



Universidade da Beira Interior

Faculdade de Ciências Sociais e Humanas

Departamento de Psicologia e Educação

Dissertação de Mestrado Apresentada À
Universidade da Beira Interior como Requisito
para a Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia

Comportamentos de Saúde nos Estudantes da Universidade da Beira Interior

Tânia Andrade

Covilhã
2010

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação da
Professora Doutora Maria Fátima Simões apresentada à
Universidade da Beira Interior
para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia,
registado na DGES Sob o 9463.

Agradecimentos

À Universidade da Beira Interior, em particular ao Departamento de Psicologia e Educação, por ter organizado o mestrado em Psicologia.

À Professora Doutora Fátima Simões pela sua orientação científica, pela sua assistência na conceptualização da investigação e pelos seus comentários e sugestões.

Aos Estudantes da Universidade da Beira Interior que colaboraram neste projecto.

Ao Professor Doutor José Pais Ribeiro pela sua generosa permissão para utilizar as provas na investigação.

Aos amigos pela paciência, por me honrarem com a sua amizade, pela troca de ideias e reflexões inimagináveis.

Aos meus pais por todo o esforço, dedicação e apoio na persecução dos meus objectivos.

Por fim, a todos aqueles que, de forma directa ou indirecta, contribuíram para este trabalho.

Resumo

O objectivo do presente estudo é avaliar os comportamentos de saúde dos estudantes da Universidade da Beira Interior, ver as diferenças que existem entre diversas variáveis (e.g. o sexo, idade, ano curricular, área de estudo). Os participantes foram 250 estudantes universitários da Universidade da Beira Interior de diferentes áreas de estudo, com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos. O material utilizado consistiu num Questionário Sócio-Demográfico construído para o efeito, no Questionário “O Meu Estilo de Vida” e no Questionário Locus de Controlo na saúde. Foram observadas diferenças estatisticamente significativas através da análise do Kruskal-Wallis nas variáveis área de estudo, idade e sexo com um nível de significância ($< 0,05$), e correlação não significativa entre os comportamentos de saúde e o locus de controlo na saúde, através da análise da Correlação de Spearman.

Palavras-chave: *estudantes universitários, comportamentos de saúde; locus de controlo na saúde*

Abstract

The purpose of this study is to assess the health behaviors of students at the University of Beira Interior, see the differences that exist between different variables (eg. sex, age, curricular year, study area). Participants were 250 students at the University of Beira Interior in different area of study, aged between 18 and 35 years. The material consisted of a Socio-Demographic Questionnaire constructed for the purpose, the questionnaire "O Meu Estilo de Vida" and the Locus of Control Questionnaire on health. There were observed statistically significant differences by Kruskal-Wallis analysis of variables in the study area, age and sex with a significance level (<0.05) and no significant correlation between health behaviors and health locus of control through analysis of Spearman correlation.

Keywords: *college students, health behaviors, health locus of control*

Índice

Agradecimentos.....	IV
Introdução.....	1
1. Enquadramento Teórico	
1.1. Comportamentos de saúde.....	1
1.2. Modelo de crenças na saúde.....	4
1.2.1. Outras variáveis do modelo de crenças na saúde.....	6
1.3. Locus de controlo na saúde.....	7
1.4. A saúde e os jovens.....	9
1.5. Comportamentos de saúde e os jovens universitários.....	11
1.5.1. Diferenças entre géneros relativamente aos comportamentos de saúde....	20
1.5.2. Comportamentos de saúde de estudantes de diversos cursos	21
1.5.3. Diferença dos comportamentos de saúde entre os diversos anos de frequência universitária	22
1.5.4. Promoção de saúde.....	23
2. Estudo Empírico	
2.1. Objectivo do estudo.....	26
2.2. Variáveis	26
2.3. Hipóteses.....	26
2.4. Método	
2.4.1. Participantes.....	27
2.4.2. Procedimentos.....	31
2.4.3. Instrumentos.....	32
2.5. Análise dos dados.....	34
2.6. Resultados.....	34
2.7. Discussão dos resultados.....	54

3. Conclusões.....	56
Referencias Bibliográficas.....	57
Anexos.....	64

Lista de Quadros

Quadro 1. Distribuição da amostra por área de estudo.....	28
Quadro 2. Distribuição da amostra por sexo.....	28
Quadro 3. Distribuição da amostra por área de residência.....	29
Quadro 4. Comportamentos saúde em época de exames – hábitos de sono.....	35
Quadro 5. Comportamentos saúde em época de exames – consumo de tabaco.....	35
Quadro 6. Comportamentos saúde em época de exames – hábitos alimentares.....	36
Quadro 7. Comportamentos saúde em época de exames – Medicação.....	36
Quadro 8. Comportamentos saúde em época de exames – consumo de álcool.....	37
Quadro 9. Teste da normalidade.....	38
Quadro 10. Ranking da média – local de residência.....	38
Quadro 11. Estatística de teste – local de residência.....	39
Quadro 12. Ranking da média – área de estudo.....	39
Quadro 13. Estatística de teste – área de estudo.....	40
Quadro 14. Ranking da média – ano curricular.....	41
Quadro 15. Estatística de teste – ano curricular.....	41
Quadro 16. Ranking da média – idade.....	42
Quadro 17. Estatística de teste – idade.....	42
Quadro 18. Ranking da média – sexo.....	43
Quadro 19. Estatística de teste – sexo.....	43
Quadro 20. Teste da normalidade.....	48
Quadro 21. Descritivas – sexo.....	48
Quadro 22. Descritivas – idade.....	49
Quadro 23. Descritivas – cidade.....	50

Quadro 24. Descritivas – área de estudo.....	50
Quadro 25. Descritivas – ano curricular.....	51
Quadro 26. Correlação de Spearman.....	53

Lista de gráficos

Gráfico 1. Distribuição da amostra por idade.....	29
Gráfico 2. Distribuição da amostra por ano curricular.....	30
Gráfico 3. Distribuição da amostra por área de estudo e sexo.....	31

Anexos

Anexo 1. Questionário sócio-demográfico.....	65
Anexo 2. O meu estilo de vida.....	67
Anexo 3. Locus de controlo de saúde.....	69
Anexo 4. Carta de autorização para a aplicação dos instrumentos.....	71

Introdução

A saúde constitui um dos valores mais importantes para as pessoas no geral. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social (Segre & Ferraz, 1997).

A saúde não pode ser associada apenas a uma relação biológica de causa e efeito, visto que o homem é um ser histórico e como tal, sofre influências do meio social e cultural (Assumpção, Morais e Fontoura, 2002).

De acordo com a literatura as práticas de saúde tendem a iniciar-se em idades cada vez mais precoces, relativamente, ao passado e estão associadas com um aumento das taxas de morbidade e mortalidade nas crianças e adolescentes (DiClemente, Hansen & Ponton, 1996; Pereira, Sarrico, Oliveira & Parente, 2000).

1. Enquadramento teórico

1.1. Comportamentos de saúde

Os indivíduos acabam por não adoptar comportamentos saudáveis para a sua saúde, praticando hábitos que lhes são fortemente prejudiciais, como fumar ou ter uma alimentação rica em gorduras (Ogden, 1999).

A Psicologia tem investigado os factores relacionados com a não adesão aos comportamentos de saúde, revelando obstáculos que lhes estão subjacentes, entre os quais, o papel dos modelos parentais, uma vez que por volta dos onze anos, as crianças já adquiriram, por observação dos pais, uma base estável de crenças e de comportamentos de saúde, os quais tendem a converter-se em hábitos; a pouca motivação para executar bons hábitos de saúde, uma vez que na idade precoce em que os comportamentos de saúde são adquiridos os indivíduos são geralmente saudáveis pelo que, ao adoptá-los, não sentem um efeito imediato e notório sobre o bem-estar, podendo através deles apenas reduzir, mas não eliminar, o risco de doença (e, o

optimismo irrealista dos indivíduos quando estimam a probabilidade de vir a adoecer de uma doença grave, proveniente de um conjunto de crenças que lhes dão a ideia desproporcionada da capacidade para controlarem a sua saúde, negligenciando, por isso, a ameaça que os seus comportamentos prejudiciais podem ter sobre a mesma (Taylor, 1999, Weinstein, 1983, Bennet & Murphy, 1999 cit *in* Grilo & Pedro, 2005).

O conceito de Estilo de Vida assumiu igualmente um lugar importante em contexto de promoção da saúde e de prevenção das doenças. Este tem sido definido como os factores pessoais que determinam a forma como o indivíduo se comporta perante determinada situação, sendo o retrato da pessoa e da sua interacção com o meio (Finotti, 2004 cit *in* Martins et. al, 2008).

Neste contexto, a Organização Mundial de saúde define estilo de vida como um “*conjunto de estruturas mediadoras que reflectem uma totalidade de actividades, atitudes e valores sociais*”, ou como «um aglomerado de padrões comportamentais, intimamente relacionados, que dependem das condições económicas e sociais, da educação, da idade e de muitos outros factores» (WHO, 1988 cit *in* Ribeiro, 2004).

Os estilos de vida adoptados afectam o indivíduo nos diferentes contextos, como a saúde física e mental, a situação profissional e as relações pessoais. Atendendo ao facto de que os estilos de vida são em parte o conjunto de comportamentos de um indivíduo, podemos considerar que um estilo de vida saudável é a adopção de vários comportamentos saudáveis (Martins; Pacheco & Jesus, 2008).

Um comportamento de saúde “*é qualquer actividade desenvolvida por um indivíduo, indiferente do seu estado de saúde actual ou percebido, com o objectivo de promover, proteger ou manter a saúde, quer ou não esse comportamento seja objectivamente eficiente para o fim*”, ou seja, são acções praticadas pelos indivíduos que se percebem como saudáveis, com o objectivo de prevenir o surgimento de mal-estar ou doença (Matos, Simões, Carvalhosa & Reis, 1998).

Quando falamos de comportamentos de saúde, podemos perspectivar dois tipos: os de risco e os positivos. Um comportamento de risco é qualquer actividade praticada por indivíduos, com frequência ou intensidade tal, que conduza a um aumento de risco de doença ou acidente (Stephoe e Wardle, 1996 cit *in* Matos; Gaspar; Vitória & Clemente, 2003), como por exemplo, os hábitos tabágicos, o consumo de álcool e de drogas ilícitas, a vida sedentária, práticas sexuais de risco e hábitos alimentares desadequados (Loureiro, 2006; Gonzalez & Ribeiro,

2004). Por outro lado, os comportamentos positivos reúnem todos os padrões que promovem, previnem e otimizam o estado de saúde, como por exemplo a prática de exercício físico, a dieta saudável, a execução de rastreios e de higiene oral (Loureiro, 2006; Gonzalez & Ribeiro, 2004).

Foi efectuado por Belloc e Breslow um estudo sobre factores associados à saúde. Neste estudo, os autores identificaram sete comportamentos altamente correlacionados com a saúde física e bem-estar do indivíduo: (1) sete ou oito horas de sono diárias; (2) tomar pequeno-almoço quase todos os dias; (3) nunca, ou comer raramente entre as refeições; (4) estar dentro, ou próximo, do peso ajustado à altura; (5) nunca ter fumado; (6) consumo moderado ou ausência de consumo de álcool; (7) prática regular de exercício físico. Neste estudo ficou demonstrado que, quanto menos rotinas positivas o indivíduo seguisse, maior era o risco progressivo de que viesse morrer nos quatro anos seguintes e, a prática diária dos sete aspectos referidos diminuía o risco de morte em quatro vezes, para os homens e, mais do dobro, para as mulheres (Gonzalez & Ribeiro, 2004; Dias, Costa, Manuel, Neves, Geada, Justo, 2001).

Os comportamentos de saúde poderão ser influenciados por atitudes hábitos, valores, sentimentos, crenças e, até mesmo, por modas, tal como o comportamento em geral, que assinalam e definem o estilo de vida de qualquer indivíduo, sendo este, em parte, responsável pelo sentimento de bem-estar bio-psico-social do indivíduo (Dias et. al, 2001).

Do ponto de vista psicológico, subsistem diversos modelos de mudança do comportamento, nomeadamente os modelos comportamentalistas que realça a importância de estímulos, respostas, contingências, reforços, entre outros, os modelos cognitivistas que se focam nas atitudes, valores e crenças, e os modelos da aprendizagem social que destaca o determinismo recíproco, a auto-eficácia, a aprendizagem por observação, a modelagem, a auto-regulação, os processos motivacionais, e o auto-reforço. Estes têm-se revelado muito prometedores, dando origem a intervenções ecléticas, flexíveis e versáteis (Bennett e Murphy, 1999). Permanecem também vários modelos de comportamentos de saúde que consideram a dimensão cognitiva, afectiva e comportamental e que se focam especialmente nos significados que o indivíduo dá à saúde (Bennett e Murphy, 1999; Gerrard, Gibbons, Benthin e Hessling, 1996).

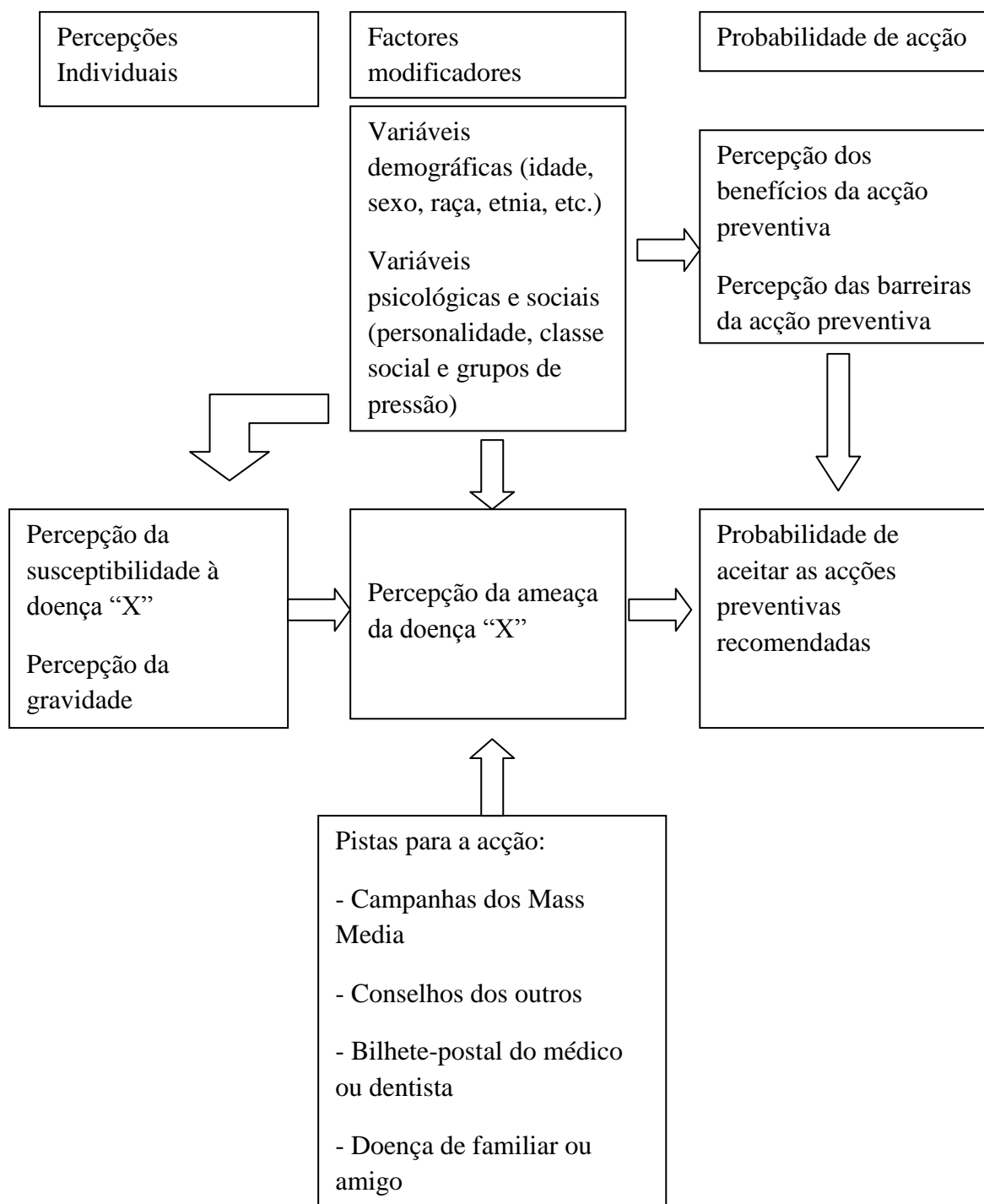
De acordo com McKinlay (1972), os diversos modelos de comportamentos de saúde podem dividir-se em três grupos: sócio-estruturais, caracterizados por uma orientação mais sociológica, perspectivando os aspectos sociais, culturais e institucionais; psicossociais que

ênfatizam a abordagem das crenças e motivações que levam os indivíduos a desenvolverem certas atitudes que podem gerar determinados comportamentos; e os processuais que lidam com a doença e o papel do doente, utilizando variáveis analisadas pelos modelos anteriores, salientando aspectos da dinâmica da mudança, quer ao nível individual quer ao nível social (Andrade, 2000).

