



Comportamentos de Risco em estudantes do ensino básico e secundário – estudo de caso exploratório

Rodrigo Gomes¹, Márcio Abensur² e Sofia Santos³

¹ Instituto Superior de Economia e Gestão, Universidade de Lisboa

² Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Amazonas: Tabatinga, Amazonas

³ Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa

¹ <https://orcid.org/0009-0009-4870-1387>

² <https://orcid.org/0000-0003-0442-9499>

³ <https://orcid.org/0000-0002-6654-564X>

Resumo

Esta investigação tem como objetivo identificar e caracterizar os comportamentos de saúde, dos estudantes do ensino secundário de uma escola do concelho de Oeiras, ao nível dos hábitos alimentares, consumo de álcool/tabaco, saúde mental e atividade física, tentando contribuir para estabelecer o perfil dos alunos, dada a relevância destes comportamentos num estilo de vida saudável e ao longo da vida. Uma versão adaptada do *Global Student Health Survey* foi aplicada a 76 estudantes, entre os 13 e 18 anos (15.67 ± 1.39), 41 do género feminino e 35 do masculino, entre o 7º e 12º ano. As frequências das respostas evidenciaram a prática regular de atividade física (aulas Educação Física), apesar de alguns valores de consumo de álcool/tabaco deverem ser alvo de atenção, tal como algumas situações de stress que podem interferir com a saúde mental. Os hábitos alimentares indicam a necessidade de se voltar a analisar outras medidas. Apenas três participantes falam em *bullying*. O estudo comparativo apontou diferenças entre género (saúde mental/sono), e por idade/faixa etária/ano/ciclo de escolaridade ao nível dos consumos, hábitos e saúde mental. A possível reorganização curricular e a implementação de programas de educação para a saúde podem ser boas estratégias para estilos de vida (mais) saudáveis.

Palavras-chave: adolescentes; comportamentos risco; educação para a saúde; estudantes; atividade física; consumo de álcool; tabaco; hábitos alimentares; saúde mental.

Abstract

This study aims to identify and characterize health-related behaviors among high school students of one school from Oeiras, focusing on eating habits, alcohol and tobacco consumption, mental health, and physical activity, in an effort to contribute to the profiling of students given the relevance of these behaviors for a healthy lifestyle across the lifespan. An adapted version of the Global Student Health Survey was applied to 76 students aged 13 to 18 years (15.67 ± 1.39), 41 females and 35 males, from the 7th to the 12th grade. Response frequencies revealed regular engagement in physical activity (Physical Education classes), although some alcohol/tobacco consumption patterns require attention, as do certain stress situations that may interfere with mental health. Eating habits suggest the need to reassess other measures. Only three participants reported experiences of bullying. Comparative analysis indicated differences by gender (mental health/sleep) and by age/grade/schooling level in terms of consumption, habits, and mental health. A possible curricular reorganization and the implementation of health education programs may represent effective strategies for promoting (more) healthy lifestyles.

Keywords: adolescents; risk behaviors; health promotion; students; physical activity; alcohol consumption; tobacco; dietary habits; mental health.

1. Introdução

A adolescência situa-se entre a infância (10 a 19 anos) e idade adulta (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2021) e caracteriza-se por múltiplas mudanças biológico-físicas, cognitivo-psicológicas, emocionais-afetivas que antecipam a mudança do estatuto social (Nery *et al.*, 2020). A influência de fatores contextuais e o ritmo acelerado de crescimento associa-se a um conjunto de problemas de saúde (Swayer *et al.*, 2018), incluindo perturbações alimentares, consumo e dependência de substâncias. O aumento da influência dos pares e a diminuição da dos pais (Duell *et al.*, 2020) propiciam novas experiências. A exposição aos fatores de risco na saúde tem conhecido um interesse acrescido nesta fase, dada a adolescência ser como a “segunda” maior janela de oportunidade e risco no desenvolvimento, aparecendo os comportamentos sociais que afetam a saúde e o bem-estar individual, influenciados por fatores contextuais e com consequências a curto, médio e longo prazo (Zappe *et al.*, 2018). No modelo *whole school, whole community, whole child* (WSCC) – numa abordagem sistemática, integrada e colaborativa à saúde e aprendizagem, os estilos de vida resultam da interação entre a pessoa e os seus microssistemas (Lewallen *et al.*, 2015). Destaca-se o papel da escola, como espaço crítico de socialização onde a influência dos pares e as normas institucionais moldam padrões de consumo e atividade física, havendo necessidade de aprofundar como os fatores de risco e proteção se manifestam num contexto específico, permitindo uma leitura analítica do perfil comportamental para além da sua descrição quantitativa.

Os adolescentes tendem a ter as primeiras experiências de risco (e.g., consumo de substâncias, hábitos alimentares pouco saudáveis, inatividade/sedentarismo - Nery *et al.*, 2020; Francisco, *et al.*, 2019), motivados pela influência dos pares e tentando re-descobrir-se fora do contexto familiar, atingindo o pico deste risco aos 16 anos (Duell *et al.*, 2020). Os comportamentos de risco na adolescência aumentam entre os 10 e 14 anos (Armocida *et al.*, 2022), causando 60% das mortes neste período (Centers for Disease Control and Prevention, 2020). Relacionam-se com índices inferiores de saúde mental, desempenho académico (Johnson *et al.*, 2019), e perturbações ao nível da saúde mental (Armocida *et al.*, 2022), e 70% das mortes prematuras na idade adulta associam-se a comportamentos iniciados na infância e adolescência (Armocida *et al.*, 2022).

Em Portugal, 86% das mortes resultam de doenças (cardiovasculares ou diabetes), identificando-se como principais fatores de risco o consumo de álcool (consumo médio de 12.9l por capita) e tabaco (20% da população), hábitos alimentares não saudáveis (22% sofriam de obesidade) e sedentarismo, especialmente no género feminino (Costa *et al.*, 2018; Organization for Economic Co-operation and Development [OECD], 2021). Os autores reforçam a necessidade de programas e intervenções para diminuir estes valores. O Plano de Saúde Nacional (PNS, 2015) objetiva a diminuição do consumo tabágico antes dos 15 anos e o controlo da incidência/prevalência de excesso de peso/obesidade infantil.

Um dos fatores que contribui para bons índices de saúde é o estado nutricional e alimentação. A oferta cada vez mais elevada por alimentos processados e fast-food (Francisco *et al.*, 2019; Silva *et al.*, 2016), com consumos mais calóricos e pobres ao nível do aporte de nutrientes, é mais acessível ao nível dos custos imediatos, do que uma alimentação mais saudável (Peralta *et al.*, 2019). Esta tendência, associada ao consumo reduzido de verduras, frutas e legumes (Francisco *et al.*, 2019), tem contribuído para o excesso de peso e obesidade (Alsaffar, 2015), com repercussões ao nível da imagem corporal e aparecimento de perturbações alimentares (Peralta *et al.*, 2019).

No Líbano, apenas 1 em cada 4 adolescentes comem fruta e vegetais mais do que 2x por semana – com esta percentagem a tender a diminuir com a idade, observando-se uma elevada tendência para excesso de peso/obesidade (World Health Organization [WHO] & Ministry of Public Health [MPH], 2024). Na Austrália, 1 em cada 3 e 7 pessoas consomem fruta (3x/dia entre os 12 e os 17 anos) e vegetais (4x/dia), respetivamente, mais observável no género feminino (Sanci *et al.*, 2018). Dos 69997 alunos a nível nacional, 70% apresentam um peso normal/saudável, com as estudantes a considerarem ter uma cintura larga e corpo um pouco ou muito gordo. Apenas 33-45% reportam a ingestão de frutas e vegetais, uma

vez por dia, e as meninas tendem a comer mais fruta/vegetais e menos doces. Os alunos mais novos (6ºano) tendem a ser mais pesados (mais obesos) que os alunos do 8º e 10ºano, observando-se menor percentagem de respostas, na generalidade, quanto ao facto de ter o corpo ideal. A toma do pequeno-almoço parece ir sendo cada vez menos frequente com a idade, tal como o consumo diário de frutas e vegetais, ocorrendo o inverso com o consumo de doces e colas que aumenta com ao longo da escolaridade (Peralta *et al.*, 2019; WHO & MPH, 2024).

Menos de metade (43,5%) dos adolescentes ingerem maior quantidade de alimentos processados ao lanche, com o número de refeições diárias relacionadas com o estatuto socioeconómico familiar (Akseer *et al.*, 2020; Rodrigues *et al.*, 2020). Silva *et al.* (2016) corroboram com o padrão tendencial de “baixo consumo de frutas, legumes e verduras, e consumo excessivo de bebidas e alimentos industrializados e lanches do tipo fast-food” (p. 1182). Na Colómbia, e nos 7 dias anteriores à resposta de um questionário neste âmbito, 5.6 a 7.2% dos adolescentes não tinham ingerido nem fruta, nem vegetais, respetivamente (Paredes-Iragorri & Patiño-Guerrero, 2019). Em Marrocos 60.6% comem poucos vegetais e frutas (Pengpid & Peltzer, 2021). No Líbano a situação é idêntica (WHO & MPH, 2024). Estes dados apontam para o desajustamento alimentar que se traduz no excesso de peso e perturbações alimentares que os adolescentes tendem a apresentar e que explicam, em parte, as medidas assumidas nas escolas ao nível dos produtos oferecidos nas máquinas (Despacho n.º 8127/2021).

