



**Universidade do Minho**  
Instituto de Educação

Jorge Manuel Pereira Ribeiro **Comportamentos de saúde e Desempenho escolar: que relação?**

Jorge Manuel Pereira Ribeiro

## **Comportamentos de saúde e Desempenho escolar: que relação?**





**Universidade do Minho**

Instituto de Educação

Jorge Manuel Pereira Ribeiro

## **Comportamentos de saúde e Desempenho escolar: que relação?**

Tese de Doutoramento  
Doutoramento em Estudos da Criança  
Especialidade em Educação Física e Saúde Infantil

Trabalho efetuado sob a orientação da  
**Professora Doutora Graça Simões de Carvalho**  
e do  
**Professor Doutor Luis Paulo Rodrigues**

## **DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS**

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.



**Atribuição-NãoComercial-SemDerivações**

**CC BY-NC-ND**

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

## **AGRADECIMENTOS**

Desde o início deste projeto de investigação até à sua finalização, muitas foram as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a sua realização, pelo que agradeço e expresso aqui a minha gratidão.

Um agradecimento especial para a minha orientadora, a Professora Graça Simões de Carvalho, pelo encorajamento e apoio que sempre me deu ao longo de todo este processo, pelo empenho que pôs na discussão e revisão deste trabalho e pela disponibilidade que sempre manifestou.

Agradeço também ao Professor Luis Paulo pelo apoio prestado, assim como pelas sugestões que contribuíram para este projeto.

Às direções e aos professores das escolas onde foi realizada a recolha de informações, pela abertura, colaboração e simpatia que demonstraram.

A todos os meus amigos e amigas que se disponibilizaram e que em muito contribuíram para a que este projeto se pudesse concretizar.

À Sofia pelo apoio incondicional que sempre demonstrou, e que foi absolutamente determinante para a conclusão deste trabalho.

Aos meus pais, pelo exemplo de perseverança que sempre demonstraram e que me procuraram transmitir.

## **DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE**

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho acadêmico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

## COMPORTAMENTOS DE SAÚDE E DESEMPENHO ESCOLAR: QUE RELAÇÃO?

### RESUMO

A escola é um local privilegiado para a promoção da saúde, mas a mesma é sujeita a grandes pressões em relação aos resultados escolares dos adolescentes. Face a essa realidade, e no contexto da coordenação de um *Projeto de Educação para a Saúde*, pretendeu-se avaliar a adoção de *Comportamentos de risco para a saúde* (CRPS) por parte dos adolescentes, e verificar se o *Desempenho escolar* dos mesmos diferia com os comportamentos que adotavam.

A amostra foi constituída por 1006 adolescente que frequentavam o 9º, 11º e 12º ano de escolaridade. Foram avaliados CRPS relacionados com *o Sono*, o *Consumo de tabaco* (CT) e *Comportamentos sexuais*, e como componentes do *Desempenho escolar* analisou-se a *Relação com a escola*, as *Estratégias de estudo*, o tipo de *Raciocínio*, *Médias das classificações escolares* e o *número de retenções* ao longo da escolaridade.

Constatou-se que 48% dos adolescentes tinham uma má *Qualidade do sono* (mQS), 14% adotavam o CT, 9% tinham tido pelo menos um *Comportamento sexual de risco* (CSR), em 5 % coocorriam a mQS e o CT, e que em 4% coocorriam a mQS, o CT e os CSR. Verificaram-se diferenças significativas ( $p < 0,05$ ) na adoção desses comportamentos com o *Sexo*, o *Ciclo de ensino* e o *Tipo de curso* dos adolescentes. O *Desempenho escolar* foi globalmente mais positivo em adolescentes sem CRPS comparativamente aos que os adotavam, embora essa variação fosse mais ou menos evidente consoante os comportamentos e os componentes avaliados, e também não se verificou também que este desempenho fosse progressivamente menos positivo nos adolescentes que adotavam mais desses comportamentos.

Em conclusão, o conhecimento dos CRPS que os adolescentes adotavam parece essencial para a implementação de intervenções de promoção de saúde adaptadas às necessidades dos mesmos, e a forma significativa como um *Desempenho escolar* mais positivo estava mais presente em adolescentes sem CRPS salienta a pertinência de estabelecer intervenções que integrem estes dois aspetos fundamentais da vida dos adolescentes.

**Palavras chave:** Comportamento sexuais, Consumo de tabaco, Desempenho escolar, Resultados escolares, Sono.

## **HEALTH BEHAVIOURS AND SCHOOL PERFORMANCE: HOW ARE THEY RELATED?**

### **ABSTRACT**

A school is a privileged place for health promotion; however, it is subject to great pressure concerning the school results of adolescents. Faced with this reality, and in the context of coordinating a Health Education Project, the aim was to evaluate adolescents' adoption of Health Risk Behaviours (HRB) and verify whether their school performance differed due to their behaviors.

The sample comprised 1006 adolescents who attended the 9th, 11th and 12th grades. HRB related to Sleep, Tobacco Consumption (TC) and Sexual Behaviors were evaluated. Also, components of School Performance were assessed: Relationship with School, Study Strategies, Type of Reasoning, Averages of School Classifications and number of retentions throughout schooling.

It was found that 48% of adolescents had poor sleep quality (pSQ), 14% adopted TC, 9% had at least one Sexual Risk Behaviours (SRB), 5% co-occurred with pSQ and TC, and that in 4% of adolescents co-occurred pSQ, TC and SRB. There were significant differences ( $p < 0.05$ ) in adopting these behaviours with adolescents' Sex, School cycle and type of course. School performance was globally more positive in adolescents without HRB compared to those who adopted it. This variation was more or less evident depending on the behaviours and components evaluated. In addition, it was not verified that this performance was progressively less positive in adolescents who adopted more health risk behaviors.

In conclusion, understanding the adolescents' HRB seems essential for implementing health promotion interventions adjusted to their needs. Furthermore, the significant way that more positive School performance was also more present in adolescents without HRB highlights the pertinence of establishing interventions that integrate these two fundamental aspects of adolescents' lives.

**Keywords:** School performance, School results, Sexual behaviour, Sleep, Tobacco consumption.

## ÍNDICE

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO GERAL.....</b>  | <b>1</b>  |
| <b>1.1. ÂMBITO DA INVESTIGAÇÃO .....</b>  | <b>1</b>  |
| 1.1.1. Adolescência enquanto período de desenvolvimento do indivíduo .....                          | 1         |
| 1.1.2. Escola enquanto espaço de Saúde e de Educação para os adolescentes .....                     | 2         |
| 1.1.2.1. Importância da Avaliação diagnóstica .....   | 2         |
| 1.1.2.2. Relação entre a Saúde e a Educação.....  | 3         |
| 1.1.2.3. Relação entre Comportamentos de risco para a Saúde e Educação .....                        | 4         |
| <b>1.2. OBJETIVOS .....</b>   | <b>5</b>  |
| <b>1.3. BREVE CARACTERIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO.....</b>   | <b>5</b>  |
| 1.3.1. Amostra .....  | 6         |
| 1.3.2. Comportamentos de risco para a saúde.....  | 6         |
| 1.3.3. Estrutura da investigação.....   | 8         |
| <b>1.4. DESEMPENHO ESCOLAR .....</b>  | <b>9</b>  |
| 1.4.1. Relação do adolescente com a escola e Resultados escolares .....                             | 9         |
| 1.4.1.1. Relação com a escola .....   | 9         |
| 1.4.1.2. Relação com a escola e Resultados escolares .....  | 11        |
| 1.4.2. Estratégias de estudo do adolescente e Resultados escolares.....                             | 12        |
| 1.4.2.1. Estratégias de estudo.....   | 12        |
| 1.4.2.2. Estratégias de estudo e Resultados escolares .....   | 13        |
| 1.4.3. Tipo de Raciocínio do adolescente e Resultados escolares.....                                | 14        |
| 1.4.3.1. Tipo de raciocínio.....  | 14        |
| 1.4.3.2. Tipo de raciocínio e Resultados escolares.....   | 15        |
| 1.4.4. Resultados escolares .....   | 17        |
| <b>2. CAPÍTULO 2 - A QUALIDADE DE SONO E O DESEMPENHO ESCOLAR DE ADOLESCENTES PORTUGUESES .....</b> | <b>20</b> |
| <b>2.1. INTRODUÇÃO .....</b>  | <b>20</b> |
| 2.1.1. O sono na adolescência.....  | 21        |
| 2.1.2. Indicadores para o estudo do sono .....  | 22        |
| 2.1.3. O sono e o Desempenho escolar .....  | 22        |
| 2.1.4. Objetivos do estudo .....  | 23        |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>2.2. METODOLOGIA .....</b>   | <b>23</b> |
| 2.2.1. Procedimentos .....  | 23        |
| 2.2.2. Amostra .....  | 24        |
| 2.2.3. Instrumentos.....  | 25        |
| 2.2.3.1. Questionários.....   | 25        |
| 2.2.3.2. Bateria de Provas de Raciocínio .....  | 29        |
| 2.2.3.3. Resultados escolares .....   | 30        |
| 2.2.4. Procedimentos estatísticos .....   | 30        |
| <b>2.3. RESULTADOS .....</b>  | <b>31</b> |
| 2.3.1. Duração do sono e Qualidade do sono.....   | 31        |
| 2.3.2. Relação com a escola e indicadores do Sono .....   | 33        |
| 2.3.3. Estratégias de estudo e indicadores do Sono .....  | 35        |
| 2.3.4. Tipo de Raciocínio e indicadores do Sono .....   | 37        |
| 2.3.5. Resultados escolares e indicadores do Sono .....   | 37        |
| 2.3.6. Relação com a escola, Estratégias de estudo, tipo de Raciocínio, Resultados escolares e indicadores do sono .....  | 39        |
| <b>2.4. DISCUSSÃO .....</b>   | <b>40</b> |
| 2.4.1. Características dos adolescentes e Indicadores do sono.....  | 40        |
| 2.4.1.1. Duração do sono dos adolescentes .....   | 40        |
| 2.4.1.2. Qualidade de sono dos adolescentes.....  | 44        |
| 2.4.2. Desempenho escolar e indicadores do sono.....  | 47        |
| 2.4.2.1. Relação com a escola e indicadores do sono.....  | 47        |
| 2.4.2.2. Estratégias de estudo e indicadores do sono .....  | 48        |
| 2.4.2.3. Tipo de Raciocínio e indicadores do sono .....   | 51        |
| 2.4.2.4. Resultados escolares e indicadores do sono .....   | 52        |
| - Resultados escolares e Duração do sono.....   | 53        |
| - Resultados escolares e Qualidade de sono .....  | 55        |
| 2.4.2.5 Relação com a escola, Estratégias de estudo, tipo de Raciocínio, Resultados escolares e indicadores do sono ..... | 57        |
| <b>2.5 CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E PROPOSTAS DE FUTURAS INVESTIGAÇÕES .....</b>  | <b>58</b> |
| <b>3. CAPÍTULO 3 - O CONSUMO DE TABACO E O DESEMPENHO ESCOLAR DE ADOLESCENTES PORTUGUESES .....</b>                       | <b>63</b> |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>3.1. INTRODUÇÃO .....</b>   | <b>63</b> |
| 3.1.1. Consumo de tabaco .....   | 63        |
| 3.1.2. Consumo de tabaco na adolescência .....   | 63        |
| 3.1.3. Causas para o consumo de tabaco na adolescência.....  | 64        |
| 3.1.4. Consequência do consumo de tabaco na adolescência .....   | 64        |
| 3.1.5. Objetivos .....   | 65        |
| <b>3.2. METODOLOGIA .....</b>  | <b>65</b> |
| <b>3.3 RESULTADOS .....</b>  | <b>66</b> |
| 3.3.1. Consumo de tabaco .....   | 66        |
| 3.3.2. Relação com a escola e o Consumo de tabaco.....   | 67        |
| 3.3.3. Estratégias de estudo e o Consumo de tabaco .....   | 68        |
| 3.3.4. Tipo de Raciocínio e o Consumo de tabaco .....  | 69        |
| 3.3.5. Resultados escolares e o Consumo de tabaco.....   | 69        |
| 3.3.5. Relação com a escola, Estratégias de estudo, tipo de Raciocínio, Resultados escolares e o Consumo de tabaco.....                  | 71        |
| <b>3.4. DISCUSSÃO .....</b>  | <b>72</b> |
| 3.4.1. Consumo de tabaco .....   | 72        |
| 3.4.2. Desempenho escolar e o Consumo de tabaco.....   | 79        |
| 3.4.2.1. Relação com a escola e o Consumo de tabaco .....  | 80        |
| 3.4.2.2. Estratégias de estudo e o Consumo de tabaco.....  | 82        |
| 3.4.2.3. Tipo de Raciocínio e o Consumo de tabaco .....  | 82        |
| 3.4.2.4. Resultados escolares e o Consumo de tabaco .....  | 83        |
| 3.4.2.5. Relação com a escola, Estratégias de estudo, tipo de Raciocínio, Resultados escolares e o Consumo de tabaco .....               | 86        |
| <b>3.5. CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E PROPOSTAS DE FUTURAS INVESTIGAÇÕES .....</b>  | <b>87</b> |
| <b>4.    CAPÍTULO 4 – COMPORTAMENTOS SEXUAIS E O DESEMPENHO ESCOLAR DE ADOLESCENTES PORTUGUESES .....</b>                                | <b>91</b> |
| <b>4.1. INTRODUÇÃO .....</b>   | <b>91</b> |
| 4.1.1. Comportamentos sexuais na adolescência .....  | 91        |
| 4.1.2. Comportamentos sexuais de risco na adolescência – uso de preservativo e relações sexuais sob o efeito de álcool e/ou drogas ..... | 91        |
| 4.1.3. A escola e comportamentos sexuais de risco .....  | 92        |

|  |            |
|--|------------|
| 4.1.4. Desempenho escolar e comportamentos sexuais de risco. ....  | 93         |
| 4.1.5. Objetivos .....   | 94         |
| <b>4.2. METODOLOGIA .....</b>  | <b>94</b>  |
| <b>4.3. RESULTADOS .....</b>   | <b>96</b>  |
| 4.3.1. Comportamentos sexuais dos adolescentes .....   | 96         |
| 4.3.2. Relação dos adolescentes com a escola e Comportamentos sexuais .....  | 98         |
| 4.3.3. Estratégias de estudo dos adolescentes e Comportamentos sexuais.....  | 99         |
| 4.3.4. Tipo de Raciocínio dos adolescentes e Comportamentos sexuais.....   | 101        |
| 4.3.5. Resultados escolares dos adolescentes e Comportamentos sexuais .....  | 101        |
| 4.3.6. Relação com a escola, Estratégias de estudo, tipo de Raciocínio, Resultados escolares e Comportamentos sexuais.....             | 102        |
| <b>4.4. DISCUSSÃO .....</b>  | <b>103</b> |
| 4.4.1. Comportamentos sexuais dos adolescentes .....   | 103        |
| 4.4.1.1. Experiência de relações sexuais .....   | 103        |
| 4.4.1.2. Utilização sistemática do preservativo masculino .....  | 111        |
| 4.4.1.3. Relações sexuais sob o efeito de álcool ou droga (s) .....  | 114        |
| 4.4.1.4. Número de Comportamentos sexuais de risco.....  | 116        |
| 4.4.2. Desempenho escolar e Comportamentos sexuais.....  | 117        |
| 4.2.2.1. Relação com a escola e Comportamentos sexuais.....  | 117        |
| 4.2.2.2. Estratégias de estudo e Comportamentos sexuais .....  | 119        |
| 4.2.2.3. Tipo de Raciocínio e Comportamentos sexuais .....   | 120        |
| 4.2.2.4. Resultados escolares e Comportamentos sexuais .....   | 121        |
| 4.2.2.5. Relação com a escola, Estratégias de estudo, tipo de Raciocínio, Resultados escolares e Comportamentos sexuais de risco. .... | 125        |
| <b>4.5 CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E PROPOSTAS DE FUTURAS INVESTIGAÇÕES .....</b>   | <b>126</b> |
| <b>5. CAPÍTULO – COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA A SAUDE E O DESEMPENHO ESCOLAR DE ADOLESCENTES PORTUGUESES.....</b>                      | <b>130</b> |
| <b>5.1. INTRODUÇÃO .....</b>   | <b>130</b> |
| 5.1.1. Comportamentos saudáveis e Comportamentos de risco para a saúde de adolescentes .   | 130        |
| 5.1.2. Múltiplos Comportamentos de risco para a saúde .....  | 131        |
| 5.1.3. Comportamentos de risco para a saúde e Desempenho escolar .....   | 132        |
| 5.1.4. Múltiplos Comportamentos de risco para a saúde e Desempenho escolar .....   | 133        |

|  |            |
|--|------------|
| 5.1.5. Objetivos do estudo .....   | 133        |
| <b>5.2. METODOLOGIA .....</b>  | <b>133</b> |
| <b>5.3. RESULTADOS .....</b>   | <b>135</b> |
| 5.3.1. Comportamentos de risco para a saúde.....   | 135        |
| 5.3.2. Relação com a escola e Comportamentos de risco para a saúde.....  | 138        |
| 5.3.3. Estratégias de estudo e Comportamentos de risco para a saúde .....  | 143        |
| 5.3.4. Tipo de Raciocínio e Comportamentos de risco para a saúde .....   | 147        |
| 5.3.5. Resultados escolares e Comportamentos de risco para a saúde .....   | 148        |
| 5.3.6. Relação com a escola, Estratégias de estudo, tipo de Raciocínio, Resultados escolares, e o número e a coocorrência de Comportamentos de risco para a saúde .....      | 153        |
| <b>5.4. DISCUSSÃO .....</b>  | <b>156</b> |
| 5.4.1. Estudo de múltiplos comportamentos de saúde .....   | 156        |
| 5.4.2. Frequência e coocorrência de Comportamentos de Risco para a Saúde .....   | 157        |
| 5.4.3. Desempenho escolar e a frequência e a coocorrência de Comportamentos de risco para a saúde.....   | 172        |
| 5.4.3.1. Relação com a escola e comportamentos de risco para a saúde.....  | 172        |
| 5.4.3.2. Estratégias de estudo e comportamentos de risco para a saúde .....  | 175        |
| 5.4.3.3. Tipo de Raciocínio e comportamentos de risco para a saúde .....   | 176        |
| 5.4.3.4. Resultados escolares e comportamentos de risco para a saúde .....   | 177        |
| 5.4.3.5. Relação com a escola, Estratégias de estudo, tipo de Raciocínio, Resultados escolares, e a frequência e a coocorrência de Comportamentos de risco para a saúde..... | 181        |
| <b>5.5. CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E PROPOSTAS DE FUTURAS INVESTIGAÇÕES .....</b>  | <b>185</b> |
| <b>6. CAPÍTULO 6 – CONCLUSÕES FINAIS.....</b>  | <b>189</b> |
| <b>7. REFERÊNCIAS.....</b>   | <b>191</b> |
| <b>8. APÊNDICE.....</b>  | <b>221</b> |

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

Ali - Alimentação  
AF – Atividade física  
CA – Consumo de álcool  
CCH – Curso Científico-Humanístico  
CD – Consumo de drogas  
CoV – Comportamentos violentos  
CP – Curso profissional  
CRPS – Comportamentos de risco para a saúde  
CSR – Comportamentos sexuais de risco  
CT – Consumo de tabaco  
CTo – Cotação total  
EB – Ensino básico  
EE - Estratégias de estudo  
ES – Ensino secundário  
ESPAD - European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs  
ESu – Ensino Superior  
F – Feminino  
HBSC – Health Behavior in School-aged Children  
IQSP - Índice de qualidade de sono de Pittsburg  
M – Masculino  
MCE - Médias das classificações escolares  
mQS- má Qualidade de sono  
NSE - Nível socioeconómico  
NSF – National Sleep's Foundation's  
nTRea - Não tiveram relações sexuais sob o efeito de álcool  
nTRed - Não tiveram relações sexuais sob o efeito de drogas  
PE - Percurso escolar  
RcE - Relação com a escola  
SCRPS – Sem Comportamentos de risco para a saúde  
SErs – Sem experiência de relações sexuais

tR - Tipo de Raciocínio

UnSPm – Utilização não sistemática de preservativo masculino

YRBS - Youth Risk Behavior Surveillance

**LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 Estrutura da investigação ..... 8

## LISTA DE TABELAS

|  |     |
|--|-----|
| Tabela 2.1 Distribuição dos adolescentes pelos agrupamentos de escolas.....                  | 25  |
| Tabela 2.2 Componentes do <i>Índice de qualidade de sono de Pittsburg</i> .....              | 28  |
| Tabela 2.3. Percentagens relativas às componentes e ao Índice de Qualidade do sono.....      | 32  |
| Tabela 2.4 <i>Duração do sono, Qualidade do sono</i> e características dos adolescentes..... | 33  |
| Tabela 2.5 Relação com a escola.....   | 33  |
| Tabela 2.6 Relação com a escola e indicadores do sono.....                                   | 35  |
| Tabela 2.7 Inventário de Estratégias de Estudo.....  | 36  |
| Tabela 2.8 Estratégias de estudo e indicadores do sono.....                                  | 36  |
| Tabela 2.9 Tipo de Raciocínio.....   | 37  |
| Tabela 2.10 Resultados escolares.....  | 37  |
| Tabela 2.11 Média das classificações escolares e indicadores do sono.....                    | 38  |
| Tabela 2.12 Percurso escolar e indicadores do sono.....                                      | 39  |
| Tabela 2.13 Desempenho escolar e indicadores do sono.....                                    | 40  |
| Tabela 3.1 Consumo de tabaco.....  | 67  |
| Tabela 3.2 Consumo de tabaco e características dos adolescentes.....                         | 67  |
| Tabela 3.3 Relação com a escola e Consumo de tabaco.....                                     | 68  |
| Tabela 3.4 Estratégias de estudo e Consumo de tabaco.....                                    | 69  |
| Tabela 3.5 Média das classificações escolares e Consumo de tabaco.....                       | 70  |
| Tabela 3.6 Percurso escolar e Consumo de tabaco.....   | 71  |
| Tabela 3.7 Desempenho escolar e Consumo de tabaco.....                                       | 71  |
| Tabela 4.1 Experiência sexual dos adolescentes.....  | 96  |
| Tabela 4.2 Comportamentos sexuais de risco.....  | 97  |
| Tabela 4.3 Acumulação de Comportamentos sexuais de risco.....                                | 97  |
| Tabela 4.4 Comportamentos sexuais e características dos adolescentes.....                    | 98  |
| Tabela 4.5 Relação com a escola e Comportamentos sexuais.....                                | 99  |
| Tabela 4.6 Estratégias de estudo e Comportamentos sexuais.....                               | 100 |
| Tabela 4.7 Tipo de Raciocínio e Comportamentos sexuais.....                                  | 101 |
| Tabela 4.8 Médias das classificações escolares e Comportamentos sexuais.....                 | 101 |
| Tabela 4.9 Percurso escolar e Comportamentos sexuais.....                                    | 102 |
| Tabela 4.10 Desempenho escolar e Comportamentos sexuais.....                                 | 103 |

|  |     |
|--|-----|
| Tabela 5.1 Número de Comportamentos de risco para a saúde.....   | 135 |
| Tabela 5.2 Número de Comportamentos de risco para a saúde e características dos adolescentes..   | 136 |
| Tabela 5.3 Coocorrência de Comportamentos de risco para a saúde.....   | 137 |
| Tabela 5.4 Coocorrência de Comportamentos de risco para a saúde e características dos adolescentes<br>.....  | 138 |
| Tabela 5.5 Relação com a escola e número de Comportamentos de risco para a saúde .....   | 140 |
| Tabela 5.6 Relação com a escola e coocorrência de Comportamentos de risco para a saúde.....  | 142 |
| Tabela 5.7 Estratégias de estudo e número de Comportamentos de risco para a saúde.....   | 144 |
| Tabela 5.8 Estratégias de estudo e coocorrência de Comportamentos de risco para a saúde .....  | 146 |
| Tabela 5.9 Tipo de Raciocínio e coocorrência de Comportamentos de risco para a saúde .....   | 148 |
| Tabela 5.10 Médias das classificações escolares e número de Comportamentos de risco para a saúde<br>.....  | 149 |
| Tabela 5.11 Médias das classificações escolares e coocorrência de Comportamentos de risco para a<br>saúde.....   | 151 |
| Tabela 5.12 Número de retenções e número de Comportamentos de risco para a saúde .....   | 153 |
| Tabela 5.13 Número de retenções e coocorrência de Comportamentos de risco para a saúde.....  | 153 |
| Tabela 5.14 Número de Comportamentos de risco para a saúde e número de itens em se verificam<br>diferenças significativas entre adolescentes com e sem esses comportamentos .....          | 154 |
| Tabela 5.15 Coocorrência de Comportamentos de risco para a saúde e número de itens em que se<br>verificam diferenças significativas entre adolescentes com e sem esses comportamentos..... | 155 |
| Tabela 5.16 Revisão de Literatura de associações entre Comportamentos de Risco para a Saúde ...  | 163 |

## **CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO GERAL**

Esta investigação resulta de questões que surgiram da nossa prática enquanto coordenador do *Projeto de Educação para a Saúde* num agrupamento de escolas, e da necessidade sentida de conhecer a realidade para ajustar as intervenções a desenvolver. Foi nesse sentido que a adoção de *Comportamentos de risco para a saúde* e a relação desses com o *Desempenho escolar* se tornaram o foco desta investigação

A presente investigação é composta por um conjunto de quatro estudos, cada um com o seu enquadramento teórico, metodologia, resultados, discussão e conclusão.

Neste primeiro capítulo apresenta-se o âmbito da investigação (1.1.), os seus objetivos (1.2.) e uma breve caracterização da mesma (1.3.), mas também a descrição das quatro componentes do *Desempenho escolar* (1.4.).

### **1.1. ÂMBITO DA INVESTIGAÇÃO**

#### **1.1.1. Adolescência enquanto período de desenvolvimento do indivíduo**

A adolescência é um período de desenvolvimento onde os indivíduos são confrontados com múltiplos desafios, como a adaptação a uma nova condição biológica, a conquista de uma nova autonomia, o estabelecimento de novas relações interpessoais próximas e duradouras, e a pressão para a progressão académica (Simões, 2010). Consequentemente, este é “um período de desenvolvimento cognitivo, emocional e físico frequentemente caracterizado pela exploração e experimentação” (Canavarro, Morgado, Pereira, & Barahona, 2004, p. 110) e que se manifesta pela adoção de novos comportamentos. A adoção de *Comportamentos de risco para a saúde*, que podem constituir uma séria ameaça à saúde dos adolescentes, está associada a esses novos comportamentos e aos desafios típicos da adolescência, como: (i) experimentar novas componentes da vida; (ii) ganhar a aceitação e respeito dos pares; (iii) ganhar autonomia relativamente aos pais, (iv) manifestar a rejeição pelas normas e valores convencionais; (v) lidar com a ansiedade, frustração e antecipação do fracasso; (vi) confirmar para si próprio e para os outros determinados atributos; (vii) moldar a sua identidade; e (viii) servir de prova de maturidade e de transição para um estatuto mais adulto, (Simões, 2010). Assim, a adolescência “é, simultaneamente, um período de aquisição de novas forças e competências, e uma época de riscos” (Canavarro et al., 2004, p. 110).

### **1.1.2. Escola enquanto espaço de Saúde e de Educação para os adolescentes**

Neste contexto, a Escola representa um espaço seguro e saudável que facilita a adoção de *Comportamentos protetores de saúde* e por isso está numa posição ideal para promover e manter a saúde na comunidade (Direção Geral de Saúde, 2022). Em Portugal, todas as escolas do *Ensino básico* e do *Ensino secundário* são consideradas como *Escolas Promotoras de Saúde* (Schools of Health in Europe, 2013), o *Programa Nacional de Saúde Escolar* é desenvolvido em todos os Estabelecimentos de Educação e Ensino do Ministério da Educação (Direção Geral de Saúde, 2015), e a *Promoção e Educação para a Saúde em Meio Escolar* é apresentada como um processo contínuo que visa o desenvolvimento de competências das crianças e dos jovens, permitindo-lhes confrontarem-se positivamente consigo próprias, construir um projeto de vida e serem capazes de fazer escolhas individuais, conscientes e responsáveis (Direção Geral da Saúde, 2017). Ainda segundo a Direção Geral de Saúde (2015), este processo

“tem como ponto de partida as necessidades reais da população escolar, desenvolve processos de ensino e aprendizagem que melhoram os resultados académicos e contribui para elevar o nível de literacia para a saúde e para melhorar o estilo de vida da comunidade educativa” (p.15).

#### *1.1.2.1. Importância da Avaliação diagnóstica*

De facto, as intervenções na promoção da saúde deverão sempre ser precedidas de um diagnóstico (Laverack, 2007; Nutbeam, 1996; Rocha et al., 2013) para melhor conhecer a população alvo (Meserve & Bergeron, 2015; Public Health Ontario, 2018), para identificar as carências, as necessidades e os recursos (Meserve & Bergeron, 2015), para determinar as prioridades (Laverack, 2007; Meserve & Bergeron, 2015; Nutbeam, 1996) e as oportunidades (Nutbeam, 1996), para racionalizar os recursos de saúde e para ter um processo de atuação mais eficiente (Rocha et al., 2013). Assim, “importa conhecer os contornos do risco para poder delinear, incrementar e implementar programas que aumentem a proteção dos adolescentes” (Canavarro et al., 2004, p. 111)

Tal confirma-se na análise de conteúdo de documentos no que respeita à Educação e Promoção da Saúde em Meio Escolar em Portugal, realizada por Lusquinhos e Carvalho (2020), que destaca a importância do “processo de diagnóstico e avaliação” (p.130) no que respeita às

metodologias/estratégias empregues no setor da Educação.

### *1.1.2.2. Relação entre a Saúde e a Educação*

“A missão fundamental das escolas é educar os alunos” (Michael, Merlo, Basch, Wentzel, & Howellwechsler, 2015, p. 740), que “estão face a uma pressão tremenda para atingir objetivos educativos” (Rasberry et al., 2017, p. 924), nomeadamente no que concerne aos resultados escolares. Ora no que respeita a esses resultados, “Estudantes mais saudáveis aprendem melhor” (Basch, 2011, p. 597). De facto, são múltiplos os estudos nos quais a saúde dos adolescentes está muito ligada aos seus resultados escolares (California Department of Education, 2005; Centers for Disease Control and Prevention, 2014; Dilley, 2009; Haas & Fosse, 2008; Ickovics et al., 2014; Jackson, 2009; Suhrcke & Nieves, 2011). É de salientar o carácter abrangente dessa ligação, seja no que respeita à escolaridade, uma vez que os efeitos poderão prolongar-se dos resultados escolares e testes de performance estandardizados até à retenção e ao abandono escolar (Haas & Fosse, 2008; Shaw, Gomes, Polotskaia, & Jankowska, 2015), seja no que respeita aos diferentes problemas de saúde, como a asma, problemas de fala, dificuldades auditivas, problemas de visão, a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, e valores extremos de peso (Eide, Showalter, & Goldhaber, 2010).

A relação entre a saúde dos estudantes e o sucesso escolar é complexa (Ickovics et al., 2014; Shaw et al., 2015), e existem evidências de que a saúde e os resultados escolares podem ser bidirecionais (Ickovics et al., 2014; Jackson, 2009; Suhrcke & Nieves, 2011), embora os mecanismos não sejam ainda conhecidos (Suhrcke & Nieves, 2011). Assim, a ligação entre a Educação e a Saúde pode dever-se ao fato da Educação (Suhrcke & Nieves, 2011): (i) ser um investimento a longo prazo; (ii) fornecer um incentivo aos indivíduos para se manterem saudáveis e assim usufruírem dos benefícios desse investimento; (iii) ajudar os indivíduos a manter e a melhorar a sua saúde, através de melhores conhecimentos sobre assuntos relacionados com a saúde, de uma maior disponibilidade da informação ou de melhores competências cognitivas. Por outro lado, sabe-se muito pouco porque é que os adolescentes com uma má saúde têm menores resultados escolares (Haas & Fosse, 2008), embora três mecanismos o possam explicar: (i) uma má saúde dos adolescentes está associada a uma má posição socioeconómica por parte dos pais (Haas & Fosse, 2008); (ii) uma má saúde poderá estar ligada a maus resultados escolares através dos seus efeitos na performance escolar (como a perda de um maior número de aulas) e no desenvolvimento cognitivo (Haas & Fosse, 2008; Jackson, 2009); (iii) uma má saúde pode operar através de um mau ajustamento psicossocial com os pares e a escola (Haas & Fosse, 2008). Ainda nesse sentido, Basch (2010) refere que as disparidades na saúde que

são relevantes do ponto de vista educativo (visão, asma, gravidez na adolescência, agressão e violência, atividade física, pequeno almoço, desatenção e hiperatividade) impedem a motivação e a capacidade para aprender através de, pelo menos, cinco processos: as percepções sensoriais, a cognição, o relacionamento e a implicação na escola, o absentismo e o abandono escolar. Por fim, Suhrcke e Nieves (2011) destacam que um ou mais fatores parecem condicionar a Educação e a Saúde de forma simultânea, como o nível socioeconómico da família e o investimento da família na saúde e na educação.

Assim, e em síntese, a Saúde e a Educação parecem estar intrinsecamente ligadas: os jovens saudáveis têm maiores probabilidades de aprenderem de forma eficaz (Direção Geral de Saúde, 2015; Schools of Health in Europe, 2013); a Educação desempenha um papel importante na manutenção da Saúde ao longo da vida (Direção Geral de Saúde, 2015; Schools of Health in Europe, 2013); e a Promoção da saúde nas escolas pode ajudar as mesmas a alcançar os seus objetivos académicos (Schools of Health in Europe, 2013).

#### *1.1.2.3. Relação entre Comportamentos de risco para a Saúde e Educação*

Como seria expectável depois do descrito anteriormente, também os *Comportamentos de risco para a saúde* parecem estar negativamente relacionados com os resultados escolares de adolescentes, como constataram Bradley e Greene (2013) após analisarem artigos publicados entre 1985 e 2010 em que em 97% destes se observa uma relação forte entre seis destes comportamentos (consumo de tabaco, consumo de álcool e drogas, comportamentos violentos, comportamentos sexuais de risco, atividade física inadequada e alimentação não saudável) e a obtenção de resultados escolares mais baixos.

Neste contexto, importa realçar que este tipo de comportamentos têm tendência a cocorrer (Hale & Viner, 2016; Spring, Moller, & Coons, 2012), e embora seja discutível se a probabilidade de adotar vários desses comportamentos aumente ao longo da adolescência (Spring et al., 2012) ou se pelo contrário a relação entre os mesmos diminui ao longo desse período de tempo (Hale & Viner, 2016), os “indivíduos com múltiplos comportamentos de risco para a saúde tem maiores riscos de terem uma doença crónica, sofrer de incapacidade ou ter uma morte prematura” (Prochaska, 2008, p. 281). Estes resultados implicam, para Martínez-Gómez e colaboradores (2012), a criação de novos

conceitos de pesquisa nos comportamentos de saúde na medicina preventiva e na saúde pública, conceitos esses que promovem, para obter maiores impactos na saúde, intervenções em múltiplos comportamentos comparativamente às orientadas a um único desses mesmos comportamentos. Para Prochaska e colaboradores (2008), observam-se reduções mais efetivas nas incapacidades e na mortalidade quando ocorrem alterações em múltiplos *Comportamentos de risco para a saúde*.

No que concerne à relação entre múltiplos comportamentos de saúde e resultados escolares, os resultados obtidos por Jackson e Vaughn (2019) sugerem que as atividades que promovem a prevenção de múltiplos comportamentos de risco para a saúde parecem também promover um maior envolvimento escolar e melhores expectativas na futura performance escolar. Contudo, Burns e colaboradores (2018) salientam que, se estudos anteriores estabelecem que a adoção de múltiplos *Comportamentos promotores de saúde* tem um efeito benéfico na performance escolar, a contribuição relativa de cada um desses comportamentos não era clara.

Em síntese, as intervenções a implementar no âmbito de um *Projeto de Educação para a Saúde* num agrupamento de escolas devem ter em conta as necessidades efetivas dos adolescentes aos quais se destinam e devem considerar a coocorrência de *Comportamentos de risco para a saúde*. Se assim for, as intervenções terão um maior impacto na saúde atual e futura dos adolescentes, trazendo também benefícios para a sua escolaridade

## **1.2. OBJETIVOS**

Com base no exposto anteriormente, os objetivos da presente investigação foram conhecer, em adolescentes de quatro agrupamentos de escolas do Alto Minho, a frequência de *Comportamentos de risco para a saúde*, bem como a frequência da coocorrência dos mesmos. Pretendeu-se também avaliar como esses comportamentos, e as coocorrências dos mesmos, variavam com as características individuais dos adolescentes. Por fim, procurou-se ainda verificar se o *Desempenho escolar* dos adolescentes variava com esses comportamentos e com as coocorrências dos mesmos.

## **1.3. BREVE CARACTERIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO**

Neste subcapítulo descreve-se a escolha da amostra (1.3.1.) e dos *Comportamentos de risco para a saúde* (1.3.2.), e apresenta-se a estrutura na presente investigação (1.3.3.).

### **1.3.1. Amostra**

Este estudo surgiu de questões ligadas à implementação do *Projeto de Educação para a Saúde* no agrupamento de escolas ao qual pertencíamos, pelo que a amostra inicial consistiu na população desse mesmo agrupamento. Contudo, e considerando o reduzido número de adolescentes, decidiu-se alarga-la a três outros agrupamentos de escolas situados na mesma zona geográfica. Por fim, e como se pretendia considerar como um dos indicadores de *Resultados escolares* os resultados nos *Exames nacionais*, apenas se considerou os adolescentes que frequentavam o 9º, 11º e 12º anos de escolaridade.

### **1.3.2. Comportamentos de risco para a saúde**

Na seleção dos *Comportamentos de risco para a saúde* foram considerados apenas três e por duas razões: a primeira é a necessidade de não alargar a análise a muitos comportamentos, uma vez que tal poderia prolongar a realização do estudo para além dos limites estabelecidos para o mesmo; e a segunda é de ordem metodológica, uma vez que, na análise da coocorrência de comportamentos, um elevado número dos mesmos torna a análise dos resultados mais difícil devido ao grande número de combinações possíveis entre eles. Desta forma, procurou-se que os *Comportamentos de risco para a saúde* fossem o mais díspares possível para permitirem, na medida do possível, uma leitura abrangente dos mesmos. Consequentemente, foram selecionados comportamentos relacionados com o sono, com o consumo de substâncias e com a sexualidade.

A escolha de comportamentos relacionados com o sono deveu-se a várias razões: i) para começar, “o sono é necessário para a saúde” (Paruthi et al., 2016, p. 1558) e particularmente no adolescente, uma vez que um sono comprometido pode sobrecarregar o normal desenvolvimento do cérebro e assim aumentar o risco de problemas mentais ao longo da vida (Anastasiades, Vivo, Bellesi, & Jones, 2022); ii) a elevada prevalência de um sono insuficiente nos adolescentes é evidente num elevado número de países e tem tendência para se agravar (Anastasiades et al., 2022), atingindo uma tal proporção que é considerada como um problema para a saúde pública mundial (Becker, Langberg, & Byars, 2015); iii) a influência da escolaridade do adolescente nesses comportamentos, uma vez que os problemas com o sono podem ser exacerbados pela elevada ênfase que é colocada na sobrevalorização dos resultados escolares (Wang et al., 2020). Por fim, poderá também acrescentar-se que, embora tenham sido realizados avanços importantes na compreensão dos padrões e nas consequências do sono na adolescência, muito do papel do sono nesta etapa está ainda por conhecer

(Becker et al., 2015).

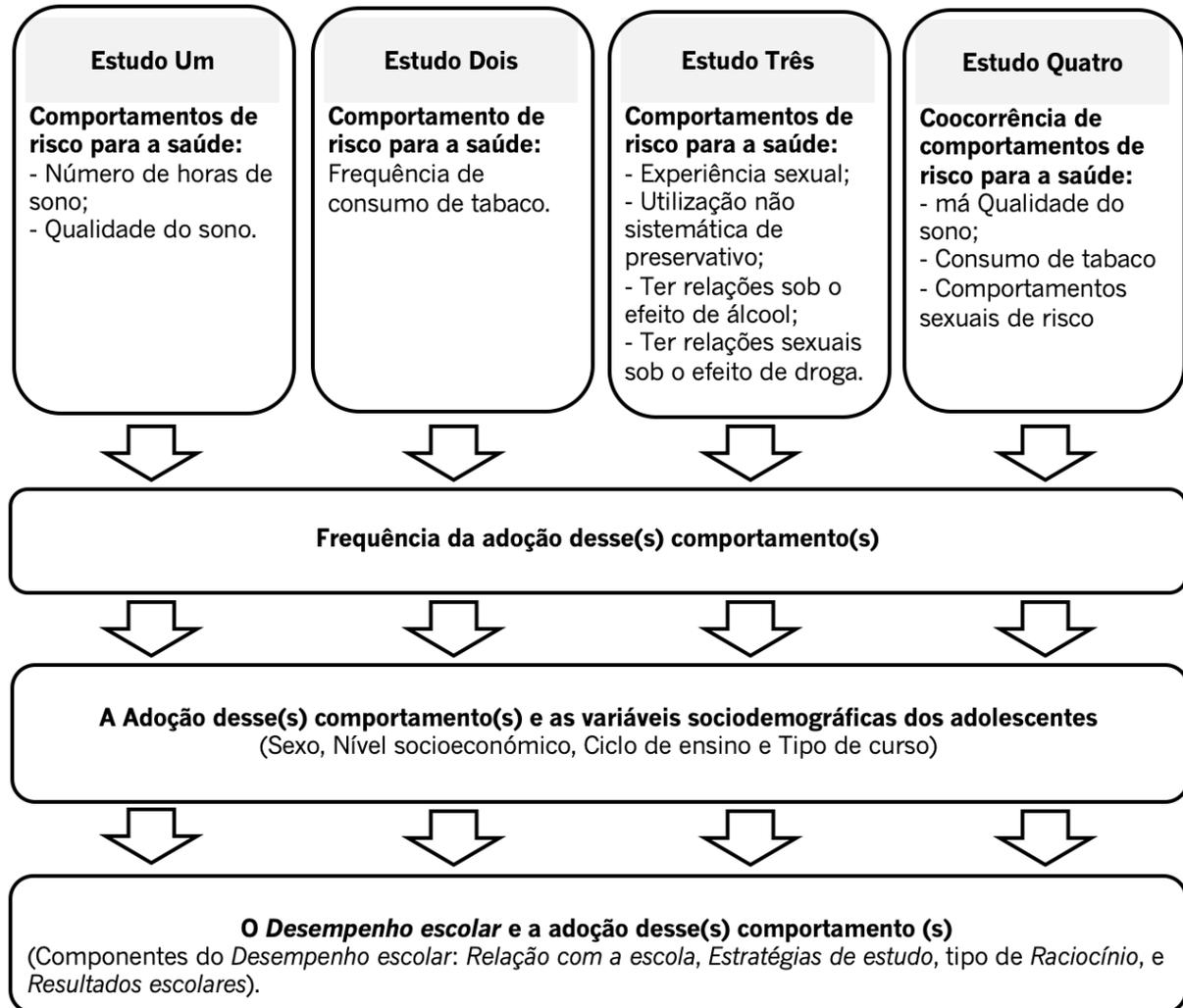
No que concerne ao consumo de substâncias aditivas na adolescência, muitos estudos se debruçaram sobre o consumo de álcool, de tabaco e de drogas ilícitas, e os resultados destacam uma relação significativa entre esses consumos, nomeadamente entre os dois primeiros e a canábis (Domingues et al., 2014; Miguez & Beco, 2015), o haxixe (Pinto, 2004), a marijuana (Cleveland, Feinberg, Bontempo, & Greenberg, 2008) ou ainda outras drogas ilícitas (Domingues et al., 2014). A escolha para o presente estudo recaiu sobre o *Consumo de tabaco* porque: i) o tabaco é uma substância lícita, ou seja, é permitida por lei e pode ser comprada de forma praticamente livre (Tavares 2014); ii) o consumo de tabaco é socialmente menos aceite que o do álcool (Hale & Viner, 2016; Melo, Pichelli, & Ribeiro, 2016; Nader et al., 2013); iii) o seu consumo está relacionado com o início do consumo de outras substâncias, como o de álcool e de marijuana (Nelson, Ryzin, & Dishion, 2015) ou de drogas ilícitas (Domingues et al., 2014; Ferreira, 2013).

Considerou-se ainda como *Comportamentos de risco para a saúde os Comportamentos sexuais de risco*. A importância da sexualidade revela-se no facto de que “não existem pessoas que, ao longo de todo o seu percurso de vida, não se tenham confrontado constantemente com a sua sexualidade, que mais não seja pela inevitável vivência do corpo” (Pontes, 2011, p. 17). Para além disso, a adolescência é um período chave para o desenvolvimento sexual, porque é nesse período que a maturidade sexual é alcançada e em que normalmente se iniciam as relações íntimas e sexuais (Clark et al., 2019). Se o desenvolvimento sexual do adolescente contempla uma grande variedade de comportamentos e experiências (Clark et al., 2019), alguns deles poderão ter importantes consequências negativas na sua saúde, como contrair uma *Infeção Sexualmente Transmitida* (IST), arriscar-se a uma gravidez não planeada, sofrer uma interrupção voluntária da gravidez ou sofrer abuso/violência na relação (Pinto & Reis, 2017). De acrescentar que o estudo dos comportamentos sexuais na adolescência revela-se ainda mais pertinente porque a Educação sexual é obrigatória nas escolas portuguesas (através da do Decreto de Lei 60/2009), sendo uma das finalidades a “Redução das consequências negativas dos comportamentos sexuais de risco, tais como a gravidez não desejada e as infeções sexualmente transmitidas” (p.5097).

### 1.3.3. Estrutura da investigação

A presente investigação compreende quatro estudos, como descrito na Figura 1.

**Figura 1** Estrutura da investigação



Para além deste primeiro capítulo introdutório, os capítulos dois, três e quatro são correspondentes aos três primeiros estudos, cada um deles relativo a um *Comportamento de risco para a saúde*, respetivamente à má *Qualidade do sono*, ao *Consumo de tabaco* e a *Comportamentos sexuais de risco*. Nestes estudos descrevem-se as frequências desses comportamentos e de como as mesmas variaram com as características individuais dos adolescentes, bem como o modo como o *Desempenho escolar* variou com esses mesmos comportamentos. No capítulo cinco, que corresponde ao quarto estudo, descreve-se a frequência da coocorrência de *Comportamentos de risco para a saúde* e de como a mesma variou com as características individuais dos adolescentes, analisando-se também como o *Desempenho escolar* variou com essa mesma coocorrência de comportamentos. No capítulo

seis apresentam-se as conclusões desta investigação, considerando o conjunto dos quatro estudos.

#### **1.4. DESEMPENHO ESCOLAR**

Na presente investigação analisa-se como o *Desempenho escolar* varia com três *Comportamentos de risco para a saúde*, e com as suas coocorrências. Neste contexto, o desempenho escolar compreende quatro componentes: (i) a *Relação com a escola*, uma vez que esta é a instituição na qual o adolescente passa a maior parte do seu tempo e porque é nela que ocorrem as aprendizagens escolares (ii) o estudo dos adolescentes, porque a aprendizagem na escola não se limita à aquisição das competências que são diretamente avaliadas nos momentos formais de avaliação; (iii) o tipo de *Raciocínio* dos adolescentes, porque há características individuais dos adolescentes que estão muito relacionadas com o seu sucesso escolar; e por fim, (iv) os *Resultados escolares* propriamente ditos, que consideram as *Médias das classificações escolares* obtidas nas disciplinas ou módulos frequentados ao longo do ano letivo e as médias nos *Exames nacionais*, bem como o *Percurso escolar* do adolescente através do número de retenções acumuladas ao longo da sua escolaridade.

Esta diversidade de indicadores permite ter uma visão mais abrangente de como as aquisições decorrentes da escolaridade variam com a adoção de *Comportamentos de risco para a saúde*. Outros estudos procuraram também analisar a relação entre a Saúde e a Educação dos adolescentes de forma abrangente, como a de Michael e colaboradores (2015), em que o sucesso escolar (“academic achievement”) inclui os resultados escolares (como as classificações finais de período), o comportamento educacional (como o comportamento em sala de aula) e as competências cognitivas e as atitudes (como a atenção e a memória).

Assim, neste subcapítulo caracterizam-se as várias componentes do *Desempenho escolar*, e expõe-se o quanto elas estão associadas aos *Resultados escolares*.

##### **1.4.1. Relação do adolescente com a escola e Resultados escolares**

###### *1.4.1.1. Relação com a escola*

Múltiplos estudos realçam a importância do envolvimento dos adolescentes na escola (“School engagement”), mas parece haver um consenso reduzido relativamente ao que corresponde efetivamente esse envolvimento (Jimerson, Campos, & Greif, 2003; Maynard, Beaver, Vaughn, Delisi, & Roberts, 2014) e à melhor forma de o avaliar (Maynard et al., 2014). De facto, e embora a terminologia e os conceitos empregues para descrever, definir e estudar o envolvimento dos

adolescentes na escola tenham evoluído ao longo dos últimos 25 anos (Maynard et al., 2014), continua a evidenciar-se pouca consistência nas definições e nas medidas da ligação do adolescente à escola (“School connectedness”) (Chapman, Buckley, Sheehan, & Shochet, 2013). O que se reflete também na utilização de vários termos, tais como *school engagement*, *school attachment*, *school bonding*, *school climate*, *school involvement*, *teacher support*, e *school connectedness*, termos esses que estão relacionados e que poderão ter, ou não, a mesma definição, os mesmos elementos ou o mesmo enquadramento teórico (Libbey, 2004).

Assim, e apesar de não haver uma definição de envolvimento dos adolescentes na escola com a qual todos concordem, parece ser consensual que este conceito é multidimensional, o que poderá ser útil para melhor compreender, e agrupar, as diferentes linhas de investigação (Maynard et al., 2014); contudo, importa realçar que os investigadores continuam em desacordo quanto ao número e tipo de componentes desse envolvimento, e ainda que estes destacam as sobreposições e as variações na forma como as componentes são avaliadas e operacionalizadas (Maynard et al., 2014).

Apesar disso, algumas componentes emergem de forma consistente entre as diferentes medidas descritas por Libey (2004), como a sensação de pertença dos estudante à escola, o sentir-se parte da mesma, o gostar ou não da escola, o nível de apoio e de preocupação dos professores, e o investimento no progresso escolar atual e futuro. Como exemplo das múltiplas dimensões do envolvimento dos adolescentes com a escola, Maynard e colaboradores (2014) propõem que este possa incluir até quatro dimensões: (i) a dimensão afetiva (também referida como emocional ou psicológica), que compreende os sentimentos positivos e negativos dos adolescentes relativamente aos professores, aos pares e à escola; (ii) a dimensão cognitiva, que se relaciona com a perceção e crenças relativamente à escola, com o investimento psicológico na aprendizagem, e com o emprego de estratégias cognitivas e de aprendizagem; (iii) a dimensão comportamental, que engloba as ações e a participação dos adolescentes em sala de aula e nas atividades escolares e extracurriculares, a frequência da escola, o mau comportamento, a atenção, e a preparação e realização do trabalho de casa; e, finalmente (iv), a dimensão académica, que inclui a performance escolar, os tempos nas tarefas e a conclusão de unidades creditadas.

No entanto, os mesmos autores (Maynard et al., 2014) esclarecem que sendo o envolvimento dos adolescentes com a escola complexo e multidimensional, é aceitável que se utilizem apenas uma ou duas destas dimensões. Assim, consideraram-se na presente investigação as duas primeiras componentes, a afetiva e a cognitiva. A primeira, compreende os sentimentos dos adolescentes relativos à escola, e a segunda relaciona-se com a perceção do adolescente relativamente ao seu

percurso escolar.

Para a dimensão afetiva empregam-se três questões, designadas como *School engagement* por Carter e colaboradores (2007) e traduzidas para português por Santos (2008), e que foram adaptadas para o presente estudo: *Sentes-te fazer parte da escola?*, *Achas que a escola se preocupa contigo?* e *Achas que os professores são justos?*, e a essas questões foi adicionada uma outra, adaptada de Ferreira (2013): *Como é que te sentes em relação à escola, atualmente?*. No que respeita à dimensão cognitiva foram consideradas duas questões: *Consideras a escola importante para o teu futuro?* (adaptada de Pereira, 2011) e *Que estudos gostarias de concluir?* (adaptado de Carvalho, 2012). Estas questões estão descritas com mais detalhe no capítulo dois.

#### 1.4.1.2. *Relação com a escola e Resultados escolares*

O envolvimento com a escola (“School engagement”) recebeu uma atenção significativa nas duas últimas décadas com os investigadores a avaliarem as consequências do mesmo nos resultados escolares de adolescentes (Maynard et al., 2014). Apesar de serem empregues medidas diferentes para a avaliação desse envolvimento, todos os constructos estão significativamente associados com os resultados escolares dos adolescentes (Libbey, 2004). De facto, várias revisões da literatura salientam essa associação: a de Libbey (2004) descreve que os jovens que se sentem ligados à escola, que sentem que pertencem à mesma, e os que sentem que os professores são solidários e que os tratam de forma justa, têm uma melhor performance escolar; a do *Center for Disease Control and Prevention* (2009) refere que há uma maior probabilidade dos estudantes que têm sucesso escolar se sentirem ligados a escola (“Feel connected to school”); e a de Chapman e colaboradores (2013) expõe que a ligação do adolescente à escola (“School connectedness”) tem múltiplas consequências nos adolescentes, incluindo nas médias dos seus resultados escolares.

Mais recentemente, Maynard e colaboradores (2014) constataram que a falta de envolvimento na escola, que considera o envolvimento emocional e comportamental, está associada a resultados escolares mais baixos (obtidos a Inglês ou Linguagem das artes, Matemática, Historia ou Estudos sociais, e Ciências) e contribui ao abandono escolar.

Por fim, Abbott-Chapman e colaboradores (2014) constataram, através da aplicação da *School Engagement Index* que avalia o envolvimento dos adolescentes na escola e que inclui itens relativos, entre outros, à sensação de pertença e à participação em atividades na escola, que um maior envolvimento na escola está associado a uma maior probabilidade de continuar os estudos após a escolaridade obrigatória e em ter uma profissão com um estatuto superior. Para estes autores, estes

resultados sublinham o impacto a longo prazo que o nível de envolvimento na escola poderá ter na carreira escolar e profissional.

Constata-se assim que a relação do adolescente com a escola parece estar positivamente associada aos seus *Resultados escolares*.

## **1.4.2. Estratégias de estudo do adolescente e Resultados escolares**

### *1.4.2.1. Estratégias de estudo*

Para que o adolescente consiga enfrentar as tarefas escolares e cumprir com eficácia as suas exigências, é preciso dotá-lo de um conjunto de estratégias específicas (Vasconcelos & Praia, 2005). Para isso, a escola deverá valorizar o desenvolvimento das capacidades dos seus alunos fornecendo-lhes as ferramentas para que estes aprendam (Mafra, 2006), ou seja, os objetivos da educação não devem incidir apenas na aquisição dos conhecimentos, mas também no desenvolvimento de processos e mecanismos de aprendizagem que possibilitem ao aluno a construção ativa dos seus próprios conhecimentos (Ribeiro & Alves, 2011). Neste contexto, justifica-se assim que os sistemas educativos atribuam uma importância acrescida a programas para ensinar os adolescentes a aprender (Vasconcelos & Praia, 2005).

Contudo, e embora se verifique na literatura um consenso acerca da importância e da utilidade das estratégias de estudo para uma adequada realização escolar, denotam-se ainda lacunas no estabelecimento de uma definição unívoca e precisa das mesmas (Ribeiro, 2001). De facto, observa-se uma grande diversidade em torno desse conceito, com definições mais gerais e outras mais específicas, com confusões de terminologia e com taxonomias bastante complexas (Ribeiro, 2001).

Para Vasconcelos e Praia (2005), uma estratégia de aprendizagem é uma habilidade de ordem superior, consistindo num conjunto de processos que servem de base à realização de tarefas intelectuais e que conferem ao aluno a capacidade de examinar tarefas e de responder em acordo. Assim, os hábitos e as estratégias de estudo tem como objetivo final possibilitar ao estudante o acesso a condições e instrumentos mentais que lhe permitam tornar a sua aprendizagem escolar mais efetiva e autónoma (Mafra, 2006).

Existem várias teorias explicativas e de classificação dos processos básicos presentes no estudo individual. Segundo Gomes e Torres (2005) algumas tipologias privilegiam os elementos cognitivos (processamento de informação), outras os comportamentais (e o seu impacto na organização dos horários, espaços e materiais de estudo), outras ainda os atitudinais (sobretudo a motivação, o

autoconceito académico e as expectativas profissionais, entre outros), mas todas estas teorias pressupõem que os processos são controláveis e que a aprendizagem eficaz implica uma conjugação equilibrada dos vários fatores.

Para analisar estas variáveis recorreu-se ao *Inventario de Estratégias de Estudo*, construído por Maria José Leal em 1993 e adaptado por Carvalho (2012). Esta escala é constituída por cinco subescalas, a *Planificação das Atividades de Estudo*, a *Motivação com o Estudo*, a *Descodificação da Informação*, a *Organização da Informação*, e a *Retenção e Evocação da Informação*. Este instrumento será descrito com mais detalhe no capítulo dois.

#### 1.4.2.2. *Estratégias de estudo e Resultados escolares*

A investigação tem vindo a demonstrar uma forte ligação entre as estratégias de estudo e o sucesso académico dos estudantes (Sousa, 2013). Para Ribeiro e Alves (2011), é natural que as estratégias de aprendizagem estejam diretamente relacionadas com diferentes níveis de sucesso académico, uma vez que os alunos que as utilizam poderão estar mais conscientes dos seus objetivos, regulando assim as suas ações de forma mais eficaz. De facto, Ramalho (2001) constatou que os adolescentes que transitaram de ano (desde o 7º ao 10º ano) foram os que revelavam melhores hábitos de estudo (avaliados através do *Questionário de autoavaliação dos hábitos de estudo*).

Também nesse sentido, Almeida e colaboradores (2005) observaram correlações significativas entre a média de quatro disciplinas no final do primeiro período letivo e as subescalas, num total de dez, da *Escala para a avaliação de Métodos de Estudo* (cinco e nove, respetivamente, para o décimo e para o décimo segundo ano de escolaridade).

De igual modo, Carvalho (2012) constatou que os adolescentes com melhores hábitos de estudo (avaliados através do *Inventario de Estratégias de estudo*) apresentam melhores resultados escolares (média das classificações escolares obtidas no segundo período letivo), mas não verificou diferenças significativas com o número de retenções. Esta autora também observou que os adolescentes que estudam com mais frequência e mais horas em casa tendem a obter melhores resultados escolares. Torres (2010) verificou que a utilização de estratégias de aprendizagem (avaliada através do *Inventario de Estratégias de estudo*) não é um preditor significativo das classificações finais obtidas a Língua Portuguesa e a Matemática em adolescentes que frequentavam o nono ano de escolaridade.

Assim, os estudos parecem ilustrar a tendência descrita por Mafra (2006), em que os alunos que não têm métodos de estudo estruturados geralmente apresentam resultados escolares mais baixos. Ainda segundo este autor, este facto poderá induzir estes alunos a abandonar os seus estudos

com a ideia de que não gostam de estudar, ou porque se sentem intelectualmente inferiores aos colegas.

### **1.4.3. Tipo de Raciocínio do adolescente e Resultados escolares**

#### *1.4.3.1. Tipo de raciocínio*

A competência a nível cognitivo constitui um aspeto central para o sucesso escolar (Simões, Loureiro, Ferrão, Tavares, & Teles, 2006) e os testes de inteligência tiveram, no seu começo, a preocupação social de predizer o sucesso escolar nos indivíduos (Almeida & Campos, 1986). De facto, uma das variáveis que tradicionalmente tem sido apontada como a que melhor prediz as diferenças individuais no rendimento escolar, quando tomada isoladamente, é a capacidade cognitiva do aluno (Almeida, Miranda, Salgado, Silva, & Martins 2012)

Contudo, e reconhecida a importância da capacidade cognitiva dos alunos no sucesso escolar, estudos recentes referem a sua insuficiência, isto porque, e mesmo circunscrevendo-nos às variáveis pessoais do aluno face à natureza multivariada da aprendizagem e do sucesso escolar, outras variáveis aparecem valorizadas com bastante frequência na investigação, sobretudo à medida que se avança nos ciclos escolares dos alunos (Almeida et al., 2012). Nesse sentido, Lemos e colaboradores (2008) realçam que é necessário não cair em dois tipos de exageros: que a aprendizagem e o rendimento académico são apenas explicados por variáveis pessoais dos alunos e, dentro destas, por variáveis associadas à sua capacidade intelectual; e que a associação entre inteligência e rendimento académico é exclusivamente unilinear da inteligência para a aprendizagem e realização académica.

Assim, e atualmente, uma das principais justificações para a utilização de provas psicológicas de inteligência em contexto escolar prende-se a aquisição de informação útil para a análise das dificuldades de aprendizagem de certos alunos ou para permitir conhecer as suas preferências vocacionais (Lemos, Almeida, & Guisande, 2006; Lemos et al. 2008; Lemos et al. 2010).

Como descrevem Lemos e colaboradores (2006), o constructo “inteligência” tem tido um número excessivo de significações, em nada facilitando a escolha e a justificação das formas de avaliação disponíveis. Assim, e ainda segundo estes autores, uma das significações mais clássicas de inteligência passa pelos processos cognitivos de raciocínio (inferência e aplicação de relações), também apontados como processos cognitivos superiores. Tais processos estão implicados nas situações de aprendizagem, mesmo que não prescindindo dos processos básicos de codificação e

organização dos estímulos ou informação, processos esses geralmente associados à percepção e à memória de trabalho (Lemos et al., 2006).

Na presente investigação optou-se pelo emprego da *Bateria de Provas de Raciocínio* (nas versões BPR7/9 e BPR10/12), que apresenta uma abordagem inferencial ou fatorial da inteligência, e que parece ser a corrente de definição e de avaliação da inteligência mais popular e mais difundida (Almeida, 2002). Para Lemos e colaboradores (2006) esta bateria tem subjacente a possibilidade de avaliação simultânea e conciliatória dos aspetos cognitivos mais ligados ao fator geral de inteligência, ou *factor g*, e outros aspetos mais associados às aptidões específicas; assim, a bateria procura conciliar a diversidade de experiências educativas dos indivíduos tomando nas provas itens diferenciados quanto ao tipo de conteúdo (figurativo-abstrato, numérico, verbal, mecânico e espacial) e quanto ao tipo de formato (analogias, sequências, problemas). Desta forma, a *Bateria de Provas de Raciocínio* permite a avaliação das capacidades de apreensão e aplicação de relações (raciocínio) mas tendo em linha de conta a especificidade dos contextos ou conteúdos a que se podem aplicar tais habilidades. Esta bateria está descrita com mais detalhe no capítulo dois.

#### *1.4.3.2. Tipo de raciocínio e Resultados escolares*

Uma parte significativa da investigação em Psicologia e Educação aponta para a importância dos processos cognitivos nos resultados escolares e, embora continue a existir uma grande controvérsia em torno da inteligência e do seu impacto na realização humana, ela afeta o rendimento escolar dos alunos (Simões et al. 2006). E em concordância com esta afirmação, existem vários estudos com adolescentes portugueses que empregaram a *Bateria de Provas de Raciocínio*, e confirmam a associação significativa entre o *Raciocínio* e os *Resultados escolares*, em diferentes ciclos de ensino e empregando diferentes indicadores de resultados escolares.

Assim, Almeida e Campos (1986) observaram, em adolescentes que frequentavam o 7º ano de escolaridade, índices de correlação significativos entre o desempenho nessa bateria de provas e as classificações escolares em quatro disciplinas no final do ano letivo. Também Candeias e colaboradores (2007) verificaram, em adolescentes que frequentavam o 9º ano de escolaridade, níveis de correlação significativos entre as classificações escolares no segundo período em seis disciplinas e os desempenhos nas provas de raciocínio (exceto na prova de *Raciocínio Mecânico*). Do mesmo modo, Lemos e colaboradores (2008) constataram, em adolescentes que frequentavam do 5º ao 10º segundo ano de escolaridade, correlações significativas entre os testes de inteligência e as medidas de realização académica em todas as disciplinas no 5º e 6º ano, em todas as disciplinas no 7º, 8º e 9º

ano (com a exceção de Educação visual em alguns dos sub-testes que variam consoante os anos de escolaridade), e em todas as disciplinas no 10º, 11º e 12º ano (com exceção no teste de *Raciocínio mecânico* em várias disciplinas e nos três anos considerados, e ainda no *Raciocínio espacial* no décimo segundo ano). Por fim, Amaral (2014) constatou, desta vez em adolescentes moçambicanos que frequentavam do 8º ao 10º ano, coeficientes de correlação moderados entre o desempenho nas provas de raciocínio e as classificações obtidas em onze disciplinas; quando consideradas as médias obtidas nos Exames Nacionais, observou-se uma tendência para coeficientes de correlação moderados e elevados.

Esta tendência também se verifica quando se considera a *Retenção escolar* como indicador de *Resultados escolares*, com os adolescentes sem retenções no seu percurso escolar a obterem desempenhos significativamente superiores nesta bateria de provas de raciocínio, comparativamente aos que tinham retenções (Almeida & Campos, 1986; Candeias et al., 2007).

Neste contexto, importa realçar que, e como já referido, estas correlações não podem ser entendidas apenas como o impacto da inteligência na aprendizagem escolar porque, por um lado, a aprendizagem e o rendimento escolar refletem um conjunto alargado de variáveis, nem todas elas relacionadas com o adolescente e nem todas elas relacionadas com as suas capacidades cognitivas, e por outro lado, importa pensar que essa relação está longe de ser concebida de forma linear (Lemos et al., 2010). Assim, a literatura sugere que a inteligência e as habilidades cognitivas dos sujeitos refletem também os seus contextos socioculturais e as suas aprendizagens formais, onde a escola assume um lugar de destaque (Lemos et al., 2010).

Contudo, esta associação parece diminuir com a escolaridade dos adolescentes. Assim, Almeida e Campos (1986) constataram, no seu estudo longitudinal, que os coeficientes obtidos, ou o número de correlações significativas, entre o desempenho nos testes de raciocínio e os resultados escolares descem entre o 7º e o 8º ano, e que essa descida é ainda mais significativa no 9º ano. Também Lemos e colaboradores (2008) constataram uma diminuição generalizada dos coeficientes de correlação entre alunos do 3º ciclo do Ensino básico e os do Ensino secundário. Por fim, Lemos e colaboradores (2010) observaram uma diminuição do impacto das variáveis cognitivas no rendimento escolar quando se avança do 10º para o 12º ano de escolaridade.

Várias explicações são avançadas para justificar esta diminuição. Uma primeira é a maior seletividade cognitiva que se encontra junto das amostras de alunos do ensino secundário, uma vez que com o avançar na escolaridade as amostras de alunos tornam-se cognitivamente mais homogêneas pelo abandono do sistema educativo dos alunos com maiores dificuldade intelectuais e de

aprendizagem (Almeida & Campos, 1986; Lemos et al., 2010). Uma segunda será que, com o avançar na escolaridade, as variáveis de índole motivacional, como as metas académicas (como as metas de aprendizagem ou de aquisição de competências), as atribuições causais de tipo interno e externo, ou o autoconceito geral e académico, podem também intervir e tornar-se cada vez mais decisivas na explicação do rendimento escolar (Lemos et al., 2010). Uma terceira explicação poderá estar relacionada com razões de ordem metodológica, como as verificadas no estudo de Almeida e Campos (1986), onde ocorrem diferentes intervalos de tempo entre a aplicação dos testes (no 7º ano de escolaridade) e a obtenção das classificações académicas (no 7º, 8º e 9º).

Assim, constata-se que o *Raciocínio* está positivamente associado aos *Resultados escolares*, e que essa associação parece diminuir com o avançar da escolaridade.

#### **1.4.4. Resultados escolares**

O mundo contemporâneo caracteriza-se por mudanças contínuas que se sucedem a ritmos cada vez mais rápidos e que colocam importantes desafios às pessoas, uma vez que o desenvolvimento destas estará cada vez mais assente em processos de educação e de formação complexos e permanentes (Almeida & Castro 2017).

Nesse contexto, os adolescentes deparam-se com diferentes patamares de educação e de formação, cada um deles com diferentes consequências no seu futuro. Para a *Organisation for Economic Co-Operation and Development* (OCDE), a conclusão do *Ensino secundário* é o nível básico de educação que se espera nos jovens adultos para poderem contribuir de forma efetiva para a sociedade e para se integrarem com sucesso no mercado de trabalho (OCDE, 2021). Por outro lado, concluir uma formação no *Ensino superior* é uma etapa incontornável para uma carreira profissional de sucesso, uma vez que esta qualificação poderá ser empregue para evoluir nos vários escalões profissionais (Manitiu & Galeazzi, 2017).

Compreende-se, pois, que os estudantes atualmente no *Ensino secundário* sejam os mais ambiciosos de sempre e que as suas expectativas acerca do sucesso escolar, bem como as dos seus pais, tenham aumentado de forma pronunciada nos anos mais recentes (Frisco, 2008). Esta tendência também se observa em Portugal, onde se atinge, desde 1996, um novo máximo no número de alunos candidatos ao *Ensino superior*, e onde se observa o crescimento do número total de estudantes nesse ciclo de Ensino (DGES, 2021).

Na verdade, nos últimos 40 anos tem-se conhecido em Portugal um inquestionável reconhecimento da importância da formação (DGES, 2018). E esse reconhecimento é evidente na

progressão da percentagem de indivíduos entre os 25 e os 64 anos que concluíram o *Ensino secundário*, 11% em 1996 (Centre For Educational Research and Innovation, 1998) em vez de 26 % em 2020 (OCDE, 2021). O mesmo se verifica em relação à conclusão do *Ensino superior*, com 9% em 1996 (Centre For Educational Research and Innovation, 1998) e 28% em 2020 (OCDE, 2021).

Todavia, a percentagem da população com formação superior está ainda aquém do que será desejável alcançar (DGES, 2018), isto porque, quando se compara a percentagem de indivíduos entre os 25 e os 64 anos que concluíram o *Ensino superior* em Portugal (considerando licenciaturas, mestrados e doutoramentos), ela é inferior comparativamente à média de 22 países da comunidade europeia e à média dos países da OCDE (OCDE, 2021).

Para Figueiredo e colaboradores (2017) os benefícios do *Ensino superior* são multidimensionais, sejam de consumo ou de investimento, sejam individuais ou coletivos. Nesta introdução, consideram-se estes benefícios somente ao nível individual e no que respeita à empregabilidade, ao salário e à percepção de saúde.

No que respeita ao mercado de trabalho, a percentagem de adultos com idades entre os 25 e os 64 anos que estão empregados aumenta com as suas qualificações, em Portugal e na média dos países da OCDE (OCDE, 2021). E essa tendência parece acentuar-se em Portugal, uma vez que tem sido sempre crescente a percentagem de trabalhadores que concluíram o *Ensino superior*, nomeadamente 9% em 1998 e 34% em 2021 (PORDATA, 2022).

Assim, os indivíduos que não concluíram o *Ensino secundário* têm desvantagens no mercado de trabalho (OCDE, 2021), e os que conseguiram concluir o *Ensino superior* são mais competitivos e conseguem, em média, uma situação laboral mais favorável (Figueiredo et al., 2017). Este fenómeno verifica-se porque as economias dos países da OCDE dependem da disponibilidade de trabalhadores altamente especializados (OCDE, 2021).

As vantagens laborais que beneficiam os que concluíram o *Ensino superior* não se esgotam na sua empregabilidade uma vez que também se fazem sentir ao nível salarial (Figueiredo et al., 2017), com estes a usufruírem de maiores remunerações comparativamente aos que concluíram (pelo menos de 43% em Portugal e de 69% na média dos países da OCDE) e aos que não concluíram (de 61% em Portugal e de 81% na média dos países da OCDE) o *Ensino secundário* (OCDE, 2021).

Por fim, a população com maior formação parece beneficiar também de um melhor estado de saúde (Figueiredo et al., 2017), quer em Portugal quer na média dos países da OCDE, uma vez que os indivíduos com 30 anos, que concluíram pelo menos uma Licenciatura, podem esperar viver mais anos que os que concluíram, e os que não concluíram, o *Ensino secundário* (OCDE, 2021).

Constatou-se ainda que uma maior percentagem dos indivíduos com 30 anos, que concluíram pelo menos uma Licenciatura, afirma estar em boa, ou muito boa, saúde comparativamente aos que não concluíram o *Ensino secundário* (78% e 44%, respetivamente, em Portugal e 84% e 57%, respetivamente, na média dos países da OCDE) (OCDE, 2021).

Parecem assim confirmar-se as vantagens na empregabilidade, nos salários e na saúde dos indivíduos que possuem pelo menos uma Licenciatura, comparativamente aos que concluíram o *Ensino secundário* e aos que não conseguiram concluir esse ciclo de ensino.

Contudo, e para evoluir na sua escolaridade, é necessário que os adolescentes obtenham *Resultados escolares* adequados, uma vez que eles são o critério para transitar de ano e para frequentar o *Ensino superior*.

Assim, no presente estudo avaliou-se como *Resultados escolares* a *Média das classificações escolares* e o *Percurso escolar*. A primeira, corresponde às médias obtidas no terceiro período nas disciplinas ou nos módulos frequentados e, ainda, as médias obtidas nos Exames nacionais. No que respeita à *Média das classificações escolares*, e comparativamente a provas aferidas por níveis de escolaridade, elas são classificações mais ambíguas em termos da apreciação factual dos conhecimentos e das habilidades cognitivas dos alunos, mas têm a grande vantagem de traduzirem realmente o que se define como o sucesso ou o insucesso escolar, tendo por isso uma validade ecológica (Lemos et al., 2008). De facto, diferentes escolas e diferentes professores poderão utilizar critérios não uniformes de avaliação e um mesmo professor poderá avaliar os seus alunos ou turmas tomando em consideração aspetos exclusivamente ligados às aprendizagens efetuadas (Almeida & Campos, 1986).

Tendo em conta o que foi referido, e para complementar esta informação, inclui-se também no presente estudo as médias obtidas nos Exames nacionais. Estes exames são provas aplicadas a nível nacional e a todos os adolescentes que neles se inscrevem, o que garante o mesmo instrumento de avaliação para todos, mas também uma maior uniformidade nas condições de realização do exame e na aplicação dos critérios de correção.

Para ter uma perspetiva mais alargada dos *Resultados escolares* do adolescente, foi feita ainda uma avaliação do seu *Percurso escolar* através do número de retenções. A retenção de um aluno “é uma prática que consiste em reter um aluno no mesmo grau de escolaridade por mais um ano, em vez de o fazer progredir para o seguinte, no pressuposto de lhe dar uma oportunidade adicional para melhorar as suas capacidades e o seu nível de aprendizagem” (Pereira & Reis, 2014, p. 63).

## **CAPÍTULO 2 - A QUALIDADE DE SONO E O DESEMPENHO ESCOLAR DE ADOLESCENTES PORTUGUESES**

### **2.1. INTRODUÇÃO**

O sono é um estado fisiológico inerente à espécie humana (Garcês, 2014) que se prolonga por um período de tempo equivalente a um terço da duração de uma vida humana (Segura-Jiménez, Carbonell-Baeza, Keating, Ruiz, & Castro-Piñero, 2015). Corresponde a um estado de consciência, oposto ao de vigília (ou estado desperto), em que há um repouso caracterizado pela suspensão temporária da atividade perceptivo-sensorial e da atividade motora voluntária (Pestana, 2013).

O sono é uma necessidade para a saúde (Illingworth, 2020; Paruthi et al., 2016), nomeadamente para a regeneração do corpo e da mente (Singh, Suri, Sharma, Suri, & Adhikari, 2018). Portanto, um sono restaurador está fortemente associado ao bem-estar físico, cognitivo e psicológico e, pelo contrário, um sono pobre ou desordenado está associado a uma pior atividade cognitiva, a um mal-estar psicológico, e a uma diminuição da saúde física (Brand & Kirov, 2011).

Para que o sono seja saudável, precisa de ter uma duração adequada, horários apropriados, boa qualidade de sono, regularidade e ausência de perturbações (Paruthi et al., 2016), para que assim o adolescente acorde a sentir-se bem descansado e alerta, e possa desta forma beneficiar das suas atividades diárias (Gruber, Wiebe, Wells, Cassoff, & Monson, 2010).

Contudo, o sono é algo que pode ser facilmente comprometido nas rotinas quotidianas (Singh et al., 2018), sendo frequente a redução de algum tempo de sono para responder aos interesses diários, na esperança que as consequências não sejam graves e que seja permitido continuar a realizar todas as outras atividades (Curcio, Ferrara, & de Gennaro, 2006). Tem sido longamente discutido, particularmente na sociedade ocidental, o pressuposto de que um sono desadequado pode causar problemas de cognição, de comportamento e de outros aspetos do funcionamento da vida diária (Beebe, 2011).

Nesse sentido, e no que concerne aos fatores que regulam o sono, há dois processos fisiológicos que interagem para controlar os horários e a composição do sono (Gruber et al., 2010): (i) o *processo homeostático* do sono, que é um mecanismo de regulação onde a pressão do sono se acumula durante o tempo de vigília e onde ela se dissipa com a duração do sono, e (ii) o *processo de componente circadiana*, que regula os horários de adormecer e de acordar. Para além destes fatores intrínsecos, Moore e Meltzer (2008) acrescentam outros fatores extrínsecos, como as atividades escolares e extracurriculares, a hora de início das aulas, as interações sociais e a higiene de sono

(consistência dos horários de sono, ingestão de bebidas com cafeína ao fim do dia, limitação de utilização de aparelhos eletrônicos antes de dormir, e dormir num quarto moderadamente frio, calmo e escuro).

### **2.1.1. O sono na adolescência**

A adolescência é o período de desenvolvimento humano entre o início da puberdade e a idade adulta (Colrain & Baker, 2011), onde ocorrem profundas transformações ao nível biológico, psicológico e social (Pinto, Pinto, Rebelo-Pinto, & Paiva 2016) e que é considerado como importante para o desenvolvimento das capacidades cognitivas e para o estabelecimento de comportamentos relacionados com a saúde, como o sono (Adelantado-Renau, Diez-Fernandez, Beltran-Valls, Soriano-Maldonado, & Moliner-Urdiales, 2019).

De facto, ao longo da adolescência o sono sofre diversas mudanças, devido (i) às alterações no *sistema regulador do sono*, com um atraso no mecanismo circadiano e homeostático (e que provocam uma fase de sono mais tardia), (ii) às alterações provocadas por *fatores ambientais*, como o horário demasiado cedo de início de aulas, o maior trabalho escolar, a menor influência dos pais na hora de deitar, o maior tempo de exposição aos ecrãs e o aumento da diferença na *Duração do sono* entre os dias de semana e os de fim de semana, (iii) e ainda às alterações devidas ao comportamento individual e a *fatores psicossociais*, como o stresse, o excesso de peso, e o consumo de álcool, café ou tabaco (Shochat, Cohen-Zion, & Tzischinsky, 2014).

Neste contexto de profundas alterações, importa sublinhar que um sono inadequado tem consequências significativas para o adolescente, nomeadamente na sua saúde física e psicossocial, na sua performance académica, bem como na adoção de comportamentos de risco (Shochat et al., 2014). A este propósito, Bruce, Lunt e McDonagh (2017) salientam até que as consequências de um sono insuficiente na adolescência e no início da idade adulta podem mesmo resultar em problemas de sono a longo prazo e terem um impacto significativo na idade adulta.

Todavia, e apesar de todas estas consequências, o sono insuficiente ou inadequado tornou-se omnipresente nos adolescentes das sociedades ocidentais (Shochat et al., 2014), o que leva a comunidade internacional a reconhecer, ainda que de forma progressiva, que a saúde do sono dos adolescentes é um problema significativo em muitos países (Gradisar, Gardner, & Dohnt, 2011).

