõe uma ação que integra várias disciplinas, visando a articulação de diferentes conteúdos didáticos (Pombo, 2003). Esta abordagem procura ir além da comum tradicionalidade, promovendo a colaboração e o trabalho em equipa ao alicerçar dinâmicas educativas mais atrativas no ensino (Lopez & Barbosa, 2019). A mesma visa um trabalho recíproco e interativo (Amorim & Gattás, 2007), ao fomentar a colaboração entre especialistas, através de uma abordagem holística de diferentes disciplinas e metodologias de lecionação (Fazenda, 2015). Paralelamente, a interdisciplinaridade procura a disseminação do conhecimento formal e informal, assumindo-se como uma nova postura face ao ensino (Fazenda, 2011), sendo um agregador de diferentes conhecimentos (Lopez & Barbosa, 2019).

As competências dos docentes que invistam em práticas letivas interdisciplinares passam por um maior envolvimento com os alunos através da aplicação de metodologias de ensino diferenciadas. O que os professores fazem na sala de aula é, “sem margem para dúvida, o principal factor extrínseco ao aluno que determina a sua aprendizagem e o seu sucesso” (Lopes & Silva 2010, p. 7). Ou seja, a disseminação do conhecimento de forma interdisciplinar promove experiências educativas que conjugam a aprendizagem no quotidiano e os saberes didáticos escolares, construindo estratégias educativas flexíveis e adaptadas ao desenvolvimento dos alunos, tendo em vista um objetivo comum sobre diferentes perspetivas. Para Pimenta (2006), só é legítimo falar em interdisciplinaridade, se existir um processo de aproximação de ciências diferentes e uma contaminação de umas pelas outras, podendo até promover o surgimento de uma nova ciência.

No âmbito da ES, o ensino em interdisciplinaridade exige do professor uma atitude que vai além do exposto nos conteúdos da unidade curricular. É necessário ter uma postura ativa e criativa, estimular o interesse no assunto da sexualidade de uma forma geral e utilizar diversas disciplinas como ferramentas para compreender cada dimensão dos conceitos a utilizar. Pressupõe um trabalho de planeamento conjunto de conceitos e quando serão trabalhados na respetiva disciplina. Os conteúdos devem ser convergentes, de modo a proporcionar uma visão multidimensional e integrada. O professor pode não ser especialista na área, embora deva estar devidamente informado sobre a sexualidade humana e possuir competências comunicacionais, ser confiante e estabelecer com os seus alunos uma relação de confiança, facilitadora da abordagem destas temáticas.

Na perspetiva da interdisciplinaridade, o professor não é um mero transmissor de conhecimentos, mas antes um facilitador da construção destes, juntamente com seus alunos; o professor é, por conseguinte, um pesquisador que possibilita aos alunos, também, a prática da investigação. Tomazetti (1998, citado por Azevedo & Andrade, 2007) aponta a problematização como metodologia para a reconstrução de conhecimento, dando condições ao aluno de autonomia na sua aquisição. O professor pesquisador é um agente necessário a uma formação alicerçada na interdisciplinaridade.

A interdisciplinaridade ocorre, preferencialmente, num modelo organizacional assente no trabalho em equipa. Pombo et al. (2006), no livro “Interdisciplinaridade: Antologia”, reúnem um conjunto de textos de importantes autores contemporâneos (Georges Gusdorf, Jean Piaget, John Dewey, Heinz Heckhausen, Trace Jordan, Sally A. Brown, Félix Guattari, Georges Vaideanu, Julio de Zan, Jürgen Mittelstrass e Martin Carrier, Gerhard Frey, Pierre Delattre), que fizeram do tema da interdisciplinaridade objeto de estudo privilegiado. A sua publicação tem como principal propósito contribuir para o esclarecimento teórico do conceito de interdisciplinaridade e conceitos afins, visando o aprofundamento do seu significado, a compreensão do seu valor e limites e um mais profundo entendimento das dificuldades inerentes à sua concretização.

Gusdorf (1990, citado por Pombo et al., 2006), no seu livro intitulado “Conhecimento Interdisciplinar”, oferece uma sinopse, tão rápida quanto sugestiva, do problema da interdisciplinaridade. Através de uma análise, simultaneamente histórica e problematizadora, aponta no sentido da inscrição da interdisciplinaridade num projeto antropológico que reconhece o ser humano como “ponto de reagrupamento de todos os propósitos de investigação nos diversos domínios do saber” (p.11). Por seu lado, Piaget (1972) apresenta o fundamento da interdisciplinaridade na unidade e complexidade do objeto das ciências, que o progresso da investigação tem permitido revelar. Numa aproximação estritamente epistemológica, Piaget mostra de que modo o futuro das ciências experimentais parece advir das relações interdisciplinares. Já Dewey (1963), para além de permitir compreender a articulação entre interdisciplinaridade e unidade da ciência, fornece elementos preciosos para a discussão da importância cultural, social e política da prática interdisciplinar, tanto a nível da investigação como do ensino das ciências.

Vaideanu (1987, citado por Pombo et al., 2006), faz uma análise da importância da interdisciplinaridade na resposta aos grandes desafios dos dias de hoje. Este autor prevê a articulação da interdisciplinaridade com outras tendências pedagógicas pertinentes na atualidade e aponta para três diferentes níveis, ou pontos de partida, para a implementação de modelos interdisciplinares de ensino: i) o nível institucional da reorganização e integração dos conteúdos de ensino no quadro de uma reforma educativa; ii) o nível pedagógico, correspondente à atividade docente dos professores, que, com o objetivo de melhorar a qualidade do seu ensino, têm vindo a desenvolver, até agora de forma espontânea, mas que pode ser apoiada e incentivada, diversos tipos de experiências de coordenação e integração disciplinar; e iii) o nível das realizações não formais da escola, isto é, pelo incentivo às atividades extraescolares suscetíveis de desempenhar um papel importante na articulação dos conhecimentos e informações recolhidas pelos alunos na escola e na comunidade. Para Vaideanu (1987, citado por Pombo et al., 2006), a interdisciplinaridade não anula a disciplinaridade ou a especificidade; o que faz é derrubar as barreiras entre disciplinas e evidenciar a complexidade, a globalidade e o carácter fortemente imbricado da maioria dos problemas concretos a resolver. Isto é, dá uma visão mais clara da unidade do mundo, da vida e das ciências.

De uma forma mais sistematizada, Jordan (1989, citado por Pombo et al., 2006) faz uma abordagem ao ensino interdisciplinar das ciências, identificando possíveis benefícios cognitivos de um curso interdisciplinar bem concebido. Por um lado, o ensino em interdisciplinaridade promove uma perceção holística das questões científicas e uma correspondente flexibilidade metodológica para as analisar. Por outro lado, contribui para desfazer a perceção generalizada dos estudantes, segundo a qual existem barreiras intransponíveis entre as disciplinas. O autor salienta também o predomínio da estrutura conceptual sobre o conhecimento factual, desse modo passando a ser privilegiada a questão das estruturas temáticas subjacentes. Um ensino interdisciplinar ajudará o aluno a integrar conceitos, contrastar diferentes técnicas e metodologias, resultando isto numa melhor preparação para um conjunto flexível de conteúdos para uso futuro. Finalmente, a interação social entre estudantes é maior quando estes estão envolvidos em processos de aquisição de conhecimentos com organização cooperativa própria de cursos ministrados em contexto interdisciplinar.

Reportando-se à perspectiva de Zan (1978, citado por Pombo et al., 2006), os autores referem que a interdisciplinaridade passa pelo reconhecimento do pluralismo metodológico e pela reabilitação da filosofia enquanto exigência, que surge no seio da ciência contemporânea. Partindo também de uma reflexão sobre o fenómeno da "atomização" disciplinar, Jürgen Mittelstrass e Martin Carrier oferecem uma perspectiva alargada do problema da interdisciplinaridade nas suas relações ao tema recorrente da unidade da ciência. No que concerne aos projetos de unidade da ciência, formulados no quadro do empirismo lógico (unidade da linguagem e unidade das leis científicas), os autores adotam uma posição globalmente crítica, discutindo os seus limites, fundamentos reducionistas e estratégias argumentativas; de forma oposta, seja em relação à unidade do método, seja à unidade prática e operacional da ciência, constata-se um esforço de apresentação de argumentos tendentes à sua sustentação.

Quanto ao texto de Gerhard (1973), este remete, diretamente, para o nível linguístico e comunicativo do problema da interdisciplinaridade (Pombo et al., 2006). Os autores mostram como é a linguagem natural e reportam-se às inesgotáveis capacidades cognitivas que é necessário recorrer sempre que se procura estabelecer algum acordo entre falantes de uma mesma língua. Porém, no que respeita ao problema das discussões interdisciplinares, a exploração das virtualidades da linguagem natural não é suficiente, uma vez que cada disciplina científica desenvolve a sua linguagem própria relativa à esfera de objetos que constitui o seu domínio de estudo e investigação. Assim sendo, não é possível reduzir o problema das discussões interdisciplinares a um problema de tradução. Teoricamente, só a unificação das diferentes linguagens científicas ou a identificação metafísica dos objetos das diversas ciências poderá permitir o entendimento interdisciplinar.

Neste seguimento, Delattre (1981) estabelece a ponte entre a questão da interdisciplinaridade e a teoria dos sistemas, partindo de uma colocação abstrata do problema da interdisciplinaridade em termos de teoria dos sistemas. Na ótica deste autor, tal como é mencionado por Pombo e colaboradores (Pombo et al., 2006), a interdisciplinaridade exige dos seus praticantes espírito de síntese, apetite enciclopédico, radicalidade, curiosidade universal, antidogmatismo, "arrojo para renunciar ao conforto das disciplinas especializadas", caminho para reconhecer a unidade do saber. A interdisciplinaridade é um meio para atingir um fim, ou seja, é uma estratégia de ensino-aprendizagem que pretende ser uma mais-valia nas aprendizagens dos alunos e que necessita de muita preparação e planificação para que seja feita com intencionalidade pedagógica.

O conceito de interdisciplinaridade não reúne consenso, como foi referido, não se conseguindo delimitar a fronteira exata a partir da qual uma determinada experiência de ensino pode ser dita interdisciplinar e não multidisciplinar, pluridisciplinar ou transdisciplinar. Mesmo na literatura especializada, não aparece uma definição unívoca do conceito de interdisciplinaridade. Por exemplo, Jean Luc Marion (1978, citado por Pombo et al., 1993) e Vaideanu (1987) definem a interdisciplinaridade como a cooperação de várias disciplinas no exame de um mesmo objeto. Por seu turno, para Piaget (1972, citado por Pombo et al., 1993), a interdisciplinaridade aparece como intercâmbio mútuo e integração recíproca entre várias disciplinas, tendo como resultado um enriquecimento recíproco. Palmade (1979, citado por Pombo et al., 1993) vai mais longe, propondo que por interdisciplinaridade se entende a integração interna e conceptual que rompe a estrutura de cada disciplina para construir uma axiomática nova e comum a todas elas, com o propósito de dar uma visão unitária de um sector do saber. Resweber (1981, citado por Pombo et al., 1993) afirma que a interdisciplinaridade ultrapassa a pluridisciplinaridade, porque vai mais longe na análise e confrontação das conclusões, porque procura a elaboração de uma síntese a nível dos métodos, leis e aplicações, porque preconiza um regresso ao fundamento da disciplina, porque revela de que modo a identidade do objeto de estudo se complexifica através dos métodos das várias disciplinas e explicita a sua problematicidade e mútua relatividade. Na mesma ordem de ideias, Piaget (1972, citado por Pombo et al., 1993) considera que à etapa das relações interdisciplinares sucede-se uma etapa superior que seria a transdisciplinaridade, a qual não só atingiria as interações ou reciprocidades entre investigações especializadas, mas também situaria estas relações no interior de um sistema total, sem fronteiras estáveis entre disciplinas.

O trabalho interdisciplinar não se constrói facilmente; requer um crescente aumento da quantidade e qualidade das colaborações entre áreas disciplinares, vontade de superação de obstáculos, como as diferenças entre conceitos e linguagens próprias, métodos e objetos de estudo.

Após definir as áreas disciplinares e conteúdos a lecionar por cada uma, todas as etapas de trabalho devem ser programadas, conjuntamente, em reunião de conselho de turma. Assim, é preciso traçar o caminho para cada disciplina: i) como cada matéria abordará o tema, em que ponto do programa e quantas aulas serão necessárias para isso, como se dará a integração entre cada disciplina; ii) definir expectativas de aprendizagem: quais os objetivos gerais e específicos de cada disciplina em relação à educação sexual e qual o resultado esperado; iii) sequenciar as atividades no cronograma do período; iv) propor metodologias de avaliação de conhecimentos dos alunos e da própria estratégia utilizada de modo a fornecer dados à instituição de ensino sobre os resultados alcançados.

Neste processo interdisciplinar não é suficiente a mera troca de informações entre as diversas disciplinas; é, sobretudo, preciso que haja comunicação entre elas, para promover aprendizagens em cada uma. Numa perspetiva integradora, a linguagem comum deve associar-se à comunicação entre as disciplinas. Esta perspetiva é crucial para que os docentes, através de um processo de construção coletiva, desenvolvam boas práticas interdisciplinares, em que a participação das diversas áreas do saber, com as suas peculiaridades, seja capaz de produzir aprendizagens significativas.

Durante a implementação das atividades, a interação entre os professores deve ser permanente, a fim de garantir a efetividade nos resultados. Por fim, é importante colher *feedbacks*, tanto dos próprios alunos, quanto da observação de cada professor em relação aos conteúdos ministrados. A partir das avaliações dos resultados, a escola pode pensar em introduzir melhorias para estratégias futuras.

As inúmeras e complexas transformações que acontecem na adolescência tornam os jovens singularmente vulneráveis, o que pressupõe a imprescindibilidade de se investir na sua educação para a saúde, promovendo comportamentos protetores face aos riscos, principalmente no que se refere à sexualidade (Cardoso et al., 2010). A promoção da SSR dos adolescentes assume-se como um importante contributo para a sua formação pessoal e social, tendo esta vindo a ganhar protagonismo nos setores da Educação e da Saúde, resultando na crescente sensibilização para a relevância da educação sexual como meio de promover a saúde a nível das escolas, através de intervenções formativas (Cardoso et al., 2010).

Ao trabalharmos a educação sexual em contexto escolar numa perspetiva de interdisciplinaridade, propomos um projeto que engloba as diferentes áreas curriculares do plano de estudos aprovado para o 3º ciclo do ensino básico e os conteúdos previstos para a

educação para a sexualidade neste ciclo de estudos (Figura 1).

A carga horária dedicada à educação sexual é adaptada a cada nível de ensino e a cada turma.

De acordo com os limites definidos no artigo 5.º da Lei n.º 60/2009, de 6 de agosto, a carga horária não pode ser inferior a doze horas para o 3.º ciclo do ensino básico, distribuídas de forma equilibrada pelos diversos períodos do ano letivo.

No que diz respeito às modalidades de aplicação, no ensino básico, a educação sexual deve integrar-se no âmbito da educação para a saúde, nas áreas curriculares não disciplinares, enquanto, no ensino secundário, essa integração deverá ser nas áreas curriculares disciplinares e não disciplinares. Os agrupamentos de escolas e as escolas não agrupadas que possuam 2º e 3º ciclos do ensino básico e ensino secundário devem disponibilizar aos alunos um gabinete de informação e apoio, no âmbito da educação para a saúde e educação sexual, que deverá ser assegurado por profissionais com formação nesta área. Este gabinete deverá funcionar em articulação com as unidades de saúde da comunidade local e funcionar pelo menos uma manhã ou uma tarde por semana. É também referido que os termos em que se deve concretizar a inclusão da educação sexual nos projetos educativos dos agrupamentos de escolas e das escolas não agrupadas serão definidos pelo respetivo conselho pedagógico e dependem do conselho geral (Lei n.º 60/2009, de 6 de agosto).

A nossa proposta, como já referimos, é a lecionação em contexto interdisciplinar. Integrar conteúdos não significa desenvolver práticas interdisciplinares. É necessária uma integração de conceitos, procedimentos e metodologias entre os docentes das várias disciplinas envolvidas. Neste sentido, é preciso que o professor desenvolva cada vez mais uma visão interdisciplinar que pressupõe atitude e postura de abertura diante de uma nova maneira de pensar a educação. É preciso que o professor reaprenda a ser professor, que reelabore a sua consciência e a sua visão do mundo, na busca de uma visão ampla e abrangente da educação (Lopes & Silva, 2010). Fazenda (2015) lembra que a interdisciplinaridade decorre mais do encontro entre indivíduos do que entre disciplinas. Daí, também, a necessidade de um trabalho colaborativo entre os docentes para que este tipo de metodologia seja concretizado eficazmente. Segundo Santomé (1998, citado por Augusto & Caldeira 2007, p.146), “um corpo docente que pesquise e trabalhe em equipe é algo consubstancial a esse modelo de currículo.” O mesmo autor, afirma que a interdisciplinaridade é um objetivo nunca completamente alcançado e, por isso, deve ser permanentemente procurado.

A natureza das disciplinas a englobar deve ser analisada, bem como o tipo de conteúdos programáticos que se pretendem lecionar, numa perspetiva de interdisciplinaridade. O sucesso associa-se à diversidade das disciplinas incluídas no projeto e à sua natureza.

EDUCAÇÃO SEXUAL

Parece ser hoje inequívoca a importância de programas e projetos no âmbito da educação sexual em contexto escolar dirigidos a alunos e professores. A sensibilização para as questões que envolvem as várias dimensões da sexualidade pode criar espaços privilegiados de informação sobre o corpo, as relações interpessoais, os afetos, mas também a contraceção, as infeções sexualmente transmissíveis e as competências emocionais.

A educação sexual nas escolas é uma necessidade e um direito das crianças, dos jovens e das famílias, previstos na legislação portuguesa desde 1984. A abordagem pedagógica das temáticas da sexualidade, numa lógica de interdisciplinaridade, assenta em pressupostos que podem favorecer uma mudança significativa dos níveis de literacia dos alunos neste âmbito, uma vez que a implementação eficaz da Educação Sexual em contexto escolar depende de um conjunto de fatores, nomeadamente a revisão dos currículos de formação de professores, com especial atenção para a literacia em saúde onde a Educação para Sexualidade se enquadra. A interdisciplinaridade implica, portanto, alguma reorganização do processo de ensino-aprendizagem e pressupõe um trabalho continuado de cooperação dos professores envolvidos, com formação adequada, disponíveis e interessados e políticas escolares que promovam a interdisciplinaridade como estratégia para lecionação destes conteúdos.

Criar uma situação de interdisciplinaridade implica humildade, partilha e trabalho conjunto dos professores. A prática interdisciplinar introduz um fator de mudança na pedagogia tradicional, incitando os docentes a desenvolverem o seu trabalho focalizado no aluno. Melhora as relações entre os professores, entre os alunos e entre os professores e alunos.

Os professores alegam formação insuficiente na área da sexualidade, alguma insegurança pessoal e receio de serem incompreendidos pelos próprios colegas e famílias dos alunos. Também, a este nível, a interdisciplinaridade proporciona o desenvolvimento destes conteúdos em parceria, podendo ainda ser envolvidos os restantes atores do processo educativo: pais/família, profissionais de saúde, grupos de pares, instituições de apoio aos jovens (Instituto Português da Juventude, Sexualidade em linha), meios de comunicação social. Um professor não terá de ser um especialista em Educação Sexual, mas um profissional informado sobre Sexualidade humana e que, ao mesmo tempo, tenha a capacidade de refletir sobre ela, com competências sociais e emocionais que lhe permitam um relacionamento de respeito e confiança com os seus alunos.

A educação para a sexualidade numa perspetiva de interdisciplinaridade deve contribuir para o desenvolvimento integral dos alunos, para o desenvolvimento do pensamento crítico, do poder decidir, por si mesmo, como agir nas diferentes circunstâncias da vida. O trabalho didático tem, por isso, de ser renovado, dando ênfase a novos recursos e instrumentos de ensino. É necessário ter mais rigor na planificação, definição de metas, seleção de conteúdos

programáticos e de materiais didáticos, de modo a que se possa garantir sucesso do processo de ensino-aprendizagem neste contexto.

A ação educativa interdisciplinar é, pois, compreendida como uma ação formativa especializada, que visa a concretização das aprendizagens. Trata-se de encontrar a melhor forma e os recursos mais eficazes para facilitar aos alunos a apropriação efetiva dos conhecimentos, capacidades e atitudes, promotores da sua saúde sexual e reprodutiva, contribuindo também para o desenvolvimento de competências previstas no Perfil dos Alunos ao longo da escolaridade obrigatória.

Pretende-se que as reflexões desenvolvidas neste documento sirvam de guia aos professores no cumprimento do desiderato da educação sexual em contexto escolar. Professores mais capacitados neste âmbito contribuem para que os adolescentes possam adquirir conhecimentos que suportem comportamentos responsáveis e que lhes permitam ultrapassar, com confiança e sucesso, as dificuldades com que se possam deparar na vivência da sexualidade.



Figura 1 – Interdisciplinaridade da Educação para a Sexualidade

Fonte: Elaboração da autora (2021)

Para a concretização dos objetivos propostos, pode o conselho de turma sugerir atividades extracurriculares com abordagem de uma temática específica por um especialista (externo

à escola ou professor de uma disciplina da escola, mas que não integra o currículo relativo ao ano em que esta experiência está a ser realizada). Trabalhar a educação para a sexualidade com contributos de disciplinas aparentemente muito distantes pode revelar-se uma experiência extremamente rica e eficaz, com abordagem dos conteúdos de forma convergente. A combinação das diferentes perspetivas permite o esclarecimento completo e harmonioso das dúvidas dos alunos aumentando significativamente os seus níveis de literacia neste âmbito. Bons níveis de literacia em sexualidade constituem um determinante em saúde e permitem ao adolescente fazer escolhas e tomar decisões assumindo comportamentos promotores da sua saúde.

A literacia envolve um processo de aprendizagem que capacita o indivíduo ao longo do ciclo vital para alcançar os seus objetivos e para desenvolver o seu potencial, na procura, na compreensão e na utilização do conhecimento, influenciando o seu estado de saúde. Intervir melhorando os níveis de literacia sexual é um imperativo moral e ético fundamental para o futuro saudável das atuais gerações de meninos e meninas, jovens e adultos (Brás & Anes, 2021).

A promoção da saúde sexual na escola na perspetiva de interdisciplinar assenta numa encruzilhada de conhecimentos e contribui para o desenvolvimento sereno das crianças/jovens. A escola é o espaço onde os jovens passam a maior parte do seu tempo, certamente o espaço onde surgem os primeiros estímulos amorosos, estando os adolescentes sedentos de informação.

A interdisciplinaridade facilita o conhecimento da sexualidade humana em todos os domínios: biológico, psicoafetivo e social, promovendo o desenvolvimento de competências afetivas e sociais. A literacia afetiva-sexual deve ser entendida como um direito dos jovens a poderem fazer as suas escolhas informadas e a sentirem-se preparados para vivenciarem a sua sexualidade de forma responsável, saudável e feliz. A educação para a sexualidade está intimamente associada à educação para os afetos e para a sexualidade e ambas não deixam de ser educação para a saúde, devendo procurar ter em conta os conhecimentos, histórias de vida, as atitudes, os valores e crenças e os comportamentos, dos alunos a que se destina.

Numa análise crítica dos conteúdos previstos para a educação sexual no 3.º ciclo do ensino básico (Lei n.º 60/2009, de 6 de agosto e Portaria 196-A/2010, de 4 de abril), propomos uma abordagem pedagógica, sistemática dos temas num contexto curricular e numa lógica de interdisciplinaridade. Privilegiamos o espaço turma e as diferentes necessidades dos jovens do 9º ano de escolaridade, pois há evidência do benefício do acesso a programas de educação sexual formal programada, de acordo com um currículo específico, sequencial e interdisciplinar.

A articulação entre os diferentes agentes educativos é também promotora de melhores níveis de literacia (Ramiro & Matos, 2008).

A sexualidade está presente no dia a dia de cada aluno e, por isso, a sua abordagem não pode

estar confinada a uma “disciplina” DGS (Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, DGS, 2017). Terá de envolver a escola como um todo e implementar modelos educativos que promovam os valores e os direitos sexuais, sobre os quais os jovens possam desenvolver a sua própria identidade e o respeito para com os outros.

A opção pela via curricular, com o desenvolvimento da educação sexual no interior do currículo escolar existente para as diferentes disciplinas, tem subjacente conceitos e conteúdos a desenvolver no programa da disciplina (Tabela 1). Cada disciplina oferece, por assim dizer, um enquadramento teórico, conceptual e problemático, para que, no seu interior, as temáticas da educação sexual sejam abordadas. Os conteúdos desenvolvem-se no espaço tradicional da sala de aula e têm por base os conteúdos programáticos das disciplinas curriculares envolvidas. Podemos dizer que ao programa tradicional é proposta a integração de uma pequena unidade didática ou tópico. A experiência pode ter a duração mínima de um tempo letivo por disciplina e estender-se a um período, ou todo o ano de escolaridade.

As diferentes disciplinas conjugam-se no desenvolvimento das múltiplas atividades para abordar os fatores protetores e de risco, numa lógica de intervenções continuadas no tempo, tendo em conta que os programas de sucesso apresentam, pelo menos, 12 a 20 sessões (United Nations Educational Scientific and Cultural Organization [UNESCO], 2010).

Em cada contexto, os professores poderão selecionar quais os conteúdos a abordar, bem como os momentos e métodos para o fazer. Para um mesmo objetivo, adequada às diferentes disciplinas e às competências previsivelmente já desenvolvidas pelos alunos ao nível do 1º e 2º ciclos, propomos que, por exemplo na disciplina de Ciências Naturais no capítulo referente aos conteúdos “Transmissão de Vida” sejam tratados os temas referentes ao funcionamento do sistema reprodutor humano e a contraceção (Tabela 1). Na disciplina de matemática e no âmbito das probabilidades, poderão ser abordados a determinação do período fértil, taxas de gravidez adolescente, prevalência de doenças sexualmente transmissíveis, entre outros. Nas Línguas estrangeiras, textos sobre relações abusivas, gravidez adolescente. Para a disciplina de educação visual, propomos o tema corpo sexuado e para a disciplina de história, a evolução histórica da contraceção e questões de género.

Tabela 1 – Distribuição dos Conteúdos Programáticos por Disciplina

DISCIPLINA	CAPÍTULO	CONTEÚDO DE EDUCAÇÃO SEXUAL
Ciências Naturais	Transmissão da vida	Funcionamento do sistema reprodutor humano Importância do conhecimento genético Métodos contraceptivos
Inglês	Doenças e acidentes	Gravidez adolescente: porque os acidentes acontecem

Geografia	Contraste de desenvolvimento Dimensões da qualidade de vida	Cultura da qualidade de vida Fecundidade Adolescência
História	Processo de globalização e integração na comunidade europeia	Evolução histórica da contraceção Natalidade Questões e género O papel da mulher na sociedade
Matemática	Probabilidade: comparação de probabilidades de diferentes acontecimentos compostos	Período fértil Prevalência de doenças sexualmente transmissíveis Taxa de Gravidez indesejada Taxa de Gravidez adolescente
Educação Física	Identificar os fatores associados a um estilo de vida saudável	Higiene corporal Sexualidade: Afetos, namoro, proteção do corpo contra diferentes tipos de violência
Francês	Discriminação e violência	Violência no namoro e violência de género Aproximações abusivas
Português	Textos argumentativos Crítica Carta	Afetividade Amizade Amor
Educação Visual	Códigos de comunicação visual	O corpo sexuado
Físico-química	Ligações químicas	Mecanismos de ação da contraceção

Fonte: Realização da autora (2021)

Estes foram apenas alguns dos variados exemplos existentes na forma de lecionar em interdisciplinaridade. Como foi sugerido, é importante estar atento às especificidades de cada turma, ao seu contexto sociocultural, para que as respostas formativas vão ao encontro das necessidades específicas de cada um dos alunos. Os docentes consideram importante a existência de formação, quer ao nível do conhecimento substantivo das temáticas, quer no que concerne às técnicas de dinâmicas de grupos preferenciais para o tratamento destes assuntos. Poderão surgir problemas epistemológicos, organizativos, metodológicos e pedagógicos em consequência do número de disciplinas envolvidas. Se é verdade que cada disciplina tem a sua especificidade, consequentemente, a sua didática, também é verdade que existem maiores afinidades entre algumas disciplinas, por exemplo, as que utilizam mais os contextos laboratoriais, como é o caso da Física da Química e da Biologia. Contudo, não é a proximidade epistemológica das disciplinas a incluir que determina o valor, o interesse e a riqueza dos resultados (Pombo et

al., 1993). Estamos convictos de que outras estruturas e conteúdos poderiam ser apresentados, pois o tema proposto é muito extenso e com possibilidade de ter vários tipos de abordagem. A proposta inicial para lecionação de forma interdisciplinar pode partir do conselho pedagógico, de um grupo disciplinar, de um grupo de professores, ou de um professor; contudo, requer empenho, motivação e reconhecimento por parte do professor dos ganhos educativos com a sua implementação.

Parece ser hoje inequívoca a importância de programas e projetos no âmbito da educação sexual em contexto escolar dirigidos a alunos e professores. A sensibilização para as questões que envolvem as várias dimensões da sexualidade pode criar espaços privilegiados de informação sobre o corpo, as relações interpessoais, os afetos, mas também a contraceção, as infeções sexualmente transmissíveis e as competências emocionais.

CONCLUSÃO

A educação sexual nas escolas é uma necessidade e um direito das crianças, dos jovens e das famílias, previstos na legislação portuguesa desde 1984. A abordagem pedagógica das temáticas da sexualidade, numa lógica de interdisciplinaridade, assenta em pressupostos que podem favorecer uma mudança significativa dos níveis de literacia dos alunos neste âmbito, uma vez que a implementação eficaz da Educação Sexual em contexto escolar depende de um conjunto de fatores, nomeadamente a revisão dos currículos de formação de professores, com especial atenção para a literacia em saúde onde a Educação para Sexualidade se enquadra. A interdisciplinaridade implica, portanto, alguma reorganização do processo de ensino-aprendizagem e pressupõe um trabalho continuado de cooperação dos professores envolvidos, com formação adequada, disponíveis e interessados e políticas escolares que promovam a interdisciplinaridade como estratégia para lecionação destes conteúdos.

Criar uma situação de interdisciplinaridade implica humildade, partilha e trabalho conjunto dos professores. A prática interdisciplinar introduz um fator de mudança na pedagogia tradicional, incitando os docentes a desenvolverem o seu trabalho focalizado no aluno. Melhora as relações entre os professores, entre os alunos e entre os professores e alunos.

Os professores alegam formação insuficiente na área da sexualidade, alguma insegurança pessoal e receio de serem incompreendidos pelos próprios colegas e famílias dos alunos. Também, a este nível, a interdisciplinaridade proporciona o desenvolvimento destes conteúdos em parceria, podendo ainda ser envolvidos os restantes atores do processo educativo: pais/família, profissionais de saúde, grupos de pares, instituições de apoio aos jovens (Instituto Português da Juventude, Sexualidade em linha), meios de comunicação social. Um professor não terá de ser um especialista em Educação Sexual, mas um profissional informado sobre Sexualidade humana e que, ao mesmo tempo, tenha a capacidade de refletir sobre ela, com

competências sociais e emocionais que lhe permitam um relacionamento de respeito e confiança com os seus alunos.

A educação para a sexualidade numa perspectiva de interdisciplinaridade deve contribuir para o desenvolvimento integral dos alunos, para o desenvolvimento do pensamento crítico, do poder decidir, por si mesmo, como agir nas diferentes circunstâncias da vida. O trabalho didático tem, por isso, de ser renovado, dando ênfase a novos recursos e instrumentos de ensino. É necessário ter mais rigor na planificação, definição de metas, seleção de conteúdos programáticos e de materiais didáticos, de modo a que se possa garantir sucesso do processo de ensino-aprendizagem neste contexto.

A ação educativa interdisciplinar é, pois, compreendida como uma ação formativa especializada, que visa a concretização das aprendizagens. Trata-se de encontrar a melhor forma e os recursos mais eficazes para facilitar aos alunos a apropriação efetiva dos conhecimentos, capacidades e atitudes, promotores da sua saúde sexual e reprodutiva, contribuindo também para o desenvolvimento de competências previstas no Perfil dos Alunos ao longo da escolaridade obrigatória.