O carácter socializador inerente ao consumo de substâncias pode explicar a sua maior frequência com a idade (Francisco *et al.*, 2019), conduzindo a maior agressividade (Resendes *et al.*, 2022; Silvestre *et al.*, 2015), menor desenvolvimento cognitivo, tendência para perturbações no âmbito da saúde mental (Carvalho *et al.*, 2019) dependência, afetando o desempenho académico, e, mais tarde, o desemprego (Tetteh *et al.*, 2021). O consumo de álcool é o principal fator de risco para doenças na adolescência (Palácio *et al.*, 2021), como depressão (Wijbenga *et al.*, 2022). No EUA, 1 em cada 10 adolescentes entre os 16-18 anos, consome 4+ bebidas alcoólicas – aos 12 anos e em escalões socioeconómicos superiores, sendo os homens os principais consumidores (62%), especialmente entre os 18 e 24 anos (Paredes-Iragorri & Patiño-Guerrero, 2019), apesar da tendência para o aumento no género feminino em Portugal (Silvestre *et al.*, 2015). No Nordeste Brasileiro, apenas 33,8% dos estudantes nunca experimentaram bebidas alcoólicas, e as participantes tendem a iniciar o consumo mais cedo do que os pares masculinos, cuja período tende a situar-se entre os 14 e 15 anos (Palácio *et al.*, 2021). Na Austrália, as campanhas de sensibilização estão a surtir efeitos positivos, observando-se o decréscimo do consumo de bebidas, apesar de 1 em 10 adolescentes beberem álcool pelo menos uma vez por semana (Sanci *et al.*, 2018).

O consumo de tabaco entre 2.2% e 3.8% é crescente (Paredes-Iragorri & Patiño-Guerrero, 2019), especialmente no género masculino (71%), em diferentes países latinoamericanos (Ministerio de Salud, 2016) e na região mediterrânica oriental (Abdalmaleki *et al.*, 2022). No Líbano e Marrocos tende-se para o aumento da utilização do tabaco: 34.1% dos estudantes assumem-se como fumadores passivos em casa, 30.1% na escola e 36.4% na comunidade (Pengpid & Peltzer, 2021). Na Austrália, 10% dos adolescentes que fumam têm entre 16 -17 anos, vs. 3% entre os 12-15 anos (Sanci *et al.*, 2018). No Porto, o álcool e o tabaco, tal como a cannabis, são as substâncias mais consumidas pelos adolescentes que começam a ser experienciadas pelos 12.5, 12.8 e 13.5 anos, respetivamente (Domingues *et al.*, 2014). O tabaco é preditor do consumo de outras substâncias, tal como as saídas à noite e o menor desempenho escolar (Carvalho *et al.*, 2019; Tetteh *et al.*, 2021). Os autores avançam com a hipótese da acessibilidade e a falta de fiscalização/monitorização da venda destas substâncias.

Numa revisão sistemática, e com a utilização do *Global Student Health Survey*, constatam-se tendências semelhantes: elevadas taxas de inatividade física e maior tendência para excesso de peso que se relacionam entre si, reforçando o papel da escola para estilos de vida mais saudáveis e ativos (Abdalmaleki *et al.*, 2022). Pobres hábitos alimentares, excesso de peso/obesidade e consumo de substâncias (álcool, tabaco, drogas) atuam como fatores de risco para o aparecimento de doenças crónicas, mortalidade prematura e morbilidade física (Johnson *et al.*, 2019), estando diretamente relacionados com a inatividade física/sedentarismo (Francisco *et al.*, 2019). Apesar da prática regular de atividade física (AF) ser um fator protetor (Tandon *et al.*, 2022), os adolescentes a nível mundial tendem para elevadas taxas de inatividade física (Guthold *et al.*, 2020) também a nível nacional (Marques *et al.*, 2018). Esta prática regular de

AF é fundamental para estilos de vida mais saudáveis (Faustino *et al.*, 2020) com impacto positivo ao nível da saúde mental (Akseer *et al.*, 2020).

No Brasil apenas 41.1% dos estudantes pratica AF na escola, e os restantes na rua ou academia, com uma frequência bissemanal (Rodrigues *et al.*, 2020). Na Colômbia 15.4% dos adolescentes não participa em AF de intensidade moderada (mínimo 60min/dia) ou vigorosa (>60min/dia) nos 7 dias antecedentes à avaliação, com a maior frequência associada ao género masculino (Paredes-Iragorri & Patiño-Guerrero, 2019; Sanci *et al.*, 2018). Em Marrocos, 21.1% dos adolescentes são inativos e 45% sedentários (Pengpid & Peltzer, 2021). Em Portugal, também é o género masculino que pratica mais AF, com idades inferiores a 12 anos (vs. >16anos), com os alunos do 8ºano a praticar mais do que os do 10ºano, sendo pouco ativos fisicamente e com a prática a diminuir com a idade (Marques *et al.*, 2019). Os adolescentes com excesso de peso/obesidade praticam menos. O sedentarismo pode decorrer da combinação de todos os fatores anteriores.

Metade dos diagnósticos das perturbações de saúde mental na idade adulta, iniciam-se por volta dos 14 anos (OMS, 2017; Sanci *et al.*, 2018). A prevalência de perturbações mentais na América Latina varia entre 18 e 25% na comunidade, e 27 a 48% em contexto clínico, sendo que destes 12 a 29% reportam-se a crianças e adolescentes, destacando-se as questões de ansiedade, comportamento disruptivo e consumo de substâncias (Paredes-Iragorri & Patiño-Guerrero, 2019; Sanci *et al.*, 2018). A mortalidade no género feminino está mais associada a perturbações de saúde mental, e do género masculino ao consumo de substâncias, devendo considerar-se a idade da primeira experiência e a acumulação de comportamentos de risco ao longo do tempo, co-concorrendo uns com os outros (Wijbenga *et al.*, 2022).

Apesar do foco da influência negativa dos pares-adolescentes, a investigação redireciona-se para a influência positiva desses mesmos pares (Ahmed *et al.*, 2020), destacando os comportamentos pró-sociais, havendo evidências que quando confrontado com uma variedade de comportamentos sociais aceitáveis (prática atividade física, hábitos alimentares saudáveis) e inaceitáveis (e.g., agressão), os adolescentes tendem para o lado positivo (Do *et al.*, 2020). Desta forma se compreende a necessidade de se reforçarem as competências sociais para prevenir questões do foro da saúde mental.

A identificação dos comportamentos de risco para a saúde detém um papel decisivo no desenvolvimento de políticas públicas para a prevenção de doenças e promoção de saúde, especialmente na adolescência, um período rico de experiências e mudanças, e dos fatores de risco primário tenderem a aparecer na adolescência (Akseer *et al.*, 2020). Acresce a relevância destes comportamentos num estilo de vida saudável que tende a prolongar-se pela idade adulta. Este conjunto de constatações justifica a pertinência do nosso estudo. Embora focado num contexto escolar específico, este estudo procura responder às seguintes questões: 1) de que forma padrões comportamentais de adolescentes se alinham ou divergem das tendências nacionais e internacionais? 2) e como o género, a idade e o nível de escolaridade influenciam a prevalência e a coexistência de comportamentos de risco e de proteção à saúde em adolescentes do ensino secundário? Pretende-se, investigar se as especificidades desta comunidade educativa replicam os fatores de risco (particularmente ao nível dos hábitos alimentares, consumo de álcool e tabaco, saúde mental e atividade física) documentados na literatura, contribuindo para a compreensão local de fenómenos globais e caracterizando o perfil comportamental destes estudantes, dada a sua relevância para estilos de vida saudáveis que se prolonguem ao longo da vida, tentando perceber a influência de algumas variáveis no mesmo. Este estudo de natureza exploratória e descritiva, funciona como um estudo de caso sobre os comportamentos de saúde numa amostra de conveniência. Esta abordagem permite uma análise detalhada que, quando confrontada com os dados internacionais do GSHS, ajuda a identificar vulnerabilidades específicas que podem ser alvo de intervenções locais.

2. Método

2.1. Participantes

A amostra de conveniência foi constituída por 76 estudantes, entre os 13 e 18 anos (15.67 ± 1.39), 41 (53.9%) do género

feminino e 35 (46.1%) do masculino, a frequentar o ensino secundário, entre o 7º e o 12º ano, do concelho de Oeiras. A grande maioria está no ensino secundário: 10 (13.2%) no 7º ano, 2 (2.6%) no 9º ano, 25 (32.9%) no 10º ano, 20 (26.3%) no 11º ano e 19 (25%) no 12º ano. Todos os participantes são solteiros, apenas 4 (5.3%) são trabalhadores-estudantes, e a larga maioria (n=61, 80.3%) vive com os pais e irmão(s), ou em apartamento (n=52, 68.4%) ou vivenda/moradia (n=24, 31.6%), com a totalidade a residir em zona urbana. No que toca às habilitações literárias dos pais, constata-se que grande parte tem licenciatura (n=26, 34.2%), seguida do ensino secundário e mestrado (n=16, 21.1%), doutoramento (n=14, 18.4%) e 3º ciclo (n=4, 5.3%). Todos os participantes têm computador e internet.