### **2.1.2. Indicadores para o estudo do sono**

Sendo o sono um conceito complexo (Matos, Gaspar, Paiva, & Tomé 2015), têm-se empregue múltiplos indicadores para o estudar e, entre eles, destacam-se a *Duração do sono* e a *Qualidade do sono*. Destes dois indicadores, a *Duração do sono* é o mais utilizado para avaliar o sono (Hirshkowitz et al., 2015). Uma das vantagens inerentes à sua utilização prende-se com a obtenção de um valor numérico de fácil determinação e que pode ser comparado com valores de referência. As recomendações para um sono ótimo (“optimal sleep”), ou para um sono que reflita as necessidades das crianças e jovens (“children sleep need”), são publicadas com base na sua duração (Matricciani, Blunden, Rigney, Williams, & Olds, 2013). Quanto à *Qualidade do sono*, é um indicador mais complexo e é definido como o nível de satisfação da experiência do sono (Adelantado-Renau, Diez-Fernandez, et al., 2019). O *Índice de Qualidade de sono de Pittsburg* (Buysse, Reynolds III, Monk, Berman, & Kupfer, 1989) avalia aspetos quantitativos do sono, incluindo a *Duração do sono*, a *Latência do sono* e o número de despertares, mas também aspetos puramente subjetivos, como a profundidade do sono e a sua capacidade regeneradora. De salientar que a *Qualidade do sono* é considerada como uma componente autónoma do sono devido à sua influência na cognição (Adelantado-Renau, Diez-Fernandez, et al., 2019). Assim, o primeiro indicador, *Duração do sono*, avalia o sono de forma mais quantitativa, enquanto que o segundo, *Qualidade do sono*, o avalia de forma mais global e mais subjetiva.

### **2.1.3. O sono e o Desempenho escolar**

A escola é um contexto incontornável no estudo do comportamento dos adolescentes devido aos longos períodos de tempo que passam nela ou que realizam atividades relacionadas com ela (Bao et al., 2018). Embora sejam múltiplos os fatores que influenciam o sucesso escolar, o papel desempenhado pelo sono tem sido largamente ignorado (Cassoff, Bhatti, & Gruber, 2014), apesar da quantidade substancial de evidências indiretas que relacionam o sono com os resultados escolares (Colrain & Baker, 2011), ou que sugerem que o desempenho escolar é claramente afetado por um sono insuficiente ou pela sonolência (Boschloo et al., 2013; Chaput et al., 2016; Moore & Meltzer, 2008). Ainda recentemente, Urrila e colaboradores (2017) relataram a primeira e a mais robusta evidência de como os hábitos de sono estão associados aos volumes de regiões de matéria cinzenta cerebral e aos resultados escolares no início da adolescência. Por fim, e para o estudo desta temática, Adelantado-Renau e colaboradores (2019) recomendam como indicadores do sono a *Duração do sono*

e a *Qualidade do sono*, por considerarem que são domínios separados e que contribuem de forma diferente para a performance escolar.

#### **2.1.4. Objetivos do estudo**

Neste contexto, é objetivo deste estudo conhecer a *Duração do sono* e da *Qualidade do sono* em adolescentes de quatro agrupamentos de escolas do Alto Minho, e avaliar se as mesmas variam com as características individuais. Neste estudo pretende-se também verificar se o *Desempenho escolar* varia de forma significativa com a *Duração do sono* e a *Qualidade do sono*.

## **2.2. METODOLOGIA**

Neste capítulo descrevem-se os procedimentos (2.2.1.), a amostra (2.2.2.), o questionário principal e os instrumentos que nele foram incluídos (2.2.3.), a *Bateria de Provas de Raciocínio* (2.2.4.), a recolha dos *Resultados escolares* (2.2.5.) e os procedimentos estatísticos (2.2.6.).

### **2.2.1. Procedimentos**

A implementação deste estudo decorreu ao longo de cinco etapas. Na primeira etapa foram contactadas as direções de quatro agrupamentos de escolas, tendo-lhes sido enviado o projeto de investigação.

Numa segunda etapa, o projeto foi discutido e aprovado pelos Conselhos de escola respetivos, autorizando assim a aplicação dos questionários e a recolha das *Médias das classificações escolares* dos alunos. Ainda nesta fase, os agrupamentos de escolas contactaram os pais dos alunos a serem envolvidos no estudo e procederam à recolha das respetivas autorizações de participação.

Na terceira etapa procedeu-se à aplicação dos questionários nos vários agrupamentos, que foram coordenadas pelos grupos de Educação Física. Esta etapa decorreu no segundo período letivo, durante as aulas de Educação Física e sob a supervisão dos professores dessa mesma disciplina, tendo sido garantidas as necessárias condições de privacidade e de tranquilidade.

Na quarta etapa aplicou-se a *Bateria de Provas de Raciocínio*, mas apenas num dos agrupamentos.

Na quinta e última etapa, as direções dos agrupamentos enviaram ao investigador, após a primeira fase dos *Exames nacionais*, as *Médias das classificações escolares* devidamente codificadas.

O questionário, cuja estrutura se apresenta na secção 2.2.3, foi disponibilizado em dois tipos de suporte, em papel e em formato digital (através dos *Formulários do Google*), em função das especificidades inerentes a cada agrupamento de escolas (temporal, de material informático, de salas e de alunos). O formato em papel foi aplicado num agrupamento, o formato digital em dois agrupamentos e os dois formatos num outro agrupamento de escolas. Foram ainda criadas três versões deste questionário, nos dois formatos, que diferiam apenas na ordem pela qual eram colocados os diferentes grupos de questões.

Para testar o questionário, foi realizado um estudo piloto durante o primeiro período letivo, em duas turmas (n= 54), uma primeira do décimo segundo ano e a outra, mais tarde, do oitavo ano de escolaridade. Analisou-se assim o tempo de preenchimento, a compreensão das questões e a aplicabilidade do questionário eletrónico. Com os resultados desse estudo piloto procedeu-se a várias alterações, essencialmente na elaboração de algumas frases, que foram posteriormente discutidas com um subgrupo de adolescentes que tinham participado no preenchimento desse mesmo questionário.

Para assegurar o anonimato dos adolescentes, os agrupamentos de escolas atribuíram um código de sete números a cada aluno, onde apenas os três primeiros números estavam predefinidos: o primeiro representava o agrupamento de escolas ao qual o adolescente pertencia, e os dois seguintes o ano de escolaridade. Assim, era solicitado ao adolescente que identificasse o seu questionário com esse número. Posteriormente, esse mesmo número era aplicado pelo agrupamento de escolas para identificar as *Médias das classificações escolares*, garantindo desta forma o anonimato dos dados obtidos pelo investigador.

### **2.2.2. Amostra**

O estudo incidiu numa amostra de conveniência de 1006 adolescentes, provenientes de quatro agrupamentos de escolas do Alto Minho (Tabela 2.1).

Todos os agrupamentos incluíam adolescentes que frequentavam o *Ensino Básico* e o *Ensino Secundário*, com a exceção do agrupamento L (apenas *Ensino Secundário*). O reduzido número de participantes deste agrupamento (apenas 70) deveu-se a dificuldades no acesso ao questionário em formato digital.

**Tabela 2.1** Distribuição dos adolescentes pelos agrupamentos de escolas

| <b>Agrupamento</b> | <b>n</b>    | <b>%</b>     |
|--------------------|-------------|--------------|
| A                  | 190         | 18,9         |
| S                  | 491         | 48,8         |
| B                  | 255         | 25,3         |
| L                  | 70          | 7,0          |
| <b>Total</b>       | <b>1006</b> | <b>100,0</b> |

A amostra era constituída por 45% de rapazes e 55% de raparigas, e a idade variava entre os 13 e os 20 anos (média de  $16,2 \pm 1,4$  anos). No que respeita ao *Nível Socioeconómico*, 48% beneficiavam da *Ação Social Escolar* e 52% não beneficiavam deste tipo de apoio. No que concerne ao *Ciclo de ensino*, 31% frequentavam o *Ensino Básico* (9º ano), e 69% o *Ensino Secundário* (39% o 11º ano, e 31% o 12º ano). Dos que frequentavam o *Ensino Secundário*, 79 % faziam-no num *Curso Científico-humanístico*, 17% num *Curso Profissional* e 4% num outro tipo de curso.

### 2.2.3. Instrumentos

Como instrumentos empregou-se um questionário e uma *Bateria de Provas de Raciocínio*. Os *Resultados escolares* foram avaliados a partir das informações transmitidas pelos agrupamentos escolares e por uma das perguntas no questionário.

#### 2.2.3.1. Questionários

O **questionário** principal era constituído por quatro partes (ver em Apêndice). A primeira parte tem três secções para: (i) caracterizar os adolescentes, através do *Sexo*, *Idade*, *Ciclo de ensino*, *Tipo de curso* e *Nível Socioeconómico*; (ii) avaliar a relação que os adolescentes estabelecem com a escola; (iii) conhecer a frequência com que empregam *Estratégias de estudo*. A segunda, terceira e quarta parte do questionário pretendem, respetivamente, avaliar a *Qualidade do Sono* (que é matéria de análise deste capítulo), o *Consumo de tabaco* e os *Comportamentos sexuais de risco* (que serão matéria de análise nos capítulos subsequentes).

Para a determinação do **Nível socioeconómico** utilizou-se como indicador a atribuição do subsídio de *Ação Social Escolar*, que é uma medida que procura contribuir para as despesas escolares de alunos pertencentes a famílias com baixos recursos económicos. Assim, os adolescentes com um *Nível socioeconómico mais baixo* beneficiavam dessa medida e com um *Nível socioeconómico mais alto* não beneficiavam da mesma.

Para melhor se conhecer a **Relação com a escola** do adolescente, colocam-se as seguintes seis questões:

(i) *Como é que te sentes em relação à escola, atualmente?* (adaptado de Ferreira, 2013) com as cinco opções de resposta: *Detesto, Não gosto, Não gosto nem desgosto, Gosto, Gosto muito*. Para a análise, estas foram agrupadas em duas classes: uma constituída por *Detesto, Não gosto e Não gosto nem desgosto*; e outra por *Gosto e Gosto muito*.

(ii) *Sentes-te fazer parte da escola?* (adaptada de Santos, 2008) com as quatro opções de resposta: *Nunca, Por vezes, Na maioria das vezes e Sempre*. Para a análise, estas foram agrupadas em duas classes: uma constituída por *Nunca e Por vezes*; e outra por *Na maioria das vezes e Sempre*.

(iii) *Achas que a escola se preocupa contigo?* (adaptada de Santos, 2008) com as quatro opções de resposta: *Nada, Pouco, Bastante e Muito*. Para a análise, estas foram agrupadas em duas classes: uma constituída por *Nada e Pouco*; e outra por *Bastante e Muito*.

(iv) *Consideras a escola importante para o teu futuro?* (adaptada de Pereira, 2011) com as cinco opções de resposta: *Muito pouco, Pouco, Médio, Bastante e Muito*. Para a análise, estas foram agrupadas em duas classes: uma constituída por *Muito pouco, Pouco e Médio*; e outra por *Bastante e Muito*.

(v) *Que estudos gostarias de concluir?* (adaptada de Carvalho, 2012) com as seis opções de resposta: *12º ano (ensino regular), 12º ano (ensino profissional), Licenciatura, Mestrado, Doutoramento e Não sei*. Para a análise estas foram agrupadas em três classes: uma constituída por *Não sei*; outra por *12º ano (ensino regular) e 12º ano (ensino profissional)*; e ainda uma outra por *Licenciatura, Mestrado e Doutoramento*.

(vi) *Achas que os professores são justos?* (adaptada de Santos, 2008), com as opções de resposta: *Nunca, Por vezes, Na maioria das vezes e Sempre*. Para a análise estas foram agrupadas em duas classes: uma constituída por *Nunca e Por vezes*; e outra por *Na maioria das vezes e Sempre*.

Foi também utilizado o **Inventário de Estratégias de Estudo**, construído por Maria José Leal (Leal & Almeida, 1993) e adaptado por Carvalho (2012). Esta escala é composta por cinco subescalas, as mesmas da escala original. Ela é constituída por 39 itens, mais nove que a escala original e cuja introdução “se achou pertinente acrescentar para colmatar a análise do estudo vinculado ao *Inventário de Estratégias de Estudo*” (Carvalho, 2012 2012, p. 40), e em que 25 dos itens da escala inicial foram alterados / reformulados para um “vocabulário mais recente, atualizado e apropriado ao ambiente escolar” (Carvalho 2012, p. 39). Estes 39 itens estão organizados numa escala tipo Likert de cinco pontos, que varia entre *nunca ou quase nunca* (1) e *sempre ou quase*

*sempre* (5). Este Inventário permite situar globalmente o aluno em termos das estratégias de estudo, quanto maior o valor obtido no somatório dos pontos maior a utilização de comportamentos habituais de estudo, mas também permite situá-lo ao nível de cada subescala, podendo assim identificar-se as estratégias de estudo que o aluno utiliza com mais frequência. Como subescalas deste inventário temos a:

(i) *Planificação das Atividades de Estudo*, para avaliar estratégias relativas quer à programação do tempo quer à planificação das tarefas de estudo em casa ou em situações ligadas ao contexto escolar;

(ii) *Motivação com o Estudo*, para avaliar aspetos ligados à motivação para a realização e à persistência na tarefa;

(iii) *Descodificação da Informação*, com estratégias relativas à atenção e a mecanismos de perceção da informação, a um nível mais básico;

(iv) *Organização da Informação*, com estratégias que visam a organização, categorização e relacionamento da informação de forma a possibilitar melhor integração;

(v) *Retenção e Evocação da Informação*, com estratégias relacionadas com os mecanismos de retenção de informação, e com a sua evocação, nomeadamente em situação de teste/exame.

No que concerne às características psicométricas, Carvalho (2012) manteve as cinco subescalas propostas por Leal e Almeida (1993), e realizou uma análise de correlação entre os diferentes itens. Desta análise resultou uma reorganização dos itens, com cinco dos mesmos a não serem considerados em nenhuma das subescalas e sendo por isso apenas contabilizados no total do inventário (apresentavam valores de correlação significativos muito próximos em várias subescalas), e cinco dos nove novos itens a serem introduzidos em três das subescalas.

A segunda parte do questionário era constituída pelo **Questionário da Qualidade do Sono** de Pittsburg (Buysse et al., 1989), adaptado da versão espanhola de Buela-Casal e Sanchez (2002) por Duarte (2008), que pretende avaliar o *Índice de qualidade de sono de Pittsburg* (IQSP) e que comporta sete componentes: (i) *Qualidade subjetiva do sono*, (ii) *Latência do sono*, (iii) *Duração do sono*, (iv) *Eficiência do sono*, (v) *Perturbações do sono*, (vi) *Uso de medicação para dormir* e (vii) *Disfunção diurna* (Tabela 2.2).

**Tabela 2.2** Componentes do *Índice de qualidade de sono de Pittsburg*

| <b>Componente</b>                       | <b>Descrição</b>  |
|---|---|
| <i>i) Qualidade subjetiva do sono</i>   | Obtida pela resposta à questão <i>Durante o último mês, como classificarias globalmente a tua qualidade de sono?</i>                                  |
| <i>ii) Latência do sono</i>             | Obtém-se pelo tempo que o adolescente demora a adormecer, e pela frequência com que o mesmo não consegue adormecer em 30 minutos após se ter deitado. |
| <i>iii) Duração do sono</i>             | <i>Considera o número de horas de sono do adolescente.</i>  |
| <i>iv) Eficiência do sono</i>           | Obtém-se com a quantidade de horas efetivamente dormidas, as horas de levantar e as horas a que normalmente vão para a cama                           |
| <i>v) Perturbações do sono</i>          | Considera a frequência de problemas com o sono como, p.e. levantar para ir à casa de banho, ter pesadelos, ...  |
| <i>vi) Uso de medicação para dormir</i> | Obtém-se pela resposta à questão <i>Durante o último mês, quantas vezes tomaste medicamentos para conseguires adormecer?</i>                          |
| <i>vii) Disfunção diurna</i>            | Considera as dificuldades do adolescente em se manter acordado, e em manter o entusiasmo, durante atividades diversas.                                |

Na validação deste instrumento, Buysse e colaboradores (1989) constataram que: *(i)* era fácil de utilizar pelos sujeitos e pelos pacientes; *(ii)* os sete componentes principais do índice, bem como as 19 questões individuais, eram consistentes internamente; *(iii)* os scores globais das componentes e as respostas às questões individuais eram estáveis em vários momentos; *(iv)* a validade do índice era suportada pela sua capacidade em discriminar os pacientes dos sujeitos de controlo. Pela sua simplicidade e pela sua capacidade de identificar diferentes grupos de pacientes, o questionário pode ser utilizado em aplicações clínicas, na investigação, ou simplesmente para discriminar as pessoas que dormem bem das que dormem mal, os chamados “*good and poor sleepers*” (Buysse et al., 1989, p. 206). Por fim, o IQSP é também útil para estudar a relação entre a *Qualidade do sono* e outras variáveis, como a idade, o sexo, o nível de saúde, e o desempenho de outras variáveis psicológicas (Buysse et al., 1989).

A cada uma das componentes foi atribuída uma pontuação que variava de zero a três pontos. O score de zero pontos indica que não existe dificuldade, e o de três pontos que há uma severa dificuldade. Adicionaram-se os resultados das sete componentes para obter o score global, que varia entre zero pontos (não existe dificuldades) e vinte e um (dificuldades severas em todas as áreas estudadas). É proposto por Buysse e colaboradores (1989) um ponto de corte de cinco, onde os resultados inferiores correspondem à *Boa Qualidade de sono* e os superiores à *Má Qualidade de sono*.

No que concerne às suas características psicométricas, Duarte (2008) manteve a mesma estrutura fatorial, de acordo com inúmeros trabalhos que aplicaram esta escala, com a manutenção dos 19 itens e das mesmas 7 subescalas. Este autor constatou também que: *i)* no que concerne aos valores de alfa de Cronbach, os valores variaram entre 0.69 no *Índice de Qualidade do sono* e 0.73

para a *Eficiência habitual do sono*; na análise dos coeficientes de correlação item total corrigido, as subescalas parecem homogêneas entre si dado não existir grande discrepância entre o valor menor de correlação ( $r=0.412$ ) na *Eficiência habitual do sono* e a correlação máxima ( $r=.0.605$ ) na *Qualidade subjetiva do sono*; iii) quando analisadas as correlações entre as diferentes subescalas, elas são significativas oscilando entre ( $r=0.056$ ) na *Perturbação do sono vs Eficiência do sono* e ( $r=0.658$ ) na *Eficiência do sono vs Duração do sono*, em Duarte (2008).

### 2.2.3.2. Bateria de Provas de Raciocínio

O instrumento designado de *Bateria de Provas de Raciocínio* (Lemos, 2006) foi aplicado apenas num dos agrupamentos, por se ter disponibilizado a promover a coordenação entre a disponibilidade dos adolescentes, do investigador e dos locais para a sua aplicação.

Foram empregues as versões **BPR7/9** e **BPR10/12 da Bateria de Provas de Raciocínio** (Lemos, 2006), sendo a primeira aplicada aos alunos que frequentavam o 9º ano e a segunda aos que frequentavam o 11º e 12º ano. Esta bateria de provas pretende avaliar a capacidade de inferir e aplicar relações, recorrendo a tarefas de conteúdo diferenciado: figurativo-abstrato, numérico, verbal, mecânico e espacial (Lemos et al., 2008). É constituída por cinco subtestes: (i) prova de *raciocínio verbal*, formada por analogias tomando as relações entre palavras; (ii) prova de *raciocínio numérico*, formada por sequências numéricas, lineares ou alternadas; (iii) prova de *raciocínio espacial*, formada por séries, lineares ou alternadas, de cubos em movimento; (iv) prova de *raciocínio abstrato*, formada por analogias envolvendo figuras sem qualquer significado aparente; e (v) prova de *raciocínio mecânico*, formada por problemas associados a experiências do quotidiano, cobrindo também conhecimentos básicos de física e mecânica (Lemos et al., 2008).

Cada prova tem um tempo limite para a sua realização. O resultado de cada prova corresponde ao número de itens corretamente respondidos. De realçar que o número de itens varia com os subtestes, com o máximo de 25 itens nas provas de raciocínio abstrato, verbal e mecânico, e o mínimo de 20 nas de raciocínio espacial e no numérico.

Esta bateria de provas foi aferidas por Lemos (2006), tendo como base a *Bateria de Provas de Raciocínio Diferencial* de Almeida (1982), e constataram-se índices satisfatórios no que respeita à consistência interna, empregando a fórmula de Kuder-Richardson, que variaram entre .74 e .83 para a BPR 7/9 e entre .70 e .80 para a BPR 10/12. No que concerne à validade dos resultados, procedeu-se à análise fatorial para cada prova, por versão, sendo apenas extraído um único fator das intercorrelações nas provas, que explica 54% (BPR 7/9) ou 50% (BPR 10/12) de variância explicada.

Esse fator único é interpretado como “a operação cognitiva *Raciocínio*, que se traduz na capacidade de análise e de compreensão das situações ou problemas e, ainda, de inferência ou aplicação das relações encontradas entre os vários elementos que integram cada situação ou problema” (Lemos, 2006, p. 151).

### 2.2.3.3. Resultados escolares

Os *Resultados escolares* foram avaliados de duas formas.

A primeira foi através das classificações obtidas pelos adolescentes em todas as disciplinas / módulos frequentadas(os) ao longo do ano letivo e nos *Exames nacionais*, e que designaremos de seguida como *Média das classificações escolares*. Assim, e como *Resultados escolares* do *Ensino Básico*, considerou-se a *Média às disciplinas de Português e Matemática* e a *Média a todas as disciplinas*. No *Ensino Secundário* considerou-se a *Média às disciplinas de Português e Matemática A*, a *Média às disciplinas de Português e Matemática aplicada às Ciências Sociais* e a *Média a todas as disciplinas* nos *Cursos científico-humanísticos*. Para os *Cursos profissionais* do *Ensino Secundário* considerou-se a *Média no módulo de Português* (comum a todos os *Cursos profissionais*) e a *Média a todos os módulos* concluídos. Importa salientar que, quando se considera a *Média a todas as disciplinas*, o resultado obtido na disciplina de *Educação moral e religiosa católica* não foi considerado, uma vez que a participação na mesma é facultativa. No que concerne aos resultados nos *Exames nacionais*, considerou-se a *Média nos Exames nacionais* no *Ensino Básico* (às disciplinas de Português e Matemática) e no *Ensino Secundário* (a todos os exames realizados pelo adolescente).

A segunda forma foi através do *Percurso escolar* dos adolescentes, onde se considera a presença, ou não, de retenções ao longo desse mesmo percurso. Este dado foi recolhido através da questão *Quantas vezes reprovaste de ano?* (Adaptada de Frazão, 2004), colocada na primeira parte do questionário e com cinco opções de resposta: *Nenhuma, Uma, Duas, Três, Quatro ou mais*. Para a análise, estas foram agrupadas em duas classes: *Sem retenções* e *Com retenções*.

### 2.2.4. Procedimentos estatísticos

Para a análise estatística dos dados recolhidos utilizou-se a aplicação informática SPSS (*Statistical Package for the Social Science*), versão 17.

Procedeu-se assim à realização da distribuição de frequência para as variáveis em estudo e à avaliação da normalidade das distribuições relativas às *Estratégias de estudo*, ao tipo de *Raciocínio* e à *Média das classificações escolares*.

Para a avaliação da normalidade, empregou-se o teste *Kolmogorov-Smirnov*. Os resultados demonstraram que apenas a *Média de Português e Matemática Aplicada às Ciências Sociais*, a *Média no módulo de Português* e a *Média a todos os módulos* revelaram uma distribuição normal. Assim, para avaliar se estes três indicadores variavam de forma significativa com a *Duração do sono* e com a *Qualidade do sono* foi aplicado o *Teste t de Student para amostras independentes* (quando o número de grupos em comparação era de dois) ou a *ANOVA Unifatorial* (três ou mais grupos em comparação). Para os outros indicadores de *Desempenho escolar* empregou-se o *Teste de Mann-Whitney* (quando o número de grupos em comparação era de dois) ou o *Teste de Kruskal-Wallis* (três ou mais grupos em comparação).

Finalmente, para determinar se a *Duração do sono* e com a *Qualidade do sono* variavam de forma significativa com as características dos adolescentes e se a *Relação com a escola* variava de forma significativa com a *Duração do sono* e com a *Qualidade do sono*, utilizou-se o *Teste do Qui-Quadrado*.

## **2.3. RESULTADOS**

Os resultados deste estudo estão estruturados em cinco partes. Na primeira (2.3.1.) apresentam-se os resultados relativos ao IQSP (Buysse et al., 1989) e descreve-se como a *Duração do sono* e a *Qualidade do sono* variaram com as características dos adolescentes. Na segunda (2.3.2.) expõe-se a *Relação com a escola*, na terceira (2.3.3.) a frequência do emprego de *Estratégias de estudo*, na quarta (2.3.4.) a performance na *Bateria de Provas de Raciocínio* (Lemos, 2006), e na quinta (2.3.5.) os *Resultados escolares*. Por fim, na segunda, terceira, quarta e quinta parte analisa-se também como o *Desempenho escolar* variou com a *Duração do sono* e a *Qualidade do sono*.

### **2.3.1. Duração do sono e Qualidade do sono**

Utilizando-se o IQSP (Buysse et al., 1989) para a análise da *Duração do sono* e *Qualidade do Sono*, verificou-se que 63% dos adolescentes dormiam mais de 7 horas e que 52% revelavam uma boa *Qualidade de sono* (Tabela 2.3).

**Tabela 2.3.** Percentagens relativas às componentes e ao Índice de Qualidade do sono

| <b>Qualidade do sono</b><br>(componentes e índice) | <b>Percentagem da distribuição dos adolescentes</b> |                              |                                    |                                |
|--|---|------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| Qualidade subjetiva do sono (n=999)                | Muito boa<br>19,1%                                  | Bastante boa<br>62,2%        | Bastante má<br>16,3%               | Muito má<br>2,4%               |
| Latência de sono (n=978)                           | 0 (não existe dificuldade)<br>28,3%                 | 1<br>41,5%                   | 2<br>21,9%                         | 3 (severa dificuldade)<br>8,3% |
| <b>Duração do sono (n= 938)</b>                    | <b>&gt; 7 horas<br/>62,6%</b>                       | <b>6 a 7 horas<br/>26,2%</b> | <b>5 a 6 horas<br/>9,8%</b>        | <b>&lt; 5 horas<br/>1,4%</b>   |
| Eficiência do sono (n=830)                         | 0 (não existe dificuldade)<br>72,7%                 | 1<br>18,3%                   | 2<br>6,4%                          | 3 (severa dificuldade)<br>2,7% |
| Perturbações do sono (n=995)                       | 0 (não existe dificuldade)<br>13,0%                 | 1<br>73,7%                   | 2<br>12,4%                         | 3 (severa dificuldade)<br>1,0% |
| Uso de medicação hipnótica (n=1000)                | 0 (não existe dificuldade)<br>92,6%                 | 1<br>3,4%                    | 2<br>1,8%                          | 3 (severa dificuldade)<br>2,2% |
| Disfunção diurna (n=997)                           | 0 (não existe dificuldade)<br>49,3%                 | 1<br>36,3%                   | 2<br>11,4%                         | 3 (severa dificuldade)<br>2,9% |
| Índice da Qualidade do sono (n=813)                | <b>Boa qualidade do sono<br/>52</b>                 |                              | <b>Má qualidade do sono<br/>48</b> |                                |

Observa-se ainda na Tabela 2.4 que uma percentagem significativamente superior ( $p < 0,001$ ) de rapazes revelava uma boa *Qualidade de sono* quando comparado com as raparigas; também uma percentagem significativamente superior ( $p < 0,05$ ) de adolescentes com um *Nível socioeconómico* mais baixo revelava uma *Duração do sono* mais longa (mais de sete horas) comparativamente aos de *Nível socioeconómico* mais elevado; e, por fim, encontrou-se uma percentagem significativamente superior de adolescentes do *Ensino Básico* com uma *Duração do sono* superior a sete horas ( $p < 0,05$ ) e uma boa *Qualidade de sono* ( $p < 0,05$ ), quando comparados com os do *Ensino Secundário*. Por outro lado, não se constata diferenças significativas ( $p > 0,05$ ) na *Duração do sono* e na *Qualidade do sono* com o *Tipo de curso*.

**Tabela 2.4** *Duração do sono, Qualidade do sono e características dos adolescentes*

| IQSP                     |             | Sexo                  |      | NSE                  |           | Ciclo de ensino      |      |
|--------------------------|-------------|-----------------------|------|----------------------|-----------|----------------------|------|
|                          |             | M                     | F    | Mais baixo           | Mais Alto | EB                   | ES   |
| <b>Duração do sono</b>   | > 7 horas   |                       |      | 66,8                 | 58,5      | 70,8                 | 59,3 |
|                          | 6 a 7 horas |                       |      | 21,6                 | 30,2      | 19,9                 | 28,8 |
|                          | 5 a 6 horas |                       |      | 9,7                  | 10,2      | 7,5                  | 10,7 |
|                          | < 5 horas   |                       |      | 1,9                  | 1,1       | 1,9                  | 1,2  |
|                          |             | ns                    |      | $\chi^2 (3) = 9,940$ |           | $p < ,05$            |      |
| <b>Qualidade de sono</b> | Boa         | 62,1                  | 45,1 |                      |           | 59,1                 | 49,8 |
|                          | Má          | 37,9                  | 54,9 |                      |           | 40,9                 | 50,2 |
|                          |             | $\chi^2 (1) = 22,886$ |      | ns                   |           | $\chi^2 (1) = 5,620$ |      |
|                          |             | $p < ,001$            |      |                      |           | $p < ,05$            |      |

**NSE** - Nível socioeconómico; **M** – Masculino; **F** – Feminino; **EB** – Ensino Básico ; **ES** – Ensino Secundário; **IQSP** - Índice de qualidade de sono de Pittsburg.

### 2.3.2. Relação com a escola e indicadores do Sono

Os adolescentes pareciam mostrar uma relação positiva com a escola (Tabela 2.5), uma vez que 53% gostavam da escola, 60% sentiam-se fazer parte da mesma, 59% achavam que a escola se preocupava com eles, 57% consideram-na importante para o seu futuro, 76% consideravam que os professores os tratavam de forma justa e 88% pretendiam prolongar o seu percurso escolar até ao *Ensino superior*.

**Tabela 2.5** Relação com a escola

| Relação com a escola                                  | % de respostas dos adolescentes                           |  |
|---|---|--|
| Como é que te sentes em relação à escola, atualmente? | <i>Detesto, Não gosto e Não gosto nem desgosto</i><br>47% | <i>Gosto e Gosto muito</i><br>53%            |
| Sentes-te fazer parte da escola?                      | <i>Nunca e Por vezes</i><br>40%                           | <i>Na maioria das vezes e Sempre</i><br>60%  |
| Achas que a escola se preocupa contigo?               | <i>Nada e Pouco</i><br>41%                                | <i>Bastante e Muito</i><br>59%               |
| Consideras a escola importante para o teu futuro?     | <i>Muito pouco, Pouco e Médio</i><br>43%                  | <i>Muito e Bastante</i><br>57%               |
| Achas que os professores são justos?                  | <i>Nunca e Por vezes</i><br>24%                           | <i>Na maioria das vezes e Sempre.</i><br>76% |
| Que estudos gostarias de concluir?                    | <i>12º ano</i><br>12%                                     | <i>Ensino superior</i><br>88%                |

Constatou-se também que os de adolescentes com uma maior *Duração do sono* (>7 horas vs ≤7 horas) e uma boa *Qualidade de sono* (boa vs má *Qualidade de sono*) apresentam uma significativamente ( $p < 0,05$ ) melhor relação com a escola (Tabela 2.6), uma vez que, em resposta às

questões:

- *Como te sentes em relação à escola?* responderam mais frequentemente *Gosto* ou *Gosto muito* ( $p < 0,001$ );
- *Sentes-te fazer parte da escola?* responderam mais frequentemente *Na maioria das vezes* ou *Sempre* ( $p < 0,001$ );
- *Achas que a escola se preocupa contigo?* responderam mais frequentemente são *Bastante* ou *Muito* preocupados ( $p < 0,001$ );
- *Achas que os professores são justos?* responderam mais frequentemente *Na maioria das vezes* ou *Sempre* ( $p < 0,05$ ).

Observa-se ainda que uma percentagem significativamente maior ( $p < 0,01$ ) dos adolescentes com uma boa *Qualidade de sono*, gostariam de prosseguir os seus estudos no *Ensino superior*, e não terminá-los logo após a conclusão do 12º ano. A única exceção em que variação entre os dois indicadores - *Duração do sono* (>7 horas vs ≤7 horas) e uma boa *Qualidade de sono* (boa vs má *Qualidade de sono*) - não é estatisticamente significativa ( $p > 0,05$ ) refere-se às respostas à questão *Consideras a escola importante para o teu futuro?*.

De uma forma global, observa-se que os adolescentes que têm uma *Relação com a escola* mais positiva apresentam também uma *Duração de sono* superior a sete horas e uma boa *Qualidade de sono*.

**Tabela 2.6** Relação com a escola e indicadores do sono

| Relação com a escola                                | Percentagem dos adolescentes com um padrão de sono mais saudável |   |
|---|--|---|
|   | Duração do sono<br><i>Duração do sono superior a 7 horas</i>     | Qualidade do sono<br><i>Boa Qualidade do sono</i> |
| <b>Como te sentes em relação à escola?</b>          |  |   |
| <i>Gosto ou Gosto muito</i>                         | 58   | 60  |
| <i>Detesto, Não gosto ou Não gosto nem desgosto</i> | 42   | 40  |
|   | $\chi^2_{(1)} = 12.493$ $p < .001$                               | $\chi^2_{(1)} = 19.343$ $p < .001$                |
| <b>Sentes-te fazer parte da escola?</b>             |  |   |
| <i>Na maioria das vezes ou Sempre</i>               | 65   | 67  |
| <i>Nunca ou Por vezes</i>                           | 35   | 33  |
|   | $\chi^2_{(1)} = 10.286$ $p < .001$                               | $\chi^2_{(1)} = 13.330$ $p < .001$                |
| <b>Achas que a escola se preocupa contigo?</b>      |  |   |
| <i>Bastante ou Muito</i>                            | 65   | 65  |
| <i>Nada ou Pouco</i>                                | 35   | 35  |
|   | $\chi^2_{(1)} = 14.280$ $p < .001$                               | $\chi^2_{(1)} = 13.338$ $p < .001$                |
| <b>Que estudos gostarias de concluir?</b>           |  |   |
| <i>Ensino superior</i>                              |  | 83  |
| <i>12º ano</i>                                      |  | 17  |
|   | n.s.   | $\chi^2_{(1)} = 7.761$ $p < .01$                  |
| <b>Achas que os professores são justos?</b>         |  |   |
| <i>Na maioria das vezes ou Sempre</i>               | 61   | 64  |
| <i>Nunca ou Por vezes</i>                           | 39   | 36  |
|   | $\chi^2_{(1)} = 4.172$ $p < .05$                                 | $\chi^2_{(1)} = 10.521$ $p < .001$                |

### 2.3.3. Estratégias de estudo e indicadores do Sono

A frequência de utilização de *Estratégias de estudo* pelos adolescentes distribui-se equilibradamente entre os diversos tipos, entre 3,2 (*Retenção / Evocação da informação*) e 3,8 (*Planificação das Atividades de Estudo e Motivação para os estudos*), como se apresenta na Tabela 2.7.

**Tabela 2.7** Inventário de Estratégias de Estudo

| Inventário de Estratégias de Estudo   |            |            |            |
|---------------------------------------|------------|------------|------------|
|                                       | n          | Média      | D-P        |
| Planificação das Atividades de Estudo | 975        | 3,8        | 0,8        |
| Motivação para os estudos             | 975        | 3,8        | 0,7        |
| Descodificação da informação          | 975        | 3,4        | 0,7        |
| Organização da informação             | 975        | 3,4        | 0,7        |
| Retenção / Evocação da informação     | 975        | 3,2        | 0,7        |
| <b>Cotação total</b>                  | <b>975</b> | <b>3,5</b> | <b>0,5</b> |

Como se observa na tabela 2.8, constatou-se que os adolescentes que dormem mais de sete horas e que têm uma boa *Qualidade de sono* empregam com uma frequência significativamente superior ( $p < 0,05$ ) estratégias de estudo relacionadas com a *Planificação das Atividades de Estudo*, com a *Motivação para os estudos*, com a *Retenção / Evocação da informação* e com as *Estratégias de estudo* em geral.

**Tabela 2.8** Estratégias de estudo e indicadores do sono

| Inventário de Estratégias de Estudo   | Duração do Sono  |     |     |             |     |     | Qualidade do sono  |     |     |     |     |     |
|---------------------------------------|--|-----|-----|-------------|-----|-----|--|-----|-----|-----|-----|-----|
|                                       | > 7 horas  |     |     | < = 7 horas |     |     | Boa  |     |     | Má  |     |     |
|                                       | n  | M   | D-P | n           | M   | D-P | n  | M   | D-P | n   | M   | D-P |
| Planificação das Atividades de Estudo | 572  | 3,9 | 0,7 | 337         | 3,6 | 0,8 | 412  | 3,9 | 0,7 | 377 | 3,7 | 0,8 |
|                                       | <b><math>U = 77545</math> <math>p &lt; .001</math></b>   |     |     |             |     |     | <b><math>U = 67709</math> <math>p &lt; .01</math></b>    |     |     |     |     |     |
| Motivação para os estudos             | 572  | 3,9 | 0,7 | 337         | 3,7 | 0,7 | 412  | 3,9 | 0,7 | 377 | 3,7 | 0,7 |
|                                       | <b><math>U = 81084.5</math> <math>p &lt; .001</math></b> |     |     |             |     |     | <b><math>U = 65502.5</math> <math>p &lt; .001</math></b> |     |     |     |     |     |
| Retenção / Evocação da informação     | 572  | 3,2 | 0,7 | 337         | 3,1 | 0,7 | 412  | 3,3 | 0,7 | 377 | 3,1 | 0,7 |
|                                       | <b><math>U = 87645</math> <math>p &lt; .05</math></b>    |     |     |             |     |     | <b><math>U = 63031.5</math> <math>p &lt; .001</math></b> |     |     |     |     |     |
| Cotação total                         | 572  | 3,6 | 0,5 | 337         | 3,5 | 0,5 | 412  | 3,6 | 0,5 | 377 | 3,5 | 0,5 |
|                                       | <b><math>U = 83578</math> <math>p &lt; .001</math></b>   |     |     |             |     |     | <b><math>U = 69022.5</math> <math>p &lt; .01</math></b>  |     |     |     |     |     |

Por outro lado, não se observaram diferenças significativas ( $p > 0,05$ ) no que concerne à frequência de utilização da *Descodificação da informação* e da *Organização da informação* com a *Duração do sono* e a *Qualidade do sono*.

Assim, e de uma forma geral, os resultados demonstram que os adolescentes com uma *Duração de sono* superior a sete horas ou com uma boa *Qualidade de sono* utilizam mais frequentemente as estratégias de estudo do que os seus colegas com menor *Duração de sono* e com uma má *Qualidade de sono*.

### 2.3.4. Tipo de Raciocínio e indicadores do Sono

Na tabela 2.9 estão apresentadas as médias e os desvio-padrão dos resultados obtidos pelos adolescentes nas provas e na totalidade da *Bateria de provas de Raciocínio*, não se tendo constatado diferenças significativas ( $p>0,05$ ) no *Raciocínio* relativamente à *Duração do sono* e à *Qualidade do sono*.

**Tabela 2.9** Tipo de Raciocínio

| Raciocínio | Ciclo de ensino            |       |     |                                  |       |     |
|------------|----------------------------|-------|-----|----------------------------------|-------|-----|
|            | Ensino Básico<br>(BPR 7/9) |       |     | Ensino Secundário<br>(BPR 10/12) |       |     |
|            | n                          | Média | D-P | n                                | Média | D-P |
| Abstrato   | 90                         | 11,4  | 3,2 | 92                               | 11,9  | 3,5 |
| Verbal     | 90                         | 12,8  | 3,9 | 92                               | 14,8  | 4,1 |
| Mecânico   | 90                         | 8,5   | 2,6 | 92                               | 8,5   | 3,1 |
| Espacial   | 96                         | 8,6   | 4,3 | 98                               | 9,0   | 4,3 |
| Numérico   | 90                         | 7,5   | 4,4 | 92                               | 9,6   | 4,2 |
| Global     | 96                         | 10,1  | 4,0 | 98                               | 11,1  | 4,2 |

### 2.3.5. Resultados escolares e indicadores do Sono

A Tabela 2.10 apresenta as médias e os desvio-padrão obtidos pelos adolescentes nas disciplinas / módulos frequentados ao longo do ano letivo e nos *Exames nacionais*.

**Tabela 2.10** Resultados escolares

| Ciclo de Ensino                 | Média das classificações escolares                                 | n     | Média | D-P  |
|---------------------------------|--|-------|-------|------|
| <b>Ensino Básico</b>            | Disciplinas de Português e Matemática (0-5)                        | 256   | 3,3   | 0,8  |
|                                 | Todas as disciplinas (0-5)   | 263   | 3,6   | 0,7  |
|                                 | Exames Nacionais (0-100)   | 253   | 54,6  | 18,2 |
| <b>Ensino Secundário</b>        | <b>Curso Científico – Humanístico (0-20)</b>                       |       |       |      |
|                                 | Disciplinas de Português e Matemática A                            | 300   | 14,1  | 2,9  |
|                                 | Disciplinas de Português e Matemática Aplicada às Ciências Sociais | 35    | 13,3  | 2,8  |
|                                 | Todas as disciplinas   | 460   | 14,8  | 2,4  |
|                                 | <b>Curso Profissional (0-20)</b>                                   |       |       |      |
|                                 | Modulo de Português  | 87    | 13,4  | 2,3  |
|                                 | Todos os módulos   | 88    | 14,00 | 1,8  |
| <b>Exames Nacionais (0-200)</b> | 392  | 113,1 | 36,4  |      |

Observou-se que as médias obtidas foram sempre positivas e que as médias a todas as disciplinas / os módulos foram sempre superiores às médias das disciplinas de Português e Matemática / módulos de Português.

Verificou-se ainda que 16 % dos adolescentes tiveram uma ou mais retenções ao longo do percurso escolar.

Constatou-se também (Tabela 2.11) que os adolescentes com uma maior *Duração do sono* (>7 horas vs ≤7 horas) e uma boa *Qualidade de sono* (boa vs má *Qualidade de sono*) obtiveram médias significativamente superiores ( $p < 0,05$ ) no *Ensino Básico* (*Média das disciplinas de Português e Matemática* e *Média dos exames nacionais* para os primeiros, e *Média das disciplinas de Português e Matemática*, *Média a todas as disciplinas* e *Média dos exames nacionais* para os segundos). Pelo contrário, no *Ensino Secundário* foram os adolescentes que revelavam uma má *Qualidade do sono* quem obteve valores significativamente mais elevados ( $p < 0,05$ ) na *Média das disciplinas de Português e Matemática A*.

**Tabela 2.11** Média das classificações escolares e indicadores do sono

| Resultados escolares - Média das classificações escolares | Duração do sono  |      |     |           |      |     | Qualidade do sono                                    |      |     |     |      |     |
|---|--|------|-----|-----------|------|-----|--|------|-----|-----|------|-----|
|   | > 7 horas  |      |     | ≤ 7 horas |      |     | Boa  |      |     | Má  |      |     |
|   | n  | M    | D-P | n         | M    | D-P | n  | M    | D-P | n   | M    | D-P |
| <b>Ensino básico</b>                                      |  |      |     |           |      |     |  |      |     |     |      |     |
| Português e Matemática                                    | 164  | 3,4  | 0,8 | 62        | 3,1  | 0,7 | 122  | 3,4  | 0,8 | 73  | 3,1  | 0,8 |
|   | <b><math>U = 4005.5</math> <math>p &lt; .05</math></b> |      |     |           |      |     | <b><math>U = 3298</math> <math>p &lt; .01</math></b> |      |     |     |      |     |
| Todas as Disciplinas                                      |  |      |     |           |      |     | 123  | 3,8  | 0,7 | 75  | 3,5  | 0,6 |
|   | <b>ns</b>  |      |     |           |      |     | <b><math>U = 3665</math> <math>p &lt; .05</math></b> |      |     |     |      |     |
| Exames Nacionais  | 161  | 31,1 | 7,3 | 62        | 28,1 | 7,4 | 122  | 31,2 | 7,0 | 71  | 28,6 | 8,3 |
|   | <b><math>U = 3980.5</math> <math>p &lt; .05</math></b> |      |     |           |      |     | <b><math>U = 3523</math> <math>p &lt; .05</math></b> |      |     |     |      |     |
| <b>Ensino Secundário</b>                                  |  |      |     |           |      |     |  |      |     |     |      |     |
| <b>Curso Científico-Humanístico</b>                       |  |      |     |           |      |     |  |      |     |     |      |     |
| Português e Matemática A                                  |  |      |     |           |      |     | 134  | 13,8 | 2,8 | 127 | 14,5 | 3,0 |
|   | <b>ns</b>  |      |     |           |      |     | <b><math>U = 7246</math> <math>p &lt; .05</math></b> |      |     |     |      |     |

No *Ensino Secundário*, a *Média a todas as disciplinas* e a *Média de Português e Matemática Aplicada às Ciências Sociais* nos *Cursos científico-humanísticos*, a *Média no módulo de Português* e a *Média a todos os módulos* nos *Cursos profissionais*, e ainda a *Média nos Exames nacionais* não variaram de forma significativa ( $p > 0,05$ ) com a *Duração do sono* e a *Qualidade do sono*.

Em síntese, os adolescentes do *Ensino Básico* com maior *Duração do sono* e com boa *Qualidade do sono* obtiveram *Médias de classificações escolares* significativamente superiores ( $p < 0,05$ ), enquanto os do *Ensino Secundário* com boa *Qualidade de sono* obtiveram *Médias de classificações escolares*

significativamente inferiores ( $p < 0,05$ ).

Por outro lado, o *Percurso escolar* dos adolescentes variou de forma significativa ( $p < 0,01$ ) com a *Qualidade de sono* (Tabela 2.12), uma vez que uma percentagem significativamente superior de adolescentes que não apresentavam retenções no seu percurso escolar tinham uma boa *Qualidade do sono*.

**Tabela 2.12** Percurso escolar e indicadores do sono

| Resultados escolares | Qualidade do sono                    |    |
|----------------------|--------------------------------------|----|
|                      | Boa                                  | Má |
| Percurso escolar     |                                      |    |
| Sem retenções        | 89                                   | 82 |
| Com retenções        | 11                                   | 18 |
|                      | $\chi^2_{(1)} = 7.159 \quad p < .01$ |    |

### 2.3.6. Relação com a escola, Estratégias de estudo, tipo de Raciocínio, Resultados escolares e indicadores do sono

Os adolescentes que dormiam mais de sete horas por noite e os que tinham uma boa *Qualidade do sono* estabeleceram uma *Relação com a escola* significativamente mais positiva (4 e 5 itens, respetivamente), empregaram *Estratégias de estudo* com uma frequência significativamente maior (3 itens e cotação total nos dois indicadores), e obtiveram *Médias de classificações escolares* significativamente maiores no *Ensino básico* (2 e 3 itens, respetivamente), comparativamente aos adolescentes que dormiam sete ou menos horas por dia e aos que tinham uma má *Qualidade do sono* (Tabela 2.13). Aos adolescentes com uma boa *Qualidade do sono* foram impostas menos retenções ao longo do seu *Percurso escolar*, comparativamente aos com uma má *Qualidade do sono*, mas os adolescentes com uma má *Qualidade do sono* alcançaram, nos *Cursos científico-humanísticos*, *Médias de classificações escolares* significativamente superiores comparativamente aos que tinham uma boa *Qualidade do sono*.

**Tabela 2.13 Desempenho escolar e indicadores do sono.**

| Indicador do Sono         | Desempenho escolar |                  |  |                 |
|---------------------------|--------------------|------------------|--|-----------------|
|                           | RcE                | EE               | Resultados escolares                           |                 |
|                           |                    |                  | MCE  | PE              |
| Duração do sono > 7 horas | Mais positiva      | Maior frequência | Maiores no <i>EB</i>                           |                 |
| Boa Qualidade do sono     | Mais positiva      | Maior frequência | Maiores no <i>EB</i><br><i>Menores nos CCH</i> | Menos retenções |

**RcE** - Relação com a escola; **EE** - Estratégias de estudo; **MCE** - Médias das classificações escolares; **PE** - Percurso escolar; **EB** – Ensino Básico; **CCH** – Curso Científico-Humanístico

## 2.4. DISCUSSÃO

A discussão dos resultados obtidos neste estudo estrutura-se em duas partes: a primeira (2.4.1.) é relativa aos dois indicadores do sono (*Duração do sono* e *Qualidade do sono*) e de como os mesmos variaram com as características dos adolescentes, e a segunda (2.4.2.) é respeitante à variação das componentes do *Desempenho escolar* com os dois indicadores do sono.

### 2.4.1. Características dos adolescentes e Indicadores do sono

Nesta primeira parte discutem-se os resultados relativos à *Duração do sono* (2.4.1.1) e *Qualidade de sono* (2.4.1.2.), e como os mesmos variam com as características dos adolescentes (*Sexo, Nível socioeconómico, Ciclo de Estudos e Tipo de curso*).

#### 2.4.1.1. Duração do sono dos adolescentes

Verificou-se que cerca de um terço dos adolescentes (37%) dizem ter tido uma *Duração de sono* igual ou inferior a sete horas, situando-se assim abaixo das recomendações da *National Sleep's Foundation* (Hirshkowitz et al., 2015) que defende que os adolescentes devem dormir entre 8 e 10 horas. Este resultado é ligeiramente superior aos verificados noutros estudos realizados em Portugal, como 27% (Moreno, 2012), 33% (Nunes 2012), 34% (Duarte, 2008), e 35% (Amaral 2015).

Também a literatura internacional realça que a *Duração do sono* dos adolescentes é frequentemente inferior à considerada como necessária (Brand & Kirov, 2011; Moore & Meltzer, 2008; Olds, Blunden, Petkov, & Forchino, 2010), e que esse fenómeno tem vindo a agravar-se, pois observa-se um declínio na *Duração do sono* em crianças e adolescentes ao longo dos últimos 100 anos (Matricciani, Olds, & Petkov, 2012), declínio esse que não está confinado a uma zona geográfica (Matricciani et al., 2012).

São vários os fatores que parecem influenciar a diminuição da *Duração do sono* nos adolescentes, alguns dos quais relacionados com o próprio adolescente, como o estatuto pubertário (Olds et al., 2010) e outros relacionados com o seu envolvimento social, como: (i) a maior permissividade dos pais ao longo da adolescência relativamente ao horário de deitar (Bartel, Gradisar, & Williamson, 2015; Olds et al., 2010), (ii) as atitudes parentais (Matricciani et al., 2012) ou um ambiente familiar negativo (Bartel et al., 2015), (iii) a utilização dos média, como a televisão, o telemóvel e o computador (Bartel et al., 2015; Chen, Wu, Shen, Zhang, & Shen, 2014; Gaarde et al., 2020; Knutson & Lauderdale, 2009; Matos et al. 2019; Matricciani et al., 2012; Olds et al., 2010), (iv) o consumo de substâncias como tabaco (Bartel et al., 2015), álcool (Galland et al., 2020) ou cafeína (Bartel et al., 2015; Galland et al., 2020; Matricciani et al., 2012), (v) e, por fim, a realização de atividades escolares (Chen et al., 2014; Knutson & Lauderdale, 2009; Lushington et al., 2015; Matricciani et al., 2012; Olds et al., 2010), atividades de lazer (Knutson & Lauderdale, 2009; Olds et al., 2010), uma reduzida atividade física (Chen et al., 2014), atividades profissionais em part-time (Knutson & Lauderdale, 2009; Matricciani et al., 2012) e outras atividades sociais (Knutson & Lauderdale, 2009). Finalmente, emoções negativas antes de deitar (Chen et al., 2014), o stresse e a ansiedade (Gaarde et al., 2020) também parece estarem significativamente associadas a uma menor *Duração do sono*. Ainda ao que a estes fatores diz respeito, importa lembrar a influência da realização da sesta (que é generalizada em muitos países) na *Duração do sono* noturno, uma vez que a sua realização atrasa a propensão para o mesmo (Bernardo, Pereira, Louzada, & D'Almeida, 2009) e quando não avaliada subestima-se a duração total do sono diário do adolescente.

Nos adolescentes portugueses, as causas para uma reduzida *Duração do sono* parecem estar muito relacionadas com as rotinas antes de deitar, que devem consistir num conjunto de atividades que se realizam com vista à preparação do organismo para descansar e dormir (como *lavar os dentes, ir à casa de banho, vestir o pijama*), e que muitos adolescentes parecem estar a perder para ganhar outros hábitos que promovem uma maior excitabilidade, como *utilizar o computador, ver televisão, jogar com uso da consola, usar telemóveis, ouvir música, e fazer exercícios físicos intensos* (Pestana, 2013). Outros estudos em Portugal confirmam parcialmente a prevalência destes hábitos, uma vez que as atividades mais frequentes antes de deitar consistem em *ver televisão, ouvir música e estudar/ler* (Duarte, 2008; Oliveira & Anastácio, 2011; Pestana, 2013). Assim, parece observar-se uma maior prevalência de atividades estimulantes antes de deitar por parte de adolescentes portugueses, o que poderá retardar a sua hora de adormecer e assim diminuir a sua *Duração do sono*. Por fim, e de uma forma mais geral, Paiva e colaboradores (2016) constataram que o uso de telemóvel, a utilização de

computadores durante mais de 3 horas por dia durante os dias de semana, a utilização da internet (correio eletrónico, pesquisas e redes sociais), o consumo de substâncias (consumo excessivo de álcool, episódios de embriaguez e consumo de drogas leves), a violência (porte de arma na escola e estar envolvido em lutas) e a iniciação precoce de relações sexuais são significativamente mais prevalentes em adolescentes que apresentavam diferenças superiores a três horas na *Duração do sono* entre os dias de semana e os dias de fim de semana.

No presente estudo verificou-se ainda que a *Duração do sono* variou de forma significativa ( $p < 0,05$ ) com o *Ciclo de ensino* e o *Nível socioeconómico* dos adolescentes, mas tal não se verificou com o *Sexo* e *Tipo de curso* ( $p > 0,05$ ).

Assim, observaram-se diferenças significativas na *Duração do sono* entre adolescentes do ***Ensino Básico*** e do ***Ensino Secundário***, onde uma percentagem significativamente maior ( $p < 0,05$ ) dos do *Ensino Básico* revelou uma *Duração do sono* superior a sete horas. Nos estudos realizados com adolescentes portugueses não se evidencia uma tendência clara, uma vez que dois estudos demonstram resultados idênticos (Carvalho et al., 2007; Oliveira & Anastácio, 2011) mas um outro não (Nunes, 2012). E quando se considera adolescentes que frequentam o mesmo *Ciclo de ensino*, observam-se diferenças significativas no *Ensino Básico* (Pestana, 2013), com os do 7º ano a revelarem uma maior *Duração de sono* relativamente aos do 9º ano, mas não no *Ensino Secundário* (Amaral, 2015; Duarte, 2008).

Contudo, os resultados deste estudo estão de acordo com múltiplas revisões da literatura internacionais, onde a *Duração do sono* diminui ao longo da adolescência (Brand & Kirov, 2011; Moore & Meltzer, 2008; Olds et al., 2010). Numa perspetiva mais alargada no tempo, Matricciani e colaboradores (2012) constataram que o ritmo de declínio da *Duração do sono* ao longo dos últimos 100 anos é maior nos adolescentes mais velhos relativamente aos mais novos. Quando se considera diferentes regiões do globo, confirma-se a influência negativa da idade na *Duração do sono* em adolescentes de todo o mundo (Gradisar et al., 2011; Olds et al., 2010), e estudos mais recentes parecem confirmá-la (Leger, Beck, Richard, & Godeau, 2012; Pereira et al., 2016; Singh et al., 2018). Contudo, e no que respeita à realização de sesta, os adolescentes fazem-nas significativamente mais que os pré-adolescentes (Singh et al., 2018), o que poderá subestimar a *Duração do sono* dos primeiros.

Este declínio da *Duração do sono* ao longo da adolescência está relacionado com a diminuição do tempo que o adolescente está na cama, e as causas dessa diminuição são multifatoriais (Olds et al.,

2010), como: o atrasar da hora de deitar (Gradisar et al., 2011) devido ao atraso na secreção de melatonina, que está associada à puberdade e que retarda o adormecimento (Olds et al., 2010); o aumento cumulativo de atividades (escolares, desportivas, sociais ou profissionais) com a idade (Olds et al., 2010; Singh et al., 2018); a maior permissividade dos pais relativamente à hora de adormecer (Singh et al., 2018); e a impossibilidade de prolongar a hora de levantar durante os dias de semana devido às exigências escolares (Gradisar et al., 2011; Olds et al., 2010). Nos adolescentes portugueses, os estudos realçam o impacto das atividades que os adolescentes realizam antes de dormir na *Duração do sono*, com os adolescentes mais velhos a sair com mais frequência à noite com os amigos (Duarte, 2008; Pestana, 2013), e os adolescentes mais novos a ler ou a estudar com mais frequência antes de dormir (Duarte, 2008).

O *Nível socioeconómico* é, para Felden e colaboradores (2015), um constructo teórico que tem como objetivo classificar empiricamente os indivíduos em classes ou estratos. Para estes autores, o estrato social de indivíduos envolve uma construção complexa de componentes económicas, sociais, ambientais e comportamentais, que definem e delinham oportunidades, ou barreiras, para o desenvolvimento, e definem também uma maior ou menor probabilidade de ter certas condições de saúde.

Neste estudo constatou-se que uma percentagem significativamente maior ( $p < 0,05$ ) de adolescentes com um *Nível socioeconómico* mais elevado revelou uma *Duração do sono* igual ou inferior a sete horas. Estes resultados vão de encontro aos obtidos por Bernardo e colaboradores (2009), que observaram que a *Duração do sono* diminui significativamente com a melhoria do *Nível socioeconómico*, e por Knutson e Lauderdale (2009), que constataram que cada 25000 dólares de rendimento familiar anual está associado ao atraso de uma hora relativamente ao horário de deitar.

Contudo, outros estudos revelam a relação inversa entre a *Duração do sono* e o *Nível socioeconómico*. Assim, Olds e colaboradores (2010) realçam, na sua revisão da literatura, que um *Nível socioeconómico* mais baixo nos adolescentes está associado a uma menor *Duração do sono*. Tal poderá dever-se à partilha de quarto e/ou da cama (Chen et al., 2014; Olds et al., 2010), à necessidade de realizar alguns trabalhos por necessidades económicas (Gaarde et al., 2020; Olds et al., 2010), a longos trajetos de autocarro (Gaarde et al., 2020), à proveniência de bairros mais problemáticos (Moore et al., 2011), e/ou a ter que assumir responsabilidades familiares (Gaarde et al., 2020). Nesse sentido, os adolescentes cujos pais usufruem dos rendimentos mais elevados são os que dormem significativamente mais (Anderson, Storfer-Isser, Taylor, Rosen, & Redline, 2009; Maume,

2013; Moore et al., 2011).

A dificuldade em estabelecer o tipo de influência que o *Nível socioeconómico* tem na *Duração do sono* dos adolescentes é evidenciada nos resultados de McHale e colaboradores (2011), uma vez que elevados níveis de rendimentos da família e de educação dos pais estão negativamente relacionados com a *Duração do sono* e, por outro lado, também elevados níveis de stress socioeconómico e de violência no bairro (onde os adolescentes habitam) estão negativamente relacionados com a *Duração do sono*. Assim, e para estes autores, os primeiros induzirão pressões para o sucesso individual e para o aumento da autonomia do adolescente, o que tem um impacto negativo nas suas rotinas diárias (proporcionando-lhe assim menos oportunidades para ter um sono saudável), e os segundos seriam representativos dos elementos stressantes associados a um baixo *Nível socioeconómico* e que podem interferir com um sono saudável.

Assim, e face ao proposto por McHale e colaboradores (2011), os resultados obtidos neste estudo poderão refletir pressões para o sucesso e para a autonomia nos adolescentes.

Neste estudo não se constataram diferenças significativas na *Duração do sono* entre **rapazes e raparigas**. Considerando outros estudos que utilizaram o *IQSP* em adolescentes portugueses, estes resultados estão em concordância com a maioria dos estudos mais atuais (Amaral, 2015; Moreno, 2012; Nunes, 2012; Seixas, 2009). Contudo, observa-se apenas uma exceção num estudo mais antigo (Duarte, 2008), onde são os rapazes que têm uma maior *Duração do sono*. Quando alargamos a nossa análise a outros instrumentos, também não se verificam diferenças significativas na maioria dos estudos (Cortez, 2014; ESPAD Group, 2016; Gomes, M. P. Gomes, 2015), com apenas duas exceções, uma em que são as raparigas que dormem significativamente mais (Carvalho, Rodrigues, Carvalho, & Gonçalves, 2007) e noutra em que são os rapazes (Santos, 2013).

No que concerne à literatura internacional, constatam-se resultados divergentes entre os estudos, com uma *Duração do sono* significativamente menor nos rapazes, relativamente às raparigas (Dollman, Ridley, Olds, & Lowe, 2007; Matricciani et al., 2012) ou uma *Duração do sono* similar entre ambos (Galland et al. 2020).

#### *2.4.1.2. Qualidade de sono dos adolescentes*

O presente estudo mostrou que pouco mais de metade dos adolescentes (52%) dizem ter tido uma boa *Qualidade de sono*. Outros estudos que empregaram o *IQSP* em adolescentes portugueses descrevem que a percentagem de adolescentes com boa *Qualidade de sono* varia entre 38 e 63%

(Amaral, 2015; Duarte, 2008; Marques, 2017; Nércio, 2010; Nunes, 2012; Ribeiro, 2012; Seixas, 2009), mas somente em quatro destes estudos mais de metade dos adolescentes mostraram ter uma boa *Qualidade de sono* (Duarte, 2008; Nércio, 2010; Nunes, 2012; Ribeiro, 2012).

Em estudos internacionais, e também com o instrumento IQSP, verifica-se que a percentagem de adolescentes com boa *Qualidade de sono* varia, aproximadamente, entre os mesmos valores, com 43% em adolescentes da Nova Zelândia (Galland, Taylor, Elder, & Herbison, 2012), 65% em adolescentes espanhóis (Adelantado-Renau, Diez-Fernandez, et al., 2019) e 58% em adolescentes americanos (Hoyt et al., 2018).

São múltiplos os fatores que parecem influenciar negativamente a *Qualidade de sono*, nomeadamente: i) os mecanismos biológicos intrínsecos, como as alterações do tempo circadiano que resulta numa preferência por horários de deitar mais tardios (Gruber et al., 2010); ii) o ambiente físico do adolescente, como a exposição à luz (Gruber et al., 2010; Hoyt et al., 2018; Short, Gradisar, Lack, & Wright, 2013), a uma temperatura desconfortável (Gruber et al., 2010), a um elevado nível de ruído (Gruber et al., 2010; Hoyt et al., 2018) ou a um elevado nível de estimulação perto da hora de deitar (Gruber et al., 2010; Short et al., 2013); iii) o ambiente emocional, devido às interações familiares (Gruber et al., 2010); iv) os fatores culturais e o estilo de vida, como a participação em múltiplas atividades extracurriculares e em eventos sociais que terminam tarde (Gruber et al., 2010); v) o uso excessivo de tecnologia durante a noite, como ver televisão, navegar na internet, ver espetáculos, enviar mensagens, socialização on-line (Galland et al., 2020; Gruber et al., 2010; Hoyt et al., 2018; Matos et al., 2019) ou praticar vídeo jogos (Gruber et al., 2010); vi) e o consumo de cafeína (Gruber et al., 2010; Short et al., 2013), de álcool e de tabaco (Gruber et al., 2010). Por outro lado, é salientada a influência positiva na *Qualidade de sono* da criação de oportunidades para se acalmar, do estabelecimento da hora de deitar pelos pais ou do deitar quando se tem sono (Short, Kuula, Gradisar, & Pesonen, 2019), do tempo com a família, dos trabalhos escolares realizados em casa, da realização de tarefas domésticas e de realizar exercício físico / praticar desporto (Galland et al., 2020). Observa-se assim que muitos dos fatores que parecem influenciar a *Duração do sono* parecem também influenciar a *Qualidade do sono*.

Os estudos realizados com adolescentes portugueses realçam a vulnerabilidade dos mesmos aos ecrãs multimédia, porque estes dispositivos tornaram-se progressivamente parte integral da sua vida quotidiana, porque são uma componente fundamental nas suas interações sociais e porque escapam frequentemente ao controle parental (Cerca & Prior, 2018), e a sua utilização, principalmente antes de dormir, parece estar significativamente associada a uma má *Qualidade de sono* (Cerca &

Prior, 2018; Duarte, 2008; Marques, 2017; Oliveira & Anastácio, 2011). Outros estudos realçam a associação entre a *Qualidade do sono* e a *Higiene do sono*, nomeadamente no que diz respeito aos pensamentos e emoções do adolescente (Cortez, 2014; Gomes, 2015), às rotinas antes de se deitar (Cortez, 2014) e à regularidade dos horários de adormecer e acordar (Gomes, 2015). Finalmente, é ainda destacada a influência dos comportamentos de saúde na *Qualidade do sono*, sendo positiva a da prática desportiva, negativa a do consumo de álcool e de café, e não significativa a do consumo de drogas e tabaco (Marques, 2017).

No presente estudo verificou-se ainda que a *Qualidade de sono* variou de forma significativa com o *Sexo* ( $p < 0,001$ ) e o *Ciclo de ensino* ( $p < 0,05$ ) dos adolescentes, mas tal não se verificou com o *Nível socioeconómico* e com o *Tipo de curso* ( $p > 0,05$ ).

Assim, uma percentagem significativamente maior de *rapazes* disse ter tido uma boa *Qualidade de sono*, relativamente às *raparigas*. Esta tendência não é clara noutros estudos realizados com adolescentes portugueses. Assim, e quando se emprega o IQSP, três estudos confirmam esta tendência (Amaral, 2015; Duarte, 2008; Marques, 2017), mas outros dois não (Nunes, 2012; Seixas, 2009). Quando se emprega o AQSA (*Autoavaliação da Qualidade do Sono na Adolescência*), se em Gomes (2015) são também os rapazes que revelam uma melhor *Qualidade de sono*, no de Cortez (2014) são as raparigas. Contudo, estudos realizados noutros países, e que também utilizaram o IQSP (Adelantado-Renau, Diez-Fernandez, et al., 2019; Bao et al., 2018; Galland et al. 2020), apresentam resultados idênticos aos do presente estudo.

Também se verificou que uma percentagem significativamente maior de adolescentes que frequentaram o *Ensino Básico* teve uma boa *Qualidade de sono*, relativamente aos que frequentaram o *Ensino Secundário*. Esta tendência não é evidente noutros estudos com adolescentes portugueses, quer quando se emprega o IQSP, uma vez que não se observa diferenças significativas entre adolescentes destes dois ciclos de ensino (Marques, 2017; Nunes, 2012; Seixas, 2009) e nem mesmo entre adolescentes e jovens adultos (Ribeiro, 2012), nem quando se emprega o AQSA, porque no estudo de Cortez (2014) são os adolescentes mais velhos (entre 14 e 18 anos) que revelam uma melhor *Qualidade de sono* e no de Gomes (2015) não se verifica diferenças significativas com a idade (entre 13 e 19 anos).

Esta tendência também não é evidente na literatura internacional, uma vez que Bao e colaboradores (2018) constataram que adolescentes chineses mais novos revelam índices de

*Qualidade do sono* significativamente inferiores aos dos adolescentes mais velhos, enquanto que Galland e colaboradores (2020) observaram que uma percentagem significativamente superior de adolescentes nova-zelandeses mais velhos (dos 15 aos 17 anos) apresentam uma má *Qualidade de sono* relativamente aos mais novos (dos 13 aos 14 anos).

Não se verificaram diferenças significativas na *Qualidade de sono* entre adolescentes com *Níveis socioeconómicos* diferentes. O mesmo foi registado em estudos anteriores com adolescentes portugueses que utilizaram como indicador a *Classificação Internacional de Graffard* (Nunes, 2012; Seixas, 2009), ou as habilitações e nível da profissão dos pais (Marques, 2017). Contudo, Amaral (2015) verificou que uma percentagem significativamente superior de adolescentes cujo pai estava desempregado e que a mãe era profissionalmente ativa tinham um melhor *Índice de Qualidade de sono*.

#### **2.4.2. Desempenho escolar e indicadores do sono**

Nesta segunda parte da discussão averigua-se se as componentes do *Desempenho escolar* (2.4.2.1. *Relação com a escola*; 2.4.2.2. *Estratégias de estudo*; 2.4.2.3. Tipo de *Raciocínio*; e 2.4.2.4. *Resultados escolares*) variaram significativamente com a *Duração do sono* e a *Qualidade do sono*. Por fim, averigua-se ainda como o conjunto das componentes do *Desempenho escolar* (2.4.2.5.) variaram com a *Duração do sono* e a *Qualidade do sono*.

##### *2.4.2.1. Relação com a escola e indicadores do sono*

Os adolescentes com uma maior *Duração do sono* (maior que sete horas vs menor ou igual a sete horas) e uma melhor *Qualidade de sono* (boa vs má *Qualidade do sono*) apresentaram uma significativamente melhor ( $p < 0,05$ ) *Relação com a escola*. Esta tendência também se confirma na literatura. Assim, e relativamente à *Duração do sono*, Jackson e Vaughn (2019) constataram que uma reduzida *Duração do sono* prediz uma probabilidade significativamente superior de falta de assiduidade e pontualidade, de falta de interesse pela escola, e de uma atitude globalmente negativa relativamente à escola; também Yang e Cha (2018) observaram que uma maior *Duração do sono* resulta numa melhor adaptação do adolescente ao *Ensino Secundário* (ou “*higher school adjustment*”). Uma explicação para esta tendência, poderá ser o facto da fadiga e agressividade associadas a uma reduzida *Duração do sono* terem efeitos negativos nas relações que os adolescentes estabelecem com os seus pares e com os professores e, por isso, impedem uma melhor adaptação à escola (Yang &

Cha, 2018).

Também nesse sentido, Matos e colaboradores (2015; 2016) estudaram em adolescentes portugueses a *Variabilidade do sono* (diferença na *Duração do sono* entre os dias de semana e os dias de fim de semana), e observaram que, quando essa diferença era superior a duas horas (uma maior *Variabilidade do sono* está associada a uma menor *Duração do sono* nos dias de semana e a uma maior, e compensatória, *Duração do sono* durante o fim de semana), os adolescentes gostavam significativamente menos da escola.

De igual forma, e no que concerne à *Qualidade do sono*, Bao e colaboradores (2018) notaram que a ligação com a escola (grau de concordância com afirmações como *Eu gosto da minha escola* e *Eu sinto fazer parte da escola*) está positivamente associada à *Qualidade do sono*, mas apenas nos rapazes. Tal poderá dever-se, segundo estes autores, à maior sensibilidade dos rapazes a sentirem emoções positivas face à escola e que, como as emoções negativas são estimuladas pelos problemas de sono, os rapazes serão então mais suscetíveis para terem problemas de ligação com a escola quando têm problemas de sono. Também Dunbar, Mirpuri e Yip (2018) constataram que a perceção de uma melhor *Qualidade do sono* (auto-avaliação do sono durante uma semana) está fortemente associada a um maior envolvimento escolar (*School Engagement Versus Disaffection Scale*) no 9º ano de escolaridade e nos anos subsequentes.

Por fim, em adolescentes portugueses e no âmbito do estudo HBSC, Matos e colaboradores (2019) observaram que uma fraca qualidade e quantidade de sono estão significativamente associadas à falta de gosto pela escola.

#### *2.4.2.2. Estratégias de estudo e indicadores do sono*

Observou-se que os adolescentes que dormiram mais de sete horas e que tiveram uma boa *Qualidade de sono* empregaram com uma frequência significativamente maior ( $p < 0,05$ ) *Estratégias de estudo* relacionadas com a *Planificação das Atividades de Estudo*, com a *Motivação para os estudos*, com a *Retenção / Evocação da informação* e com as *Estratégias de estudo* em geral.

Na análise da literatura com adolescentes portugueses, Duarte (2008) e Pestana (2013) analisaram como o estudo varia com o sono e para tal empregam a *Escala de rendimento escolar*, desenvolvida por Fermin (2005) e adaptada à população portuguesa por Duarte (2008), que comporta cinco subescalas: o *Ambiente de estudo* que se refere às condições do meio no qual o estudante realiza o estudo; a *Planificação do estudo* que permite determinar se o estudante organiza e divide o

seu tempo de modo a dar cumprimento a todas as atividades extraescolares a que se propõe para além de estudar; os *Métodos de estudo*, que analisa os meios e procedimentos utilizados pelos estudantes para obter conhecimentos; a *Habilidades de leitura*, que avalia a capacidade do estudante para compreender um texto sem necessidade de o ler várias vezes; e a *Motivação para o estudo* que analisa a postura ou atitudes do aluno face a métodos de estudo. Finalmente, há um índice global que resulta do somatório de todas as subescalas. Existem entre esta escala e o *Inventário de Estratégias de Estudo* itens comuns.

Nesse contexto, e no que respeita à *Duração do sono*, Pestana (2013) observou que os adolescentes com maior *Duração do sono* durante os dias de semana (mais de 8 horas por noite) revelam um rendimento escolar (*Escala de rendimento escolar*) significativamente superior, considerando todas as subescalas e a cotação global, o que parece ir de encontro aos resultados obtidos no presente estudo.

No que concerne à *Qualidade do sono* (IQSP), Duarte (2008) constatou que os adolescentes com alto rendimento escolar têm uma melhor *Qualidade do sono*, e Nércio (2010) observou que quanto melhor é a *Qualidade do sono* melhor é a capacidade de *Planificação do estudo* e de *Assimilação de conteúdos* (avaliadas através do *Inventário dos Hábitos de Estudo*). Estes resultados parecem estar globalmente de acordo com os resultados obtidos no presente estudo, mesmo considerando o emprego de instrumentos diferentes.

No que concerne à literatura internacional, observa-se que os trabalhos escolares a realizar em casa podem ser um fator de stress relativamente ao sono dos adolescentes (Maume, 2013). Nesse sentido, os resultados do HBSC de 2013-2014 em 12 países europeus, indicam que a perceção da pressão para realizar o trabalho escolar está negativamente associada à *Duração do sono* (Vandendriessche et al., 2019), o que também se verifica no estudo de Maume (2017) em adolescentes americanos, e no de Galland e colaboradores (2020) em adolescentes nova-zelandeses. Em adolescentes portugueses, e no âmbito do estudo da HBSC, Matos e colaboradores (2016) constataram que a ausência de *Variabilidade do sono* está significativamente associada à perceção de uma menor pressão para a realização dos trabalhos escolares, e Matos e colaboradores (2019) observaram que uma fraca quantidade de sono está associada a uma maior perceção de stress / pressão com os trabalhos de casa.

De facto, para alguns autores, a realização do trabalho escolar em casa é a principal barreira para os adolescentes não terem a quantidade de sono que desejam (Gaarde et al., 2020; Hoyt et al.,

2018). De uma forma mais concreta, um maior período de tempo a realizar trabalhos de casa prediz, nos dias de semana, uma significativamente menor *Duração de sono* em adolescentes americanos (Adam, Snell, & Pendry, 2007), ou uma *Duração de sono* inferior a oito horas em adolescentes chineses (Chen et al., 2014). Por outro lado, e quando se considera o impacto da *Duração do sono* nos trabalhos escolares, Jackson e Vaughn (2019) constataram, num estudo longitudinal e com uma amostra representativa dos adolescentes americanos, que uma reduzida *Duração do sono* prediz uma probabilidade significativamente superior de não realização/realização incompleta de trabalhos escolares, de falta de interesse pelos trabalhos escolares, e de dificuldades em realizar os trabalhos escolares.

No que respeita à *Qualidade do sono*, Maume (2013) refere que o aumento do período de tempo para realizar os trabalhos no *Ensino Secundário* está associado a maiores perturbações no sono (que é uma das componentes da *Qualidade do sono*) e Matos e colaboradores (2019) descrevem que uma fraca qualidade do sono está associada a uma maior perceção de stress / pressão com os trabalhos da escola. Por outro lado, Galland e colaboradores (2020) realçam que a realização de trabalho escolar escrito uma hora antes de deitar está associada a uma boa *Qualidade do sono* (IQSP), e tal poderá dever-se à ausência do efeito estimulante da luz dos ecrãs e à (ligeira) menor *Duração do sono* (já descrita anteriormente), que promoverão assim um sono mais consolidado ("*consolidated sleep*") e que será por isso percecionado como de melhor qualidade.

Em síntese, a literatura realça que um maior tempo de realização dos trabalhos de casa está associada a uma menor *Duração do sono* e a uma menor *Qualidade do sono*, e que a perceção de uma maior pressão para realizar os trabalhos escolares está associada a uma menor *Duração do sono*, a uma maior *Variabilidade do sono* e a uma menor *Qualidade do sono*. Estes resultados poderão estar de acordo com os obtidos no presente estudo, bem como os obtidos por Duarte (2008), Nércio (2010) e Pestana (2013), uma vez que os adolescentes que empregam *Estratégias de Estudo* com mais frequência necessitarão de menos tempo para realizar os mesmos trabalhos escolares e sentirão menos pressão para o fazer, tendo assim melhores condições para usufruir de um sono mais prolongado e de melhor qualidade.

Contudo, importa considerar que muito outros fatores poderão influenciar esta relação. Assim, Gaarde e colaboradores (2020) observaram que o atraso no início da realização dos trabalhos de casa pode dever-se, segundo os adolescentes, a uma má gestão do tempo, à procrastinação, ao tempo de transporte, a ver vídeos, a comunicar on-line, à pratica desportiva depois do período escolar, e à realização de atividades extracurriculares ou de um trabalho remunerado. Por fim, e como já descrito

anteriormente, fatores como a duração do período de tempo entre a hora em que se terminam os trabalhos de casa e a hora de adormecer, bem como o suporte nos quais foram feitos esses trabalhos de casa (Galland et al., 2020), poderão também acentuar o impacto dos trabalhos de casa no sono dos adolescentes.

#### 2.4.2.3. Tipo de Raciocínio e indicadores do sono

Observou-se neste estudo que o *Raciocínio* não variou de forma significativa ( $p > 0,05$ ) com a *Duração do sono* e com a *Qualidade do sono*. Todavia, e quando se procura proceder à comparação destes resultados com os da literatura, constatam-se dificuldades em fazê-lo, como é destacado por De Bruin e colaboradores (2017), devido ao elevado número de testes cognitivos empregues no estudo da relação entre o sono e o funcionamento cognitivo em adolescentes.

Assim, Curcio e colaboradores (2006) realçaram que a *Duração do sono* e a *Qualidade do sono* estão estreitamente relacionadas com a capacidade do estudante em aprender, e que os estudos em que o sono é ativamente restringido ou otimizado demonstram, respetivamente, uma diminuição ou um aumento da performance neurocognitiva. Também Kopasz e colaboradores (2010) observaram que a maior parte dos estudos sustenta a hipótese que o sono facilita, em crianças e jovens, a memória de trabalho e a consolidação da memória, e que parece haver algumas evidências que a diminuição da performance em tarefas complexas e abstratas é maior, relativamente a tarefas de memória simples, depois de um período de tempo sem sono. Ainda nesse sentido, Galvan (2020) salientou que a maior parte dos estudos indica que os adolescentes com menor *Duração de sono* têm uma menor performance na velocidade de processamento, na memória de trabalho e nas funções executivas. Também De Bruin e colaboradores (2017) salientam que os adolescentes são considerados em risco de terem um funcionamento cognitivo deteriorado se tiverem um sono insuficiente. Contudo, Adelantado-Renau e colaboradores (2019) constataram que a performance cognitiva (relativa a 3 áreas de inteligência e de competências de aprendizagem: verbal, numérica e de raciocínio) varia significativamente com a *Duração do sono*, mas apenas nas competências verbais, e não varia significativamente com a *Qualidade do sono* (IQSP).

Em síntese, a performance cognitiva parece variar significativamente com a *Duração do sono* e a *Qualidade do sono*, mas tal não se verificou no presente estudo.

No que concerne às razões pelas quais um sono demasiado curto, ou demasiado descontínuo, estariam associados a uma menor performance cognitiva, várias são as hipóteses avançadas. Assim, para Dewald e colaboradores (2010) este tipo de sono reduziria a atividade cerebral noturna que é

indispensável ao funcionamento neurocognitivo. Para Beebe (2011), uma inadequada *Duração do sono* e *Qualidade do sono* pode causar sonolência, inatenção e (muito provavelmente) outros défices cognitivos. Por fim, para Gruber e colaboradores (2010), a consequência direta mais comum de um sono insuficiente ou perturbado é uma sonolência que reduz o estado de alerta e condiciona a capacidade funcional de áreas cerebrais específicas que estão na base dos processos chave necessários para o sucesso escolar.

