



**IPG** Politécnico  
|da|Guarda  
Polytechnic  
of Guarda

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Estilo de vida dos estudantes do ensino superior

Cláudio Roberto Caetano Marques

dezembro | 2017



Escola Superior  
de Saúde



**Escola Superior de Saúde**  
Instituto Politécnico da Guarda

# Estilo de vida dos estudantes do ensino superior

**Cláudio Roberto Caetano Marques**

Guarda, 2017



**Escola Superior de Saúde**  
Instituto Politécnico da Guarda

# Estilo de vida dos estudantes do ensino superior

**Dissertação elaborada para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem  
Comunitária**

**Autor:**

Cláudio Roberto Caetano Marques

**Orientação:**

Professora Doutora Ermelinda Maria Bernardo Gonçalves Marques

Guarda, 2017

*"Só sabemos com exatidão quando sabemos pouco; à medida que vamos adquirindo conhecimentos, instala-se a dúvida."*

(Goethe)

## **SIGLAS**

**CIE** – Conselho Internacional de Enfermeiros

**DGES** – Direção Geral do Ensino Superior

**DGS** – Direção Geral da Saúde

**EEM** – Escala de Equivalência Modificada

**IMC** – Índice de Massa Corporal

**INE** – Instituto Nacional de Estatística

**OCDE** – Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**OPSS** – Observatório Português dos Sistemas da Saúde

**PNS** – Plano Nacional de Saúde

**UEPS** – Universidades e Escolas Promotoras de Saúde

**WHO** - *World Health Organization*

## **Dedicatória**

À minha família, em especial à minha adorada esposa e aos meus queridos pais.

## **Agradecimentos**

À orientadora deste trabalho acadêmico, Professora Doutora Ermelinda Marques, pela inteira disponibilidade sempre demonstrada e por aceitar tal compromisso, pela sua paciência, partilha do seu saber, pelos sábios conselhos e imprescindíveis sugestões.

Aos estudantes que participaram neste estudo, respondendo ao questionário *online* aplicado. Sem eles não seria possível realizar o presente estudo.

Agradeço à minha esposa, pais e restante família pelo apoio, ajuda e motivação que me deram, eles que tantas vezes foram preteridos face este árduo percurso académico.

Agradeço aos meus amigos que me apoiaram e que com a sua amizade me deram força.

## INDICE DE FIGURAS

	<b>Página</b>
<b>Figura 1</b> – Principais determinantes de saúde, modelo “Arco-íris de Dahlgren & Whitehead” .....	26



## INDICE DE GRÁFICOS

### Página

<b>Gráfico 1</b> - Caraterização do estilo de vida global dos elementos da amostra .....	75
--	----

## INDICE DE QUADROS

### Página

<b>Quadro 1</b> - Caraterização dos estudantes por escola .....	47
<b>Quadro 2</b> - Domínios avaliados com o questionário “Estilo de Vida Fantástico” .....	51
<b>Quadro 3</b> - Consistência interna dos domínios e do global do questionário “Estilo de Vida Fantástico” .....	52
<b>Quadro 4</b> - Caraterísticas sociodemográficas dos elementos da amostra .....	59
<b>Quadro 5</b> - Caraterísticas académicas dos elementos da amostra .....	61
<b>Quadro 6</b> - Caraterização dos estudantes segundo classificação de IMC .....	62
<b>Quadro 7</b> - Caraterização dos elementos da amostra no âmbito do domínio Família e Amigos, do questionário “Estilo de Vida Fantástico” .....	63
<b>Quadro 8</b> - Caraterização dos elementos da amostra no âmbito do domínio Atividade física/Associativismo, do questionário “Estilo de Vida Fantástico” .....	64
<b>Quadro 9</b> - Caraterização dos elementos da amostra no âmbito do domínio Nutrição, do questionário “Estilo de Vida Fantástico” .....	66
<b>Quadro 10</b> - Caraterização dos elementos da amostra no âmbito do domínio Tabaco, do questionário “Estilo de Vida Fantástico” .....	67
<b>Quadro 11</b> - Caraterização dos elementos da amostra no âmbito do domínio Álcool e drogas, avaliado com o questionário “Estilo de Vida Fantástico” .....	69
<b>Quadro 12</b> - Caraterização dos elementos da amostra no âmbito do domínio Sono e Stresse, do questionário “Estilo de Vida Fantástico” .....	70
<b>Quadro 13</b> - Caraterização dos elementos da amostra no âmbito do domínio Trabalho e Personalidade, do questionário “Estilo de Vida Fantástico” .....	71
<b>Quadro 14</b> - Caraterização dos elementos da amostra no âmbito da Introspeção, avaliado com o questionário “Estilo de Vida Fantástico” .....	72
<b>Quadro 15</b> - Caraterização dos elementos da amostra no âmbito dos Comportamentos de saúde e de vida sexual, do questionário “Estilo de Vida Fantástico” .....	73
<b>Quadro 16</b> - Caraterização dos elementos da amostra no âmbito dos Outros Comportamentos, do questionário “Estilo de Vida Fantástico” .....	74
<b>Quadro 17</b> - Correlação do estilo de vida com a idade .....	76
<b>Quadro 18</b> - Comparação do estilo de vida em função do sexo .....	77
<b>Quadro 19</b> - Comparação do estilo de vida em função do estado civil .....	78
<b>Quadro 20</b> - Correlação do estilo de vida com a distância a que se encontra de casa .....	79
<b>Quadro 21</b> - Comparação do estilo de vida em função da coabitação durante o tempo letivo .....	79

<b>Quadro 22</b> - Correlação do estilo de vida com o rendimento equivalente mensal do agregado familiar .....	80
<b>Quadro 23</b> - Correlação do estilo de vida com o índice de massa corporal .....	81
<b>Quadro 24</b> - Comparação do estilo de vida em função do curso frequentado .....	82
<b>Quadro 25</b> - Comparação do estilo de vida em função da área de formação .....	83
<b>Quadro 26</b> - Comparação do estilo de vida em função do ano do curso .....	84

## RESUMO

O estilo de vida é o principal causador de doenças crónicas não transmissíveis, consideradas como a epidemia do século XXI, associado a fatores de risco intrínsecos. Apresenta grande impacto na morbidade, bem-estar, qualidade de vida e mortalidade.

O ingresso no ensino superior é umas das etapas académicas mais importantes para os estudantes. Esta etapa obriga a maiores responsabilidades, stresse, métodos de estudo diferentes, gestão do tempo, festas académicas, entre outros. O conhecimento do estilo de vida destes estudantes permite uma intervenção mais dirigida, para a promoção da saúde e prevenção da doença

Este estudo tem como objetivos: caracterizar o estilo de vida dos estudantes do ensino superior; identificar o perfil do estilo de vida dos estudantes do ensino superior; identificar e analisar os fatores determinantes do estilo de vida dos estudantes do ensino superior. É um estudo do tipo não experimental, quantitativo, descritivo/correlacional e transversal, realizado numa amostra não probabilística, por acessibilidade. Para caracterizar o estilo de vida dos estudantes, utilizou-se como instrumento de colheita de dados o questionário “Estilo de Vida Fantástico”, adaptado e validado para a população portuguesa por Amado, Brito e Silva (2014).

A amostra é constituída por 479 estudantes matriculados numa Instituição de Ensino Superior do Interior de Portugal no ano letivo 2016/2017, com média de idade  $22.80 \pm 6.18$  anos, 69,3% do sexo feminino e 30.7% do sexo masculino.

Concluiu-se que os estudantes apresentam melhores resultados ao nível dos domínios Família e Amigos; Introspeção; Comportamentos de saúde e vida sexual; e Outros comportamentos.

No global do questionário “Estilo de Vida Fantástico” obtivemos resultados iguais ou superiores a 86.00 pontos para mais de metade dos estudantes (50,3%), podendo classificar o estilo de vida do estudante desta instituição como “Muito Bom”.

Os estudantes com melhor estilo de vida são os mais novos; pertencentes ao sexo feminino; casados ou em união de facto; que não mudaram de residência para frequentar o ensino superior; que coabitam com colegas, família, amigos ou namorada(o); pertencentes a agregados familiares com maiores rendimentos familiares; que frequentam o curso de mestrado; que frequentam cursos na área da saúde, desporto e educação/comunicação; do 1º e 3º ano; e que apresentam valor de IMC normal.

Os resultados revelam a necessidade de um maior investimento na prevenção e sensibilização desta comunidade académica para a adoção de um estilo de vida saudável, principalmente ao nível da prática de atividade física e nutrição.

**Palavras-chaves (MeSH):** Estilo de Vida; Estudante; Ensino Superior; Promoção da Saúde

## ABSTRACT

Lifestyle is the primary factor for chronic non-transmissible diseases, known as the XXI century epidemic associated to intrinsic risk factors. It shows a great impact in morbidity, well-being, health quality and mortality.

The admission to the university is one of most important academic steps to students. This step turns into an environment that, oblige to more responsibility, stress, different study methods, time management, academic parties and more. The knowledge of this student's lifestyle allows a more through intervention and therefore contributes to healthy lifestyles adoption.

The goals of the present study are: characterize the lifestyle of higher education students; identify the lifestyle profile; identify and analyse the determinant factors of the higher education student's lifestyle. It is a non-experimental study, quantitative, descriptive/correlational and transversal, realized in non-probabilistic sample, for accessibility. To characterize the students lifestyle, was used as a collect instrument of dados the survey "Estilo de Vida Fantástico", adapted and validated for the Portuguese population by Amado, Brito e Silva (2014).

The sample is composed by 479 students enrolled in a higher education institution in Portugal in the school year 2016/2017, with a media of age's  $22.80 \pm 6.18$  years, 69.3% females and 30.7% males.

It was concluded that the students present a better life style at the level of the domains Família e Amigos; Introspeção; Comportamentos de saúde e vida sexual; e Outros comportamentos.

In the global of the survey "Estilo de Vida Fantástico", we obtained equal or superior result to 86.00 points for more than half students (50.3%), being able to classify with a Very Good life style the students of this institution.

The younger students are the ones with a better lifestyle; from the female sex; married or in civil union; that didn't change residence to attend college; that home share with colleagues, family, friends or boyfriend/girlfriend; ones belonging to higher income family's; ones attending to the master's degree course; ones attending to courses in the heath, sport and education/communication area; of 1º and 3º year; and present a normal IMC value.

Results show the need of a bigger investment in prevention and awareness of this academic community for the adoption of a healthy lifestyle, mostly at the level of physical activity practice and nutrition.

**Key-words:** Lifestyle, student, college/university; health promotion.

## ÍNDICE

	<b>Página</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	
<b>1. PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE</b> .....	20
1.1 ESCOLA PROMOTORA DE SAÚDE .....	22
1.2 DETERMINANTES DA SAÚDE E ESTILO DE VIDA .....	24
1.3 ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR E ESTILO DE VIDA .....	32
<b>2. A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE</b> .....	34
2.1 O CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA .....	37
<b>PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO</b>	
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	44
3.1 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO .....	45
3.2 OBJETIVOS DO ESTUDO .....	46
3.3 TIPO DE ESTUDO .....	46
3.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	47
3.5 VARIÁVEIS E A SUA OPERACIONALIZAÇÃO .....	48
3.6 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS .....	49
3.7 CONSISTÊNCIA INTERNA DO QUESTIONÁRIO.....	52
3.8 TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS .....	53
3.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	53
<b>4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	56
<b>CONCLUSÕES</b> .....	86
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b> .....	90

## **APÊNDICES**

<b>Apêndice A</b> – Instrumento de recolha de dados .....	100
<b>Apêndice B</b> - Pedido e autorização para aplicação do questionário “Estilo de Vida Fantástico”.....	110
<b>Apêndice C</b> - Pedido de autorização para aplicação dos Instrumentos de Recolha de Dados .....	112

## **ANEXOS**

<b>Anexo A</b> - Questionário “Estilo de Vida Fantástico” .....	116
<b>Anexo B</b> - Autorização para aplicação dos Instrumentos de Recolha de dados .....	117

## INTRODUÇÃO

Uma vida com saúde é o desejo comum a qualquer pessoa. Sem saúde, a vida assume grandes alterações e indiretamente modifica também a dos que a rodeiam. A melhor forma para a pessoa se sentir saudável no futuro, é adotar comportamentos saudáveis no presente, e nada melhor que seguir essa filosofia desde jovem. Felizmente, as pessoas começam a perceber que ter uma vida com saúde é muito mais do que não estar doente.

A saúde é um dos principais fatores responsáveis pela qualidade de vida da pessoa. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define, na Carta de Ottawa a 21 Novembro de 1986, saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade (OMS, 1986).

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 apresenta um conceito de saúde sistémico e holístico, segundo o qual “saúde é um estado dinâmico de bem-estar caracterizado pelo potencial físico, mental e social que satisfaz as necessidades vitais de acordo com a idade, cultura e responsabilidade pessoal” (PNS 2013:26).

Segundo a WHO (2017b), a maioria dos jovens tem um bom nível de saúde, mas a mortalidade e morbilidade entre os mesmos apresenta valores considerados elevados. Para a mesma organização (2014), são considerados como principais determinantes de saúde para o jovem: hábitos alimentares; consumo de álcool, tabaco ou outras drogas; relações sexuais desprotegidas; vida sedentária e falta de exercício físico.

A OMS (2014) refere que os determinantes de saúde são os principais causadores de doenças desde o início da vida até à velhice, podendo afetar a capacidade dos adolescentes e jovens para um crescimento e desenvolvimento saudável. Sendo assim, álcool ou tabaco, falta de atividade física, sexo desprotegido e/ou exposição à violência colocam em perigo não só a saúde do jovem na atualidade, mas também a sua saúde no futuro.

A promoção de práticas saudáveis durante a adolescência e tomar medidas para proteger melhor os jovens contra os riscos que afetam a saúde, é fundamental para a prevenção de problemas de saúde na vida adulta e desenvolvimento social dos países.

O Observatório Português dos Sistemas da Saúde (OPSS, 2012 s.p.), menciona que “as causas de mortalidade mais relevantes em Portugal apresentam como principais determinantes, comportamentos como, o consumo de tabaco, o abuso do álcool, dietas pouco saudáveis, a condução rodoviária de risco, toxicodependência, e inatividade física.” Estes comportamentos podem justificar-se por condições ambientais pouco favoráveis, baixo nível socioeconómico e dificuldade de acesso a serviços de saúde adequados.



Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2015a) os estilos de vida são na atualidade, os principais causadores de doenças crónicas não transmissíveis, associados aos fatores de risco inerentes. Os estilos de vida causam grande impacto na morbidade, bem-estar, qualidade de vida, mortalidade e são os principais responsáveis pelas doenças crónicas.

Os comportamentos pouco saudáveis têm sido classificados como uma categoria de determinantes da saúde, sendo o estilo de Vida (alimentação, atividade física, tabagismo, álcool, drogas, comportamento sexual, sono e stresse) considerado um dos mais importantes. A WHO (2013), refere que o estilo de vida é uma forma de viver de acordo com comportamentos adquiridos, os quais são determinados pela interação das características pessoais com a sociedade, condições socioeconómicas e o ambiente. A mesma organização acrescenta que, os estilos de vida são os principais causadores de doenças crónicas não transmissíveis. Os hábitos sedentários acompanhados de dietas desequilibradas e hipercalóricas, o consumo de tabaco, álcool e outras drogas, o número reduzido de horas de sono, o stresse, e atividade sexual de risco, são considerados comportamentos de risco que se traduzem num estilo de vida não saudável.

Os jovens constituem o principal grupo de risco nas comunidades no que diz respeito à adoção de um estilo de vida pouco saudável, tornando-se estes, a curto ou longo prazo, mais propícios à doença.

A adoção de um estilo de vida saudável ao longo da vida, assume-se como um factor determinante da saúde. Para Santos (2011), o jovem deve ser alvo de maior atenção, uma vez que é nesta fase da vida que se adquirem hábitos comportamentais fortes e provavelmente se mantêm durante a vida. A vida do jovem que frequenta o ensino superior, é mais suscetível de sofrer alterações no que diz respeito a comportamentos e hábitos saudáveis, pois o facto de estudar longe de casa, não ter a orientação dos seus familiares, o stresse da adaptação à nova vida, a responsabilidade que lhe é exigida, uma dieta inadequada, a falta de exercício físico, as poucas horas de sono, as saídas à noite que levam a comportamentos de consumo de álcool, tabaco, drogas e comportamento sexual de risco, modificam o estudante universitário e o seu estilo de vida.

A temática escolhida para este estudo foi **“Estilo de vida dos estudantes do ensino superior”**. Este tema surge por ser uma questão atual e cada vez mais problemática e pertinente, pois conforme aponta Matos (2006), aspetos como, a atividade física, o tabagismo, o alcoolismo, a alimentação e o stresse, levam a um estilo de vida mais ou menos saudável e que, não havendo prevenção, poderão tornar-se fatores de risco de doença, que são hoje em dia considerados os principais causadores de doenças crónicas não transmissíveis, o que coloca em causa a vida pessoal, familiar, social e académica.

Neste sentido, nesta investigação procurámos analisar o estilo de vida dos estudantes do ensino superior. Desenvolveu-se um estudo do tipo não experimental, descritivo,

quantitativo/correlativo e transversal, que pretende responder à seguinte questão de investigação:  
**“Qual o estilo de vida dos estudantes do ensino superior?”**

Para avaliar o estilo de vida, utilizámos instrumentos adaptados e validados para a população portuguesa, nomeadamente o questionário “Estilo de vida fantástico” de Amado, Brito e Silva (2014). Integram a amostra, estudantes de um Instituto Politécnico do Interior do país, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, e o questionário foi preenchido via *online*.

Nesta perspetiva, os principais objetivos desta investigação são:

- Caracterizar o estilo de vida dos estudantes do ensino superior;
- Identificar o perfil do estilo de vida dos estudantes do ensino superior;
- Identificar e analisar os fatores determinantes do estilo de vida dos estudantes do ensino superior.

Considera-se que a temática é de interesse para a enfermagem, nomeadamente, na área da enfermagem comunitária, uma vez que as instituições de ensino representam um papel fundamental na sociedade e na formação pessoal/profissional. Conhecendo o perfil dos estudantes do ensino superior, no que diz respeito a áreas como a saúde e bem-estar, práticas desportivas e de lazer, alimentação, sono, stresse, consumos de substâncias e comportamento sexual, poderá contribuir de forma positiva para a prática de enfermagem.

A primeira parte deste trabalho é composta por elementos teóricos relevantes para a temática onde abordamos a promoção e educação para a saúde; os determinantes de saúde e estilos de vida; fazemos uma breve referência ao ingresso e vida do estudante do ensino superior; e, por fim, a intervenção do enfermeiro na adoção de estilos de vida saudáveis.

No que respeita à informação recolhida, as principais fontes bibliográficas utilizadas tiveram origem em documentos oficiais de organizações internacionais e nacionais, como a OMS, a DGS, a entidade reguladora do exercício em enfermagem - Ordem dos Enfermeiros (OE), bem como estudos e artigos científicos relacionados com a temática em investigação, publicados em revistas científicas e existentes em bases de dados como a Scielo, e os Repositórios Científicos de Acesso livre existentes em Portugal.

Na segunda parte apresentamos o estudo empírico, onde descrevemos a fase metodológica, apresentamos os dados obtidos, realçamos os resultados com valor estatístico, procedemos à análise e discussão dos mesmos, e as conclusões do trabalho.



## **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



## 1. PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

O conceito de Promoção e de Educação para a Saúde, são frequentemente confundidos como sendo o mesmo, o que na realidade não acontece. Para Redman (2003), estes dois conceitos têm sido desenvolvidos com a concepção de saúde, através de declarações universais e de regulamentos do exercício profissional, onde a sua prática obriga a que os profissionais sejam detentores de conhecimentos e competências nesta área.

A Carta de Ottawa defende que a saúde é o maior recurso de desenvolvimento pessoal, social e económico, e representa a maior perceção de qualidade de vida pelas pessoas. Os fatores políticos, económicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos devem ser considerados e destacados, visto que influenciam a saúde das pessoas e comunidades (OMS, 2009).

A perspetiva atual de saúde está direcionada para a promoção e proteção da saúde das pessoas e populações. Porém, esta concepção só foi desenvolvida pelo pensamento científico moderno. Após a época do Renascimento ocorreram transformações sociais e económicas, que aumentaram o interesse pelo processo saúde-doença e o investimento no tratamento e na prevenção das doenças, levando à proteção e promoção da saúde da pessoa e das comunidades (Ribeiro, 2007).

Na atualidade existe um recurso, um pouco abusivo, aos termos saúde e promoção da saúde. Recentemente a WHO (2009), define saúde como um estado dinâmico de bem-estar físico, mental, emocional/afetivo, social e espiritual, que permite à pessoa responder às exigências da mudança da vida que se encontra em permanente interação com os outros e com tudo o que a rodeia, dependendo de fatores intrínsecos à própria pessoa, e principalmente de condições ambientais e sociais. A esta definição, acredita-se que serão acrescentadas a dimensão sexual e ambiental (Estacio *et al*, 2011). Apresenta-se assim, uma visão holística da saúde como sendo um processo “tendo em conta as várias dimensões do ser humano, físicas, psíquicas, sociais, económicas, ambientais e culturais” (Antunes, 2008: 53).

**A promoção da saúde** é o meio de alcançar e manter a mesma. Segundo a WHO (2009), é o processo pelo qual se capacita as pessoas para desenvolverem competências e atitudes que lhes permita o controlo dos fatores determinantes da saúde, e assim melhorarem ou manterem a saúde. A promoção da saúde capacita as pessoas/comunidades para realizarem escolhas saudáveis, ou seja, a pessoa assume um papel ativo neste processo, desempenhando a função de agente de mudança e sendo responsável pelas suas escolhas menos saudáveis com alterações na sua saúde ou bem-estar (Ghebrehiwet, 2009). A promoção da saúde permite que a pessoa, os grupos, as comunidades e as organizações, influenciem os fatores determinantes da saúde. Desta

forma, a saúde é entendida como passível de se controlar e melhorar, dependendo da intervenção de cada pessoa e da comunidade.

Viver com saúde implica aprendizagem, sendo necessário capacitar as pessoas de informação para que estas, através das suas capacidades, consigam evitar, controlar e melhorar a saúde. Segundo Antunes (2008:48) “a saúde é um requisito fundamental para a aprendizagem e promoção do processo educativo. A educação e a saúde são pilares fundamentais do bem-estar individual e comunitário imprescindível ao desenvolvimento”.

**A educação para a saúde** assume uma importante função na promoção da saúde e na prevenção da doença, a mesma é necessária para a mudança de comportamentos tendo em vista um estilo de vida saudável. Para Antunes (2008), a educação para a saúde implica motivar as pessoas para que estas sejam capazes de adotarem, de forma livre e responsável, atitudes e comportamentos característicos de um estilo de vida saudável.

A WHO (2013), refere que a Educação para a Saúde é um conjunto de informações que podem ser transmitidas de variadas formas, e que motivam as pessoas a desejar um melhor nível de saúde. A informação que lhes é transmitida deverá ser adquirida em forma de conhecimento, o que permitirá à pessoa e à comunidade decidir de forma responsável, para melhorar ou conservar a saúde e recorrer a ajuda se necessário.

A preservação da saúde das pessoas e dos diferentes grupos que integram a sociedade, representa uma tarefa essencial para o bem-estar e o desenvolvimento das populações. A intervenção neste domínio implica melhorar, cada vez mais, os dispositivos de educação, prevenção e proteção que contribuem para a obtenção de ganhos em saúde, em cada pessoa e na comunidade. Para que tal seja possível, é necessário conhecer os determinantes da saúde dentro do contexto biopsicossocial, ambiental, económico, cultural e as interações que se estabelecem entre si.

As diferenças no que diz respeito à saúde da pessoa, podem ser identificadas quando se procede à comparação entre pessoas, comunidades e/ou grupos de pessoas que ocupam posições extremas na hierarquia social. Pouco se tem investido na diminuição das desigualdades em saúde e educação. Conhecer as características individuais da pessoa não é suficiente, é necessário que as políticas de saúde, os modelos de intervenção e os prestadores de cuidados (principalmente os Enfermeiros), coloquem em prática a sua ação. As práticas educativas em contexto de socialização em ambiente escolar surgem, assim, com máxima prioridade (Fernandes 2015).

## 1.1- ESCOLA PROMOTORA DE SAÚDE

É no início dos anos 90 que o Programa Nacional de Saúde Escolar aborda a saúde associada às escolas, surgindo o conceito de Saúde Escolar. Desde esse momento que existe a preocupação em adequar as necessidades de saúde com a educação na escola, implementando-se vários projetos com o objetivo de criar escolas promotoras de saúde. Projetos e programas como Projeto Viva a Escola, Programa de Promoção e Educação para a Saúde, adesão à Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde, são apenas alguns exemplos do que foi feito em Portugal para promover a saúde nos estabelecimentos de ensino. Em 2004, os Ministérios da Educação e da Saúde formalizaram uma parceria, visando a colaboração ativa entre as escolas e os centros de saúde e a divisão de responsabilidades na promoção da saúde da comunidade escolar (Amann, 2007).

O Ministério da Educação (2006), implementa o despacho n.º 15 987/2006, onde define as quatro Áreas Prioritárias de Intervenção em Educação e Promoção para a Saúde em contexto escolar. Áreas como a sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis, a alimentação e atividade física, o consumo de tabaco, álcool e outras drogas, e a violência em meio escolar, passam a ser a prioridade em saúde no contexto escolar, e têm como objetivo facilitar o acesso à informação e à formação no âmbito da saúde.