1.2. Modelo de crenças da saúde

Uma questão fundamental colocada pelos autores do modelo de crenças de saúde é “O que leva as pessoas a agir para se protegerem da doença.” Este modelo foi desenvolvido por Becker na década de 70 (Couto, 1998). De acordo com este, a adopção de um comportamento preventivo depende se o indivíduo se considera susceptível a um problema de saúde, isto é, se acredita que esse problema pode afectá-lo particularmente (*Percepção de Susceptibilidade*); se o indivíduo associa o problema de saúde à gravidade das suas consequências, ou seja, perceber que esse problema pode ter consequências sérias (*Percepção de Severidade*); e se o indivíduo acredita que esse problema de saúde pode ser prevenido através de uma acção (*Percepção de Benefícios*), apesar dessa mesma acção envolver aspectos negativos, tais como impedimentos, obstáculos, desconforto, gastos financeiros, entre outros (*Percepção de Barreiras*). Isto significa que os benefícios da acção do indivíduo são avaliados em função das barreiras para realizá-la. Além disto, a presença de *estímulos para a acção* é importante para desencadear as percepções de susceptibilidade e severidade e motivar o indivíduo a agir (Brevidelli & Cianciarullo, 2001; Andrade, 2000).

Há variáveis que podem influenciar fortemente o desempenho dos comportamentos de saúde ou interagir com as percepções de susceptibilidade ou a gravidade, tais como, a pressão social; as exigências do emprego; os hábitos adquiridos; a aprovação social; a beleza; a atribuição de causalidade; os factores ambientais ou circunstanciais; o auto-conceito; a percepção de controlo; o valor percebido do comportamento; o comportamento anterior; a auto-eficácia; o locus de controlo da saúde, as atitudes e normas sociais (Coleta, 2003).



Modelo de Crenças na Saúde (Adaptado de Philips, 1991; Bishop, 1994 in Couto, 1998)

A probabilidade de um indivíduo desenvolver uma acção em prol da sua saúde dependerá da percepção que este tem dos diversos factores que, de alguma forma, possam estar relacionados com uma situação de doença. Por um lado, quanto maior for a susceptibilidade e gravidade da doença percebidas, maior será a probabilidade da decisão levar a uma acção. Por outro, se os benefícios percebidos da acção que é pretendida realizar, ultrapassarem as barreiras percebidas as probabilidades do indivíduo empreender essa acção serão altas. O indivíduo poderá ainda precisar de factores desencadeantes externos, tais como campanhas de imprensa, televisão, conselhos de amigos, doenças de familiares ou uma chamada de atenção do médico. Apenas, quando for capaz de reconhecer os benefícios que o conduzem a derrubar os obstáculos, então terá probabilidade de sucesso na sua decisão de empreender uma determinada acção, ou seja, uma modificação do comportamento (Couto, 1998).

1.2.1. Outras variáveis do modelo de crenças na saúde

A auto-eficácia é uma variável que foi adicionada ao modelo de crenças de saúde. O conceito de auto-eficácia, desenvolvido por Albert Bandura em 1977, aborda uma expectativa adicional que influencia o desempenho de um comportamento de saúde. A auto-eficácia refere-se ao nível de confiança que um indivíduo sente relativamente à sua capacidade de executar um comportamento. Bandura descreveu uma série de processos pelos quais uma pessoa com auto-eficácia pode ser influenciada, e esta questão é particularmente importante quando se tenta prever ou influenciar a adopção de novos padrões de comportamento ou a mudança de estilo de vida e hábitos para melhorar os comportamentos de saúde. Por exemplo, a confiança relativamente à habilidade em ser capaz de testar o açúcar no sangue e a necessidade de auto-administrar insulina é essencial para o desempenho consistente de diabéticos (Clemow, 2004).

Em suma, o modelo de crenças de saúde postula que a adopção de uma mudança de comportamento de saúde normalmente exige várias crenças e situações em conjunto. Primeiro, as pessoas devem estar cientes dos riscos de saúde e perceberem o quão sérios estes são de modo a prevenir consequências. Também necessitam de acreditar que um comportamento particular será eficaz em protegê-los de um mau resultado, a fim de superar o

que for possível. Ao movê-las para a acção também pode exigir que a percepção das sensações corporais, ou eventos no seu meio físico ou social podem levá-los a agir mais cedo ou mais tarde. Para além disso, especialmente se a mudança do comportamento exigido é a alteração de um elemento do seu estilo de vida, os indivíduos precisam sentir que a mudança de comportamento não só será eficaz, mas é algo que eles são capazes de fazer (Clemow, 2004).

1.3. Locus de controlo de Saúde

Quando os indivíduos são capazes de determinar ou influenciar o que está acontecendo com eles, ou o que vai acontecer com eles, esses indivíduos são considerados "sob controlo". O controlo é um conceito central em psicologia, e estar no controle é um estado universalmente desejado para a maior parte das pessoas (Wallston, 2004).

Uma característica do ser humano é viver com a noção ou o sentimento de posse de algum grau de segurança e controlo sobre o seu ambiente e os acontecimentos da sua vida, em particular sobre as circunstâncias que podem ter repercussões negativas, ou, causar condições positivas. Assim, as pessoas agem, quando desejam influenciar directamente os acontecimentos e ao fazê-lo, anseiam por um controlo pessoal – ou seja, o sentimento que podem tomar decisões e desenvolver acções que conduzam aos resultados desejados, evitar os indesejados ou reduzir o impacto dos acontecimentos considerados *stressantes* (Almeida & Pereira, 2006).

As percepções dos indivíduos relativas ao controlo que podem exercer sobre o seu comportamento em geral e sobre o seu estado de saúde em particular, são consideradas como um dos mais poderosos determinantes das suas atitudes relativas à saúde, o que lhes permite procurar informações, realizar escolhas, tomar decisões e implementar comportamentos relativos à saúde. O esforço para compreender os motivos que levam os indivíduos a adoptar comportamentos saudáveis ou promotores da saúde tem sido também uma das preocupações dos psicólogos da saúde (Almeida & Pereira, 2006).

A maioria dos trabalhos referentes ao controlo de saúde e envolveu as crenças de controlo ao invés de controlo real. As crenças sobre controlo no contexto da saúde referem-se aos

pensamentos (ou cognições) que um indivíduo tem sobre a capacidade de influenciar o comportamento de saúde, o estado de saúde (ou outras consequências para a saúde), ou cuidados de saúde (Wallston, 2004).

O locus de controlo foi definido como uma característica psicológica que define o grau em que o indivíduo percebe que, o que lhe acontece na vida do dia-a-dia, é consequência das suas acções, e por isso, pode ser controlado por ele (controlo interno), ou como não tendo relação com o seu comportamento, e por isso, estando fora do seu controlo (controlo externo). É, portanto, uma perspectiva que reflecte o viés do julgamento pessoal relativamente às causas daquilo que lhe acontece. Rotter (1966) defende que o locus de controlo é uma característica que se representa como um contínuo onde num extremo se encontram a internalidade – locus de controlo interno – e no outro a externalidade – locus de controlo externo (Almeida & Pereira, 2006; Ribeiro, 1994; Wallston, 2004).

Este conceito foi aplicado à saúde por Wallston em 1992, ao desenvolver instrumentos para avaliar em que medida os sujeitos concebiam o seu estado de saúde ou a sua doença como controlados por eles próprios, pelo acaso ou por outros significativos (Almeida & Pereira, 2006).

O locus de controlo de saúde é uma variável recente, sendo esta uma boa predição da doença e da saúde, principalmente a adopção de comportamentos conducentes à saúde. De acordo com Strickland (1978), os indivíduos com locus interno procuram mais informação acerca de como manter a saúde e, quando ficam doentes, procuram mais esclarecimentos acerca da doença; reagem melhor às doenças incapacitantes e empenham-se mais na recuperação; têm mais capacidade para induzir modificações em respostas fisiológicas específicas através do treino de feedback, controlam melhor as dificuldades psicológicas e/ou emocionais (Ribeiro 1993).

O Locus de Controlo específico para a saúde focaria então as crenças específicas quanto ao controlo da saúde. A componente teórica em que assenta o modelo de Wallston afirma que o potencial para um indivíduo desencadear um conjunto de comportamentos relacionados com a sua saúde deriva da “função multiplicativa” entre o grau em que o indivíduo acredita que as suas acções influenciarão o seu estado de saúde e a intensidade em que o sujeito valoriza a sua saúde. Assim, a valorização da saúde será uma variável mediadora entre o Locus de Controlo Interno e os comportamentos de saúde. Apenas se a pessoa valorizar a sua saúde poderão as suas crenças internas de controlo da mesma ser predictoras da implementação de

comportamentos que impulsionarão ou manterão a saúde. Caso a pessoa valorize pouco a saúde ou privilegie outros domínios da sua vida como por exemplo o lazer, as crenças específicas de controlo não permitirão qualquer predição do seu comportamento na área da saúde (Almeida & Pereira, 2006).

1.4. A saúde e os jovens

Conhecer os determinantes dos comportamentos e estilos de vida dos jovens, integrados nos sistemas educativos, é uma condição necessária para poder intervir adequadamente em estratégias preventivas (Matos & Sousa-Albuquerque, 2006).

É importante que a saúde dos jovens seja encarada no seu sentido mais amplo, abrangendo o bem-estar físico, social e emocional, devendo ser vista como um recurso para o dia-a-dia e não apenas a ausência de doença. A investigação relativa às necessidades de saúde dos jovens necessita de considerar, quer os aspectos positivos da saúde, quer os factores de risco de futuras doenças (Pereira, 2006).

Os comportamentos de saúde estabelecidos durante a adolescência e juventude podem ter grande impacto no surgimento de doenças futuras. Os jovens tendem a adoptar condutas de saúde pouco saudáveis (Franca & Colares, 2008).

Para melhor compreender os padrões de saúde e comportamentos saudáveis encontrados é necessário explorar os contextos e relações ao nível da família, da escola e dos pares, assim como o ambiente socioeconómico no qual os jovens se desenvolvem (Pereira, 2006).

A percepção que o indivíduo tem da probabilidade de contrair uma doença, assim como da severidade e das consequências de adoecer, despoleta condutas de saúde associadas a um determinado estilo de vida. Porém, o comportamento do indivíduo também está sujeito a inúmeras influências externas (Ribeiro, 1998).

De facto, por exemplo a escola é um espaço onde se deve investir na saúde, na medida em que a escola desempenha um papel primordial no processo de aquisição de estilos de vida. As medidas de uma escola Promotora de Saúde são: a ecológica que promove um ambiente saudável e facilitador de escolhas saudáveis; a curricular que fornece conteúdos relevantes para a vida e métodos pedagógicos participativos; a psico-social que fomenta uma relação na

base de respeito e afecto entre os elementos do processo educativo que permita debates construtivos; a comunitária que permite a partilha de momentos lúdicos e culturais e a definição de esquemas que permitam resolver ou minimizar problemas comuns; a organizacional que impulsiona a definição da liderança e participação da comunidade de docentes/discentes num processo decisivo que pode envolver parcerias que ajudem a consolidar o processo de investimento em saúde com as suas competências complementares (Rocha, 2008).

A Universidade surge como um contexto facilitador do desenvolvimento pessoal dos jovens, promovendo a integração e o ajustamento académico, pessoal, social e afectivo do aluno, constituindo um suporte do desenvolvimento presente e de projecção futura, facilitando quer a transição do ensino secundário para o ensino superior quer do Superior para o mundo socioprofissional (Ferreira, 1999; Santos & Ferreira, 1999 cit. in Ferreira, Almeida & Soares, 2001).

O desafio que está por detrás da entrada para a universidade é percebido diferenciadamente pelos alunos, podendo variar consoante a história de desenvolvimento, as capacidades e as características pessoais dos alunos (Costa & Leal, 2008).

De acordo com Pinheiro e Ferreira quanto mais a transição do secundário para o ensino superior alterar a vida do estudante, mais adaptações requer. Isso não define a transição como positiva ou negativa. O que vai levar a essa avaliação são as características e recursos dos sujeitos para lidar com as dificuldades sentidas nesse período (Costa & Leal, 2008).

Ao iniciar um curso superior, os indivíduos estão num período importante de transição, o que faz com que a universidade se torne num contexto potenciador de stress (Sepúlveda, Carrobbles, Gandarillas, & Almendros, 2002 cit. in Costa & Leal, 2004).

Segundo Almeida e Soares (2003) o primeiro ano da universidade, em especial, tem sido caracterizado como um *“período crítico, potencializador de crises e/ ou desafios desenvolvimentais e como o principal determinante dos padrões de desenvolvimento estabelecidos pelos jovens ao longo da sua frequência universitária”* (Igue; Bariani & Milanesi, 2008).

Neste contexto, colocam-se alguns problemas ao longo das experiências vivenciadas (o facto de confrontar-se com um espaço institucional diferente, com normas particulares, com tarefas académicas que exigem competências de estudo e níveis mais elevados de organização, autonomia e envolvimento por parte do aluno e, segundo as dificuldades que vai sentindo (as

novas exigências sociais e pessoais - viver deslocado do seu ambiente habitual, longe da família, ter que gerir uma casa e as suas despesas com um orçamento, regra geral, escasso, ter que gerir horários, entre outras novas actividades), o aluno utiliza diferentes estratégias de *coping* no sentido de se defender ou de se adaptar (Costa & Leal, 2004).

De acordo com Barros o processo de integração surge na interacção entre o estudante e a instituição e deve ser entendido de forma recíproca e dinâmica em que os estudantes também são activos na mudança do ambiente institucional (Igue et al., 2008).

O ajustamento ao contexto universitário deve ser encarado como um processo multifacetado, construído no quotidiano das relações estabelecidas entre o aluno e a instituição. Assim, se por um lado, os aspectos relativos ao estudante universitário desempenham um papel fulcral para a integração (a sua história de vida, as suas expectativas, as suas habilidades e qualidades, entre outros), por outro lado, os componentes da instituição, ou seja, a sua comunidade, a sua estrutura e elementos organizacionais, também são fundamentais podendo facilitar ou não esse processo (Polydoro & cols., 2001; Granado, 2004 cit *in* Igue et al., 2008).

No que se refere à mobilidade, de acordo com Rebelo e Lopes, os alunos deslocados apresentam níveis estatisticamente mais satisfatórios no relacionamento familiar comparativamente com os alunos não deslocados, o que reforça a ideia de que a saída de casa, em condições de imposição externa (como é o caso de sair para estudar), favorece o estreitamento de laços entre pais e filhos (Costa & Leal, 2008).

Este novo ambiente, mundo desconhecido e liberdade pode dar o início a alterações na promoção da saúde e a comportamentos de risco, podendo assim influenciar negativamente o estilo de vida do estudante (Figueiredo & Oliveira; Rocha, 2008).

1.5. Comportamentos de saúde e os jovens universitários

As parcerias entre as áreas da Educação e da Saúde ao nível do ensino pré-universitário foram alargadas e regulamentadas e integram as orientações estratégicas do Plano Nacional de Saúde 2004/2010 e da OMS. Na cláusula onde se definem os métodos para se obterem ganhos em saúde, consta a promoção do reforço dos factores de protecção relacionados com os estilos de vida, junto à comunidade educativa, nas áreas de saúde prioritárias, tais como: saúde

mental, alimentação saudável, actividade física, ambiente e saúde, consumo de substâncias lícitas e ilícitas, entre outros (Rocha, 2008).

Grandes organizações como as universidades onde se trabalha e aprende verifica-se um processo de socialização e a utilização de diversos serviços, têm o potencial de afectarem significativamente e de modo positivo as vidas e saúde dos seus membros (Rocha, 2008).

Nos estudantes universitários, observa-se que a atenção à saúde ainda não ocorre de modo eficaz, visto que este não se enquadra em nenhum grupo de atenção dos já estabelecidos pelos Serviços Básicos de Saúde, no entanto existem estudos que demonstram o interesse desta população pelo tema saúde (Figueiredo & Oliveira, 1995).