Neste contexto, o facto dos valores relativos à *Duração do sono* e à *Qualidade do sono* no presente estudo serem referentes a *hábitos de sono apenas do mês passado*, como solicitado no questionário aplicado, e da recolha dos dados relativos ao *Raciocínio* não ter sido realizada no período de tempo correspondente ao preenchimento do questionário, poderá ter condicionado os resultados obtidos, uma vez que a influência dos primeiros não estará sincronizada com o momento de recolha dos segundos. Assim, estes resultados poderão também dever-se a limitações metodológicas.

#### *2.4.2.4. Resultados escolares e indicadores do sono*

A adolescência é o período de desenvolvimento do indivíduo em que os fatores de risco relativos ao insucesso escolar, ou às alterações do *Desempenho escolar*, parecem aumentar (Wolfson & Carskadon, 2003). Entre esses fatores, as alterações no sono parecem desempenhar um papel importante, uma vez que são vários os estudos em que a restrição ou otimização ativa do mesmo estão associadas a, respetivamente, uma diminuição ou um aumento da performance escolar (Curcio et al., 2006). De acrescentar ainda que, embora a falta de dados de estudos longitudinais impeçam o estabelecimento de relações causais, associações claras e consistentes foram estabelecidas entre a perda de sono e baixos resultados escolares em adolescentes de todo mundo (Shochat et al., 2014).

Todavia, uma das dificuldades inerentes ao estudo desta relação é a avaliação dos resultados escolares (Colrain & Baker, 2011). De facto, Wolfson e Carskadon (2003) salientam que a avaliação da performance escolar é um desafio, e que os cientistas sociais se debatem pela melhor maneira de definir e operacionalizar essa variável. Assim, é expectável que os resultados escolares possam assumir formas diferentes, tal como se constata ao longo desta discussão com a autoapreciação dos mesmos pelos adolescentes (Amaral, 2015; Matos et al., 2015), a auto-categorização da frequência das suas classificações (Moreno, 2012), o número de negativas no fim do ano letivo (Moreno, 2012; Seixas, 2009), e a classificação do somatório das notas de Português e de Matemática (Nunes, 2012).

Embora esta multiplicação de indicadores dificulte a comparação e a representatividade dos resultados, para Gruber e colaboradores (2010) a maior parte das investigações constatam que uma

curta duração de sono, ou um sono com pouca qualidade, estão significativamente relacionados com uma pior performance escolar, independentemente de uma avaliação objetiva, ou não, do sono e dos resultados escolares.

#### - Resultados escolares e Duração do sono

Constatou-se que na *Média das classificações escolares no Ensino Básico*, nomeadamente na *Média das disciplinas de Português e de Matemática* e na *Média dos Exames nacionais*, os adolescentes que dormiam mais de 7 horas por noite obtiveram valores significativamente superiores ( $p < 0,05$ ) relativamente aos que dormiram sete ou menos horas por noite. Os resultados obtidos noutros estudos com adolescentes portugueses não permitem estabelecer uma tendência clara entre estas variáveis. De facto, Moreno (2012) observou, em adolescentes que frequentavam o segundo e terceiro ciclo do *Ensino Básico*, que uma percentagem significativamente superior dos que tinham uma *Duração de sono* inferior a sete horas obtêm um nível mais baixo de aproveitamento escolar e um maior número de negativas, relativamente a todos que dormiam mais; por outro lado, Matos e colaboradores (2015; 2016) verificaram que a *Variabilidade do sono* não está significativamente relacionada com os resultados escolares em adolescentes do *Ensino Básico*.

No que concerne ao *Ensino Secundário*, não se constataram diferenças significativas entre os adolescentes que o frequentavam, o que parece estar de acordo com a literatura, uma vez que Amaral (2015) não observou diferenças significativas na *Duração do sono* entre adolescentes que percecionam o seu rendimento escolar como *Muito mau*, *Mau*, *Nem mau nem bom*, e os que o percecionam como *Bom* e *Muito bom*, e Matos e colaboradores (2015) verificaram que a *Variabilidade do sono* não está significativamente relacionada com os resultados escolares em adolescentes do *Ensino Secundário*.

De uma forma mais global, e numa amostra representativa de adolescentes portugueses que frequentavam o 6º, 8º e 10º ano de escolaridade, Matos e colaboradores (2019) observaram que uma fraca quantidade de sono está significativamente associada a uma menor perceção da competência escolar.

Da análise da literatura internacional observa-se que a relação entre uma curta *Duração de sono* e a obtenção de baixos resultados escolares em adolescentes está documentada de forma consistente (Chaput et al., 2016; Shochat et al., 2014). Todavia, são vários os valores de corte empregues na literatura para categorizar a *Duração do sono* dos adolescentes como, p.e. 8 horas (Burns, Brusseau, Pfladderer, & Fu, 2020; Perkinson-Gloor, Lemola, & Grob, 2013) e 9 horas (Segura-Jiménez et al., 2015). De facto, quando se considera as *Recomendações para a Duração do sono* da

*National Sleep's Foundation's* (NSF) verifica-se que elas variam ao longo da vida do indivíduo e que, para os adolescente dos 14 aos 17 anos, elas são de oito a dez horas, embora se reconheça que também possa ser apropriada entre sete e onze horas e ainda que poderá haver indivíduos com *Durações do sono* superiores ou inferiores sem que por isso sofram de efeitos adversos (Hirshkowitz et al., 2015). Face a estas referências, estabeleceu-se as sete horas de sono como o valor de corte para o presente estudo, tendo em consideração que 98% da amostra tinha entre 14 e 18 anos de idade.

Ainda neste contexto, Eider e Showalter (2012) procuraram determinar a *Duração ótima do sono*, ou seja, a quantidade de sono que um estudante necessita para maximizar os seus resultados em dois testes (um de Leitura e um outro de Matemática), e observaram que a *Duração ótima de sono* varia com a idade (nove a nove horas e meia para os 10-11 anos e ligeiramente menos de sete horas para os 18 anos). Face a estes resultados, os autores questionam se a *Duração ótima de sono* não será inferior à recomendada, principalmente para os adolescentes mais velhos, embora realcem que a sua estimativa não tem em conta a saúde global nem o bem-estar dos adolescentes. Também Galvan (2020) realçou, na sua revisão da literatura, que a *Duração de sono* para obter melhores níveis de saúde mental é superior à necessária para obter melhores resultados escolares, o que parece ir de encontro às recomendações da NSF.

Por fim, realça-se que esta relação era significativa apenas no *Ensino Básico*, e tal poderá dever-se a uma maior sensibilidade dos adolescentes mais jovens aos efeitos da *Duração de sono*. De facto, no estudo de Eider e Showalter (2012), observou-se uma maior variação na *Duração ótima de sono* para maximizar a performance em Leitura e Matemática nos adolescentes mais novos (entre os 10 e os 11 anos de idade) relativamente aos mais velhos (com 18 anos). Tal parece indicar que, para os adolescentes mais jovens, as necessidades de *Duração do sono* serão não somente superiores mas também mais díspares, o que torna mais evidente a identificação da influência da mesma nos *Resultados escolares*; no que concerne aos adolescentes mais velhos, esta relação poderá não ser significativa porque uma *Duração do sono* inferior 7 horas poderá não ser demasiado restritiva para a obtenção de melhores resultados escolares.

Em síntese, observou-se que apenas no *Ensino Básico* os adolescentes com uma menor *Duração do sono* obtiveram *Médias de classificações escolares* significativamente inferiores, o que parece confirmar uma maior sensibilidade dos adolescentes mais novos a esta relação.

No que concerne ao *Percurso escolar*, observou-se que o mesmo não variou significativamente com a *Duração do sono*, o que parece salientar a dificuldade em perceber a relação que se estabelece entre estas duas variáveis em longos períodos de tempo. Não foi possível comparar estes resultados com os de outras pesquisas por não terem sido encontrados estudos no sentido de analisar possíveis influências da *Duração do sono* no *Percurso escolar* de adolescentes.

#### - Resultados escolares e Qualidade de sono

Verificou-se que os adolescentes com uma boa *Qualidade do sono* obtiveram *médias de classificações escolares* significativamente superiores ( $p < 0,05$ ) no *Ensino Básico*, na *Média às disciplinas de Português e Matemática*, na *Média a todas as disciplinas frequentadas* e na *Média dos Exames nacionais*, e significativamente inferiores no *Ensino Secundário*, na *Média às disciplinas de Português e Matemática A*, comparativamente aos adolescentes com má *Qualidade do sono*.

Quando se considera os resultados obtidos noutros estudos com adolescentes portugueses e que também empregaram o IQSP, constata-se que em nenhum deles os resultados escolares variam de forma significativa com o *Índice da qualidade do sono*, seja quando se considera os adolescentes que frequentam o terceiro ciclo do *Ensino Básico* e o *Ensino Secundário*, (Nunes, 2012; Seixas, 2009) seja quando apenas frequentam o *Ensino Secundário* (Amaral, 2015).

Na literatura internacional, Wolfson e Carskadon (2003) realçam na sua revisão da literatura que uma pobre *Qualidade de sono* está associada a uma má performance escolar ao longo de toda a adolescência. Contudo, estudos mais recentes (e que empregam o IQSP) não permitem estabelecer uma tendência clara entre essas duas variáveis: Duarte (2007) não verificou uma associação significativa entre a *Qualidade de sono* e os resultados escolares, Short e colaboradores (2013) observaram que adolescentes com pior *Qualidade de sono* são mais propensos a obterem piores resultados escolares mas através do seu estado depressivo (não se verifica uma relação direta entre *Qualidade do sono* e resultados escolares), e Adelantado-Renau e colaboradores (2019) constataram que a *Qualidade do sono* está significativamente relacionada com a média dos resultados escolares.

No que concerne a estudos que empregaram outros instrumentos, o conceito de *Qualidade do sono* é muito diferente do considerado no presente estudo, pelo que a comparação é difícil. De facto, Singh e colaboradores (2018) observaram que os resultados escolares não variam de forma significativa com a *Qualidade do sono* (que era avaliada por duas questões: se o adolescente estava satisfeito com seu sono e se tinha tido uma boa noite de sono nas duas últimas semanas), enquanto que Tonetti e colaboradores (2015) verificaram que os resultados nos exames finais que os

adolescentes fazem no fim de escolaridade variam de forma significativa com a *Qualidade do sono* (relação entre o *Duração do sono* e o *Tempo que o adolescente está deitado na cama*). Desta forma, observa-se que os resultados escolares não variam de forma significativa com a *Qualidade do sono* em adolescentes portugueses, e que é difícil de estabelecer uma tendência clara entre estas duas variáveis em adolescentes de outros países.

Constatou-se assim que, nos adolescentes que frequentavam o *Ensino básico*, os que tinham uma boa *Qualidade do sono* obtiveram *Médias de classificações escolares* significativamente superiores aos que tinham uma má *Qualidade do sono*. Nesse sentido, Adelantado-Renau e colaboradores (2019) propõem dois mecanismos que poderão explicar esse resultado: uma má *Qualidade do sono* está estreitamente relacionada com efeitos negativos nos processos cognitivos do córtex pré-frontal, o que pode influenciar negativamente a memória de trabalho e as funções executivas; e uma má *Qualidade do sono* reduz o nível de alerta durante o dia, o que pode afetar a atenção e assim induzir a dificuldades na performance académica.

Contudo, verificou-se a relação inversa em adolescentes que frequentavam o *Ensino secundário*, e mais concretamente os *Cursos Científico-Humanísticos*. Algumas hipóteses poderão ser avançadas para explicar este resultado. Uma será a elevada pressão para a obtenção de bons resultados escolares a que são sujeitos os adolescentes que frequentam estes cursos, uma vez que a maior parte dos mesmos pretenderá ingressar no *Ensino superior* e esse ingresso dependerá desses mesmos resultados. Portanto, o investimento destes adolescentes no seu estudo deverá ser particularmente intenso, uma vez que, como observaram Camacho e colaboradores (2017), a maioria dos adolescentes considera que as matérias de ensino na escola são difíceis (74%), aborrecidas (62%) e excessivas (61%), e, ainda que uma grande parte deles (43%) sentem pressão por parte dos pais para terem boas notas. Face a estas exigências e estando numa fase de desenvolvimento em que, como já referido anteriormente, os adolescentes mais velhos parecem ser capazes de diminuir a sua *Duração do sono* para obter melhores resultados escolares, mas que dessa forma podem colocar em causa a sua saúde mental. Uma outra hipótese poderá ser relativa ao índice empregue para avaliar a *Qualidade do sono* que, com uma classificação dicotómica, não propõe um nível intermédio (a boa *Qualidade do sono* varia entre 0 e 5 pontos enquanto que a má varia entre 6 a 21 pontos) no qual talvez o adolescente deste tipo de cursos conseguisse estabelecer um equilíbrio entre a necessidade de um sono com qualidade e as exigências escolares e talvez assim conseguisse alcançar resultados escolares mais elevados com uma qualidade de sono que, não sendo boa, fosse suficiente.

Um outro fator que deverá ser considerado na interpretação destes resultados, proposto por Dewald e colaboradores (2010), é relativo à duração do período de tempo entre a aplicação do questionário e o dia de avaliação da performance escolar, e à desconsideração das alterações do sono e da performance escolar ao longo do tempo. Neste estudo em particular, há uma diferença de 3 a 5 meses entre a aplicação dos questionários e a datas de realização dos *Conselhos de Turma* e dos *Exames nacionais*, e não foram avaliadas as alterações de sono e as alterações da performance escolar durante este período. Esta diferença temporal poderá ser excessiva, mas deve-se ao longo intervalo de tempo necessário para a aplicação dos questionários a um grande número de adolescentes, aos constrangimentos inerentes a cada agrupamento de escolas, e também ao cuidado de não perturbar a preparação dos adolescentes para os *Exames nacionais* (evitando assim uma redução do número de participantes e/ou da qualidade da participação).

Por fim, e no que respeita ao *Percurso escolar*, uma percentagem significativamente superior ( $p < .01$ ) de adolescentes com boa *Qualidade de sono* não revelou retenções no seu percurso escolar, relativamente aos que tinham uma má *Qualidade de sono*. Este resultado parece reforçar a importância deste indicador do sono nos *Resultados escolares*, mesmo nos relativos a períodos de tempo tão alargados. Não foi possível comparar estes resultados com os de outras pesquisas por não terem sido encontrados estudos que analisassem possíveis influências da *Qualidade de sono* no *Percurso escolar* de adolescentes.

#### *2.4.2.5 Relação com a escola, Estratégias de estudo, tipo de Raciocínio, Resultados escolares e indicadores do sono*

Os adolescentes que dormiam mais de sete horas por noite e os que tinham uma boa *Qualidade do sono* revelaram um melhor *Desempenho escolar*, com uma *Relação com a escola* significativamente mais positiva, com o emprego de *Estratégias de estudo* com uma frequência significativamente maior, e com a obtenção de *Médias de classificações escolares* significativamente maiores no *Ensino básico*, comparativamente aos adolescentes que dormiam sete ou menos horas por dia e aos que tinham uma má *Qualidade do sono*. Os adolescentes com uma boa *Qualidade do sono* tiveram menos retenções ao longo do seu *Percurso escolar* mas obtiveram *Médias de classificações escolares* significativamente inferiores nos *Cursos científico-humanísticos*, comparativamente aos adolescentes com uma má *Qualidade do sono*.

Estes resultados realçam como o *Desempenho escolar* varia de forma significativa com o sono dos adolescentes, mas também como essa variação é transversal a todos os componentes desse mesmo desempenho, com a exceção do tipo de *Raciocínio*. No que concerne aos indicadores de sono empregues, a tendência descrita no parágrafo anterior é evidente nos dois, embora ela seja mais generalizada na *Qualidade do sono* que na *Duração do sono*, nomeadamente na *Relação com a escola* e no *Percurso escolar*. Não foi possível comparar estes resultados com os de outras pesquisas por não terem sido encontrados estudos que analisassem como estas quatro componentes do *Desempenho escolar* variavam com a *Duração do sono* e a *Qualidade de sono*.

## **2.5 CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E PROPOSTAS DE FUTURAS INVESTIGAÇÕES**

Na primeira parte deste estudo avaliou-se dois indicadores do sono (*Duração do sono* e *Qualidade do sono*) e analisou-se como eles variaram com as características dos adolescentes. Verificou-se que cerca de um terço dos adolescentes dormiu menos tempo do que o recomendado para um sono apropriado e que cerca de metade teve um sono com má qualidade. Estes resultados parecem preocupantes dado o impacto que um sono mais reduzido, ou com menos qualidade, pode ter no desenvolvimento global dos adolescentes. A literatura sugere que estes resultados não se circunscrevem somente a esta amostra ou a adolescentes portugueses, o que parece salientar a necessidade de monitorizar o sono dos adolescentes, e de implementar programas para os sensibilizar para importância do mesmo e para lhes permitir adquirir competências para melhor gerir as suas necessidades.

Constatou-se também que há grupos de adolescentes onde uma percentagem significativamente mais elevada dos mesmos têm um sono com uma duração reduzida ou com má qualidade, como as raparigas, os que frequentavam o *Ensino Secundário* e os com um *Nível socioeconómico* superior. Estes resultados sugerem que estes grupos de adolescentes deverão ser alvos privilegiados de ações de promoção de hábitos de sono saudáveis.

Na segunda parte avaliou-se se o *Desempenho escolar* dos adolescentes variava com os dois indicadores do sono e constatou-se que, com a exceção do *Raciocínio*, todos os componentes do *Desempenho escolar* variaram de forma significativa com a *Duração do sono* e a *Qualidade de sono*.

No que respeita à *Relação com a escola*, ela é mais positiva nos adolescentes que dormiram mais de sete horas e que têm um sono de boa qualidade, o que realça o quanto a relação com a escola está associada ao sono dos adolescentes, mas também o quanto a promoção deste comportamento de saúde pode promover uma coexistência mais profícua entre os adolescentes e a

escola.

Relativamente à frequência de utilização de *Estratégias de estudo*, ela é maior nos adolescentes que dormiram mais de sete horas e nos que tinham um sono de boa qualidade, o que salienta que, embora a atividade de estudar exerça uma grande pressão nos adolescentes e consuma muito tempo aos mesmos, os adolescentes que empregam *Estratégias de estudo* com mais frequência dormem mais e melhor, o que parece confirmar a eficácia (e a pertinência da utilização) dessas mesmas estratégias.

No que concerne ao tipo de *Raciocínio*, ele não variou de forma significativa com os dois indicadores do sono, o que não está de acordo com a literatura. Contudo, estes resultados poderão ter sido influenciados pela diferença temporal entre a descrição do sono e a performance de *Raciocínio*, o que é particularmente importante num contexto em que a duração e a qualidade do sono podem interferir na performance cognitiva, sem que haja necessariamente alterações na capacidade cognitiva. De acrescentar também que o reduzido número de adolescentes que realizaram esta bateria de testes poderá também tornar menos evidente esta relação.

No que se refere aos *Resultados escolares*, os adolescentes que dormiram mais de sete horas alcançaram maiores *Médias de classificações escolares* no *Ensino Básico*, e os que tiveram uma *Boa Qualidade do sono* alcançaram maiores *Médias de classificações escolares* no *Ensino Básico* e médias inferiores nos *Cursos Científico-humanísticos*. Estes resultados parecem salientar a importância da quantidade e da qualidade do sono dos adolescentes no *Ensino Básico*, neste caso em particular para alcançarem maiores *Médias de classificações escolares*, enquanto que nos adolescentes que frequentam o *Ensino Secundário* poderá haver uma certa tolerância relativamente à má *Qualidade de sono* que lhes permitirá alcançar maiores *Médias de classificações escolares*.

Ainda sobre os *Resultados escolares*, o *Percurso escolar* neste estudo variou de forma significativa com a *Qualidade do sono*, o que destaca a importância deste indicador no percurso escolar global do adolescente. O *Percurso escolar* não é um indicador muito utilizado na literatura para o estudo da relação entre os resultados escolares e o sono, pois o facto deste indicador se reportar à performance escolar de todo um ano letivo, do ano de retenção poder não corresponder ao ano em que decorre a investigação, e ainda dele ser o condensado da ponderação de inúmeros parâmetros, torna a sua interpretação particularmente difícil. Contudo, ao representar o objetivo mínimo que os adolescentes devem alcançar em qualquer *Ciclo de Ensino*, ele torna-se particularmente importante neste contexto.

Finalmente, e de uma forma global, a relação que o adolescente estabelece com a escola, a frequência de utilização de *Estratégias de estudo* e os *Resultados escolares* eram significativamente melhores nos adolescentes com uma maior *Duração do sono* e uma boa *Qualidade do sono*, o que realça importância do sono no contexto escolar.

Este estudo apresenta algumas limitações.

- Não permite estabelecer relações de causalidade entre o *Desempenho escolar* e o sono, uma vez que é um estudo transversal;
- Não utilizou um meio mais objetivo para avaliar o sono;
- Não diferenciou *Duração do sono* entre dias de semana e de fim de semana, e também não questionou sobre a realização de sesta;
- Não empregou um instrumento validado para avaliar a relação do adolescente com a escola;
- Utilizou períodos temporais diferentes para o sono (um mês) e para os resultados escolares (um ano para as *Médias das classificações escolares*, e todo o percurso escolar para o número de retenções);
- Estabeleceu diferentes momentos de recolha de dados: Primeiro, para o Sono, *Relação com a escola*, *Estratégias de estudo* e *Percurso escolar*; Segundo, para o tipo de *Raciocínio*; Terceiro, para as *Médias das classificações escolares*.

Como propostas de futuras investigações, a análise detalhada da influência das características dos adolescentes na relação que se estabelece entre o *Desempenho escolar* e o sono parece a sequência lógica do presente estudo, de forma a promover intervenções mais precisas junto dos adolescentes e das escolas.

Também a avaliação de como o sono varia ao longo de um ano letivo parece particularmente interessante (sobretudo nos adolescentes que frequentam o *Ensino Secundário*), nomeadamente entre períodos de estudo, períodos de avaliação e períodos de férias, por permitir conhecer com mais rigor os fenómenos de défice e de compensação do sono.

Parece também pertinente conhecer melhor como a necessidade de sono evolui ao longo da adolescência relativamente à saúde e aos resultados escolares. Os resultados do presente estudo sugerem que os adolescentes com uma boa *Qualidade de sono* obtêm resultados escolares significativamente inferiores no *Ensino Secundário*, sendo por isso necessário compreender melhor as necessidades efetivas dos mesmos para assim ser possível transmitir-lhes referências claras nesse sentido.

Uma outra sugestão poderá ser a análise de como a participação em atividades extracurriculares influencia o sono e os resultados escolares dos adolescentes, para melhor ajudar os jovens a compreender o impacto (positivo e negativo) das diferentes atividades e de como as integrar no seu projeto escolar e na sua saúde.

Será também importante conhecer melhor a relação entre estes indicadores do sono e a saúde mental dos adolescentes.

Por fim, e uma vez que a promoção de hábitos de sono saudáveis parece essencial, a realização de estudos quâsi-experimentais para avaliar o impacto de programas nesse âmbito parece ser particularmente pertinente.

## RESULTADOS A DESTACAR

Uma elevada percentagem de adolescentes tinha um sono de curta duração (37% dormiam menos de sete horas por dia) ou de má qualidade (48% apresentavam uma má *Qualidade de sono*);

A *Duração do sono* e a *Qualidade do sono* variaram de forma significativa com as características dos adolescentes, uma vez que uma percentagem significativamente superior: i) de raparigas apresentavam uma má *Qualidade do sono*; ii) dos adolescentes que frequentavam o *Ensino secundário* dormiam menos de sete horas por noite e apresentavam uma má *Qualidade do sono*; iii) e dos adolescentes que pertenciam a um *Nível socioeconómico* mais elevado dormiam menos de sete horas por noite.

O *Desempenho escolar* variou de forma significativa com a *Duração do sono* e a *Qualidade do sono*. Assim, os adolescentes que dormiam mais de sete horas tinham uma *Relação com a escola* mais positiva, utilizavam *Estratégias de Estudo* mais frequência e alcançaram melhores *Médias de classificações escolares* no *Ensino Básico*, comparativamente aos que dormiam sete ou menos horas por dia. Os adolescentes com uma boa *Qualidade de sono* tinham uma *Relação com a escola* mais positiva, utilizavam *Estratégias de Estudo* mais frequência, alcançaram melhores *Médias de classificações escolares* no *Ensino Básico* e piores nos *Cursos Científico-humanísticos*, e revelaram menos retenções no seu *Percurso escolar*, comparativamente aos que tinham uma má *Qualidade de sono*

## **CAPÍTULO 3 - O CONSUMO DE TABACO E O DESEMPENHO ESCOLAR DE ADOLESCENTES PORTUGUESES**

### **3.1. INTRODUÇÃO**

#### **3.1.1. Consumo de tabaco**

“O tabaco é uma das mais sérias ameaças à saúde pública mundial “ (Wang, Zhong, Fang, & Wang, 2016, p. 1). De facto, o fumo de tabaco é uma mistura tóxica de mais de 7000 químicos, muitos deles venenosos, que alcança as diferentes partes do corpo após ter sido absorvida através dos pulmões e transportada através da corrente sanguínea (U.S. Department of Health and Human Services, 2010). Este consumo é altamente aditivo, e pode ser responsável, entre outros, pelo desenvolvimento de diferentes tipos de cancro, de aneurismas, acidentes vasculares cerebrais e ataques cardíacos, de doenças pulmonares obstrutivas crónicas, e de diabetes tipos 2 (U.S. Department of Health and Human Services, 2010). Assim, o consumo de tabaco está associado a uma pior saúde dos fumadores comparativamente aos não fumadores (U.S. Department of Health and Human Services, 2014). De realçar ainda que estes efeitos gerais na saúde contribuem para um aumento do absentismo, uma diminuição do bem estar e têm implicações nos cuidados e custos de saúde (U.S. Department of Health and Human Services, 2014). Para limitar este consumo, medidas de prevenção e controlo foram adotadas desde a década de 80 mas, apesar dessas iniciativas, o tabagismo continua a ser um dos mais importantes fatores evitáveis de doenças crónicas não transmissíveis e de mortalidade prematura em Portugal e no mundo (Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo, 2017)

Sendo o tabaco a droga mais consumida no mundo (Jaisoorya et al., 2016), em Portugal, e segundo o *Inquérito Nacional de Saúde 2019* (Instituto Nacional de Estatística, 2020), 17,0% da população com 15 ou mais anos é fumadora.

#### **3.1.2. Consumo de tabaco na adolescência**

A adolescência é uma fase de descoberta e de experimentação, em que pequenas alterações no desenvolvimento mental e físico do adolescente podem ter um impacto significativo na sua vida futura (Murphy, Sahm, Mccarthy, Lambert, & Byrne, 2013). De facto, a adolescência representa um período de importante vulnerabilidade para o início do consumo de tabaco (Nunes, 2004), uma vez que, na

maioria dos casos, a iniciação deste consumo ocorre neste período (Matos, Gaspar, Vitória, & Clemente, 2003; Nunes, 2004) e nele se instala (Macedo & Precioso, 2006; Matos et al. , 2003), prolongando-se depois pela vida inteira (Macedo & Precioso, 2006).

No que respeita à frequência do consumo de tabaco nos adolescentes, os resultados do *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*, ESPAD, (ESPAD Group, 2016), onde participaram adolescentes de 16 anos e de 35 países europeus, revelaram uma tendência para a diminuição global deste consumo (dados relativos a 25 países), de 24% em 1999, a 18% em 2007 e 13% em 2015. Essa tendência também se verificou nos Estados Unidos da América, descritos no *Youth Risk Behaviour Surveillance – United States, 2017* (Kann et al., 2018), onde o consumo diminuiu de 28% (1991) para 9% (2017). No que concerne aos adolescentes portugueses, essa tendência de diminuição do consumo de tabaco também se verifica nos resultados do ESPAD (2016), mostrando que, embora tenha aumentado entre 1995 e 2003, depois diminuiu, sendo de 19% em 2016. Também os dados do *Health Behaviour School aged Children*, HBSC (Matos & Equipa Aventura Social, 2018) mostram que a percentagem de fumadores diminuiu de forma progressiva de 19% (2002), para 12% (2010) e 6% (2018).

### **3.1.3. Causas para o consumo de tabaco na adolescência**

“As causas para o consumo de tabaco pelos adolescentes são complexas e multifatoriais” (Wang et al., 2016, p. 2). Assim, a iliteracia em saúde, os interesses económicos associados ao setor, as estratégias de *lobbying* e de marketing comercial, e a aceitação social do consumo constituem fortes entraves à adoção de medidas de prevenção e controlo de reconhecida eficácia (Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo, 2017). No caso específico dos adolescentes, dada “a sua imaturidade cerebral e psicoemocional são particularmente vulneráveis à dependência e aos estímulos sociais e de marketing promotores do consumo de tabaco” (Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo, 2017, p. 9). Outros fatores ainda, como o desejo de emancipação, a aceitação pelos seus pares ou o desejo de experimentação, apresentados pelos adolescentes, são também incitadores desse consumo (Fraga, Sousa, Ramos, Dias, & Barros, 2011).

### **3.1.4. Consequência do consumo de tabaco na adolescência**

As consequências do consumo de tabaco na adolescência podem-se repercutir na saúde a curto e a longo prazo, nomeadamente através do atraso na maturação pulmonar, da redução da função

respiratória, do agravamento da asma e da redução da aptidão física (Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo, 2017). No entanto, é importante realçar que, quanto mais precoce é a iniciação do consumo, maior é o risco de desenvolvimento futuro de doenças cardiovasculares, de doenças respiratórias e de cancro (Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo, 2017). Por outro lado, o consumo de tabaco nos jovens está associado ao consumo de álcool e/ou outras drogas (Amos & Bostock, 2007; Azevedo, Machado, & Barros, 1999; Casal, 2007; Domingues et al., 2014; Ferreira & Torgal, 2010; Hill & Mrug, 2015; Jacobsen et al., 2005; Macedo & Precioso, 2006; Matos, Carvalhosa, Vitoria, & Clemente, 2001; Pinto, 2004; C. Simões, Matos, & Batista-Foguet, 2006), e é geralmente a primeira droga a ser utilizada pelos adolescentes (Macedo & Precioso, 2006). Por tudo isto, nas décadas mais recentes, “os elevados níveis de consumo de tabaco entre adolescentes tornaram-se uma preocupação de saúde pública em todo o mundo” (Wang et al., 2016, p. 1).

### **3.1.5. Objetivos**

Considerando todos os aspetos acima referidos, é objetivo deste estudo conhecer a prevalência do consumo de tabaco em adolescentes de quatro agrupamentos de escolas do Alto Minho, e avaliar se a mesma varia com as características individuais dos adolescentes. Pretende-se também verificar se o *Desempenho escolar* varia de forma significativa com consumo de tabaco.

## **3.2. METODOLOGIA**

O padrão de consumo de tabaco, que designaremos de seguida como *Consumo de Tabaco*, foi avaliado através da resposta à pergunta *Atualmente fumas?*, retirado do estudo de Precioso e colaboradores (2012) e foram consideradas as seguintes categorias: *Fumadores diários* (fumam diariamente); *Fumadores semanais* (fumam pelo menos um cigarro por semana, mas não todos os dias); *Fumadores ocasionais* (fumam menos de um cigarro por semana) e *Não fumadores* (aqueles que não fumam, embora possam ter experimentado). Também como sugerido por estes autores, *Fumadores diários* e *Fumadores semanais* foram agrupados em *Fumadores regulares* (fumam pelo menos um cigarro por semana).

No capítulo 2 desta tese descreveram-se os procedimentos (2.2.1), a amostra (2.2.2), o questionário principal e os instrumentos que nele foram incluídos (2.2.3), a *Bateria de Provas de Raciocínio* (2.2.4) e a recolha dos *Resultados escolares* (2.2.5), que são comuns ao estudo sobre o

*Consumo de Tabaco*, no qual se foca o presente capítulo.

Como procedimentos estatísticos, analisou-se a frequência do *Consumo de Tabaco* e, para verificar se esse consumo variou com as características dos adolescentes (*Sexo, Idade, Ciclo de ensino, Tipo de curso e Nivel Socioeconómico*), empregou-se o *Teste do Qui-Quadrado*.

Este teste foi também utilizado para avaliar se este consumo variava de forma significativa com a *Relação com a escola* e com o seu *Percurso escolar*.

Empregou-se o *Teste de Kruskal-Wallis* para constatar se a frequência de utilização de *Estratégias de estudo*, se o tipo de *Raciocínio* e se as *Médias das classificações escolares* (que não respeitavam os critérios de normalidade) variaram de forma significativa com o *Consumo de tabaco*.

Por fim, foi aplicado o *Teste t de Student para amostras independentes* (quando o *número de grupos* em comparação era de dois) ou a *ANOVA Unifatorial* (três ou mais *grupos* em comparação) para analisar se as *Médias das classificações escolares*, que respeitavam os critérios de normalidade, variaram de forma significativa com o *Consumo de Tabaco*.

### **3.3 RESULTADOS**

Os resultados do presente estudo estão estruturados em cinco partes: a primeira (3.3.1.) é relativa à prevalência do *Consumo de Tabaco* e de como a mesma variou com as características dos adolescentes; as partes seguintes descrevem como a relação do adolescente com a escola (3.3.2.), a frequência de utilização de *Estratégias de estudo* (3.3.3.), a performance na *Bateria de Provas de Raciocínio* (3.3.4.) e os *Resultados Escolares* (3.3.5.) variaram com o *Consumo de tabaco*.

De salientar que, na descrição destes resultados, apenas se apresenta as comparações entre *Não fumadores e Fumadores ocasionais* e entre *Não fumadores e Fumadores regulares*, uma vez que o objetivo do estudo é constatar as diferenças entre não consumidores e consumidores de tabaco.

#### **3.3.1. Consumo de tabaco**

Constatou-se que 86% dos adolescentes eram *Não fumadores*, 2% *Fumadores ocasionais* e 12% *Fumadores regulares* (Tabela 3.1).

**Tabela 3.1** Consumo de tabaco

| Consumo de tabaco | n   | %   |
|-------------------|-----|-----|
| Fumador diário    | 81  | 8   |
| Fumador semanal   | 42  | 4   |
| Fumador ocasional | 22  | 2   |
| Não fumador       | 854 | 86  |
| Total             | 999 | 100 |

Observa-se na Tabela 3.2 que o *Consumo de Tabaco* varia de forma significativa com as características dos adolescentes, nomeadamente entre *Não fumadores* e *Fumadores regulares*, com uma percentagem significativamente maior dos *Não fumadores*: serem raparigas comparativamente aos rapazes ( $p < 0,05$ ); frequentarem o *Ensino Básico* comparativamente aos que frequentavam o *Ensino Secundário* ( $p < 0,01$ ); e frequentarem um *Curso Científico-humanístico* comparativamente aos que frequentavam um *Curso Profissional* ( $p < 0,05$ ). Contudo, não se observa diferenças significativas no *Consumo de Tabaco* entre adolescentes com um *Nível socioeconómico* ( $p > 0,05$ ) diferente, nem entre *Não fumadores* e *Fumadores ocasionais*.

**Tabela 3.2** Consumo de tabaco e características dos adolescentes

| Consumo de tabaco        | Sexo                                  |      | Ciclo de Ensino                       |      | Tipo de Curso                         |      |
|--------------------------|---------------------------------------|------|---------------------------------------|------|---------------------------------------|------|
|                          | M                                     | F    | EB                                    | ES   | CCH                                   | CP   |
| <b>Fumador regular</b>   | 14,8                                  | 10,2 | 7,8                                   | 14,3 | 12,9                                  | 21,1 |
| <b>Fumador ocasional</b> | 2,7                                   | 1,6  | 1,6                                   | 2,5  | 3,0                                   | 0,0  |
| <b>Não fumador</b>       | 82,4                                  | 88,1 | 90,5                                  | 83,3 | 84,1                                  | 78,9 |
|                          | $\chi^2_{(2)} = 6,543,$<br>$p < 0,05$ |      | $\chi^2_{(2)} = 9,112,$<br>$p < 0,05$ |      | $\chi^2_{(2)} = 8,752,$<br>$p < 0,05$ |      |
| <b>Fumador regular</b>   | 15,3                                  | 10,4 | 8,0                                   | 14,6 | 13,3                                  | 21,1 |
| <b>Não fumador</b>       | 84,7                                  | 89,6 | 92,0                                  | 85,4 | 86,7                                  | 78,9 |
|                          | $\chi^2_{(1)} = 5,143,$<br>$p < 0,05$ |      | $\chi^2_{(1)} = 8,424,$<br>$p < 0,01$ |      | $\chi^2_{(1)} = 4,916,$<br>$p < 0,05$ |      |

**M** – Masculino; **F** – Feminino; **EB** – Ensino Básico; **ES** – Ensino Secundário; **CCH** - Curso Científico humanístico; **CP** - Curso Profissional.

### 3.3.2. Relação com a escola e o Consumo de tabaco

Constata-se na Tabela 3.3 que uma percentagem significativamente maior de adolescentes *Não fumadores* referiu *Gosto* ou *Gosto muito* da escola ( $p < 0,01$ ), comparativamente aos *Fumadores regulares*, e que achava que a escola se preocupava *Bastante* ou *Muito* com eles ( $p < 0,05$ ),

comparativamente aos *Fumadores ocasionais*.

No que respeita à perspetiva de prosseguimento dos estudos, notou-se que uma percentagem significativamente inferior ( $p < 0,05$ ) de *Não fumadores* pretendia prosseguir os seus estudos no *Ensino superior* relativamente aos *Fumadores regulares*.

Por outro lado, não se verificaram diferenças significativas ( $p > 0,05$ ) nas respostas às questões: *Sentes-te fazer parte da escola?*, *Consideras a escola importante para o teu futuro?* ou *Achas que os professores são justos?* entre adolescentes com diferentes *Consumo de Tabaco*.

**Tabela 3.3** Relação com a escola e Consumo de tabaco

| Relação com a escola                                  |                 | Percentagem de adolescentes |                   |             |                                       |
|---|-----------------|-----------------------------|-------------------|-------------|---------------------------------------|
| Questão   | Categorias      | Fumador regular             | Fumador ocasional | Não fumador |                                       |
| Como é que te sentes em relação à escola, atualmente? | <i>Gosto</i>    | 43                          | 36                | 55          | $\chi^2_{(2)} = 9,541,$<br>$p < 0,01$ |
|   | <i>Detesto</i>  | 57                          | 64                | 45          |                                       |
| Achas que a escola se preocupa contigo?               | <i>Gosto</i>    | 43                          |                   | 55          | $\chi^2_{(1)} = 6,937,$<br>$p < 0,01$ |
|   | <i>Detesto</i>  | 57                          |                   | 45          |                                       |
| Achas que a escola se preocupa contigo?               | <i>Bastante</i> | 55                          | 36                | 61          | $\chi^2_{(2)} = 6,287,$<br>$p < 0,05$ |
|   | <i>Nada</i>     | 45                          | 64                | 39          |                                       |
| Que estudos gostarias de concluir?                    | <i>Bastante</i> |                             | 36                | 61          | $\chi^2_{(1)} = 5,210,$<br>$p < 0,05$ |
|   | <i>Nada</i>     |                             | 64                | 39          |                                       |
| Que estudos gostarias de concluir?                    | <i>ESu</i>      | 66                          | 90                | 77          | $\chi^2_{(2)} = 8,569,$<br>$p < 0,05$ |
|   | <i>12º ano</i>  | 34                          | 10                | 23          |                                       |
| Que estudos gostarias de concluir?                    | <i>ESu</i>      | 66                          |                   | 77          | $\chi^2_{(1)} = 6,534,$<br>$p < 0,05$ |
|   | <i>12º ano</i>  | 34                          |                   | 23          |                                       |

**Gosto** - Gosto e Gosto muito; **Detesto** - Detesto, Não gosto e Não gosto nem desgosto; **Bastante** - Bastante e Muito; **Nada** - Nada e Pouco; **ES** - Ensino Superior.

### 3.3.3. Estratégias de estudo e o Consumo de tabaco

Constataram-se diferenças significativas ( $p < 0,001$ ) na frequência de utilização de *Estratégias de estudo* entre adolescentes com diferentes prevalências de *Consumo de Tabaco*. Assim, os adolescentes *Não fumadores* utilizaram com mais frequência estratégias de estudo relativas à *Planificação das Atividades de Estudo*, à *Motivação para os estudos*, à *Descodificação da informação*, à *Organização da informação* e quando se considera a totalidade das estratégias deste Inventário, comparativamente aos adolescentes *Fumadores regulares*. Verificaram-se também diferenças significativas ( $p < 0,01$ ) entre adolescentes *Não fumadores* e *Fumadores ocasionais* na *Planificação das Atividades de Estudo*, com os primeiros a utilizarem-na mais frequentemente (Tabela 3.4).

Por fim, não se constataram diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) na frequência de utilização das estratégias de *Retenção / Evocação da informação* entre adolescentes com diferentes prevalências de *Consumos de Tabaco*.

**Tabela 3.4** Estratégias de estudo e Consumo de tabaco

| Inventário de Estratégias de Estudo   | Consumo de tabaco |     |     |                   |     |     |             |     |     |   |
|---------------------------------------|-------------------|-----|-----|-------------------|-----|-----|-------------|-----|-----|---|
|                                       | Fumador regular   |     |     | Fumador Ocasional |     |     | Não fumador |     |     |   |
|                                       | n                 | M   | D-P | n                 | M   | D-P | n           | M   | D-P |   |
| Planificação das Atividades de Estudo | 119               | 3,4 | 0,8 | 22                | 3,3 | 0,8 | 830         | 3,9 | 0,7 | <b><math>U = 44,230</math></b><br><b><math>p &lt; 0,001</math></b>  |
|                                       | 119               | 3,4 | 0,8 |                   |     |     | 830         | 3,9 | 0,7 | <b><math>t = 32577,0</math></b><br><b><math>p &lt; 0,001</math></b> |
|                                       |                   |     |     | 22                | 3,3 | 0,8 | 830         | 3,9 | 0,7 | <b><math>t = 5561,0</math></b><br><b><math>p &lt; 0,01</math></b>   |
| Motivação para os estudos             | 119               | 3,4 | 0,7 | 22                | 3,7 | 0,6 | 830         | 3,8 | 0,7 | <b><math>U = 36,644</math></b><br><b><math>p &lt; 0,001</math></b>  |
|                                       | 119               | 3,4 | 0,7 |                   |     |     | 830         | 3,8 | 0,7 | <b><math>t = 32769,5</math></b><br><b><math>p &lt; 0,001</math></b> |
| Descodificação da informação          | 119               | 3,2 | 0,7 | 22                | 3,4 | 0,6 | 830         | 3,5 | 0,6 | <b><math>U = 24,913</math></b><br><b><math>p &lt; 0,001</math></b>  |
|                                       | 119               | 3,2 | 0,7 |                   |     |     | 830         | 3,5 | 0,6 | <b><math>t = 35427,5</math></b><br><b><math>p &lt; 0,001</math></b> |
| Organização da informação             | 119               | 3,2 | 0,7 | 22                | 3,3 | 0,7 | 830         | 3,5 | 0,7 | <b><math>U = 14,994</math></b><br><b><math>p &lt; 0,001</math></b>  |
|                                       | 119               | 3,2 | 0,7 |                   |     |     | 830         | 3,5 | 0,7 | <b><math>t = 38659,5</math></b><br><b><math>p &lt; 0,001</math></b> |
| Cotação total                         | 119               | 3,2 | 0,5 | 22                | 3,3 | 0,5 | 830         | 3,5 | 0,5 | <b><math>U = 41,103</math></b><br><b><math>p &lt; 0,001</math></b>  |
|                                       | 119               | 3,2 | 0,5 |                   |     |     | 830         | 3,5 | 0,5 | <b><math>t = 31830,0</math></b><br><b><math>p &lt; 0,001</math></b> |

### 3.3.4. Tipo de Raciocínio e o Consumo de tabaco

Não se observou diferenças significativas ( $p > 0,05$ ) no tipo de *Raciocínio* entre adolescentes com diferentes prevalências de *Consumo de tabaco*, seja no *Ensino Básico*, seja no *Ensino Secundário*.

### 3.3.5. Resultados escolares e o Consumo de tabaco

Observa-se na Tabela 3.5 que as *Médias das Classificações Escolares* variaram de forma significativa ( $p < 0,05$ ) com o *Consumo de tabaco* nos dois *Ciclos de Ensino* e, no que concerne ao *Ensino Secundário*, também nos dois *Tipos de Curso*, mas apenas entre *Não fumadores* e *Fumadores*

regulares.

Assim, os adolescentes *Fumadores regulares* obtiveram médias significativamente inferiores ( $p < 0,05$ ) no *Ensino Básico* (*Média dos resultados nas disciplinas de Português e Matemática*, na *Média a todas as disciplinas* e na *Média dos Exames Nacionais*) e no *Ensino Secundário* nos *Cursos Científico Humanísticos* (*Média a todas as disciplinas*) e nos *Cursos Profissionais* (*Média no Módulo de Português* e na *Média a todos os módulos*) comparativamente aos adolescentes *Não fumadores*.

Constatou-se ainda que a *Média dos resultados nas disciplinas de Português e Matemática A*, a *Média dos resultados nas disciplinas de Português e Matemática aplicada às Ciências Sociais* e ainda a *Média dos Exames nacionais* não variaram de forma significativa ( $p > 0,05$ ) com a prevalência do *Consumo de tabaco*.

**Tabela 3.5** Média das classificações escolares e Consumo de tabaco

| Resultados escolares - Média das classificações escolares | Consumo de tabaco |      |      |                   |      |      |             |      |      |                                      |
|---|-------------------|------|------|-------------------|------|------|-------------|------|------|--------------------------------------|
|   | Fumador regular   |      |      | Fumador Ocasional |      |      | Não fumador |      |      |                                      |
|   | n                 | M    | D-P  | n                 | M    | D-P  | n           | M    | D-P  |                                      |
| <b>Ensino básico</b>                                      |                   |      |      |                   |      |      |             |      |      |                                      |
| Português e Matemática                                    | 12                | 2,7  | 0,3  | 4                 | 3,4  | 0,9  | 237         | 3,3  | 0,8  | $\chi^2_{(2)} = 8,011$<br>$p < 0,05$ |
|   | 12                | 2,7  | 0,3  |                   |      |      | 237         | 3,3  | 0,8  | $U = 755,50$<br>$p > 0,01$           |
| Todas as Disciplinas                                      | 12                | 3,2  | 0,3  | 4                 | 4,0  | 0,6  | 244         | 3,6  | 0,7  | $\chi^2_{(2)} = 6,965$<br>$p < 0,05$ |
|   | 12                | 3,2  | 0,3  |                   |      |      | 244         | 3,6  | 0,7  | $U = 885,00$<br>$p > 0,05$           |
| Exames Nacionais  | 10                | 39,3 | 11,4 | 4                 | 57,9 | 17,3 | 236         | 55,2 | 18,3 | $\chi^2_{(2)} = 6,984$<br>$p < 0,05$ |
|   | 10                | 39,3 | 11,4 |                   |      |      | 236         | 55,2 | 18,3 | $U = 607,00$<br>$p > 0,01$           |
| <b>Ensino Secundário</b>                                  |                   |      |      |                   |      |      |             |      |      |                                      |
| <b>Curso Científico-humanístico</b>                       |                   |      |      |                   |      |      |             |      |      |                                      |
| Todas as Disciplinas                                      | 61                | 13,9 | 2,5  | 14                | 14,5 | 2,5  | 382         | 14,9 | 2,3  | $\chi^2_{(2)} = 8,834$<br>$p < 0,05$ |
|   | 61                | 13,9 | 2,5  |                   |      |      | 382         | 14,9 | 2,3  | $U = 8905,50$<br>$p > 0,01$          |
| <b>Curso Profissional</b>                                 |                   |      |      |                   |      |      |             |      |      |                                      |
| Módulo de Português                                       |                   |      |      |                   |      |      |             |      |      | (b)                                  |
|   | 19                | 11,8 | 1,7  |                   |      |      | 68          | 13,9 | 2,3  | $t(85) = -3,647$<br>$p < 0,001$      |
| Todos os módulos  |                   |      |      |                   |      |      |             |      |      | (b)                                  |
|   | 19                | 12,9 | 1,1  |                   |      |      | 69          | 14,3 | 1,8  | $t(50) = -4,468$<br>$p < 0,001$      |

(b) – não havia Fumadores ocasionais

No que respeita ao *Percurso escolar*, observa-se na Tabela 3.6 que o número de adolescentes com retenções ao longo da sua escolaridade era significativamente maior entre os adolescentes *Fumadores regulares* comparativamente aos *Não fumadores* ( $p > 0,001$ ).

**Tabela 3.6** Percurso escolar e Consumo de tabaco

| Resultados escolares | Percentagem de adolescentes |                   |             |   |
|----------------------|-----------------------------|-------------------|-------------|---|
|                      | Fumador Regular             | Fumador Ocasional | Não Fumador |   |
| Percurso escolar     |                             |                   |             |   |
| Sem retenções        | 70                          | 91                | 86          | $\chi^2_{(2)} = 19,765,$<br>$p < 0,001$ |
| Com retenções        | 30                          | 9                 | 14          |   |
| Sem retenções        | 70                          |                   | 86          | $\chi^2_{(1)} = 18,815,$<br>$p < 0,001$ |
| Com retenções        | 30                          |                   | 14          |   |

### 3.3.5. Relação com a escola, Estratégias de estudo, tipo de Raciocínio, Resultados escolares e o Consumo de tabaco

De forma global, constatou-se que os adolescentes *Não fumadores* revelaram um *Desempenho Escolar* significativamente superior comparativamente aos *Fumadores regulares* e aos *Fumadores ocasionais*, sendo as diferenças mais generalizadas quando se compara aos *Fumadores regulares*, com uma *Relação com a escola* mais positiva, com uma maior frequência de utilização de *Estratégias de estudo* e com melhores *Resultados escolares*, e menos generalizadas comparativamente aos *Fumadores ocasionais*, com uma *Relação com a escola* mais positiva (apenas num dos itens) e com uma maior frequência de utilização *Estratégias de estudo* (apenas numa subescala).

**Tabela 3.7** Desempenho escolar e Consumo de tabaco

| Consumo de tabaco                       |  |  | Desempenho escolar        |                              |                                     |                             |
|---|--|--|---------------------------|------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
|   |  |  | RcE                       | EE                           | Resultados escolares                |                             |
|   |  |  |                           |                              | MCE                                 | PE                          |
| <b>Não Fumador vs Fumador ocasional</b> |  |  | <b>NF</b> - Mais positiva | <b>NF</b> - Maior frequência |                                     |                             |
| <b>Não Fumador vs Fumador regular</b>   |  |  | <b>NF</b> - Mais positiva | <b>NF</b> - Maior frequência | <b>NF</b> - Maiores no EB, CCH e CP | <b>NF</b> - Menos retenções |

**RcE** - Relação com a escola; **EE** - Estratégias de estudo; **MCE** - Médias das classificações escolares; **PE** - Percurso escolar

### **3.4. DISCUSSÃO**

A discussão dos resultados obtidos no presente estudo estrutura-se em duas partes: a primeira (3.4.1) é relativa à prevalência do *Consumo de Tabaco* e de como a mesma variou com as características dos adolescentes, e a segunda (3.4.2) é relativa à variação dos componentes do *Desempenho escolar* com o *Consumo de tabaco*.

#### **3.4.1. Consumo de tabaco**

O presente estudo mostrou que 86% dos adolescentes eram *Não fumadores*, 2% *Fumadores ocasionais* e 12% *Fumadores regulares*. Embora a grande maioria da literatura consultada empregue uma classificação dicotômica deste consumo (*Não fumadores* e *Fumadores*), pareceu-nos importante incluir também a categoria de *Fumador ocasional*, que representa os adolescentes que já terão entrado na *Fase de Iniciação e Experimentação* e que poderão avançar até à *Fase de Manutenção do Hábito e Dependência*, de acordo com as fases propostas pelo *Conselho de Prevenção do Tabagismo* (descritas em Fernandes, Pereira, & Almeida 2012).

A proporção de *Não fumadores* encontradas no presente estudo (86%) corrobora a maior parte dos estudos com adolescentes portugueses, em que a frequência varia entre 80% e 90% (Amaral, 2010; Carvalho, 2013; Casal, 2007; Corte-Real, Balaguer, Dias, Corredeira, & Fonseca, 2008; Costa, 2009; ESPAD Group, 2020; Ferreira, Chitas, Silva, & Silva 2013; Ferreira, 2008; Ferreira & Torgal, 2010; Precioso et al., 2012; Urbán, Ingles, García-Fernández, & Rodríguez-Aguilar, 2022; Vinagre & Lima, 2006). No entanto, outros estudos apresentam frequências superiores de *Não fumadores*, entre 90% e 100% (Correia, Carvalho, & Campos, 2004; Matos & Equipa Aventura Social, 2018), e outros frequências inferiores, entre 70% e 80% (Azevedo et al., 1999; García & Cordeiro, 2009; Olim, 2011; Pinto, 2004). Apenas dois estudos revelam percentagens bastante inferiores de *Não fumadores*, de 61% (Negreiros, 2010) e 45% (Lopes, 2012). Existe, pois, uma grande variabilidade de resultados em relação à frequência do consumo de tabaco em adolescentes portugueses, o que poderá depender do tipo de amostra e do momento em que os dados foram recolhidos.

Estudos internacionais também apresentam percentagens de adolescentes *Não fumadores* próximas das do presente estudo, como: os 83% observados por Bryant e colaboradores (2003) numa amostra representativa de adolescentes americanos com 14 anos de idade; a mesma percentagem de 83% encontrada por Lorant e colaboradores (2015) em adolescentes de 14 a 16 anos de idade e pertencentes a seis cidades europeias (80% foi encontrado em Coimbra, cidade portuguesa que fez

parte do estudo); e, mais recentemente, os 91% observados por Kann e colaboradores (2018) no *Youth Risk Behaviour Surveillance – United States* de 2017. Por outro lado, Gaete e colaboradores (2016) notaram que apenas 60% dos adolescentes são *Não fumadores*, numa amostra representativa de adolescentes chilenos do 8º ao 12º ano de escolaridade.

No que concerne ao número de *Fumadores ocasionais*, eles representavam apenas 2% da amostra do presente estudo, valor este que é próximo dos 3% constatado por Precioso e colaboradores (2012) numa amostra representativa dos alunos do ensino regular publico português (do 5º ao 12º ano).

Ainda no que concerne às percentagens de adolescentes fumadores, e como já descrito anteriormente, vários são os estudos que observam uma diminuição das mesmas (ESPAD Group, 2016; Kann et al., 2018; Matos & Equipa Aventura Social, 2018). Contudo, observa-se também que outras formas de consumo de tabaco, para além do cigarro tradicional, estão a progredir entre os jovens. De facto, e em adolescentes portugueses, se 29% fumam o cigarro tradicional, 18% fumam o cigarro de enrolar e 13% o cigarro eletrónico (Instituto Nacional de Estatística, 2020).

No que respeita ao cigarro eletrónico, ele tornou-se muito popular entre os adolescentes (Garcia, Santos, & Takahama Junior, 2022; World Health Organisation, 2021), e o aumento do seu consumo foi notado em todo o mundo (ESPAD Group, 2020). Face a esse aumento, a *World Health Organization* (2021) alerta que, relativamente a eles e aos outros *Dispositivos eletrónicos para consumo de nicotina* (“*Electronic Nicotine Delivery Systems*”), embora não sejam ainda conhecidos muitos dos efeitos a longo prazo na saúde, “existem evidências crescentes que demonstram que esses produtos não são inofensivos” (p. 36), e isto embora eles não contenham tabaco e alguns digam que não contém nicotina (World Health Organisation, 2021). Surgiram ainda outros produtos que, alegadamente, colocam menos riscos para a saúde comparativamente ao cigarro convencional, como os PTA (Produtos de tabaco aquecido) onde o tabaco é aquecido e não queimado, mas nos quais também não estão ainda bem estabelecidas as questões relativas à sua segurança (Marques, 2021). Para Garcia e colaboradores (2022) o sucesso destas formas alternativas do consumo de tabaco junto dos jovens deve-se à introdução de aromas e sabores agradáveis, e da ideia de que se trata de um hábito inofensivo e divertido.

No que concerne ao presente estudo, estes diferentes tipos de consumo de tabaco não foram considerados porque, no momento de aplicação do questionário (ano letivo 2014/2015), não havia evidências que a sua prática fosse significativa entre os adolescentes. Tal comprova-se nos resultados obtidos por Machado e Nunes (2017), numa amostra significativa da população portuguesa com idade

superior a 15 anos, em que apenas 1,3% dos homens e 0,8% nas mulheres consumiam tabaco em cigarros eletrónicos, e em que a maior prevalência se encontrava no grupo etário dos 25-34 anos. Nesse sentido, é também de salientar que é apenas em 2019 que surgiram, em grandes estudos internacionais, questões relativas ao consumo de tabaco que ultrapassam o cigarro tradicional, nomeadamente no *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD) (ESPAD Group, 2020), com uma questão específica relativa ao consumo de cigarro eletrónico, e no *Youth Risk Behavior Surveillance* (YRBS) (Creamer, Jones, Gentzke, Jamal, & King, 2020) com questões relativas ao cigarro eletrónico, cigarro tradicional, charuto e tabaco sem fumo ("*smokeless tobacco*"). Por fim, de acrescentar que os resultados destes estudos evidenciam como o consumo de tabaco está a assumir várias formas e que a avaliação apenas do consumo de cigarro tradicional poderá subestimar o consumo global de tabaco. Os resultados do estudo ESPAD, em adolescentes portugueses, vão nesse sentido, dado que 6% consome tabaco através do cigarro eletrónico e 14% em cigarros tradicionais (ESPAD Group, 2020). O mesmo se verifica no YRBS, sendo que 33% dos adolescentes americanos consomem tabaco através do cigarro eletrónico, 6% através do cigarro tradicional, 6% charuto e 4% tabaco sem fumo, tendo-se observado ainda que 37% dos adolescentes consumiam pelo menos uma forma de tabaco e que 8% consumiam duas ou mais (Creamer et al., 2020).

As causas para o consumo de tabaco parece serem múltiplas, como já referido anteriormente. Entre elas, destacam-se as crenças em torno do *Consumo de Tabaco*, o conhecimento (e a perceção desse conhecimento) relativamente a esse consumo, e ainda a influência das características específicas da adolescência enquanto fase do desenvolvimento, aspetos que se discutem de seguida.

As crenças dos adolescentes relativamente ao *Consumo de Tabaco* podem desempenhar um papel relevante no seu consumo. De facto, os adolescentes creem que o *Consumo de Tabaco* tem um efeito positivo na diminuição da ansiedade e do stress (Casal, 2007; Frazão, 2004; Fritz, Wider, Hardin, & Horrocks, 2008), que é capaz de induzir confiança (Fritz et al., 2008) e que é agradável (Fernandes et al., 2012; Fritz et al., 2008). Neste contexto, importa salientar que 28% dos adolescentes portugueses avaliados no HBSC de 2018 ficaram preocupados *Praticamente todos os dias* ou *Várias vezes ao dia*, e que 22% quando estão preocupados *Tens uma preocupação intensa "que não te larga" e não te deixa ter calma para pensar em mais nada* (Matos & Equipa Aventura Social, 2018), o que destaca a elevada percentagem de adolescentes portugueses que serão, por isso, suscetíveis a este tipo de consumo.

Ainda no que respeita às crenças dos adolescentes, Fernandes e colaboradores (2012) constataram em adolescentes portugueses do 5º ao 11º ano de escolaridade, que cerca de 60%

perceciona, de forma errónea, que a maioria dos seus colegas fuma. Ainda nestes adolescentes, 51% acreditam que não são influenciados pela publicidade e 72% acreditam que o facto *dos colegas ou amigos fumarem* não contribui para a sua iniciação / experimentação neste consumo. Fica assim demonstrado, segundo estes autores, que os adolescentes ignoram o poder do comportamento social e a facilidade com que um indivíduo pode ser influenciado pelos seus pares.

No que respeita à percepção dos adolescentes dos efeitos negativos do *Consumo de Tabaco* na sua saúde, a maioria dos adolescentes parece aperceber-se dos mesmos (Azevedo et al., 1999; Bosson et al., 2012; Casal, 2007; Fernandes et al., 2012; García & Cordeiro, 2009; Negreiros, 2010), incluindo do risco de dependência (Fernandes et al., 2012; Vinagre & Lima, 2006). Contudo, outros estudos revelam a subvalorização desses riscos, como em Negreiros (2010) que refere que apenas 15% dos adolescentes consideram como *risco elevado* a resposta à questão *Que riscos correm as pessoas de se prejudicarem (fisicamente ou de outra maneira) se fumarem cigarros ocasionalmente?*, ou em Fraga e colaboradores (2011) que constataram que os adolescentes referem apenas os efeitos deste consumo a longo prazo sem considerarem as suas consequências durante a adolescência. Esta subvalorização do risco pode ser determinante neste contexto, porque tem-se observado que os adolescentes com uma menor percepção de risco têm 70 vezes mais probabilidades de se tornarem *Fumadores*, e que cerca de metade dos adolescentes que consomem tabaco já tentaram deixar de fumar sem sucesso (Bosson et al., 2012). De facto, vários estudos reforçam que a percepção do risco associado ao *Consumo de Tabaco* varia de forma significativa entre adolescentes *Fumadores* e *Não fumadores*. Assim, Azevedo e colaboradores (1999) observaram que são significativamente mais os *Não fumadores* que consideram que consumir tabaco é prejudicial para sua saúde e Fritz e colaboradores (2008) contactaram que 71% dos adolescentes que fumam não estão preocupados com a sua saúde. Contudo, Garcia e Cordeiro (2009) não verificaram diferenças significativas na percepção do perigo do *Consumo de Tabaco* entre adolescentes com diferentes prevalências desse consumo.

Em relação aos conhecimentos dos riscos do *Consumo de Tabaco*, os adolescentes parecem sobrestimar o seu nível de conhecimento. De facto, Casal (2007) notou que a maioria dos adolescentes considera que conhece *bem*, ou *muito bem*, os malefícios do *Consumo de Tabaco*, mas notou também uma correlação baixa, embora significativa, entre a percepção desses conhecimentos e os conhecimentos efetivos. Para este autor, a discrepância entre o conhecimento dos riscos associados ao consumo do tabaco e a percepção desse conhecimento pode gerar, nos adolescentes, uma falsa sensação de segurança e uma desvalorização desses mesmos riscos.

Quando são os adolescentes a descreverem as razões para o início desse consumo, eles referem a procura de novas sensações /o experimentar (Casal, 2007; Ferreira, 2008), o divertimento (Casal, 2007), as saídas à noite (Domingues et al., 2014), a vontade de se integrar num determinado grupo / o ajudar a ter amigos (Fernandes et al., 2012), o facto dos amigos já terem esse consumo (Domingues et al., 2014; Ferreira 2008), o *porque achei que dava um certo estilo* (Ferreira, 2008) ou porque *Fumar é um ato antissocial* na perspetiva dos adultos (Frazão, 2004), a vontade de parecer adulto ou a imitação de alguém que admiram (Fernandes et al., 2012). Todas essas razões são coerentes com o facto de a adolescência ser um tempo de exploração, descobertas e escolhas (Ferreira & Torgal, 2010). Por outro lado, e no que se refere às motivações para a continuação deste consumo, os adolescentes destacam o disfrutar da sensação de relaxamento, e as sensações de desafio e de aparência adulta (Fernandes et al., 2012).

No presente estudo, o *Consumo de Tabaco* variou de forma significativa em função das características dos adolescentes, nomeadamente o *Sexo*, o *Ciclo de Ensino* e o *Tipo de Curso*, mas não com o *Nível Socioeconómico*.

No que diz respeito à diferença entre *rapazes* e *raparigas*, encontrou-se uma percentagem significativamente maior ( $p < .05$ ) de *Não Fumadores*, comparativamente aos *Fumadores Regulares*, nas raparigas comparativamente aos rapazes (90% vs 85%, respetivamente). Estes resultados são semelhantes aos de outros estudos (Carvalho, 2013; Casal, 2007; Cristina, Alves, & Perelman, 2016; Frazão, 2004; Magalhães, 2010; Matos et al., 2001; Nunes, 2004; Olim, 2011; Pinto, 2004; Rodrigues, Carvalho, Gonçalves, & Carvalho, 2007). Pelo contrário, noutros estudos não se verificam diferenças significativas entre raparigas e rapazes (Azevedo et al., 1999; Correia et al., 2004; Corte-Real et al., 2008; Costa, 2009; Ferreira, 2008; Ferreira & Torgal, 2010; Ferreira, 2013; Garcia & Cordeiro, 2009; Lopes, 2012; dos Santos, 2008). Por outro lado, Precioso e colaboradores (2012) constataram uma prevalência significativamente maior de rapazes enquanto *Fumadores regulares* e de raparigas enquanto *Fumadores ocasionais*.

Quando considerada a literatura internacional, também não parece evidenciar-se uma tendência clara nos resultados, com estudos a descreverem um maior consumo por parte dos rapazes (Kim & Park, 2019; Yorulmaz, Dagdeviren, & Dalkilic, 2002), outros das raparigas (Bryant et al., 2003; Corbí & Pérez, 2013; Gaete et al., 2016) e outros ainda sem diferenças significativas (Bosson et al., 2012; Oubrayrie-Roussel & Safont-Mottay, 2001; Piko & Kovács, 2010; Tavares, Béria, & Lima, 2001; Zenic, Terzic, Rodek, Spasic, & Sekulic, 2015). Por fim, também Ellickson e colaboradores (2001) observaram, em adolescentes americanos que frequentavam o 7º ano de escolaridade, que rapazes e

raparigas podem ter diferentes perfis de *Consumo de Tabaco*, com uma maior probabilidade dos rapazes serem fumadores experimentais e das raparigas em serem fumadoras regulares.

Contudo, vários fatores poderão justificar um maior *Consumo de Tabaco* por parte dos rapazes. Assim, tem-se vindo a demonstrar que estes, comparativamente às raparigas, revelam uma menor perceção do grau de perigosidade deste consumo (Garcia & Cordeiro, 2009) e consideram serem menores as probabilidades de terem um acontecimento negativo devido ao *Consumo de Tabaco* (Vinagre & Lima, 2006). Um menor *Consumo de Tabaco* por parte das raparigas poderá também dever-se à forma como são julgadas as fumadoras e às competências sociais e emocionais que as raparigas revelam, como constatado por Ferreira e colaboradores (2013) que observaram diferenças significativas na forma como homens e mulheres fumadores são julgados por adolescentes do 9º ano de escolaridade, com as segundas a serem-no de forma mais negativa ao nível das suas características pessoais (*tonta, insegura, perdedora*), e que observaram também que as raparigas tinham maiores níveis de competências sociais e emocionais (*Cooperação e Comunicação, Empatia, Resolução de problemas, Autoeficácia, Autoconsciência, Objetivos e aspirações*) comparativamente aos rapazes, algumas dessas competências (*Cooperação e Comunicação, Empatia, Objetivos e aspirações*) estavam significativamente associadas a um menor *Consumo de Tabaco*.

Por fim, realça-se ainda que os rapazes preocupam-se mais com as *perceções, o estilo de vida e a dependência*, enquanto as raparigas com as *normas e regras, as desvantagens e deixar de fumar* (Matos et al., 2003). Embora estas diferenças de fatores influenciadores do consumo de tabaco não permitam estabelecer se eles ou elas estarão mais predispostos para fumar, ou para fumar com mais regularidade, tais fatores reforçam as diferentes perspetivas que têm rapazes e raparigas relativamente a este consumo.

Quando considerada a literatura internacional, Amos e Bostock (2007) constataram pontos comuns, mas também divergentes, nas perceções de rapazes e raparigas relativamente a este consumo. Assim, rapazes e raparigas parecem estar de acordo que este consumo pode ser positivo para a socialização, para a aceitação e integração no grupo de pares, para o divertimento e para o controlo de emoções, mas pode também ser negativo no aspeto financeiro, no estabelecimento da dependência e nos efeitos da saúde a longo termo; contudo, os rapazes parecem mais preocupados com o impacto no seu nível de aptidão física e na sua capacidade desportiva, enquanto que as raparigas parecem mais preocupadas com os efeitos negativos ao nível estético, como o cheiro dos seus cabelos e do seu corpo, ou com o efeito positivo ligado à perda de peso. Por outro lado, Fritz e colaboradores (2008) observaram poucas diferenças de género nas perceções relativas ao consumo de

tabaco, mas constataram que são as raparigas que mais consomem tabaco por razões emocionais (por sentirem-se stressadas, deprimidas ou preocupadas, mas também devido ao controle de fúria), e que são os rapazes que percebem com mais frequência conseguir deixar de fumar rapidamente e não estar dependente da nicotina.

Verificou-se também uma percentagem significativamente maior de *Não Fumadores* nos adolescentes que frequentavam o *Ensino Básico*, comparativamente aos que frequentavam o *Ensino Secundário* (92% vs 85%, respetivamente). Outros estudos realizados com adolescentes portugueses também observaram diferenças significativas entre adolescentes que frequentavam *Ciclos de ensino* diferentes ou que tinham idades diferentes, com os adolescentes mais velhos a fumarem significativamente mais que os mais novos (Azevedo et al., 1999; Casal, 2007; Corte-Real et al., 2008; Cristina et al., 2016; Ferreira, 2008; Ferreira & Torgal, 2010; García & Cordeiro, 2009; Magalhães, 2010; Matos & Aventura Social, 2018; Pinto, 2004; Precioso et al., 2012). Por fim, também Ferreira (2013) observou, nos resultados do HBSC relativos aos anos de 2002, 2006 e 2010, uma diminuição significativa da percentagem de adolescentes *Não fumadores* entre os adolescentes que frequentam o 6º, 8º e 10º ano de escolaridade (94%, 85% e 77%, respetivamente), o que evidencia o aumento deste consumo ao longo dos vários *Ciclos de Ensino*. No entanto, essa tendência não se observou noutros estudos com adolescentes portugueses (Correia et al., 2004; Costa, 2009; Santos, 2008).

Estudos realizados noutros países parecem confirmar essa tendência, referindo que o *Consumo de Tabaco* aumenta com a idade em adolescentes brasileiros (Tavares et al., 2001), turcos (Yorulmaz et al., 2002), chineses (Wang et al., 2016) e americanos (Bryant et al., 2003; Kann et al., 2018).

Neste contexto, importa salientar como a precocidade do *Consumo de tabaco*, bem como a frequência do mesmo, poderá ser particularmente nefasta para o adolescente, como constatado por Nelson e colaboradores (2015) que acompanharam adolescentes americanos do 6º ano de escolaridade até cinco anos após o término do 12º ano, tendo observado que os adolescentes que não consumiam tabaco, ou os que o consumiam numa frequência muito baixa, não alteram o seu consumo ao longo da adolescência, e os que começaram a consumir tabaco regularmente aumentam o seu consumo ao longo da adolescência e até à idade adulta. Estes autores constaram ainda que esse aumento é tanto mais pronunciado quanto mais precoce é o início desse consumo. Assim, se o *Consumo de Tabaco* tem um contributo muito prejudicial para a saúde, ele causa um maior dano se se iniciar no princípio da adolescência, porque quanto mais cedo se dá a iniciação ao tabagismo mais prematuras são as complicações proveniente do vício, maiores serão as desvantagens em termos de produtividade e menor será a duração de vida (Fernandes et al., 2012).

Por fim, vários fatores poderão estar na origem do aumento da percentagem de fumadores a longo da adolescência, e um deles é a diminuição, com a idade, da percepção dos riscos relativos a este consumo (Vinagre & Lima, 2006).

No que diz respeito ao *tipo de curso*, observou-se que uma percentagem significativamente maior ( $p < .05$ ) de *Fumadores regulares* frequentavam um *Curso profissional*, comparativamente aos que frequentavam um *Curso científico-humanístico*. Também Wang e colaboradores (2016) verificaram um resultado semelhante, com um risco significativamente acrescido deste consumo em adolescentes que estudaram em escolas profissionais (“vocational schools”).

No presente estudo o *Consumo de Tabaco* não variou de forma significativa ( $p > .05$ ) com o *Nível Socioeconómico* dos adolescentes. Nesse sentido, também não parece evidenciar-se uma tendência clara na relação entre estas duas variáveis noutros estudos que consideraram esta problemática, uma vez que esta relação parece muito depende do indicador empregue para caracterizar o *Nível Socioeconómico*. Em adolescentes portugueses, Cristina e colaboradores (2016) observaram que a relação entre o *Nível socioeconómico* e o *Consumo de Tabaco* não é significativa com os indicadores correspondentes à classificação na *Family Affluence Scale*, ao *nível de escolaridade de pai / mãe*, ao *Estatuto Social Subjetivo* ou à *Privação material*, mas é significativa e negativa com a ocupação dos pais (os adolescentes cujo pai não trabalha têm uma maior probabilidade de consumir tabaco), e é significativa e positiva com o dinheiro que os adolescentes têm (os adolescentes que têm dinheiro de bolso, por trabalhos realizados ou por semana, têm uma maior probabilidade de consumir tabaco). Quando considerados estudos noutros países, verifica-se, por um lado que adolescentes indianos que estão *abaixo do limiar de pobreza* consomem mais tabaco (Jaisooriya et al., 2016) e adolescentes europeus e americanos com um menor *Nível socioeconómico* (através da *Family Affluence Scale*) têm uma maior probabilidade de consumir tabaco semanalmente (Moor et al., 2015), enquanto que o grau de pobreza das escolas frequentadas por adolescentes americanos está negativamente relacionado com a percentagem de adolescentes que consomem tabaco (Hill & Mrug, 2015) e que as escolas que acolheram adolescentes chilenos provenientes de famílias de elevado *Nível socioeconómico* têm um maior risco relativamente ao este consumo (Gaete et al., 2016).

### **3.4.2. Desempenho escolar e o Consumo de tabaco**

Nesta segunda parte da discussão averigua-se se as componentes do *Desempenho escolar* (3.4.2.1 *Relação com a escola*, 3.4.2.2 *Estratégias de estudo*, 3.4.2.3 *Tipo de Raciocínio* e 3.4.2.4 *Resultados escolares*) variaram significativamente com o *Consumo de Tabaco*. Por fim, analisa-se

ainda como o conjunto das componentes do *Desempenho escolar* (3.4.2.5.) variaram o *Consumo de Tabaco*.

#### 3.4.2.1. *Relação com a escola e o Consumo de tabaco*

Constatou-se no presente estudo que os adolescentes *Não fumadores* estabeleceram uma *Relação com a escola* significativamente mais positiva quando comparados aos adolescentes fumadores, uma vez que uma percentagem significativamente superior dos primeiros referiu *gosto* ou *gosto muito* da escola, relativamente aos *Fumadores regulares* e que achava que a escola se preocupava *Bastante* ou *Muito* com eles relativamente aos *Fumadores ocasionais*. Estes resultados estão globalmente de acordo com os obtidos noutros estudos realizados em Portugal. Assim, Matos e colaboradores (2001) constataram que adolescentes com um perfil de afastamento da escola, os que não gostam de ir à escola e os que acham que ir à escola é aborrecido, referem consumir mais tabaco. Também Simões e colaboradores (2006) constataram que uma maior satisfação com a escola por parte de adolescentes que frequentavam o 6º, 8º e 10º ano de escolaridade está significativamente relacionada com um menor envolvimento neste consumo. Nesse sentido, também Ferreira (2013) notou que a *Satisfação com a escola* (que considera três fatores: *Atualmente, o que sentes pela escola?*, *Com que frequência pensas que ir à escola é aborrecido?* e *Sentes-te seguro na escola?*) tem um impacto significativamente negativo no *Consumo de Tabaco*. Pelo contrário, Santos (2008) não observou diferenças significativas em adolescentes que consumiam tabaco relativamente ao grau de envolvimento com a escola (que considera três questões: *Quanto é que pensas que se preocupam contigo?*, *Fazes parte da escola?* e *Professores justos?*).

Tal como nos resultados do presente estudo, parece existir uma tendência de associação entre o *Consumo de tabaco* e a relação com a escola em estudos realizados noutros países. De facto, verificou-se que uma melhor *Ligação com a escola* (“*School bonding*”) (que considera *gostar da escola*, *sentir fazer parte da escola* e *ter uma boa relação com os seus professores*) está significativamente relacionada com um menor risco de consumir tabaco em adolescentes chilenos (Gaete et al., 2016) e americanos (Henry & Muthén, 2010). Notou-se também que uma maior *Ligação com a escola* (o quanto os adolescentes gostaram de estar na escola no ano anterior) está significativamente relacionada com um menor *Consumo de Tabaco* em adolescentes americanos (Bryant et al., 2003). Observou-se ainda que a *Desvinculação da escola*, (“*School disengagement*”), está significativamente relacionada com o aumento do *Consumo de Tabaco* em adolescentes provenientes de três países da América Latina (Kliewer & Murrelle, 2007). Também o facto de estar satisfeito com a escola diminui a

probabilidade de ser um fumador semanal em países europeus e da América do Norte (Moor et al., 2015). Por outro lado, o nível de *Esgotamento escolar* (“School Burnout”) (avaliado pelo sentimento de não se sentir integrado na escola, por um cinismo relativo ao significado da sua escolaridade, e pela exaustão na escola) está significativamente associado ao consumo diário de tabaco em adolescentes de seis cidades europeias (Kinnunen et al., 2016). Finalmente, Ellickson e colaboradores (2001) verificaram, em adolescentes americanos, que os adolescentes fumadores no 7º ano têm uma probabilidade de 1,2 a 2,5 de terem problemas na escola no 12º ano. Contudo, Amuedo-Dorantes e colaboradores (2004) e Gaete e colaboradores (2016) destacam que, se a relação que o adolescente estabelece com a escola parece influenciar significativamente a decisão de consumir tabaco, o seu efeito pode ser diminuto quando comparado a outros fatores (individuais, demográficos e familiares).

Notou-se ainda no presente estudo que uma percentagem significativamente superior de *Não fumadores*, comparativamente aos *Fumadores regulares* (77% vs 66%, respetivamente), pretendiam prosseguir os seus estudos no *Ensino superior*. Estes resultados estão de acordo com os de Bryant e colaboradores (2003), numa amostra de adolescentes americanos com 14 anos de idade, onde o *Consumo de tabaco* era maior nos adolescentes com menores perspetivas de conclusão do ensino universitário.

A literatura parece confirmar a concretização dessas perspetivas por parte dos adolescentes *Não fumadores*. Assim, Ellickson e colaboradores (2001) notaram que os adolescentes *Fumadores* no 7º ano de escolaridade têm, no 12º ano, uma probabilidade cinco vezes superior de deixar a escola relativamente aos *Não fumadores*. Também segundo Townsend e colaboradores (2007), estudos longitudinais demonstram o efeito significativo do *Consumo de Tabaco* no abandono escolar no *Ensino Secundário*. Mais recentemente, Stiby e colaboradores (2014) constataram que, em adolescentes do Reino Unido com 16 anos de idade, consumir tabaco aos 15 anos de idade está associado a uma maior probabilidade de abandonar a sua escolaridade sem obter o certificado do *General Certificate of Secondary Education*, que é o nível mínimo para poder continuar os seus estudos após os 16 anos.

Por fim, esta associação negativa entre a relação do adolescente com a escola e o *Consumo de Tabaco* poderá ser justificada pelo facto de que adolescentes mais satisfeitos com a escola estão mais atentos e perceptivos à informação sobre estilos de vida saudáveis e têm melhores expectativas (Cristina et al., 2016).

#### 3.4.2.2. Estratégias de estudo e o Consumo de tabaco

Observou-se no presente estudo que adolescentes *Não fumadores* utilizaram *Estratégias de Estudo* com uma frequência significativamente maior comparativamente aos *Fumadores regulares* (em todas as subescalas e na Cotação total, com a exceção da *Retenção / Evocação da informação*) e aos *Fumadores ocasionais* (apenas na *Planificação das Atividades de Estudo*).

Neste mesmo sentido, a literatura internacional realça uma relação negativa entre a implicação no estudo / trabalho escolar e o *Consumo de Tabaco*. Assim, Yorulmaz e colaboradores (2002) notaram em adolescentes turcos que um menor tempo de estudo está associado a este consumo, Bryant e colaboradores (2003) observaram em adolescentes americanos que este consumo era maior naqueles que apresentavam um menor nível de esforço (frequência com que os adolescentes tentaram, no ano anterior, fazer o seu melhor trabalho na escola), Barnes e colaboradores (2007) verificaram em adolescentes americanos que quanto maior o tempo dispensado a fazer os trabalhos de casa menor a possibilidade de fumar, e Kinnunen e colaboradores (2016) constataram em adolescentes europeus que uma baixa implicação escolar (avaliada através do *Schoolwork Engagement Inventory*, que considera, entre outros, a dedicação relativa ao trabalho escolar e a absorção na realização do trabalho escolar) aumenta a probabilidade de um consumo diário de tabaco.