Segundo Faria e Freitas (2000:67), a importância da educação e promoção da saúde deve ser feita em ambiente escolar, pois “a escola é um lugar privilegiado onde (...) jovens vivem grande parte do seu tempo e fazem aprendizagem em diversos domínios”, nesta fase as atitudes e os comportamentos condicionam a saúde no futuro. A necessidade de prevenir situações de risco e a criação de condições ambientais favoráveis de saúde e de bem-estar é fundamental para o desenvolvimento de comportamentos positivos, de autoestima, de autoimagem e de autorresponsabilização pela saúde. A escola deve ser um espaço de educação e promoção de saúde.

São várias as mudanças ocorridas nos sistemas de saúde e de educação ao longo dos anos, com vista a melhorar a Saúde Escolar e avaliar o seu verdadeiro impacto na saúde dos jovens, mantendo a confiança na escola como a grande promotora de saúde (Amann, 2007).

As Universidades e Escolas Promotoras de Saúde (UEPS), constituem exemplos de projetos de ambientes favoráveis à saúde da autoria da OMS, inspirados na Carta de *Ottawa* para a promoção da saúde, que têm gerado movimentos globais. Desde 1995, ano em que a *University of Central Lancashire* se tornava pioneira na implementação da abordagem holística da promoção da saúde ao abrigo do projeto UEPS, o número de instituições de ensino superior espalhadas pelo mundo que aderiu ao projeto não parou de crescer (Dooris, 2010). Portugal, com as suas escolas, não tem ficado indiferente a este movimento de promoção de saúde em meio académico,



apresentando, como já foi referido, inúmeras iniciativas que visam contribuir para o bem-estar e saúde dos seus estudantes, desenvolvendo o seu trabalho em conjunto com a congénere europeia que integra.

A nível internacional, ao longo dos últimos anos o projeto das UEPS tem sido desenvolvido e aplicado em diversas instituições de ensino superior. Colômbia, Chile e Inglaterra assumem-se como protagonistas, realizando várias publicações e encontros científicos, o mais recente em 2015 – “*International Conference on Health Promoting Universities and Colleges: 10 years after the Edmonton charter*”, convertendo-se num movimento global em crescimento, onde a intensa partilha de conhecimentos e experiências entre instituições resultam em dados e factos importantes para os que a ele pertencem, mas também para os que têm interesse em pertencer e aderir ao mesmo (Heraud, 2013).

A abordagem da promoção da saúde subjacente às UEPS, segundo Dooris (2010), é muito mais do que um conjunto de intervenções na mudança de comportamentos da população estudantil, é antes a procura da saúde do estudante tendo em conta o contexto académico, social, cultural e individual. As UEPS devem criar ambientes físicos e sociais saudáveis e sustentáveis. O mesmo autor, acrescenta que um projeto UEPS para se consolidar e ganhar dimensão, é necessário que reitores e presidentes das instituições de ensino superior assumam a responsabilidade de ir criando uma cultura favorecedora da saúde e bem-estar dentro da instituição.

As UEPS defendem que é de máxima importância e necessidade travar as tendências comportamentais de risco que os estudantes apresentam ou possam vir a apresentar logo desde os primeiros tempos de exposição académica. Desta forma, as instituições de ensino superior devem assegurar aos estudantes, para além de uma formação de qualidade, o direito a um ambiente facilitador de escolhas mais saudáveis (Costa *et al*, 2010).

As instituições de ensino superior devem influenciar positivamente a saúde e a vida dos seus estudantes, promovendo a saúde, o que segundo Dooris (2010), criará uma responsabilidade de saúde individual em cada estudante, contribuindo para a defesa da saúde global a longo prazo. Em Portugal, existe uma grande disparidade entre instituições de ensino superior relativamente à aproximação aos ideais do projeto UEPS. Se há instituições já com tradição em ações múltiplas de promoção da saúde, com melhoria das suas infraestruturas, realização de campanhas de sensibilização e desenvolvimento de projetos de investigação, existem outras que se limitam a facilitar o acesso aos cuidados de saúde, autorizando ações/intervenções dos cuidados de saúde primários e das escolas de saúde (principalmente escolas de enfermagem). Para Costa *et al* (2010), às UEPS portuguesas falta uniformização, articulação e inovação, para investimento na promoção da saúde no contexto do ensino superior. É necessário mais vontade por parte dos reitores e presidentes das instituições para a criação de um ambiente universitário promotor de saúde. Os

mesmos autores salientam ainda que, seria desafiante as instituições de ensino superior familiarizarem-se com o ideal das UEPS, e a sua abordagem holística, incorporando a mesma com a participação de todos em planos de trabalho para ações que promovam a saúde.

Brito (2009), docente e uma das principais figuras na promoção da saúde no seio académico de Coimbra considera, que o projeto das UEPS tem sido apontado a nível internacional, como uma importante estratégia na promoção da saúde pública, com retornos muito positivos. Projetos como o “Antes que te Queimes”, aplicado durante as festas académicas, especificamente a queima das fitas de Coimbra, são exemplo do que se pode realizar ao nível da promoção da saúde no ensino superior. Em Portugal nas instituições de ensino superior este movimento encontra-se lentamente em expansão, surgindo inúmeras iniciativas de promoção da saúde em ambiente académico, são disso exemplo projetos como: residências universitárias com adequadas condições de habitabilidade e de estudo (Residência Universitária Professor Doutor Lloyd Braga da Universidade do Minho); cantinas universitárias que apresentam uma oferta de dietas variadas, equilibradas e saudáveis (Universidade de Coimbra); espaços devidamente equipados para a prática de atividade física e desportiva (Centro de Desporto da Universidade do Porto); e a prestação de cuidados de saúde primários (Serviços de Saúde do Instituto Superior Técnico).

Castanheira (2012) acrescenta que, num período profundamente marcado por cortes financeiros e pelas implicações que os mesmos causam, torna-se pertinente apostar num projeto nacional, que permita a melhoria dos indicadores de saúde e bem-estar, e que se consiga refletir na redução dos custos com a saúde pública.

## 1.2- DETERMINANTES DA SAÚDE E ESTILO DE VIDA

O conceito de determinante da saúde foi desenvolvido no Canadá no âmbito da doença cardíaca, pelo Departamento de Saúde de Toronto, e é hoje o modelo utilizado pela OMS. Segundo Laverack (2008), este modelo considera como determinantes da saúde, os fatores de risco (baixo nível social, atividade profissional perigosa, ambiente poluído, discriminação, individualismo e a competitividade, entre outras causas); os fatores fisiológicos (hipertensão, hipercolesterolemia, ansiedade...); os fatores comportamentais (alimentação pouco saudável, sedentarismo, consumo de tabaco, álcool e drogas) e os fatores psicossociais (isolamento, baixa autoestima, ausência de motivação e determinação e fraco poder de perceção).

Lalonde em 1974, ministro da saúde no Canadá, apresentou o modelo sobre determinantes de saúde que ainda hoje representa plena importância para a Saúde Pública (Sanmartí, 1985).

Lalonde (1974), defende que o sistema de saúde é apenas uma das formas de manter e melhorar a saúde, e para as ameaças ambientais e comportamentais à saúde, o sistema de saúde pouco mais pode fazer do que servir como malha recetora das vítimas.

O modelo de Lalonde é composto por quatro fatores que interferem na promoção da saúde, entre os quais:

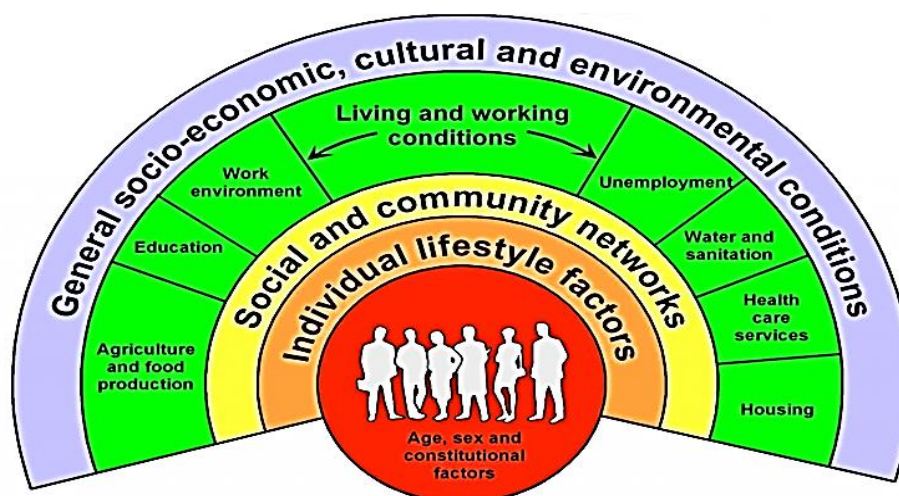
- A biologia humana: património genético e envelhecimento;
- Os estilos de vida: comportamentos saudáveis;
- O meio ambiente: qualidade do ambiente físico e do meio social;
- O sistema de saúde: meios disponíveis e acessibilidade aos mesmos.

Lalonde defende que quanto mais elevado for o nível social de uma pessoa, mais condições apresenta para saúde e bem-estar. Laverack (2008), confirma isso mesmo quando refere que nos dias de hoje morrem mais pessoas de classe social baixa, do que pessoas de classe social alta. Relativamente aos fatores psicossociais, Lalonde (1974) sustenta que os estados cognitivos e emocionais de cada pessoa, são manifestações próprias aos fatores de risco que a pessoa está exposta, esta condição leva a que a pessoa apresente comportamentos saudáveis ou não.

Potter & Perry (2006), argumentam que os fatores que levam à compreensão de um estado completo de bem-estar físico, mental e social não são da responsabilidade apenas da área da saúde, mas também, do meio social onde a pessoa se encontra inserida. O conceito de saúde da pessoa é multidimensional e dinâmico, sendo a sua caracterização feita a partir de diversas informações detalhadas de diferentes aspetos da sua vida. Cada um desses aspetos pode ser avaliado/analísado de forma individual porém, tal método torna-se ineficaz quando analisados em separado, uma vez que se perde a análise holística que descreve o estado de saúde individual.

Vários modelos têm tentado representar de forma gráfica a interação entre os fatores determinantes da saúde. Um dos modelos mais conhecidos que procura esquematizar a relação entre os diversos determinantes é o “Arco-íris de Dahlgren e Whitehead” (Figura 1, pag. 26). Este modelo dispõe os determinantes em camadas, demonstrando que todos os fatores interagem na saúde da pessoa, fazendo sentido apenas programas que intervêm de modo articulado e organizado no maior número de fatores possíveis, reforçando a ideia de uma abordagem holística na saúde (Loureiro & Miranda, 2010).

**Figura 1** – Principais determinantes de saúde, modelo “arco-íris” de Dahlgren & Whitehead



**Fonte:** Balanda, K. (2011). *Public health across the life course time: time to renew the debate?* Acedido em 06-06-2017, em Institute of Public Health: <http://www.publichealth.ie/blog/2011-10-04/public-health-across-life-course-time-time-ew-debate>

Os Determinantes de Saúde segundo Branquinho (2000), são categorizados por fatores: biológicos (idade, sexo e fatores genéticos); estilo de vida (fumar, exercício físico, nutrição); ambientais e condições de vida (alojamento, água, esgotos, condições de trabalho); sociais (emprego, nível socioeconómico, apoio e rede social de contactos); sistemas de saúde (políticas de saúde, serviços de saúde, acessibilidade aos cuidados de saúde).

Francisco George (2004), enquanto diretor geral da DGS, considera que os determinantes de saúde são todos os fatores de risco que influenciam a nível individual, familiar ou da comunidade a ocorrência de problemas de saúde. Segundo a DGS (2003) os determinantes da saúde são influenciados por fatores individuais (genéticos, biológicos e psicológicos); ambientais; económicos; sociais e culturais. A criação e implementação de programas centrados em ambientes específicos, como escolas e locais de trabalho, condições ambientais, organizacionais e sociais mais favoráveis à saúde, deverá ser uma prioridade para a capacitação das pessoas, promovendo dessa forma a adoção de estilos de vida saudáveis.

Para uma melhor compreensão dos determinantes de saúde, Francisco George defende que, os determinantes de saúde são frequentemente agrupados em várias categorias: sociais e económicos (pobreza, emprego, exclusão social, etc), fixos ou biológicos (idade, género, etc), ambientais (habitat, qualidade do ar, qualidade da água, etc), estilos de vida (dieta, tabagismo, etc) e acesso aos serviços (educação, serviços sociais, etc). Sendo compreensível a influência de todos os determinantes no estado de saúde da pessoa e comunidade, torna-se menos fácil definir com clareza qual o peso específico de cada um deles (George, 2011).

Controlar os fatores determinantes da saúde mencionados, é um desafio de larga escala para a saúde pública, pois os comportamentos de saúde são um dos principais alvos da promoção e educação para a saúde, sendo necessário uma perspectiva multidisciplinar, não esquecendo nenhum dos determinantes (OMS, 2004).

A saúde está intimamente relacionada com comportamentos e **estilo de vida**. Como referido anteriormente, os comportamentos e o estilo de vida são importantes condicionantes/determinantes para o processo de saúde/doença, incapacidade e diminuição da esperança média de vida.

Em meados dos anos sessenta, Alameda County apresentou pela primeira vez os principais hábitos saudáveis atribuindo a designação “Os sete da Saúde”. Estes hábitos foram resultado de uma investigação realizada no Estado da Califórnia, e é considerado como pioneiro no campo da educação para a saúde, sendo um importante passo para a promoção da saúde, (Housman & Dorman, 2005). Os sete da saúde definidos por County são: 1- dormir 7 a 8 horas por dia; 2- manter um peso adequado; 3- uma alimentação equilibrada e variada; 4- praticar exercício físico; 5- consumir álcool de forma moderada; 6- nunca ter fumado; 7- nunca ter consumido substâncias ilícitas.

Sands & Wilson (2003), afirmam que os estilos de vida são o resultado da exposição aos fatores de risco, que levam a comportamentos permanentes e difíceis de alterar. Um estilo de vida saudável deve ser procurado todos os dias com motivação, de forma a alcançar ou manter bons níveis de saúde. Para os autores supra citados, o estilo de vida é o resultado de escolhas feitas de forma consciente, sendo a autorresponsabilização um passo importante para a aceitação e mudança de comportamentos.

Segundo Roales (2003), os estilos de vida são o alvo principal na intervenção da educação para a saúde, pois as soluções para os problemas de saúde atuais estão condicionadas aquilo que a pessoa faz por si, estando informada e consciente das consequências dos seus comportamentos. O mesmo autor acrescenta que, a manutenção da saúde depende do estilo de vida adotado pela pessoa, sendo definido pela relação entre hábitos adquiridos ao longo da vida e os comportamentos de risco.

A evidência atual sobre a relação entre estilo de vida e as principais problemáticas de saúde mundial é ampla, o que representa o aumento do número de comportamentos de risco e seus impactos sobre a saúde da população (Rafael *et al*, 2016). Os estilos de vida englobam um amplo conjunto de hábitos, como são a alimentação, a sexualidade, tempo de lazer, a atividade física, o consumo de substâncias ilícitas, o seguimento de recomendações médicas, as horas de sono e o stresse.

Silva *et al* (2012) reforça o que já foi referido, afirmando que o estilo de vida da pessoa representa um conjunto de determinantes de saúde da comunidade. No que diz respeito à temática

desta investigação, os autores referem que apesar de toda a informação disponível e acessível aos jovens, estudos realizados revelam que os estudantes do ensino superior têm cada vez mais comportamentos de risco, e um estilo de vida diferente do que se considera saudável.

O estilo de vida apresenta grande impacto da morbidade, bem-estar, qualidade de vida, mortalidade e é o principal responsável pelas doenças crónicas. De entre os determinantes de saúde, o estilo de vida saudável ocupa um lugar relevante, pela facilidade que apresenta na obtenção de ganhos em saúde.

Os determinantes de saúde, segundo George (2004) relacionados com os estilos de vida são os seguintes:

- Consumo de Alimentos;
- Atividade Física;
- Consumo de substâncias psicoativas (bebidas alcoólicas, tabaco, drogas e alucinogénios);
- Horas de sono;
- Comportamentos sexuais;
- Má gestão do stresse.

As Doenças Crónicas não Transmissíveis originadas pelos determinantes referidos anteriormente, quando estes prevalecem de forma muito elevada são as doenças cardiovasculares, diabetes, neoplasias, doenças respiratórias, obesidade e doenças osteoarticulares.

Uma vez que existe evidência sobre as relações causa-efeito dos fatores de risco e das doenças crónicas referidas anteriormente, é necessário desenvolver estratégias de prevenção para evitar um cenário mais complicado no futuro. A prevenção e o controlo daqueles fatores de risco são essenciais para contrariar a atual tendência crescente das doenças crónicas não transmissíveis (George, 2011).

### **Consumo de Alimentos**

A alimentação é um dos principais determinantes da saúde, bem-estar e sustentabilidade. O objetivo principal na promoção da saúde é o contributo para uma alimentação mais saudável e equilibrada.

Existem várias doenças relacionadas com a alimentação, por isso é necessário fazer uma alimentação correta e saudável. A obesidade é uma dessas doenças, existem evidências de que é a segunda causa de morte evitável. O excesso de peso e obesidade na infância e adolescência repercutem-se na vida adulta contribuindo para a mortalidade precoce, exclusão social e gastos em saúde, fragilizando a sustentabilidade económica nos sistemas de saúde (DGS, 2016).

É enquanto jovem que se adquirem os hábitos alimentares, que podem implicar importantes repercussões no estado de saúde a curto e a longo prazo. O consumo excessivo de

alimentos processados com alto teor de gordura e açúcares, é um dos problemas alimentares mais graves na população jovem, o que resulta num défice de consumo de alimentos mais completos e saudáveis (Matos *et al.*, 1996).

### **Atividade Física**

Segundo George (2004), é importante que cada pessoa faça pelo menos trinta minutos de marcha regular diariamente. A atividade física, a saúde e a qualidade de vida estão intimamente relacionadas entre si. O corpo humano foi concebido para se movimentar, e como tal necessita de atividade física regular com vista ao seu bom funcionamento, e de forma a evitar doenças como hipertensão arterial, obesidade, diabetes *mellitus*, entre muitas outras.

A atividade física representa um importante fator para a melhoria da qualidade de vida da pessoa. Katzer (2017), refere que a atividade física e uma alimentação equilibrada, são os principais fatores para um estilo de vida saudável.

### **Consumo de substâncias psicoativas (bebidas alcoólicas, tabaco, drogas e alucinogénios)**

A promoção dos estilos de vida saudáveis em relação à luta contra o tabagismo é uma prioridade absoluta e inquestionável. Por sua vez, o tabagismo é um dos fatores de risco com maior impacto na saúde e esperança de vida saudável. O seu consumo é a principal causa evitável de neoplasias e de doenças cardiovasculares.

Atualmente, o consumo de tabaco nos Países desenvolvidos, é a principal causa de doença e de mortes evitáveis, sendo responsável por cerca de 20% do total de mortes verificadas anualmente nos países desenvolvidos. Segundo dados da WHO (2013), cerca de 4,9 milhões de pessoas morrem anualmente em todo o mundo como consequência deste hábito.

Em Portugal, segundo o relatório “Prevenção e Controlo do Tabagismo 2017”, apresentado pela (DGS, 2017a), a cada 50 minutos morreu uma pessoa no ano de 2016, por doenças atribuíveis ao tabaco. O mesmo relatório, com base em estimativas elaboradas pelo *Institute of Health Metrics and Evaluation*, refere que morreram em Portugal mais de 11800 pessoas por doenças atribuíveis ao tabaco. Contudo, a prevalência de consumidores diários ou quase diários de tabaco, entre 2012 e 2017, registou uma ligeira redução, passando de 95,2 % para 94,0 % (DGS, 2017a).

Em relação ao tabagismo nos jovens, a mesma entidade, aponta para a idade média de início de consumo entre os 16 e os 24 anos, e registou-se no mesmo grupo etário, entre 2012 e 2017, um aumento no consumo de tabaco nos últimos 30 dias.

Relativamente ao álcool, é a substância que sendo indutora de dependência, produz as maiores repercussões quer a nível social, quer para a saúde da pessoa.

As consequências para a saúde do consumo de álcool, incluem as doenças agudas (intoxicação, envenenamento), crónicas (dependências, cancro, doenças gastrointestinais, cardiovasculares e neuropsiquiátricas) e socioeconómicas (desemprego, violência, estigmatização e ruptura familiar). De acordo com George (2004), o consumo exagerado de álcool constitui um importante problema de Saúde Pública.

King *et al* (1996), classificam os consumos de álcool como: Consumo de risco, padrão de consumo que poderá implicar dano físico ou mental se esse padrão perseverar; Consumo nocivo, padrão de consumo que causa danos à saúde, sendo estes físicos ou mentais; Dependência, padrão de consumo constituído por um conjunto de aspetos clínicos e comportamentais que podem desenvolver-se após repetido uso de álcool, desejo intenso de consumir bebidas alcoólicas e descontrolo sobre o seu uso.

### **Horas de sono**

A quantidade de sono que uma pessoa adulta necessita, diariamente, para manter um nível de funcionamento adequado é variável. A maioria das pessoas necessita de dormir entre sete a nove horas por dia, contudo, estas necessidades variam ao longo do ano, no Inverno é necessário dormir mais que o período normal (George, 2004).

### **Comportamentos sexuais**

O instinto sexual é algo que desde os insetos ao ser humano aparece de uma maneira extremamente forte, levando a certos comportamentos e gastando energias que só se justificam biologicamente, porque tornam possível algo fundamental à vida, nomeadamente a propagação da espécie.

Educar os jovens sobre a vida sexual traduz-se numa importante forma de prevenção de problemas ligados à saúde sexual e reprodutiva. A educação sexual deve ser um processo de aprendizagem, com transmissão de informação e o desenvolvimento de atitudes e comportamentos saudáveis (Ramiro *et al*, 2011).

### **Má gestão do stresse**

A gestão de stresse assume em Saúde Pública um papel importante, uma vez que está relacionada com a prevenção de doenças que provocam incapacidades e que podem levar à morte em Portugal, como exemplo disso, o Acidente Vascular Cerebral, Hipertensão e Doenças Cardíacas.

Existe também o stresse provocado no dia-a-dia de cada pessoa, resultante de fatores sociais (principalmente quem vive ou trabalha em cidades), pois estes estão expostos a situações de grande stresse.



A intervenção sobre os estilos de vida obriga à implementação de estratégias de promoção da saúde, multisectoriais, multidisciplinares e sujeitas a avaliação (DGS, 2010).

Segundo a Carta de Ottawa, essas estratégias podem sistematizar-se em cinco grandes domínios: definição de políticas, legislação e regulamentação; criação de ambientes de suporte; reforço da ação comunitária; informação, educação para a saúde e capacitação individual e coletiva (empoderamento), e reorientação dos serviços de saúde.

Na década de oitenta, com o intuito de melhorar as abordagens neste domínio, a OMS promove uma estratégia de prevenção integrada de fatores de risco de doenças não transmissíveis. Em 1987, Portugal adere ao Programa de Intervenção Integrada sobre Doenças não Transmissíveis, cuja coordenação foi atribuída ao Instituto de Cardiologia Preventiva, à Direção-Geral da Saúde e ao Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

Este Programa assentou numa abordagem integrada de fatores de risco de doenças não transmissíveis: tabaco, álcool, alimentação, atividade física e stresse. Utilizou abordagens pluridisciplinares e estratégias de cooperação intersectorial assentes em intervenções centradas na comunidade.

Segundo George (2004), a promoção de estilos de vida saudáveis foi considerada uma das prioridades cimeiras. A DGS em colaboração com OMS criou o “Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionadas com os Estilos de Vida”, tendo como objetivo geral “reduzir a prevalência de fatores de risco de doenças crónicas não transmissíveis e aumentar a prevalência de fatores de proteção, relacionados com os estilos de vida, através de uma abordagem integrada e intersectorial”, George (2004:28-29).

O mesmo programa apresenta como objetivos específicos:

- ❖ Reduzir a proporção de fumadores;
- ❖ Aumentar o número de espaços públicos livres de fumo de tabaco;
- ❖ Aumentar a proporção de população fisicamente ativa (pelo menos trinta minutos diários de atividade física moderada);
- ❖ Reduzir o consumo de sal (menos de 5 g/dia);
- ❖ Reduzir a prevalência de excesso de peso e obesidade (IMC > 25);
- ❖ Aumentar o consumo adequado de frutos, legumes e vegetais (pelo menos 400 g/dia);
- ❖ Reduzir o consumo total de gorduras para valores entre 15% a 30% da ingestão calórica diária);
- ❖ Reduzir o consumo excessivo de gorduras saturadas (10% m da ingestão calórica diária);
- ❖ Reduzir o consumo excessivo de gorduras trans (1 % da ingestão calórica diária);
- ❖ Reduzir a prevalência de consumidores excessivos de álcool (menor que 16 g de etanol/dia nas mulheres e 24 g/dia nos homens).

No atual Plano Nacional de Saúde 2012-2020, são focados como fatores prioritários de intervenção, o consumo de tabaco, a alimentação, o consumo de álcool, a atividade física e a gestão do stresse.

A opção pelos estilos de vida saudáveis depende do modo como se relacionam as aprendizagens da pessoa no seu processo de socialização, por isso promover a saúde é um processo complexo que deve não só incluir as ditas ações educativas, mas também possibilitar a aquisição ou o desenvolvimento de competências, que promovam o desenvolvimento social e pessoal, habilitando e responsabilizando a pessoa pelas suas opções.