Pretende-se que as reflexões desenvolvidas neste documento sirvam de guia aos professores no cumprimento do desiderato da educação sexual em contexto escolar. Professores mais capacitados neste âmbito contribuem para que os adolescentes possam adquirir conhecimentos que suportem comportamentos responsáveis e que lhes permitam ultrapassar, com confiança e sucesso, as dificuldades com que se possam deparar na vivência da sexualidade.

03

Promover a saúde sexual e reprodutiva de jovens do ensino superior: Estratégias educacionais e organizacionais

*Maria José Santos
Elisabete Ferreira
Manuela Ferreira*

Os jovens adultos, nos quais se incluem os estudantes do ensino superior, têm sido considerados a nível mundial como um grupo particularmente vulnerável, e por isso prioritário, nas intervenções relacionadas com a saúde pública (SSR) (Santos et al., 2018; Weinstock et al., 2021). As medidas que facilitam acesso dos jovens à saúde sexual e reprodutiva podem diminuir a gravidez não desejada, as taxas de interrupção voluntária da gravidez, a transmissão de infeções sexualmente transmissíveis (ISTs), e prevenir atos de violência sexual (Kann et al., 2018; United Nations, United Nations Human Rights Office of the High Commissioner [United Nations, UNHROHC], 2021; Basile et al., 2020).

As ISTs são um problema de saúde pública e a sua prevenção configura-se como um dos objetivos de desenvolvimento sustentável, proposto pela Organização das Nações Unidas (ONU), para garantir o acesso universal à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos. Embora os jovens entre 15 e 24 anos representem apenas 27% da população sexualmente ativa, são responsáveis anualmente por 50% dos 20 milhões de novas ISTs nos EUA (Center of Disease Control and Prevention, 2018). Em 2020, mais de metade (53%) dos casos notificados de ISTs ocorreram entre adolescentes e jovens adultos entre os 15 a 24 anos (61% por clamídia, 42% por gonorreia e 22% por sífilis), (Keller, 2020). Embora os dados epidemiológicos em Portugal não estejam sistematizados, os dados avançados pelo Center of Diseases Control and Prevention (CDC) devem ser olhados com alguma preocupação, pelas consequências associadas a estas infeções a curto e a longo prazo, dado o seu carácter assintomático (Weinstock et al., 2021). As ISTs não tratadas podem ter consequências graves para a saúde reprodutiva, nomeadamente a dor pélvica crónica, infertilidade, o aborto espontâneo ou morte do recém-nascido e aumento do risco de infeção por HIV, cancro genital e oral, assim como consequências a nível neurológico e reumatológico (Keller, 2020).

Nos jovens adultos estes riscos para a SSR estão relacionados com fatores individuais e contextuais, sobretudo, com a utilização inconsistente do preservativo, agravada pelo consumo de álcool e drogas associado a relações sexuais e parceiros ocasionais, comportamentos comuns entre os jovens, sobretudo em contextos de diversão noturna e festas académicas (Garcia et al., 2019; Kilwein et al., 2018; Khadr et al., 2016; Santos et al., 2019; Valentin et al., 2021; Wesche et al., 2021). A vulnerabilidade dos jovens nas questões de SSR relaciona-se também com a idade precoce das primeiras experiências sexuais, onde há maior suscetibilidade biológica para estas infeções e nas potenciais dificuldades no acesso aos serviços de saúde (Sá et al., 2015; Santos et al., 2018; Workowski et al., 2015).

Uma investigação sobre o impacto da pandemia pela COVID-19 destacou que, particularmente nas mulheres jovens, os impactos são profundos e agravaram as dificuldades já existentes. O ónus de responder à pandemia do COVID-19 foi sentido fortemente pelos programas de prevenção das ISTs, uma vez que as instituições de saúde tiveram que competir por recursos e as equipas de saúde foram desviadas para dar resposta à COVID-19, o que dificultou a implementação de medidas de prevenção nesta área (Vermund et al., 2021). Embora as escolas procurassem manter no período de pandemia a educação sexual no formato *online*, nem sempre encontraram soluções para transmitir informação de forma adequada. Assim, muitos jovens entraram no ensino superior sem a informação vital para desenvolverem relacionamentos interpessoais e amorosos saudáveis. É consensual que quanto mais capacitados os jovens estiverem para falar de questões relacionadas com sexualidade, mais estes tópicos se normalizam nas discussões em sociedade e os governos e decisores políticos começam a participar também neste diálogo (United Nations, UNHROHC, 2021).

A proteção dos jovens contra a exposição a ISTs é complexa, pois depende de fatores interpessoais, sociais e contextuais, incluindo influências dos pais, dos pares, do parceiro sexual, assim como da acessibilidade aos cuidados de saúde (Hoopes et al 2017; Santos et al., 2019). As instituições de ensino superiores, locais onde os jovens vivem e socializam podem ter um papel fundamental na promoção

da saúde dos seus estudantes, ao criar condições para aprendizagens e vivências mais saudáveis, ao promover a saúde e o bem-estar (Silva & Brito, 2014). A promoção de comportamentos salutogénicos é um desafio que se tem colocado sistematicamente aos profissionais de saúde, pois muitas vezes são identificados os determinantes desses comportamentos, mas há uma fraca compreensão das suas relações e interações que compromete a adoção dos comportamentos promotores de saúde. Com este trabalho, pretendemos sistematizar as linhas gerais de um programa de intervenção para promover a SSR em estudantes do ensino superior, tendo por base as necessidades identificadas.

METODOLOGIA

As linhas do programa de promoção da SRR aqui avançadas tem por base um estudo quantitativo, cujos dados foram triangulados com um estudo qualitativo (grupos focais), para aprofundar a análise e a compreensão das opções comportamentais assumidas pelos estudantes. Foi realizado um estudo transversal, descritivo-correlacional numa amostra de 1946 estudantes de uma Universidade do norte de Portugal. A amostragem foi realizada por *Cluster sampling*, onde o grupo ou a unidade amostral foi a turma. O questionário de autopreenchimento foi aplicado em sala de aula, no final da componente letiva, a todos os estudantes que se disponibilizaram para participar, depois de informados sobre os objetivos do estudo e asseguradas as questões de anonimato e confidencialidade. Na recolha de informação, foram salvaguardados os princípios ético-deontológicos consignados na Declaração de Helsínquia. O estudo foi autorizado pela Comissão Nacional de Proteção de Dados e pela Comissão de Ética da Universidade. O estudo de natureza qualitativa, foi realizado com recurso à técnica de grupos focais (GF), utilizando uma entrevista semiestruturada que orientou a discussão. Esta técnica permite uma forte interação dos grupos na problematização de temáticas complexas e do domínio do privado, nas quais se podem incluir os comportamentos sexuais (Jayasekara, 2012). No planeamento dos GF, foram consideradas as etapas propostas na literatura (Bardin, 2011; Kruger & Casey, 2014) nomeadamente o planeamento, recrutamento, moderação e análise de dados.

Os dois grupos focais decorreram numa sala de reuniões da Universidade, e a dinâmica assentou na presença e na interação desenvolvida entre a moderadora e os participantes, cada sessão demorou, em média, duas horas. Participaram no estudo 21 estudantes na sua maioria do sexo feminino (16 raparigas e 5 rapazes), com uma idade média de 21 anos, todos sexualmente ativos. Todos referem usar algum método de contraceção, como o preservativo ou a dupla contraceção (pílula/preservativo), mas apenas metade referiu ter usado o preservativo na última relação sexual.

No estudo quantitativo para a recolha de dados foi utilizado um questionário de autopreenchimento para registar aspetos sociodemográficos (sexo, idade, nacionalidade, área científica de estudos, nível de escolaridade dos pais, rendimento familiar), e comportamentos de SSR (utilização de preservativo na iniciação sexual, se teve sexo nos últimos 12 meses, uso de um método contracetivo, qual o contracetivo usado, fontes de informação sobre contraceção, local

de aquisição). Foram ainda recolhidos dados sobre os fatores cognitivos e psicossociais que, de acordo com a literatura, podem influenciar as práticas contraceptivas individuais, nomeadamente:

– *Conhecimento sobre contraceção*: avaliado pelo Inventário de Conhecimento sobre SSR, composto por 44 questões, organizadas em quatro dimensões que procuram avaliar o conhecimento sobre SSR: (1) informação relacionada com a fisiologia e a reprodução (2) métodos de contraceção, (3) ISTs e prevenção de riscos associados às ISTs (4) vigilância e cuidados de saúde. Os itens foram classificados, usando três opções de resposta: “verdadeiro”, “falso” e “não sei”. As respostas corretas foram codificadas como um e as respostas incorretas ou “não sei”, foram codificadas como zero, o que permite obter uma pontuação total entre 0 a 44 pontos, sendo que quanto maior a pontuação maior é o conhecimento. A confiabilidade do inventário de conhecimento foi avaliada utilizando-se o coeficiente Kuder-Richardson (KR20=0,78), que confirmou a consistência interna adequada.

– *Atitude SSR*: A atitude de SSR foi medida, usando uma escala de 20 itens, construída para o estudo, organizados em cinco dimensões (sexualidade responsável, atitudes preventivas, atitudes em relação às IST, atitudes em relação ao preservativo e hedonismo). As questões foram avaliadas numa escala tipo Likert com sete opções de resposta (1 – “discordo totalmente” até 7 – “totalmente de acordo”); a pontuação total da escala pode variar entre 20 e 140 pontos, com a maior pontuação a indicar atitudes mais favoráveis. A escala revelou boa consistência interna (alfa de Cronbach=0,82).

– *Autoeficácia para usar o preservativo*: foi avaliada pela versão reduzida da Escala de Autoeficácia para Usar o Preservativo (CUSES – Brien et al., 1994), é composta por 15 itens, avaliados numa escala tipo Likert com cinco opções de resposta (0 – “discordo totalmente” a 4 – “concordo totalmente”), permite obter uma pontuação total entre 0 e 60 pontos; às pontuações mais elevadas corresponde uma maior autoeficácia para usar o preservativo. A escala é composta por quatro fatores (mecanismos, desaprovação do parceiro, assertividade e intoxicantes). No presente estudo, utilizamos a versão traduzida e validada no presente estudo (CUSES-R), (Santos et al., 2018), que manteve uma estrutura fatorial semelhante à da escala original e revelou um bom valor de consistência interna (alfa de Cronbach =0,86).

– *Escala de Busca de Sensações Sexuais*, adaptada da “*Sexual Sensation Seeking Scale*” (SSSS) de Kalichman e Rompa (1995), constituída por 11 questões, que, no presente estudo, após o processo de tradução, adaptação cultural e validação, ficou composta por nove questões e revelou uma boa consistência interna ($\alpha=0,789$). O comportamento de busca de sensações sexuais é avaliado numa escala com quatro opções de resposta (1- *Nunca se aplica a mim* até 4- *Muitas vezes aplica-se a mim*), permitindo obter uma pontuação entre 11 e 44 pontos. Todas as questões são formuladas no sentido da adesão ao comportamento de risco, pelo que uma pontuação mais elevada indica maior propensão para busca de sensações sexuais.

No estudo qualitativo, para a recolha de dados, foi utilizada uma entrevista semiestruturada, constituída por um conjunto de questões orientadoras do tema, e que favoreceram a condução dos GF. As questões tiveram por base a revisão da literatura e os dados da primeira fase do estudo, visando aprofundar a compreensão dos resultados do estudo quantitativo. Utilizou-se também um questionário individual, para caracterização dos participantes aos níveis: sociodemográfico, académico e dos comportamentos sexuais e reprodutivos.

O tratamento estatístico dos dados foi efetuado com o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, Inc, Chicago, IL, USA), na versão 24.0. Na análise de dados, foi utilizada a estatística descritiva (medidas de tendência central e de dispersão) e inferencial (Qui-quadrado, One Way Anova), para analisar as diferenças relativamente às variáveis em estudo. O valor de $p < 0,05$ foi considerado como indicando significado estatístico.

Na análise de dados dos FG, foi realizada a análise de conteúdo temático-categorial (Bardin, 2004; Krueger & Casey, 2014). Após transcrição, o texto foi sujeito a uma pré-análise, através de uma leitura “flutuante”, o que permitiu sinalizar um conjunto de unidades de registo, que foram classificadas e agrupadas de acordo com as categorias de análise identificadas à priori. Posteriormente procedeu-se à inferência e interpretação dos dados destacados na análise.

RESULTADOS

Participaram no estudo quantitativo 1946 estudantes (64% raparigas e 36% rapazes), com idade média de 21 anos ($20,74 \pm 2,32$). A maioria era de nacionalidade portuguesa (97,3%), solteiros (97,6%), proveniente de famílias com baixo rendimento (57%, ≤ 2 salários mínimos), baixo nível de escolaridade (54,5% das mães e 61,6% dos pais tinham apenas o ensino básico) e profissões pouco diferenciadas.

No que respeita aos comportamentos sexuais e reprodutivos, a maioria dos participantes (76,9%) era sexualmente ativa e utilizava contraceção (83,1%). Os rapazes privilegiavam mais o uso do preservativo (32,1%) e as raparigas a contraceção hormonal oral (52,8%) e a dupla contraceção pílula/preservativo (24,4%). A principal fonte de informação sobre contraceção, para as raparigas, centrou-se nos profissionais de saúde (médicos 64,6% e enfermeiros 35,8%), para os rapazes, sobretudo, em fontes informais como a internet (40,1%), com diferenças significativas entre os sexos ($p < 0,001$). A adesão a comportamentos preventivos de saúde é baixa, uma vez que 60,6% das raparigas e 92,4% dos rapazes referem que não utilizaram os serviços de SSR no último ano, incluindo os serviços de saúde da Universidade.

As dificuldades no acesso aos serviços de saúde estavam associadas, sobretudo, ao medo de quebra da confidencialidade e anonimato, horários restritos, falta de proximidade e de divulgação dos serviços. Nos discursos dos grupos focais, foi possível perceber que os rapazes desconheciam, não usavam e não se reviam nos serviços disponíveis, que na sua opinião são muito vocacionados para atender às necessidades de saúde das mulheres. No que respeita aos serviços de saúde da universidade, constatou-se um desconhecimento generalizado da sua existência, localização e horários de atendimento. As raparigas eram as principais utilizadoras destes serviços, mas sobretudo para obter métodos de contraceção.

O conhecimento sobre SSR era mediano ($22,76 \pm 5,79$, máx. 44 pontos). O domínio onde os estudantes apresentavam melhor conhecimento era o da contraceção ($8,42 \pm 2,44$; máximo 16 pontos) e o pior no conhecimento sobre comportamentos de risco sexual ($6,05 \pm 2,73$; máximo 16 pontos). As raparigas, mais jovens e que frequentam cursos da área das ciências da saúde, apresentaram um conhecimento superior, em particular sobre contraceção.

A atitude de SRR era bastante favorável ($118,28 \pm 13,92$; máximo 140). Como se observou uma forte associação entre o conhecimento e a atitude, as tendências observadas para o género, a idade e a área científica de estudos foram basicamente as mesmas. Porém, a associação entre atitude e conhecimento foi mais forte nos rapazes, indicando que para eles o conhecimento era mais importante, para a formação de atitude do que para as raparigas.

Os estudantes estão expostos ao risco por não usarem o preservativo de forma consistente (60,5%), por terem relações sexuais com parceiros ocasionais (32,0%), e pela combinação de relações sexuais com o consumo de álcool (33,0%) ou de outras drogas (9,7%). No discurso dos GF os estudantes revelam grande preocupação com a gravidez e, embora apresentem um discurso favorável à utilização do preservativo, admitem muitas exceções na sua utilização, justificada pela forte confiança no parceiro e a alegada redução de prazer associada à utilização do preservativo. Os estudantes que adotavam medidas preventivas dos riscos sexuais tinham também uma melhor atitude de SSR, assim como uma maior autoeficácia para usar o preservativo, valorizavam mais a opinião dos pares e procuravam menos as sensações sexuais (Tabela 1).

Tabela 1 – Influência de fatores cognitivos e psicossociais nos comportamentos de risco sexual, relações sexuais sem preservativo, relações sexuais sob efeito de álcool ou drogas e com parceiros casuais nos últimos 12 meses (resultados são apresentados como média e desvio padrão)

Variáveis	Sexo sem preservativo			Relações sexuais com álcool			Relações sexuais com drogas			Relações sexuais com parceiros casuais		
	Não	Sim	F p-value	Não	Sim	F p-value	Não	Sim	F p-value	Não	Sim	F p-value
n (min-max)	571-591	888-906		978-1011	489-498		1325-1361	142-147		993-1023	472-482	

Conhecimento STIs' (0-16) ^ψ	9.00 (2.75)	9.09 (2.77)	0.334 (0.563)	9.03 (2.77)	9.03 (2.76)	0.010 (0.971)	9.09 (2.75)	8.47 (2.92)	6.647 (0.010)	9.08 (2.76)	8.91 (2.77)	1.295 (0.255)
Atitude de SSR (20-140) ^ψ	119.68 (14.51)	117.29 (13.85)	10.288 (0.001)	120.19 (13.25)	114.14 (15.01)	63.652 (<0.001)	118.87 (13.80)	110.99 (15.27)	43.445 (<0.001)	120.27 (13.13)	113.77 (15.21)	72.428 (<0.001)
Normas Subjetivas (3-21) ^ψ	17.05 (3.08)	16.26 (3.51)	19.463 (<0.001)	17.00 (3.23)	15.66 (3.46)	53.955 (<0.001)	16.77 (3.31)	14.56 (3.25)	55.297 (<0.001)	16.87 (3.31)	15.92 (3.42)	25.670 (<0.001)
Autoeficácia Para Usar Preservativo (0-60) ^ψ	49.38 (8.18)	48.51 (9.02)	3.483 (0.052)	49.19 (8.41)	48.06 (9.52)	5.507 (0.019)	49.06 (8.47)	46.57 (11.30)	10.679 (0.001)	49.13 (8.51)	40.13 (9.41)	4.292 (0.001)
Procura de Sensações sexuais (9-36) ^ψ	18.67 (5.27)	19.46 (5.23)	8.080 (0.005)	17.73 (4.85)	22.05 (4.89)	261.783 (<0.001)	18.67 (5.04)	23.55 (5.31)	122.848 (<0.001)	17.74 (4.84)	22.15 (4.89)	268.565 (<0.001)

n= número; min= mínimo; max= máximo; ^ψScores mínimos e máximos da escala

Quando os estudantes foram desafiados a propor estratégias para melhorar a situação, foram apontadas várias pistas mais ou menos previsíveis, como a utilização de estratégias de sensibilização através reflexões em grupo, discussões focalizadas, debates e testemunhos de vida ou mesmo a utilização do teatro e artes performativas. Um dos aspetos que reuniu algum consenso foi a utilização de estratégias de “confrontação pelo medo”, com fotografias e dados sobre ISTs. Alguns estudantes justificaram o discurso juvenil de desvalorização dos riscos sexuais, pela forma como a informação é transmitida nas campanhas de prevenção, nomeadamente nas campanhas de informação sobre o VIH/SIDA, com uma abordagem habitualmente centrada no modelo biomédico e racionalista, onde a promoção do preservativo é sempre realizada numa perspetiva preventiva e sanitária, e não na perspetiva erótico-hedonista.

DISCUSSÃO

Os estudantes são na sua maioria sexualmente ativos e mais de metade tem um relacionamento amoroso atual. Na comparação de sexos, verifica-se que há uma tendência para as raparigas iniciarem relações sexuais mais tarde e utilizarem mais a dupla contraceção. A dupla contraceção tem sido reconhecida como uma estratégia muito segura não só do ponto de vista de prevenção da gravidez, mas também de ISTs, pelo que é recomendável a sua utilização, em particular por jovens (Tyler et al., 2014).

Foram identificadas como barreiras à utilização consistente do preservativo a estabilidade da relação amorosa combinada com a utilização da contraceção hormonal oral, a confiança no parceiro, o embaraço na aquisição do preservativo e a crença de que o preservativo interfere no prazer sexual, em particular por parte dos rapazes. Para diminuir o embaraço relacionado com a aquisição de contraceptivos/preservativo, podem ser usadas estratégias de reforço da confiança e da comunicação como o teatro fórum e *role play*, dinamizadas preferencialmente pelos grupos de pares.

A ideia generalizada de que o preservativo reduz o prazer está ainda muito presente na população masculina, e aparece tendencialmente nos estudantes que tentam encontrar oportunidades para ter relações sexuais sem o usar. A alegada redução de prazer masculino, quando se utiliza o preservativo, é um problema que não se configura fácil de ultrapassar. Parece-nos que usar estratégias assertivas, em que se incentiva o seu uso pela positiva, nos permite explorar o seu potencial hedónico e não apenas preventivo, e pode resultar numa utilização mais consistente. Uma das possibilidades a considerar, na exploração da perspetiva hedonista que o preservativo pode ter, é a utilização de mensagens que apelem ao prazer e excitação sexual – retardar o orgasmo masculino, utilização de preservativos divertidos, com sabores ou concebidos para aumentar o prazer feminino. Contudo os custos associados à aquisição destes preservativos podem ser uma barreira que também deve ser equacionada.

A literatura sustenta que um elevado nível de autoeficácia potencia o uso do preservativo e a capacidade de negociação do sexo seguro (Asare, 2015). Curiosamente, apesar de uma percentagem significativa de estudantes não utilizar o preservativo, têm uma elevada perceção de autoeficácia para o utilizar, porém, essa autoeficácia nem sempre se reflete numa utilização consistente. Promover o seu uso de forma consistente passa por estratégias educativas com promoção social do uso do preservativo (Marketing social), que permitam desenvolver a confiança na capacidade de o adquirir e negociar o seu uso com o parceiro sexual e na sua impossibilidade, a capacidade de recusar ter relações sexuais, assim como do reforço de competências para uma correta utilização.

O comportamento de saúde é passível de ser alvo de influências interpessoais, principalmente com os pares, em particular os amigos, parceiro sexual, família e profissionais de saúde. No presente estudo, a influência dos pares na utilização do preservativo foi muito positiva, para ambos os sexos. A relação com os profissionais de saúde revela fragilidades em algumas situações, sobretudo na perceção dos jovens sobre o respeito pela confidencialidade. As estratégias educacionais devem incorporar os resultados do estudo, propondo-se intervenções vocacionadas para estimular a mudança comportamental, nomeadamente através de programas de educação sobre saúde sexual entre pares, que podem ser desenvolvidos pela escola de saúde em articulação com os serviços de saúde da Universidade. A forte influência dos pares para a adoção de comportamentos promotores da saúde sugere que trabalhar estes problemas através de grupos de pares pode ser uma estratégia facilitadora, o que reflete a tendência atual de valorização desta estratégia na promoção da saúde, na medida em que promove o “duplo empoderamento”, pelo desenvolvimento de competências do educando e do educador (Brito, 2009).

Os dados confirmam, ainda, que o contexto académico pode potenciar os comportamentos de risco, sobretudo, relacionados com as relações sexuais sob o efeito de álcool e com parceiros casuais, comportamentos tendencialmente normalizados. Alguns estudos têm revelado que nos contextos académicos o fenómeno *binge drinking*, definido como ingestão de elevadas quantidades de álcool num curto período de tempo, comportamento que é cada vez mais frequente e pode ter consequências graves para a saúde dos jovens, pela incapacidade em

tomarem decisões conscientes (Claxton, 2015; Garcia et al., 2012).

Para diminuir os comportamentos de risco sexual, será fundamental melhorar a percepção de benefício. Essa mudança de paradigma pode passar por estratégias de educação com o intuito de reforçar a percepção de risco e das consequências das ISTs, contribuindo para que os estudantes se possam rever em si mesmos como potencialmente responsáveis por transmissão de ISTs a outros parceiros sexuais. As estratégias educativas devem tendencialmente abandonar os modelos expositivos, tais como palestras e conferências, que são pouco apreciados pelos estudantes, e ser baseada em estratégias mais participativas para transferência de informação, nomeadamente através do recurso a artes performativas e dinâmicas de interação grupal. Adicionalmente, pode ser importante trabalhar as capacidades de comunicação e negociação para garantir que num contexto de relação sexual uma parte, habitualmente a rapariga/mulher, adquira competências para negociar com sucesso a utilização do preservativo. A coexistência, nesta universidade, de um curso de enfermagem e um em artes performativas pode permitir a construção de parcerias em que se podem explorar novas estratégias de comunicação, utilizando técnicas como o teatro fórum e o *role play*. Para acolher os novos alunos na universidade, é realizada habitualmente uma semana de receção aos novos estudantes, em que ocorrem várias atividades de desenvolvimento de competências transversais, ou *soft skills*. Seria importante integrar nessa semana atividades educacionais relacionadas com a redução de risco sexual (sexo seguro, utilização consistente do preservativo, redução do número de parceiros, identificação de situações de alto risco sexual) e o treino de competências (compra do preservativo, utilização correta e negociação de comportamentos de proteção, nomeadamente o uso do preservativo e testes de rastreio do VIH/SIDA e outras ISTs). Considerando ainda o uso universal do telemóvel entre os jovens, a aplicação móvel existente na universidade pode também ser usada para divulgar mensagens curtas sobre proteção sexual, enviadas de forma periódica, mas com maior frequência do decurso das festas académicas.

Realçando a importância das intervenções de curta duração como as apontadas anteriormente, uma meta-análise (n= 20,039) que estudou a eficácia de uma única sessão de intervenção na redução de comportamentos de risco sexual - redução de sexo não protegido ou maior utilização do preservativo - demonstrou uma redução significativa nos comportamentos sexuais de risco (Sagherian et al., 2016). Os resultados deste estudo indiciam, ainda, que este tipo de intervenções de curta duração deve ser priorizado, até porque têm sido identificados problemas com a adesão dos jovens a programas mais estruturados e de longa duração.

Uma barreira percebida pelos estudantes, de natureza mais pragmática, é a adequação dos serviços de SSR. Apesar de os rapazes se envolverem mais em comportamentos de risco sexual, a maior parte dos serviços são concebidos e organizados para mulheres, associados ao planeamento familiar. O horário de funcionamento, que é frequentemente incompatível com o horário das atividades académicas, e a confidencialidade e discrição foram também apontados como aspetos que poderiam ser melhorados. Vários autores concordam que estes aspetos podem limitar o acesso dos jovens aos cuidados de SSR e contribuir para taxas mais altas de ISTs (Brittain et al., 2020; Bryant-Comstock et al., 2016; Cafferty et al., 2020).

Para ultrapassar as barreiras detetadas ao nível dos serviços de SSR, devem ser consideradas medidas organizativas dos serviços do Sistema Nacional de Saúde que estão fora do âmbito do presente trabalho. Existem, porém, pequenos investimentos, que podem ter bons resultados, nomeadamente, proporcionar serviços de proximidade e horários mais ajustados às necessidades dos estudantes. As competências de comunicação são fundamentais em todas as áreas de intervenção em enfermagem, mas assumem especial relevância quando se abordam tópicos sensíveis, como as questões da intimidade sexual, pelo que os profissionais de saúde devem desenvolver competências pessoais nesta área, que lhes permitam ser mais empáticos e assertivos nas abordagens, evitando juízos de valor e discriminação, e criar uma perspetiva de serviços de saúde “amigos dos jovens” (Kuzma & Peters, 2015). A OMS aponta que, quando os jovens precisam de serviços de SSR, geralmente enfrentam discriminação e estigma por causa das normas sociais instituídas em diversos países do mundo (United Nations, UNHROHC, 2021).

A nível organizacional, devem ser consideradas estratégias de reforço das competências transversais e específicas dos profissionais de saúde, não só porque podem beneficiar a relação entre os profissionais de saúde e os estudantes, mas também permitir decisões mais informadas. Sugerem-se como estratégias o desenvolvimento das competências relacionais que facilitem a comunicação/interação com os jovens, técnicas de aconselhamento sobre saúde sexual, assim como a atualização do conhecimento específico na área da sexualidade e reprodução. Tal como afirmam Carteiro e Nené (2015), a formação e o desenvolvimento de competências na área da sexualidade são essenciais para que os enfermeiros possam prestar cuidados holísticos, abordando a sexualidade com segurança, não como um assunto interdito, silenciado ou invisível. Muitos profissionais demonstram ainda atitudes negativas face à sexualidade, adotando uma postura defensiva e algo conservadora, especialmente quando confrontados com situações de sexualidade não normativa. De acordo com Rowniak e Selix (2016), as escolas de enfermagem podem assumir um papel importante na construção de atitudes mais positivas face à sexualidade, integrando unidades curriculares nos currículos dos Cursos de licenciatura em enfermagem, de uma forma mais efetiva, conteúdos relacionados com a sexualidade ao longo do ciclo de vida, sem esquecer as questões da identidade de género. No que respeita aos serviços de saúde das instituições de ensino superior, devem ser equacionadas estratégias de divulgação mais eficazes, dado que existe um desconhecimento significativo da sua existência e tipo de cuidados disponibilizados. A disponibilização dos serviços de saúde na Universidade é de extrema importância, não só pelos cuidados de proximidade que pode proporcionar, mas também devido ao seu ambiente de expectável mentalidade aberta e não moralista/conservadora.

As instituições de ensino superior, enquanto agentes de conhecimento, divulgação de saberes, desenvolvimento de competências, investigação científica e inovação, podem contribuir também para a promoção da saúde, influenciando de forma positiva a saúde e a qualidade de vida dos seus estudantes. Assim, considerando não só a relevância dos resultados obtidos, mas também um compromisso assumido implicitamente com os estudantes, em que a voz dos

estudantes e as suas preocupações nesta área influenciem as decisões, torna-se pertinente a implementação de um programa de promoção da SSR dirigido a esta população.

CONCLUSÕES

Os resultados do presente estudo sugerem que, na promoção da SSR dos estudantes, podem ser considerados dois níveis de intervenção: (re)organização e adequação dos serviços e cuidados de saúde às necessidades específicas dos estudantes e o delineamento de programas educacionais para colmatar as lacunas identificadas pelos estudantes. A nível educacional, algumas das estratégias a considerar podem incluir o desenvolvimento de competências pessoais, cognitivas e sociais, com participação dos jovens no desenvolvimento das intervenções educativas e dinamizadas pelos pares. A utilização de tecnologias de informação e comunicação podem assumir também um papel privilegiado na implementação de abordagens inovadoras e apelativas na educação para a saúde. Sobretudo visando melhorar a capacidade de comunicação, perceção do risco sexual, perceção sobre as consequências das ISTs, e perspetiva hedónica do preservativo.

Ao nível organizacional, deve ser priorizada a adequação dos serviços de saúde, facilitando o acesso administrativo, o acesso à informação e a divulgação dos serviços SSR existentes, nomeadamente na Universidade. Importa adequar os serviços aos rapazes, uma vez que estes entendem que os serviços existentes não se adequam às suas necessidades e adotar estratégias de mitigação dos comportamentos de risco, em particular durante as festas académicas, em parceria com os serviços locais de saúde pública. Urge melhorar a formação dos profissionais de saúde, não só ao nível das competências transversais, mas também das competências específicas. Assim, os enfermeiros na complementaridade com outros profissionais de saúde podem assumir o papel de agentes facilitadores e dinamizadores na implementação de programas de promoção da SSR nas instituições de ensino superior.

03

Fatores promotores da literacia em saúde sexual e reprodutiva em estudantes do ensino superior

*Paula Nelas
Manuela Ferreira
Marília Rua
Maria José Santos
Sofia Campos*

Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde (DGS, 2021) cita a Organização Mundial da Saúde, para referir que a Literacia em Saúde “é o grau em que os indivíduos têm a capacidade de obter, processar e entender as informações básicas de saúde para utilizarem os serviços e tomarem decisões adequadas de saúde”.

É através da Literacia em Saúde que os indivíduos se encontram capacitados para tomar

decisões fundamentadas para a saúde, uma vez que baixos níveis de Literacia em Saúde se encontram associados a mais episódios de doença e menor prevalência de atitudes individuais preventivas no campo da saúde, com perda de qualidade de vida.

Tendo em consideração que a Literacia em Saúde Sexual e Reprodutiva faz parte integrante da Literacia em Saúde e implica comportamentos individuais, relações interpessoais, reflexões e intervenções (atentas aos valores e conhecimento da realidade), respeito pelos direitos, garantias e liberdades e envolvimento da sociedade civil para que esta possa influenciar os programas governamentais, salientamos que a promoção da Literacia em Saúde Sexual e Reprodutiva deve ser estimulada e incrementada, através da educação sexual e reprodutiva (iniciada e assumida pelos pais e complementada pela escola e pelos profissionais de saúde).

