



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

ESTILOS DE VIDA EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de doutor em Enfermagem
Especialidade em Enfermagem Avançada

por

Armando Manuel Marques Silva

Porto

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Fevereiro 2016



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

ESTILOS DE VIDA EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de doutor em Enfermagem
Especialidade em Enfermagem Avançada

por Armando Manuel Marques Silva
sob orientação
do Professor Doutor João Costa Amado e
da Professora Doutora Irma da Silva Brito

Porto
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Fevereiro 2016

À Elsa pela cumplicidade, incentivo e apoio incondicional.

Ao Miguel e ao Diogo pelo tempo que ficaram privados da minha atenção e carinho, pela compreensão e apoio dispensados nos momentos mais difíceis deste percurso. Obrigada por fazerem de mim um pai feliz.

Agradecimentos

Durante a realização deste trabalho deparei-me com momentos bons e momentos menos bons, e foi nestes momentos onde as coisas não corriam como esperava que contei com o apoio das pessoas fantásticas que me rodeiam no quotidiano:

Em primeiro lugar cabe-me agradecer ao professor Doutor João Costa Amado e à professora Doutora Irma da Silva Brito, pela compreensão, disponibilidade, atenção, paciência e força transmitida, assim como por todas as dúvidas esclarecidas e sugestões dadas. A qualidade deste trabalho deve-se muito à forma como fui orientado.

Aos Professores e colegas do Curso de Doutoramento em Enfermagem pela oportunidade de desenvolvimento pessoal que me proporcionaram.

À Direcção da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra pelo apoio concedido na frequência do Curso de Doutoramento e na realização deste trabalho.

Aos colegas de trabalho pelo apoio incondicional.

Aos responsáveis das instituições de ensino superior que permitiram o desenvolvimento deste trabalho.

Ao Serviço de Informática da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra pela colaboração e apoio prestado na programação e construção dos questionários e bases de dados.

A todos os estudantes que participaram neste trabalho.

Resumo

O estilo de vida é caracterizado por padrões comportamentais identificáveis que podem ter efeito na saúde nomeadamente na dos estudantes que frequentam o ensino superior, na fase única em que estão de consolidação de atitudes e comportamentos. A promoção da saúde no contexto universitário é uma estratégia ideal e de baixo custo para desenvolvimento de estilos de vida saudável; e, o papel da enfermagem na promoção da saúde e na manutenção de um estilo de vida promotor de saúde, reforçado por todo o seu pioneirismo histórico e de formas de intervenção neste âmbito, torna-se relevante no actual sistema de saúde e neste contexto. A ênfase colocada pelos sistemas de saúde na prevenção primária e promoção da saúde, coloca os enfermeiros em posições-chave como estrategas, quer como modelos quer como promotores de saúde. A automonitorização dos estilos de vida nos estudantes do ensino superior pode facilitar a avaliação/reflexão essencial para a promoção do crescimento saudável. A presente investigação, realizada no contexto do ensino superior, teve como finalidade perceber a utilidade de um instrumento da avaliação do estilo de vida enquanto diagnóstico do estilo de vida influenciador da saúde, e ainda avaliar a possibilidade da sua utilização como recurso pedagógico na promoção da saúde. Na primeira etapa do estudo procedeu-se à tradução, adaptação e validação do questionário Estilo de Vida FANTÁSTICO, numa amostra de 707 estudantes do ensino superior. Na segunda etapa, realizou-se um estudo exploratório para caracterizar os estilos de vida numa amostra de 4314 estudantes do ensino superior da região centro de Portugal, através de questionários via *online*. Na última etapa do estudo, foi aplicado um questionário com questões fechadas e abertas a uma subamostra de 189 estudantes da segunda etapa, via *online*, averiguando da utilidade do instrumento como estratégia de automonitorização.

Os resultados indicam que o questionário Estilo de Vida FANTÁSTICO é um instrumento válido e fiável para descrever os estilos de vida dos estudantes do ensino superior, permitindo identificar hábitos saudáveis e não saudáveis. Os resultados apontam para uma prevalência de um estilo de vida inadequado para a saúde em 14.6% dos estudantes. As variáveis preditivas de um estilo de vida adequado foram: média reduzida de saídas à noite para atividades recreativas e de gasto por cada saída; satisfação com a imagem corporal; boa percepção do estilo de vida; boa autoestima e bem-estar psicológico. Os domínios mais deficitários do estilo de vida foram: a reduzida atividade física e associativismo; o trabalho e o tipo de personalidade; a nutrição.

Em relação à utilização do questionário EVF como ferramenta de automonitorização do estilo de vida, observou-se que existe um incremento significativo na avaliação do *score* do estilo de vida entre os momentos antes e depois: os estudantes que verificaram o resultado obtido, realizaram o *download* do *flyer*, sobre ele refletiram e analisaram, melhorando o seu estilo de vida no segundo momento. Assim sugere-se a aplicação deste instrumento a todos os estudantes do ensino superior, sobretudo recém-ingressados, para promover processos de automonitorização do estilo de vida e ainda para orientar as ações de promoção da saúde em contexto escolar.

Palavras-chave: Estilos de vida; Estudantes do ensino superior, Enfermagem, Promoção da saúde, Automonitorização, Questionário

Abstract

Lifestyle is characterized by identifiable patterns of behavior which can have an impact on health, namely on the health of higher education students as they are going through a unique phase of consolidation of attitudes and behaviors. Health promotion in the university context is an ideal and low cost strategy for developing healthy lifestyles. In the present health system, nursing professionals play a significant role in health promotion and maintenance to the extent that, given the emphasis on primary prevention and health promotion, nurses are in a privileged position to intervene, both as role models and health promoters. Lifestyle self-monitoring by higher education students can facilitate the assessment/reflection necessary for a healthy development. This study, developed within the higher education context, aimed at understanding the usefulness of a lifestyle assessment instrument as a diagnostic tool for lifestyles affecting health, as well as analyzing the possibility of using it as an educational resource in health promotion. In the first stage of the study, using a sample of 707 higher education students, the Fantastic Lifestyle Assessment questionnaire was translated, adapted and validated into Portuguese. The second stage consisted of conducting an exploratory study to characterize the lifestyles of a sample of 4314 higher education students from the center region of Portugal through the application of an online questionnaire. Finally, in the last stage of the study, an online questionnaire with open-ended and closed-ended questions was applied to a sub-sample of 189 students from the second stage in order to analyze the usefulness of the instrument as a self-monitoring strategy.

The results show that the Fantastic Lifestyle Assessment questionnaire is a valid and reliable instrument to describe the lifestyles of higher education students, allowing for the identification of healthy and unhealthy habits. The results also reveal that 14.6% of students have unhealthy lifestyles. The predictive variables for a suitable lifestyle were: low number of nights out for recreational purposes and amount of money spent on each night out; satisfaction with body image; good perception of lifestyle; good self-esteem and psychological well-being. The lifestyle domains showing lower scores were the low physical activity, associativism, work and type of personality, and nutrition.

As regards the use of the Fantastic Lifestyle Assessment questionnaire as a tool for lifestyle self-monitoring, the lifestyle assessment score showed a significant increase before and after questionnaire completion: students who checked the obtained result, downloaded and analyzed the flyer, performing self-reflection, showed an improvement in their lifestyles in the second moment. For this reason, this instrument should be applied to all higher education students, particularly new students, in order to promote processes of lifestyle self-monitoring and guide health promotion activities in school settings.

Keywords: Life style; Higher education students, Nursing, Health promotion, Self-monitoring, Questionnaire

SIGLAS

AHP	– Adolescent Health Promotion
CSDH	– Commission on Social Determinants of Health
DGS	– Direcção Geral da Saúde
DSS	– Determinantes Sociais de Saúde
EpS	– Educação para a Saúde
EV	– Estilo de Vida
EVF	– Estilo de Vida FANTÁSTICO
HPLP	– Health Promotion Life-Style Profile Scale
IMC	– Índice de Massa Corporal
INE	– Instituto Nacional de Estatística, I.P.
INSA	– Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P.
IPAQ	– International Physical Activity Questionnaires
IUHPE	– International Union of Health Promotion & Education
LAQ	– Life-Style Assessment Questionnaire
MPS	– Modelo de Promoção da Saúde
MS	– Ministério da Saúde
OMEV	– O Meu Estilo de Vida
OMS	– Organização Mundial de Saúde
ONG	– Organização Não-Governamental
ONU	– Organização das Nações Unidas
OPS	– Organização Pan-Americana de Saúde
PNS	– Plano Nacional de Saúde
PEER	– Peer-Education Engagement and Evaluation Research
PS	– Promoção da Saúde
REDCUPS	– Rede Columbiana de Universidades Promotoras da Saúde
REUS	– Rede Espanhola de Universidades Saudáveis
RIUPS	– Rede Iberoamericana de Universidades Promotoras de Salud
SODEXO	– Sodexo University Lifestyle Survey
UPS	– Universidades Promotoras da Saúde
US	– Universidade Saudável
US/IESS	– Universidades Saudáveis/Instituições de Ensino Superior Saudável
WHO	– World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	25
CAPÍTULO I – A SAÚDE: DETERMINANTES E ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	27
1.1. DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE	38
1.2. PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES SOCIAIS.....	42
CAPÍTULO II – AS UNIVERSIDADES SAUDÁVEIS/INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR COMO PROMOTORAS DA SAÚDE	51
2.1. EVOLUÇÃO DO CONCEITO.....	53
2.2. ASPETOS CONCEPTUAIS E METODOLÓGICOS.....	57
2.3. ESPECIFICIDADES INSTITUCIONAIS NA ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO.....	60
2.4. REDES E UNIVERSIDADES PROMOTORAS DA SAÚDE.....	69
CAPÍTULO III – ESTILO DE VIDA E SAÚDE	73
3.1. EVOLUÇÃO DO CONCEITO.....	74
3.2. ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS	78
3.3. AUTOMONITORIZAÇÃO DOS ESTILOS DE VIDA.....	85
3.4. O MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER	90
3.5. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DO ESTILO DE VIDA.....	97
3.6. ESTILOS DE VIDA DOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR.....	103
PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA: CONTRIBUTO PESSOAL	109
CAPÍTULO IV – CONCETUALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO	111
4.1. INTRODUÇÃO	111
4.2. MOTIVAÇÃO E OBJETIVOS	112
CAPÍTULO V – METODOLOGIA	115
5.1. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO.....	115
5.2. PARTICIPANTES	117
5.2.1. Instrumentos de colheita de dados	117
5.2.1.2. <i>Life-Style Assessment Questionnaire (LAQ)</i>	118
5.2.1.3. <i>Escala de figuras de Stunkard</i>	119
5.2.1.4. <i>Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)</i>	120
5.2.1.5. <i>Psychological General Well-Being Index-Short version (PGWB-S)</i>	121
5.2.1.6. <i>Aplicação das escalas no estudo</i>	122
5.2.2. Procedimentos éticos	122

CAPÍTULO VI – RESULTADOS	125
6.1. ETAPA 1: TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO ESTILO DE VIDA FANTÁSTICO EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR	125
6.2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA ETAPA 1	127
6.2.1. Processo de tradução e adaptação cultural	127
6.2.2. Procedimentos de validação.....	128
6.2.3. Procedimentos de análise de dados	129
6.3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS DA ETAPA 1	131
6.3.1. Análise dos resultados	134
6.4. ETAPA 2: ESTILOS DE VIDA DOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR	137
6.5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA ETAPA 2	138
6.5.1. Variáveis em estudo	138
6.5.2. Instrumento	144
6.5.3. População e amostra	145
6.5.4. Procedimentos de recolha dos dados	146
6.5.5. Procedimentos de análise dos dados	147
6.5.6. Consistência interna das escalas	148
6.6. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS DA ETAPA 2	152
6.6.1. Comportamento anterior	152
6.6.2. Fatores pessoais	154
6.6.3. Comportamento específico	157
6.6.4. Influência de alguns fatores no estilo de vida	158
6.6.5. Análise multivariada do estilo de vida dos estudantes	169
6.6.6. Dimensões mais afetadas do estilo de vida.....	172
6.7. ETAPA 3: QUESTIONÁRIO “ESTILO DE VIDA FANTÁSTICO” COMO UMA FERRAMENTA DE AUTOMONITORIZAÇÃO DO ESTILO DE VIDA	188
6.8. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA ETAPA 3	190
6.8.1. Procedimentos de análise dos dados	191
6.9. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS DA ETAPA 3	193
6.9.1. Análise descritiva	193
6.9.2. Análise inferencial	194
6.9.3. Utilidade do questionário “Estilo de Vida FANTÁSTICO”	200
CAPÍTULO VII – DISCUSSÃO	207
7.1. LIMITAÇÕES E OBSTÁCULOS	230
7.2. PROPOSTAS DE ESTUDOS FUTUROS	232
CAPÍTULO VIII – CONCLUSÕES	233
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	239