“... assegurar a saúde das populações não representa apenas um imperativo ético é também uma condição indispensável para o sucesso económico num mundo em profunda transformação, já que esta é o bem supremo a que todo o indivíduo e sociedade aspiram. Promover e manter a saúde deve constituir uma preocupação geral, isto porque, viver com saúde e saber aproveitá-la, é sem dúvida, uma aspiração e um direito comum a todos os seres humanos”, Augusto (2011:2)

### 1.3 ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR E ESTILO DE VIDA

No ensino superior o estudante adquire um estilo de vida com características muito próprias, na maioria dos casos, tal poderá dever-se ao afastamento do seio familiar, ao aumento das responsabilidades e da autonomia nas suas próprias escolhas. Para Pinheiro (2004), esse período de transição na vida do jovem adulto, pode afetar e alterar de forma permanente o seu estilo de vida, pois fatores como a alimentação, o exercício físico, os hábitos de consumo de álcool, tabaco ou outras drogas, o comportamento sexual e o bem-estar psicológico, podem ser alterados de forma negativa e vincadamente para o resto da sua vida.

O ingresso no ensino superior representa uma das metas mais desejadas pelos estudantes, e ao mesmo tempo a mais difícil que o mesmo vivenciará, pelas mudanças que ocorrem ao nível do processo educativo/formativo e de desenvolvimento que se desencadeiam no ensino superior, principalmente durante o primeiro ano (Pinheiro, 2004).

Segundo o mesmo autor, o ingresso no ensino superior confronta a maioria dos jovens com vários desafios, o sair de casa e separar-se dos seus familiares e amigos; viver num meio que lhe é desconhecido; criar novos laços de amizade e eventualmente uma relação mais íntima; assumir novas responsabilidades e desenvolver a sua autonomia; e reconhecer a importância dessa fase da vida na construção da sua identidade e formação profissional.

Pinheiro (2011), afirma ser consensual a ideia de que a adaptação ao ensino superior provoca mudanças comportamentais, cognitivas, afetivas e conseqüentemente provoca alterações

no estilo de vida dos jovens, geralmente negativas, com tendência a manterem-se ao longo da vida e a influenciar a sua saúde e o bem-estar a curto e a longo prazo.

Corroborando com a mesma ideia, Almeida (2013) sustenta que, o ingresso no ensino superior é a etapa mais importante na vida de qualquer estudante. Para além de poder adquirir um conhecimento específico numa determinada área, o ingresso no ensino superior coloca o jovem adulto perante novos papéis e expectativas enquanto estudantes. Este terá uma vida académica com novos métodos pedagógicos e sistemas de avaliação, ou seja, o jovem adulto enquanto estudante enfrenta todo um conjunto de alterações que exige a capacidade de modificar rotinas do quotidiano e adquirir novos hábitos de estudo.

Silva *et al* (2015:13) reforçam a ideia,

“a viragem que os estudantes vivenciam com a transição para o ensino superior, não acontece apenas ao nível do percurso propriamente escolar e laboral, mas ganha extensão em outras dimensões da vida, menos conhecidas de um ponto de vista científico. As instituições de ensino superior são, efetivamente, um contexto onde os estudantes entram em contacto com novas realidades culturais e sociais, suscetíveis de reconfigurar os seus círculos sociais, quadros simbólicos de referência e hábitos quotidianos.”

Seguindo a linha de pensamento dos autores supra citados, é provável que a adaptação ao ensino superior provoque alterações de comportamento e de hábitos de consumo, conseqüentemente os problemas que ocorrem com mais frequência no seio da população académica são a ansiedade, o stresse, o isolamento/solidão, o abuso de álcool, tabaco e outras drogas, alterações na dieta e hábitos de exercício físico e sono. Com tudo isto, e no que se refere ao estilo de vida do jovem universitário, este encontra-se perante o risco de um estilo de vida pouco saudável, o que trará repercussões na sua saúde e bem-estar a curto e longo prazo (Santos, 2011).

Perante toda esta problemática que envolve o jovem adulto enquanto estudante, é fundamental que “a partir das ciências sociais, se consiga produzir conhecimentos mais aprofundados e rigoroso sobre a entrada e as vivências no ensino superior, enquanto momento potencialmente reestruturador dos estilos de vida dos jovens” (Silva *et al*, 2015:14).

## 2. A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

O enfermeiro no desempenho da sua prática, segundo a WHO (2009), realiza a função de educador para a saúde, identifica as necessidades da pessoa, grupo ou comunidade, estabelece objetivos e delinea estratégias de intervenção, realiza atividades de aprendizagem para aumentar os conhecimentos e dessa forma influencia atitudes e comportamentos, capacitando a pessoa para escolhas saudáveis.

Para Correia (2001), a prática de enfermagem centra-se no cuidado da pessoa pertencente a um grupo ou comunidade. O papel do enfermeiro passa pela promoção da saúde e da autonomia da pessoa, reforçando as capacidades da mesma individualmente e em grupo ou comunidade, respeitando as decisões da pessoa com base na sua experiência de saúde e aumentando a disponibilidade de informação para uma melhor saúde.

O presidente do Conselho Internacional de Enfermagem, Ghebrehiwet (2009) afirma que, os enfermeiros trabalham em diversos ambientes que proporcionam oportunidades ideais para a promoção da saúde e criar dessa forma casas, escolas, cidades e locais de trabalho mais saudáveis. Ainda segundo o mesmo autor, os enfermeiros a nível individual e através das associações nacionais, podem ser eficazes abrindo o caminho para a saúde através da sua promoção, e juntamente com outros prestadores de cuidados de saúde, gestores e responsáveis de tomada de decisão política podem:

- realizar uma consciencialização sobre os múltiplos e mutáveis determinantes da saúde;
- promover ações conjuntas no sentido da criação de serviços públicos e ambientes mais saudáveis;
- estabelecer uma rede com outras organizações e setores para eliminar obstáculos à promoção da saúde;
- promover ambientes cuidadores das pessoas e que favoreçam o apoio que as mesmas necessitam;
- exercer pressão no sentido da criação de condições de vida e de trabalho que sejam seguras;
- fortalecer a ação e o envolvimento da comunidade no estabelecimento de prioridades, tomada de decisão, estratégias de planeamento e sua implementação para conseguir uma saúde melhor;
- proporcionar ao público a informação e a educação para a saúde, que o prepare para o autocuidado em diferentes etapas das suas vidas e o ajude a lidar com doenças crónicas e lesões;

- ajudar as pessoas a desenvolverem aptidões pessoais, que melhorem a sua capacidade de controlarem a sua própria saúde e de tomarem decisões saudáveis;
- estabelecer alianças com outras associações de profissionais de saúde e grupos de atuação comunitária;
- colaborar ativamente no alinhamento dos serviços de saúde para se centrarem na prevenção primária e nos serviços de promoção da saúde.

A enfermagem assenta a sua prática numa base legal, com leis e regulamentada através de competências estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE). A educação para a saúde é uma prática de todos os enfermeiros no seu dia-a-dia. Para Sands & Wilson (2003), os enfermeiros são os profissionais de saúde mais competentes no processo de educação para a saúde, tendo como preocupação o bem-estar e a satisfação das necessidades da pessoa.

“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde” (OE, 2011:12). A OE define as competências do enfermeiro de cuidados gerais, e revela que o exercício da atividade profissional dos enfermeiros tem como objetivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social (OE, 2004).

Existem ainda outras competências que são atribuídas aos enfermeiros, na área da promoção e educação para a saúde, nomeadamente:

- ✓ Competência 35: Participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação;
- ✓ Competência 36: Aplica conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção da saúde e educação para a saúde;
- ✓ Competência 37: Atua de forma a dar poder à pessoa, à família e à comunidade, para adotarem estilos de vida saudáveis;
- ✓ Competência 38: Fornece informação de saúde relevante para ajudar as pessoas, a família e a comunidade a atingirem os níveis ótimos de saúde e de reabilitação;
- ✓ Competência 39: Demonstra compreender as práticas tradicionais dos sistemas de crenças sobre a saúde das pessoas, das famílias ou das comunidades;
- ✓ Competência 40: Proporciona apoio e educação no desenvolvimento, e na manutenção das capacidades para uma vivência independente;
- ✓ Competência 41: Reconhece o potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem;
- ✓ Competência 42: Aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interações com as pessoas, as famílias e as comunidades;
- ✓ Competência 43: Avalia a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas de saúde.

A prática de enfermagem foca a atenção na promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e pretende alcançar. Segundo a OE (2002:8-9), existe a tendência de ao longo de todo o ciclo vital, “prevenir a doença e promover os processos de readaptação, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente”.

Tendo em consideração que o objetivo primordial da promoção da saúde é promover alterações positivas nos comportamentos de saúde das pessoas, os enfermeiros como promotores da saúde, devem possuir conhecimentos e competências que lhes permitam fomentar atitudes ou condutas benéficas para aquela pessoa, respeitando o seu ritmo e as suas necessidades, em termos de saúde mobilizando motivações junto da pessoa em vez de imposições.

A promoção da saúde revela-se de máxima importância, e é desta forma que se consegue obter o máximo potencial de saúde. Para que tal ocorra, é necessária a identificação da situação de saúde da população e a identificação dos recursos de saúde que a pessoa, família e comunidade têm ao seu dispor; a elaboração e a aplicação de atividades que promovam estilos de vida saudáveis; o desenvolvimento do potencial de saúde individual; e a capacitação de novas competências pela pessoa, através de uma informação dirigida a si mesmo e que lhe permita decidir com conhecimento. O envolvimento da família neste processo é fundamental, em particular se o objetivo for a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, (OE, 2002).

Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) em 2010, os enfermeiros para influenciarem comportamentos e atitudes promotoras de estilos de vida saudáveis, podem intervir nos locais de trabalho e nas escolas para promover ambientes e praticas mais saudáveis e devem utilizar todas as oportunidades para informar e orientar a pessoa e família, na busca e adoção de hábitos mais saudáveis. Ainda segundo o CIE (2010), esta ação da prática de enfermagem deve ser realizada a nível individual por todos os enfermeiros.

Para Redman (2003), os enfermeiros ao estarem inseridos nas equipas de saúde, são elementos ativos e corresponsáveis junto dos grupos e comunidades, sendo assim necessário conhecer os comportamentos de saúde da população.

Está preconizado pela OE (2002), que o enfermeiro nesta relação com a pessoa deverá ter uma prática assente sobre os seguintes pressupostos:

- as pessoas são responsáveis pela sua própria saúde;
- as pessoas, grupos e comunidades têm capacidade para a mudança positiva ou negativa;
- as pessoas devem ter direito à informação que lhes permita decidir acerca do seu comportamento e escolher o seu estilo de vida;
- o processo de atingir o nível de saúde decorre num contexto interpessoal;

- as pessoas assimilam comportamentos saudáveis, que consideram pessoalmente relevantes e aceitáveis na sociedade.

“Hoje, os enfermeiros têm uma oportunidade única de contribuir significativamente para a vida das pessoas e, de um modo positivo, influenciar a saúde da sociedade, ajudando as pessoas a fazer escolhas informadas de estilos de vida saudáveis” (Sands & Wilson, 2003:57).

A promoção da saúde e a educação para a saúde, são ações por excelência dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária. Estes estabelecem um contacto muito próximo e permanente com a população/comunidade, e possuem um conhecimento privilegiado dos hábitos, crenças, atitudes e comportamentos das pessoas, o que facilita uma ação promotora de saúde dirigida às famílias e à comunidade.

## 2.1- O CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

A Enfermagem Comunitária tem a sua intervenção principal na promoção da saúde da pessoa, das populações e das comunidades. Para tal, atua na capacitação das mesmas para obtenção de ganhos em saúde. O enfermeiro participa num processo de permanente interação, onde são identificadas as necessidades de saúde da pessoa, família, grupo e comunidade, estabelece prioridades e estratégias e avalia os resultados obtidos.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária tem um papel fundamental neste processo, pois possui competências para coordenar e implementar programas de saúde que envolvam a comunidade ao nível da saúde, da educação, das redes sociais, e dos mais variados meios que visem a capacitação de grupos e comunidades. Segundo a OE (2012a), o enfermeiro tem a responsabilidade de criar, planear e executar programas de intervenção comunitária com o objetivo de realizar a prevenção, proteção e promoção da saúde, tendo em conta as necessidades das pessoas, grupos e comunidades.

O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária tem como finalidade principal prevenir a doença na pessoa e comunidades e promover os processos de readaptação, bem como o máximo de autonomia nas escolhas de saúde da pessoa, grupos e comunidades. Segundo a OE (2010), as competências específicas definidas para os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária são as seguintes: estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades; integra a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do PNS; realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Neste contexto, é importante focar os padrões de qualidade que se espera do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária. Segundo a OE (2015), o enfermeiro deve:

- ✓ Ter um entendimento profundo sobre os determinantes dos problemas de saúde e de grupos ou de uma comunidade na conceção do diagnóstico de saúde e de uma comunidade;
- ✓ Identificar as necessidades em saúde de grupos ou de uma comunidade;
- ✓ Conceber, planear, implementar projetos de intervenção com vista a consecução de projetos de saúde de grupos e/ou comunidades;
- ✓ Intervir em grupos e/ou comunidades com necessidades específicas assegurando o acesso ao cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados;
- ✓ Coordenar e dinamizar programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos;
- ✓ Participar, em parceria com outras instituições da comunidade e com a rede social e de saúde, em projetos de intervenção comunitária dirigida a grupos com maior vulnerabilidade;
- ✓ Mobilizar os parceiros/ grupos da comunidade para identificar e resolver os problemas de saúde;
- ✓ Cooperar na coordenação, otimização, operacionalização e monitorização dos diferentes programas de saúde que integram o programa nacional de saúde;
- ✓ Monitorizar a eficácia dos programas e projetos de intervenção para problemas de saúde com vista à quantificação de ganhos em saúde da comunidade;
- ✓ Participar na gestão de sistemas de vigilância epidemiológica;
- ✓ Utilizar a evidência científica para soluções inovadoras em problemas de saúde pública.

De acordo com a OE (2011), o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária ajuda a pessoa a gerir os recursos de saúde presentes na comunidade onde se insere, assim, os enfermeiros promovem a aprendizagem da pessoa, família e comunidade de forma a capacitar as mesmas para enfrentar os desafios de saúde. As intervenções de enfermagem são otimizadas e valorizadas se toda a unidade familiar for alvo de intervenções de enfermagem que visem a alteração de comportamentos, tendo em vista a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde.

O enfermeiro deve ser capaz de identificar as necessidades de saúde da pessoa, grupo ou comunidade, assim, as intervenções de enfermagem visam detetar potenciais problemas e solucionar ou minimizar problemas que já foram previamente identificados. Segundo a OE (2012a), as intervenções do enfermeiro especialista têm por base os resultados das suas investigações no seio da comunidade. A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011, 2012b), reconhece que os regulamentos orientadores de uma prática de excelência de cuidados de enfermagem são baseados na evidência empírica, constituindo desta forma uma base estrutural essencial para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.



Para a OE (2010), o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária assume a responsabilidade de identificar as reais necessidades de saúde da pessoa/família, grupos e comunidades, desenvolvendo a sua prática focada na promoção da saúde, dando destaque às atividades de educação para a saúde, prevenção da doença, recuperação e manutenção da saúde, planeamento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados às pessoas, famílias e grupos que constituem uma comunidade. O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária utiliza na sua prática vários elementos fundamentais para a promoção da saúde, entre os quais destacamos:

- a identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade;
- a criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados;
- a promoção do potencial de saúde do cliente através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento;
- o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária tem uma visão holística e contextual da pessoa/família, grupo ou comunidade, tal facto leva a uma melhor resposta e adequação perante a especificidade e diversidade dos problemas encontrados (OE, 2006).

Correia (2009), defende que a enfermagem comunitária é uma prática de excelência com continuidade, e de uma forma global dirigida a todas as pessoas durante todo o seu ciclo de vida e desenvolve-se em diferentes locais da comunidade.

A WHO (2011), realça a importância dos enfermeiros em particular os especialistas em enfermagem comunitária, pelo papel ativo ao nível da prevenção dos comportamentos de risco, da identificação das necessidades da pessoa e comunidades, no planeamento, execução e avaliação dos resultados das suas intervenções. A prática do enfermeiro é centrada nas pessoas, famílias, grupos e comunidades, sem esquecer a singularidade de cada um nos contextos em que vivem e trabalham.

A identificação dos problemas de saúde de uma determinada comunidade, requer habilidades que só o enfermeiro possui, o entendimento e o envolvimento com as pessoas que o mesmo consegue alcançar traduz-se em proximidade e confiança. Esta ideia é para a OE (2012a) assertiva, pois é no contexto da comunidade que o enfermeiro realiza a sua investigação e identifica as necessidades em saúde da mesma, o que lhe permite compreender melhor a comunidade onde realiza a sua prática, e canalizar meios e esforços de modo a que a sua intervenção seja a mais eficaz, mudando os comportamentos que penalizam a saúde e aumenta os

conhecimentos das pessoas para que estas sejam capazes de tomar decisões responsáveis no campo da saúde.

A OE (2012a), afirma que capacitar as populações de conhecimentos só é possível através da confiança que a pessoa deposita no enfermeiro, e que deve ser conquistada e preservada por ambos, existindo a troca permanente de experiências, o respeito de ideias e pontos de vista. O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária não pode desvalorizar a importância da multiculturalidade nesta relação, as diferentes pessoas que se podem encontrar numa determinada comunidade, levam à presença de diferentes culturas, religiões, crenças, raças, nacionalidades, hábitos, costumes, mitos e formas diferentes de comportamentos e estilos de vida. Todos estes fatores podem influenciar o bem-estar e a saúde da pessoa, e consequentemente o papel da mesma na comunidade onde está inserida.

Diversos instrumentos legais a nível nacional e internacional garantem cuidados de saúde de qualidade a todas as pessoas, independentemente da sua origem. O Decreto de Lei nº 104/98 Artigo 81, estabelece que é dever do enfermeiro: alínea a) Cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa; e) Abster de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida; f) Respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos.

Direcionando a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária para a comunidade de estudantes universitários, o enfermeiro em conjunto com o jovem adulto deve identificar as necessidades de saúde, bem como fatores e comportamentos de risco, e conhecer quais os recursos que estão ao dispor do mesmo para alterar esses mesmos comportamentos face a um estilo de vida saudável. Para Brito & Pedroso (2014), a promoção da saúde no ensino deve ser alcançada através de ações interventivas e educativas, que fomentem um ambiente saudável. Para criar mudanças de comportamentos que levem a estilos de vida saudáveis, é importante realizar uma real avaliação dos hábitos de vida dos jovens estudantes, e só depois planear e implementar atividades promotoras de saúde.

Intervir nas comunidades do ensino superior onde a maioria são jovens adultos torna-se crucial, pois como foi descrito anteriormente, é nesta fase que os comportamentos de risco estão mais presentes. Desta forma, o enfermeiro dispõe do momento certo para poder agir, intervindo para alterar comportamentos de risco já presentes e promover um estilo de vida saudável. Segundo a OE (2012a), a falta de intervenção de enfermagem nesta fase de vida do jovem adulto, pode levar a hábitos que ficarão vincados para o resto da sua vida.

Nesta perspetiva, um dos principais fatores para um estilo de vida pouco saudável é por exemplo, o consumo de tabaco. Sendo este considerado pela DGS (2017b), um dos principais

problemas de saúde pública da atualidade. Para a referida entidade, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, no contexto do consumo de tabaco e a título de exemplo, deverá criar uma estratégia articulada, no interior das instituições de ensino superior, que seja promotora da saúde e da cessação tabágica, entre todos os estudantes, e deverá definir um conjunto de competências práticas a adquirir pelos estudantes, principalmente os que frequentam cursos da área da saúde, relacionadas com a prevenção e o tratamento do tabagismo nas instituições de ensino superior.

Assim, é função do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária criar e planejar programas de intervenção que visem prevenção, proteção e promoção da saúde, tendo em conta a identificação das reais necessidades de saúde da pessoa, independentemente da sua idade, e da comunidade onde está inserida. O Código Deontológico de Enfermagem refere que é dever de todos os enfermeiros encorajarem a independência e a autonomia das pessoas, recorrendo à educação para a saúde. Segundo a OE (2012b), a promoção da saúde e a educação para a saúde têm um papel desencadeador da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, o que reforça a importância da realização deste estudo.

Contextualizando a temática em estudo, apresenta-se de seguida o estudo empírico.

## **PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO**



### 3. METODOLOGIA

Neste capítulo procederemos à descrição da metodologia utilizada quer na conceção, quer no planeamento do projeto de investigação, bem como dos instrumentos e procedimentos utilizados na operacionalização do mesmo.

Um projeto de investigação necessita de uma metodologia, uma organização da realização das atividades que consiste em descrever e explicar os métodos que vão ser utilizados. A escolha dos métodos vai depender da decisão do investigador e o conhecimento que este tem acerca dos mesmos, e vai depender também da área de estudo do trabalho de investigação.

A investigação científica é crucial para a aquisição de novos conhecimentos, e é uma mais-valia para a obtenção de ganhos em saúde.

O Ministério da Saúde (2004:9) afirma que,

“em todas as fases do ciclo de vida, das actividades de observação ou intervenção incluídas no Plano Nacional de Saúde, é necessário conhecimento cientificamente validado. Dado que este nem sempre está disponível ou, se existente, não se refere à realidade portuguesa actual, torna-se indispensável desenvolver projectos de investigação e desenvolvimento cujos resultados virão em apoio ao planeamento, execução e avaliação das diferentes componentes do Plano Nacional de Saúde.”

Segundo Fortin (2009:4), “a investigação científica é um método de aquisição de conhecimentos que permite encontrar respostas para as questões precisas” (...) ”consiste em descrever, em explicar, em prever e em verificar factos, acontecimentos ou fenómenos.” Assim, a investigação científica é considerada o método mais aceitável e rigoroso, de entre os métodos de aquisição de conhecimentos, uma vez que envolve um processo racional.

Seguindo a linha de pensamento de Fortin (2009:53), a fase metodológica consiste em “definir os meios de realizar a investigação.”

Esta investigação insere-se num Projeto de âmbito mais alargado, nomeadamente “**Estilo de Vida dos Estudantes do Ensino Superior – Um estudo Multicêntrico**”, aprovado pela Unidade de Investigação para o Desenvolvimento do Interior (UDI) do Instituto Politécnico da Guarda.

Aborda-se de seguida o problema de investigação, tipo de estudo, os objetivos, as variáveis e sua operacionalização, população alvo e amostra, instrumento de colheita de dados, e considerações formais e éticas.

### 3.1 - DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

O ponto de partida de uma investigação é a delimitação de um problema, que exige uma explicação ou uma melhor compreensão da situação observada (Fortin, 2009).

Seguindo a linha de pensamento da mesma autora (2009), a fase inicial da investigação consiste em encontrar um domínio que preocupe o investigador e que seja crucial para a disciplina.

Para delimitar o problema de investigação Fortin (2009:66) defende que, “é preciso escolher um tema que se relacione com a situação problemática, documentá-lo de forma rigorosa e elaborar uma questão que forneça a orientação necessária à investigação”.

A WHO (2004), refere que a saúde deve ser encarada como bem-estar físico e psíquico da pessoa. Para tal, contribuem variados fatores: a biologia humana e a sua carga genética, o sistema de assistência à saúde, o meio ambiente, e o estilo de vida da pessoa. O estilo de vida assume-se como um fator decisivo na saúde da pessoa e das comunidades.

Os estilos de vida são um conjunto de comportamentos, e quando não saudáveis podem ser nocivos para a saúde a curto e longo prazo na vida da pessoa.

Desta forma, revela-se de máxima importância conhecer os estilos de vida dos estudantes do ensino superior, uma vez que, é nesta fase da vida que se estabelecem hábitos pouco saudáveis, os quais poderão acompanhar o estudante ao longo da sua vida. O estilo de vida durante a vida académica irá influenciar o estado de saúde da pessoa no momento, mas principalmente no seu futuro.

Com a entrada no ensino superior a vida do jovem adulto sofre grandes alterações, para as quais nem sempre o mesmo se encontra preparado, ocorrendo um aumento de responsabilidades e consequentemente uma alteração no seu estilo de vida e hábitos de consumo. Para além disso, a mudança de rotinas, o facto de estar longe de casa, os novos grupos de pares e a necessidade de aceitação pelos mesmos, e a vontade de vivenciar novas experiências e novas sensações, também levam a uma decisão no que se refere à adoção de comportamentos saudáveis.

Reconhecendo-se que um estilo de vida inadequado influencia a saúde da pessoa, é importante caracterizar o estilo de vida dos estudantes do ensino superior, surgindo a seguinte questão de investigação:

#### **“Qual o estilo de vida dos estudantes do ensino superior?”**

Considera-se que a temática é de interesse para a enfermagem, nomeadamente na área da enfermagem comunitária, uma vez que as instituições de ensino representam um papel fundamental na sociedade pela formação pessoal/profissional que promovem.

### 3.2 - OBJETIVOS DE ESTUDO

Fortin (2009:100), define que “o objectivo de um estudo, indica o porquê da investigação. É um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação, segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão.”

Os objetivos deste estudo são:

1. Caracterizar o estilo de vida dos estudantes do ensino superior;
2. Identificar o perfil do estilo de vida dos estudantes do ensino superior;
3. Identificar e analisar os fatores determinantes do estilo de vida dos estudantes do ensino superior.

### 3.3 - TIPO DE ESTUDO

Este é um estudo do tipo: não experimental, quantitativo, descritivo/correlacional e Transversal.

O tipo de investigação é determinado pelo nível de conhecimento no domínio em estudo.

Fortin (2009: 211), afirma que “ o desenho de investigação é um plano que permite responder às questões ou verificar hipóteses e que define mecanismos de controlo, tendo por objecto minimizar os riscos de erro.”

