

# VIDA SAUDÁVEL

ANTÓNIO CARLOS SILVA, ANTÓNIO LUZ, ANA MEDEIROS, EUGÉNIA MACEDO

Centro de Saúde da Reboleira. Escola Preparatória da Damaia. Amadora

## RESUMO

Este estudo compara hábitos e opiniões expressas pelos mesmos alunos à entrada e à saída da Escola Preparatória da Damaia (após a frequência do 5º e 6º Ano de Escolaridade) e pretende contribuir para a adequação da educação para a saúde na Escola de forma a promover os hábitos de vida saudáveis. O estudo baseou-se na comparação de duas amostras aleatórias escolhidas à entrada (n1= 36 de um total de 368) e outra à saída (n2= 32 de um total de 164) do mesmo grupo de alunos. A colheita de dados foi efectuada por um questionário semi-fechado a um total de 532 alunos. Chegou-se à conclusão que a frequência de a) tomar banho aumentou b) beber chá diminuiu c) a imagem do professor como fumador diminuiu d) o número de alunos que experimentou bebidas alcoólicas aumentou e) hábito de fumar da mãe aumentou. Os outros padrões encontrados no estudo demonstraram não haver mudanças significativas nos comportamentos e opiniões estudadas.

## SUMMARY

### Healthy Life

This study is based on a comparison of the habits and opinions of a group of pupils on entering the Damaia Preparatory School (5th and 6th years of education) and of the same group on leaving this School. Its aim is to contribute towards an adequate education for health at school in order to promote healthy living habits. The study was based on the comparison of data obtained from two random samples, chosen from the same group of pupils when entering (n1= 36 out of a total of 368) and leaving (n2= 32 out of a total of 164) the above mentioned school. The collection of data was carried out by means of a multiple-choice questionnaire given to a total of 532 pupils. The results demonstrated that the frequencies have changed in the following way: a) bathing has increased; b) tea drinking has decreased; c) the image of the teacher as a smoker has become less frequent; d) the number of pupils who have tried alcoholic beverages has increased; e) mother's smoking habits have increased. The other trends that were found in the study showed that there were no significant changes in either the behaviour or opinions that had been studied.

## INTRODUÇÃO

A preocupação dos serviços de saúde pelos adolescentes é relativamente recente<sup>14</sup> e tem vindo a crescer na medida em que os cuidados têm progressivamente vindo a tornar-se mais integrados, globais e compreensivos e que os padrões de mortalidade e morbilidade se têm vindo a alterar, fazendo realçar a importância dos estilos de vida nas *novas epidemias* de doenças cardiovasculares, tumores malignos e acidentes<sup>13, 19</sup>.

Promover estilos de vida saudáveis passa pela aquisição precoce de comportamentos saudáveis, entendidos segundo a OMS (Metas nº 13 e 17 - Saúde Para Todos no Ano 2000) como esforços conscientes levados a cabo pelos indivíduos com intuito de preservar de forma activa a sua própria saúde e a de terceiros. Torna-se por isso obrigatório que se estude o grupo de adolescentes de for-

ma a melhor identificar os seus problemas e as suas necessidades de saúde.

Vários estudos (Holland e Breeze, 1986; Hamburg 1987) têm demonstrado que grande parte das doenças são condicionadas pela adopção de hábitos e comportamentos lesivos para a saúde, sendo de destacar o tabagismo, os hábitos alimentares incorrectos, a inactividade física, o stress e o consumo excessivo de álcool.

Por outro lado Belloc e Breslow (1972) encontram uma associação positiva entre o nível de saúde dos jovens e os hábitos tais como não fumar, beber moderadamente, comer moderada e regularmente, tomar pequeno almoço, praticar uma actividade física pelo menos nos tempos de lazer, dormir sete a oito horas, o que faz apontar para a necessidade do estudo da globalidade de hábitos ou seja da caracterização dos estilos de vida.

É neste sentido que integrado na Saúde na Escola do

Projecto *Cidades Saudáveis, Amadora Ano 2000* se iniciou a caracterização dos adolescentes escolarizados quanto a opiniões e comportamentos assumidos segundo o ano de escolaridade e a sua tendência evolutiva, de forma a desenvolver estratégias que previnam a doença e promovam a saúde, orientadas para o bem-estar físico, psíquico e social.

## METODOLOGIA

Foi efectuado um estudo transversal usando o mesmo questionário ao grupo de alunos que entrou para a EB2 da Damaia no ano lectivo de 91/92 (5ª classe) em dois momentos:

- 1 – no início desse ano lectivo a todos os alunos da 5ª classe.
- 2 – no fim do ano lectivo de 92/93 ao mesmo grupo de alunos então a concluir a 6ª classe.