ANEXOS	263
ANEXO 1.....	265
ANEXO 2.....	266
ANEXO 3.....	267
ANEXO 4.....	293
ANEXO 5.....	294
ANEXO 6.....	299
ANEXO 7.....	301
ANEXO 8.....	302

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo de determinantes de saúde de “Dahlgren-Whitehead”	34
Figura 2 – Determinantes Sociais de Saúde. Modelo de ação	41
Figura 4 – Silhuetas masculinas e femininas de Stunkard <i>et al.</i> (1983)	119
Figura 5 – Gráfico radial das variáveis preditivas de um Estilo de Vida adequado por sexo	172
Figura 6 – Gráfico radial dos itens mais problemáticos (itens com percentagem das respostas superior a 15% que responderam “0”, por sexo)	177
Figura 7 – Respondentes (% de Estudantes) com indicação “0” nos itens do questionário EVF, em relação ao Valor Gasto em cada saída para atividades recreativas	178
Figura 8 – Respondentes (% de Estudantes) com indicação “0” nos itens do questionário Estilo de Vida FANTÁSTICO, em relação ao Sexo dos estudantes	179
Figura 9 – Respondentes (% de Estudantes) com indicação “0” nos itens do questionário Estilo de Vida FANTÁSTICO, em relação ao IMC	179
Figura 10 – Respondentes (% de Estudantes) com indicação “0” nos itens do questionário EVF, em relação à Satisfação com a Autoimagem Corporal	180
Figura 11 – Respondentes (% de Estudantes) com indicação “0” nos itens do questionário EVF, em relação ao Estatuto do Estudante	180
Figura 12 – Respondentes (% de Estudantes) com indicação “0” nos itens do questionário EVF, em relação ao Rendimento do Agregado Familiar do estudante	181
Figura 13 – Respondentes (% de Estudantes) com indicação “0” nos itens do questionário EVF, em relação à Experiência no Ensino Superior	181
Figura 14 – Gráfico radial das médias dos domínios do EVF por sexo	187
Figura 15 – Distribuição dos <i>scores</i> de Estilo de Vida antes e depois das pessoas serem submetidas à realização das tarefas: verificar resultado, fazer <i>download</i> do <i>flyer</i> , analisar e refletir sobre o <i>flyer</i> , analisar impacto)	195
Figura 16 – Nuvem de palavras das respostas à questão “Refira a/as áreas do Estilo de Vida em que isso ocorreu e em que sentido?”	201
Figura 17 – Nuvem de palavras das respostas à questão “Se tentou mudar de comportamento/ /atitude qual a área/áreas do Estilo de Vida em que teve mais dificuldade?	203
Figura 18 – Nuvem de palavras das respostas à questão “Considera que este tipo de instrumento utilizado <i>online</i> , que apoia/ajuda a mudança de comportamentos? Qual a sua opinião?”	204

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Redes de Universidades Saudáveis ou Universidades Promotoras da Saúde.....	69
Quadro 2 – Instituições de Ensino Superior que incluem o conceito <i>Universidade Saudável</i>	70
Quadro 3 – Questionários utilizados para avaliar os Estilos de Vida	98
Quadro 4 – Síntese do desenho de investigação	116
Quadro 5 – Classificação para os resultados do questionário Estilo de Vida FANTÁSTICO	118
Quadro 6 – Itens que constituem a Escala de Autoestima de Rosenberg	121
Quadro 7 – Itens que constituem o Questionário de Bem-Estar Psicológico (QBEP), versão abreviada	121
Quadro 8 – Descrição dos valores médios, da correlação item-total, do alfa de Cronbach e da correlação intraclasse (R) dos valores dos itens do questionário EVF	131
Quadro 9 – Descrição dos valores médios, da correlação item-total, do alfa de Cronbach e da correlação intraclasse (R) dos domínios do questionário EVF	133
Quadro 10 – Matriz das correlações de Pearson (r) entre os domínios do EVF com o score Global do EVF	133
Quadro 11 – Síntese das variáveis relacionadas com Comportamento Anterior	140
Quadro 12 – Síntese das variáveis relacionadas com Fatores Pessoais.....	142
Quadro 13 – Síntese das variáveis relacionadas com o Comportamento Específico	143
Quadro 14 – Alfa de Cronbach para a escala de Autoestima por item.....	149
Quadro 15 – Alfa de Cronbach para a escala de Bem-estar Psicológico por item	150
Quadro 16 – Alfa de Cronbach para Estilo de Vida por item	150
Quadro 17 – Distribuição de frequências absolutas (nº) e relativas (%) dos estudantes segundo dados relacionados com as variáveis/categorias referentes ao Comportamento Anterior. Inclui estatística resumo	153
Quadro 18 – Distribuição de frequências absolutas (nº) e relativas (%) dos estudantes segundo dados relacionados com as variáveis/categorias referentes aos Fatores Pessoais. Inclui estatística resumo	156
Quadro 19 – Distribuição de frequências absolutas (nº) e relativas (%) dos estudantes segundo dados relacionados com as variáveis/categorias referentes ao Comportamento Específico ..	158
Quadro 20 – Média e desvio padrão do Estilo de Vida segundo as variáveis/categorias relacionadas com o Comportamento Anterior	159
Quadro 21 – Média e desvio padrão do Estilo de Vida segundo as variáveis/categorias relacionadas com os Fatores Pessoais	160
Quadro 22 – Média e desvio padrão do Estilo de Vida segundo as Variáveis/Categorias relacionadas com o Comportamento Específico	163
Quadro 23 – Correlações entre o Estilo de Vida e as variáveis contínuas	164

Quadro 24 – Distribuição do Estilo de Vida categorizado segundo as variáveis/categorias relacionadas com o Comportamento Anterior	165
Quadro 25 – Distribuição do Estilo de Vida categorizado segundo as variáveis/categorias relacionadas com os Fatores Pessoais	166
Quadro 26 – Distribuição do estilo de vida categorizado segundo as variáveis/categorias relacionadas com o Comportamento Específico	168
Quadro 27 – Coeficientes Logit do modelo de regressão logística da variável “Estilo de vida adequado” em função do Sexo, Média de Saídas à Noite, Gasto Médio, Satisfação com a Imagem, Percepção do Estilo de Vida, Autoestima e Bem-estar Psicológico	169
Quadro 28 – Coeficientes Logit do modelo de regressão logística da variável “Estilo de vida adequado” em função do Sexo Masculino, Média de Saídas à Noite, Gasto Médio, Satisfação com a Imagem, Percepção do Estilo de Vida, Autoestima e Bem-estar Psicológico .	170
Quadro 29 – Coeficientes Logit do modelo de regressão logística da variável “Estilo de vida adequado” em função do Sexo Feminino, Média de Saídas à Noite, Gasto Médio, Satisfação com a Imagem, Percepção do Estilo de Vida, Autoestima e Bem-estar Psicológico .	171
Quadro 30 – Classificação dos estudantes do ensino superior nas categorias do Estilo de Vida..	172
Quadro 31 – Média e desvio padrão dos domínios do EVF por sexo	173
Quadro 32 – Média e desvio padrão dos itens do questionário “Estilo de Vida FANTÁSTICO”	174
Quadro 33 – Distribuição da percentagem de resposta aos itens do EVF por sexo e total.....	175
Quadro 34 – Média e desvio padrão dos vários domínios do EVF em relação ao sexo.....	182
Quadro 35 – Média e desvio padrão dos vários domínios do EVF em relação à média de Saídas semanais à noite para atividades recreativas	183
Quadro 36 – Média e desvio padrão dos vários domínios do EVF em relação ao Gasto Médio por saída à noite para atividades recreativas	184
Quadro 37 – Média e desvio padrão dos vários domínios do EVF em relação à Satisfação com a Imagem corporal	185
Quadro 38 – Correlação de Pearson (r) entre a Percepção do Estilo de Vida e os vários domínios do questionário “Estilo de Vida FANTÁSTICO”	185
Quadro 39 – Correlação de Pearson (r) entre a Autoestima e os vários domínios do questionário “Estilo de Vida FANTÁSTICO”	186
Quadro 40 – Correlação de Pearson (r) entre o Bem-estar Psicológico e os vários domínios do questionário “Estilo de Vida FANTÁSTICO”	186
Quadro 41 – Testes de pressuposto da normalidade do estilo de vida em relação aos dois momentos de avaliação	191
Quadro 42 – Distribuição da frequência de respostas à questão “Depois de preencher o questionário verificou o que significava o seu resultado?”	193
Quadro 43 – Distribuição da frequência de respostas à questão “Fez <i>download</i> do <i>flyer</i> que continha o questionário/classificação/conselhos sobre estilos de vida?”	193

Quadro 44 – Distribuição da frequência de respostas à questão “Leu e analisou/refletiu sobre o questionário e os conselhos fornecidos através do <i>flyer</i> ?”	193
Quadro 45 – Distribuição da frequência de respostas à questão “Esta leitura/reflexão teve algum impacto na sua atitude/comportamento em relação ao seu estilo de vida. anterior?”	194
Quadro 46 – Teste de Wilcoxon para o estilo de vida em dois momentos	194
Quadro 47 – Tabela de contingência que relaciona os dois momentos de avaliação dos Estilos de Vida (avaliação inicial e 2ª avaliação do Estilo de Vida)	196
Quadro 48 – Tabela de contingência que relaciona a evolução do Estilo de Vida com a verificação de resultado	197
Quadro 49 – Tabela de contingência que relaciona a evolução do Estilo de Vida com o ter realizado <i>download</i> do <i>flyer</i>	198
Quadro 50 – Tabela de contingência que relaciona a evolução do Estilo de Vida com o ter analisado e refletido sobre o <i>flyer</i>	199
Quadro 51 – Tabela de contingência que relaciona a evolução do Estilo de Vida com o fato de análise do <i>flyer</i> ter tido impacto	200
Quadro 52 – Distribuição dos domínios do Estilo de Vida em que houve impacto, referidos pelos estudantes, utilizados no questionário “Estilo de Vida FANTÁSTICO”	201
Quadro 53 – Distribuição da frequência das respostas à questão “Se tentou mudar de comportamento/atitude qual a área/áreas do Estilo de Vida em que teve mais dificuldade?”	202
Quadro 54 – Distribuição da frequência de respostas em relação à opinião dos estudantes sobre EVF utilizado <i>online</i>	203
Quadro 55 – Distribuição da frequência de respostas dos estudantes em relação às categorias encontradas sobre as justificações dadas pelos estudantes sobre o EVF utilizado <i>online</i>	204

INTRODUÇÃO

Desde 1984 que a Organização Mundial de Saúde (OMS), através da sua Comissão Regional da Europa, aprovou as metas regionais de Saúde para Todos sob as quais deveriam assentar as bases da política de saúde dos vários Estados membros. As estratégias para se atingirem tais metas incluíam: a promoção de estilos de vida saudáveis; a proteção do ambiente; a prestação de cuidados de saúde adequados e ajustados à população; e a criação de medidas de suporte pertinentes a nível da pesquisa e informação (Amorim, 2000).

A OMS (WHO, 1998a) define Estilo de Vida (EV) como uma forma de vida caracterizada por padrões de comportamento identificáveis, que podem ter um efeito sobre a saúde das pessoas, os quais são determinados pela interação de papéis entre as características pessoais, interações sociais e as condições de vida socioeconómicas e ambientais. Na aceção mais ampla do conceito, o estilo de vida tem sido definido como a forma como o indivíduo gere a sua vida, se relaciona consigo, com os outros e o ambiente (Rapley, 2003). O estilo de vida associado a fatores de risco tem aumentado substancialmente o desenvolvimento e agravamento das doenças crónico-degenerativas: a OMS aponta para que 60% da qualidade de vida e de saúde de um indivíduo depende do seu comportamento relacionado com o estilo de vida (WHO, 2004).

Vários estudos indicam claramente que a morbilidade e mortalidade prematura são o resultado, principalmente, de um estilo de vida inadequado (Boot *et al.*, 2010; Kvaavik *et al.*, 2010). Assim, os comportamentos de risco para a saúde são atividades que aumentam a vulnerabilidade e suscetibilidade de uma pessoa vir a ter resultados negativos em relação à sua saúde.