Relativamente ao tipo de estudo, esta investigação enquadra-se no tipo de estudo não experimental, uma vez que não se pretende avaliar relações de causa-efeito, pretendendo-se realizar a exploração e descrição do fenómeno em si. Dentro das várias categorias que reúne o estudo do tipo não experimental, este enquadra-se no tipo descritivo-correlacional, uma vez, que tem como objetivo descrever as relações existentes, não havendo manipulação experimental nem distribuição aleatória dos grupos.

Este estudo também é considerado um estudo Transversal, porque esta investigação vai decorrer num único momento, ou seja, não há um período de seguimento das pessoas em estudo.

Fortin (2009: 252), diz-nos que “o estudo Transversal serve para medir a frequência de aparição de um acontecimento ou de um problema numa população num dado momento.”

Por último, também é um estudo Quantitativo, uma vez que tem como objetivo a explicação de fenómenos, enaltecendo a componente numérica.

Fortin (2009: 27), afirma que “o método Quantitativo que coloca a tónica na explicação e na predição, assenta na medida dos fenómenos e na análise dos dados numéricos.”



### 3.4 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população segundo Fortin (2009:311), define-se “como um conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que têm características em comuns.”

A população foi selecionada em função do tempo disponível e a acessibilidade. A população alvo, ou seja, aquela população particular que é sujeita a um estudo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente pelo investigador e do qual se deseja fazer generalizações (Fortin, 1999).

A População Alvo são os estudantes do ensino superior representando um total de 356.399 estudantes inscritos no ano letivo 2016/2017, segundo a Direção Geral do Ensino Superior (DGES, 2017), 166.117 são do sexo masculino e 190.282 do sexo feminino.

Para o presente estudo utilizou-se o método de amostragem não probabilística, através da amostragem por acessibilidade, pois foi selecionada uma instituição de ensino superior da área de residência do investigador.

A população acessível deste estudo são os estudantes inscritos numa Instituição de Ensino Superior, num total de 2286 estudantes, 1205 do sexo feminino e 1081 do sexo masculino inscritos no ano letivo 2016/2017 distribuídos pelas 4 escolas da instituição, nomeadamente a Escola Superior de Educação e Desporto; Escola Superior de Tecnologia e Gestão; Escola Superior de Saúde e Escola Superior de Turismo e Hotelaria, conforme quadro 1.

Quadro 1 – Caraterização dos estudantes por escola

<b>Escola</b>	<b>Nº estudantes</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>
<b>Escola Superior de Educação e Desporto</b>	620	291	329
<b>Escola Superior de Tecnologia e Gestão</b>	916	553	363
<b>Escola Superior de Saúde</b>	498	109	389
<b>Escola Superior de Turismo e Hotelaria</b>	251	127	124
<b>TOTAL</b>	2286	1081	1205

**Fonte:** Serviços Académicos da Instituição (novembro de 2016).

### 3.5 - VARIÁVEIS E A SUA OPERACIONALIZAÇÃO

A variável Dependente é para Fortin (2009: 171), “(...) a que sofre o efeito da variável independente; é o resultado predito pelo investigador”, ou seja, a variável Dependente é a variável que sofre o efeito esperado da variável independente, é toda a resposta, comportamento ou resultado esperado, devido á presença da variável independente.

#### Variável dependente:

- ❖ Estilo de vida dos estudantes do ensino superior  
Avaliado através de “Estilo de vida fantástico”

#### Variável independente

É um elemento que é introduzido e manipulado numa situação de investigação, exercendo um determinado efeito sobre a variável dependente. A variável Independente é considerada muitas vezes o tratamento, ou simplesmente a variável experimental (Fortin, 2009).

Neste estudo as variáveis independentes são:

- ❖ **Variáveis de caracterização sociodemográfica** (Idade; género; estado civil; mudança de residência para frequentar o ensino superior; rendimento equivalente (nível socioeconómico).

Para se avaliar o nível socioeconómico, ao qual atribuímos o nome de Rendimento Equivalente, foi utilizada a Escala de Equivalência Modificada (EEM) da OCDE. Esta denominação é usada pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) para o tratamento de dados relativos ao rendimento, utilizados em diversos estudos (INE, 2009). O resultado obtido pela divisão do rendimento líquido de cada família pela sua dimensão em número de adultos equivalentes e o seu valor atribuído a cada membro da família. É utilizada a escala de equivalência modificada da OCDE, a qual “atribui um peso de 1 ao primeiro adulto de um agregado; 0,5 aos restantes adultos e 0,3 a cada criança, dentro do agregado. A utilização desta escala permite ter em conta as diferenças na dimensão e composição do agregado.

Assim, para o cálculo do rendimento EEM-OCDE nesta investigação, foi necessário o número de pessoas do agregado familiar (número de adultos e número de crianças do agregado familiar) e o rendimento mensal, e aplicada a fórmula:  $\text{Rendimento (EEM-OCDE)} = \text{Rendimento Mensal do agregado familiar} / (1 + 0,5x + 0,3y)$  em que o primeiro adulto tem a ponderação de 1, x é o número de adultos restantes e tem a ponderação de 0.5 e cada criança (y) com menos de 14 anos tem a ponderação de 0.3.

- ❖ **Variáveis de caracterização académica** (Escola que frequenta; Curso que frequenta; Ano do curso; N° de matrículas)

- ❖ **Classificação de IMC**

Para determinar o estado ponderal procedeu-se ao cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), através da aplicação da fórmula  $\text{peso}/\text{altura}^2$  sendo as unidades expressas em  $\text{kg}/\text{m}^2$  e posteriormente categorizado atendendo às recomendações da OMS (2013). Assim, no que se refere ao estado ponderal considerou-se:

- Baixo peso (IMC <18.5);
- Peso Normal (18.5 <IMC <24.5);
- Excesso de Peso (25.0 <IMC <29.9);
- Obesidade Grau I (30.0 <IMC <34.9);
- Obesidade Grau II (35.0 <IMC <39.9);
- Obesidade Grau III (IMC > 40.0).

A pesquisa das relações e eventuais associações existentes entre as variáveis “poderá contribuir significativamente para uma melhor compreensão do fenómeno em estudo bem como explorar e determinar a existência de relações entre variáveis, com vista a descrever essas relações” (Fortin, 2009:174).

### 3.6 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Para Fortin (2009), a natureza do problema de investigação irá determinar o método mais ajustado para recolha de dados necessários à investigação, realizando-se a escolha deste consoante as variáveis em estudo e as estratégias delineadas.

Fortin (2009:369) acrescenta que, “no momento da escolha do método de colheita de dados, é preciso procurar um instrumento de medida que está em concordância com as definições conceptuais das variáveis que fazem parte do quadro conceptual ou teórico.”

A mesma autora (2009:240), salienta ainda que “os dados podem ser colhidos de diversas formas junto dos sujeitos, cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento de medida que melhor convém ao objectivo do estudo, às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas”.

A recolha de dados para este estudo foi realizada através de um questionário *online* (Apêndice A), distribuído a todos os estudantes da Instituição de Ensino Superior selecionada

para o estudo por correio eletrónico. Este questionário é constituído por questões de caracterização sociodemográfica, académica, IMC, e o questionário “Estilo de vida Fantástico”.

O questionário "Estilo de vida fantástico" (Anexo A), é um instrumento genérico que foi desenvolvido no Departamento de Medicina Familiar da Universidade McMaster, no Canadá, por Wilson e Ciliska em 1984, com a finalidade de auxiliar os médicos que trabalham com a prevenção, para que estes possam conhecer e avaliar o estilo de vida dos seus pacientes. A origem da palavra "fantástico" vem do acrónimo FANTASTIC, que representa as letras dos nomes dos dez domínios (na língua inglesa) em que estão distribuídas as 25 questões ou itens:

- F - família e amigos;
- A - atividade física;
- N - nutrição;
- T - tabaco e drogas;
- A - álcool;
- S - sono, cinto de segurança, stresse e sexo seguro;
- T - tipo de comportamento;
- I - introspeção;
- C - trabalho; satisfação com a profissão;
- O - outras drogas

Em Portugal este questionário encontra-se devidamente traduzido e validado por Amado Brito e Silva, com a última atualização em 2014, sendo esta a versão utilizada neste estudo.

“Estilo de Vida Fantástico” (Amado, Brito e Silva, 2014), é um questionário que se traduz num instrumento que se pode utilizar para a avaliação do estilo de vida global dos estudantes, aplicado em Portugal pelos autores em 2011, com adequados parâmetros psicométricos e de fácil aplicabilidade. Apresenta-se com dez domínios, cuja função é realizar a avaliação dos comportamentos positivos, intermédios ou negativos face ao estilo de vida.

Segundo os detentores e autores (Silva, Brito e Amado, 2014) do questionário referido, este apresenta trinta itens no total, com resposta fechada, pontuados entre 0 e 2 (quadro 2). O somatório dos pontos obtidos nos dez domínios, é multiplicado por dois, estabelecendo um valor que permite quantificar e categorizar o estilo de vida:

- Excelente (de 103 a 120);
- Muito Bom (de 85 a 102);
- Bom (de 73 a 84);
- Regular (de 47 a 72);
- Necessita Melhorar (de 0 a 46).

Quadro 2 – Domínios avaliados com o questionário “Estilo de Vida Fantástico”

Sigla	Domínio	Item
F	Família e Amigos	2
A	Atividade Física	3
N	Nutrição	3
T	Tabaco	2
A	Álcool e Drogas	6
S	Sono e Stresse	3
T	Trabalho e Personalidade	3
I	Introspeção	3
C	Comportamentos de saúde e de vida sexual	3
O	Outros comportamentos	2

**Fonte:** Amado, Brito e Silva (2014), Parâmetros psicométricos do questionário “Estilo de Vida Fantástico”

Desta forma, a obtenção de valores mais elevados traduzem-se numa adoção de comportamentos saudáveis, ou seja, um melhor perfil do estilo de vida, conseqüentemente quanto menor o score obtido, maior a necessidade de mudança de comportamentos pouco saudáveis.

Este instrumento para a recolha de dados foi escolhido por ser um processo que pode ser preenchido pela própria pessoa sem necessidade de intervenção do investigador, o que permite uma participação de um maior número de pessoas (Fortin,2009). Segundo o mesmo autor, é também um instrumento menos dispendioso e exige menos habilidades ao investigador.

O instrumento escolhido é de natureza impessoal, a sua apresentação é uniformizada, a ordem das questões é a mesma para todos os participantes, existe uniformidade assegurando-se assim a fidelidade nas respostas e facilitando a análise dos dados obtidos. Por último, as pessoas sentem-se mais seguras relativamente ao anonimato e tendem a responder de forma verdadeira às questões.

As desvantagens prendem-se com a impossibilidade de controlo das condições em que o questionário *online* é preenchido (ambiente, local, tempo, disposição...)

### 3.7 - CONSISTÊNCIA INTERNA DO QUESTIONÁRIO

A fiabilidade do questionário que aplicámos para avaliar o estilo de vida dos estudantes da Instituição de Ensino Superior foi estudada através da análise da consistência interna dos respetivos domínios e do global. O método utilizado consistiu na determinação do coeficiente *alpha* de *Cronbach*, cujos valores podem variar entre 0 e 1. Para este coeficiente, valores mais elevados, ou seja, mais próximos de 1 são interpretados como reveladores de maior consistência interna, quanto mais elevada é a consistência interna, mais os enunciados dos respetivos itens estão correlacionados e maior é a homogeneidade do domínio/global da escala. Este procedimento estatístico é indicado para a maioria das escalas e de acordo com vários autores, nomeadamente, *Nunnally* (1978), citado por *Maroco et al* (2007), resultados iguais ou superiores a 0.70 são reveladores de boa consistência interna. Alguns autores consideram, ainda, que são aceitáveis valores iguais ou superiores a 0.60, principalmente, quando o número de itens envolvidos é reduzido, tal como referiu *DeVellis* (1991), também citado por *Maroco et al* (2007).

Os resultados que apresentamos no quadro 3 permitem-nos constatar que para todos os domínios foram observados valores superiores a 0.60 e, para o global, foi observado o valor 0.73. Atendendo a que, o número de itens nos diferentes domínios é relativamente baixo, podemos concluir que a escala apresenta consistência interna aceitável e, conseqüentemente, considerar que, no presente estudo, evidenciou boa fiabilidade.

Quadro 3 - Consistência interna dos domínios e do global do questionário de “Estilo de vida fantástico”

<b>Domínio/Global</b>	<b>N.º de itens</b>	<b>Coefficiente <i>Alpha</i> de <i>Cronbach</i></b>
Família e Amigos	2	0.71
Atividade Física	3	0.69
Nutrição	3	0.65
Tabaco	2	0.89
Álcool e Drogas	6	0.67
Sono e Stresse	3	0.67
Trabalho e Personalidade	3	0.62
Introspeção	3	0.71
Comportamentos de saúde e sexual	3	0.68
Outros comportamentos	2	0.69
Estilos de vida - global	30	0.73

### 3.8 - TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados utilizámos técnicas da estatística descritiva e da estatística inferencial. O tratamento estatístico foi efetuado informaticamente recorrendo ao programa de tratamento estatístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), na versão 23 de 2016.

As técnicas estatísticas aplicadas foram frequências (absolutas e percentuais), medidas de tendência central (média ordinal, média aritmética e mediana), medidas de dispersão ou variabilidade (valor mínimo, valor máximo e desvio padrão), coeficientes *alpha* de *Cronbach* e de *Spearman*, teste de *Mann-Whitney*, teste *Kruskal-Wallis*, teste de significância do coeficiente de correlação de *Spearman* e teste *Kolmogorov-Smirnov* (como teste de normalidade).

Na escolha dos testes atendemos às características das variáveis em estudo e às recomendações apresentadas por Maroco *et al* (2007) e Pestana & Gageiro (2005). A opção por testes não paramétricos justifica-se, principalmente, pelo facto de as variáveis quantitativas nomeadamente os estilos de vida não apresentarem distribuição normal.

Para todos os testes foi fixado o valor 0.050 como limite de significância, ou seja, a hipótese nula foi rejeitada quando a probabilidade do erro tipo I (probabilidade de rejeição da hipótese nula quando ela é verdadeira) era inferior ao valor fixado, ou seja, quando  $p < 0.050$ .

### 3.9 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

A investigação ao ser realizada vai envolver Seres Humanos, tornando-se necessário promover a proteção dos seus direitos e liberdades, levantando assim questões éticas.

Segundo Fortin (2009: 180), “quaisquer que sejam os aspetos estudados, a investigação deve ser conduzida no respeito dos direitos da pessoa.”

Denotou-se uma preocupação constante nesse sentido na realização do presente estudo, verificando-se sempre o respeito pelos participantes, a garantia do seu anonimato, confidencialidade e a proteção dos direitos fundamentais do ser humano.

Para utilizar o instrumento de colheita de dados, o questionário “Estilo de Vida Fantástico”, foi solicitada autorização aos autores que validaram e aplicaram o mesmo para a população portuguesa (Apêndice B).

Com vista o cumprimento dos procedimentos formais e éticos, foi solicitada autorização ao senhor Presidente da Instituição do Ensino Superior (Apêndice C). Após obtida a autorização para a aplicação do instrumento de colheita de dados (Anexo B), o mesmo foi enviado pelo centro

de informática dessa mesma instituição para o endereço eletrônico de todos os estudantes. O questionário *online* foi aplicado entre os meses de maio e julho de 2017.

Este estudo, seguiu as orientações da Declaração de Helsínquia, onde segundo Nunes (2013:3) “os fundamentos éticos da liberdade do ser humano, do respeito pela pessoa com a salvaguarda da sua integridade física e psíquica, da justiça, da procura do bem e a eliminação de riscos desnecessários na procura da melhor solução para o sofrimento bem como as Comissões de ética e sua constituição”.

As informações reunidas foram apenas utilizados para este estudo, garantiu-se a manutenção do anonimato e a confidencialidade dos mesmos.





#### 4. ANÁLISE E DISCUSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo procedemos à análise e apresentação dos resultados obtidos através da aplicação do questionário e das técnicas estatísticas aplicadas. Iniciámos com a apresentação e análise em termos descritivos, e posteriormente interpretámos os resultados das técnicas utilizadas na estatística inferencial.

##### **Caraterização Sociodemográfica e académica dos estudantes**

No quadro 4 apresentamos os dados e resultados que nos permitem fazer a caraterização sociodemográfica dos 479 estudantes que colaboraram no presente estudo. De referir que esta amostra faz parte de uma população constituída por 2286 elementos, segundo fonte dos Serviços Académicos da Instituição do Ensino Superior, pelo que tem associado um erro máximo de, aproximadamente, 5%, com um grau de confiança de 95%.

Os elementos que constituíam a amostra apresentavam idades compreendidas entre 18 e 53 anos, sendo a média de idade  $22.80 \pm 6.18$  anos e 21 anos a mediana de idades. A maioria, concretamente 53.0%, pertencia ao grupo etário dos 20 aos 24 anos, seguidos de 28.6% cujas idades eram inferiores a 20 anos. Metade dos estudantes que integravam a amostra tinha idades iguais ou inferiores a 21 anos (idade mediana) e a distribuição de frequências observada para esta variável afastou-se significativamente de uma curva normal ( $p < 0.001$ ).

Quanto à distribuição segundo o sexo, verificamos que 69.3% dos estudantes eram do sexo feminino, e relativamente ao estado civil constata-se que uma larga maioria, exatamente 91.0%, era solteiro(a). A feminização do ensino superior, encontrada nos estudos de Silva *et al* (2015), Santos *et al* (2014) e Rafael *et al* (2016), revelou-se também uma realidade nesta investigação, não se podendo generalizar a toda a população universitária, mas que demonstra uma forte tendência. Se nos focarmos no total de estudantes da instituição de ensino superior, ou seja 2285 estudantes, 1205 são elementos do sexo feminino, estando desta forma, os resultados obtidos de acordo com os dados de caraterização da instituição.

Verificamos, também que 68.3% dos estudantes afirmaram ter mudado de residência para frequentar o ensino superior. Constatamos que 37.6% não indicaram a distância a que se encontravam da sua residência habitual, sendo que 12.1% referiram valores compreendidos entre 50 e 99 km, seguidos de 11.1% que indicaram valores inferiores a 50 km e de 9.4% que referiram distâncias que se situaram entre 200 e 249 km. Os valores referidos pelos estudantes que responderam a esta questão situaram-se entre 1 e mais de 350 km, sendo a distância média de  $373.88 \pm 1119.50$  km. Metade destes estudantes referiu distâncias iguais ou inferiores a 150 km e curva de distribuição de frequência também não pode ser considerada normal ( $p < 0.001$ ).

Questionados acerca da frequência com que iam passar o fim-de-semana a casa, 32.8% não responderam, seguindo-se 41.1% que disseram ir semanalmente e 12.5% que afirmaram fazê-lo quinzenalmente.

No que concerne à coabitação durante o período letivo, verificamos que 41.8% dos estudantes referiram colegas/amigos numa casa/apartamento, seguidos de 19.4% que disseram coabitar com outros estudantes na residência de estudantes e de 19.2% que viviam com os pais e outros familiares. Estes resultados reforçam os já encontrados num estudo realizado por Lucas (2014) na mesma instituição de ensino superior, revelando uma tendência para a generalização de que o estudante desta instituição habita em casa/apartamento com amigos/colegas.

A maioria dos inquiridos (52.4%) afirmou que os respetivos agregados familiares eram constituídos por 3 a 5 adultos, seguidos de 38.8% que indicaram pertencer a agregados familiares com um ou dois adultos. Verificou-se que 62 estudantes não responderam a esta questão. Relativamente ao número de crianças no agregado familiar, constata-se que 51.2% dos estudantes afirmaram não haver nenhuma criança, seguidos de 35.1% que afirmaram que nos respetivos agregados familiares existiam entre 1 e 3 crianças. Verifica-se ainda que 12.9% dos estudantes não responderam a esta questão.

Quanto ao rendimento equivalente mensal, calculado de acordo com a escala proposta pela OCDE e utilizada pelo INE, verificamos que 28.2% dos estudantes pertenciam a agregados familiares em que este rendimento era inferior a 500 euros mensais, seguidos de 26.1% em que o rendimento estava compreendido entre 500 e 999 euros. Para 38.0% dos estudantes não foi possível calcular este rendimento pelo que foi considerado como sendo desconhecido. Para os restantes estudantes, o valor médio  $736.96 \pm 1862.82$  euros. Para metade dos inquiridos o rendimento equivalente era igual ou inferior a 500.00 euros mensais e a distribuição de frequências afastou-se significativamente de uma curva normal ( $p < 0.001$ ).

Lucas (2014) obteve resultados melhores, visto que sensivelmente metade dos estudantes pertenciam a agregados familiares com rendimento mensal igual ou superior a 666,67 euros. Os piores resultados obtidos no presente estudo podem justificar-se pelo facto de existir um maior número de estudantes provenientes dos países africanos de língua oficial portuguesa, onde os rendimentos poderão ser mais baixos. Também o desemprego de elementos do agregado familiar poderá estar na origem destes resultados.

Por último, verificamos que a maioria dos estudantes, concretamente 51.5%, não beneficiava de bolsa de estudos. Estes resultados associados aos baixos rendimentos do agregado familiar, podem traduzir-se em dificuldades financeiras para o estudante, pois a não atribuição de bolsa de estudos, obriga o agregado familiar a um maior esforço financeiro e poderá o estudante ter condições financeiras insuficientes para a habitação, alimentação, aquisição de material académico, serviços de saúde, entre outros. A não atribuição de bolsa de estudos pode dever-se

ao facto de o governo português atribuir a mesma mediante a condição: o rendimento anual *per capita* do agregado familiar deve ser igual ou inferior a 16 vezes o Indexante de Apoios Sociais, fixado atualmente nos 419,22 euros, não podendo o rendimento anual ultrapassar os 7775,37 euros (DSES, 2017). A referida condição poderá excluir parte dos 51,5% dos estudantes que não beneficiam de apoios do estado, e que na prática necessitam.

Quadro 4 - Características sociodemográficas dos elementos da amostra

Variáveis	n	%
<b>Grupo etário</b>		
< 20	137	28.6
20 – 24	254	53.0
25 – 29	35	7.3
30 – 34	15	3.1
35 – 39	17	3.6
40 – 44	13	2.7
≥ 45	8	1.7
Idade: $\bar{x}$ = 22.80 Md = 21.00 s = 6.18 $x_{\min}$ = 18 $x_{\max}$ = 53 p < <b>0.001</b>		
<b>Sexo</b>		
Feminino	332	69.3
Masculino	147	30.7
<b>Estado civil</b>		
Solteiro(a)	436	91.0
Casado(a)/União de facto	40	8.4
Divorciado(a)/Separado(a)	3	0.6
Viúvo(a)	0	0.0
<b>Mudou de residência para frequentar o ensino superior</b>		
Sim	327	68.3
Não	152	31.7
<b>Distância a que se encontra de casa (km)</b>		
< 50	53	11.1
50 – 99	58	12.1
100 – 149	32	6.7
150 – 199	42	8.8
200 – 249	45	9.4
250 – 299	21	4.4
300 – 349	23	4.8
≥ 350	25	5.2
Não respondeu	180	37.6
$\bar{x}$ = 373.88 Md = 150.00 s = 1119.50 $x_{\min}$ = 1 $x_{\max}$ = 10000 p < <b>0.001</b>		
<b>Frequência com que vai passar o fim-de-semana a casa</b>		
Semanalmente	197	41.1
Quinzenalmente	60	12.5
Mensalmente	29	6.1
Nas férias	22	4.6
Duas/três vezes por ano	6	1.2
Menos de uma vez por ano	1	0.2
Sempre que pode	2	0.4
Nunca	5	1.0
Não respondeu	157	32.8
<b>Número de adultos do agregado familiar</b>		
1 – 2	186	38.8
3 – 5	251	52.4
≥ 6	4	0.8
Não respondeu	62	13.0
<b>Número de crianças do agregado familiar</b>		
0	245	51.2
1 – 3	168	35.1
≥ 3	4	0.8
Não respondeu	62	12.9
<b>Rendimento equivalente mensal (euros)</b>		
< 500	135	28.2
500 – 999	125	26.1
1000 – 1499	25	5.2
1500 – 1999	3	0.6
2000 – 2499	2	0.4
≥ 2500	7	1.5
Desconhecido	182	38.0
$\bar{x}$ = 736.96 Md = 500.00 s = 1862.82 $x_{\min}$ = 37.00 $x_{\max}$ = 30000.00 p < <b>0.001</b>		
<b>Beneficia de bolsa de estudos</b>		
Sim	225	47.0
Não	247	51.5
Não respondeu	7	1.5

Analisando o quadro 5 podemos conhecer as caraterísticas académicas dos estudantes que colaboraram no estudo.

Verificamos que a maioria (80.4%) frequentava uma licenciatura, seguindo-se 10.2% que estavam a frequentar um curso técnico superior profissional e 9.4% que estavam a realizar o mestrado. Dos estudantes que frequentavam o curso técnico superior profissional, 24.5% estavam no curso de desenvolvimento de aplicações informáticas, seguidos de 20.4% que estavam a frequentar o curso de gerontologia. Ainda 10.2% estavam a frequentar o curso de acompanhamento de crianças e jovens, o curso de cozinha e produção alimentar ou o curso gestão e comércio internacional. Dos inquiridos que estavam a realizar uma licenciatura, 47.3% estavam a frequentar a licenciatura em enfermagem, seguidos de 14.5% que frequentavam a licenciatura em farmácia. Relativamente aos estudantes que realizavam o mestrado, 26.7% frequentavam o mestrado na área enfermagem comunitária, 17.8% realizavam o mestrado em sistemas integrados de gestão, 13.3% frequentavam o mestrado em gestão e 11.1% estavam a realizar o mestrado na área de computação móvel ou na área gestão e sustentabilidade no turismo. Tal como no estudo de Silva *et al* (2015) os cursos da área da Saúde são os mais representativos da amostra, o que se pode explicar também pelo facto de no global ser a área de formação que mais estudantes tem matriculados na instituição de ensino superior.