2.2. Instrumento

O *Global Student Health Survey* (GSHS), versão completa, é constituído por 10 módulos que envolvem as principais causas de mortalidade/morbilidade dos adolescentes: consumo de álcool, hábitos alimentares, consumo de drogas, higiene, saúde mental, atividade física, fatores de proteção, comportamento sexual, tabagismo e violência (Center for Disease Control and Prevention [CDC] & World Health Organization [WHO], 2013). A adaptação do GSHS foi aplicada para recolher informações sobre os comportamentos de saúde e fatores de risco/proteção de adolescentes-estudantes entre os 13 e 17 anos. Visa-se a reflexão sobre apoios e planos curriculares no âmbito de programas de educação para a saúde (WHO, 2018). O GSHS é respondido em forma de autorrelato, e as opções de resposta aos itens variam entre sim/não ou escolha múltipla, entre 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente) consoante o sentido da questão (CDC & WHO, 2013). Não existindo uma versão nacional, optou-se pela adaptação da versão portuguesa do Brasil – analisada do ponto de vista da fiabilidade e validade de conteúdo/facial, concorrente e constructo (Brito *et al.*, 2015) ao nível dos termos utilizados, construção frásica e conjugação verbal. No âmbito do nosso projeto, apenas se selecionaram hábitos alimentares, consumo de álcool e tabaco, saúde mental e atividade física.

2.3. Procedimentos

Os requisitos éticos para a realização da investigação e aplicação do questionário foram garantidos. Depois do parecer ético (nº 5.407.417, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) – Brasil), procedeu-se ao envio do consentimento informado, onde se explicitava todo o estudo. Como o questionário autoadministrado foi adaptado via *google forms*, todos os respondentes teriam de concordar inicialmente com a participação e só depois é que poderiam começar a responder. Nesta introdução, constava o direito ao anonimato e confidencialidade. O envio do link foi feito via diretores de turma que se responsabilizariam pela aplicação numa das suas salas de aula. A aplicação do questionário levou cerca de 10 minutos.

2.4. Análise Estatística

O tratamento dos dados foi feito com recurso ao Excel e ao Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 28. Previamente à análise inferencial, e dado ser um estudo exploratório, com uma amostra distinta da original, avaliou-se a análise da consistência interna do instrumento, cujos valores variaram entre .81 (saúde mental e sono) e .55 (AF). Dada a dependência do número de participantes, os valores foram considerados como aceitáveis na generalidade ($\alpha > .70$, Noonan *et al.*, 2009), sendo que a menor consistência na dimensão da AF é expectável dada a diversidade de comportamentos que compõem este domínio. Além dos procedimentos de estatística descritiva (médias e desvio-padrão), utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson, para investigar a interdependência entre os diferentes domínios da saúde, testando a hipótese de que os comportamentos de risco co-ocorrem. Finalmente, e no âmbito da estatística comparativa optou-se pelas técnicas paramétricas (t-student e ANOVA) para comparar grupos, assumindo o género, idade e o ciclo de escolaridade como variáveis moderadoras dos estilos de vida, conforme o modelo explicativo adotado.

2.5. Apresentação dos Resultados

A análise das correlações entre os vários módulos são apresentados na tabela 1, e os valores devem ser interpretados de acordo com as recomendações de Pestana & Gageiro (2008): fracas se inferiores a .39, moderados entre .40 e .69, elevados entre .70 e .89 e excelentes se superiores a .90. Como se constata, as correlações variam entre fracas (<.39) a moderadas (.40>r<.60), sendo significativas e positivas com o total, apesar do pequeno contributo do módulo do *bullying* no total, eventualmente por apenas ser constituído por um único item.

Tabela 1: Coeficiente de correlação de Pearson entre as secções do instrumento

	AF	CDA	Ha	SMS	B	TOTAL
AF	1					
CAD	.08	1				
HA	.16	.01	1			
SMS	.07	.25*	.12	1		
B	.09	.22	.22	.20	1	
TOTAL	.62**	.53**	.53**	.60**	.05	1

*p<.05, **p<.01; AF=atividade física; CAD=consumo de álcool; HA=hábitos alimentares; SMS=sauúde mental e hábitos sono; B =bullying;

Os resultados serão apresentados pela listagem das frequências de resposta aos itens por módulos: AF (tabela 2), consumo de substâncias (bebidas alcoólicas, tabaco - tabela 3), hábitos alimentares (tabela 4), saúde mental/sono (tabela 5), e *bullying* (não apresentado). Em seguida, o estudo comparativo, tendo-se optado pelas técnicas paramétricas (N>30, Marôco, 2021) - teste t-student nas variáveis dicotómicas (género, faixa etária e ciclo de escolaridade - tabela 6), e pela ONE-ANOVA nas variáveis ano escolaridade (tabela 7) e idade (tabela 8). O nível de significância de p<.05 foi assumido.

Tabela 2: Frequências (N e percentagem) de respostas: módulo Atividade Física (AF)

Itens:	Má	Normal	Boa	Excelente	
A tua saúde é:	1(1.3%)	9(11.8%)	22(30.3%)	43(56.6%)	
Durante uma semana típica, em quantas aulas de EF participas?	2x 53(69.7%)	>3x 23(30.3%)			
Realizas regularmente, AF no tempo livre (e.g., desporto, danças, leitura, etc?)	Não 19(25%)	Sim 57 (75%)			
Eu gosto de fazer AF	DT 1(1.3%)	Discordo	NC/ND 23(26.3%)	CT 52(68.4%)	
Consideras-te fisicamente ativo (pelo menos 60 min diários de AF em 5/+ dias)	Não sou, nem pretendo ser 3(3.9%)	Não sou, mas pretendo ser nos próximos 6 meses 10(13.2%)	Não sou, mas pretendo ser nos próximos 30 dias 8(10.5%)	Sou há menos de 6 meses 8(10.5%)	Sou fisicamente ativo há >6 meses 47(61.8%)
Nos últimos 7 dias, quantos foste fisicamente ativo pelo menos 60 min/dia?	1-2 dias 10(13.1%)	3-4 23(30.3%)	5-6 24(31.5%)	7 16(21.1%)	
Durante uma semana típica, em quantos dias és fisicamente ativo	17(22.3%)	20(26.3%)	27(35.6%)	12(15.8%)	



Itens:	Má	Normal	Boa	Excelente	
pelos menos 60 min/dia?					
Hobbies favoritos	Desporto 21(42.1%)	Conversar amigos 17(22.4%)	Videojogos/ Computador 9(11.8%)	Ler/escrever/ Música 15(19.7%)	Vários/ Outros 3(3.9%)
Como te deslocas para a escola?	A pé 29(38.2%)	Transportes Públicos 10(13.2%)	Carro 35(46.1%)	Mota 2(2.6%)	
Nos últimos 7 dias, quantos andaste a pé/bicicleta para ir e vir da escola?	0-1 31(32.9%)	2-3 10(13.2%)	4-5 8(10.5%)	6-7 27(35.6%)	
...em média, quanto tempo gastas para ir de casa para escola e vice-versa, por dia?	<20min 39 (51.3%)	21 a 30min 19(25%)	31 a 40min 8(10.5%)	41 a 50min 5(6.6%)	>51min 5(6.6%)
Nos dias aula (2 a 6ªf) quantas horas vês TV/dia?	Não vejo <1h/dia 49(64.5%)	1h/dia 16(21.1%)	2h/dia 6(7.9%)	3h/dia 3(3.9%)	>4h/dia 2(2.6%)
Nos fins-de-semana, quantas horas vês televisão por dia?	33(43.4%)	14(18.4%)	18(23.7%)	9(11.8%)	2(2.6%)
Nos dias aulas (2 a 6ªf) quantas horas usas o computador e/ou videojogos, por dia?	40(52.6%)	9(11.8%)	14(18.4%)	9(11.8%)	4(5.3%)
...quanto tempo passas sentado/ conversar com amigos/telefone... (não considerar TV/computador).	9(11.8%)	10(13.2%)	14(18.4%)	22(28.9%)	21(27.6%)
No fim-de-semana quanto tempo passas sentado/ conversar com amigos/telefone, jogar cartas, ler, estudar? (não considerar TV/computador).	8(10.5%)	14(18.4%)	10(13.2%)	18(23.7%)	26(34.2%)

No âmbito da prática de AF, os resultados tendem a ser positivos, apontando para uma prática regular, pelo menos nas aulas de EF, com a maioria a considerar que tem uma boa a excelente qualidade de saúde, e reportando menos tempo de inatividade (e.g., sentado a ver televisão) mesmo ao fim de semana. A maioria desloca-se de carro para a escola, gastando tendencialmente, em média, menos de 20 minutos. Quanto ao consumo de substâncias (tabela 3), a maioria já teve alguma experiência com a ingestão de bebidas alcoólicas, e seis participantes reportam que provaram bebidas alcoólicas antes dos 9 anos, e 22 entre os 14-15 anos. O número de doses diárias é ser baixa, destacando-se 16 participantes que beberam mais do que 3/4 doses por dia, nos últimos 30 dias.