No que se refere a uma possível relação de causalidade, Minkkinen e colaboradores (2018) observaram em adolescentes finlandeses que uma elevada implicação no trabalho escolar (avaliada através do *Schoolwork behavioural engagement* com questões relativas ao trabalho escolar realizado em casa e ao comportamento durante as aulas) no 7º ano de escolaridade prediz uma menor probabilidade de consumo de tabaco no 9º ano.

Apesar do tempo e da implicação no estudo não refletirem a frequência de utilização de estratégias de estudos, estes indicadores dão-nos uma perceção do investimento dos adolescentes no seu estudo, embora não nos permita inferir sobre a qualidade desse mesmo investimento.

Relativamente às razões para esta relação, Barnes e colaboradores (2007) salientam que a realização dos trabalhos de casa reforça a relação do adolescente com a sociedade e previne problemas de comportamento.

#### 3.4.2.3. Tipo de Raciocínio e o Consumo de tabaco

Não se constatou no presente estudo diferenças significativas no tipo de *Raciocínio* entre adolescentes com diferentes prevalências de *Consumo de Tabaco*. Contudo, alguns estudos parecem evidenciar uma relação significativa entre o *Consumo de Tabaco* e o desempenho cognitivo. Se

considerarmos a população em geral, a revisão da literatura de Anstey e colaboradores (2007) refere que os fumadores mais idosos têm um risco acrescido de demência ou de declínio cognitivo. No que respeita aos adolescentes, Jacobsen e colaboradores (2005) constataram, em 41 adolescentes fumadores e 32 não fumadores (média de idades 17 anos), que os adolescentes que consomem tabaco têm valores mais baixos no *Quociente de inteligência* (avaliado através do *Kaufman Brief Intelligence Test*). Também nesse estudo, os *Fumadores*, comparativamente aos *Não fumadores*, respondem menos corretamente aos testes da memória de trabalho (sendo essas respostas menos corretas quanto mais precoce é a iniciação do consumo) e realizam as tarefas relativas à atenção dividida (“Divided attention”) mais lentamente (Jacobsen et al., 2005). Por fim, Minkkinen e colaboradores (2018) observaram que um maior nível de competência cognitiva (avaliada através de duas tarefas retiradas do *Finnish Learning-to-Learn Assessment Battery*) no 7º ano de escolaridade predizia uma menor probabilidade de consumir tabaco no 9º ano.

#### 3.4.2.4. Resultados escolares e o Consumo de tabaco

Constatou-se no presente estudo que os adolescentes *Não fumadores* obtiveram *Médias das Classificações Escolares* significativamente maiores ( $p < 0,05$ ) no *Ensino Básico* (Média dos resultados nas disciplinas de *Português e Matemática*, na *Média a todas as disciplinas* e na *Média dos Exames Nacionais*), no *Ensino Secundário* nos *Cursos Científico Humanísticos (Média a todas as disciplinas)* e nos *Cursos Profissionais (Média no Modulo de Português e na Média a todos os módulos)*, comparativamente aos adolescentes *Fumadores regulares*. Não se verificaram diferenças significativas ( $p > 0,05$ ) nas *Médias das Classificações Escolares* entre adolescentes *Não fumadores* e *Fumadores ocasionais*.

Estes resultados estão de acordo com a literatura, que refere a tendência de os resultados escolares mais baixos estarem significativamente associados ao *Consumo de Tabaco* em adolescentes portugueses (Ferreira et al., 2013; Magalhães, 2010; Urbán et al., 2022), bósnios (Sekulic, Ostojic, Ostojic, Hajdarevic, & Ostojic, 2012), chilenos (Gaete et al., 2016), chineses (Wang et al., 2016), coreanos (So & Park, 2016), húngaros (Piko & Kovács, 2010), indianos (Jaisoorya et al., 2016), ingleses (Stiby et al., 2014), kosovares (Tahiraj, Cubela, Ostojic, Rodek, & Zenic, 2016), norte americanos (Bryant et al., 2003; Cox, Zhang, Johnson, & Bender, 2007), turcos (Yorulmaz et al., 2002) e de vários países europeus (Kinnunen et al., 2016). Como exceção, Hill e Mrug (2015) constataram que, pelo contrário, o consumo de tabaco não está significativamente associado aos resultados escolares (média do *Reading and Math Stanford Achievement Test-10 Edition*) de adolescentes

americanos.

Na verdade, têm sido vários os autores que procuraram determinar, como descrevem Sekulic e colaboradores (2012), se é o *Consumo de Tabaco* que provoca maus resultados escolares ou se são aqueles que obtêm maus resultados escolares que são mais propensos a gravitar na direção de subculturas onde esse consumo é mais frequente. Assim, Ellickson e colaboradores (2001) constataram que adolescentes fumadores, quando frequentam o 7º de escolaridade e comparativamente aos *Não fumadores*, têm cerca de 2 a 3 vezes mais probabilidades de obterem resultados escolares mais baixos. Também Cox e colaboradores (2007) notaram que adolescentes do 9º ao 12º ano de escolaridade que fumam de forma regular têm cerca de 2,5 mais probabilidades de alcançarem piores resultados escolares relativamente aos que não fumam. Por outro lado, Charlton (1996) observou que as crianças que não conseguiram obter os resultados escolares que pretendem têm uma maior probabilidade de começar a consumir tabaco. De igual modo, Bryant e colaboradores (2003) constataram que o aumento no *Consumo de Tabaco* entre os 14 e os 20 anos é maior nos adolescentes que têm piores resultados escolares aos 14 anos. Da mesma forma, Henry e Muthén (2010) observaram, em adolescentes americanas do 9º ano de escolaridade, que a probabilidade de uma rapariga ser uma fumadora moderada ou uma grande fumadora ("*heavy smoker*") comparativamente a uma *Não fumadora*, é significativamente maior se os seus resultados escolares baixarem. Posteriormente, também Moor e colaboradores (2015) verificaram, após a análise dos resultados relativos ao HBSC de 2005/2006, que ter resultados escolares *Bons* ou *Muito bons* diminui a probabilidade de vir a ser fumador semanal, comparativamente a ter resultados *médios* ou *abaixo* da média. Mais recentemente, Gaete e colaboradores (2016) observaram que os resultados no Exame nacional de Matemática são um dos fatores mais importantes na explicação da influência da escola no consumo de tabaco, e Wang e colaboradores (2016) notaram, em adolescentes chineses, que o menor risco para o consumo de tabaco é obter resultados escolares excelentes. Por fim, Latvala e colaboradores (2014) constataram uma associação bidirecional entre o *Consumo de Tabaco* e os resultados escolares, num estudo longitudinal onde os adolescentes são avaliados em vários momentos entre os 11 e 12 anos de idade e a idade adulta, e em que: (i) só o facto de ter experimentado consumir tabaco aos 12 anos prediz uma menor performance escolar aos 14 anos, e o consumir tabaco aos 14 anos prediz negativamente o estatuto de estudante aos 17 anos; (ii) uma melhor performance escolar aos 14 anos e um melhor estatuto de estudante aos 17 anos diminui a probabilidade de fumar aos 17 anos e no início da idade adulta, e uma melhor performance escolar aos 12 anos diminui a probabilidade de um consumo diário de tabaco aos 14 anos. No que concerne

a estudos realizados em Portugal, Cristina e colaboradores (Cristina et al., 2016) constataram que há uma maior probabilidade de ser fumador regular se as classificações escolares são inferiores a 50%.

No que respeita às razões pelas quais um bom *Desempenho escolar* está associado a não consumir tabaco, a literatura propõe a experiência do sucesso, que decorre da obtenção de bons resultados escolares e que ajuda os adolescentes a evitarem esse consumo (Piko & Kovács, 2010), mas também o facto dos alunos com melhores resultados terem mais e melhor informação, e de valorizarem mais certos comportamentos como a aversão ao risco e o valor do futuro (Cristina et al., 2016).

Tahiraj e colaboradores (2016) propõem duas outras explicações. A primeira é que consumir tabaco pode limitar a capacidade de aprendizagem, devido aos efeitos fisiológicos negativos deste consumo na cognição. Contudo, esses mesmos autores reconhecem que é necessário um período de tempo alargado para que esses efeitos se verifiquem. A segunda explicação é que os adolescentes que não tem sucesso escolar têm tendência a estarem mais ausentes na escola, o que os coloca numa situação sociocultural onde é mais provável a sua iniciação ao *Consumo de Tabaco*.

De facto, o absentismo é referido na literatura como estando significativamente associado com este consumo, seja em adolescentes portugueses (Ferreira, 2013; Nunes, 2004), seja em adolescentes bósnios (Zenic et al., 2015), chilenos (Gaete et al., 2016), espanhóis (Corbí & Pérez, 2013), norte-americanos (Bryant et al., 2003; Hill & Mrug, 2015) e de sete países do sudeste asiático (Pengpid & Peltzer, 2017). Para Pengpid e Peltzer (2017) os jovens que faltam à escola têm um maior período de tempo sem supervisão, o que lhes permite iniciar-se no consumo de tabaco.

O presente estudo mostrou que relativamente ao *Percurso escolar*, uma percentagem significativamente inferior de *Não fumadores* ficou retida ao longo da sua escolaridade, comparativamente aos *Fumadores regulares*. Este resultado parece salientar a associação entre o consumo regular de tabaco e uma escolaridade com pouco sucesso.

Da análise de outros estudos realizados em Portugal constata-se também que o não consumir tabaco está significativamente associado a uma escolaridade sem retenções. Assim, Domingues e colaboradores (2014) observaram diferenças significativas no número de retenções escolares com o *Consumo de Tabaco*, e Costa (2009) e Olim (2011) constataram uma percentagem significativamente superior de adolescentes *Não fumadores*, comparativamente aos *Fumadores*, entre os que não tiveram retenções ao longo da sua escolaridade. Também Fraga e colaboradores (2006) verificaram, em adolescentes com 13 anos, uma significativamente maior prevalência de *fumadores* nos adolescentes que já tinham ficado retidos, embora apenas nos rapazes. Por fim, Corbi e Pérez (2013) observaram,

em adolescentes espanhóis, que o número de dias com consumo de tabaco é significativamente superior nos adolescentes que já tinham repetido um ou dois anos no seu percurso escolar, comparativamente aos que nunca ficaram retidos.

No que concerne a uma eventual relação causal entre o percurso escolar e o *Consumo de Tabaco*, Azevedo e colaboradores (1999) referem que uma menor performance escolar (avaliada pelo número de retenções ao longo da escolaridade) parece ser um fator de risco para consumir de tabaco porque, entre os estudantes que ficaram retidos e que fumam, mais de 2/3 começaram a fumar depois da sua primeira retenção. Também Frazão (2004) observou que, quando se procura predizer este consumo nos adolescentes, o segundo fator mais importante é o número de retenções. Por outro lado, Ellickson e colaboradores (2001) verificaram que os *fumadores* têm entre 2 a 3 vezes mais probabilidades de ficarem retidos relativamente aos *não fumadores*, e Cook (2006) constatou que consumir tabaco prediz de forma forte, negativa e significativa a conclusão do *Ensino Secundário*.

Uma explicação avançada por Cook (2006) para a relação negativa entre o *Consumo de Tabaco* e a escolaridade dos adolescentes é que ambos são influenciados pelas preferências do *tempo* dos indivíduos: os adolescentes que são mais orientados para o presente tem mais probabilidades que os seus pares de consumir tabaco e de terminar mais cedo a sua escolaridade. Assim, segundo este autor, os adolescentes que estão menos ligados à escola e que estão mais decididos a terminar os seus estudos mais cedo sentem que o *Consumo de Tabaco* é mais atrativo, relativamente aos que pretendem continuar os seus estudos.

#### *3.4.2.5. Relação com a escola, Estratégias de estudo, tipo de Raciocínio, Resultados escolares e o Consumo de tabaco*

Observou-se no presente estudo que o *Desempenho escolar* era progressivamente melhor nos adolescentes que não consumiam tabaco, comparativamente aos adolescentes que o consumiam com uma frequência cada vez maior.

De facto, e contrariamente à grande maioria da bibliografia consultada, a análise no presente estudo não se restringiu a adolescentes fumadores/não fumadores mas considerou também a categoria de *Fumador ocasional*, por considerar que a diferenciação dos comportamentos de risco é, neste contexto, especialmente pertinente. De facto, Simões (2010) salienta que os comportamentos de risco desempenham importantes funções ao longo da adolescência (algumas das quais já foram citadas anteriormente), como a experimentação de componentes da vida não descobertas até então (sem os limites estabelecidos ou a proteção dada pelos pais); a conquista da aceitação e do respeito

pelos pares; a procura da autonomia face aos pais; a manifestação de rejeição pelas normas e valores convencionais; a gestão da ansiedade, da frustração e da antecipação do fracasso; a confirmação a si próprio ou aos outros de determinados atributos; a adaptação da sua identidade; e a demonstração de prova de maturidade e de transição para um estatuto mais adulto.

Assim, e ainda segundo Simões (2010), se este tipo de comportamentos pode ser normativo e saudável para o desenvolvimento dos adolescentes, ele pode também constituir uma séria ameaça para a sua saúde. No caso concreto do *Consumo de Tabaco*, ele pode evoluir da *Fase de iniciação e experimentação* para a *Fase de aquisição do hábito* (Fases relativas ao processo de transformação de um indivíduo em fumador, propostas pelo Conselho de Prevenção do Tabagismo e descritas em Fernandes et al., 2012) se se verificar um reforço do hábito de consumo até o adolescente adquirir a dependência. Neste caso, um dos limites poderá ser o não ultrapassar a fase de experimentação, isto é, não manter esse comportamento de risco ao longo do tempo (Simões, 2010), para que assim este não se transforme numa séria ameaça para a sua saúde.

Por fim, observou-se também no presente estudo que o *Desempenho Escolar* era mais positivo nos adolescentes *Não Fumadores* comparativamente aos *Fumadores ocasionais*, mas apenas em duas das componentes (um item de cada), e que ele era positivo de uma forma muito mais generalizada entre os *Não Fumadores* e os *Fumadores regulares*, uma vez que essas diferenças constatavam-se em todas as componentes. Desta forma, o *Desempenho escolar* parece ser mais negativo com o aumento da frequência do *Consumo de tabaco* pelo adolescente.

### **3.5. CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E PROPOSTAS DE FUTURAS INVESTIGAÇÕES**

Na primeira parte deste estudo analisou-se frequência do *Consumo de Tabaco* e de como a mesma variou com as características dos adolescentes. Observou-se assim que uma elevada percentagem dos adolescentes era *Não fumador*, numa percentagem em concordância com as descritas na maioria da literatura.

Observou-se também uma percentagem significativamente mais elevada de *Fumadores regulares*, comparativamente à percentagem de *Não fumadores*, entre os rapazes, os adolescentes que frequentavam o *Ensino Secundário* e os que frequentavam *Cursos profissionais*, comparativamente às raparigas, aos que frequentavam o *Ensino Básico* e aos que frequentavam um *Curso Científico-Humanístico*, respetivamente. A literatura não é conclusiva relativamente às diferenças no *Consumo de tabaco* entre rapazes e raparigas, mas revela uma maior frequência deste consumo nos adolescentes mais velhos e nos que frequentam *Cursos profissionais*.

Constatou-se ainda que uma percentagem significativamente superior de adolescentes *Não fumadores* gostava da escola e tinha como perspectiva prosseguir os seus estudos no *Ensino Superior*, comparativamente aos *Fumadores Regulares*, e achava que a escola se preocupava com ele, comparativamente aos *Fumadores Ocasionalis*. Estes resultados estão em concordância com os descritos na literatura. Desta forma, parece realçar-se que a relação que o adolescente estabelece com a escola está positivamente associada a não consumir tabaco.

No que concerne à frequência de utilização de *Estratégias de Estudo*, os adolescentes *Não fumadores* parecem utilizá-las com mais frequência que os adolescentes *Fumadores ocasionais*, mas sobretudo com mais frequência que os *Fumadores regulares*. Estes resultados sugerem um efeito inversamente proporcional entre o *Consumo de Tabaco* e a frequência de emprego de *Estratégias de Estudo*. A literatura também refere que o maior tempo / investimento no trabalho escolar está associado a uma menor probabilidade de consumir tabaco.

Quando considerado o tipo de *Raciocínio*, não se verificaram diferenças significativas entre adolescentes com diferentes prevalências de *Consumo de Tabaco*, embora alguma literatura sugira que adolescentes *Não fumadores* têm uma maior probabilidade de alcançarem um melhor desempenho cognitivo comparativamente aos fumadores.

Ainda no que respeita aos *Resultados Escolares*, verificou-se que os *Não fumadores* obtiveram *Médias de Classificações escolares* significativamente maiores às dos *Fumadores regulares*, e que tal se observou nos dois *Ciclos de Ensino* e nos dois *Tipos de Curso*. Constatou-se também que uma percentagem significativamente maior de *Não fumadores* não apresentavam retenções ao longo da sua escolaridade, comparativamente aos *Fumadores regulares*. Nesse sentido, também a literatura destaca que o *Consumo de tabaco* está negativamente associado às *Médias de Classificações escolares* e ao *Percurso escolar* de adolescentes. De salientar que não se verificaram diferenças significativas nos *Resultados escolares* entre adolescentes *Não fumadores* e *Fumadores ocasionais*.

Por fim, e de uma forma global, observou-se que o *Desempenho Escolar* era mais positivo nos adolescentes *Não fumadores*, comparativamente aos *Fumadores Ocasionalis*, mas bastante mais positivo comparativamente aos *Fumadores regulares*.

Este estudo apresenta várias limitações. Para além das descritas no capítulo dois, acrescenta-se a da não avaliação do absentismo escolar, que é uma variável importante na vida escolar do adolescente e que, segundo a literatura, está significativamente relacionada com o *Consumo de Tabaco*. Uma outra limitação é a da utilização de um critério único para caracterizar o *Consumo de*

*Tabaco* dos adolescentes que, se permite criar grupos bem definidos relativamente este consumo, por outro lado caracteriza de forma muito sumária os seus consumidores. Outras informações como a idade de início do consumo, a duração do mesmo, uma frequência de consumo mais detalhada, o contexto dos consumos e a quantidade de cigarros por cada episódio de consumo, permitiriam compreender de forma mais aprofundada a forma como o *Desempenho escolar* varia com este consumo.

Como propostas para futuras investigações, o estudo da influência das características dos adolescentes na forma como o *Desempenho Escolar* varia com o *Consumo de Tabaco* parece ser a sequência lógica deste estudo, dada a forma estatisticamente significativa como este consumo variou com essas mesmas características.

Uma caracterização mais aprofundada dos adolescentes *Fumadores ocasionais* e *Fumadores regulares* parece pertinente após os resultados do presente estudo, para assim melhor perceber o que diferencia os primeiros dos adolescentes *Não fumadores* relativamente ao seu *Desempenho Escolar*, mas também para perceber com quais dos adolescentes *Fumadores regulares* o *Desempenho Escolar* varia de forma mais generalizada.

Outra proposta de análise futura, decorrente dos resultados obtidos neste estudo, será a avaliação da relação entre o *Desempenho Escolar* e o *Consumo de Tabaco* ao longo da adolescência para assim melhor compreender a relação de causa e efeito, isto é, se será o *Consumo de Tabaco* que influencia o *Desempenho Escolar*, ou o contrário, mas também para saber como a relação entre essas duas variáveis evolui ao longo da adolescência.

No sentido de melhor compreender a dinâmica entre o *Desempenho Escolar* e o *Consumo de Tabaco*, a realização de grupos de discussão poderia também ser útil para conhecer a perceção dos adolescentes face à relação entre estas duas variáveis e saber que fatores, segundo eles, influenciam a relação entre elas.

## RESULTADOS A DESTACAR

Os adolescentes que fumavam, de forma ocasional ou regular, constituíam 14 % da amostra.

O *Consumo de tabaco* variou de forma significativa com as características dos adolescentes, uma vez que a percentagem de *Fumadores regulares* era significativamente maior nos rapazes, nos adolescentes que frequentavam o *Ensino secundário* e nos que frequentavam *Cursos profissionais*, comparativamente aos *Não fumadores*.

Os adolescentes *Não fumadores* tinham uma *Relação com a escola* significativamente mais positiva e utilizavam com mais frequência *Estratégias de estudo* que os adolescentes *Fumadores ocasionais* e *Fumadores regulares*, e os primeiros obtiveram também *Resultados escolares* significativamente melhores que os adolescentes *Fumadores regulares*.

## **CAPÍTULO 4 – COMPORTAMENTOS SEXUAIS E O DESEMPENHO ESCOLAR DE ADOLESCENTES PORTUGUESES**

### **4.1. INTRODUÇÃO**

A sexualidade é uma força estruturante do indivíduo que se manifesta em todas as épocas da vida, em todos os seus atos (Matos & Sampaio, 2009) e sob múltiplas formas de expressão (Zangao & Sim-Sim, 2011). Por consequência, a saúde sexual é uma componente central da saúde da população (European Commission Conference on Youth Health, 2009).

#### **4.1.1. Comportamentos sexuais na adolescência**

A iniciação do comportamento sexual é claramente normativa (Farris, Akers, Downs, & Forbes, 2013; Ramiro et al., 2015) na transição para a idade adulta (Ramiro et al., 2015), mas as consequências negativas na saúde sexual afetam desproporcionadamente mais os adolescentes que os adultos (Farris et al., 2013). Assim, sendo os adolescentes um grupo de elevado risco no que respeita aos comportamentos de saúde em geral (Carter et al., 2007), a sua saúde sexual surge como um desafio particularmente importante (European Commission Conference on Youth Health, 2009).

Todavia, a definição universal e objetiva de comportamentos positivos para a saúde sexual de adolescentes não está ainda estabelecida (He, Kramer, Houser, Chomitz, & Hacker, 2004). Nesse contexto, embora o coito seja considerado como um marco iniciático (Zangao & Sim-Sim, 2011) e a iniciação sexual não seja, em si mesma, considerada como um comportamento de risco para a saúde, outros comportamentos que lhe poderão estar associados podem ser considerados como tal, como o iniciar-se precocemente e/ou não utilizar o preservativo (Busch et al., 2014). De facto, mesmo havendo grandes diferenças culturais nas atitudes relativas à sexualidade dos adolescentes nas sociedades ocidentais atuais, estas partilham valores comuns para a fase inicial da adolescência, como a necessidade de promover ações educativas, de proporcionar a criação de amizades, e de evitar a iniciação da atividade sexual (Madkour, Farhat, Halpern, Godeau, & Gabhainn, 2010).

#### **4.1.2. Comportamentos sexuais de risco na adolescência – uso de preservativo e relações sexuais sob o efeito de álcool e/ou drogas**

A perceção de invulnerabilidade pessoal e a tendência dos adolescentes para se focarem em questões imediatas e não nas consequências de longo prazo do seu comportamento (Pinto & Reis,

2017; Reis, Ramiro, Camacho, Tomé, & Matos, 2018) torna-os especialmente vulneráveis a *Comportamentos sexuais de risco*, como o uso inconsistente do preservativo e a associação da atividade sexual ao consumo de substâncias como álcool e/ou drogas (Matos & Sampaio, 2009; Ramiro, Reis, & Matos, 2019).

As consequências associadas aos *Comportamentos sexuais de risco* no que respeita ao não uso (ou a um uso inconsistente) de contraceptivos são, por um lado, o aumento do risco de gravidez indesejada (e assim de um possível aborto ou de uma maternidade/paternidade precoce) e, por outro, a falta de uma barreira de proteção que aumenta o risco de contrair uma IST (European Commission Conference on Youth Health, 2009; Ramiro et al., 2015; Reis et al., 2018).

Por outro lado, o consumo de álcool afeta a cognição, o humor e a capacidade de julgamento (Dallo & Martins, 2018) o que, tal como a crença de que esse consumo aumenta o prazer sexual, podem conduzir à desinibição por parte dos adolescentes e facilitar assim a realização de relações sexuais (Cardoso, Malbergier, & Figueiredo, 2008; Scivoletto et al., 1999). Desta forma, a associação entre consumo de álcool e relações sexuais poderá estar relacionada com a diminuição da capacidade de discernir riscos e com dificuldades na negociação, que poderão ter como consequência uma iniciação sexual precoce (Scivoletto et al., 1999), a não utilização de preservativo masculino (Bertoni et al., 2009; Cardoso et al., 2008; Costa, Raposo, Valença, Santos, & Amorim, 2017; Moura, Torres, Meire, Cadete, & Cunha, 2018) e a realização de desafios em que o adolescente normalmente não participaria (Moura et al., 2018) como, entre outros, ter um maior número de parceiros sexuais, muitos dos quais casuais (Cardoso et al., 2008).

O consumo de drogas (e particularmente a canábis) tem um papel importante nos comportamentos sexuais, uma vez que essas substâncias reduzem a capacidade de discernimento, de comunicação e de autocontrolo, provocando uma falsa sensação de segurança (Domingues et al., 2014). O consumo desse tipo de substâncias (drogas lícitas ou ilícitas) está associado a um início sexual precoce (Scivoletto et al., 1999), a uma menor consistência na utilização de preservativos, à gravidez precoce e à contração de IST (Bertoni et al., 2009).

#### **4.1.3. A escola e comportamentos sexuais de risco**

No estudo dos *Comportamento sexuais de risco* de adolescentes europeus, realizada pela *European Commission Conference on Youth Health* (2009), constata-se grandes diferenças na utilização de preservativos, no número de abortos e de gravidezes na adolescência e ainda no número de indivíduos que contraem IST. Segundo esta comissão, estes resultados poderão dever-se a

diferenças substanciais entre os diversos países no que concerne à cultura e aos antecedentes religiosos, que se refletem nas políticas de saúde sexual e reprodutiva como o planeamento familiar e a acessibilidade à contraceção e ao aborto, a acessibilidade dos serviços para os jovens, ou a forma como os sistemas educativos lidam com temas como o género, a educação para a saúde e a educação sexual em meio escolar. Consequentemente, parece necessário considerar de forma sistemática o contexto social e cultural dos adolescentes na análise de resultados relativos a estas temáticas.

De facto, o contexto social onde os jovens crescem influencia de forma importante o desenvolvimento do seu comportamento (Carter et al., 2007) e, no caso particular da sexualidade, parecem ser os fatores exteriores à família que, ao longo da adolescência, exercem uma influência cada vez mais relevante (Kotchick, Shaffer, Forehand, & Miller, 2001). Nesse sentido, a escola surge como um agente importante e influente porque é o contexto onde o adolescente passa uma quantidade considerável do seu tempo (Aspy et al., 2012; Respress, Amutah-onukagha, & Opara, 2018), e onde os *Comportamentos sexuais de risco* dos adolescentes ganham forma devido às atitudes, aos comportamentos e às normas que são manifestados no espaço escolar pelos seus pares e pelos professores (Respress et al., 2018). Nesse sentido, a literatura reforça o papel positivo desempenhado pela escola na prevenção desses mesmos comportamentos (Aspy et al., 2012; Kirby, 2002), e apresenta mesmo alguns mecanismos que poderão explicar essa influência (Kirby, 2002), uma vez que a escola: (i) estrutura o tempo do adolescente e limita a quantidade de tempo que o adolescente pode estar sozinho, e assim poder vir a ter relações sexuais; (ii) aumenta a interação e a afeição com adultos que desencorajam os comportamento de risco; (iii) influencia a escolha dos amigos e alarga o grupo de pares que são importantes para eles (e as normas dos grupos de pares acerca do sexo e da contraceção influenciam significativamente o comportamento dos adolescentes); (iv) pode aumentar as perspetivas de futuro e ajudar o adolescente a estabelecer os seus planos para uma educação universitária e para a sua carreira, o que pode aumentar a motivação para evitar uma maternidade/paternidade precoce; e (v) pode aumentar a autoestima dos adolescentes, a sua perceção de competência, e a sua capacidade de comunicação e de recusa.

#### **4.1.4. Desempenho escolar e comportamentos sexuais de risco.**

Embora a adolescência seja um período de agitação e de exploração, espera-se um bom desempenho escolar por parte dos adolescentes (Kumar et al., 2013), uma vez que o sucesso escolar é um importante preditor das oportunidades socioeconómicas enquanto adulto (Frisco, 2008). Para tal, os adolescentes que têm ambições a nível escolar necessitam de tomar decisões que ultrapassem o

âmbito exclusivamente acadêmico, uma vez que precisam também de considerar a forma como outros aspetos da vida, como o comportamento sexual, podem influenciar negativamente as suas possibilidades de alcançar o sucesso escolar, seja através de uma menor concentração nos seus objetivos escolares seja pelas consequências não desejadas de uma sexualidade ativa (Frisco, 2008) como a contração de uma IST ou ter uma gravidez indesejada e/ ou um aborto (Ramiro et al., 2015; Reis et al., 2018). Neste contexto, importa também realçar que os efeitos dos *Comportamentos sexuais de risco* não se limitam ao curto-prazo, uma vez que os padrões de performance escolar e de *Comportamentos sexuais de risco* no *Ensino Secundário* explicam grandemente a diferença na prevalência desses comportamentos entre jovens que frequentam a universidade e aqueles que não a frequentam (Bailey, Fleming, Henson, Catalano, & Haggerty, 2008).

#### **4.1.5. Objetivos**

Assim, é objetivo deste estudo conhecer a frequência de comportamentos sexuais de adolescentes em quatro agrupamentos de escolas do Alto Minho, e avaliar se a mesma varia com as características individuais dos adolescentes. Neste estudo pretende-se também verificar se o *Desempenho escolar* varia de forma significativa com esses comportamentos sexuais.

## **4.2. METODOLOGIA**

Os *Comportamentos sexuais* foram avaliados através de quatro questões. A primeira é adaptada de Pontes (2011), e procura caracterizar o grau de experiência sexual: *Sobre a tua experiência sexual, até onde já chegaste?* Para esta pergunta há cinco opções de resposta: (i) *Não tive qualquer tipo de experiência sexual;* (ii) *Beije nos lábios um rapaz / rapariga, com carícias por cima da roupa;* (iii) *Acaricieei e fui acariciado diretamente em qualquer parte do corpo, incluindo os órgãos genitais;* (iv) *Tive relações sexuais com penetração com uma pessoa;* e (v) *Tive relações sexuais com penetração com mais de uma pessoa.* Se a resposta do adolescente corresponde às duas últimas opções, considera-se que o adolescente já se iniciou sexualmente e, por isso, tem *Experiência de relações sexuais.*

As seguintes três questões eram colocadas apenas aos adolescentes com essa *Experiência de relações sexuais.* Assim, a primeira é adaptada de Marreiros (2002) e refere-se à frequência com que o adolescente utiliza o preservativo masculino e tem cinco opções (i) *Nunca;* (ii) *Uma vez;* (iii) *Ocasionalmente;* (iv) *Frequentemente;* e (v) *Sempre.* Assim, se o adolescente opta pela última opção considera-se que ele utiliza sistematicamente o preservativo masculino quando tem relações sexuais;

se ele escolhe qualquer outra opção, considera-se que ele tem um *Comportamento sexual de risco*.

As duas outras questões são adaptadas de Zão (2012) e são: *Já tiveste relações sexuais sob o efeito de álcool?* e *Já tiveste relações sexuais sob o efeito de drogas?* As opções de resposta a estas duas questões são as mesmas da pergunta anterior e, se o adolescente escolhe a opção *Nunca*, considera-se que ele nunca teve relações sexuais sob o efeito de álcool e/ou drogas, mas, se ele escolhe qualquer uma das outras opções, considera-se que ele tem um (ou dois) *Comportamento(s) sexual (ais) de risco*.

Finalmente, foi também considerada como variável o número de *Comportamentos sexuais de risco*, em que se observou o número de *Comportamentos sexuais de risco* que cada adolescente acumulava, independentemente da sua designação.

Assim, considera-se como *Comportamentos sexuais* a *Experiência de relações sexuais* e os *Comportamentos sexuais de risco*. Como *Comportamentos sexuais de risco* considera-se a utilização não sistemática do preservativo masculino, o ter tido relações sexuais sob o efeito de álcool, o ter tido relações sexuais sob o efeito de drogas, e ainda a acumulação desses comportamentos (independentemente da sua natureza).

No capítulo 2 desta tese descreveram-se os procedimentos (2.2.1), a amostra (2.2.2), o questionário principal e os instrumentos que nele foram incluídos (2.2.3), a *Bateria de Provas de Raciocínio* (2.2.4) e a recolha dos *Resultados escolares* (2.2.5), que são comuns ao estudo sobre os *Comportamentos sexuais*, no qual se foca o presente capítulo.

Como procedimentos estatísticos, analisou-se a frequência do *Grau de experiência sexual*, dos *Comportamentos sexuais de risco* e do número de *Comportamentos sexuais de risco* e, para verificar se esses indicadores variavam com as características dos adolescentes (*Sexo, Idade, Ciclo de ensino, Tipo de curso e Nível Socioeconómico*), empregou-se o *Teste do Qui-Quadrado*. Este teste foi também utilizado para avaliar se a relação que o adolescente estabelecia com a escola e se o seu *Percurso escolar* variavam de forma significativa com estes três indicadores. Empregou-se o *Teste de Kruskal-Wallis* para verificar se a frequência de utilização de *Estratégias de estudo*, o tipo de *Raciocínio* e as *Médias das classificações escolares* (que não respeitavam os critérios de normalidade) variaram de forma significativa com os indicadores já descritos. Por fim, foi aplicado o *Teste t de Student para amostras independentes* (quando o *número de grupos* em comparação era de dois) ou a *ANOVA Unifatorial* (três ou mais *grupos* em comparação) para analisar se as *Médias das classificações escolares*, que respeitavam os critérios de normalidade, variaram de forma significativa com estes indicadores de *Comportamentos sexuais*.

### 4.3. RESULTADOS

Os resultados do presente estudo estão estruturados em cinco partes. Na primeira (4.3.1) descreve-se a frequência dos *Comportamentos* sexuais dos adolescentes, e de como esses comportamentos variaram com as características dos mesmos, e nas partes seguintes relata-se como a *Relação com a escola* (4.3.2), a frequência de utilização de *Estratégias de estudo* (4.3.3), a performance na *Bateria de Provas de Raciocínio* (4.3.4) e os *Resultados escolares* (4.3.5) variaram com os *Comportamentos sexuais*.

#### 4.3.1. Comportamentos sexuais dos adolescentes

Constatou-se que 38% dos adolescentes questionados não tiveram qualquer tipo de experiência sexual e que 22% (15% + 7%) já tiveram *Experiência de relações sexuais* (Tabela 4.1).

**Tabela 4.1** Experiência sexual dos adolescentes

| Nível de experiência sexual   | Frequência |    |
|---|------------|----|
|   | n          | %  |
| Não tive qualquer tipo de experiência sexual  | 368        | 38 |
| Beijei nos lábios um rapaz / rapariga, com carícias por cima da roupa                           | 291        | 30 |
| Acariciei e fui acariciado diretamente em qualquer parte do corpo, incluindo os órgãos genitais | 100        | 10 |
| Tive relações sexuais com penetração com uma pessoa   | 149        | 15 |
| Tive relações sexuais com penetração com mais de uma pessoa                                     | 67         | 7  |

A Tabela 4.2 mostra que dos adolescentes com *Experiência de relações sexuais*, 39% (4% + 7% + 9% + 19%) não utilizaram o preservativo de forma sistemática, 20% (9% + 6% + 3% + 2%) já tiveram relações sexuais sob o efeito de álcool e 14% (3% + 7% + 2% + 2%) sob o efeito de drogas.

**Tabela 4.2** Comportamentos sexuais de risco

| Frequência     | Comportamentos sexuais de risco |    |                                      |    |     |    |
|----------------|---------------------------------|----|--------------------------------------|----|-----|----|
|                | Uso de preservativo masculino   |    | Ter relações sexuais sob o efeito de |    |     |    |
|                | n                               | %  | n                                    | %  | n   | %  |
| Nunca          | 8                               | 4  | 167                                  | 80 | 175 | 86 |
| Uma vez        | 14                              | 7  | 18                                   | 9  | 6   | 3  |
| Ocasionalmente | 17                              | 9  | 13                                   | 6  | 15  | 7  |
| Frequentemente | 36                              | 19 | 6                                    | 3  | 4   | 2  |
| Sempre         | 115                             | 61 | 5                                    | 2  | 5   | 2  |

Verificou-se ainda que 51% dos adolescentes com *Experiência de relações sexuais* não revelaram nenhum dos *Comportamentos sexuais de risco*, 37% apresentaram um desses *comportamentos*, 8% dois e 5% três desses comportamentos (Tabela 4.3).

**Tabela 4.3** Acumulação de Comportamentos sexuais de risco

| Número de comportamentos sexuais de risco | Acumulação de comportamentos sexuais de risco |    |
|---|---|----|
|   | n   | %  |
| Sem comportamentos                        | 90  | 51 |
| Um comportamento                          | 65  | 37 |
| Dois comportamentos                       | 15  | 8  |
| Três comportamentos                       | 8   | 5  |

Nota-se na Tabela 4.4 que uma percentagem significativamente maior ( $p < 0,05$ ) de *rapazes* já tinham tido *Experiência de relações sexuais* comparativamente às *raparigas*, bem como dos adolescentes que frequentavam o *Ensino Secundário* ( $p < 0,001$ ) comparativamente aos do *Ensino Básico*, e ainda dos que frequentavam um *Curso profissional* ( $p < 0,01$ ) comparativamente aos do *Curso científico-humanístico*.

**Tabela 4.4** Comportamentos sexuais e características dos adolescentes

| Comportamentos sexuais                           | Sexo                            |     | Ciclo de Ensino                   |     | Tipo de Curso                   |     |
|--|---------------------------------|-----|-----------------------------------|-----|---------------------------------|-----|
|  | M                               | F   | Bas                               | Sec | CCH                             | CP  |
| <b>Experiência de relações sexuais</b>           |                                 |     |                                   |     |                                 |     |
| Tiveram  | 26%                             | 19% | 9%                                | 28% | 26%                             | 38% |
| Não tiveram                                      | 74%                             | 81% | 91%                               | 72% | 74%                             | 62% |
|  | $\chi^2_{(1)} = 5.863, p < .05$ |     | $\chi^2_{(1)} = 45.119, p < .001$ |     | $\chi^2_{(1)} = 6.802, p < .01$ |     |
| <b>Relações sexuais sob o efeito do álcool</b>   |                                 |     |                                   |     |                                 |     |
| Tiveram  | 27%                             | 13% | 35%                               | 18% |                                 |     |
| Não tiveram                                      | 73%                             | 87% | 65%                               | 82% |                                 |     |
|  | $\chi^2_{(1)} = 6.186, p < .05$ |     | $\chi^2_{(1)} = 3.899, p < .05$   |     | n.s.                            |     |
| <b>Relações sexuais sob o efeito de droga(s)</b> |                                 |     |                                   |     |                                 |     |
| Tiveram  | 22%                             | 7%  |                                   |     |                                 |     |
| Não tiveram                                      | 78%                             | 93% |                                   |     |                                 |     |
|  | $\chi^2_{(1)} = 8.604, p < .01$ |     | n.s.                              |     | n.s.                            |     |

**M** - Masculino ; **F** - Feminino; **Bas** - Ensino Básico; **Sec** - Ensino Secundário; **CCH** - Curso científico-humanístico; **CP** - Curso profissional

Observou-se ainda que uma percentagem significativamente maior de *rapazes* afirmou ter tido relações sexuais sob o efeito de álcool ( $p < 0,05$ ) e sob o efeito de drogas ( $p < 0,01$ ) comparativamente às *raparigas*, e que uma percentagem significativamente maior de adolescentes que frequentavam o *Ensino Básico* ( $p < 0,05$ ) afirmou ter tido relações sexuais sob o efeito de álcool comparativamente aos do *Ensino Secundário*. Não se verificaram diferenças significativas ( $p > 0,05$ ) na utilização sistemática de preservativo e no número de *Comportamentos sexuais de risco* com as características dos adolescentes. Por fim, nem a *Experiência de relações sexuais* nem os *Comportamentos sexuais de risco* dos adolescentes variaram de forma significativa com o *Nível socioeconómico* ( $p > 0,05$ ).

#### 4.3.2. Relação dos adolescentes com a escola e Comportamentos sexuais

Constata-se na Tabela 4.5. que uma percentagem significativamente maior de adolescentes sem *Experiência de relações sexuais* considerou que a escola se preocupava *Bastante* ou *Muito* com eles ( $p < 0,01$ ), e que os professores eram justos *Na maioria das vezes* ou *Sempre* ( $p < 0,001$ ), comparativamente aos adolescentes com *Experiência de relações sexuais*. Contudo, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) nas questões *Como te sentes em relação à escola, atualmente?* *Sentes-te fazer parte da escola?* *Consideras a escola importante para o teu futuro?* e *Que estudos gostarias de concluir?*.

**Tabela 4.5** Relação com a escola e Comportamentos sexuais

| Relação com a escola                    |              | Comportamentos sexuais          |             |                                       |
|---|--------------|---------------------------------|-------------|---------------------------------------|
|   |              | Experiência de relações sexuais |             |                                       |
| Questão                                 | Categorias   | Tiveram                         | Não tiveram |                                       |
| Achas que a escola se preocupa contigo? | Bastante (a) | 50%                             | 62%         | $\chi^2_{(1)} = 9.771$<br>$p < .01$   |
|   | Nada (b)     | 50%                             | 38%         |                                       |
| Achas que os professores são justos?    | Sempre (c)   | 45%                             | 60%         | $\chi^2_{(1)} = 14.939$<br>$p < .001$ |
|   | Nunca (d)    | 55%                             | 40%         |                                       |

(a) Bastante e Muito; (b) Nada e Pouco; (c) Na maioria das vezes e Sempre; (d) Nunca e Por vezes

Por outro lado, a relação do adolescente com a escola não variou de forma significativa ( $p > 0,05$ ) com os indicadores relativos aos três *Comportamentos sexuais de risco*.

#### 4.3.3. Estratégias de estudo dos adolescentes e Comportamentos sexuais

Nota-se na Tabela 4.6 que os adolescentes sem *Experiência de relações sexuais* utilizaram *Estratégias de estudo* com uma frequência significativamente maior ( $p < 0,05$ ), comparativamente aos que já tinham tido essa experiência, em todas as subescalas e na cotação total do *Inventário de Estratégias de Estudo*.

No que respeita aos *Comportamentos sexuais de risco*, verificou-se que os adolescentes que nunca tiveram relações sexuais sob o efeito de álcool utilizavam com uma frequência significativamente maior a *Planificação das Atividades de Estudo* ( $p < 0,05$ ), comparativamente aos que já tinham tido esse comportamento, e os adolescentes que nunca tiveram relações sexuais sob o efeito de drogas utilizavam com uma frequência significativamente maior ( $p < 0,05$ ) a *Planificação das Atividades de Estudo* e a *Motivação para os estudos*, bem como as *Estratégias de Estudo* em geral (cotação total do *Inventário de Estratégias de Estudo*), comparativamente aos que já tinham tido esse comportamento.

De realçar que não se constatarem diferenças significativas nas *Estratégias de estudo* quando se considerou a frequência de utilização de preservativo masculino ou o número de *Comportamentos sexuais de risco*.

**Tabela 4.6** Estratégias de estudo e Comportamentos sexuais

| Inventário de Estratégias de Estudo   | Experiência de relações sexuais      |     |     |             |     |     | Comportamentos sexuais<br>Relações sexuais sob o efeito de álcool |     |     |             |     |     | Relações sexuais sob o efeito de droga (s) |     |     |             |     |     |
|---------------------------------------|--------------------------------------|-----|-----|-------------|-----|-----|---|-----|-----|-------------|-----|-----|--|-----|-----|-------------|-----|-----|
|                                       | Tiveram                              |     |     | Não tiveram |     |     | Tiveram   |     |     | Não tiveram |     |     | Tiveram                                    |     |     | Não tiveram |     |     |
|                                       | n                                    | M   | D-P | n           | M   | D-P | n   | M   | D-P | n           | M   | D-P | n  | M   | D-P | n           | M   | D-P |
| Planificação das Atividades de Estudo | 209                                  | 3,5 | 0,8 | 737         | 3,9 | 0,7 | 39  | 3,3 | 0,8 | 163         | 3,5 | 0,7 | 28   | 3,0 | 0,8 | 171         | 3,6 | 0,7 |
|                                       | <b><i>U=53942.000, p&lt;.001</i></b> |     |     |             |     |     | <b><i>U=2517.000, p&lt;.05</i></b>                                |     |     |             |     |     | <b><i>U=1556.000, p&lt;.01</i></b>         |     |     |             |     |     |
| Motivação para os estudos             | 209                                  | 3,5 | 0,7 | 737         | 3,8 | 0,7 | <i>n.s.</i>   |     |     |             |     |     | 28   | 3,3 | 0,8 | 171         | 3,6 | 0,7 |
|                                       | <b><i>U=58641.000 p&lt;.001</i></b>  |     |     |             |     |     | <i>n.s.</i>   |     |     |             |     |     | <b><i>U=1795.500, p&lt;.05</i></b>         |     |     |             |     |     |
| Descodificação da informação          | 209                                  | 3,3 | 0,7 | 737         | 3,5 | 0,6 | <i>n.s.</i>   |     |     |             |     |     |  |     |     |             |     |     |
|                                       | <b><i>U=66224.500, p&lt;.01</i></b>  |     |     |             |     |     | <i>n.s.</i>   |     |     |             |     |     |  |     |     |             |     |     |
| Organização da informação             | 209                                  | 3,3 | 0,7 | 737         | 3,4 | 0,7 | <i>n.s.</i>   |     |     |             |     |     |  |     |     |             |     |     |
|                                       | <b><i>U=67439.000, p&lt;.01</i></b>  |     |     |             |     |     | <i>n.s.</i>   |     |     |             |     |     |  |     |     |             |     |     |
| Retenção e Evocação da Informação     | 209                                  | 3,1 | 0,6 | 737         | 3,2 | 0,7 | <i>n.s.</i>   |     |     |             |     |     |  |     |     |             |     |     |
|                                       | <b><i>U=69184.500, p&lt;.05</i></b>  |     |     |             |     |     | <i>n.s.</i>   |     |     |             |     |     |  |     |     |             |     |     |
| Cotação total                         | 209                                  | 3,3 | 0,5 | 737         | 3,5 | 0,5 | <i>n.s.</i>   |     |     |             |     |     | 28   | 3,1 | 0,6 | 171         | 3,4 | 0,5 |
|                                       | <b><i>U=58274.000, p&lt;.001</i></b> |     |     |             |     |     | <i>n.s.</i>   |     |     |             |     |     | <b><i>U=1631.000, p&lt;.01</i></b>         |     |     |             |     |     |

#### 4.3.4. Tipo de Raciocínio dos adolescentes e Comportamentos sexuais

Observou-se que os adolescentes que não utilizavam o preservativo masculino de forma sistemática alcançaram resultados significativamente mais elevados ( $p < 0,05$ ) no teste de *Raciocínio abstrato* comparativamente àqueles que o utilizavam de forma sistemática (Tabela 4.7). Por fim, o item *Raciocínio* não variou de forma significativa ( $p > 0,05$ ) com a *Experiência de relações sexuais*, ou com os outros indicadores de *Comportamentos sexuais de risco*.

**Tabela 4.7** Tipo de Raciocínio e Comportamentos sexuais

| Raciocínio          | Comportamentos sexuais               |      |     |                            |      |     | <b><i>U=49,500, p&lt;.05</i></b> |
|---------------------|--------------------------------------|------|-----|----------------------------|------|-----|----------------------------------|
|                     | Utilização de preservativo masculino |      |     |                            |      |     |                                  |
|                     | Utilização sistemática               |      |     | Utilização não sistemática |      |     |                                  |
|                     | n                                    | M    | D-P | n                          | M    | D-P |                                  |
| Raciocínio abstrato | 12                                   | 11,3 | 2,2 | 5                          | 13,6 | 1,3 |                                  |

#### 4.3.5. Resultados escolares dos adolescentes e Comportamentos sexuais

As *Médias das classificações escolares* no presente estudo variaram de forma significativa ( $p < 0,05$ ) com a *Experiência de relações sexuais* dos adolescentes (Tabela 4.8).

**Tabela 4.8** Médias das classificações escolares e Comportamentos sexuais

| Resultados escolares -<br>Média das classificações<br>escolares | Comportamentos sexuais          |      |     |             |      |     |   |
|---|---------------------------------|------|-----|-------------|------|-----|---|
|   | Experiência de relações sexuais |      |     |             |      |     |   |
|   | Tiveram                         |      |     | Não tiveram |      |     |   |
|   | n                               | M    | D-P | n           | M    | D-P |   |
| <b>Ensino básico</b>  |                                 |      |     |             |      |     |   |
| Português e Matemática  | 11                              | 2,7  | 0,5 | 241         | 3,3  | 0,8 | <b><i>U=690.500, p&lt;.01</i></b>                 |
| Todas as disciplinas  | 12                              | 3,0  | 0,4 | 246         | 3,6  | 0,7 | <b><i>U=637.000, p&lt;.001</i></b>                |
| <b>Ensino Secundário</b>  |                                 |      |     |             |      |     |   |
| <b>Curso Científico-humanístico</b>                             |                                 |      |     |             |      |     |   |
| Todas as disciplinas  | 118                             | 14,1 | 2,4 | 323         | 15,0 | 2,3 | <b><i>U=14963.000, p&lt;.001</i></b>              |
| <b>Curso Profissional</b>                                       |                                 |      |     |             |      |     |   |
| Módulo de Português   | 34                              | 12,2 | 2,1 | 51          | 14,2 | 2,0 | <b><i>t<sub>(83)</sub> = 4.429, p&lt;.001</i></b> |
| Todos os módulos  | 34                              | 13,2 | 1,6 | 52          | 14,6 | 1,7 | <b><i>t<sub>(84)</sub> = 3.919, p&lt;.001</i></b> |

Assim, os adolescentes que não tinham *Experiência de relações sexuais* obtiveram *Médias das Classificações escolares* significativamente mais elevadas ( $p < 0,01$ ) no *Ensino Básico* (*Média às disciplinas de Português e Matemática e Média a todas as disciplinas*), e no *Ensino Secundário* nos

*Cursos Científico-humanísticos (Média a todas as disciplinas)* e nos *Cursos Profissionais (Média do módulo de Português e Média a todos os módulos)*, comparativamente aos adolescentes que tinham essa experiência.

Também no que concerne ao *Percurso escolar*, uma percentagem significativamente maior ( $p < 0,001$ ) dos adolescentes que não tinham *Experiência de relações sexuais* nunca tinha ficado retido ao longo da sua escolaridade, comparativamente aos adolescentes que tinham tido essa experiência (Tabela 4.9).

**Tabela 4.9** Percurso escolar e Comportamentos sexuais

| Resultados escolares<br>Percurso escolar | Comportamentos sexuais<br>Experiência de relações sexuais |             |  |
|--|---|-------------|--|
|  | Tiveram   | Não tiveram |  |
| Sem retenções                            | 75%   | 87%         | $\chi^2_{(1)} = 16,046,$<br>$p < .001$ |
| Com retenções                            | 25%   | 13%         |  |

Por outro lado, as *Médias das Classificações escolares* e o *Percurso escolar* não variaram de forma significativa ( $p > 0,05$ ) com os indicadores de *Comportamentos sexuais de risco*.

#### **4.3.6. Relação com a escola, Estratégias de estudo, tipo de Raciocínio, Resultados escolares e Comportamentos sexuais**

De uma forma global, constatou-se que os adolescentes sem *Experiência de relações sexuais* tinham uma *Relação com a escola* mais positiva, utilizavam *Estratégias de Estudo* de forma mais frequente, obtinham *Médias de Classificações escolares* superiores e tinham sofrido menos retenções ao longo da sua escolaridade, comparativamente aos adolescentes com essa experiência (Tabela 4.10).

No que concerne aos adolescentes que não utilizavam o preservativo masculino de forma sistemática, estes alcançaram uma performance de *Raciocínio abstrato* significativamente melhor que os que o utilizavam de forma sistemática, e aos adolescentes que nunca tinham tido relações sexuais sob o efeito de álcool ou drogas, estes utilizavam *Estratégias de Estudo* com uma frequência significativamente maior comparativamente aos que tinham tido relações sexuais nessas circunstâncias.

**Tabela 4.10** Desempenho escolar e Comportamentos sexuais

| Comportamentos sexuais | Desempenho escolar |                  |                   |                         |                 |
|------------------------|--------------------|------------------|-------------------|-------------------------|-----------------|
|                        | RcE                | EE               | tR                | Resultados escolares    |                 |
|                        |                    |                  |                   | MCE                     | PE              |
| SErs                   | Mais positiva      | Maior frequência |                   | Maiores no EB, CCH e CP | Menos retenções |
| UnSPm                  |                    |                  | Menor performance |                         |                 |
| nTRsa                  |                    | Maior frequência |                   |                         |                 |
| nTRsd                  |                    | Maior frequência |                   |                         |                 |

**RcE** - Relação com a escola; **EE** - Estratégias de estudo; **tR** - Tipo de Raciocínio; **MCE** - Médias das classificações escolares; **PE** - Percurso escolar; **SErs** – Sem Experiência de relações sexuais; **UnSPm** – Não utilizaram o preservativo masculino de forma sistemática; **nTRsa** – Não tiveram relações sexuais sob o efeito de álcool **nTRsd** – Não tiveram relações sexuais sob o efeito de droga(s).

#### 4.4. DISCUSSÃO

A discussão dos resultados deste estudo estrutura-se em duas partes: a primeira (4.4.1) é relativa à frequência de *Comportamentos sexuais* e de como a mesma variou com as características dos adolescentes, e a segunda parte (4.4.2) é respeitante à variação do *Desempenho Escolar* com os *Comportamentos sexuais*.

##### 4.4.1. Comportamentos sexuais dos adolescentes

Nesta primeira parte discutem-se os resultados relativos à *Experiência de relações sexuais* (4.4.1.1), à utilização sistemática de preservativo masculino (4.4.1.2), às relações sexuais sob o efeito de álcool ou drogas (4.4.1.3), ao número de *Comportamentos sexuais de risco* (4.4.1.4), e à forma como estes indicadores variaram com as características dos adolescentes.

###### 4.4.1.1. Experiência de relações sexuais

Observou-se no presente estudo que 22% dos adolescentes tinham *Experiência de relações sexuais*. Este valor é muito próximo dos verificados no estudo internacional HBSC, que estudou adolescentes de 15 anos de 44 países, em que 21% tinham tido essa experiência sexual em 2013/14 (Inchley et al., 2016) e 19% em 2017/2018 (Inchley et al., 2020), mas bastante diferente do observado no estudo YRBS, com adolescentes norte-americanos do 9º ao 12º ano de escolaridade,

em que 60% tinham tido essa experiência (Kann et al., 2018). Um dos fatores que poderá justificar a grande diferença nos resultados obtidos nestes estudos poderá ser a idade das amostras, como será analisado subsequentemente.

Em Portugal, os resultados do HBSC de 2002 a 2014 revelam percentagens de adolescentes, que frequentavam o 8º e 10º ano de escolaridade, próximas da obtida no presente estudo, embora estas diminuam de forma significativa entre esses dois momentos, com 24% em 2002 e 16% em 2014 (Reis et al., 2018). Ainda neste estudo, mas nos dados relativos a 2017/18, observou-se que a percentagem desses adolescentes aumentou, 33%, mas consideram-se os que frequentavam o 8º, 10º e 12º ano de escolaridade. Quando se analisam outros estudos realizados em Portugal, estes apresentam percentagens bastante díspares da experiência sexual dos adolescentes e as mesmas parecem aumentar com a média da idade das amostras: 15% para uma média de idades de 14,0 anos (Domingues et al., 2014), 24% para 15,1 anos (Dias, 2005), 33% para 15,7 anos (Ribeiro, 2011), 36% para 16,6 anos (Ferreira, 2008), 41% para 16,3 anos (Matos, 2007), e 44% para mais de 18 anos (Marreiros, 2002).

São múltiplos os fatores que podem influenciar a *Experiência de relações sexuais* dos adolescentes. Crockett e colaboradores (1996) organizaram-nos em (i) fatores biológicos, uma vez que as alterações biológicas da puberdade estarão associadas à atividade sexual; (ii) fatores psicossociais, como uma baixa autoestima, a sujeição a normas sociais permissivas e a piores relações sociais, a presença de modelos comportamentais de relações sexuais precoces ou extramatrimoniais, e a utilização de relações sexuais como forma de desafio da autoridade; ou ainda (iii) fatores socioeconómicos, onde os adolescentes de uma classe social desfavorecida podem antecipar uma transição precoce para a idade adulta e assim iniciar-se em comportamentos adultos, como as relações sexuais. Mais recentemente, Avery e Lazdane (2008), na sua revisão da literatura, realçam a importância do sentimento amoroso, da excitação sexual ("*sexual arousal*"), da curiosidade e da pressão dos pares.

Quando os adolescentes portugueses são questionados sobre os motivos para se iniciarem sexualmente, os motivos mais referidos são a vontade de experimentar (Dias, 2005; Ramiro, Reis, Matos, Diniz, & Simões, 2011), a curiosidade (Anastácio, 2010) e o estar muito apaixonado (Anastácio, 2010; Dias, 2005; Ramiro et al., 2011). Também a perceção de que os seus pares já se iniciaram sexualmente pode fazer aumentar a pressão nos adolescentes para eles também o fazerem (Dias, Matos, & Gonçalves, 2007). Contudo, outros motivos são também avançados, como o *namorar há muito tempo, não querer zangar o parceiro, ter consumido álcool e ter um namorado mais velho,*

verificados por Dias (2005), ou a *incapacidade de dizer não* e o *ter sido muito forçado*, recolhidos por Anastácio (2010), que parecem revelar um padrão de comportamento que pode colocar o adolescente em situações de risco. Ainda no que concerne a este último grupo de motivos, Dias (2005) observou, numa amostra que fez parte do estudo HBSC de 2002, que 27% dos adolescentes que frequentavam o 8º e o 10º ano de escolaridade assinalaram dificuldades em recusar ter relações sexuais.

Por fim, Busch e colaboradores (2014) sistematizaram as recompensas apercebidas pelos adolescentes relativas à (ou à não) *Experiência de relações sexuais*. Assim, as recompensas dessa experiência são a aceitação pelo grupo de pares, a satisfação da curiosidade no que respeita ao sexo e a melhoria do seu estatuto, enquanto que as recompensas da não experiência são uma melhor posição no mercado de trabalho, ou a frequência de uma melhor universidade, como resultados de uma melhor performance escolar.

Neste contexto, e apesar da *Experiência de relações sexuais* ser normativa no desenvolvimento do adolescente (Farris et al., 2013; Ramiro et al., 2015), não parece ser consensual na literatura se ela é, ou quando ela é, um *Comportamento sexual de risco*. Como exemplo, Wiefferink e colaboradores (2006) recordam que se a *Experiência de relações sexuais* não é sempre considerada como um *Comportamento sexual de risco* nos estudos realizados nos Países Baixos, ter relações sexuais sem empregar o preservativo é sempre considerado como tal. Nesse sentido, a idade em que esta iniciação ocorre poderá determinar se ela é precoce ou não, e se é o caso, ela poderá ser assim considerada como um *Comportamento de risco para saúde*. Consequentemente, apesar de não haver uma definição universalmente aceite de iniciação sexual precoce, os estudos adotam normalmente duas estratégias para definir essa precocidade (Zhu & Bosma, 2019): uma fixa, onde se estabelece que ela ocorre se a *Experiência de relações sexuais* se verifica antes do adolescente atingir uma idade de referência; e uma variável, onde não se define uma idade clara antes da qual a iniciação é considerada como precoce (por exemplo, quando se compara as médias da idade em que se teve a primeira relação sexual em coortes de diferentes faixas etárias). Assim, esta idade pode basear-se na idade dos sujeitos quando os dados foram obtidos, nas médias nacionais (Epstein et al., 2018) ou na distribuição das idades de iniciação de uma amostra (Epstein et al., 2018; Sandfort, Orr, Hirsch, & Santelli, 2008). São vários os valores propostos na literatura consultada, que podem variar entre os 13 (Lerand, Ireland, & Blum, 2006), 15 (Kuzman, Simetin, & Franeli, 2007; Lohman & Billings, 2008; Parkes et al., 2014; Price & Hide, 2009), 16 (Madkour et al., 2010; Paul, Fitzjohn, Herbison, & Dickson, 2000; Spriggs & Halpern, 2008; Valle, Torgersen, Røysamb, Klepp, & Thelle, 2005), ou 18 anos de idade

(Mekonnen, 2020), ou ainda entre os 14,5 anos para os rapazes e os 15,5 anos para as raparigas (Crockett et al., 1996). Neste contexto, importa realçar que a definição estática é proposta por instituições internacionais como a *World Health Organization* (Inchley et al., 2016), *The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS, 2013) e a *United Nations Children's Fund* (UNICEF, 2011), que empregam os 15 anos como idade de referência. Assim, constata-se uma multiplicidade de propostas para estabelecer a precocidade da *Experiência de relações sexuais*.

O estudo deste comportamento parece particularmente pertinente quando se considera as múltiplas consequências negativas que estão associadas à sua adoção por parte dos adolescentes, como uma maior probabilidade de contrair uma IST (European Commission Conference on Youth Health, 2009; Kuzman et al., 2007; Ramiro et al., 2015; Reis et al., 2018; Spriggs & Halpern, 2008; UNAIDS, 2013) ou uma gravidez na adolescência (European Commission Conference on Youth Health, 2009; Kuzman et al., 2007; Ramiro et al., 2015; Reis et al., 2018; Spriggs & Halpern, 2008; UNICEF, 2011), de consumir nicotina e marijuana, de sofrer de obesidade (Epstein et al., 2018), de padecer de consequências psicossociais com origem no sentimento de culpa, de insatisfação ou de arrependimento (Kuzman et al., 2007), ou ainda, e se se considerar as diferenças entre raparigas e rapazes, uma maior probabilidade de ser abusada sexualmente nas primeiras e o ter um sentido mais fraco de coerência, uma autoestima mais baixa e uma pior saúde mental nos segundos (Kastbom, Sydsj, Bladh, Priebe, & Svedin, 2015). Uma outra consequência poderá ser ainda o aumento da probabilidade de se relacionar com outros jovens com comportamentos de risco, devido à reação negativa de figuras de autoridade e dos pares (Spriggs & Halpern, 2008).

De realçar ainda que este comportamento poderá ter origem num menor conhecimento dos riscos inerentes a essa mesma iniciação, num menor acesso a formas de prevenção, numa menor capacidade para resistir a pressões e para negociar, num relacionamento de curta duração (fruto da instabilidade emocional característica do início da adolescência) e num maior número de parceiros (Pinto & Reis, 2017). Também nesse sentido, e para Spriggs e Halpern (2008), os indivíduos que se iniciam de forma precoce não têm a capacidade de antecipar, e de preparar adequadamente, as potenciais consequências dessa mesma iniciação, como, por exemplo, a utilização de preservativo.

Todavia, este comportamento não foi considerado um *Comportamento sexual de risco* no presente estudo e por duas razões. A primeira relacionou-se com o carácter artificial associado ao estabelecimento dessa idade, dados os múltiplos fatores que a influenciam e que a diversidade das propostas faz eco. A segunda, porque se julgou mais pertinente analisar a *Experiência de relações sexuais* do adolescente sem estar condicionado por um valor arbitrário estabelecido *a priori*, avaliando

assim como essa experiência variou com as características dos adolescentes e como os diferentes componentes do *Desempenho escolar* variavam com a mesma. De salientar, contudo, que esta opção não pretende desvalorizar a problemática ligada ao início precoce de relações sexuais. No entanto, e ao considerar-se os valores de referência descritos com mais frequência (15 e 16 anos), poder-se-ia pressupor que os adolescentes com *Experiência de relações sexuais no Ensino Básico* se iniciaram sexualmente de forma precoce. Todavia, é necessário considerar que nesse grupo podem também haver adolescentes que já ficaram retidos, ou que foram integrados mais tarde no sistema de ensino, e que, por isso, a sua idade ultrapassa os 16 anos.

No presente estudo observou-se ainda que a *Experiência de relações sexuais* variou de forma significativa ( $p < 0,05$ ) com o *Sexo*, o *Ciclo de Ensino* e o *Tipo de Curso* dos adolescentes, mas que tal não se verificou ( $p > 0,05$ ) com o *Nível socioeconómico*.

De facto, uma percentagem significativamente maior ( $p < 0,05$ ) de *rapazes* tinha *Experiência de relações sexuais*, comparativamente às *raparigas* (26% vs 19%, respetivamente). Esta tendência também se observou em adolescentes portugueses, com uma percentagem significativamente maior dos *rapazes* a terem *Experiência de relações sexuais*, comparativamente às *raparigas*, no estudo HBSC realizado em 2002, 2006, 2010 e 2014 em adolescentes do 8º e do 10º ano de escolaridade (Reis et al., 2018), e no de 2018 em adolescentes do 8º, 10º e 12º ano de escolaridade (Ramiro et al., 2019). Contudo, Marreiros (2002), não constatou diferenças significativas entre *rapazes* e *raparigas* com 18 anos (como verificaremos de seguida, a idade mais avançada desta amostra poderá ter influenciado este resultado), e Aragão (2017) observou que uma percentagem significativamente maior de *raparigas* tinha *Experiência de relações sexuais*, comparativamente aos *rapazes*, em adolescentes do 10º e do 12º ano de escolaridade.

Tal tendência também parece confirmar-se na literatura internacional, com as percentagens dos que afirmavam ter *Experiência de relações sexuais* a variar entre: 7% dos *rapazes* e 3% das *raparigas* em mais de 100000 adolescentes chineses que frequentavam o *Ensino secundário* (Song & Ji, 2010); 24% dos *rapazes* e 17% das *raparigas* com 15 anos que participaram no HBSC de 2013/14 (Inchley et al., 2016) e 24% e 14%, respetivamente, no de 2017/18 (Inchley et al., 2020); e 41% dos *rapazes* e 38% das *raparigas* que participaram no YRBS (Kann et al., 2018). Tal também se verificou em estudos com amostras mais reduzidas: 57% dos *rapazes* e 5% das *raparigas* já se iniciaram sexualmente em adolescentes turcos (Aras, Semin, Gunay, Orcin, & Ozan, 2007), ou o ser mulher está positivamente associado ao atraso no início de relações sexuais em adolescentes americanos (Spriggs & Halpern,

2008). Contudo, Aspy e colaboradores (2012) não constataram diferenças significativas entre *rapazes* e *raparigas* americanos relativamente a essa experiência.

Vários fatores poderão explicar as diferenças na *Experiência de relações sexuais* entre *rapazes* e *raparigas*, e um deles é o *Duplo padrão sexual*. O *Duplo padrão sexual* pode ser entendido como a crença, socialmente partilhada, de que homens e mulheres são diferentes na sexualidade (Amaro, Alvarez, & Ferreira, 2021), e é definido como:

“uma força social que avalia os homens e as mulheres de maneira distinta, assumindo uma maior liberdade para o homem do que para a mulher, relativamente ao sexo pré-matrimonial, na existência de vários parceiros sexuais, no início de relações sexuais em idades mais precoces ou face às relações isentas de compromisso” (Carvalho, Fávero, Gomes, & Santos, 2019, p. 117).

A sua presença nos adolescentes está amplamente descrita (Anastácio, 2010; Aragão, 2017; Aras et al., 2007; Ramiro et al., 2011; Saavedra, Nogueira, & Magalhaes, 2010; Zangao & Sim-Sim, 2011), embora pareça vislumbrar-se evoluções no mesmo (Saavedra et al., 2010; Zangao & Sim-Sim, 2011). Nesse sentido, Saavedra, Nogueira e Magalhães (2010) observaram que, em adolescentes que frequentavam o 9º, 11º e 12º ano de escolaridade, a sexualidade dos *rapazes* é, para ambos os sexos, baseada na ideia de que um rapaz só se torna homem quando perde a virgindade, de que o homem sente a pressão social para ser sexualmente experiente e para fazer alarde dessa experiência perante os seus pares, enquanto que a sexualidade das *raparigas* orienta-se essencialmente para relações amorosas e sexuais com base nos sentimentos e na cumplicidade afetiva. Contudo, e para estes autores, parece desenhar-se a tendência para um *Padrão sexual singular*, com uma aproximação da sexualidade feminina e masculina, onde os *rapazes* afastam-se progressivamente do estereótipo designado do *machão* e as *raparigas* tendem progressivamente a assemelhar-se ao que é, ou era, esse mesmo estereótipo masculino (Saavedra et al., 2010). Por outro lado, Zangão e Sim-Sim (2011) observaram que, em adolescentes do 9º ao 12º ano, os *rapazes* são significativamente mais tradicionalistas (maior aceitação do duplo padrão sexual) que as *raparigas* (que revelam um entendimento mais igualitário entre ambos os sexos), e que são os *rapazes* mais novos que exibem as atitudes mais tradicionalistas, enquanto as atitudes das *raparigas* são mais estáveis no tempo. Assim, para estes autores, estes resultados sustentam a permanência do *Duplo padrão sexual* porque, apesar de uma evolução para a igualdade / equidade entre os sexos nas representações da sexualidade, o progresso não é notório. Mais recentemente, os resultados de Aragão (2017) também parecem

reforçar a permanência desse *Duplo padrão sexual* em adolescentes, uma vez que uma percentagem significativamente maior das *raparigas* concorda totalmente com *a sexualidade na adolescência deve ser acompanhado por amor e ternura*, e *a sexualidade na adolescência deve ser vivida de uma forma responsável, partilhada em igualdade*, e uma percentagem significativamente superior dos *rapazes* que não concorda nem discorda com *a afetividade na adolescência tem a ver com a sexualidade* e que concordam que *a sexualidade na adolescência contribui para o bem estar físico e emocional*. Por fim, este *Duplo padrão sexual* é também evidente nos motivos de *rapazes* e *raparigas* para a sua primeira relação sexual, com uma percentagem significativamente maior de *rapazes* a revelarem que o faziam por curiosidade (Anastácio, 2010) ou porque querer experimentar (Ramiro et al., 2011), enquanto que as *raparigas* é por estarem muito apaixonadas e/ou por namorarem há muito tempo (Ramiro et al., 2011).

Um outro fator que ajuda a compreender as diferenças entre *rapazes* e *raparigas* é o domínio de competências psicossociais (ou a perceção do domínio das mesmas). De facto, Dias (2005) observou que uma percentagem significativamente maior de *rapazes* perceciona-se como menos competente para recusar ter relações sexuais, enquanto que as *raparigas* consideram muito fácil recusá-las. Também nesse sentido, Matos (2007) avaliou conhecimentos, atitudes, valores, capacidades e comportamentos que influenciam o desenvolvimento de uma sexualidade harmoniosa e/ou reduzem o risco de gravidez indesejada na adolescência, através do *Inventário sobre sexualidade para adolescentes* e em adolescentes com idades dos 14 aos 20 anos, e constatou que os *rapazes* apresentam comportamentos sexuais com menor índice de risco nas componentes de *Conforto nas atividades sociais* e no *Conforto ao falar de sexualidade*, enquanto que as *raparigas* apresentam-nos no que concerne à *Capacidade de decisão*, *Assertividade*, *Capacidade de comunicação*, *Conforto em adquirir e utilizar métodos contraceptivos* e ainda quando se considera o conjunto destas dimensões, o que, segundo esta autora, parece reforçar o papel regulador das *raparigas* na iniciação sexual.

Também os conhecimentos relativos à sexualidade parecem variar de forma significativa entre *rapazes* e *raparigas*. Assim, Ferreira (2008) verificou que, em adolescentes que frequentavam entre o 10º e o 12º ano de escolaridade, que as *raparigas* revelam conhecimentos dos riscos de um envolvimento sexual sem preservativo e dos riscos de ter relações sexuais sem utilizar a pílula significativamente maiores que os dos *rapazes*.

Finalmente, os sentimentos associados às relações sexuais poderão eventualmente também desempenhar um papel importante na *Experiência de relação sexuais* dos adolescentes. Aras e colaboradores (2007) observaram diferenças significativas nas emoções sentidas por adolescentes

turcos relativamente à primeira relação sexual, com os *rapazes* a sentirem significativamente mais prazer e relaxamento e com as *raparigas* a sentirem significativamente mais vergonha, arrependimento e nojo. Contudo, Anastácio (2010) não verificou diferenças nos sentimentos experimentados nas relações sexuais, sejam eles positivos ou negativos, entre rapazes e raparigas portuguesas.

Em síntese, uma menor *Experiência de relações sexuais* por parte das raparigas poderá ser explicada pela persistência das crenças associadas ao *Duplo padrão sexual* entre os adolescentes, mas também pelo facto de que as raparigas revelam maiores competências para decidir ter, ou não ter, relações sexuais, e revelam também mais conhecimentos sobre os riscos de um envolvimento sexual sem contraceptivos.

Constatou-se, ainda, no presente estudo que uma percentagem significativamente maior ( $p > 0,001$ ) de adolescentes que frequentavam o *Ensino Secundário* tinha *Experiência de relações sexuais*, comparativamente aos que frequentavam o *Ensino Básico* (28% vs 9%, respetivamente). O mesmo também se observou nas quatro fases do estudo HBSC em Portugal (2002, 2006, 2010 e 2014), em que uma percentagem significativamente maior de adolescentes do 10º ano declarou ter *Experiência de relações sexuais* comparativamente aos do 8º ano de escolaridade (Reis et al., 2018). Posteriormente, e ainda com o HBSC, também Ramiro e colaboradores (2019) constataram uma percentagem significativamente maior de adolescentes mais velhos com essa experiência, comparativamente aos mais novos (11%, 24% e 47%, respetivamente, para o 8º, 10º e 12º ano de escolaridade).

Outros estudos internacionais confirmam essa tendência, como o de Aspy e colaboradores (2012) em que uma percentagem significativamente maior de adolescentes mais velhos tem essa experiência (7%, 23% e 43%, respetivamente, aos 12-13, 14-15 e 16-17 anos), bem como no estudo do YRBS (Kann et al., 2018) com 20%, 36%, 47% e 57%, respetivamente, para o 9º, 10º, 11º e 12º ano.

Relativamente às razões para um tal aumento, Aragão (2017) realça que, com a idade e em relação à sexualidade, os adolescentes aumentam os seus conhecimentos e as suas atitudes tornam-se mais permissivas. Assim, os adolescentes mais velhos revelam mais conhecimentos sobre sexualidade e sobre métodos contraceptivos, têm uma autoavaliação mais positiva dos seus conhecimentos, e uma percentagem estatisticamente maior destes concorda com as afirmações: (i) *a sexualidade (na adolescência) contribui para o bem estar físico e emocional*; (ii) *o desejo e a excitação sexual são normais nos rapazes e raparigas adolescentes*; e (iii) *a troca de carícias é uma importante fonte de prazer na adolescência*.

Observou-se ainda que uma percentagem significativamente maior ( $p < 0,05$ ) de adolescentes que frequentavam um *Curso profissional* tinha *Experiência de relações sexuais*, comparativamente aos que frequentavam um *Curso científico-humanístico* (38% vs 26%, respetivamente). Estes resultados corroboram os de Aras e colaboradores (2007) em que os adolescentes *rapazes* (não as *raparigas*) que estudavam em escolas profissionais (“Vocational-technical school”) tinham maiores probabilidade de ter relações sexuais. Da mesma forma, Song e Ji (2010) observaram que a percentagem de adolescentes que já se tinham iniciado sexualmente é significativamente maior nas escolas profissionais (“Vocational school”), comparativamente à das escolas regulares (“Ordinary School”) e à das escolas de elite (“Key School”).

No presente estudo não se observaram diferenças significativas na *Experiência de relações sexuais* entre adolescentes com diferentes *Níveis socioeconómicos*, o que está de acordo com os resultados de outros estudos com adolescentes portugueses (Aragão, 2017; Ribeiro, 2011). Contudo, e da análise da literatura internacional, os adolescentes com um menor *Nível socioeconómico* parecem ter maiores probabilidades de serem sexualmente ativos (Aspy et al., 2012; Busch et al., 2014; Crockett et al., 1996; Lammers, Ireland, Resnick, & Blum, 2000),.

Relativamente aos fatores que possam explicar diferenças significativas na *Experiência de relações sexuais* entre adolescentes provenientes de diferentes *Níveis socioeconómicos*, o timing mais precoce de iniciação sexual em adolescentes provenientes de um meio socioeconómico mais desfavorecido poderá dever-se a um acesso limitado dos mesmos a oportunidades de desenvolvimento, o que diminui a ligação destes à sociedade convencional, que os expõem a modelos comportamentais de início precoce de relações sexuais ou de normas sexuais permissivas, ou que os incita a uma transição precoce para a idade adulta, com a conseqüente iniciação aos comportamentos adultos (Crockett et al., 1996).

Em Portugal, e no que respeita às atitudes de adolescentes, Aragão (2017) observou que uma percentagem estatisticamente superior de adolescentes com um *Nível socioeconómico* mais desfavorecido concorda significativamente mais com *a afetividade na adolescência tem a ver com a sexualidade* e com *o desejo e a excitação sexual são normais em rapazes e raparigas adolescentes*.

#### 4.4.1.2. Utilização sistemática do preservativo masculino

Observou-se que 39% dos adolescentes com *Experiência de relações sexuais* não utilizaram o preservativo masculino de forma sistemática. Quando considerados outros resultados em adolescentes

portugueses, a grande variedade das amostras e os diferentes períodos de tempo aos quais se refere a utilização de preservativos masculinos dificultam a comparação dos resultados. Assim, e considerando os adolescentes que participaram no HBSC e que tinham *Experiência de relações sexuais*, 88% dos que frequentavam o 8º e o 10º ano de escolaridade empregaram o preservativo na última relação sexual (Reis et al., 2018), bem como 66% dos adolescentes que frequentavam o 8º, 10º e 12º ano de escolaridade (Ramiro et al., 2019). Em estudos menos recentes verificaram-se, também em adolescentes com *Experiência de relações sexuais*, percentagens de utilização de preservativo inferiores, embora o período de tempo a que se refere a utilização de preservativo masculino não esteja restrito à *última relação sexual*: em Matos (2007) 45% dos adolescentes (dos 14 aos 20 anos de idade) utilizaram *muitas vezes* o preservativo quando tiveram relações sexuais (durante toda a vida sexual do adolescente); em Correia (2004) 55% dos adolescentes (dos 15 aos 19 anos de idade) utilizaram o preservativo masculino de forma consistente (durante toda a vida sexual do adolescente); e em Zangão e Sim-Sim (2011) 66% dos adolescentes utilizaram sempre o preservativo masculino no mês anterior.

Quando questionados sobre os motivos para usar preservativo, e considerando os valores relativos ao HBSC de 2006 (Ramiro et al., 2011), a grande maioria dos adolescentes portugueses considera que o fazem para evitar a gravidez (81%) e para evitar contrair o VIH / SIDA (73%) ou outras IST (75%). Contudo, Vilela (2010) constatou, em adolescentes com idades dos 15 aos 25 anos, um certo sentimento de invulnerabilidade em que 90% dos adolescentes assumem que ou não correm nenhum risco, ou que correm muito pouco risco, de contrair o VIH / SIDA. Desta forma, embora os adolescentes possam utilizar preservativos com o intuito de evitar as consequências negativas de relações sexuais desprotegidas, o sentimento de invulnerabilidade poderá colocar em causa a regularidade dessa utilização e assim colocar a saúde do adolescente em risco.

Quando se comparam estes resultados do presente estudo com os da literatura internacional, observa-se que eles são próximos, embora a percentagem do presente estudo seja relativa a toda a vida sexual enquanto que na maioria dos outros estudos ela é relativa à última relação sexual. Desta forma, no YRBS de 2017 (Kann et al., 2018) e no de 2019 (Szucs et al., 2020) constatou-se que 54% dos adolescentes sexualmente ativos utilizaram preservativo na sua última relação sexual, e observou-se ainda no primeiro (Kann et al., 2018) que há um aumento significativo nessa utilização ao longo dos últimos anos, com 46% em 1991 e 54% em 2017. No HBSC de 2013/14 (Inchley et al., 2016) verificou-se que 65% dos adolescentes com 15 anos utilizaram preservativo na última vez que tiveram relações sexuais, e no de 2017/18 essa percentagem foi mais baixa, 61% (Inchley et al., 2020). Neste contexto, a *European Commission Conference on Youth Health* (2009) salienta que os preservativos

masculinos são a forma de contraceção mais utilizada pelos adolescentes de quinze anos de idade na sua última relação sexual, embora se observe uma grande variação na sua utilização entre os adolescentes dos trinta e cinco países.