A saúde dos estudantes pode ser influenciada por diversos factores que requerem dos mesmos uma grande capacidade de integração, principalmente por períodos de maior exigência no cumprimento de actividades académicas (Dias, 2001).

Os jovens universitários encontram-se, no ponto mais elevado da sua força, resistência e energia. Estes raramente ficam gravemente doentes ou incapacitados, e a maioria não sofre de problemas ou limitações crónicas (Pagotti, Mendonça, Alves & Labiak, 2006).

Relativamente aos aspectos associados o estilo de vida, reportamo-nos ao dia-a-dia da população universitária e evidenciam-se situações como: muita carga horária em sala de aula e campo de estágio, sendo que as actividades complementares são desenvolvidas num outro período, normalmente no horário das refeições, à noite, finais de semana e feriados; o reduzido tempo de sono e de repouso; os hábitos alimentares insatisfatórios; a não prática de actividade física regular; a ansiedade/angústia constante devido ao desempenho académico; a adaptação à outra cidade; o afastamento temporário da família, os namoros e as amizades (Figueiredo & Oliveira, 1995).

Os estudantes, quando entram na universidade começam a estabelecer relações com pessoas da sua idade com hábitos que podem incluir: fumar, beber, consumir drogas ilícitas, terem comportamentos sexuais de risco, entre outros; começam a frequentar com mais regularidade locais de lazer, como cafés, bares e discotecas, podendo estes levar a que muitos comecem a adoptar comportamentos prejudiciais (Precioso, 2004).

A transição do meio social em que se desenrolou o ensino secundário para o meio académico pode funcionar como um factor de risco para muitos alunos universitários. Um estudo efectuado em cerca de 400 estudantes universitários revelou que embora grande parte dos estudantes tenha começado a fumar no ensino básico e no ensino secundário, uma

percentagem elevada de estudantes (cerca de 30%), particularmente do sexo feminino (34%) começaram a fumar na universidade, o que confirma que a universidade é também um local em que muitos alunos adquirem hábitos prejudiciais (Precioso, 2003 cit. *in* Precioso, 2004).

Contudo, alguns dos estilos de vida, tais como o sedentarismo, o tabagismo, a falta de nutrientes alimentares, reflectem-se na incidência de outras doenças crónicas que não cardiovasculares, tais como, doenças do aparelho respiratório e do aparelho digestivo, doenças mentais, cancros e acidentes (Rocha, 2008; Martins et al., 2008).

A prática de exercício físico regular apesar de não estar directamente associada com o sucesso escolar, promove o bem-estar físico e psicológico, diminuindo os níveis de ansiedade e depressão (Brandão & Matsudo, 1990 cit. *in* Martins & Jesus, s/d).

Dos vários comportamentos de risco para a saúde, o álcool é a droga mais consumida entre os jovens. Entre estudantes americanos foi encontrada uma relação do consumo de álcool até a embriaguez com o consumo de tabaco e outras drogas. Douglas e colaboradores observaram que os universitários americanos estavam envolvidos em muitos riscos para saúde, confirmando a importância do monitoramento de tais comportamentos, entre eles: consumo de drogas e alta percentagem de actividade sexual (Franca & Colares, 2008).

Relativamente ao consumo de álcool, Dimeff e colaboradores (2002) referem que a ingestão pesada e prejudicial de bebidas alcoólicas nos estudantes universitários é um problema de saúde pública. De acordo com duas pesquisas realizadas por estes autores com estudantes universitários norte-americanos, dos quais 85% informaram ter ingerido bebidas alcoólicas no último ano. Numa destas pesquisas, com uma amostra de mais de 45 mil alunos de 87 instituições norte-americanas, 19,20% informou um consumo de álcool de pelo menos três vezes por semana (Oliveira, Soibelman & Rigoni, 2007).

Num estudo realizado por Santana e Negreiros (2008) os resultados indicaram uma tendência dos jovens consumirem álcool de modo excessivo numa única ocasião (“*binge drinking*”) e sinalizaram que esse padrão de consumo semanal é predominantemente masculino, estando associado a estudantes do secundário ou universitários e com idades entre 15 e 24 anos de idade. No entanto, foi encontrada uma similaridade entre o padrão de consumo mensal dos homens e das mulheres. Este aspecto vem reforçar os resultados de outras investigações que têm evidenciado um aumento de consumo excessivo de álcool nas mulheres, mesmo que ainda não esteja igualado ao dos homens (Mendes & Lopes, 2007; Ledoux, Sizaret, Hassler & Choquet, 2000 cit. *in*, Santana & Negreiros, 2008).

Num estudo realizado por Chamorro e Rocha em 2004 com mil e dezassete estudantes universitários de Beja, foi concluído que a maior parte dos mesmos não fuma, não bebe álcool e não consome substâncias ilícitas. No entanto, através de um outro estudo exploratório e descritivo realizado com cento e vinte e quatro estudantes do Ensino Superior, de Enfermagem, Barroso (2004) destaca que o consumo de álcool pode constituir um factor mediador no processo de desenvolvimento dos jovens adultos, ao propiciar comportamentos de risco, que poderá, por sua vez, ter quatro tipos de utilidade, a catarse, a autonomia, a estimulação e o prestígio. Através dos resultados obtidos, a autora sugere que o álcool funciona como um padrão de integração, tendo-se os hábitos de consumo alterado, com a maior preferência por bebidas destiladas (Pacheco, s/d).

A este propósito convém salientar que Conway e colaboradores, constataram também que os estudantes universitários em época de exames aumentavam o consumo de tabaco e de café, diminuindo a ingestão de álcool (Dias et al., 2001).

No que diz respeito ao tabaco, a Organização Mundial de Saúde continua a considerar o consumo deste a mais importante causa de morbidade e mortalidade no mundo ocidental, sendo este um problema de saúde pública (Mendoza, 1999 cit *in* Precioso, 2004).

A maior parte dos casos, a iniciação tabágica ocorre na puberdade e a dependência instala-se durante a adolescência. Grande parte dos adolescentes que experimentam tabaco acabará por ser dependente de nicotina e, entre os jovens que fumam de modo regular aos 20 anos, 95% será dependente de nicotina (APA, 1994 cit *in* Matos, Gaspar, Vitória & Clemente, 2003).

De acordo com o comissário europeu responsável pela saúde e protecção dos consumidores, David Byrne, “é quase certo que se uma pessoa não começar a fumar na adolescência, raramente adquire esse hábito posteriormente” (Byrne, 2001 cit *in* Precioso, 2004).

Os dados do Inquérito Nacional de Saúde realizado em Portugal, em 1995, mostraram que em Portugal, 39% dos fumadores iniciaram o hábito de fumar entre os 18 e os 24 anos. Em 1997, os dados mostraram também, um aumento notável da prevalência na faixa etária dos 24-34 anos e dos 35-45 em ambos os sexos (Precioso, 2004).

A prevalência de mulheres que fumam tem vindo a aumentar ao longo das últimas décadas, aumentando também a importância deste comportamento na morbidade e mortalidade na população feminina (Boyle, 1997; Joossens, 1999; Rodin, 1990; USDHHS, 2001 cit *in* Matos et al. 2003).

No final da década de 80, a diferença entre o predomínio de fumadores e fumadoras em Portugal era visível: 33% de fumadores contra 5% de fumadoras. Contudo, na década de 90, a percentagem de fumadores reduziu e a de fumadoras aumentou: em 1999 fumavam 29% dos homens e 8% das mulheres (Ministério da Saúde, 1988, 1997 e 2000 cit *in* Matos et al. 2003).

Os resultados das pesquisas realizadas sobre a etiologia do consumo de tabaco parecem indicar que fumar é um comportamento fundamentalmente psicossocial, ou seja, motivado por influências psicológicas e sociais. Isto significa que, sempre que as pessoas são confrontadas com mudanças no seu ambiente social, como por exemplo, a mudança do ensino secundário para o ensino superior, correm um elevado risco de começar a fumar (Precioso, 2004).

Precioso realizou um estudo que tinha como objectivo caracterizar o padrão de consumo de tabaco nos estudantes universitários, determinar o padrão de consumo de tabaco por sexos, determinar a fase da vida escolar em que começaram a fumar regularmente, determinar os factores de risco associados ao consumo de tabaco. No estudo foi utilizada uma amostra de 388 alunos da Universidade do Minho. Como conclusões, foi constatado que, a percentagem de estudantes do sexo feminino que começa a fumar na Universidade é muito elevada (cerca de 33%) e superior à de estudantes do sexo masculino. A transição do ensino secundário para o meio académico pode funcionar como um factor de risco para muitos estudantes que não são fumadores e que podem vir a fumar. Este facto parece evidente para as alunas, visto que, o consumo de tabaco pelas raparigas, especialmente no meio rural, é (ainda) um comportamento socialmente pouco aceitável, o que faz com que de modo geral o consumo de tabaco nas adolescentes seja menor que nos rapazes (Precioso, 2004).

No que concerne às substâncias ilícitas, estudos mostram que o envolvimento com drogas ocorre especialmente na adolescência. O consumo de drogas entre universitários tem múltiplas causas e factores desencadeantes. Na universidade, as actividades culturais são normalmente celebradas com festas onde há a presença de álcool, o que pode vir a configurar um ambiente propício para o uso experimental de outras drogas e para a prática de comportamentos de risco (Pontes, Rocha, Ganem & Milani 2009).

Dentro dos principais efeitos causados pelas drogas, como a cocaína, LSD, ecstasy e anfetaminas, pode-se encontrar a sensação de euforia ou bem-estar, alucinações, delírios, excitação, angústia, ansiedade, cansaço, taquicardia, agressividade, convulsão, bronquite, infertilidade, sede, fome, insónia, náuseas, degeneração neuronal e renal, e mesmo o óbito (Fiorini & Alves, 1999).

As perturbações por consumo de substâncias psico-activas exercem poderoso impacto sobre os indivíduos, as suas famílias e a comunidade, causando prejuízo à saúde física e mental, comprometimento das relações, perdas económicas e problemas legais (Lima, Lima, Coelho, Sousa, 2007).

No meio universitário, os resultados obtidos num estudo realizado por Andrade e colaboradores (1997) indicam prevalência de uso de “drogas ilícitas” nos estudantes universitários de 38,1% na vida, 26,3% nos últimos 12 meses e 18,9 % nos últimos 30 dias na dita data. O consumo deste tipo de substâncias é maior nos estudantes do sexo masculino e maior ainda entre os estão deslocados (Silva, Malbergier, Stempliuk & Andrade, 2006).

No que concerne à medicação, foi realizado um estudo realizado com estudantes universitários que revela que a maior parte recorre à automedicação para alcançar um bom rendimento perante ao esforço intelectual que lhes é exigido e ao desgaste da sua activa vida nocturna. Este estudo foi realizado pela Escola Superior de Saúde de Viseu e teve como amostra 1004 estudantes universitários de vários cursos. Os resultados revelaram que os estudantes de enfermagem tiveram maior percentagem (64,7%) de consumo de medicamentos por iniciativa própria.

De acordo com Marina Brás Oliveira, uma das autoras do estudo realizado a automedicação foi identificada na maior parte (52,4 por cento) dos estudantes. Relativamente ao género, o estudo mostra que a automedicação é mais frequente nas mulheres (53%) e nos residentes em áreas rurais (57,5%). A prática é recorrente nos estudantes mais velhos: 58,8 % nos estudantes com idades entre os 25 e 29 anos, 54,7 % nos estudantes com 21 a 25 anos e 46,8 % nos universitários entre os 17 e os 21 anos. Os fármacos mais consumidos foram os analgésicos (31,3%), hormonais (15,9%) e anti-inflamatórios contra as doenças reumáticas (14,4%).

Grande parte dos inquiridos (56 %) garantiu que tinha conhecimento teórico suficiente para tomar estes medicamentos, enquanto 21,7% seguiu o conselho de um familiar ou amigo e 15% orientou-se pelo farmacêutico.

No que concerne aos hábitos de sono, na população universitária as durações de sono mostram-se com frequência ligeiramente inferiores às de outras populações adultas (por exemplo as médias/medianas são inferiores a sete horas de sono por noite à semana, os horários de sono tendem a ser tardios tendo em conta a hora de início das aulas. Há sugestões

de que a população universitária apresenta uma qualidade de sono significativamente inferior à da população normal (Gomes, Tavares & Azevedo, 2009).

Gomes e colaboradores (2009), desenvolveram um estudo que tinha como objectivo caracterizar comportamentos, hábitos e problemas percebidos de sono ao nível de horários; duração; qualidade; regularidade e apurar em que medida os padrões de sono diferenciam em função do género, situação de residência, ano curricular frequentado e área científica. Os resultados evidenciaram que a situação de residência, o ano frequentado e a área de licenciatura podem traduzir-se em diferentes padrões de sono. Mediante a avaliação efectuada é fundamental ter em conta, para além do género, outras características demográficas e escolares, especialmente a situação de residência, merecendo os estudantes deslocados especial atenção. Neste estudo, foram os estudantes do sexo masculino, do primeiro ano, deslocados e dos cursos de Engenharias, os que apresentam maior probabilidade de evidenciar hábitos de sono menos consistentes com uma adequada higiene de sono (Gomes, Tavares & Azevedo, 2009).

No que diz respeito aos hábitos alimentares, a ingestão da alimentação saudável está intimamente relacionada com indicadores de proximidade em relação à família, colegas e escola, assim como a uma percepção de bem-estar pessoal e social (Matos; Carvalhosa, Fonseca, 2001). Existe uma semelhança relativamente ao factor idade e género na preferência alimentar, neste caso com relação a hábitos saudáveis e não saudáveis e o papel da família demonstra ser importante neste aspecto (Matos et al., 2001)

Nos estudantes universitários foi observado que existe, em sua maioria, uma baixa prevalência de alimentação saudável, com elevada ingestão de alimentos doces e ricos em gordura e uma reduzida ingestão de frutas e legumes. De acordo com Vieira e colaboradores, os maus hábitos alimentares dos universitários podem estar a ser influenciados pelos novos comportamentos e relações sociais, sugerindo indícios de compulsão alimentar em alguns alunos que, quando ansiosos, podem transformar a alimentação num refúgio nas situações de stress físico e mental (Marcondelli, Costa & Schmitz, 2008).

No estudo realizado por Marcondelli e colaboradores (2008) em que tinha como objectivo é verificar o nível de actividade física e os hábitos alimentares dos estudantes da área de saúde, teve como principais resultados a inadequação dos hábitos alimentares (79,7%) e o alto nível de sedentarismo (65,5%) entre os estudantes da área estudada.

O alto sedentarismo foi encontrado também num estudo realizado numa universidade dos Estados Unidos por Pinto e Marcus. Nesse estudo foi concluído que 46% dos estudantes eram inactivos ou se exercitavam irregularmente (Marcondelli, Costa & Schmitz, 2008).

Relativamente às actividades físicas, embora sejam conhecidos os benefícios da sua prática o número de indivíduos com sedentarismo é muito elevado. Foi realizado um estudo a nível europeu pela Organização Mundial de Saúde em 2002, em que os resultados revelaram que 41% da população não era suficientemente activa para retirar benefícios para a sua saúde; essa investigação concluiu também que, em Portugal, 70% dos indivíduos não eram fisicamente activos (Corte-Real, Dias, Corredeira, Barreiros, Bastos & Fonseca, s/d).

Corte-Real e colaboradores realizaram um estudo com 2284 estudantes da Universidade do Porto, que tinha como objectivo examinar a prática desportiva de estudantes universitários. De acordo com os resultados, aproximadamente metade dos estudantes não realizava qualquer tipo de prática desportiva, existindo maior inactividade no sexo feminino. Também foi constatada uma tendência para a diminuição da prática desportiva regular, no sexo masculino, com a idade (Corte-Real et al., s/d).

No que diz respeito aos comportamentos sexuais nos estudantes universitários foram realizados vários estudos relacionados com a contraceção e atitudes. Vários estudos mencionam que a desinibição e a crença de que o uso de álcool aumenta o prazer sexual o que faz com que as bebidas alcoólicas sejam, facilmente, ingeridas antes ou durante os actos sexuais. Estes factores têm sido destacados por vários investigadores como apresentando conexões ou associações com o aparecimento de infecções, designadamente, as doenças sexualmente transmissíveis, o VIH e a SIDA (Cardoso; Malbergier & Figueiredo, 2008).