Tabela 3: Frequências (N e percentagem) de respostas: módulo Consumo de substâncias

Itens:	Nunca	<9 anos	12 a 13 anos	14-15 anos	16 a 17 anos
Quantos anos tinhas quando ingeriste uma bebida alcoólica pela 1ª vez?	28(36.8%)	6(7.9%)	13(17.1%)	22(28.9%)	7(9.2%)
Nos últimos 30 dias, em quantos	Nunca	1-2dias	3-5dias	6-9dias	10-19 dias



Itens:	Nunca	<9 anos	12 a 13 anos	14-15 anos	16 a 17 anos
consumiste pelo menos uma dose de bebidas alcoólicas?	48(63.2%)	18(23.7%)	5(6.6%)	3(3.9%)	2(2.6%)
Nos últimos 30 dias (em que consumiste bebidas alcoólicas), quantas doses bebeste por dia?	Nunca/<1dose 50(65.8%)	1-2 doses 10(13.1%)	3-4 doses 4(5.2%)	>5doses 12(15.8%)	
Nos últimos 30 dias, como compraste a bebida alcoólica que consumiste?	Não consumi 48(63.2%)	Familiares 2(2.6%)	Amigos 6(7.9%)	Bar/Restaurante 11(14.5%)	Outros 9(11.8%)
Durante a tua vida, quantas vezes ficaste embriagado?	0 vezes 51(67.1%)	1-2 vezes 10(13.2%)	3-9 vezes 8(10.5%)	>5 vezes 7(9.2%)	
Quantas vezes tiveste de ressaca/ problemas com família/amigos, faltaste à escola devido a bebidas alcoólicas?	Nenhuma 62(81.6%)	1-2 vezes 8(10.5%)	3-9 vezes 2(2.6%)	>10 vezes 4(5.3%)	
Quantos anos tinhas quando experimentaste cigarros pela 1ª vez?	12-13 anos 5(6.6%)	14-15 anos 15(19.7%)	>16 anos 2(2.6%)	Nunca 54(71.1%)	
Durante os últimos 30 dias, em quantos fumaste cigarros?	Nenhum dia 65(85.5%)	1-2 dias 5(6.6%)	3-5 dias 1(1.3%)	20-29 dias 2(2.6%)	30 dias 3(3.9%)
Nos últimos 30 dias, em quantos usaste outro tipo de tabaco (charuto, etc.)?	70(92.1%)	6(7.9%)			
Durante os últimos 12 meses, já tentaste parar de fumar cigarros?	Não 6(7.9%)	Tentei parar 10(13.2%)		Nunca fumei 60(78.9%)	
Durante os últimos 7 dias, em quantos dias alguém fumou na tua presença?	0 dias 33(43.4%)	1-2 dias 21(27.6%)	3-4 dias 7(9.2%)	5-6 dias 3(3.9%)	Todos os dias 12(15.8%)
Qual dos teus pais ou responsáveis fumam?	Nenhum 55(72.4%)	Mãe 7(9.2%)	Pai 9(11.8%)	Os dois 5(6.6%)	

A ingestão de bebidas alcoólicas ocorre com amigos e/ou em restaurantes/bares, com 25 a reportar que já se embriagaram ao longo da vida, apesar destes 14 afirmarem que nunca tiveram uma ressaca/sentiram-se doentes depois da mesma. A maioria nunca fumou, e dos que fumaram a idade da primeira experiência foi tendencialmente entre os 14 e os 15 anos. Quem fuma opta pelo cigarro. A maioria dos pais é não-fumadora.

Do ponto de vista alimentar (tabela 4), constata-se a frequência de ingestão de frutas e verduras (maioria reporta entre 1 a 3 vezes, durante 6-7 dias por semana), apesar de poucos participantes (n=56) afirmarem que não bebem sumos de fruta naturais ou apenas 1x/dia. Nove participantes reportam passar fome algumas ou na maioria das vezes.

Tabela 4: Frequências (N e percentagem) de respostas: módulo Hábitos Alimentares

Itens:	Não comi/bebi	1 – 2 vezes	3-4 vezes	>5 vezes
Nos últimos 30 dias, quantas vezes, comeste frutas por dia?	2(2.6%)	40(52.6%)	20(26.3%)	14(18.4%)
... quantas vezes comeste verduras e hortaliças por dia?	2(2.6%)	49(64.5%)	10(13.1%)	15(19.7%)
...quantas vezes bebeste sumo natural	22(28.9%)	41(54.9%)	8(10.5%)	5(6.6%)



Itens:	Não comi/bebi	1 – 2 vezes	3-4 vezes	>5 vezes	
frutas por dia?					
...quantas vezes sentiste fome porque não tinhas comida suficiente em casa?	Nunca 55(72.4%)	Raramente 12(15.8%)	Algumas x 6(7.9%)	Maioria x 3(3.9%)	
Em quantos dias da semana (2-6 ^{af}) comes frutas ou bebes sumos naturais de frutas?	0 dias 3(3.9%)	1 -2 dias 10(13.1%)	3-4 dias 11(14.5%)	5 -6 dias 13(17.1%)	7 dias 39(51.3%)
Quantos dias da semana (2-6 ^{af}) comes verduras (saladas, tomate, cenoura, etc.)?	4(5.3%)	8(10.5%)	24(31.5%)	17(22.3%)	32(42.1%)

No âmbito do *bullying* todos reportam não ter sofrido nos últimos 12 meses, e não sofrer com esta questão (n=73, 96.1%), apesar de 3 participantes que sofreram *bullying* nos últimos 30 dias, tendo um (1.3%) sido ridicularizado/a pela aparência/corpo e dois (2.6%) sentiram-se isolados/ignorados. Na tabela 5, no módulo de saúde mental e sono, a maioria já se sentiu sozinha pelo menos, algumas vezes a sempre, apesar de mais de metade raramente ou nunca terem perdido o sono por alguma preocupação, classificando a qualidade de sono como boa, muito boa ou excelente. Apenas 15 participantes consideram que dormem bem à noite. A maioria não pensou em suicídio, apesar de 10 terem respondido afirmativamente. Os alunos tendem a dormir entre 6-8h/noite.

Tabela 5: Frequências (N e percentagem) de respostas: módulo Saúde mental e sono

Itens:	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Maioria das vezes	Sempre
Durante os últimos 12 meses, quantas vezes te sentiste sozinho(a)?	3(3.9%)	11(14.5%)	27(35.5%)	16(21.1%)	19(25%)
... com que frequência estiveste tão preocupado(a) com alguma coisa que não conseguiste dormir à noite?	13(17.1%)	31(40.8%)	13(17.1%)	19(25%)	
... dormes bem...?	4(5.3%)	11(14.5%)	21(27.6%)	32(42.1%)	8(10.5%)
Durante os últimos 12 meses, sentiste-te “muito triste” ou “sem esperança”, quase todos os dias, durante ≥2 semanas seguidas, ao ponto de teres de parar de fazer as tuas atividades normais?	Não 53(69.7%)	Sim 23(30.3%)			
Durante últimos 12 meses, já pensaste em suicídio?	66(86.8)	10(13.2%)			
..., fizeste planos sobre tentar suicídio?	71(93.4%)	5(6.6%)			
Quantos amigos tens? (c/quem podes contar se precisares)	0 1(1.3%)	1 7(9.2%)	2 14(18.4%)	>3 54(71.1%)	
A qualidade do teu sono é?	Má	Normal	Boa	Muito boa	Excelente

Itens:	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Maioria das vezes	Sempre	
	14(18.4%)	22(28.9%)	12(15.8%)	17(22.4%)	11(14.5%)	
Durante semana em média, quantas h dormes/dia?	<6 horas 6(7.9%)	6 horas 15(19.7%)	7 horas 25(32.9%)	8 horas 19(25%)	9 horas 6(7.9%)	>10 horas 5(6.6%)
No fim de semana, em média, quantas h dormes por dia?	1(1.3%)	3(3.9%)	10(13.2%)	19(25%)	19(25%)	11(14.5%)

Ao nível do género (tabela 6) apenas se constata diferenças significativas no módulo da saúde mental, com os participantes a tenderem a mostrar melhores valores médios, do que as participantes. A análise comparativa por faixa etária e ciclo de escolaridade apresentam resultados similares com diferenças significativas ao nível do consumo de substâncias (bebidas alcoólicas e tabaco), nos hábitos alimentares, saúde mental e sono, que se repercutem no total.