No presente estudo observou-se que a utilização sistemática do preservativo masculino não variou de forma significativa ( $p>0,05$ ) entre *rapazes* e *raparigas*. No que concerne a estudos realizados em adolescentes portugueses, essa tendência não se verifica na generalidade dos mesmos porque, se em alguns estudos também não se observaram diferenças entre *rapazes* e *raparigas* (Dias, 2005; Inchley et al., 2020; Reis et al., 2018; Vilela, 2010; Zangao & Sim-Sim, 2011), noutros são os *rapazes* que o utilizaram mais (Correia, 2004; Ramiro et al., 2019). Todavia, são vários os estudos com adolescentes portugueses que descrevem o quanto a utilização do preservativo masculino é diferente entre *rapazes* e *raparigas* como: nos receios ou nas dificuldades nessa utilização (Dias, 2005); no sentir-se mais à-vontade para falar com o parceiro sobre esse mesmo uso (Ramiro et al., 2011), para negociar a sua utilização (Dias, 2005; Moura et al., 2018) ou para recusar ter relações sexuais sem o uso de preservativo (Dias, 2005; Ramiro et al., 2011); nas diferentes razões para não o utilizar (Correia, 2004; Saavedra et al., 2010); nas diferentes sensibilidades / graus de preocupação face aos perigos desse não uso (Dias, 2005; Pinto & Reis, 2017; Saavedra et al., 2010); e ainda nos diferentes níveis de conhecimento sobre a utilização de preservativo / IST / métodos contraceptivos (Dias, 2005; Ribeiro, 2011).

Contudo, na literatura internacional a utilização de preservativos parece ser significativamente maior nos *rapazes* que nas *raparigas* (Bertoni et al., 2009; Carter et al., 2007; European Commission Conference on Youth Health, 2009; Inchley et al., 2020, 2016; Kann et al., 2018; Moura et al., 2018; Yi et al., 2010).

Não se observaram diferenças significativas ( $p>0,05$ ) na utilização sistemática do preservativo masculino entre adolescentes que frequentavam o *Ensino Básico* e os que frequentavam o *Ensino secundário*.

Na análise da literatura nacional e internacional não parece evidenciar-se uma tendência clara na utilização do preservativo masculino em adolescentes de idades / anos de escolaridade diferentes. Assim, e em adolescentes portugueses, Dias (2005) não constatou diferenças significativas na utilização de preservativo entre os adolescentes que frequentavam o 8º e o 10º ano de escolaridade; Correia (2004) notou que um dos maiores riscos para o uso não consistente do preservativo era ser

mais velho; e Reis e colaboradores (2018) verificaram que uma percentagem significativamente superior de adolescentes que frequentavam o 10º ano de escolaridade refere ter utilizado preservativos masculinos na sua última relação sexual, comparativamente aos que frequentavam o 8º ano.

Em estudos internacionais, Perry e colaboradores (2014) observaram que não há diferenças significativas na utilização de preservativos em adolescentes norte americanos que frequentavam do 9º ao 12º ano de escolaridade, mas no estudo YRBS (Kann et al., 2018) constatou-se uma diminuição significativa na utilização de preservativo na última relação sexual entre os adolescentes que frequentam o 10º e o 11º ano de escolaridade comparativamente ao 12º.

Vários fatores poderão influenciar a não utilização de preservativos pelos adolescentes mais novos, como o decorrer numa relação casual, o ter um parceiro mais velho, a falta de conhecimento, a incapacidade de aceder à contraceção, a imaturidade emocional e a crença social que os adolescentes com idades inferiores a 16 anos não são sexualmente ativos (Avery & Lazdane, 2008). É ainda possível que a utilização de preservativos seja influenciada por diferentes fatores ao longo da adolescência, o que poderá assim justificar que a mesma não sofra alterações significativas. Assim, os adolescentes mais novos (com menos de 16 anos) poderão ter mais dificuldades em utilizar/impor a utilização de preservativo, porque apresentam mais comportamentos sexuais de risco no que respeita à *Capacidade de decisão*, à *Assertividade* e ao *Conforto em adquirir e usar métodos contraceptivos* (Matos, 2007), enquanto que os adolescentes mais velhos serão mais suscetíveis às pressões para se implicar em atividades com risco, estarão mais focalizados nas recompensas (ou consequências do comportamento) imediatas do que as de longo prazo, e terão ainda uma capacidade mais limitada para regular os aspetos emocionais da tomada de decisão (Perry et al., 2014).

Por fim, também não se observaram, no presente estudo, diferenças significativas ( $p > 0,05$ ) no uso sistemático de preservativo masculino entre adolescentes com *Níveis socioeconómicos* diferentes, nem entre os que frequentavam diferentes *Tipos de Cursos* no *Ensino secundário*. Não foi possível comparar estes resultados com os de outros estudos, por não terem sido encontrados estudos no sentido de analisar possíveis influências do *Nível socioeconómico* e dos *Tipos de Curso* na utilização de preservativo masculino.

#### 4.4.1.3. *Relações sexuais sob o efeito de álcool ou droga (s)*

Verificou-se que 20% dos adolescentes com *Experiência de relações sexuais* tiveram relações sexuais sob o efeito de álcool e 15% sob o efeito de droga(s). Estes resultados são próximos de outros

estudos portugueses: 12% em adolescentes do 8º e do 10º ano de escolaridade (Dias, 2005); 23% em adolescentes do 8º e 9º ano (Domingues et al., 2014); e 14% em adolescentes do 8º, 10º e 12º ano de escolaridade (Ramiro et al., 2019) tiveram relações sexuais sob o efeito de álcool ou drogas. Por fim, e segundo Reis e colaboradores (2018) a percentagem de adolescentes portugueses que tiveram relações sexuais sob o efeito dessas duas substâncias tem-se mantido constante nos últimos anos (12%, 14%, 13% e 16% nos anos de 2002, 2006, 2010 e 2014, respetivamente).

Resultados muito próximos foram encontrados no YRBS de 2017 e 2019, em que 19% (Kann et al., 2018) e 21% (Szucs et al., 2020), respetivamente, dos adolescentes sexualmente ativos consumiram álcool ou drogas antes da sua última relação sexual.

No presente estudo constatou-se que ter relações sexuais sob o efeito de álcool variou de forma significativa ( $p < 0,05$ ) com o *Sexo* e o *Ciclo de Ensino* dos adolescentes, mas não ( $p > 0,05$ ) com o seu *Nível socioeconómico* nem com o *Tipo de Curso*, e que o ter relações sexuais sob o efeito de droga (s) variou de forma significativa ( $p < 0,01$ ) com o *Sexo* dos adolescentes, mas não ( $p > 0,05$ ) com o *Ciclo de Ensino*, o *Nível socioeconómico* ou o *Tipo de Curso*.

Assim, observou-se que uma percentagem significativamente maior ( $p < 0,05$ ) de *rapazes* teve relações sexuais sob o efeito de álcool (27% vs 13%, respetivamente) ou drogas (22 vs 7%, respetivamente) comparativamente às *raparigas*. Estes resultados estão de acordo com os de outros estudos com adolescentes portugueses, nomeadamente com o de Dias (2005), mas apenas nos adolescentes que frequentavam o 10º ano de escolaridade (e não os do 8º), o de Reis e colaboradores (2018), em adolescentes que frequentavam o 8º e o 10º ano de escolaridade e em quatro períodos de recolha de dados consecutivos (2002, 2006, 2010 e 2014), ou ainda o de Ramiro e colaboradores (2019) em adolescentes que frequentavam o 8º, 10º e 12º ano de escolaridade.

Também a literatura a nível internacional, como por exemplo o YRBS, descreve que uma percentagem significativamente maior de *rapazes* consome álcool ou drogas antes da sua última relação sexual, comparativamente as *raparigas* (Kann et al., 2018).

Verificou-se também que uma percentagem significativamente maior ( $p < 0,05$ ) de adolescentes que frequentavam o *Ensino Básico* teve relações sexuais sob o efeito de álcool comparativamente aos que frequentavam o *Ensino secundário* (35% vs 18%, respetivamente). Estes resultados corroboram globalmente os de outros estudos realizados com adolescentes portugueses, como: o de Ramiro e colaboradores (2019), em que são os adolescentes mais jovens (do 8º ano de escolaridade) que

referem com mais frequência terem tido relações sexuais associadas ao consumo de álcool e drogas, comparativamente aos mais velhos (10° e 12° anos); e o de Reis e colaboradores (2018) em que os adolescentes que frequentavam o 8° ano referem com mais frequência terem tido relações sexuais sob o efeito de álcool ou drogas comparativamente aos que frequentavam o 10° ano, embora tal se verifique apenas nos resultados correspondentes a 2006 e não se tenham verificado diferenças estatisticamente significativas nos anos de 2002, 2010 e 2014.

Todavia, estes resultados estão em contradição com He e colaboradores (2004) que observaram que os adolescentes que frequentam os anos de escolaridade mais elevados têm menores probabilidades de fazer escolhas saudáveis ao nível dos comportamentos sexuais. Por outro lado, o estudo da YRBS também não permite estabelecer uma tendência clara entre estas duas variáveis: uma percentagem significativamente maior de adolescentes que frequentavam o 10° e o 12° ano de escolaridade consumiram álcool ou drogas antes da sua última relação sexual comparativamente aos que frequentavam o 11° ano (Kann et al., 2018).

Não se observaram no presente estudo diferenças significativas ( $p > 0,05$ ) na ocorrência de relações sexuais sob o efeito de álcool ou droga(s) entre adolescentes com *Níveis socioeconómicos* diferentes, nem entre os que frequentavam diferentes *Tipos de Curso*. Não foi possível comparar estes resultados com os de outros estudos, por não terem sido encontrados estudos no sentido de analisar possíveis influências do *Nível socioeconómico* e dos *Tipos de Curso* na ocorrência de relações sexuais sob o efeito de álcool ou drogas.

#### 4.4.1.4. Número de Comportamentos sexuais de risco

O indicador número de *Comportamentos sexuais de risco* não é referido na literatura e foi introduzido no presente estudo para permitir averiguar se se verifica um efeito cumulativo nos *Comportamentos sexuais de risco*, independentemente dos comportamentos que são considerados. Os resultados obtidos descrevem que o número de adolescentes que acumula esses comportamentos diminui com o aumento do número de comportamentos acumulados, e que 13% dos adolescentes acumula dois ou mais desses comportamentos.

Não se observaram diferenças significativas ( $p > 0,05$ ) no número de comportamentos sexuais de risco entre adolescentes de *Sexo*, *Nível socioeconómico*, *Ciclo de Ensino*, ou de *Tipo de curso* diferente.

#### 4.4.2. Desempenho escolar e Comportamentos sexuais

Nesta segunda parte da discussão verifica-se se as variáveis relacionadas com o *Desempenho escolar* (4.4.2.1. *Relação com a escola*; 4.4.2.2. *Estratégias de estudo*; 4.4.2.3. tipo de *Raciocínio*; 4.4.2.4. Resultados escolares) variaram com os *Comportamentos sexuais*. Por fim, averigua-se ainda como o conjunto das componentes do *Desempenho escolar* (4.4.2.5.) variaram com os *Comportamentos sexuais*.

##### 4.2.2.1. *Relação com a escola e Comportamentos sexuais*

Constatou-se no presente estudo que uma percentagem significativamente maior ( $p < 0,01$ ) de adolescentes sem *Experiência de relações sexuais* considerou que a escola se preocupava *Bastante* ou *Muito* com eles, e que os professores tratavam os alunos de forma justa *Na maioria das vezes* ou *Sempre*, comparativamente aos que tinham essa experiência. Não se verificaram diferenças significativas ( $p > 0,05$ ) nos outros itens da *Relação com a escola* entre adolescentes com e sem *Experiência de relações sexuais*.

Estes resultados parecem estar globalmente de acordo com a literatura. Assim, e num estudo com adolescentes portugueses, Dias (2005) constatou que uma percentagem significativamente maior dos adolescentes que dizem não se ter iniciado sexualmente refere gostar muito da escola. Nesse sentido, e ainda nesse estudo, um dos fatores associados a uma maior probabilidade de ter relações sexuais é o *Não gostar da escola*.

Esta tendência também se observa em estudos internacionais, que sugerem que uma boa relação com a escola poderá ser um preditor para uma iniciação sexual mais tardia. Assim, Paul e colaboradores (2000) constataram, num estudo longitudinal na Nova Zelândia onde os indivíduos foram acompanhados do nascimento aos 21 anos, que uma boa ligação com a escola ("*school attachment*") aos 15 anos está fortemente associada a não ter relações sexuais nesse ano. Também Kirby (2001) realçou, na sua revisão da literatura, que uma maior ligação à escola ("*school attachment*") está significativamente associada a uma iniciação sexual mais tardia. Mais tarde, Slap e colaboradores (2003) observaram, em adolescentes nigerianos, que os adolescentes sexualmente ativos têm uma ligação à escola ("*school connectedness*" que é avaliada em seis itens, entre eles *Eu sinto que faço parte desta escola* e *Os professores na minha escola tratam-me de forma justa*) significativamente menos positiva comparativamente aos não sexualmente ativos. De igual forma, Carter e colaboradores (2007) notaram, em adolescentes nova-zelandeses, que é significativamente menos provável que os adolescentes que se sentem ligados à escola de forma emocionalmente

positiva já se tivessem iniciado sexualmente. Do mesmo modo, Lohman e Billings (2008) verificaram, num estudo longitudinal com famílias de baixo nível socioeconómico de três cidades dos Estados Unidos da América e onde apenas foram consideradas as que continham rapazes, que ter problemas na escola é um preditor significativo de um início precoce de relações sexuais (antes dos 15 anos de idade). Igualmente, Madkour e colaboradores (2010) observaram, em adolescentes de 4 países europeus e dos Estados Unidos da América, que uma má ligação com a escola (“school attachment”) está significativamente relacionada com um início precoce de relações sexuais. Ainda Markham e colaboradores (2010) realçaram, na sua revisão da literatura, que a conexão com a escola (“school connectedness”) tem uma ação protetora relativamente a um início precoce de relações sexuais. Adicionalmente, Aspy e colaboradores (2012) notaram, em adolescentes norteamericanos, que uma melhor conexão com a escola (“school connectedness”), que considera as dimensões de apoio social, perceção de integração, e de implicação, está significativamente associada à não iniciação sexual. Por fim, Parkes e colaboradores (2014) verificaram, ao utilizar os dados relativos ao *Avon Longitudinal Study of Parents and Children* em Inglaterra, que o não gostar da escola (grau de concordância com afirmações como *A minha escola é o local onde eu gosto de ir todos os dias*) por parte dos adolescentes de 10 a 11 anos de idade é um dos preditores de uma precoce iniciação sexual (antes dos 15 anos de idade).

No que concerne especificamente à relação com os professores, também a literatura parece confirmar os resultados obtidos. Assim, Respress e colaboradores (2018) salientaram que adolescentes norte-americanos que acreditavam que os professores os discriminavam tinham uma probabilidade significativamente maior de se iniciarem sexualmente. Também Peterson e colaboradores (2020) constataram, em adolescentes ingleses que foram acompanhados durante 3 anos, que era significativamente menos provável que os adolescentes com uma melhor relação com o professor (Grau de concordância com afirmações como: *Os meus professores são justos na relação com os seus estudantes*) se iniciassem sexualmente, mas também que não utilizassem contraceção se fossem sexualmente ativos.

Para explicar a associação entre uma *Relação com a escola* menos positiva e *Comportamentos sexuais de risco*, entre eles o início precoce da vida sexual, Parkes e colaboradores (2014) propõem três mecanismos. Assim, no primeiro as crianças pouco motivadas aplicam-se menos no seu trabalho escolar e por isso tem uma pior performance escolar; desta forma, a menor performance escolar pode reduzir as expectativas e as aspirações escolares e facilitar a adoção de normas menos convencionais que levarão aos comportamentos de risco. No segundo mecanismo são as dificuldades inerentes à

transição para um outro ciclo de ensino, onde as crianças deixam uma classe relativamente pequena e apenas um professor, para uma escola muito maior com diferentes professores e com diferentes matérias; assim, uma relação menos positiva com a escola poderá levar a problemas de integração social, principalmente num grupo de pares saudável. No terceiro mecanismo são as mudanças características do início do desenvolvimento pubertário (10-11 anos), com a maior independência relativamente aos pais e o aumento da influência dos pares; assim, um adolescente com uma relação menos positiva com a escola aos seus 10-11 anos pode considerar cada vez mais atrativo, e cada vez mais possível, gravitar em torno de outros que têm os mesmos pensamentos.

Não se observaram no presente estudo diferenças significativas ( $p>0,05$ ) na relação que o adolescente estabelece com a escola com os vários indicadores de *Comportamentos sexuais de risco*.

Da análise da literatura não se constata o estabelecimento de uma tendência clara entre estas variáveis. Assim, se em alguns estudos a relação que o adolescente estabelece com a escola parece ter uma ação protetora relativamente a *Comportamentos sexuais de risco* (European Commission Conference on Youth Health, 2009) como um maior uso de contraceção (Kirby, 2001) ou de preservativos (Carter et al., 2007), noutros estudos essa relação não varia de forma significativa com esse tipo de comportamentos (Chen, Thompson, & Morrison-beedy 2010), ou mais concretamente, com a utilização de preservativos (Dias, 2005; Markham et al., 2010).

Contudo, a relação que o adolescente estabelece com a escola poderá influenciar de forma significativa os seus *Comportamentos sexuais de risco*, porque os adolescentes estão numa fase do seu desenvolvimento onde se verifica um afastamento relativamente à família, e a escola assume assim uma maior influência (Carter et al., 2007), e porque a ação dos professores é particularmente importante, uma vez que a discriminação dos mesmos poderá incitar os adolescentes a sentirem-se isolados e socialmente excluídos, e assim induzi-los a participar em *Comportamentos sexuais de risco* (Respress et al., 2018).

#### 4.2.2.2. *Estratégias de estudo e Comportamentos sexuais*

Notou-se no presente estudo que adolescentes sem *Experiência de relações sexuais* utilizaram *Estratégias de Estudo* com uma frequência significativamente maior ( $p<0,05$ ) comparativamente aos que tinham essa experiência. No que concerne aos *Comportamentos sexuais de risco*, observou-se que as *Estratégias de Estudo* foram empregues com uma frequência significativamente maior ( $p<0,05$ ) pelos adolescentes que nunca tiveram relações sexuais sob o efeito de álcool na *Planificação das*

*Atividades de Estudo*, comparativamente aos que as tiveram, e pelos que nunca tiveram relações sexuais sob o efeito de droga (s) na *Planificação das Atividades de Estudo*, na *Motivação com o estudo* e ainda quando considerada a cotação total do inventário, comparativamente aos que tiveram esse tipo de relação. De realçar que não se constatarem diferenças significativas quando se considerou o uso sistemático de preservativo masculino ou o número de *Comportamentos sexuais de risco*.

Os resultados obtidos estão de acordo com a tendência descrita pela literatura, embora sejam empregues indicadores diferentes. Assim, Crockett e colaboradores (1996) verificaram, num estudo longitudinal com adolescentes americanos, que as raparigas que se iniciaram sexualmente de forma precoce (antes dos 15,5 anos de idade) participam significativamente menos em atividades escolares (como o realizar os trabalhos de casa e ler livros) comparativamente às que se iniciaram entre os 15,5 e os 17 anos de idade, mas não comparativamente às que se iniciaram com mais de 17 anos de idade. No que concerne aos rapazes, os que pertenciam ao grupo que se iniciaram sexualmente de forma precoce (antes dos 14,8 anos) têm tendência para um menor envolvimento nas atividades escolares, comparativamente aos outros dois grupos de rapazes. Mais tarde, Aspy e colaboradores (2012) constataram que é significativamente menos provável que os adolescentes com mais facilidade em realizar os trabalhos de casa já se tenham iniciado sexualmente, comparativamente aos que apresentavam mais dificuldade em realizá-los

No que respeita aos *Comportamentos sexuais de risco*, não foi possível estabelecer comparações por não terem sido encontrados outros estudos no sentido de analisar possíveis influências destes comportamentos no emprego de *Estratégias de Estudo*.

#### 4.2.2.3. Tipo de Raciocínio e Comportamentos sexuais

Observou-se no presente estudo que os adolescentes que não utilizaram o preservativo masculino de forma sistemática alcançaram uma significativamente melhor ( $p < 0,05$ ) performance de *Raciocínio abstrato*, comparativamente aos que o utilizaram dessa forma, e não se verificaram diferenças significativas no tipo de *Raciocínio* com a *Experiência de relações sexuais* nem com os outros indicadores de *Comportamentos Sexuais de Risco*.

Da análise da literatura relativa à performance cognitiva e ao *Comportamento sexual* dos adolescentes, verifica-se que são geralmente os adolescentes com melhor performance cognitiva que se iniciam sexualmente mais tarde. Assim, Paul e colaboradores (2000) observam que um elevado

*Quociente de Inteligência* (avaliado pelo *Wechsler Intelligence Scale for Children*) aos 13 anos está significativamente associado a uma menor frequência de relações sexuais precoces (com menos de 16 anos), embora a relação seja significativa apenas nos rapazes. Também Spriggs e Halpern (2008) constataam que a capacidade cognitiva (avaliado pelo *Add Health Picture Vocabulary Test*) está positivamente associada ao atraso no início de relações sexuais. Contudo, no presente estudo não se observaram diferenças significativas ( $p > 0,05$ ) na performance cognitiva com a *Experiência de relações sexuais* do adolescente.

No que respeita aos *Comportamentos sexuais de risco*, não foi possível estabelecer comparações por não terem sido encontrados outros estudos no sentido de analisar possíveis influências destes comportamentos na performance cognitiva dos adolescentes. Contudo, este resultado parece algo surpreendente. De facto, a performance na *Bateria de Provas de Raciocínio* procura avaliar os aspetos gerais do funcionamento cognitivo, como o apreender e aplicar relações e, no que respeita à avaliação do *Raciocínio Abstrato*, ela avalia a capacidade de estabelecer relações abstratas em situações novas para as quais se possui pouco ou nenhum conhecimento previamente aprendido (Almeida et al., 2010). Assim, os resultados do presente estudo parecem sugerir que uma percentagem significativamente maior de adolescentes com uma melhor capacidade para estabelecer relações abstratas em situações novas adota um *Comportamento sexual de risco*, nomeadamente a não utilização sistemática de preservativo masculino. Desta forma, parece pertinente conhecer por que processo, ou por qual(ais) associação(ões) com outra(s) variável(eis), tal se verifica. Nesse sentido, e no que respeita a essas variáveis, importa considerar, entre outras, as que estão relacionadas com a utilização do preservativo masculino (já descritas anteriormente), como as competências de comunicação (Ramiro et al., 2011) e de negociação (Dias, 2005; Moura et al., 2018), e a capacidade de recusa (Dias, 2005; Ramiro et al., 2011). Por fim, e também como descrito em capítulos anteriores, a reduzida amostra de adolescentes que realizaram esta bateria de testes poderá também influenciar este resultado.

#### 4.2.2.4. Resultados escolares e Comportamentos sexuais

Constatou-se no presente estudo que os adolescentes sem *Experiência de relações sexuais* obtiveram, comparativamente aos adolescentes com essa experiência, *Médias de classificações escolares* significativamente mais elevadas ( $p < 0,01$ ) no *Ensino Básico* (*Média às disciplinas de Português e Matemática*, *Média a todas as disciplinas* e na *Média nos Exames nacionais de Português e Matemática*) e no *Ensino Secundário*, nos *Cursos Científico-humanísticos* (*Média a todas as*

*disciplinas*) e nos *Cursos profissionais (Média do módulo de Português e Média a todos os módulos)*.

Estes resultados vão ao encontro dos obtidos noutros estudos, embora seja necessário ter em consideração a grande variedade de indicadores empregues. Assim, Dias (2005) observou que os adolescentes que não iniciaram a atividade sexual consideram com mais frequência que a sua capacidade escolar é boa, enquanto que os que já tiveram relações sexuais tendem a perceber a sua capacidade escolar como média ou inferior à média. Também Silva e colaboradores (2012) verificaram, em adolescentes que frequentavam o *Ensino Secundário*, que o início da atividade sexual associa-se significativamente a um menor aproveitamento escolar (média dos resultados escolares).

Os estudos realizados noutros países revelam a mesma tendência. Assim, Lammers e colaboradores (2000) constataram, em adolescentes norte americanos que frequentavam do 7º ao 12º ano de escolaridade, uma forte associação entre uma melhor performance escolar e o atraso no início de relações sexuais. No mesmo sentido, Sandfort e colaboradores (2008) observaram, a partir dos dados do *National Sexual Health Survey*, que a idade média em que os indivíduos se iniciaram sexualmente era maior nos que tinham frequentado o *Ensino superior* comparativamente aos que tinham terminado a sua escolaridade no *Ensino secundário* (embora não tenha sido avaliado se essas diferenças eram significativas). De igual forma, Frisco (2008) constatou, numa amostra representativa de adolescentes americanos do 8º ano de escolaridade, que um maior atraso na iniciação sexual (no início, no fim ou depois do *Ensino Secundário*) está significativamente associado a uma maior probabilidade de conclusão do *Ensino Secundário*. Já Price e Hyde (2009) observaram, em adolescentes americanos dos 13 aos 15 anos, que as médias dos resultados escolares mais baixas estavam associadas à iniciação sexual dos adolescentes, mas apenas nas raparigas. De igual forma, Aspy e colaboradores (2012) constataram que 76% dos adolescentes sem *Experiência de relações sexuais* alcançam classificações escolares de A ou B, enquanto que a percentagem é de 57% nos que têm essa experiência. Ainda Ong e colaboradores (2013) observaram, em adolescentes chineses do 6º ao 12º ano de escolaridade, que uma percentagem significativamente maior dos adolescentes que eram ativos sexualmente percecionavam as suas performances escolares no último ano como baixas comparativamente aos adolescentes que não eram ativos. Também Perry e colaboradores (2014) notaram que os adolescentes com resultados escolares mais baixos têm maiores probabilidades de já se terem iniciado sexualmente. Finalmente, Respress e colaboradores (2018) verificaram que os adolescentes com melhores resultados escolares (média às diferentes disciplinas) têm uma probabilidade significativamente inferior de já se terem iniciado sexualmente.

Quando se considera a precocidade da *Experiência de relações sexuais*, tendo como referência idades pré-estabelecidas, confirma-se que o atraso da experiência de relações sexuais está positivamente relacionado com os resultados escolares. Assim, Crockett e colaboradores (1996) observaram que os adolescentes que se iniciavam de forma precoce (rapazes antes dos 14,8 anos e raparigas antes dos 15,5) têm tendência para obter piores resultados escolares. Valle e colaboradores (2005) verificaram, em adolescentes noruegueses que frequentavam o 9º e o 10º ano de escolaridade, que os que se iniciaram sexualmente de forma precoce (antes dos 16 anos de idade) tinham uma perceção da sua performance académica (grau de concordância com cinco afirmações como *Eu sinto-me tao esperto como os outros da minha idade* e *Eu tenho um bom desempenho durante as aulas*) significativamente inferior aos que ainda não se tinham iniciado ou que se tinham iniciado tardiamente. E Kuzman e colaboradores (2007) constataram, em adolescentes croatas, que a probabilidade de ter relações sexuais precoces (antes dos 16 anos) é significativamente maior nos adolescentes com piores resultados escolares (avaliados pela resposta à questão *Na tua opinião o que é que pensa o teu professor acerca da tua performance escolar, relativamente á teus camaradas?*). De igual forma, Lohman e Billings (2008) observaram que os resultados escolares (classificações escolares finais entre os 10 e os 14 anos) têm um efeito significativo na diminuição da probabilidade de um início precoce da *Experiência de relações sexuais* (antes dos 15 anos de idade). Também Spriggs e Halpern (2008) constataram que é menos provável que aqueles que se iniciaram sexualmente numa idade precoce (antes dos 16 anos de idade) ou típica (entre os 16 e os 18 anos de idade) iniciem os seus estudos no *Ensino superior*.

Por outro lado, Lammers e colaboradores (2000) referiram que este efeito diminui nos últimos anos de escolaridade (11º e 12º ano) e também Spriggs e Halpern (2008) destacaram que as aspirações educativas e o alcance educativo associadas à iniciação sexual diminuem com o tempo.

Os resultados no presente estudo parecem corroborar a literatura, uma vez que os adolescentes sem *Experiência de relações sexuais* obtiveram *Médias das Classificações Escolares* significativamente superiores aos adolescentes com essa experiência. Por outro lado, estes resultados parecem também parcialmente confirmar a tendência descrita por Lammers e colaboradores (2000) e Spriggs e Halpern (2008), com uma maior generalização dessas diferenças entre adolescentes que frequentavam o *Ensino básico* comparativamente aos que frequentavam *Cursos científico-humanísticos*, mas não comparativamente aos que frequentavam *Cursos profissionais*.

No que concerne ao *Percurso escolar*, constatou-se que uma percentagem significativamente maior ( $p < 0,05$ ) de adolescentes sem *Experiência de relações sexuais* nunca ficaram retidos ao longo da sua escolaridade, comparativamente aos adolescentes com essa experiência. Este resultado parece estar parcialmente de acordo com a literatura porque, segundo Aras e colaboradores (2007), há uma probabilidade significativamente maior nos adolescentes com retenções escolares de se terem iniciado sexualmente, embora apenas nos rapazes.

Como possível explicação para esta relação, Matos (2007) constatou no seu estudo que os adolescentes que não apresentavam retenções ao longo da sua escolaridade revelam comportamentos sexuais mais saudáveis no que respeita à *Capacidade de dizer “não”*, ao *Conforto na vivência da sexualidade* e na Cotação global do *Inventário de comportamentos sexuais*, competências essas que poderão ser determinantes para o atraso da *Experiência de relações sexuais*. Uma outra explicação poderá ser a idade mais avançada dos adolescentes com retenções, comparativamente aos sem retenções, uma vez que, e como já descrito anteriormente, a percentagem de adolescentes com a *Experiência de relações sexuais* aumenta com a idade dos mesmos.

Não se observou, no presente estudo, que as *Médias de classificações escolares* ou o *Percurso escolar* tivessem variado de forma significativa com os indicadores de *Comportamentos sexuais de risco* empregues no mesmo. Contudo, são vários os estudos que constataram que melhores resultados escolares estão significativamente associados à não realização de *Comportamento sexuais de risco*. Assim, Lerand, Ireland e Blum (2006) verificaram, em adolescentes pertencentes a países das Caraíbas e com idades dos 10 aos 18 anos, que os rapazes que afirmavam terem uma boa performance escolar (Auto apreciação da mesma em *Acima ou na média* e *abaixo da média*) apresentam maiores probabilidades de utilizarem preservativos nas últimas relações sexuais. Também Lohman e Billings (2008) constataram que a melhoria dos resultados escolares (classificações escolares finais entre os 10 e os 14 anos) está significativamente associada à diminuição dos comportamentos sexuais de risco (resposta a quatro questões como *Quantas vezes tu, ou o teu parceiro, tiveram relações sexuais desprotegidas não utilizando nenhuma forma de contraceção?*). Por fim, Wong e colaboradores (2017) observaram, em adolescentes norte americanos que frequentavam o *Ensino Secundário*, que as melhores médias nas várias disciplinas e os melhores resultados nos testes estandardizados de Matemática e de Inglês estão significativamente associados à não realização de *Comportamentos sexuais de risco* (uso de preservativos na última relação sexual e o ter relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou droga).

Embora o mecanismo pelo qual os *Resultados escolares* propriamente ditos afetam o início das relações sexuais seja ainda indeterminado, uma das explicações avançadas é que os adolescentes com melhores resultados escolares têm uma maior autoestima, melhores capacidades para planejar a longo prazo, e ligações mais próximas aos adultos que se ocupam deles e, por isso, são capazes de retardar o início de relações sexuais (Lammers et al., 2000). Nesse sentido, a literatura sugere que a associação entre uma iniciação sexual precoce e resultados escolares mais baixos é mais complexa que um simples efeito causal direto e negativo, e que é por isso necessário considerar mais fatores, como outros comportamentos relacionados com a saúde, o *Nível socioeconómico*, a raça e as condições familiares (Busch et al., 2014).

Quando se considera os *Comportamentos sexuais de risco*, a literatura sugere que os resultados escolares poderão ter um papel preventivo em relação aos mesmos. Assim, Lohman e Billings (2008) consideram que o efeito protetor dos resultados escolares nos *Comportamentos sexuais de risco* se verifica pela redução de outros comportamentos de risco, como o consumo de álcool e de drogas pelos adolescentes, bem como na diminuição de problemas na escola. Por outro lado, Wong e colaboradores (2017) consideram que melhores resultados escolares levam a um maior envolvimento com a escola ou à promoção de amizades com estudantes com os quais é menos provável que se envolvam em comportamentos de risco.

#### *4.2.2.5. Relação com a escola, Estratégias de estudo, tipo de Raciocínio, Resultados escolares e Comportamentos sexuais de risco.*

O *Desempenho escolar* variou de forma mais generalizada entre adolescentes com e sem *Experiência de relações sexuais*, nomeadamente na *Relação com a escola*, na frequência de utilização de *Estratégias de Estudo* e nos *Resultados escolares*, do que entre adolescentes com e sem *Comportamentos sexuais de risco*. Nestes últimos apenas se verificou uma variação na frequência de utilização de *Estratégias de Estudo* (dois comportamentos) e no tipo de *Raciocínio* (um comportamento). Estes resultados destacam como o *Desempenho escolar* pode ser distinto em adolescentes que adotam, e não adotam, diferentes *Comportamentos sexuais*, e ainda que ter *Experiência de relações sexuais* parece ser o que desses comportamentos tem mais impacto no *Desempenho escolar*, mesmo quando comparado com os *Comportamentos sexuais de risco* estudados. Não foi possível comparar estes resultados com os de outros estudos por não terem sido encontrados estudos no sentido de analisar, de forma simultânea, como várias componentes do desempenho escolar variam com *Comportamentos sexuais*.

Como consequência destes resultados, parece particularmente pertinente investigar como as múltiplas formas de viver a *Experiência de relações sexuais* podem afetar a escolaridade do adolescente, para assim perceber melhor o mecanismo subjacente ao seu impacto no *Desempenho escolar*. Os resultados obtidos destacam ainda como o *Desempenho escolar* varia de forma muito específica com os diferentes *Comportamentos sexuais de risco*, o que salienta a forma complexa como este tipo de comportamentos se associa ao *Desempenho escolar*. Por fim, não se verificou que o *Desempenho escolar* variasse de forma significativa com o número de *Comportamentos sexuais de risco*, o que, em conjunto com os resultados anteriores, ilustra a forma particular como cada um destes comportamentos influencia o primeiro

#### **4.5 CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E PROPOSTAS DE FUTURAS INVESTIGAÇÕES**

Na primeira parte do presente estudo avaliaram-se *Comportamentos sexuais* de adolescentes e como os mesmos variaram com as características dos adolescentes, tendo-se verificado que 22% dos adolescentes tinham *Experiência de relações sexuais* e que, dos que tinham essa experiência: i) 39% não utilizavam o preservativo masculino de forma sistemática; ii) 20% tiveram relações sexuais sob o efeito de álcool; iii) 15% tiveram relações sexuais sob o efeito de drogas; e iv) 13% acumulavam dois ou mais *Comportamentos sexuais de risco*. Estes valores são próximos dos descritos na literatura, com a exceção do último indicador.

Observou-se também que os *Comportamentos sexuais* de adolescentes variaram de forma significativa com as características individuais dos mesmos, com uma percentagem significativamente maior: i) de rapazes a terem *Experiência de relações sexuais* e a terem tido relações sexuais sob o efeito de álcool e drogas, comparativamente às raparigas; ii) de adolescentes do *Ensino básico* a terem tido relações sexuais sob o efeito de álcool, comparativamente aos do *Ensino secundário*; iii) e de adolescentes que frequentavam o *Ensino secundário* e que frequentavam *Cursos profissionais* a terem *Experiência de relações sexuais*, comparativamente aos que frequentavam o *Ensino secundário* e *Cursos científico-humanísticos*. Estas variações estão de acordo com a literatura.

Na segunda parte do estudo, e no que concerne ao *Desempenho Escolar*, observou-se que os adolescentes sem *Experiência de relações sexuais* estabeleciam uma *Relação com a escola* significativamente mais positiva, o que está de acordo com a literatura. Contudo, não se verificou no presente estudo que essa relação variasse de forma significativa com os diferentes *Comportamentos sexuais de risco*. A literatura não permite estabelecer uma tendência clara na relação entre estas variáveis.

Constatou-se também que os adolescentes sem *Experiência de relações sexuais* empregavam com mais frequência *Estratégias de Estudo*, comparativamente aos que tinham essa experiência, o que parece estar de acordo com a literatura relativa à participação e/ou ao envolvimento em atividades escolares. De forma menos generalizada, os adolescentes que não tiveram relações sexuais sob o efeito de álcool ou drogas empregaram *Estratégias de Estudo* com mais frequência, comparativamente aos que tiveram relações sexuais nessas circunstâncias.

Verificou-se ainda que os adolescentes que não utilizavam o preservativo masculino de forma sistemática apresentavam um *Raciocínio abstrato* significativamente superior aos que o utilizavam dessa forma. Este foi o único componente do *Desempenho escolar* em que a melhor performance foi alcançada pelos adolescentes com *Comportamentos sexuais de risco*, e não foi possível comparar este resultado com a literatura.

Por fim, os adolescentes sem *Experiência de Relações Sexuais* revelavam *Médias de classificações escolares* significativamente maiores nos dois *Ciclos de Ensino* e nos dois *Tipo de cursos*, comparativamente aos adolescentes com essa experiência. Contudo, estas diferenças foram mais generalizadas no *Ensino Básico* e nos *Cursos profissionais* que no *Ensino Secundário* e nos *Cursos científico-humanísticos*. Relativamente ao *Percurso escolar*, observou-se que uma maior percentagem de adolescentes sem *Experiência de Relações Sexuais* não apresentava retenções ao longo da sua escolaridade, comparativamente aos adolescentes com essa experiência. Estes resultados estão em concordância com a literatura e evidenciam como os *Resultados escolares* dos adolescentes variam com a *Experiência de relações sexuais* dos mesmos. Por outro lado, não se observaram diferenças significativas nos *Resultados escolares* entre adolescentes com e sem *Comportamentos sexuais de risco*, o que não está de acordo com a literatura, que descreve que os mesmos são inferiores nos adolescentes que revelam esse tipo de comportamentos.

Numa análise transversal dos resultados obtidos, verificou-se que o *Desempenho escolar* variou com os *Comportamentos sexuais* dos adolescentes, e que essa variação é mais generalizada entre adolescentes com e sem *Experiência de relações sexuais* do que entre adolescentes com e sem *Comportamentos sexuais de risco*. Por outro lado, o *Desempenho escolar* parece variar de forma muito específica com os diferentes *Comportamentos sexuais de risco*.

Este estudo apresenta várias limitações. Para além das descritas no capítulo dois, uma outra é o reduzido número de adolescentes que realizaram a *Bateria de Provas de raciocínio* e que tinham *Comportamentos sexuais de risco*, o que limita a generalização destes resultados. Uma outra limitação

é o reduzido número de comportamentos sexuais avaliados, uma vez que indicadores como, entre outros, a idade da primeira relação sexual e o número de parceiros, permitiriam caracterizar melhor os adolescentes com *Experiência de relações sexuais*.

Como propostas de futuras investigações, e dada a forma como o *Desempenho escolar* variou com a *Experiência de relações sexuais*, parece pertinente verificar de que forma o primeiro varia com diferentes expressões dessa experiência.

Constatou-se também que os diferentes indicadores de *Desempenho escolar* variaram de forma bastante específica com os diferentes *Comportamentos sexuais de risco*. Assim, parece-nos pertinente procurar compreender a associação entre esses comportamentos e o emprego de *Estratégias de Estudo* e o *Raciocínio*, e alargar esta análise a outros *Comportamentos sexuais*, como por exemplo, o número de parceiros e a idade de iniciação sexual, e a outros indicadores de *Desempenho escolar*, como a *Relação com a escola* e os *Resultados escolares*.

Por fim, constatou-se que o *Raciocínio* era significativamente superior nos adolescentes com um dos *Comportamentos sexuais de risco*, a utilização não sistemática de preservativo masculino. Este resultado levanta imensas questões, e não está de acordo com a tendência descrita na literatura. Assim, a forma como a cognição se relaciona com a tomada de decisões no âmbito dos comportamentos sexuais poderia ser um alvo de futuros estudos.

## RESULTADOS A DESTACAR

Os adolescentes que tinham *Experiência de relações sexuais* constituíam 22% da amostra, e destes: i) 39% não utilizaram o preservativo masculino de forma sistemática; ii) 20% tiveram *Relações sexuais sob o efeito de álcool*; iii) 15% tiveram *Relações sexuais sob o efeito de drogas*; e iv) 13% acumulavam dois ou mais *Comportamentos sexuais de risco*.

Estes comportamentos variaram de forma significativa com as características dos adolescentes, em que uma percentagem significativamente superior: i) dos rapazes tinha *Experiência de relações sexuais* e teve relações sexuais sob o efeito de álcool e drogas, comparativamente às raparigas; ii) de adolescentes que frequentavam o *Ensino secundário* tinha *Experiência de relações sexuais*, comparativamente aos do *Ensino Básico*; iii) de adolescentes que frequentavam o *Ensino básico* teve relações sexuais sob o efeito de álcool, comparativamente aos do *Ensino Secundário*; iv) de adolescentes que frequentavam um *Curso Profissional* tinha *Experiência de relações sexuais*, comparativamente aos dos *Cursos científico-humanísticos*.

Os adolescentes sem *Experiência de relações sexuais* tinham uma *Relação com a escola* mais positiva, utilizavam *Estratégias Estudo* com mais frequência, obtinham *Médias de Classificações escolares* mais elevadas e apresentavam menos retenções ao longo da sua escolaridade, comparativamente aos que tinham essa experiência.

Os adolescentes que não utilizavam o preservativo masculino de forma sistemática revelavam um *Raciocínio abstrato* superior aos que o utilizavam dessa forma, e os adolescentes que nunca tiveram relações sexuais sob o efeito de álcool ou drogas empregavam *Estratégias de estudo* com uma frequência superior aos que as tinham tido.

## **CAPÍTULO 5 – COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA A SAÚDE E O DESEMPENHO ESCOLAR DE ADOLESCENTES PORTUGUESES**

### **5.1. INTRODUÇÃO**

#### **5.1.1. Comportamentos saudáveis e Comportamentos de risco para a saúde de adolescentes**

Há muito tempo que a adolescência é considerada como um período de aumento dos comportamentos de risco para a saúde (Hale & Viner 2012), isto porque os mesmos aumentam em frequência e em multiplicidade ao longo da mesma (Mahalik, Coley, Lombardi, & Lynch, 2013; Spring et al., 2012) mesmo quando se consideram culturas diferentes (Spring et al., 2012). Contudo, não se deve subestimar os comportamentos de risco para a saúde na adolescência, ou de os considerar como um acontecimento temporário que irá desaparecer no fim da mesma (Cogollo & Gómez-Bustamante, 2013), uma vez que estes podem prolongar-se pela vida adulta, afetando de forma negativa o bem-estar dos indivíduos (Cogollo & Gómez-Bustamante, 2013; Jackson, Henderson, Frank, & Haw 2012; Mahalik et al., 2013; Sawyer et al., 2012; Spengler, Mess, Schmocker, & Woll, 2014), mas também porque, em muitos casos, a idade de iniciação dos mesmos é, em si, um fator de risco devido ao aumento da exposição ao longo da vida (Mahalik et al., 2013). Assim, e embora a adolescência se tenha tornado uma preocupação para aqueles que desejam evitar consequências negativas para a saúde na parte média e final da idade adulta (Raphael, 2013), é de realçar que as consequências da adoção de comportamentos de risco para a saúde nesse período podem também ser graves a curto e a médio prazo e em várias esferas da vida, nomeadamente a pessoal, interpessoal, familiar, escolar e profissional (Simões, 2010).

A literatura propõe várias classificações de comportamentos relacionados com a saúde, e considera também um número muito variável desses mesmos comportamentos: por exemplo, no estudo da *Public Health Seattle & King County*. (2016) observaram-se 23 comportamentos de risco para a saúde. Para Spring e colaboradores (2012) os comportamentos relacionados com a saúde podem ser classificados em comportamentos de saúde e de risco, considerando os *Comportamentos de risco para a saúde* (CRPS) como comportamentos que aumentam as probabilidades de doença, ou que impedem o restabelecimento, e que têm sido relacionados de forma consistente com a mortalidade e com a morbilidade. Estes podem ser agrupados em, pelo menos, cinco categorias: i)

uma dieta rica em calorias, gordura ou sódio, e reduzida em nutrientes; ii) baixos níveis de atividade física e elevados níveis de comportamentos sedentários; iii) consumo de tabaco; iv) consumo de substâncias como o álcool e drogas prescritas ou ilícitas; v) e comportamentos sexuais de risco. Por outro lado, e ainda segundo os mesmos autores, os *Comportamentos protetores de saúde* são ações que reduzem a suscetibilidade às doenças, facilitam o restabelecimento da saúde, e estão relacionados com uma melhor saúde. Estes podem ser agrupados em três categorias: i) ser fisicamente ativo; ii) comer frutas e vegetais; iii) e aderir à prescrição médica.

Para Carter e colaboradores (2007) não é claro se os comportamentos que comprometem e os que promovem a saúde representam os dois lados de uma mesma moeda, ou se os preditores dos comportamentos promotores de saúde são diferentes dos comportamentos que comprometem a saúde. Neste contexto, optou-se no presente estudo por considerar apenas CRPS, nomeadamente a má *Qualidade do sono*, o *Consumo de tabaco*, e três *Comportamentos sexuais de risco*.

### **5.1.2. Múltiplos Comportamentos de risco para a saúde**

A literatura descreve muitos estudos em que os adolescentes apresentam dois ou mais CRPS de forma simultânea (Azeredo, Levy, Peres, Menezes, & Araya, 2016; Ferreira, 2008; Hale & Viner, 2016; Junior et al., 2009), ou em que se evidenciam fortes ligações entre esses comportamentos (Hale & Viner 2012, 2016). De facto, os CRPS não ocorrem de forma isolada, uma vez que eles têm a tendência para se agrupar (Azeredo et al., 2016; Busch, Stel, Schrijvers, & Leeuw, 2013; Cogollo & Gómez-Bustamante, 2013; Conry et al., 2011; Hale & Viner 2012, 2016; Looze et al., 2014; Prochaska, Spring, & Nigg, 2008; Sevil-Serrano, Aibar-Solana, Abos, Julian, & Garcia-Gonzalez, 2019; Spring et al., 2012; Winter, Visser, Verhulst, Vollebergh, & Reijneveld, 2016), e a probabilidade de um adolescente adotar múltiplos CRPS aumenta ao longo da adolescência (Junior et al., 2009; Spring et al., 2012). Nesse sentido, Looze e colaboradores (2014) verificaram, baseando-se nos dados relativos ao HBSC de 2009-2010, evidências de fortes similaridades entre países no que respeita ao agrupamento (“clustering”) de CRPS de adolescentes, similaridades substanciais e notáveis especialmente quando considerados os diferentes contextos culturais, políticos, legais, demográficos, sociais e religiosos.

Winter e colaboradores (2016) observaram que adotar um CRPS no início da adolescência está significativamente relacionado com a manutenção desse mesmo comportamento mais tarde, e que quando alguns desses comportamentos (como o consumo não regular de frutas, legumes e de pequeno almoço, a inatividade física e o consumo de tabaco) são adotados antes ou no início da

adolescência, eles predizem de forma significativa a adoção mais tarde de múltiplos desses comportamentos. Um dos exemplos relativos aos efeitos da adoção de vários desses comportamentos é descrito por Schmid e colaboradores (2007), que constataram que, comparativamente aos adolescentes que apenas consumiam álcool, os que consumiam álcool e tabaco em simultâneo revelavam um maior consumo de álcool, uma maior dependência de nicotina e um maior consumo de canábis.

Consequentemente, os indivíduos com múltiplos CRPS têm maiores riscos de contrair uma doença crónica (Alzahrani, Watt, Sheiham, Aresu, & Tsakos, 2014; Prochaska, 2008), de ter uma incapacidade ou ainda de ter uma morte prematura (Prochaska, 2008), e esses riscos podem ocorrer não só na vida adulta mas até na adolescência (Busch et al., 2013).

Neste contexto, Brooks e colaboradores (2012) salientam que a propensão para considerar os comportamentos de forma isolada tem como tendência a exclusão de considerações relativas às inter-relações entre CRPS, que podem aumentar o risco ou funcionar como fator de proteção. Nesse sentido, também Conry e colaboradores (2011) realçam que a análise dos padrões de adoção de vários destes comportamentos é importante devido aos efeitos sinérgicos desses mesmos comportamentos, que podem aumentar o risco de morbilidade e de mortalidade. Consequentemente, a pesquisa sobre a adoção de vários comportamentos de saúde representa uma abordagem útil para uma melhor compreensão da complexidade dos comportamentos relacionados com a saúde (Spengler et al., 2014).

### **5.1.3. Comportamentos de risco para a saúde e Desempenho escolar**

Numa perspetiva de saúde pública, para Martínez-Gómez e colaboradores (2012) é essencial que os determinantes do sucesso escolar sejam bem compreendidos de modo que possam ser tomadas medidas para melhorar os fatores não só intelectuais mas também os de saúde. E nesse sentido, os comportamentos promotores de saúde dos adolescentes parecem estar associados de forma positiva com o sucesso escolar: quanto mais os adolescentes têm comportamentos saudáveis melhor é a sua performance na escola (Burns et al., 2018; Busch et al., 2017; Centers for Disease Control and Prevention, n.d.-a, n.d.-b; Cogollo & Gómez-Bustamante, 2013; Martínez-Gómez et al., 2012; Rasberry et al., 2017) e maiores as probabilidades de continuar os seus estudos no *Ensino superior* (Cabrera, Rodriguez, Karl, & Chavez, 2018). Esta tendência já foi amplamente descrita nos capítulos anteriores do presente estudo.

Contudo, pareça ser ainda pouco claro se as associações positivas entre a escolha de comportamentos promotores de saúde e resultados escolares continuam a existir quando múltiplos comportamentos de saúde são analisados em simultâneo (Cabrera et al., 2018).

#### **5.1.4. Múltiplos Comportamentos de risco para a saúde e Desempenho escolar**

A maior parte dos estudos que relaciona CRPS dos adolescentes com o *Desempenho escolar* não considera a adoção de vários desses comportamentos, seja porque estuda apenas um desses comportamentos, seja porque os considera de forma isolada. Contudo, alguns estudos parecem evidenciar que a adoção de vários CRPS poderá ter um efeito negativo no *Desempenho escolar*, nomeadamente na relação que o adolescente estabelece com a escola (Brooks et al., 2012; Jackson & Vaughn, 2019), em comportamentos relacionados com o estudo (Jackson & Vaughn, 2019) e nos resultados escolares (Adelantado-Renau, Jiménez-Pavón, Beltran-Valls, & Moliner-Urdiales, 2019; Burns et al., 2018; Cogollo & Gómez-Bustamante, 2013; Martínez-Gómez et al., 2012; Public Health Seattle & King County, 2016; Wright, Kipping, Hickman, Campbell, & Heron, 2018).

#### **5.1.5. Objetivos do estudo**

Assim, é objetivo deste estudo avaliar a frequência do número de CRPS que os adolescentes apresentavam e a frequência da adoção de vários desses comportamentos, e analisar ainda se as mesmas variam com as características individuais dos adolescentes. Pretende-se também verificar se o *Desempenho escolar* varia de forma significativa com o número de CRPS e com a adoção simultânea de vários desses comportamentos.

## **5.2. METODOLOGIA**

No capítulo 2 desta tese descreveram-se os procedimentos (2.2.1), a amostra (2.2.2), o questionário principal e os instrumentos que nele foram incluídos (2.2.3), a *Bateria de Provas de Raciocínio* (2.2.4) e a recolha dos *Resultados escolares* (2.2.5), que são comuns ao estudo sobre os *Comportamentos de risco para a saúde*, no qual se foca o presente capítulo.

Considera-se, neste capítulo, que o adolescente adota um CRPS quando apresenta uma má *Qualidade do sono* (mQS), ou quando adota o *Consumo de tabaco* (CT) ou quando teve pelo menos um *Comportamento sexual de risco* (CSR) (utilização não sistemática do preservativo masculino, ter tido relações sexuais sob o efeito de álcool, ou ter tido relações sexuais sob o efeito de drogas). Considera-

se também quando o adolescente adota vários CRPS e, para tal, emprega-se a técnica da coocorrência e nas suas duas formas. A primeira corresponde à soma do número de comportamentos adotados pelos participantes, e a segunda considera a frequência com que ocorrem as diferentes combinações de comportamentos. Esta técnica será descrita com mais detalhe no início da Discussão (5.4.1.). Assim, quando adolescentes apresentam dois CRPS, por exemplo a mQS e o CT, eles são descritos como adolescentes em que coocorrem a mQS e o CT.

Assim, no presente estudo avalia-se: *(i)* o número de CRPS, que corresponde à soma do número desses comportamentos que cada participante apresenta, e *(ii)* a coocorrência de CRPS, que descreve a frequência das diferentes combinações desses comportamentos (embora, e para efeitos de comparação, nesta descrição também se considera os comportamentos isolados). Neste contexto, importa realçar que os adolescentes sem CRPS não apresentavam nenhum desses comportamentos, constituindo, por isso, um grupo mais restrito do que os dos adolescentes sem CRPS nos capítulos anteriores. Neste capítulo, eles tinham, em simultâneo, uma boa *Qualidade do sono*, não consumiam tabaco e não tinham tido nenhum dos CSR.

Relativamente aos procedimentos estatísticos, analisou-se a frequência do número e da coocorrência de CRPS e, para verificar se as mesmas variavam com as características dos adolescentes (*Sexo, Idade, Ciclo de ensino e Nível socioeconómico*) aplicou-se o *Teste do Qui-Quadrado*. Empregou-se ainda este teste para avaliar se a *Relação com a escola* e o *Percurso escolar* variavam com o número e com a coocorrência de CRPS, mas também se eles variavam entre adolescentes que não adotavam esses comportamentos e os que adotavam um, dois ou três dos mesmos (número de comportamentos), e ainda entre os primeiros e os que adotavam um ou mais dos diferentes CRPS (coocorrência de comportamentos).

Aplicou-se também o *Teste de Kruskal-Wallis* para constatar se a frequência de utilização de *Estratégias de estudo*, o tipo de *Raciocínio* e as *Médias das classificações escolares* (que não respeitavam os critérios de normalidade) variavam com o número e com a coocorrência de CRPS. Utilizou-se ainda o *Teste de Mann-Whitney* para averiguar se a frequência de utilização de *Estratégias de estudo*, o tipo de *Raciocínio* e as *Médias das classificações escolares* (que não respeitam os critérios de normalidade) variavam de forma significativa entre adolescentes sem CRPS e os que adotavam um, dois ou três desses comportamentos (número de comportamentos), e entre os primeiros e os que adotavam um ou mais dos diferentes CRPS (coocorrência de comportamentos).

Empregou-se ainda o teste *ANOVA Unifatorial* para analisar se as *Médias das classificações escolares* (que respeitavam os critérios de normalidade) variava com o número e com a coocorrência de CRPS. Por fim, utilizou-se também o *Teste t de student* para verificar se as *Médias das classificações escolares* (que respeitam os critérios de normalidade) variavam entre adolescentes sem CRPS e os que adotavam um, dois ou três desses comportamentos (número de comportamentos), e entre os primeiros e os que adotavam um ou mais dos diferentes CRPS (coocorrência de comportamentos).

### 5.3. RESULTADOS

Os resultados obtidos no presente estudo estão estruturados em cinco partes. Na primeira parte (5.3.1.) descreve-se a frequência do número e da coocorrência de CRPS e de como a mesma variou com as características dos adolescentes. Nas partes seguintes averigua-se como a *Relação com a escola* (5.3.2.), a frequência de utilização de *Estratégias de estudo* (5.3.3.), o tipo de *Raciocínio* (5.3.4.) e os *Resultados escolares* (5.3.5.) variaram com o número e com a coocorrência de CRPS. Por fim, na última parte (5.3.6.) observa-se como o conjunto das componentes do *Desempenho escolar* variaram com o número e com a acumulação de CRPS.

#### 5.3.1. Comportamentos de risco para a saúde

Constatou-se que 42,7% dos adolescentes não revelavam CRPS e, dos adolescentes que apresentavam esses comportamentos, a grande maioria (76,7%) revelava apenas um *deles*, 16,9% dois e 6,3% três. (Tabela 5.1)

**Tabela 5.1** Número de Comportamentos de risco para a saúde

| Número de CRPS | Amostra  |      | Adolescentes com CRPS |      |
|----------------|----------|------|-----------------------|------|
|                | <i>n</i> | %    | <i>n</i>              | %    |
| 0              | 330      | 42,7 |                       |      |
| 1              | 340      | 44,0 | 340                   | 76,7 |
| 2              | 75       | 9,7  | 75                    | 16,9 |
| 3              | 28       | 3,6  | 28                    | 6,3  |

Verifica-se na Tabela 5.2 que o número de CRPS dos adolescentes variou de forma significativa ( $p < .01$ ) entre rapazes e raparigas quando se consideraram adolescentes que não apresentavam esses

comportamentos e os que apresentavam um dos mesmos, em que uma percentagem significativamente maior de rapazes (57% vs 44%) não adotava esses comportamentos, comparativamente às raparigas. O número de CRPS dos adolescentes também variou de forma significativa ( $p < .001$ ) com o *Ciclo de ensino* quando se considerou os adolescentes que não apresentavam esses comportamentos e os que apresentavam um ou dois dos mesmos, em que uma percentagem significativamente maior de adolescentes que frequentavam o *Ensino Básico* não apresentavam esses comportamentos comparativamente aos que frequentavam o *Ensino secundário* (60% vs 44%, entre nenhum e um comportamento, e 94% vs 76%, entre nenhum e dois comportamentos).

**Tabela 5.2** Número de Comportamentos de risco para a saúde e características dos adolescentes

| Números de CRPS | Características dos adolescentes (%) |    |                 |    | $\chi^2$ (3) = 10.482,<br>$p < .05$ | $\chi^2$ (3) = 28.652,<br>$p < .001$ |
|-----------------|--------------------------------------|----|-----------------|----|-------------------------------------|--------------------------------------|
|                 | Sexo                                 |    | Ciclo de ensino |    |                                     |                                      |
|                 | M                                    | F  | EB              | ES |                                     |                                      |
| 0               | 49                                   | 39 | 56              | 37 |                                     |                                      |
| 1               | 37                                   | 49 | 37              | 47 |                                     |                                      |
| 2               | 11                                   | 9  | 4               | 12 |                                     |                                      |
| 3               | 4                                    | 3  | 3               | 4  |                                     |                                      |
| 0               | 57                                   | 44 | 60              | 44 | $\chi^2$ (1) = 9.973,<br>$p < .01$  | $\chi^2$ (1) = 14.304,<br>$p < .001$ |
| 1               | 43                                   | 56 | 40              | 56 |                                     |                                      |
| 0               |                                      |    | 94              | 76 | $ns$                                | $\chi^2$ (1) = 19.768,<br>$p < .001$ |
| 2               |                                      |    | 6               | 24 |                                     |                                      |

**CRPS** – Comportamentos de risco para a saúde **M** – Masculino;

**F** – Feminino; **EB**- Ensino básico; **ES** – Ensino secundário

Não se constatarem diferenças significativas ( $p > .05$ ) em função do *Sexo* dos adolescentes, entre os adolescentes sem CRPS e os que acumulavam dois ou três desses comportamentos, e com o *Ciclo de ensino* entre os adolescentes sem CRPS e os que acumulavam os três comportamentos. Também não se observaram diferenças significativas ( $p > .05$ ) entre adolescentes sem CRPS e adolescentes que apresentavam um ou mais desses comportamentos com o *Nível socioeconómico* e o *Tipo de curso*.

Relativamente à coocorrência de CRPS e considerando apenas os adolescentes com esse tipo de comportamentos, observa-se na Tabela 5.3 que, quando os adolescentes revelavam apenas um desses comportamentos, o mais frequente era a mQS (65,0%) comparativamente ao CT (6,3%) e aos CSR (5,4%), e que quando se considera a coocorrência dos mesmos, as maiores frequências eram para a da mQS e o CT (8,6%) e a dos três CRPS (6,3%).

**Tabela 5.3** Coocorrência de Comportamentos de risco para a saúde

| Acumulação de CRPS | Amostra  |       | Adolescentes com CRPS |      |
|--------------------|----------|-------|-----------------------|------|
|                    | <i>n</i> | %     | <i>n</i>              | %    |
| SCRPS              | 330      | 42,7  |                       |      |
| mQS                | 288      | 37,3  | 288                   | 65,0 |
| CT                 | 28       | 3,6   | 28                    | 6,3  |
| CSR                | 24       | 3,1   | 24                    | 5,4  |
| mQS+CT             | 38       | 4,9   | 38                    | 8,6  |
| mQS+CSR            | 17       | 2,2   | 17                    | 3,8  |
| CT+CSR             | 20       | 2,6   | 20                    | 4,5  |
| mQS+CT+CSR         | 28       | 3,6   | 28                    | 6,3  |
| Total              | 773      | 100,0 | 443                   | 100  |

**SCRPS** – Sem Comportamentos de risco para a saúde; **mQS** - Má Qualidade de sono; **CT** - Consumo de tabaco; **CSR** - Comportamentos sexuais de risco.

Quando se observa a frequência total desses comportamentos, na sua forma isolada e em coocorrência, e considerando apenas os adolescentes que apresentavam este tipo de comportamentos, o comportamento mais frequente foi a mQS (83,7%: 65,0% + 8,6% + 3,8% + 6,3%), seguido do CT (25,7%: 6,3% + 8,6% + 4,5% + 6,3%) e dos CSR (20,0%: 5,4% + 3,8% + 4,5% + 6,3%). Por outro lado, e quando se observa apenas os adolescentes em que coocoriam dois ou mais CRPS, o comportamento mais frequente foi o CT (19,4%: 8,6% + 4,5% + 6,3%), seguido da mQS (18,7%: 8,6% + 3,8% + 6,3%) e dos CSR (14,6%: 3,8% + 4,5 + 6,3%).

Também se constatou que a coocorrência dos CRPS variou de forma significativa com o *Sexo* ( $p < .001$ ) e com o *Ciclo de ensino* ( $p < .05$ ) dos adolescentes (Tabela 5.4), e de forma não significativa ( $p > .05$ ) com o *Nível socioeconômico* e com o *Tipo de curso*. Assim, observou-se que entre os adolescentes sem CRPS e adolescentes com mQS, uma percentagem significativamente ( $p < .001$ ) maior dos primeiros era de rapazes (63%) comparativamente à das raparigas (47%), e que entre adolescentes sem CRPS e adolescentes em que coocoriam o CT e os CSR, uma percentagem significativamente maior ( $p < .001$ ) dos primeiros era de raparigas (97%) comparativamente aos rapazes (91%).

**Tabela 5.4** Coocorrência de Comportamentos de risco para a saúde e características dos adolescentes

| Acumulação de CRPS | Características dos adolescentes (%) |    |                 |    |                        |
|--------------------|--------------------------------------|----|-----------------|----|------------------------|
|                    | Sexo                                 |    | Ciclo de ensino |    |                        |
|                    | M                                    | F  | EB              | ES |                        |
| SCRPS              | 49                                   | 39 | 57              | 37 |                        |
| mQS                | 28                                   | 44 | 35              | 38 |                        |
| CT                 | 5                                    | 3  | 2               | 4  |                        |
| CSR                | 4                                    | 2  | 1               | 4  | $\chi^2 (7) = 32.204$  |
| mQS+CT             | 5                                    | 5  | 3               | 6  | $p < .001$             |
| mQS+CSR            | 2                                    | 3  | 0               | 3  |                        |
| CT+CSR             | 5                                    | 1  | 1               | 3  |                        |
| mQS+CT+CSR         | 4                                    | 3  | 3               | 4  |                        |
| SCRPS              | 63                                   | 47 | 62              | 49 | $\chi^2 (1) = 8.344$   |
| mQS                | 37                                   | 53 | 38              | 51 | $p < .01$              |
| SCRPS              |                                      |    | 97              | 90 | $\chi^2 (1) = 5.958,$  |
| CT                 |                                      |    | 3               | 10 | $p < .05$              |
| SCRPS              |                                      |    | 99              | 90 | $\chi^2 (1) = 10.774,$ |
| CSR                |                                      |    | 1               | 10 | $p < .001$             |
| SCRPS              |                                      |    | 95              | 87 | $\chi^2 (1) = 6.908,$  |
| mQS+CT             |                                      |    | 5               | 13 | $p < .01$              |
| SCRPS              |                                      |    | 100             | 92 | $\chi^2 (1) = 9.816,$  |
| mQS+CSR            |                                      |    | 0               | 8  | $p < .01$              |
| SCRPS              | 91                                   | 97 | 98              | 92 | $\chi^2 (1) = 6.109,$  |
| CT+CSR             | 9                                    | 3  | 2               | 8  | $p < .05$              |

**SCRPS** – Sem Comportamentos de risco para a saúde; **mQS** - Má Qualidade de sono; **CT** - Consumo de tabaco; **CSR** - Comportamentos sexuais de risco; **M** – Masculino; **F** – Feminino; **EB**- Ensino básico; **ES** – Ensino secundário

Verificou-se também que entre os adolescentes sem CRPS e os adolescentes que apresentavam um ou dois desses comportamentos, uma percentagem significativamente maior ( $p < .05$ ) dos primeiros frequentavam o *Ensino básico*, comparativamente aos que frequentavam o *Ensino secundário*, nomeadamente no que diz respeito aos adolescentes que revelavam uma mQS (62% vs 49%,  $p < .01$ ), o CT (97% vs 90%,  $p < .05$ ), e CSR (99% vs 90%,  $p < .001$ ), e os em que coocorriam a mQS e o CT (95% vs 87%,  $p < .01$ ), a mQS e os CSR (100% vs 92%,  $p < .01$ ) e o CT e os CSR (98% vs 92%,  $p < .05$ ). Não se constatarem diferenças significativas ( $p > .05$ ) entre os adolescentes que frequentavam o *Ensino Básico* e os que frequentavam o *Ensino secundário*, quando se compara os adolescentes sem CRPS e os adolescentes em que coocorriam os três comportamentos de risco.

### 5.3.2. Relação com a escola e Comportamentos de risco para a saúde

Observou-se que a *Relação com a escola* era significativamente mais positiva ( $p < .05$ ) em adolescentes sem CRPS comparativamente aos que apresentavam um ou mais desses

comportamentos (Tabela 5.5).

Assim, uma percentagem significativamente superior ( $p < .05$ ) de adolescentes sem CRPS respondeu, comparativamente aos que apresentavam um, dois ou três desses comportamentos, *Gosto* ou *Gosto muito* à questão *Como é que te sentes em relação à escola, atualmente?* (respetivamente: 62% vs 46%,  $p < .001$ ; 62% vs 41%,  $p < .001$ ; e 62% vs 39%,  $p < .05$ ) e *Na maioria das vezes* ou *Sempre* à questão *Achas que os professores são justos?* (respetivamente: 69% vs 54%,  $p < .001$ ; 69% vs 46%,  $p < .001$ ; e 69% vs 39%,  $p < .001$ ). Essa tendência pareceu também evidenciar-se nas respostas às questões *Sentes-te fazer parte da escola?* e *Achas que a escola se preocupa contigo?*, embora as diferenças não fossem significativas entre todos esses grupos de adolescentes, mas apenas entre os sem CRPS e os com um ou dois desses comportamentos, relativamente à questão *Sentes-te fazer parte da escola?*, em que os primeiros responderam de forma significativamente superior *Na maioria das vezes* ou *Sempre* (respetivamente: 69% vs 56%,  $p < .001$ ; e 69% vs 55%,  $p < .05$ ) e entre os sem CRPS e os com um ou três desses comportamentos relativamente à questão *Achas que a escola se preocupa contigo?* onde os primeiros responderam de forma significativamente superior *Bastante* ou *Muito* (respetivamente: 68% vs 52%,  $p < .001$ ; e 68% vs 43%,  $p < .001$ ).

**Tabela 5.5** Relação com a escola e número de Comportamentos de risco para a saúde

| Relação com a escola                                  |              | Percentagem de adolescentes que revelavam |    |    |    |                                      |
|---|--------------|---|----|----|----|--------------------------------------|
|   |              | Número de CRPS                            |    |    |    |                                      |
| Questão   | Categorias   | 0   | 1  | 2  | 3  |                                      |
| Como é que te sentes em relação à escola, atualmente? | Gosto (a)    | 62  | 46 | 41 | 39 | $\chi^2 (3) = 23.442,$<br>$p < .001$ |
|   | Detesto (b)  | 38  | 54 | 59 | 61 |                                      |
|   | Gosto (a)    | 62  | 46 |    |    | $\chi^2 (1) = 17.141,$<br>$p < .001$ |
|   | Detesto (b)  | 38  | 54 |    |    |                                      |
|   | Gosto (a)    | 62  |    | 41 |    | $\chi^2 (1) = 10.871,$<br>$p < .001$ |
|   | Detesto (b)  | 38  |    | 59 |    |                                      |
|   | Gosto (a)    | 62  |    |    | 39 | $\chi^2 (1) = 5.624,$<br>$p < .05$   |
|   | Detesto (b)  | 38  |    |    | 61 |                                      |
| Senteste-te fazer parte da escola?                    | Sempre (c)   | 69  | 56 | 55 | 61 | $\chi^2 (3) = 11.965,$<br>$p < .01$  |
|   | Nunca (d)    | 31  | 44 | 45 | 39 |                                      |
|   | Sempre (c)   | 69  | 56 |    |    | $\chi^2 (1) = 10.668,$<br>$p < .001$ |
|   | Nunca (d)    | 31  | 44 |    |    |                                      |
|   | Sempre (c)   | 69  |    | 55 |    | $\chi^2 (1) = 4.694,$<br>$p < .05$   |
|   | Nunca (d)    | 31  |    | 45 |    |                                      |
| Achas que a escola se preocupa contigo?               | Bastante (e) | 68  | 52 | 60 | 43 | $\chi^2 (3) = 19.966,$<br>$p < .001$ |
|   | Nada (f)     | 32  | 48 | 40 | 57 |                                      |
|   | Bastante (e) | 68  | 52 |    |    | $\chi^2 (1) = 16.892,$<br>$p < .001$ |
|   | Nada (f)     | 32  | 48 |    |    |                                      |
|   | Bastante (e) | 68  |    |    | 43 | $\chi^2 (1) = 6.992,$<br>$p < .0,01$ |
|   | Nada (f)     | 32  |    |    | 57 |                                      |
| Achas que os professores são justos?                  | Sempre (c)   | 69  | 54 | 46 | 36 | $\chi^2 (3) = 29.484,$<br>$p < .001$ |
|   | Nunca (d)    | 31  | 46 | 54 | 64 |                                      |
|   | Sempre (c)   | 69  | 54 |    |    | $\chi^2 (1) = 16.987,$<br>$p < .001$ |
|   | Nunca (d)    | 31  | 46 |    |    |                                      |
|   | Sempre (c)   | 69  |    | 46 |    | $\chi^2 (1) = 14.205,$<br>$p < .001$ |
|   | Nunca (d)    | 31  |    | 54 |    |                                      |
|   | Sempre (c)   | 69  |    |    | 36 | $\chi^2 (1) = 12.903,$<br>$p < .001$ |
|   | Nunca (d)    | 31  |    |    | 64 |                                      |
| Que estudos gostarias de concluir?                    | ESu (g)      | 82  |    |    | 62 | $\chi^2 (1) = 6.037,$<br>$p < .05$   |
|   | 12º ano      | 18  |    |    | 38 |                                      |

**CRPS** – Comportamentos de risco para a saúde; **ESu** – Ensino superior; **(a)** Gosto e Gosto muito; **(b)** Detesto, Não gosto e Não gosto nem desgosto; **(c)** Na maioria das vezes e Sempre; **(d)** Nunca, Por vezes; **(e)** Bastante e Muito; **(f)** Nada e Pouco; **(g)** Estudos Universitários

Quando se considera a perspetiva de prosseguimento de estudos, constatou-se que uma percentagem significativamente maior ( $p < .05$ ) de adolescentes sem CRPS pretendia prosseguir os seus estudos na Universidade, comparativamente aos adolescentes em que esses três comportamentos coocorriam (82% vs 62%).

Por outro lado, não se verificaram diferenças significativas ( $p > .05$ ) na importância que os adolescentes atribuíam à escola no seu futuro entre adolescentes sem CRPS e adolescentes com um ou mais desses comportamentos.

Por fim, não pareceu verificar-se que o número de itens em que os adolescentes sem CRPS apresentavam uma *Relação com a escola* significativamente mais positiva (comparativamente aos que revelavam esses comportamentos de risco) aumente progressivamente com o número de comportamentos que coocorrem: as diferenças eram significativas em quatro itens entre adolescentes sem esses comportamentos e os que apresentavam um deles, três itens entre os primeiros e os que acumulavam dois comportamentos e quatro itens entre os primeiros e os que acumulavam os três comportamentos. Contudo, e quando se analisa, em cada um dos itens, a percentagem de adolescentes que tinham uma *Relação com a escola* mais positiva, observa-se que esta diminui com o aumento do número dos CRPS dos adolescentes, embora em nenhum caso essa diferença seja significativa ( $p > .05$ ).

No que respeita à coocorrência de CRPS, constatou-se que uma percentagem significativamente maior ( $p < .05$ ) de adolescentes sem esses comportamentos respondeu (Tabela 5.6): *Gosto* ou *Muito* à questão *Como é que te sentes em relação à escola, atualmente?* comparativamente aos que apresentavam mQS (62% vs 45%,  $p < .001$ ) e aos em que coocorriam a mQS e o CT (62% vs 27%,  $p < .001$ ), o CT e os CSR (62% vs 40%,  $p < .05$ ), e os os três CRPS (62% vs 39%,  $p < .05$ ); *Na maioria das vezes* ou *Sempre* à questão *Sentes-te fazer parte da escola?* comparativamente aos que apresentavam uma mQS (69% vs 55%,  $p < .001$ ); *Bastante* ou *Muito* à questão *Achas que a escola se preocupa contigo?*, comparativamente aos que apresentavam uma mQS (68% vs 52%,  $p < .001$ ) e aos em que coocorriam os três CRPS (68% vs 43%,  $p < .01$ ); *Na maioria das vezes* ou *Sempre* à questão *Achas que os professores são justos?* comparativamente aos que apresentavam uma mQS (69% vs 56%,  $p < .001$ ), que consumiam tabaco (69% vs 43%,  $p < .01$ ), que tinham CSR (69% vs 42%,  $p < .01$ ), e em que coocorriam a mQS e o CT (69% vs 43%,  $p < .01$ ), o CT e os CSR (69% vs 45%,  $p < .05$ ), e os três CRPS (69% vs 36%,  $p < .001$ ); *Bastante* ou *Muito* à questão *Consideras a escola importante para o teu futuro?* comparativamente aos em que coocorriam a mQS e o CT (90% vs 73%,  $p < .01$ ); e *Estudos Universitários* à questão *Que estudos gostarias de concluir?* comparativamente aos em que coocorriam os três CRPS (82% vs 62%,  $p < .05$ ).

**Tabela 5.6** Relação com a escola e coocorrência de Comportamentos de risco para a saúde

| Relação com a escola                                  |                 | Percentagem de adolescentes que revelavam CRPS (%) |     |    |     |        |         |        |                                      |   |
|---|-----------------|--|-----|----|-----|--------|---------|--------|--------------------------------------|---|
| Questão   | Categorias      | SCRPS  | mQS | CT | CSR | mQS+CT | mQS+CSR | CT+CSR | mQS+CT+CRS                           |   |
| Como é que te sentes em relação à escola, atualmente? | Gosto (a)       | 62   | 45  | 54 | 50  | 27     | 75      | 40     | 39                                   | $\chi^2 (7) = 34.638,$<br>$p < .001$    |
|   | Detesto (b)     | 38   | 55  | 46 | 50  | 73     | 25      | 60     | 61                                   |   |
|   | Gosto (a)       | 62   | 45  |    |     |        |         |        |                                      | $\chi^2 (1) = 17.867,$<br>$p < .001$    |
|   | Detesto (b)     | 38   | 55  |    |     |        |         |        |                                      |   |
|   | Gosto (a)       | 62   |     |    |     | 27     |         |        |                                      | $\chi^2 (1) = 16.888,$<br>$p < .001$    |
|   | Detesto (b)     | 38   |     |    |     | 73     |         |        |                                      |   |
|   | Gosto (a)       | 62   |     |    |     |        |         | 40     |                                      | $\chi^2 (1) = 3.874,$<br>$p < .05$      |
|   | Detesto (b)     | 38   |     |    |     |        |         | 60     |                                      |   |
|   | Gosto (a)       | 62   |     |    |     |        |         |        | 39                                   | $\chi^2 (1) = 5.624,$<br>$p < .05$      |
|   | Detesto (b)     | 38   |     |    |     |        |         |        | 61                                   |   |
| Sentes-te fazer parte da escola?                      | Sempre (c)      | 69   | 55  | 71 | 54  | 54     | 53      | 60     | 61                                   | $\chi^2 (7) = 15.161,$<br>$p < .05$     |
|   | Nunca (d)       | 31   | 45  | 29 | 46  | 46     | 47      | 40     | 39                                   |   |
|   | Sempre (c)      | 69   | 55  |    |     |        |         |        |                                      | $\chi^2 (1) = 11.954,$<br>$p < .001$    |
|   | Nunca (d)       | 31   | 45  |    |     |        |         |        |                                      |   |
| Achas que a escola se preocupa contigo?               | Bastante (e)    | 68   | 52  | 50 | 54  | 60     | 65      | 55     | 43                                   | $\chi^2 (7) = 20.417,$<br>$p < .01$     |
|   | Nada (f)        | 32   | 48  | 50 | 46  | 40     | 35      | 45     | 57                                   |   |
|   | Bastante (e)    | 68   | 52  |    |     |        |         |        |                                      | $\chi^2 (1) = 15.560,$<br>$p < .001$    |
|   | Nada (f)        | 32   | 48  |    |     |        |         |        |                                      |   |
| Bastante (e)  | 68              |  |     |    |     |        |         | 43     | $\chi^2 (1) = 6.992,$<br>$p < .01$   |   |
| Nada (f)  | 32              |  |     |    |     |        |         | 57     |                                      |   |
| Achas que os professores são justos?                  | Sempre (c)      | 69   | 56  | 43 | 42  | 43     | 53      | 45     | 36                                   | $\chi^2 (7) = 33.162,$<br>$p < .001$    |
|   | Nunca (d)       | 31   | 44  | 57 | 58  | 57     | 47      | 55     | 64                                   |   |
|   | Sempre (c)      | 69   | 56  |    |     |        |         |        |                                      | $\chi^2 (1) = 11.950,$<br>$p < .001$    |
|   | Nunca (d)       | 31   | 44  |    |     |        |         |        |                                      |   |
|   | Sempre (c)      | 69   |     | 43 |     |        |         |        |                                      | $\chi^2 (1) = 8.039,$<br>$p < .01$      |
|   | Nunca (d)       | 31   |     | 57 |     |        |         |        |                                      |   |
|   | Sempre (c)      | 69   |     |    | 42  |        |         |        |                                      | $\chi^2 (1) = 7.638,$<br>$p < .01$      |
|   | Nunca (d)       | 31   |     |    | 58  |        |         |        |                                      |   |
|   | Sempre (c)      | 69   |     |    |     | 43     |         |        |                                      | $\chi^2 (1) = 9.975,$<br>$p < .01$      |
|   | Nunca (d)       | 31   |     |    |     | 57     |         |        |                                      |   |
|   | Sempre (c)      | 69   |     |    |     |        |         | 45     |                                      | $\chi^2 (1) = 5.006,$<br>$p < .05$      |
|   | Nunca (d)       | 31   |     |    |     |        |         | 55     |                                      |   |
| Sempre (c)  | 69              |  |     |    |     |        |         | 36     | $\chi^2 (1) = 12.903,$<br>$p < .001$ |   |
| Nunca (d)   | 31              |  |     |    |     |        |         | 64     |                                      |   |
| Consideras a escola importante para o teu futuro?     | Bastante (g)    | 90   |     |    |     | 73     |         |        |                                      | <b>Fisher's Exact Test</b><br>$p < .01$ |
|   | Muito pouco (h) | 10   |     |    |     | 27     |         |        |                                      |   |
| Que estudos gostarias de concluir?                    | EU (i)          | 82   |     |    |     |        |         |        | 62                                   | $\chi^2 (1) = 6.037,$<br>$p < .05$      |
|   | 12º ano         | 18   |     |    |     |        |         |        | 38                                   |   |

**CRPS** – Comportamentos de risco para a saúde; **(a)** Gosto e Gosto muito; **(b)** Detesto, Não gosto e Não gosto nem desgosto; **(c)** Na maioria das vezes e Sempre; **(d)** Nunca, Por vezes; **(e)** Bastante e Muito; **(f)** Nada e Pouco; **(g)** Bastante e muito; **(h)** Muito pouco, Pouco e Médio; **(i)** Estudos Universitários; **SCRPS** – Sem Comportamentos de risco para a saúde; **MQS** – Má Qualidade do sono; **CT** – Fumador ocasional, semanal ou diário; **CSR** – Comportamentos sexuais de risco

Constatou-se assim que o maior número de itens em que a *Relação com a escola* variava de forma significativa ( $p < .05$ ), entre adolescentes com e sem CRPS, ocorria com a mQS, enquanto comportamento isolado, e com o CT enquanto comportamento presente em todas as coocorrências.