A investigação é essencial na identificação de estratégias para melhorar a saúde dos adolescentes e jovens adultos (Leger e Nutbeam, 2000), avaliar os processos e resultados, bem como detetar a necessidade de novas intervenções. O Ministério da Saúde (MS) afirma que “em todas as fases do ciclo de vida, das atividades de observação ou intervenção incluídas no Plano Nacional de Saúde, é necessário conhecimento cientificamente validado” (MS, 2004a, p. 26), devendo os projetos de investigação ter em conta os determinantes de saúde, como os estilos de vida (MS, 2004b). As investigações que envolvam jovens podem ser benéficas para os jovens, tanto individualmente como a nível de grupo.

A saúde e bem-estar dos adolescentes e jovens são preocupações muito relevantes para as sociedades e têm sido feitos esforços constantes no sentido de reduzir comportamentos de risco e desviantes que possam fazer perigar a sua saúde (Hibell *et al.*, 2004). Promover um desenvolvimento saudável dos adolescentes é um investimento (Direção Geral da Saúde – DGS, 2005; DGS, 2006) que qualquer sociedade deve fazer (WHO, 2003). “Prevenir comportamentos de risco e promover escolhas saudáveis entre os adolescentes pode produzir resultados de saúde positivos, não somente durante a adolescência, mas também durante a vida adulta” (WHO, 2002a, p. 1).

Considerando as situações próprias da adolescência e do jovem adulto, com significativas instabilidades biopsicossociais, o ingresso no meio universitário proporciona novas relações sociais e adoção de novos comportamentos, tornando os indivíduos vulneráveis às condutas de risco para a saúde (Vieira *et al.*, 2002). Durante a fase em que os estudantes frequentam o ensino superior, adquirem hábitos que na maioria dos casos se mantêm na idade adulta, pelo que os estudantes do ensino superior correspondem a uma população chave para as atividades de promoção e prevenção em saúde, já que os estilos de vida destes intervêm diretamente no seu desenvolvimento físico, psíquico e mental (Gómez e Salazar, 2010). Os estudantes do ensino superior serão os futuros responsáveis pela tomada de decisão em organizações, comunidades e países. Como o período de estudo nas instituições de ensino superior, é um período em que os estudantes cada vez mais têm de realizar escolhas de forma independente sobre os seus estilos de vida e a sua saúde, importa influenciá-los para terem mais saúde.

A etapa de vida considerada jovem adulta (18 a 25 anos de idade) representa um dos momentos chave para o desenvolvimento e para adquirir comportamentos que se denominam saudáveis e não saudáveis, que determinam a saúde tanto a curto como a longo prazo; por isso tem-se desenvolvido uma série de estratégias que ajudam os indivíduos a tomar decisões informadas em relação às consequências destes comportamentos para o seu estado de saúde. Destas estratégias tem-se privilegiado a educação para a saúde (EpS), já que representa um processo de formação e de responsabilização do indivíduo, a fim de adquirir os conhecimentos, as atitudes e os hábitos básicos para a defesa e promoção da saúde individual e colectiva. Isto é, procura-se responsabilizar o estudante e prepará-lo para que adote um estilo de vida o mais saudável possível que contribua para alcançar um estado de saúde adequado (Organização Pan Americana da Saúde citado por Lange e Vio, 2006). É por isso que as instituições de ensino superior foram consideradas como os locais ideais

para incluir nos seus processos formativos a EpS contribuindo assim para o desenvolvimento integral dos jovens. Esta estratégia foi promovida pela Organização Mundial da Saúde no ano de 1998 a partir do projeto Universidades Saudáveis (Tsouros *et al.*, 1998).

A educação e a promoção da saúde são contributos da profissão de enfermagem que influenciam a melhoria do estado de saúde das populações, sendo que os enfermeiros são os profissionais de saúde que ocupam uma posição distinta para intervir concreta e efectivamente na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e das comunidades (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2009; Nunes *et al.*, 2005).

Dado que são os enfermeiros o grupo profissional mais bem posicionado para a promoção da literacia em saúde e prevenção da doença pelo seu papel mais ativo na Educação para a Saúde em geral e desenvolvimento do Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE) em particular, considera-se importante colaborar no desenvolvimento e validação tanto de instrumentos de baixo custo e de fácil utilização para a avaliação e promoção de estilos de vida saudável, como de instrumentos de avaliação das intervenções educativas. Este último irá contribuir para a monitorização e avaliação de Programas e Projetos de Intervenção Comunitária que visem a promoção de estilos de vida saudável, uma vez que constituirá uma fonte de dados para o diagnóstico de situação que retrate as necessidades.

A nova realidade dos cuidados de saúde primários, em Portugal, coloca em destaque o papel dos enfermeiros ao nível das intervenções de promoção da saúde e prevenção da doença, em contexto comunitário. É ainda de realçar que os cuidados de enfermagem, tendo em conta o contexto dos cuidados de saúde primários, integram o processo de promoção da saúde e prevenção da doença, evidenciando-se as actividades de educação para a saúde para os indivíduos e grupos que constituem uma comunidade. Trata-se de uma prática que tem uma finalidade de promover um estilo de vida saudável, contribuindo para prevenção da doença e as suas consequências incapacitantes, dando particular importância à informação de saúde, ao contexto social, económico e político e ao desenvolvimento de novos conhecimentos sobre os determinantes de saúde na comunidade, ao mesmo tempo que respeita e encoraja a independência e o direito dos indivíduos a tomarem as suas decisões e a assumirem as suas responsabilidades em matéria de saúde até onde forem capazes de o fazer (WHO, 2000a; Correia *et al.*, 2001; Biscaia *et al.*, 2008; ICN, 2008). É importante então salientar a posição ideal que os enfermeiros teem para assumir um papel de destaque na promoção da saúde e os seus conhecimentos e perícia nesta área, recebendo elevado reconhecimento quer por

parte dos utentes, quer de outros profissionais (Kempainen, Tossavainen e Turunen, 2013; Pender, Murdaugh, e Parsons, 2011).

Os profissionais de enfermagem e, em particular os enfermeiros que trabalham na comunidade, são os profissionais de saúde que desenvolvem um trabalho de maior proximidade com as comunidades, sendo considerados elementos-chave no desenvolvimento de intervenções promotoras de saúde, em todas as fases do ciclo vital, reforçando a importância de adopção de comportamentos saudáveis com vista a uma vida longa, ativa e saudável, garantindo a participação dos indivíduos e o envolvimento de todos os parceiros para que se alcance uma compreensão profunda dos contextos locais e se adequem as intervenções às necessidades detetadas (Manthorpe, Maim, e Stubbs, 2004; Runciman *et al.*, 2006; Ming *et al.*, 2006). No entanto, o trabalho dos enfermeiros na promoção da saúde nem sempre está suficientemente visível ou documentado, também não sendo por isso reconhecido (Runciman, *et al.* 2006). É fundamental o contributo dos enfermeiros na melhoria da saúde da população através de intervenções alicerçadas na promoção e educação para a saúde, o que se tem tornado cada vez mais relevante.

As ciências da saúde têm dado um contributo importante para o estudo da saúde e do bem estar das populações. Neste contexto pensa-se que uma das principais funções dos profissionais de saúde, nomeadamente as dos enfermeiros, é ajudar a promover nas pessoas comportamentos saudáveis. Dada a relevância actual de se realizar uma abordagem multidisciplinar em relação ao estilo de vida e uma vez que a enfermagem pode dar um contributo importante para a identificação e compreensão de alguns fatores relacionados com a pessoa, que passa por um processo de desenvolvimento, promoção e manutenção de saúde, decidimos efectuar o estudo de alguns fatores (biológicos, sociais e psicológicos) em estudantes do ensino superior.

Neste domínio reforça-se a necessidade de existirem estudos que permitam não só comparações geográficas e temporais, como a formação de redes internacionais de peritos e recursos, imperiosos para o fortalecimento do impacto destas investigações nas políticas da saúde e educação para a saúde no contexto do Ensino Superior. Porque os estudantes que frequentam o ensino superior estão numa fase única de absorção de conhecimento e formação da personalidade, a educação para a saúde no contexto universitário é um meio ideal e de baixo custo de desenvolvimento de estilos de vida saudáveis. Assim, a compreensão e

avaliação dos estilos de vida saudáveis nos estudantes do ensino superior são essenciais para a promoção do crescimento saudável.

Tendo em conta a pertinência e problemática acima enunciada, propusémo-nos desenvolver um estudo com a finalidade de perceber a utilidade de um instrumento de avaliação do estilo de vida, quer como instrumento de diagnóstico dos determinantes com influência na saúde, quer também a possibilidade da sua utilização como recurso pedagógico na EpS, mormente pelos profissionais de enfermagem vocacionados para esta área.

Para alcançarmos a esta finalidade delineámos quatro objetivos: (i) Traduzir, adaptar e validar o questionário “Tienes un estilo de vida fantástico?” da autoria de Lange e Vio (2006) publicado no “Guia para universidades saludables y otras instituciones de educación superior”; (ii) Caracterizar os estilos de vida dos estudantes (de licenciatura e mestrado integrado) do ensino superior; (iii) Analisar a influência de alguns fatores pessoais nos estilos de vida dos estudantes do ensino superior; (iv) Analisar de que forma se poderia utilizar o questionário “Estilo de Vida FANTÁSTICO” como uma ferramenta de automonitorização para promoção do estilo de vida em estudantes do ensino superior.

Para a concretização destes objetivos realizámos um estudo que foi desenvolvido em três etapas. Na primeira etapa utilizou-se uma abordagem transversal, para validação psicométrica do questionário “Estilo de Vida FANTÁSTICO” numa amostra de 720 estudantes em duas instituições do ensino superior. Na segunda etapa realizou-se uma abordagem transversal-correlacional com uma amostra de 4314 estudantes da região centro de Portugal. Na terceira etapa aplicou-se um questionário com questões abertas e fechadas, a uma subamostra da segunda etapa do estudo, constituída por 189 estudantes.

Estruturalmente, o trabalho constará de duas partes fundamentais: na primeira faremos uma abordagem teórica do tema a analisar, através da revisão da literatura relevante no âmbito da problemática em estudo. É inicialmente exposta uma abordagem aos determinantes e estratégias de promoção da saúde. Apresentamos ainda a descrição, evolução e aspetos metodológicos referentes à rede das instituições de ensino superior de promoção da saúde e o estado da arte relacionado com o estilo de vida e a saúde dos jovens estudantes do ensino superior.

A segunda parte do trabalho será dedicada ao estudo empírico. Integra toda a fundamentação e descrição do trabalho de campo, bem como a apresentação das várias etapas do estudo. Trata-se de um estudo do tipo transversal, utilizando-se como instrumentos de

recolha de dados vários questionários elaborados para o efeito. Nesta parte do trabalho apresentamos os resultados obtidos nas três etapas do estudo. Seguidamente, discutem-se os resultados com base no enquadramento teórico, resultantes da revisão da literatura e provenientes da pesquisa de campo; apresentando-se ainda os limites e perspectivas de futuras investigações.

Para finalizar, apresentamos as principais conclusões do estudo, assim como as referências bibliográficas e o conjunto dos anexos.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I – A SAÚDE: DETERMINANTES E ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

A saúde em gradiente é a expressão fenomenológica da vida. Decorrente de um capital genético e de variadas determinantes do ambiente que interagindo se vão reafirmando, é um direito humano básico e um pré-requisito para o desenvolvimento social e económico.

O mais alto nível possível/desejável de saúde será um bem público global e um direito humano individual fundamental. Nos dias de hoje, segundo os dados do Eurostat, as pessoas nas sociedades ocidentais estão a viver mais tempo e, em geral, com uma saúde nunca antes desfrutada (European Commission, 2003). Uma das maiores realizações das políticas e sistemas de saúde tem sido a de permitir que as pessoas vivam ativamente para além da idade da reforma. No entanto, é sabido que as sociedades ocidentais ainda têm grandes desafios que exigem atenção e ação: o aumento da longevidade da população implica um aumento de doenças crónicas e mudanças no padrão da doença. Além disso, a rápida mudança dos nossos hábitos em sociedade e disponibilidade de grandes quantidades de informação, desencadeia novos comportamentos e escolhas dos indivíduos, crescentes expectativas dos cidadãos para informações e cuidados de saúde. Mas como é o conceito de saúde considerado através de diferentes instituições em todo o mundo?