Tabela 6: Estudo comparativo dos resultados nas variáveis género, faixa etária e ciclo de escolaridade

	Género			Faixa Etária			Ciclo Escolaridade		
	Fem	Masc	<i>p</i>	≤15anos	≥16anos	<i>p</i>	3ºciclo	Secun	<i>p</i>
AF	46.95±10.3	49.27±8.73	.15	46.87±10.5	48.97±8.8	.18	50.6±9.3	47.5±9.6	.16
Alcool	19.6±4.4	19.6±4.5	.50	21.9±3.3	17.95±4.4	<.001	23.7±.89	18.8±4.4	<.001
Tabaco	17.7±3.9	18.3±3.73	.24	19.97±1.9	16.48±4.2	<.001	20.67±.49	17.44±3.99	<.001
CADtotal	42.07±8.7	41.89±8.3	.46	44.69±6.6	40.02±9.1	.008	50.2±3.7	40.45±8.22	<.001
HA	22.73±6.13	21.8±6.17	.27	23.94±5.4	21.11±6.4	.02	23.33±5.9	22.11±6.2	.26
SMS	20.4±6.5	23.88±4.33	.004	23.43±5.9	21±5.6	.04	26.17±5.2	21.3±5.6	.004
B	7.93±.35	7.97±.17	.25	7.94±.35	7.95±.21	.40	8±0	7.94±.30	.24
TOTAL	149.38±19.0	153.9±13.2	.13	155.97±17.5	148.0±15.2	.02	167.4±15.5	148.3±14.9	<.001

p*<.05, *p*<.01; AF=atividade física; CAD=consumo de alcool/tabaco_total; HA=hábitos alimentares; SMS=sauúde mental e sono; B&V=bullying;

Na tabela 7 reportam-se os valores relativos ao valores médios e desvio-padrão entre os anos de escolaridade, lembrando que a valores médios mais elevados a nível do consumo corresponde a respostas mais positivas (i.e., nunca consumiram). Os dados apontam a existência de diferenças em quase todos os módulos, exceto AF e *bullying* (e por isso não apresentados). Ao nível do ano de escolaridade as diferenças envolvem maioritariamente os estudantes dos anos inicial (7ºano) e terminal (10º e 12ºano), com diferenças em quase todos os módulos, exceção, mais uma vez, aos módulos de AF, hábitos alimentares e *bullying*.

Tabela 7: Estudo comparativo dos resultados na variável anos de escolaridade

	Ano escolaridade						<i>p</i> (entre grupos)
	7º ano	8º ano	9º ano	10º ano	11º ano	12º ano	
Álcool	23.9±.31	-----	22.5±2.12	19.7±4.7	19.5±3.7	19.6±4.35	<.001
Tabaco	20.8±.42	-----	20±0	19±2.8	16.95±3.2	17.95±3.9	.003
CADtotal	51.7±.48	-----	42.5±2.1	39.9±7.8	43.15±6.5	41.99±8.5	<.001
SMS	27.3±4.9	-----	20.5±.71	22.2±5.6	20.35±5.34	21±6.1	.03
TOTAL	168.7±16.3	-----	161±12.7	149±13.7	151.7±15.3	143.31±15.9	.002

p<.05; CAD=consumo de álcool/tabaco_total; SMS=sáude mental e sono;

Finalmente, em função da variável idade (tabela 8), repete-se o procedimento (valores médios e desvio-padrão, e depois o estudo comparativo).

Tabela 8: Estudo comparativo dos resultados na variável idade

	13 anos	14 anos	15 anos	13 vs 15	16 anos	17 anos	13 vs 17	15 vs 17	13 vs 18	p (entre grupos)
Álcool	23.9±3.2	22.5±2.1	20.8±3.7		18.8±4.9	17.8±4.1	.007		.02	<.001
Tabaco	20.8±4.2	20±0	19.55±2.3		17.6±3.5	15.83±4.6	.02	.04		<.001
CADtot	51.8±4.8	42.5±2.1	41.4±5.8	.04	41.5±9.7	39.1±8.7	.005			.003
SMS	27.3±4.9	20.5±.71	21.8±5.8		22.1±5.2	21.1±5.6			.02	.008
TOTAL	168.7±16.2	161±12.7	148.7±14.8	.04	153.7±13.6	145.9±12.7	.01		.02	.001

p<.05; p<. CAD=consumo de álcool/tabaco_total; SMS=sáude mental e sono;

3. Discussão de Resultados

A escola é um espaço privilegiado para a implementação de políticas públicas e para a investigação no âmbito da formação e educação para a saúde, dado os hábitos adquiridos nesta fase tenderem a prolongar-se na idade adulta (Armocida *et al.*, 2022; Zappe *et al.*, 2018). Há necessidade de se conhecer a realidade de cada escola e agrupamento, no sentido da monitorização dos fatores de risco e de proteção para a saúde para a promoção de estilos de vida ativos e saudáveis (Costa *et al.*, 2018; OECD, 2021). A identificação do perfil comportamental - ao nível da AF, hábitos alimentares, consumo de substâncias (álcool e tabaco), saúde mental e sono dos estudantes adolescentes permitirá uma intervenção mais ajustada, com adaptação de conteúdos programáticos para ir ao encontro das necessidades inerentes a esta fase de desenvolvimento, cheia de mudanças maturacionais (Nery *et al.*, 2020), num contexto escolar específico onde o peso dos amigos e a desvalorização da opinião dos pais (Duell *et al.*, 2020) contribuem para experiências novas e a adoção de comportamentos de risco (Francisco *et al.*, 2019; Nery *et al.*, 2020). Este período de vida implica uma atenção particular a hábitos (alimentares, consumos, atividade física, sono, entre outros) que em conjugação com as alterações hormono-emocionais propiciam alguns desafios para a saúde (Swayer *et al.*, 2018; Zappe *et al.*, 2018) tais como perturbações alimentares ou consumo de substâncias, com possíveis consequências para a vida toda (Armocida *et al.*, 2022; Zappe *et al.*, 2018).

Os nossos resultados apontam para um estilo de vida tendencialmente saudável, com uma prevalência de prática de AF superior à reportada na literatura (Paredes-Iragorri & Patiño-Guerrero, 2019; Pengpid & Peltzer, 2021; Rodrigues *et al.*, 2020; Sancí *et al.*, 2018a). Esta dissonância pode ser interpretada à luz do modelo WSCC onde o microsistema escolar assume um papel determinante. O facto da maioria realizar AF de forma regular, destaca o contributo que a Educação Física (EF), frequentada pelo menos 2x/semana, assume e que é do interesse e motivação da maioria dos respondentes, com apenas três participantes a não demonstrarem interesse em serem fisicamente ativos. A prática de AF, enquanto fator protetor (Faustino *et al.*, 2020; Tandon *et al.*, 2022) alinha-se com um bom nível de saúde (Akseer *et al.*, 2020), podendo justificar a maioria das respostas que se posicionam entre saúde excelente e boa. A escola não é apenas um local de instrução, mas um espaço de promoção de competências motoras e motivação intrínseca, funcionando como um fator de proteção que mitiga as tendências globais de inatividade física.

O desporto é também um dos hobbies mais reportados, com os participantes do género masculino a apresentar melhores resultados médios (Marques *et al.*, 2019; Paredes-Iragorri & Patiño-Guerrero, 2019; Sancí *et al.*, 2018), que, no entanto, não se refletem em diferenças entre géneros, eventualmente explicado pela oferta mais inclusiva ou cultura escolar que incentiva a participação equitativa. Realça-se a tendência para a deslocação para a escola, maioritariamente de transportes

(públicos e privados) em detrimento da deslocação em pé, eventualmente pela distância a que vivem da escola, ou por aproveitarem a saída dos pais para os locais de emprego, ficando a escola no caminho. A média gasta na deslocação é de menos de 20 minutos, corroborando as respostas anteriores. É interessante realçar que os nossos resultados não se alinham com outros a nível internacional (Guthold *et al.*, 2020), mas também nacional (Marques *et al.*, 2018). Contudo, o facto de a deslocação para a escola ser maioritariamente passiva revela uma barreira do exossistema: o planeamento urbano e as rotinas laborais dos pais (transporte boleia) parecem condicionar a AF utilitária, limitando as oportunidades de exercício incidental no quotidiano dos jovens.

Ao nível dos comportamentos mais sedentários (e.g., ver TV, computador, entre outros) constata-se, e ao contrário das expectativas, que a maioria dos participantes não despende muito tempo durante toda a semana, incluindo os dias de fim de semana. No entanto, os jovens preferem o computador à TV. A frequência de conversar com os amigos (pessoalmente ou via telefone) contribui para maior sedentarismo do que a TV/computador, destacando-se as participantes do género feminino a preferir esta opção, apesar de mais uma vez não se identificarem diferenças significativas entre géneros. A análise permite-nos teorizar que estes adolescentes utilizam as tecnologias não como uma alternativa à atividade, mas como uma extensão das suas necessidades de socialização. O facto de a conversa com amigos (pessoalmente ou via telefone) ser a principal atividade sedentária, especialmente no género feminino, reforça a importância da pertença ao grupo e do desenvolvimento psicossocial nesta fase. Em termos práticos, isto significa que o sedentarismo nesta amostra tem uma natureza predominantemente social e afetiva, e não apenas uma dependência passiva da tecnologia, o que oferece uma perspetiva menos patológica sobre o tempo de ecrã nesta comunidade escolar específica.