Por fim, não se observou que o número de itens em que os adolescentes sem CRPS apresentavam uma *Relação com a escola* significativamente mais positiva, comparativamente aos que revelavam esses comportamentos, aumente de forma progressiva com o número de comportamentos adotados: o maior número (quatro) de itens com diferenças significativas foi entre os adolescentes sem esses comportamentos e os que apresentavam uma mQS e os em que coocorriam os três comportamentos.

### **5.3.3. Estratégias de estudo e Comportamentos de risco para a saúde**

Os adolescentes sem CRPS utilizavam *Estratégias de estudo* com uma frequência significativamente maior ( $p < .05$ ) comparativamente aos que apresentavam um, dois ou três desses comportamentos (Tabela 5.7).

Observou-se também que, entre os adolescentes sem CRPS e os em que coocorriam dois desses comportamentos, essa diferença era significativa em todas as subescalas e na cotação total ( $p < .05$ ), enquanto que ela era de três itens e na cotação total entre os primeiros e os adolescentes que revelavam um ou três desses comportamentos.

**Tabela 5.7** Estratégias de estudo e número de Comportamentos de risco para a saúde

| Inventário de Estratégias de Estudo   | Média da frequência de emprego de Estratégias de estudo |     |     |     |     |     |     |                       |                               |
|---------------------------------------|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------------------|-------------------------------|
|                                       | Número de CRPS  |     |     |     |     |     |     |                       |                               |
|                                       | 0   |     | 1   |     | 2   |     | 3   |                       |                               |
| M                                     | D-P   | M   | D-P | M   | D-P | M   | D-P |                       |                               |
| Planificação das Atividades de Estudo | 3,9   | 0,7 | 3,8 | 0,8 | 3,4 | 0,7 | 3,4 | 0,9                   | $\chi^2_{(3)}=39.090, p<.001$ |
|                                       | 3,9   | 0,7 | 3,8 | 0,8 |     |     |     |                       | $U = 45833.000, p<.01$        |
|                                       | 3,9   | 0,7 |     |     | 3,4 | 0,7 |     |                       | $U = 6649.500, p<.001$        |
|                                       | 3,9   | 0,7 |     |     |     |     | 3,4 | 0,9                   | $U = 2729.000, p<.01$         |
| Motivação para os estudos             | 4,0   | 0,7 | 3,8 | 0,7 | 3,5 | 0,7 | 3,5 | 0,6                   | $\chi^2_{(3)}=32.936, p<.001$ |
|                                       | 4,0   | 0,7 | 3,8 | 0,7 |     |     |     |                       | $U = 45430.000, p<.001$       |
|                                       | 4,0   | 0,7 |     |     | 3,5 | 0,7 |     |                       | $U = 7589.000, p<.001$        |
|                                       | 4,0   | 0,7 |     |     |     |     | 3,5 | 0,6                   | $U = 2527.500, p<.001$        |
| Descodificação da informação          | 3,5   | 0,6 | 3,5 | 0,6 | 3,1 | 0,7 | 3,4 | 0,6                   | $\chi^2_{(3)}=17.587, p<.001$ |
|                                       | 3,5   | 0,6 |     |     | 3,1 | 0,7 |     |                       | $U = 8606.500, p<.001$        |
| Organização da informação             | 3,4   | 0,7 | 3,5 | 0,7 | 3,2 | 0,6 | 3,4 | 0,7                   | $\chi^2_{(3)}=8.307, p<.05$   |
|                                       | 3,4   | 0,7 |     |     | 3,2 | 0,6 |     |                       | $U = 9400.500, p<.01$         |
| Retenção / Evocação informação        | 3,3   | 0,7 | 3,1 | 0,7 | 3,1 | 0,6 | 3,0 | 0,6                   | $\chi^2_{(3)}=21.308, p<.001$ |
|                                       | 3,3   | 0,7 | 3,1 | 0,7 |     |     |     |                       | $U = 44033.000, p<.001$       |
|                                       | 3,3   | 0,7 |     |     | 3,1 | 0,6 |     |                       | $U = 9208.000, p<.01$         |
|                                       | 3,3   | 0,7 |     |     |     |     | 3,0 | 0,6                   | $U = 2823.500, p<.01$         |
| Cotação total                         | 3,6   | 0,5 | 3,5 | 0,5 | 3,2 | 0,5 | 3,3 | 0,5                   | $\chi^2_{(3)}=33.511, p<.001$ |
|                                       | 3,6   | 0,5 | 3,5 | 0,5 |     |     |     |                       | $U = 48249.500, p<.05$        |
|                                       | 3,6   | 0,5 |     |     | 3,2 | 0,5 |     |                       | $U = 6922.500, p<.001$        |
|                                       | 3,6   | 0,5 |     |     |     | 3,3 | 0,5 | $U = 2922.000, p<.05$ |                               |

**CRPS** – Comportamentos de risco para a saúde

Não parece assim evidenciar-se uma tendência segundo a qual a um maior número de CRPS corresponde um progressivamente maior número de subescalas nas quais se observam diferenças significativas ( $p<.05$ ) comparativamente aos adolescentes sem esse tipo de comportamentos. Contudo, quando se considerou as médias da frequência de utilização de *Estratégias de Estudo* onde se observavam diferenças significativas entre adolescentes com e sem CRPS, constatou-se uma tendência globalmente decrescente nessa média com o aumento do número desses comportamentos. Assim, relativamente à *Planificação das Atividades de Estudo*, a média de frequência de utilização destas estratégias é de 3,9 para os adolescentes sem CRPS, 3,8 para os que revelam um desses comportamentos ( $p<.01$ ), 3,4 para os que apresentavam dois ( $p<.001$ ), e 3,4 para os que adotavam os três ( $p<.01$ ). No que concerne à *Motivação para os estudos* as médias são de 4,0, para os adolescentes sem CRPS, 3,8 para os que revelam um desses comportamentos ( $p<.001$ ), 3,5 para os que apresentavam dois ( $p<.001$ ) e 3,5 para os que adotavam os três ( $p<.001$ ). No item *Retenção / Evocação informação* as médias são de 3,3, para os adolescentes sem CRPS, 3,1 para os que revelam um desses comportamentos ( $p<.001$ ), 3,1 para os que apresentavam dois ( $p<.01$ ) e 3,0 para os que

adotavam os três ( $p < .01$ ). Por fim, na cotação total as médias são de 3,6, para os adolescentes sem CRPS, 3,5 para os que revelam um desses comportamentos ( $p < .05$ ), 3,2 para os que apresentavam dois ( $p < .001$ ), e 3,3 para os que adotavam os três ( $p < .05$ ).

Também quando se considerou a coocorrência de CRPS (Tabela 5.8), os adolescentes sem esses comportamentos utilizavam *Estratégias de estudo* de forma significativamente mais frequente ( $p < .05$ ) que adolescentes com um ou vários desses comportamentos, com a exceção dos que adotavam CSR de forma isolada.

**Tabela 5.8** Estratégias de estudo e coocorrência de Comportamentos de risco para a saúde

| Inventário de Estratégias de Estudo   | Média da frequência de emprego de Estratégias de estudo |     |     |     |     |     |     |     |        |     |         |     |        |     |            |     |                               |                      |
|---------------------------------------|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--------|-----|---------|-----|--------|-----|------------|-----|-------------------------------|----------------------|
|                                       | Coocorrência de CRPS                                    |     |     |     |     |     |     |     |        |     |         |     |        |     |            |     |                               |                      |
|                                       | SCRPS   |     | mQS |     | CT  |     | CRS |     | mQS+CT |     | mQS+CSR |     | CT+CSR |     | mQS+CT+CSR |     |                               |                      |
| M                                     | D-P   | M   | D-P | M   | D-P | M   | D-P | M   | D-P    | M   | D-P     | M   | D-P    | M   | D-P        | M   | D-P                           |                      |
| Planificação das Atividades de Estudo | 3,9   | 0,7 | 3,8 | 0,8 | 3,4 | 0,8 | 3,8 | 0,8 | 3,5    | 0,7 | 3,4     | 0,7 | 3,1    | 0,8 | 3,4        | 0,9 | $\chi^2_{(n)}=45.797, p<.001$ |                      |
|                                       | 3,9   | 0,7 | 3,8 | 0,8 |     |     |     |     |        |     |         |     |        |     |            |     |                               | $U=39697.500, p<.05$ |
|                                       | 3,9   | 0,7 |     |     | 3,4 | 0,8 |     |     |        |     |         |     |        |     |            |     |                               | $U=2810.500, p<.001$ |
|                                       | 3,9   | 0,7 |     |     |     |     |     |     | 3,5    | 0,7 |         |     |        |     |            |     |                               | $U=3718.500, p<.001$ |
|                                       | 3,9   | 0,7 |     |     |     |     |     |     |        |     | 3,4     | 0,7 |        |     |            |     |                               | $U=1537.000, p<.01$  |
|                                       | 3,9   | 0,7 |     |     |     |     |     |     |        |     |         |     | 3,1    | 0,8 |            |     |                               | $U=1394.000, p<.001$ |
|                                       | 3,9   | 0,7 |     |     |     |     |     |     |        |     |         |     |        |     | 3,4        | 0,9 |                               | $U=2729.000, p<.01$  |
| Motivação para os estudos             | 4,0   | 0,7 | 3,8 | 0,7 | 3,6 | 0,7 | 3,9 | 0,7 | 3,5    | 0,7 | 3,6     | 0,9 | 3,4    | 0,7 | 3,5        | 0,6 | $\chi^2_{(n)}=37.529, p<.001$ |                      |
|                                       | 4,0   | 0,7 | 3,8 | 0,7 |     |     |     |     |        |     |         |     |        |     |            |     |                               | $U=38473.500, p<.01$ |
|                                       | 4,0   | 0,7 |     |     | 3,6 | 0,7 |     |     |        |     |         |     |        |     |            |     |                               | $U=3122.000, p<.01$  |
|                                       | 4,0   | 0,7 |     |     |     |     |     |     | 3,5    | 0,7 |         |     |        |     |            |     |                               | $U=3699.000, p<.001$ |
|                                       | 4,0   | 0,7 |     |     |     |     |     |     |        |     |         |     | 3,4    | 0,7 |            |     |                               | $U=1792.000, p<.001$ |
|                                       | 4,0   | 0,7 |     |     |     |     |     |     |        |     |         |     |        |     | 3,5        | 0,6 |                               | $U=2527.500, p<.001$ |
| Descodificação da informação          | 3,5   | 0,6 | 3,5 | 0,6 | 3,3 | 0,6 | 3,5 | 0,7 | 3,1    | 0,6 | 3,2     | 0,8 | 3,2    | 0,8 | 3,4        | 0,6 | $\chi^2_{(n)}=21.627, p<.01$  |                      |
|                                       | 3,5   | 0,6 |     |     |     |     |     |     | 3,1    | 0,6 |         |     |        |     |            |     |                               | $U=3886.000, p<.001$ |
| Organização da informação             | 3,4   | 0,7 |     |     |     |     |     |     | 3,2    | 0,6 |         |     |        |     |            |     |                               | $U=4554.000, p<.05$  |
| Retenção / Evocação informação        | 3,3   | 0,7 | 3,1 | 0,7 | 3,2 | 0,7 | 3,4 | 0,6 | 3,1    | 0,6 | 3,2     | 0,8 | 3,0    | 0,6 | 3,0        | 0,6 | $\chi^2_{(n)}=26.158, p<.001$ |                      |
|                                       | 3,3   | 0,7 | 3,1 | 0,7 |     |     |     |     |        |     |         |     |        |     |            |     |                               | $U=36022.50, p<.001$ |
|                                       | 3,3   | 0,7 |     |     |     |     |     |     | 3,1    | 0,6 |         |     |        |     |            |     |                               | $U=4471.500, p<.05$  |
|                                       | 3,3   | 0,7 |     |     |     |     |     |     |        |     |         |     | 3,0    | 0,6 |            |     |                               | $U=2320.500, p<.05$  |
|                                       | 3,3   | 0,7 |     |     |     |     |     |     |        |     |         |     |        |     | 3,0        | 0,6 |                               | $U=2823.500, p<.01$  |
| Cotação total                         | 3,6   | 0,5 | 3,5 | 0,5 | 3,4 | 0,6 | 3,6 | 0,5 | 3,2    | 0,4 | 3,3     | 0,6 | 3,2    | 0,5 | 3,3        | 0,5 | $\chi^2_{(n)}=36.818, p<.001$ |                      |
|                                       | 3,6   | 0,5 |     |     | 3,4 | 0,6 |     |     |        |     |         |     |        |     |            |     |                               | $U=3293.500, p<.05$  |
|                                       | 3,6   | 0,5 |     |     |     |     |     |     | 3,2    | 0,4 |         |     |        |     |            |     |                               | $U=3304.000, p<.001$ |
|                                       | 3,6   | 0,5 |     |     |     |     |     |     |        |     | 3,3     | 0,6 |        |     |            |     |                               | $U=1815.000, p<.05$  |
|                                       | 3,6   | 0,5 |     |     |     |     |     |     |        |     |         |     | 3,2    | 0,5 |            |     |                               | $U=1803.500, p<.001$ |
|                                       | 3,6   | 0,5 |     |     |     |     |     |     |        |     |         |     |        | 3,3 | 0,5        |     |                               | $U=2922.000, p<.05$  |

**SCRPS** – Sem Comportamentos de risco para a saúde; **CRPS** – Comportamentos de risco para a saúde; **mQS** – Má Qualidade do sono ; **CT** – Fumador ocasional, semanal ou diário; **CSR** - Comportamentos sexuais de risco

Contudo, a utilização das diferentes *Estratégias de estudo* variou com as diferentes coocorrências de comportamentos. Assim, quando se considera os *Comportamentos de risco para saúde* de forma isolada, os adolescentes sem esse tipo de comportamentos utilizavam *Estratégias de Estudo* com uma frequência significativamente maior ( $p < .05$ ) comparativamente aos que adotavam o CT (*Planificação das atividades de estudo, Motivação para o estudo* e cotação total) e a mQS (*Planificação das atividades de estudo, Motivação para o estudo* e *Retenção / Evocação da Informação*). Quando se considera a coocorrência de dois *Comportamentos de risco para saúde*, os adolescentes sem esse tipo de comportamentos utilizavam *Estratégias de Estudo* com uma frequência significativamente maior ( $p < .05$ ) comparativamente aos em que coocorriam a mQS e os CSR (*Planificação das atividades de estudo* e cotação total), o CT e os CSR (*Planificação das atividades de estudo, Motivação para o estudo* e *Retenção / Evocação da Informação* e cotação total) e a mQS e o CT (todas as subescalas e cotação total). Por fim, quando se considera a coocorrência dos três *Comportamentos de risco para saúde*, os adolescentes sem esse tipo de comportamentos utilizavam *Estratégias de Estudo* com uma frequência significativamente maior ( $p < .05$ ) comparativamente aos em que coocorriam os três comportamentos (*Planificação das atividades de estudo, Motivação para o estudo* e *Retenção / Evocação da Informação* e cotação total).

Por fim, não se observou que o número de subescalas em que os adolescentes sem CRPS utilizavam *Estratégias de estudo* com uma frequência significativamente maior, comparativamente aos que adotavam esses comportamentos de risco, aumente de forma progressiva com o número desses comportamentos, uma vez que o maior número de subescalas onde essas diferenças se verificaram foram entre adolescentes sem esse tipo de comportamentos e os em que coocorriam dois desses comportamentos, a mQS e o CT (todas as subescalas e a cotação total), mas também porque o número de subescalas onde essas diferenças se verificaram é muito variável quando se consideram os comportamentos isolados (entre nenhuma e três) ou a coocorrência dos mesmos (entre duas e seis).

#### **5.3.4. Tipo de Raciocínio e Comportamentos de risco para a saúde**

Constatou-se no presente estudo que o tipo de *Raciocínio* não era significativamente diferente ( $p > .05$ ) entre adolescentes sem CRPS e adolescentes com um ou mais desses comportamentos. Por outro lado, observa-se na Tabela 5.9 que a performance de *Raciocínio abstrato* era significativamente superior ( $p < .05$ ) em adolescentes sem CRPS comparativamente aos adolescentes em que coocorriam a mQS e o CT.

**Tabela 5.9** Tipo de Raciocínio e coocorrência de Comportamentos de risco para a saúde

| Coocorrência de CRPS | Performance no Raciocínio Abstrato |     |  |
|----------------------|------------------------------------|-----|--|
|                      | M                                  | D-P |  |
| SCRPS                | 12                                 | 3,5 | <b><math>U = 82.000, p &lt; .05</math></b> |
| mQS+CT               | 9,6                                | 2,4 |  |

**SCRPS** – Sem comportamentos de risco para a saúde ; **CRPS** – Comportamentos de risco para a saúde; **mQS** – Má Qualidade do sono ; **CT** – Fumador ocasional, semanal ou diário;

Assim, os adolescentes sem CRPS revelavam um *Raciocínio abstrato* superior aos adolescentes em que coocorriam a mQS e o CT.

### 5.3.5. Resultados escolares e Comportamentos de risco para a saúde

As *Médias das classificações escolares* variaram de forma significativa ( $p < .05$ ) entre adolescentes sem CRPS e adolescentes com um ou três desses comportamentos (Tabela 5.10). Assim, os adolescentes sem CRPS obtiveram *Médias das classificações escolares* significativamente maiores ( $p < .05$ ) no *Ensino básico* (na *Média a Português e Matemática*, na *Média a todas as disciplinas* e na *Média nos Exames nacionais*) e significativamente inferiores nos *Cursos Científico-Humanístico* (na *Média a Português e Matemática* e na *Média a todas as disciplinas*), comparativamente aos que revelavam um desses comportamentos, e significativamente maiores ( $p < .05$ ) no *Ensino básico* (na *Média a Português e Matemática*, na *Média a todas as disciplinas* e na *Média dos Exames nacionais*) e nos *Cursos Profissionais* (*Média no modulo de Português* e *Média dos módulos frequentados*) comparativamente aos que apresentavam os três comportamentos. Não se observaram diferenças significativas ( $p > .05$ ) nas *Médias das classificações escolares* entre adolescentes sem CRPS e os que revelavam dois desses comportamentos. Por fim, as *Médias das classificações escolares* relativas à *Média de Português e Matemática Aplicada às Ciências Sociais* e à *Média dos Exames nacionais* no *Ensino secundário* não variaram de forma significativa ( $p > .05$ ) entre adolescentes sem CRPS e adolescentes com um ou mais desses comportamentos.

Não parece assim verificar-se que o número de itens em que os adolescentes sem CRPS apresentavam *Médias das classificações escolares* significativamente maiores, comparativamente aos que revelavam esses comportamentos de risco, aumente de forma progressiva com o número desses comportamentos, uma vez que esse aumento não é gradual quando se considera o número de itens observados nos adolescentes com um (três itens), dois (nenhum item) ou três (cinco itens) desses

comportamentos. Contudo, é de salientar que o maior número de itens (cinco) onde essa diferença foi significativa se verificou entre os adolescentes sem esses comportamentos e os que apresentavam três dos mesmos.

**Tabela 5.10** Médias das classificações escolares e número de Comportamentos de risco para a saúde

| Disciplinas /<br>Módulos /<br>Exames<br>nacionais | Média das classificações escolares |      |      |      |      |      |      |     |                                   |
|---|------------------------------------|------|------|------|------|------|------|-----|-----------------------------------|
|   | Número de CRPS                     |      |      |      |      |      |      |     |                                   |
|   | 0                                  |      | 1    |      | 2    |      | 3    |     |                                   |
|   | M                                  | D-P  | M    | D-P  | M    | D-P  | M    | D-P |                                   |
| <b>Ensino básico</b>                              |                                    |      |      |      |      |      |      |     |                                   |
| Português e<br>Matemática                         | 3,5                                | 0,8  | 3,1  | 0,7  | 3,2  | 0,8  | 2,5  | 0,0 | $\chi^2_{(3)} = 16.322, p < .001$ |
|   | 3,5                                | 0,8  | 3,1  | 0,7  |      |      |      |     | $U = 2725.500, p < .001$          |
|   | 3,5                                | 0,8  |      |      |      |      | 2,5  | 0,0 | $U = 30.000, p < .05$             |
| Todas as<br>Disciplinas                           | 3,8                                | 0,7  | 3,5  | 0,6  | 3,7  | 0,7  | 2,9  | 0,2 | $\chi^2_{(3)} = 12.291, p < .01$  |
|   | 3,8                                | 0,7  | 3,5  | 0,6  |      |      |      |     | $U = 3036.500, p < .01$           |
|   | 3,8                                | 0,7  |      |      |      |      | 2,9  | 0,2 | $U = 31.500, p < .05$             |
| Exames<br>Nacionais                               | 59,2                               | 18,0 | 51,4 | 18,3 | 53,4 | 21,8 | 32,3 | 8,6 | $\chi^2_{(3)} = 12.099, p < .01$  |
|   | 59,2                               | 18,0 | 51,4 | 18,3 |      |      |      |     | $U = 2863.500, p < .01$           |
|   | 59,2                               | 18,0 |      |      |      |      | 32,3 | 8,6 | $U = 32.500, p < .05$             |
| <b>Ensino Secundário</b>                          |                                    |      |      |      |      |      |      |     |                                   |
| <b>Curso Científico-humanístico</b>               |                                    |      |      |      |      |      |      |     |                                   |
| Português e<br>Matemática A                       | 13,8                               | 2,7  | 14,6 | 3,1  | 13,8 | 2,7  | 12,0 | 2,6 | $\chi^2_{(3)} = 8.365, p < .05$   |
|   | 13,8                               | 2,7  | 14,6 | 3,1  |      |      |      |     | $U = 5108.000, p < .05$           |
| Todas as<br>Disciplinas                           | 14,6                               | 2,3  | 15,2 | 2,4  | 14,0 | 2,4  | 14,1 | 2,3 | $\chi^2_{(3)} = 10.403, p < .05$  |
|   | 14,6                               | 2,3  | 15,2 | 2,4  |      |      |      |     | $U = 10723.000, p < .05$          |
| <b>Curso Profissional</b>                         |                                    |      |      |      |      |      |      |     |                                   |
| Modulo de<br>Português                            | 14,0                               | 2,0  |      |      |      |      | 11,3 | 0,8 | $t(27) = 0.093, p < .05$          |
| Todos os<br>módulos                               | 14,6                               | 1,6  |      |      |      |      | 12,4 | 0,5 | $t(28) = 0.163, p < .05$          |

**CRPS** – Comportamentos de risco para a saúde

Convém também salientar que, quando se considera as *Médias das classificações escolares* em que se observaram diferenças significativas entre adolescentes sem e com CRPS, e restringindo-as às do *Ensino básico* (uma vez que essas diferenças foram significativas entre os primeiros e os que adotavam um e três desses comportamentos), observa-se que essas médias diminuem de forma progressiva, como na *Média a Português e Matemática*, em que os adolescentes sem CRPS tinham uma média de 3,5, os que apresentavam um desses comportamentos 3,1 ( $p < .001$ ) e os que revelavam os três 2,5 ( $p < .05$ ), na *Média a todas as disciplinas*, em que os adolescentes sem CRPS tinham uma média de 3,8, os que apresentavam um desses comportamentos 3,5 ( $p < .01$ ) e os que revelavam os três 2,8 ( $p < .05$ ), e na *Média dos Exames nacionais*, em que os adolescentes sem CRPS

tinham uma média de 59%, os que apresentavam um desses comportamentos 51% ( $p < .01$ ) e os que revelavam os três 32% ( $p < .05$ ).

Na tabela 5.11 constata-se que as *Médias das classificações escolares* variaram de forma significativa ( $p < .05$ ) com os CRPS e de forma muito específica.

**Tabela 5.11** Médias das classificações escolares e coocorrência de Comportamentos de risco para a saúde

| Disciplinas /<br>Módulos /<br>Exames<br>nacionais | Média das classificações escolares |     |      |      |      |     |      |     |        |      |         |     |        |      |            |                                  |                                  |
|---|------------------------------------|-----|------|------|------|-----|------|-----|--------|------|---------|-----|--------|------|------------|----------------------------------|----------------------------------|
|   | Coocorrência de CRPS               |     |      |      |      |     |      |     |        |      |         |     |        |      |            |                                  |                                  |
|   | SCRPS                              |     | mQS  |      | CT   |     | CRS  |     | mQS+CT |      | mQS+CSR |     | CT+CSR |      | mQS+CT+CSR |                                  |                                  |
|   | M                                  | D-P | M    | D-P  | M    | D-P | M    | D-P | M      | D-P  | M       | D-P | M      | D-P  | M          | D-P                              |                                  |
| <b>Ensino Básico</b>                              |                                    |     |      |      |      |     |      |     |        |      |         |     |        |      |            |                                  |                                  |
| Português e<br>Matemática                         | 3,5                                | 0,8 | 3,1  | 0,8  | 2,8  | 0,5 | 2,5  | 0   | 3,2    | 0,8  | (a)     |     | 3,0    | 2,5  | 0          | $\chi^2_{(6)} = 17.846, p < .01$ |                                  |
|   | 3,5                                | 0,8 | 3,1  | 0,8  |      |     |      |     |        |      |         |     |        |      |            | $U = 2604.00, p < .01$           |                                  |
|   | 3,5                                | 0,8 |      |      |      |     |      |     |        |      |         |     |        | 2,5  | 0          | $U = 30.000, p < .05$            |                                  |
| Todas as<br>disciplinas                           | 3,8                                | 0,7 | 3,6  | 0,6  | 3,3  | 0,3 | 3    | 0   | 3,7    | 0,8  | (a)     |     | 3,3    | 0    | 2,9        | 0,2                              | $\chi^2_{(6)} = 13.774, p < .05$ |
|   | 3,8                                | 0,7 | 3,6  | 0,6  |      |     |      |     |        |      |         |     |        |      |            |                                  | $U = 2894.500, p < .05$          |
|   | 3,8                                | 0,7 |      |      |      |     |      |     |        |      |         |     |        | 2,9  | 0,2        | $U = 31.500, p < .05$            |                                  |
| Exames<br>Nacionais                               | 59,2                               | 18  | 51,9 | 18,7 | 43,3 | 5,0 | 47   | 0   | 53,0   | 25,2 | (a)     |     | 55     | 32,3 | 8,6        | $\chi^2_{(6)} = 12.669, p < .05$ |                                  |
|   | 59,2                               | 18  | 51,9 | 18,7 |      |     |      |     |        |      |         |     |        |      |            |                                  | $U = 2739.500, p < .05$          |
|   | 59,2                               | 18  |      |      |      |     |      |     |        |      |         |     |        | 32,3 | 8,6        | $U = 32.500, p < .05$            |                                  |
| <b>Ensino Secundário</b>                          |                                    |     |      |      |      |     |      |     |        |      |         |     |        |      |            |                                  |                                  |
| <b>Cursos Científico-Humanísticos</b>             |                                    |     |      |      |      |     |      |     |        |      |         |     |        |      |            |                                  |                                  |
| Português e<br>Matemática A                       | 13,8                               | 2,7 | 14,9 | 3,0  | 14,0 | 3,7 | 12,0 | 1,8 | 14,0   | 2,6  | 13,3    | 3,4 | 14,0   | 2,7  | 12,0       | 2,6                              | $\chi^2_{(7)} = 14.749, p < .05$ |
|   | 13,8                               | 2,7 | 14,9 | 3,0  |      |     |      |     |        |      |         |     |        |      |            |                                  | $U = 4043.500, p < .01$          |
| Todas as<br>disciplinas                           | 14,6                               | 2,3 | 15,4 | 2,4  | 14,0 | 2,9 | 14,5 | 1,7 | 13,7   | 2,4  | 14,1    | 2,5 | 14,3   | 2,5  | 14,1       | 2,3                              | $\chi^2_{(7)} = 17.169, p < .05$ |
|   | 14,6                               | 2,3 | 15,4 | 2,4  |      |     |      |     |        |      |         |     |        |      |            |                                  | $U = 8116.500, p < .01$          |
| <b>Cursos Profissionais</b>                       |                                    |     |      |      |      |     |      |     |        |      |         |     |        |      |            |                                  |                                  |
| Português   | 14,0                               | 2,0 |      |      |      |     |      |     |        |      |         |     |        | 11,3 | 0,8        |                                  | $t(27) = 2.284, p > .05$         |
| Todas os<br>módulos                               | 14,6                               | 1,6 |      |      |      |     |      |     | 12,6   | 1,0  |         |     |        |      |            |                                  | $t(30) = 2.630, p < .05$         |
|   | 14,6                               | 1,6 |      |      |      |     |      |     |        |      |         |     |        | 12,4 | 0,5        |                                  | $t(28) = 2.235, p < .05$         |

**SCRPS** – Sem Comportamentos de risco ; **CRPS** – Comportamentos de risco para a saúde; **mQS** – Má Qualidade do sono ; **CT** – Fumador ocasional, semanal ou diário; **CSR** - Comportamentos sexuais de risco

Assim, e quando esses comportamentos são considerados de forma isolada, os adolescentes sem CRPS obtiveram médias significativamente maiores ( $p < .05$ ) no *Ensino básico* (na *Média a Português e Matemática*, na *Média a todas as disciplinas* e na *Média dos Exames nacionais*) e significativamente inferiores nos *Cursos científico-humanísticos* (na *Média a Português e Matemática A* e na *Média a todas as disciplinas*), comparativamente aos que apresentavam uma mQS. Por outro lado, quando se considera a coocorrência de dois CRPS, os adolescentes sem CRPS obtiveram médias significativamente maiores ( $p < .05$ ) comparativamente aos em que coocorriam a mQS e o CT, mas apenas na *Média dos módulos frequentados*. As *Médias das classificações escolares* também variaram de forma significativa ( $p < .05$ ) entre adolescentes sem CRPS e os em que coocorriam os três comportamentos, em que os primeiros obtiveram médias significativamente maiores às dos segundos no *Ensino Básico* (na *Média a Português e Matemática*, na *Média a todas as disciplinas* e na *Média dos Exames nacionais*) e nos *Cursos Profissionais* (*Média no módulo de Português* e *Média dos módulos frequentados*).

É de realçar destes resultados que não se verifica que o número de itens em que os adolescentes sem CRPS apresentavam *Médias das classificações escolares* significativamente maiores, comparativamente aos que revelavam esses comportamentos de risco, aumente de forma progressiva com o número desses comportamentos, uma vez que este número de itens varia entre três com os adolescentes que adotavam um desses comportamentos, um com os em que coocorriam dois dos comportamentos, e cinco com os em que coocorriam os três CRPS.

Por fim, constatou-se que a *Média de Português e Matemática Aplicada às Ciências Sociais* e a *Média dos Exames Nacionais* no *Ensino secundário* não variaram de forma significativa entre adolescentes sem CRPS e adolescentes com diferentes coocorrências desses comportamentos.

No que concerne ao *Percurso escolar*, observa-se na Tabela 5.12 que uma percentagem significativamente maior ( $p < .01$ ) de adolescentes sem CRPS não apresentavam retenções no seu *Percurso escolar*, comparativamente aos em que coocorriam dois e três desses comportamentos. Por outro lado, observa-se uma tendência para a diminuição da percentagem de adolescentes que não tiveram retenções entre os em que coocorriam dois e três CRPS (77% e 71%, respetivamente), mas sem diferenças significativas ( $\chi^2_{(1)} = .303$ ,  $p > .05$ ).

**Tabela 5.12** Número de retenções e número de Comportamentos de risco para a saúde

| Número de CRPS | Percentagem de adolescentes sem retenções no seu Percurso escolar |   |
|----------------|---|---|
| 0              | 90%   | $\chi^2_{(3)} = 13.914 \ p < .01$                   |
| 1              | 86%   |   |
| 2              | 77%   |   |
| 3              | 71%   |   |
| 0              | 90%   | $\chi^2_{(1)} = 9.050 \ p < .01$                    |
| 2              | 77%   |   |
| 0              | 90%   | <b>Fisher's Exact Test, <math>p &lt; .01</math></b> |
| 3              | 71%   |   |

**CRPS** – Comportamentos de risco para a saúde

Ainda no que concerne à coocorrência de CRPS, constataram-se diferenças significativas ( $p < .01$ ) no *Percurso escolar* entre adolescentes sem CRPS e aqueles em que coocorriam a mQS e o CT, e ainda entre os primeiros e os em que coocorriam os três comportamentos (Tabela 5.13), com uma percentagem significativamente maior dos primeiros, nos dois casos, a não apresentarem retenções no seu percurso escolar (90% vs 70% e 90% e 71%, respetivamente).

**Tabela 5.13** Número de retenções e coocorrência de Comportamentos de risco para a saúde

| Coocorrência de CRPS | Percentagem de adolescentes sem retenções no seu Percurso escolar |   |
|----------------------|---|---|
| SCRS<br>mQS+CT       | 90%<br>70%  | <b>Fisher's Exact Test, <math>p &lt; .01</math></b> |
| SCRS<br>mQS+CT+CSR   | 90%<br>71%  | <b>Fisher's Exact Test <math>p &lt; .01</math></b>  |

**SCRPS** – Sem Comportamentos de risco para a saúde; **CRPS** – Comportamentos de risco para a saúde; **mQS** – Má Qualidade do sono; **CT** – Fumador ocasional, semanal ou diário; **CSR** - Comportamentos sexuais de risco

### 5.3.6. Relação com a escola, Estratégias de estudo, tipo de Raciocínio, Resultados escolares, e o número e a coocorrência de Comportamentos de risco para a saúde

Da análise dos resultados obtidos no presente estudo, constata-se que, no que concerne ao número de CRPS, os adolescentes sem esse tipo de comportamentos: estabeleciam uma *Relação com a escola* significativamente mais positiva do que os adolescentes com um, dois ou três desses comportamentos; utilizavam *Estratégias de Estudo* com uma frequência significativamente maior à dos

adolescentes com um, dois ou três desses comportamentos; alcançavam *Médias de classificações escolares* significativamente maiores do que as dos adolescentes com um ou três desses comportamentos (com a exceção dos adolescentes que frequentavam *Cursos científico-humanísticos* no *Ensino secundário*); e revelavam menos retenções no seu *Percurso escolar* que os adolescentes com dois ou três desses comportamentos.

Contudo, e como se verifica na Tabela 5.14 que descreve o número de itens relativos a cada componente do *Desempenho escolar* em que se constataram diferenças significativas entre adolescentes com e sem CRPS, há algumas nuances nesta generalização, uma vez que uma *Relação com a escola* mais positiva era mais evidente comparativamente à de adolescentes com um ou três desses comportamentos, uma maior frequência de utilização de *Estratégias de estudo* era mais evidente comparativamente a adolescentes com dois desses comportamentos, as *Médias de classificações escolares* mais elevadas eram mais evidentes comparativamente a adolescentes com três desses comportamentos e um *Percurso escolar* sem retenções era mais evidente comparativamente a adolescentes com dois ou três desses comportamentos. Assim, as diferenças são mais evidentes entre adolescentes sem CRPS comparativamente aos que apresentavam os três comportamentos (*Relação com a escola*, frequência de utilização de *Estratégias de estudo*, *Médias das classificações escolares* e *Percurso escolar*) e, em seguida, aos com dois desses comportamentos (frequência de utilização de *Estratégias de estudo* e *Percurso escolar*).

**Tabela 5.14** Número de Comportamentos de risco para a saúde e número de itens em se verificam diferenças significativas entre adolescentes com e sem esses comportamentos

| Desempenho escolar                  |                                    | n total de itens | Número de CRPS |       |       |
|-------------------------------------|------------------------------------|------------------|----------------|-------|-------|
|                                     |                                    |                  | 1              | 2     | 3     |
| Relação do adolescente com a escola |                                    | 6                | 4              | 3     | 4     |
| Estratégias de estudo               |                                    | 5+CTo            | 3+CTo          | 5+CTo | 3+CTo |
| Resultados escolares                | Média das classificações escolares | 3;2;2            | 3;(-2);0       |       | 3;0;2 |
|                                     | Percurso escolar                   | 1                |                | 1     | 1     |

**CRPS** – Comportamentos de risco para a saúde; **CTo** – Cotação total; **Nota:** quando um número é assinalado como negativo significa que o *Desempenho escolar* nesse indicador é mais positivo nos adolescentes com comportamento(s) de risco para a saúde comparativamente aos adolescentes sem esse(s) comportamento(s)

No que se refere à coocorrência de CRPS, a Tabela 5.15 descreve o número de itens relativos a cada componente do *Desempenho escolar* onde se constataram diferenças significativas entre adolescentes sem e com esse tipo de comportamentos, e observa-se que, quando se consideram as

diferenças entre adolescentes sem CRPS e com CRPS isolados, as diferenças significativas são mais frequentes quando os segundos revelavam uma mQS (*Relação com a escola*, frequência de utilização de *Estratégias de estudo* e *Média das classificações escolares*). Comparativamente aos adolescentes em que coocorriam os CRPS, os itens com diferenças significativas eram mais frequentes entre adolescentes sem esses comportamentos e os em que coocorriam a mQS e o CT (*Relação com a escola*, frequência de utilização de *Estratégias de estudo*, tipo de *Raciocínio*, *Média das classificações escolares* e *Percurso escolar*) e os três comportamentos (*Relação com a escola*, frequência de utilização de *Estratégias de estudo*, *Média das classificações escolares* e *Percurso escolar*).

**Tabela 5.15** Coocorrência de Comportamentos de risco para a saúde e número de itens em que se verificam diferenças significativas entre adolescentes com e sem esses comportamentos

| Desempenho escolar    |                                    | Coocorrência de CRPS |        |       |     |            |             |        |                |
|-----------------------|------------------------------------|----------------------|--------|-------|-----|------------|-------------|--------|----------------|
|                       |                                    | n itens              | mQS    | CT    | CRS | mQS+C<br>T | mQS+C<br>SR | CT+CSR | mQS+C<br>T+CSR |
| Relação com a escola  |                                    | 6                    | 4      | 1     | 1   | 3          | 0           | 2      | 4              |
| Estratégias de estudo |                                    | 5+CTo                | 3      | 2+CTo |     | 5+CTo      | 1+CTo       | 3+CTo  | 3+CTo          |
| Raciocínio            |                                    | 5                    |        |       |     | 1          |             |        |                |
| Resultados escolares  | Média das classificações escolares | 3;2;2                | 3;-2;0 |       |     | 0;0;1      |             |        | 3;0;2          |
|                       | Percurso escolar                   | 1                    |        |       |     | 1          |             |        | 1              |

**CRPS** – Comportamentos de risco para a saúde; **mQS** – Má Qualidade do sono; **CT** – Fumador ocasional, semanal ou diário; **CSR** - Utilização não sistemática do preservativo e/ ou relações sexuais sob efeito de álcool e / ou drogas; **CTo** – Cotação total – Cotação total. **Nota:** quando um número é assinalado como negativo significa que o *Desempenho escolar* nesse indicador é mais positivo nos adolescentes com comportamento(s) de risco para a saúde comparativamente aos adolescentes sem esse(s) comportamento(s)

Assim, as diferenças são mais evidentes entre adolescentes sem CRPS comparativamente aos em que coocorriam a mQS e o CT, uma vez que era o único grupo de adolescentes com o qual se observaram diferenças significativas em todos os componentes do *Desempenho escolar*. Contudo, quando se observa o número de itens (que constituem cada componente do *Desempenho escolar*) em que se constataram diferenças entre adolescentes com e sem CRPS, este número era maior nos adolescentes em que coocorriam os três comportamentos comparativamente aos em que coocorriam a mQS e o CT.

## 5.4. DISCUSSÃO

A discussão dos resultados obtidos no presente estudo estrutura-se em três partes: a primeira (5.4.1) refere-se à escolha da metodologia para avaliar se o *Desempenho escolar* varia com múltiplos CRPS; a segunda (5.4.2) é relativa às frequências do número e da coocorrência de CRPS, e de como as mesmas variaram com as características dos adolescentes; e a terceira (5.4.3) é respeitante à variação das componentes do *Desempenho escolar* com o número e a coocorrência de CRPS.

### 5.4.1. Estudo de múltiplos comportamentos de saúde

No que concerne ao estudo de múltiplos comportamentos de saúde, McAloney e colaboradores observaram, na sua revisão da literatura, que as duas técnicas mais utilizadas são a coocorrência (“co-occurrence”) e o agrupamento (“clustering”) (McAloney, Graham, Law, & Platt, 2013; Teh et al., 2019), e que essas técnicas não se excluem (McAloney et al., 2013). Assim, segundo estes autores, a coocorrência relaciona-se com presença simultânea, mas independente, de dois ou mais comportamentos de saúde, podendo a sua análise ser realizada de duas formas: a primeira, que é a mais comum, é a soma do número de comportamentos que cada participante apresenta; a segunda é a frequência das diferentes combinações desses comportamentos (McAloney et al., 2013; Teh et al., 2019). Por outro lado, relativamente ao agrupamento, um *cluster* é um padrão subjacente nos comportamentos identificados através duas metodologias: i) a relação entre a frequência observada e a frequência esperada prevista; ii) através de métodos estatísticos como a análise fatorial, a análise das classes latentes ou a análise de clusters (McAloney et al., 2013; Teh et al., 2019).

No que respeita aos indicadores empregues no presente estudo optou-se pela coocorrência, nas duas formas de avaliação anteriormente descritas. Esta escolha baseia-se no facto desta técnica permitir verificar se o *Desempenho escolar* varia entre adolescentes sem CRPS e adolescentes com um número crescente desses comportamentos, mas também se esse mesmo desempenho varia de forma significativa entre adolescentes sem CRPS e adolescentes que revelam diferentes coocorrências desses comportamentos.

Embora o emprego da coocorrência seja relevante numa perspetiva de promoção de saúde que tenha como alvo a acumulação de riscos (Winter et al., 2016), este conceito apresenta quatro limitações. As duas primeiras são gerais: a primeira refere-se à dicotomização dos comportamentos de saúde (McAloney et al., 2013; Winter et al., 2016), o que pode levar a que indivíduos possam ter o mesmo score mas com diferentes graus de severidade (Winter et al., 2016); a segunda é que esta

técnica não fornece nenhuma informação se a simultaneidade dos comportamentos de saúde é, em parte ou na totalidade, o resultado de uma associação entre esses comportamentos (McAloney et al., 2013). A terceira limitação é relativa à primeira forma de avaliação, descrita anteriormente por McAloney e colaboradores (2013), em que o índice não descreve as combinações de comportamentos, o que torna difícil a comparação com outros estudos (McAloney et al., 2013), e em que todos os comportamentos têm um peso igual (Kipping, Smith, Heron, Hickman, & Campbell, 2014; Winter et al., 2016; Wright et al., 2018), embora o impacto das consequências negativas possa variar com os comportamentos (Kipping et al., 2014). Uma quarta limitação é relativa à segunda forma de avaliação, em que o grande número de coocorrências de comportamentos pode dificultar a análise dos resultados, embora vários estudos tenham restringido a sua análise a uma combinação selecionada de comportamentos (McAloney et al., 2013).

No que concerne às limitações decorrentes da aplicação da coocorrência, a dicotomização dos CRPS foi já empregue nos capítulos anteriores (com a exceção do CT, em que se consideraram três categorias) e ela permite, como já descrito anteriormente, observar claramente se o *Desempenho escolar* varia, ou não, de forma significativa com esses comportamentos, independentemente da sua frequência ou da sua severidade. Neste contexto, é de realçar que mesmo uma baixa frequência, ou uma menor severidade, na adoção dos CRPS avaliados no presente estudo, estará sempre associada a riscos para a saúde. Importa também enfatizar que não é objetivo deste estudo avaliar se há ou não uma associação entre esses comportamentos, e realçar que se pretendeu, na escolha dos mesmos, justamente que eles não estivessem relacionados entre si, ou que estivessem o menos possível. No que concerne ao índice, ele não descreve as combinações de comportamentos mas permite verificar se há um efeito cumulativo na adoção dos diferentes CRPS, independentemente dos comportamentos considerados. De acrescentar ainda que se considera nesta análise que os CRPS têm todos o mesmo peso, embora o impacto das consequências negativas dos mesmos seja diferente. Por fim, o grande número de combinações de comportamentos também não é uma limitação no presente estudo, porque se considera apenas três desses comportamentos e também porque se pretende apenas verificar se o *Desempenho escolar* varia de forma significativa entre adolescentes com e sem esses CRPS, e não entre adolescentes com esses comportamentos, o que limita o número de combinações a analisar.

#### **5.4.2. Frequência e coocorrência de Comportamentos de Risco para a Saúde**

Observou-se no presente estudo que 43% dos adolescentes não apresentavam CRPS, que 44 % revelavam um desses comportamentos e que 13% acumulavam dois ou três dos mesmos. Na

comparação destes resultados com os descritos na literatura, a grande diversidade no número e no tipo de comportamentos relacionados para a saúde que são avaliados dificulta essa mesma comparação. Como exemplo, foram avaliados 23 CRPS no estudo do *Public Health Seattle* e do *King County* (2016) e 30 no de Rasberry e colaboradores (2017).

Quando se procurou comparar a percentagem de adolescentes sem CRPS com a de outros estudos, observou-se que, em adolescentes portugueses, 3% não apresentavam esse tipo de comportamentos relativamente à prática desportiva e ao consumo de alimentos, de tabaco e de bebidas alcoólicas (Alves, 2006). Na análise da literatura internacional constatam-se percentagens de adolescentes sem CRPS muito dispares, como: os 1% de Long e colaboradores (2021) que observaram o consumo de tabaco, o consumo de álcool, a inatividade física, os comportamentos sedentários, o baixo consumo de frutas e legumes e uma dieta não saudável; os 2% de Teh e colaboradores (2019) que avaliaram o consumo de tabaco, o consumo de álcool, a inatividade física, os comportamentos sedentários e o consumo inadequado de frutas e legumes; os 3% de Martinez-Gómez e colaboradores (2012) que consideraram a frequência de atividade física, o tempo de ecrã, a duração do sono e o consumo de frutas; os 1% (13,5 anos de idade) e os 4% (16 anos de idade) de Winter e colaboradores (2016) que avaliaram o consumo de frutas, de legumes, e do pequeno almoço, o sobrepeso ou a obesidade, a inatividade física, o consumo de álcool, de tabaco e de canábis; os 10% de Júnior e colaboradores (2009) que levaram em conta o nível de atividade física, o envolvimento em lutas, o uso de preservativos em relações sexuais, e o consumo de fruta ou verduras, de tabaco, de bebidas alcoólicas, e de drogas ilícitas; os 13% de Sevil-Serrano e colaboradores (2019) após avaliar a atividade física, o sedentarismo, os hábitos alimentares, o tempo de ecrã e a duração do sono; os 30% de Brooks e colaboradores (2012) que levaram em conta o consumo de álcool, de tabaco e de canábis, a frequência de embriaguez e a utilização de preservativo masculino na última relação sexual; e os 50% de Coutinho e colaboradores (2013) que consideraram a atividade física, o consumo de frutas / verduras, comportamentos violentos, a utilização de preservativos, e o consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas. Assim, a percentagem de adolescentes sem CRPS observada no presente estudo está entre as descritas pela literatura, embora a maioria dos estudos apresente valores inferiores.

Quando se considera estudos que empregaram a metodologia de *Clustering*, parecem evidenciar-se duas tendências no que concerne aos adolescentes sem este tipo de comportamentos. Assim, alguns estudos observaram clusters de adolescentes sem CRPS (Azeredo et al., 2016; Santos, Picoito, Loureiro, & Nunes, 2020; Sevil-Serrano et al., 2019; Simões, 2010) e outros em que todos os

grupos partilhavam CRPS com comportamentos promotores de saúde (Alzahrani et al., 2014; Busch et al., 2013). Essa diversidade é também observada na revisão da literatura de Noble e colaboradores (2015), embora os autores salientem que, em 81% dos 56 estudos analisados, havia um cluster caracterizado pela ausência, ou baixa frequência, de CRPS. No que concerne à segunda tendência, Wiefferink e colaboradores (2006) sugerem que muitos adolescentes não têm um estilo de vida que possa ser simplesmente caracterizado como saudável ou não saudável, e para Skalameraa e Hummer (2016) os adolescentes não têm necessariamente só comportamentos promotores de saúde ou CRPS mas, pelo contrário, eles têm tendência a apresentarem alguns dos primeiros e outros dos segundos. Nesse sentido, importa salientar que, quando se considera a grande diversidade de comportamentos relacionados com a saúde que o adolescente pode revelar e também o reduzido número desses comportamentos que são avaliados na maioria dos estudos, é possível que muitos adolescentes tenham sido classificados como sem CRPS apenas porque a avaliação dos mesmos não foi exaustiva.

No que concerne à frequência de CRPS, como já descrito anteriormente, os comportamentos relacionados com a saúde não ocorrem de forma isolada uma vez que eles têm a tendência a se agrupar (Cogollo & Gómez-Bustamante, 2013; Conry et al., 2011; Hair, Park, Ling, & Moore, 2009; Hale & Viner 2012, 2016; Looze et al., 2014; Sevil-Serrano et al., 2019). No presente estudo, 44% dos adolescentes apresentavam um CRPS isolado e em 13% coocorriam dois ou três desses comportamentos. Parece assim confirmar-se que os adolescentes podem adotar vários CRPS, embora no presente estudo essa situação não fosse a mais frequente.

Quando se pretende comparar estes resultados com a literatura, constata-se que eles estão entre os valores descritos na mesma, embora o grande número e a grande diversidade de comportamentos avaliados dificultem esta comparação. Assim, e em adolescentes portugueses, Alves (2006) constatou que, nas três categorias de CRPS avaliados (prática de desporto, consumo de alimentos e consumo de substâncias), 48% dos adolescentes acumulavam duas dessas categorias e 28% acumulavam três. No que respeita a estudos noutros países, observaram-se as seguintes percentagens: i) 7% que revelavam uma *Duração do sono* inferior a 7 horas, uma reduzida frequência de exercício físico vigoroso e fatores de risco nutricionais (Jackson & Vaughn, 2019); ii) 9% que não alcançavam os 60 minutos diários de atividade física moderada ou vigorosa, um tempo de ecrã inferior a 2 horas diárias e uma *Duração do sono* superior a 8 horas (Sevil-Serrano et al., 2019); iii) 4% (13,5 anos de idade) e 10% (16 anos de idade) que não atingiam os valores de referência para cinco desses comportamentos, entre o consumo irregular de frutas, de legumes, e do pequeno almoço, o sobrepeso

ou obesidade, a inatividade física, e o consumo de álcool, de tabaco e de canábis (Winter et al., 2016); iv) 13% que acumulavam três ou mais desses comportamentos, entre comportamento alimentar, atividade física, comportamento sexual e consumo de tabaco, de álcool e de outras substâncias aditivas (Cogollo & Gómez-Bustamante, 2013); v) 34% que revelavam três a quatro desses comportamentos, entre uma reduzida frequência de atividade física, um elevado tempo de ecrã, uma duração do sono inferior a 8 horas e um reduzido consumo de frutas (Martínez-Gómez et al., 2012); vi) 40% que apresentavam dois, 37% que adotavam três, 6% que revelavam quatro e 1% que mostravam cinco desses comportamentos, entre o consumo de tabaco, o consumo de álcool, a inatividade física, os comportamentos sedentários e o consumo inadequado de frutas e legumes (Teh et al., 2019); vii) 65% que adotavam dois ou mais desses comportamentos, entre um nível insuficiente de atividade física, um baixo consumo de fruta ou verduras, o consumo de tabaco, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas, o consumo de drogas ilícitas, o envolvimento em lutas e o uso irregular de preservativos em relações sexuais (Junior et al., 2009); e viii) 79% dos rapazes e 85% das raparigas que apresentavam dois ou mais desses comportamentos entre o consumo de tabaco, o consumo de álcool, a inatividade física, os comportamentos sedentários, o baixo consumo de frutas e legumes e uma dieta não saudável (Long et al., 2021). Por fim, e na recente revisão da literatura de Atorkey e colaboradores (2021), a percentagem de adolescentes que revelam dois ou mais comportamentos de risco para a saúde variava entre 29 e 98%. Parece assim confirmar-se a coocorrência de CRPS nos adolescentes, embora a percentagem em que tal se verifica varie muito entre os estudos

Observou-se também que, considerando os CRPS na sua forma isolada e em coocorrência e apenas nos adolescentes que os adotavam, os comportamentos mais frequentes foram a mQS enquanto comportamento isolado (65,0%), a coocorrência da mQS e do CT (8,6%), a coocorrência dos três comportamentos (6,3%) e o CT como comportamento isolado (6,3%).

Constatou-se assim que a frequência de adolescentes com mQS, enquanto comportamento isolado ou em coocorrência, era de 84%. Este resultado parece assim confirmar a elevada frequência da mQS nos adolescentes, o que foi amplamente discutido no capítulo dois.

Verificou-se também que, nas quatro formas mais prevalentes, duas eram comportamentos adotados isoladamente pelos adolescentes. Quando se compara este resultado com o de Alves (2006), neste o comportamento mais frequente não era um comportamento isolado.

No que concerne às diferentes coocorrências de CRPS, elas manifestaram-se no presente estudo com percentagens menos elevadas comparativamente às descritas na literatura. Assim, Alves

(2006) observou que os comportamentos mais frequentes são a coocorrência da prática desportiva e do consumo de alimentos (33%), da prática desportiva, do consumo de alimentos e do consumo de substâncias (28%), e do consumo de alimentos e consumo de substâncias (12%). Também Thomas (2009) que avaliou comportamentos como relações sexuais não seguras e o consumo de álcool, tabaco e outras drogas, constatou que em 44% dos adolescentes coocorria o consumo de álcool e as relações sexuais não seguras, em 36% o consumo de tabaco e o consumo de drogas e em 26% o consumo de tabaco e relações sexuais não seguras, e que a coocorrência menos frequente é a dos quatro comportamentos (11%). Por fim, também Long e colaboradores (2021) constataram percentagem mais elevadas, embora estas variassem entre rapazes e raparigas, com a coocorrência mais frequente a ser a da inatividade física com uma dieta não saudável (16% de rapazes e 17% de raparigas), seguida da inatividade física, comportamento sedentário e dieta não saudável para as raparigas (15%) e da inatividade física para os rapazes (9%), e a da inatividade física, do comportamento sedentário, do baixo consumo de frutas e legumes e da dieta não saudável (5% de rapazes e 8% de raparigas). Por outro lado, Boles e colaboradores (2006) empregaram o *Coefficiente de coocorrência Jaccard*, o que não permite comparar diretamente os seus resultados com os dos estudos anteriores, e constataram que dos adolescentes do décimo primeiro ano de escolaridade que fumavam e não utilizaram de preservativo na última relação sexual, 21% acumulavam os dois comportamentos. Por fim, e tal como nesses três estudos (Alves, 2006; Long et al., 2021; Thomas, 2009), a coocorrência de todos os CRPS não era a condição mais frequente entre os adolescentes.

A baixa percentagem de adolescentes em que coocorriam os CRPS e a maior frequência de adoção de um CRPS isolado observadas no presente estudo podem ser explicadas pelo reduzido número desses comportamentos que foram avaliados, mas ainda, e como veremos de seguida, pela menor associação entre esses mesmos comportamentos. De facto, observou-se que a coocorrência mais frequente foi a da mQS e o CT, seguida da dos três CRPS. Estes resultados sugerem a forma específica como os diferentes CRPS coocorrerem entre si, o que parece confirmar-se na análise não exaustiva da literatura descrita na tabela 5.16, em que a mQS está mais frequentemente associada à alimentação, à atividade física, e ao consumo de álcool; o CT ao consumo de álcool, aos CSR, ao consumo de drogas e à violência; e os CSR ao consumo de droga e ao CT. Os resultados do presente estudo realçam a maior frequência na coocorrência entre o CT e a mQS, comparativamente à do CT e dos CSR ou à da mQS e dos CSR.

Por fim, constatou-se ainda no presente estudo que a frequência com que eram adotados os diferentes CRPS pelos adolescentes, quando nestes coocorrem dois ou mais desses comportamentos,

eram relativamente próximas entre o CT e a mQS (19,4% e 18,7%, respetivamente), comparativamente aos CSR (14,6%). Esta menor frequência na adoção de CSR, na forma isolada e em coocorrência, poderá dever-se ao facto de que uma amostra escolar considera apenas os adolescentes que frequentam a escola e não inclui os que abandonaram o ensino, o que poderá ser especialmente relevante uma vez que uma das consequências da atividade sexual, a gravidez, pode ser o abandono escolar (So & Park, 2016). De acrescentar ainda que, e no que respeita à comparação destes resultados com a literatura, também Wiefferink e colaboradores (2006) referem a dificuldade em observar relações entre comportamentos relacionados com uma sexualidade segura e outros comportamentos de saúde, uma vez que a maioria dos estudos não empregam esses indicadores de comportamentos sexuais mas apenas a *Experiência sexual*, que muitos consideram como um CRPS.

**Tabela 5.16** Revisão de Literatura de associações entre Comportamentos de Risco para a Saúde

| Outros CRPS | CRPS avaliados no presente estudo   |  |   |
|-------------|---|--|---|
|             | mQS   | CT   | CSR   |
| mQS         |   | Pieters e col. (2015); Ribeiro (2012)  |   |
| CT          | Pieters e col. (2015); Ribeiro (2012)   |  | Correia (2004); Cruzeiro e col. (2010); Hanna e col. (2001); Sanchez e col. (2013); Wu e col. (2010)                          |
| CSR         |   | Correia (2004); Cruzeiro e col. (2010); Hanna e col. (2001); Sanchez e col. (2013); Wu e col. (2010)   |   |
| Ali         | Agostini e col. (2018); Hayes e col. (2018); Mozaffari-Khosravi e col. (2021); Rosi e col. (2020) | Gabhainn e col. (2002)   |   |
| AF          | Hayes e col. (2018); Marques (2017); Mozaffari-Khosravi e col. (2021); Negele e col. (2020)       | Villanueva-Blasco e col. (2021)  |   |
| CA          | Marques (2017); Mike e col. (2016); Pieters e col. (2015); Ribeiro (2012)                         | Amaral (2010); Azevedo e colaboradores (1999); Casal (2007); Fernandes (2012); Ferreira (2008); Ferreira e Torgal (2010); Marques (2017); Melo e colaboradores (2016); Nunes (2004); Dowdell e Santucci (2004); Hanna e col. (2001); Nader e colaboradores (2013); Petridou e col. (1997); Atorkey e col. (2021) | Cruzeiro e col. (2010); Dias (2005); Sanchez e col. (2013)  |
| CD          | Mike e col. (2016); Pieters e col. (2015)   | Amaral (2010); Azevedo e colaboradores (1999); Miguez e Beco (2015); Hanna e col. (2001);  | Camínis e col.(2007); Correia (2004); Cruzeiro e col. (2010); Sanchez e col. (2013); Scivoletto e col.(1999); Yi e col.(2010) |
| CoV         |   | Amaral (2010); Brady e col. (2008); García e col. (2013); Horta e col. (2015)  | Camínis e col.(2007); Correia (2004); Yi e col.(2010)   |

**CRPS**– Comportamentos de risco para a saúde; **mQS**- Má Qualidade de sono; **CT**- Consumo de tabaco; **CSR**- Comportamentos sexuais de risco; **Ali**– Alimentação; **AF** – Atividade Física; **CA** – Consumo de álcool; **CD** – Consumo de outras drogas; **CoV** – Comportamentos violentos;  Associações mais frequentes ;  Sobreposição de comportamentos

Observou-se também no presente estudo que a frequência e a coocorrência de CRPS variou de forma significativa com o *Sexo* e com o *Ciclo de ensino* dos adolescentes.

Assim, uma percentagem significativamente superior de *rapazes* não revelou CRPS comparativamente às *raparigas*, embora essa diferença apenas fosse significativa entre adolescentes sem esse tipo de comportamento e os que revelavam um deles.

Quando se analisa a literatura, também Martínez-Gómez e colaboradores (2012) encontraram diferenças significativas no número de CRPS que *rapazes* e *raparigas* adotam, com 4%, 22%, 42%, 27% e 5% dos primeiros com nenhum, um, dois, três e quatro desses comportamentos, respetivamente, e comparativamente a 2%, 17%, 44%, 30% e 7% das *raparigas*.

Para Mahalik e colaboradores (2013), a tendência para os rapazes adotarem menos CRPS, comparativamente às *raparigas*, poderá alterar-se ao longo da adolescência, uma vez que a adoção de alguns desses comportamentos é mais abrupta nos rapazes, e ainda porque estes revelam uma maior tendência para se implicarem em mais CRPS enquanto progredem ao longo da adolescência.

Também se observou no presente estudo, quando se considera a coocorrência de CRPS, que uma percentagem significativamente maior de *raparigas* apresentava uma má *Qualidade de sono*, comparativamente aos *rapazes*, e que numa percentagem significativamente maior dos segundos coocorria o CT e os CSR, comparativamente às primeiras. No que respeita ao primeiro resultado, ele já foi analisado no capítulo correspondente ao *Sono* e, no que concerne ao segundo resultado, não foi possível compará-lo com a literatura por não terem sido encontrados estudos no sentido de analisar possíveis influências do sexo dos adolescentes na coocorrência do CT e dos CSR, embora a literatura saliente que os CRPS adotados com mais frequência por rapazes e *raparigas* sejam diferentes (Long et al., 2021; Simões 2010).

Estas diferenças entre rapazes e *raparigas* serão, segundo Mahalik e colaboradores (2013) influenciadas por fatores fisiológicos, por diferenças na parentalidade entre crianças masculinas e femininas, e por uma socialização cultural em que os rapazes são incentivados a adotar papéis masculinos afastados dos autocuidados e dirigidos para a tomada de risco, enquanto que as *raparigas* têm na gravidez e na parentalidade um mais forte desincentivo para adotar CRPS.

Também se constatou que uma percentagem significativamente maior de adolescentes que frequentava o *Ensino Básico* não revelou CRPS, comparativamente aos que frequentavam o *Ensino secundário*, e essa diferença foi significativa entre adolescentes que não revelavam esses

comportamentos e os que adotavam um ou dois dos mesmos.

Os resultados do presente estudo corroboram a literatura. De facto, e com adolescentes portugueses, Alves (2006) constatou que a percentagem de jovens com CRPS aumenta com a idade. Nesse sentido, também Petridou e colaboradores (1997) verificaram, através do emprego de um *Índice de comportamentos de risco* composto pela adoção, ou não, pelos adolescentes de sete CRPS (utilização de cinto de segurança, consumo de tabaco, consumo excessivo de álcool, ser conduzido por um condutor embriagado, conduzir após o consumo de álcool, utilização de métodos contraceptivos e utilização de preservativos) e em que essa adoção valia um ponto e a não adoção zero pontos, que há um aumento significativo deste índice com a idade dos adolescentes. Também Winter e colaboradores (2016) observaram que uma percentagem significativamente maior de adolescentes com 16 anos acumula mais de cinco CRPS comparativamente aos adolescentes com 13,5 anos (10% vs 4%, respetivamente). Ainda nesse sentido, Azeredo e colaboradores (2016) constataram, entre adolescentes que frequentavam o mesmo ano de escolaridade (9º ano), que os que têm mais de 16 anos de idade estão mais associados a clusters de CRPS, um mais relacionado com problemas comportamentais (envolvimento em diferentes formas de agressão, relações sexuais não protegidas e consumo de álcool, de tabaco e de droga) e outro com uma dieta inadequada e comportamentos sedentários, comparativamente aos que têm menos de 16 anos.

Este aumento do número de CRPS que os adolescentes revelam ao longo da adolescência poderá refletir a construção do ser adulto, mas também uma avaliação diferente da relação custo benefício comparativamente aos adultos, dando os adolescentes uma maior prioridade às potenciais recompensas pela adoção desses comportamentos, como a aceitação dos pares, que às potenciais consequências negativas, como problemas com a polícia ou com os pais (Mahalik et al., 2013).

Quando se considerou, no presente estudo, a coocorrência dos CRPS em adolescentes que frequentavam o *Ensino básico* e o *Ensino secundário*, constatou-se que uma percentagem significativamente maior dos segundos adotava os três CRPS, na sua forma isolada ou na coocorrência de dois desses comportamentos, comparativamente aos que frequentavam o *Ensino básico*. No que concerne aos comportamentos isolados, a análise da literatura já foi realizada nos capítulos correspondentes e, no que concerne à coocorrência de comportamentos, não foi possível comparar estes resultados por não terem sido encontrados estudos no sentido de analisar a possível influência da idade dos adolescentes na coocorrência de CRPS.

Estes resultados salientam como o número de adolescentes com CRPS aumenta ao longo da adolescência, mas também como esse aumento se parece verificar de forma generalizada em todos os comportamentos avaliados no presente estudo e independentemente de eles coocorrerem ou não (apenas com a exceção da coocorrência dos três CRPS). Estes resultados estão em contradição com o proposto por Hale e Viner (2016), segundo os quais a força das associações entre os CRPS diminui com a idade, apesar delas continuarem fortes em todos os períodos em que foram avaliadas. Para estes autores, esse enfraquecimento está em contradição com a *Teoria do acesso* (“Gateway theory”), que será descrita de seguida e que sugere que as associações entre CRPS tornam-se mais fortes com a idade, uma vez que os comportamentos iniciados mais cedo proporcionam mais oportunidades para os adolescentes se iniciarem noutros desses comportamentos.

Para Hale e Viner (2012, 2016) existem duas grandes abordagens teóricas para explicar as associações entre CRPS. Uma abordagem é a *Teoria do acesso* (“Gateway theory”), na qual o envolvimento num desses comportamentos pode levar ao envolvimento noutros (pela vontade de adotar um outro CRPS ou pela diminuição da perceção do risco desses comportamentos). Outra abordagem é através de teorias que partem do princípio que há uma série de determinantes comuns entre os diferentes CRPS.

Muitos exemplos são descritos na literatura de como a adoção de um CRPS aumenta a probabilidade de adotar um outro desses comportamentos. Um exemplo é de como o CT parece estar associado a um consumo posterior de outras substâncias, como o consumo excessivo de álcool (Cance, Talley, Morgan-Lopez, & Fromme, 2017; Mathers, Toumbourou, Catalano, Williams, & Patton, 2006; Wium-Andersen, Wium-Andersen, Becker, & Thomsen, 2010) ou ao consumo de drogas duras (Wium-Andersen et al., 2010), ou de como o consumo precoce de tabaco e de marijuana (Guo et al., 2002) ou o consumo de álcool (Stueve & O’Donnell, 2005) podem estar associados a posteriores CSR. Contudo, se autores como Hale e Viner (2016), e relativamente aos CRPS, constataram que o envolvimento num desses comportamentos (comportamentos violentos, relações sexuais não seguras, e consumo de tabaco, de álcool, e de drogas) está significativamente associado ao envolvimento em todos os outros (entre os considerados nesse estudo), outros autores, como Sevil-Serrano e colaboradores (2019) e relativamente aos comportamentos promotores de saúde, salientam que não é provável que o facto de alcançar as recomendações de um comportamento de saúde em particular tenha um efeito significativo no alcance das recomendações em outros comportamentos de saúde (atividade física, sedentarismo, hábitos alimentares, tempo de ecrã e duração do sono).

No que se refere à partilha de determinantes comuns entre comportamentos relacionados com a saúde, Wiefferink e colaboradores (2006) constataram, na sua revisão da literatura, que viver com pais que dão apoio (“supportive parents”), ter uma elevada autoestima, ter uma elevada perceção do risco de saúde pessoal, observar comportamentos promotores de saúde parte dos pais e dos pares e ainda ter a perceção da aceitabilidade de comportamentos promotores de saúde por parte dos pares e dos pais exerciam uma função protetora face à adoção de CRPS como o consumo de tabaco e o consumo excessivo de álcool, e uma função promotora face a comportamentos como ter relações sexuais seguras e ter uma alimentação saudável. Ainda segundo estes autores, a adoção de CRPS teria como determinante comum a sedução, pelos adolescentes, da antecipação de uma gratificação imediata.

Finalmente, para Hale e Viner (2016), se os CRPS coocorrem na adolescência, é porque eles servem funções comparáveis, como a procura de novas sensações, o desafio das convenções e a demonstração de maturidade e de independência.

Os resultados obtidos no presente estudo proporcionam algumas reflexões sobre a implementação de programas de saúde nos adolescentes em meio escolar.

O primeiro resultado a considerar seria o facto de que mais de metade dos adolescentes adotavam um ou mais CRPS, o que parece especialmente relevante quando foram avaliados apenas três desses comportamentos. Como já descrito anteriormente, a adolescência é profundamente importante para a saúde pública, uma vez que é um período chave para alterações biológicas e sociais, e porque é, em conjunto com a infância, o momento onde se estabelece as fundações para saúde e o bem-estar económico do adulto (Langford et al., 2015). Assim, estes resultados destacam a pertinência da implementação de programas de saúde para os adolescentes.

Neste contexto, a escola pode desempenhar um papel essencial na prevenção de comportamentos de risco e na adoção de comportamentos promotores de saúde nos adolescentes que a frequentam (Long et al., 2021), porque: i) permite o acesso a um grande número de estudantes (Langford et al., 2015; Teesson et al., 2020); ii) nela os jovens estão presentes um período de tempo considerável (Long et al., 2021; Teesson et al., 2020); e iii) em muitos países as escolas têm um currículo de educação para a saúde (Teesson et al., 2020). De facto, a literatura confirma que os programas escolares de promoção da saúde são importantes para promover e suportar estilos de vida saudáveis entre os adolescentes (Lima-Serrano & Lima-Rodríguez, 2014; Long et al., 2021). Na sua revisão da literatura, Lima-Serrano e Lima-Rodríguez (2014) destacam evidências que encorajam as

intervenções que: i) promovem alterações no meio envolvente ao adolescente; ii) abordam a influência social; iii) promovem competências cognitivas, emocionais e comportamentais; e iv) incluem conteúdos de promoção da saúde nos currículos dos estudantes. Recentemente, Long e colaboradores (2021) constataram que os adolescentes em escolas de alta qualidade têm menos probabilidades de adotarem um grande número de CRPS comparativamente aos que pertencem a escolas de baixa qualidade, sendo essa qualidade avaliada através de resposta dos adolescentes ao treino de cinco *softskills*, no âmbito: i) dos benefícios de comer mais frutas e vegetais; ii) dos sinais de depressão e de comportamentos de suicídio; iii) de problemas associados ao consumo de álcool; iv) de problemas associados ao consumo de drogas; e v) dos benefícios da atividade física.

O segundo resultado a considerar seria a baixa percentagem de adolescentes em que os CRPS coocorriam, percentagem essa que poderá dever-se, como já descrito anteriormente, aos comportamentos avaliados. Contudo, e apesar dessa reduzida percentagem, parece confirmar-se que a adolescência é um período vulnerável em que estes comportamentos agrupam-se e interagem (Hale, Fitzgerald-Yau, & Viner, 2014; Long et al., 2021) e poderão ter um efeito negativo aditivo, ou sinérgico, na saúde (Prochaska & Prochaska 2011). Este resultado não parece, por isso, colocar em causa a pertinência da implementação de intervenções orientadas para múltiplos CRPS.

Apesar do que a literatura e o presente estudo evidenciam, a maioria dos programas de educação para a saúde estão focalizados num único comportamento (Peters, Kok, Dam, Buijs, & Paulussen, 2009), e a multiplicação desses programas aumenta as exigências relativamente à flexibilidade e capacidade dos professores bem como à sobrecarga do curriculum dos adolescentes, o que coloca em causa a eficácia da escola para desenvolver os conhecimentos, as competências e as atitudes que a educação para a saúde exige (Wiefferink et al., 2006). Consequentemente, as ações que promovem a alteração de múltiplos CRPS oferecem um novo paradigma para uma mais vasta, e mais abrangente, promoção da saúde (Prochaska & Prochaska 2011).

Para Hale e colaboradores (2014) as ações que visam alterar múltiplos CRPS de forma simultânea podem ser mais efetivas e eficientes que as que visam alterar um só comportamento: i) porque necessitam de um menor financiamento, dada a maior eficiência do programa; ii) porque têm uma menor duração, o que é especialmente importante para as escolas; iii) se são orientadas para fatores de risco comuns entre os comportamentos; e iv) porque, segundo a *Teoria do acesso*, se um dado comportamento aumenta o risco de um outro, uma estratégia de prevenção efetiva para este último terá também que considerar o primeiro. Por fim, e para Teh e colaboradores (2019), os

programas de intervenção orientados para múltiplos CRPS devem ser privilegiados porque um elevado número de adolescentes apresentam dois ou mais desses comportamentos e porque é importante limitar os efeitos sinérgicos da coocorrência destes comportamentos.

Todavia, constata-se que o grau de eficácia das intervenções que procuram alterar múltiplos CRPS parece depender dos comportamentos visados, com Prochaska e Prochaska (2011) a descreverem resultados encorajadores no tratamento de duas adições, incluindo o consumo de tabaco, que permitem uma maior sobriedade a longo prazo no consumo de álcool e de drogas. Por seu turno, MacArthur e colaboradores (2018) observaram que tais intervenções são benéficas em relação ao tabaco e ao consumo de álcool, e que podem ser também eficazes na prevenção do consumo de drogas, no não envolvimento em comportamentos antissociais, e na realização atividade física. No entanto, Prochaska e Prochaska (2011) relataram resultados claramente dececionantes quando se considera a alimentação e o exercício, e MacArthur e colaboradores (2018) observaram resultados menos evidentes quanto ao consumo de canábis, aos comportamentos sexuais de risco e a uma alimentação menos saudável.

Uma explicação para esta diferença na eficácia pode ser a maior, ou menor, similaridade dos elementos a alterar nos comportamentos visados (Hale et al., 2014; Peters, Kok, et al., 2009), uma vez que, se um fator é determinante para vários comportamentos, uma intervenção que tenha impacto sobre esse fator pode contribuir para alterar todos os comportamentos relacionados (Peters, Wiefferink, et al., 2009; Prochaska & Prochaska, 2011). No entanto, Peters e colaboradores (2009) realçam que, para que se verifique uma transferência na aprendizagem, os conteúdos que são transmitidos não devem estar exclusivamente focalizados num tipo de comportamento, mas devem ser descontextualizados em princípios gerais, e examinados e colocados em prática no âmbito de vários comportamentos. Como exemplo de determinantes comuns, Ye e colaboradores (2014) constataram que as competências de saúde (p.e. saber qual é o número telefónico de urgência e medir a temperatura corporal), o conceito de saúde (p.e. conceito de saúde e de estilos de vida saudáveis), os conhecimentos gerais (p.e. identificação de sinais precoces de cancro e valores normais de pressão arterial) e os conhecimentos sobre doenças infecciosas (p.e. formas de transmissão do HIV e vacinação das crianças) tinham um efeito direto sobre comportamentos relacionados com a saúde (entre eles o consumo de álcool, o consumo de sal e higiene dentária). Por fim, Wiefferink e colaboradores (2006) salientam a importância de estabelecer uma ordem de prioridades nos determinantes comuns que se têm em vista, porque alguns deles (p.e. as estratégias de *coping*) parecem ser mais flexíveis que outros (p.e. os traços de personalidade) e por isso oferecem maiores possibilidades de intervenção.

Ainda relativamente ao impacto deste tipo de programas, Hale e colaboradores (2014) observaram que: i) a maioria dos efeitos eram pequenos, mas comparáveis aos das intervenções que são dirigidas para um só CRPS; ii) os efeitos de intervenções para múltiplos CRPS que têm como objetivo o consumo de várias substâncias aditivas podem também fazer-se sentir noutros CRPS; iii) os efeitos das intervenções para múltiplos CRPS são mais fortes em períodos mais afastados da intervenção, o que poderá dever-se ao facto de que, como estes programas estão orientados para fatores de risco comuns, ou para prevenir os efeitos de transferência de comportamentos, pode ser necessário mais tempo para que os resultados sejam visíveis e mais generalizados; e iv) a maior parte das intervenções decorre em escolas, o que contribui substancialmente para a sua eficácia dada a importância da mesma (participação e envolvimentos dos estudantes e a relação professor-aluno) e dos pares (a imitação dos comportamentos, a pressão dos pares e as normas sociais) em muitos CRPS.

O terceiro resultado a levar em conta seria a elevada percentagem de adolescentes que revelavam uma mQS. Em reconhecimento da elevada frequência de problemas relacionados com o sono que os adolescentes vivem, e também da importância do mesmo para a saúde destes (Alfonsi, Scarpelli, Atri, Stella, & Gennaro, 2020; Illingworth, 2020; Illingworth, Sharman, Harvey, Foster, & Espie, 2020; Liu et al., 2022), constata-se a necessidade de implementação de intervenções a nível escolar (Alfonsi et al., 2020; Illingworth, 2020; Illingworth et al., 2020). Contudo, os programas de intervenção no sono em meio escolar tem demonstrado um sucesso limitado (Bauducco, Flink, Boersma, & Linton, 2020; National Adolescent And Young Adult Health Information, 2014), uma vez que o conhecimento do sono é claramente melhorado mas as alterações do comportamento são limitadas (Bauducco et al., 2020; Illingworth, 2020; Illingworth et al., 2020; Mackenzie, Scott, Reid, & Gardani, 2022). Tal poderá dever-se à não consideração de fatores como o stress diário (“daytime stress”) e o uso de tecnologias, mas também à não avaliação das alterações de comportamentos a longo prazo (Bauducco et al., 2020). Nesse sentido, e numa revisão recente da literatura, Mackenzie e colaboradores (2022) realçam a necessidade das intervenções considerarem o papel das redes sociais nas interações sociais no mundo real, e não se focalizarem apenas no sono (Mackenzie et al., 2022). Por outro lado, Illingworth e colaboradores (2020) salientam que, se a maior parte das intervenções se focaliza nas melhorias em todos os participantes, os adolescentes com pior sono tinham, no seu estudo, maiores probabilidades de sentirem efeitos imediatos no seu sono após a intervenção.

Uma das estratégias frequentemente referida na literatura é alteração da hora de início das aulas, que procura responder às alterações biológicas do adolescentes que contribuem para um sono

insuficiente e para o jet lag social (desalinhamento entre o timing biológico e social) (Illingworth, 2020), e que promove o aumento da Duração do sono (Alfonsi et al., 2020; Illingworth, 2020; National Adolescent And Young Adult Health Information, 2014) e a diminuição da Sonolência (Alfonsi et al., 2020; Illingworth, 2020).

O quarto resultado a considerar seria a maior percentagem de adolescentes em que coocorriam a mQS e o CT, comparativamente aos em que coocorriam os outros comportamentos, o que justificaria um maior investimento na prevenção dos dois comportamentos e na implementação de programas que visem os dois comportamentos em simultâneo. Contudo, não se encontrou na literatura estudos que referissem a eficácia de intervenções que visassem esta coocorrência. Nesse sentido, Liu e colaboradores (2022) realçam que intervenções sobre comportamentos promotores de saúde, como a alimentação e o exercício, são eficazes na melhoria do sono em crianças e adolescentes, mas não fazem referência a intervenções que visem esses comportamentos em simultâneo.

O quinto resultado a reter seria a menor percentagem de adolescentes que adotavam CSR, comparativamente aos que adotavam os outros CRPS, e que deverá ser considerada com cautela, uma vez que apenas estão representados adolescentes que frequentavam a escola.

Este resultado não deve ser considerado como pretexto para um menor investimento na Educação Sexual nas escolas, bem pelo contrário, porque a percentagem é menor mas não é muito diferente. De acrescentar ainda a relevância dos resultados obtidos por Ramiro e colaboradores (2019) que, no âmbito do estudo HBSC, constataram um aumento de CSR em adolescentes (não utilização de preservativo na última relação sexual e o ter tido relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou drogas), o que poderá dever-se a um menor investimento das escolas na Educação sexual, à diminuição do número de campanhas de prevenção do VIH/SIDA e também ao facto da infeção pelo VIH/SIDA ser considerada como uma doença crónica. Para estes autores, há necessidade de uma “intervenção preventiva urgente” (p. 156) neste âmbito.

Por fim, o último resultado a salientar é que a adoção de CRPS por parte dos adolescentes variou de forma significativa entre rapazes e raparigas, e entre os que frequentavam o terceiro ciclo do *Ensino Básico* comparativamente aos que frequentavam o *Ensino secundário*.