Na atualidade, a Educação Sexual em contexto escolar rege-se pela Lei nº60/2009 de 6 de agosto (Portugal, Lei n.º 60/2009), regulamentada pela Portaria nº 196-A/2010 de 9 de abril (Portugal, Portaria n.º 196-A/2010). Esta estabelece não só a Educação Sexual nos estabelecimentos do ensino básico e do ensino secundário, como também define as orientações curriculares, para cada ciclo de estudos. No entanto, apesar de a lei ter sido avaliada em 2013, continuam a surgir questões, como por exemplo, a necessidade de avaliação da sua implementação, uma vez que, nos últimos anos, a conjuntura socioeconómica é muito variável (Associação para o Planeamento da Família [APF], 2015). O mesmo documento refere, ainda, a necessidade de uma maior partilha de estratégias metodológicas no âmbito da educação sexual, numa plataforma de fácil acesso, funcional e atualizada, à qual os profissionais técnicos possam aceder.

Salientamos que a promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva continua com problemas específicos, mais concretamente, a população que pelas suas características (jovens não escolarizados, das minorias étnicas, das pessoas com necessidade educativas especiais e dos jovens institucionalizados) tem menos acesso à Educação, em geral, e à Saúde Sexual e Reprodutiva em particular.

A sexualidade e a afetividade são componentes fundamentais da intimidade e são parte integrante da vida, do corpo, das relações entre as pessoas, do crescimento pessoal e da vida em sociedade, pelo que devem ser vividas em segurança e com conhecimento adequado. Assim, é fundamental que os indivíduos tomem decisões fundamentadas e seguras no contexto do dia a dia e promovam a sua saúde sexual e reprodutiva. Para que tal aconteça, é necessário que as informações, no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, estejam disponíveis e que os indivíduos as entendam. No entanto, um grande número de pessoas considera essas informações difíceis de interpretar e aplicar, fazendo com que ainda haja muita dificuldade em colocar em boas práticas em saúde em ação, mesmo considerando ter o acesso facilitado à informação. Pelo que manter-se atualizado de acordo com o ritmo da evolução das práticas de educação em saúde torna-se importante não apenas para a sociedade em geral, mas também para os profissionais envolvidos na promoção da saúde (Ploomipuu et al., 2020).

Neste âmbito, o Ministério da Educação e da Saúde trabalham em parceria, no sentido de colocar em prática o que foi decidido na Declaração de Shangai, relativamente à promoção da saúde para a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Assim, foi construído o referencial de Educação para a Saúde, publicado em junho de 2017 e contempla, para além de temas globais para a saúde individual e das comunidades, o tema do afeto e da educação para a sexualidade, desenvolvendo subtemas tão importantes e imprescindíveis como a identidade de género e as relações afetivas; os valores e os direitos sexuais e reprodutivos; o desenvolvimento da sexualidade, assim como da maternidade e da paternidade, integrando-os e adequando-os ao nível de desenvolvimento e à idade (Pereira & Cunha, 2017).

No domínio destes subtemas podemos referir o sexismo (preconceito e a discriminação tendo por fundamento o sexo). Este pode ser presenciado no quotidiano, a nível pessoal (violência doméstica), a nível interpessoal (piadas de cariz sexual) e a nível profissional (criação de obstáculos que impedem a ascensão na carreira). Pelo que as relações de género podem ser observadas como assimétricas, pois, analisando as características atribuídas socialmente a cada um dos sexos, as masculinas têm sido mais valorizadas do que as femininas. Neste âmbito, a violência e o assédio sexual devem ser entendidos como um problema mais amplo (desigualdade de poder nas relações de género), pois implica de forma negativa a qualidade dos relacionamentos (Marques, 2012), pelo que são temáticas a serem abordadas para a promoção da literacia em saúde sexual e reprodutiva.

Atento a esta problemática, Portugal elaborou a Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não Discriminação, denominada por Portugal + Igual (ENIND). Esta Estratégia lançou um novo ciclo programático em 2018, alinhada temporal e substantivamente com a Agenda 2030 e apoiada em três Planos de Ação, os quais definem objetivos estratégicos e específicos em matéria da não discriminação em razão do sexo e igualdade entre mulheres e homens (IMH), de prevenção e combate a todas as formas de violência contra as mulheres, violência de género e violência doméstica (VMVD), e combate à discriminação em razão da orientação sexual, identidade e expressão de género, e características sexuais (OIEC) (Portugal, Resolução do Conselho de Ministros n.º 61/2018).

No âmbito da promoção da literacia em saúde sexual e reprodutiva, a eliminação dos estereótipos é assumida como uma preocupação central da ENIND. Os estereótipos na base da discriminação em razão do sexo interseitam outros estereótipos discriminatórios (origem racial e étnica, nacionalidade, idade, deficiência e religião, discriminação em razão da orientação sexual, identidade e expressão de género, e características sexuais). Estes últimos podem ser observados em práticas homofóbicas, bifóbicas, transfóbicas e interfóbicas, e que se manifestam em formas de violência, exclusão social e marginalização (discurso de ódio, privação da liberdade de associação e de expressão, desrespeito pela vida privada e familiar, discriminação no mercado de trabalho, acesso a bens e serviços, saúde, educação e desporto) (Portugal, Resolução do Conselho de Ministros n.º 61/2018).

Também o abuso e a exploração sexual são classificados como uma violência interpessoal que pode ocorrer na família ou na comunidade (Zanella & Lara, 2016). Os programas de prevenção destinados a jovens são uma parte fundamental de uma estratégia multifacetada, de forma a criar esforços a nível comunitário na prevenção da violência sexual contra jovens. Posto isto, a comunidade deve estar ativamente envolvida na prevenção e na salvaguarda da segurança e bem-estar dos jovens (Prevention Institute & National Sexual Violence Resource Center, 2021). De referir que, no geral, as crianças e os jovens revelam um conhecimento deficitário sobre a violência sexual e as estratégias de autoproteção que podem adotar (Kenny & Wurtele, 2012).

A maioria dos programas de prevenção da violência sexual contra os jovens apresentam três objetivos principais, também conhecida como a teoria dos três R's. Assim, é importante ensinar a reconhecer uma situação de abuso, designadamente potenciais agressores e situações de perigo, desenvolver competências que permitam resistir a uma tentativa de abuso, dizendo "não" ou afastando-se do potencial agressor e encorajar a revelação de uma situação de abuso que possam ter vivenciado, que estejam a vivenciar ou que possam vir a vivenciar no futuro (Prevention Institute & National Sexual Violence Resource Center, 2021).

Os programas de promoção da saúde sexual e reprodutiva, destinados a jovens, podem ser delineados de diversas formas. Estes podem ser compostos por uma única sessão ou por múltiplas sessões, com duração que pode ir de 30 minutos a muitas horas de atividades, onde os formadores podem ser professores, psicólogos ou profissionais de saúde com experiência na área.

Uma vez que a maioria dos jovens passa a maior parte do seu tempo na escola, a implementação destes programas em contexto escolar permite o acesso a um elevado número de população. Assim, com o devido treino e competências, os atores intervenientes na formação podem ser percecionados como adultos/as de confiança (Prevention Institute & National Sexual Violence Resource Center, 2021).

Também, no âmbito da violência no namoro, têm vindo a ser investidos esforços no desenvolvimento e na avaliação de programas para prevenção primária deste fenómeno. Esses programas destinam-se a grupos de jovens e adolescentes recrutados, frequentemente, em ambiente escolar e universitário, independentemente do grau de exposição a risco para a violência no namoro (prevenção universal), ou a grupos selecionados, por apresentarem riscos para a violência no namoro (terem sido vítimas de maus tratos na família ou terem testemunhado conflitos de índole interparental), ou a jovens casais que experienciem sinais iniciais de violência no namoro, como ciúme excessivo (prevenção indicada).

Entende-se, assim, a necessidade de um esforço comum, jovens, famílias, comunidades escolares e serviços de saúde, para a conceção de estratégias que minimizem o risco na vivência da sexualidade e potencializem a saúde e bem-estar. As questões relacionadas com os comportamentos de risco sexual e falta de vigilância de saúde sexual e reprodutiva, em

jovens adultos, são particularmente preocupantes, pelos efeitos a curto e longo prazo na saúde reprodutiva e porque é nesta etapa de desenvolvimento que o jovem vai consolidar muitos dos comportamentos de saúde que vai ter ao longo da sua vida (Santos et al., 2019). Desta forma, devemos incentivar os jovens adultos a procurarem informação, esclarecerem dúvidas que a mesma lhes possa incitar e utilizar essa informação, capacitando-os para a literacia em saúde sexual e reprodutiva, promovendo, desta forma, a sua saúde e bem-estar.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, descritivo e correlacional com uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por 924 estudantes do ensino superior (com uma média de idade de 22.36 ± 6.1). O instrumento de colheita de dados foi o questionário, aplicado *online*, através da plataforma Google Forms, e composto por duas partes. A primeira permitiu caracterizar a amostra sociodemográfica e academicamente. A segunda parte permitiu caracterizar o contexto sexual da amostra.

Foi ainda incluída uma escala relativa à Literacia em Saúde Sexual e Reprodutiva, construída e validada para o efeito. Esta escala apresenta três fatores. Fator 1- Literacia em Reprodução, Contraceção e IST (Alfa de Cronbach 0,940), Fator 2 - Literacia sobre o impacto da Gravidez Adolescente (Alfa de Cronbach 0.906), Fator 3- Literacia em Afetos, Abuso e Exploração Sexual e Violência no Namoro (Alfa de Cronbach 0.877) e a Literacia na sua globalidade (Fator Global - Literacia em Saúde Sexual e Reprodutiva- Alfa Cronbach 0,964). Esta é uma escala tipo Likert, com cinco opções de resposta e o resultado final obtém-se pela soma das pontuações atribuídas a cada um dos itens. O total corresponde a três níveis de Literacia, assim ≤ 60 pontos – Baixa Literacia; 61-73 pontos – Literacia Moderada; ≥ 74 pontos – Literacia Elevada.

O estudo desta dimensão em literacia em saúde em jovens adultos faz parte integrante do Projeto AppSaúde: empoderar para melhor viver, com a referência PROJ/IPV/ID&I/020. Este projeto visa recolher dados para a realização de uma investigação sobre os fatores que influenciam a literacia em saúde em estudantes universitários.

Assim, foram objetivos deste estudo: Identificar o nível de literacia em saúde sexual e reprodutiva dos estudantes do ensino superior; Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e a literacia em saúde sexual e reprodutiva; Analisar a relação entre as variáveis de contexto sexual e a literacia em saúde sexual e reprodutiva.

Neste estudo, foram assegurados os procedimentos éticos (Parecer positivo da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Viseu - Referência 15/SUB/2020) e legais. O tratamento de dados foi efetuado, recorrendo ao programa Statistical Package for the Social Science (IBM® SPSS® Statistics) – versão 24.

RESULTADOS

Caracterização sociodemográfica e académica

A amostra apresenta uma média de idade de 22,34 \pm 6.1 anos. A maioria (34,2%) tem idades iguais ou superiores a 22 anos. A maioria dos participantes é do sexo feminino (79.7%). A maioria das participantes pertence ao grupo de idade \leq 19 (36,2%), e a maioria dos participantes pertence ao grupo com idades \geq 22 anos (45.7%). Constatamos, ainda, que a maioria (89,5%) são solteiros e 7,0% são casados ou vivem em união de facto. A maioria dos solteiros pertence ao sexo feminino (72,1%) e a restante percentagem (17,4%), ao sexo masculino.

Em relação à escolaridade da mãe, verificou-se que, na sua maioria, a mãe apresenta escolaridade até ao 3º ciclo (47,1%), seguindo-se o secundário (27,8%) e, por fim, o superior (25,1%). No caso da escolaridade do pai, encontram-se em maioria aqueles com escolaridade até ao 3º ciclo (56.9%), seguindo-se o secundário (27,7%) e, por último, o ensino superior (15,3%).

Quanto à situação académica, averiguamos que a maioria (75,0%) se encontra no ciclo de estudos da licenciatura, seguido de mestrado (17,4%). Apenas 2,1% se encontra no ciclo de estudos de CTESP. No nível da licenciatura, o sexo masculino representa 17,2% e o sexo feminino 82.8%. No mestrado, encontramos para o sexo masculino 23,6% e para o sexo feminino 76.4%.

Caracterização sexual

Na amostra aferimos que 64,4% do sexo feminino e 62,8% do sexo masculino referem ter tido relações sexuais no último ano. Quando questionados se as relações sexuais aconteceram no contexto de uma relação, há diferença estatística entre os estudantes do sexo feminino e masculino ($p < 0,001$). Neste caso, 9,6% do sexo feminino referem ter tido relações sexuais fora do contexto de uma relação. Este valor difere do sexo masculino, onde se verificam 21,2%.

Verifica-se que há uma elevada diferença na utilização de contraceção entre os sexos feminino e masculino ($p < 0,001$), sendo que 95,3% do total da amostra do sexo feminino e 82,2% do sexo masculino referiram utilizar contraceção. A maioria dos inquiridos do sexo masculino (45,3%) e do sexo feminino (40,2%) utilizou sempre preservativo nas relações sexuais no último ano.

A estatística revela diferenças entre sexos nas relações sexuais associadas ao consumo de álcool ($p < 0,001$), ainda que a maioria dos inquiridos não tenha tido relações sexuais nestas circunstâncias. No que diz respeito às relações sexuais associadas ao consumo de drogas, existe uma diferença estatística ligeiramente significativa ($p = 0,029$), mesmo que a maioria dos inquiridos não tenha tido relações sexuais associadas ao consumo de droga.

Apesar da maioria dos participantes ter respondido que não teve relações sexuais com parceiros ocasionais, verifica-se que cerca do dobro dos inquiridos do sexo masculino, comparativamente ao sexo feminino, responderam já ter tido relações sexuais com parceiros ocasionais (34,6% e 16,2%, respetivamente).

Nível de literacia em saúde sexual e reprodutiva em estudantes do ensino superior

Verificamos que 35,0% dos participantes apresentam baixa literacia, 36,7%, literacia moderada e 28,4% elevada literacia.

Relação entre as variáveis sociodemográficas e a Literacia em Saúde Sexual e Reprodutiva

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre o nível de literacia em saúde sexual e reprodutiva e as variáveis idade, sexo e estado civil. No entanto, a escolaridade da mãe e a escolaridade do pai influenciam o nível de literacia em saúde sexual e reprodutiva.

Analisando o impacto das variáveis sociodemográficas na literacia em reprodução, contraceção e infeções de transmissão sexual (IST), literacia sobre o impacto da gravidez adolescente e literacia em afetos, abuso e exploração sexual e violência no namoro, assim como no fator global da escala (Literacia em Saúde Sexual e Reprodutiva), verificamos que não se observaram diferenças entre os grupos de idade e o estado civil, concordando com os resultados observados relativos à não influência da idade e estado civil no grau de literacia em saúde sexual e reprodutiva. Relativamente ao sexo, observamos que os homens apresentam menor literacia que as mulheres, nas áreas

da reprodução, contraceção, IST e impacto da gravidez adolescente, mas têm uma literacia semelhante às mulheres nas áreas dos afetos, abuso, exploração sexual e violência no namoro.

Relação entre as variáveis de contexto sexual e a Literacia em Saúde Sexual e Reprodutiva

Os participantes que tiveram relações sexuais no último ano apresentam maior nível de literacia nas áreas do impacto da gravidez adolescente e dos afetos, abuso, exploração sexual e violência no namoro, mas têm uma literacia semelhante aos participantes que não tiveram relações sexuais, nas áreas da reprodução, contraceção e IST.

A literacia em saúde sexual, nos vários domínios, não é influenciada pelo facto de existirem relações sexuais em contexto de uma relação, ou sem existência de um contexto de relação.

Os participantes que usaram contraceção, em contexto de relação sexual, apresentam mais literacia nas áreas da reprodução, contraceção e IST. Nas restantes áreas, não foram encontradas diferenças estatísticas significativas.

A prática de relações sexuais associada ao consumo de drogas, álcool e parceiros ocasionais, nos últimos doze meses, não influenciou a literacia em saúde sexual e reprodutiva, em nenhum dos seus domínios.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A forma como cada um vive a sua sexualidade tem impacto no seu bem-estar, assim como pode ter impacto na saúde pública. Pelo que a abordagem da saúde sexual e reprodutiva de tornou um tema importante de debate, carecendo de articulação intersectorial e multidisciplinar, de modo a promover a literacia em saúde sexual e reprodutiva. De facto, algumas investigações apontam para a contribuição positiva que a intervenção em contexto escolar tem na diminuição de comportamentos de risco aumentando, assim, os comportamentos preventivos (Ferreira, 2019).

Na amostra, 35,0% dos participantes apresentaram baixa literacia, 36,7% literacia moderada e 28,4%, literacia elevada em saúde sexual e reprodutiva. Ou seja, a maioria dos participantes

apresenta literacia moderada em saúde sexual e reprodutiva. Assim, sendo a literacia em saúde “o grau em que os indivíduos têm a capacidade de obter, processar e entender as informações básicas de saúde para utilizarem os serviços e tomarem decisões adequadas de saúde” (Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, 2021), entende-se que, quanto maior a literacia, maior a capacidade que os indivíduos têm para tomar decisões fundamentadas para a saúde, contribuindo, desta forma, para menos episódios de doença e atitudes individuais promotoras da saúde. Também a educação sexual contribui para um maior conhecimento sobre as várias dimensões que integram a vivência da sexualidade, nomeadamente os mecanismos da resposta sexual, reprodução, contraceção e atitudes promotoras de sexo seguro, assim como, contribui para uma atitude positiva, eficaz e preventiva face à doença, promotora do bem-estar e da saúde (Associação Planeamento Familiar, 2015).

Na atualidade, a Educação Sexual em contexto escolar rege-se pela Lei nº60/2009 de 6 de agosto (Portugal, Lei n.º 60/2009), regulamentada pela Portaria nº 196–A/2010 de 9 de abril (Portugal, Portaria n.º 196-A/2010). Esta estabelece não só a Educação Sexual nos estabelecimentos do ensino básico e do ensino secundário, como também define as orientações curriculares, para cada ciclo de estudos. No entanto, salientamos que não importa apenas que a formação seja realizada, respeitando as orientações curriculares para cada ciclo de estudos, é importante ainda que as informações, no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, estejam disponíveis e que os indivíduos as entendam, pois, um grande número de pessoas considera as informações difíceis de interpretar e aplicar, o que faz com que ainda haja dificuldade em implementar boas práticas em saúde. Pelo que os formadores devem manter-se atualizados de acordo com o ritmo da evolução das práticas de educação promotoras da saúde (Ploomipuu et al., 2020).

Na amostra não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no nível de literacia entre os diferentes grupos etários. Também não encontramos diferenças para o sexo. Assim, podemos referir que a idade e o sexo não parecem influenciar a literacia em saúde sexual reprodutiva. No entanto, queremos salientar que as políticas públicas para a não discriminação em razão do sexo e a igualdade entre mulheres e homens, e mais recentemente na área da orientação sexual e identidade de género, têm sido consubstanciadas em vários planos nacionais. De facto, na promoção da literacia em saúde sexual e reprodutiva, a eliminação dos estereótipos é assumida como uma preocupação central. (Portugal, Resolução do Conselho de Ministros n.º 61/2018, de 21 de maio).

Os resultados também nos indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas para o nível de literacia entre participantes com diferentes estados civis. A sexualidade é uma fonte de prazer, de comunicação e de realização pessoal e as relações entre as pessoas têm por base as experiências emocionais, as construções afetivas, podendo estas ser variadíssimas, desde as de amizade, as familiares, as profissionais, as sociais e a que cada um estabelece consigo próprio (Valadar, 2019). Também o grau de literacia em saúde sexual e reprodutiva varia consoante o nível de escolaridade da mãe e do pai.

Quando analisado o nível de literacia em saúde sexual e reprodutiva entre os inquiridos que tiveram relações sexuais no último ano, comparativamente aos que não tiveram, constatou-se que os que tiveram relações sexuais apresentaram mais literacia nas áreas impacto da gravidez adolescente, afetos, abuso, exploração sexual e violência no namoro. No entanto, apresentaram uma literacia semelhante aos que não tiveram relações sexuais, ao nível da literacia em reprodução, contraceção e IST. Motta e Alves (2013) refere que a promoção da literacia em saúde sexual pode contribuir para uma atitude positiva, eficaz e preventiva face à doença, promotora do bem-estar e da saúde, com uma maior qualidade de vida e das relações pessoais, não apenas o aconselhamento e os cuidados relativos à reprodução ou prevenção de problemas. O autor refere que o desenvolvimento das competências individuais permite tomar decisões responsáveis, na utilização de meios seguros e eficazes de contraceção e de prevenção do contágio de infeções sexualmente transmissíveis.

As relações sexuais no contexto de uma relação, relativo a relações sexuais fora do contexto de uma relação, aparentemente não influencia a literacia em saúde sexual e reprodutiva. Quanto à utilização de contraceção, verificou-se que o sexo feminino apresenta uma percentagem maior (95,3%) na utilização de métodos contraceptivos em relação ao sexo masculino (82,2%). Estes resultados estão em conformidade com os encontrados por Tavares (2017), relativamente aos métodos contraceptivos, o qual verificou que o conhecimento era mais elevado nos estudantes do sexo feminino, em contrapartida com os estudantes do sexo masculino, os quais apresentavam conhecimentos insuficientes.

Relativamente à literacia em saúde sexual e reprodutiva referente à utilização ou não de contraceção, constatou-se que os participantes que usaram contraceção apresentaram maior literacia nas áreas da reprodução, contraceção e IST. Assim, as questões relacionadas com os comportamentos de risco sexual e falta de vigilância de saúde sexual e reprodutiva, em jovens adultos, são particularmente preocupantes, pelos efeitos a curto e longo prazo na saúde reprodutiva (Santos et al., 2019). Devemos assim incentivar os jovens adultos a procurarem informação, esclarecerem dúvidas, capacitando-os para a literacia em saúde sexual e reprodutiva.

A maioria dos participantes revelou não ter tido relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou drogas. No entanto, verificou-se que estas variáveis não parecem influenciar a literacia em saúde sexual e reprodutiva, observando-se que não há diferenças significativas entre aqueles que tiveram, ou não tiveram, relações sexuais associadas ao consumo de álcool e drogas, para as dimensões em análise.

A maioria dos participantes refere não ter tido relações sexuais com parceiros ocasionais. Paralelamente, verificou-se que esta variável não parece influenciar a literacia em saúde sexual e reprodutiva para as dimensões em análise. Ferreira (2019) refere que, a primeira relação sexual, considerada como um marco na vida dos jovens, tem iniciado cada vez mais precocemente. As mulheres priorizam o sentimento de entrega e amor na primeira relação sexual, ao mesmo

tempo em que existe o desejo de se descobrir, impõe-se a necessidade de se preservar. Em contrapartida, a experiência sexual masculina é vista como um ganho, sustentando o poder da masculinidade.

CONCLUSÃO

A promoção da literacia em saúde sexual e reprodutiva em jovens adultos, na atualidade, coloca novos desafios a todos os envolvidos neste processo, pois as áreas do saber, neste domínio, são cada vez mais diversificadas e complexas. Com efeito, as questões relacionadas com os comportamentos de risco sexual e falta de vigilância de saúde sexual e reprodutiva, são particularmente preocupantes, pelos efeitos a curto e longo prazo na saúde reprodutiva.

A educação sexual deve ser pensada de forma a qualificar, com conhecimentos, competências e atitudes, e deve promover a responsabilidade e a autonomia. As intervenções formativas que difundam a literacia em saúde sexual e reprodutiva são aconselháveis desde o pré-escolar até ao ensino universitário, e devem ter em consideração os conteúdos programáticos propostos para cada ciclo de estudos. Estas intervenções formativas formais, articuladas com a formação não-formal, capacitam os jovens para a tomada de decisões seguras. Assim, a literacia em saúde sexual e reprodutiva permitirá ao indivíduo entender a sexualidade não apenas na sua vertente biológica, mas também como formação que permite uma melhor compreensão de normas, valores e constrangimentos que afetam a vida de cada um de nós, no domínio da vivência da sexualidade.

Hoje, a formação ao longo da vida, implica também a abordagem da literacia sexual, numa visão humanista, integradora e holística numa perspetiva relacional de garantia de liberdades, com autonomia na tomada de decisão e responsabilidade em matéria de igualdade, respeito, solidariedade e tolerância.

No sentido de promover a literacia em saúde sexual e reprodutiva, as escolas têm desenvolvido vários projetos neste âmbito, integrando na sua implementação abordagens disciplinares e/ou interdisciplinares. De facto, perante a crescente sensibilidade da sociedade portuguesa para a importância da abordagem da sexualidade entendemos que esta deve ser iniciada pelos pais, complementada pela escola e pelos profissionais de saúde e de educação.

03

A interdisciplinaridade na abordagem da educação sexual: No 1º ciclo do ensino básico

Carla Marques

Ana Paula Cardoso

João Rocha

Manuela Ferreira

Sofia Campos

Num mundo em constante mudança, em que a especialização é cada vez maior, a interdisciplinaridade surge como uma resposta promissora, na medida em que permite a quebra de fronteiras das disciplinas e a articulação dos saberes, proporcionando ao aluno uma visão mais abrangente dos mesmos. Esta caracteriza-se por uma combinação de saberes, sendo estes referentes a várias disciplinas, reunidos para estudar determinado assunto, no caso em apreço, a Educação Sexual.

O conceito de interdisciplinaridade tem sido discutido por diversos autores como Brown

(1977), Dewey (1963), GUSDORF (1990), PIAGET (1972), VAIDEANU (1987) (todos citados por Pombo et al., 2006), que afirmam que esta abordagem fomenta uma melhor compreensão da realidade, promovendo aprendizagens significativas nos alunos, contribuindo para que eles encarem as disciplinas sem barreiras, como um todo.

Neste entendimento, Pacheco (2001) admite que a interdisciplinaridade “não rompe com as disciplinas, apenas procura abordar os conteúdos curriculares, a partir da integração ou da visão global das diferentes disciplinas” (p.84). Ela é encarada como “interação das disciplinas, dos seus conceitos e diretrizes, da sua metodologia, das suas informações na organização do ensino” (Azevedo & Andrade, 2007, p.260), cruzando os saberes das diversas disciplinas, combatendo o isolamento entre as mesmas.

Assim sendo, é uma estratégia que o professor pode utilizar no processo de ensino-aprendizagem, indo em sentido oposto ao ensino tradicional em que prevalece a transmissão de conhecimento, concebido em especialidades isoladas. Nesta abordagem pedagógica, o professor deve ter uma atitude reflexiva e aberta à construção de conhecimento, enquadrada numa perspectiva holística e dinâmica.

Segundo Pombo et al. (1993), “a palavra interdisciplinaridade é objeto de significativas flutuações: da simples cooperação de disciplinas ao seu intercâmbio mútuo e integração recíproca ou, ainda, a uma integração capaz de romper a estrutura de cada disciplina e alcançar uma axiomática comum” (p.10). Os autores definem esta forma de integração curricular como uma “prática de ensino que promove o cruzamento dos saberes disciplinares”, com economia de esforços e, até mesmo, uma melhor “gestão de recursos”, com ganhos efetivos na aprendizagem de conteúdos, neste caso, referentes à sexualidade.

A interdisciplinaridade verifica-se com uma maior frequência em vários domínios e níveis de ensino, em particular no 1.º Ciclo do Ensino Básico (CEB), pela iniciativa dos professores que trabalham nas escolas, em regime de monodocência, envolvendo o trabalho em colaboração entre as várias disciplinas (Pombo et al., 1993).

A Educação Sexual desempenha um relevante papel no desenvolvimento do ser humano desde tenra idade. A Lei de Bases do Sistema Educativo, Lei n.º 46/86 de 14 de outubro, no n.º 2 do artigo 50.º (Desenvolvimento curricular), já inclui a Educação Sexual, situando-a na área de Formação Pessoal e Social, sendo esta entendida como uma área transversal (Portugal, Lei n.º 46/1986).

Ao longo das últimas décadas, tem sido reconhecida a necessidade e a importância da Educação Sexual Escolar por entidades internacionais como a UNESCO, a UNICEF ou a ONU e, também, pelo governo português, através da Lei n.º 60/2009, de 6 de agosto, que estabeleceu

o regime de aplicação da Educação Sexual em meio escolar (Portugal, Lei n.º 60/2009).

A World Health Organization, Mental Health Determinants and Populations Team ([WHO, Mental Health Determinants and Populations Team], 2001) definiu sexualidade como

uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e sensualidade; integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e por isso influencia também a nossa saúde física e mental. (p.8)

Esta definição de sexualidade expressa a abrangência da palavra, envolvendo as várias dimensões da sexualidade humana (orgânica, fisiológica, emocional, afetiva, social e cultural). Neste sentido, a Educação para a Saúde pressupõe Educação Sexual e Educação para os Afetos.

A Educação Sexual faz parte da vida de qualquer ser humano e, voluntária ou involuntariamente, a escola é “um lugar onde se constroem saberes e que suscita vivências ao nível afetivo-sexual” (Neves & Ramos, 2014, p.11). Falar de Educação Sexual é “utilizar um conceito global abrangente de sexualidade que inclui a identidade sexual (masculino/feminino), o corpo, as expressões da sexualidade, os afetos, a reprodução e a promoção da saúde sexual e reprodutiva” (Frade et al., 2009, p.15).

Através da Lei n.º 60/2009, de 6 de agosto, a Educação Sexual foi integrada na Educação para a Saúde justamente por obedecer ao mesmo conceito de abordagem com vista à promoção da saúde psicológica, social e física.

Tendo em conta a faixa etária das crianças, os conteúdos a abordar na educação sexual no 1.º e 2.º anos de escolaridade são: “noção de corpo; o corpo em harmonia com a Natureza e o seu ambiente social e cultural; noção de família; diferenças entre rapazes e raparigas; e, por fim, proteção do corpo e noção dos limites, dizendo não às aproximações abusivas” (Portugal,

Portaria n.º 196-A/2010, p. 3).

Na perspetiva de Forreta (2002), muitos receios na lecionação da educação sexual por parte do professor advêm de uma visão meramente reprodutiva da sexualidade, não dando relevância às características das crianças desta faixa etária. O professor deve proporcionar momentos em que se discutam questões colocadas pelas crianças, de forma natural, de modo a esclarecer a criança e a contribuir para a sua formação equilibrada que a levará a ser um cidadão responsável e consciente das suas capacidades.

A dimensão para a cidadania, enunciada no Programa do 1.º CEB (Portugal, Ministério da Educação, Departamento de Educação Básica, 2004), apela à necessidade de “assegurar, em colaboração com as entidades adequadas e designadamente as famílias, a criação de condições próprias: a uma informação correta ao desenvolvimento de valores e atitudes positivas em relação à sexualidade” (p.15).

Tendo em conta o problema, foi formulado o seguinte objetivo geral, analisar a evolução dos conhecimentos dos alunos sobre a sexualidade, pré e pós um programa de sessões de intervenção.

Desenvolvemos um estudo sobre a própria prática, com recurso ao inquérito por questionário e à observação naturalista, abordando, de forma interdisciplinar, três blocos desta temática: hábitos de higiene; diferenças entre o corpo masculino e o feminino; questões de género.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma investigação designada comumente por “qualitative practitioner research” ou investigação sobre a prática. Este tipo de investigação, tal como refere Cardoso (2014, p. 37), visa, sobretudo, compreender a natureza dos problemas que afetam a prática e não tem como objetivo primordial a mudança educativa, “podendo as mudanças ocorrer como consequência e não como propósito inicial de investigação”.

A investigação envolveu um pré-teste e um pós-teste e foi realizada numa turma do 2.º ano de escolaridade do 1.º CEB, de uma escola pública de um agrupamento de escolas do município de Viseu (Portugal). Tratou-se de uma amostra intencional, não probabilística (Pardal & Lopes, 2011), selecionada por razões de ordem prática.

A turma era constituída por 20 alunos, 10 meninas e 10 meninos, com idades compreendidas

entre os 7 e 8 anos, e todos residentes na cidade de Viseu. Os agregados familiares dos alunos eram, maioritariamente, de tipo nuclear (uma só união entre adultos e um só nível de descendência pais e seus filhos), mas havia também alguns de tipo monoparental (família constituída por um progenitor que cohabita com os seus descendentes) e um outro (institucional) (Caniço et al., 2010): catorze alunos moravam com o pai, a mãe, o(s) irmão(s) e em alguns casos avós; cinco alunos moravam apenas com o pai ou com a mãe; uma criança estava institucionalizada no Centro de Acolhimento Temporário (CAT).

Doze alunos tinham irmãos e os oito restantes eram filhos únicos. A idade dos irmãos variava entre os 5 meses e os 25 anos; a idade das mães variava entre os 28 e os 50 anos e a dos pais variava entre os 27 e os 58 anos.