Os resultados relativos ao consumo de álcool confirmam a adolescência como um período crítico de experimentação, caracterizada por uma maior vulnerabilidade à pressão do grupo de pares e pela procura de novos estatutos sociais. A maioria já teve alguma experiência com a ingestão de bebidas alcoólicas, com as experiências a iniciarem-se na transição para o ensino secundário, por volta dos 14-15 anos (Armocida *et al.*, 2022; Palácio *et al.*, 2021; Paredes-Iragorri & Patiño-Guerrero, 2019). O consumo de bebidas alcoólicas é baixo, e apenas dois participantes reportam que consumiram, pelo menos, uma dose entre 10 a 19 dias e três entre 6 a 9 dias, com 12 a avançar com a ingestão de mais de 5 doses nos últimos 30 dias. A maioria nunca se embriagou, mas 25 já passaram pela situação de embriaguez, com 14 participantes a reportar que já faltaram às aulas/ficaram de ressaca. A aquisição/compra das bebidas é mais frequente nos bares/restaurantes, outros e por amigos. A supervisão destes comportamentos, na escola e em casa, é fundamental dado o consumo ser um dos preditores da saúde mental (Palácio *et al.*, 2021; Wijbenga *et al.*, 2022). Embora a maioria dos participantes apresente um consumo baixo, a ocorrência de episódios de embriaguez e de faltas às aulas por "ressaca" em cerca de 10% da amostra é preocupante. Estes dados sugerem que, para uma franja da população escolar, o álcool não é apenas uma experiência isolada, mas um comportamento com impacto direto no microsistema escolar e no desempenho académico. O género masculino tende a consumir mais (Paredes-Iragorri & Patiño-Guerrero, 2019), mas os nossos resultados não indicam diferenças entre géneros, eventualmente porque as participantes acompanhem os seus pares nas saídas noturnas (Silvestre *et al.*, 2015). A ausência de diferenças entre géneros no consumo de álcool, contrariando a tendência histórica de maior prevalência masculina reforça a hipótese de uma convergência de estilos de vida" entre adolescentes. As raparigas parecem estar a adotar padrões de socialização noturna idênticos aos dos rapazes, o que exige que as estratégias de prevenção deixem de ser diferenciadas por género e passem a focar-se na gestão da pressão social e na literacia para a saúde em contextos de lazer. Além disso, a facilidade de aquisição em bares e restaurantes aponta para uma falha no exossistema (fiscalização e cumprimento da lei), que deve ser endereçada por políticas públicas mais rigorosas.

A primeira experiência tabágica é mais relevante a partir dos 14 anos (Paredes-Iragorri & Patiño-Guerrero, 2019; Sancí *et al.*, 2018), alinhando-se com a transição para o ensino secundário. Apenas cinco participantes reportaram uma experiência mais precoce (12-13anos) – alinhando-se com dados na região do Porto (Domingues *et al.*, 2014), com a maioria a não ter hábitos tabágicos. Apenas cinco participantes são fumadores (regulares), fumando em pelo menos 20 a 30 dias no último mês. O tabaco é o escolhido, com poucos a experimentar outro tipo (cachimbo) (Domingues *et al.*,

2014). A grande maioria não convive com pessoas fumadoras, o que pode ser um bom indicador (Pengpid & Peltzer, 2021). Os participantes fumadores poderão estar mais habituados ao consumo do tabaco pelos pais e/ou amigos. Esta baixa prevalência de fumadores regulares e a escassa exposição ao fumo passivo em casa são indicadores positivos, inferindo-se que as campanhas de desnormalização do tabaco nas últimas décadas, aliadas a leis de restrição de fumo em espaços públicos (macrossistema), surtiram um efeito protetor geracional. No nosso estudo, o género masculino tende para menores valores médios, indiciando maior consumo, alinhando-se com outros resultados (Ministério de Salud, 2016; Paredes-Iragorri & Patiño-Guerrero, 2019). A relação entre o tabaco e a socialização noturna não deve ser ignorada. Sendo o tabaco um conhecido preditor para o consumo de outras substâncias, a sua monitorização é vital (Domingues *et al.*, 2014). Há a lembrar os efeitos negativos do consumo deste tipo de substâncias e a necessidade da diminuição destes comportamentos (Plano Nacional de Saúde, 2015), pelo que a intervenção não deve focar-se apenas no indivíduo, e novas estratégias (e.g., leis, programas de sensibilização, monitorização da proibição de venda a menores) devem ser planeadas (Domingues *et al.*, 2014).

A análise comparativa revelou que o avanço na trajetória escolar (do 7.º para o 12.º ano) e o aumento da idade (especialmente a partir dos 16 anos) funcionam como catalisadores para o consumo de substâncias (Abdalmaleki *et al.*, 2022), eventualmente pela maior liberdade e necessidade de autoafirmação. A tendência crescente observada não é apenas um dado estatístico, mas um indicador de que o reforço do convívio social e a maior liberdade de circulação expõem o adolescente a contextos de risco onde o consumo de álcool e tabaco serve como um passaporte para a aceitação no grupo de pares (Francisco *et al.*, 2019). O facto de os rapazes apresentarem valores ligeiramente superiores reforça a persistência de modelos de masculinidade ainda associados à experimentação de comportamentos de risco, o que exige intervenções preventivas que trabalhem a resistência à pressão social nestas idades críticas. Esta análise carece de um aprofundamento dado o consumo de álcool e tabaco contribuírem para o aparecimento de doenças responsáveis por taxas mais elevadas de mortalidade (Costa *et al.*, 2018; OCDE, 2021). Esta tendência é potenciada pelos hábitos alimentares que se reflete no excesso de peso e obesidade.

Os nossos resultados apontam a pouca ingestão de frutas/verduras, tendencialmente a ser ingeridas 1 a 4x/mês, com apenas 14-15 respondentes a avançar com um número superior a 5, pelo que novas medidas poderão ser equacionadas (Despacho n.º 8127/2021). Estes valores alinham-se com estudos nacionais (Peralta *et al.*, 2019) e internacionais (Paredes-Iragorri & Patiño-Guerrero, 2019; Pengpid & Peltzer, 2021; WHO & MPH, 2024) e evidencia a necessidade de maior atenção à transição nutricional nesta comunidade escolar. Os sumos de fruta conhecem um ligeiro aumento (52 participantes afirmam que os bebem em 5+ dias por semana, ocorrendo situação idêntica com as verduras/saladas). Uma das questões a analisar passa pelo índice de massa corporal (Alsaffar, 2015), pelo impacto dos atuais hábitos alimentares (Francisco *et al.*, 2019). A preferência por sumos em detrimento da peça de fruta inteira pode indicar uma procura por conveniência e rapidez, típica das rotinas escolares compactas, Esta inferindo-se uma menos boa nutrição não é apenas uma escolha individual, mas um reflexo da disponibilidade e acessibilidade alimentar na escola e em casa. A manutenção de hábitos alimentares deficitários, quando conjugada com o consumo de substâncias e o sedentarismo discutidos anteriormente, cria um efeito de sinergia negativa para a saúde metabólica. Como o excesso de peso e a obesidade são fenómenos multicausais, a redução da frequência do pequeno-almoço com o avançar da idade (Akseer *et al.*, 2020; Peralta *et al.*, 2019; Rodrigues *et al.*, 2016) surge como um marcador de desorganização das rotinas diárias.

Neste campo, há a realçar a existência de grandes superfícies e mesmo de restaurantes fast-food que podem condicionar os hábitos alimentares dos estudantes, dada a venda de produtos processados e com altos valores calóricos, com ausência de verduras e frutas (Francisco *et al.*, 2019; Peralta *et al.*, 2019; Silva *et al.*, 2016). Este ambiente exerce uma pressão constante sobre as escolhas dos estudantes, oferecendo alternativas hipercalóricas que competem diretamente com a oferta regulada do micro sistema escolar. A própria diminuição de sumos de fruta poderá estar associada à facilidade de aquisição de refrigerantes (Akseer *et al.*, 2020; Peralta *et al.*, 2019; Rodrigues *et al.*, 2016) que atua como um determinante ambiental que pode neutralizar as intenções individuais de uma alimentação saudável. A constatação de que nove participantes reportam sentir fome frequentemente é um indicador crítico que exige uma reflexão sobre a



segurança alimentar e a eficácia das medidas de apoio social escolar, sugerindo que as disparidades socioeconômicas podem estar a manifestar-se de forma silenciosa mas impactante no rendimento e bem-estar dos alunos.. Não existem diferenças neste módulo ao nível de nenhuma das variáveis analisadas, parecendo ser uma questão global para todos os alunos, apesar da maior preocupação com a alimentação pelas participantes (Costa *et al.*, 2018; OCED, 2021; Sancí *et al.*, 2018) que tendem a consumir mais fruta/vegetais (Peralta *et al.*, 2019). A introdução de noções básicas de nutrição nos planos curriculares poderá ser um tema a considerar na agenda nacional. As medidas de promoção da saúde devem focar-se não apenas na proibição de alimentos insalubres, mas na reeducação dos ritmos de vida dos adolescentes, garantindo que a escola continue a ser um espaço de regulação nutricional face às pressões de um ambiente externo.