Estes dados colocam a questão sobre a utilização de intervenções alargadas a todos os indivíduos ou a grupos de risco. Rose (2001) discrimina as vantagens e as desvantagens dos dois tipos

de intervenção. Assim, as designadas *Estratégias para a população* (“Population strategy”) têm como vantagens o serem radicais (tentar eliminar as causas para uma doença), terem um grande potencial para a população e serem apropriadas do ponto de vista comportamental (se um determinado comportamento é apresentado como normal será necessário menos esforço para convencer os indivíduos a adotarem-no), enquanto que as *Estratégias para grupos de risco* (“High-risk strategy”) parecem mais adaptadas às necessidades de cada indivíduo, os indivíduos estão mais motivados para a participação nas mesmas, os recursos são empregues de forma mais eficaz, e a relação custo benefício é mais favorável.

O equilíbrio ótimo entre estas duas estratégias é bastante discutido (Spring et al., 2012), com alguns autores a recomendarem a implementação de intervenções orientadas para subpopulações identificadas como de alto risco (Teh et al., 2019), enquanto que, para outros, as duas estratégias são sinérgicas e ambas são necessárias (Spring et al., 2012). Por fim, e como salientam MacArthur e colaboradores (2018), ainda pouco se sabe acerca do impacto desses diferentes tipos de intervenções.

### **5.4.3. Desempenho escolar e a frequência e a coocorrência de Comportamentos de risco para a saúde**

Nesta terceira parte discute-se como as componentes do *Desempenho escolar* (5.4.3.1. *Relação com a escola*, 5.4.3.2. *Estratégias de estudo*, 5.4.3.3. tipo de *Raciocínio* e 5.4.3.4. *Resultados escolares*) variaram com a frequência de CRPS e com a coocorrência desses mesmos comportamentos. Por fim, discute-se ainda como o conjunto das componentes do *Desempenho escolar* variaram com a frequência e com a coocorrência de CRPS (5.4.3.5.).

#### *5.4.3.1. Relação com a escola e comportamentos de risco para a saúde*

Observou-se no presente estudo que uma percentagem significativamente maior de adolescentes sem CRPS tinha uma *Relação com a escola* mais positiva comparativamente aos que revelavam um ou mais desses comportamentos, embora os itens onde tal se verificou variassem com a frequência desses comportamentos.

Estes resultados corroboram os obtidos noutros estudos que constataram que a *Relação com a escola*, considerando um ou mais dos itens empregues no presente estudo, é significativamente melhor nos adolescentes sem CRPS, comparativamente aos que apresentam um desses comportamentos (Aspy et al., 2012; Cabrera et al., 2018; Carter et al., 2007; Chapman, Buckley, Sheehan, Shochet, & Romaniuk, 2011; Frech, 2012; Hale & Viner, 2016; Ilona, Raili, & Lasse, 2012; Jackson & Vaughn,

2019; Jamal et al., 2013; Kristjánsson, Sigfúsdóttir, Allegrante, & Helgason, 2009; Lazzeri et al., 2014; Li et al., 2011; Libbey, 2004; Maynard et al., 2014; Peterson et al., 2020; Santos, 2008; Simetin et al., 2010; Whitehead, Currie, Inchley, & Currie, 2015).

Por outro lado, não pareceu evidenciar-se no presente estudo que o número de itens em que os adolescentes sem CRPS apresentavam uma *Relação com a escola* significativamente mais positiva, comparativamente aos que revelavam esses comportamentos, aumente progressivamente com a frequência de CRPS adotados, uma vez que o número de itens em que essa diferença se verificou era de quatro comparativamente aos que apresentavam um desses comportamentos, três para os que apresentavam dois e quatro para os que apresentavam três comportamentos. Contudo, quando se verifica a percentagem de adolescentes que estabelecia uma *Relação com a escola* mais positiva com o aumento da frequência de CRPS, constatou-se que essa percentagem diminuía com o aumento dessa mesma frequência. De salientar, todavia, que essas diferenças não eram significativas nos itens avaliados, seja entre adolescentes com um e dois desses comportamentos, entre um e três, ou ainda entre dois e três dos mesmos.

No que concerne à literatura, dois estudos avaliaram como a *Relação com a escola* varia com a coocorrência deste tipo de comportamentos. Assim, Brooks e colaboradores (2012) avaliaram cinco CRPS (consumo de álcool, de tabaco e de canábis, frequência de embriaguez, e utilização de preservativo masculino na última relação sexual) e o *Sentimento de pertença à escola* ("School Sense of Belonging") através de três itens (*Os estudantes gostam de estar juntos na escola, Eu sinto que faço parte desta escola e Eu sinto-me seguro nesta escola*). Para avaliar a acumulação de CRPS, os autores estabeleceram um *Índice de comportamentos de risco*, onde à não adoção de um dado comportamento foi atribuída o score *zero*, a uma frequência mínima ou ocasional o score *um* e a uma maior frequência o score *dois*. De seguida, estes scores foram adicionados e ao resultado final de *zero* foi atribuída a menção *sem risco*, ao de um a cinco a menção *algum risco* e ao igual ou superior a seis a menção *risco elevado*. Nos resultados obtidos, os autores constataram que uma maior proporção de jovens com um elevado *Sentimento de pertença à escola* tem a menção *sem risco* e uma menor proporção têm a menção de *risco elevado*. No estudo de Jackson e Vaughn (2019) avaliou-se o papel de uma reduzida *Duração do sono*, de uma baixa frequência de exercício físico e de fatores de risco nutricionais num menor envolvimento na escola ("School disengagement") e nas expectativas académicas. Para avaliar esse menor envolvimento na sua escolaridade foram considerados nove itens (relativos a dimensões como o interesse na escola e a atitude global relativamente à escola), e para avaliar as expectativas académicas foi colocada uma questão (*Qual é a probabilidade de concretizares*

*os seguintes projetos?* com duas respostas possíveis, *Concluir o Ensino Secundário* ou *Ingressar no Ensino Superior*). Foi também criada uma escala para avaliar o *Risco escolar global* e que resulta da soma dos resultados relativos ao menor envolvimento na sua escolaridade e às expectativas escolares. Os resultados indicaram que o *Risco escolar global* aumenta 59% na presença de um CRPS, 126% na presença de dois desses comportamentos e 195% na presença de três. Assim, Brooks e colaboradores (2012) constataram que é uma menor percentagem de adolescentes com uma relação com a escola mais positiva que acumulam três ou mais CRPS, e Jackson e Vaughn (2019) observaram que o envolvimento na escola é cada vez menos positivo com a adoção sucessiva de CRPS. Desta forma, apenas o estudo de Jackson e Vaughn (2019) apresenta a ideia de progressividade, mas o indicador empregue tem poucos itens em comum com os itens empregues no presente estudo.

No que respeita à adoção das diferentes coocorrências de CRPS, observou-se no presente estudo que os adolescentes sem esse tipo de comportamentos tinham uma *Relação com a escola* significativamente mais positiva comparativamente aos que revelavam uma mQS (em 4 itens), e aos em que coocorriam os três comportamentos (em 4 itens), a mQS e o CT (em 3 itens), e o CT e os CSR (em 2 itens).

O conjunto destes resultados realça o quanto a *Relação com a escola* variou com a mQS, uma vez que esta variação foi muito evidente quando este comportamentos era adotado de forma isolada, mas também quando este coocorria (com o CT, e com os outros três CRPS). Contudo, e pelo facto de que a *Relação com a escola* não variou de forma significativa com a coocorrência da mQS e os CSR, destaca-se a importância do CT nesta relação, uma vez que a mesma variou de forma significativa com todas as coocorrências possíveis deste comportamento (CT e mQS, CT e CSR, e coocorrência dos três CRPS). Desta forma, destaca-se a forma muito específica como a *Relação com a escola* variou com cada um dos CRPS.

No que concerne à literatura, não foi possível comparar estes resultados por não terem sido encontrados estudos no sentido de analisar como a *Relação com a escola* varia com a coocorrência de CRPS.

Parece assim confirmar-se que a escola, uma das mais importantes instituições sociais nas vidas dos adolescentes, pode influenciar a adoção de CRPS por parte destes (Li et al., 2011) e assim atuar como um importante fator de proteção (Brooks et al., 2012; Chapman et al., 2013; Simões, 2010; Viner et al., 2012). Tal será consequência do incentivo à adoção de comportamentos

promotores de saúde, e à prevenção dos CRPS, que ocorre no meio escolar (Brooks et al., 2012; Carter et al., 2007; Simões, 2010), mas também do facto da escola permitir aos adolescentes sentirem que estão em segurança fora de casa, que têm um lugar na sua comunidade e que têm o apoio da generalidade dos adultos, o que terá uma importante função protetora na prevenção das formas mais graves de CRPS (Brooks et al., 2012; Simões, 2010). De facto, uma reduzida ligação (“connectedness”) com a escola diminui as probabilidades dos jovens em aderir a normas escolares prossociais, que desencorajam a violência e o consumo de substâncias (Li et al., 2011), e, quando eles se sentem alienados da comunidade escolar, eles têm maiores probabilidades de se envolverem em CRPS (Peterson et al., 2020).

#### *5.4.3.2. Estratégias de estudo e comportamentos de risco para a saúde*

Nos resultados do presente estudo verificou-se que os adolescentes sem CRPS utilizavam *Estratégias de estudo* com uma frequência significativamente maior comparativamente aos que apresentavam um ou vários desses comportamentos.

Quando se compara estes resultados com a literatura, observa-se que esta não é consensual. Assim, e tal como no presente estudo, outros autores constataram que comportamentos relacionados com o estudo são significativamente mais frequentes em adolescentes que não apresentam CRPS, comparativamente aos que apresentam um desses comportamentos (Holligan et al., 2020; Li et al., 2011; Pestana, 2013); contudo, outros estudos não observaram diferenças significativas (Amuedo-Dorantes et al., 2004; Nawi et al., 2021) e um outro constatou que essas diferenças apenas se verificavam com alguns dos comportamentos avaliados (Barnes et al., 2007). De realçar, contudo, que a grande diversidade dos indicadores empregues dificulta a comparação destes resultados.

Não se constatou também, no presente estudo, um aumento progressivo do número de subescalas em que os adolescentes sem CRPS utilizavam *Estratégias de estudo* com uma frequência significativamente superior, comparativamente aos que revelavam esses comportamentos, com o aumento do número de comportamentos adotados, e essa tendência também não se observou quando se considera as médias de frequência de utilização de *Estratégias de estudo*. De facto, é entre os adolescentes sem CRPS e os em que coocorriam dois desses comportamentos que as diferenças na frequência de utilização de *Estratégias de Estudo* foram mais evidentes (cinco subescalas e cotação total para os adolescentes com dois desses comportamentos, e três subescalas e cotação total para os que revelavam um ou três dos mesmos), mas também porque, embora se observe uma tendência globalmente decrescente na média de frequência de utilização de *Estratégias de Estudo* com o

aumento do número de comportamentos adotados, essas diferenças apenas são significativas entre adolescentes com um e dois desses comportamentos (com a exceção de apenas uma subescala), e entre adolescentes com um e três desses comportamentos (apenas numa das subescalas).

Quando se considera as diferentes coocorrências de CRPS, observou-se no presente estudo que é entre os adolescentes sem CRSP e os adolescentes em que coocorriam a mQS e o CT que se constatou o maior número de subescalas em que as diferenças entre eles eram significativas (todas as subescalas e cotação total), e depois entre os primeiros e os em que coocorriam o CT e os CSR, e os em que coocorriam os três CRSP (três subescalas e cotação total). Nestes resultados salienta-se que o maior número de itens que variou de forma significativa foi com os adolescentes em que coocorriam a mQS e o CT, e não com os em que coocorriam os três CRPS, mas também que o CT está presente em todas as coocorrências em que um maior número de itens variou de forma significativa e que este é o único CRPS isolado onde a cotação total do inventário variou de forma significativa. Não foi possível comparar estes resultados com a literatura por não terem sido encontrados estudos no sentido de analisar como a utilização de *Estratégias de estudo varia* com a coocorrência de CRPS`.

Uma das razões pelas quais os adolescentes que apresentam com mais frequência comportamentos relacionados com o estudo adotam menos CRPS poderá dever-se, segundo Li e colaboradores (2011), ao facto de que, quando os adolescentes não estão ativamente envolvidos nas atividades académicas, é provável que eles não possam usufruir completamente das oportunidades para desenvolver as suas competências escolares, o que pode levar a um sentimento de inadaptação. Assim, para estes autores, um desinvestimento crónico nas atividades escolares está associado a maiores riscos de adoção de CRPS. Também nesse sentido, Barnes e colaboradores (2007) salientam que o trabalho escolar realizado em casa é uma atividade convencional que, aparentemente, fortalece a ligação à sociedade e previne problemas de comportamentos nos jovens.

#### *5.4.3.3. Tipo de Raciocínio e comportamentos de risco para a saúde*

Observou-se no presente estudo que os adolescentes sem CRPS revelavam um *Raciocínio abstrato* significativamente superior ao dos adolescentes em que coocorriam a mQS e o CT. Este resultado salienta que o *Raciocínio* varia com a adoção de CRPS, mas de forma muito específica, e destaca também o efeito sinérgico da coocorrência da mQS e do CT nesta performance cognitiva, uma vez que a mesma não variou de forma significativa quando estes comportamentos eram adotados de

forma isolada.

No que concerne à literatura internacional, apesar da grande variedade de testes cognitivos empregues e de CRPS avaliados dificultarem as comparações entre os diferentes estudos, não parece verificar-se uma tendência clara em que a performance cognitiva esteja associada de forma significativa e negativa aos CRPS. Assim, Fergusson e colaboradores (2005) constataram uma tendência consistente entre um menor resultado em testes de inteligência aos oito anos (através da *Revised Wechsler Intelligence Scale for Children*) e a adoção de CRPS dos quinze aos vinte e cinco anos de idade (em particular a dependência da nicotina), e Jackson e Beaver (2015) observaram que a adoção de uma alimentação pobre e de uma quantidade insuficiente de exercício físico na adolescência estariam associadas a uma menor *Inteligência verbal* (através da *Picture Vocabulary Test*) no início da idade adulta (18 e 24 anos de idade). Outros estudos revelam que a tendência dessa associação poderá ser positiva, ou negativa, segundo os comportamentos adotados, como o de Ciarroch e colaboradores (2012) em que o nível de inteligência (conjunto de testes numéricos e verbais que, combinados, formavam uma medida de *Inteligência geral*) é preditor de um menor tempo em frente à televisão e de um menor consumo de bebidas estimulantes, mas também de uma menor quantidade de exercício físico, e o de Stautz e colaboradores (2016) em que um melhor resultado na *The Wechsler Intelligence Scale for Children* aos 8 anos de idade predizia o não consumo de tabaco, um maior consumo de frutas e vegetais, mas também o consumo de álcool aos 13 anos de idade. Finalmente, outros autores não observaram relações significativas entre o CRPS (atividade física / exercício físico, consumo de tabaco, alimentação e sono) e a inteligência (Casavi, Shetty, Alva, & Nalini, 2022; Modig & Bergman, 2012; Richards, Poulton, Reeder, & Williams, 2009). Parece assim não se verificar uma tendência clara entre a performance em testes cognitivos e a adoção de CRPS, o que poderá sugerir que, mais do que a capacidade cognitiva, são mais os aspetos emocionais que determinam este tipo de comportamentos.

Não foi possível comparar os resultados do presente estudo com os de outros estudos que considerassem como a performance em testes cognitivos varia com a coocorrência de CRPS.

#### *5.4.3.4. Resultados escolares e comportamentos de risco para a saúde*

Constatou-se no presente estudo que os adolescentes sem CRPS obtiveram *Médias de classificações escolares* significativamente maiores no *Ensino básico* e significativamente inferiores nos *Cursos Científico-Humanísticos* comparativamente aos que revelavam um desses comportamentos. Por outro lado, os adolescentes sem CRPS obtiveram resultados escolares significativamente maiores no

*Ensino básico* e nos *Cursos Profissionais* comparativamente aos em que coocorriam os três comportamentos.

Quando se analisa a literatura, observa-se que os adolescentes sem CRPS alcançam *Médias das classificações escolares* (ou os seus equivalentes) significativamente maiores comparativamente aos que apresentavam um desses comportamentos (Adelantado-Renau, Jiménez-Pavón, et al., 2019; Busch et al., 2017, 2014; Centers for Disease Control and Prevention, n.d.-a, n.d.-b; Faight, Gleddie, Storey, Davison, & Veugelers, 2017; Martínez-Gómez et al., 2012; Public Health Seattle & King County, 2016; Raspberry et al., 2017; So & Park, 2016; Stea & Torstveit, 2014; Wright et al., 2018; Ye et al., 2014) e aos em que coocorriam vários dos mesmos (Burns et al., 2018; Cogollo & Gómez-Bustamante, 2013; Santos et al., 2020; Martínez-Gómez et al., 2012; Petridou et al., 1997; Public Health Seattle & King County, 2016; Wright et al., 2018), o que está globalmente de acordo com os resultados obtidos. Ainda na literatura, Howie e colaboradores (2020) realçam a importância de considerar a coocorrência destes comportamentos para melhor conhecer a relação dos mesmos com resultados escolares porque, no seu estudo, dos adolescentes com um CRPS (não respeitar as recomendações para a duração do sono, para a atividade física e para o tempo de ecrã) apenas os que não respeitavam as recomendações para o tempo de ecrã obtinham médias a Matemática e a Inglês significativamente inferiores, enquanto que os adolescentes em que coocorriam dois ou três desses comportamentos obtinham também esse tipo de médias.

Ainda no que respeita às *Médias das classificações escolares*, não se observou na literatura que as mesmas fossem significativamente inferiores em adolescentes sem CRPS, comparativamente aos que apresentavam um ou mais desses comportamentos, o que se verificou no presente estudo nos adolescentes que frequentavam *Cursos Científico-Humanísticos*.

Não pareceu verificar-se nos resultados obtidos que o número de itens em que os adolescentes sem CRPS apresentavam *Médias das classificações escolares* significativamente maiores, comparativamente aos que revelavam esses comportamentos, aumente de forma progressiva com o número de comportamentos adotados, embora tenha sido entre adolescentes sem CRPS e adolescentes em que ocorriam os três CRPS que se verificou o maior número de itens em que as diferenças foram significativas. Por outro lado, constatou-se uma diminuição progressiva nas *Médias das classificações escolares* obtidas no *Ensino Básico* entre adolescentes sem CRPS e adolescentes com um e três desses comportamentos, embora a diferença entre adolescentes com um e três desses comportamentos seja significativa apenas na *Média nos Exames nacionais*.

Na análise da literatura, observou-se que Wright e colaboradores (2018) constataram que a probabilidade de obter cinco ou mais níveis de A ou C é reduzida em 18% por cada CRPS que o adolescente adota.

Quando se considera a coocorrência de CRPS, constatou-se que as *Médias das classificações escolares* variaram com as mesmas de forma muito específica. Assim, e comparativamente aos adolescentes que apresentavam apenas um CRPS, os adolescentes sem esses comportamentos obtiveram *Médias de classificações escolares* significativamente maiores no *Ensino básico* e inferiores nos *Cursos Científico-humanísticos*, mas apenas quando esse comportamento era a mQS.

Este resultado já foi discutido no capítulo dois, mas neste capítulo realçam-se a importância e a complexidade da mQS relativamente aos outros comportamentos, porque este é o único CRPS isolado com o qual as *Médias de classificações escolares* variaram de forma significativa, e também porque essas médias variavam de forma diametralmente oposta consoante o *Ciclo de ensino* que o adolescente frequentava. Contudo, e quando se compara a mQS com os outros comportamentos, este resultado não está de acordo com a tendência descrita na literatura, uma vez que, no estudo da *Public Health Seattle* e do *King County* (2016), são os adolescentes que consomem cigarros e os que já se iniciaram sexualmente que têm uma probabilidade três vezes superior de estarem em risco escolar (obter maioritariamente níveis C, D ou E), comparativamente aos que não têm esses comportamentos, enquanto que nos que têm uma *Duração do sono* inferior a oito horas por dia a probabilidade é 1,7 vezes. Importa, todavia, realçar que embora o comportamento seja o mesmo, o indicador empregue é diferente.

Quanto à coocorrência desses comportamentos, os adolescentes sem CRPS obtiveram *Médias das classificações escolares* significativamente maiores nos *Cursos profissionais*, comparativamente aos em que coocorriam a mQS e o CT e significativamente maiores no *Ensino Básico* e nos *Cursos profissionais*, comparativamente aos em que coocorriam os três comportamentos.

De facto, e relativamente ao primeiro resultado, esta foi a única coocorrência de dois comportamentos onde se verificaram diferenças significativas nas mesmas, o que contraria o resultado obtido anteriormente neste subcapítulo, onde não se constataram diferenças significativas nas *Médias das classificações escolares* entre adolescentes sem CRPS e adolescentes com dois desses comportamentos. Contudo, importa realçar que o facto destas diferenças se verificarem num grupo muito restrito de adolescentes (apenas 12% dos adolescentes que participaram no presente estudo frequentavam um *Curso profissional*) poderá ter justificado aquele primeiro resultado. No que concerne

ao segundo resultado, este reforça a forma específica como as *Médias das classificações escolares* variam com a adoção de vários destes comportamentos em simultâneo, e ele parece também sugerir um efeito sinérgico entre estes comportamentos, pelo maior número de itens e de *Ciclos de ensino* em que essas diferenças se verificam.

Não foi possível comparar estes resultados com a literatura por não terem sido encontrados estudos no sentido de analisar como as *Médias das classificações escolares* variam com a coocorrência de CRPS.

No que concerne ao *Percurso escolar*, verificou-se no presente estudo que uma percentagem significativamente maior de adolescentes sem CRPS não tinha retenções ao longo da sua escolaridade, comparativamente aos em que coocorriam dois e três desses comportamentos.

Na análise da literatura nacional, observaram-se percentagens significativamente superiores de adolescentes sem CRPS que não tiveram retenções ao longo da sua escolaridade, comparativamente a adolescentes que adotavam um desses comportamentos (Costa, 2009; Domingues et al., 2014). Assim, os resultados obtidos não estão completamente de acordo com os destes dois estudos, uma vez que neste as diferenças apenas são significativas entre adolescentes sem CRPS e adolescentes em que coocorriam dois ou três CRPS, enquanto que nesses dois estudos observam-se diferenças apenas com os que têm um desses comportamentos; por outro lado, não se pode verificar se os adolescentes desses outros estudos adotavam, em simultâneo, outros CRPS. No que respeita à literatura internacional, o resultado do presente estudo está de acordo com o obtido por Winter e colaboradores (2016), que verificaram que o ter retenções aos 13,5 anos de idade era um preditor significativo de apresentar múltiplos CRPS (entre eles o consumo irregular de frutas, de legumes e do pequeno almoço, o sobrepeso ou obesidade, a inatividade física, e o consumo de álcool, de tabaco e de canábis) aos 16 anos de idade.

Não se evidenciou no presente estudo que a percentagem de retenções no *Percurso escolar* aumentasse de forma progressiva com o aumento do número de CRPS que os adolescentes adotavam, comparativamente aos adolescentes sem CRPS.

Ainda no que concerne ao *Percurso escolar*, uma percentagem significativamente superior dos adolescentes sem CRPS não tinha retenções comparativamente aos em que coocorriam a mQS e o CT,

e aos em que coocorriam os três CRPS. Estes resultados realçam a forma específica como o *Percurso escolar* varia com a adoção de CRPS.

Não foi possível comparar estes resultados com a literatura nacional ou internacional por não terem sido encontrados estudos no sentido de analisar como o *Percurso escolar* varia com a coocorrência de CRPS.

Relativamente aos possíveis mecanismos através dos quais um estilo de vida saudável pode ter um efeito benéfico sobre a performance escolar, Martínez-Gómez e colaboradores (2012) apresentam vários, evidenciando que os comportamentos promotores de saúde: i) podem melhorar a performance intelectual; ii) têm um efeito positivo sobre o bem-estar psicológico através da diminuição do stress, da ansiedade ou da depressão induzidas pelas exigências intelectuais e pela pressão da escola; e iii) têm um impacto chave sobre outros indicadores de saúde relacionados com resultados escolares mais baixos, como a obesidade, a hipertensão e a condição física. Por fim, e para Adelantado-Renau e colaboradores (2019), a não adoção de CRPS poderá melhorar a atenção, a concentração, a memória e a função cognitiva, o que promoverá a obtenção de melhores resultados escolares.

#### *5.4.3.5. Relação com a escola, Estratégias de estudo, tipo de Raciocínio, Resultados escolares, e a frequência e a coocorrência de Comportamentos de risco para a saúde*

No presente estudo constatou-se, relativamente à frequência de adoção de CRPS, que os adolescentes sem esses comportamentos revelavam, comparativamente aos que adotavam um, dois ou três dos mesmos, um *Desempenho escolar* significativamente superior, com uma *Relação com a escola* mais positiva, com uma maior frequência de utilização de *Estratégias de Estudo*, com maiores *Médias das classificações escolares* (com as duas exceções já descritas anteriormente), e com menos retenções no seu *Percurso escolar* (com a exceção dos que adotavam um CRPS). Estes resultados indicam que os adolescentes sem CRPS revelavam um *Desempenho escolar* globalmente superior aos adolescentes com esse tipo de comportamentos.

Quando se considerou a adoção de diferentes CRPS, verificou-se que o *Desempenho escolar* variava de forma muito diferente com o comportamento, ou com a coocorrência de comportamentos, que era adotado (a). Assim, o *Desempenho escolar* variou de forma mais evidente com a mQS do que com os outros CRPS enquanto comportamentos isolados. Dessa forma, os adolescentes sem CRPS revelavam, comparativamente aos que apresentavam uma mQS, uma *Relação com a escola* mais positiva, uma maior frequência de utilização de *Estratégias de estudo*, e maiores ou menores *Médias*

das classificações escolares consoante o *Ciclo de ensino* (maiores no *Ensino básico* e menores nos *Cursos Científico-Humanísticos*).

Quando se considera a coocorrência de dois desses comportamentos, todos os indicadores do *Desempenho escolar* variaram de forma significativa entre adolescentes sem CRPS e os em que coocorriam a mQS e o CT, com os primeiros a revelarem uma *Relação com a escola* mais positiva, uma maior frequência de utilização de *Estratégias de estudo*, um melhor *Raciocínio*, e melhores *Resultados escolares* (maiores *Médias das classificações escolares* e menos retenções no *Percurso escolar*), comparativamente aos segundos.

Quando se considera a coocorrência dos três CRPS, os adolescentes sem esses comportamentos obtiveram um *Desempenho escolar* significativamente melhor que os em que coocorriam esses três comportamentos em três dos componentes avaliados, com os primeiros a revelarem uma *Relação com a escola* mais positiva, uma maior frequência de utilização de *Estratégias de estudo*, e melhores *Resultados escolares* (maiores *Médias das classificações escolares* e menos retenções no *Percurso escolar*), comparativamente aos segundos.

Da análise destes resultados, constata-se que era com os adolescentes em que coocorriam a mQS e o CT que os adolescentes sem CRPS obtiveram diferenças significativas no maior número de componentes do *Desempenho escolar* (quatro), mas era com os em que coocorriam os três CRPS que obtiveram diferenças significativas no maior número de itens do *Desempenho escolar* (catorze itens).

Em síntese, estes resultados realçam como o *Desempenho escolar* era significativamente mais positivo nos adolescentes sem CRPS comparativamente aos adolescentes com um ou mais desses comportamentos, mas que essas diferenças eram mais evidentes quando se comparava os primeiros com os que revelavam uma mQS, com os em que coocorriam a mQS e o CT ou com os em que coocorriam os três CRPS. Esta análise reforça que: i) mais do que com o número de CRPS, o *Desempenho escolar* parece variar de forma mais evidente com CRPS específicos, ou com coocorrências específicas desses comportamentos; e ii) que não há uma tendência clara para que o *Desempenho escolar* seja progressivamente mais negativo com o aumento do número de CRPS que os adolescentes adotavam, comparativamente aos adolescentes sem esses comportamentos.

Verificou-se ainda que, e relativamente aos itens dos diferentes componentes do *Desempenho escolar*, as diferenças entre os adolescentes sem CRPS e os adolescentes em que coocorriam a mQS e o CT comparativamente às diferenças entre os primeiros e os em que coocorriam os três CRPS, elas eram mais numerosas na frequência de utilização de *Estratégias de estudo* para a primeira

coocorrência (6 itens para a coocorrência da mQS e do CT e 4 itens para a coocorrência dos 3 CRPS), e mais numerosas nas *Médias das classificações escolares* para a segunda coocorrência (1 itens para a da mQS com CT e 5 itens para a dos três CRPS). Parece assim constatar-se que certos componentes do *Desempenho escolar* variaram de forma mais evidente entre adolescentes sem CRPS e adolescentes que apresentavam determinadas coocorrências de CRPS, nomeadamente a frequência de utilização de *Estratégias de estudo* com os em que coocorriam a mQS e o CT e as *Médias das classificações escolares* com os em que coocorriam os três CRPS. Esta análise destaca como os componentes do *Desempenho escolar* parecem ter diferentes suscetibilidades à adoção dos vários CRPS por parte dos adolescentes, o que reforça a forma específica como estas variáveis se relacionam.

Não foi possível comparar estes resultados com a literatura nacional ou internacional por não terem sido encontrados estudos no sentido de analisar como múltiplos componentes do *Desempenho escolar* variam com a adoção de um, ou vários, *Comportamentos de risco para a saúde*.

Os resultados obtidos no presente estudo proporcionam algumas reflexões relativamente à implementação de intervenções para a promoção da saúde escolar mas também para a melhoria do *Desempenho escolar*.

Um primeiro resultado a destacar é a forma como o *Desempenho escolar* era significativamente mais positivo em adolescentes sem CRPS comparativamente aos que adotavam um ou mais desses comportamentos.

Num contexto em que as escolas sofrem pressões enormes para melhorar os resultados escolares dos seus alunos (Ickovics et al., 2014; Rasberry et al., 2017; Sigfusdottir, Kristjansson, & Allegrante, 2007) e em que a saúde é, muitas vezes, percebida como secundária (Ickovics et al., 2014), os resultados do presente estudo são um apelo urgente a que “instituições relacionadas com a Saúde e com a Educação, que têm um interesse partilhado na promoção da saúde dos adolescentes e cujos esforços colaborativos têm o potencial de dar passos importantes na melhoria da saúde e dos resultados escolares dos adolescentes” (Rasberry et al., 2017, p. 926) se coordenem para melhor responder às necessidades dos adolescentes nestes dois domínios.

Assim, deverão ser implementados programas de intervenção criativos, que envolvem toda a escola (Ickovics et al., 2014), através de ações curriculares e não curriculares (Ickovics et al., 2014) e de programas coerentes e integrados (Busch et al., 2017), para promover comportamentos promotores de saúde (Busch et al., 2017; Ickovics et al., 2014; Rasberry et al., 2017), o desenvolvimento pessoal e os resultados escolares (Busch et al., 2017). Nesse sentido, o que importa é evitar abordagens

orientadas para um único objetivo, como foi feito muitas vezes no passado (Busch et al., 2017).

Na literatura é também proposto que este tipo de intervenções se alargue a outros participantes, através do desenvolvimento de contextos positivos dentro e fora da escola (Howie et al., 2020), integrando para isso as famílias e a comunidade (Centers for Disease Control and Prevention, n.d.-b, 2014; Howie et al., 2020; Ickovics et al., 2014).

Por fim, resultados como os obtidos no presente estudo são particularmente importantes porque permitem: (i) clarificar as relações entre CRPS e resultados escolares, o que pode ser utilizado ao nível escolar para inspirar as direções das escolas e motivar os professores (Busch et al., 2017); (ii) que os decisores políticos, a nível regional e nacional, vejam os programas de prevenção escolares de promoção da saúde mais abrangentes (“comprehensive school health promotion”) como uma fase vital para o desenvolvimento escolar (“school development”) do adolescente (Busch et al., 2017; Cabrera et al., 2018).

Um segundo resultado a evidenciar é o modo como o *Desempenho escolar* varia de forma diferente com os vários CRPS e com as suas diferentes coocorrências. Estes resultados destacam a necessidade de compreender por que mecanismos os diferentes CRPS influenciam o *Desempenho escolar*, considerando assim a especificidade inerente a cada um deles. Tal implica alargar esta análise a um leque o mais abrangente possível destes comportamentos, não esquecendo os que parecem agora ganhar uma maior visibilidade como a(s) utilização(ões) de telemóvel ou o consumo de cigarro eletrónico, e dando uma atenção especial à coocorrência desses comportamentos que, como no presente estudo e em determinadas circunstâncias, parecem exercer uma função sinérgica.

Após a compreensão desses mecanismos, poder-se-á estabelecer intervenções que permitam: i) capacitar os adolescentes a evitar a adoção de CRPS e a alcançar um melhor *Desempenho escolar*, e ii) que favoreçam o estabelecimento de um envolvimento (dentro e fora da escola) que facilite essa capacitação. Por fim, esta compreensão poderá permitir estabelecer a melhor forma com que os diferentes intervenientes junto dos jovens (pares, professores, famílias, membros da comunidade, políticos) poderão contribuir para o sucesso dessas mesmas intervenções.

Um terceiro resultado a salientar é a forma como os diferentes componentes do *Desempenho escolar* variavam com os vários CRPS, o que realça que há componentes do *Desempenho escolar* que parecem beneficiar de uma forma mais evidente da não adoção de CRPS, como a *Relação com a*

*escola* e a frequência de utilização de *Estratégias de Estudo* enquanto que outros parecem beneficiar apenas face a alguns desses comportamentos (ou coocorrências dos mesmos). Contudo, importa relativizar os benefícios na *Relação com a escola* e na frequência de emprego de *Estratégias de Estudo* porque, como já foi descrito, a frequência dessas diferenças é dispar entre os vários CRPS e suas respetivas coocorrências.

A vantagem desta constatação parece-nos ser o estabelecimento de prioridades na implementação de programas de intervenção, uma vez que, face a um diagnóstico de CRPS e do *Desempenho escolar*, poderá mais facilmente orientar-se as intervenções a estes dois níveis. Este tipo de decisão será, evidentemente, mais fácil se aos resultados do presente estudo adicionarmos os de outros que contemplem outros CRPS e outros componentes (ou itens) do *Desempenho escolar*.

Um quarto resultado a levar em consideração, é a forma como o *Consumo de tabaco* está presente, em coocorrência, nos dois grupos de adolescentes que obtém um menor *Desempenho escolar* em mais componentes, ou mais itens, do mesmo, comparativamente aos adolescentes sem CRPS. Este resultado coloca a questão sobre a forma como este consumo parece exercer uma ação particularmente sinérgica com outros comportamentos.

Todos estes resultados salientam o muito que há para conhecer na relação entre o *Desempenho escolar* e a adoção de CRPS, especialmente quando se considera a coocorrência desses comportamentos. Eles destacam também a necessidade de alargar este tipo de estudo a outros CRPS, para assim ter uma visão o mais abrangente possível das interações entre estes comportamentos e o *Desempenho escolar*. Com esse tipo de informações, poder-se-á ganhar em objetividade na construção de intervenções para a promoção da saúde e para a melhoria do *Desempenho escolar*, adaptando as mesmas às necessidades dos adolescentes nestas duas vertentes, e facilitando a indispensável coordenação entre um leque alargado de intervenientes, incluindo os da saúde, da educação, da família, da comunidade e dos diferentes níveis de decisão política.

## **5.5. CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E PROPOSTAS DE FUTURAS INVESTIGAÇÕES**

Observou-se no presente estudo que 43% dos adolescentes não apresentavam CRPS, que 44% apresentavam um desses comportamentos e que 13% adotavam dois ou mais dos mesmos. Verificou-se também uma elevada percentagem de adolescentes com mQS, e uma percentagem mais reduzida que revelava a coocorrência da mQS e do CT e a coocorrência dos três comportamentos. Estes

resultados estão globalmente de acordo com a literatura e destacam a pertinência da implementação de programas de promoção da saúde, em que estes deverão ter como um dos alvos a *Qualidade do sono* dos adolescentes e que deverão considerar a coocorrência de CRPS.

Constatou-se também que uma maior percentagem de *raparigas* revelava uma mQS, comparativamente aos *rapazes*, que numa maior percentagem de *rapazes* coocorriam o CT e os CSR, comparativamente às *raparigas*, e que uma maior percentagem de adolescentes que frequentavam o *Ensino secundário* apresentava um ou dois dos CRPS, comparativamente aos adolescentes que frequentavam o *Ensino básico*. Estes resultados estão globalmente de acordo com a literatura e parecem particularmente importantes para a implementação de intervenções mais focalizadas em grupos de adolescentes em risco.

Verificou-se também que, globalmente, o *Desempenho escolar* era significativamente mais positivo em adolescentes sem CRPS, comparativamente aos que adotavam um ou mais desses comportamentos, embora tal fosse mais ou menos evidente consoante o componente avaliado ou os comportamentos adotados. Estes resultados incitam a uma estreita coordenação entre responsáveis da educação e da saúde para a implementação de intervenções não só coerentes, que considerem as necessidades / dificuldades dos adolescentes, mas também integradoras destas duas componentes essenciais para a vida dos adolescentes. Dessa forma, poderão ser adquiridos os conhecimentos, os comportamentos, as atitudes e as competências que os adolescentes necessitam para viver plenamente a sua adolescência e a sua vida futura. Por fim, importa também reconhecer o papel que outros intervenientes poderão ter na criação das condições para que estas aquisições possam ser efetivas e duradouras, como a família, a comunidade e os órgãos de decisão política.

Este estudo apresenta várias limitações, para além das já descritas nos capítulos anteriores. A primeira é o reduzido número de CRPS que foram avaliados. Dada a forma específica como o *Desempenho escolar* varia com os diferentes CRPS, e com as coocorrências dos mesmos, torna-se evidente a necessidade de alargar o número de CRPS a avaliar. Uma segunda limitação é o facto da amostra ser constituída apenas por adolescentes que frequentavam a escola, não incluindo por isso adolescentes que abandonaram o sistema escolar.

Como sugestões para futuros estudos, e como resposta a uma das limitações referida anteriormente, parece-nos importante alargar esta análise a outros CRPS de forma a estabelecer com quais desses comportamentos, ou com que coocorrências dos mesmos, o *Desempenho escolar* varia de forma (mais) evidente.

Outra sugestão é a realização desta mesma análise, mas verificando como essa variação difere com características individuais dos adolescentes (entre elas as consideradas neste estudo), para dessa forma perceber se há grupos de adolescentes cujo *Desempenho escolar* é significativamente inferior quando adotam um, ou mais, CRPS.

Uma outra sugestão será a de categorizar os comportamentos dos adolescentes não de forma binária, mas introduzir uma terceira categoria que possa integrar os episódios isolados ou de experimentação.

## RESULTADOS A DESTACAR

Os adolescentes que não revelavam CRPS constituíam 43% da amostra, os que apresentavam um desses comportamentos 44% da mesma, e os em que coocorriam dois ou três destes comportamentos correspondiam a 10% e 4%, respetivamente. Os comportamentos adotados com mais frequência pelos adolescentes eram a mQS, por 37% dos adolescentes, a coocorrência da mQS e do CT, 5%, e a coocorrência dos três comportamentos e o CT, por 4%.

A adoção de CRPS variou de forma significativa entre rapazes e raparigas, sendo que uma maior percentagem de raparigas apresentava uma mQS e numa maior percentagem de rapazes coocorriam a mQS e os CSR; e entre adolescentes que frequentavam o *Ensino secundário* e os que frequentavam o *Ensino básico*, em que os primeiros adotavam com mais frequência todos os comportamentos avaliados, na sua forma isolada ou em coocorrência de dois comportamentos.

No que concerne ao *Desempenho escolar*, observou-se que os adolescentes sem CRPS: i) estabeleciam uma *Relação com a escola* mais positiva comparativamente aos que adotavam um ou mais desses comportamentos, com a exceção dos em que coocorriam a mQS e CSR, e de forma mais evidente com os que revelavam uma mQS, e os em que coocorriam a mQS e o CT e os em que coocorriam os três comportamentos; ii) empregavam *Estratégias de estudo* com maior frequência comparativamente aos que adotavam um ou mais desses comportamentos, com a exceção dos que revelavam CSR, e de forma mais evidente com os que revelavam uma mQS e os em que coocorriam a mQS e o CT; iii) alcançavam uma melhor performance de *Raciocínio abstrato* comparativamente aos em que coocorria a mQS e o CT; iv) obtinham maiores *Médias de classificações escolares* no *Ensino básico* comparativamente aos que revelavam uma mQS, nos *Cursos profissionais* comparativamente aos em que coocorriam a mQS e o CT, e no *Ensino básico* e nos *Cursos profissionais* comparativamente aos em que coocorriam os três comportamentos, e alcançaram menores *Médias de classificações escolares* nos *Cursos científico-humanístico* comparativamente aos adolescentes com mQS; v) apresentavam menos retenções no seu *Percurso escolar* comparativamente a adolescentes em que coocorriam a mQS e o CT, e em que coocorriam os três comportamentos.

## **CAPÍTULO 6 – CONCLUSÕES FINAIS**

Esta investigação teve origem na nossa prática enquanto coordenador do *Projeto de Educação para a Saúde* num agrupamento de escolas. Dessa prática destacou-se a necessidade de conhecer os *Comportamentos de risco para a saúde* (CRPS) que os adolescentes adotavam, para poder assim determinar as intervenções mais pertinentes para a prevenção desses comportamentos. Tornou-se também pertinente verificar se o *Desempenho escolar* destes adolescentes variava com os CRPS que apresentavam, no sentido de valorizar este tipo de intervenções para o desenvolvimento global do adolescente e para uma ação mais efetiva das escolas nas suas diferentes vertentes da formação do indivíduo.

O primeiro objetivo deste estudo era conhecer a frequência da adoção de CRPS, e observou-se que mais de metade dos adolescentes apresentava um ou mais desses comportamentos. Este resultado reforça a necessidade de continuar a intervir junto dos adolescentes para prevenir a adoção deste tipo de comportamento.

O segundo objetivo era determinar a coocorrência de CRPS, e constatou-se que, embora elas não fossem muito frequentes entre os adolescentes, a sua existência, bem como os possíveis efeitos sinérgicos que elas podem promover, salientam a pertinência de melhor as conhecer e de promover intervenções que as tenham como alvo.

O terceiro objetivo pretendia avaliar se a adoção de CRPS, e das suas coocorrências, variava com as características individuais dos adolescentes, e tal verificou-se com o *Sexo*, o *Ciclo de ensino* e o *Tipo de curso*. Estes dados permitem estabelecer grupos de adolescentes que estão mais em risco de adotar determinados CRPS, o que poderá ser determinante para a implementação de *Estratégias para grupos de risco*.

O quarto objetivo pretendia comprovar se o *Desempenho escolar* dos adolescentes variava com os CRPS adotados, ou com as suas coocorrências. De uma forma global, o *Desempenho escolar* era mais positivo nos adolescentes que não apresentavam CRPS, comparativamente aos que adotavam um ou vários desses comportamentos, embora essa diferença fosse mais ou menos evidente consoante o componente do *Desempenho escolar* avaliado ou com o comportamento, ou a coocorrência, adotado (a). Desta forma, salienta-se como pode ser importante a coordenação entre estas duas componentes

da vida dos adolescentes, através da ação de responsáveis da educação e da saúde, para a implementação de intervenções coerentes e integradas que poderão assim ir de encontro ao que são as necessidades dos adolescentes nestes dois âmbitos.

Em conclusão, a realização de uma avaliação diagnóstica é uma etapa indispensável para a elaboração de um *Projeto de Educação para a Saúde*, por permitir determinar as necessidades da população alvo, para estabelecer prioridades nas intervenções a promover e para determinar os grupos de adolescentes em maior risco. A constatação de como o *Desempenho escolar* era globalmente mais positivo em adolescentes sem CRPS, comparativamente aos que adotavam esses comportamentos, valoriza as intervenções em meio escolar que promovem a saúde, e destaca a pertinência da implementação de intervenções que integrem estes dois aspetos fundamentais da vida dos adolescentes. Por fim, a forma muito específica como esse desempenho, bem como as suas componentes, é mais positivo face à adoção de determinados CRPS, ou as coocorrências dos mesmos, salienta a necessidade de aprofundar o estudo desta relação, para assim permitir que a ação da escola, das instituições ligadas à saúde, da família, da comunidade e dos órgãos de decisão políticos possam ser mais eficazes na sua ação junto dos adolescentes.

Esperamos com este trabalho ter contribuído para incentivar a investigação e a intervenção fundamentada nestas áreas, dada a sua importância para a saúde atual e futura dos adolescentes.

## REFERÊNCIAS

- Abbott-Chapman, J., Martin, K., Ollington, N., Venn, A., Dwyer, T., & Gall, S. (2014). The longitudinal association of childhood school engagement with adult educational and occupational achievement : findings from an Australian national study. *British Educational Research Journal*, 40(1), 102–120. <https://doi.org/10.1002/berj.3031>
- Adam, E. K., Snell, E. K., & Pendry, P. (2007). Sleep Timing and Quantity in Ecological and Family Context : A Nationally Representative Time-Diary Study. *Journal of Family Psychology*, 21(1), 4–19. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.1.4>
- Adelantado-Renau, M., Diez-Fernandez, A., Beltran-Valls, M. R., Soriano-Maldonado, A., & Moliner-Urdiales, D. (2019). The effect of sleep quality on academic performance is mediated by Internet use time : DADOS study. *Jornal de Pediatria*, 95(4), 410–418. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2018.03.006>
- Adelantado-Renau, M., Jiménez-Pavón, D., Beltran-Valls, M. R., & Moliner-Urdiales, D. (2019). Independent and combined influence of healthy lifestyle factors on academic performance in adolescents : DADOS Study. *Pediatric Research*, (85), 456–462. <https://doi.org/10.1038/s41390-019-0285-z>
- Agostini, A., Lushington, K., Kohler, M., & Dorrian, J. (2018). Associations between self-reported sleep measures and dietary behaviours in a large sample of Australian school students ( n = 28 , 010 ). *Journal of Sleep*, 27(e12682), 1–6. <https://doi.org/10.1111/jsr.12682>
- Alfonsi, V., Scarpelli, S., Atri, A. D., Stella, G., & Gennaro, L. De. (2020). Later School Start Time : The Impact of Sleep on Academic Performance and Health in the Adolescent Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2574). <https://doi.org/10.3390/ijerph17072574>
- Almeida, L.S. (1982). *Testes de Raciocínio Diferencial*. Universidade do Porto.
- Almeida, Leandro S. (2002). As aptidões na definição e avaliação da inteligência: O concurso da análise fatorial. *Paideia*, 12(23), 5–17.
- Almeida, Leandro S., & Campos, B. P. (1986). Validade preditiva dos Testes de Raciocínio Diferencial. *Cadernos de Consulta Psicologica*, (2), 105–118.
- Almeida, Leandro S., & Castro, R. V. de. (2017). Escolhas, percursos e retornos dos diplomados do Ensino superior: introdução. In A. N. A. P. Marques, C. Sá, J. R. Casanova, & L. S. Almeida (Eds.), *Ser Diplomado do Ensino Superior: Escolhas, Percursos e Retornos* (Centro de, p. 205). Braga.
- Almeida, Leandro S., Miranda, L. C., Salgado, A. M., Silva, M., & Martins, V. A. (2012). Impacto da capacidade cognitiva e das atribuições causais no rendimento escolar na Matemática. *Quadrante*, 21(1), 56–66.
- Almeida, Leandro S, Canelas, C., Rosario, P., Nunez, J. C., & Gonzalez-Pienda, J. (2005). Métodos de estudo e rendimento escolar: estudo com alunos do ensino secundario. *Revista Da Educação*, 13(1), 63–74.
- Almeida, Leandro S, Nascimento, E. do, Lima, A. de O. F., Vasconcelos, A. G., Akama, C. T., & Santos, M. T. (2010). Bateria de Provas de Raciocínio (BPR-5): Estudo exploratório em alunos universitários. *Avaliação Psicologica*, 9(2), 155–162.
- Alves, N. J. C. C. (2006). *Desporto, Saude e estilos de vida... Diferentes olhares, objectivos e*

*subjetivos, sobre os comportamentos dos adolescentes.* Universidade do Porto.

- Alzahrani, S. G., Watt, R. G., Sheiham, A., Aresu, M., & Tsakos, G. (2014). Patterns of clustering of six health-compromising behaviours in Saudi adolescents. *BMC Public Health*, (February 2017). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1215>
- Amaral, A. O. do A. (2014). *Inteligência e rendimento escolar: Estudo da sua relação tomando os dados da adaptação e validação da Bateria de Provas de Raciocínio (BPR 7/9) a alunos moçambicanos.* Universidade do Minho.
- Amaral, S. P. F. P. (2015). *Qualidade do sono em estudantes do ensino profissional.* Instituto Politecnico de Viseu, Viseu. Retrieved from <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/2866>
- Amaral, V. G. (2010). *A adolescência e o tabaco.* Universidade da Beira Interior.
- Amaro, H. D., Alvarez, M.-J., & Ferreira, J. A. (2021). Manifestação do Duplo Padrão Sexual nas sociedades ocidentais ( 2011-2017 ): uma revisão abrangente. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, (124), 53–78. <https://doi.org/10.4000/rccs.11509>
- Amos, A., & Bostock, Y. (2007). Young people , smoking and gender- A qualitative exploration. *Health Education Research*, 22(6), 770–781. <https://doi.org/10.1093/her/cyl075>
- Amuedo-Dorantes, C., Mach, T., & Clapp, J. D. (2004). The Impact of Schools on Juvenile Substance Initiation and Use. *Prevention Science*, 5(2).
- Anastácio, Z. (2010). Sexualidade na fase intermédia da adolescência : relacionamentos , comportamentos e conhecimentos . *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2, 695–705.
- Anastasiades, P. G., Vivo, L. De, Bellesi, M., & Jones, M. W. (2022). Adolescent sleep and the foundations of prefrontal cortical development and dysfunction. *Progress in Neurobiology*, 218(August).
- Anderson, B., Storfer-Isser, A., Taylor, H. G., Rosen, C. L., & Redline, S. (2009). Associations of Executive Function with Sleepiness and Sleep Duration in Adolescents. *Pediatrics*, 123(4), e701-707. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-1182.Associations>
- Anstey, K. J., Sanden, C. von, Salim, A., & O’Kearney, R. (2007). Smoking as a Risk Factor for Dementia and Cognitive Decline : A Meta-Analysis of Prospective Studies. *American Journal of Epidemiology*, 166(4), 367–378. <https://doi.org/10.1093/aje/kwm116>
- Aragão, L. da C. R. R. (2017). *Adolescência e sexualidade : Conhecimentos , atitudes , comportamentos e traços de personalidade de estudantes do ensino secundário do distrito de Bragança.* Instituto Politécnico de Bragança.
- Aras, S., Semin, S., Gunay, T., Orcin, E., & Ozan, S. (2007). Sexual Attitudes and Risk-Taking Behaviors of High School Students in Turkey. *Journal of School Health*, 77(7), 359–366.
- Aspy, C. B., Vesely, S. K., Oman, R. F., Tolma, E., Rodine, S., Marshall, L., & Fluhr, J. (2012). School-Related Assets and Youth Risk Behaviors : Alcohol Consumption and Sexual Activity. *Journal of School Health*, 82(1), 3–10.
- Atorkey, P., Byaruhanga, J., Paul, C., Wiggers, J., Bonevski, B., & Tzelepis, F. (2021). Multiple Health Risk Factors in Vocational Education Students : A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(637), 1–17.
- Avery, L., & Lazdane, G. (2008). What do we know about sexual and reproductive health of adolescents

- in Europe? *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 13(1), 58–70.  
<https://doi.org/10.1080/13625180701617621>
- Azeredo, C. M., Levy, R. B., Peres, M. F. T., Menezes, P. R., & Araya, R. (2016). Patterns of health-related behaviours among adolescents : a cross-sectional study based on the National Survey of School Health Brazil 2012. *BMC Open*. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011571>
- Azevedo, A., Machado, A. P., & Barros, H. (1999). Tobacco smoking among Portuguese high-school students. *Bulletin of the World Health Organization*, 77(6), 509–514.
- Bailey, J. A., Fleming, C. B., Henson, J. N., Catalano, R. F., & Haggerty, K. P. (2008). Sex Risk Behavior Six Months Post High School: Associations with College Attendance, Living With a Parent, and Prior Risk Behavior. *Journal of Adolescent Health*, 42(6), 573–579.  
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.11.138>.Sex
- Bao, Z., Chen, C., Zhang, W., Jiang, Y., Zhu, J., & Lai, X. (2018). School Connectedness and Chinese Adolescents' Sleep Problems : A Cross-Lagged. *Journal of School Health*, 88(4), 315–321.
- Barnes, G. M., Hoffman, J. H., Welte, J. W., Farrell, M. P., & Dintcheff, B. A. (2007). Adolescents' Time Use : Effects on Substance Use , Delinquency and Sexual Activity. *Journal of Youth and Adolescence*, (36), 697–710. <https://doi.org/10.1007/s10964-006-9075-0>
- Bartel, K. A., Gradisar, M., & Williamson, P. (2015). Protective and risk factors for adolescent sleep : A meta-analytic review. *Sleep Medicine Reviews*, 21, 72–85.  
<https://doi.org/10.1016/j.smr.2014.08.002>
- Basch, C. E. (2010). Healthier Students Are Better Learners: A Missing Link in School Reforms to Close the Achievement Gap. *Equity Matters: Research Review*, (6).
- Basch, C. E. (2011). Healthier Students Are Better Learners : A Missing Link in School Reforms to Close the Achievement Gap. *Journal of School Health*, 81(10), 593–598.
- Bauducco, S. V., Flink, I. K., Boersma, K., & Linton, S. J. (2020). Preventing sleep deficit in adolescents : Long - term effects of a quasi - experimental school - based intervention study. *Journal of Sleep Research*, 29(August 2019), 1–12. <https://doi.org/10.1111/jsr.12940>
- Becker, S. P., Langberg, J. M., & Byars, K. C. (2015). Advancing a Biopsychosocial and Contextual Model of Sleep in Adolescence : A Review and Introduction to the Special Issue. *Journal of Youth and Adolescence*, 44, 239–270. <https://doi.org/10.1007/s10964-014-0248-y>
- Beebe, D. W. (2011). Cognitive, Behavioral, and Functional Consequences of Inadequate Sleep in Children and Adolescents. *Pediatric Clinics of North America*, 58(3), 649–665.  
<https://doi.org/10.1016/j.pcl.2011.03.002>.Cognitive
- Bernardo, M. P. S. L., Pereira, É. F., Louzada, F. M., & D'Almeida, V. (2009). Duração do sono em adolescentes de diferentes níveis socioeconômicos. *J Bras Psiquiatr*, 58(4), 231–237. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v58n4/a03v58n4.pdf>
- Bertoni, N., Bastos, F. I., Mello, M. B. de, Makuch, M. Y., Sousa, M. H. de, Osis, M. J., & Faúndes, A. (2009). Uso de álcool e drogas e sua influência sobre as práticas sexuais de adolescentes de Minas Gerais , Brasil. *Caderno de Saude Publica*, 25(6), 1350–1360.
- Boles, S., Biglan, A., & Smolkowski, K. (2006). Relationships among negative and positive behaviours in adolescence. *Journal of Adolescence*, 29, 33–52.  
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2005.01.007>
- Boschloo, A., Krabbendam, L., Dekker, S., Lee, N., de Groot, R., & Jolles, J. (2013). Subjective

- Sleepiness and Sleep Quality in Adolescents are Related to Objective and Subjective Measures of School Performance. *Frontiers in Psychology*, 4(February), 1–5.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00038>
- Bosson, M., Maggiori, C., Gygax, P. M., Gay, C., Bosson, M., Maggiori, C., & Gygax, P. M. (2012). Smoking and adolescence : exploring tobacco consumption and related attitudes in three different adolescent groups in Switzerland. *Journal of Youth Studies*, 15(2), 225–240.  
<https://doi.org/10.1080/13676261.2011.635195>
- Bradley, B. J., & Greene, A. C. (2013). Do Health and Education Agencies in the United States Share Responsibility for Academic Achievement and Health ? A Review of 25 Years of Evidence About the Relationship of Adolescents ' Academic Achievement and Health Behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 52(5), 523–532. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.01.008>
- Brady, S. S., Tschann, J. M., Pasch, L. A., Flores, E., & Ozer, E. J. (2008). Violence Involvement , Substance Use , and Sexual Activity Among Mexican-American and European-American Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 43, 285–295.  
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.02.007>
- Brand, S., & Kirov, R. (2011). Sleep and its importance in adolescence and in common adolescent somatic and psychiatric conditions. *International Journal of General Medicine*, 425.  
<https://doi.org/10.2147/IJGM.S11557>
- Brooks, F. M., Magnusson, J., Spencer, N., & Morgan, A. (2012). Adolescent multiple risk behaviour : an asset approach to the role of family , school and community. *Journal of Pulic Health*, 34, i48–i56. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fds001>
- Bruce, E. S., Lunt, L., & McDonagh, J. E. (2017). Sleep in adolescents and young adults. *Clinical Medicine*, 17(5), 424–428.
- Bryant, A. L., Schulenberg, J. E., Malley, P. M. O., Bachman, J. G., & Johnston, L. D. (2003). How Academic Achievement, Attitudes, and Behaviors Relate to the Course of Substance Use During Adolescence : A 6-Year , Multiwave National Longitudinal Study. *Journal of Research on Adolescence*, 13(3), 361–397.
- Buela-Casal, G., & Sanchez, A. I. (2002). *Transtornos del Sueño*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Burns, R. D., Brusseau, T. A., Pfladderer, C. D., & Fu, Y. (2020). Sports Participation Correlates With Academic Achievement : Results From a Large Adolescent Sample Within the 2017 U . S . National Youth Risk Behavior Survey. *Perceptual Motor Skills*, 127(2), 448–467.  
<https://doi.org/10.1177/0031512519900055>
- Burns, R. D., Fu, Y., Brusseau, T. A., Clements-Nolle, K., & Yang, W. (2018). Relationships among physical activity, sleep duration , diet, and academic achievement in a sample of adolescents. *Preventive Medicine Reports*, 12(May), 71–74. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2018.08.014>
- Busch, V., Laninga-wijnen, L., Jacobus, A., Schrijvers, P., Rob, J., & Leeuw, J. De. (2017). Associations of health behaviors , school performance and psychosocial problems in adolescents in The Netherlands. *Health Promotion International*, 32(June 2015), 280–291.  
<https://doi.org/10.1093/heapro/dav058>
- Busch, V., Loyen, A., Lodder, M., Schrijvers, A. J. P., Van Yperen, T. A., & Leeuw, J. R. J. De. (2014). The Effects of Adolescent Health-Related Behavior on Academic Performance: A Systematic Review of the Longitudinal Evidence. *Review of Educational Research*, 20(10), 1–30.  
<https://doi.org/10.3102/0034654313518441>

- Busch, V., Stel, H. F. Van, Schrijvers, A. J. P., & Leeuw, J. R. J. De. (2013). Clustering of health-related behaviors , health outcomes and demographics in Dutch adolescents : a cross-sectional study. *BMC Public Health*, *13*(1118).
- Buysse, D. J., Reynolds III, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, *(28)*, 193–213. <https://doi.org/10.1006/bbrc.2001.6263>
- Cabrera, J. C., Rodriguez, M. C., Karl, S. R., & Chavez, C. (2018). In what ways do health behaviors impact academic performance, educational aspirations, and commitment to learning? In *Paper presented at the annual meeting of the American Educational Research Association* (pp. 1–25). new York.
- California Department of Education. (2005). *Getting Results: Developing Safe and Healthy Kids, Update 5: Student Health , Supportive Schools , and Academic Success*. Saceamento: California Department of Education. Retrieved from [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj\\_MrLnaH6AhUa-4UKHTywAxkQFnoECAsQAQ&url=https%3A%2F%2Fmishcaweb.files.wordpress.com%2F2012%2F10%2Fstudent-health-and-academic-success-safe-and-supportive-sch.pdf&usg=AOvWaw1Um-BOVKimL7MI4\\_LvAstG](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj_MrLnaH6AhUa-4UKHTywAxkQFnoECAsQAQ&url=https%3A%2F%2Fmishcaweb.files.wordpress.com%2F2012%2F10%2Fstudent-health-and-academic-success-safe-and-supportive-sch.pdf&usg=AOvWaw1Um-BOVKimL7MI4_LvAstG)
- Camacho, I. N. M., Reis, M. S. P. dos, Tomé, G. M. Q., Branquinho, C., & Matos, M. G. de. (2017). The Portuguese School Through the Eyes of Adolescents. *Psicologia Da Educação*, *(45)*, 1–10. <https://doi.org/10.5935/2175-3520.20170012>
- Caminis, A., Henrich, C., Ruchkin, V., Schwab-Stone, M., & Martin, A. (2007). Psychosocial predictors of sexual initiation and high-risk sexual behaviors in early adolescence. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *1*(14), 1–12. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-1-Received>
- Canavarro, M. C., Morgado, L., Pereira, M., & Barahona, F. (2004). A adolescência, a mulher e a sida. In *IV HIV/AIDS Virtual Congress: “A Mulher e a Infecção pelo HIV/SIDA.”* Retrieved from [https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/20689/1/2004 A adolescência%2C a mulher e a SIDA.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/20689/1/2004%20A%20adolesc%C3%AAncia%20a%20mulher%20e%20a%20SIDA.pdf)
- Cance, J. D., Talley, A. E., Morgan-Lopez, A., & Fromme, K. (2017). Longitudinal Conjoint Patterns of Alcohol and Tobacco Use throughout Emerging Adulthood. *Substance Use Misuse*, *52*(3), 373–382. <https://doi.org/10.1080/10826084.2016.1228677>.Longitudinal
- Candeias, A. A., Rosário, A. C., Almeida, L. S., & Guisande, M. A. (2007). Bateria de provas de raciocínio diferencial : Suporte à sua utilização em orientação vocacional. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, *41*(1), 143–156.
- Cardoso, L. R. D., Malbergier, A., & Figueiredo, T. F. B. (2008). O consumo de álcool como fator de risco para a transmissão das DSTs / HIV / Aids. *Revista de Psiquiatria Clínica*, *35*(Suplemento 1), 70–75.
- Carter, M., McGee, R., Taylor, B., & Williams, S. (2007). Health outcomes in adolescence : Associations with family , friends and school engagement. *Journal of Adolescence*, *30*, 51–62. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2005.04.002>
- Carvalho, A., Rodrigues, V., Carvalho, G. S. de, & Gonçalves, A. (2007). Um olhar sobre os hábitos alimentares e de lazer de jovens adolescentes, (1996), 1–10. Retrieved from <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/6692>

- Carvalho, C. M. da S. (2013). *Comportamentos na Adolescência : hábitos alimentares , atividade física e consumo de substâncias psicoativas*. Universidade de Tras-os-Montes e Alto Douro.
- Carvalho, G. D. de, Fávero, M., Gomes, V., & Santos, V. M. M. (2019). *Dicionário de Educação Sexual, Sexualidade, Gênero e Interseccionalidades*. Florianópolis: Editora UDESC.
- Carvalho, P. da S. (2012). *Hábitos de estudo e sua influência no rendimento escolar*. Universidade Fernando pessoa.
- Casal, A. de A. L. (2007). *A Escola na prevenção de comportamentos de risco : o tabagismo e o consumo de álcool*. Universidade de Aveiro.
- Casavi, V., Shetty, S., Alva, J., & Nalini, M. (2022). Relationship of quality of sleep with cognitive performance and emotional maturity among adolescents. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 13(January), 1–5.
- Cassoff, J., Bhatti, J. A., & Gruber, R. (2014). The effect of sleep restriction on neurobehavioural functioning in normally developing children and adolescents: Insights from the attention behaviour and sleep laboratory. *Pathologie Biologie*, 62(5), 319–331.  
<https://doi.org/10.1016/j.patbio.2014.05.017>
- Center for Disease Control and Prevention. (2009). *School Connectedness: Strategies for Increasing Protective Factors Among Youth*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services.
- Centers for Disease Control and Prevention. (n.d.-a). *Health-Risk Behaviors and Academic Achievement*. Retrieved from  
[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewiukrj5leLuAhUkyYUKHbu7AwgQFjABegQIBRAC&url=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fhealthyouth%2Fhealth\\_and\\_academics%2Fpdf%2Fhealth\\_risk\\_behaviors.pdf&usq=A0vWaw1AW4nY7BYIFc93B\\_Mel\\_7v](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewiukrj5leLuAhUkyYUKHbu7AwgQFjABegQIBRAC&url=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fhealthyouth%2Fhealth_and_academics%2Fpdf%2Fhealth_risk_behaviors.pdf&usq=A0vWaw1AW4nY7BYIFc93B_Mel_7v)
- Centers for Disease Control and Prevention. (n.d.-b). *Making the Connection : Health Risk Behaviors and Academic Grades*. Retrieved from  
[https://www.cdc.gov/healthyouth/health\\_and\\_academics/pdf/DASHfactsheetHealthRisk.pdf](https://www.cdc.gov/healthyouth/health_and_academics/pdf/DASHfactsheetHealthRisk.pdf)
- Centers for Disease Control and Prevention. (2014). *Health and Academic achievement*. Atlanta. Retrieved from [http://www.cdc.gov/healthyouth/health\\_and\\_academics/pdf/health-academic-achievement.pdf](http://www.cdc.gov/healthyouth/health_and_academics/pdf/health-academic-achievement.pdf)
- Centre For Educational Research and Innovation. (1998). *Education at a glance*. Paris: OCDE. Retrieved from [https://www.oecd-ilibrary.org/fr/education/education-at-a-glance-1998\\_eag-1998-en](https://www.oecd-ilibrary.org/fr/education/education-at-a-glance-1998_eag-1998-en)
- Cerca, F., & Prior, C. (2018). Sleep and Media Screens in Pediatric Ages, *XXVIII*(1), 33–38.
- Chapman, R., Buckley, L., Sheehan, M., Shochet, I., & Romaniuk, M. (2011). The impact of school connectedness on violent behavior, transport risk- taking behavior, and associated injuries in adolescence. *Journal of School Psychology*, 49(4), 399–410.
- Chapman, R. L., Buckley, L., Sheehan, M., & Shochet, I. (2013). School-Based Programs for Increasing Connectedness and Reducing Risk Behavior : A Systematic Review. *Educational Psychological Review*, 25, 95–114. <https://doi.org/10.1007/s10648-013-9216-4>
- Chaput, J., Gray, C. E., Poitras, V. J., Carson, V., Gruber, R., Olds, T., ... Tremblay, M. S. (2016). Systematic review of the relationships between sleep duration and health indicators in school-aged children and youth1. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, (41), S266–S282.
- Charlton, A. (1996). Children and smoking : the family circle. *British Medical Bulletin*, 52(1), 90–107.

- Chen, A. C., Thompson, E. A., & Morrison-beedy, D. (2010). Multi-System Influences on Adolescent Risky Sexual Behavior, (October), 512–527. <https://doi.org/10.1002/nur.20409>
- Chen, T., Wu, Z., Shen, Z., Zhang, J., & Shen, X. (2014). Sleep duration in Chinese adolescents : biological , environmental , and behavioral predictors. *Sleep Medicine*, *15*(11), 1345–1353. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2014.05.018>
- Ciarrochi, J., Heaven, P. C. L., & Skinner, T. (2012). Cognitive ability and health-related behaviors during adolescence : A prospective study across five years. *Intelligence*, *40*(4), 317–324. <https://doi.org/10.1016/j.intell.2012.03.003>
- Clark, D. A., Durbin, C. E., Heitzeg, M. M., Iacono, W. G., McGue, M., & Hicks, B. M. (2019). Sexual Development in Adolescence : An Examination of Genetic and Environmental Influences. *Journal of Research on Adolescence*, *30*(2), 502–520. <https://doi.org/10.1111/jora.12540>
- Cleveland, M. J., Feinberg, M. E., Bontempo, D. E., & Greenberg, M. T. (2008). The Role of Risk and Protective Factors in Substance Use Across Adolescence. *Journal of Adolescence*, *43*, 157–164. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.01.015>
- Cogollo, Z., & Gómez-Bustamante, E. M. (2013). Health risk behavior pattern among students from Cartagena, Colombia: prevalence and associated variables. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, *47*(4), 830–835. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000400009>
- Colrain, I. M., & Baker, F. C. (2011). Changes in sleep as a function of adolescent development. *Neuropsychology Review*, *21*(1), 5–21. <https://doi.org/10.1007/s11065-010-9155-5>
- Conry, M. C., Morgan, K., Curry, P., Mcgee, H., Harrington, J., Ward, M., & Shelley, E. (2011). The clustering of health behaviours in Ireland and their relationship with mental health , self-rated health and quality of life. *BMC Public Health*, *11*(1), 692. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-692>
- Cook, P. J. (2006). *Smoke signals: adolescent smoking and school continuation* (No. 12472). Cambridge. Retrieved from <http://www.nber.org/papers/w12472>
- Corbí, B., & Pérez, M. A. (2013). El efecto del absentismo y el fracaso escolar en el consumo de tabaco, en una muestra de estudiantes de 3º y 4º de la educación secundaria obligatoria. *Health and Addictions*, *13*(1), 53–58.
- Correia, P., Carvalho, I., & Campos, R. A. (2004). Consumo de tabaco e de álcool em adolescentes de Vila Nova de Gaia. *Acta Pediatrica Portuguesa*, *35*(4), 329–333.
- Correia, T. I. G. (2004). *Saude reprodutiva - Planeamento familiar: conhecimentos e comportamentos sexuais dos adolescentes portugueses*. Universidade do Porto.
- Corte-Real, N., Balaguer, I., Dias, C., Corredeira, R., & Fonseca, A. (2008). Actividade física, prática desportiva, consumo de alimentos, de tabaco e de álcool dos adolescentes portugueses. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, *26*(2), 17–25.
- Cortez, C. de A. S. (2014). *Qualidade do sono, higiene do sono e crenças sobre o sono em adolescentes -Estudo exploratorio com adolescentes entre os 14 e os 18 anos*. Universidade de Lisboa.
- Costa, A. C. de Q., Raposo, J. C. dos S., Valença, P. A. de M., Santos, C. da F. B. F., & Amorim, V. C. S. de A. (2017). Álcool e comportamento sexual entre estudantes do ensino médio no Brasil. *Adolescencia e Saude*, *14*(3), 24–29.
- Costa, P. M. A. da. (2009). *Comportamentos de Saúde dos Adolescentes Escolarizados: um estudo*

*efectuado com alunos do 3º ciclo e do ensino secundário.* Universidade do Minho.

- Coutinho, R. X., Santos, W. M. dos, Folmer, V., & Punte, R. L. (2013). Prevalência de comportamentos de risco em adolescentes. *Caderno de Saude Coletiva*, 21(4), 441–449.
- Cox, R. G., Zhang, L., Johnson, W. D., & Bender, D. R. (2007). Academic Performance and Substance Use : Findings From a State Survey of Public High School Students. *Journal of School Health*, 77(3), 109–115.
- Creamer, M. R., Jones, S. E., Gentzke, A. S., Jamal, A., & King, B. A. (2020). Tobacco Product Use Among High School Students – Youth Risk Behavior Survey, United States, 2019. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(1), 56–63.
- Cristina, A., Alves, J., & Perelman, J. (2016). Desigualdades socioeconómicas no tabagismo em jovens dos 15 aos 17 anos, 4(1), 69–76.
- Crockett, L. J., Bingham, C. R., Chopak, J. S., & Vicary, J. R. (1996). Timing of First Sexual Intercourse: The Role of Social Control, Social Learning, and Problem Behavior. *Journal of Youth and Adolescence*, 25(1), 89–111.
- Cruzeiro, A. L. S., Souza, L. D. de M., Silva, R. A. da, Pinheiro, R. T., Rocha, C. L. a A. da, & Horta, B. L. (2010). Comportamento sexual de risco : fatores associados ao número de parceiros sexuais e ao uso de preservativo em adolescentes. *Ciencias & Saude Coletiva*, 15(Supl 1), 1149–1158.
- Curcio, G., Ferrara, M., & de Gennaro, L. (2006). Sleep loss, learning capacity and academic performance. *Sleep Medicine Reviews*, 10(5), 323–337.  
<https://doi.org/10.1016/j.smr.2005.11.001>
- Dallo, L., & Martins, R. A. (2018). Associação entre as condutas de risco do uso de álcool e sexo desprotegido em adolescentes numa cidade do Sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(1), 303–314. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.14282015>
- de Bruin, E. J., van Run, C., Staaks, J., & Meijer, A. M. (2017). Effects of sleep manipulation on cognitive functioning of adolescents: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, 32, 45–57.  
<https://doi.org/10.1016/j.smr.2016.02.006>
- Dewald, J. F., Meijer, A. M., Oort, F. J., Kerkhof, G. A., & Bögels, S. M. (2010). The influence of sleep quality, sleep duration and sleepiness on school performance in children and adolescents: A meta-analytic review. *Sleep Medicine Reviews*, 14(3), 179–189.  
<https://doi.org/10.1016/j.smr.2009.10.004>
- DGES. (2018). Acesso à informação Campanha de comunicação « Não desistas de ti ». Retrieved from <https://www.dges.gov.pt/pt/noticia/estudar-mais-e-preciso>
- DGES. (2021). *1ª fase do Concurso Nacional de Acesso ao ensino superior público 2021 Número*. Retrieved from [https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/nota\\_cna2021\\_1afase\\_v20agosto\\_2021.pdf](https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/nota_cna2021_1afase_v20agosto_2021.pdf)
- Dias, S. M. F. (2005). *Contribuição para o conhecimento dos comportamentos sexuais nos adolescentes: promoção da saúde sexual e prevenção do VIH/SIDA*. Universidade Nova de Lisboa.
- Dias, S., Matos, M. G. de, & Gonçalves, A. (2007). Percepção dos adolescentes acerca da influência dos pais e pares nos seus comportamentos sexuais. *Análise Psicológica*, 4(25), 625–634.
- Dilley, J. (2009). *Research Review : School-based Health Interventions and Academic Achievement*. Olympia: Washington State Board of Health, Washington State Office of Superintendent of Public

- Instruction e Washington State Department of Health. Retrieved from <https://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/8300/130-083-HealthAcademic-en-L.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2017). *Referencial de Educação para a Saúde*. (Ministério da Educação - Direção-Geral da Educação & Direção Geral da saúde, Eds.). Retrieved from [http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esauade/referencial\\_educacao\\_saude\\_novo.pdf](http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esauade/referencial_educacao_saude_novo.pdf)
- Direção Geral de Saúde. (2015). *Programa nacional de Saude escolar*. Lisboa: Direção Geral da Saude. Retrieved from <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Saude-Escolar-2015.pdf>
- Direção Geral de Saúde. (2022). Programa Nacional de Saúde Escolar. Retrieved September 21, 2022, from [https://www.dgs.pt/wwwbase/raiz/mlklmprimir\\_v3.aspx?codigoms=](https://www.dgs.pt/wwwbase/raiz/mlklmprimir_v3.aspx?codigoms=)
- Dollman, J., Ridley, K., Olds, T., & Lowe, E. (2007). Trends in the duration of school-day sleep among 10- to 15-year-old South Australians between 1985 and 2004. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, *96*(7), 1011–1014. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2007.00278.x>
- Domingues, S., Leite, J., Martins, I., Sampaio, J., Fonseca, G., & Lira, S. (2014). Comportamentos de risco dos adolescentes portugueses e influência do meio ambiente. *Nascer e Crescer - Revista Do Hospital de Crianças Maria Pia*, *XXIII*(3), 124–133.
- dos Santos, C. S., Picoito, J., Loureiro, I., & Nunes, C. (2020). Clustering of health-related behaviours and its relationship with individual and contextual factors in Portuguese adolescents : results from a cross-sectional study. *BMC Pediatrics*, *20*(247), 1–13.
- Dowdell, E. B., & Santucci, M. E. (2004). Health Risk Behavior Assessment : Nutrition , Weight , and Tobacco Use in One Urban Seventh-Grade Class. *Public Health Nursing*, *21*(2), 128–136.
- Duarte, G. G. de M. (2007). *A qualidade do sono, o aproveitamento escolar e o stress em adolescentes que permanecem em frente ao computador durante a noite*. Universidade Estadual de Campinas.
- Duarte, J. C. (2008). *Privação do sono, rendimento escolar e equilibrio psico-afectivo na adolescência*. Universidade do porto.
- Dunbar, M., Mirpuri, S., & Yip, T. (2018). Ethnic/Racial Discrimination Moderates the Effect of Sleep Quality on School Engagement Across High School. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychology*, *23*(4), 527–540. <https://doi.org/10.1037/cdp0000146>.Ethnic/Racial
- Eide, E. R., & Showalter, M. H. (2012). Sleep and student achievement. *Eastern Economic Journal*, *38*(4), 512–524. <https://doi.org/10.1057/ej.2011.33>
- Eide, E. R., Showalter, M. H., & Goldhaber, D. D. (2010). The relation between children' health and academic achievement. *Children and Youth Services Review*, *32*(2), 231–238. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2009.08.019>
- Ellickson, P. L., Tucker, J. S., & Klein, D. J. (2001). High-Risk Behaviors Associated With Early Smoking : Results From a 5-Year Follow-Up. *Journal of Adolescent Health*, (28), 465–473.
- Epstein, M., Furlong, M., Kosterman, R., Bailey, J. A., King, K. M., Vasilenko, S. A., ... Hill, K. G. (2018). Adolescent Age of Sexual Initiation and Subsequent Adult Health Outcomes. *American Journal of Public Health*, *108*(6), 822–828. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304372>
- ESPAD Group. (2016). *ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. (Publications Office of the European Union, Ed.). Luxembourg.: Publications Office of the European Union.

- ESPAD Group. (2020). *ESPAD Report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Luxembourg: EMCDDA Joint Publications, Publications Office of the European Union.
- European Commission Conference on Youth Health. (2009). *A snapshot of the health of young people in Europe a report prepared for the european commission conference on youth health, brussels, belgium, 9–10 July 2009*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Farris, C., Akers, A. Y., Downs, J. S., & Forbes, E. E. (2013). Translational Research Applications for the Study of Adolescent Sexual Decision Making. *Clinical and Translational Science, 6*, 78–81. <https://doi.org/10.1111/cts.12038>
- Faught, E. L., Gleddie, D., Storey, K. E., Davison, C. M., & Veugelers, P. J. (2017). Healthy lifestyle behaviours are positively and independently associated with academic achievement : An analysis of self-reported data from a nationally representative sample of Canadian early adolescents. *PLoS ONE, 12*(7), 1–14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181938>
- Felden, É. P. G., Leite, C. R., Rebelatto, C. F., Andrade, R. D., & Beltrame, T. S. (2015). Sleep in adolescents of different socioeconomic status: a systematic review - Sono em adolescentes de diferentes níveis socioeconômicos: revisão sistemática. *Revista Paulista de Pediatria, 33*(4), 467–473. <https://doi.org/10.1016/j.rpped.2015.01.011>
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Ridder, E. M. (2005). Show me the child at seven II : childhood intelligence and later outcomes in adolescence and young adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46*(8), 850–858. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01472.x>
- Fernandes, L., Pereira, A., & Almeida, C. (2012). Perceção do adolescente sobre o habito de fumar. In *Comportamentos de saúde infanto-juvenis: realidades e perspetivas* (p. 656). Viseu: Escola Superior de Saude - Instituto Politecnico de Viseu.
- Fernandes, S. M. C. (2012). *Consumo de tabaco e de álcool nos adolescentes do concelho de Mogadouro*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Ferreira, M., Chitas, V., Silva, S., & Silva, R. (2013). Hábitos tabágicos dos jovens do 9º ano : estereótipos sobre fumadores , fatores familiares , escolares e de pares e a relação com o consumo de tabaco. *Revista Portuguesa de Saude Publica, 31*(1), 108–114.
- Ferreira, M. M. (2008). *Estilos de vida na adolescência: de necessidades em saúde à intervenção de enfermagem*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto.
- Ferreira, M. M., & Torgal, M. C. (2010). Consumo de tabaco e de álcool na adolescência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 18*(2), 122–129.
- Ferreira, M. S. da C. (2013). *Consumo de substâncias , estilos de vida ativos e a saúde dos adolescentes portugueses*. Universidade Técnica de Lisboa.
- Figueiredo, H., Portela, M., Sá, C., Cerejeira, J., Almeida, A., & Lourenço, D. (2017). *Benefícios do Ensino superior*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Fraga, S., Ramos, E., & Barros, H. (2006). Uso de tabaco por estudantes adolescentes portugueses e fatores associados. *Revista de Saude Publica, 40*(4), 620–626.
- Fraga, S., Sousa, S., Ramos, E. D. C. P., Dias, I., & Barros, H. (2011). Representações sociais do comportamento de fumar em adolescentes de 13 anos. *Revista Portuguesa de Pneumologia, 17*(1), 27–31. [https://doi.org/10.1016/S0873-2159\(11\)70007-1](https://doi.org/10.1016/S0873-2159(11)70007-1)
- Frazão, A. A. (2004). *Consumo de bebidas alcoólicas e de tabaco na população adolescentes - Factores*

*peessoas e familiares preditores do consumo.* Universidade Aberta.