Constata-se que 45.3% estavam no primeiro ano do curso que frequentavam, seguidos de 23.8% que estavam no segundo ano. Quanto ao número de matrículas, verifica-se que a maioria dos estudantes (73.3%) afirmaram ter realizado uma a três matrículas.

Quadro 5 - Características académicas dos elementos da amostra

Variáveis	n	%
<b>Curso que frequenta</b>		
Curso Técnico Superior Profissional	49	10.2
Licenciatura	385	80.4
Mestrado	45	9.4
<b>Curso Técnico Superior Profissional</b>		
Acompanhamento de crianças e jovens	5	10.2
Comunicação, protocolos e organização de eventos	4	8.2
Cozinha e produção alimentar	5	10.2
Desportos de montanha	0	0.0
Desenvolvimento de aplicações informáticas	12	24.5
Energias renováveis e eficiência energética	2	4.1
Gerontologia	10	20.4
Gestão e comércio internacional	5	10.2
Infraestruturas de <i>cloud</i> , redes e <i>data center</i>	0	0.0
Manutenção industrial electromecatrónica	0	0.0
Repórter de som e imagem	2	4.1
Testes de <i>software</i>	4	8.2
<b>Licenciatura</b>		
Animação sociocultural	4	1.0
Comunicação multimédia	13	3.4
Comunicação e relações públicas	15	3.9
Contabilidade	8	2.1
<i>Design</i> de equipamento	0	0.0
Desporto	17	4.4
Educação básica	3	0.8
Engenharia civil	1	0.3
Engenharia informática	9	2.3
Enfermagem	182	47.3
Engenharia topográfica	5	1.3
Energia e ambiente	3	0.8
Farmácia	56	14.5
Gestão	10	2.6
Gestão hoteleira	21	5.5
Marketing	3	0.8
Gestão de recursos humanos	13	3.4
Restauração e <i>catering</i>	9	2.3
Turismo e lazer	13	3.4
<b>Mestrado</b>		
Ciência do desporto	2	4.4
Computação móvel	5	11.1
Construções civis	0	0.0
Enfermagem comunitária	12	26.7
Enfermagem e saúde infantil e pediátrica	0	0.0
Ensino do Inglês no 1.º Ciclo do Ensino Básico	3	6.7
Gestão	6	13.3
Gestão e sustentabilidade no turismo	5	11.1
Marketing e comunicação	0	0.0
Pré-escolar e 1º Ciclo do Ensino Básico	4	8.9
Sistema integrados de gestão	8	17.8
Turismo e tecnologias de informação e comunicação	0	0.0
<b>Ano do curso que frequenta</b>		
1.º Ano	217	45.3
2.º Ano	114	23.8
3.º Ano	75	15.7
4.º Ano	73	15.2
<b>Número de matrículas</b>		
1 – 3	351	73.3
4 – 6	96	20.0
7 – 9	3	0.6
Não respondeu	29	6.1

### Índice de Massa Corporal (IMC) dos estudantes

Tendo por base o cálculo do IMC e como referência os parâmetros publicados pela OMS, avaliámos o estado ponderal dos elementos da amostra (quadro 6), tendo-se constatado que 72.2% evidenciavam peso normal, seguidos de 18.6% que estavam no estado de pré-obesidade. Os valores do índice de massa corporal situaram-se entre 16.59 kg/m<sup>2</sup> e 36.73 kg/m<sup>2</sup>, sendo a média 23.13±3.40 kg/m<sup>2</sup>. Metade dos estudantes revelaram valores inferiores a 22.68 kg/m<sup>2</sup> e a distribuição de resultados desta variável afastou-se significativamente de uma distribuição/curva normal ( $p < 0.001$ ). Importa referir também que 4.8% dos estudantes apresenta obesidade, sendo necessária intervenção ao nível da educação para a saúde e possível acompanhamento destes 23 estudantes, com ensinamentos e encorajamento para uma alimentação saudável e hábitos de atividade física. Também preocupante é o caso dos 4,4% que apresentam baixo peso, pois poderá ser sinal de nutrição insuficiente ou de uma situação patológica. Também estes 21 estudantes necessitam de ser acompanhados por uma equipa de saúde a fim de se identificar e intervir na origem do baixo peso.

Lucas (2014) obteve resultados semelhantes, onde 75% dos estudantes apresentaram um valor de IMC que os permitiu classificar como apresentando peso normal. No mesmo estudo 7,1% dos estudantes apresentaram valores de IMC que correspondem a um estado ponderal de Obesidade (grau I), o que se traduz numa diminuição significativa dos resultados no presente estudo.

Estes resultados são também corroborados pela DGS (2015b), a qual revela que na última década o maior aumento nas taxas de obesidade verificou-se na faixa etária dos 17 e os 25 anos de idade, englobando desta forma a maioria dos estudantes do ensino superior.

Quadro 6 – Caracterização dos estudantes segundo classificação de IMC

Estado ponderal	n	%
	Baixo peso	21
Peso normal	346	72.2
Pré-obesidade	89	18.6
Obesidade (grau I)	22	4.6
Obesidade (grau II)	1	0.2
Obesidade (grau III)	0	0.0

IMC:  $\bar{x} = 23.13$  Md = 22.68 s = 3.40  $x_{\min} = 16.59$   $x_{\max} = 36.73$   $p < 0.001$

### Caracterização do Estilo de Vida dos estudantes

A aplicação do questionário “Estilo de Vida Fantástico” permitiu caracterizar o estilo de vida dos estudantes de uma Instituição de Ensino Superior, nos vários domínios (Família e amigos; Atividade física e Associativismo; Nutrição; Tabaco; Álcool e drogas; Sono e Stresse;



Trabalho e Personalidade; Introspeção; Comportamentos de Saúde e de vida sexual; Outros comportamentos).

Domínio Família e Amigos - verificamos que 79.8% dos estudantes afirmaram que quase sempre tinham com quem falar dos assuntos que são importantes, e que 74.6% quase sempre dão e recebem carinho/afetos. No domínio referente à família e amigos, observamos resultados compreendidos entre 0 e 8 pontos, sendo a média  $6.97 \pm 1.76$  pontos (quadro 7). De uma forma geral, estes resultados revelam-se bons, mas se tivermos em conta que 2.7% dos estudantes da amostra revelam quase nunca ter com quem falar e 3.1% não dá nem recebe afeto, torna-se preocupante esta situação e existe necessidade de intervenção, pois estes estudantes estão mais sujeitos a problemas de depressão e solidão.

Almeida & Xavier (2013) revelam que Portugal, participante no estudo *World Mental Health Initiative* da OMS, é o país com valor mais expressivo de perturbações de ansiedade nos jovens (17%). O mesmo estudo evidencia que as situações de maior gravidade são as perturbações depressivas. Estes resultados, segundo o mesmo autor, reforçam a necessidade de se aprofundar a articulação das Instituições do Ensino superior com as Equipas Comunitárias de Saúde Mental e com os Cuidados Saúde Primários, para se identificarem os estudantes em risco de doença mental e se proceder ao seu acompanhamento.

Quadro 7 - Caracterização dos elementos da amostra no âmbito do domínio Família e Amigos, do questionário “Estilo de Vida Fantástico”

Domínio	Variáveis	n	%
Família e amigos	<b>Tem com quem falar dos assuntos que são importantes</b>		
	Quase sempre	382	79.8
	Às vezes	84	17.5
	Quase nunca	13	2.7
	<b>Dá e recebe carinho/afetos</b>		
	Quase sempre	357	74.6
	Às vezes	107	22.3
	Quase nunca	15	3.1
	$\bar{x} = 6.97$ Md = 8.00 s = 1.76 $x_{\min} = 0$ $x_{\max} = 8$ p < <b>0.001</b>		

Domínio Atividade Física e Associativismo - como podemos verificar 55.5% dos elementos da amostra responderam que quase nunca eram membros de grupos comunitários e/ou de autoajuda (doentes crónicos, voluntários, religião, desporto ou outros) não participando nas atividades, 42.4% quase sempre andavam, no mínimo, 30 minutos diariamente, seguidos de 38.6% que afirmaram que às vezes faziam esta atividade física e 58.7% realizavam atividade física (andar, subir escadas, fazer tarefas domésticas e/ou jardinagem) ou praticavam desporto durante 30 minutos de cada vez 3 ou mais vezes por semana. No domínio inerente à atividade física/associativismo observámos pontuações compreendidas entre 0 e 12 pontos, com média

6.62±3.16 pontos e metade dos estudantes obteve resultados iguais ou superiores a 6.00 pontos (quadro 8). 19% dos estudantes indica quase nunca andar 30 minutos diariamente, e 13,5% dos estudantes refere não praticar qualquer atividade física. Estes dados são indicadores de hábitos de sedentarismo.

A atividade física representa um importante fator para a melhoria da qualidade de vida da pessoa. Katzer (2017), refere que a atividade e uma alimentação equilibrada são os principais fatores para um estilo de vida saudável. O controlo de peso tendo em conta a sua estatura (IMC), associado a um gasto de energia pela atividade física e conjugado pela ingestão de calorias diárias recomendadas, permite à pessoa ser mais ou menos saudável.

A atividade física melhora a capacidade muscular, melhora a resistência, o equilíbrio, a mobilidade articular, promove a agilidade e a coordenação motora, auxilia a prevenção de lombalgias, doenças cardiovasculares, diabetes, e eleva a autoestima e a tolerância à dor. Além disso, pessoas fisicamente ativas apresentam menor peso corporal e menos massa gorda. A atividade física é de vital importância, tanto para a perda de peso como para a manutenção de peso (Katzer, 2017).

São vários os benefícios da prática de atividade física associada a um estilo de vida saudável, promovem a melhoria da saúde, controle de peso, benefícios psicológicos, bem-estar e prevenção de doenças.

Quadro 8 - Caracterização dos elementos da amostra no âmbito do domínio Atividade física / Associativismo, do questionário “Estilo de Vida Fantástico”

Domínio	Variáveis	n	%
Atividade física / Associativismo	<b>É membro de um grupo comunitário e/ou de autoajuda (doentes crónicos, voluntários, religião, desporto ou outros) e participa nas atividades</b>		
	Quase sempre	86	18.0
	Às vezes	127	26.5
	Quase nunca	266	55.5
	<b>Anda, no mínimo, 30 minutos diariamente</b>		
	Quase sempre	203	42.4
	Às vezes	185	38.6
	Quase nunca	91	19.0
	<b>Realiza atividade física (andar, subir escadas, fazer tarefas domésticas e/ou jardinagem) ou pratica desporto durante 30 minutos de cada vez</b>		
	3 ou mais vezes por semana	281	58.7
	1 vez por semana	133	27.8
	Não faço nada	65	13.5
$\bar{x} = 6.62$ Md = 6.00 s = 3.16 $x_{\min} = 0$ $x_{\max} = 12$ p < <b>0.001</b>			

Domínio Nutrição - verificamos que 56.4% dos inquiridos afirmaram que às vezes comiam, diariamente, duas porções de verdura e três de fruta, 81.0% referiam que,

frequentemente, comiam alguns alimentos hipercalóricos (doces e/ou salgados) ou *fastfood*, ainda 71.0% disseram ter ultrapassado o peso ideal em 0 a 4 kg. Os resultados observados para este domínio situaram-se entre 0 e 12 pontos, sendo a média  $7.09 \pm 2.26$  pontos. Metade dos estudantes obteve pontuação igual ou superior a 8.00 pontos (quadro 9). Verificamos também que 23,2% quase nunca come duas porções de verdura e três de fruta diariamente, 9,6% dos estudantes come frequentemente alimentos hipercalóricos. Segundo a DGS (2016), existem várias doenças relacionadas com a alimentação, tais como doenças cardiovasculares e o agravamento da diabetes, sendo a obesidade responsável na maioria dos casos por tais patologias, sendo necessário fazer uma alimentação correta e saudável. Uma alimentação saudável é essencial para a saúde e manutenção da mesma. O estado nutricional da pessoa, resultado da sua alimentação, constitui o fator ambiental com maior reflexo na saúde e na duração da vida.

Os resultados encontrados são corroborados por Lucas (2014), que obteve resultados semelhantes na mesma instituição. No seu estudo verificou-se que os estudantes evidenciaram possuir razoáveis hábitos alimentares.

Canavarro *et al* (2014), obtiveram também resultados semelhantes no que se refere à qualidade/diversidade nutricional dos alimentos ingeridos, havendo uma grande percentagem de alunos (40,7%) que frequentemente come alimentos hipercalóricos, estando a comida *fastfood* no topo das preferências alimentares dos estudantes, sendo as verduras e frutas frequentemente esquecidas da alimentação dos estudantes do ensino superior.

A DGS (2015), refere que a alimentação influencia o estado de Saúde. Em termos de riscos, os alimentos com excesso de calorias e em particular com altos teores de sal, de açúcar e de gorduras, constituem um grave problema. Para a mesma entidade, em Portugal, os principais hábitos alimentares inadequados são a insuficiente ingestão de fruta, de vegetais, de frutos secos e sementes.

Silva *et al* (2015), concluiu através do seu estudo, que os estudantes que consideram ter excesso de peso são também aqueles que não praticam exercício físico e que tem uma alimentação pouco cuidada, ingerindo poucas verduras e frutas e dando preferência a alimentos *fastfood* e hipercalóricos. Estes resultados corroboram os encontrados neste estudo.

Quadro 9 - Caracterização dos elementos da amostra no âmbito do domínio Nutrição, do questionário “Estilo de Vida Fantástico”

Domínio	Variáveis	n	%
Nutrição	<b>Come duas porções de verdura e três de fruta diariamente</b>		
	Todos os dias	98	20.4
	Às vezes	270	56.4
	Quase nunca	111	23.2
	<b>Frequentemente come alimentos hipercalóricos (doces e/ou salgados) ou <i>fastfood</i></b>		
	Nenhum destes	45	9.4
	Alguns destes	388	81.0
	Todos	46	9.6
	<b>Ultrapassou o peso ideal em:</b>		
	0 a 4 kg	340	71.0
5 a 8 kg	73	15.2	
Mais de 8 kg	66	13.8	
$\bar{x} = 7.09$ $Md = 8.00$ $s = 2.26$ $x_{\min} = 0$ $x_{\max} = 12$ $p < 0.001$			

Domínio Tabaco - 69.5% dos estudantes afirmaram que não fumaram cigarros nos últimos 5 anos e 76.8% referiram que não fumavam qualquer cigarro por dia. Observamos resultados que se situam entre 0 e 8 pontos, tendo como média  $6.09 \pm 2.76$  pontos. Para metade dos elementos da amostra observamos pontuações iguais ou superiores a 8.00 pontos (quadro 10). Importa analisar o facto de 21,9% dos estudantes referir fumar ou ter fumado “este ano” e 7,7% dos que fumam, afirmam fumar mais de 10 cigarros por dia.

Silva *et al* (2015), no seu estudo encontraram resultados que corroboram o presente estudo se falarmos do domínio tabaco, já que 73.5% dos estudantes declaram não consumir tabaco e 26.4% dos estudantes admitem fumar.

Silva *et al* (2015), afirmam que os resultados obtidos no seu estudo revelam a procura de substâncias estimulantes como a cafeína e a nicotina, de forma a aumentar a resistência ao cansaço e aumentar a capacidade de estudo. Mas é certo que se em relação ao café se verifica um aumento no recurso a esta substância, no tabaco verifica-se um decréscimo no seu consumo.

O tabagismo é um dos fatores de risco com maior impacto na saúde e esperança de vida saudável. O seu consumo representa a principal causa evitável de doenças cardiovasculares e neoplasias (DGS, 2017a). O consumo de tabaco é, hoje, nos Países desenvolvidos, a principal causa de doença e de mortes evitáveis, sendo responsável por cerca de 20% do total de mortes verificadas anualmente nos países desenvolvidos. Segundo dados da WHO (2017a), cerca de 4,9 milhões de pessoas morrem anualmente em todo o mundo como consequência deste hábito.

Alterar estes números deverá ser uma das prioridades de qualquer enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, é fundamental intervir na prevenção da iniciação tabágica nos jovens, e aumentar atividades de desabituacão tabágica nas instituições de ensino superior.

Quadro 10 - Caracterização dos elementos da amostra no âmbito do domínio Tabaco, do questionário “Estilo de Vida Fantástico”

Domínio	Variáveis	n	%
Tabaco	<b>Fuma cigarros</b>		
	Não, nos últimos 5 anos	333	69.5
	Não, no último ano	41	8.6
	Sim, este ano	105	21.9
	<b>Número de cigarros fumados por dia</b>		
	Nenhum	368	76.8
	1 a 10 cigarros	74	15.5
Mais de 10 cigarros	37	7.7	
$\bar{x} = 6.09$ Md = 8.00 s = 2.76 $x_{\min} = 0$ $x_{\max} = 8$ p < <b>0.001</b>			

Domínio Álcool e Drogas - como podemos constatar pela análise do quadro 11, 89.1% dos estudantes afirmaram ingerir 0 a 7 bebidas alcoólicas, em média, por semana, 55.8% disseram que, ocasionalmente, bebiam mais de 4 a 5 bebidas alcoólicas na mesma ocasião, 84.4% nunca conduziam veículos motorizados depois de ingerir bebidas alcoólicas, 91.0% afirmaram que nunca usavam substâncias psicoativas ilegais como cannabis, cocaína, *ecstasy* ou “*legal high*” (*spice*, etc.) e 87.3% quase nunca usavam excessivamente medicamentos que lhe eram receitados ou que podiam adquirir livremente na farmácia e 84.7% bebiam menos de 3 vezes por dia café, chá ou outras bebidas com cafeína. Os resultados observados no domínio relativo ao álcool e drogas situaram-se entre 8 e 24 pontos, sendo o valor médio  $20.44 \pm 3.59$  pontos. Metade dos estudantes obteve pontuações iguais ou superiores a 22.00 pontos.

Na amostra deste estudo, 4,2% dos estudantes referem ingerir mais de 12 bebidas alcoólicas por semana e 8,5% ingere mais de 5 bebidas numa só ocasião.

Silva *et al* (2015), encontra também resultados semelhantes no seu estudo, considerando que o consumo de álcool nos estudantes do ensino superior é uma das maiores problemáticas no seio académico e que carece de mudança de comportamento pelos estudantes, podendo refletir-se em graves problemas para a saúde dos mesmos no presente e num futuro próximo.

Também Fernandes *et al* (2015), Marques *et al* (2013) e Almaza *et al* (2017) encontraram resultados semelhantes nos seus estudos, revelando todos os autores que o consumo de álcool é assumido como uma prática frequente pelos estudantes do ensino superior.

Marques *et al* (2013), dizem-nos que o álcool é a substância que sendo indutora de dependência, produz as maiores repercussões quer a nível social, quer para a saúde da pessoa. As consequências para a saúde do consumo de álcool incluem, as doenças agudas (intoxicação, envenenamento), crónicas (dependências, cancro, doenças gastrointestinais, cardiovasculares e neuropsiquiátricas) e socioeconómicas (desemprego, violência, estigmatização e disrupção familiar). Importa referir ainda que a condução sob influência de álcool, é assumida por 70 alunos (entre raramente e frequentemente), o que se traduz num comportamento perigoso, uma vez que

o álcool é uma das principais causas de sinistralidade rodoviária em Portugal, o consumo de álcool, mesmo que ingerido em quantidades pequenas, diminuí a capacidade reativa da pessoa, aumentando o risco de acidente. George (2011), considera que se devem desenvolver e apoiar programas de Promoção e Educação para a Saúde, que incluam o desenvolvimento de campanhas de informação pública e ações de sensibilização e de formação para jovens, nomeadamente nas festas académicas e nos dias de maior atividade noturna, para chamar a atenção para os risco do consumo excessivo de bebidas alcoólicas.

Comparando os resultados referidos com os resultados obtidos por Silva *et al* (2015), podemos afirmar que os estudantes que participaram no presente estudo apresentam melhor estilo de vida no que diz respeito ao consumo de substâncias ilícitas, uma vez que 91% afirmam nunca ter consumido, enquanto no estudo dos autores referidos apenas 59,7% afirmam nunca ter consumido. Com a mesma tendência encontramos os resultados para o consumo de medicamentos sem receita, onde no estudo de Silva *et al* (2015) a maioria dos estudantes considera normal o seu consumo.

Corroborando estes resultados, Silva *et al* (2015) no seu estudo referem que é possível verificar que a maioria dos estudantes toma café (59.2%), ainda que apenas uma percentagem reduzida (1.7%) o faça acima de uma dosagem considerada de risco (5 ou mais cafés por dia).

Relativamente ao consumo de substâncias (drogas e medicamentos) verificamos que apesar das percentagens serem baixas, as mesmas constituem um dado importante para a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária. A DGS (2016), realça a importância para a continuidade de projetos na área da prevenção primária, com vista a redução do consumo de drogas junto das populações mais jovens. Salienta ainda medidas de reforço no tratamento e reinserção.

Quadro 11 - Caracterização dos elementos da amostra no âmbito do domínio Álcool e drogas, avaliado com o questionário “Estilo de Vida Fantástico”

Domínio	Variáveis	n	%
Álcool e drogas	<b>Ingestão média semanal de bebidas alcoólicas</b>		
	0 a 7 bebidas	399	89.1
	8 a 12 bebidas	30	6.7
	Mais de 12 bebidas	19	4.2
	<b>Bebe mais de 4-5 bebidas alcoólicas (UBP) na mesma ocasião</b>		
	Nunca	160	35.7
	Ocasionalmente	250	55.8
	Frequentemente	38	8.5
	<b>Conduz veículos motorizados depois de beber bebidas alcoólicas</b>		
	Nunca	378	84.4
	Raramente	66	14.7
	Frequentemente	4	0.9
	<b>Usa substâncias psicoativas ilegais como cannabis, cocaína, ecstasy ou “legal high” (spice, etc.)</b>		
Nunca	436	91.0	
Ocasionalmente	35	7.3	
Frequentemente	8	1.7	
<b>Usa excessivamente medicamentos que me receitam ou que posso adquirir livremente na farmácia</b>			
Quase nunca	418	87.3	
Às vezes	55	11.5	
Quase nunca	6	1.2	
<b>Bebe café, chá ou outras bebidas com cafeína</b>			
Menos de 3 vezes por dia	406	84.7	
3 a 6 vezes por dia	66	13.8	
Mais de 6 vezes por dia	7	1.4	
$\bar{x} = 20.44$ Md = 22.00 s = 3.59 $x_{\min} = 8$ $x_{\max} = 24$ p < 0.001			

Domínio Sono e stresse - verificámos que 51.2% às vezes dormem bem e sentem-se descansados, 54.5% às vezes sentem-se capazes de gerir o stresse do dia-a-dia e 48.4% às vezes relaxam e desfrutam do tempo livre, seguidos de 43.2% quase sempre relaxam e desfrutam desse tempo. Os valores observados para este domínio situaram-se entre 0 e 12 pontos, sendo o valor médio  $8.03 \pm 2.83$  pontos. Metade dos inquiridos obteve resultados iguais ou superiores a 8.00 pontos (quadro 12). Dos estudantes que participaram no presente estudo, 9,8% refere dormir mal e sentir-se cansado; 4% não consegue gerir o stresse do dia-a-dia; e 8,4% quase nunca relaxa e desfruta do tempo livre.

Canavaro *et al* (2014) afirmam que, nos estudantes do ensino superior a duração do sono diário e a sua qualidade estão afetados. A transição para o ensino superior implicou, para os estudantes participantes no mesmo estudo, uma redução de mais de 1h na duração média de descanso diário, e uma diminuição de qualidade, sentindo-se mais cansados, sem, no entanto, representarem comportamentos de risco para a saúde.

A maioria das pessoas necessita de dormir entre sete a nove horas por dia, para se sentir com energia e saudável, refere George (2011). A má gestão de stresse está relacionada com

doenças que provocam incapacidade e que podem levar á morte (Acidente Vascular Cerebral, Hipertensão e Doenças Cardíacas). O estudante do ensino superior, por toda a responsabilidade que lhe é exigida e pelo facto de estar deslocado da sua área de residência, está sujeito a grande stresse, se aliarmos a falta de um sono reparador, estamos perante jovens com grande probabilidade de desenvolverem as patologias referidas, bem como doenças do foro psicológico. Silva *et al* (2015), referem que um sono regular e em horas suficientes é um dos mais importantes fatores para a promoção da saúde física e mental.

A DGS (2016), refere que um estilo de vida saudável deixa-nos aptos, enérgicos e com risco reduzido para a doença, o qual depende dos hábitos ou comportamentos diários. Um sono adequado é a base para uma boa saúde. Gerir o stresse de maneira positiva, reduz o desgaste e o desequilíbrio hormonal sempre com a finalidade de se atingir o melhor desenvolvimento físico, intelectual, psíquico e emocional das pessoas. O enfermeiro deve conseguir intervir junto destes jovens, promovendo a participação em grupos de apoio e no desenvolvimento de atividades que visem o alívio do stresse e promovam o bem-estar, se necessário encaminhar e acompanhar os mesmos para outros profissionais de saúde.