No domínio da saúde mental e do sono, os resultados revelam uma dualidade importante. Embora a maioria reporte padrões de sono normativos (6-8h) - cuja média tende a aumentar ligeiramente ao fim de semana, eventualmente decorrente de não terem atividades letivas/desportivas, a vulnerabilidade emocional manifesta-se de forma aguda numa minoria significativa. . A existência de pensamentos e planos suicidas em cerca de 10% da amostra desloca a discussão de um plano puramente estatístico para uma urgência de intervenção psicossocial. Estes dados indiciam que, para alguns adolescentes, os mecanismos de *coping face* às pressões da idade e do contexto (social) estão esgotados, , pelo que a escola deve estar atenta e providenciar serviços de apoio no âmbito de um acompanhamento mais individual a estes estudantes e famílias. A prevalência de menor nível de saúde mental no género feminino, associada à má qualidade de sono e ao isolamento social, corrobora a literatura que aponta para uma maior internalização do sofrimento emocional nas raparigas (Costa *et al.*, 2018; OECD, 2021). Esta situação pode relacionar-se com a má qualidade de sono (n=14) e com inexistência/poucos amigos. A saúde mental atua como um elo onde convergem os restantes comportamentos de risco. A má qualidade do sono não é apenas um sintoma isolado, mas um fator que desregula a gestão do stress e potencia a vulnerabilidade emocional. Consequentemente, a intervenção escolar não deve ser fragmentada; a promoção da saúde mental deve estar intrinsecamente ligada à regulação das rotinas biológicas (sono e alimentação) e ao fortalecimento das redes de apoio (amigos e família). Esta visão sistémica permite concluir que o sucesso de uma agenda de saúde nacional depende da capacidade de transformar a escola num espaço de acolhimento individualizado, capaz de detetar precocemente sinais de rutura emocional que as médias estatísticas tendem a camuflar. Uma atenção especial deve ser dada à acumulação dos comportamentos de risco, tal como à idade do início e condições das primeiras experiências (Wijbenga *et al.*, 2022).

O período da adolescência é marcado por inúmeras mudanças (Nery *et al.*, 2020; Zappe *et al.*, 2018), nem sempre compreendidas imediatamente pelos próprios e/ou pares significativos e que interferem na sua própria auto-estima e forma de estar com os outros, pela crescente influência dos amigos/pares da mesma idade (Duell *et al.*, 2020; Peralta *et al.*, 2019), apesar de novas perspetivas apontarem a possível influência positiva dos mesmos (Ahmed *et al.*, 2020; Do *et al.*, 2020). As diferenças significativas neste módulo situam-se entre o 7ºano e 11º ano e refletem a pressão escolar: a proximidade dos exames nacionais e as primeiras dinâmicas de namoro (vs. rejeição) podem ser fatores stressores que concorrem para estes resultados. Esta interdependência entre comportamentos de risco, desempenho académico, hábitos alimentares e saúde mental (Armocida *et al.*, 2022; Johnson *et al.*, 2019) reforça a ideia que o desempenho académico e o equilíbrio emocional não são variáveis isoladas.

Os nossos resultados apontam para índices positivos ao nível do *bullying* não havendo tendência para situações desta natureza, apesar de três participantes reportarem alguma vivência de exclusão, por se terem sentido segregados e/ou pela aparência física/corpo. Contudo, os índices positivos encontrados não devem conduzir à complacência. A interpretação qualitativa dos dados de exclusão por aparência física revela que o corpo continua a ser um campo de batalha para a aceitação social. Mesmo sendo uma minoria, estes casos de segregação indiciam a persistência de normas estéticas rígidas no microsistema escolar que podem atuar como precursores de perturbações alimentares ou isolamento depressivo, aspetos que as intervenções de promoção de saúde devem abordar através da literacia para a imagem corporal e empatia.

Decorrente da adaptação do instrumento original foi necessário analisar a fiabilidade pela consistência interna cujos valores apontaram adequabilidade dos itens e módulos, apesar da necessidade de aprofundar esta questão, mesmo inferindo que os valores mais baixos e inferiores a .70 (AF e alimentação) podem ter decorrido do tipo de questões e do número da amostra (Marôco, 2021). As correlações entre os módulos variam entre fracas e moderadas (Pestana & Gageiro, 2008), tal como expectável, dado avaliarem itens e conceitos distintos, mas que de alguma forma se relacionam entre si. Apenas o *bullying* não contribui significativamente para o total, possivelmente explicado pelo tipo e número de itens, selecionados de acordo com o que parecia ser mais ajustado ao universo dos participantes.

4. Conclusão

A identificação dos comportamentos de risco para a saúde, especialmente na adolescência (Akseer *et al.*, 2020; Armocida *et al.*, 2022) assume-se como um indicador para a reorganização escolar, seja no âmbito da provisão de apoios/intervenções ajustados às necessidades de todos os alunos a que atende - para uma educação para a saúde; na seleção de conteúdos funcionais e que contribuam positivamente para estilos de vida saudáveis e para a prevenção de futuras doenças crónicas não transmissíveis (WHO, 2017), e na monitorização dos níveis de saúde deste subgrupo, podendo contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas para a prevenção de doenças e promoção de saúde. A nível nacional, o foco centra-se apenas na análise de um único fator (Silvestre *et al.*, 2015), sendo poucos os estudos que envolvem esta análise após o período pandémico (The Lancet Child & Adolescent, 2019). A adolescência é um período de maior vulnerabilidade que pode conduzir à adoção de comportamentos de risco e de experiências que se menos orientadas poderão conduzir a hábitos menos saudáveis e que se consolidam ao longo da vida (Johnson *et al.*, 2019).

Os nossos resultados apontam para uma população estudantil com hábitos de saúde tendencialmente saudáveis – como a frequência da EF em todos os anos da escolaridade obrigatória, apesar da necessidade de uma visão mais aprofundada em alguns módulos visando a diminuição de consumos de substâncias aditivas e a promoção de uma alimentação mais equilibrada. O consumo de álcool/tabaco não emerge como um problema de relevo, mas recomenda-se uma atenção particular a este nível e incluindo outras substâncias aditivas. A educação para hábitos saudáveis (e.g., alimentação, AF) deve espelhar-se nos conteúdos curriculares. A formação académica deve então incluir teoria e prática sobre comportamentos protetores, dado a educação para a saúde não se limitar aos profissionais de saúde mas envolver também professores e famílias, organizações (desportivas, sociais, religiosas...) e meios de comunicação. Por outro lado, se a influência dos amigos pode ter um papel positivo na regulação comportamental (Do *et al.*, 2020) então esta formação é ainda mais relevante, devendo incluir também competências sociais que, por sua vez, atuarão como fator protetor de saúde mental.

Um estudo desta natureza tem sempre um conjunto de limitações destacando a amostra reduzida e circunscrita apenas a uma escola: os resultados encontrados devem ser interpretados com cautela, dado não representarem o universo de alunos. Teria sido interessante ter complementado a informação obtida por autorrelato, com versões para pais e professores para um melhor conhecimento da realidade dos intervenientes ao longo do processo educativo. Apesar de ser um instrumento utilizado a nível mundial, e dadas as diferenças socioculturais entre países, sugere-se a análise da validade e fiabilidade do instrumento para a utilização em Portugal para depois ser aplicado a uma amostra significativa e representativa de estudantes a nível distrital e eventualmente nacional, incluindo também os alunos com necessidades de medidas de apoio. A análise da relação entre comportamentos de saúde e rendimento escolar é outra sugestão. A análise do efeito de variáveis influenciadores de hábitos (estilo parental, estatuto socioeconómico familiar, índice massa corporal) deve ser adicionada. A implementação de campanhas e programas de sensibilização, nos mais diversos setores (e.g., menor exposição e publicidade ao consumo de bebidas alcoólicas nos *mass media*) e a monitorização dos seus efeitos é outro tópico para a investigação. A identificação do perfil comportamental dos estudantes, inclusive por estudos comparativos entre agrupamentos e regiões, pode ajudar as escolas a identificar fatores que influenciam os comportamentos juvenis, e a repensarem sobre estruturas curriculares e conteúdos programáticos, no sentido de se ajustarem os programas de

educação para a saúde, que devem começar numa idade precoce, às necessidades particulares e à interdependência entre comportamentos e variáveis.