Um marco importante no conceito de saúde foi o que foi proposto na constituição da Organização Mundial de Saúde em 1948, no contexto de pós-guerra. A OMS, na sua carta constitucional em 1948, define: "A saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade" (WHO, 1998b). A Carta Social Europeia, adoptada pelo Conselho da Europa (1961, revista em 1996) afirma que "todos têm o direito de beneficiar de quaisquer medidas que permitam a ele/ela desfrutar o mais elevado nível possível de saúde atingível" (Council of Europe, 1996). Na Declaração de Alma Ata 1978 (WHO, 1978) estabelece-se o princípio de que os governos têm a responsabilidade pela saúde de seus cidadãos, incluindo cuidados de saúde primários, e que as pessoas têm o direito e o dever de participar individual e coletivamente no planeamento e na execução dos seus cuidados de saúde. No Pacto Internacional sobre Direitos Económicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas em 1966 reconhece-se "o direito de toda pessoa a desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental" (United Nations, 1966). O Comitê da ONU sobre os Direitos Sociais e Económicos aprovou um Comentário Geral sobre o direito à saúde em Maio de 2000 (United Nations, 2000) definindo "um direito a estender não só aos cuidados de saúde atempados e adequados, mas também aos determinantes subjacentes da

saúde como água potável, moradia, alimentação, meio ambiente, condições de trabalho/vida, informação."

Chegar até uma definição acerca do que é a saúde não é um caminho fácil de trilhar, pois segundo Scliar (2007), o conceito de saúde é o resultado da conjuntura social, económica, política e cultural. Isto significa por um lado que a sua definição não é fácil, e por outro, que o termo "saúde" poderá ter significados muito diferentes. Para o mesmo autor, a definição de saúde está dependente de aspetos como a época, o lugar ou a classe social. Pode ser estabelecido como ponto de partida para a definição de saúde a separação do binómio saúde/doença, sendo que o estado de doença é consensualmente definido e portanto um conceito mais fechado. Contudo o conceito de saúde, fruto da complexidade referida, é um conceito mais difícil de obter (Lourenço *et al.*, 2012) pois tem tido uma importante transformação nas últimas décadas. Até meados do século XX, esteve vigente um conceito de saúde de carácter negativo e reducionista, baseado na ausência de doença, incapacidade ou invalidez, em que a saúde é restaurada através de intervenções médicas (Scliar, 2007). Com a criação da OMS, colocaram-se manifestas dificuldades em operacionalizar esta definição, nomeadamente estabelecer o limite entre o "normal" e o patológico e decidir entre o que é doença e o que não é. Por isso a Organização Mundial da Saúde define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não só a ausência de doença ou enfermidade, considerando que desfrutar do mais alto nível de saúde é um dos direitos fundamentais de qualquer indivíduo sem distinção de raça, religião, crença política ou condição social e económica (WHO, 2006). A definição da OMS tem uma série de vantagens, como o facto de considerar a saúde no sentido positivo, superando todas as conceções anteriores que a deduziam como a ausência de doença e de compreender não só os aspetos físicos da saúde, mas também os psíquicos e os sociais, dando assim uma visão mais completa e integral ao conceito de saúde. No entanto, a definição de saúde como "ausência de enfermidade" está em consonância com uma sociedade que gasta 98% do orçamento para a "saúde" em instalações e serviços utilizados para tratar doenças e apenas 2% em atividades de saúde pública para prevenção de doenças ou de promoção de uma saúde positiva (Greene e Simmons-Morton, 1988).

Um dos principais aspetos que hoje se nos apresenta é determinar como e por que não é possível reduzir a perda de saúde dos indivíduos. O facto tem uma renovada importância, por um lado, devido à diminuição do número de doenças e mortes decorrentes de problemas infecciosos onde era muito clara a relação entre o agente causal e a doença; por outro lado,

devido aos avanços da ciência e da tecnologia médica que tem possibilitado tratar e curar um maior número de doenças, aumentado a esperança de vida da população mundial.

Com a mudança no panorama de mortalidade e morbidade mundial, onde as doenças crónicas não transmissíveis (por ex: cardiovasculares, oncológicas, respiratórias, diabetes mellitus) são o maior problema, coloca-se a ênfase na determinação das causas do fenómeno e nas condições em que se desenvolvem (Local Government Association, 2010). No relatório sobre a saúde no mundo, a OMS, em 2002 (WHO, 2002b), estabelece que alguns fatores de risco causam, por si só, uma proporção considerável de todas as disfunções e das doenças na maioria dos países. Para as doenças crónicas os fatores de risco mais importantes são: o tabaco, o excesso de peso e a obesidade, a inatividade física, o baixo consumo de verduras e fruta, o álcool e diversos efeitos biológicos intermédios como sejam o aumento da tensão arterial, do colesterol sérico e da glicemia. Tendo em conta o referido anteriormente, a Organização PanAmericana de Saúde (OPS) assume o preconizado por McGinnis e Foege (1993) para a população americana, os quais estabelecem as dez “causas reais” de mortalidade: o uso de tabaco, a exposição a venenos e tóxicos, a alimentação excessiva ou deficiente, as armas de fogo, o exercício aeróbico inadequado, os comportamentos sexuais de risco, os traumatismos por veículos motorizados, o consumo excessivo de álcool, o uso de drogas ilícitas e a imunização inadequada. Nesta base, a OPS estabelece que estas causas são os fatores de risco que se apresentam em todo o mundo, mas o impacto de cada um deles depende do meio ambiente e da cultura específica das populações. Seria o estilo de vida de cada indivíduo ou grupo comunitário (denominados determinantes proximais das condições de saúde) que influenciaria o aparecimento deste tipo de doenças e, por isso se destaca a importância de que a partir destes fatores de base se deveria desenvolver as prioridades em matéria de prevenção e promoção da saúde das populações.

Portugal não fica de fora do contexto de mudança dos padrões de saúde e doença, uma vez que as mudanças relacionadas com o estilo de vida têm sido responsáveis por esta transição. Os estilos de vida pouco saudáveis que se destacam e são apontados na população portuguesa são (Instituto Nacional de Estatística, I.P./Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. – INE/INSA, 2009): a má nutrição (alto consumo de calorias e gorduras de origem animal, baixo consumo de frutas e verduras), o sedentarismo e o consumo de substâncias aditivas, que têm dado origem ao surgimento de riscos emergentes como o excesso de peso e a obesidade, a hipercolesterolemia, a hipertensão arterial, o tabagismo, o consumo excessivo de álcool, o consumo de drogas ilegais, a violência doméstica e as práticas sexuais inseguras.

Dentro dos riscos de contexto incluem-se a acessibilidade aos serviços de saúde, a poluição atmosférica e os riscos laborais.

Antonovsky, um crítico do modelo tradicional patogénico, desenvolveu nos anos 70 a conhecida teoria da salutogénese humana, entendendo a saúde desde uma perspetiva holística e integral, que se centra nas condições gerais implicadas na saúde tendo em conta os fatores que a rodeiam (Antonovsky, 1979, 1987). Nessa perspetiva a saúde não é uma variável de intervenção médica mas sim um produto sócio-ecológico, fruto da inter-relação complexa de fatores comportamentais, genéticos, ambientais, económicos, políticos e sociais. Apesar desta teoria ter começado a forjar-se nos anos 70, o seu desenvolvimento real e expansão sucederam nos últimos anos (Rivera *et al.*, 2011). O modelo salutogénico centra-se nos recursos para a saúde e nos processos promotores de saúde nos diferentes contextos (Álvarez-Dardet e Ruiz Cantero, 2011) e a saúde é o bem base que possibilita a vida, constituindo o seu suporte e garantia. Então a saúde é uma condição para o desenvolvimento pessoal e um investimento no futuro. É a base da produtividade no trabalho, da capacidade de aprender na escola e do bem-estar intelectual, físico e emocional. Não é apenas o resultado do desenvolvimento, mas um caminho para o atingir (United Nations, 2000).

Por isso o holístico e abrangente âmbito que envolve, reporta-a ao todo do ser que é influenciado e influencia. Refletindo assim, caímos nos determinantes que, não sendo uma fatalidade, são envolventes modificantes e modificáveis do ser que os gera ou sofre (Amado, 2012) e no conceito de promoção da saúde.

Em relação aos determinantes da saúde, confirmando o acima descrito, eles são o resultado de muitos fatores, incluído a habitação, alimentação, educação, segurança social, rendimentos, serviços sociais e de saúde, respeito pelos direitos humanos e emprego. Frequentemente, estes fatores determinantes influenciam os valores das pessoas, as suas escolhas em termos de estilo de vida, aptidões de *coping* e comportamentos de saúde. Ao dar oportunidades às pessoas, em termos de conhecimento, acesso a serviços e recursos, estas adquirem a capacidade de produzir a sua “própria saúde” e a saúde das suas famílias, através das suas próprias ações (Conselho Internacional dos Enfermeiros, 2000).

Quanto à promoção da saúde, este termo vulgarizou-se tanto entre o público como entre os profissionais da saúde, mas o que significa realmente a promoção da saúde?. A Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde (WHO, 1986a), define promoção da saúde como sendo a forma de proporcionar à população os meios necessários para melhorar a sua saúde e exercer

um maior controlo sobre a mesma, destacando cinco tarefas essenciais para alcançar as metas de saúde para todos: construção de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes de apoio, fortalecimento de ações comunitárias, desenvolvimento de habilidades pessoais e re-orientação dos serviços de saúde. Identifica ainda três estratégias básicas para a promoção da saúde, que são: a utilização de recursos disponíveis que permitam criar as condições essenciais para a saúde; mediação entre os diferentes interesses; e capacitação dos indivíduos para atingir o seu potencial de saúde. A promoção da saúde inclui estratégias que permitem às populações serem saudáveis, capacitando-as para fazerem escolhas saudáveis; é feita com as pessoas e não sobre ou para as pessoas; melhora a capacidade dos indivíduos agirem para a sua própria saúde e a capacidade dos grupos, organizações ou comunidades influenciarem os fatores determinantes da saúde (WHO, 1997). O processo de promoção da saúde proporciona apoio para que as populações se tornem agentes da sua própria saúde, através das suas ações e escolhas. Devido aos múltiplos fatores determinantes da saúde, a promoção da saúde requer a colaboração entre a comunidade, os profissionais da saúde e outros sectores (Conselho Internacional dos Enfermeiros, 2000).

De acordo com Conselho Internacional dos Enfermeiros (2000), a promoção da saúde e a educação para a saúde são termos frequentemente usados alternadamente com o mesmo significado, no entanto, a educação para a saúde está sobretudo relacionada com a disponibilização de informação sobre saúde e a doença, com a finalidade de mudar atitudes e comportamentos individuais. O foco individual e a abordagem em termos do estilo de vida da educação para a saúde levaram a críticas e preocupações relativas à “culpabilização da vítima”. Pelo contrário, a promoção da saúde tem um âmbito muito mais vasto e abrange as intervenções políticas e sociais concebidas para alterar políticas e serviços, bem como a promoção da responsabilidade pela saúde (WHO, 1997). Ainda o conceito de promoção da saúde como um conjunto de estratégias práticas, continua a ser um guia essencial para enfrentar os grandes desafios da saúde colocados aos países desenvolvidos e em desenvolvimento, incluindo as doenças transmissíveis e não-transmissíveis, e problemas relacionados com o desenvolvimento humano e saúde (Health Promotion Agency, 2006).

Destes pressupostos destaca-se o facto de que, para se alcançar a saúde, é necessário proporcionar ambientes facilitadores de padrões de estilos de vida e de escolhas individuais. Muitas doenças que causam elevados custos nos cuidados de saúde atualmente (como seja diabetes, cancro e doenças cardiovasculares), muitas vezes são causadas por hábitos pouco saudáveis, tais como a falta de atividade física, o consumo de tabaco e a obesidade.

Em geral, os sistemas de saúde estão a realizar um esforço para lidar com a mudança de padrão da doença, com o aumento das expectativas dos doentes, com as novas opções de tratamento, com as dificuldades de financiamento, e com o mercado de saúde global. Por isso as políticas de saúde pública nessas sociedades, assumiram o objetivo de proteger e melhorar a saúde dos seus cidadãos, adaptando-se às novas circunstâncias. Por exemplo, um fator importante para as mudanças nos padrões de doença surge do envelhecimento da população, uma vez que se espera que a proporção de pessoas com mais de 80 anos aumente 44% entre 2010 e 2030, totalizando 8.1 milhões de pessoas na União Europeia (WHO, 2003). Destas pessoas, uma grande parte sofrerá de doenças crónicas, o que implicará um esforço financeiro muito grande em matéria de cuidados de saúde.