Quadro 12 - Caraterização dos elementos da amostra no âmbito do domínio Sono e Stresse, do questionário “Estilo de Vida Fantástico”

Domínio	Variáveis	n	%
Sono e Stresse	<b>Dorme bem e sinto-me descansada</b>		
	Quase sempre	187	39.0
	Às vezes	245	51.2
	Quase nunca	47	9.8
	<b>Sente-se capaz de gerir o stresse do dia-a-dia</b>		
	Quase sempre	199	41.5
	Às vezes	261	54.5
	Quase nunca	19	4.0
	<b>Relaxa e desfruta do tempo livre</b>		
	Quase sempre	207	43.2
	Às vezes	232	48.4
	Quase nunca	40	8.4
$\bar{x} = 8.03$ Md = 8.00 s = 2.83 $x_{\min} = 0$ $x_{\max} = 12$ p < <b>0.001</b>			

Domínio Trabalho e Personalidade - verificamos, também, que 66.0% algumas vezes sentem que andam acelerados e/ou atarefados, 51.4% algumas vezes sentem-se aborrecidos e/ou agressivos e 49.5% quase sempre se sentem felizes com o trabalho e atividade em geral, seguidos de 46.5% que, às vezes, têm este tipo de sentimento. No domínio do trabalho e personalidade foram observados valores compreendidos entre 0 e 12 pontos, sendo a média  $7.36 \pm 2.43$  pontos. Metade dos estudantes obteve resultados iguais ou superiores a 8.00 pontos (quadro 13). Analisando os piores resultados, podemos verificar que 66% dos estudantes algumas vezes sentem-se acelerados, 25,5% dos estudantes sentem-se frequentemente acelerados, 51,4%



algumas vezes sentem-se aborrecidos, 4,6% sente-se frequentemente aborrecido e/ou agressivo, e 4% quase nunca se sente feliz com o trabalho e atividades em geral.

Estes resultados estão em consonância com o estudo de Virgínio (2015), onde neste domínio (trabalho e personalidade) a maioria (76,7%) dos estudantes algumas vezes sente-se acelerado e/ou atarefado. A maioria (50,8%) dos estudantes refere andar algumas vezes aborrecido e/ou agressivo. Por outro lado, a maioria dos estudantes (58,9%) sente-se quase sempre feliz com o que faz e as atividades em geral.

Quadro 13 - Caracterização dos elementos da amostra no âmbito do domínio Trabalho e Personalidade, do questionário “Estilo de Vida Fantástico”

Domínio	Variáveis	n	%
Trabalho e Personalidade	<b>Sente que anda acelerado e/ou atarefado</b>		
	Quase nunca	41	8.5
	Algumas vezes	316	66.0
	Frequentemente	122	25.5
	<b>Sente-se aborrecido e/ou agressivo</b>		
	Quase nunca	211	44.0
	Algumas vezes	246	51.4
	Frequentemente	22	4.6
	<b>Sente-se feliz com o trabalho e atividades em geral</b>		
	Quase sempre	237	49.5
	Às vezes	223	46.5
	Quase nunca	19	4.0
$\bar{x} = 7.36$ Md = 8.00 s = 2.43 $x_{\min} = 0$ $x_{\max} = 12$ p < <b>0.001</b>			

*Domínio Introspeção* - no que concerne ao domínio da introspeção podemos verificar no quadro 14 que 52.0% dos estudantes quase sempre consideram serem pessoas otimistas e positivas, 58.0% algumas vezes sentem que estão tensos e/ou oprimidos e 53.4% algumas vezes sentem-se tristes e/ou deprimidos. Os resultados obtidos neste domínio situam-se entre 0 e 12 pontos, tendo como valor médio  $8.30 \pm 2.76$  pontos. Metade dos estudantes obteve resultados iguais ou superiores a 8.00 pontos.

Virgínio (2015) obteve resultados semelhantes para o seu estudo, verificou que a 53,1% dos estudantes são quase sempre pessoas otimistas e positivas. Contudo 60,8% sentem-se por vezes tensos e/ou oprimidos. Quanto aos sentimentos de tristeza/depressão estes acontecem por vezes em 53,7% dos estudantes.

Importa também referir que no presente estudo 5,2% dos estudantes quase nunca se sentem otimistas e positivos. A necessidade de acompanhar estes estudantes é importante, visto o risco de doença mental estar presente. Deve o enfermeiro promover a socialização destes jovens bem como encorajar a participação em atividades lúdicas, a criação de grupos de partilha de experiências e frustrações seria também importante. A própria instituição de ensino deve

promover essas atividades e acompanhar os estudantes, disponibilizando uma equipa de psicólogos para o efeito.

Quadro 14 - Caraterização dos elementos da amostra no âmbito da Introspeção, avaliado com o questionário “Estilo de Vida Fantástico”

Domínio	Variáveis	n	%
Introspeção	<b>É uma pessoa otimista e positiva</b>		
	Quase sempre	249	52.0
	Às vezes	205	42.8
	Quase nunca	25	5.2
	<b>Sente-se tenso e/ou oprimido</b>		
	Quase nunca	175	36.6
	Algumas vezes	278	58.0
	Frequentemente	26	5.4
	<b>Sente-se triste e/ou deprimido</b>		
	Quase nunca	201	42.0
	Algumas vezes	256	53.4
	Frequentemente	22	4.6
$\bar{x} = 8.30$ Md = 8.00 s = 2.76 $x_{\min} = 0$ $x_{\max} = 12$ p < <b>0.001</b>			

Domínio Comportamentos de saúde e de vida sexual - contactou-se que 49.1% dos estudantes, às vezes realizam exames periódicos de avaliação do estado de saúde, seguidos de 26.7% que os realizam sempre, 24.2% dos estudantes afirmam quase nunca realizam exames periódicos de avaliação do estado de saúde. Estes últimos apresentam um comportamentos de risco e pouco saudável comprometendo assim a sua saúde presente e futura.

Da amostra, 53.9% afirmaram que às vezes conversavam com os/as parceiros(as), família e/ou amigos(as) sobre temas de sexualidade e 91.0% quase sempre, no seu comportamento sexual, se preocupavam com o bem-estar e a proteção dos parceiros(as). Para o domínio dos comportamentos de saúde e de vida sexual foram observados resultados entre 0 e 12 pontos, sendo a média  $8.20 \pm 2.31$  pontos e metade dos estudantes obteve resultados iguais ou superiores a 8.00 pontos (quadro 15).

Virgínio (2015) e Loureiro (2012) no que diz respeito ao comportamento sexual confirmaram que o aumento da atividade sexual foi acompanhada pelo aumento da utilização de preservativo. A utilização deste contraceptivo como meio de proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis tendeu a manter-se para a grande maioria dos estudantes, exibindo um comportamento positivo para a saúde.

A Educação sexual é a mais importante forma de prevenção de problemas ligados à saúde sexual e reprodutiva dos jovens. Constitui um processo contínuo e permanente de aprendizagem e socialização que abrange a transmissão de informação e o desenvolvimento de atitudes e competências relacionadas com a sexualidade humana e, portanto, promove atitudes e comportamentos saudáveis (Ramiro 2011).

Quadro 15 - Caracterização dos elementos da amostra no âmbito dos Comportamentos de saúde e de vida sexual, do questionário “Estilo de Vida Fantástico”

Domínio	Variáveis	n	%
Comportamentos de saúde e de vida sexual	<b>Realiza exames periódicos de avaliação do estado de saúde</b>		
	Sempre	128	26.7
	Às vezes	235	49.1
	Quase nunca	116	24.2
	<b>Conversa com o/a parceiro(a), família e/ou amigos(as) sobre temas de sexualidade</b>		
	Sempre	155	32.3
	Às vezes	258	53.9
	Quase nunca	66	13.8
	<b>No seu comportamento sexual, preocupa-se com o bem-estar e a proteção do parceiro(a)</b>		
	Quase sempre	436	91.0
Às vezes	32	6.7	
Quase nunca	11	2.3	
$\bar{x} = 8.20$ Md = 8.00 s = 2.31 $x_{\min} = 0$ $x_{\max} = 12$ p < <b>0.001</b>			

*Domínio Outros Comportamentos* - para o domínio relativo aos outros comportamentos constata-se que 83.9% dos estudantes, como peão e passageiro, sempre cumpriam as medidas de proteção e/ou segurança pessoal e rodoviária e 77.5%, como condutor (ou futuro condutor), sempre, respeitam as regras de segurança rodoviária (cinto de segurança, uso de telemóvel, etc.). Para este domínio foram observados resultados compreendidos entre 2 e 8 pontos, sendo o valor médio  $7.22 \pm 1.31$  pontos. Metade dos elementos da amostra obteve resultados iguais ou superiores a 8.00 pontos (quadro 16).

Estes resultados são corroborados por Virgínio (2015), uma vez que constatou que a grande maioria (84,5%) dos estudantes cumpre as indicações como peão e passageiro, cumprindo as medidas de proteção e/ou segurança pessoal e rodoviária. Também a grande maioria (85,8%) dos estudantes referiu cumprir, como condutor, as regras de segurança rodoviária.

Os resultados obtidos neste domínio permitem afirmar que os estudantes do ensino superior apresentam comportamentos saudáveis e com respeito pela sua vida e a dos outros.

Quadro 16 - Caracterização dos elementos da amostra no âmbito dos Outros Comportamentos, do questionário “Estilo de Vida Fantástico”

Domínio	Variáveis	n	%
Outros comportamentos	<b>Como peão e passageiro, cumpre as medidas de proteção e/ou segurança pessoal e rodoviária</b>		
	Sempre	402	83.9
	Às vezes	76	15.9
	Quase nunca	1	0.2
	<b>Como condutor (ou futuro condutor) respeita as regras de segurança rodoviária (cinto de segurança, uso de telemóvel, etc.)</b>		
	Sempre	371	77.5
Às vezes	106	22.1	
Quase nunca	2	0.4	
		$\bar{x} = 7.22$ Md = 8.00 s = 1.31 $x_{\min} = 2$ $x_{\max} = 8$ p < <b>0.001</b>	

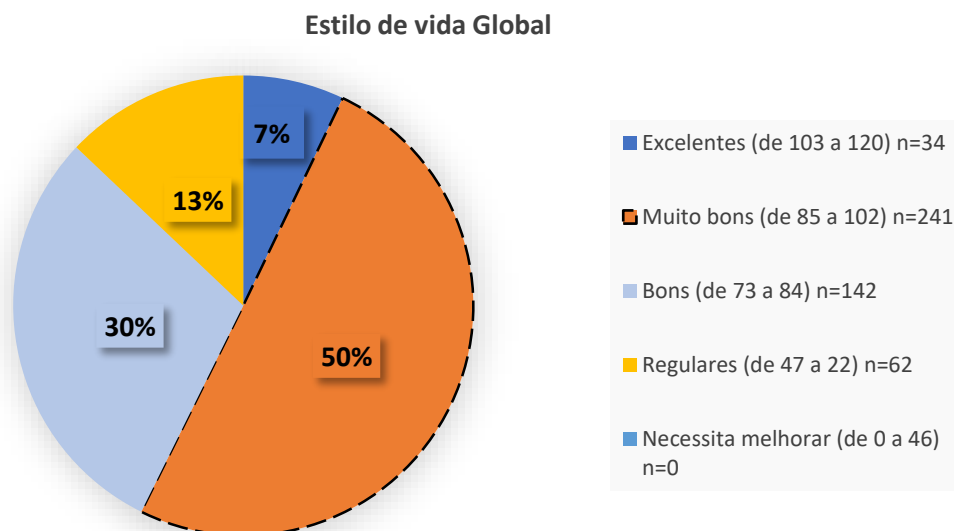
Como podemos constatar, em todos os domínios a distribuição de frequência das pontuações observadas afastou-se significativamente de uma curva normal ( $p < 0.001$ ).

#### Perfil do estilo de via dos estudantes

Para o global do questionário “Estilo de Vida Fantástico” obtivemos pontuações compreendidas entre 48 e 114 pontos, sendo o valor médio  $86.56 \pm 11.94$  pontos. Metade dos estudantes obteve resultados iguais ou superiores a 86.00 pontos e distribuição de frequências afastou-se significativamente de uma curva normal ou gaussiana.

Considerando os valores de referência apresentados pelos autores pudemos categorizar o estilo de vida dos estudantes, verificamos através do gráfico 1 que a maioria dos inquiridos, concretamente 50.3%, obtiveram pontuações que permitem classificá-los como tendo um estilo de vida  *muito bom*, seguidos de 29.7% que revelaram *bom* estilo de vida e de 12.9% que evidenciaram estilo de vida *regular*. Estes resultados quando comparados com os obtidos no estudo de Santos *et al* (2014), evidenciam melhor estilo de vida para os estudantes. O próprio estudo realizado por Amado *et al* (2014) obteve valores que caracterizam os estudantes desse estudo com valores globais de estilo de vida mais baixos que os obtidos na presente investigação. Sendo que as áreas de saúde e desporto são as mais representativas, neste estudo, talvez esse facto possa justificar os valores globais de estilo de vida obtidos, pois a própria frequência do curso poderá ser responsável por hábitos mais saudáveis.

Gráfico 1 - Caracterização do estilo de vida global dos elementos da amostra



### **Fatores que influenciam o estilo de vida dos estudantes do ensino superior**

Apresentam-se de seguida os resultados da estatística inferencial, optando-se por analisar apenas as variáveis em que se obtiveram resultados estatisticamente significativos e que permitiram identificar os fatores que influenciam o estilo de vida dos estudantes do ensino superior.

#### *Estilo de vida e características sociodemográficas*

Para se verificar a associação entre o estilo de vida dos estudantes e as características sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, índice de massa corporal, mudou de residência para frequentar o ensino superior, distância a que se encontra de casa, coabitação durante o período letivo, rendimento equivalente e beneficia de bolsa de estudos) aplicámos o coeficiente de correlação de Spearman e respetivo teste de significância, o teste Mann-Whitney e o teste Kruskal-Wallis.

Os resultados que apresentamos no quadro 17 permite-nos constatar a existência de correlações estatisticamente significativas entre o estilo de vida, nos domínios atividade física/associativismo ( $p = 0.001$ ), tabaco ( $p = 0.013$ ), comportamentos de saúde e de vida sexual ( $p = 0.049$ ) e outros comportamentos ( $p = 0.016$ ), com a idade. Os coeficientes de correlação apresentam valores relativamente baixos pelo que temos de concluir que, apesar de significativa, a correlação entre o estilo de vida e a idade é fraca. No entanto, atendendo ao sinal dos coeficientes de correlação podemos, ainda, afirmar que os estudantes mais velhos tendem a evidenciar pior estilo de vida ao nível da atividade física/associativismo, dos hábitos tabágicos e dos outros

comportamentos e melhor estilo de vida em termos dos comportamentos de saúde e de vida sexual.

Silva *et al* (2015) identificaram que os estudantes mais velhos a frequentar o ensino superior são os que possuem pior estilo de vida ao nível da atividade física, mas similarmente aos resultados mencionados, são também os mais preocupados com comportamentos de saúde e vida sexual.

Para Santos *et al* (2014), no estudo efetuado entre uma Universidade Brasileira e uma Faculdade de Ciências da Saúde de uma Universidade Portuguesa, os estudantes mais velhos apresentam pior estilo de vida no global e o domínio da atividade física apresenta o pior resultado.

Barrera *et al* (2014) no seu estudo obteve resultados semelhantes, os estudantes mais velhos representam a maioria com piores estilos de vida, mas contrariamente ao que foi o resultado na presente investigação, os estudantes da Universidade de Bogotá apresentam piores estilos de vida nas dimensões: sono, Nutrição e consumo de substâncias lícitas e ilícitas.

O facto dos estudantes mais velhos terem pior estilo de vida, poderá dever-se ao facto de estes terem adquirido comportamentos poucos saudáveis até então, principalmente por não terem conseguido seguir escolhas saudáveis, embora conscientemente o fizessem, mas como vimos o estar deslocado da sua área de residência, o aumento de responsabilidade, a autonomia e independência e a nova vida académica, podem explicar as más escolhas e o estilo de vida menos saudável.

Quadro 17 - Correlação do estilo de vida com a idade

Domínio	Idade		
	n	r <sub>s</sub>	p
Atividade física/Associativismo	479	-0.16	<b>0.001</b>
Tabaco	479	-0.12	<b>0.013</b>
Comportamentos de saúde e de vida sexual	479	+0.09	<b>0.049</b>
Outros comportamentos	479	-0.11	<b>0.016</b>

A comparação dos estilos de vida em função do sexo do estudante, utilizando o teste de Mann-Whitney, permitiu obter os resultados que constituem o quadro 18. Como podemos verificar registaram-se diferenças estatisticamente significativas nos domínios família e amigos ( $p = 0.002$ ), atividade física/associativismo ( $p = 0.008$ ), nutrição ( $p = 0.049$ ), tabaco ( $p = 0.001$ ), álcool e drogas ( $p = 0.003$ ), sono e stresse ( $p = 0.004$ ), introspeção ( $p = 0.001$ ), comportamentos de saúde e de vida sexual ( $p = 0.002$ ) e outros comportamentos ( $p = 0.011$ ). Analisando comparativamente os resultados das medidas de tendência central, podemos afirmar que os estudantes do sexo feminino tendem a revelar melhor estilo de vida nos domínios da família e amigos, nutrição, tabaco, álcool e drogas, comportamentos de saúde e de vida sexual e outros

comportamentos. Por outro lado, os estudantes do sexo masculino tendem a evidenciar melhor estilo de vida em termos de atividade física/associativismo, sono e stresse.

O estudo realizado por Silva *et al* (2015) demonstra que os estudantes do sexo feminino têm melhor estilo de vida ao nível da dimensão atividade física, representando assim, uma realidade diferente dos estudantes da presente investigação, mas corrobora os resultados obtidos em relação às dimensões nutrição, comportamentos de saúde e vida sexual, consumo de tabaco, álcool e outras drogas.

Rafael *et al* (2016) obteve resultados idênticos, divergindo apenas com a presente investigação na dimensão nutrição, pois o sexo feminino numa Universidade da Colômbia apresenta uma alimentação pouco saudável, refletindo-se num pior estilo de vida.

Quadro 18 - Comparação do estilo de vida em função do sexo

<b>Domínio</b> <b>Sexo</b>	<b>n</b>	<b><math>\bar{x}_{ord}</math></b>	<b><math>\bar{x}</math></b>	<b>Md</b>	<b>z</b>	<b>p</b>
<b>Família e Amigos</b>						
Feminino	332	250.84	7.16	8.00	-3.127	<b>0.002</b>
Masculino	147	215.52	6.54	8.00		
<b>Atividade física/Associativismo</b>						
Feminino	332	229.03	6.36	6.00	-2.655	<b>0.008</b>
Masculino	147	264.79	7.21	8.00		
<b>Nutrição</b>						
Feminino	332	247.94	7.20	8.00	-1.968	<b>0.049</b>
Masculino	147	222.08	6.82	6.00		
<b>Tabaco</b>						
Feminino	332	251.34	6.59	8.00	-3.281	<b>0.001</b>
Masculino	147	214.39	5.76	8.00		
<b>Álcool e Drogas</b>						
Feminino	332	252.26	20.66	22.00	-3.001	<b>0.003</b>
Masculino	147	212.30	19.95	20.00		
<b>Sono e Stresse</b>						
Feminino	332	228.33	7.78	8.00	-2.842	<b>0.004</b>
Masculino	147	266.35	8.61	8.00		
<b>Introspeção</b>						
Feminino	332	226.37	8.02	8.00	-3.326	<b>0.001</b>
Masculino	147	270.79	8.95	10.00		
<b>Comportamentos de saúde e de vida sexual</b>						
Feminino	332	252.38	8.42	10.00	-3.056	<b>0.002</b>
Masculino	147	212.04	7.69	8.00		
<b>Outros comportamentos</b>						
Feminino	332	248.59	7.32	8.00	-2.538	<b>0.011</b>
Masculino	147	220.59	6.98	8.00		

Aplicando o teste de Mann-Whitney pudemos comparar o estilo de vida em função do estado civil do estudante e obter os resultados que apresentamos no quadro 19. Atendendo a que não havia número representativo de casos em todos os estados civis, optámos por agrupar esta variável em duas categorias (não casados, que engloba os estudantes solteiros e

divorciados/separados; casados/união de facto). Como podemos verificar, apenas se observaram diferenças estatisticamente significativas nos domínios referentes à família e amigos ( $p = 0.044$ ) e comportamentos de saúde e de vida sexual ( $p = 0.015$ ). Os resultados das medidas de tendência central revelam que os estudantes casados ou que viviam em união de facto tendem a evidenciar melhor estilo de vida naqueles dois domínios.

Também Santos *et al* (2014) encontraram resultados que corroboram o que foi mencionado, pois os estudantes que possuem relações fortes de afeto com o(a) companheiro(a) apresentam melhor estilo de vida.

Quadro 19 - Comparação do estilo de vida em função do estado civil

Domínio	n	$\bar{x}_{ord}$	$\bar{x}$	Md	z	p
<b>Estado civil (agrupado)</b>						
<b>Família e Amigos</b>						
Não casado(a)	439	236.83	6.92	8.00	-2.018	<b>0.044</b>
Casado(a)/União de facto	40	274.83	7.45	8.00		
<b>Comportamentos de saúde e de vida sexual</b>						
Não casado(a)	439	235.53	8.12	8.00	-2.434	<b>0.015</b>
Casado(a)/União de facto	40	289.08	9.00	10.00		

O estudo da relação entre o estilo de vida e a distância a que o estudante se encontra de casa, efetuado através do coeficiente de correlação de Spearman e do respetivo teste de significância, permitiu obter os resultados que apresentamos no quadro 20. Como podemos constatar, apenas se identificou correlação estatisticamente significativa em termos do domínio família e amigos ( $p = 0.025$ ). O coeficiente de correlação é baixo e negativo, pelo que podemos afirmar que entre as duas variáveis existe uma correlação fraca e que os estudantes que se encontram a maior distância de casa tendem a evidenciar pior estilo de vida.

A investigação realizada por Silva *et al* (2015) corrobora os resultados mencionados, pois o facto de os estudantes se encontrarem a residir fora da habitação do seu agregado familiar leva a comportamentos poucos saudáveis, principalmente ao nível da nutrição, consumos de substâncias lícitas e ilícitas, sono e stresse. Os estudantes que não necessitaram de mudar de residência para frequentar o ensino superior, apresentam mais comportamentos que facilitam a prevenção de doenças, do que os estudantes deslocados, estes últimos têm de assumir a responsabilidade por si próprios, não tendo o suporte familiar a que estavam habituados.



Quadro 20 - Correlação do estilo de vida com a distância a que se encontra de casa

Domínio	Distância a que se encontra de casa		
	n	r <sub>s</sub>	p
Família e Amigos	299	-0.13	<b>0.025</b>

Para proceder à comparação do estilo de vida em função da coabitação houve necessidade de proceder ao reagrupamento das categorias originais em, apenas, cinco situações de coabitação (na residência de estudantes, com colegas/amigos numa casa/apartamento, com os pais, com outros familiares e sozinho). Aplicando o teste Kruskal-Wallis obtivemos os resultados que constituem o quadro 21 e que nos permitem constatar a existência de diferença estatisticamente significativa unicamente no domínio referentes aos comportamentos de saúde e de vida sexual ( $p = 0.001$ ). Comparando os valores das medidas de tendência central somos levados a afirmar que os estudantes que durante o período letivo coabitam com outros familiares, seguidos dos que vivem com colegas/amigos numa casa/apartamento, são aqueles que evidenciam melhor estilo de vida.

Os dados mencionados são corroborados por Silva *et al* (2015) e Barrera *et al* (2014), cujos estudos evidenciam melhor estilo de vida para estudantes que coabitam com familiares, amigos ou colegas. O facto de ter outra pessoa(as) com quem partilhar a mesma habitação é um fator saudável, existe a partilha, o convívio, a divisão de tarefas e tendencialmente comportamentos mais saudáveis que se traduzem num melhor estilo de vida (Brito & Pedroso, 2014). Os estudantes que vivem com a família, namorado(a), companheiro(a), colegas e/ou amigos, apresentam mais condições favoráveis a um estilo de vida saudável no que respeita a todos os domínios do questionário, mas principalmente ao nível dos comportamentos de saúde e de vida sexual.

Quadro 21 - Comparação do estilo de vida em função da coabitação durante o tempo letivo

Domínio Coabitação (agrupada)	n	$\bar{x}_{ord}$	$\bar{x}$	Md	$\chi^2$	p
<b>Comportamentos de saúde e de vida sexual</b>						
Na residência de estudantes	93	231.85	8.02	8.00	19.852	<b>0.001</b>
Com colegas/amigos numa casa/apartamento	200	247.33	8.34	8.00		
Com os pais	92	201.93	7.59	8.00		
Com outros familiares	67	290.81	9.07	10.00		
Sozinho	26	207.38	7.69	8.00		

Os resultados que apresentamos no quadro 22 foram obtidos ao realizar o estudo da correlação entre o estilo de vida e o rendimento equivalente mensal do estudante. Para este efeito aplicámos o coeficiente de correlação de Spearman e o respetivo teste de significância. Verificamos a existência de correlações positivas fracas mas estatisticamente significativas em termos dos domínios inerentes à família e amigos ( $p = 0.009$ ) e aos comportamentos de saúde e de vida sexual ( $p = 0.006$ ). Pelo facto das correlações serem positivas podemos, ainda, afirmar que os estudantes com maior rendimento equivalente mensal tendem a revelar melhor estilo de vida.

Barrera *et al* (2014) corrobora os resultados mencionados. Os estudantes que pertencem a um agregado familiar com maior rendimento mensal, tendem a possuir melhor estilo de vida.

Talvez o facto de apresentar uma boa condição financeira, permita ao estudante ter acesso a melhores condições de habitação, nutrição, comportamentos de saúde, a prática de atividades desportivas e de lazer, socializar e participar em atividades extra curriculares.