Ribeiro e Fernandes (2009) realizaram um estudo no Instituto Superior Politécnico de Bragança, que tinha como objectivos a identificação e a caracterização dos comportamentos sexuais de risco nos alunos que frequentam o ensino superior público de Bragança, tendo como amostra 367 estudantes. Os resultados do estudo indicam que do total dos estudantes inquiridos, 279 inquiridos já iniciaram a sua vida sexual e destes, 113 (40,5%) tiveram relações sexuais sob o efeito de álcool e 22 (7,8%) tiveram relações sexuais sob o efeito de drogas. Por outro lado, 135 respondentes (48,4%) já tiveram relações sexuais sem estarem protegidos e 10 (3,6%) afirmam nunca ter usado preservativo. Dos inquiridos que iniciaram a sua vida sexual, 9 (3,4%) pagaram para terem relações sexuais e 3 (1,1%) foram pagos. Uma

percentagem elevada, 64,5% (180), refere nunca ter feito um teste às doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o VIH (Ribeiro & Fernandes, 2009).

Outro estudo realizado abrangeu uma população universitária das oito Faculdades da Universidade de Coimbra, com uma amostra de 696 estudantes e tinha como objectivos descrever as práticas preventivas, nomeadamente o uso do preservativo, entre os jovens universitários; identificar os possíveis factores (atitudes e embaraço) que influenciam a utilização de métodos de prevenção, em especial o preservativo; identificar os locais preferidos pelos estudantes para adquirir preservativos, e conhecer os interlocutores preferidos dos estudantes em matérias relativas a sua sexualidade (Cunha-Oliveira, Cunha-Oliveira, Pita & Massano-Cardoso, 2009).

Os resultados deste estudo evidenciaram que cerca de metade (52,6%) dos estudantes universitários da amostra referiram usar sempre o preservativo nas suas relações sexuais. O principal obstáculo ao uso do preservativo é o preservativo em si mesmo, nas suas componentes físicas e psicológicas. Outro entrave ao não uso é a confiança no parceiro. Os estudantes do sexo feminino, anunciaram sentir mais embaraço na compra do preservativo e tomam menos a iniciativa da aquisição do preservativo do que os rapazes, embora comprem a pílula contraceptiva. De acordo com a amostra, o preço dos preservativos não pareceu estabelecer um obstáculo à sua aquisição e utilização (Cunha-Oliveira et al., 2009).

Um outro estudo relevante nesta temática foi realizado por Reis e Matos (2007), com 436 estudantes universitários da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias e a Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches e tinha como objectivo avaliar os conhecimentos e atitudes sobre os métodos contraceptivos em jovens estudantes universitários. Os resultados sugerem que a maior parte dos inquiridos não possui muitos conhecimentos dos métodos contraceptivos, mas apresenta uma atitude muito positiva face aos mesmos existindo, portanto, uma preocupação na prevenção dos riscos. A análise comparativa dos resultados do estudo mostrou diferenças estatisticamente significativas entre os géneros para os conhecimentos acerca dos métodos contraceptivos e para as atitudes face à contracepção/prevenção do risco, sendo o sexo feminino aquele que apresenta mais conhecimentos e preocupação preventiva face aos riscos (Reis & Matos, 2007).

1.5.1. Diferenças entre géneros relativamente aos comportamentos de saúde

Os comportamentos de saúde repercutem de forma significativa na qualidade de vida dos indivíduos, especialmente na sua relação com as doenças crónicas. São observadas diferenças entre os géneros nos comportamentos relacionados com a saúde, enquanto os homens relatam praticar mais frequentemente exercícios físicos, as mulheres demonstram significativamente maior preocupação com a dieta alimentar (Colares, Franca & Gonzalez, 2009).

De acordo com Rugkasa e colaboradores, as identidades do género masculino e feminino são desenvolvidas ao longo da vida do indivíduo quando diferentes caminhos podem ser adoptados com repercussões nas condutas relacionadas aos hábitos, como o tabagismo. Alguns estudos investigaram as condutas de saúde entre jovens universitários e verificaram diferenças entre géneros, destacando a necessidade de estratégias diferenciadas para cada grupo (Colares et al., 2009). Também Pereira e Silva em 2002, num estudo realizado, com 246 sujeitos verificaram que as mulheres parecem ter uma prática de comportamentos saudáveis superior à dos homens (Pereira & Silva, 2002).

Um outro estudo realizado por Geada e colaboradores, também evidenciou diferenças de género, nas quais se observa que os estudantes do sexo masculino têm a tendência a consumir maior quantidade de álcool do que os do sexo feminino e tendem a praticar mais exercício físico. Neste mesmo estudo é relatado que os estudantes do sexo masculino são os que mais se preocupam com a dieta alimentar, ao contrário do estudo realizado por Wardle e colaboradores, onde é o sexo feminino aquele que mais se preocupa com o consumo de uma dieta saudável, tal como outros hábitos de saúde como a higiene dentária, a protecção face à exposição solar e a periodicidade das consultas médicas. Nos dois estudos são as mulheres quem mais recorrem à auto-medicação (Dias et al., 2001).

Outros estudos revelaram que os estudantes do sexo masculino adoptam comportamentos menos saudáveis como, o tabagismo, o consumo de álcool e o abuso de substâncias. Por outro lado, as mulheres também demonstraram algumas condutas pouco saudáveis tais como a pouca actividade física e actividade sexual desprotegida (Colares et al., 2009).

1.5.2. Comportamentos de saúde de estudantes de diversos cursos

Estudar a saúde e alguns factores que se relacionam com a mesma, em estudantes de cursos na área da saúde e de outras áreas, torna-se fundamental para compreendermos melhor se esta formação académica na área da saúde influencia ou não a saúde. Num estudo realizado por Albuquerque e Matos, em que tinha como principal objectivo estudar a influência da área de formação dos inquiridos, sendo estes estudantes do curso superior na área da enfermagem e estudantes do curso na área de gestão.

Os resultados apresentados parecem sugerir que as diferenças entre os estudantes do curso de Enfermagem e os estudantes do curso de Gestão vai diminuindo à medida que avançam nos respectivos cursos, e isto porque, no terceiro, os estudantes deixaram de se distinguir em alguns dos factores presentes no primeiro, tais como os factores de “preocupação com as bebidas alcoólicas”, “atitude com a ida ao médico”, “exercício” e “preocupação com o ambiente poluído”, apesar de se distinguirem em dois novos factores - “prevenção das doenças” e o “cuidado com as drogas semi-legais”.

Contudo, foi verificado que os estudantes do Curso de Enfermagem, genericamente, apresentam melhores índices nas variáveis de saúde em estudo (Albuquerque & Matos, s/d).

Num outro estudo realizado por Clair, Wilson e Clore em 2004, com 662 estudantes de medicina, foi concluído que estes evidenciam indicadores de saúde mais elevados do que a população de jovens adultos em geral. Contudo, um número reduzido de estudantes evidenciou factores de risco precoce para doenças crónicas (Loureiro, 2006).

Kamien e Power em 1996 avaliaram 173 estudantes australianos de medicina e concluíram que estes apresentavam, em termos gerais, bons hábitos de saúde. Porém, 23% indicavam comportamentos prejudiciais, sendo os mais relevantes a falta de exercício físico e não tomar o pequeno-almoço (Loureiro, 2006).

Num outro estudo efectuado por Maia e Seabra em 2007 na Universidade do Minho, em que a amostra foi de 136 alunos das licenciaturas de Psicologia, Medicina e Português-Inglês, os dados demonstram que relativamente às preocupações com a saúde, os alunos de medicina apresentam um nível significativamente mais elevado quando comparado com os alunos de psicologia, mas não se verifica esta tendência quando se compara com os alunos de letras. Para além disso, verificou-se que os alunos de letras têm maiores preocupações com a saúde

do que os alunos de psicologia. Uma explicação para que os alunos de medicina tenham maiores preocupações com a saúde, quando comparados com os de psicologia pode estar relacionado pelo facto de estes estarem mais atentos, por questões curriculares, aos avanços tecnológicos e aos impactos que estes podem ter na saúde (Maia & Seabra, 2007).

1.5.3. Diferença dos comportamentos de saúde entre os diversos anos de frequência universitária

Tendo em conta que a fase da adolescência tardia é considerada um período crítico para o estabelecimento de hábitos saudáveis, e o estudante de saúde como um personagem fundamental na educação voltada para a saúde da população, foram realizados estudos que tinham como objectivo verificar se os comportamentos de saúde dos estudantes universitários eram diferentes do primeiro para o último ano de frequência universitária.

Num estudo realizado por Franca e Colares em 2009, em que o objectivo era investigar as condutas de saúde de universitários de odontologia do primeiro e do último ano do curso, avaliando as diferenças entre os dois grupos, de modo geral, foi observado que não existem diferenças significativas entre os estudantes do início e do final do curso. Contudo, os resultados atingidos mostraram que os comportamentos benéficos para a saúde apresentaram uma tendência a ser menos frequente entre os estudantes que estavam no final do curso, entre elas: a prática de actividade física e medidas de segurança no trânsito (Franca & Colares, 2009).

Um outro estudo realizado por Franca & Colares em 2008, em que o objectivo era analisar as diferenças nos comportamentos de saúde nos estudantes da área de saúde de universidades públicas no início e no final do curso. De modo geral, as condutas de saúde entre os estudantes do início e do final do curso também não apresentaram diferenças significativas. Todavia, foram observados maiores percentagens de hábitos nocivos, como tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas entre os estudantes no final do curso.

Era esperado que os comportamentos saudáveis e favoráveis à promoção de saúde fossem mais prevalentes no final de um curso na área de saúde. Contudo, alguns hábitos prejudiciais à

saúde apresentaram maiores percentagens entre os estudantes que estão a concluir as licenciaturas (Franca & Colares, 2008).

No estudo realizado por Kerr-Corrêa e colaboradores, o consumo de tabaco era mais frequente entre os estudantes no final do curso. No entanto, no estudo realizado por Franca e Colares em 2008, foi observada uma diferença de 11,8% de consumo de tabaco entre os estudantes do início e do final do curso, sugerindo a necessidade de uma intervenção preventiva logo no início do curso (Franca & Colares, 2008).

No que concerne ao consumo de álcool também houve a tendência a ser mais frequente entre os estudantes no final do curso. Este resultado poderá estar associado à aprovação social assim como à facilidade de acesso (Franca & Colares, 2009).

No que diz respeito aos comportamentos relacionados com à prática sexual foram encontradas diferenças significativas entre os estudantes do início e final de curso. Enquanto o relato de actividade sexual foi mais frequente, o de uso do preservativo foi menor entre estudantes do final do curso. Esse resultado pode ser decorrente de um possível aumento de relacionamentos estáveis entre jovens no final da licenciatura (Franca & Colares, 2008).

Relativamente à alimentação foi observado um maior consumo de guloseimas em estudantes recém ingressados na universidade. À este facto pode estar associado o pouco tempo para realizar refeições completas, ou indícios de compulsão alimentar nos momentos de ansiedade (Vieira; Piore; Ribeiro; Franceschini & Almeida, 2002).

Tendo em conta aos resultados destes estudos torna-se necessário traçar planos de intervenção que permitam promover estilos de vida saudáveis desde o primeiro ano da universidade (Martins et al., 2008).

1.6. Promoção da saúde

Todos os dias tomamos decisões que comportam riscos para a saúde. Cada indivíduo ou cada grupo é o responsável do seu próprio desenvolvimento, o qual se desencadeia pela mobilização das suas motivações e pela acção das suas potencialidades à volta da sua realidade sociocultural (Silva, 2002).

As preocupações com um estilo de vida saudável, o controlo do comportamento, a protecção contra os acidentes, a prevenção de doenças específicas ou adopção de estilos de vida continuarão a dominar num futuro próximo os determinantes e os organizadores sociais dos países desenvolvidos. Tendo em conta aos vários estudos sobre os comportamentos de saúde, os conceitos de promoção da saúde e de educação para a saúde surgem associados à evidência de que a maior parte dos factores de risco associados às doenças crónicas e agudas são de natureza comportamental e, como tal, esses factores de risco assim como as doenças que causam, podem ser reduzidos através de intervenções (Dias, Duque, Silva & Durá, 2004).

A educação para a saúde é uma função inerente aos profissionais de saúde, e embora aparente ser simples, é um processo complexo que envolve vários aspectos inerentes ao comunicador, a comunicação e a audiência para que os objectivos se tornem viáveis e atinjam as finalidades esperadas. De acordo com Pompidou (1988), não basta oferecer informações, uma vez que “estar informado não significa necessariamente conhecer; estar ciente não significa necessariamente tomar medidas, decidir a tomar medidas não significa necessariamente fazer”. Por isso, é fundamental desenvolver o senso de responsabilidade individual e grupal; pois só esse compromisso pode levar às mais efectivas mudanças de comportamento, visto que se baseia na aceitação e não na obrigação (Gir, Moriya, Hayashida, Duarte & Machado, 1999).

A promoção da saúde tem vindo a ser definida de muitas formas, algumas realçam que a promoção da saúde é um processo da medicina e da saúde pública. É o caso da definição declarada na Conferência Nacional sobre Medicina Preventiva nos Estados Unidos da América, em 1975, que enfatiza o tratamento médico e indica que a promoção da saúde inclui todas as actividades médicas e de saúde pública tradicionais. De acordo com esta definição, o mais importante para a promoção da saúde é o conhecimento gerado pela investigação acerca dos comportamentos de saúde, sobre “como” e “porquê” das pessoas utilizarem os serviços de saúde, como respondem aos procedimentos médicos estabelecidos e como interpretam os sinais e sintomas da doença, na medida em que, estes comportamentos estão associados ou são causados por factores pessoais, familiares ou sociais (Dias et al., 2004).

Por outro lado, a definição dada por *European Working Group on Concepts and Principles of Health Promotion* em 1984, implica o desenvolvimento de políticas de saúde pública, a formação de meios de suporte, a participação da comunidade, o desenvolvimento das capacidades pessoais e uma orientação dos serviços de saúde, para além da prestação de

cuidados clínicos e curativos. De acordo com esta visão, o conhecimento da forma como os factores comunitários institucionais e de política social determinam as actividades relacionadas com a saúde, torna-se o veículo central da promoção de saúde (Dias et al., 2004). De acordo com Catherine Hartz, a Promoção da Saúde acompanha a Prevenção, a Educação para a saúde e a Protecção da Saúde; estando estes componentes sobrepostos e complementando-se. São vários os factores que influenciam a saúde, desde os genéticos, à idade, sexo, condições laborais, ambientais, alimentação, habitação, serviços de saúde, educação, e muitos mais. Torna-se necessário identificá-los, conhecer o papel que têm na elaboração e adopção dum certo modo de vida, e a relação entre os modos de vida e a saúde, para ser possível criar condições favoráveis na defesa da saúde e estabelecer um programa de promoção para a saúde (Silva, 2002).

Um elemento básico na promoção da saúde é a educação para a saúde, definida já em 1969 pela Organização Mundial da Saúde como *“uma acção exercida sobre os indivíduos no sentido de modificar os seus comportamentos, a fim de adquirirem e conservarem hábitos de saúde saudáveis, aprenderem a usar judiciosamente os serviços de saúde que têm à sua disposição e estarem capacitados para tomar, individual ou colectivamente, as decisões que implicam a melhoria do seu estado de saúde e o saneamento do meio em que vivem”* (OMS, 1969 cit in Dias et al., 2004).

Assim, a educação para a saúde é, pois, uma estratégia da promoção da saúde. Assim, a promoção da saúde é vista como um conceito amplo, que inclui diversas estratégias de actuação, e a educação para a saúde como um instrumento ou uma estratégia concreta para a promoção da saúde (Dias et al., 2004).

De acordo com Salleras (1988), citado por López (1993), os objectivos da educação para a saúde, são 1) fazer da saúde um património da colectividade; 2) modificar os comportamentos negativos com a promoção e a restauração da saúde; 3) promover novas comportamentos positivos favoráveis à promoção e restauração da saúde; 4) proporcionar alterações ambientais favoráveis às mudanças de comportamentos recomendados; e 5) capacitar os indivíduos para que possam participar na tomada de decisões para a saúde da comunidade (Silva, 2002).

2. Estudo Empírico

2.1. Objectivo do estudo

O objectivo do estudo é avaliar os comportamentos de saúde dos estudantes da Universidade da Beira Interior, ver as diferenças que existem entre os sexos, entre os estudantes residentes e não residentes, entre cursos e anos de frequência na universidade. O tipo de estudo desenvolvido nesta investigação é um estudo quantitativo, visto que as variáveis estudadas podem ser quantificadas; e qualitativo uma vez que foram elaboradas algumas questões de modo a complementarem a parte quantitativa.

2.2. Variáveis

Variáveis independentes – sexo, idade, área de estudo, ano curricular, local de residência.