As habilitações académicas dos pais eram bastante diversificadas, variando entre o 6.º ano de escolaridade e o mestrado, tanto no caso das mães, como no caso dos pais. Contudo, uma grande parte das mães possuía o 12.º ano, licenciatura ou mestrado, isto é, um nível relativamente elevado de habilitações académicas, enquanto os pais tinham, comparativamente, menores habilitações académicas, apesar de oito possuírem o 12.º ano ou mais.

Durante a nossa permanência e constante relação com a turma, pudemos constatar que os encarregados de educação contactavam com regularidade a professora titular da turma, manifestando interesse pela evolução dos seus educandos, embora reconhecessem que nem sempre lhes davam o apoio de que precisavam. Demonstravam interesse pelos trabalhos propostos para casa e participavam nas atividades para as quais eram solicitados.

Os encarregados de educação, na generalidade, colaboravam no percurso académico dos seus educandos. Tudo isto acontecia de forma positiva, contribuindo para um processo de ensino-aprendizagem bem-sucedido.

A recolha de dados foi efetuada através de um questionário elaborado para o efeito, bem como através da observação naturalista, que nos permitiu detetar o que os alunos já sabiam acerca da temática e quais as suas dificuldades. Os dados recolhidos, no pré-teste, foram analisados para perceber quais as concepções iniciais dos alunos e, após a lecionação da temática, no pós-teste, voltámos a aplicar o questionário, a fim de verificar a evolução dos conhecimentos.

Para a construção do questionário, recorremos a diversos materiais já existentes alusivos a esta temática. Um desses instrumentos foi o Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar (PRESSE), promovido pela Administração Regional de Saúde do Norte, através do seu Departamento de Saúde Pública, em parceria com a Direção Regional de Educação do Norte. Este programa disponibiliza vários materiais ou Cadernos PRESSE, para apoiar a implementação da Educação Sexual nas escolas de uma forma estruturada e sustentada, envolvendo um

trabalho conjunto entre profissionais de saúde escolar e professores.

Dado que este programa se divide em diversas partes, incidimos apenas numa delas, a que se destina ao 1.º CEB. Este Caderno, segundo o modelo de intervenção do PRESSE, preconiza a abordagem de quatro áreas temáticas: conhecimento e valorização do corpo, identidade sexual e papel de género, relações interpessoais e reprodução humana (Luís et al., 2011).

Partimos, então, destas informações, e indo ao encontro das características da turma em questão, construímos um questionário, subdividido em três blocos: higiene, questões de género e, por fim, o corpo masculino e o corpo feminino, este artigo centra-se nas questões de género e no corpo masculino e feminino.

Após a aplicação do questionário, no pré-teste, procedemos às intervenções e realizámos a observação direta, nomeadamente naturalista, envolvendo notas de campo.

Para a sistematização dos dados quantitativos dos questionários, do pré-teste e do pós-teste, utilizámos a estatística descritiva. As notas de campo registadas ao longo das intervenções foram objeto da análise de conteúdo (Bardin, 2004, p. 31).

Em termos de procedimento, para realizar a investigação, foi solicitada autorização à professora titular de turma, que aceitou de imediato a proposta e reconheceu a pertinência e a necessidade de esta temática ser abordada em sala de aula (Marques, 2016). Com efeito, esta é uma das áreas de intervenção prioritárias no âmbito da Educação para a Saúde, estando assim prevista como sendo obrigatória na Lei n.º 60/2009, de 6 de agosto, que estabelece o regime de aplicação da Educação Sexual em meio escolar.

O pré-teste realizou-se com a aplicação do questionário, com a duração de 40 minutos. Antes do preenchimento explicámos, genericamente, o trabalho de investigação.

Iniciámos a intervenção com a projeção de uma história “A mamã nunca me disse”, de Babette Cole (2003), a qual aborda alguns dos pequenos/grandes segredos da vida, com muito humor. Seguiu-se um diálogo acerca da história e da interpretação oral das imagens que a autora nos apresenta, dando especial relevância ao diapositivo que incide nas diferenças entre os corpos masculino e feminino. Posteriormente, iniciou-se um diálogo acerca dessas diferenças e semelhanças que existem entre meninos e meninas, de forma a se alcançarem algumas conclusões.

Sintetizámos estas informações através da criação de um cartaz, onde refletimos acerca das semelhanças e diferenças entre os corpos masculino e feminino. Seguiu-se a projeção de

um diapositivo referente às diversas orientações sexuais e este possibilitou o questionamento acerca do que é a paixão, gostar, amar, formas de demonstrar amizade, entre outros, e dialogámos de forma a educar para a prevenção de abusos. De modo a melhor se perceberem esses sentimentos, foi solicitado aos alunos que, através da expressão facial, improvisassem alguns sentimentos como: estar apaixonado, estar triste, estar feliz, estar com vergonha, e outros, sugeridos pelos alunos.

Posteriormente, os alunos resolveram uma ficha sobre as diferenças entre o corpo feminino e o corpo masculino de forma a aplicarem os nomes corretos das diferentes partes do corpo. Uma vez que os nomes estavam lembrados, recolhemos dados, os quais foram registados no quadro, acerca das partes que os corpos têm em comum e das partes que têm diferentes. Organizámos, assim, esses dados, através da criação e análise de um Diagrama de Venn.

Alguns dias depois, trabalhámos as Questões de género. Os objetivos desta aula foram desconstruir estereótipos e promover a igualdade de género. Assim, focámos as profissões e as funções inerentes a cada uma delas para tratar aspetos ligados a este assunto.

A intervenção teve início com um jogo de adivinhas. Projetámos imagens de profissões e os alunos tinham de descobrir para que profissão remetia cada uma das imagens e quem a podia desempenhar, surgindo respostas muito curiosas. Seguiu-se a resolução da ficha do manual de Estudo do Meio sobre as profissões e, posteriormente, um jogo dramático, no qual um aluno tinha de tirar um papel de um saco, que continha o nome de uma profissão. Através de gestos, o aluno tinha de levar a turma a adivinhar qual era a profissão. Para resumir a informação, criámos um cartaz onde os alunos tinham de relacionar as profissões aos utensílios utilizados em cada uma delas. Para terminar, os alunos resolveram problemas de Matemática relacionados com as referidas profissões e ouviram uma música relacionada com o tema.

Na semana seguinte à nossa última intervenção, solicitámos o preenchimento do questionário (pós-teste), de forma a analisarmos a evolução das respostas dos alunos, comparando os resultados do pré-teste com os do pós-teste.

RESULTADOS

Nesta secção, apresentam-se os dados respeitantes aos conhecimentos prévios dos alunos (pré-teste) e comparamo-los com os do pós-teste.

Conhecimento do seu corpo - diferenças entre o corpo masculino e o feminino

Tabela 1 – Conhecimento do corpo

Conhecer o corpo	Pré-teste		Pós-teste	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
Conheço bem	9	9	9	8
Conheço mais ao menos	1	1	1	2
Conheço mal	0	0	0	0

Conforme se pode observar na Tabela 1, quase todos os alunos admitiram conhecer bem o seu corpo, em ambas as fases. No entanto, no pré-teste, um aluno que julgava conhecer bem o seu corpo, no pós-teste ficou com dúvidas e já assinalou que conhece o seu corpo mais ou menos. Nenhum aluno assinalou que conhece mal o seu corpo.

Tabela 2 – Gosto pelo corpo

Gostar do corpo	Pré-teste		Pós-teste	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
Gosto muito	9	10	10	10
Gosto mais ao menos	1	0	0	0
Gosto pouco	0	0	0	0
Não gosto	0	0	0	0

Como se constata pela leitura da Tabela 2, no pré-teste, apenas um rapaz admitiu que gosta mais ou menos do seu corpo e todos os outros alunos assinalaram que gostavam muito do seu corpo. No pós-teste, após falarmos sobre o corpo humano, todos os alunos assinalaram que gostavam do seu corpo, respeitando, assim, as suas características e as suas diferenças.

Questionados os alunos acerca das diferenças entre o corpo masculino e feminino, constatou-se que, no pré-teste, oito rapazes e oito raparigas assinalaram que os corpos são diferentes e apenas dois rapazes e duas raparigas assinalaram que não há diferenças. No pós-teste, as respostas mudaram e seis rapazes e seis raparigas admitiram que os corpos são diferentes e quatro rapazes e quatro raparigas assinalaram que não há diferenças entre os corpos.

Aquando da lecionação das diferenças entre o corpo feminino e o corpo masculino, foi

frisado que há diferenças, mas que as semelhanças superam essas diferenças, por exemplo: todos temos braços, pernas, olhos, nariz, boca, umbigo, pés, entre outros. Assim, os alunos que assinalaram que não há diferenças entre os corpos deviam ter pensado nas semelhanças e não nas diferenças, como o pênis, a vagina e o tamanho das mamas.

Todos os alunos que assinalaram que os corpos são diferentes na questão anterior foram convidados a escrever quais eram essas diferenças. Assim, surgiram respostas muito variadas no pré-teste, principalmente por parte dos rapazes. Na Tabela 3, apresentamos os resultados.

Tabela 3 – Diferenças entre o corpo feminino e masculino

Diferenças	Pré-teste		Pós-teste	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
Órgão genital (vagina e pênis)	2	1	10	10
Cabelo	6	4	3	2
Mamas	0	0	2	0
Pestanas	1	0	0	1
Unhas pintadas	1	0	0	0
Furos nas orelhas	1	0	0	0
Sobrancelhas	1	0	2	0
Cara	1	0	0	0
Ter filhos	1	0	0	0
Músculos	1	0	0	0
Dedos diferentes	1	0	0	0
Pernas	0	1	0	0
Altura	0	1	0	0
Olhos	0	0	0	1
Não respostas	5	6	0	1

Aquando da lecionação e do diálogo com os alunos, percebeu-se que estes associam o cabelo comprido à menina e o cabelo curto ao rapaz; as pestanas das mulheres são maiores do que as dos homens; associam também as unhas pintadas e os furos nas orelhas à mulher. Ao homem associam os músculos mais desenvolvidos, traduzindo-se em maior força e rapidez em relação à mulher.

Quatro raparigas revelaram idênticas ideias em relação ao cabelo, associando o cabelo comprido apenas a meninas, assim como assinalaram que as pernas e a altura também são diferentes, variando consoante o sexo.

No pós-teste, assistiu-se a um incremento de respostas não estereotipadas dos alunos em relação às diferenças entre o corpo feminino e o corpo masculino. Assim, todos os rapazes e todas as raparigas já associaram o órgão genital como uma das diferenças, sendo esta a mais notória. Três rapazes e duas raparigas ainda associaram o comprimento do cabelo ao sexo,

ligando o cabelo comprido à menina e o cabelo curto ao menino. Dois rapazes já assinalaram as mamas como uma das diferenças, sendo esta uma das respostas aceitáveis. Ainda se verificou que uma rapariga associou o tamanho das pestanas às diferenças entre o corpo masculino e o feminino e outra assinalou que os olhos são uma das diferenças. As “não respostas” diminuíram consideravelmente, passando de onze no pré-teste para uma no pós-teste.

Tabela 4 – Desenho dos corpos: o que falta

O que falta	Pré-teste		Pós-teste	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
Menina:				
Sobrancelha	5	8	8	8
Boca	8	9	10	8
Mama	9	9	10	8
Órgão genital	3	2	8	5
Menino:				
Sobrancelha	7	7	9	8
Nariz	7	7	8	7
Boca	9	9	10	8
Mama	9	9	9	8
Umbigo	8	9	9	7
Órgão genital	4	2	8	5

Através da leitura da Tabela 4, é possível perceber quais as ideias prévias que os rapazes tinham em relação ao seu corpo e ao corpo da rapariga e também as que as raparigas tinham em relação ao seu corpo e ao corpo dos rapazes.

Assim, no pré-teste, verificou-se que mais rapazes desenharam as partes constituintes do seu corpo. No entanto, também desenharam algumas partes do corpo da menina, sendo que mais rapazes desenharam as mamas e a boca e apenas três desenharam o órgão genital da menina. Já no que ao corpo do rapaz diz respeito, os rapazes desenharam satisfatoriamente as partes que faltavam no desenho do corpo do menino, mas menos de metade (quatro) desenharam o seu órgão genital. As raparigas desenharam satisfatoriamente as partes do seu corpo e as partes do corpo masculino, no entanto, apenas duas desenharam o órgão genital feminino e o masculino.

No pós-teste, constatou-se uma melhoria nos resultados, uma vez que tanto as raparigas como os rapazes desenharam as partes que faltavam nos desenhos dos corpos e verificou-se que mais alunos já assinalaram o órgão genital feminino e o masculino. Neste ponto, os dados dos rapazes foram mais satisfatórios, dado que oito desenharam essa parte do corpo e apenas cinco meninas o fizeram, correspondendo assim a metade das mesmas.

Todos os alunos, no pré-teste, se consideraram bonitos(as) e, no pós-teste, com exceção

de um rapaz, a restante turma continuou a considerar-se bonito(a), assinalando também que gostava de ser como é. A grande maioria dos alunos, em ambas as fases, não mudava nada no seu corpo.

Tabela 5 – Completar frases relativas ao corpo (n.º de partes)

Frases:	Pré-teste		Pós-teste		
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	
O corpo divide-se em (partes):	Duas	1	3	0	1
	Três	6	5	9	9
	Quatro	1	1	0	0
	Sete	0	0	1	0
	Dez	1	0	0	0

A Tabela 5 apresenta os dados relativos ao completar de frases por parte dos alunos. A primeira frase era “o corpo divide-se em _____ partes”. A resposta desejada seria “três”.

No pré-teste, a maioria dos rapazes (seis), respondeu satisfatoriamente. Outras respostas assinaladas, incorretamente, foram “duas”, “quatro” e “dez”. Metade das raparigas respondeu corretamente a esta questão. Ainda assim se verificaram respostas incorretas como “duas” e “quatro” partes. No pós-teste, o número de questões assinaladas corretamente foi mais elevado e assim nove rapazes e nove raparigas assinalaram “três” partes e apenas um rapaz e uma rapariga responderam de forma insatisfatória.

Tabela 6 – Completar frases relativas ao corpo (identificação das partes do corpo)

Frases:	Pré-teste		Pós-teste		
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	
As partes do corpo são:	Cabeça	6	5	9	8
	Tronco	6	4	7	9
	Orelhas	1	0	0	0
	Braços	1	2	0	0
	Pernas	2	0	0	0
	Crânio	1	0	0	0
	Olhos	1	1	1	0
	Ouvidos	1	0	0	0
	Músculos	0	1	0	0
	Mãos	0	2	1	0
	Cara	0	0	0	1
	Ombros	0	0	0	1
	Cabelo	0	0	1	0
	Pescoço	0	0	1	0

Era também pedido aos alunos que identificassem quais as partes. A parte “membros” já se encontrava no enunciado e, assim, os alunos tinham de escrever cabeça e tronco (cf. Tabela 6).

No pré-teste, as respostas dos alunos foram mais satisfatórias, comparativamente à das raparigas, uma vez que seis escreveram as duas partes corretamente. Surgiram ainda algumas respostas insatisfatórias como orelhas, braços, pernas, crânio, olhos e ouvidos. Metade das raparigas (cinco) assinalou a cabeça e menos de metade (quatro) assinalou o tronco. Surgiram respostas incorretas como braços, olhos, músculos e mãos.

No pós-teste, as respostas dos rapazes e as das raparigas foram mais ao encontro do pretendido: nove rapazes escreveram cabeça e sete tronco. Oito das dez raparigas escreveram cabeça e nove tronco. Ainda assim, nesta fase, surgiram respostas incorretas, como olhos, mãos, cabelo, pescoço, cara e ombros.

Tabela 7 – Completar frases relativas ao corpo (identificação dos órgãos genitais)

Frases:	Pré-teste		Pós-teste		
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	
Órgão genital da menina é:	Feminino	2	1	0	1
	Fagina	1	0	0	0
	Bibi	1	0	0	0
	Anca	1	0	0	0
	Mama	0	0	1	0
	Pipi	1	3	3	1
	Vagina	0	1	6	8
Órgão genital do menino é:	Masculino	2	1	0	1
	Pénis	2	1	6	8
	Peito	1	0	0	0
	Pila	2	3	4	1

Era ainda solicitado que os alunos escrevessem qual o nome do órgão genital feminino e do órgão genital masculino (cf. Tabela 7). Relativamente ao primeiro, no pré-teste, as respostas dos rapazes não foram satisfatórias uma vez que nenhum escreveu vagina e quatro nem responderam à questão. Escreveram outros nomes como feminino, fagina, bibi, anca e pipi. Uma rapariga escreveu corretamente o nome do órgão genital feminino, uma escreveu feminino, três pipi e metade das raparigas (cinco) não respondeu à questão.

No pós-teste, as respostas foram mais satisfatórias: seis rapazes e oito raparigas escreveram corretamente o nome do órgão genital feminino. Ainda assim quatro rapazes e duas raparigas não responderam corretamente à questão.

Era também solicitado que os alunos escrevessem o nome do órgão genital masculino. No pré-teste, dois rapazes e uma rapariga escreveram corretamente o nome, tendo surgido respostas incorretas, como masculino, peito e pila, por parte dos rapazes e masculino e pila, por parte das raparigas. No pós-teste, as respostas foram mais satisfatórias: seis dos dez rapazes escreveram o nome corretamente e oito das dez raparigas também. Ainda assim quatro rapazes escreveram pila, uma rapariga escreveu masculino e, por fim, uma rapariga escreveu pila.

Aquando da leção da temática, percebemos que os alunos não sabiam que pila é o mesmo que pénis, mas pila é um diminutivo que frequentemente as crianças utilizam, embora o termo pénis seja o termo correto.

Questões de género

Tabela 8 – Objetos que usam nas atividades de tempos livres

Objetos que usam nas atividades de tempos livres	Pré-teste		Pós-teste	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
Livros	7	9	7	8
Bola	7	2	6	1
Carros	3	0	2	0
Bonecas	0	6	0	3
Maquilhagem	0	3	0	4
PlayStation	6	4	7	3

No que concerne aos objetos que os alunos usam nas atividades de tempos livres, analisando a Tabela 8, verifica-se que os objetos preferidos dos rapazes nas suas brincadeiras são os livros e a bola, seguidos da *PlayStation*. O mesmo se verifica no pós-teste, dado que sete rapazes assinalaram os livros, seis a bola e sete a *PlayStation*. Tanto no pré-teste como no pós-teste nenhum rapaz assinalou as respostas bonecas e maquilhagem, indiciando, assim, que que podem ser considerados objetos para raparigas.

Por outro lado, no pré-teste, as raparigas afirmaram preferir os livros nas suas atividades, o que também acontece no pós-teste. Estas admitem também que não usam carros nas suas brincadeiras. Os objetos mais usados nas atividades de tempos livres, tanto pelos rapazes como pelas raparigas, são os livros e a *PlayStation*.

Tabela 9 – Atividades de meninas e/ou atividades de meninos

Atividades que os meninos e as meninas podem fazer	Pré-teste				Pós-teste			
	Masc.		Fem.		Masc.		Fem.	
	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.
Brincar	10	10	10	9	10	10	10	10
Chorar	6	5	7	7	10	9	10	10
Correr	5	10	7	10	9	10	10	10
Saltar à corda	10	4	10	6	10	9	10	9
Nadar	9	10	9	10	10	10	10	10
Subir às árvores	2	8	2	8	8	10	7	9
Jogar à bola	5	10	2	9	8	10	7	10
Amar	10	6	9	7	10	9	10	10

Analisando a Tabela 9, correspondente às atividades de meninas e/ou meninos, podemos constatar que, com a exceção de uma menina no pré-teste, todos os meninos e todas as meninas assinalaram que ambos os sexos podem **brincar**.

No que ao **chorar** diz respeito, no pré-teste, seis meninos assinalaram que as meninas podem chorar e metade (cinco) assinalaram que os meninos também podem chorar. Por outro lado, quanto às respostas das meninas, sete assinalaram que os meninos podem chorar e igual número assinalou que as meninas também podem chorar. No pós-teste, verificou-se uma evolução satisfatória e, assim, com exceção de um menino que assinalou que os rapazes não podem chorar, todas as outras respostas admitem que ambos os sexos têm o direito de chorar.

Relativamente ao **correr**, no pré-teste, todos os rapazes assinalaram que os indivíduos do sexo masculino podem correr e metade (cinco) assinalou que as raparigas também podem desempenhar esta atividade física. As raparigas assinalaram, assim como os rapazes, que todos os indivíduos do sexo masculino podem correr e apenas sete assinalaram que os indivíduos do sexo feminino também podem correr. No pós-teste, verifica-se uma evolução nas ideias dos(as) alunos(as) e, assim, com exceção de um rapaz que assinalou que as meninas não podem correr, todos(as) os(as) outros(as) assinalaram que os indivíduos de ambos os sexos podem correr.

No **saltar à corda** verifica-se que todos tinham a ideia de que isso era uma atividade para as meninas, dado que, no pré-teste, todos os rapazes e todas as raparigas assinalaram que as meninas podem saltar à corda. No pós-teste, isso também se verificou, no entanto, já se assiste a uma evolução das ideias dado que quase todos os rapazes (nove) e quase todas as raparigas (nove) pensam que os meninos também podem saltar à corda.

Tanto os rapazes como as raparigas, no pré-teste, assinalaram que todos os rapazes podem **nadar**, assim como quase todas as raparigas (nove). No pós-teste todos os rapazes e todas as raparigas assinalaram que os meninos e as meninas podem nadar.

A atividade menos assinalada foi **subir às árvores**, uma vez que os alunos veem esta atividade

como sendo perigosa e não se deve fazer. No entanto, do pré-teste para o pós-teste, verificou-se que tanto os rapazes como as raparigas já começaram a perceber que essa atividade pode ser realizada tanto por rapazes, como por raparigas, no entanto, verifica-se que assumem que essa é uma atividade mais virada para o sexo masculino, acontecendo o mesmo com o **jogar à bola**.

Por fim, no que se refere ao **amar**, no pré-teste, tanto os rapazes como as raparigas assinalaram que os indivíduos do sexo feminino têm mais direito a amar do que os do sexo masculino. No pós-teste, verificou-se uma mudança nas ideias de todos os(as) alunos(as) uma vez que, com a exceção de um rapaz que assinalou que as meninas não podem amar, todos(as) os(as) outros(as) assinalaram que os indivíduos de ambos os sexos podem amar.

Tabela 10 – Ligar as profissões ao género

Género Profissões	Pré-teste						Pós-teste					
	Masculino			Feminino			Masculino			Feminino		
	Fem.	Masc.	Fem. Masc.	Fem.	Masc.	Fem. Masc.	Fem.	Masc.	Fem. Masc.	Fem.	Masc.	Fem. Masc.
Médico	0	5	4	1	2	6	0	1	9	0	2	8
Professor	1	4	5	2	3	2	1	0	9	1	1	8
Taxista	3	5	2	2	4	2	0	2	8	1	1	8
Psicóloga	3	3	4	5	0	2	2	1	7	2	0	8
Bombeiro	0	7	2	1	4	2	1	2	7	0	2	8
Modelo	7	1	1	6	0	2	8	0	2	3	0	7
Bailarina	9	0	0	9	0	0	7	0	3	2	0	8
Camionista	1	3	6	0	7	2	0	5	5	0	2	8
Cozinheira	6	1	2	2	0	4	3	0	7	0	0	10
Bibliotecária	3	1	5	4	0	5	2	0	8	1	0	9
Agricultor	0	6	3	0	3	4	0	3	7	0	1	9
Doméstica	7	0	2	3	0	4	2	0	8	1	0	9

No pós-teste, as respostas modificaram-se e, assim, com exceção de um rapaz e de duas raparigas que assinalaram que ser médico é profissão de homens, toda a restante turma assinalou que esta é uma profissão unissexo.

Quanto a ser **professor**, metade dos rapazes assinalou que esta é uma profissão unissexo, quatro pensam que esta é para homens e um rapaz ligou esta profissão ao sexo feminino. Apenas duas raparigas veem esta profissão como sendo unissexo, três ligaram-na ao sexo masculino e duas veem-na como sendo apenas desempenhada por mulheres.

No pós-teste, nove rapazes e oito raparigas mencionaram que ser professor é uma profissão que pode ser desempenhada por ambos os géneros; ainda assim, três alunos ligaram esta profissão apenas a um dos géneros.

Metade dos rapazes (cinco) assinalou que a profissão **taxista** é para ser desempenhada por homens, três julgavam ser apenas desempenhada por mulheres, e apenas dois rapazes assinalaram esta como uma profissão que pode ser desempenhada por ambos os géneros. Quatro raparigas assinalaram que esta profissão é para ser desempenhada por homens; e duas assinalaram que esta pode ser desempenhada só por mulheres, ou por ambos os géneros.

No pós-teste, oito rapazes e oito raparigas assinalaram que taxista é uma profissão que pode ser desempenhada por ambos os géneros; três alunos (dois rapazes e uma rapariga) pensam que esta é uma profissão apenas para ser desempenhada por homens e uma rapariga ligou esta profissão ao sexo feminino.

Psicóloga(o) é uma profissão que, no pré-teste, as raparigas assinalaram maioritariamente (cinco) que poderia ser exercida por mulheres e três rapazes assinalaram a mesma resposta. Quatro rapazes e duas raparigas assinalaram a resposta desejada, isto é, que a profissão psicóloga(o) pode ser exercida por ambos os géneros. Três dos dez rapazes referiram que esta profissão apenas poderia ser exercida por homens.

No pós-teste, as suas ideias prévias em relação a esta profissão mudaram e, assim, sete rapazes e oito raparigas, isto é, a maioria dos rapazes e das raparigas já assinalaram que esta é uma profissão que pode ser exercida tanto por homens como por mulheres. Ainda assim, dois rapazes e duas raparigas julgaram que apenas podia ser exercida por mulheres e um rapaz defendeu que apenas podia ser exercida por homens.

No que à profissão **bombeiro** diz respeito, no pré-teste, a maioria das respostas dos rapazes (sete) e das raparigas (quatro) referiu que bombeiro é uma profissão que apenas poderá ser exercida por homens. Uma rapariga assinalou que esta profissão apenas poderá ser exercida por mulheres. A resposta expectável seria que a profissão bombeiro pode ser exercida por homens e mulheres, sendo esta assinalada por dois rapazes e duas raparigas.

No pós-teste, as ideias iniciais dos alunos mudaram e, assim, sete rapazes e oito raparigas assinalaram que esta profissão pode ser exercida por ambos os sexos, sendo esta a resposta pretendida. Dois rapazes e duas raparigas continuaram a defender que esta profissão deve ser apenas exercida por homens e um rapaz assinalou que apenas pode ser exercida por mulheres.

Modelo é uma profissão que, em ambas as fases, os rapazes ligaram mais às mulheres. No pré-teste, sete rapazes e seis raparigas assinalaram que esta é uma profissão apenas de mulheres, e um rapaz assinalou que pode ser exercida por homens. Apenas um rapaz e duas raparigas assinalaram que a profissão modelo pode ser exercida tanto por homens como por mulheres.

No pós-teste, estas ideias iniciais mudaram sobretudo por parte das raparigas. Os rapazes continuaram a relacionar a profissão modelo às mulheres e, assim, oito dos dez rapazes, assinalaram-na como tal. Três raparigas assinalaram essa mesma opção. Nenhum rapaz e nenhuma rapariga referiu que esta profissão apenas pode ser exercida por homens.

Na profissão **bailarina**, no pré-teste, nove rapazes e nove raparigas assinalaram-na como sendo uma profissão apenas para mulheres.

No pós-teste, assistimos a uma mudança de ideias e três rapazes já assinalaram que esta é uma profissão unissexo; contudo, ainda verificamos que sete rapazes ligaram esta profissão ao género feminino. Oito raparigas assinalaram a profissão bailarina como devendo ser desempenhada pelos dois géneros, mas duas raparigas ainda associaram esta profissão às mulheres.

A profissão **camionista**, no pré-teste, nas respostas dos rapazes, foi relacionada com ambos os géneros, sendo que seis rapazes a assinalaram como sendo exercida por mulheres e por homens. Apenas duas raparigas assinalaram essa mesma opção. Um rapaz indicou que esta é uma profissão que apenas pode ser exercida por mulheres. Três rapazes e sete raparigas assinalaram que esta é uma profissão que apenas pode ser exercida por homens.

No pós-teste, metade dos rapazes (cinco) continuou a assinalar que esta é uma profissão para homens e a outra metade referiu que ela pode ser exercida por homens e por mulheres. Oito das dez raparigas responderam satisfatoriamente a esta questão e indicaram que a profissão camionista pode ser exercida por ambos os géneros. Apenas duas raparigas assinalaram que esta profissão só pode ser exercida por homens.

Relativamente à profissão **cozinheiro(a)**, no pré-teste, os rapazes relacionaram-na com as mulheres e, assim, seis assinalaram que esta é uma profissão que só pode ser exercida por mulheres. Já nas respostas das raparigas isso não aconteceu dado que apenas duas assinalaram essa opção. Apenas um rapaz indicou que esta é uma profissão que apenas pode ser exercida por homens. Seis alunos, dois rapazes e quatro raparigas, responderam satisfatoriamente à questão e assinalaram que a profissão supracitada pode ser exercida por ambos os géneros.

No pós-teste, as respostas foram mais satisfatórias e, assim, sete rapazes e todas as raparigas assinalaram que esta é uma profissão que pode ser exercida por homens e por mulheres. Ainda assim, três rapazes relacionaram a profissão de cozinheiro como uma atividade só para as mulheres.

Bibliotecária(o) foi a profissão em que inicialmente mais alunos assinalaram que pode ser exercida por homens e por mulheres. Ao todo, temos dez respostas, cinco de rapazes e cinco de

raparigas, que a assinalaram como tal. Ainda assim, três rapazes e quatro raparigas relacionaram esta profissão como uma atividade para mulheres.

No pós-teste, as respostas foram mais satisfatórias e oito rapazes e nove raparigas assinalaram que esta é uma profissão que pode ser exercida por homens e por mulheres. Ainda assim dois rapazes e uma rapariga relacionaram-na apenas com atividades que só a mulher pode exercer, excluindo assim a possibilidade dos homens a realizarem.

A profissão **agricultor** foi inicialmente relacionada com o género masculino, segundo as respostas dos rapazes. Assim, seis rapazes assinalaram que esta profissão apenas pode ser exercida por homens. Três das sete raparigas que responderam à questão também a indicaram como tal. Nenhum aluno a identificou como sendo uma atividade que apenas pode ser exercida por mulheres. Sete alunos, três rapazes e quatro raparigas, assinalaram a resposta desejada, isto é, que ser agricultor é uma profissão que pode ser exercida por homens e por mulheres.

No pós-teste, algumas das ideias iniciais alteraram-se e, assim, sete rapazes e nove raparigas já indicaram que essa atividade pode ser exercida por ambos os géneros. Ainda assim três rapazes e uma rapariga a assinalaram como podendo apenas ser exercida por homens, provavelmente por relacionarem esta atividade com a força física.

A profissão **doméstica(o)**, no pré-teste, foi maioritariamente atribuída às mulheres, isto de acordo com as respostas dos rapazes. Sete rapazes e três raparigas assinalaram-na como tal. Nenhum aluno a relacionou apenas com o género masculino. Apenas seis alunos, dois rapazes e quatro raparigas, referiram que esta atividade pode ser desempenhada por ambos os géneros, sendo esta a resposta desejada.

No pós-teste, as respostas foram mais satisfatórias e, assim, oito rapazes e nove raparigas já referiram que esta ocupação pode ser exercida por homens e por mulheres, mudando, assim, as suas ideias iniciais. Ainda assim, três alunos, dois rapazes e uma rapariga, continuaram a ligar esta profissão ao género feminino.

DISCUSSÃO DOS DADOS

Ao tomarmos a prática interdisciplinar como fundamental no contexto do 1.º CEB, debruçámo-nos sobre a mesma ao longo das nossas intervenções, quer teórica, quer empiricamente. Conseguimos abordar a temática da Educação Sexual sob esta perspetiva e sem artificialidade, interligando os seus conteúdos com os “da Língua Portuguesa, do Estudo do Meio, da Matemática e das Expressões” (Portugal, Ministério da Educação & Ministério da Saúde, 2000, p.72). Conseguimos, também, combinar os saberes entre as disciplinas e demonstrar que

a interdisciplinaridade “não rompe com as disciplinas, apenas procura abordar os conteúdos curriculares a partir da integração ou da visão global das diferentes disciplinas” (Pacheco, 2001, p.84).