Quadro 22 - Correlação do estilo de vida com o rendimento equivalente mensal do agregado familiar

Domínio	Rendimento equivalente		
	n	$r_s$	p
Família e Amigos	297	+0.15	<b>0.009</b>
Comportamentos de saúde e de vida sexual	297	+0.16	<b>0.006</b>

Em termos gerais, julgamos poder concluir que existem evidências estatísticas para confirmam que o estilo de vida dos estudantes estão relacionados com as suas características sociodemográficas.

#### Correlação do estilo de vida com o índice de massa corporal

Através do cálculo do coeficiente de correlação de Spearman e da aplicação do seu teste de significância pudemos efetuar o estudo da relação entre os estilos de vida e o IMC. Os resultados que apresentamos no quadro 23 permitem-nos constatar a existência de correlações estatisticamente significativas no domínio referente à nutrição ( $p < 0.001$ ) e no global dos estilos de vida ( $p = 0.017$ ). Os valores dos coeficientes de correlação são relativamente baixos, principalmente no global dos estilos de vida, pelo que podemos afirmar que as correlações são fracas. O facto de serem ambas negativas permitem-nos concluir que os estudantes com maior IMC tendem a evidenciar pior estilo de vida. Também para Silva *et al* (2015) e Santos *et al* (2014)

os resultados obtidos nos seus estudos de estudantes do ensino superior, demonstram a mesma tendência, ou seja, um maior valor de IMC revela pior estilo de vida.

Para Silva *et al* (2015), os estudantes com um IMC mais elevado, categorizados como obesos, poderão indiciar uma condição física de risco pouco auto consciente. Seria necessária a criação de atividades desportivas no próprio campus da instituição, com participação de todos os estudantes, principalmente os com maior IMC, a fim de promover a atividade física. Competições entre cursos, turmas, anos, *etc*, seriam uma boa iniciativa, bem como a participação em caminhadas, *peddy-papers* organizados pelos próprios estudantes, com a colaboração da instituição do ensino superior e de instituições de saúde.

O facto de o IMC ter sido calculado pelos dados que os estudantes colocaram no questionário *online*, é uma implicação para este estudo, pois os valores de peso corporal e altura não foram avaliados presencialmente.

Quadro 23 - Correlação do estilo de vida com o índice de massa corporal

Domínio	IMC		
	n	r <sub>s</sub>	p
Nutrição	479	-0.40	< <b>0.001</b>
Estilos de vida - global	479	-0.11	<b>0.017</b>

#### Estilo de vida e características académicas

No sentido de se verificar se o estilo de vida dos estudantes está relacionado com as suas características académicas (curso frequentado, área de formação e ano do curso que frequentam) aplicámos o teste Kruskal-Wallis.

Os resultados que constituem o quadro 24 permitem-nos constatar a existência de diferença significativa no estilo de vida inerentes ao domínio do comportamento de saúde e de vida sexual, quando comparados em função do curso que o estudante frequenta ( $p = 0.003$ ). Comparando os valores das medidas de tendência central (média ordinal, média e mediana) podemos, ainda, afirmar que os estudantes que frequentam o mestrado evidenciaram melhores estilos de vida que aqueles que frequentam a licenciatura e, principalmente, que os que frequentam curso técnico superior profissional. Este resultado contraria as evidências encontradas por Silva *et al* (2015) e Rafael *et al* (2016), onde os estudantes que frequentam a licenciatura revelam melhor resultado no global do estilo de vida face aos que frequentam o curso de mestrado.

Tendo em conta que o maior número de estudantes de mestrado pertence essencialmente à área da saúde, poderá ser essa a justificação para estes estudantes apresentarem melhor estilo de vida, pois a sua área de formação permite-lhes ter acesso a mais informação e acaba por lhes ser inculcado um comportamento que se revela mais saudável.

Quadro 24 - Comparação do estilo de vida em função do curso frequentado

Domínio Curso que frequenta	n	$\bar{x}_{ord}$	$\bar{x}$	Md	$\chi^2$	p
<b>Comportamentos de saúde e de vida sexual</b>						
Técnico Superior Profissional	49	192.48	7.35	8.00	11.854	<b>0.003</b>
Licenciatura	385	240.55	8.21	8.00		
Mestrado	45	287.04	9.02	10.00		

No quadro 25 apresentamos os resultados da comparação dos estilos de vida em função da área de formação. Para realizar este estudo optámos por agrupar as áreas de estudo em, apenas, quatro categorias (saúde, turismo e hotelaria, educação/comunicação e desporto e, por último, tecnologia e gestão). Como podemos verificar, observámos diferenças estatisticamente significativas nos domínios família e amigos ( $p = 0.008$ ), atividade física/associativismo ( $p = 0.002$ ), tabaco ( $p = 0.049$ ), álcool e drogas ( $0.011$ ), sono e stresse ( $p = 0.013$ ) e comportamentos de saúde e de vida sexual ( $p = 0.012$ ). Comparando os valores das medidas de tendência central, verificamos que os estudantes que frequentam a área de formação de saúde e educação/comunicação e desporto foram os que evidenciaram melhor estilo de vida em termos de família e amigos, atividade física/associativismo, tabaco e álcool e drogas. No domínio sono e stresse, os melhores estilos de vida foram evidenciados pelos estudantes que frequentavam áreas de turismo e hotelaria e educação/comunicação e desporto. Por último, no domínio dos comportamentos de saúde e de vida sexual o melhor estilo de vida foi evidenciado pelos estudantes que frequentavam as áreas de formação turismo e hotelaria, saúde e educação/comunicação e desporto. Corroborando estes resultados, no que diz respeito às áreas da saúde, Silva *et al* (2015) revela que estas áreas apresentam práticas de estilo de vida mais saudável do que as restantes, provavelmente pela formação que recebem durante o curso. O mesmo também poderá justificar os resultados obtidos para os estudantes da área de desporto, pela sua prática de atividade física, alimentação saudável e por hábitos saudáveis que estão associados às características do curso.

Quadro 25 - Comparação do estilo de vida em função da área de formação

<b>Domínio</b> <b>Área de formação</b>	<b>n</b>	<b><math>\bar{x}_{ord}</math></b>	<b><math>\bar{x}</math></b>	<b>Md</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>p</b>
<b>Família e Amigos</b>						
Saúde	260	253.33	7.18	8.00	11.807	<b>0.008</b>
Turismos e Hotelaria	53	220.16	6.79	8.00		
Educação/Comunicação						
Desporto	60	248.83	7.10	8.00		
Tecnologia e Gestão	106	212.24	6.45	8.00		
<b>Atividade física/Associativismo</b>						
Saúde	260	243.52	6.70	6.00	14.780	<b>0.002</b>
Turismos e Hotelaria	53	201.42	5.74	6.00		
Educação/Comunicação						
Desporto	60	290.98	7.73	8.00		
Tecnologia e Gestão	106	221.80	6.23	6.00		
<b>Tabaco</b>						
Saúde	260	244.90	6.41	8.00	7.853	<b>0.049</b>
Turismos e Hotelaria	53	202.27	5.43	8.00		
Educação/Comunicação						
Desporto	60	257.69	6.63	8.00		
Tecnologia e Gestão	106	236.83	6.43	8.00		
<b>Álcool e Drogas</b>						
Saúde	260	239.97	20.45	22.00	11.216	<b>0.011</b>
Turismos e Hotelaria	53	187.58	19.51	20.00		
Educação/Comunicação						
Desporto	60	267.26	21.03	22.00		
Tecnologia e Gestão	106	250.85	20.55	22.00		
<b>Sono e Stresse</b>						
Saúde	260	221.89	7.63	8.00	10.781	<b>0.013</b>
Turismos e Hotelaria	53	271.54	8.72	10.00		
Educação/Comunicação						
Desporto	60	263.94	8.57	8.00		
Tecnologia e Gestão	106	255.11	8.38	8.00		
<b>Comportamentos de saúde e de vida sexual</b>						
Saúde	260	248.95	8.37	8.00	10.929	<b>0.012</b>
Turismos e Hotelaria	53	263.86	8.57	8.00		
Educação/Comunicação						
Desporto	60	244.72	8.20	8.00		
Tecnologia e Gestão	106	203.45	7.58	8.00		

Os resultados que apresentamos no quadro 26, obtidos através da aplicação do teste Kruskal-Wallis para comparar os estilos de vida em função do ano do curso que o estudante se encontra a frequentar, revelam que existem diferenças estatisticamente significativas no domínio relativo aos hábitos tabágicos ( $p = 0.008$ ) e no global dos estilos de vida ( $p = 0.009$ ). Nas duas situações foram os estudantes que frequentam o 3.º ano e 1.º ano, que evidenciam melhor estilo de vida. Na investigação de Silva *et al* (2015) e Rafael *et al* (2016) os resultados obtidos demonstram que os estudantes do 1ºano são os que apresentam melhores estilos de vida.

Quadro 26 - Comparação do estilo de vida em função do ano do curso

<b>Domínio</b> <b>Ano do curso</b>	<b>n</b>	$\bar{x}_{ord}$	$\bar{x}$	<b>Md</b>	$\chi^2$	<b>p</b>
<b>Tabaco</b>						
1.º Ano	217	245.15	6.53	8.00	11.904	<b>0.008</b>
2.º Ano	114	230.93	6.11	8.00		
3.º Ano	75	269.65	7.07	8.00		
4.º Ano	73	208.41	5.37	8.00		
<b>Estilos de vida – global</b>						
1.º Ano	217	247.03	87.08	88.00	11.527	<b>0.009</b>
2.º Ano	114	218.54	84.75	86.00		
3.º Ano	75	277.77	89.71	90.00		
4.º Ano	73	213.82	84.60	86.00		

Tendo por base os resultados analisados e apresentados nos três últimos quadros, podemos concluir que existem evidências estatísticas de que o estilo de vida dos estudantes está associado à sua situação acadêmica.

Em síntese, podemos afirmar que o estilo de vida dos estudantes da amostra estudada é influenciado por:

- Caraterísticas Sociodemográficas,
  - Idade: os estudantes mais velhos são os que apresentam pior estilo de vida;
  - Sexo: os estudantes pertencentes ao sexo feminino apresentam melhor estilo de vida no global;
  - Estado Civil: os estudantes casados ou em união apresentam melhor estilo de vida;
  - Distância de casa: estudantes que se encontram deslocados da sua área de residência, apresentam pior estilo de vida;
  - Coabitação: viver com colegas, família, amigos ou namorada(o) permite aos estudantes apresentar um melhor estilo de vida;
  - Rendimento Mensal: os estudantes que pertencem a famílias com maiores rendimentos tendem a apresentar melhor estilo de vida;
- IMC - os estudantes com maior IMC apresentam pior estilo de vida;
- Caraterísticas Académicas,
  - Curso: os estudantes que frequentam os cursos de mestrado são os que apresentam melhor estilo de vida;
  - Área de formação: os estudantes que frequentam cursos na área da saúde, desporto e Educação/Comunicação são os que apresentam melhor estilo de vida;
  - Ano do curso: os estudantes que frequentam o 1º e 3º ano são os que têm melhor estilo de vida.



## CONCLUSÕES

Após a análise dos resultados obtidos através da aplicação do instrumento de recolha de dados aos estudantes participantes no estudo, estão reunidas condições para se criar um conjunto de conclusões que serão apresentadas de seguida.

A promoção da saúde realizada pelo profissional de saúde centra-se no desenvolvimento e aproveitamento dos recursos ao alcance da pessoa e da comunidade, bem como o conhecimento para os usar. Desta forma, obtêm-se melhores ganhos em saúde, bem-estar e qualidade de vida. O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária deve permitir o desenvolvimento de competências, na pessoa e na comunidade, que permitam a escolha de comportamentos de saúde que levem a estilos de vida saudáveis.

Os estilos de vida pouco saudáveis como hábitos sedentários, dietas pouco equilibradas, consumo de álcool e tabaco, bem como a má gestão do stresse são fatores de risco para o aparecimento de doenças crónicas, que apresentam grande impacto na morbilidade, bem-estar, qualidade de vida e mortalidade.

A transição que ocorre quando o adolescente passa a ser um jovem adulto, é uma etapa da vida muito importante para o estabelecimento de hábitos comportamentais saudáveis ou não, que poderão persistir ao longo da vida. Torna-se assim prioritário agir de forma ativa na educação das pessoas e das comunidades, principalmente junto dos estudantes do ensino superior, disponibilizando-lhes recursos que lhes possibilitem escolhas saudáveis, ou seja, promover estilos de vida saudáveis e consequentemente obter ganhos em saúde.

Com o presente estudo pretendia-se avaliar os Estilos de Vida dos Estudantes do Ensino Superior. Para a sua realização foi selecionada uma amostra não probabilística por acessibilidade, constituída por estudantes que frequentam uma Instituição do Ensino Superior do interior do país.

O tratamento dos dados apresentou como base a metodologia científica tendo sido utilizadas técnicas da estatística descritiva e da estatística inferencial.

A amostra foi constituída por 479 estudantes, a maioria do sexo feminino, pertence ao grupo etário dos 20-24 anos, frequenta o 1º ano da licenciatura na área da saúde, e reside numa casa/apartamento com colegas ou amigos.

Tendo por base o cálculo do IMC foi possível avaliar o estado ponderal dos estudantes, constatando-se que a maioria (72,2%) evidencia um peso normal, e 18,6% encontra-se no estado de pré-obesidade.

A maioria dos estudantes (68,3%) referiu ter mudado de residência para frequentar o ensino superior, destes 41,1% vão durante o fim-de-semana a casa.



No que diz respeito ao agregado familiar, 52,4% dos estudantes afirmou que o mesmo é constituído por 3 a 5 adultos, e 35,1% revelam a presença de 1 a 3 crianças no mesmo.

Quando questionados sobre o rendimento equivalente mensal, a maioria dos estudantes pertence a agregados familiares com rendimento inferior a 500 euros mensais, e 51,5% não beneficia de bolsa de estudos.

Relativamente á caracterização do estilo de vida, os estudantes apresentam melhores resultados ao nível dos domínios Família e Amigos; Tabaco; Introspeção; Comportamentos de saúde e vida sexual; e Outros comportamentos. Os resultados obtidos criam alguma preocupação ao nível dos domínios Álcool e drogas; Sono e stresse; e Trabalho e personalidade. Os domínios com piores resultados, ou seja, onde os estudantes apresentam pior estilo de vida, são na Atividade física e associativismo e no domínio Nutrição.

O estudo revela que os estudantes da Instituição de Ensino Superior selecionada apresentam na sua maioria (50,3%) um estilo de vida global classificado como “Muito Bom”, os piores resultados foram ao nível das dimensões atividade física e nutrição.

No que diz respeito aos fatores (idade, sexo, estado civil, índice de massa corporal, mudou de residência para frequentar o ensino superior, distância a que se encontra de casa, coabitação durante o período letivo, área de formação, ano do curso, rendimento) que influenciam os estilos de vida dos estudantes do ensino superior, pode concluir-se que:

- Idade – os estudantes mais velhos apresentam pior estilo de vida, principalmente ao nível da atividade física/associativismo, dos hábitos tabágicos e dos outros comportamentos;
- Sexo – os estudantes do sexo feminino apresentam melhores estilos de Vida;
- Estado civil – os estudantes casados ou que viviam em união de facto tendem a evidenciar melhores estilos de vida;
- IMC - os estudantes com maior IMC tendem a evidenciar piores estilos de vida;
- Mudança de residência - os estudantes que se encontram a maior distância de casa tendem a evidenciar piores estilos de vida;
- Coabitação - os estudantes que durante o período letivo coabitam com outros familiares, cônjuge, companheiro(a), apresentam melhores estilos de vida
- Área de formação - os estudantes que frequentam os cursos das áreas de saúde e desporto são os que possuem melhores estilos de vida;
- Ano do curso - os estudantes que apresentam melhor estilo de vida, são aqueles que frequentam o 1º e 3º ano;
- Rendimento Mensal: os estudantes pertencentes a agregados familiares com maior rendimento equivalente mensal tendem a revelar melhores estilos de vida.

### **Implicações para a prática**

Os resultados desta investigação mostram a necessidade de orientar os estudantes do ensino superior logo desde o momento do ingresso para comportamentos promotores de estilos de vida saudáveis, e a disponibilização por parte da escola de programas de atividade física no campus que vise à redução do excesso de peso, com atenção especial aos estudantes do sexo masculino, mais velhos, e com maior IMC os quais apresentavam maior propensão à obesidade.

Neste sentido seria de toda a importância que a Instituição de Ensino integrasse o projeto “Universidades e Escolas Promotoras de Saúde”, criando iniciativas, em parceria com os cuidados de saúde primários e órgãos municipais e privados, para a promoção da saúde em ambiente académico. Iniciativas como as que se seguem seriam um bom exemplo:

- padronizar intervenções educativas e estratégias promotoras de saúde no que diz respeito à temática, juntando esforços entre profissionais de saúde e professores;
- realizar sessões de educação para a saúde tendo como alvo os estudantes do ensino superior, expondo as vantagens da adoção de comportamentos saudáveis, e demonstrando através de situações reais os malefícios para a saúde de estilos de vida não saudáveis;
- dotar os jovens de informações pertinentes no que diz respeito, por exemplo, ao consumo nocivo do álcool, tabaco e outras drogas, à importância das características da dieta mediterrânica, o número de horas de sono necessárias, às consequências possíveis de relações sexuais desprotegidas, entre outras;
- acompanhar os estudantes que quase nunca se sentem otimistas e positivos, e que se sentem tristes ou deprimidos. A necessidade de acompanhar estes estudantes é importante, dado o risco de doença mental estar presente. O enfermeiro deve promover a socialização destes jovens bem como encorajar a participação em atividades lúdicas, a criação de grupos de partilha de experiências e frustrações seria também importante. A própria instituição de ensino deve promover essas atividades e acompanhar os estudantes, disponibilizando também uma equipa de psicólogos para o efeito;
- desenvolver atividades desportivas no próprio campus, com participação de todos os estudantes, principalmente os que apresentam maior IMC. Competições entre cursos, turmas, anos, *etc*, seriam uma boa iniciativa, bem como a participação em caminhadas, *peddy-papers* organizados pelos próprios estudantes, com a colaboração da instituição do ensino superior e de instituições de saúde.

### **Limitações do estudo**

Uma limitação deste estudo passa pelo facto de ter sido utilizado um questionário *online*, por um lado o mesmo permitiu o acesso a um maior número de estudantes e de uma forma mais rápida, mas por outro lado não permitiu a supervisão do preenchimento do mesmo, pois muitos

estudantes não responderam a todas as questões do questionário “Estilo de Vida Fantástico”. A aplicação presencial poderia permitir corrigir essa falha.

O facto de o IMC ter sido calculado pelos dados que os estudantes colocaram no questionário *online*, é também uma limitação para este estudo, pois os valores de peso corporal e altura não foram avaliados presencialmente, o que pode traduzir-se em respostas falseadas.

Também as questões pertencentes ao domínio sobre o consumo de álcool pode ser considerada uma limitação, pois apesar do questionário “Estilo de vida fantástico” estar devidamente validado para a população portuguesa, as questões que caracterizam o consumo de bebidas alcoólicas têm intervalos extensos.

### **Sugestões de investigação**

Sugere-se a realização de:

- um estudo longitudinal onde se possa acompanhar os estudantes desde o momento do ingresso no ensino superior até ao final do curso, procedendo à avaliação do estilo de vida dos mesmos ao longo do seu percurso académico;
- alargar a amostra no sentido de obter uma representação da população do ensino superior, com a replicação deste questionário “Estilo de Vida Fantástico” em várias Instituições de Ensino Superior, de forma a confirmar a consistência dos resultados e obter uma visão mais generalizada e abrangente desta problemática;
- promover um alargamento do estudo a outras comunidades académicas;
- um estudo mais específico no âmbito do consumo de álcool e tabaco;
- um estudo direccionado para os hábitos de sono e stresse.

Na área da saúde o conhecimento é extremamente importante, para que o jovem se sinta capacitado para decidir e escolher as opções mais adequadas e/ou menos nocivas à sua saúde.

É fundamental um maior investimento na prevenção e sensibilização das comunidades académicas para esta problemática, promover comportamentos saudáveis e obter ganhos em saúde. Investir na saúde dos jovens é investir no futuro, permitirá que as populações sejam mais saudáveis, o que para além de saúde, trará vantagens sociais e económicas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A. (2013). Sucesso, Insucesso e Abandono na Universidade de Lisboa: Cenários e Percursos. Lisboa. Educa.
- Almeida, J. e Xavier, M. (2013). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Vol. 1). Lisboa. Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Nova de Lisboa.
- Amado, J., Brito, I. e Silva, A (2014) – Tradução, adaptação e validação do questionário Fantastic Lifestyle Assessment em estudantes do ensino superior. Brasil. Revista Ciência & Saúde Coletiva, Associação Brasileira de Saúde Coletiva/Abrasco. Rio de Janeiro. ISSN 1413-8123. 1901-1909. Vol. 19, 1ª edição, n.º 6.
- Amann, G. (2007). Programa nacional de saúde escolar. Direção Geral de Saúde. Ministério da Saúde.
- Amanza, S., Castilo, B., Castilo, M., Terrero, J. (2017). Actitudes hacia el consumo de alcohol y consumo de alcohol en estudiantes de enfermeira. Revista Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo 19. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. Columbia.
- Antunes, M. (2008). *Educação, saúde e desenvolvimento*. Coimbra. Edições Almedina.
- Augusto, A. (2011). Educação alimentar na formação de adultos. Contributos para a educação/promoção da saúde. Tese de mestrado. Escola Superior de Educação de Bragança.
- Balanda, K.P. (2011). *Public health across the life course time: time to renew the debate?* Acedido em 06-06-2017, em Institute of Public Health: <http://www.publichealth.ie/blog/2011-10-04/public-health-across-life-course-time-time-renew-debate>.
- Barrera, E., Moreno, N., Maldonado, A., Velasco A. (2014). Características de los Estilos de Vida en Estudiantes de la Universidad San Buenaventura Sede Bogotá. Acedido a Outubro 20, 2017 em: <https://biblioteca.usbbog.edu.co:8080/Biblioteca/BDigital/83524.pdf>
- Branquinho, L. (2000). Determinantes da Saúde na União Europeia. Atas de Conferência de Évora. Lisboa. Ministério da Saúde.
- Brito, I., Pedroso, R. (2014). Saúde dos estudantes do ensino superior de enfermagem: estudo de contexto na escola superior de enfermagem de Coimbra ed. 12, 1 vol., Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem.

- Brito, Irma (2009). Promoção da Saúde nos jovens utilizando a educação pelos pares: Intervenção em estudantes de enfermagem e jovens enfermeiros. *Enfermagem e o cidadão*, nº 19.
- Canavarro, J., Perreira, M., Soares, A. (2014). Saúde e Qualidade de Vida na Transição para o Ensino Superior. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 15(2). Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. Coimbra.
- Castanheira, H. (2012). Políticas sociais e repostas educativas: Contributos para a promoção da Saúde, dos direitos e da cidadania. Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2010). Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa.
- Correia, C. (2001). Os Enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*.
- Correia, C. (2009). Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*.
- Costa, A., Lopes, J., Veloso, H. (2010). Fatores, representações e práticas institucionais de promoção do sucesso escolar no ensino superior. Porto. Universidade do Porto Editorial.
- DECRETO-LEI nº 104/98. Diário da Republica, I Série -A de 21 de Abril. Nº 93, p. 1719 a 1757.
- DGES (2017). Regulamento de atribuição de bolsas de estudo a estudantes do ensino superior. Acedido a 16-12-2017 em: <http://www.dges.gov.pt/pt/pagina/informacoes?plid=373>
- DGS (2003). Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com Estilos de Vida. Acedido em 02-06-2017: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicações/estilos-de-vida-saudáveis.aspx>
- DGS (2010). Programa Regional de Saúde Escolar e de Saúde Infantojuvenil - Secretaria Regional da Saúde Direção Regional da Saúde dos Açores.
- DGS (2015a). Estilos de vida saudáveis. Acedido a 08-06-2017, em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estilos-de-vida-saudaveis.aspx>.
- DGS (2015b). A Saúde dos Portugueses - Perspetiva 2015. Direção-Geral da Saúde. Lisboa.
- DGS (2016). Estilos de vida saudáveis. Acedido em 15-02-2016, em DGS: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estilos-de-vida-saudaveis.aspx>.
- DGS (2017a). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo 2017. Lisboa. Direção Geral da Saúde.

- DGS (2017b). Competências profissionais no âmbito da prevenção e do tratamento do tabagismo no final da formação pré-graduada dos profissionais de saúde. Estudo de avaliação com os cursos de formação em Ciências Farmacêuticas, Enfermagem, Medicina e Medicina Dentária. Lisboa. Direção Geral da Saúde.
- Doris, M. (2010). *Healthy universities: An Introduction*. Preston. UK: UCL Healthy Settings Unit.
- Estácio, E., Evans, B., Murray, M., Marks, D. (2011). *Health Psychology: Theory, Research and practice*. Third edition. London. SAGE Publications Ltd.
- Faria, M. e Freitas, C. (2000). *Escola saudável para crescer em saúde*. Departamento de Metodologia da Educação, Universidade do Minho, 2000.
- Fernandes, R., Fonseca, S., Lopes, C., Martins, E., Matos, L., Mendes, F., Quinteiro, C. (2015). Consumo de álcool numa amostra portuguesa em idade adulta jovem. Modelos e projetos de inclusão social. Escola Superior de Educação de Viseu. Instituto Politécnico de Viseu.
- Fernandes, M. (2015). Do crescer ao viver: Promoção do bem-estar e adoção de estilos de vida saudáveis – uma experiência de boas práticas. *Revista Sinais Vitais* (n.º. 121), 32-35.
- Fortin, F. (2009). *O Processo de Investigação da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- George, F. (2011). *Sobre Determinantes da Saúde*. Direção Geral de Saúde. Lisboa.
- George, F. (2004). *Histórias de saúde pública*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Ghebrehiwet, T. (2009). *Who's Who in Medicine and Health Care*. International Council of Nurses. Geneve. Switzerland.
- Heraud, S. (2013). *Universidades Saludables: una apuesta a una formación integral del estudiante*. *Revista de Psicología*. Pontificia Universidade Católica del Perú.
- Housman, J., Dorman, S. (2005). *The Alameda County Study: A Systematic, Chronological Review*. *American Journal of Health Education*.
- INE (2009). *Rendimento Equivalente*. Adaptação Eurostat: Description of target variables: cross sectional and longitudinal operation. Acedido a 05-05-2017 em: <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/5822>
- Katzer, J. (2017). *Diabetes Mellitus tipo II e Atividade Física*. EFDeportes Revista. Buenos Aires.
- King, A., Wold, B., Tudor-Smith, C., Harel, Y. (1996). *The health of youth: a cross-national survey*. Canada.