Variável dependente – comportamentos de saúde

2.3. Hipóteses

Hipótese 1: Os estudantes da Universidade da Beira Interior naturais da Covilhã adoptam melhores comportamentos de saúde relativamente aos deslocados.

Hipótese 2: Os estudantes da área da saúde adoptam melhores comportamentos de saúde relativamente aos das outras áreas.

Hipótese 3: Os estudantes do primeiro ano têm melhores comportamentos de saúde relativamente aos dos restantes anos.

Hipótese 4: Os estudantes mais velhos têm melhores comportamentos de saúde relativamente aos mais novos.

Hipótese 5: Os estudantes da Universidade da Beira Interior adoptam mais comportamentos de saúde inadequados nas épocas de exames do que nas outras épocas do ano lectivo.

Hipótese 6: Os estudantes do sexo feminino da Universidade da Beira Interior adoptam melhores comportamentos de saúde relativamente aos estudantes do sexo masculino.

Hipótese 7: Existe relação entre a frequência dos comportamentos de saúde nos estudantes da Universidade da Beira Interior e o locus de controlo na saúde.

2.4. Método

2.4.1. Participantes

Estudo exploratório com 250 estudantes universitários da Universidade da Beira Interior de diferentes áreas de estudo e anos de frequência universitária, com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos.

A amostra, de modo igual, pelas diversas áreas de estudo da Universidade da Beira Interior tendo cada uma das áreas uma percentagem de 20%.

Quadro 1 – Distribuição da amostra por área de estudo

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Acumulada
Válido	Ciências sociais e humanas	50	20,0	20,0	20,0
	Ciências exactas	50	20,0	20,0	40,0
	Ciências da saúde	50	20,0	20,0	60,0
	Engenharias	50	20,0	20,0	80,0
	Artes e letras	50	20,0	20,0	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

No que concerne à variável sexo, verificou-se que 49,6% dos sujeitos são do sexo feminino e 50,4% são do sexo masculino, tal como se pode verificar na tabela seguinte.

Quadro 2 – Distribuição da amostra por sexo

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Válido	Feminino	124	49,6	49,6	49,6
	Masculino	126	50,4	50,4	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

No que diz respeito às idades dos inquiridos, 61,2% tinham idades entre os 18 e os 21 anos, 27,2% tinham idades entre os 22 e os 25 anos, 6,4% tinham idades entre os 26 e os 29 anos e 5,2% entre os 30 e os 33 anos.

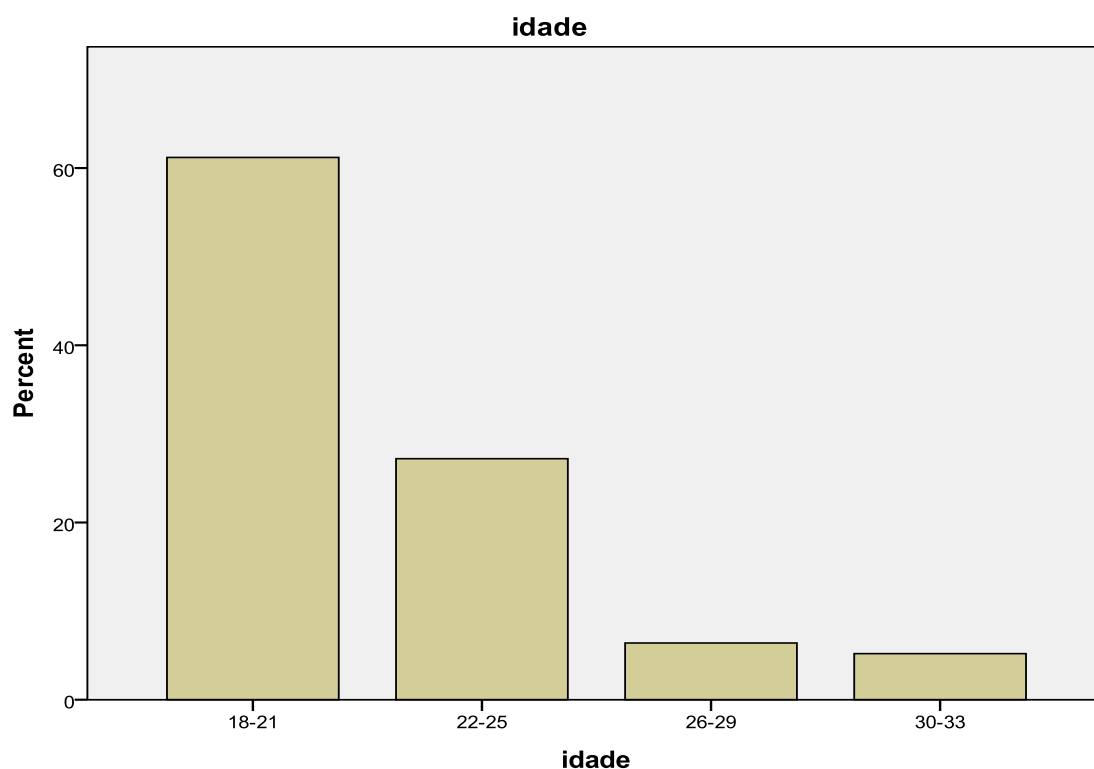


Gráfico 1 – Distribuição da amostra por idade

Relativamente à área de residência, 28,8% dos inquiridos são naturais da Covilhã e 71,2% são deslocados de outras cidades.

Quadro 3 – Distribuição da amostra por área de residência

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Acumulada
Válido	Covilhã	72	28,8	28,8	28,8
	Fora da Covilhã	178	71,2	71,2	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

No que concerne ao ano curricular 30,4% dos inquiridos frequentam o 1º ano, 37,2% encontram-se no 2º ano, 17,6% no 3º ano, 1,6% estão no 4º ano, 4% frequentam o 5º ano, 0,8% encontram-se no 6º ano, 6% estão no 1º ano do 2º ciclo e, 2,4% estão no 2º ano do 2º ciclo.

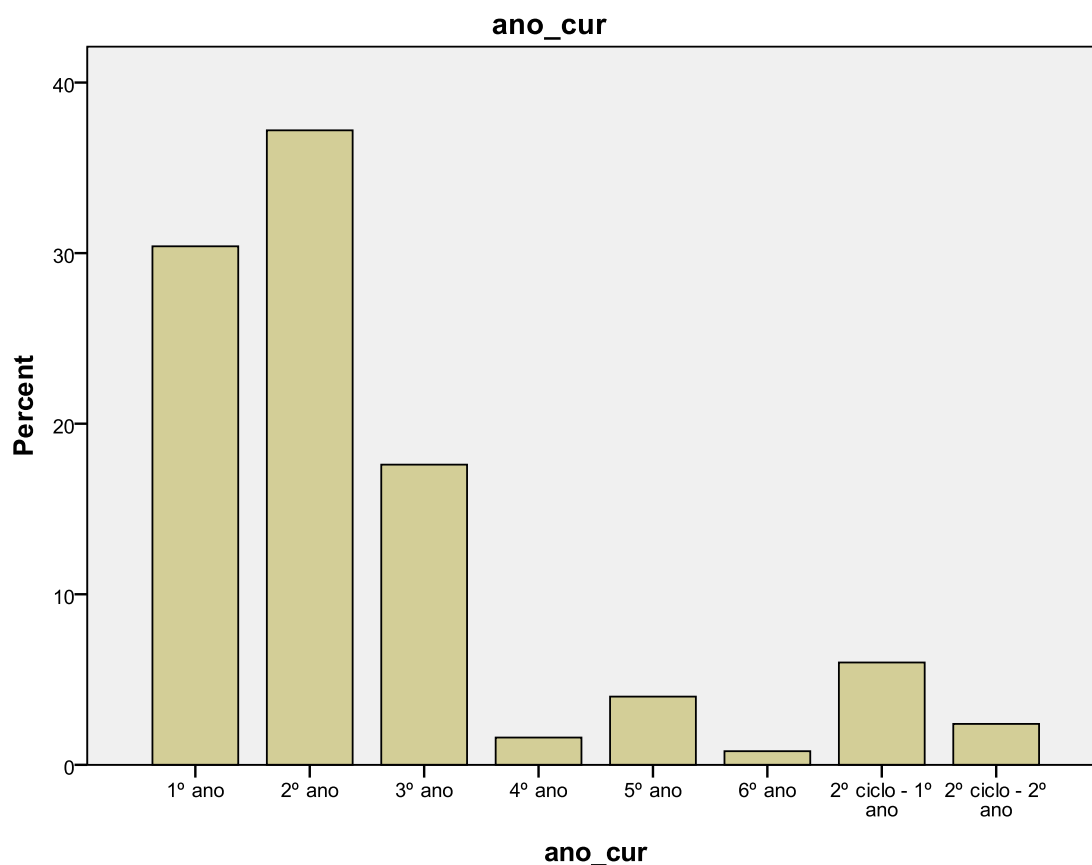


Gráfico 2 – Distribuição da amostra por ano curricular

Relativamente à distribuição de cada Unidade Científica Pedagógica por sexo, pode-se verificar que na área de Ciências Sociais e Humanas 50% dos inquiridos são do sexo masculino e 50% do sexo feminino, nas Ciências Exactas 62% são do sexo feminino e 38% do sexo masculino, nas Ciências da Saúde 70% dos inquiridos são do sexo feminino e 30% do sexo masculino, nas Engenharias 18% são do sexo feminino e 82% são do sexo masculino e, em Artes e Letras 49% dos respondentes são do sexo feminino e 51% são do sexo masculino.

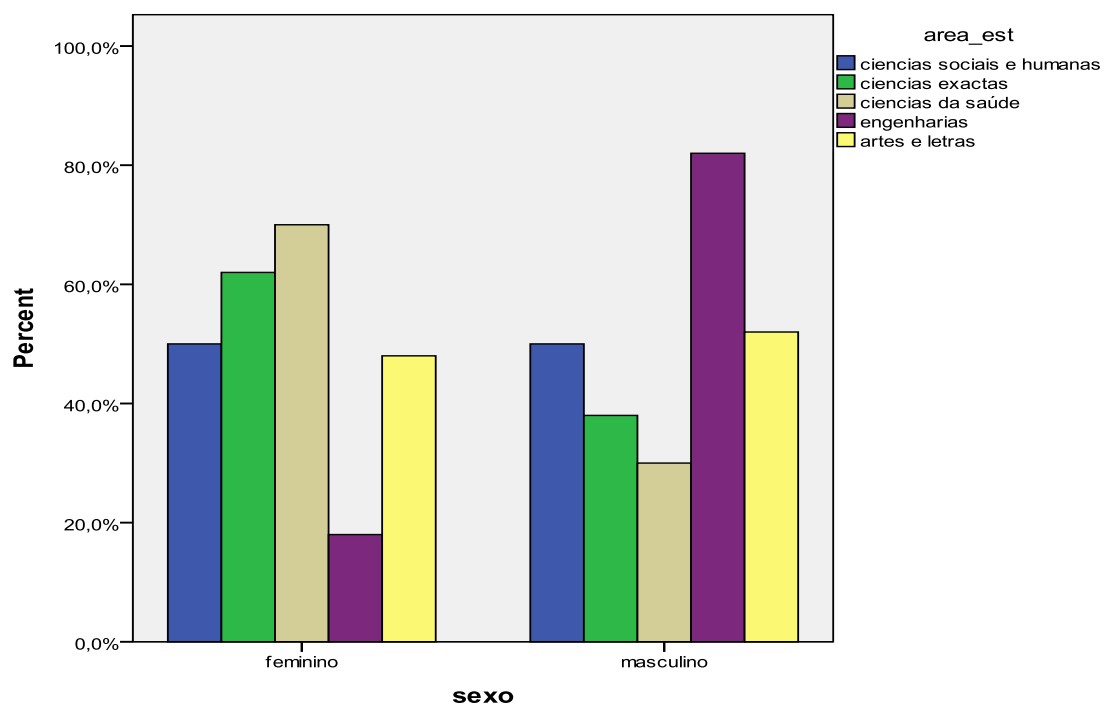


Gráfico 3 – Distribuição da amostra por área de estudo e sexo

2.4.2. Procedimento

Inicialmente, foi efectuada uma pesquisa bibliográfica acerca das temáticas dos comportamentos de saúde nos jovens e posteriormente nos estudantes universitários, assim como os instrumentos que avaliam esta variável nesta população.

Tendo seleccionado os instrumentos para a avaliação, foi submetido um pedido de autorização ao autor dos mesmos para aplicá-los. Tendo a autorização do autor, foram distribuídos os questionários de modo aleatório pelas diversas unidades científico-pedagógicas.

2.4.3. Instrumentos

1. Questionário sócio-demográfico

O questionário sócio-demográfico será elaborado de modo conhecer algumas das características da amostra, que poderão ou não influenciar os resultados: sexo, idade, local onde mora, área que está a estudar, o ano curricular em que se encontra actualmente e uma questão relativamente aos comportamentos de saúde na época de exames.

2. *Life-Style Assessment Questionnaire (LAQ)* (Hettler 1982) - “O meu estilo de vida” *OMEV – Versão adaptada para a população portuguesa por Ribeiro 1993*

O inventário “O meu estilo de vida” é uma versão adaptada, por Ribeiro 1993, para a população portuguesa do *Life-Style Assessment Questionnaire (LAQ)* de Hettler 1982 (Matos & Albuquerque, 2006). Ribeiro (1993) refere que o OMEV avalia o comportamento e as atitudes dos indivíduos em áreas associadas à saúde, sendo um instrumento de avaliação dos comportamentos de saúde e de risco (Albuquerque & Matos, s/d).

O “O meu estilo de vida” é um inventário de auto-resposta que tem como objectivo avaliar comportamentos de saúde e de risco. Esta escala é composta por 27 itens, tipo Likert, com 5 pontos, correspondendo 1 a “quase nunca” e 5 a “quase sempre”. Os itens questionam a frequência com que o indivíduo implementa determinadas acções (15 itens), e as atitudes para com determinadas acções (12 itens) (Albuquerque & Matos, n/d). Quanto mais elevados os resultados mais frequentes são os comportamentos de saúde (Tavares & Nunes, 2007).

Dos 27 itens, 24 foram adoptados do *Life-Style Assessment Questionnaire - LAQ* - de Hettler (1982). Porém, surgiu a necessidade de acrescentar 3 itens sobre atitudes sexuais que o LAQ não incluía, visto que na época em que o mesmo foi criado, no início da década de 80, o

comportamento sexual ainda não ter adquirido a importância social, com o impacto na saúde, que adquiriu posteriormente (Ribeiro, 1993).

Ribeiro realizou o processo de reconstrução e adaptação à população portuguesa em 1993, a partir da escala original, numa amostra de 609 estudantes. É de referir que os itens deste inventário estão intimamente relacionados com os comportamentos dos jovens, especialmente em estudantes universitários (Tavares & Nunes, 2007).

No OMEV existem 10 factores a serem avaliados: nutrição; poluição; exercício, sexual; prevenção; drogas; álcool; risco; auto; e protecção (Albuquerque & Matos, n/d).

Life-Style Assessment Questionnaire (LAQ) (Hettler, 1982; versão adaptada para a população portuguesa por Ribeiro, 1993). Com a designação portuguesa de “O Meu Estilo de Vida” (OMEV), o inventário permite avaliar comportamentos de saúde e de risco. É composto por 27 itens (numa escala de Likert com 5 categorias de resposta) que se agrupam em dez factores, com raízes latentes superiores a 1, que explicam 64,20% da variância: o primeiro caracteriza o cuidado com a alimentação - *Nutrição* (5 itens - e.g., “Tenho cuidado com o que como de modo a reduzir a ingestão de sal”); o segundo, a preocupação com o ambiente poluído *Poluição* (3 itens - e.g., “Evito estar em ambientes saturados de fumo de tabaco”); o terceiro, com o exercício - *Exercício* (3 itens - e.g., “Ando a pé ou de bicicleta diariamente”), o quarto, o cuidado com as relações sexuais - *Sexual* (3 itens - e.g., “Evito ter relações sexuais com pessoas que conheço mal”); o quinto, com a prevenção das doenças - *Prevenção* (3 itens - e.g., “Vou anualmente ao médico fazer um *checkup*”); o sexto, o cuidado com as drogas semilegais - *Drogas* (2 itens - e.g., “Evito utilizar estimulantes mesmo em épocas de exames”); o sétimo, a preocupação com as bebidas alcoólicas - *Álcool* (2 itens - e.g., “Não bebo mais de duas bebida alcoólica por dia”); o oitavo, a preocupação com o tabaco e medicamentos - *Risco* (2 itens - e.g., “Evito tomar medicamentos sem serem receitados pelo médico”); o nono, os cuidados com o transporte automóvel - *Auto* (2 itens - e.g., “Quando guio, ou quando viajo nalgum veículo, gosto de me manter dentro dos limites de velocidade”); e o décimo, a protecção da saúde - *Protecção* (2 itens - e.g., “Durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado”). A análise de consistência interna para a versão portuguesa, revelou, para todos os factores, valores de *alpha* de Cronbach acima dos 0.60; e um coeficiente de Spearman-Brown de 0.74.