O interesse dos alunos foi, em grande medida, uma motivação para nós e o reconhecimento de que este trabalho foi importante, contribuindo para a promoção de um estilo de vida saudável e para a melhoria no relacionamento afetivo das crianças. Enriquecemos os conhecimentos dos alunos nesta área, os quais eram escassos, sobretudo no bloco sobre o corpo humano – diferenças entre o corpo masculino e o corpo feminino. Na terceira e última intervenção, ficámos com a convicção de que precisávamos de mais tempo letivo para abordarmos outros assuntos relacionados com a sexualidade, devido ao interesse que os alunos demonstraram ao longo das sessões. Com efeito, esta temática é muito abrangente, envolvendo a procura de “amor, contato, ternura e sensualidade; integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; (...) influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e por isso influencia também a nossa saúde física e mental” (WHO, Mental Health Determinants and Populations Team, 2001).. A sua lecionação é encarada com receios que, muitas vezes, “advêm de uma visão meramente reprodutiva da sexualidade” (Forreta, 2002), o que não corresponde à realidade.

Todos os conhecimentos prévios dos alunos foram respeitados, tal como é defendido por Neves e Ramos (2014), quando referem que é importante “perceber o que é conhecido, corrigir o que foi incorretamente compreendido e acrescentar os conteúdos em falta” (p.9). Notam ainda que “sem uma informação correta, discutida e atualizada em diversos contextos, aumenta a possibilidade de comportamentos de risco” (p.9). Assim, e partindo dos conhecimentos prévios dos alunos, discutimos os mesmos de forma a chegarmos a conclusões, promovendo um ensino mais interativo e aprendizagens significativas por parte dos alunos.

Esta foi uma maneira de transmitir mais confiança à turma de forma a esta se sentir mais confortável em falar sobre o assunto e em procurar a professora. Como alegam Neves e Ramos (2014), é através do modo como o professor lida com estas questões que “um adolescente se poderá sentir mais confortável em procurá-lo para pedir ajuda para algum problema que tenha” (p.8), daí a necessidade de confiança e partilha entre professor e alunos.

Analisando e discutindo os dados recolhidos no Conhecimento do seu corpo- diferenças entre o corpo masculino e o feminino, verificámos mudanças nas respostas dos alunos. Este bloco foi o que, inicialmente, nos causou mais inquietação devido ao facto dos conhecimentos dos alunos, serem escassos. No entanto, como alega Werebe (1998), a Educação Sexual deve ser encarada com naturalidade, sem omissão ou repressão, para que seja considerada uma forma positiva de educação, no sentido de proporcionar ao aluno uma informação correta sobre a sexualidade e permitir que ele se torne participante ativo na construção do conhecimento de si e do mundo que o rodeia.

A maior parte dos alunos admitiu conhecer e gostar muito do seu corpo, tanto no pré-teste como no pós-teste. Assinalaram também que os corpos das meninas são diferentes dos corpos dos meninos, no entanto, ao referir quais as diferenças, no pré-teste, a principal diferença assinalada foi o “cabelo”. Um rapaz assinalou que as pestanas eram uma das diferenças e esta resposta persistiu aquando da lecionação desta temática. Ao ser questionado sobre a sua escolha, e comparando, as pestanas das meninas e dos meninos da turma, ele mencionou que as pestanas da mãe eram maiores do que as do pai e do que as dele, isto porque ela punha “uma coisa”. Assim, percebemos que o aluno em questão via a mãe a pôr rímel nas pestanas e, por isso, eram maiores do que as dele e do que as do pai, o que levava a pensar que as pestanas das mulheres e as dos homens são uma das diferenças a considerar. Estes resultados são convergentes com os de Fernandes (2009): os aspetos físicos são primeiramente apontados para distinguir os géneros, sendo, neste caso, o cabelo e as pestanas.

No pós-teste, já se verificou uma mudança muito expressiva nos resultados, uma vez que todos os alunos conseguiram identificar a principal diferença: o órgão genital, sendo este o objetivo. É importante que os alunos conheçam o seu corpo porque só “uma informação correta sobre os factos sexuais, pode certamente ajudar a modificar certas atitudes e representações” (Werebe, 1977, p.26). O conhecimento do seu corpo e o respeito por ele é o iniciar de uma adequada sexualidade, onde se formam atitudes e crenças acerca da mesma. O corpo é “o lugar de muitas (...) mudanças – este corpo vai, progressivamente, adquirindo características de adulto e perdendo os traços de criança” (Neves & Ramos, 2014, p.6).

No desenho do corpo masculino e do corpo feminino também houve uma evolução assinalável e, no pós-teste, os alunos identificaram com mais facilidade quais eram as partes constituintes de cada um dos corpos, dando mais relevância ao órgão genital. É importante que os alunos “construam o ‘Eu em relação’ através de um melhor conhecimento do seu corpo” (Portugal, Ministério da Educação & Ministério da Saúde, 2000, p.66), de forma a se auto valorizarem e se sentirem seguros e encorajados a fazer as suas escolhas, informadas e conscientes.

Todos os alunos, no pré-teste, se consideraram bonitos(as) e, no pós-teste, com exceção de um rapaz, a restante turma continuou a considerar-se bonito(a), assinalando também que gostava de ser como é. A maior parte dos alunos, em ambas as fases não mudavam nada no seu corpo, mas cinco alunos (três rapazes e duas raparigas), no pré-teste, e cinco alunos (dois rapazes e três raparigas), no pós-teste, mudavam alguma coisa no seu corpo. O que mais mencionaram, no pré-teste e no pós-teste, foi o cabelo. A escola deve ajudar os alunos a “descobrirem a importância do seu próprio corpo, da sexualidade, do respeito pelo próprio corpo e pelo corpo do outro, a aceitar a sua identidade, a riqueza da sexualidade e a sua influência na nossa vida” (Calado, 2011, p.33). Assim, a valorização do corpo e o respeito pelas diferenças é fundamental para uma sexualidade saudável.

No exercício de completar as frases, verificámos que houve uma mudança significativa do pré-

teste para o pós-teste, sendo que, no pós-teste, a maioria da turma assinalou que o corpo se divide em três partes (dezoito alunos), sendo estas a cabeça (dezassete alunos), o tronco (dezasseis alunos) e os membros, já assinalados no questionário. No pré-teste, a maior parte dos alunos, quatro (um rapaz e três raparigas) assinalaram que o nome do órgão genital da menina é o “pipi” e cinco alunos (dois rapazes e três raparigas) assinalaram que o nome do órgão genital do menino é a “pila”. Ainda assim, no pré-teste, uma rapariga mencionou o nome correto do órgão genital feminino e dois rapazes e uma rapariga mencionaram o nome correto do órgão genital masculino. No pós-teste, a maior parte dos alunos (catorze) mencionaram os nomes corretos dos órgãos genitais, masculino e feminino, sendo esta uma evolução notória e positiva. Neves e Ramos (2014) afirmam que “desde cedo as crianças são levadas a utilizar termos alternativos para denominar partes do corpo” (p.9), razão pela qual é necessário abordar a sexualidade no 1.º CEB.

Foi neste bloco que mais notas de campo recolhemos, devido à curiosidade e ao envolvimento dos alunos ao longo de toda a sessão e em todas as atividades. As intervenções dos alunos foram escutadas e discutidas, quando pertinentes, sendo, assim, o professor um “mediador da aprendizagem” (Bonatto et al., 2012, p.5). Desta forma, os alunos tiveram um papel ativo no processo de ensino-aprendizagem.

A dada altura da intervenção, uma aluna pediu para interromper e disse: “eu já sei como nascem os filhos! Nasce uma semente na barriga da mãe, a mulher vai crescendo e a semente também. Eu já perguntei mais coisas aos meus pais, mas eles dizem que sou muito nova para falarem sobre isso”. Aqui, percebemos que precisávamos de muito mais tempo para podermos falar acerca deste assunto. No entanto, não pudemos avançar mais nesta investigação, uma vez que o tempo era reduzido e tínhamos de definir prioridades, optando assim pelos blocos selecionados como mais relevantes para estas idades.

Quando questionámos os alunos acerca dos nomes do órgão genital feminino e masculino, a reação foi de vergonha, sorrisos e uma aluna disse mesmo, “eu sei como se chamam, mas tenho vergonha de dizer!”. Aí, demos uma ajuda e dissemos nós os nomes corretos: vagina e pénis. A partir desse momento, os alunos sentiram-se mais à vontade e questionaram o que era o pénis e a vagina, não associando que a “pila” é o pénis e o “pipi” é a vagina. Como pudemos constatar, os nomes alternativos são, muitas vezes, tidos como “reais” e os nomes corretos são substituídos por estes.

Posteriormente, na construção do cartaz, os alunos já identificaram as partes do corpo masculino e feminino, sem vergonha, encarando o tema com naturalidade. Na verdade, a conceção de sexualidade da criança “depende, em muito, da educação

sexual do professor”, o qual deve criar um conceito positivo da mesma (Neves & Ramos, 2014, p.10). Os alunos alegaram também já ter visto homossexuais em filmes e novelas, mas não conheciam ninguém. Duas das finalidades presentes na Lei n.º 60/2009, de 6 de agosto são “o respeito pela diferença entre as pessoas e pelas diferentes orientações sexuais” e “a eliminação de comportamentos baseados na discriminação sexual, ou na violência em função do sexo ou orientação sexual” (p. 5097). Trabalhámos nesse sentido e, inicialmente, verificou-se que a maioria se riu e até sentiu repulsa por esta realidade, que devemos respeitar e encarar com naturalidade. Após dialogarmos em grande grupo sobre este assunto e acerca de sentimentos relativos ao mesmo, chegámos à conclusão que ninguém escolhe de quem gosta e que devemos respeitar a orientação sexual de cada pessoa.

Aquando do pré-teste, um aluno perguntou “o que é amar?”. Isto levou-nos a pensar que aquele aluno não tinha convivido anteriormente com o termo amar, apesar de se verificar depois que sabia o que é gostar muito. Ao falarmos de sentimentos, tentámos explicar o que é amar e quem tem direito a amar, chegando à conclusão de que todas as pessoas têm o direito de amar e que existem diversas formas de demonstrar amor, tal como sugeriram: marcar encontros, perguntar se está tudo bem, preocuparmo-nos com a pessoa, dar abraços e beijinhos, e brincar com essa pessoa. Expressar opiniões e sentimentos pessoais é uma competência que, segundo as linhas orientadoras da Educação Sexual em Meio Escolar (Portugal, Ministério da Educação & Ministério da Saúde, 2000), se deve desenvolver e adquirir.

Nas Questões de género, verificámos que existem ideias pré-concebidas que, mesmo após a intervenção prática, não mudaram, como por exemplo, a ideia de associar os carros aos meninos e as bonecas e a maquilhagem às meninas. Neves e Ramos (2014) assumem que, mesmo nas famílias em que não se fala sobre este tema, “as questões associadas aos papéis de género, ou seja, as tarefas que são consideradas como sendo da responsabilidade dos homens e das mulheres, a expressão dos afetos, de entre muitas outras questões, são fornecidas logo com o leite materno” (p.7). Cabe à escola ajudar e apoiar a mudança de mentalidades e a desconstrução de estereótipos.

Em relação às atividades por género, verificámos que houve uma mudança significativa do pré-teste para o pós-teste, uma vez que a turma passou a relacionar as atividades apresentadas, com ambos os géneros, desconstruindo assim estereótipos existentes. As linhas orientadoras da Educação Sexual em Meio Escolar (Portugal, Ministério da Educação & Ministério da Saúde, 2000) enunciam dois objetivos que vão ao encontro do referido, sendo eles: “aumentar e consolidar os seus conhecimentos acerca dos fenómenos de discriminação social baseada nos papéis de género” (p.67) e “desenvolver atitudes de reflexão face aos papéis de género” (p.68).

A ideia de que só as meninas é que podem brincar com bonecas foi um dos

estereótipos que desconstruímos, tendo verificado que, no pré-teste, metade da turma concordava com esta afirmação e, no pós-teste, a maioria da turma discordava da mesma. As atividades domésticas são frequentemente relacionadas com as mulheres, mas verificámos que tanto os rapazes com as raparigas, no pré-teste e no pós-teste, assumiram que ajudam na sua realização.

Quando falámos nas profissões, os alunos demonstraram conhecimentos acerca das mesmas, das suas funções e dos objetos relacionados com cada uma delas. Ainda assim, no pré-teste, associaram diversas profissões apenas ao género masculino e outras ao género feminino. Profissões como bombeiro, camionista e agricultor foram mais relacionadas com o género masculino e profissões como modelo, bailarina, bibliotecária e doméstica foram mais associadas ao género feminino. De referir que a pessoa que trabalhava na biblioteca da escola é do género feminino e, provavelmente, por isso é que os alunos associaram a profissão bibliotecária ao género feminino.

Essas conceções mudaram e, no pós-teste, as respostas foram mais satisfatórias, verificando-se que todas as profissões podem ser desempenhadas tanto por homens como por mulheres, no entanto devemos referir que ao colocar especificamente algumas profissões como ligadas ao género feminino e outras ao masculino poderemos estar a induzir as respostas o que pode configurar uma limitação do estudo. Com efeito, segundo Barata et al. (2008), é importante desenvolvermos ações de sensibilização, pois estas permitem aumentar a motivação da comunidade e melhorar os níveis de conhecimento acerca desta temática. Em suma, abordar a saúde na escola é fundamental.

CONCLUSÃO

No que concerne ao grau de conhecimento prévio dos alunos sobre a sexualidade, apurámos que, em relação ao Conhecimento do seu corpo- diferenças entre o corpo masculino e o feminino, a maior parte dos alunos admitiu conhecer e gostar muito do seu corpo. Admitiu ainda que os corpos das meninas e dos meninos são diferentes; no entanto, não souberam assinalar quais eram essas diferenças. A maior parte dos alunos não foi capaz de referir os nomes cientificamente corretos do órgão genital feminino, nem do órgão genital masculino.

No que respeita às Questões de género, os alunos revelaram alguns estereótipos. Quando abordámos as profissões, os alunos demonstraram conhecimentos acerca das mesmas, das suas funções e dos objetos relacionados com cada uma delas. Ainda assim, associaram diversas profissões apenas ao género masculino (agricultor, bombeiro e camionista) e outras ao género feminino (modelo, bailarina e bibliotecária).

Neste sentido, a evolução dos conhecimentos dos alunos sobre a sexualidade,

após as sessões de intervenção constatámos que, em relação ao Conhecimento do seu corpo - diferenças entre o corpo masculino, e o feminino, se verificaram mudanças expressivas nas respostas dos alunos, uma vez que todos eles conseguiram identificar a principal diferença: o órgão genital. No desenho do corpo masculino e do corpo feminino, também houve uma evolução assinalável, tendo os alunos identificado, com mais facilidade, quais eram as partes do corpo. A maioria dos alunos mencionou os nomes corretos dos órgãos genitais, masculino e feminino, sendo esta uma evolução acentuada e positiva.

No que toca às Questões de género, verificámos que existem ideias pré-concebidas que, mesmo após a lecionação deste bloco, não mudaram, como por exemplo, a ideia de associar os carros aos meninos e as bonecas e a maquilhagem às meninas. No que concerne às atividades que cada género pode realizar, verificámos que houve uma mudança significativa, uma vez que a turma passou a relacionar as atividades apresentadas com ambos os géneros, desconstruindo-se, assim, alguns estereótipos existentes. A ideia de que só as meninas é que podem brincar com bonecas foi um dos estereótipos que desconstruímos.

Identificar as principais dificuldades na abordagem pedagógica da Educação Sexual no 1.º CEB foi também um objetivo deste trabalho. De salientar, como principal dificuldade, a falta de tempo letivo para aprofundar esta temática. Os alunos demonstraram muito interesse sobre a mesma, mas a dada altura já estavam a querer abordar outros assuntos que não se encontravam nas planificações das sessões, nomeadamente o da reprodução. Dado que a lecionação desta temática é de caráter obrigatório, apontamos também a escassez de informação e de sugestões de atividades nos manuais de Estudo do Meio do 2.º ano de escolaridade, encontrando-se apenas informações e atividades relacionadas com o bloco da higiene e das questões de género, nomeadamente no que se refere às profissões.

Como facilidades relativas à abordagem da Educação Sexual de forma interdisciplinar, apontamos o facto de os alunos se envolverem ativamente nas aprendizagens e demonstrarem curiosidade e interesse em saber mais. De início, muitos alunos admitiam ter vergonha em falar abertamente sobre a sexualidade, mas depois de verem a naturalidade com que o tema era abordado, sentiram-se à vontade para partilhar opiniões e opinar acerca dos diversos assuntos. Passaram a encarar a sexualidade, não só como meio de reprodução, mas sobretudo como um conceito global e abrangente que inclui a identidade sexual, o corpo, as expressões da sexualidade, os afetos e a promoção da saúde sexual e reprodutiva (Frade et al., 2009).

Todas as intervenções dos alunos ao longo das sessões foram aceites, estes superaram inseguranças para se expressarem, aceitaram as ideias dos outros, desenvolveram a autoconfiança, respeitaram os seus próprios limites e os limites de cada um, respeitaram os tempos dos seus colegas para se exprimirem e, por fim, trabalharam cooperativamente, numa lógica de prática interdisciplinar (Godoy, 2014).

Nesta continuidade, foi recompensador ver o interesse dos alunos e o seu crescente envolvimento ao longo das intervenções, demonstrando, no pós-teste, que realmente aprenderam mais acerca desta temática. Ao longo das sessões, envolveram-se de forma ativa no processo de ensino-aprendizagem, intervindo sempre que necessário e participando nas atividades. Refletindo, em geral, sobre os resultados, podemos concluir que os objetivos do trabalho realizado foram plenamente atingidos e, assim, a questão inicial pode ser respondida de forma positiva, ou seja, a abordagem pedagógica interdisciplinar da Educação Sexual em sala de aula é facilitadora das aprendizagens no 1.º CEB.

A Educação Sexual é uma realidade multidimensional, que integra as diversas dimensões do ser humano. O tratamento interdisciplinar dos conteúdos de Educação Sexual favorecerá uma abordagem global e natural, no quadro de outras aprendizagens e contextos (Marques et al., 2002). É, pois, importante que os docentes abordem a Educação Sexual desde os primeiros anos de escolaridade do ensino básico e que planifiquem as sessões de forma integrada, relacionando áreas curriculares, promovendo aprendizagens significativas nos seus alunos, sendo este o objetivo quando se leciona e a recompensa maior do trabalho do professor. Tendo em conta a análise dos dados, podemos constatar que houve uma evolução notória nos conhecimentos dos alunos acerca da sexualidade. Do pré-teste para o pós-teste, verificou-se uma evolução favorável nas respostas dos alunos, tanto dos meninos como das meninas.

O presente estudo foi realizado numa turma do 2.º ano de escolaridade de uma escola pública de Viseu e, por isso, as nossas conclusões não podem ser generalizadas, sem mais, a outras turmas e à população em geral, restringindo-se aos participantes no estudo. No entanto, e dada a relevância do tema, seria importante dar continuidade a esta investigação, alargando a pesquisa a outras turmas e outros níveis de ensino, a fim de verificar se os resultados são comparáveis aos que obtivemos.

Seria também interessante abordar a perspetiva que os professores têm da Educação Sexual no 1.º CEB, de forma a analisar se a consideram pertinente e se a trabalham como está previsto na Lei n.º 60/2009, de 6 de agosto, uma vez que é de carácter obrigatório. Dado ser uma temática atual e de extrema relevância para a sociedade em que vivemos, sugere-se, para futuras investigações, abordar a noção de família com alunos do 1.º CEB, tendo como referência a Lei n.º 2/2016, de 29 de fevereiro, que visa eliminar as discriminações no acesso à adoção entre pessoas do mesmo sexo.

É vital que a investigação prossiga, pois, de acordo com Cardoso (2014), os professores, através das investigações que efetuam, contribuem para a melhoria do trabalho nas escolas e para ampliarem os seus conhecimentos e as suas competências profissionais.

03

Conhecimentos dos adolescentes sobre sexualidade: Impacto de uma intervenção formativa

Cláudia Manuela Almeida

Odete Amaral

Madalena Fátima Silva

Manuela Ferreira

A adolescência acarreta importantes mudanças biopsicossociais, designadamente biológicas, emocionais, intelectuais e sexuais. Constitui o momento em que o adolescente manifesta a sua curiosidade sexual, o interesse e o desejo pelo outro e surgem as primeiras relações amorosas (experiência de emoções como o enamoramento e a paixão), contribuindo para o processo de desenvolvimento da personalidade bem como identidade sexual (Torrado, 2020; Valadar, 2019). A Organização Mundial de Saúde (OMS) define sexualidade como *“uma energia que nos motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade; ela integra-se no modo como sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, é ser-se sensual e ao mesmo tempo ser-se sexual”*. Sendo a sexualidade parte integrante do indivíduo, é nesta fase que a mesma assume um papel fundamental bem como a educação sexual para a promoção de uma sexualidade saudável e prevenção de riscos, tais como gravidez indesejada, aquisição de doenças sexualmente transmissíveis,

violência no namoro, entre outros. A informação sobre a sexualidade e os afetos assume-se como essencial na educação para a saúde. Deste modo, visando uma vida saudável em sociedade, os adolescentes devem adquirir conhecimentos e desenvolver atitudes e comportamentos nesta área. Os assuntos concernentes à educação para a saúde e educação sexual têm merecido, nos últimos anos, particular atenção por parte da sociedade portuguesa (Portugal, Ministério da Saúde & Ministério da Educação, 2000; Portugal, Portaria n.º 196-A/2010). Neste âmbito, uma das áreas de intervenção do Programa Nacional de Saúde Escolar, Direção-Geral da Saúde (Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde [Portugal, MS, DGS], 2015) é a educação para os afetos e a sexualidade.

Podemos considerar que a Educação Sexual sempre teve um papel de destaque em Portugal e, em 2015, manteve-o com o surgimento do novo Programa Nacional de Saúde Escolar (Portugal, MS, DGS, 2015). Este engloba seis eixos - capacitação; ambiente escolar e saúde; condições de saúde; qualidade e inovação; formação e investigação em saúde escolar e parcerias, em que os três primeiros eixos são nucleares e os restantes complementares e transversais. A educação sexual insere-se no eixo da capacitação quer na área de intervenção de educação para os afetos e a sexualidade, bem como na área da saúde mental e competências socioemocionais (Portugal, MS, DGS, 2015). Em que a saúde escolar *“ao promover as competências socioemocionais dos alunos, contribui para o desenvolvimento de autoconhecimento, autogestão, consciência social, relações interpessoais e tomada de decisão responsável”* (Portugal, MS, DGS, 2015, p.25) e *“apoia a Escola na formação da comunidade educativa, na educação para os afetos e a sexualidade e no estabelecimento de parcerias nos termos das atribuições que lhe são conferidas pela legislação em vigor.”* (Portugal, MS, DGS, 2015, p.26). Sendo que *“a educação para os afetos e a sexualidade deve envolver a Escola como um Todo – crianças, alunos/as, pais/mães ou encarregados/as de educação, docentes e não docentes começar no pré-escolar e continuar até ao ensino secundário, contribuir para a tomada de decisões responsáveis na área dos relacionamentos afetivo-sexuais, na redução dos comportamentos sexuais de risco e das suas consequências”* (Portugal, MS, DGS, 2015, p.25).

Similarmente, a relevância da educação para os afetos e a sexualidade também está manifesta no preâmbulo introdutório da DGS (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, 2016), que preconiza que a sexualidade é essencial na educação para a saúde e para uma vivência saudável dos adolescentes em sociedade, corroborando que a educação sexual é de caráter obrigatório em Portugal, destinando-se a todos os alunos da rede pública, privada e cooperativa. *“A educação sexual foi integrada por lei na educação para a saúde precisamente por obedecer ao mesmo conceito de abordagem com vista à promoção da saúde física, psicológica e social”* (Portugal, Ministério da Saúde & Ministério da Educação, 2000; Portugal, Portaria n.º 196-A/2010, p. 1170). A mesma Portaria preconiza que *“Os conteúdos da educação sexual são desenvolvidos no quadro das áreas curriculares não disciplinares e devem respeitar a transversalidade inerente às várias disciplinas, integrando-se igualmente nas áreas curriculares disciplinares”* (Artigo 2.º, p. 1170).

Em 2017, surge o Referencial de Educação para a Saúde (RES) resultante de uma parceria entre a Direção-Geral da Educação (DGE) e a DGS organizado por níveis de educação e por ciclos

de ensino em cinco temas globais. Para cada um destes temas, definiram subtemas e objetivos que, por sua vez, são desagregados por nível de educação e ensino. Estes objetivos integram os conhecimentos, capacidades, atitudes, valores e comportamentos necessários para a sua concretização. Assim, é fundamental a educação para a sexualidade saudável na adolescência e restantes fases do ciclo vital, sendo a escola um local privilegiado para a educação sexual.

Os adolescentes com acesso a conhecimentos, informação e motivação, para adotarem comportamentos sexuais seguros, poderão ser serão capazes de alterar as suas atitudes e os seus comportamentos. Há autores que referem que a sexualidade do adolescente é frequentemente desarmoniosa, pois a maturidade emocional nem sempre acompanha a maturidade física (Silva et al., 2020; Kerntopf et al., 2016). A sexualidade do adolescente é intrínseca e ultrapassa o aspeto biológico, manifestando-se como um fenómeno psicológico e social, influenciado pelas crenças, valores pessoais e familiares, normas morais e tabus (Silva et al., 2020; Kerntopf et al., 2016). Assim, a sexualidade na adolescência é considerada um problema de saúde pública, sendo a escola um local privilegiado de implementação de políticas públicas que promovam a saúde do adolescente, contribuindo para o esclarecimento, a problematização e a capacitação relativa à educação sexual. A OMS recomenda uma série de metas, objetivos e pontos de ação para a Europa até 2030, que demonstram a importância da sexualidade informada para todos e, especialmente, para os adolescentes (World Health Organization, 2016). Portanto, a educação para a saúde e, por consequência, a educação para os afetos e sexualidade devem ser desenvolvidas através do recurso a metodologias ativas-dinâmicas de grupo, que possibilitem a transmissão de informação, a reflexão crítica e aumento da literacia para a adoção de estilos de vida saudáveis (Carvalho et al., 2017). Um estudo realizado com uma amostra de 136 adolescentes, entre os 14-19 anos, maioritariamente do sexo masculino (54,4%), revelou uma média de conhecimento de $18,6 \pm 2,71$, sendo as áreas em que os adolescentes apresentam menores conhecimentos as “Primeira relação sexual e relações sexuais”; “Prevenção da gravidez” e “Aconselhamento e atendimento em saúde sexual e reprodutiva” (Silva et al., 2020). Existe apenas diferença significativa favorável para as raparigas na dimensão “Prevenção da gravidez”. Como fatores que influenciam positivamente o conhecimento dos adolescentes, identificaram a escolaridade ao nível do ensino superior dos pais com enfoque maior nas mães, e um dos pais ser profissional de saúde (Silva et al., 2020). Por isso, com o presente estudo pretendemos aumentar os conhecimentos, enquanto fator capaz de exercer influência sobre as atitudes, pré-requisito fundamental nos programas de prevenção dos comportamentos sexuais de risco e um caminho para o aumento da literacia em saúde.

Portanto, o presente estudo tem como objetivo geral avaliar o grau de conhecimentos dos adolescentes sobre sexualidade ‘antes’ e ‘após’ uma intervenção formativa.

MATERIAL E MÉTODOS

Realizámos uma investigação-ação e considerámos como critérios de inclusão, ser aluno do 11.º e 12.º ano da Escola Secundária Felismina Alcântara - Mangualde, com idades

compreendidas entre os 16 e os 19 anos, aceitar participar no estudo e possuir capacidades cognitivas para participar e, como critérios de exclusão definimos ter menos de 16 anos de idade, não ter consentimento informado assinado no dia da recolha de dados e por algum motivo não estar presente na sala de aula aquando da aplicação dos questionários.

Para darmos resposta aos objetivos formulados, definimos a seguinte questão de investigação - Qual o grau de conhecimentos em adolescentes sobre sexualidade 'antes' e 'após' uma intervenção formativa?

A população dos alunos do 11º e 12º ano da referida Escola era de 230 alunos no ano letivo 2020/2021. A amostra selecionada foi do tipo não probabilística por conveniência e, após os critérios de inclusão e exclusão e a aceitação e presença na sala de aula aquando da aplicação do questionário, a mesma ficou constituída por 196 alunos do 11º e 12.º ano de escolaridade. A maioria dos adolescentes era do género feminino (60,2%) e com uma média de idades de 17,23±0,82 anos. No total da amostra, 57,1% dos adolescentes residia em meio rural e 96,9% residia com os pais, prevaleciam os adolescentes cujos pais são casados ou vivem em união de facto (75,9%) e com um nível de escolaridade entre o 1.º e 3.º ciclo de escolaridade (36,7%).

Recorremos a um questionário para a colheita de dados constituído por variáveis sociodemográficas e académicas (idade, sexo, estado civil dos pais, profissão dos pais, habilitações literárias dos pais, idade dos pais, com quem vive e a área científica) e pelo Questionário de Conhecimentos sobre Sexualidade (QCS) validado para a população portuguesa (Matos, Reis, Ramiro, Pais Ribeiro, Leal, 2014). O mesmo foi aplicado em junho 2021, autopreenchido e respondido pelos alunos em sala de aula. O QCS é constituído por 25 questões de resposta dicotómica (verdadeiro ou falso) e organizado em seis dimensões (D1: Primeira relação sexual e preocupações sexuais; D2: Sexualidade e prazer sexual; D3: Contraceção e práticas sexuais seguras; D4: Prevenção da gravidez; D5: Infeções sexualmente transmissíveis e VIH/SIDA; D6: Aconselhamento e atendimento em saúde sexual e reprodutiva). Por cada resposta correta é atribuído um (1) ponto e zero (0) para respostas incorretas (falsa), até ao máximo de 25 pontos. O conhecimento sobre sexualidade é maior quanto maior a cotação no QCS, ou em determinada área.

O estudo atendeu às normas éticas, tendo sido submetido à Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular - Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar (MIME) que transferiu a responsabilidade da autorização do estudo para o respetivo agrupamento de escolas, que, posteriormente à realização do pedido ao Senhor Diretor da Escola Secundária Felismina-Alcântara de Mangualde, o mesmo foi positivo. A participação no estudo foi de carácter voluntário, onde se preservou a confidencialidade e o anonimato de todos os que aceitaram participar e com preenchimento do consentimento informado. A primeira recolha de dados decorreu entre o dia 9 e o dia 16 de junho e a segunda recolha entre o dia 12 e o dia 16 de julho, obedecendo ambas a todas as normas éticas.

A análise e tratamento de dados foram efetuados com recurso ao IBM SPSS Statistics Versão 26.0 e o nível de significância considerado foi de $p < 0,05$. Tendo em conta o tamanho da amostra, foram verificados os pressupostos para o cálculo de estatística inferencial paramétrica, nomeadamente a distribuição das variáveis e a homogeneidade. A decisão foi reforçada pela análise dos histogramas e, por essa razão, optou-se por recorrer a testes paramétricos (teste t-student e teste ANOVA).

RESULTADOS

Verificámos que a idade média da mãe dos adolescentes foi de $46,31 \pm 5,36$ anos e do pai de $48,54 \pm 6,08$ anos. Relativamente à profissão dos pais dos adolescentes, no que se refere à profissão da mãe a maioria enquadra-se na área de especialidade de atividades intelectuais e científicas (23,0%) seguido dos serviços pessoais de proteção (19,4%) e verificando-se um valor considerado para desempregadas (15,3%). No que se refere à profissão do pai, a maioria apresenta como grupo profissional a área de operador de instalações e máquinas (24,5%) seguido de especialidade de atividades intelectuais e científicas (15,8%).

Quanto aos conhecimentos dos adolescentes sobre a sexualidade, o valor médio de conhecimentos do QCS 'ANTES' da intervenção formativa foi de $19,11 \pm 2,93$ e 'DEPOIS' de $22,44 \pm 1,77$.

Constatámos que, no momento 'Antes', na maioria da amostra, obtivemos percentagens mais elevadas para as respostas corretas, excetuando nas questões "Uma pessoa que tem um teste VIH positivo, tem sida" (61,7%), "Fazer um teste de VIH uma semana depois de ter sexo dirá a uma pessoa se ele ou ela têm VIH" (59,7%) onde prevalecem os adolescentes que responderam erradamente. É de salientar também que são expressivas as percentagens de respostas erradas em relação às questões "Quase todos os jovens têm relações sexuais antes dos 18 anos" (48,5%), "Qualquer aconselhamento na área da sexualidade que aconteça na escola deve ser dado a conhecer aos encarregados de educação" (42,9%), "A única forma de evitar a transmissão do VIH numa relação sexual é o uso do preservativo" (32,7%), "Uma rapariga pode ficar grávida mesmo que o rapaz não ejacule dentro da vagina (36,7%) e "O vírus do HIV pode transmitir-se através do sexo oral desprotegido" (35,7%).