5. Referências Bibliográficas

- Abdalmaleki, E., Abdi, Z., Isfahani, S. R., Safarpour, S., Haghdoost, B., Sazgarnejad, S., & Ahmadnezhad, E. (2022). Global school-based student health survey: country profiles and survey results in the eastern Mediterranean region countries. *BMC public health*, 22(1), 130. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12502-8>
- Ahmed, S., Foulkes, L., Leung, J., Griffin, C., Sakhardande, A., Bennett, M., Dunning, D., Griffiths, K., Parker, J., Kuyken, W., Williams, J., Dalgleish, T., & Blakemore, S.-J. (2020). Susceptibility to prosocial and antisocial influence in adolescence. *Journal of Adolescence*, 84(1), 56–68. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2020.07.012>
- Akseer, N., Mehta, S., Wigle, J., Chera, R., Brickman, Z., Al-Gashm, S., Sorichetti, B., Vander Morris, A., Hipgrave, D., Schwalbe, N., & Bhutta, Z. (2020). Non-communicable diseases among adolescents: current status, determinants, interventions and policies. *BMC Public Health*, 20(1), 1908. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09988-5>
- Alsaffar, A. (2015). Sustainable diets: The interaction between food industry, nutrition, health and environment. *Food Science & Technology International*, 22(2), 102-111
- Armocida, B., Monasta, L., Sawyer, S., Bustreo, F., Segafredo, G., Castelpietra, G., Ronfani, L., Pasovic, M., Hay, S., GBD 2019 Europe NCDs in Adolescents Collaborators, Perel, P. & Beran, D. (2022). Burden of non-communicable diseases among adolescents aged 10–24 years in the EU, 1990–2019: a systematic analysis of the Global Burden of Diseases Study, *Lancet Child & Adolescent Health*, 6: 367–83, [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(22\)00073-6](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(22)00073-6)
- Brito, A., Hardman, C, e de Barros, M. (2015). Prevalence and factors associated with the co-occurrence of health risk behaviors in adolescents. *Revista Paulista de Pediatria*, 33(4), 423–430. <https://doi.org/10.1016/j.rpped.2015.02.002>
- Center for Disease Control and Prevention (CDC) & World Health Organization (WHO). (2013). *Global School-based Student Health Survey*, GSHS Data User's Guide. CDC e WHO, 1-16.
- Costa, A., Silva, C., Jakubowski, E. e Nogueira, P. (2018). Noncommunicable diseases 2030: assessing Portugal's progress towards the noncommunicable disease-related target of the Sustainable Developmental Goals, *Public health panorama*, 04 (03), 321 - 329. World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Despacho n.º 8127/2021, *Normas elaboração das ementas e venda de géneros alimentícios nos bufetes e nas máquinas de venda automática nos estabelecimentos de educação e de ensino da rede pública do Ministério da Educação*, Educação - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Educação, Diário da República n.º 159/2021, Série II de 2021-08-17, 44 – 49
- Do, K., Sharp, P., & Telzer, E. (2020). Modernizing conceptions of valuation and cognitive-control deployment in adolescent risk taking. *Current Directions in Psychological Science*, 29(1), 102–109. <https://doi.org/10.1177/0963721419887361>
- Domingues, S., Leite, J., Martins, I., (2014). Comportamentos de risco dos adolescentes portugueses e influência do meio ambiente, *Nascer e Crescer - Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto*, 23 (3), 124-133
- Duell, N., Clayton, M., Telzer, E., & Prinstein, M. (2020). Measuring peer influence susceptibility to alcohol use: Convergent and predictive validity of a new analogue assessment. *International Journal of Behavioral Development*, 0165025420965729. <https://doi.org/10.1177/0165025420965729>
- Francisco, C., Silva, C., Rocha, M., Afonso, R. & Dellazzana-Zanon, L. (2019). Comportamento de risco na adolescência: uma revisão sistemática da literatura nacional. *Cadernos de Educação*, 18(36), 43-71.



- Guthold, R., Stevens, G., Riley, L., & Bull, F. (2019). Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1.6 million participants. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4: 23–35, [https://doi.org/10.1016/s2352-4642\(19\)30323-2](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(19)30323-2)
- Johnson, R., Lamb, M., Anderson, H., Pieters-Arroyo, M., Anderson, B., Bolaños, G., & Asturias, E. (2019). The global school-based student health survey as a tool to guide adolescent health interventions in rural Guatemala. *BMC public health*, 19(1), 226. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6539-1>
- Lewallen, T., Hunt, H., Potts-Datema, W., Zaza, S., & Giles, W. (2015). The Whole School, Whole Community, Whole Child model: a new approach for improving educational attainment and healthy development for students. *The Journal of school health*, 85(11), 729–739. <https://doi.org/10.1111/josh.12310>
- Marôco, J. (2021). *Análise estatística com utilização do SPSS*. 8ª Edição. Report Number
- Marques, A., Peralta, M., Loureiro, N., Loureiro, V., Naia, A. & Matos, M. (2019). A atividade física dos adolescentes portugueses, resultados do estudo HBSC de 2018. *Universidade Lusíada Editora*, 10(1), 129-137.
- Ministerio de Salud (2016). Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia. Ministerio Salud, Bogotá; pesquisa feita a 22 fevereiro 2023 e disponível em: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2016.pdf>
- Nery, S., Souza, W., Lucena, J., Santos, J., Nunes, A., Guimarães, M., & Brito, A. (2020). Comportamentos de Risco à Saúde em adolescentes: uma associação entre o Tempo de Televisão e uso de álcool. *Motricidade*, 16(2), 184-195. <https://doi.org/10.6063/motricidade.18278>
- Organização Mundial de Saúde (2021). *Adolescent mental health*. Pesquisa feita no dia 22 novembro 22 e disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Palácio, D., Pinto, A., Ferreira, H., Rocha, P., & Aranha, A. (2019). Comportamento de risco à saúde do estudante adolescentes, *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*, 22(3). 036-1046, <https://doi.org/10.15309/21psd220322>
- Paredes-Iragorri, M. & Patiño-Guerrero, L. (2019). Comportamientos de riesgo para la salud en los adolescentes, *Universidad y Salud*, 22(1), 58-69, <https://doi.org/10.22267/rus.202201.175>
- Pengpid, S., & Peltzer, K. (2021). Trends of 20 Health Risk Behaviours Among Adolescents in Morocco: Results of Three National Cross-Sectional School Surveys of 2006, 2010 and 2016. *International journal of general medicine*, 14, 1611–1619. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S283137>
- Peralta, M., Marques, A., Loureiro, N., Gaspar, S., Sousa, J., Diniz, J., e Matos, M. (2019). Terão os adolescentes portugueses uma alimentação adequada? Resultados do estudo HBSC de 2018, *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 10(1), 139–148.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. 5ª Edição. Edições Silabo
- Resende, I., Plachi, G., Freitas, C., Azevedo, A., França, R., Meirelles, G., Viana, L. & Moreira, L. (2022). As consequências do consumo de bebidas alcoólicas durante a adolescência: uma revisão sistemática. *Brazilian Journal of Health Review*, 5(1), 2893-2899. <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n1-256>
- Rodrigues, E., Gomes, G., Lourenção, L., Pintanel, A., Alvarez, S., Oliveira, A. (2020). Influence of life habits and behaviors on the health of adolescents. *Aquichan*. 20(4):e2047. <https://doi.org/10.5294/aqui.2020.20.4.7>
- Sanci, L., Webb, M., & Hocking, J. (2018). Risk-taking behaviour in adolescents. *Australian journal of general practice*, 47(12), 829–834. <https://doi.org/10.31128/AJGP-07-18-4626>



- Silvestre, P., Oliveira, J., Trigo, H., Lopes, P., & Colaço, N. (2015). Risk Factors of Alcohol Consumption among Portuguese Adolescents and Young Adults: Data from the Global School-Based Student Health Survey. *International Journal of Drug Development & Research*, 7:050-055
- Tetteh, J., Ekem-Ferguson, G., Quarshie, E., Swaray, S., Ayanore, M., Seneadza, N., Asante, K. & Yawson, A. (2021). Marijuana use and suicidal behaviours among school-going adolescents in Africa: assessments of prevalence and risk factors from the Global School-Based Student Health Survey. *General Psychiatry* 34(4). <https://doi.org/10.1136/gpsych-2021-100558>
- Organisation for Economic Co-operation and Development /European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *Portugal: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
- Plano Nacional de Saúde (2015): *Revisão e extensão para 2020*. Lisbon: Directorate-General of Health, pesquisa feita a 23 de dezembro 2022 e disponível em <https://pns.dgs.pt/pns-revisao-e-extensao-a-2020/>
- Wijbenga, L., Winter, A., Almansa, J., Vollebergh, W., Korevaar, E., Hofstra, J. & Reijneveld, S. (2022). Multiple health risk behaviors and mental health from a life course perspective: The Dutch TRAILS study. *Preventive Medicine*. 154:106870. <https://doi.org/10.1016/j.yjmed.2021.106870>.
- World Health Organization. (2017). Tackling NCDs: 'best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259232>. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- World Health Organization (2018). *Global School-based Student Health Survey (GSHS)*. Pesquisa feita a 22 janeiro 2022, e disponível em: <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/global-school-based-student-health-survey>.
- World Health Organization (WHO) & Ministry of Public Health (MoPH). (2024). *2024 Global school-based student health survey results - Lebanon*. [Country Report]. <https://www.moph.gov.lb/userfiles/files/HealthCareSystem/Mother%26ChildHealth/School%20Health/Lebanon%20GSHS%202024%20-%20Country%20Report.pdf>
- Zappe, J., Alves, C. e Dell'Aglio, D. (2018). Comportamentos de risco na adolescência: revisão sistemática de estudos empíricos. *Psicologia em Revista*, 24(1), 79-100. <https://dx.doi.org/10.5752/P.1678-9563.2018v24n1p79-100>