3. Questionário *Locus* de controlo na saúde

Uma das primeiras tentativas de construir uma escala para avaliar o Locus-de-Controlo no contexto específico da saúde deve-se a Wallston e colaboradores em 1978 (Ribeiro, 1994).

As respostas são cotadas para que a uma maior pontuação, corresponda a uma maior internalidade. Ribeiro (1993) realizou o processo de reconstrução e adaptação desta escala à população portuguesa em dois estudos distintos e complementares com estudantes universitários, sendo esta escala constituída por duas dimensões: Locus de controlo externo/interno (8 itens) e Outros poderosos (6 itens) fazendo um total de 14 itens (Tavares & Nunes, 2007; Ribeiro, 1994). Os resultados da escala podem variar entre 14 e 98, sendo o valor mais baixo correspondente ao locus externo e o mais elevado ao locus interno. A resposta é dada numa escala de *Lickert* de 7 posições (Ribeiro, 1994).

2.5. Análise dos dados

Foi executada uma base de dados no sistema estatístico SPSS 18.0, através da qual se realizou o tratamento estatístico dos dados recolhidos. Este consistiu na análise descritiva dos mesmos, onde se calculou a média e o desvio padrão dos dados obtidos na avaliação dos comportamentos de saúde dos estudantes da Universidade da Beira Interior. Para a análise estatística dos testes foram utilizados os testes não paramétricos Kruskal-Wallis e a correlação de Spearman, o teste paramétrico *one-way* Anova.

2.6. Resultados

Relativamente aos hábitos de sono dos estudantes da Universidade da Beira Interior na época de exames, 77,2% dormem menos, 17,6% não sentem alterações e 5,2% dormem mais.

Quadro 4: Comportamentos de saúde em época de exames – hábitos de sono

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Válido	Dorme menos	193	77,2	77,2	77,2
	Dorme mais	13	5,2	5,2	82,4
	Não sente alterações	44	17,6	17,6	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

Relativamente ao consumo de tabaco na época de exames 40,8% dos estudantes fumam mais, 9,2% não sentem alterações, 0,4% fumam menos e 49,6% não são fumadores.

Quadro 5: Comportamentos de saúde em época de exames – consumo de tabaco

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Válido	Fuma menos	1	,4	,4	,4
	Fuma mais	102	40,8	40,8	41,2
	Não sente alterações	23	9,2	9,2	50,4
	Não fuma	124	49,6	49,6	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

No que diz respeito aos hábitos alimentares, 37,6% dos estudantes referem que não sentem alterações na sua alimentação, 31,6% comem menos e 30,8% comem mais.

Quadro 6: Comportamentos de saúde em época de exames – hábitos alimentares

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Válido	Come menos	79	31,6	31,6	31,6
	Come mais	77	30,8	30,8	62,4
	Não sente alterações	94	37,6	37,6	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

Relativamente à toma de medicação para reduzir os níveis de ansiedade 85,6% dos inquiridos referem não recorrer à medicação. Por outro lado, 14,4% dos estudantes recorrem à medicação.

Quadro 7: Comportamentos de saúde em época de exames – medicação

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Válido	Recorre à medicação para reduzir a ansiedade	36	14,4	14,4	14,4
	Não recorre à medicação para reduzir a ansiedade	214	85,6	85,6	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

No que concerne, ao consumo de álcool na época de exames 49,2% dos inquiridos referem que consomem álcool de forma normal, 46,4% mencionam que não consomem álcool e 4,4% consomem álcool em grandes quantidades.

Quadro 8: Comportamentos de saúde em época de exames – consumo de álcool

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Válido	Consome álcool em grandes quantidades	11	4,4	4,4	4,4
	Consome álcool normalmente	123	49,2	49,2	53,6
	Não consome álcool	116	46,4	46,4	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

De acordo com estes resultados, podemos concluir que, os estudantes ao dormirem e comerem menos, ao fumarem mais e ao continuarem a consumir álcool na fase de exames, a hipótese - *Os estudantes da Universidade da Beira Interior adoptam mais comportamentos de saúde inadequados nas épocas de exames do que nas outras épocas do ano lectivo*, é aceite.

O Meu Estilo de Vida

O primeiro passo para interpretar os dados do questionário “O Meu Estilo de Vida” é verificar se os resultados do mesmo assumem uma distribuição normal. Para tal foram efectuados os testes de normalidade de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors e de Shapiro-Wilk.

Quadro 9: Teste da Normalidade

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	Graus de liberdade	Significância	Estatística	Graus de liberdade	Significância
total_omev	,058	250	,043	,991	250	,116

Os níveis de significância não são suficientemente elevados para assumir a normalidade, ou seja, são inferiores a 0,05. Neste caso, os dados serão tratados através do teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, sendo esta uma alternativa ao teste ANOVA I.

De acordo com este teste, se o nível de significância é um valor inferior a 0,05 pode-se concluir que existe uma diferença estatisticamente significativa.

- Local de residência

Relativamente aos resultados do questionário “O Meu Estilo de Vida” quanto ao local de residência pode-se verificar que os estudantes que são da Covilhã apresentam melhor média (130,03) relativamente aos não naturais da Covilhã (123,67).

Quadro 10: Ranking da média – local de residência

	Cidade	N	Ranking da média
total_omev	Covilhã	72	130,03
	Fora da Covilhã	178	123,67
	Total	250	

Verifica-se que o nível de significância é alto ($> 0,05$). Logo, a hipótese - *Os estudantes da Universidade da Beira Interior naturais da Covilhã adoptam melhores comportamentos de saúde relativamente aos deslocados*, é rejeitada.

Quadro 11: Estatística de teste – local de residência

	total_omev
Qui-Quadrado	,398
Graus de liberdade	1
Asymp. Sig.	,528

- Unidade Científico-Pedagógica

No que concerne aos resultados do questionário “O Meu Estilo de Vida” quanto à área de estudo pode-se verificar que os estudantes das engenharias apresentam uma média de 147,71, os de ciências exactas 138,37, os de artes e letras de 125,28, os das ciências sociais e humanas de 118,92 e os das ciências da saúde de 97,22.

Quadro 12: Ranking da média – área de estudo

	Área de estudo	N	Ranking da média
total_omev	Ciências sociais e humanas	50	118,92
	Ciências exactas	50	138,37
	Ciências da saúde	50	97,22
	Engenharias	50	147,71
	Artes e letras	50	125,28
	Total	250	

Verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, visto que, o nível de significância é baixo ($0,006 < 0,05$). De acordo com a cotação do OMEV, as pontuações mais elevadas indicam mais comportamentos de saúde. Tendo em conta as médias de cada Unidade Científico-Pedagógica, a hipótese - *Os estudantes da área da saúde adoptam melhores comportamentos de saúde relativamente aos das outras áreas*, é rejeitada.

Quadro 13: Estatística de teste – área de estudo

	total_omev
Qui-quadrado	14,370
Graus de liberdade	4
Asymp. Sig.	,006

- Ano curricular

No que diz respeito aos resultados do questionário “O Meu Estilo de Vida” quanto ao ano curricular pode-se verificar que os estudantes do 6º ano apresentam uma média de 180,50; os de 1º ano 147,57; os de 2º ciclo – 1º ano 136,83; os de 3º ano 117,60; os de 2º ciclo – 2º ano 115,58; os de 2º ano 112,56; os de 5º ano 104,05 e os de 4º ano 92,50.

Quadro 14: Ranking da média – ano curricular

	ano_cur	N	Ranking da média
total_omev	1º ano	76	147,57
	2º ano	93	112,56
	3º ano	44	117,60
	4º ano	4	92,50
	5º ano	10	104,05
	6º ano	2	180,50
	2º ciclo - 1º ano	15	136,83
	2º ciclo - 2º ano	6	115,58
	Total	250	

Ao fazer a análise dos resultados, sendo o nível de significância superior a 0,05 (0,052), pode-se concluir que não existem diferenças significativas entre os anos curriculares. De acordo com as médias, a hipótese - *Os estudantes do primeiro ano têm melhores comportamentos de saúde relativamente aos dos restantes anos*, é rejeitada.

Quadro 15: Estatística de teste – ano curricular

	total_omev
Qui-quadrado	13,939
Graus de liberdade	7
Asymp. Sig.	,052

- Idade

Os resultados do questionário “O meu estilo de vida” relativamente à idade mostram-nos que os estudantes com as idades entre os 26-29 anos apresentam média de 162,03; dos 30-33 de 154,96; dos 22-25 têm uma média de 130,99 e dos 18-21 de 116,74.

Quadro 16: Ranking da média - idade

	Idade	N	Ranking da média
total_omev	18-21	153	116,74
	22-25	68	130,99
	26-29	16	162,03
	30-33	13	154,96
	Total	250	

Sendo o nível de significância inferior a 0,05 (0,031), pode-se afirmar que existem diferenças estatisticamente significativas. Ao analisar as médias entre as idades, pode-se concluir que a hipótese - *Os estudantes mais velhos têm melhores comportamentos de saúde relativamente aos mais novos, é aceite.*

Quadro 17: Estatística de teste - idade

	total_omev
Qui-quadrado	8,886
Graus de liberdade	3
Asymp. Sig.	,031

- Sexo

Relativamente aos resultados do questionário “O Meu Estilo de Vida” quanto ao sexo pode-se verificar que o sexo masculino apresenta melhores média (147,26) relativamente ao sexo feminino 103,39.

Quadro 18: Ranking da média - sexo

	Sexo	N	Ranking da média
total_omev	Feminino	124	103,39
	Masculino	126	147,26
	Total	250	

Verifica-se que o nível de significância é baixo ($< 0,05$) o que indica que há diferenças estatísticas significativas entre os sexos. De acordo com as médias pode-se afirmar que a hipótese - *Os estudantes do sexo feminino da Universidade da Beira Interior adoptam melhores comportamentos de saúde relativamente aos estudantes do sexo masculino*, é rejeitada.

Quadro 19: Estatística de teste -sexo

	total_omev
Qui-quadrado	23,019
Graus de liberdade	1
Asymp. Sig.	,000

Análise dos factores do OMEV

- Factor Nutrição

Este factor é constituído pelos itens 4, 5, 6, 18 e 22 do OMEV. No item - Tenho cuidado com o que como de modo a manter o peso recomendado para a altura que tenho, 18,8 % dos inquiridos referem que quase nunca têm cuidado e 10,8% responderam que quase sempre têm cuidado com o que come de modo a ter um peso recomendado. No item 5 - tenho cuidado com o que como de modo a reduzir a ingestão de sal, 24,4% demonstram que quase nunca têm cuidado, ao passo que 8,4% têm quase sempre essa preocupação. No item 6 - planifico a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes, dos inquiridos 28,8% não planificam enquanto que 7,6% apresentam esse cuidado. No item 18 – evito ingerir alimentos com gordura, 13,2% responderam quase sempre e 13,2% responderam quase nunca, tendo 30,4% respondido muitas vezes. No item 22 - evito ingerir alimentos que são feitos à base de açúcar (tais como bolos, chocolates, rebuçados, etc.), 24,0% referem quase nunca evitar enquanto que 13,6% afirmam quase sempre evitar.

- Factor Poluição

Este factor é composto pelos itens 19, 23, 24 e 25 do OMEV. No que diz respeito ao item 19 - devido aos efeitos potencialmente perigosos da cafeína evito tomar bebidas tais como café, chá, ou coca-cola, 44,0% quase nunca evita de ingerir este tipo de bebidas, enquanto que 10,0% quase sempre evitam. No item 23 – evito estar em ambientes saturados de fumo de tabaco, 24,4% quase nunca evitam ao passo que 18,0% evitam esse tipo de ambientes. No item 24- evito ambientes muito ruidosos, 20,4% responderam quase nunca e 13,2% responderam quase sempre. No item 25 – evito ambientes que tenham o ar poluído, 18,0% responderam quase nunca enquanto que 18,4 % responderam quase sempre.

- Factor Exercício

Este factor é constituído pelos itens 1, 2 e 3. No primeiro item – 38,0% dos inquiridos afirmam que quase nunca fazem exercício físico intenso durante pelo menos 20 minutos por dia, duas vezes ou mais por semana, enquanto que 12,8% afirmaram que quase sempre fazem. No item 2 – ando a pé ou de bicicleta diariamente, 26,4% responderam quase sempre, enquanto que 18,0% responderam quase nunca. No item 3 - Pratico desporto que faz suar, pelo menos duas vezes por semana (p. ex, corrida, ténis, natação, basquetebol, futebol, etc.), 39,2% responderam quase nunca enquanto que 10,4% responderam que quase sempre praticavam desporto.

- Factor Sexual

Este factor é constituído pelos itens 26, 27 e 28. No item 26 – evito mudar de parceiro sexual 4,8% responderam quase nunca ao passo que 64,0% responderam quase sempre. No item 27 – evito ter relações sexuais com pessoas que mal conheço, 69,2% quase sempre apresentam esse cuidado enquanto que 6,4% não têm essa preocupação. No item 28 - devido às doenças sexuais evito ter relações sexuais sem tomar precauções, 83,2% quase sempre tomam esse cuidado, ao passo que 4,0% não apresentam essa preocupação.

- Factor Prevenção

Este factor é composto pelos itens 10, 11 e 12 do OMEV. Relativamente à percentagem de alunos que verificam anualmente a pressão arterial, 31,2% responderam quase sempre, ao passo que 18,8% responderam quase nunca. No que diz respeito ao item 11, 44,8% afirmam que quase sempre vão ao dentista anualmente verificar o estado dos dentes, enquanto que 8,0% responderam quase nunca. No item 12, 23,2% dos inquiridos afirmam que quase sempre

vão fazer *check-ups* ao médico anualmente, ao passo que 17,2% relataram que quase nunca vão.

- Factor Drogas

Este factor é constituído pelos itens 20 e 21. No item 20, 66,4% dos inquiridos afirmam que quase sempre evitam usar estimulantes, enquanto que 10,0% não têm essa preocupação. No item que se refere ao uso de tranquilizantes 70,8% afirmaram que quase sempre evitam de tomá-los ao passo que 10,4% quase nunca evitam.

- Factor Álcool

Este factor é constituído pelos itens 7 e 13. No item 7, 32,0 afirmam que quase sempre evitam de beber mais do que 2 bebidas alcoólicas por dia, enquanto que 21,6% quase nunca evitam. No item 13 - Não guio (carro, motorizada, etc.) quando bebo demais, ou não viajo com um condutor que bebeu demais – 43,2% quase sempre evitam, enquanto que 22,8 quase nunca têm essa preocupação.

- Factor Risco

Este factor composto pelos itens é 16 e 17. No item 16 - Evito tomar medicamentos sem serem recomendados pelo médico – 42,4% dos inquiridos quase sempre evitam, ao passo que 3,6% quase nunca evitam. No item 17 – evito fumar, 48,4% quase sempre evitam, enquanto que 30,0% quase nunca evitam o consumo de tabaco.

- Factor Auto

Este factor é constituído pelos itens 14 e 15. No item 14 - Quando guio, ou quando viajo em algum veículo, gosto de me manter dentro dos limites de velocidade, 30,0% responderam quase sempre, ao passo que 8,0% responderam quase nunca. De acordo com os dados obtidos no item 15 - Quando viajo de carro no banco da frente, fora da cidade, coloco o cinto de segurança, 90,8% quase sempre têm esse cuidado, enquanto que 0,4% responderam quase nunca.

- Factor Protecção

Este factor é constituído pelos itens 8 e 9. De acordo com o item 8 - durmo número de horas suficientes para me sentir repousado, 12,8% responderam quase sempre, ao passo que 14,4% responderam quase nunca. No item 9 - mantenho as minhas vacinas em dia, 83,6% responderam quase sempre, enquanto que 1,2% responderam quase nunca.

Questionário Locus de controlo da Saúde

Os níveis de significância são suficientemente elevados para assumir a normalidade, ou seja, são superiores a 0,05. Neste caso, os dados serão tratados através do teste paramétrico ANOVA.

Quadro 20: Teste da Normalidade

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	Graus de liberdade	Significância	Estatística	Graus de liberdade	Significância
total_locus	,051	250	,200*	,995	250	,534

• Sexo

A análise dos resultados mostra que a média total de locus de controlo, por sexo, é de 59,13. Por grupos, as médias variam entre 58,99 e os 59,27, apresentando o sexo masculino maior internalidade que o sexo feminino.