Foi após o diagnóstico de situação que planeámos a intervenção para os respetivos alunos.

No momento 'Depois' da intervenção, a maioria da amostra continua a apresentar percentagens mais elevadas para as respostas corretas, com exceção da questão "Depois da excitação e com o pénis em ereção, o homem deve ejacular porque podem surgir problemas se não o fizer" em que se obteve um resultado expressivo de respostas erradas (58,7%). Mesmo

‘Depois’ da intervenção continuámos a registar expressivas percentagens de respostas erradas nas questões “Quase todos os jovens têm relações sexuais antes dos 18 anos” (30,1%), “Não existe risco de gravidez quando se utiliza o método ‘coito interrompido’ (21,9%) e “Fazer um teste de VIH uma semana depois de ter sexo dirá a uma pessoa se ele ou ela têm VIH” (18,4%).

Na tabela 1, apresentamos as seis dimensões do QCS onde é mais evidente a falta de conhecimentos dos adolescentes, variando estas entre 63,6% das raparigas a errar na pergunta “Uma pessoa que tem um teste VIH positivo, tem sida” e 25,4% das raparigas a errar na pergunta “A única forma de evitar a transmissão do VIH numa relação sexual é o uso do preservativo”. Por outro lado, os rapazes são os que mais erram (obtendo valores percentuais mais elevados em quatro das seis dimensões) comparativamente com duas respostas em que as raparigas erraram mais do que os rapazes. No que se refere aos resultados apurados, aferimos que em ambos os momentos, ou seja, “antes” e “depois” da intervenção, as raparigas revelam mais conhecimentos em relação à maioria das dimensões, existindo diferenças estatisticamente significativas nas ACS24 e ACS25 no momento “antes” e na questão ACS1 no momento “depois” da intervenção formativa ($p < 0,05$) (cf. Tabela 1).

Tabela 1 – Dimensões do QCS que revelam menos conhecimentos dos adolescentes nos dois momentos de avaliação

	ANTES				DEPOIS			
	Masculino		Feminino		Masculino		Feminino	
	n	%	n	%	N	%	n	%
ACS1								
Errou	43	55,14	51	43,2	35	44,9	24	20,3
Acertou	35	44,9	67	56,8	43	55,1	94	79,7
p	0,10				0,00			
ACS10								
Errou	46	59,0	75	63,6	17	21,8	26	22,0
Acertou	32	41,0	43	36,4	61	78,2	92	78,0
p	0,52				0,97			
ACS16								
Errou	43	55,1	73	61,9	17	21,8	19	16,1
Acertou	35	44,9	45	38,1	61	78,2	99	83,9
p	0,35				0,31			
ACS18								
Errou	32	41,0	38	32,2	1	1,3	5	4,2
Acertou	46	59,0	80	67,8	77	98,7	113	95,8
p	0,21				0,24			
ACS24								
Errou	45	57,7	39	33,1	11	14,1	9	7,6
Acertou	33	42,3	79	66,9	67	85,9	109	92,4
p	0,00				0,14			
ACS25								
Errou	33	42,3	30	25,4	5	6,4	13	11,0

Acertou p	45	57,7		87	73,7		73	93,6		105	89,0
				0,04						0,27	

Contudo, em relação à média de respostas corretas no momento **'Antes'** e **'Depois'** da intervenção, verificámos que a média das respostas no **'Depois'** foi maior em todas as dimensões analisadas.

Analisando o conhecimento dos adolescentes sobre a sexualidade nas seis dimensões e as variáveis sociodemográficas e académicas no momento **'Antes'**, podemos verificar que existem diferenças significativas entre a dimensão “Contraceção e práticas sexuais seguras” e as habilitações literárias dos pais, entre a dimensão “Aconselhamento e atendimento em saúde sexual e reprodutiva” e o ano de escolaridade e ainda entre a dimensão “Prevenção da gravidez” e a área de estudo (diferença *borderline*). Relativamente ao momento **'Depois'** Encontrámos diferenças significativas para as variáveis sexo e a dimensão “Primeira relação sexual e preocupações sexuais”, Habilitações literárias dos pais e a dimensão “Aconselhamento e atendimento em saúde sexual e reprodutiva”, ano de escolaridade e a dimensão “Infeções sexualmente transmissíveis e VIH/SIDA” e a ainda área de estudo e a dimensão “Prevenção da gravidez” (tabelas 2 e 3).

Tabela 2 – Conhecimento dos adolescentes e variáveis sociodemográficas e académicas (momento 'Antes')

Classificação Total	ANTES					
	Dimensões do QCS (Média/DP)					
	D1	D2	D3	D4	D5	D6
	3,69	2,81	4,42	1,40	5,27	1,53
Sexo						
Rapazes	3,73(0,96)	2,85(0,36)	4,41(0,83)	1,29(0,71)	5,05(1,23)	1,41(0,59)
Raparigas	3,66(0,92)	2,79(0,55)	4,42(0,86)	1,47(0,74)	5,41(1,40)	1,59(0,59)
p (a)	0,610	0,415	0,913	0,107	0,069	0,050
Grupos de idade						
16- 17 anos	3,70 (0,93)	2,84(0,43)	4,46(0,74)	1,41(0,72)	5,30(1,33)	1,53(0,56)
18- 19 anos	3,68(0,95)	2,76(0,57)	4,35(1,00)	1,38(0,74)	5,22(1,36)	1,51(0,65)
p (a)	0,879	0,222	0,389	0,770	0,691	0,826
Habilitações literárias dos pais						
1.º- 3.º ciclo	3,54(0,93)	2,81(0,52)	4,25(1,02)	1,47(0,69)	5,18(1,43)	1,54(0,58)
Secundário	3,73(0,90)	2,83(0,42)	4,38(0,76)	1,38(0,72)	5,43(1,23)	1,43(0,62)
Ensino superior	3,81(0,96)	2,80(0,51)	4,64(0,65)	1,33(0,78)	5,20(1,35)	1,59(0,58)
p (b)	0,219	0,910	0,024	0,507	0,507	0,312
Ano escolaridade						
11º ano	3,67(0,95)	2,76(0,54)	4,33(0,81)	1,35(0,76)	5,11(1,27)	1,43(0,63)
12º ano	3,71(0,93)	2,85(0,43)	4,50(0,87)	1,44(0,70)	5,41(1,39)	1,61(0,55)
p (a)	0,754	0,191	0,182	0,431	0,118	0,032
Área de estudo						
Científica	3,58(1,02)	2,82(0,46)	4,43(0,87)	1,30(0,78)	5,33(1,35)	1,55(0,54)

Outras	3,80(0,84)	2,81(0,51)	4,41(0,82)	1,50(0,66)	5,20(1,33)	1,50(0,65)
p (a)	0,108	0,884	0,866	0,049	0,524	0,549

Legenda: DP – Desvio Padrão a) Teste t-student b) ANOVA

D1 – Primeira relação sexual e preocupações sexuais (pontuação máxima: 5 pontos)

D2 – Sexualidade e prazer sexual (pontuação máxima: 3 pontos)

D3 – Contraceção e práticas sexuais seguras (pontuação máxima: 5 pontos)

D4 – Prevenção da gravidez (pontuação máxima: 2 pontos)

D5 – Infecções sexualmente transmissíveis e VIH/SIDA (pontuação máxima: 8 pontos)

D6 – Aconselhamento e atendimento em saúde sexual e reprodutiva (pontuação máxima: 2 pontos)

Tabela 3 – Conhecimento dos adolescentes e variáveis sociodemográficas e académicas (momento ‘Depois’)

Classificação Total	DEPOIS					
	Dimensões do QCS (Média/DP)					
	D1	D2	D3	D4	D5	D6
Classificação Total	3,89	2,82	4,82	1,86	7,23	1,83
Sexo						
Rapazes	3,73(0,92)	2,79(0,44)	4,86(0,42)	1,86(0,35)	7,18(0,94)	1,81(0,53)
Raparigas	3,99(0,76)	2,83(0,38)	4,80(0,46)	1,86(0,37)	7,26(0,97)	1,84(0,37)
p (a)	0,032	0,544	0,339	0,918	0,550	0,587
Grupos de idade						
16- 17 anos	3,89(0,82)	2,80(0,42)	4,89(0,37)	1,89(0,35)	7,30(0,93)	1,85(0,38)
18- 19 anos	3,89(0,85)	2,84(0,37)	4,72(0,54)	1,82(0,38)	7,12(0,98)	1,78(0,41)
p (a)	0,957	0,560	0,010	0,252	0,217	0,236
Habilitações literárias dos pais						
1.º- 3.º ciclo	3,96(0,83)	2,81(0,40)	4,82(1,42)	1,88(0,33)	7,28(0,95)	1,86(0,35)
Secundário	3,75(0,82)	2,83(0,38)	4,32(0,43)	1,83(0,42)	7,38(0,83)	1,72(0,49)
Ensino superior	3,94(0,83)	2,81(0,43)	4,83(0,49)	1,88(0,33)	7,03(1,03)	1,89(0,32)
p (b)	0,305	0,921	0,989	0,759	0,104	0,030
Ano escolaridade						
11º ano	3,80(0,84)	2,77(0,42)	4,81(0,45)	1,85(0,39)	7,39(0,68)	1,78(0,41)
12º ano	3,97(0,82)	2,85(0,38)	4,83(0,45)	1,87(0,33)	7,09(1,13)	1,86(0,37)
p (a)	0,142	0,163	0,656	0,638	0,027	0,160

Área de estudo						
Científica	3,92(0,78)	2,84(0,37)	4,85(0,44)	1,92(0,28)	7,31(0,85)	1,85(0,39)
Outras	3,86(0,89)	2,80(0,43)	4,80(0,45)	1,81(0,42)	7,15(1,04)	1,81(0,40)
p (a)	0,108	0,884	0,866	0,049	0,524	0,549

Legenda: DP – Desvio Padrão a) Teste t-student b) ANOVA

D1 – Primeira relação sexual e preocupações sexuais (pontuação máxima: 5 pontos)

D2 – Sexualidade e prazer sexual (pontuação máxima: 3 pontos)

D3 – Contraceção e práticas sexuais seguras (pontuação máxima: 5 pontos)

D4 – Prevenção da gravidez (pontuação máxima: 2 pontos)

D5 – Infecções sexualmente transmissíveis e VIH/SIDA (pontuação máxima: 8 pontos)

D6 – Aconselhamento e atendimento em saúde sexual e reprodutiva (pontuação máxima: 2 pontos)

DISCUSSÃO

O valor médio de conhecimento no questionário QCS **'Antes'** da intervenção formativa foi de 19,11±2,93 pontos num máximo de 25 possíveis, sendo um valor ligeiramente superior ao de outros estudos (Silva et al., 2020; Carvalho et al., 2017). Contrariamente ao que se verifica noutros estudos, há mais raparigas do que rapazes neste estudo e são as raparigas que apresentam maiores conhecimentos sobre sexualidade, mas sem diferença significativa. No entanto, no estudo de Carvalho et al. (2017), encontraram esta diferença como relevante, defendendo a necessidade de dirigir os programas de intervenção para os rapazes e ir ao encontro da sua especificidade.

O valor médio de conhecimento no questionário QCS em adolescentes aumentou após a intervenção (**'Depois'** da intervenção foi de 22,44±1,77 pontos). Em relação à média de respostas corretas nas perguntas do QCS, onde é mais expressiva a falta de conhecimentos dos adolescentes no momento **'Antes'** e no momento **'Depois'** da intervenção, verificámos que a média das respostas no **'Depois'** foi superior em todas as dimensões analisadas.

Relativamente à variável idade, e segundo o estudo de Carvalho et al. (2017), o conhecimento sobre sexualidade parece aumentar com esta, contudo, no presente estudo, constata-se que os alunos que têm mais conhecimentos são os adolescentes mais novos, tanto no momento **'Antes'** como no momento **'Depois'** da intervenção formativa. As habilitações literárias influenciam o conhecimento dos adolescentes sobre sexualidade, sendo este maior

quanto maior for a escolaridade dos pais, tal como no estudo de Carvalho et al. (2017), situação verificada igualmente no estudo de (Silva et al., 2020). Também são os adolescentes filhos de pais com o ensino superior que apresentam melhores conhecimentos e aqui com diferença estatística significativa.

No que respeita às seis dimensões do questionário, aquelas áreas em que os adolescentes apresentaram piores conhecimentos 'Antes' da intervenção foram: D1- Primeira relação sexual e preocupações sexuais e D5- Infecções sexualmente transmissíveis e VIH/SIDA, em ambas as dimensões com as raparigas a apresentarem melhores conhecimentos nesta área, contudo, sem diferença estatística significativa. Ainda relativamente às seis dimensões que o questionário avalia, aquelas áreas em que os adolescentes apresentaram piores conhecimentos 'Depois' da intervenção continuam a ser: D1- Primeira relação sexual e preocupações sexuais e D5- Infecções sexualmente transmissíveis e VIH/SIDA, contudo em percentagem inferior, e com as raparigas a continuarem a apresentar melhores conhecimentos nesta área com diferença significativa, muito provavelmente pela preocupação na temática já que, socialmente, a gravidez ainda incorre em consequências mais diretas e imediatas para as raparigas e naturalmente a procura da pílula do dia seguinte ou o aborto, como podemos afirmar no estudo de Li et al. (2017).

O QCS pode ser considerado um instrumento de utilidade para outras escolas que pretendam planejar intervenções de prevenção dos comportamentos sexuais de risco e de promoção de comportamentos preventivos após um diagnóstico das necessidades reais para cada amostra que fundamente a planificação de intervenções específicas na área da sexualidade. No presente estudo após a identificação das áreas de menores conhecimentos a intervenção contemplou essas áreas por forma a aumentar os conhecimentos e estes serem um caminho para a mudança de atitudes, aumento da literacia em saúde e escolhas mais saudáveis. Pois é unânime entre a comunidade científica que o conhecimento, por si só, não é suficiente para a modificação dos comportamentos (Fisher & Fisher, 1992; Kalichman et al., 2002), este pode exercer influência nas atitudes e, conseqüentemente, contribuir para diminuir comportamentos de risco.

CONCLUSÃO

O conhecimento, enquanto fator capaz de exercer influência sobre as atitudes, é um pré-requisito fundamental nos programas de prevenção dos comportamentos sexuais de risco. Os profissionais de saúde devem, através da educação para a saúde, promover atitudes que promovam a saúde sexual e reprodutiva e promover o desenvolvimento de competências indispensáveis para adoção de comportamentos saudáveis. A aprendizagem sobre a escolha de uma sexualidade saudável requer uma intervenção urgente e eficaz. Assim, no presente estudo, com o diagnóstico realizado identificámos as áreas com menores conhecimentos, designadamente, “primeira relação sexual e preocupações sexuais”, “contraceção e práticas sexuais seguras” e “infecções sexualmente transmissíveis e VIH/SIDA”. A intervenção formativa desenvolveu estas necessidades, entre outras, e no final da intervenção verificámos uma

melhoria significativa do nível de conhecimentos manifestados pelos adolescentes. Embora seja unânime na evidência científica que o conhecimento, por si só, não é suficiente para a modificação dos comportamentos, mas é essencial para o início de um percurso para melhorar as atitudes e, conseqüentemente, contribuir para a diminuição de comportamentos de risco.

O nível de escolaridade dos pais foi também uma variável que revelou ter impacto na informação e conhecimento dos filhos sobre sexualidade, o que reforça a necessidade de atuar junto de famílias cujos pais tenham menor escolaridade.

Apesar de o presente estudo ter como limitação o intervalo de tempo entre os dois momentos e a representatividade do mesmo, é de fácil replicação noutras investigações e a intervenção mostrou-se eficaz, sendo um contributo para a prática da saúde escolar.

04

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abrantes, J. L., Seabra, C., & Lages, L. F. (2007). Pedagogical affect, student interest, and learning performance. *Journal of Business Research*, 60(9), 960-964. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2006.10.026>

Alcântara-da-Silva, P., Borrego, R., Ferreira, V. S., Lavado, E., Melo, R., Rowland, J., & Truninger, M. (2015). *Consumos e estilos de vida no ensino superior: O caso dos estudantes da ULisboa*

2012. Repositório Científico Instituto Politécnico de Lisboa. <https://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/6384>
- Allen-Gomes, A., Tavares, J., & Pinto de Azevedo, M. (2009). Padrões de sono em estudantes universitários portugueses. *Acta Médica Portuguesa*, 22(5), 545-552. <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/1719/1298>
- Almeida, L. S., & Cruz, J. F. A. (2010). Transição e adaptação académica: Reflexões em torno dos alunos do 1º ano da Universidade do Minho. In J. L. Silva, F. Vieira, A. A. Carvalho, A. Flores, I. Viana, J. C. Morgado, L. R. Oliveira, M. A. Moreira, M. S. S., N. van Hattum-Janssen, P. Alves (Orgs.), *Ensino superior em mudança: Tensões e possibilidades: Actas do Congresso Ibérico*. Universidade do Minho, Centro de Investigação em Educação (pp. 429-440). <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/11543>
- Alsubaie, A. S. R. (2014). The importance of investigating adolescents' health-related behaviours: an opportunity for improving Public Health. *International Journal of Development Research*, 4(10), 2014-2018. <https://www.journalijdr.com/sites/default/files/issue-pdf/2128.pdf>
- Alves R., Precioso J. (2017). Hábitos alimentares dos/as estudantes do ensino superior. *Reipe: Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, Extr(14), A14-239-244. <https://doi.org/10.17979/reipe.2017.0.14.2974>
- Amaral, A. M. L. (2017). *Qualidade de sono, higiene do sono e temperamento: Estudo com estudantes universitários portugueses* [Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório Institucional da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/33273>
- Amorim, D. S., & Gattás, M. L. B. (2007). Modelo de prática interdisciplinar em área na saúde. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 40(1), 82-84. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v40i1p82-84>
- Anderson, G. L., Herr, K., & Nihlen, A. S. (2007). *Studying your own school: An educator's guide to qualitative practitioner research* (2nd ed.). Corwin Press.
- Andrade, A., Augusto, B., Fernandes, C., Santos, C., Rodrigues, C., Almeida, C. V., Brito, D. V., Lopes, G., Andrade, M., Martins, P., Gonçalves, S., Abrunheiro, S., Ramos, S., Morgado, T., & Almeida, Z. (2020). *Literacia em saúde, um desafio emergente: Contributos para a mudança de comportamento*. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Gabinete de Comunicação, Informação e Relações Públicas. https://www.chuc.min-saude.pt/media/Literacia_Saude/Literacia_em_Saude_-_Coletanea_de_Counicacoes.pdf

- Araújo, A., Almeida, L., Ferreira, J., Santo, A. A., Noronha, A. P., Zanon, (2014). Questionário de Adaptação ao Ensino Superior (QAES): Construção e validação de um novo questionário. *Psicologia, Educação e Cultura*, 18, 131-145. <https://www.researchgate.net/publication/268148778>
- Araújo, A. M., & Almeida, L. S. (2015). Adaptação ao ensino superior: O papel moderador das expectativas acadêmicas. *Educare: Revista Científica de Educação*, 1(1), 13-32. https://www.researchgate.net/publication/284709918_Adaptacao_ao_ensino_superior_o_papel_moderador_das_expectativas_academicas
- Araújo, M. F. M., Lima, A. C. S., Alencar, A. M. P. G., Araújo, T. M., Fragoaso, L. V. C., & Damasceno, M. M. C. (2013). Avaliação da qualidade do sono de estudantes universitários de Fortaleza-CE. *Texto & Contexto: Enfermagem*, 22(2), 352-360. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200011>
- Arroyo, H. V. (2017). Mirada al movimiento iberoamericano de universidades promotoras de la salud: Editorial. *Horizonte Sanitario*, 16(3), 140-151. <https://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/2010>
- Asare, M. (2015). Using the theory of planned behavior to determine the condom use behavior among college students. *American Journal of Health Studies*, 30(1), 43–50. <https://doi.org/10.47779/ajhs.2015.168>
- Associação para o Planeamento da Família. (2015). *Para um programa nacional de saúde sexual e reprodutiva*. APF. http://www.apf.pt/sites/default/files/media/2016/encontro_para_um_pnssr_recomendacoes_2015_05_16.pdf
- Associação para o Planeamento da Família. (s.d.). *Sexualidade*. Recuperado Setembro 23, 2022, em <http://www.apf.pt/sexualidade>
- Augusto, T. G. S., & Caldeira, A. M. A. (2007). Dificuldades para a implantação de práticas interdisciplinares em escolas estaduais, apontadas por professores da área de ciências da natureza. *Investigações em Ensino de Ciências*, 12(1), 139-154. <https://ienci.if.ufrgs.br/index.php/ienci/article/view/481>
- Ayala, E. E., Berry, R., Winseman, J. S., & Mason, H. R. (2017). A cross-sectional snapshot of sleep quality and quantity among US medical students. *Academic Psychiatry: The Journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 41(5), 664–668. <https://doi.org/10.1007/s40596-016-0653-5>

- Azevedo, M., & Andrade, M. (2007). O conhecimento em sala de aula: A organização do ensino numa perspetiva interdisciplinar. *Educar em Revista*, 30, 235-250. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40602007000200015
- Backes, D.S., Koerich M.S., Rodrigues A.C.R.L., Drago, L.C., Klock, P, et al.(2009) O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da Carta dos Direitos dos Usuários. *Cien Saude Colet*. maio/jun, 14(3): 903-10. <https://www.redalyc.org/pdf/630/63013535026.pdf>
- Balodis, I. M., Potenza, M. N., & Olmstead, M. C. (2009). Binge drinking in undergraduates: Relationships with sex, drinking behaviors, impulsivity, and the perceived effects of alcohol. *Behavioural Pharmacology*, 20(5-6), 518-526. <https://doi.org/10.1097/FBP.0b013e328330c779>
- Balodis, I. M., Potenza, M. N., & Olmstead, M. C. (2010). Recreational drug use and impulsivity in a population of canadian undergraduate drinkers. *Frontiers in Psychiatry*, 1, 129. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2010.00129>
- Balsa, C. (2008). *Inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoactivas na população geral: Portugal 2007*. Instituto da Droga e Toxicodependência, I.P. https://www.researchgate.net/publication/315838502_II_Inquerito_Nacional_ao_Consumo_de_Substancias_Psicoactivas_na_Populacao_Geral_-_Portugal_2007
- Barata, C., Veiga, N., Figueiredo, A., & Santos, L. (2008). Avaliação de saúde oral numa população rural. *Cadernos de Saúde*, 1(esp.), 28-29. <https://revistas.ucp.pt/index.php/cadernosdesaude/article/view/2895>
- Barbosa, A. L., Rodrigues, A. R., Silva, C., Quelhas, D., Gomes, F., Silva, F., Nunes, J. N., Lima, J. P., Santos, L., Mota, L., Carmona, M., Nobre, M., Madeira, M., & Santos, R. (2016). *As novas tecnologias e os hábitos de sono*. Recuperado Dezembro 10, 2022, em http://www.metis.med.up.pt/index.php/As_novas_tecnologias_e_os_h%C3%A1bitos_de_sono
- Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo* (3ª ed.). Edições 70.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* (Ed. rev. e ampliada). Edições 70.
- Barratt, E. S. (1959). Anxiety and impulsiveness related to psychomotor efficiency. *Perceptual and Motor Skills*, 9(3), 191-198. <https://doi.org/10.2466/pms.1959.9.3.191>

- Barros, L. R., & Santos, G. B. (2017). Gravidez na adolescência: Implicação social. *Revista da FAESF*, 1(1), 1-12. <http://faesfpi.com.br/revista/index.php/faesf/article/view/8/8>
- Barros, L. S., Rêgo, M. C., Montel, D. C., Santos, G. F. F. S., & Paiva, T. V. (2020). Rotulagem nutricional de alimentos: Utilização e compreensão entre estudantes. *Brazilian Journal of Development*, 6(11), 90688–90699. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n11-469>
- Barros, M., Schuck, C., Mana, V., Salicio, M., Shimoya-Bittencourt, W. (2012). Avaliação da concentração de monóxido de carbono em estudantes universitários da área da saúde. *Journal of the Health Sciences: Revista do Instituto de Ciências da Saúde*, 30(4), 399-405. <https://repositorio.unip.br/journal-of-the-health-sciences-institute-revista-do-instituto-de-ciencias-da-saude/avaliacao-da-concentracao-de-monoxido-de-carbono-em-estudantes-universitarios-da-area-da-saude-2/>
- Basile, K. C., Clayton, H. B., DeGue, S., Gilford, J. W., Vagi, K. J., Suarez, N. A., Zwald, M. L., & Lowry, R. (2020). Interpersonal violence victimization among high school students: Youth risk behavior survey, United States, 2019. *Morbidity and Mortality Weekly Report: MMWR*, 69(Suppl 1), 28-37. <https://doi.org/10.15585/mmwr.su6901a4>
- Bechara, A., Damasio, A. R., Damasio, H., & Anderson, S. W. (1994). Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition*, 50(1-3), 7–15. [https://doi.org/10.1016/0010-0277\(94\)90018-3](https://doi.org/10.1016/0010-0277(94)90018-3)
- Beck, K. H., Kasperski, S. J., Caldeira, K. M., Vincent, K. B., O'Grady, K. E., & Arria, A. M. (2010). Trends in alcohol-related traffic risk behaviors among college students. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 34(8), 1472-1478. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2010.01232.x>
- Benavente, S., Silva, R., Higashi, A., Guido, L., & Costa, A. (2014). Influence of stress factors and socio-demographic characteristics on the sleep quality of nursing students. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(3), 514–520. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000300018>
- 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>
- Bento, A. (2008). O insucesso no ensino superior: Perspectivas e situações dos alunos do 4º ano, via ensino, da Universidade da Madeira. In C. Escallier & N. Veríssimo (Orgs.), *Educação*

- e cultura* (pp. 147-156). Grafimadeira. <https://digituma.uma.pt/bitstream/10400.13/53/1/BentoInsucesso.pdf>
- Bernardino, E., Dyniewicz, A. M., Carvalho, K. L. B., Kalinowski, L. C., & Bonat, W. H. (2013). Adaptação transcultural e validação do instrumento Conditions of Work Effectiveness-Questionnaire-II. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(5), 7 telas. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/BLX5W4mWJVHnZqQsFX8f3zj/?lang=pt&format=pdf>
- Bernardo, G. L., Jomori, M. M., Fernandes, A. C., & Proença, R. P. C. (2017). Food intake of university students. *Revista Nutrição*, 30(6), 847-865. <https://doi.org/10.1590/1678-98652017000600016>
- Bersamin, M., Fisher, D. A., Marcell, A. V., & Finan, L. J. (2017). Reproductive health services: Barriers to use among college students. *Journal of Community Health*, 42(1), 155–159. <https://doi.org/10.1007/s10900-016-0242-2>
- Bessa, L. A. S. (2011). *Personalidade e procura de sensações: A sua relação com comportamentos anti-sociais* [Dissertação de mestrado, Universidade Fernando Pessoa]. Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. <https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/2427>
- Bicho, A. S. S. (2013). *Estudo da qualidade do sono dos estudantes de medicina da Universidade da Beira Interior* [Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior]. uBibliorum, Repositório Digital da UBI. <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/1363>
- Bilevicius, E., Van Landeghem, C., Stewart, S. H., Sherry, S. B., & Keough, M. T. (2021). Trait impulsivity impedes maturing out of problem drinking among socially anxious undergraduates. *Alcohol and Alcoholism*, 56(1), 101–108. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agua109>
- Bogdan, R., & Biklen, S. (2013). *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto Editora.
- Bonatto, A., Barros, C. R., Gemeli, R. A., Lopes, T. B., & Frison, M.D., (2012, Julho 29-Agosto 1). *Interdisciplinaridade no ambiente escolar* [Contribuição em seminário]. Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul, Caxias do Sul, Brasil. <https://docplayer.com.br/331050-Interdisciplinaridade-no-ambiente-escolar.html>
- Bonecker, M. J. S., Guedes, A. C. G., & Walter, L. R. F. (1997). Prevalência, distribuição e grau

de afecção de carie dentária em crianças de 0 a 36 meses de idade. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*, 51(6), 535-540. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-211044>

Brackett, M. A., Palomera, R., Mojsa-Kaja, J., Reyes, M. R., & Salovy, P. (2010). Emotion-regulation ability, burnout, and job satisfaction among british secondary-school teachers. *Psychology in the Schools*, 47(4), 406–417. doi: 10.1002/pits.20478

Brás, M., & Anes, E. (2021). Promoção da literacia sobre sexualidade em estudantes. In A. Galvão (Coord.), *Literacia em saúde e autocuidados: Evidências que projetam a prática clínica* (pp. 261-273). Euromédice, Edições Médicas.

Brien, T. M., Thombs, D. L., Mahoney, C. A., & Wallnau, L. (1994). Dimensions of self-efficacy among three distinct groups of condom users. *Journal of American College Health*, 42(4), 167–174. <https://doi.org/10.1080/07448481.1994.9939665>

Brito, I. (2009). Promoção da saúde nos jovens utilizando a educação pelos pares: Intervenção com estudantes de enfermagem e jovens enfermeiros. *Enfermagem e o Cidadão*, 19, 6-9.

Brittain, A. W., Tevendale, H. D., Mueller, T., Kulkarni, A. D., Middleton, D., Garrison, M. L. B., Read-Wahidi, M. R., & Koumans, E. H. (2020). The teen access and quality initiative: Improving adolescent reproductive health best practices in publicly funded health centers. *Journal of Community Health*, 45(3), 615–625. <https://doi.org/10.1007/s10900-019-00781-z>

Brown, S. A., McGue, M., Maggs, J., Schulenberg, J., Hingson, R., Swartzwelder, S., Martin, C., Chung, T., Tapert, S. F., Sher, K., Winters, K. C., Lowman, C., & Murphy, S. (2008). A developmental perspective on alcohol and youths 16 to 20 years of age. *Pediatrics*, 121(Suppl 4), S290–S310. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-2243D>

Bryant-Comstock, K., Bryant, A. G., Narasimhan, S., & Levi, E. E. (2016). Information about sexual health on crisis pregnancy center web sites: Accurate for adolescents. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 29(1), 22–25. <https://doi.org/10.1016/j.jpjag.2015.05.008>

Buboltz, W., Jenkins, S. M., Soper, B., Woller, K., Johnson, P., & Faes, T. (2009). Sleep habits and patterns of college students: An expanded study. *Journal of College Counseling*, 12(2), 113-124. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1882.2009.tb00109.x>

Buela-Casal, G., & Sanchez, A. J. (2002). Transtornos del sueño. Síntesis.

Cabral, L. R. (2007). *Consumo de bebidas alcoólicas em rituais/praxes académicas* [Tese de doutoramento, Universidade do Porto]. Repositório Aberto UPorto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7207>

Cafferty, R., Desai, B., Alfath, Z., Davey, C., & Schneider, K. (2020). Adolescent pride festival attendees-assessing their interactions with primary care physicians. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 66(6), 666-671. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.11.305>

Calado, L. F. (2011). *Educação sexual no 1º ciclo do ensino básico: Concepções dos professores de um agrupamento de escolas* [Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório Institucional da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/6249>

Calafat, A., Fernández Gómez, C., & Juan, M., & Becoña, E. (2007). Vida recreativa nocturna de los jóvenes españoles como factor de riesgo frente a otros más tradicionales. *Adicciones*, 19(2), 125-132. <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/310>

Caniço, H., Bairrada, P., Rodríguez, E., & Carvalho, A. (2010). *Novos tipos de família: Plano de cuidados*. Imprensa da Universidade de Coimbra.

Cardoso, A. P. O. (2014). *Inovar com a investigação-ação: Desafios para a formação de professores*. Imprensa da Universidade de Coimbra.

Cardoso, A. P., Ferreira, M., Abrantes, J. L., Seabra, C., & Costa, C. (2011). Personal and pedagogical interaction factors as determinants of academic achievement. *Procedia: Social and Behavioral Sciences*, 29, 1596-1605. doi: 10.1016/j.sbspro.2011.11.402

Cardoso, S., Rodrigues, A., Nelas, P., & Duarte, J. C. (2010). Educar para a sexualidade responsável na adolescência. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 11, 9-14.

Carteiro, D., & Nené, M. (2015). A importância da formação na área da sexualidade em enfermagem. *Revista da Associação Portuguesa Enfermeiros Obstetras*, 16, 4-8.