- Frech, A. (2012). Healthy Behavior Trajectories between Adolescence and Young Adulthood. *Advanced Life Course Research, 17*(2), 59–68. <https://doi.org/10.1016/j.alcr.2012.01.003>.Healthy
- Frisco, M. L. (2008). Adolescents' sexual behavior and academic attainment. *Sociology Education, 81*(3), 284–311. <https://doi.org/10.1177/003804070808100304.ADOLESCENTS>
- Fritz, D. J., Wider, L. C., Hardin, S. B., & Horrocks, M. (2008). Program Strategies for Adolescent Smoking Cessation. *The Journal of School Nursing, 24*(1), 21–27.
- Gaarde, J., Hoyt, L. T., Ozer, E. J., Maslowsky, J., Deardorff, J., & Kyauk, C. K. (2020). So Much to Do Before I Sleep : Investigating Barriers and Facilitators to Sleep. *Youth & Society, 52*(4), 592–617. <https://doi.org/10.1177/0044118X18756468>
- Gabhainn, S. N., Nolan, G., Kelleher, C., & Friel, S. (2002). Dieting patterns and related lifestyles of school-aged children in the Republic of Ireland. *Public Health Nutrition, 5*(3), 457–462. <https://doi.org/10.1079/PHN2001273>
- Gaete, J., Ortúzar, C., Zitko, P., Montgomery, A., & Araya, R. (2016). Influence of school-related factors on smoking among Chilean adolescents : a cross-sectional multilevel study. *BMC Pediatrics, 16*(16), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12887-016-0612-z>
- Galland, B C, Wilde, T. De, Taylor, R. W., & Smith, C. (2020). Sleep and pre-bedtime activities in New Zealand adolescents : differences by ethnicity. *Sleep Health, 6*(1), 23–31. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2019.09.002>
- Galland, Barbara C., Taylor, B. J., Elder, D. E., & Herbison, P. (2012). Normal sleep patterns in infants and children: A systematic review of observational studies. *Sleep Medicine Reviews, 16*(3), 213–222. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2011.06.001>
- Galvan, A. (2020). The Need for Sleep in the Adolescent Brain. *Trends in Cognitive Sciences, 24*(1), 79–89. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2019.11.002>
- Garcês, D. M. C. (2014). *Perturbação do sono em idade pediátrica.* Universidade do Porto.
- Garcia, B. de F. S., Santos, B. C., & Takahama Junior, A. (2022). Formas Alternativas de Consumo de Tabaco e sua Relação com Saúde Bucal. *Archives Health Investigation, 11*(4), 559–565.
- García, J. A., & Cordeiro, A. (2009). Percepção do risco associado ao consumo de álcool, tabaco e drogas. *Health and Addictions, 9*(1), 57–78.
- García, M. M., Ruiz, E. P., Gonzalo, J. A., & Ramirez, F. C. (2013). Violencia escolar y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de Educación Secundaria. *European Journal of Investigation in Health, 3*(2), 137–147. <https://doi.org/10.1989/ejihpe.v3i2.31>
- Gomes, F. S., & Torres, D. P. (2005). É possível treinar a estudar? Um estudo experimental com alunos duma escola publica. *Revista Da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, 2*(2), 253–266.
- Gomes, M. P. (2015). *Qualidade do sono, higiene do sono, crenças disfuncionais sobre o sono, e temperamento em adolescentes - Estudo exploratório com adolescentes entre os 13 e os 19 anos.* Universidade de Lisboa.
- Gradisar, M., Gardner, G., & Dohnt, H. (2011). Recent worldwide sleep patterns and problems during adolescence: A review and meta-analysis of age, region, and sleep. *Sleep Medicine, 12*(2), 110–118. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2010.11.008>
- Gruber, R., Wiebe, S. T., Wells, S. A., Cassoff, J., & Monson, E. (2010). Sleep and academic success:

- Mechanisms, empirical evidence, and interventional strategies. *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews*, 21(3), 522–541.
- Guo, J., Chung, I., Hill, K. G., Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Abbott, R. D. (2002). Developmental Relationships Between Adolescent Substance Use and Risky Sexual Behavior in Young Adulthood. *Journal of Adolescence*, 31, 354–362.
- Haas, S. A., & Fosse, N. E. (2008). Health and the Educational Attainment of Health and the Educational Attainment of Adolescents: Evidence from the NLSY97. *Journal of Health and Social Behaviour*, 49(Junho), 178–192.
- Hair, E. C., Park, M. J., Ling, T. J., & Moore, K. A. (2009). Risky Behaviors in Late Adolescence : Co-occurrence , Predictors , and Consequences. *Journal of Adolescent Health*, 45, 253–261. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.02.009>
- Hale, D. R., Fitzgerald-Yau, N., & Viner, R. M. (2014). A Systematic Review of Effective Interventions for Reducing Multiple Health Risk Behaviors in Adolescence. *American Journal of Public Health*, 104(5), 19–41. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.301874>
- Hale, D. R., & Viner, R. M. (2012). Policy responses to multiple risk behaviours in adolescents. *Journal of Public Health*, 34, 11–19. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdr112>
- Hale, D. R., & Viner, R. M. (2016). The correlates and course of multiple health risk behaviour in adolescence. *BMC Public Health*, 16(458), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3120-z>
- Hanna, E. Z., Yi, H., Dufour, M. C., & Whitmore, C. C. (2001). The relationship of early-onset regular smoking to alcohol use, depression , illicit drug use, and other risky behaviors during early adolescence: Results from the youth supplement to the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Journal of Substance Abuse*, 13, 265–282.
- Hayes, J. F., Balantekin, K. N., Altman, M., Wilfley, D. E., Taylor, C. B., & Williams, J. (2018). Sleep Patterns and Quality Are Associated with Severity of Obesity and Weight-Related Behaviors in Adolescents with Overweight and Obesity. *Childhood Obesity*, 14(1), 11–17. <https://doi.org/10.1089/chi.2017.0148>
- He, K. A., Kramer, E., Houser, R. F., Chomitz, V. R., & Hacker, K. A. (2004). Defining and Understanding Healthy Lifestyles Choices for Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 35, 26–33. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2003.09.004>
- Henry, K. L., & Muthén, B. (2010). Multilevel Latent Class Analysis: An Application of Adolescent Smoking Typologies with Individual and Contextual Predictors. *Structural Equation Modeling*, 17(2), 193–215. <https://doi.org/10.1080/10705511003659342>.Multilevel
- Hill, D., & Mrug, S. (2015). School-Level Correlates of Adolescent Tobacco, Alcohol and Marijuana Use. *Substance Use Misuse*, 50(12), 1518–1528. <https://doi.org/10.3109/10826084.2015.1023449>.School-Level
- Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S. M., Alessi, C., Bruni, O., DonCarlos, L., ... Adams Hillard, P. J. (2015). National sleep foundation's sleep time duration recommendations: Methodology and results summary. *Sleep Health*, 1(1), 40–43. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2014.12.010>
- Holligan, S. D., Qian, W., Groh, M. De, Jiang, Y., Patte, K. A., Battista, K., & Leatherdale, S. T. (2020). Binge Drinking and Educational Participation among Youth in the COMPASS Host Study ( Year 5 : 2016 / 2017 ): School Connectedness and Flourishing as Compensatory Factors. *Canadian Journal of Family and Youth*, 12(3), 55–77.

- Horta, C. L., Lisboa, C. S. de M., Teixeira, V. A., Wendt, G. W., & Horta, R. L. (2015). Violence exposure and substance use among southern Brazilian schoolchildren. *Psychology, Society & Education*, 7(2), 119–131.
- Howie, E. K., Joosten, J., Harris, C. J., & Straker, L. M. (2020). Associations between meeting sleep, physical activity or screen time behaviour guidelines and academic performance in Australian school children. *BMC Public Health*, 20(520), 1–10. Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08620-w>
- Hoyt, L. T., Maslowsky, J., Olson, J. S., Harvey, A. G., Deardorff, J., & Ozer, E. J. (2018). Adolescent Sleep Barriers : Pro files within a Diverse Sample of Urban Youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 47, 2169–2180. <https://doi.org/10.1007/s10964-018-0829-2>
- Ickovics, J. R., Carroll-Scott, A., Peter, S. M., Schwartz, M., Gilstad-Hayden, K., & McCaslin, C. (2014). Health and Academic Achievement : Standardized Test Scores Among Urban Youth in the United States. *Journal of School Health*, 84(1), 40–48.
- Illingworth, G. (2020). The challenges of adolescent sleep. *Interface Focus*, 10(20190080). Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1098/rsfs.2019.0080>
- Illingworth, G., Sharman, R., Harvey, C., Foster, R. G., & Espie, C. A. (2020). The Teensleep study : the effectiveness of a school-based sleep education programme at improving early adolescent sleep. *Sleep Medicine: X*, 2, 100011. <https://doi.org/10.1016/j.sleepx.2019.100011>
- Ilona, H., Raili, V., & Lasse, K. (2012). Associations between Finnish 9th grade students school perceptions health behaviors, and family factors. *Health Education*, 112(3), 256–271. <https://doi.org/10.1108/09654281211217786>
- Inchley, J., Currie, D., Budisavljevic, S., Torsheim, T., Jåstad, A., Cosma, A., ... Samda, O. (2020). *Spotlight on adolescent health and well-being Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report Volume 2. Key data (Vol. 2)*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Inchley, J., Currie, D., Young, T., Samdal, O., Torsheim, T., Augustson, L., ... Barnekow, V. (2016). *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey*. Copenhagen: HO Regional Office for Europe.
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). Inquérito Nacional de Saúde 2019. Retrieved November 3, 2022, from [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=414434213&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=414434213&DESTAQUESmodo=2)
- Jackson, C. A., Henderson, M., Frank, J. W., & Haw, S. J. (2012). An overview of prevention of multiple risk behaviour in adolescence and young adulthood. *Journal of Public Health*, 34, 31–40. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdr113>
- Jackson, D. B., & Beaver, K. M. (2015). The Role of Adolescent Nutrition and Physical Activity in the Prediction of Verbal Intelligence during Early Adulthood : A Genetically Informed Analysis of Twin Pairs. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, (12), 385–401. <https://doi.org/10.3390/ijerph120100385>
- Jackson, D. B., & Vaughn, M. G. (2019). Adolescent Health Lifestyles and Educational Risk: Findings From the Monitoring the Future Study, 2010–2016. *American Journal of Preventive Medicine*,

- 574), 470–477. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.05.008>
- Jackson, M. I. (2009). Understanding links between adolescent health and educational attainment. *Demography*, *46*(4), 671–694.
- Jacobsen, L. K., Krystal, J. H., Mencl, W. E., Westerveld, M., Frost, S. J., & Pugh, K. R. (2005). Effects of Smoking and Smoking Abstinence on Cognition in Adolescent Tobacco Smokers. *Biological Psychiatry*, *(57)*, 56–66. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.10.022>
- Jaisoorya, T. S., Beena, K. V., Beena, M., Jose, D. C., Ellangovan, K., Thennarasu, K., & Benegal, V. (2016). Prevalence & correlates of tobacco use among adolescents in Kerala, India. *The Indian Journal of Medical Research*, (November), 704–711. <https://doi.org/10.4103/ijmr.IJMR>
- Jamal, F., Fletcher, A., Harden, A., Wells, H., Thomas, J., & Bonell, C. (2013). The school environment and student health: a systematic review and meta-ethnography of qualitative research. *BMC Public Health*, *13*(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-798>
- Jimerson, S. R., Campos, E., & Greif, J. L. (2003). Toward an Understanding of Definitions and Measures of School Engagement and Related Terms. *The California School Psychologist*, *8*, 7–28.
- Junior, J. C. de F., Nahas, M. V., Barros, M. V. G. de, Loch, M. R., Oliveira, E. S. A. de, Bem, M. F. L. de, & Lopes, A. da S. (2009). Comportamentos de risco à saúde em adolescentes no Sul do Brasil : prevalência e fatores associados. *Revista Panamericana de Salud Publica*, *25*(4), 344–352.
- Kann, L., McManus, T., Harris, W., Shanklin, S., Flint, K., Queen, B., ... Ethier, K. (2018). Youth Risk Behavior Surveillance – United States, 2017. *Surveillance Summaries*, *67*(8).
- Kastbom, A. A., Sydsj, G., Bladh, M., Priebe, G., & Svedin, C.-G. (2015). Sexual debut before the age of 14 leads to poorer psychosocial health and risky behaviour in later life. *Acta Paediatrica*, *(104)*, 91–100. <https://doi.org/10.1111/apa.12803>
- Kim, J., & Park, S. (2019). Adolescent Abuse and Smoking Behavior Among High School Students in the Republic of Korea. *Journal of Child and Family Studies*, *(28)*, 52–63. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1246-6>
- Kinnunen, J. M., Linfords, P., Rimpelä, A., Rathmann, K., Perelman, J., Salmela-aro, K., ... LORANT, V. (2016). Academic well-being and smoking among 14- to 17-year-old schoolchildren in six European cities. *Journal of Adolescence*, *50*, 56–64. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.04.007>
- Kipping, R. R., Smith, M., Heron, J., Hickman, M., & Campbell, R. (2014). Multiple risk behaviour in adolescence and socio-economic status : Findings from a UK birth cohort. *European Journal of Neuroscience*, *25*(1), 44–49. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku078>
- Kirby, D. (2001). Understanding What Works and What Doesn't In Reducing Adolescent Sexual Risk-Taking. *Family Planning Perspectives*, *33*(6), 276–281.
- Kirby, D. (2002). The impact of schools and school programs upon adolescent sexual behavior. *Journal of Sex Research*, *30*(1). <https://doi.org/10.1080/00224490209552116>
- Kliewer, W., & Murrelle, L. (2007). Risk and Protective Factors for Adolescent Substance Use : Findings from a Study in Selected Central American Countries. *Journal of Adolescent Health*, *40*, 448–455. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2006.11.148>
- Knutson, K. L., & Lauderdale, D. S. (2009). Sociodemographic and behavioral predictors of bed time and wake time among U.S. adolescents aged 15–17 years. *Journal Pediatrics*, *154*(3), 426–430.

<https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2013.08.045>.The

- Kopasz, M., Loessl, B., Hornyak, M., Riemann, D., Nissen, C., Piosczyk, H., & Voderholzer, U. (2010). Sleep and memory in healthy children and adolescents - A critical review. *Sleep Medicine Reviews, 14*(3), 167–177. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2009.10.006>
- Kotchick, B. A., Shaffer, A., Forehand, R., & Miller, K. S. (2001). Adolescent sexual risk behavior : a multi-system perspective. *Clinical Psychology Review, 21*(4), 493–519.
- Kristjánsson, Á. L., Sigfúsdóttir, I. D., Allegrante, J. P., & Helgason, Á. R. (2009). Adolescent Health Behavior, Contentment in School, and Academic Achievement. *American Journal of Health Behaviour, 33*(1), 69–79.
- Kumar, R. S., Das, C. R. C., Prabhu, H. R. A., Bhat, P. S., Prakash, J., Seema, P., & Basannar, D. R. (2013). Interaction of media , sexual activity and academic achievement in adolescents. *Medical Journal Armed Forces India, 69*, 138–143. <https://doi.org/10.1016/j.mjafi.2012.08.031>
- Kuzman, M., Simetin, I. P., & Franeli, I. P. (2007). Early Sexual Intercourse and Risk Factors in Croatian Adolescents. *Collegium Antropologicum, Suppl 2*, 121–130.
- Lammers, C., Ireland, M., Resnick, M., & Blum, R. (2000). Influences on Adolescent's Decision to Postpone Onset of Sexual Intercourse : A Survival Analysis of Virginity Among Youths Aged 13 to 18 Years. *Journal of Adolescent Health, 26*, 42–48.
- Langford, R., Bonell, C., Jones, H., Poulidou, T., Murphy, S., Waters, E., ... Campbell, R. (2015). The World Health Organization ' s Health Promoting Schools framework : a Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMC Pediatrics, 15*(130), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1360-y>
- Latvala, A., Rose, R. J., Pulkkinen, L., Dick, D. M., Korhonen, T., & Kaprio, J. (2014). Drinking , smoking , and educational achievement : Cross-lagged associations from adolescence to adulthood. *Drug and Alcohol Dependence, 137*, 106–113. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.01.016>
- Laverack, G. (2007). *Health Promotion Practice - Building empowered communities*. Berkshire: Open University Press.
- Lazzeri, G., Azzolini, E., Pammolli, A., Simi, R., Meoni, V., & Giacchi, M. V. (2014). Factors associated with unhealthy behaviours and health outcomes : a cross-sectional study among tuscan adolescents ( Italy ). *International Journal of Equity in Health, 13*(83), 1–10.
- Leal, M., & Almeida, L. (1993). *Estratégias de aprendizagem: contributos e para a sua definição e avaliação*. Universidade do Minho.
- Leger, D., Beck, F., Richard, J. B., & Godeau, E. (2012). Total Sleep Time Severely Drops during Adolescence. *PLoS ONE, 7*(10), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0045204>
- Lemos, G. C. E. M. P. de. (2006). *Habilidades cognitivas e rendimento escolar entre o 5.º e 12.º anos de escolaridade*. Universidade do Minho. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1822/6262>
- Lemos, G., Almeida, L. S., & Guisande, M. A. (2006). Bateria de Provas de Raciocínio: suas versoes, validação e normalização. In Leandro S. Almeida (Ed.), *Actas da XI Conferência Internacional "Avaliação psicológica: Formas e Contextos* (pp. 73–80). Braga: Universidade do Minho.
- Lemos, G. C., Almeida, L. S., Guisande, M. A., Barca, A., Primi, R., Martinho, G., & Fortes, I. (2010). Inteligência e Rendimento Escolar: contingências de um relacionamento menos obvio no final da adolescência. *Revista Galego-Portuguesa de Psicologia e Educacion, 18*(1), 163–175.

- Lemos, G., Guisande, M. A., Primi, R., & Francisco, U. D. S. (2008). Inteligência e rendimento escolar : análise da sua relação ao longo da escolaridade. *Revista Portuguesa de Educação*, 21(1), 83–99.
- Lerand, S. J., Ireland, M., & Blum, R. W. (2006). Individual and Environmental Impacts on Sexual Health of Caribbean Youth. *The Scientific World Journal*, 6, 707–717. <https://doi.org/10.1100/tsw.2006.150>
- Li, Y., Zhang, W., Liu, J., Arbeit, M. R., Schwartz, S. J., Bowers, E. P., & Lerner, R. M. (2011). The role of school engagement in preventing adolescent delinquency and substance use : A survival analysis. *Journal of Adolescence*, 34(6), 1181–1192. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2011.07.003>
- Libbey, H. P. (2004). Measuring Student Relationships to School: Attachment, Bonding, Connectedness, and Engagement. *Journal of School Health*, 74(7), 274–283.
- Lima-Serrano, M., & Lima-Rodriguez, J. S. (2014). Impact of school-based health promotion interventions aimed at different behavioral domains : a systematic review. *Gaceta Sanitaria*, 28(5), 411–417. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.05.003>
- Liu, J., Ji, X., Pitt, S., Wang, G., Rovit, E., Lipman, T., & Jiang, F. (2022). Childhood sleep : physical , cognitive , and behavioral consequences and implications. *World Journal of Pediatrics*. Retrieved from <https://doi.org/10.1007/s12519-022-00647-w>
- Lohman, B. J., & Billings, A. (2008). Protective and Risk Factors Associated with Adolescent Boys ' Early Sexual Debut and Risky Sexual Behaviors. *Journal of Youth and Adolescence*, 37, 723–735. <https://doi.org/10.1007/s10964-008-9283-x>
- Long, K. Q., Ngoc-anh, H. T., Phuong, N. H., Tuyet-hanh, T. T., Park, K., Takeuchi, M., ... Minh, H. Van. (2021). Clustering Lifestyle Risk Behaviors among Vietnamese Adolescents and Roles of School : A Bayesian Multilevel Analysis of Global School-Based Student Health Survey 2019. *The Lancet Regional Health*, 15(100225). <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2021.100225>
- Looze, M. De, Bogt, T. F. M., Raaijmakers, Q. A. W., Pickett, W., Kuntsche, E., & Vollebergh, W. A. M. (2014). Cross-national evidence for the clustering and psychosocial correlates of adolescent risk behaviours in 27 countries. *European Journal of Public Health*, 25(1), 50–56. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku083>
- Lopes, M. D. de M. (2012). *Habitos de vida dos adolescentes: Género, Ano de escolaridade e Prática de atividade física*. Universidade técnica de Lisboa.
- Lorant, V., Soto, V. E., Alves, J., Federico, B., Kinnunen, J., Kuipers, M., ... Kunst, A. (2015). Smoking in school-aged adolescents : design of a social network survey in six European countries. *Research Notes*, 8(91). <https://doi.org/10.1186/s13104-015-1041-z>
- Lushington, K., Wilson, A., Biggs, S., Dollman, J., Martin, J., Kennedy, D., ... Kennedy, D. (2015). Culture , Extracurricular Activity , Sleep Habits , and Mental Health : A Comparison of Senior High School Asian-Australian and Caucasian-Australian Adolescents. *International Journal of Mental Health*, 44(1–2), 139–157. <https://doi.org/10.1080/00207411.2015.1009788>
- Lusquinhos, L., & Carvalho, G. S. de. (2020). Educação e promoção da saúde em meio escolar: contributos dos setores da educação e da saúde. In R. A. R. Silva & T. Venturi (Eds.), *Pesquisas, Vivências e Práticas de Educação em Saúde na Escola* (pp. 120–134). Chapecó: UFFS Editora.
- MacArthur, G., Caldwell, D., Redmore, J., Watkins, S., Kipping, R., White, J., ... Campbell, R. (2018). Individual-, family-, and school-level interventions targeting multiple risk behaviours in young people (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10).

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD009927.pub2.www.cochranelibrary.com>

- Macedo, M., & Precioso, J. (2006). Evolução da epidemia tabágica em adolescentes portugueses escolarizados e vias para o seu controlo – Uma análise baseada nos dados do Health Behaviour in School – Aged Children (HBSC). *Revista Portuguesa de Pneumologia*, *XIII*(5), 525–538.
- Machado, J. P., & Nunes, B. (2017). Comportamentos face ao tabaco e aos cigarros eletrónicos da população residente em Portugal com 15 e mais anos de idade : resultados do Inquérito Nacional de Saúde 2014. *Observações- Boletim Epidemiológico*, (9), 5–10.
- Mackenzie, M. D., Scott, H., Reid, K., & Gardani, M. (2022). Adolescent perspectives of bedtime social media use : A qualitative systematic review and thematic synthesis. *Sleep Medicine Reviews*, *63*, 101626. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2022.101626>
- Madkour, A. S., Farhat, T., Halpern, C. T., Godeau, E., & Gabhainn, S. N. (2010). Early Adolescent Sexual Initiation as a Problem Behavior: A Comparative Study of Five Nations. *Journal of Adolescent Health*, *47*(4), 389–398. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.02.008>. Early
- Mafrá, P. (2006). As Estratégias de Aprendizagem e os Métodos de Estudo: Aprender a aprender como factor Promotor da Saúde. *EduSer*, (2), 33–44.
- Magalhães, I. M. M. de. (2010). *Consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas nos jovens: um estudo comparativo entre meio litoral e interior*. Universidade Fernando Pessoa.
- Mahalik, J. R., Coley, R. L., Lombardi, C. M., & Lynch, A. D. (2013). Changes in Health Risk Behaviors for Males and Females From Early Adolescence Through Early Adulthood. *Health Psychology*, (March 2013). <https://doi.org/10.1037/a0031658>
- Manitui, D. N., & Galeazzi, S. (2017). Youth and graduates labour markets, from a global vision to italian case. In A. P. Marques, C. Sá, J. R. Casanova, & L. S. Almeida (Eds.), *Ser Diplomado do Ensino Superior: Escolhas, Percursos e Retornos* (p. 205). Braga: Centro de Investigação em Educação (CIEd) e Instituto de Educação, Universidade do Minho.
- Markham, C. M., Lormand, D., Gloppen, K. M., Peskin, M. F., Flores, B., Low, B., & House, L. D. (2010). Connectedness as a Predictor of Sexual and Reproductive Health Outcomes for Youth. *Journal of Adolescent Health*, *46*(3), S23–S41. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.11.214>
- Marques, J. A. (2017). *Qualidade de Sono de Adolescentes em Contexto Escolar*.
- Marques, M. da C. (2021). *Drogas fumadas e novas formas de fumar cigarros : o que se sabe sobre a relação com a doença pulmonar ?* Universidade da Beira Interior.
- Marreiros, M. da C. M. dos S. (2002). *Relações sexuais precoces e comportamentos de risco nos adolescentes*. Universidade do Porto.
- Martínez-Gómez, D., Veiga, O. L., Gómez-Martínez, S., Zapatera, B., Martínez-Hernández, D., Calle, M. E., ... Group, A. S. (2012). Gender-specific influence of health behaviors on academic performance in Spanish adolescents ; the AFINOS study. *Nutricion Hospitalaria*, *27*(3), 724–730. <https://doi.org/10.3305/nh.2012.27.3.5633>
- Mathers, M., Toumbourou, J. W., Catalano, R. F., Williams, J., & Patton, G. C. (2006). Consequences of youth tobacco use : a review of prospective behavioural studies. *Addiction*, *101*, 948–958. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01438.x>
- Matos, I. M. F. de. (2007). *Família e Comportamentos Sexuais de Risco nos Adolescentes*. Universidade de Aveiro.

- Matos, Margarida Gaspar de, Branquinho, C., Cerqueira, A., Marques, A., Simões, C., Tomé, G., ... Paiva, T. (2019). Os adolescentes portugueses dormem pouco e bem , ou pouco e mal ? E então ? *Journal of Child & Adolescent Psychology / Revista de Psicologia Da Criança e Do Adolescente*, 10(1), 159–171.
- Matos, Margarida Gaspar de, Carvalhosa, S. F., Vitoria, P. D., & Clemente, M. P. (2001). Os jovens portugueses e o tabaco. *FMH/PEPT/GPT/CPT*, 6(1). Retrieved from <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/tabaco.pdf>
- Matos, Margarida Gaspar de, Gaspar, T., Paiva, T., & Tomé, G. (2015). Sleep variability and fatigue in adolescents: Associations with school-related features. *International Journal of Psychology*, 51(5), 1–9.
- Matos, Margarida Gaspar de, Gaspar, T., Vitória, P., & Clemente, M. P. (2003). Comportamentos e atitudes sobre o tabaco em adolescentes portugueses fumadores. *Psicologia, Saude e Doenças*, 4(2), 205–219.
- Matos, Margarida Gaspar de, & Sampaio, D. (2009). *Jovens com saude - Dialogo com uma geração*. Alfragide: Texto Editores.
- Matos, Margarida Gaspar de, & Social, E. A. (2018). *Relatório do estudo HBSC 2018 - A saude dos adolescentes portugueses apos a rececao. Dados nacionais do estudo HBSC 2018*. (Equipa Aventura Social & F. de M. H. de Lisboa, Eds.). Cruz Quebrada.
- Matos, M G, Gaspar, T., Tomé, G., & Paiva, T. (2016). Sleep variability and fatigue in adolescents : Associations with school-related features. *International Journal of Psychology*, 51(5), 323–331. <https://doi.org/10.1002/ijop.12167>
- Matricciani, L., Blunden, S., Rigney, G., Williams, M. T., & Olds, T. S. (2013). Children's Sleep Needs: Is There Sufficient Evidence to Recommend Optimal Sleep for Children? *Sleep*, 36(4), 527–534. <https://doi.org/10.5665/sleep.2538>
- Matricciani, L., Olds, T., & Petkov, J. (2012). In search of lost sleep: Secular trends in the sleep time of school-aged children and adolescents. *Sleep Medicine Reviews*, 16(3), 203–211. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2011.03.005>
- Maume, D. J. (2013). Social Ties and Adolescent Sleep Disruption. *Journal of Health and Social Behaviour*, 54(4), 498–515. <https://doi.org/10.1177/0022146513498512>
- Maume, D. J. (2017). Social relationships and the sleep-health nexus in adolescence : evidence from a comprehensive model with bi-directional effects. *Sleep Health*, 3, 284–289. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2017.05.006>
- Maynard, B. R., Beaver, K. M., Vaughn, M. G., Delisi, M., & Roberts, G. (2014). Toward a Bioecological Model of School Engagement: A Biometric Analysis of Gene and Environmental Factors. *Social Work Research*, 38(3), 164–176. <https://doi.org/10.1093/swr/svu018>
- McAloney, K., Graham, H., Law, C., & Platt, L. (2013). A scoping review of statistical approaches to the analysis of multiple health-related behaviours. *Preventive Medicine*, 56(6), 365–371. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.03.002>
- McHale, S. M., Kim, J. Y., Kan, M., & Updegraff, K. A. (2011). Sleep in Mexican-American Adolescents: Social Ecological and Well-Being Correlates. *Journal of Youth and Adolescence*. <https://doi.org/10.1007/s10964-010-9574-x>
- Mekonnen, B. D. (2020). Early sexual debut and associated factors among students in Ethiopia : A

- systematic review and meta-analysis. *Journal of Public Health Research*, 9.
- Melo, C. C., Pichelli, A. A. W. S., & Ribeiro, K. C. S. (2016). Um estudo comparativo entre o consumo de álcool e tabaco por adolescentes : fatores de vulnerabilidade e suas consequências. *Interscientia*, 4, 21–30.
- Meserve, A., & Bergeron, K. (2015). Focus On : Six strategic steps for situational assessment.
- Michael, S. L., Merlo, C. L., Basch, C. E., Wentzel, K. R., & Howellwechsler, E. (2015). Critical Connections : Health and Academics. *Journal of School Health*, 85(11), 740–758.
- Miguez, M. C., & Beco, E. (2015). ¿El consumo de cigarrillos y alcohol se relaciona con el consumo de cannabis y el juego problema en adolescentes españoles? *Adicciones*, 27(1), 8–16.
- Mike, T. B., Shaw, D. S., Forbes, E. E., Sitnick, S. L., & Hasler, B. P. (2016). The Hazards of Bad Sleep – Sleep Duration and Quality as Predictors of Adolescent Alcohol and Cannabis Use. *Drug and Alcohol Dependence*, 168, 335–339. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.08.009>
- Minkkinen, J. L., Kinnunen, J. M., Karvonen, S., Hotulainen, R. H., Lindfors, P. L., & Rimpelä, A. H. (2018). Low schoolwork engagement and schoolwork difficulties predict smoking in adolescence ? *European Journal of Public Health*, 29(1), 44–49. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky179>
- Modig, K., & Bergman, L. R. (2012). Associations between intelligence in adolescence and indicators of health and health behaviors in midlife in a cohort of Swedish women. *Intelligence*, (40), 82–90. <https://doi.org/10.1016/j.intell.2012.02.002>
- Moor, I., Rathmann, K., Lenzi, M., Pfortner, T.-K., Nagelhout, G. E., Looze, M. De, ... Richter, M. (2015). Socioeconomic inequalities in adolescent smoking across 35 countries : a multilevel analysis of the role of family , school and peers. *European Journal of Public Health*, 25(3), 457–463. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku244>
- Moore, M., & Meltzer, L. J. (2008). The sleepy adolescent: causes and consequences of sleepiness in teens. *Paediatric Respiratory Reviews*, 9(2), 114–121. <https://doi.org/10.1016/j.prrv.2008.01.001>
- Moore, M., Ph, D., Kirchner, H. L., Drotar, D., Johnson, N., Rosen, C., & Redline, S. (2011). Correlates of adolescent sleep time and variability in sleep time: the role of individual and health related characteristics. *Sleep Medicine*, 12(3), 239–245. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2010.07.020>
- Moreno, T. (2012). *Estudo da sonolência diurna e hábitos de sono numa população escolar dos 11-15 anos : validação em português da “Pediatric Daytime Sleepiness Scale*. Universidade de Lisboa.
- Moura, L. R. De, Torres, L. M., Meire, M., Cadete, M., & Cunha, C. D. F. (2018). Factors associated with health risk behaviors among Brazilian adolescents : an integrative review \*. *Journal of School of Nursing - University de Sao Paulo*, 52(e03304), 1–11. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017020403304>
- Mozaffari-Khosravi, H., Karandish, M., Hadianfard, A. M., Azhdari, M., Sheikhi, L., Tabatabaie, M., ... Babaie, S. (2021). The relationship between sleep quality and breakfast , mid - morning snack , and dinner and physical activity habits among adolescents : a cross - sectional study in Yazd , Iran. *Sleep and Biological Rhythms*, 19(1), 79–84. <https://doi.org/10.1007/s41105-020-00290-w>
- Murphy, K., Sahm, L., Mccarthy, S., Lambert, S., & Byrne, S. (2013). Substance use in young persons in Ireland , a systematic review. *Addictive Behaviors*, 38(8), 2392–2401.

<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.03.016>

- Nader, L., Aerts, D., Alves, G., Câmara, S., Palazzo, L., & Pimentel, Z. (2013). Consumo de álcool e tabaco em escolares da rede pública de Santarém-PA. *Aletheia*, (41), 95–108. Retrieved from [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjxZiuhMT6AhUK9IUkHZY-CuoQFnoECAwQAQ&url=http%3A%2F%2Fwww.fmh.utl.pt%2Faventurasocial%2Fpdf%2FFolha\\_informativaSet03.pdf&usq=AOvWaw132hN7lq0iX7m2ZuPN9hMG](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjxZiuhMT6AhUK9IUkHZY-CuoQFnoECAwQAQ&url=http%3A%2F%2Fwww.fmh.utl.pt%2Faventurasocial%2Fpdf%2FFolha_informativaSet03.pdf&usq=AOvWaw132hN7lq0iX7m2ZuPN9hMG)
- National Adolescent And Young Adult Health Information. (2014). *Sleep Deprivation in Adolescents and Young Adults*. San Francisco: University of California. Retrieved from <http://nahic.ucsf.edu/wp-content/uploads/2014/08/sleep-brief-final>
- Nawi, A. M., Ismail, R., Ibrahim, F., Hassan, M. R., Rizal, M., Manaf, A., ... Shafurdin, N. S. (2021). Risk and protective factors of drug abuse among adolescents : a systematic review. *Public Health*, 21, 1–15.
- Negele, L., Flexeder, C., Koletzko, S., Bauer, C., Berg, A. Von, Berdel, D., ... Schulz, H. (2020). Association between objectively assessed physical activity and sleep quality in adolescence . Results from the GINIplus and LISA studies. *Sleep Medici*, 72, 65–74. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.03.007>
- Negreiros, J. (2010). *Padroes de consumo de substâncias psicoativas na população estudantil do concelho de Guimaraes*. Universidade do Porto.
- Nelson, S. E., Ryzin, M. J. V. A. N., & Dishion, T. J. (2015). Alcohol , marijuana , and tobacco use trajectories from age 12 to 24 years : Demographic correlates and young adult substance use problems. *Development and Psychopathology*, 27, 253–277. <https://doi.org/10.1017/S0954579414000650>
- Nércio, T. R. (2010). *Qualidade do Sono e Hábitos de Estudo em Jovens Institucionalizados*. Universidade Fernando Pessoa.
- Noble, N., Paul, C., Turon, H., & Oldmeadow, C. (2015). Which modifiable health risk behaviours are related? A systematic review of the clustering of Smoking , Nutrition , Alcohol and Physical activity (“SNAP”) health risk factors. *Preventive Medicine*, 81, 16–41. <https://doi.org/10.1016/j.ympmed.2015.07.003>
- Nunes, A. R. A. R. (2004). Os jovens e os factores associados ao consumo de tabaco. *Educação Para a Saude*, 22(2), 57–67.
- Nunes, M. P. da S. (2012). *A relação entre o Sono e o Rendimento escolar : Estudo com Adolescentes de Monção*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Nutbeam, D. (1996). Achieving ' best practice ' in health promotion : improving the fit between research and practice. *Health Education Research*, 11(3), 317–326.
- OCDE. (2021). *Education at a Glance 2021*. Paris: OECD Publishing. Retrieved from <https://doi.org/10.1787/b35a14e5-en>
- Olds, T., Blunden, S., Petkov, J., & Forchino, F. (2010). The relationships between sex, age, geography and time in bed in adolescents: A meta-analysis of data from 23 countries. *Sleep Medicine Reviews*, 14(6), 371–378. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2009.12.002>
- Olim, J. teixeira B. e S. de. (2011). *Consumo de tabaco nos alunos do Ensino secundario, comparação entre meio urbano e periferia*. Universidade da Madeira.

- Oliveira, O., & Anastácio, Z. (2011). Influência da Qualidade do Sono na Saúde, no Comportamento e na Aprendizagem de Adolescentes de 2.º e 3.º Ciclos do Ensino Básico Português, 1–13. Retrieved from O Oliveira, Z Anastácio - 2011 - repositorium.sdum.uminho.pt
- Ong, J., Wong, W., Lee, A., Holroyd, E., & Huang, S. Y. (2013). Sexual activity and adolescent health risk behaviours amongst high school students in three ethnic Chinese urban populations. *Journal of Clinical Nursing*, *22*, 3270–3279. <https://doi.org/10.1111/jocn.12267>
- Oubrayrie-Roussel, N., & Safont-Mottay, C. (2001). Conduites a risques et devalorisation de soi: etude de la consommation de toxiques (tabac, alcool, et drogue) chez les adolescents scolarises. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *2*(1), 59–75.
- Paiva, T., Gaspar, T., & Gaspar, M. (2016). Mutual relations between sleep deprivation , sleep stealers and risk behaviours in adolescents. *Sleep Science*, *9*(1), 7–13. <https://doi.org/10.1016/j.slsci.2016.02.176>
- Parkes, A., Waylen, A., Sayal, K., Heron, J., Henderson, M., Wight, D., & Macleod, J. (2014). Which Behavioral , Emotional and School Problems in Middle-Childhood Predict Early Sexual Behavior ? *Journal of Youth and Adolescence*, *43*, 507–527. <https://doi.org/10.1007/s10964-013-9973-x>
- Paruthi, S., Brooks, L. J., Ambrosio, C. D. ', Hall, W. A., Kotagal, S., Lloyd, R. M., ... Wise, M. S. (2016). Consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine on the recommended amount of sleep for healthy children: Methodology and discussion. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, *12*(6), 1549–1561. <https://doi.org/10.5664/jcsm.5866>
- Paul, C., Fitzjohn, J., Herbison, P., & Dickson, N. (2000). The Determinants of Sexual Intercourse Before Age 16. *Journal of Adolescent Health*, *27*, 136–147.
- Pengpid, S., & Peltzer, K. (2017). Prevalence , demographic and psychosocial correlates for school truancy among students aged 13 – 15 in the Association of Southeast Asian Nations ( ASEAN ) member states. *Journal of Child & Adolescent Mental Health*, *29*(3), 197–203. <https://doi.org/10.2989/17280583.2017.1377716>
- Pereira, É., Felden, G., Filipin, D., Grasel, D., Diego, R., Meyer, C., & Mazilli, F. (2016). Factors associated with short sleep duration in adolescents. *Revista Paulista de Pediatria (English Edition)*, *34*(1), 64–70. <https://doi.org/10.1016/j.rppede.2015.10.007>
- Pereira, H. M. V. (2011). *Relação entre a pratica desportiva extra-curricular e o (in)sucesso escolar nos alunos do Ensino secundario - Estudo de caso sobre a realidade na escola secundaria de Vila Cova da Lixa*. Universidade de Tras-os-Montes e Alto Douro.
- Perkinson-Gloor, N., Lemola, S., & Grob, A. (2013). Sleep duration, positive attitude toward life, and academic achievement: The role of daytime tiredness, behavioral persistence, and school start times. *Journal of Adolescence*, *36*(2), 311–318. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2012.11.008>
- Perry, R. C. W., Braun, M. R., Cantu, M., Dudovitz, R. N., Sheoran, M. B., & Chung, M. P. J. (2014). Associations Among Text Messaging , Academic Performance , and Sexual Behaviors. *Journal of School Health*, *84*(1), 33–39.
- Pestana, M. (2013). *Repercussões dos Estilos de Vida no Rendimento Escolar dos Adolescentes*. Instituto Politecnico de Viseu.
- Peters, L. W. H., Kok, G., Dam, G. Tmt., Buijs, G. J., & Paulussen, T. G. W. M. (2009). Effective elements of school health promotion across behavioral domains : a systematic review of reviews. *BMC Public Health*, *14*, 1–14. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-182>

- Peters, L. W. H., Wiefferink, C. H., Hoekstra, F., Buijs, G. J., Dam, G. T. M., & Paulussen, T. G. W. M. (2009). A review of similarities between domain-specific determinants of four health behaviors among adolescents. *Health Education Research, 24*(2), 198–223. <https://doi.org/10.1093/her/cyn013>
- Peterson, A. J., Allen, E., Viner, R., & Bonell, C. (2020). Effects of the school environment on early sexual risk behavior : A longitudinal analysis of students in English secondary schools. *Journal of Adolescence, 85*(October), 106–114. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2020.10.004>
- Petridou, E., Zavitsanos, X., Dessypris, N., Frangakis, C., Mandyla, M., Doxiadis, S., & Trichopoulos, D. (1997). Adolescents in High-Risk Trajectory : Clustering of Risky Behavior and the Origins of Socioeconomic Health Differentials. *Preventive Medicine, 26*, 215–219.
- Pieters, S., Burk, W. J., Vorst, H. Van Der, Dahl, R. E., Wiers, R. W., & Engels, R. C. M. E. (2015). Prospective Relationships Between Sleep Problems and Substance Use , Internalizing and Externalizing Problems. *Journal of Youth and Adolescence, 44*, 379–388. <https://doi.org/10.1007/s10964-014-0213-9>
- Piko, B. F., & Kovács, E. (2010). Do parents and school matter ? Protective factors for adolescent substance use. *Addictive Behaviors, 35*(1), 53–56. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.08.004>
- Pinto, L., & Reis, M. (2017). Atitudes e Comportamentos Sexuais na Adolescência : Um Estudo Pioneiro em Portugal no Âmbito do Ensino Privado. *Acta Pediatrica Portuguesa, (48)*, 295–303.
- Pinto, M. A. S. D. (2004). *Actividade Física e Consumo de Tabaco, Álcool e Haxixe - Estudo realizado com adolescentes do Distrito da Guarda*. Universidade do Porto.
- Pinto, T. R., Pinto, J. C., Rebelo-Pinto, H., & Paiva, T. (2016). O sono em adolescentes portugueses: Proposta de um modelo tridimensional. *Análise Psicológica, 34*(4), 339–352. <https://doi.org/10.14417/ap.1221>
- Pontes, Â. F. (2011). *Sexualidade: vamos falar sobre isso? Promoção do Desenvolvimento Psicossocial na Adolescência : Implementação e Avaliação de um Programa de Intervenção em Meio Escolar*. Universidade do Porto.
- PORDATA. (2022). Dados estatísticos. Retrieved June 13, 2022, from [www.pordata.pt/Portugal](http://www.pordata.pt/Portugal)
- Precioso, J., Samorinha, C., Macedo, M., & Antunes, H. (2012). Prevalência do consumo de tabaco em adolescentes escolarizados portugueses por sexo : podemos estar otimistas ? *Revista Portuguesa de Pneumologia, 18*(4), 182–187. <https://doi.org/10.1016/j.rppneu.2012.03.001>
- Price, M. N., & Hide, J. S. (2009). When Two Isn't Better Than One : Predictors of Early Sexual Activity in Adolescence Using a Cumulative Risk Model. *Journal of Youth and Adolescence, 38*, 1059–1071. <https://doi.org/10.1007/s10964-008-9351-2>
- Prochaska, J. J., & Prochaska, J. O. (2011). A Review of Multiple Health Behavior Change Interventions for Primary Prevention. *American Journal Lifestyle Medicine, 5*(3). <https://doi.org/10.1177/1559827610391883.A>
- Prochaska, J. J., Spring, B., & Nigg, C. R. (2008). Multiple health behavior change research : An introduction and overview. *Preventive Medicine, 46*, 181–188. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2008.02.001>
- Prochaska, J. J., Velicer, W. F., Nigg, C. R., & Prochaska, J. O. (2008). Methods of quantifying change in multiple risk factor interventions. *Preventive Medicine, 46*, 260–265.

<https://doi.org/10.1016/j.ypped.2007.07.035>

- Prochaska, J. O. (2008). Multiple Health Behavior Research represents the future of preventive medicine. *Preventive Medicine, 46*, 281–285. <https://doi.org/10.1016/j.ypped.2008.01.015>
- Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo. (2017). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo*. (Direção-Geral da Saúde, Ed.). Lisboa.
- Public Health Ontario. (2018). *Planning Health Promotion Programs - Introductory Workbook* (5th ed.). Toronto: Queen's Printer for Ontario.
- Public Health Seattle & King County. (2016). *Health Behaviors and Academic Risk: Examining the Healthy Youth Survey in King County Students. June 2016. Public Health—Seattle & King County; Assessment, Policy Development & Evaluation Unit*. Retrieved from <https://www.kingcounty.gov/depts/health/data/~ /media/depts/health/data/documents/Health-Behaviors-and-Academic-Risk.ashx>
- Ramalho, J. (2001). *Os hábitos de estudo em estudantes do 3º ciclo do ensino básico e do 1º ano do ensino secundário*. Universidade Fernando Pessoa.
- Ramiro, L., Reis, M., & Matos, M. G. de. (2019). Comportamentos sexuais de risco nos adolescentes : resultados do estudo HBSC 2018. *Psicologia Da Criança e Do Adolescentes, 1*(1).
- Ramiro, L., Reis, M., Matos, M. G. de, Diniz, J. A., & Simões, C. (2011). Educação sexual , conhecimentos , crenças , atitudes e comportamentos nos adolescentes. *Revista Portuguesa de Saude Publica, 29*(1), 11–21.
- Ramiro, L., Windlin, B., Reis, M., Gabhainn, S. N., Jovic, S., Matos, M. G. de, ... Godeau, E. (2015). Gendered trends in early and very early sex and condom use in 20 European countries from 2002 to 2010. *European Journal of Public Health, 25*, 65–68. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv030>
- Raphael, D. (2013). Maturitas Adolescence as a gateway to adult health outcomes. *Maturitas, 75*, 137–141.
- Raspberry, C. N., Tiu, G. F., Kann, L., Mcmanus, T., Michael, S. L., Merlo, C. L., ... Ethier, K. A. (2017). Health-Related Behaviors and Academic Achievement Among High School Students – United States , 2015. *Centers for Disease Control and Prevention - Morbidity and Mortality Weekly Report, 66*(35), 921–927.
- Reis, M., Ramiro, L., Camacho, I., Tomé, G., & Matos, M. G. de. (2018). Trends in Portuguese Adolescents Sexual Behavior from 2002 to 2014 : HBSC Portuguese Study. *Portuguese Journal of Public Health, 36*, 32–40. <https://doi.org/10.1159/000486014>
- Respress, B. N., Amutah-onukagha, N. N., & Opara, I. (2018). The Effects of School-Based Discrimination on Adolescents of Color Sexual Health Outcomes: A Social Determinants Approach. *Social Work in Public Health, 33*(1), 1–16. <https://doi.org/10.1080/19371918.2017.1378953>
- Ribeiro, A. M. M. (2011). *Saúde sexual e reprodutiva: conhecimentos e comportamentos de estudantes do 8º ano ao 12º ano do norte de Portugal*. Universidade Fernando Pessoa.
- Ribeiro, C. (2001). Estratégias de estudo e aprendizagem: um contributo para a sua compreensão. *Matesis, 10*, 235–257.
- Ribeiro, C., & Alves, P. (2011). (In) Sucesso escolar: A influência das estratégias de estudo e aprendizagem. *Matesis, 20*, 45–54.

- Ribeiro, C. S. M. (2012). *Avaliação da qualidade do sono em praticantes de atividade física em diversas modalidades*. Universidade do Porto.
- Richards, R., Poulton, R., Reeder, A. I., & Williams, S. (2009). Childhood and Contemporaneous Correlates of Adolescent Leisure Time Physical Inactivity : A Longitudinal Study. *Journal of Adolescent Health, 44*(3), 260–267. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.08.005>
- Rocha, A., Capela, A., Grilo, C., Almeida, C., Valente, G., & Coimbra, J. (2013). Evolução da Saude escolar em Portugal: Revisao da legislação no âmbito da saude. *Millenium, 45*, 193–210.
- Rodrigues, V., Carvalho, A., Gonçalves, A., & Carvalho, G. (2007). Situações de Risco para a Saúde de Jovens Adolescentes. In Escola Superior de Educação da UTAD (Ed.), *ENCONTRO DE INVESTIGAÇÃO, 3, Vila Real, Portugal, 2007 – “Perspectivar a Investigação em Saúde”* (pp. 1–7). Vila real.
- Rose, G. (2001). Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology, 30*, 427–432.
- Rosi, A., Giopp, F., Milioli, G., Melegari, G., Goldoni, M., Parrino, L., & Scazzina, F. (2020). Weight Status, Adherence to the Mediterranean Diet, Physical Activity Level, and Sleep Behavior of Italian Junior High School Adolescents. *Nutrients, 12*(478), 1–12. <https://doi.org/10.3390/nu12020478>
- Saavedra, L., Nogueira, C., & Magalhaes, S. (2010). Discursos de jovens adolescentes portugueses sobre sexualidade e amor: implicações para a educação sexual. *Educação & Sociedade, 31*(110), 135–156.
- Sanchez, Z. M., Nappo, S. A., Cruz, J. I., Carlini, E. A., Carlini, C. M., & Martins, S. S. (2013). Sexual behavior among high school students in Brazil : alcohol consumption and legal and illegal drug use associated with unprotected sex. *Clinics, 68*(4), 489–494. [https://doi.org/10.6061/clinics/2013\(04\)09](https://doi.org/10.6061/clinics/2013(04)09)
- Sandfort, T. G. M., Orr, M., Hirsch, J. S., & Santelli, J. (2008). Long-Term Health Correlates of Timing of Sexual Debut : Results From a National US Study. *Research and Practice, 98*(1), 155–161. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2006.097444>
- Santos, A. F. dos. (2013). *O sono e o rendimento académico em adolescentes portuguesas*. ISPA - Instituto Universitario.
- Santos, O. T. dos. (2008). *Comportamentos de saúde e comportamentos de risco em adolescentes do ensino secundário : Ligações com a família , amigos e envolvimento com a escola* . Universidade Fernando Pessoa.
- Sawyer, S. M., Afi, R. A., Bearinger, L. H., Blakemore, S., Dick, B., Ezeh, A. C., & Patton, G. C. (2012). Adolescent Health 1 Adolescence : a foundation for future health. *Lancet, 379*, 1630–1640. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60072-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60072-5)
- Schmid, B., Hohm, E., Blomeyer, D., Zimmermann, U. S., Schmidt, M. H., Unter, G., & Laucht, M. (2007). Concurrent alcohol and tobacco use during early adolescence characterizes a group at risk. *Alcohol & Alcoholism, 42*(3), 219–225. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agm024>
- Schools of Health in Europe. (2013). *State of the art : health promoting schools in Europe*. Utrecht, Netherlands. Retrieved from [http://www.schools-for-health.eu/uploads/files/%ODSHE-Factsheet\\_1\\_State\\_of\\_art\\_Health\\_Promoting%ODSchools.pdf](http://www.schools-for-health.eu/uploads/files/%ODSHE-Factsheet_1_State_of_art_Health_Promoting%ODSchools.pdf)
- Scivoletto, S., Tsuji, R. K., Helena, C., Abdo, N., Queiróz, S. De, Andrade, A. G. de, & Gattaz, W. F.

- (1999). Relação entre consumo de drogas e comportamento sexual de estudantes de 2º grau de São Paulo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(2), 87–94.
- Segura-Jiménez, V., Carbonell-Baeza, A., Keating, X. D., Ruiz, J. R., & Castro-Piñero, J. (2015). Association of sleep patterns with psychological positive health and health complaints in children and adolescents. *Quality of Life Research*, 24(4), 885–895. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0827-0>
- Seixas, M. P. (2009). *Avaliação da Qualidade do Sono na Adolescência: Implicações para a Saúde Física e Mental*. Universidade Fernando Pessoa. <https://doi.org/10.2174/138920312803582960>
- Sekulic, D., Ostojic, M., Ostojic, Z., Hajdarevic, B., & Ostojic, L. (2012). Substance abuse prevalence and its relation to scholastic achievement and sport factors : an analysis among adolescents of the Herzegovina – Neretva Canton in Bosnia and Herzegovina. *BMC Public Health*, (12), 1–12.
- Sevil-Serrano, J., Aibar-Solana, A., Abos, Á., Julian, J. A., & Garcia-Gonzalez, L. (2019). Healthy or Unhealthy ? The Cocktail of Health-Related Behavior Profiles in Spanish Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(3151).
- Shaw, S. R., Gomes, P., Polotskaia, A., & Jankowska, A. M. (2015). The relationship between student health and academic performance : Implications for school psychologists. *School Psychology International*, 36(2), 115–134. <https://doi.org/10.1177/0143034314565425>
- Shochat, T., Cohen-Zion, M., & Tzischinsky, O. (2014). Functional consequences of inadequate sleep in adolescents: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, 18(1), 75–87. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2013.03.005>
- Short, M. A., Gradisar, M., Lack, L. C., & Wright, H. R. (2013). The impact of sleep on adolescent depressed mood, alertness and academic performance. *Journal of Adolescence*, 36(6), 1025–1033. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.08.007>
- Short, M. A., Kuula, L., Gradisar, M., & Pesonen, A. (2019). How internal and external cues for bedtime affect sleep and adaptive functioning in adolescents. *Sleep Medicine*, 59, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2018.11.018>
- Sigfusdottir, I. D., Kristjansson, A. L., & Allegrante, J. P. (2007). Health behaviour and academic achievement in Icelandic school children. *Health Education Research*, 22(1), 70–80. <https://doi.org/10.1093/her/cyl044>
- Silva, H. M., Ferreira, S., Águeda, S., Almeida, A. F., Lopes, A., & Pinto, F. (2012). Sexualidade e risco de gravidez na adolescência : desafios de uma nova realidade pediátrica. *Acta Pediatrica Portuguesa*, 43(1), 8–15.
- Simetin, I. P., Kuzman, M., Franelic, I. P., Pristas, I., Benjak, T., & Dezeljin, J. D. (2010). Inequalities in Croatian pupils ' unhealthy behaviours and health outcomes : role of school , peers and family affluence. *European Journal of Neuroscience*, 21(1), 122–128. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckq002>
- Simões, C. (2010). Adolescentes e comportamentos de saúde. *Alicerces*, 3(3), 223–241.
- Simões, C., Matos, M. G. de, & Batista-Foguet, J. (2006). Consumo de substâncias na adolescência: um modelo explicativo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(2), 147–164.
- Simões, F., Loureiro, M., Ferrão, M. E., Tavares, A., & Teles, J. (2006). Variáveis cognitivas no âmbito do Projecto 3EM : Contributos para a precisão e validade da BPRD. *Psicologia & Educação*, 5(2),

101–108.

- Singh, R., Suri, J. C., Sharma, R., Suri, T., & Adhikari, T. (2018). Sleep Pattern of Adolescents in a School in Delhi, India: Impact on their Mood and Academic Performance. *Indian Journal of Pediatrics, 85*(10), 841–848. <https://doi.org/10.1007/s12098-018-2647-7>
- Skalameraa, J., & Hummer, R. A. (2016). Educational attainment and the clustering of health-related behavior among U.S. young adults. *Preventive Medicine, 83*–89. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.12.011>
- Slap, G. B., Lot, L., Huang, B., Daniyam, C. A., Zink, T. M., & Succop, P. A. (2003). Sexual behaviour of adolescents in Nigeria: cross sectional survey of secondary school students. *British Medical Journal, 326*, 1–6.
- So, E. S., & Park, B. M. (2016). Health Behaviors and Academic Performance Among Korean Adolescents. *Asian Nursing Research, 10*, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2016.01.004>
- Song, Y., & Ji, C. (2010). Sexual intercourse and high-risk sexual behaviours among a national sample of urban adolescents in China. *Journal of Public Health, 32*(3), 312–321. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdp123>
- Sousa, S. C. (2013). *Efeitos de um programa de métodos e hábitos de estudo nas abordagens à aprendizagem: Um estudo com alunos do segundo ciclo do Ensino básico*. Universidade da madeira.
- Spengler, S., Mess, F., Schmocker, E., & Woll, A. (2014). Longitudinal associations of health-related behavior patterns in adolescence with change of weight status and self-rated health over a period of 6 years : results of the MoMo longitudinal study. *BioMedCentral Pediatrics, 14*(242), 1–11.
- Spriggs, A. L., & Halpern, C. T. (2008). Timing of Sexual Debut and Initiation Of Postsecondary Education by Early Adulthood. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 40*(3), 152–161. <https://doi.org/10.1363/4015208>
- Spring, B., Moller, A. C., & Coons, M. J. (2012). Multiple health behaviours : overview and implications. *Journal of Public Health, 34*(S1), i3–i10. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdr111>
- Stautz, K., Pechey, R., Couturier, D., Deary, I. J., & Marteau, T. M. (2016). Do Executive Function and Impulsivity Predict Adolescent Health Behaviour after Accounting for Intelligence ? Findings from the ALSPAC Cohort. *PLoS ONE, 11*(8), 1–17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160512>
- Stea, T. H., & Torstveit, M. K. (2014). Association of lifestyle habits and academic achievement in Norwegian adolescents : a cross-sectional study. *BMC Public Health, 14*(829), 1–8.
- Stiby, A. I., Hickman, M., Munafò, M. R., Heron, J., Yip, V. L., & Macleod, J. (2014). Adolescent cannabis and tobacco use and educational outcomes at age 16 : birth cohort study. *Addiction, 110*, 658–668. <https://doi.org/10.1111/add.12827>
- Stueve, A., & O'Donnell, L. N. (2005). Early Alcohol Initiation and Subsequent Sexual and Alcohol Risk Behaviors Among Urban Youths. *American Journal of Public Health, 95*(5), 887–893. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2003.026567>
- Suhrcke, M., & Nieves, C. de P. (2011). *The impact of health and health behaviours on educational outcomes in high-income countries: a review of the evidence*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Szucs, L. E., Lowry, R., Fasula, A. M., Pampati, S., Copen, C. E., Hussaini, K. S., ... 1Division. (2020). Condom and Contraceptive Use Among Sexually Active High School Students — Youth Risk

- Behavior Survey, United States, 2019. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(1).
- Tahiraj, E., Cubela, M., Ostojic, L., Rodek, J., & Zenic, N. (2016). Prevalence and Factors Associated with Substance Use and Misuse among Kosovar Adolescents ; Cross Sectional Study of Scholastic , Familial- , and Sports-Related Factors of Influence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(502), 1–13. <https://doi.org/10.3390/ijerph13050502>
- Tavares, B. F., Béria, J. U., & Lima, M. S. de. (2001). Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. *Revista de Saude Publica*, 35(2), 150–158.
- Tavares, T. M. L. de S. (2014). *O consumo de álcool pelos jovens dos ensinos básico (9.º ano) e secundário no distrito de Beja: Contributos para a definição de um programa de prevenção, em Educação para a Saude*. Universidade de Evora.
- Teesson, M., Champion, K. E., Newton, N. C., Lambkin, F. K., Chapman, C., Thornton, L., ... The Health4life Team. (2020). Study protocol of the Health4Life initiative : a cluster randomised controlled trial of an eHealth school- based program targeting multiple lifestyle risk behaviours among young Australians. *British Medical Journal*, (10), 1–13. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035662>
- Teh, C. H., Teh, M. W., Lim, K. H., Kee, C. C., Sumarni, M. G., Heng, P. P., ... Fadzilah, K. (2019). Clustering of lifestyle risk behaviours and its determinants among school-going adolescents in a middle-income country : a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 19(1177), 1–10.
- Thomas, C. (2009). Health risk behaviours of high school learners and their perceptions of preventive services offered by general practitioners. *South African Family Practice*, 51(3), 216–223. <https://doi.org/10.1080/20786204.2009.10873851>
- Tonetti, L., Fabbri, M., Filardi, M., Martoni, M., & Natale, V. (2015). Effects of sleep timing, sleep quality and sleep duration on school achievement in adolescents. *Sleep Medicine*, 16(8), 936–940. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2015.03.026>
- Torres, D. I. P. (2010). *Estratégias de Aprendizagem e Auto-Eficácia Académica : Contributos para a explicação do rendimento em Língua Portuguesa e em matemática*. Universidade Fernando Pessoa.
- Townsend, L., Flisher, A. J., & King, G. (2007). A Systematic Review of the Relationship between High School Dropout and Substance Use. *Clinical Child and Family Psychology*, 10(4), 295–317. <https://doi.org/10.1007/s10567-007-0023-7>
- U.S. Department of Health and Human Services. (2010). *A Report of the Surgeon General: How Tobacco Smoke Causes Disease ... what it means to*. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2014). *The Health Consequences of Smoking – 50 Years of Progress A Report of the Surgeon General*. Atlanta: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health,.
- UNAIDS. (2013). *Global AIDS Response progress reporting 2013 - Construction of Core Indicators for monitoring the 2011 UN Political Declaration on HIV / AIDS*. Geneva: WHO.
- UNICEF. (2011). *Opportunity in Crisis: Preventing HIV from early adolescence to young adulthood*. New York: United Nations Children’s Fund.

- Urbán, D. J. A., Ingles, C. J., García-Fernández, J. M., & Rodríguez-Aguilar, M. (2022). Consumo de tabaco y alcohol: metas académicas, autoconcepto escolar y rendimiento académico en adolescentes portugueses tobacco. *Health and Addictions / Salud y Drogas*, 22(2), 282–297. <https://doi.org/10.21134/haaj.v22i2.719>
- Urrila, A. S., Artiges, E., Massicotte, J., Miranda, R., Vulser, H., Bézivin-Frere1, P., ... The IMAGEN consortium. (2017). Sleep habits, academic performance, and the adolescent brain structure. *Sleepscientific Reports*. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1038/srep41678>
- Valle, A., Torgersen, L., Røysamb, E., Klepp, K., & Thelle, D. S. (2005). Reproductive Health Social class , gender and psychosocial predictors for early sexual debut among 16 year olds in Oslo. *European Journal of Public Health*, 15(2), 185–194. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cki121>
- Vandendriessche, A., Ghekiere, A., Cauwenberg, J. Van, Clercq, B. De, Dhondt, K., DeSmet, A., ... Deforche, B. (2019). Does Sleep Mediate the Association between School Pressure , Physical Activity , Screen Time , and Psychological Symptoms in Early Adolescents ? A 12-Country Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(1072). <https://doi.org/10.3390/ijerph16061072>
- Vasconcelos, C. M. da S. de, & Praia, J. J. F. M. (2005). Estratégias de aprendizagem e o sucesso educativo em ciências naturais. *Revista Linhas*, 6(1), 1–13.
- Vilela, I. G. R. (2010). *As atitudes, crenças e comportamentos preventivos dos jovens portugueses face ao VIH/SIDA e às campanhas de marketing social de prevenção e combate à doença*. Instituto Universitario de Lisboa.
- Villanueva-Blasco, V. J., Garcia-Soidan, J. L., Folgar, M. I., & Giraldez, V. A. (2021). Association between Tobacco Consumption and Problematic Internet Use and the Practice of Physical Activity in Spanish Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5464).
- Vinagre, M. da G., & Lima, M. L. (2006). Consumo de alcool, tabaco e droga em adolescentes: experiência e julgamentos de risco. *Psicologia, Saude e Doenças*, 7(1), 73–81.
- Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A., & Currie, C. (2012). Adolescent Health 2: Adolescence and the social determinants of health. *Lancet*, 379, 1641–1652. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60149-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60149-4)
- Wang, J., Zhang, X., Simons, S. R., Sun, J., Shao, D., & Cao, F. (2020). Exploring the bi-directional relationship between sleep and resilience in adolescence. *Sleep Medicine*, 73, 63–69. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.04.018>
- Wang, M., Zhong, J., Fang, L., & Wang, H. (2016). Prevalence and associated factors of smoking in middle and high school students : a school-based cross-sectional study in Zhejiang Province , China. *BMJ Open*, 6(1), e010379. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010379>
- Whitehead, R., Currie, D., Inchley, J., & Currie, C. (2015). Educational expectations and adolescent health behaviour : an evolutionary approach. *International Journal of Public Health*, 60, 599–608. <https://doi.org/10.1007/s00038-015-0692-9>
- Wiefferink, C. H., Peters, L., Hoekstra, F., Dam, G. Ten, Buijs, G. J., & Paulussen, T. G. W. M. (2006). Clustering of Health-Related Behaviors and Their Determinants : Possible Consequences for School Health Interventions. *Prevention Science*, 7(2), 127–149. <https://doi.org/10.1007/s11121-005-0021-2>
- Winter, A. F. De, Visser, L., Verhulst, F. C., Vollebergh, W. A. M., & Reijneveld, S. A. (2016).

- Longitudinal patterns and predictors of multiple health risk behaviors among adolescents : The TRAILS study. *Preventive Medicine*, *84*, 76–82. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.11.028>
- Wium-Andersen, I. K., Wium-Andersen, M. K., Becker, U., & Thomsen, S. F. (2010). Predictors of age at onset of tobacco and cannabis use in Danish adolescents. *The Clinical Respiratory Journal*, *4*, 162–167. <https://doi.org/10.1111/j.1752-699X.2009.00169.x>
- Wolfson, A. R., & Carskadon, M. A. (2003). Understanding adolescents' sleep patterns and school performance: A critical appraisal. *Sleep Medicine Reviews*, *7*(6), 491–506. [https://doi.org/10.1016/S1087-0792\(03\)90003-7](https://doi.org/10.1016/S1087-0792(03)90003-7)
- Wong, M. D., Strom, D., Guerrero, L. R., Chung, P. J., Lopez, D., Arellano, K., & Dudovitz, R. (2017). The role of social-emotional and social network factors in the relationship between academic achievement and risky behaviors. *Academic Pediatrics*, *17*(6), 633–641. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2017.04.009>
- World Health Organisation. (2021). *WHO Report on the global tobacco epidemic 2021: addressing new and emerging products*. Geneva: Geneva: World Health Organisation.
- Wright, C., Kipping, R., Hickman, M., Campbell, R., & Heron, J. (2018). Effect of multiple risk behaviours in adolescence on educational attainment at age 16 years : a UK birth cohort study. *BMJ Open*, *8*, 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020182>
- Wu, J., Witkiewitz, K., McMahon, R. J., Dodge, K. A., & Conduct Problems Prevention Research Group. (2010). A parallel process growth mixture model of conduct problems and substance use with risky sexual behavior. *Drug and Alcohol Dependence*, *111*, 207–214. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.04.013>
- Yang, S. J., & Cha, H. S. (2018). Retrospective cohort study on Korean adolescents ' sleep , depression , school adjustment , and life satisfaction. *Nursing Health Science*, *20*, 422–430. <https://doi.org/10.1111/nhs.12425>
- Ye, X., Yao, Z., Liu, W., Fan, Y., Xu, Y., & Chen, S. (2014). Path Analysis to Identify Factors Influencing Health Skills and Behaviors in Adolescents : A Cross-Sectional Survey. *PLoS ONE*, *9*(8), 1–5. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0104406>
- Yi, S., Poudel, K. C., Yasuoka, J., Palmer, P. H., Yi, S., & Jimba, M. (2010). Role of risk and protective factors in risky sexual behavior among high school students in Cambodia. *BMC Public Health*, *10*(477), 1–8.
- Yorulmaz, F., Dagdeviren, N., & Dalkilic, A. (2002). Smoking among adolescents : relation to school success , socioeconomic status , nutrition , and self-esteem. *Swiss Medical Weekly*, (132), 449–455.
- Zangao, M. O. B., & Sim-Sim, M. M. (2011). Duplo padrão sexual e comportamentos afetivo-sexuais na adolescência. *Revista de Enfermagem UFPE On-Line*, *5*, 1–7. <https://doi.org/10.5205/reuol.1718-11976-4-LE.05spe201104>
- Zão, I. V. de B. (2012). *Consumo de Álcool e outras Drogas e Comportamentos Sexuais. Estudos numa população universitária*. Universidade da Beira Interior.
- Zenic, N., Terzic, A., Rodek, J., Spasic, M., & Sekulic, D. (2015). Gender-Specific Analyses of the Prevalence and Factors Associated with Substance Use and Misuse among Bosniak Adolescents. *International Journal of Research in Public Health*, (12), 6626–6640. <https://doi.org/10.3390/ijerph120606626>

Zhu, G., & Bosma, A. K. (2019). Early sexual initiation in Europe and its relationship with legislative change : A systematic review. *International Journal of Law Crime and Justice.*, 57(25), 70–82. <https://doi.org/10.1016/j.ijlcj.2019.03.001>

## **APÊNDICE**

N.º Código

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

## CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

**1. Sexo?** a) Masculino <sup>1</sup> b) Feminino <sup>2</sup> **2. Idade?** \_\_\_\_\_ anos

**3. Que ano de escolaridade frequentas?** (se for 9º ano, passa para a pergunta 5.)

a) 9º ano <sup>1</sup> b) 11º ano <sup>2</sup> c) 12º ano <sup>3</sup>

**4. Que tipo de curso que frequentas** (só ensino secundário)?

a) Curso científico-humanístico <sup>1</sup> b) Curso profissional <sup>2</sup> c) Outro <sup>3</sup> Se outro, qual? \_\_\_\_\_

**5. Tens direito ao subsídio de Ação Social Escolar?** Sim <sup>1</sup> Não <sup>2</sup>

**10.1. Se sim, em que escalão?** A <sup>1</sup> B <sup>2</sup> C <sup>3</sup>

**6. Quantas vezes reprovaste de ano?**

Nunca <sup>1</sup> Uma <sup>2</sup> Duas <sup>3</sup> Três <sup>4</sup> Quatro ou mais <sup>5</sup>

## RELAÇÃO COM A ESCOLA

**1. Como é que te sentes em relação à escola, atualmente?**

Detesto <sup>1</sup> Não gosto <sup>2</sup> Não gosto nem desgosto <sup>3</sup> Gosto <sup>4</sup> Gosto muito <sup>5</sup>

**2. Consideras a escola importante para o teu futuro?**

Muito pouco <sup>1</sup> Pouco <sup>2</sup> Médio <sup>3</sup> Muito <sup>4</sup> Bastante <sup>5</sup>

**3. Que estudos gostarias de concluir?**

| 12º ano<br>(ensino regular)           | 12º ano<br>(ensino profissional)      | Licenciatura                          | Mestrado                              | Doutoramento                          | Não sei                               |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>6</sup> |

**4. Achas que a escola se preocupa contigo?**

Nada <sup>1</sup> Pouco <sup>2</sup> Bastante <sup>3</sup> Muito <sup>4</sup>

**5. Sentes-te fazer parte da escola?**

Nunca <sup>1</sup> Por vezes <sup>2</sup> Na maioria das vezes <sup>3</sup> Sempre <sup>4</sup>

**6. Achas que os professores são justos?**

Nunca <sup>1</sup> Por vezes <sup>2</sup> Na maioria das vezes <sup>3</sup> Sempre <sup>4</sup>

**7. Em geral, como têm sido as tuas notas na escola?**

Muito más <sup>1</sup> Más <sup>2</sup> Nem boas nem más <sup>3</sup> Boas <sup>4</sup> Muito boas <sup>5</sup>

## ESTRATÉGIAS DE ESTUDO

|   | Nunca ou quase<br>nunca               | Raramente                             | Às<br>vezes                           | Frequentemente                        | Sempre ou quase<br>sempre             |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Preocupo-me em tirar notas altas a todas as disciplinas.   | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> |
| 2. Quando não compreendo uma palavra recorro ao dicionário, à internet ou à ajuda de alguém.          | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> |
| 3. Tenho dificuldade em manter-me concentrado quando estou a estudar.                                 | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> |
| 4. Tento aproveitar ao máximo as aulas de forma a reduzir o meu tempo de estudo em casa.              | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> |
| 5. Vou tirando apontamentos à medida que vou lendo a matéria do livro.                                | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> |
| 6. Mesmo às disciplinas que não gosto, procuro esforçar-me por tirar a melhor nota possível.          | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> |
| 7. À medida que vou lendo sublinho as informações e dados mais importantes.                           | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> |
| 8. Procuo identificar num texto, ou problema os seus aspetos mais importantes.                        | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> |
| 9. Os meus dossiês ou cadernos de apontamentos encontram-se organizados de acordo com as disciplinas. | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> |
| 10. Perco o interesse em estudar certas disciplinas quando tiro negativas.                            | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> |
| 11. Mesmo quando acho que aprendi a matéria tenho dificuldade em recordá-la nos testes.               | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> |
| 12. Estudo só o necessário para ter a nota mínima para passar.  | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> |
| 13. Tenho dificuldades em memorizar as matérias   | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> |
| 14. Dou atenção às gravuras e esquemas nos textos para perceber melhor a matéria.                     | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> |
| 15. Antes de me sentar a estudar reúno tudo que vou precisar (livros, cadernos, lápis, etc...).       | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> |
| 16. Memorizo a matéria para os testes, mas esqueço-me logo a seguir.                                  | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> |
| 17. Tenho dificuldade em distinguir o que é importante, e que devo aprender, do que não é importante. | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> |
| 18. É habitual as minhas respostas aos testes serem consideradas incompletas ou mal organizadas.      | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> |
| 19. Quando tenho dificuldades nos meus trabalhos escolares falo com o (s) professor (es).             | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> |

**Continua na página seguinte....**

| (... continuação...)  | Nunca ou quase nunca                  | Raramente                             | Às vezes                              | Frequentemente                        | Sempre ou quase sempre                |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 20. Respondo voluntariamente às questões que os professores colocam nas aulas.                    | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> |
| 21. Relaciono matérias de várias disciplinas sempre que isso me ajuda a compreender matéria nova. | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> |
| 22. É fácil para mim decorar formulas, regras, datas, etc...                                      | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> |
| 23. Para me recordar da matéria tento visualizar o contexto em que a aprendi.                     | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> |
| 24. Faço trabalhos de casa todos os dias.   | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> |
| 25. Tento agrupar a matéria ou formar categorias de forma a memorizá-la melhor.                   | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> |
| 26. Quando me apercebo de que não estou a compreender o que leio, volto atrás para reler.         | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> |
| 27. Estudo só no dia anterior aos testes.   | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> |
| 28. Tento descobrir relações entre a matéria de forma a melhor a memorizar.                       | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> |
| 29. Tento adiar os meus trabalhos até ao último minuto.   | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> |
| 30. Faço esquemas e resumos da matéria utilizando as minhas próprias palavras.                    | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>5</sup> |

## SONO

As questões a seguir são referentes aos hábitos de sono apenas durante o mês passado. As suas respostas devem indicar o mais corretamente possível o que aconteceu na maioria dos dias e noites do mês passado. Por favor, responda a todas as questões.

**1. Durante o último mês, a que horas é que foste habitualmente para a cama? \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_**

**2. Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) demoraste a adormecer, depois de te deitares?: \_\_\_\_\_ min**

**3. Durante o último mês, a que horas é que habitualmente te levantaste de manhã? \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_**

**4. Durante o último mês, quantas horas de sono real conseguiste por noite?** (isto pode ser diferente do número de horas em que efetivamente estiveste na cama) \_\_\_\_\_ horas

**5. Durante o último mês, quantas vezes tiveste problemas durante o sono, devido a .... ?**

**a. Não conseguires adormecer nos 30 minutos após te deitares**

| Nunca                                 | Menos de uma vez por semana           | Uma ou duas vezes por semana          | Três vezes por semana ou mais         |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |

**b. Acordares a meio da noite ou de madrugada**

| Nunca                                 | Menos de uma vez por semana           | Uma ou duas vezes por semana          | Três vezes por semana ou mais         |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |

**c. Teres que te levantar para ir à casa de banho**

| Nunca                                 | Menos de uma vez por semana           | Uma ou duas vezes por semana          | Três vezes por semana ou mais         |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |

**d. Não consegues respirar adequadamente**

|                                       |                                       |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Nunca                                 | Menos de uma vez por semana           | Uma ou duas vezes por semana          | Três vezes por semana ou mais         |
| <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |

**e. Tossires ou ressonares**

|                                       |                                       |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Nunca                                 | Menos de uma vez por semana           | Uma ou duas vezes por semana          | Três vezes por semana ou mais         |
| <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |

**f. Teres sensação de frio**

|                                       |                                       |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Nunca                                 | Menos de uma vez por semana           | Uma ou duas vezes por semana          | Três vezes por semana ou mais         |
| <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |

**g. Teres sensação de calor**

|                                       |                                       |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Nunca                                 | Menos de uma vez por semana           | Uma ou duas vezes por semana          | Três vezes por semana ou mais         |
| <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |

**h. Teres pesadelos**

|                                       |                                       |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Nunca                                 | Menos de uma vez por semana           | Uma ou duas vezes por semana          | Três vezes por semana ou mais         |
| <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |

**i. Teres dores**

|                                       |                                       |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Nunca                                 | Menos de uma vez por semana           | Uma ou duas vezes por semana          | Três vezes por semana ou mais         |
| <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |

**j. Outra razão, por favor, descreve:** \_\_\_\_\_

|                                       |                                       |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Nunca                                 | Menos de uma vez por semana           | Uma ou duas vezes por semana          | Três vezes por semana ou mais         |
| <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |

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

Muito boa <sup>1</sup> Boa <sup>2</sup> Má <sup>3</sup> Muito má <sup>4</sup>

**7. Durante o último mês, quantas vezes tomaste medicamentos para consegues adormecer?**

|                                       |                                       |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Nunca                                 | Menos de uma vez por semana           | Uma ou duas vezes por semana          | Três vezes por semana ou mais         |
| <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |

**8. Durante o último mês, quantas vezes tiveste problemas em te manter acordado(a) enquanto conduzas, tomavas refeições, ou estavas em atividades sociais?**

|                                       |                                       |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Nunca                                 | Menos de uma vez por semana           | Uma ou duas vezes por semana          | Três vezes por semana ou mais         |
| <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |

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

|                                       |                                       |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Nunca                                 | Menos de uma vez por semana           | Uma ou duas vezes por semana          | Três vezes por semana ou mais         |
| <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |

## Sexualidade

### 1. Sobre a tua experiência sexual, até onde já chegaste?

- a) Não tive qualquer tipo de experiência sexual ..... <sup>1</sup>
- b) Beije nos lábios um rapaz / rapariga, com carícias por cima da roupa ..... <sup>2</sup>
- c) Acaricie e fui acariciado diretamente em qualquer parte do corpo, incluindo os órgãos genitais .. <sup>3</sup>
- d) Tive relações sexuais com penetração com uma pessoa ..... <sup>4</sup>
- e) Tive relações sexuais com penetração com mais de uma pessoa ..... <sup>5</sup>

### 9. Utilizas algum método contraceutivo? Sim <sup>1</sup> Não <sup>2</sup>

#### 9.1. Se sim, indica qual / quais e com que frequência

|                             | Nunca                                 | Ocasionalmente                        | Frequentemente                        | Sistematicamente                      |
|-----------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 9.1. Preservativo masculino | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |
| 9.2. Preservativo feminino  | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |
| 9.3. Pilula                 | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |
| 9.4. Pilula do dia seguinte | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |
| 9.5. Outro? Qual? _____     | <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> |

### 10. Já tiveste relações sexuais sob o efeito de álcool?

Nunca <sup>1</sup> Uma vez <sup>2</sup> Ocasionalmente <sup>3</sup> Frequentemente <sup>4</sup> Sempre <sup>5</sup>

### 11. Já tiveste relações sexuais sob o efeito de drogas(s)?

Nunca <sup>1</sup> Uma vez <sup>2</sup> Ocasionalmente <sup>3</sup> Frequentemente <sup>4</sup> Sempre <sup>5</sup>

## CONSUMO DE TABACO

### 1. Atualmente fumas? (Se responderes Nunca passa para a pergunta 4.)

- a) Todos os dias.....<sup>1</sup>
- b) Pelo menos um cigarro por semana, mas não todos os dias...<sup>2</sup>
- c) Menos de um cigarro por semana.....<sup>3</sup>
- d) Já fumei mas deixei de fumar.....<sup>4</sup>
- e) Não fumo.....<sup>5</sup>