Quadro 21: Descritivas - sexo

	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	Média com um intervalo de confiança de 95%		Mínimo	Máximo
					Limite inferior	Limite superior		
Feminino	124	58,99	9,852	0,885	57,24	60,74	32	93
Masculino	126	59,27	9,854	0,878	57,53	61,01	27	84
Total	250	59,13	9,835	0,622	57,91	60,36	27	93

- Idade

A análise dos resultados mostra que a média total de locus de controlo, é de 59,13. Por grupos, as médias variam entre 57,81 e os 60,23. Tal indica que o intervalo de idades que apresentam maior internalidade é entre os 30-33 e externalidade entre os 26-29.

Quadro 22: Descritivas - idade

	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	Média com um intervalo de confiança de 95%		Mínimo	Máximo
					Limite inferior	Limite superior		
18-21	153	59,41	10,025	,810	57,80	61,01	32	93
22-25	68	58,62	8,713	1,057	56,51	60,73	39	77
26-29	16	57,81	13,034	3,259	50,87	64,76	27	81
30-33	13	60,23	9,576	2,656	54,44	66,02	52	84
Total	250	59,13	9,835	,622	57,91	60,36	27	93

- Cidade

A análise dos resultados mostra que a média total de locus de controlo é de 59,13. Por grupos, as médias variam entre 57,32 e os 59,87. Isto evidencia que os estudantes naturais da Covilhã apresentam menos internalidade relativamente aos deslocados.

Quadro 23: Descritivas - cidade

	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	Média com um intervalo de confiança de 95%		Mínimo	Máximo
					Limite inferior	Limite superior		
Covilhã	72	57,32	10,468	1,234	54,86	59,78	32	79
Fora Covilhã	178	59,87	9,499	,712	58,46	61,27	27	93
Total	250	59,13	9,835	,622	57,91	60,36	27	93

• Área de estudo

A análise dos resultados mostra que a média total de locus de controlo é de 59,13. Por grupos, as médias variam entre 56,40 e os 62,50. Isto indica que os estudantes das artes e letras apresentam maior internalidade relativamente às restantes áreas, sendo a área da saúde a de menor internalidade.

Quadro 24: Descritivas – área de estudo

	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	Média com um intervalo de confiança de 95%		Mínimo	Máximo
					Limite inferior	Limite superior		
Ciências sociais e humanas	50	57,28	9,961	1,409	54,45	60,11	27	78
Ciências exactas	50	61,18	7,992	1,130	58,91	63,45	43	78
Ciências da saúde	50	56,40	9,788	1,384	53,62	59,18	39	84
Engenharias	50	58,30	8,714	1,232	55,82	60,78	41	79

Artes e letras	50	62,50	11,35 7	1,606	59,27	65,73	41	93
Total	250	59,13	9,835	,622	57,91	60,36	27	93

• Ano curricular

A análise dos resultados mostra que a média total de locus de controlo é de 59,13. Por grupos, as médias variam entre os 46,00 e os 64,17, sendo os estudantes do 2º ano, 2 ciclos os que apresentam maior internalidade e os do 6º ano menor internalidade.

Quadro 25: Descritivas – ano curricular

total_locus

	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	Média com um intervalo de confiança de 95%		Mínimo	Máximo
					Limite inferior	Limite superior		
1º ano	76	59,36	10,044	1,152	57,06	61,65	32	84
2º ano	93	60,39	9,789	1,015	58,37	62,40	39	93
3º ano	44	59,43	7,998	1,206	57,00	61,86	40	79
4º ano	4	55,00	9,661	4,830	39,63	70,37	47	69
5º ano	10	49,40	7,291	2,306	44,18	54,62	39	63
6º ano	2	46,00	9,899	7,000	- 42,94	134,94	39	53
2º ciclo - 1º ano	15	56,67	11,191	2,889	50,47	62,86	27	74
2º ciclo - 2º ano	6	64,17	10,797	4,408	52,84	75,50	51	78
Total	250	59,13	9,835	,622	57,91	60,36	27	93

Análise dos factores do Questionário Locus de Controlo na Saúde

✓ Factor locus de controlo

Este factor é constituído pelos itens 2, 3, 4, 6, 7, 8, 12 e 13. No item 2 - O facto das pessoas se sentirem bem ou não, depende, muitas vezes, do acaso, 17,6% dos inquiridos discordam totalmente, ao passo que 6,4% concordam totalmente. No item 3 - As pessoas que nunca adoecem é porque têm muita sorte, 31,6% discordam totalmente, enquanto que 1,2% concordam totalmente. No item 4 - Em saúde não se pode invocar quase nunca "má sorte", 9,6% discordam totalmente, ao passo que 18,4% concordam totalmente com este facto. No item 6 - Recuperar de uma doença não tem nada a ver com a sorte, 2,8% dos inquiridos discordam totalmente, enquanto que 32,4% concordam totalmente. No item 7 - Ter ou não boa saúde é, apenas, uma questão de sorte, 40% dos estudantes discordam totalmente, ao passo que 1,6% concordam totalmente. Relativamente ao item 8 - Se uma pessoa tiver cuidado com o que faz consegue evitar muitas doenças, 0,8% discordam totalmente, enquanto que 47,2% concordam totalmente. No que diz respeito ao item 12 - Muitas das coisas que afectam a saúde das pessoas são fruto do acaso, 21,2% discordam totalmente, ao passo que 1,2% concordam totalmente. No item 13 - A sorte desempenha um papel importante na quantidade de tempo que uma pessoa leva a recuperar de uma doença, 25,2% discordam totalmente enquanto que 2,4% concordam totalmente.

• Factor Outros Poderosos

Este factor é composto pelos itens 1, 5, 9, 10, 11 e 14. No que diz respeito ao item 1- Procurar um médico para fazer *check ups* regulares é um factor chave para se manter saudável, 47,2% dos inquiridos concordam totalmente, enquanto que 1,6% discordam totalmente. Relativamente ao item 5 - Para se recuperar de uma doença são necessários, essencialmente,

bons cuidados médicos 30,0% concordam totalmente, ao passo que 2,0% discordam totalmente. No item 9 - Manter contacto regular com o médico é a única maneira de evitar de ficar doente 11,6% discordam totalmente, enquanto que 4,8% concordam totalmente. No item 10 - No que diz respeito à saúde, as pessoas têm, apenas, de seguir as instruções do seu médico, 7,2% dos inquiridos discordam totalmente, ao passo que 5,2% concordam totalmente. No que diz respeito ao item 11 - Quando alguém recupera de uma doença é, normalmente, porque algumas pessoas (por exemplo o médico ou a enfermeira, família, amigos) tomaram bem conta dela, 4,4% discordam totalmente, enquanto que 8,4% concordam totalmente. No item 14 - Consultar regularmente um bom médico é a única coisa que se pode fazer para não ter problemas de saúde, 20,0% dos inquiridos discordam totalmente, ao passo que 6,8% concordam totalmente.

• O Meu Estilo de Vida / Locus de Controlo na Saúde

Verifica-se que a correlação não é significativa, visto que o valor é superior a 0,05. Logo a hipótese - *Existe relação entre a frequência dos comportamentos de saúde nos estudantes da Universidade da Beira Interior e o locus de controlo na saúde*, é rejeitada.

Quadro 26: Correlação de Spearman

			total_omev	total_locus
Spearman's rho	total_omev	Coeficiente de correlação	1	0,022
		Sig. (2-tailed)	.	0,729
		N	250	250
	total_locus	Coeficiente de correlação	0,022	1
		Sig. (2-tailed)	0,729	.
		N	250	250

2.7. Discussão dos resultados

Tomando em consideração a questão da investigação, a análise dos resultados obtidos nesta evidência que os estudantes da Universidade da Beira interior apresentam comportamentos pouco saudáveis para a saúde na época de exames, sendo afectados em grande escala, os hábitos de sono, vindo estes resultados confirmar, o que Gomes e colaboradores (2009) referiram, que os hábitos de sono, na população universitária assim como as durações de sono mostram-se com frequência ligeiramente inferiores às de outras populações adultas.

Outro comportamento afectado é relativamente ao consumo de tabaco, visto que, dos estudantes fumadores, grande parte fumam mais na época de exames, confirmando o que Conway e colaboradores constataram que sendo a época de exames uma fase de maior stress, os universitários aumentavam o consumo de tabaco e de café (Dias et al, 2001).

No que concerne à alimentação na fase de exames, grande proporção da amostra (62,4%) sentem alterações na mesma podendo este facto estar relacionado com o stress vivido nessa época. Embora, grande percentagem dos estudantes afirmem que não recorrem à medicação para reduzir o stress, a percentagem dos que tomam torna-se um facto preocupante, visto que esta é tomada, por alguns estudantes sem prescrição médica, tal pode-se verificar também no item 16 do OMEV. A automedicação, quando feita, é mais comum nos homens do que nas mulheres, e nas idades entre os 18 e os 21 anos. Este facto vem contrariar o estudo realizado na Escola Superior de Saúde de Viseu, em que os resultados demonstram que a automedicação é mais frequente nas mulheres (53 %). A prática é recorrente nos estudantes mais velhos: 58,8 % nos estudantes com idades entre os 25 e 29 anos, 54,7 % com idades entre 21 a 25 anos e 46,8 % entre os 17 e os 21 anos.

No que diz respeito ao consumo de álcool, mais de metade da amostra afirma que continuam a consumir álcool em época de exames, sendo muitas vezes mais do que duas bebidas alcoólicas sendo isto também verificado no item 7 do questionário OMEV.

Ao analisar os factores todos do OMEV, pode-se verificar que os mais afectados são a nutrição, a poluição e o exercício. Isto vem comprovar o que já tinha sido referido anteriormente, que nos estudantes universitários existe uma baixa prevalência de alimentação saudável, com elevada ingestão de alimentos doces e ricos em gordura e uma reduzida ingestão de frutas e legumes. Os maus hábitos alimentares dos universitários podem estar a

ser influenciados pelos novos comportamentos e relações sociais, sugerindo indícios de compulsão alimentar em alguns alunos que, quando ansiosos como por exemplo na época de exames, podem transformar a alimentação num refúgio nas situações de stress físico e mental, (Marcondelli, Costa & Schmitz, 2008). Relativamente ao factor poluição, os resultados poderão estar relacionados com as vivências académicas dos estudantes, tais como bares e discotecas. Relativamente ao factor nutrição, as percentagens vieram comprovar que o estudo realizado por Marcondelli e colaboradores em 2008 em que foi concluído que 46% dos estudantes eram inactivos ou se exercitavam irregularmente.

Relativamente à análise dos questionários, estes concluíram que os estudantes da Universidade da Beira Interior naturais da Covilhã adoptam piores comportamentos de saúde relativamente aos deslocados. Isto veio comprovar que o ensino superior providencia um certo grau de liberdade nunca antes experimentado, havendo várias alterações nos estilos de vida dos estudantes, sendo estes afectados por vários factores, sendo os maiores a influência dos colegas e as exigências do novo contexto ao qual têm que se adaptar e onde muitas vezes a questão do suporte está subjacente (Loureiro, 2006).

De acordo com os dados, os estudantes da área da saúde não adoptam melhores comportamentos de saúde relativamente aos das outras áreas. Este resultado veio realçar a ineficácia da aprendizagem das ciências da saúde. Esta não é totalmente inesperada, visto que as práticas relacionadas com a saúde não se prendem apenas com a aquisição de conhecimentos, mas também com outros aspectos vivenciais e comportamentais, associados a variáveis de carácter pessoal, relacional e institucional que afectam a adaptação, o desenvolvimento psicossocial e a realização académica do estudante (Dias et al, 2001).

Os resultados também evidenciaram que os estudantes do primeiro ano têm piores comportamentos de saúde relativamente aos dos restantes anos e os estudantes mais velhos têm melhores comportamentos de saúde relativamente aos mais novos. Este facto veio contradizer, o estudo realizado por Franca e Colares (2009), em que, os resultados atingidos mostraram que os comportamentos benéficos para a saúde apresentaram uma tendência a ser menos frequente entre os estudantes que estavam no final do curso.

Também foi verificado que os estudantes do sexo feminino da Universidade da Beira Interior adoptam piores comportamentos de saúde relativamente aos estudantes do sexo masculino. Este facto mostra uma contradição nos resultados do estudo realizado por Pereira e Silva

(2002), com 246 sujeitos que verificaram que as mulheres parecem ter uma prática de comportamentos saudáveis superior à dos homens.

Os resultados indicam que não existe relação entre a frequência dos comportamentos de saúde nos estudantes da Universidade da Beira Interior e o locus de controlo na saúde, o que comprova o que Almeida e Pereira (2006) relataram, que caso a pessoa valorize pouco a saúde ou privilegie outros domínios da sua vida como por exemplo o lazer, as crenças específicas de controlo não permitirão qualquer predição do seu comportamento na área da saúde.

3. Conclusões

O presente trabalho vem reforçar a necessidade de dar maior atenção aos comportamentos de saúde dos estudantes universitários, assim como explorar os factores que possam contribuir para a aquisição e manutenção dos mesmos, de modo a que possa ser feita uma prevenção neste âmbito.

Tendo em conta aos resultados do estudo, torna-se relevante uma intervenção visando a promoção da saúde, desde que os estudantes ingressam na universidade até ao final do percurso universitário, isto porque, para além do trabalho curricular, o desfrutar da vida académica, locais de lazer como bares e discotecas, assim como o ambiente sociocultural pode acabar por desencadear comportamentos de risco, tais como consumo de álcool e tabaco, que poderão provocar sérias consequências nas suas vidas futuras.

Também torna-se importante dar atenção aos alunos deslocados, visto que, ao estarem fora do ambiente familiar, faz com que fiquem sujeitos de forma mais intensa a novas influências e a uma diminuição do controlo e influência da família, podendo estas serem propícias a estilos de vida pouco saudáveis.

Tal como Precioso (2004) diz: *“Se a Universidade apostar na Educação para a Saúde promoverá certamente a adopção de estilos de vida mais saudáveis e capacitará os seus alunos, uma vez profissionalizados, a participarem cada vez mais activa e eficazmente na construção de uma sociedade mais saudável.”*

Referências Bibliográficas

Albuquerque, C. M. S. & Matos, A. P. S. (s/d). *Estilo de vida, percepção e estado de saúde em estudantes do instituto politécnico de Viseu: influência da área de formação. Educação, Ciência e Tecnologia*. 184-200

Almeida, J. P. & Pereira, M. G. (2006). *Locus de controlo na saúde: conceito e validação duma escala em adolescentes com diabetes tipo I. Psicologia, Saúde & Doenças*. 7 (2): 221-238

Andrade, M. C. P. (2000). *Influência das Variáveis Psicossociais nos Comportamentos Orientados para a Saúde Genética: Modelos Teóricos. Referência*. 5

Assumpção, L.O.T.; Morais, P.P; Fontoura, H. (2002). *Relação entre atividade física, saúde e qualidade de vida. Notas Introdutórias. Lecturas: EF y Deportes*. Buenos Aires. Ano 8 n.52

Bennett, P. e Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Climepsi

Brevidelli, M. M. & Cianciarullo, T. I. (2001). *Aplicação do modelo de crenças em saúde na prevenção dos acidentes com agulha. Revista de Saúde Pública*. 35 (2): 193-201

Clemow, L. (2004). *"Health Belief Model."* *Encyclopedia of Health and Behavior*.. SAGE Publications. 7 Apr. 2010. <http://www.sage-ereference.com/behavior/Article_n113.html>.

Colares, V.; Franca, C. & Gonzalez, E. (2009). *Condutas de saúde entre universitários: diferenças entre géneros. Caderno de Saúde Pública*, 25 (3): 521-528

Coleta, M. F. D. (2003). *Escalas para Medida das Crenças em Saúde: Construção e Validação. Avaliação Psicológica*. 2 (2): 111-122

Corte-Real, N.; Dias, C.; Corredeira, R.; Barreiros, A.; Bastos, T. & Fonseca, A. M. (s/d). *Prática desportiva de estudantes universitários: o caso da Universidade do Porto*. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*. 8(2): 219–228

Costa, E. S. & Leal, I. (2008). *Um olhar sobre a saúde psicológica dos estudantes do ensino superior – Avaliar para intervir*. *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Universidade do Porto

Costa, E. & Leal, I. (2004). *Estratégias de Coping e Saúde Mental em Estudantes Universitários de Viseu*. *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

Couto, A. J. (1998). *O Modelo de Crenças na Saúde e a Teoria do Comportamento Planeado na Educação para a Saúde*. *Revista Referência*, nº 1

Dias, M. R.; Costa, A. C.; Manuel, P.; Neves, A. C.; Geada, M. & Justo, J. M. (2001). *Comportamentos de Saúde em Estudantes que Frequentam Licenciaturas no Âmbito das Ciências da Saúde*. *Revista Portuguesa de Psicossomática*. 3 (2), 207-220

Dias, M. R.; Duque, A. F.; Silva, M. G. & Durá, E. (2004). *Promoção da saúde: O renascimento de uma ideologia? Análise Psicológica*. 3 (XXII): 463-473

DiClemente, R., Hansen, W. & Ponton, E. (1996). *Handbook of adolescent health risk behavior*. New York: Plenum Press.