O universo em estudo compreende todos os alunos que frequentaram a Escola EB2 da Damaia em 91/92 na 5ª classe e em 92/93 na 6ª classe.

Dos questionários aplicados à totalidade dos alunos da classe (n= 368) foi seleccionada uma amostra (n1= 36) obtida por tiragem aleatória sistemática (de 10/10).

Por limites de tempo e recursos, no final da 6ª classe foi seleccionada uma 2ª amostra (n2= 32) de um total de 164 questionários obtidos de 6 turmas seleccionadas à sorte. Desta amostra fizemos uma tiragem aleatória sistemática (de 5/5).

Para a recolha de dados, foi elaborado um questionário semi-fechado que depois de testado e efectuadas as respectivas correcções foi aplicado para auto-preenchimento.

A definição das variáveis bem como a sua operacionalização teve em conta o enquadramento dos conhecimentos dos alunos quanto a hábitos saudáveis de vida, constantes não só

do Programa de Saúde Escolar como também das Metas da OMS (Saúde para todos no Ano 2000) nas áreas de:

- Higiene pessoal;
- Hábitos alimentares;
- Hábitos tabágicos;
- Relações com os pais;
- Utilização do computador.

Para ver até que ponto houve ou não mudança de opiniões e comportamentos do grupo em estudo foi elaborada uma matriz de dados, tendo sido utilizado um micro computador e o programa estatístico Microstat.

Para testar hipóteses foi utilizado o teste Qui-quadrado tendo como finalidade a verificação ou não da homogeneidade de valores para cada variável. O grau de associação foi determinado através do coeficiente de contingência para um nível de significância de 5% (N - 1 Graus de Liberdade). (*Quadro I, II e III*)

## DISCUSSÃO / CONCLUSÕES

A frequência de tomar banho aumentou entre o início e o fim deste período de escolaridade, sendo de referir que no final do ano lectivo 1992/93, 50% dos alunos adquiriram o hábito de tomar banho, uma ou mais vezes por semana, contra 36.1% (1991/92).

A frequência de lavar as mãos sempre que vão à casa de banho aumentou, 83.8% para 92.8% (93).

100% dos estudados em 93 lavam as mãos antes de comer, sendo apenas 97.2 a percentagem em 91.

Cerca de 80% dos alunos, deste grupo de estudo, lavam as mãos depois de comer, nos dois períodos.

Tanto em 91 como em 93 cerca de 78% dos inquiridos lavam os dentes uma ou mais vezes por dia.

Parece-nos ser de reflectir nestas tendências comparando-as com o que a OMS (1984) refere ao afirmar que os

### Quadro I

VARIÁVEIS	Resposta afirmativas (em %)		P*	IC - 0.95
	1992	1993		
<b>Foi encontrada diferença estatisticamente significativa em:</b>				
Tomar banho diariamente	36.11	50.00	0.0287	7.100
Beber chá 1 ou mais vezes/dia	30.00	21.40	0.0164	8.211
Professor da aula anterior fuma	33.90	3.60	8.185 E-04	14.2
Experimentou bebidas alcoólicas	10.00	38.88	0.01	5.71
Mãe fuma	35.80	64.20	0.009	15.32
<b>Sem diferença significativa:</b>				
<b>HIGIENE PESSOAL</b>				
Lava as mãos sempre que vai à casa-de-banho	83.90	92.90	0.5075	0.439
Lava as mãos antes de comer	97.20	100.00	0.89	0.016
Lava as mãos depois de comer	80.60	79.1	0.83	0.042
Deita dias de escola antes 22 h	47.20	59.30	0.44	1.63
Lava dentes 1ou +x dia	77.70	78.10	0.79	0.067
Usa diariamente comprimido Fluor	20.60	20.00	0.76	0.91
Usa diariamente fio dental	14.70	29.10	0.18	1.783
Usa diariamente palitos	34.40	30.40	0.99	0.096

Quadro II

HÁBITOS ALIMENTARES	Resposta afirmativas (em %)		P*	IC - 0.95
	1992	1993		
<b>Come todos os dias ao:</b>				
Pequeno almoço	94.20	100.00	0.51	0.428
Meio da manhã	73.00	65.58	0.75	0.098
Almoço	94.20	100.00	0.52	0.400
Lanche	85.70	83.30	0.93	0.006
Jantar	97.10	100.00	0.95	0.008
Ceia	62.00	48.00	0.44	0.58
<b>Bebe/Come 1 ou 2x/ dia:</b>				
Café	73.00	65.50	0.75	0.098
Coca-cola/out. refriger.	33.00	36.60	0.472	1.49
Bolos	51.40	35.40	0.40	1.82
Amendoins	12.10	10.00	0.68	0.75
Bebidas alcoólicas	3.40	9.09	0.70	0.148
Batatas fritas	37.10	36.60	0.97	0.043
Hamburguer	21.20	21.80	0.93	0.138
Cachorros	11.70	19.30	0.45	1.588
Sopa	48.50	33.30	0.13	3.93
Experimentou bebidas alcoólicas	10.00	38.88	0.01	5.71
Actualmente bebe álcool 1 ou +x/ semana	6.25	11.40	0.05	5.63