- Lalonde, M. (1974) *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: Canadian Ministry of National Health and Welfare.
- Laverack, G. (2008). *Promoção da Saúde: Poder e Empoderamento*. Loures: Lusodidacta.
- Loureiro, I. & Miranda, N. (2010). *Promover a saúde: dos fundamentos à acção*. Coimbra: Edições Almedina
- Loureiro, L. (2012). *Consumo de substâncias psicoativas e estilos de vida nos estudantes do ensino superior*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Lucas, J. (2014). *Hábitos Alimentares dos Estudantes do Ensino Superior*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico da Guarda.
- Maroco, J, Robalo M, Mota P. (2007). *Análise Estatística – Com Utilização do SPSS*. Lisboa. Edições Sílabo, Lda.
- Marques M, Viveiro C, Passadouro R. (2013). *Uma Velha Questão numa População Jovem: o Consumo do Álcool nos Adolescentes Escolarizados*. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 26. Ordem dos Médicos.
- Matos, A. (2006). *Estilo de vida, percepção de saúde e estado de saúde em estudantes universitários portugueses: influência da área de formação*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Vol. 6, nº3, 647-663.
- Matos, M, Simões, C. Canha, L, Fonseca, S. (1996). *Aventura social e saúde: saúde e estilos de vida nos jovens portugueses*. s.l: s.ed
- Ministério da Educação (2006). *Gabinete do Secretário de Estado da Educação - Despacho n.º 15 987/2006 – 27 de setembro de 2006*. Acedido a 12-06-2017, em: <http://sitio.dgicd.minedu.pt/saude/Documents/Despacho27092006.pdf>.
- Nunes, L. (2013). *Conferência de abertura, Reunião Nacional de Comissões de Ética, Hospital da Luz*. Acedido em Dezembro 16, 2017, em Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4803/1/Historia%20das%20Comissoes%20de%20Etica\\_LN\\_2013.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4803/1/Historia%20das%20Comissoes%20de%20Etica_LN_2013.pdf)
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2012). *Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Relatório Primavera 2012*. Lisboa.

- OE (2002). Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OE (2004). Divulgar: Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Lisboa.
- OE (2006). Tempo de Mudança. Revista da Ordem dos Enfermeiros.
- OE (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública. Ordem dos Enfermeiros.
- OE (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Acedido em Maio 16, 2017, em ordem dos Enfermeiros:  
<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceecomunitsaudepublica.pdf>
- OE (2012a). Os Enfermeiros e A Educação para a Saúde. Acedido em 14/07/2017 em:  
<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeiroseeducacaoC3%A7%C3%A3oparaaSaude.pdf>
- OE (2012b). REPE e estatuto da ordem dos enfermeiros. Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem. Acedido a 10-07-2017, em:  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE\\_VF.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_VF.pdf)
- OE (2015). Padrões de Qualidade dos Cuidado de Enfermagem Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Acedido em 05-06-2017:  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfComunitariaSauPublica\\_DRJun2015.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfComunitariaSauPublica_DRJun2015.pdf)
- OMS (1986) – Organização Mundial da Saúde. Carta de Ottawa para a promoção da saúde. Lisboa: Divisão da educação para a saúde.
- OMS (2013). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. Geneve.
- OMS (2014). Salud para los adolescentes del mundo: Una segunda oportunidad en la segunda década. Ginebra, Suiza.
- Pestana, M., Gageiro, J. (2005). Análise de dados para Ciências Sociais - A Complementaridade do SPSS. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Pinheiro, M. (2004). O Desenvolvimento da Transição para o Ensino Superior: o princípio depois de um fim. Aprender, nº29.



- Pinheiro, M. (2011). Princípios e desafios para boas práticas dos estudantes no ensino superior: Uma proposta de operacionalização. Aveiro. Universidade de Aveiro.
- Plano Nacional de Saúde (2013). (PNS) 2012-2020. Versão Resumo Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido em 22-05-2017: [http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012\\_2016\\_versaoresumo\\_maio20134.pdf](http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012_2016_versaoresumo_maio20134.pdf)
- Potter, P. e Perry, A. (2006). Fundamentos de enfermagem (7.<sup>a</sup> ed.). Rio de Janeiro: Elsevier
- Rafael, J; Muñoz, A; Arévalo, M. (2016). Tipologías de estilos de vida en jóvenes universitarios. Universidad y Salud, nº18.
- Ramiro L; Reis M; Matos M. (2011). Aventura Social – Saúde Sexual e Reprodutiva dos Estudantes do Ensino Superior. Relatório do Estudo, Dados Nacionais 2010. Lisboa.
- Redman, B. (2003). *A Prática da Educação para a Saúde*. Loures: Lusociência.
- Ribeiro, J. (2007). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra. Quarteto Editora.
- Roales, J. (2003). *Psicología de la salud, aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Sands, J. & Wilson, A. (2003). *Promoção de Estilos de Vida Saudáveis*. Loures, Lusociência.
- Sanmartí, I. (1985). *Educación Sanitaria: Principios, métodos y aplicaciones*. Barcelona. Ediciones Diaz de Santos.
- Santos, M. (2011). *Saúde mental e comportamentos de risco em estudantes universitários*. Tese de Doutoramento em Psicologia. Departamento de Educação, Universidade de Aveiro.
- Santos J; Saracini N; Silva W; Guilherme J; Costa T; Silva M (2014). Estilo de Vida relacionado à saúde de Estudantes Universitários: Comparação entre ingressantes e concluintes. *Arquivo Brasileiro de Ciências da Saúde*. Acedido a Outubro 20, 2017 em: <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v39i1.256>
- Silva, M., Pereira, I., Almeida, M., Silva, R., & Oliveira, A. (2012). Estilo de Vida de académicos de educação física de uma Universidade Pública do Estado de Sergipe, Brasil. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 34. Acedido a 29-05-2017, em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S010132892012000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S010132892012000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).

- Silva, P; Borrego, R; Ferreira, V; Lavado, E; Melo, R; Rowland, J; Truninger, M. (2015). Consumos e Estilos de Vida no Ensino Superior: o caso dos estudantes da ULisboa-2012. Estudos SICAD.
- Virgínio, A. (2015). Estilos de Vida – Consumo de substâncias psicoativas dos “caloiros” de Enfermagem. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- WHO. (2004). A strategy to prevent chronic disease in Europe. A focus on public health action The CINDI vision. Copenhagen.
- WHO (2009). Milestones in Health promotion: statements from global conferences. Geneva.
- WHO. (2011). Global status report on alcohol and health. Geneva.
- WHO (2013). Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020, World Health Organization. Acedido em 12-06-2017:  
<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>.
- WHO (2017a). About WHO. Acedido em 10-06-2017, World Health Organization:  
<http://www.who.int/about/en/>.
- WHO (2017b). Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation. World Health Organization. Geneva, Switzerland.



## **APÊNDICES**



## Estilos de Vida dos Estudantes do Ensino Superior

Este questionário insere-se num projeto de investigação apoiado pela UDI tendo por tema "Os Estilos de Vida dos Estudantes do Ensino Superior". Todas as informações recolhidas são anónimas e apenas serão utilizadas para os fins do estudo. Demorará 5 minutos a responder, por isso estamos certos da sua colaboração e agradecemos a sua disponibilidade.

**\*Obrigatório**

### Qual é o curso que frequenta?

1. \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Curso Técnico Superior Profissional *Passe para a pergunta 2.*
- Licenciatura *Passe para a pergunta 3.*
- Mestrado *Passe para a pergunta 4.*

### Curso Técnico Superior Profissional

2. Escolha o curso que frequenta: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Acompanhamento de Crianças e Jovens
- Comunicação, Protocolo e Organização de Eventos
- Cozinha e Produção Alimentar
- Desportos de Montanha
- Desenvolvimento de Aplicações Informáticas
- Energias Renováveis e Eficiência Energética
- Gerontologia
- Gestão e Comércio Internacional
- Infraestruturas de Cloud, Redes e Data Center
- Manutenção Industrial Eletromecatrónica
- Repórter de Som e Imagem
- Testes de Software

**3. Escolha o curso que frequenta: \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Animação Sociocultural
- Comunicação Multimédia
- Comunicação e Relações Públicas
- Contabilidade
- Design de Equipamento
- Desporto
- Educação Básica
- Engenharia Civil
- Engenharia Informática
- Enfermagem
- Engenharia Topográfica
- Energia e Ambiente
- Farmácia
- Gestão
- Gestão Hoteleira
- Marketing
- Gestão de Recursos Humanos
- Restauração e Catering
- Turismo e Lazer

**4. Escolha o curso que frequenta: \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Ciências do Desporto
- Computação Móvel
- Construções Cívicas
- Enfermagem Comunitária
- Enfermagem e Saúde Infantil e Pediatria
- Ensino do Inglês no 1º Ciclo do Ensino Básico
- Gestão
- Gestão e Sustentabilidade no Turismo
- Marketing e Comunicação
- Pré-Escolar e 1º CEB
- Sistemas Integrados de Gestão
- Turismo e Tecnologias de Informação e Comunicação

## Caracterização demográfica

5. Indique a sua idade (anos): \*

.....

6. Sexo \*

*Marcar apenas uma oval.*

Feminino

Masculino

7. Indique o seu estado civil: \*

*Marcar apenas uma oval.*

Solteiro

Casado/União de Facto

Divorciado/Separado

Viúvo(a)

8. Quanto Pesa? (Kg) Exemplo: 50.5 \*

.....

9. Qual é a sua Altura? (m) Exemplo: 1.57 \*

.....

10. Indique que ano do curso frequenta: \*

*Marcar apenas uma oval.*

1º ano

2º ano

3º ano

4º ano

11. Quantas matrículas tem?

.....

12. Mudou de residência para frequentar o ensino superior? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim *Passe para a pergunta 13.*

Não *Passe para a pergunta 15.*



13. **A que distância se encontra de casa? (km)**

\_\_\_\_\_

14. **Com que frequência vai passar o fim de semana a casa?**

*Marcar apenas uma oval.*

- Semanal
- Quinzenal
- Mensal
- Outra: \_\_\_\_\_

## **Caracterização demográfica**

15. **Com quem vive durante o período letivo? \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Na residência de estudantes
- Com colegas/amigos numa casa/apartamento
- Com os pais
- Com outros familiares
- Com companheiro(a)/namorado(a)
- Sozinho
- Outra: \_\_\_\_\_

16. **Rendimento Líquido Mensal do Agregado Familiar (euros) (Exemplo: 589.5)**

\_\_\_\_\_

17. **Número de adultos do Agregado Familiar**

\_\_\_\_\_

18. **Número de crianças do Agregado Familiar**

\_\_\_\_\_

19. **Beneficia de Bolsa de Estudo?**

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

## Família e amigos

20. Tenho com quem falar dos assuntos que são importantes para mim: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Quase sempre
- As vezes
- Quase nunca

21. Dou e recebo carinho/afetos: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Quase sempre
- As vezes
- Quase nunca

## Atividade física/Associativismo

22. Sou membro de um grupo comunitário e/ou de auto-ajuda (doentes crónicos, voluntários, religião, desporto ou outros) e participo nas atividades: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Quase sempre
- As vezes
- Quase nunca

23. Ando no mínimo 30 minutos diariamente \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Quase sempre
- As vezes
- Quase nunca

24. Eu realizo atividade física (andar, subir escadas, fazer tarefas domésticas e/ou jardinagem) ou pratico desporto durante 30 minutos de cada vez: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- 3 ou mais vezes por semana
- 1 vez por semana
- Não faço nada

## Nutrição

25. Como duas porções de verduras e três de fruta diariamente: \*

Marcar apenas uma oval.

- Todos os dias
- As vezes
- Quase nunca

26. Frequentemente como alimentos hipercalóricos (doces e/ou salgados) ou fastfood: \*

Marcar apenas uma oval.

- Nenhum destes
- Alguns destes
- Todos

27. Ultrapassei o meu peso ideal em: \*

Marcar apenas uma oval.

- 0 a 4 Kg
- 5 a 8 Kg
- Mais de 8 Kg

## Álcool

30. Considerando 1 UBP = 1 bebida fermentada (cerveja, vinho, etc) e 2 UBP=1 bebida destilada (shots, licores, etc). A minha ingestão média semanal de bebidas alcoólicas (1 UBP=1 bebida) é: \*

Marcar apenas uma oval.

- 0 a 7 bebidas
- 8 a 12 bebidas
- Mais de 12 bebidas

31. Bebo mais de 4-5 bebidas alcoólicas (UBP) na mesma ocasião: \*

Marcar apenas uma oval.

- Nunca
- Ocasionalmente
- Frequentemente

32. Conduz veículos motorizados depois de beber bebidas alcoólicas: \*

Marcar apenas uma oval.

- Nunca
- Raramente
- Frequentemente

## Tabaco

38. **Eu fumo cigarros:**

*Marcar apenas uma oval.*

- Não, nos últimos 5 anos
- Não, no último ano
- Sim, este ano

42. **Quantos cigarros fuma por dia? \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Nenhum
- Menos de 10
- Mais de 10

## Consumo de drogas

45. **Uso substâncias psicoactivas ilegais, como cannabis, cocaína, ecstasy: \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca *Passe para a pergunta 47.*
- Ocasionalmente *Passe para a pergunta 46.*
- Frequentemente *Passe para a pergunta 46.*

47. **Uso excessivamente medicamentos que me receitam ou que posso adquirir livremente na farmácia: \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Quase nunca
- Às vezes
- Quase diariamente

48. **Bebo café, chá ou outras bebidas com cafeína (ex: redbull): \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Menos de 3 vezes por dia
- 3 a 6 vezes por dia
- Mais de 6 vezes por dia

## Sono e Stress

49. **Durmo bem e sinto-me descansado:** \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Quase sempre
- As vezes
- Quase nunca

50. **Sinto-me capaz de gerir o stress do meu dia-a-dia:** \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Quase sempre
- As vezes
- Quase nunca

51. **Relaxo e desfruto do meu tempo livre:** \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Quase sempre
- As vezes
- Quase nunca

## Trabalho / Tipo de personalidade

52. **Sinto que ando acelerado e/ou atarefado:** \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Quase nunca
- Algumas vezes
- Frequentemente

53. **Sinto-me aborrecido e/ou agressivo:** \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Quase nunca
- Algumas vezes
- Frequentemente

54. **Sinto-me feliz como meu trabalho e atividades em geral: \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Quase sempre
- As vezes
- Quase nunca

## **Introspeção**

55. **Sou uma pessoa otimista e positiva: \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Quase sempre
- As vezes
- Quase nunca

56. **Sinto-me tenso e/ou oprimido: \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Quase nunca
- Algumas vezes
- Frequentemente

57. **Sinto-me triste e/ou deprimido: \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Quase nunca
- Algumas vezes
- Frequentemente

## **Comportamentos de saúde e sexual**

58. **Realizo exames periódicos de avaliação do estado de saúde: \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Sempre
- As vezes
- Quase nunca

59. **Converso com o/a parceiro/a, família e/ou amigo/as sobre temas de sexualidade: \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Sempre  
 As vezes  
 Quase nunca

60. **No meu comportamento sexual, preocupo-me com o bem-estar e a proteção do parceiro/a: \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Quase sempre  
 As vezes  
 Quase nunca

## Outros comportamentos

61. **Como peão e passageiro, cumpro as medidas de proteção e/ou segurança pessoal e rodoviária: \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Sempre  
 As vezes  
 Quase nunca

62. **Como condutor (ou futuro condutor) respeito as regras de segurança rodoviária (cinto de segurança, uso de telemóvel, etc): \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Sempre  
 As vezes  
 Quase nunca

**Estamos gratos pela sua colaboração!**

---

Com tecnologia

 Google Forms

## Apêndice B - Pedido e autorização para aplicação do questionário “Estilo de Vida Fantástico”

**De:** Cláudio Marques [mailto:claudiorcm@hotmail.com]

**Enviada:** terça-feira, 22 de novembro de 2016 23:21

**Para:** armandos@esenfc.pt; imabrito@esenfc.pt; jcamado@ucp.pt

**Assunto:** Pedido de autorização para uso de escala

Excelentíssimo(a) Senhor(a):

- Doutor Professor Armando Manuel Marques Silva
- Doutora Professora Irma da Silva Brito
- Doutor Professor João Manuel da Costa Amado

Cláudio Roberto Caetano Marques, aluno do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda, pretendo, no âmbito da dissertação, desenvolver o estudo "Estilos de Vida nos Estudantes do Ensino Superior".

Venho por este meio solicitar a Vossas Excelências, autorização para a utilização da escala "*Fantastic Lifestyle Assessment*" que traduziram, adaptaram e validaram para Portugal, em estudantes do ensino superior.

Dada a vossa experiência e conhecimento na aplicação deste instrumento e caso o considerem adequado para este tipo de estudo, solicito ainda que me seja enviada a escala e os dados psicométricos, bem como toda a informação que considerem útil e pertinente para uma melhor utilização da mesma.

Pretende-se, com este estudo, avaliar os estilos de vida dos estudantes do ensino superior e identificar os fatores determinantes dos estilos de vida. As variáveis que pretendo estudar são, entre outras, as de caracterização sociodemográfica, variáveis relativas à situação escolar ou outras que se venham a revelar de interesse, aceitando, desde já, sugestões de Vossas Excelências.

Desde já agradeço a Vossa atenção e o tempo disponibilizado ao assunto, aguardando com expectativa a vossa apreciação.

Fico ao dispor para mais informações através dos seguintes contactos:

Telemóvel: 96 909 12 57 ; correio eletrónico: [claudiorcm@hotmail.com](mailto:claudiorcm@hotmail.com)

Atenciosamente,

Cláudio Marques

---



## RE: Pedido de autorização para uso de escala

Armando <armandos@esenfc.pt>

qua 30-11-2016 11:49

Para: 'Claudio Marques' <claudiorm@hotmail.com>;

 1 anexos (474 KB)

Escala tese.pdf;

Muito bom dia Enf<sup>o</sup> Claudio, relativamente ao pedido que faz, informo que não há qualquer problema de utilização da referida escala. Quanto á forma de utilização eu tenho usado uma versão em formato electrónico. Envio-lhe uma versão em que usei em pdf que talvez possa ajudar e o artigo de validação pode encontrar na Scielo.

Qualquer duvida é só dizer.

Att

Armando Silva

---

## Apêndice C - Pedido de autorização para aplicação dos Instrumentos de Recolha de Dados

Exmo. Senhor Presidente do Instituto Politécnico da Guarda,

Professor Doutor Constantino Mendes Rei

Eu, Cláudio Roberto Caetano Marques, enfermeiro na Unidade Local de Saúde da Guarda, a desempenhar funções na UCSP Guarda, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda, com o n.º de aluno 7001374, pretendendo realizar a dissertação subordinada ao tema “Estilo de Vida dos estudantes do Ensino Superior”, solicito autorização para a recolha de dados na instituição que Vossa Excelência Preside, através da aplicação de um questionário em formato *online*. De forma a facilitar a recolha de dados, solicito o envio do instrumento de colheita de dados para o endereço eletrónico dos estudantes das quatro escolas do IPG, através do vosso Centro de Informática.

De forma a efetuar o cálculo da amostra para o estudo, solicito também a cedência de dados relativos ao número total de estudantes do IPG por sexo, por grupo etário e por curso.

Os dados serão apenas utilizados no estudo, garantindo-se a manutenção do anonimato, a confidencialidade dos dados, bem como todos os procedimentos éticos.

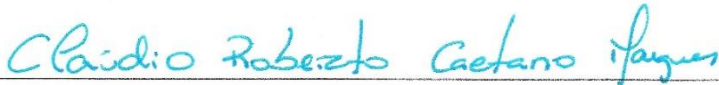
Mais se informa que este estudo se integra no Projeto “*Estilos de Vida em Estudantes do Ensino Superior. Um Estudo Multicêntrico*”, submetido e aprovado pela UDI/IPG, coordenado pela Professora Doutora Ermelinda Maria Bernardo Gonçalves Marques, orientadora desta dissertação.

O instrumento de recolha de dados, que se anexa, já foi elaborado em formato *online*, cujo *Link* se indica: <https://goo.gl/forms/UFLhUG4mYPOxyaAO2>

Desde já agradeço a V. atenção, ficando ao dispor para o esclarecimento de qualquer dúvida, através do contacto telefónico 96 9091257 e correio eletrónico: [claudiorcm@hotmail.com](mailto:claudiorcm@hotmail.com)

Com os melhores cumprimentos,

Guarda, 15 - 12 - 2016



---

(Cláudio Roberto Caetano Marques)

## ANEXOS



Anexo A – Questionário “Estilo de Vida Fantástico”

**COMO É O SEU ESTILO DE VIDA? Ano de nascimento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_**

**Preencha a grelha considerando a sua vida no último mês... Some os pontos em cada coluna**

**1 UBP = 1 bebida fermentada  
2 UBP = 1 bebida destilada**

	E	A	N	T	M	S	T	I	C	O
<p><b>Família</b> Família extensa Asserativismo</p> <p>Tenho com quem dividir as tarefas que são importantes para mim:</p>	<p><b>Atividade física</b> Asserativismo</p> <p>Sou membro de um clube ou de outra entidade desportiva ou participo nas atividades:</p>	<p><b>Multitudo</b></p> <p>Como das porções de comida e bebida que ingiro diariamente:</p>	<p><b>Tabaco</b></p> <p>Fumo cigarros: Nunca, nos últimos 5 anos Nada, no último ano Sim, este ano</p>	<p><b>Alcool e outras drogas</b></p> <p>A minha ingestão de álcool semanal é como bebida (UBP) na mesma escala (1 UBP = 1 bebida): 0 a 7 bebidas 8 a 12 bebidas Mais de 12 bebidas</p> <p>Uso substâncias psicoativas ilegais, como cannabis, cocaína, heroína, "legal high" (spice), etc.:</p>	<p><b>Sono e Stress</b></p> <p>Durmo bem a noite sem a sensação de cansado:</p>	<p><b>Trabalho, Tipo de personalidade</b></p> <p>Sinto que ando acelerado e/ou irritado:</p>	<p><b>Intoxicação</b></p> <p>Sou uma pessoa otimista e positiva:</p>	<p><b>Comportamento sexual</b></p> <p>Realizo exames periódicos de avaliação do estado de saúde:</p>	<p><b>Outros comportamentos</b></p> <p>Como peço e passo o tempo das minhas férias de proteção pessoal e rodoviária:</p>	<p><b>Outro e outros</b> Outros comportamentos:</p>
<p><b>2</b> Quase sempre <b>1</b> Às vezes <b>0</b> Quase nunca</p>	<p><b>2</b> Quase sempre <b>1</b> Às vezes <b>0</b> Quase nunca</p>	<p><b>2</b> Todos os dias <b>1</b> Às vezes <b>0</b> Quase nunca</p>	<p><b>2</b> Não fumo <b>1</b> Fumo, no último ano <b>0</b> Sim, este ano</p>	<p><b>2</b> 0 a 7 bebidas <b>1</b> 8 a 12 bebidas <b>0</b> Mais de 12 bebidas</p>	<p><b>2</b> Quase sempre <b>1</b> Às vezes <b>0</b> Quase nunca</p>	<p><b>2</b> Quase sempre <b>1</b> Às vezes <b>0</b> Quase nunca</p>	<p><b>2</b> Quase sempre <b>1</b> Às vezes <b>0</b> Quase nunca</p>	<p><b>2</b> Sempre <b>1</b> Às vezes <b>0</b> Quase nunca</p>	<p><b>2</b> Sempre <b>1</b> Às vezes <b>0</b> Quase nunca</p>	<p><b>2</b> Sempre <b>1</b> Às vezes <b>0</b> Quase nunca</p>

**SOME OS PONTOS DE TODAS AS COLUNAS E MULTIPLIQUE POR DOIS (2) TOTAL \_\_\_\_\_**

**PEER, VICISAE, 2011**

Adaptação de McMaster University (1984) e Lange & Vio (2006): *Do you have a Fantastic lifestyle* por (Silva, Brito, Amado, 2010)

## Re: Pedido de autorização para aplicação de instrumento de colheita de dados.

Presidente do IPG <presidente.ipg@ipg.pt>

sex 16-12-2016 10:29

Para: Claudio Marques <claudiorcm@hotmail.com>;

Cc: João Paulo de Sá Valbom <jvalbom@ipg.pt>; Maria do Céu Manso <mmanso@ipg.pt>;

### Autorizado

Com os melhores cumprimentos

Prof. Doutor Constantino Mendes Rei  
*Presidente*

---

INSTITUTO POLITÉCNICO DA GUARDA  
POLYTECHNIC OF GUARDA  
Av.ª Dr. Francisco Sá Carneiro, n.º 50 | 6300-559 Guarda | Portugal  
Tel. 271 220 110 | Fax 271 222 690 | url: [www.ipg.pt](http://www.ipg.pt)