Rego e Nunes (2010) referiram que o estado de saúde de uma determinada população é largamente influenciado por “fatores de ordem económica, social, política, experiência pessoal e estilos de vida”. Associado ao estudo dos fatores que determinam e influenciam o estado de saúde de uma população, surge o facto de estes não serem fáceis de determinar. Para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (DGS, 2012), os determinantes da saúde são dinâmicos, sistémicos e complexos, o que demonstra essa dificuldade.

As causas que determinam a saúde têm vindo a ser estudadas ao longo do tempo, tendo a perceção acerca dos determinantes da saúde evoluído e acompanhado a própria definição de saúde (Georgieva e Genc, 2005). Vários modelos tentam demonstrar a relação entre diferentes determinantes e a saúde. A razão pela qual existe grande relevância no estudo dos determinantes da saúde tem a ver com a causalidade que existe no fenómeno saúde. A conceção de que existem fatores que, ocorrendo primeiro, promovem determinados efeitos na saúde, existiu desde sempre na humanidade. Fala-se de causalidade em saúde na medida em que existem duas entidades, o fator e o efeito, ligadas entre si e que à ocorrência de um (o fator) se espera que com grande certeza se dê o outro (fenómeno em saúde). Fala-se portanto de “ligação de causalidade” (Briz, 2012). A terminologia “determinante da saúde”, cuja origem surge da economia e da sociologia (Dias, 2011), é definida como o conjunto de fatores que, isoladamente ou combinados entre si, condicionam positiva ou negativamente o estado de saúde.

Piédrola Gil (2008), refere que durante os anos 70 do século passado apareceram modelos que tentam explicar a produção ou perda de saúde e os seus determinantes, entre os quais se destaca o modelo holístico de Laframboise (1973), o ecológico de Austin e Werner (1973)

citado por Piédrola Gil (2008) e o de bem-estar de Travis (1977). O esquema de Laframboise foi desenvolvido por Lalonde, ex-ministro da saúde do Canadá, no documento “Novas perspectivas da saúde dos canadianos”. Segundo este, o nível de saúde de uma comunidade será influenciada por grupos de determinantes: biologia humana (constituição, genética, desenvolvimento e envelhecimento); meio ambiente (contaminação física, química, biológica, psicossocial e sociocultural); estilos de vida e comportamentos de saúde (drogas, sedentarismo, alimentação, *stress*, violência, condução perigosa, má utilização dos serviços de saúde); e sistema de saúde (má utilização dos recursos, listas de espera excessivas, burocratização da prestação de cuidados de saúde). No momento atual considera-se que quase todos os fatores que integram os determinantes de saúde, à exceção da biologia humana, são modificáveis. Os estilos de vida correspondem a comportamentos que atuam negativamente sobre a saúde, nos quais o indivíduo se expõe voluntariamente, e sobre os quais poderia exercer um mecanismo de controlo. Segundo diversos estudos, é este grupo que mais influencia a saúde.

Entre 1989 e 1999 Tarlov citado por Piédrola Gil (2008), classifica os determinantes de saúde em 5 níveis, desde o mais individual e dependente do campo da saúde pública até ao mais generalizado e intersectorial, em que apenas influem as ações no âmbito da saúde. Tarlov exclui os cuidados de saúde como determinantes de saúde, considerando-os como uma estratégia reparadora.

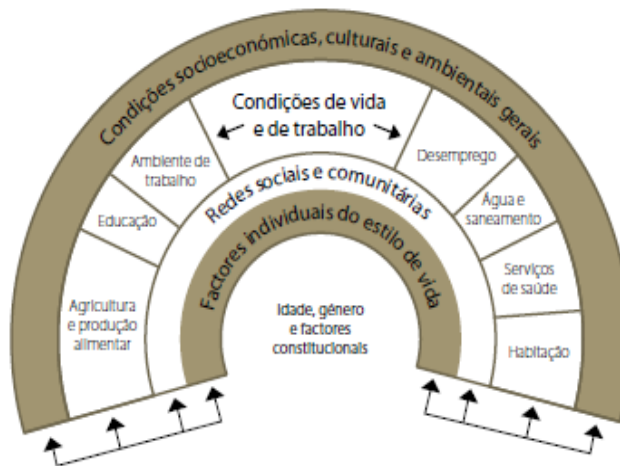
Como definição para o que determina o estado de saúde de uma dada população, a OMS (2000) refere que são o conjunto de fatores que se relacionam entre si e que são de ordem pessoal, social, económica e ambiental. Outra definição, de Bonita *et al.* (2010), afirma os determinantes da saúde como fatores “sociais, económicos, culturais e ambientais, a maioria dos quais são de fora do setor saúde, mas responsáveis pela manutenção da saúde ou instalação da doença no indivíduo”.

O modelo de Dahlgren e Whitehead (2006), (figura 1), utilizado pela Organização Mundial de Saúde, ilustra as causas das desigualdades como «camadas de um arco-íris». Os níveis de saúde não variam aleatoriamente, sendo antes o resultado de diferenças sistemáticas na distribuição dos fatores que os afetam. Também o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 sugere como modelo de determinantes de saúde este modelo o qual, por círculos centrípetos e fatiados, nos vai alargando as influências exercidas sobre o nível de saúde conseguido/viven-

ciado desde a genética (hereditariedade) e fatores congénitos até às condições socioeconómicas, culturais e ambientais (DGS, 2012).

Figura 1 – Modelo de determinantes de saúde de “Dahlgren-Whitehead”

Modelo de determinantes da saúde de «Dahlgren-Whitehead»



Fonte: *Adaptado de:* Dahlgren-Whitehead: « A discussion paper on european strategies for tackling social inequities in health: levelling up Part 2» (2006).

No conceito atual explica-se a saúde desde o processo adaptativo do indivíduo ao seu meio físico e social. Trata-se de uma adaptação dinâmica ao meio natural, socio-económico e cultural que o rodeia, a qual está condicionada por múltiplos fatores que influenciam o estado de saúde (“determinantes de saúde”) (Piédrola Gil, 2008), ou seja os fatores com influência na saúde individual e coletiva.

Para resumir podemos afirmar que o genótipo do indivíduo desenvolver-se-ia através de uma série de mudanças, durante as quais se adquiriria uma resistência para melhorar a saúde, tendo em conta a influência de hábitos perniciosos ou benéficos, o *stress* e as condições sociais, o meio ambiente, as circunstâncias económicas, o sistema de cuidados sociais e de saúde pública, assim como os cuidados médicos que recebe. A influência inter-relacional de todos estes fatores, quando são favoráveis, levariam o indivíduo a uma melhor situação de saúde e de qualidade de vida. A promoção da saúde, na linha de pensamento que temos vindo a seguir, ocupa um lugar de destaque para conseguir o tal meio “saúde” e atingir resultados cada vez mais positivos em termos de saúde pública.

A promoção da saúde é um campo emergente da ação frequentemente denominado “nova” Saúde Pública (Baum, 1998). Este conceito surge como consequência da evolução da defini-

ção de saúde, desde uma perspectiva tradicional ou clássica “a saúde como ausência de enfermidade”, ao moderno e dinâmico “a saúde e a doença formam um *continuum*, cujos extremos são o estado ótimo de saúde e a morte (situações extremas) ” (Piédrola Gil, 2008). Colomer e Alvarez (2008), falam do equilíbrio dinâmico diminuindo o estatismo. Essa transição concetual permite uma mudança no centro de atenção desde o indivíduo doente para o indivíduo saudável.

A primeira conferência Mundial de Promoção da Saúde realizada em Ottawa (OMS, 1986) e a Carta de Ottawa para o fomento da saúde dela derivada, são consideradas mundialmente como o fundamento dos conceitos e princípios da moderna promoção da saúde. Tanto a conferência de Ottawa, que promoveu o espírito de Alma-Ata, como as posteriores conferências mundiais ocorridas em Adelaide na Austrália em 1988, Sundsvall na Suécia em 1991, Jacarta na Indonésia em 1997, México em 2000, Bangkok na Tailândia em 2005 e Nairobi no Kenya em 2009, proporcionaram indicações e orientações sobre as medidas a tomar para abordar os determinantes de saúde com vista a atingir a tão desejada saúde para todos.

O conceito de promoção da saúde fundamenta-se no paradigma salutogénico (atrás referido) e valoriza os fatores que interferem positivamente com a saúde. Se as pessoas são “naturalmente saudáveis”, então tudo o que se deve fazer para se ficar nesse “estado” é reduzir os fatores de risco tanto quanto seja possível.

A promoção da saúde constitui, portanto, um processo político e social global que abarca não somente as ações dirigidas a fortalecer as habilidades e capacidades dos indivíduos, mas também as dirigidas a modificar as condições sociais, ambientais e económicas, com o fim de mitigar o seu impacto na saúde pública e individual.

Segundo Colomer e Alvarez (2008) e Oblitas (2008) esta estratégia baseia-se em várias disciplinas e cria uma inovadora teoria e prática da saúde pública que permite cumprir metas e objetivos sociais, alcançar maior bem-estar com equidade social, melhorando a sua qualidade de vida. Por promoção da saúde entender-se-á a combinação planeada de mecanismos educacionais, políticos, ambientais ou organizacionais que apoiam as ações e condições de vida de forma a garantir a saúde dos indivíduos, grupos e comunidades (Joint Comittee on Terminology, 2001 citado por Brito, 2007).

A mesma autora citando Downie, Tannahill e Tannahill (1996) refere que a promoção e proteção da saúde deve procurar prevenir a doença e, simultaneamente, reforçar a saúde positiva. Partindo deste princípio, o objetivo principal da promoção e proteção da saúde pode

ser assumido como sendo o reforço (promoção) dos aspetos positivos nas várias facetas da saúde física, mental e social, associado intrinsecamente à prevenção da doença física, mental e social. Então as intervenções em promoção da saúde devem ser integradas e intersectoriais, mas os serviços de saúde devem liderar o processo, ter um papel proativo, assegurar as parcerias e catalisar o envolvimento dos vários sectores da sociedade e a participação comunitária (Brito, 2007).

Segundo Loureiro e Miranda (2010) as questões da estratégia encontram-se no âmago do conceito e das propostas de ação em promoção da saúde. Não pode ser vista como um processo linear mas sim como um processo incremental de “modelação através de”, ou seja, o contexto determina a escolha do modelo e da estratégia a usar. Esta reflexão aplica-se plenamente às intervenções em promoção da saúde. Logo, um programa de promoção e proteção da saúde deve ajudar um indivíduo a sentir-se bem consigo próprio e com os outros, e a desenvolver um sentido de responsabilidade em função do seu próprio bem-estar e dos outros.

Ainda segundo as mesmas autoras, citando Volberda e Elfring (2001), a *estratégia* não tem uma definição única, sendo a versatilidade uma das suas principais características. A estratégia em promoção da saúde recolhe contributos de várias escolas de pensamento. Para Patel (2006) citado por Loureiro e Miranda (2010) o pensamento estratégico não tem acompanhado o ritmo de mudança e a evolução noutros domínios, gerando dissonância entre as necessidades de difundir os novos conhecimentos e a “obsolescência” das ferramentas estáticas tradicionais. A mudança de paradigma, a salutogénese, o *empowerment* e as abordagens intersectoriais para lidar com os determinantes da saúde, conduzem ao modelo de saúde socio-ecológico e ao conceito positivo da saúde. As implicações que daqui derivam para a prática são traduzidas em recomendações sobre o que devem fazer os governos, qual o papel dos serviços de saúde, que parcerias e negociações, como aumentar o nível de literacia em saúde, qual o papel das forças associativas na dinâmica dos processos de mudança, qual a responsabilidade do sector público e como se entende o papel do sector privado, num contexto de mobilização das forças sociais numa perspetiva salutogénica (WHO, 2005a).

Em Portugal, partindo do documento “Saúde um compromisso, uma estratégia para o virar do século” resultou o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010, orientado para aumentar os ganhos em saúde ao longo do ciclo de vida, compreendendo ações de promoção da saúde e prevenção da doença nos vários programas de saúde definidos. Em relação ao novo PNS

2012-2016 ele reassume os valores de justiça social, universalidade, equidade, solicitude e solidariedade do sistema de saúde. Estabelece como visão, “maximizar os ganhos em saúde da população através do alinhamento e integração de esforços sustentados de todos os sectores da sociedade, com foco no acesso, qualidade, políticas saudáveis e cidadania” e identifica o valor das políticas saudáveis intersectoriais como elementos estratégicos transversais, mobilizadores e sinérgicos (Loureiro e Miranda, 2010).