Quadro III

HÁBITOS TABÁGICOS E CONHECIMENTO DAS SUAS CONSEQUÊNCIAS	Resposta afirmativas (em %)		P*	IC - 0.95
	1991/92	1992/93		
Já experimentou fumar	8.30	18.70	0.34	0.91
Pai fuma	51.40	53.10	0.62	0.92
Irmão mais velho fuma	10.00	16.00	0.22	4.33
Irmã mais velha fuma	10.80	9.90	0.99	0.095
Melhor amigo fuma	12.10	10.0	0.09	6.37
Se fumar coração bate mais lentamente	44.40	38.70	0.77	0.51
Fumar tabaco pode provocar doenças coração	86.10	90.30	0.87	0.02
Fumar poucos anos é inofensivo	17.10	90.30	0.87	0.02
Não fumadores prejudicados pelo fumo tabaco dos outros	83.30	80.60	0.55	1.17
Alguns tipos cigarros inofensivos	25.70	12.50	0.34	2.14
Mulheres grávidas podem prejudicar filhos se fumarem	94.40	100.00	0.40	1.83
Se fumar provavelmente terá tosse	80.50	65.60	0.17	3.52
Fumadores vivem tanto como não fumadores	8.33	12.60	0.63	0.91
Respirar fumo tabaco prejudicial bebés	91.40	90.60	0.75	0.81
Relação cancro pulmão/fumadores regulares	54.20	59.30	0.66	0.81
<b>Outros:</b>				
<b>Relações com o Pai</b>				
Muito boas/ boas	85.70	96.80	0.24	1.36
<b>Relações com a Mãe</b>				
Muito boas/ boas	97.00	96.80	0.96	0.002
<b>Utilização computador</b>				
1/+x semana	24.20	37.50	0.37	1.96
Para jogos	85.70	66.60	0.38	0.75
Para outros fins	20.00	23.00	0.62	0.24

conhecimentos dos hábitos de higiene aumentam com o nível de escolaridade.

Diversos estudos mostram que geralmente a alimentação dos adolescentes não é racional e, muitas vezes é inadequada (Jeannerot et al, 1981; Finberg, L., 1976).

No nosso estudo, embora só tenha sido encontrado diminuição significativa no hábito de tomar chá, temos que referir que o consumo de café é feito por 36% de alunos, tanto em 91 como em 93, que bebem pelo menos uma vez por dia.

O consumo de batatas fritas, uma ou mais vezes por dia, é de cerca de 37% em ambos os períodos.

O consumo diário de hambúrguer ronda os 21% e o de cachorro aumentou cerca de 8% (11% - 91 / 19% - 93).

O hábito de comer sopa, uma ou mais vezes por dia, diminuiu de 48.5% em 91 para 15.2% em 93.

Os aspectos positivos encontrados foram:

- Diminuição do consumo de bolos, uma ou mais vezes por dia (51.4% - 91 / 35.4 - 93);
- E o facto de a maioria dos alunos inquiridos referirem que fazem cinco refeições, diariamente, fraccionadas da seguinte forma:
  - Pequeno almoço - cerca de 100%, em ambos os anos;
  - Refeição a meio da manhã - 73% - 91 / 65.5% - 93;
  - Almoço - 94% - 91 / 100% - 93;
  - Lanche - 85% nos dois períodos;
  - Jantar - 94.1% - 91 / 100% - 93.

Murray, 1922, num estudo realizado na Grã-Bretanha, confirma que o comportamento e atitudes dos pais em relação ao tabaco são um factor influente no desenvolvimento de hábitos tabágicos nos adolescentes. No nosso estudo encontramos associação entre o hábito de fumar nos adolescentes com o da mãe (P 0.009).

Gottlieb et al, 1985, refere que o factor mais influente na adopção do hábito de fumar é o comportamento dos amigos em relação ao tabaco. Neste estudo tal relação não foi encontrada (P 0.09).

Um inquérito realizado por Müller, 1979, a mais de 3500 adolescentes suíços demonstrou que cerca de 19% dos jovens com 14 anos e 25% com mais de 16 anos fumam habitualmente. No nosso estudo 8.3% (91) e 18.7% (93) já experimentaram fumar.