Carvalho, A., Almeida, C., Amann, G., Leal, P., Marta, F., Moita, M., Pereira, F., Ladeiras, L.,

Lima, R., & Lopes, I. (2016). *Saúde mental em saúde escolar: Manual para a promoção de aprendizagens socioemocionais em meio escolar*. DGS.

Carvalho, C. P., Pinheiro, M. R. C. N. M. M., Gouveia, J. A. P., & Vilar, D. R. (2017). Conhecimentos sobre sexualidade: Construção e validação de um instrumento de avaliação para adolescentes em contexto escolar. *Revista Portuguesa de Educação*, 30(2), 249-274. doi: <https://doi.org/10.21814/rpe.9032>

Carvalho, T. M. C. S., Silva, I. I. S., Siqueira, P. P. S., Almeida, J. O., Soares, A. F., & Lima, A. M. J. (2013). Qualidade do sono e sonolência diurna entre estudantes universitários de diferentes áreas. *Revista de Neurociências*, 21(3), 383-387. <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8161>

Casey, B. J., Getz, S., & Galvan, A. (2008). The adolescent brain. *Developmental Review*, 28(1), 62–77. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2007.08.003>

Castro, J. F., Almeida, C. M. T., Rodrigues, V. M. C. P. (2020). A (des)educação contraceptiva dos jovens universitários. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33, eAPE201901306. <https://doi.org/10.37689/actaaape/2020AO01916>

Center for Diseases Control and Prevention. (2020). *Sexually Transmitted Disease Surveillance 2020*. <https://www.cdc.gov/std/statistics/2020/default.htm>

Cerazi, B. G. A. (s.d.). *Sono: Aliado da atividade física*. Recuperado Dezembro 10, 2022, <https://vidasaudavel.einstein.br/sono-aliado-da-atividade-fisica/>

Cervera Burriel, F., Serrano Urrea, R., Vico García, C., Milla Tobarra, M., & García Meseguer, M. J. (2013). Hábitos alimentarios y evaluación nutricional en una población universitaria. *Nutrición Hospitalaria*, 28(2), 438-446. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2013.28.2.6303>

Chinneck, A., Thompson, K., Mahu, I. T., Davis-MacNevin, P., Dobson, K., & Stewart, S. H. (2018). Personality and prescription drug use/misuse among first year undergraduates. *Addictive Behaviors*, 87, 122–130. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.07.001>

Christian, C., Bridges-Curry, Z., Hunt, R. A., Ortiz, A. M. L., Drake, J. E., & Levinson, C. A. (2021). Latent profile analysis of impulsivity and perfectionism dimensions and associations with psychiatric symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 283, 293–301. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.07.001>

org/10.1016/j.jad.2021.01.076

- Claxton, S. E., DeLuca, H. K., & van Dulmen, M. H. (2015). The association between alcohol use and engagement in casual sexual relationships and experiences: A meta-analytic review of non-experimental studies. *Archives of Sexual Behavior, 44*(4), 837–856. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0392-1>
- Clegg-Kraynok, M. M., McBean, A. L., & Montgomery-Downs, H. E. (2011). Sleep quality and characteristics of college students who use prescription psychostimulants nonmedically. *Sleep Medicine, 12*(6), 598–602. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2011.01.012>
- Cole, B. (2003). *A mamã nunca me disse*. Terramar.
- Coleta, J., & Coleta, M. (2006). Felicidade, bem-estar subjectivo e comportamento académico de estudantes universitários. *Psicologia em Estudo, 11*(3), 533-539. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722006000300009>
- Conceição, A., Calado, M. L., & Ponte, S. (2010). Projecto de prevenção do consumo de álcool em contexto universitário “Não abuses”. In A. S. Pereira, H. Castanheira, A. C. Melo, A. I. Ferreira, & P. Vagos (Eds.), *Apoio psicológico no ensino superior: Modelos e práticas: I Congresso Nacional da RESAPES-AP* (pp. 405-411). RESAPES-AP.
- Conrod, P. J. (2016). Personality-targeted interventions for substance use and misuse. *Current Addiction Reports, 3*(4), 426-436. <https://doi.org/10.1007/s40429-016-0127-6>
- Conrod, P. J., Castellanos-Ryan, N., & Mackie, C. (2011). Long-term effects of a personality-targeted intervention to reduce alcohol use in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*(3), 296–306. <https://doi.org/10.1037/a0022997>
- Conrod, P. J., Castellanos-Ryan, N., & Strang, J. (2010). Brief, personality-targeted coping skills interventions and survival as a non-drug user over a 2-year period during adolescence. *Archives of General Psychiatry, 67*(1), 85–93. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.173>
- Cortês, L., Leite, C., & Pacheco, J. A. (2002). *Trabalhar por projectos em educação: Uma inovação interessante*. Porto Editora.

- Costa, C., Cardoso, A. P., Lima, M.P., Ferreira, M., & Abrantes, J. L. (2015). Pedagogical interaction and learning performance as determinants of academic achievement. *Procedia: Social and Behavioral Sciences*, 171, 874-881. doi: 10.1016/j.sbspro.2015.01.203
- Costa, L. G. (2009). *A rede de apoio social de jovens em situação de vulnerabilidade social e o uso de drogas* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul]. Lume Repositório Digital UFRGS. <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/16339>
- Council of Europe, Human Rights Channel. (s.d.). *Sexismo: Repare nele, fale dele, acabe com ele*. Recuperado Agosto, 4, 2022, em <https://human-rights-channel.coe.int/stop-sexism-pt.html>
- Covey, S. R. (2014). *Os sete hábitos das pessoas altamente eficazes: Lições poderosas para transformação pessoal*. Gradiva.
- Craig, C. L., Marshall, A. L., Sjöström, M., Bauman, A. E., Booth, M. L., Ainsworth, B. E., Pratt, M., Ekelund, U., Yngve, A., Sallis, J. F., & Oja, P. (2003). International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 35(8), 1381–1395. <https://doi.org/10.1249/01.MSS.0000078924.61453.FB>
- Cranford, J. A., Eisenberg, D., & Serras, A. M. (2009). Substance use behaviors, mental health problems, and use of mental health services in a probability sample of college students. *Addictive Behaviors*, 34(2), 134–145. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.09.004>
- Cross, D. I., & Hong, J. Y. (2012). An ecological examination of teachers' emotions in the school context. *Teaching and Teacher Education*, 28(7), 957-967. <https://doi.org/10.1016/j.tate.2012.05.001>
- Curcio, A. L., & George, A. M. (2011). Selected impulsivity facets with alcohol use/problems: The mediating role of drinking motives. *Addictive Behaviors*, 36(10), 959–964. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.05.007>
- Cyders, M. A., Smith, G. T., Spillane, N. S., Fischer, S., Annus, A. M., & Peterson, C. (2007). Integration of impulsivity and positive mood to predict risky behavior: Development and validation of a measure of positive urgency. *Psychological Assessment*, 19(1), 107–118. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.19.1.107>

Dalley, J. W., Fryer, T. D., Brichard, L., Robinson, E. S., Theobald, D. E., Lääne, K., Peña, Y., Murphy, E. R., Shah, Y., Probst, K., Abakumova, I., Aigbirhio, F. I., Richards, H. K., Hong, Y., Baron, J. C., Everitt, B. J., & Robbins, T. W. (2007). Nucleus accumbens D2/3 receptors predict trait impulsivity and cocaine reinforcement. *Science*, 315(5816), 1267–1270. <https://doi.org/10.1126/science.1137073>

Declaração de Alma-Ata (1978). In Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, *Cuidados primários de saúde* (pp. 2-5). Organização Mundial de Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf;jsessionid=D4D79000D58D3DF894E6250CE123E064?sequence=5

Delattre, P.(1981). *Teoria dos sistemas e epistemologia*. A Regra do Jogo.

Delors, J., Al-Mufti, I., Amagi, I., Carneiro, R., Chung, F., Geremek, B., Gorham, W., Kornhauser, A., Manley, M., Padrón Quero, M., Savané, M.-A., Singh, K., Stavenhagen, R., Suhr, M. W., & Nanzhao, Z. (1996). *Educação um tesouro a descobrir: Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI*. UNESCO. http://dhnet.org.br/dados/relatorios/a_pdf/r_unesco_educ_tesouro_descobrir.pdf

Dewey, J. (1963). *Experiência e educação*. Macmillan.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13

Donaldson, M. S. (2004). Nutrition and cancer: A review of the evidence for an anti-cancer diet. *Nutrition Journal*, 3(1). <https://nutritionj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-2891-3-19>

Durlak J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Tylor, R. D., & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing student’s social and emotional learning: A meta-analysis of school based universal interventions. *Child Development*, 82(1), 405-432. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x>

Economidou, D., Pelloux, Y., Robbins, T. W., Dalley, J. W., & Everitt, B. J. (2009). High impulsivity predicts relapse to cocaine-seeking after punishment-induced abstinence. *Biological Psychiatry*, 65(10), 851–856. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.12.008>

- Eichler, K., Wieser, S., & Brügger, U. (2009). The costs of limited health literacy: A systematic review. *International Journal of Public Health*, 54(5), 313–324. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-0058-2>
- Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. V. (2016). *Literacia em saúde em Portugal: Relatório síntese*. Fundação Calouste Gulbenkian. https://cdn.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2021/05/87Est_Lieracia_Saude.pdf
- Esteves, D., Vieira, S., Bras, R., O'Hara, K., & Pinheiro, P. (2017). Nível de atividade física e hábitos de vida saudável de universitários portugueses. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 12(2), 261-270. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732008000100005>
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1968). *Manual for the Eysenck personality inventory*. Educational Industrial Testing Service.
- Fang, H., Quan, M., Zhou, T., Sun, S., Zhang, J., Zhang, H., Cao, Z., Zhao, G., Wang, R., & Chen, P. (2017). Relationship between physical activity and physical fitness in preschool children: A cross-sectional study. *BioMed Research International*, 2017, Article 9314026. <https://doi.org/10.1155/2017/9314026>
- Faria, Y. O., Gandolfi, L., & Moura, L. B. A. (2014). Prevalência de comportamentos de risco em adulto jovem e universitário. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(6), 591-595. <https://www.scielo.br/j/ape/a/7RXycYBBQsVchSQ5cLk8YFD/?lang=pt>
- Faustino, F., Lemuchi, P., Figueira, A. C. C., Figueiredo, T., Pereira, A., Nunes, P., Santos, F. J., & Estada, M. (2018). Níveis de atividade física em alunos do ensino superior alojados em residência de estudantes. *Mediações: Revista OnLine da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Setúbal*, 6(2), 35-43. <https://mediacoes.esse.ips.pt/index.php/mediacoesonline/article/view/181>
- Fazenda, I. C. (2015). Interdisciplinaridade: Didática e prática de ensino. *Revista Interdisciplinaridade*, 6, 9-17. <https://revistas.pucsp.br/index.php/interdisciplinaridade/article/view/22623>
- Fernandes, G. C. C. (2009). *Conceções do corpo e da identidade sexual/género em crianças do 1.º ciclo* [Dissertação de mestrado, Universidade do Minho]. RepositóriUM. <http://>

repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/10988

- Fernandes, J. D. (2016). *Estudo comparativo dos níveis de atividade física, comportamento sedentário e hábitos alimentares de estudantes do ensino superior* [Dissertação de Mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias]. Recil Repositório Científico Lusófona. <https://recil.ensinulusofona.pt/handle/10437/7424>
- Ferreira, A. S. C. (2019). *Promoção da saúde sexual e reprodutiva nos jovens PALOP que estudam no Instituto Politécnico de Bragança* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Bragança]. IPB: Biblioteca Digital. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/19588>
- Ferreira, P., Pereira, A., & Albuquerque, C. (2008). O consumo de álcool e comportamentos de risco nos estudantes universitários. In I. Leal, J. L. Pais Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Eds.), *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 509-512). ISPA.
- Fillmore, M. T. (2003). Drug abuse as a problem of impaired control: Current approaches and findings. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 2(3), 179-197. <https://doi.org/10.1177/1534582303257007>
- Fisher, J. D., & Fisher, W. A. (1992). Changing AIDS-risk behavior. *Psychological Bulletin*, 111(3), 455-474. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.111.3.455>
- Fonseca, V. (2016). Importância das emoções na aprendizagem: Uma abordagem neuropsicopedagógica. *Revista Psicopedagogia*, 33(102), 365-384. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoped/v33n102/14.pdf>
- Forreta, F. (2002). A educação sexual no 1.º ciclo: Objetivos, conteúdos e metodologias. In A. M. Marques, D. Vilar, & F. Forreta (Coords.), *Educação sexual no 1.º ciclo: Um guia para professores e formadores* (pp. 49-56). Texto Editora.
- Forte, L. (2010). Experiências saudáveis: Um programa de prevenção do consumo de substâncias psicoativas junto de estudantes universitários. In I. Leal, J. Ribeiro, M. Marques, & Pimenta, F. (Eds.), *8º Congresso nacional de psicologia da saúde: Saúde, sexualidade e género: Actas* (pp. 444-454). ISPA.
- Frade, A., Marques, A., Alverca, C., & Vilar, D. (2009). *Educação sexual na escola: Guia para professores, formadores e educadores*. Texto Editora.

- Francisco, P. M. S. B., 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>
- Freire, P. (2019). *Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa* (60ª ed.). Editora Paz e Terra.
- Galhardo, A., Cardoso, I. M., & Marques, P. (2006). Consumo de substâncias em estudantes do ensino superior de Coimbra. *Revista Toxicodependências*, 12(1), 71-77. https://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD_Artigos/Attachments/63/2006_01_TXT9.pdf
- Galinha, I. C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule, PANAS: II estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, 2(23), 219-227. <https://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/1894/1/PANAS%20II%20%281%29.pdf>
- 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 (Coord.), *Literacia em saúde e autocuidados: Evidências que projetam a prática clínica* (pp. 9-21). Euromédice, Edições Médicas.
- Galvão, A., Pinheiro, M., Gomes, M., & Ala, S. (2017). Ansiedade, stress e depressão relacionados com perturbações do sono e vigília e consumo de álcool em alunos do ensino superior. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Espec5*, 8-12. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/16982/1/nspe5a02.pdf>
- Garcia, J. R., Reiber, C., Merriwether, A. M., & Massey, S. G. (2012). Sexual hookup culture: A review. *Review of General Psychology*, 16(2), 161-176. <https://doi.org/10.1037/a0027911>
- Garcia, T. A., Litt, D. M., Davis, K. C., Norris, J., Kaysen, D., & Lewis, M. A. (2019). Growing up, hooking up, and drinking: A review of uncommitted sexual behavior and its association with

- alcohol use and related consequences among adolescents and young adults in the United States. *Frontiers in Psychology*, 10, 1872. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01872>
- GBD 2016 Risk Factors Collaborators. (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. *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)
- Gerhard, F.(1973). Methodological Problems of interdisciplinary Discussions, *Ratio*, 15 (1),161-182.
- Godoy, H. (2014). Interdisciplinaridade: Uma nova abordagem científica? Uma filosofia da educação? Um tipo de pesquisa? *Revista Interdisciplinaridade*, 4. <https://revistas.pucsp.br/index.php/interdisciplinaridade/article/view/19070>
- Goleman, D. (2014). *Inteligência emocional*. Círculo de Leitores.
- Gonçalves, A. M. (2014). *Avaliação do risco de suicídio em estudantes do ensino superior politécnico: Prevalência e fatores associados* [Tese de doutoramento, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. https://sigarra.up.pt/icbas/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=33355
- 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 Saúde Pública*, 54, 41. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001709>
- Granö, N., Virtanen, M., Vahtera, J., Elovainio, M., & Kivimäki, M. (2004). Impulsivity as a predictor of smoking and alcohol consumption. *Personality and Individual Differences*, 37(8), 1693-1700. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.03.004>
- Granville-Garcia, A. F., Sarmiento, D. J. S., Santos, J. A., Pinto, T. A., Sousa, R. V., Cavalcanti, A. L. (2012). Smoking among undergraduate students in the area of health. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17(2), 389-396. <https://www.scielo.br/j/csc/a/MKN5PjK3tnYsv7wSx4y8n8j/?lang=en>
- Greenberg, M. T., Weissberg, R. P., O'Brien, M. U., Zins, J. E., Fredericks, L., Resnik, H., & Elias, M. J. (2003). Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional, and academic learning. *American Psychologist*, 58(6-7), 466-474. <https://doi.org/10.1037/0003-065X.58.6.466>

doi.org/10.1037/0003-066X.58.6-7.466

Green, W. & Simonds-Morton, B. (1988) – *Education Para la Salud*. Nueva Editorial Interamericana, McGraw-Hill.

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>

Hagströmer, M., Oja, P., & Sjöström, M. (2006). The International Physical Activity Questionnaire (IPAQ): A study of concurrent and construct validity. *Public Health Nutrition*, 9(6), 755-762. <https://doi.org/10.1079/phn2005898>

Henriques, A. P. F. C. M. (2008). *Caracterização do sono dos estudantes universitários do instituo superior técnico* [Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/1039>

Holfeld, B., & Ruthig, J. C. (2014). A longitudinal examination of sleep quality and physical activity in older adults. *Journal of Applied Gerontology: The Official Journal of the Southern Gerontological Society*, 33(7), 791-807. <https://doi.org/10.1177/0733464812455097>

Homem, F., Brito, I., Santos, M., Simões, D., & Mendes, F. (2010). Cinco razões para beber diferente. In A. S. Pereira, H. Castanheira, A. C. Melo, A. I. Ferreira, & P. Vagos (Eds.), *Apoio psicológico no ensino superior: Modelos e práticas: I Congresso Nacional da RESAPES-AP* (pp. 168-173). RESAPES-AP.

Hoopes, A. J., Benson, S. K., Howard, H. B., Morrison, D. M., Ko, L. K., & Shafii, T. (2017). Adolescent perspectives on patient-provider sexual health communication: A qualitative study. *Journal of Primary Care & Community Health*, 8(4), 332-337. <https://doi.org/10.1177/2150131917730210>

Huertas, E., López-Moreno, J. A., Fernández, V., Echeverry-Alzate, V., & Bühler, K. M.

- (2019). Associations between experimental substance use, FAAH-gene variations, impulsivity and sensation seeking. *Psicothema*, 31(3), 239-245. <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.27>
- Imaginário, S., Duarte, J., Jesus, S. & Vieira, L. (2010, Maio 19-20). *O Bem-estar subjectivo em estudantes universitários da UAlg* [Apresentação de poster]. IX Encontro de Psicologia no Algarve, Algarve, Portugal.
- Imaginário, S. S. E. (2011). *Bem-estar subjetivo e ajustamento académico em alunos do ensino superior* [Dissertação de mestrado, Universidade do Algarve]. Sapiencia, Repositório da Universidade do Algarve. <https://sapiencia.ualg.pt/handle/10400.1/1779>
- International Physical Activity Questionnaire. (2005). *Guidelines for data processing and analysis of the international physical activity questionnaire: IPAQ: Short and long forms*. IPAQ. https://www.researchgate.net/publication/267932370_Guidelines_for_data_processing_and_analysis_of_the_International_Physical_Activity_Questionnaire_IPAQ2005_URL_httpwwwIPAQkise
- International Union for Health Promotion and Education. (2010). *Promoting health in schools from evidence to action*. IUHPE. http://www.iuhpe.org/images/PUBLICATIONS/THEMATIC/HPS/Evidence-Action_ENG.pdf
- Jayasekara R. S. (2012). Focus groups in nursing research: Methodological perspectives. *Nursing outlook*, 60(6), 411-416. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2012.02.001>
- Jeffries, E. R., Lemke, A. W., Shah, S. M., Dean, K. E., Richter, A. A., & Buckner, J. D. (2016). Addictive behavior interventions among college students. *Current Addiction Reports*, 3(4), 368-377. <https://doi.org/10.1007/s40429-016-0117-8>
- Jennings, P. A., Greenberg, M. T. (2009). The prosocial classroom: Teacher social and emotional competence in relation to student and classroom outcomes. *Review of Educational Research*, 79(1), 491-525. <https://doi.org/10.3102/0034654308325693>
- Johns, M. W. (1991). A new method for measuring daytime sleepiness: The Epworth sleepiness scale. *Sleep*, 14(6), 540-545. <https://doi.org/10.1093/sleep/14.6.540>

- Jones, C. B., Meier, M. H., Corbin, W. E., & Chassin, L. (2021). Adolescent executive cognitive functioning and trait impulsivity as predictors of young-adult risky drinking and alcohol-related problems. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 35(2), 187-198. <https://doi.org/10.1037/adb0000636>
- Juyani, A. K., Zarei, F., Niknami, S., Haydarni, A., & Maasoumi, R. (2022). Educational interventions to improve women's preventive behavior of sexually transmitted infections (STIs): Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 23(1), 724. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06663-5>
- Kadison, R. D., & DiGeronimo, T. F. (2004). *College of the overwhelmed: The campus mental health crisis and what to do about it*. Jossey-Bass.
- Kalichman, S. C., & Rompa, D. (1995). Sexual sensation seeking and sexual compulsivity scales: Reliability, validity, and predicting HIV risk behavior. *Journal of Personality Assessment*, 65(3), 586-601. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6503_16
- Kalichman, S., Stein, J. A., Malow, R., Averhart, C., Dévieux, J., Jennings, T., Prado, G., & Feaster, D. J. (2002). Predicting protected sexual behaviour using the information-motivation-behaviour skills model among adolescent substance abusers in court-ordered treatment. *Psychology, Health & Medicine*, 7(3), 327-338. <https://doi.org/10.1080/13548500220139368>
- Kann, L., McManus, T., Harris, W. A., Shanklin, S. L., Flint, K. H., Queen, B., Lowry, R., Chyen, D., Whittle, L., Thornton, J., Lim, C., Bradford, D., Yamakawa, Y., Leon, M., Brener, N., & Ethier, K. A. (2018). Youth risk behavior surveillance: United States, 2017. *Morbidity and Mortality Weekly Report: Surveillance Summaries*, 67(8), 1-114. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6708a1>
- Kastorini, C. M., Milionis, H. J., Goudevenos, J. A., & Panagiotakos, D. B. (2010). Mediterranean diet and coronary heart disease: Is obesity a link: A systematic review. *Nutrition, Metabolism, and Cardiovascular Diseases: NMCD*, 20(7), 536-551. <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2010.04.006>
- Keller, L. (2020). Reducing STI cases: Young people deserve better sexual health information and services. *Guttmacher Policy Review*, 23. <https://www.guttmacher.org/gpr/2020/04/reducing-sti-cases-young-people-deserve-better-sexual-health-information-and-services>

- Kenny, M., Wurtele, S. (2012) Preventing childhood sexual abuse: An ecological approach. *Journal of Child Sexual Abuse*, 21(4), 361-367. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10538712.2012.675567?scroll=top&needAccess=true&role=tab>
- Kerntopf, M. R., Lacerda, J. F. E., Fonseca, N. H., Nascimento, E. P., Lemos, I. C., Fernandes, G. P., & Menezes, I. R. A. (2016). Sexualidade na adolescência: Uma revisão crítica da literatura. *Adolescência e Saúde*, 13(2), 106-113. <https://cdn.publisher.gn1.link/adolescenciaesaude.com/pdf/v13s2a13.pdf>
- Khadr, S. N., Jones, K. G., Mann S., Hale, D. R., Viner, R. M., Mercer, C. H., & Wellings, K. (2016). Investigating the relationship between substance use and sexual behaviour in young people in Britain: Findings from a national probability survey. *BMJ Open*, 6(6), e011961. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011961>
- 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>
- Kilwein, T. M., & Looby, A. (2018). Predicting risky sexual behaviors among college student drinkers as a function of event-level drinking motives and alcohol use. *Addictive Behaviors*, 76, 100-105. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.07.032>
- Kiselica, A. M., & Borders, A. (2013). The reinforcing efficacy of alcohol mediates associations between impulsivity and negative drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 74(3), 490-499. <https://doi.org/10.15288/jsad.2013.74.490>
- Kloss, J. D., Nash, C. O., Horsey, S. E., & Taylor, D. J. (2011). The delivery of behavioral sleep medicine to college students. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 48(6), 553-561. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.09.023>
- Krueger, A., & Casey, M. A. (2014). *Focus groups: A practical guide for applied research* (5th ed.). Sage Publications.
- Kuperberg, A., & Padgett, J. E. (2015). Dating and hooking up in college: Meeting contexts, sex, and variation by gender, partner's gender, and class standing. *Journal of Sex Research*,

52(5), 517-531. <https://doi.org/10.1080/00224499.2014.901284>

- Kuzma, E. K., & Peters, R. M. (2016). Adolescent vulnerability, sexual health, and the NP's role in health advocacy. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 28(7), 353-361. <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12331>
- Larson, N. I., Nelson, M. C., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Hannan, P. J. (2009). Making time for meals: Meal structure and associations with dietary intake in young adults. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(1), 72-9. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2008.10.017>
- 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>
- Lavado, E., Calado, V., & Feijão, F. (2020). *Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco, droga e outros comportamentos aditivos e dependências 2019*. https://www.sicad.pt/PT/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Paginas/detalhe.aspx?itemid=207&lista=SICAD_ESTUDOS&bkUrl=/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos
- Lejuez, C. W., Read, J. P., Kahler, C. W., Richards, J. B., Ramsey, S. E., Stuart, G. L., Strong, D. R., & Brown, R. A. (2002). Evaluation of a behavioral measure of risk taking: The Balloon Analogue Risk Task, BART. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 8(2), 75-84. <https://doi.org/10.1037/1076-898X.8.2.75>
- Lent, R. W., Taveira, M. C., Sheu, H., & Singley, D. (2009). Social cognitive predictors of academic adjustment and life satisfaction in Portuguese college students: A longitudinal analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 74(2), 190-198. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2008.12.006>
- Li, C., Cheng, Z., Wu, T., Liang, X., Gaoshan, J., Li, L., Hong, P., & Tang, K. (2017). The relationships of school-based sexuality education, sexual knowledge and sexual behaviors: A study of 18,000 Chinese college students. *Reproductive health*, 14(1), 103. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0368-4>
- Liao, L.-L., Lai, I.-J., & Chang, L.-C. (2019). Nutrition literacy is associated with healthy-eating behaviour among college students in Taiwan. *Health Education Journal*; 78(7),756-769. doi:10.1177/0017896919836132

Lima, E., Barrigão, N., Pedroso N., & Rocha, V. (2012). Alfa: Estudo do Meio: 2.º ano. Porto Editora.

Lomba, L., Apóstolo, J., Azeredo, Z., & Mendes, F. (2011) Contextos recreativos noturnos e consumo de álcool e drogas: Determinantes de comportamentos rodoviários de risco. *Revista Toxicodependências*, 17(3), 13-24. https://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD_Artigos/Attachments/543/artigo2_Toxico3_2011.pdf

Lopes, E., Milheiro, I., & Maia, A. (2013). Sleep quality in college students: A study about the contribution of lifestyle, academic performance and general well-being. *Sleep Medicine*, 14(suppl. 1), e185. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2013.11.437>

Lopes, J., & Silva, H. S. (2010). *O professor faz a diferença*. Lidel.

Lopes, P. N., & Salovey, P. (2004). Toward a broader education. In H. J. Walberg, M. C. Wang, R. J. Zins, & P. Weissberg (Eds.), *Building school success on social and emotional learning* (pp. 79-93). Teachers College Press.

Lopez, C. A., & Barbosa, C. O. (2019). A interdisciplinaridade: Alternativa para o desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem nas universidades. *Sapientiae: Revista de Ciências Sociais, Humanas e Engenharias*, 5(1), 204-223. <https://www.redalyc.org/journal/5727/572761149010/html/>

Luís, M. P., Gonzaga, M., Sousa, S., & Guimarães, C. (2011). *Caderno PRESSE 1.º Ciclo*. ARS Norte, ARS Norte, I.P., Departamento de Saúde Pública. https://www.acoliveira.pt/wp-content/uploads/2021/11/Caderno-PRESSE_-1o-Ciclo.pdf

Lund, I. (2014). Dropping out of school as a meaningful action for adolescents with social, emotional and behavioural difficulties. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 14(2), 96–104. doi: 10.1111/1471-3802.1200396

Lyvers, M., Duff, H., Basch, V., & Edwards, M. S. (2012). Rash impulsiveness and reward sensitivity in relation to risky drinking by university students: Potential roles of frontal systems.

Addictive Behaviors, 37(8), 940–946. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.03.028>

Maciel, E. S., Sonati, J. G., Modeneze, D. M., Vasconcelos, J.S., & Vilarta, R. (2012). Consumo alimentar, estado nutricional e nível de atividade física em comunidade universitária brasileira. *Revista de Nutrição*, 25(6), 707-18. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732012000600003>

Mackillop, J., Mattson, R. E., Anderson Mackillop, E. J., Castelda, B. A., & Donovan, P. J. (2007). Multidimensional assessment of impulsivity in undergraduate hazardous drinkers and controls. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68(6), 785–788. <https://doi.org/10.15288/jsad.2007.68.785>

Mackinnon, S. P., Kehayes, I. L., Clark, R., Sherry, S. B., & Stewart, S. H. (2014). Testing the four-factor model of personality vulnerability to alcohol misuse: A three-wave, one-year longitudinal study. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 28(4), 1000–1012. <https://doi.org/10.1037/a0037244>

Mandim, J. F. O. (2007). *As dinâmicas para a promoção da saúde numa escola do ensino básico do Porto: Um estudo de caso* [Dissertação de mestrado, Universidade Aberta]. Repositório Aberto da Universidade Aberta. <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/642>

Mandim, J. F. O. (2007). *As dinâmicas para a promoção da saúde numa escola do ensino básico do Porto: Um estudo de caso* [Dissertação de mestrado, Universidade Aberta]. Repositório Aberto da Universidade Aberta. <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/642>

Marques, A., Vilar, D., & Forreta, F. (2002). *Educação sexual no 1.º ciclo: Um guia para professores e formadores*. Texto Editora.

Marques, C. R. (2016). *Prática de ensino supervisionada e a abordagem interdisciplinar da educação sexual no 1.º ciclo do ensino básico* [Relatório de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/4543>

Marques, E. M., B. G., Barbara, E. M. P., Lucas, J. M. R. L., & Videira, L. A. (2017). Atitudes dos estudantes do ensino secundário face à prática de atividade física: Um estudo na região centro do Portugal. *Pedagogia Social: Revista Interuniversitaria*, 29, 171-182. <https://www.redalyc.org/pdf/1350/135049901013.pdf>

Marques, S. (2009). *Estudo de hábitos de higiene oral em crianças da escola do 1.º Ciclo com Jardim*

- de Infância de Sousel* [Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa]. Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. <http://hdl.handle.net/10284/1120>
- Marques, S. A. V. (2012). *Sexualidade e género: As relações interpessoais nos media*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra]. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/13614/1/S%C3%B3nia%20Alexandra%20Ver%C3%ADssimo%20Marques.pdf>
- Martínez-Riera, J. R., Gallardo Pino, C., Aguiló Pons, A., Granados Mendoza, M. C., López-Gómez, J., & Arroyo Acevedo, H. V. (2018). La universidad como comunidad: Universidades promotoras de salud: Informe SESPAS 2018. *Gaceta Sanitaria*, 32(Suppl 1), 86–91. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.08.002>
- Marzano, R. J., Marzano, J. S., & Pickering, D. (2003). *Classroom management that works: Research-based strategies for every teacher*. ASCD.
- Master, L., Nye, R., Lee, S., Nahmod, N., Mariani, S., Hale, L., & Buxton, O. (2019). Bidirectional, daily temporal associations between sleep and physical activity in adolescents. *Scientific Reports*, 9(Article number 7732). <https://doi.org/10.1038/s41598-019-44059-9>
- Matos, M., Reis, M., Ramiro, L., Pais-Ribeiro, J., & Leal, I. (2014). Educação sexual em Portugal: Legislação e avaliação da implementação nas escolas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(2), 335-355. 10.15309/14psd150203.
- Mental health resources in the world: Initial results of Project ATLAS. (2001). *Journal of Advanced Nursing*, 36(1), 7-8.
- Mentella, M. C., Scaldaferri, F., Ricci, C., Gasbarrini, A., & Miggiano, G. A. D. (2019). Cancer and mediterranean diet: A review. *Nutrients*, 11(9), 2059. <https://doi.org/10.3390/nu11092059>
- 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. (2018). Comportamentos sexuais: Estudo em jovens. *Einstein*, 16(3), 1–7. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082018AO4265>

- Monte, J. C. A. (2019). *Correlação entre a qualidade do sono e o nível de atividade física em estudantes universitários* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal Rural de Pernambuco, Brasil]. Repositório Institucional UFRPER. <https://www.repository.ufrpe.br/handle/123456789/1801>
- Morello, P., Pérez, A., Peñaa, L., Brauna, S., Kollath-Cattanob, C., Thrasherb, J., Sargentc, J., Mejíaa, R. (2017). Factores de riesgo asociados al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en adolescentes escolarizados de tres ciudades de Argentina. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 115(2), 155-168. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2017.155>
- Motta M. L., & Alves, M. P. (2013). Avaliação de projetos de educação para a saúde uma abordagem qualitativa. *Revista Indagatio Didactica*, 5(2). <http://revistas.ua.pt/index.php/ID/article/view/2491>
- Nações Unidas. (2019) Tabaco mata cerca de 8 milhões de pessoas por ano. *ONU News: Perspectiva Global Reportagens Humanas*. <https://news.un.org/pt/story/2019/05/1674161>
- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. (2012). *Preventing tobacco use among youth and young adults: A report of the surgeon general*. Centers for Disease Control and Prevention, Office on Smoking and Health. https://www.cdc.gov/tobacco/sgr/2012/consumer_booklet/pdfs/consumer.pdf
- Nelson, M. C., Story, M., Larson, N. I., Neumark-Sztainer, D., Lytle, L. A. (2008). Emerging adulthood and college aged youth: An overlooked age for weight-related behavior change. *Obesity*, 16(10), 2205-2211. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.365>
- Neves, R. C. F., & Ramos, S. I. V. (2014, Fevereiro 8). Educação sexual nas escolas: Educar para prevenir: Estudo de caso. *Psicologia.PT: o Portal dos Psicólogos*. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0756.pdf>
- Noffke, S., & Somekh, B. (2010). *Handbook of educational action research*. Sage.
- Nogueira, M. J., Barros, L., & Sequeira, C. (2017). Psychometric properties of the psychological vulnerability scale in higher education students. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 23(3), 215-222. Doi: 10.1177/1078390317695261.
- Nunes-Valente, M., & Monteiro, A. P. (2016). Inteligência emocional em contexto escolar.