Este modelo de desenvolvimento da saúde integra os valores da democracia e do *empowerment* dos cidadãos e das comunidades, e procura explicar os fenómenos de saúde e de doença segundo uma abordagem sistémica e holística. Neste paradigma estão alicerçadas as premissas que enformam toda a estratégia de mudança que a promoção da saúde representa e que se desenvolve ao longo deste trabalho.

De acordo com o PNS 2012-2016 (DGS, 2012) e tendo em conta a perspetiva para a promoção de contextos saudáveis, a saúde não se acumula mas resulta de um histórico de promoção da saúde e prevenção da doença e suas complicações, da adoção de comportamentos saudáveis e vivências em contextos saudáveis. Ainda de acordo com o mesmo plano, baseado em dois documentos da OMS (*European strategies for social inequalities in health*, 2006; e *Continuum of care*, 2010), considera-se três níveis dos contextos promotores da saúde: microssistema (famílias, cuidadores informais e relações de proximidade); mesossistema (comunidade, locais de trabalho e de lazer, escolas e universidades, instituições de acolhimento, voluntariado, organizações religiosas, juntas de freguesia); e macrossistema (políticas nacionais ou regionais com repercussões na sociedade, autarquias). As escolas e universidades podem ser um *setting* importante para influenciar positivamente os determinantes de saúde pois as intervenções aí realizadas nesses contextos enfocam comunidades que são o futuro das nações.

1.1. DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

O séc. XIX ficou marcado por um grande avanço na área médica e pelo surgimento da saúde pública. Os efeitos colaterais da industrialização trouxeram consigo os movimentos chamados de “Reforma Sanitarista”, que organizavam as comunidades para proteger a saúde dos seus membros, com o intuito de apoiar o processo de industrialização e aumentar a prosperidade. De acordo com este movimento algumas políticas públicas foram desenvolvidas para promover a saúde da população, como a famosa “Lei dos pobres” Inglesa, que impunha o dever de assistência aos indigentes de cada território. Esta Lei foi sequencialmente revista, abrindo espaço para diversas políticas públicas relacionadas com o processo de saúde-doença (Rosen, 1994).

Tendo os Ingleses tradição no estudo dos determinantes da saúde, em 1800 Friedrich Engels estudou as condições de saúde dos trabalhadores ingleses, relacionando a classe social e diferenças em saúde e morbidade. Em 1842, Edwin Chadwick publicou um relatório sobre as condições sanitárias da população trabalhadora inglesa identificando que, apesar do aumento geral da expectativa de vida, a iniquidade em saúde persistia. Sendo confirmado este facto em 1980 com a publicação do Relatório Black e em relatórios subsequentes (Raphael, 2004).

É no séc. XX que surge o avanço no entendimento do processo de saúde-doença e os seus determinantes sociais. Destacam-se os trabalhos de Sigerist em 1964, sendo o primeiro autor a associar o termo promoção da saúde com condições de vida. Antonovsky em 1967, 1979 e 1987, publicou inúmeros estudos onde relaciona o meio social com morbidade e mortalidade, e mais recentemente, Marmot e Wilkinson em 1997 sistematizaram não só a relação com as condições socioeconómicas adversas à saúde, mas também a relação da saúde com fatores psico-sociais (Wallerstein, 2002).

Em 1974 são reconhecidos pela primeira vez por um governo os determinantes sociais, através do ministro da Saúde Canadiano Marc Lalonde, no relatório que ficou conhecido como *Relatório Lalonde*, declarando que a saúde é o resultado da inter-relação de aspetos biológicos, ambientais, do estilo de vida e do sistema de saúde (Lalonde, 1974).

Em 1998, a partir do escritório europeu da Organização Mundial da Saúde é lançada a primeira edição do relatório: Determinantes Sociais de Saúde (DSS): os factos concretos (*Social Determinants of Health: the solid facts*), que teve como objetivo elencar os determinantes sociais da saúde, evidenciar a sua relação com a saúde e desenvolver recomendações

para a construção de políticas públicas saudáveis. Os DSS apresentados no relatório foram: hierarquia social, *stress*, primeiros anos de vida, exclusão social, trabalho, desemprego, suporte social, droga-adição, alimentação e transporte. O relatório mostra a relação entre diversos DSS e mortalidade e morbidade, em alguns problemas e doenças prevalentes nos diferentes países no mundo (WHO, 1998a).

A investigação tem vindo a clarificar durante as últimas décadas o enorme impacto que têm sobre a saúde alguns determinantes sociais como, entre outros, o rendimento, a pobreza, o desemprego, a precariedade laboral, as condições habitacionais, a residência, o nível educativo, a classe social e o género, manifestando-se em desigualdades em saúde muito diversas (Marmot e Wilkinson, 2006; Wilkinson, 1996). Os mesmos autores consideram que os determinantes sociais da saúde estão associados à justiça social e ao exercício dos direitos humanos e são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham, às quais é atribuída a maior parte do estado de saúde. Por exemplo, os indivíduos com nível socioeconómico mais elevado tendem a ter uma maior esperança de vida e a ter menos doenças crónicas, mais anos livres de incapacidades e melhor saúde percebida, em comparação com os grupos com nível socioeconómico mais baixo.

Dahlgren e Whitehead colocaram em evidência a falta de progresso dos países em enfrentar a iniquidade social em saúde, constatando que ela tende a aumentar em consequência de situações de crise económica, desemprego prolongado e empobrecimento de grupos populacionais cada vez mais numerosos (Whitehead e Dahlgren, 1994). Perante a importância dos determinantes sociais da saúde no processo saúde-doença, e com a finalidade da diminuição das iniquidades em saúde no mundo, a OMS criou em 2005 a comissão sobre os determinantes sociais da saúde (Commission on Social Determinants of Health – CSDH), para apoiar em saúde os países e os parceiros a enfrentarem os fatores sociais que a influenciam negativamente e que são responsáveis por desigualdades e iniquidades (WHO, 2008). A CSDH pretende catalisar a mudança política e institucional de instituições que trabalham na saúde global.

Esta comissão considera que os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham (Buss e Pellegrini, 2007). Krieger (2001) introduz um elemento de intervenção, ao defini-los como os fatores e mecanismos através dos quais as condições sociais afetam a saúde e que potencialmente podem ser alterados através de ações baseadas em informação.

Tarlov (1996) propõe finalmente, uma definição bastante sintética, ao entender os DSS como características sociais dentro das quais a vida transcorre.

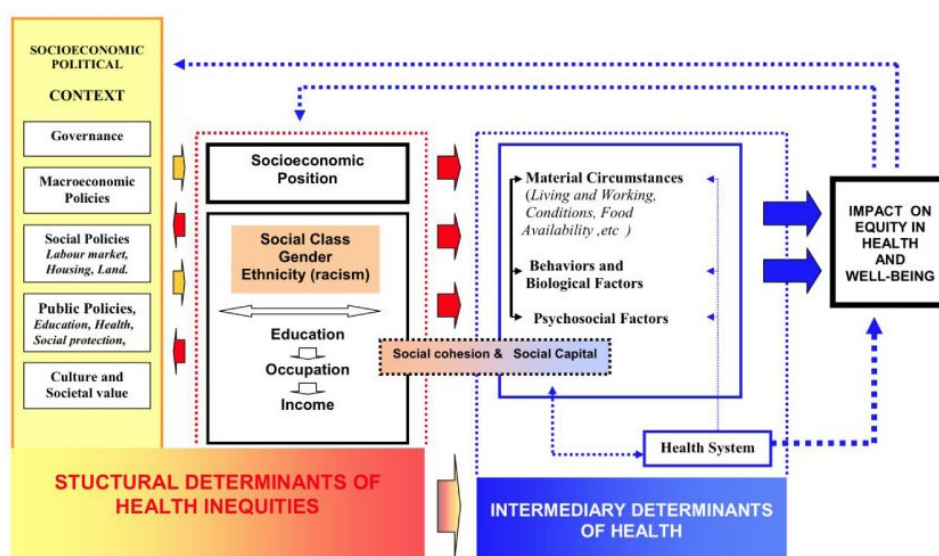
A articulação acessível e mais concisa deste fenómeno foi expressa por Margaret Whitehead no início dos anos 90, que valorizou as iniquidades em saúde como diferenças em saúde que são desnecessárias e evitáveis, além de serem consideradas desleais e injustas.

O conceito de DSS, foi inspirador do modelo de Dahlgren e Whitehead (1991). O modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), inclui os DSS organizados em diferentes (camadas) categorias, conforme o seu nível de abrangência, desde os determinantes individuais até aos macro determinantes. O indivíduo está na base do modelo, o qual inclui idade, sexo e fatores genéticos. Logo após, aparece a categoria de estilos de vida dos indivíduos. Essa categoria está localizada no limite entre os fatores individuais e os DSS, visto que os comportamentos não dependem somente das escolhas feitas pelo livre arbítrio das pessoas, mas também dos DSS, como o acesso à informação, pressão de pares, acesso a alimentos saudáveis, ao lazer, entre outros. A categoria seguinte apresenta a importância das redes comunitárias e de apoio, que auxiliam na criação de redes de solidariedade para o desenvolvimento dos grupos mais desfavorecidos da sociedade. Já o próximo nível corresponde aos fatores relacionados com as condições de vida e de trabalho; neste estão inclusos a disponibilidade de alimentos, o acesso à saúde e educação, as condições habitacionais, o acesso à água e rede de esgotos, a influência negativa do desemprego e das situações “stressantes” de trabalho. Por fim, na última categoria, estão os macrodeterminantes, que estão relacionados com as condições económicas, culturais e ambientais da sociedade, incluindo também, determinantes supranacionais, como o processo de globalização (Buss e Carvalho, 2009).

Existem outros modelos que tentam explicar ou intervir em determinantes das desigualdades em saúde. Do modelo proposto recentemente no relatório da CSDH da OMS (Figura 2), resulta a interação e o resultado da atuação de determinantes estruturais das desigualdades em saúde e de determinantes intermédios. Os primeiros incluem os aspetos relacionados com o contexto socioeconómico e político que modelam a estrutura social de uma sociedade e o seu sistema de estratificação, quer dizer, a tradição política dos governos e suas políticas macroeconómicas e sociais (mercado, rendimento, educação e bem-estar social). As características deste contexto socioeconómico e político influenciam a posição social que os indivíduos ocupam na sociedade segundo o seu nível socioeconómico, género, nível de estudos, lugar de nascimento e outros eixos de desigualdade social. Apesar de existirem

poucos estudos que relacionam diretamente o contexto político com a saúde, já existem dados sobre a influência que exerce o tipo de governação no bem-estar e na mortalidade (Navarro *et al.*, 2003). Assim, Chung e Muntaner (2006) mostraram que em 18 países ricos estudados (da Europa, América do Norte e da região da Asia-Pacífico) 20% das diferenças relativamente às taxas de mortalidade infantil e 10% relativamente aos nascimentos de baixo peso, poderiam ser explicadas por diversas características do estado de bem-estar, tais como as transferências sociais, percentagem da população com cobertura sanitária e percentagem de voto em partidos de esquerda.

Figura 2 – Determinantes Sociais de Saúde. Modelo de ação



Fonte: WHO, Commission on Social Determinants of Health. *A conceptual framework for action on the social determinants of health.*

Esta diferente posição social gera desigualdades na distribuição dos determinantes intermediários, que são precisamente os fatores que medeiam a relação entre os determinantes estruturais (condições de vida e de trabalho, fatores psicossociais, estilos de vida) e a saúde. Tal como se observa na figura 2, o sistema de saúde também tem um papel importante na geração de desigualdades sociais em saúde, já que, incluindo aqueles locais em que a sua cobertura é universal e gratuita, as pessoas de menor nível socioeconómico encontram maiores barreiras para o acesso (Aldasoro *et al.*, 2007; Benach e Muntaner, 2005).

1.2. PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES SOCIAIS

A promoção da saúde é considerada uma estratégia que deve integrar-se em todas as dimensões da vida (individual, social e ambiental), tendo como finalidade o desenvolvimento da saúde e a melhoria do bem-estar das pessoas.