O tabagismo nos jovens, assim como a sua precocidade pode ser associado ao tabagismo dos pais, amigos e irmãos (Neukirch, 1984). No nosso estudo só foi encontrada associação com o hábito de fumar da mãe.

Num inquérito realizado num liceu de Paris o hábito de fumar dos professores serve de referência para os adolescentes experimentarem o tabaco. No nosso estudo também foi encontrada esta associação.

Um estudo efectuado por Morrissey (1978), nos Estados Unidos, revelou que 90% dos adolescentes tiveram experiência com bebidas alcoólicas antes dos 18 anos e que a primeira experiência ocorre entre os 12 e os 15 anos. Cerca de 50% dos estudantes com 15 anos de idade consomem bebidas alcoólicas três vezes por semana e 6% todos os dias. No nosso estudo a percentagem de alunos que referem ingestão de bebidas alcoólicas aumentou de 10.0% em 91 para 38.88% em 93 e actualmente o consumo de álcool uma ou mais vezes por semana aumentou de 6.25% em 91 para

11.4% em 93, o que nos leva a concluir que os resultados obtidos estão dentro dos parâmetros do estudo referido.

As relações pai/filho são predominantemente muito boas (85.7% - 91 / 96.8% - 93), sendo com a mãe predominantemente excelentes (97.05% - 91 / 96.87 - 93) verificando-se, pois que, esta tendência não se altera grandemente nesta fase.

Quanto à utilização do computador, podemos afirmar que apenas 24.28% dos alunos em 91 contra 37.5% em 93 a fez uma ou mais vezes por semana.

Destes 85% em 91 utilizavam para jogos, enquanto em 93 apenas 66% o faziam só para este fim. 20% - 91 e 23% - 93 utilizavam-no para outros fins.

Podemos pois concluir que nesta fase (2º ciclo de escolaridade) o processo educativo não alterou, na generalidade, os comportamentos e opiniões estudados. As poucas alterações encontradas são de reforço de comportamentos positivos em relação à manutenção da saúde.

## BIBLIOGRAFIA

1. ABRAMSON M H: Survey methods in community medicine. London: Churchill Livingstone, 1979
2. BELLOC N B, BRESLOW L: Relationship of physical health status and health practices. *Prev Med*, 1972; 1: 409-421
3. CORREIA A P: A escola serve para educar?. Lisboa: GEP 1988
4. FINBERG L: Fast foods for adolescents: nutritional disaster or triumph of technology?. *Am J Dis Child* 1976; 230: 362-363
5. GOTTLIEB N L, BAKER J A: The relative influence of health beliefs parental and peer behaviours and exercise program participation on smoking, alcohol use and physical activity. *Soc. Sci. Med.*, 1986; 22, 9: 915-927
6. HAMBURG D A: Habits for health, *World Health Forum* 1987; 8: 9-12
7. HOLLAND W, BREEZE E: Good life-styles for good health. *World Health Forum* 1987; 7: 380-386
8. JEANNEROT O et al: Habitudes alimentaires des adolescents: implications pour la prévention. *Praxis* 1981; 25: 1137-1147
9. JEANNEROT O, et al: Les adolescents et leur santé. Paris: Flammarion Medicine Sciences 1983
10. MORRISSEY E R: Alcohol-related problems in adolescents and women. *Postgraduate Medicine* 1978; 64, III
11. MÜLLER R: Enquête représentative nationale Suisse sur la consommation d'alcool et tabac des écoliers de 6, 7 et 8 année scolaire. *Drogalcohol* 1979; 1: 3-23
12. MURRAY M: Relation between parent's and children's smoking behaviour and attitudes. *J. Epid. And Comm. Health* 1985; 39: 169-174
13. NAVARRO M F: Saúde escolar: evolução e princípios orientadores de actividades. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* Lisboa 1986; 2: 10-14
14. NAVARRO MARIA FERNANDA: Adolescentes portugueses: alguns estudos. Lisboa: ENSP, 1985
15. NEUKIRCH F E, COOREMAN J: Influence de parents sur le tabagisme de leurs enfants. *Rev S S Med* 1983; Vol. 17, nº 11: 763-769
16. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: Preparacion de indicadores para vigilar los progresos realizados en el legro de la salud para todos en el ano 2000. Ginebra, 1981 (Seri Salud para Todos 4)
17. O M S: Bats regionaux proposés dans le cadre de la strategie regionale de la santé pour tous. Copenhagen: Bureau Regional de l'Europe, 1984
18. O M S: Besoins sanitaires des adolescents s. Rapport teniques. Geneve, 1977; 609
19. O M S: Health crisis 2000. Geneve, 1982
20. SCHORR, B C et al: Teen-age food habits *J Amer Diet Ass* 1972; 61: 415-420