Revista Eletrónica de Educação e Psicologia, 7(1-11). http://edupsi.utad.pt/images/anexo_imagens/REVISTA_6/Artigo%20Inteligencia%20emocional.pdf

Oliveira, E., & Levindo, A. (2020). Bem-estar subjetivo e funcionamento psicológico positivo ao longo dos primeiros anos do ensino superior. *Educação: Teoria e Prática*, 30(63), 1-19. <https://www.periodicos.rc.biblioteca.unesp.br/index.php/educacao/article/view/14705>

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2014). *OECD Economic surveys: Portugal*. OECD Publishing. https://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-economic-surveys-portugal-2014_eco_surveys-prt-2014-en

Organização Mundial da Saúde. (2018). *Mais pessoas ativas para um mundo mais saudável*. OMS. https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/ficheiros-externos-pnpaf/orient_gappa_sintesept-pdf.aspx

Organização Mundial da Saúde. (2019). *Relatório da OMS sobre a epidemia global do tabaco, 2019: Oferecer ajuda para deixar de fumar: Resumo*. OMS. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325968/WHO-NMH-PND-2019.5-por.pdf?ua=1&ua=1>

Organização Mundial da Saúde. (2020). *Diretrizes da OMS para atividade física e comportamento sedentário: Num piscar de olhos*. OMS. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337001/9789240014886-por.pdf?sequence=102&isAllowed=y>

Organização Mundial da Saúde. (2009). *Estatísticas da saúde mundial 2009*. OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44078>

Organização Mundial de Saúde. (2013). Press release “One third of world’s population benefits from effective tobacco control measure – Population covered by ban tobacco advertising has double.”. Recuperado em 02.07.2014. Disponível em http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/ban_tobacco_20130710/en/

Organização Mundial de Saúde. (2015a). *WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking*. In, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/156262/1/9789241564922_eng.pdf?ua=1

Organização Mundial de Saúde. (2015b). *Tobacco use declining but major intensification needed in reduction and control efforts*. In, <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/>

trends-tobacco-use/en/

- Orzech, K., Salafsky, D., & Hamilton, L. (2011). The state of sleep among college students at a large public university. *Journal of American College Health, 59*(7), 612-619. doi: <https://doi.org/10.1080/07448481.2010.520051>.
- Pacheco, J. A. (2001). *Currículo: Teoria e prática*. Porto Editora.
- Papadaki, A., Hondros, G., Scott, J.A., & Kapsokefalou, M. (2007). eating habits of university students living at, or away from home in Greece. *Appetite, 49*(1), 169-176. doi:10.1016/j.appet.2007.01.008
- Pardal, L., & Lopes, E. (2011). *Métodos e técnicas de investigação social*. Areal Editores.
- 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>
- Parnes, J. E., Kentopp, S. D., Conner, B. T., & Rebecca, R. A. (2020). Who takes the trip? Personality and hallucinogen use among college students and adolescents. *Drug and Alcohol Dependence, 217*, 108263. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108263>
- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology, 51*(6), 768–774. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199511\)51:6<768::aid-jclp2270510607>3.0.co;2-1](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::aid-jclp2270510607>3.0.co;2-1)
- Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: Tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista de Saúde Pública, 34*(3), 259-275. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>
- Pekrun, R., Goetz, T., Titz, W., & Perry, R. P. (2002). Academic emotions in students' self-regulated learning and achievement: A program of qualitative and quantitative research. *Educational Psychologist, 37*(2), 91-105. DOI: 10.1207/S15326985EP3702_4.
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6ªed). Pearson Education.

Pereira, A. R. S. (2013). *Hábitos de sono em estudantes universitários* [Dissertação de mestrado, Universidade Fernando Pessoa]. Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. <https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/4079>

Pereira, S., & Costa, A. (2016). Consumo de psicoestimulantes no meio universitário: Aspetos clínicos e bioéticos. *PsiLogos*, 14(1), 24-37. <https://revistas.rcaap.pt/psilogos/article/view/8883>

Pereira, F., & Cunha, P. (Coords.) (2017). *Referencial de Educação para a Saúde*. Ministério da Educação – Direção Geral da Educação, Direção Geral da Saúde. https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/referencial_educacao_saude_original_4julho2017_horizontal.pdf

Peuker, A., Fogaça, J., & Bizarro, L. (2006). Expectativas e beber problemático entre universitários. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(2), 193-200. <https://www.scielo.br/pdf/ptp/v22n2/a09v22n2.pdf>

Piaget, J. (1972). The epistemology of interdisciplinary relationships. In L. Apostel, G. Berger, A. Briggs & G. Michaud (Eds.), *Interdisciplinarity: problems of teaching and research in universities* (pp. 127-139). OECD. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED061895.pdf>

Pimenta, C. (2006). Interdisciplinaridade e universidade: Tópicos de interpretação e ação. In R. Bizarro, *A escola e a diversidade cultural: Multiculturalismo e interculturalismo e educação*. Areal Editores.

Pimentel, M., Mata, M., & Anes, E. (2013). Tabaco e álcool em estudantes: Mudanças decorrentes do ingresso no ensino superior. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(1), 185-204. <https://www.redalyc.org/pdf/362/36226540014.pdf>

Pinto, D. L., Parisod, H., Nyman, J., & Barroso, T. M. M. D. A. (2022). Efetividade da versão portuguesa do Fume na literacia em saúde de adolescentes acerca do tabaco. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 30, e3513. DOI: 10.1590/1518-8345.5455.3513

Ploomipuu, I., Holbrook, J., & Rannikmäe, M. (2020). Modelling health literacy on conceptualizations of scientific literacy. *Health Promotion International*, 35(5), 1210–1219. <https://doi.org/10.1093/heapro/daz106>

Pombo, O. (2003). Epistemologia da interdisciplinaridade. In C. C. Pimenta, *Interdisciplinaridade, humanismo universidade* (pp. 93-124). Campo das

Letras. <http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/opombo/investigacao/portofinal.pdf>

Pombo, O., Guimarães, H., & Levy, T. (1993). *A interdisciplinaridade: Reflexão e experiência*. Texto Editora.

Pombo, O., Guimarães, M., H., & Levy, T. (2006). *Interdisciplinaridade: Antologia*. Campo das Letras.

Portugal, Despacho n.º 3618-A/2016. (2016, Março 10). Determina a criação do programa nacional de educação para a saúde, literacia e autocuidados. *Diário da República*, 2(49), pp. 8660(5)-8660(6). <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/3618-a-2016-73833508>

Portugal, Direção-Geral da Educação (2014). *Programa de apoio à promoção e educação para a saúde*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Educação.

Portugal, Direção-Geral da Educação (2015). *Escolas promotoras de saúde*. DGE. <http://www.dge.mec.pt/schools-health-europe-she-escolas-promotoras-de-saude>

Portugal, Direção-Geral da Educação (2017). *Programa de apoio à promoção e educação para a saúde*. DGE. <https://www.dge.mec.pt/programa-de-apoio-promocao-e-educacao-para-saude>

Portugal, Direção-Geral da Saúde (2003). *Saúde na comunidade: Guia orientador para elaboração de indicadores*. Direção-Geral da Saúde.

Portugal, Direção-Geral da Saúde (2006). *Plano nacional de saúde escolar 2004-2010*. <https://pns.dgs.pt/historico/pns-2004-2010/>

Portugal, Lei n.º 2/2016. (2016, Fevereiro 29). Elimina as discriminações no acesso à adoção, apadrinhamento civil e demais relações jurídicas familiares, procedendo à segunda alteração à Lei n.º 7/2001, de 11 de maio, à primeira alteração à Lei n.º 9/2010, de 31 de maio, à vigésima terceira alteração ao Código do Registo Civil, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 131/95, de 6 de junho, e à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 121/2010, de 27 de outubro. *Diário da República*, 1(41), pp. 634-635. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/2-2016-73740375>

Portugal, Lei n.º 46/1986. (1986, Outubro 14). Lei de bases do sistema educativo. *Diário da República*, 1(237), pp. 3067-3081. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/46-1986-10-14>

1986-222418

Portugal, Lei n.º 49/2005. (2005, Agosto 30). Segunda alteração à Lei de bases do sistema educativo e primeira alteração à lei de bases do financiamento do ensino superior. *Diário da República*, 1-A(166), pp. 5122-5138. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/49-2005-245336>

Portugal, Lei n.º 60/2009. (2009, Agosto 6). Estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar. *Diário da República*, 1(151), pp. 5097-5098. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/60-2009-494016>

Portugal, Lei nº 49/2005. (2005, Agosto 30). Segunda alteração à Lei de Bases do Sistema Educativo e primeira alteração à Lei de Bases do Financiamento do Ensino Superior. *Diário da República*, 1-A(166), pp. 5122-5138. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/49-2005-245336>

Portugal, Lei nº 60/2009. (2009, Agosto 6). Estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar. *Diário da República*, 1(151), pp. 5097-5098. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/60-2009-494016>

Portugal, Ministério da Educação, & Ministério da Saúde. (2000). *Educação sexual em meio escolar: Linhas orientadoras*. Ministério da Educação e Ministério Saúde. http://www.apf.pt/sites/default/files/media/2015/educacao_sexual_em_meio_escolar-linhas_orientadoras.pdf

Portugal, Ministério da Educação, Departamento da Educação Básica. (2004). *Organização curricular e programas. Ensino básico 1º ciclo (4ª ed.)*. Editorial do Ministério da Educação/Departamento da Educação Básica. https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ficheiros/eb_eafm_programa_1c_0.pdf

Portugal, Ministério da Educação, Direção-Geral da Educação, & Direção Geral da Saúde (2017). *Referencial de educação para a Saúde*. DGE; DGS.

Portugal, Ministério da Educação, Direcção-Geral da Educação. (2016). *Orientações curriculares para a educação pré-escolar*. Ministério da Educação/DGE. https://www.dge.mec.pt/ocepe/sites/default/files/Orientacoes_Curriculares.pdf

Portugal, Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde (2015a). *Plano nacional de saúde: Revisão e extensão a 2020*. DGS. <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Portugal, Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde. (2006). *Plano nacional de saúde escolar*. DGS.

- Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2012). *Programa nacional de prevenção e controlo do tabagismo 2012-2016*. DGS. http://www.coppt.pt/attachments/270_Programa-Nacional-Prevencao-Tabagismo-2012-2016.pdf
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2014). *Programa nacional de saúde escolar*. Lisboa: DGS.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa nacional de saúde escolar*. DGS. <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2016). *Saúde mental em saúde escolar: Manual para a promoção de aprendizagens socioemocionais em meio escolar*. DGS. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/31861>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa nacional para a promoção da atividade física*. DGS. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/10/DGS_PNPAF2017_V7.pdf
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2017). *Referencial de educação para a saúde*. Ministério da Educação, Direção-Geral da Educação, Direção-Geral da Saúde. https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/referencial_educacao_saude_original_4julho2017_horizontal.pdf
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2020). *Programa nacional para a promoção da alimentação saudável*. DGS. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp2020/wp-content/uploads/2020/11/Relato%CC%81rio-PNPAS-2020.pdf>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2021). *Níveis de literacia em saúde: Portugal*. DGS. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estudo-apresenta-nivel-de-literacia-em-saude-dos-portugueses-pdf.aspx>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2022). *Programa nacional para a promoção da alimentação saudável 2022-2030*. DGS. https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2022/10/PNPAS2022_2030_VF.pdf
- Portugal, Ministério dos Negócios Estrangeiros, Comissão Nacional da UNESCO. (n. d.). *Educação para a saúde*. MNE. Recuperado dezembro 15, 2022, em <https://unescoportugal.mne.gov.pt/pt/temas/aprender-a-viver-juntos/educacao-para-a-saude>
- Portugal, Portaria n.º 196-A/2010. (2010, Abril 9). Regulamenta a Lei n.º 60/2009,

de 6 de Agosto, que estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar. *Diário da República*, 1(Supl 1), pp. 2-4. <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/196-a-2010-388625>

Portugal, Portaria n.º 196-A/2010. (2010, Abril 9). Regulamenta a Lei n.º 60/2009, de 6 de Agosto, que estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar. *Diário da República*, 1(69), pp. 1170-(2)-1170(4). <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/196-a-2010-388625>

Portugal, Resolução do Conselho de Ministros n.º 61/2018. (2018, Maio 21). Aprova a estratégia nacional para a igualdade e a não discriminação 2018-2030. *Diário da República*, 1(97), pp. 2220-2245. <https://dre.pt/dre/detalhe/resolucao-conselho-ministros/61-2018-115360036>

Portugal, Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2022a). *Relatório anual 2021: A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências*. SICAD. https://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/178/RelatorioAnual_2021_%20ASituacaoDoPaisEmMateriaDeDrogasEToxicoddependencias.pdf

Portugal, Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2022b). *Relatório anual 2021: A situação do país em matéria de álcool*. SICAD. https://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/180/RelatorioAnual_2021_%20ASituacaoDoPaisEmMateriaDeAlcool.pdf

Precioso, J. (2004). Educação para a saúde na escola: Um direito dos alunos que urge satisfazer. *O Professor*, 85, 17-24.

Prevention Institute, & National Sexual Violence Resource Center. (2021). *A health equity approach to preventing sexual violence*. Prevention Institute, NSVRC. https://www.nsvrc.org/sites/default/files/2021-06/health_equity_approach_to_preventing_sv_final508_0.pdf

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. *Clínica Terapêutica*, 169(5), E242–E248. <https://doi.org/10.7417/CT.2018.2086>

Quitete, J. B., & Vargens, O. M. C. (2009). O poder no cuidado da enfermeira obstétrica: Empoderamento ou submissão das mulheres usuárias. *Revista de Enfermagem UERJ*, 17(3), 315-320. <http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a03.pdf>

- Ramiro, L., & Matos, M. G. (2008). Percepções de professores portugueses sobre educação sexual. *Revista de Saúde Pública*, 42, 684-692. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008005000036>
- Ramiro, L., Reis, M., Matos, M. G., & Diniz, J. (2011). Educação sexual, conhecimentos, crenças, atitudes e comportamentos nos adolescentes. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 11-21. DOI: 10.1016/S0870-9025(11)70003-7
- 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), 2429. <https://doi.org/10.3390/ijerph15112429>
- Reis, M., Ramiro, L., Matos, M. G., Diniz, J. A. (2013). Determinants influencing male condom use among university students in Portugal. *International Journal of Sexual Health*, 25(2), 115-27. <https://doi.org/10.1080/19317611.2012.728554>
- Ribeiro, L. F. M. (2012). *Hábitos de sono dos alunos do 4ºano do curso de licenciatura em enfermagem* [Dissertação de mestrado, Universidade Fernando Pessoa]. Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. <https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/3654>
- 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, M., Farate, C., & Pereira, A. (2010). Adaptação académica e consumo de substâncias psicoactivas em estudantes do ensino superior. In A. S. Pereira, H. Castanheira, A. C. Melo, A. I. Ferreira, & P. Vagos (Eds.), *Apoio psicológico no ensino superior: Modelos e práticas. I Congresso Nacional da RESAPES-AP* (pp. 440-447). RESAPES-AP. <http://resapes.pt/livros-de-atas/>
- Rodrigues, N., Rebelo, T., & Coelho, J. (2011). Adaptação da escala de inteligência emocional de Wong e Law, WLEIS e análise da sua estrutura factorial e fiabilidade numa amostra portuguesa. *Psicologica*, 55, 189-207. https://doi.org/10.14195/1647-8606_55_10
- 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, 104562. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104562>

Rolova, G., Gavurova, B., & Petruzela, B. (2021). Health literacy, self-perceived health, and substance use behavior among young people with alcohol and substance use disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(8), 4337. <https://doi.org/10.3390/ijerph18084337>

Ropke, L., Souza, A., Bertoz, A., Adiazola, M., Ortolan, E., Martins, R., Lopes, W., Rodrigues, C., Bigliuzzi, R., & Weber, S. (2018). Efeito da atividade física na qualidade do sono e qualidade de vida: Revisão sistematizada. *Archives of Health Investigation*, 6(12). <https://doi.org/10.21270/archi.v6i12.2258>

Rowniak, S., & Selix, N. (2016). Preparing nurse practitioners for competence in providing sexual health care. *Journal of Association Nurses AIDS Care*, 27(3), 355-361. doi: 10.1016/j.jana.2015.11.010

Sá, M. I., Silva, M. T., Almeida, D., Vieira, B., Lima, T., Conde, C., Teixeira, M., Lima, J., & Oliveira, T. (2015). Doenças sexualmente transmissíveis e fatores de risco em adolescentes e meninas: Dados de um centro de atendimento juvenil. *Nascer e Crescer: Birth and Growth Medical Journal*, 24(2), 64-69. <https://doi.org/10.25753/BirthGrowthMJ.v24.i2.8560>

Sagherian, M. J., Huedo-Medina, T. B., Pellowski, J. A., Eaton, L. A., & Johnson, B. T. (2016). Single-session behavioral interventions for sexual risk reduction: A meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 50(6), 920-934. <https://doi.org/10.1007/s12160-016-9818-4>

Sakraida, T. (2004). Modelo de promoção da saúde. In A. M. Tomey, & M. R. Alligood, *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (5ª ed.). Lusociência.

Salvador, P. T. C. O., Alves, K. Y., Martins, C. C. F., & Santos, E. P. (2013). Motivos para o empoderamento da enfermagem: Reflexões à luz de Alfred Schutz. *REME Revista Mineira de Enfermagem*, 17(4), 1014-1019. doi: 10.5935/1415-2762.20130073.

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, M. J., Almeida, C., Figueiredo, A., Castro, J., Cardoso, F., Raimundo, F., & Sousa, M. C. (2019). Sexualidade e saúde: Estudo de comportamentos sexuais

e de vigilância da saúde em jovens adultos. *Motricidade*, 15(4), 2-7. <https://revistas.rcaap.pt/motricidade/article/view/19867/15209>

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>

Saraiva, A. G. S., Chaves, C. M. C. B., Duarte, J. C., & Amaral, M.O.P. (2017). A dependência de tabaco em estudantes de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(12), 9-18. <https://www.redalyc.org/journal/3882/388250148001/>

Saraceno, B., & Saxena, S. (2002). Mental health resources in the world: Results from Project Atlas of the WHO. *World psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association*, 1, 40-44.

Segundo, L. V. G., Neto, B. F. C., Paz, D. A., & Holanda, M. M. A. (2017). Aspectos relacionados à qualidade do sono em estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria*, 21(3), 213-223. <https://rbnp.emnuvens.com.br/rbnp/article/view/208>

Sher, K. J., Bartholow, B. D., & Wood, M. D. (2000). Personality and substance use disorders: A prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 818–829. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.818>

Shi, M., Littlefield, A. K., & Stevens, A. K. (2021). Investigating differences in sex, race/ethnicity, and impulsivity across substance user profiles: A person-centered approach. *Journal of American College Health*, 69(7), 725–733. DOI: 10.1080/07448481.2019.1706532

Shulman, E. P., Smith, A. R., Silva, K., Icenogle, G., Duell, N., Chein, J., & Steinberg, L. (2016). The dual systems model: Review, reappraisal, and reaffirmation. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 17, 103–117. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2015.12.010>

Siddiqui, A.F., Al-Musa, H., Al-Amri, H., Al-Qahtani, A., Al-Shahrani, M., & Al-Qahtani, M. (2016). Sleep patterns and predictors of poor sleep quality among medical students in King Khalid University, Saudi Arabia. *The Malaysian Journal of Medical Sciences*, 23(6), 94-102. doi: 10.21315/mjms2016.23.6.10.

Silva, A., & Brito, I. (2014). Instituições de ensino superior promotoras de saúde. In R. Pedroso, & I. Brito (Eds.), *Saúde dos estudantes do ensino superior de enfermagem: Estudo de contexto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra* (pp.17-31). UICISA:E. <https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr>

- Silva, B., Sales, C., França, M., Siqueira, M. (2012). Uso do tabaco entre estudantes de enfermagem de uma faculdade privada. *SMAD: Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 8(2), 64-70. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v8n2/03.pdf>
- Silva, R. P., Souza, P., Nogueira, D. A., Moreira, D. S., & Chaves, E. C. L. (2013). Relação entre bem-estar espiritual, características sociodemográficas e consumo de álcool e outras drogas por estudantes. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 62(3), 191-198. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852013000300003>
- Silva, S. M., Ferreira, M. M., Amaral-Bastos, M. M., Monteiro, M. A., & Couto, G. R. (2020). Diagnóstico do conhecimento dos adolescentes sobre sexualidade. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33, eAPE20190210. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020A00210>
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida, SWLS. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 26(3), 503-515.
- Simons, J. S., Carey, K. B., & Gaher, R. M. (2009). Liability and impulsivity synergistically increase risk for alcohol-related problems. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30(3), 685–694. <https://doi.org/10.1081/ada-200032338>
- Simons-Morton, D. G., Simons-Morton, B. G., Parcel, G. S., & Bunker, J. F. (1988). Influencing personal and environmental conditions for community health: A multilevel intervention model. *Family & Community Health*, 11(2), 25–35. <https://doi.org/10.1097/00003727-198808000-00006>
- Soares, D. R. L. (2015). *Sucesso escolar e percursos vocacionais na adolescência: Variáveis pessoais e contextuais* [Tese de doutoramento, Universidade do Minho]. RepositoriUM. <https://hdl.handle.net/1822/40424>
- Soares, A. M., Pereira, A. M. S., & Canavarro, J. M. A. P. (2016). Promoção da saúde nas instituições de ensino superior portuguesas: Reflexões e desafios. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 2(1), 115-137. https://doi.org/10.14195/1647-8614_49-2_6
- Sprake, E. F., Russell, J. M., Cecil, J. E., Cooper, R. J., Grabowski, P., Pourshahidi, L. K., & Barker, M. E. (2018). Dietary patterns of university students in the UK: A cross-sectional study. *Nutrition Journal*, 17(1), 90. <https://doi.org/10.1186/s12937-018-0398-y>

- Stanhope, M., & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem comunitária: Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos (4ª ed.)*. Lusociência.
- Steinberg, L. (2008). A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Developmental Review, 28*(1), 78–106. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2007.08.002>
- Sychareun, V., Hansana, V., Choummanivong, M., Nathavong, S., Chaleunvong, K., & Durham, J. (2013). Cross-sectional survey: Smoking among medical, pharmacy, dental and nursing students, University of Health Sciences, Lao PDR. *BMJ Open, 3*(8), e003042. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003042>
- 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>
- Tanton, J., Dodd, L. J., Woodfield, L., & Mabhala, M. (2015). Eating behaviours of British university students: A cluster analysis on a neglected issue. *Advances in Preventive Medicine, 2015*, 639239. <https://doi.org/10.1155/2015/639239>
- Tavares, A. S. S. (2017). *Contraceção em alunos do ensino superior: Conhecimentos e atitudes* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/4771>
- Thacher, P. (2008). University students and the all nighter: Correlates and patterns of students' engagement in a single night of total sleep deprivation. *Behavioral Sleep Medicine, 6*(1), 16-31. doi: 10.1080/15402000701796114.
- Thiel, A. M., Kilwein, T. M., De Young, K. P., & Looby, A. (2019). Differentiating motives for nonmedical prescription stimulant use by personality characteristics. *Addictive Behaviors, 88*, 187–193. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.08.040>
- 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>
- Torrado, I. (2020). A sexualidade na adolescência. http://criancaefamilia.spp.pt/media/135623/sexualidade_template.pdf
- Truman, E., Lane, D., & Elliott, C. (2017). Defining food literacy: A Scoping Review. *Appetite, 116*, 365–371. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.05.007>

Tyler, C. P., Whiteman, M. K, Kraft, J., Zapata, L., Hillis, S., Curtis, K., ... Marchbanks, P. A. (2014). Dual use of condoms with other contraceptive methods among adolescents and young women in the United States. *Journal of Adolescent Health, 54*(2), 169-75. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.07.042>

United Nations Educational Scientific and Cultural Organization. (2010). *Orientação técnica internacional sobre educação em sexualidade: Uma abordagem baseada em evidências para escolas, professores e educadores em saúde*. UNESCO. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000183281_por

United Nations, Office on Drugs and Crime. (2021). *World drug report 2021*. UN. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html>

United Nations, United Nations Human Rights Office of the High Commissioner. (2021). *Young people need their sexual and reproductive health and rights: Sexual and reproductive health*. <https://www.ohchr.org/en/stories/2021/05/young-people-need-their-sexual-and-reproductive-health-and-rights>

Urrutia-Pereira, M., Olianoc, V., Arandad, C., Mallole, J., & Soléd, D. (2017). Prevalence and factors associated with smoking among adolescents. *Jornal de Pediatria, 93*(3), 230-237. DOI: 10.1016/j.jped.2016.07.003

Valadar, M. C. R. M. (2019). *Impacto de um programa de educação sexual em adolescentes em meio escolar* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/31237>

Valadas, S. C. A. T. S., & Gonçalves, F. R. (2002). *As abordagens à aprendizagem de estudantes da Universidade do Algarve*. Sapientia. <http://hdl.handle.net/10400.1/3020>

Valentim, O. M., Moutinho, L. S., & Carvalho, J. C. (2021). Consumo de bebidas alcoólicas e binge drinking nos jovens em formação. *Acta Paulista Enfermagem, 34*, eAPE01991. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021A001991>

van Rooij, E. C. M., Jansen, E. P.W.A., & van de Grift, W. J. C. M. (2018). First-year university students' academic success: The importance of academic adjustment. *European Journal of Psychology of Education, 33*. 749-767. DOI 10.1007/s10212-017-0347-8

Vargas, L. S., Lucchese, R., Silva, A. C. D., Guimarães, R. A., Vera, I., & Castro, P. A. (2017). Determinants of tobacco use by students. *Revista de Saúde Pública, 51*, 36. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006283>

- Vermund, S. H., Geller, A. B., & Crowley, J. S. (Eds.). (2021). *Sexually transmitted infections: Adopting a sexual health paradigm: A consensus study report of The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine*. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25955>
- Vieira, M. J. M. (2020). *Literacia em saúde nos estudantes do ensino superior politécnico de Lisboa* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Lisboa]. Repositório Científico Politécnico de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.21/13035>
- Vilaça, T. (2007). *Acção e competência de acção em educação sexual: Uma investigação com professores e alunos do 3.º ciclo do ensino básico e do ensino secundário* [Tese de doutoramento, Universidade do Minho]. RepositóriUM. <https://hdl.handle.net/1822/6465>
- Vilaça, T. (2008). The roles of biological knowledge while exploring action: Oriented knowledge and the S-IVAC methodology in sex education. In D. Raichvarg, (Org.), *BioEd 2008 international conference biological sciences ethics and education: The challenges of sustainable development* (pp. 01-20). Dijon: University of Burgundy.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, *54*(6), 1063-1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- Wechsler, H., & Nelson, T. F. (2001). Binge drinking and the American college student: What's five drinks. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, *15*(4), 287-291. <https://doi.org/10.1037//0893-164x.15.4.287>
- Weinstock, H. S., Kreisel, K. M., Spicknall, I. H., Chesson, H. W., & Miller, W. C. (2021). STI prevalence, incidence, and costs in the United States: New estimates, new approach. *Sexually Transmitted Diseases*, *48*(4), 207. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000001368>
- Werebe, M. J. C. (1977). *A educação sexual na escola*. Edições Moraes.
- Werebe, M. J. C. (1998). *Sexualidade, política e educação*. Autores Associados.
- Wesche, R., Lefkowitz, E. S., & Maggs, J. L. (2021). Short-term consequences of sex: Contextual predictors and change across college. *Archives of Sexual Behavior*,

50(4), 1613–1626. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01874-w>

Whitehead, D. (2004). Health promotion and health education: Advancing the concepts. *Journal of Advanced Nursing*, 47(3), 311–320. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03095.x>

Whiteside, S. P., & Lynam, D. R. (2001). The five factor model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30(4), 669–689. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00064-7](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00064-7)

Wojciechowski, T. (2020). Relevance of routine activities for understanding the impact of the dual systems model on binge drinking among college students. *Drug and Alcohol Dependence*, 216, 108233. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108233>

Wong, C.-S., & Law, K. S. (2002). *Wong and Law Emotional Intelligence Scale (WLEIS)* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t07398-000>

Workowski, K. A., Bolan, G. A., & Centers for Disease Control and Prevention. (2015). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *Morbidity and Mortality Weekly Report: Recommendations and Reports*, 64(3), 1–137. <https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6403.pdf>

World Health Organisation. (s.d.). Tobacco. Recuperado Dezembro 10, 2022, em https://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab_1

World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. WHO. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/64546/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf;jsessionid=AEFCAE0A79F4781D958144B5D0744C5C?sequence=1

World Health Organization. (2004). *Global status report on alcohol 2004*. WHO, Department of Mental Health. <https://www.who.int/publications/i/item/global-status-report-on-alcohol-2004>

World Health Organization. (2009). *Health promoting schools: A framework for action*. WHO. http://www.who.int/school_youth_health/gshi/hps/en/

World Health Organization. (2012). *Guideline: Sodium intake for adults and children*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241504836>

World Health Organization. (2016). *Action plan for sexual and reproductive health: Towards achieving the 2030 agenda for sustainable development in*

Europe: Leaving no one behind. WHO, Regional Office for Europe. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/322275/Action-plan-sexual-reproductive-health.pdf

World Health Organization. (2018). *Global status report on alcohol and health: 2018*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>

World Health Organization. (2009). *World health statistics 2009*. WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44078>

Yan, Y.-W., Lin, R.-M., Su, Y.-K., & Liu, M.-Y. (2018). The relationship between adolescent academic stress and sleep quality: A multiple mediation model. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 46(1), 63-78. <https://doi.org/10.2224/sbp.6530>

Youngstedt, S. D., & Kline, C. E. (2006). Epidemiology of exercise and sleep. *Sleep and Biological Rhythms*, 4(3), 215-221. <https://doi.org/10.1111/j.1479-8425.2006.00235.x>

Zanella, M., & Lara, A. (2016). Abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes: Estratégias de prevenção na rede de proteção. *Educação e Contemporaneidade: Revista da FAEBA*, 25(46), 75-87. <https://doi.org/10.21879/faeaba2358-0194.v25.n46>

Zheng, X., Sang, D., & Wang, L. (2004). Acculturation and subjective well-being of Chinese students in Australia. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being*, 5(1), 57-72. <https://doi.org/10.1023/B:JOHS.0000021836.43694.02>

Zins, J. E., Bloodworth, M. R., Weissberg, R. P., & Walberg, H. J. (2007). The scientific base linking social and emotional learning to school success. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 17(2-3), 191-210. <https://doi.org/10.1080/10474410701413145>