O atual conceito de Promoção da Saúde é o resultado do reconhecimento dos determinantes sociais e da visão sistémica da interação entre os vários componentes considerados relevantes para a saúde e que vão desde o contexto político ao contexto individual (Bauer *et al.*, 2003). Ou seja, para mudar, é preciso ter consciência de qual é a situação de partida e de uma visão dos cenários a construir.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (2003), o aumento de alguns fatores do estilo de vida, como a realização de atividade física e a adoção de hábitos alimentares saudáveis, não são apenas um problema individual mas sim um problema social, que exige estratégias de ação direcionadas para a população, tendo em linha de conta os aspetos culturais da própria população. Por isso é necessário que haja uma transformação da maneira de pensar da população, principalmente do ponto de vista dos profissionais de saúde envolvidos neste processo. Para que tal aconteça, é preciso a promoção de processos participativos, que permitam desenvolver no indivíduo a capacidade de decisão perante os problemas. A partir da formação do pensamento crítico, a capacitação das pessoas surge como uma perspetiva de melhoria no quadro da saúde, criando um conjunto democratizado com estratégias propostas a partir da promoção da saúde, envolvendo a participação da população, dos governos, das instituições públicas e privadas (Bydlowski, Westphal e Pereira, 2004). A extrapolação da saúde para além da prática clínica englobando as condições de vida geradas pelas relações sociais é um importante elemento para se estudar o processo saúde-doença (Marcondes, 2004).

Segundo Loureiro e Miranda (2010), Marc Lalonde já referido atrás, ex-ministro da saúde Canadano, foi o responsável pelo primeiro documento político que identifica, a nível de um país, a Promoção da Saúde como estratégia-chave para os resultados do sector. O documento “A Saúde dos Canadianos” (Lalonde, 1974) tem servido de ponto de partida e enquadramento de documentos políticos semelhantes noutros países, como a Suécia e os Estados Unidos da América, contribuindo para a aceitação da promoção da saúde como um conceito e abordagem que pode ser aplicado por governos, organizações, comunidades e pessoas (Rootman *et al.*, 2001). Para a OMS, os sistemas de saúde integram seis dimensões (prestação

de serviços; informação e evidência; produtos e tecnologias médicas; profissionais de saúde; liderança e governação) (WHO, 2007). Um sistema de saúde direcionado à promoção da saúde deverá orientar as suas políticas de acordo com estas dimensões, por forma a encontrar a melhor resposta para a multiplicidade de questões a resolver (Loureiro e Miranda, 2010):

- “Acesso da população aos cuidados de saúde;
- Qualidade, segurança e continuidade dos cuidados;
- Liderança, gestão e governação eficazes;
- Intervenções baseadas na evidência científica e nas melhores práticas;
- Respeito pelos direitos humanos;
- Diminuição das desigualdades, distribuição justa dos recursos;
- Boa relação entre custos e benefícios;
- Recrutamento, qualificação e distribuição adequada dos recursos humanos;
- Modelo de financiamento que contemple incentivos para a ação e investigação em promoção da saúde e, simultaneamente, garanta um bom equilíbrio entre atividades de carácter preventivo, curativo e reabilitação,
- Construção de parcerias e alianças entre vários sectores da sociedade e reforço dos meios de participação dos cidadãos e dos profissionais;
- Transparência sobre os resultados, prestação de contas;
- Promoção do interesse e investimento na saúde por vários sectores;
- Legitimação das comunidades e dos cuidadores, formais e informais, como agentes de promoção da saúde;
- Avaliação dos impactos das intervenções na saúde ou seja, das mudanças realizadas, o que requer a (aquisição da) necessária capacidade técnica para avaliar.”

Ainda de acordo com as mesmas autoras, Portugal inicia este processo de desenvolvimento sistemático de estratégias com o documento “Saúde – um compromisso” (MS, 1999). Sendo que os objetivos de saúde ao nível nacional constantes no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 e também no Plano Nacional de Saúde 2012-2016, constituem referências para a ação,

nomeadamente ao assumir uma particular responsabilidade no atual contexto social, político e económico, focando-se nas desigualdades como base para a definição de ganhos potenciais, metas, boas práticas e ações prioritárias. O PNS orienta o sistema de saúde para a melhoria constante, aprendizagem e reforço dos comportamentos de rede, redução das iniquidades, reposta a necessidades globais e específicas, incluindo grupos socialmente vulneráveis (DGS, 2012). O PNS refere ainda um conjunto de orientações, recomendações e ações concretas, de carácter estratégico, destinado a capacitar e promover o *empowerment* do sistema de saúde para cumprir o seu potencial. Porque a parte maioritária, da capacidade de manter e promover o potencial de saúde, está sob a responsabilidade do cidadão, famílias, comunidades, organizações da sociedade civil ou do sector privado e social (DGS, 2012).

O desenvolvimento de estratégias a nível local implica o planeamento das mudanças que se pretendem atingir, num processo de interações e sinergias, exigindo o conhecimento da cultura dos vários grupos, incluindo a forma como estes vêm e se relacionam com os serviços e as organizações que supostamente os devem apoiar (Kline e Huff, 2009 citados por Loureiro e Miranda, 2010).

Nos modelos e práticas nos cuidados de saúde, as mudanças implicam uma prática de cuidados mais abrangente e integral, induzindo e estimulando práticas de cuidados que incluam intervenções de prevenção das doenças e promoção da saúde. Novos modelos de cuidados de saúde foram-se desenvolvendo e o carácter preventivo passou a assumir um papel importante para a saúde. Perante este novo processo, a visão de saúde passou da mera ausência de doença para a noção de bem-estar físico e mental, conceito mais amplo que inclui uma adequação à vida social. Modifica-se a prática sanitária, passando de essencialmente curativa para vigilância da saúde (Santos e Westphal, 1999).

Estes movimentos e processos estão a ser alimentados em vários países através de conferências e/ou reuniões realizadas pela OMS e as suas representações regionais, seja por Ministérios da Saúde, seja por encontros e eventos organizados por ONGs e outras organizações sociais. Em todas essas reuniões e conferências tem-se destacado a preocupação com as políticas de saúde e também as questões relacionadas com a promoção da saúde que vem ampliando os conceitos de desenvolvimento e campo de intervenção da saúde pública e a sua relação com a qualidade de vida. Nessa perspetiva, a determinação social da saúde, assume papel importante para o entendimento e organização de diretrizes, ações e programas para

os indivíduos e comunidades, ou seja, a ampliação do conceito de saúde alargado também às áreas de estudo e das práticas dos cuidados de saúde.

Pela sua importância, têm-se desenvolvido investigações sobre o custo/benefício dos apoios para atingir ou manter a saúde dos indivíduos. Os mais comuns são aqueles que avaliam o tratamento das doenças em comparação com a medicina preventiva, determinando-se que, em todos os casos, os programas de promoção da saúde resultam num custo/efetividade muito maior, já que se aplicam em grandes sectores da população e permitem prevenir o desenvolvimento de doenças, minimizando os custos que se gerariam pela necessidade de cuidados. Assim, é sempre melhor prevenir que tratar. Jenkins (2003) dá o exemplo de que programas que introduzem hábitos de estilo de vida saudáveis nas crianças e que se reforçam durante a adolescência e juventude, permitem prevenir o desenvolvimento das doenças crónicas não transmissíveis e portanto diminuem as taxas de morbilidade e mortalidade por doenças cardiovasculares, respiratórias e cancro nos adultos. Como consequência permitem que os adultos se mantenham produtivos durante mais tempo, apoiando o desenvolvimento económico individual, da família e da sua comunidade. Por isso promover um estilo de vida saudável tem ação em dois aspetos: a prevenção da doença e a promoção da saúde, através do desenvolvimento social.

Com base no exposto anteriormente cabe destacar o sentido social e não médico do conceito de saúde, focalizando dentro dele a educação em saúde como um elemento básico para que os indivíduos tomem decisões informadas em relação com os aspetos determinantes da sua saúde, tornando-os assim mais responsáveis pelo seu autocuidado. A partir do ponto de vista preventivo, trata-se de capacitar as pessoas para evitar os problemas de saúde mediante o seu próprio controle das situações de risco, ou evitando as suas possíveis consequências. Esta revolução ideológica tem tido, como consequência, a evolução dos critérios sobre os quais se sustenta o conceito de EpS. Propondo a EpS como um processo de formação e de responsabilização do indivíduo a fim de que este adquira os conhecimentos, as atitudes e os hábitos básicos para a defesa e a promoção da saúde individual e colectiva. Ou seja, como uma tentativa de responsabilizar o indivíduo e de prepará-lo para que, pouco a pouco, adote estilos de vida o mais saudáveis possível e comportamentos positivos para a saúde. Neste sentido a OMS (1983) refere: “Se focarmos a educação para a saúde desde um modelo participativo, e adaptado às necessidades, a população adquirirá uma responsabilidade na sua aprendizagem e esta não estará centrada no saber, mas também no saber fazer”. É por isso que a EpS tem sido considerada como um dos campos de inovação das reformas

educativas de vários países e está a tornar-se cada vez mais importante como uma área de trabalho pedagógico.

Os hábitos saudáveis estão inseridos num contexto social que determinam os estilos de vida, pelo que as estratégias de ensino devem ser adequadas ao conjunto de conhecimentos e aos contextos onde se desenvolvem, pois os comportamentos dificilmente se modificam se não se promoverem mudanças ambientais adequadas. Finalmente, consideramos que os hábitos do indivíduo estão condicionados tanto por fatores ambientais como pelos seus próprios hábitos de comportamento, a EpS deve orientar-se para ambos os aspetos.

Seja qual for a definição de momento, o certo é que a EpS não é senão uma estratégia para a promoção da saúde fomentando estilos de vida saudáveis, já que os padrões de morbilidade e mortalidade atuais nas sociedades, se relacionam estreitamente com os comportamentos e estilos de vida das pessoas. E assim a EpS pode focar-se na prevenção e promoção da saúde, mas da mesma maneira ocupar-se dos cuidados de saúde e da cura e reabilitação da doença (Garcia Ospina, 2001; Jáuregui, 2008).

Mas a educação vista como um processo social relacionado com a formação da pessoa, representa uma condição necessária para promover a saúde dos indivíduos e das comunidades. A educação deve favorecer o acesso à informação, o desenvolvimento das habilidades para a vida, a identificação de possibilidades de escolhas saudáveis e emponderamento dos indivíduos e da comunidade para atuar em defesa da saúde. A promoção da saúde, desde a sua intervenção educativa, relaciona-se com o fortalecimento dos fatores que melhoram a qualidade de vida. Considera-se como o estabelecimento de um diálogo de saberes, partindo do saber do sujeito ou da população, procurando que o indivíduo (através de um processo permanente) interiorize conhecimentos e informação que lhe permitam assumir uma posição crítica e reflexiva sobre a realidade a fim de promover mudanças, implicando um diálogo cultural com o objetivo de construir novos conhecimentos sobre a realidade. Por isso, não se pode pretender que com abordagens rígidas se obtenham conquistas: as intervenções educativas devem ser permanentes, reforçadoras e significantes para o indivíduo, que lhe permitam tomar decisões conscientes e autónomas sobre a sua própria saúde (WHO, 2009; Jáuregui, 2008).

As mudanças dos comportamentos dos indivíduos para que se estabeleçam como comportamentos saudáveis não constitui tarefa fácil. Por isso, nas últimas décadas têm-se desenvolvido modelos explicativos da mudança de comportamento que têm sido aplicados à

prática clínica. Um desses modelos mais utilizados é o modelo transteórico das etapas de mudança de Prochaska e Velicer (1997), que estabelece que as mudanças de comportamento têm lugar através de um processo cognitivo de evolução das atitudes e atravessam uma série de seis etapas assim definidas: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção e finalização. Representa um modelo heurístico que descreve uma sequência de passos cognitivos e comportamentais que levam o indivíduo a realizar mudanças de hábitos através de diferentes etapas, permitindo assim adequar as recomendações preventivas e torná-las mais efetivas.

A efetividade dos programas de intervenção depende da sua adequação à população, do seu envolvimento, da sua intensidade, duração e sustentabilidade dos programas e da consistência da intervenção no seu todo, particularmente se for reforçada nas diferentes esferas da vida quotidiana dos indivíduos. Nesta temática têm sido realizados estudos relevantes. De realçar o importante contributo dado pela *International Union of Health Promotion Education* (IUHPE) como Organização Não-Governamental (ONG) que tem vindo a divulgar a demonstração da evidência da efetividade de intervenções em promoção da saúde (Loureiro e Miranda, 2010).

A EpS tem como objetivo a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de hábitos que fomentem estilos de vida saudáveis e favoreçam o bem-estar e o desenvolvimento pessoal, familiar e da comunidade a partir da promoção de: (Salleras, 1988)

- Comportamentos positivos favorecedores da saúde em geral
- Mudanças meio-ambientais que ajudem a modificar comportamentos
- O autocontrolo e autocuidados dos cidadãos
- Capacitação dos indivíduos em tomar as suas próprias decisões através da participação ativa no processo de saúde.