Ferreira, J. A.; Almeida, L. S. & Soares, A. P. C. (2001). *Adaptação académica em estudante do 1º ano: diferenças de género, situação de estudante e curso*. *Psico-USF*, 6 (1): 01-10

Figueiredo, R. M. & Oliveira, M. A. P. (1995). *Necessidades de estudantes universitários para implantação de um serviço de orientação e educação em saúde mental*. *Revista Latino-americana de enfermagem*. 3 (1), 5-18

Fiorini, J. E. & Alves, A. L. (1999). *Uso de drogas lícitas e ilícitas no meio universitário de Alfenas. Revista Universitária de Alfenas. 5: 263-267*

Franca, C. & Colares, V. (2009). *Conduas de Saúde entre Estudantes de Odontologia. Neurobiologia, 72 (2): 71-82*

Franca, C. & Colares, V. (2008). *Estudo comparativo de condutas de saúde entre universitários no início e no final do curso. Revista de Saúde Pública. 42 (3), 420-7*

Gerrard, M., Gibbons, F.X., Benthin, A. e Hessling, R. (1996). *The reciprocal nature of risk behaviors and cognitions: What you think shapes what you do and vice versa. Health Psychology, 15, 344-354.*

Gir, E.; Moriya, T. M.; Hayashida, M.; Duarte, G. & Machado, A. A. (1999). *Medidas preventivas contra a AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis conhecidas por universitários da área de saúde. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 7 (1): 11-17*

Gomes, A. A.; Tavares, J. & Azevedo, M. H. P. (2009). *Padrões de Sono em Estudantes Universitários Portugueses. Acta Médica Portuguesa. 22 (5): 545-552*

Gonzalez, B. & Ribeiro, J. P. (2004). *Comportamentos de Saúde e Dimensões de Personalidade em Jovens Estudantes Universitárias. Psicologia, Saúde & Doenças. 5 (1), 107-127*

Grilo, A. M. & Pedro, H. (2005). *Contributos da Psicologia para as profissões da saúde. Psicologia, Saúde & Doenças. 6 (1), 69-89*

Igue, E. A.; Bariani, I. C. D. & Milanesi, P. V. B. (2008). *Vivência acadêmica e expectativas de universitários ingressantes e concluintes. Psico-USF, 13 (2): 155-164*

Kerr-Corrêa, F.; Andrade, A. G.; Bassit, A. Z. & Boccuto, N. M. V. F. (1999). *Uso de álcool e drogas por estudantes de medicina da Unesp. Revista Brasileira de Psiquiatria, 21 (2)*

Lima, M. B.; Lima, G. B.; Coelho, F. B. & Sousa, R. R. (2007). *Consumo de drogas por estudantes do ensino superior: implicações na qualidade de vida*. *Revista Ciência e Saúde*. 2 (1): 91-102

Loureiro, E. M. F. (2006). *Estudo da Relação entre o Stress e os Estilos de Vida nos Estudantes de Medicina*. Instituto de Educação e Psicologia – Universidade do Minho

Maia, A. C. & Seabra, A. (2007). *Experiências adversas, comportamentos de risco, queixas de saúde e preocupações modernas de saúde em universitários: uma comparação entre diferentes licenciaturas*. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (2): 167-180

Martins, A. C. & Jesus, S. N. (s/d). *Escala de Avaliação de Estilos de Vida e Métodos de Estudo para o Ensino Superior*. Psycaware

Martins, A.; Pacheco, A. & Jesus, S. N. (2008). *Estilos de Vida de Estudantes do Ensino Superior*. *Advances in Health Psychology*. 16 (2) 100-105

Marcondelli, P.; Costa, T. H. M. & Schmitz, B. A. S. (2008). *Nível de atividade física e hábitos alimentares de universitários do 3º ao 5º semestres da área da saúde*. *Revista de Nutrição*. 21(1): 39-47

Matos, M. G.; Carvalhosa, S. F.; Fonseca, H. (2001). *O Comportamento Alimentar dos Jovens Portugueses*. *Aventura Social e Saúde*. Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa, 5 (1).

Matos, G. M.; Gaspar, T.; Vitória, P. & Clemente, M. P. (2003). *Comportamentos e Atitudes Sobre o Tabaco em Adolescentes Portugueses Fumadores*. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 4 (2): 205-219

Matos, A. P. S. & Sousa-Albuquerque, C. M. (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*. 6 (3): 647-663

Matos, M. G.; Simões, C.; Carvalhosa, S. F. & Reis, C. (1998). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses Estudo Nacional da Rede Europeia HBSC /OMS*. Aventura Social & Saúde

Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi

Oliveira, M.; Soibelman, M. & Rigoni, M. (2007). *Estudo de Crenças e Expectativas Acerca do Álcool em Estudantes Universitários*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 7 (2): 421-433

Pagotti, A. W.; Mendonça, D. M. R.; Alves, M. A. G. & Labiak, F. P. (2006). *As preocupações dos estudantes universitários do curso de psicologia de duas instituições de ensino superior*.

Pereira, A. S. (2006). *Comportamentos de saúde em alunos universitários: viabilidade da aplicação do HBSC ao ensino superior*. Departamento de Ciências da Educação – Universidade de Aveiro

Pereira, M.; Sarrico, L.; Oliveira S.; Parente, S. (2000). *Aprender a escolher: promoção da saúde no contexto escolar*. *Psicologia: teoria, investigação e prática*. 1, 147-158

Pereira, M. G. & Silva, S. (2002). *Atribuição de sintomas, comportamentos de saúde e adesão em utentes de Centro de Saúde da Zona Norte*. *Avaliação Psicológica*, 1(XX): 35-34

Pontes, J. P.; Rocha, P. C. B.; Ganem, K. M. G. & Milani, R. G. (2009). *Levantamento do uso de álcool e outras drogas entre estudantes de graduação de uma instituição de ensino superior*. *Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar*

Precioso, J. (2004). *Educação para a Saúde na Universidade: um estudo realizado em alunos da Universidade do Minho. Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias.* 3 (2)

Precioso, J. (2004). *Quando e porquê começam os estudantes universitários a fumar: Implicações para a prevenção. Análise Psicológica.* 3 (XXII): 499-506

Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e Saúde.* Lisboa, ISPA

Ribeiro, J. L. P. (1993). *Características psicológicas associadas à saúde em estudantes, jovens, da cidade do Porto.* Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação - Universidade do Porto

Ribeiro, J. L. P. (2004). *Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças. Análise Psicológica.* 2 (XXII): 387-397

Rocha, E.(2008). *Universidades Promotoras de Saúde. Revista Portuguesa de Cardiologia.* 27 (1): 29-35

Santana, S. M. & Negreiros, J. (2008). *Consumo de álcool e depressão em jovens portugueses. Revista Toxicodependências.* 14 (1): 17-24

Segre, M. & Ferraz, F. C. (1997). *O conceito de saúde. Revista de Saúde Pública.* 31 (5): 538-42

Silva, I. G. (2002). *Promoção da Saúde e a Prevenção da Doença na Prática Curativa da Enfermagem na Comunidade – Perspectivas do Enfermeiro.* Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Silva, L. V. E. R.; Malbergier, A.; Stempliuk, V. A. & Andrade, A. G. (2006). *Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. Revista de Saúde Pública.* 40 (2): 280-288

Vieira, V. C. R.; Piore, S. E.; Ribeiro, S. M. R.; Franceschini, S. C. C. & Almeida, L. P. (2002). *Perfil socioeconômico, nutricional e de saúde de adolescentes recém-ingressos em uma universidade pública brasileira. Revista de Nutrição*, 15 (3): 273-282

Wallston, K. (2004). "Control and Health." *Encyclopedia of Health and Behavior*. SAGE Publications. 7 Apr. 2010. <http://www.sage-ereference.com/behavior/Article_n67.html>.

[http://. www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol1_531.html](http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol1_531.html)

Universitários recorrem a automedicação para ter bom rendimento – disponível em <http://www.tribunamedicapress.pt/nacional-1/12299-universitarios-recorrem-a-automedicacao-para-ter-bom-rendimento>

ANEXOS

ANEXO 1

Questionário Sócio-Demográfico

Todos os dados obtidos neste questionário destinam-se exclusivamente para fins de caracterização da amostra, garantindo-se o anonimato e confidencialidade dos mesmos.

1. Sexo:

1.1. Feminino

1.2. Masculino

2. Idade: _____

3. Cidade onde mora: _____

4. Área que está a estudar:

4.1. Ciências Sociais e Humanas

4.2. Ciências Exactas

4.3. Ciências da Saúde

4.4. Engenharias

4.5. Artes e Letras

5. Ano Curricular que se encontra neste momento: _____

6. Considera que os seus comportamentos de saúde são afectados na época de exames? Em que sentido?

6.1. Dorme menos Dorme mais Não sente alterações

6.2. Fuma menos Fuma mais Não sente alterações Não fuma

6.3. Come menos Come mais Não sente alterações

6.4. Recorre à medicação
ansiedade Não recorre à medicação para reduzir a
reduzir a ansiedade

6.5. Consome álcool em
grandes quantidades Consome álcool
normalmente Não consome álcool

Obrigado pela sua colaboração

ANEXO 2

O MEU ESTILO DE VIDA

Neste questionário pretendemos que descreva o seu comportamento do dia a dia em diversas áreas que estão associadas à saúde. Por favor responda às afirmações que aparecem abaixo, utilizando os seguintes critérios:

- A – Quase sempre (90% ou mais das vezes)
- B – Com muita frequência (cerca de 75% das vezes)
- C – Muitas vezes (cerca de 50% das vezes)
- D – Ocasionalmente (cerca de 25% das vezes)
- E – Quase nunca (menos de 10% das vezes)

	Quase Sempre	Com muita Frequência	Muitas Vezes	Ocasionalmente	Quase Nunca
Faço exercício físico intenso durante pelo menos 20 minutos por dia, duas vezes ou mais por semana.	A	B	C	D	E
Ando a pé ou de bicicleta diariamente.	A	B	C	D	E
Pratico desporto que faz suar, pelo menos duas vezes por semana (p. ex, corrida, ténis, natação, basquetebol, futebol, etc.).	A	B	C	D	E
Tenho cuidado com o que como de modo a manter o peso recomendado para a altura que tenho.	A	B	C	D	E
Tenho cuidado com o que como de modo a reduzir a ingestão de sal.	A	B	C	D	E
Planifico a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes.	A	B	C	D	E
Não bebo mais de duas bebidas alcoólicas por dia.	A	B	C	D	E
Durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado.	A	B	C	D	E
Mantenho as minhas vacinas em dia.	A	B	C	D	E
Verifico anualmente a minha pressão arterial.	A	B	C	D	E
Vou ao dentista anualmente verificar o	A	B	C	D	E

estado dos meus dentes.

Vou anualmente ao médico fazer um <i>checkup</i>	A	B	C	D	E
Não guio (carro, motorizada, etc.) quando bebo demais, ou não viajo com um condutor que bebeu demais.	A	B	C	D	E
Quando guio, ou quando viajo nalgum veículo, gosto de me manter dentro dos limites de velocidade.	A	B	C	D	E
Quando viajo de carro no banco da frente, fora da cidade, coloco o cinto de segurança.	A	B	C	D	E
Evito tomar medicamentos sem serem recomendados pelo médico.	A	B	C	D	E
Evito fumar.	A	B	C	D	E
Evito ingerir alimentos com gordura	A	B	C	D	E
Devido aos efeitos potencialmente perigosos da cafeína evito tomar bebidas tais como café, chá ou coca-cola.	A	B	C	D	E
Evito utilizar estimulantes (anfetaminas ou outros) mesmo em épocas de exames.	A	B	C	D	E
Evito tomar tranquilizantes.	A	B	C	D	E
Evito ingerir alimentos que são feitos à base de açúcar (tais como bolos, chocolates, rebuçados, etc.).	A	B	C	D	E
Evito estar em ambientes saturados de fumo de tabaco.	A	B	C	D	E
Evito os ambientes muito ruidosos.	A	B	C	D	E
Evito os ambientes que tenham o ar Poluído.	A	B	C	D	E
Evito mudar de parceiro sexual.	A	B	C	D	E
Evito ter relações sexuais com pessoas que conheço mal.	A	B	C	D	E
Devido às doenças sexuais evito ter relações sexuais sem tomar precauções.	A	B	C	D	E

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

ANEXO 3

LOCUS DE CONTROLO DE SAÚDE (RIBEIRO 1994)

Vai encontrar, a seguir, um conjunto de afirmações acerca da maneira como as pessoas pensam acerca da saúde. À frente de cada afirmação encontra 7 letras (de A a G). Se assinalar a A significa que discorda totalmente da afirmação e que você nunca a faria; se assinalar a letra G significa que concorda totalmente e que corresponde totalmente à sua maneira de pensar. Entre estes dois extremos tem ainda 5 possibilidades (5 letras) de escolha, consoante estiver mais em desacordo ou de acordo com a sua maneira de pensar. Assinale apenas uma das letras. Não há respostas certas ou erradas. Todas as respostas que der são igualmente correctas. Peça-lhe que reflecta bem na resposta que der, de modo que ela expresse a maneira como pensa.

		discordo totalmente	discordo bastante	Discordo um pouco	não concordo nem discordo	concordo um pouco	concordo bastante	concordo totalmente
1	Procurar o médico para fazer check-ups regulares é um factor chave para se manter saudável	A	B	C	D	E	F	G
2	O facto de as pessoas se sentirem bem ou não, depende, muita vezes, do acaso	A	B	C	D	E	F	G
3	As pessoas que nunca adoecem é porque têm muita sorte	A	B	C	D	E	F	G
4	Em saúde não se pode invocar quase nunca "má sorte"	A	B	C	D	E	F	G
5	Para se recuperar de uma doença são necessários, essencialmente, bons cuidados médicos	A	B	C	D	E	F	G
6	Recuperar de uma doença não tem nada a ver com a sorte	A	B	C	D	E	F	G
7	Ter ou não boa saúde é, apenas, uma questão de sorte	A	B	C	D	E	F	G
8	Se uma pessoa tiver cuidado com o que faz consegue evitar muitas doenças	A	B	C	D	E	F	G
9	Manter contacto regular com o médico é a única maneira de evitar ficar doente	A	B	C	D	E	F	G
10	No que diz respeito à saúde, as pessoas têm, apenas, de seguir as instruções do seu médico	A	B	C	D	E	F	G
11	Quando alguém recupera de uma doença é, normalmente, porque algumas pessoas (por ex. o médico ou enfermeira, família, amigos) tomaram bem conta dela	A	B	C	D	E	F	G

12	Muitas das coisas que afectam a saúde das pessoas são fruto do acaso	A	B	C	D	E	F	G
13	A sorte desempenha um papel importante na quantidade de tempo que uma pessoa leva a recuperar de uma doença	A	B	C	D	E	F	G
14	Consultarem regularmente um bom médico é a única coisa que se pode fazer para não ter problemas de saúde	A	B	C	D	E	F	G

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO 4

Covilhã e UBI, 22 de Março de 2010

Exmo. Professor Doutor Pais Ribeiro,

Tânia Andrade, aluna do 2º Ciclo em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade da Beira Interior, encontra-se a desenvolver uma investigação no âmbito da dissertação para obtenção do grau de Mestre sob a orientação da Professora Doutora Fátima Simões. Este estudo tem como objectivo estudar comportamentos de saúde em estudantes da Universidade da Beira Interior e, considerando que a literatura nesta área aponta para a importância e pertinência dos comportamentos de saúde dos estudantes, mas também do seu *locus* de controlo na saúde, vem, neste sentido, solicitar a autorização para utilizar o *Questionário de locus de controlo de saúde*, bem como o *Questionário O Meu Estilo de Vida* (OMEV).

Agradecendo desde já toda a colaboração e disponibilidade, aguardo uma resposta.

Com os melhores cumprimentos,

(Tânia Andrade)