A saúde é vista na perspetiva de um recurso para a vida quotidiana, não como um objetivo da vida, enfatizando os recursos sociais e pessoais, junto com as capacidades físicas. Portanto, a promoção da saúde não é simplesmente responsabilidade do setor da saúde, mas vai mais além dos estilos de vida saudáveis para chegar ao bem-estar. A promoção da saúde apoia-se no desenvolvimento individual e coletivo, trazendo informação, educação para a saúde, e potenciando as habilidades para a vida. Deste modo, aumentam as opções disponíveis para que as pessoas exerçam um maior controlo sobre a sua própria saúde e sobre os seus

ambientes, e para que façam opções que conduzam à saúde. É essencial capacitar a população para que aprenda, ao longo da sua vida, a preparar-se face a todas e a cada uma das etapas da mesma, e a combater as doenças e lesões crónicas. Isto deve ser possível nos ambientes escolares, familiares, laborais e comunitários. São necessárias ações dos organismos educacionais, profissionais, do comércio e do voluntariado, e dentro das próprias instituições (OMS, 1986).

Tendo em conta a importância da integração social e bem-estar na saúde, os responsáveis da saúde na Finlândia definiram quatro estratégias de proteção social (*The Finnish Government on the Health 2015, Public Health Programme, 2001*): apoiar o desenvolvimento das crianças e dos jovens, prevenir a exclusão, apoiar a iniciativa pessoal e o envolvimento dos desempregados, promover a segurança básica na habitação (Loureiro e Miranda, 2010). Este documento, ainda segundo as mesmas autoras, considera que a saúde da população pode ser promovida e a exclusão social reduzida através das seguintes linhas de ação:

1. Aumento da eficiência e cooperação entre organizações de cuidados de saúde especializados;
2. Suporte para a capacidade funcional das pessoas de diferentes idades;
3. Promoção da aprendizagem ao longo da vida;
4. Promoção do bem-estar no trabalho;
5. Aumento da igualdade e proteção social entre os géneros, criando incentivo ao trabalho;
6. Prioridade a política preventiva, intervenção precoce e ações que interrompam um desemprego prolongado;
7. Redução das desigualdades regionais no nível de bem-estar;
8. Promoção do multiculturalismo;
9. Controlo do abuso de substâncias;
10. Promoção da participação ativa na tomada de decisão internacional;
11. Rendimento seguro adequado como elemento chave de coesão social.

Em relação a Portugal, “Saúde um compromisso: uma estratégia para o virar do século”, publicado pela Direção Geral da Saúde em 1999 integra, pela primeira vez, a questão dos determinantes num documento de política global para o sector. O documento aponta o papel dos outros sectores do Estado, reconhecendo que a melhoria da saúde da população resulta da conjugação de esforços das restantes políticas sectoriais, como a educação, a economia, o

emprego e a justiça. As principais linhas de ação preconizadas têm a ver com a intervenção específica sobre os determinantes, em cada etapa do ciclo vital, tendo vindo a constituir a base do plano nacional de saúde subsequente (Ministério da Saúde, 1999, citado por Loureiro e Miranda, 2010).

O PNS 2012-2016 (DGS, 2012) na continuidade e alargamento dos contextos promotores de vida saudável, considera a família, escolas, creches, universidades, locais de trabalho, locais de desporto e recreio, locais de lazer, locais de acolhimento, prisões e comunidades. Em relação às instituições de ensino superior elas devem ser influenciadas e abrangidas no sentido de valorizarem a saúde escolar e a promoção da saúde, enquanto dimensão do desenvolvimento pessoal e social do jovem. São exemplo os serviços de ação social das instituições de ensino superior, de organização e responsabilidade de cada uma, na promoção da saúde, com a missão de promover e organizar programas e ações de educação para a saúde, em colaboração com outras entidades.

CAPÍTULO II – AS UNIVERSIDADES SAUDÁVEIS/INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR COMO PROMOTORAS DA SAÚDE

As Universidades são organizações em que se trabalha e aprende, onde se realiza um processo de socialização e a utilização de diversos serviços. Têm o potencial de poderem afetar de modo determinante a vida e a saúde dos seus membros. Com efeito, à entrada na universidade, os estudantes ficam, em muitos casos, mais independentes e livres da supervisão direta dos pais pela primeira vez e enfrentam maiores pressões sociais e académicas, isto é, estão num novo ambiente em que se questionam sobre valores e crenças e objetivos. Este ambiente com diminuição do controlo social pode dar origem a alterações nos estilos de vida e a comportamentos de risco. Neste âmbito, as universidades podem dinamizar diversas ações para promover e proteger a saúde dos estudantes, docentes e funcionários, para criar trabalho conducente à saúde, para proteger o ambiente e garantir a sustentabilidade, para promover a promoção da saúde no ensino e investigação e a da comunidade, e para ser um recurso para a saúde da comunidade (Rocha, 2008).

As universidades e outras instituições de ensino superior, como espaços de formação académica, constituem um cenário indicado para levar a cabo a formação integral dos profissionais, desde o ponto vista humanista, científico e tecnológico, através de uma gestão baseada nos princípios do desenvolvimento humano sustentável. Neste subcapítulo, estabelecem-se as bases conceituais e metodológicas para a implementação e desenvolvimento do novo conceito de “**Universidade Saudável**”. A proposta de Reig Ferrer *et al.* (2001), porta-voz do modelo de contextos promotores da saúde, reconhece que as Universidades podem favorecer de uma maneira importante a promoção da saúde, a melhoria do bem-estar da população universitária em particular e, da mesma maneira, da sociedade em geral. Portanto, adotando a conceção de que as universidades configuram um contexto conveniente de atividade laboral, social e cultural. Do mesmo modo que a saúde é considerada, desde uma perspetiva salutogénica, como uma riqueza que se cria e se vive em contextos da vida quotidiana das pessoas (Antonovsky, 1996), tais como as universidades (Beltrán Guzmán *et al.*, 2011).

Seguindo as indicações de Tsouros *et al.* (1998) no relatório publicado pela OMS como guia para as universidades promotoras de saúde, podemos assinalar o enfoque dos contextos promotores da saúde que tem o potencial de incrementar as contribuições das universidades na saúde e de aumentar também o seu valor da seguinte forma:

- As Universidades são grandes instituições em que muita gente vive e experimenta muitos aspectos da sua vida: aprende, trabalha, socializa-se e usufrui do seu tempo livre; em muitos casos as pessoas utilizam uma ampla variedade de serviços (alojamentos, refeitórios, transportes, etc.). Por isso, dentro das Universidades esconde-se um enorme potencial para proteger a saúde e promover o bem-estar dos estudantes, docentes e outros funcionários da universidade e da comunidade inteira, que pode ser desenvolvida através das suas políticas e práticas.
- As universidades têm um grande número de estudantes que são ou serão profissionais e/ou políticos, com capacidade para mudar as condições que influenciam a saúde de todos. Desenvolvendo conjuntamente os currículos e investigação, as universidades podem incrementar o conhecimento e o compromisso com a saúde de um amplo número de pessoas capacitadas e formadas num enorme conjunto de disciplinas.
- Como ostentadora de um papel principal na comunidade, as universidades gozam da oportunidade de estabelecer exemplos de boas práticas em relação à promoção da saúde e podem utilizar a sua influência para favorecer a saúde da comunidade a nível local, nacional e internacional.

É por isso que as universidades podem potencialmente trazer uma contribuição para o incremento da saúde em três áreas distintas:

- Criando condições saudáveis nos ambientes de trabalho, de aprendizagem e da vida, tanto para os estudantes como para o resto da comunidade educativa.
- Fomentando atitudes favoráveis para os temas relacionados com a saúde no ensino e na investigação.
- Desenvolvendo colaborações para a promoção da saúde em que se implique toda a comunidade.

Assinala-se também que as universidades que se implicam em projetos de promoção da saúde, podem obter muitos benefícios, incluindo melhoras na sua imagem pública, no estatuto da universidade como instituição, no bem-estar dos estudantes e do resto da comunidade educativa e nas condições de vida e trabalho.

2.1. EVOLUÇÃO DO CONCEITO

A proposta de Universidades Promotoras da Saúde desenvolve-se a partir de três iniciativas da Organização Mundial de Saúde (OMS): 1) a declaração Alma Ata no ano de 1977 que estabelece pela primeira vez a importância dos cuidados de saúde primários, ampliando o modelo médico para incluir os fatores sociais e económicos, e incluindo as organizações da sociedade civil no esforço para melhorar a saúde e garantir tanto a equidade no acesso aos cuidados, como a eficácia na prestação dos serviços. 2) A estratégia de saúde para todos no ano de 2000 (1981), que enfatizava a equidade, a participação pública, a colaboração intersectorial e a necessidade de reorientar os sistemas e os serviços de saúde; e a carta de Ottawa (1986), a qual está orientada na busca de ambientes de oportunidade e sistemas públicos que apoiem o desenvolvimento social (Meda Lara *et al.*, 2008). 3) O movimento de cidades saudáveis que considera a integração das pessoas de uma comunidade para procurar a equidade em saúde, considerando que a saúde depende em grande medida dos determinantes sociais de saúde, circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo o sistema de saúde.

É assim que a proposta de Universidades Saudáveis surge como resultado direto do programa Cidades Saudáveis e Escolas Promotoras de Saúde, enquadrando-se no modelo de promoção da saúde baseado no contexto. Neste sentido, reconhece-se o espaço universitário como um cenário privilegiado para fomentar as mudanças de estilos de vida em prol da saúde, alcançando um conjunto de comportamentos que reforcem o potencial de saúde de cada indivíduo, assim como do coletivo universitário (Meda Lara *et al.*, 2008).

O primeiro esforço para a sua formação teve início na Oficina Regional da OMS na Europa a partir da iniciativa dos ambientes saudáveis em cidades, escolas, universidades, organizações profissionais, hospitais e outros contextos, com o objetivo de impulsionar a promoção da saúde através da estratégia de intervenção nas populações, com ênfase no comportamento dos indivíduos e das comunidades em risco (Arroyo e Rice, 2009).

Na América Latina os projetos de ambientes saudáveis foram ganhando força na década de noventa (do século passado), alcançando avanços significativos vinculados aos cenários de Cidades, Comunidades, Municípios, lugares de trabalho e escolas. Formalizaram-se em 1996 ao nível do ensino superior, redes académicas e profissionais, que impulsionaram ações de formação de recursos humanos em promoção da saúde e educação para a saúde, tendo sido dados os primeiros passos para a criação de Universidades Promotoras de Saúde. Nesse

mesmo ano realizou-se em Lancaster – Inglaterra a primeira conferência internacional sobre Universidades Promotoras da Saúde que permitiu a criação da Rede de Universidades Europeias Promotoras da Saúde (Arroyo e Rice, 2009).

Em 2003 a Universidade Pontifícia Católica do Chile em colaboração com a Universidade de Alberta – Canadá, realizou o 1º congresso na América Latina com o Tema “Construyendo Universidades Saludables”, que teve como finalidade instituir o programa Universidades Promotoras de Saúde. Posteriormente realizou-se, em Outubro de 2005, na Universidade de Alberta em Edmonton, o 2º Congresso Internacional de Universidades Promotoras da Saúde da região das Américas e, neste congresso, definiu-se um conjunto de orientações que ficaram plasmadas num documento intitulado Carta de Edmonton, onde se estabelece o marco conceitual, as metas, crenças e princípios da iniciativa. É também proposto um guia com os compromissos de ação institucional para impulsionar a iniciativa nas Universidades. Neste âmbito, a liderança do Chile no âmbito deste trabalho é novamente evidenciada quando, em 2006, publica o Guia para Universidades Saludables y otras Instituciones de Educación Superior (Lange e Vio, 2006), trabalho conjunto da Universidade Pontifícia Católica do Chile, da Universidade do Chile, da Organização Pan-Americana da Saúde (OPS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), com o apoio técnico do Conselho Nacional para a Promoção da Saúde, VIDA CHILE e do Ministério da Saúde Chileno. Este documento estabelece as diretrizes para a implementação de atividades de promoção da saúde nas universidades dentro do movimento Universidades Saudáveis.

Em Outubro de 2007 é realiza-se na Universidade Autónoma da Cidade Juárez Chihuahua o 3º Congresso Internacional das Universidades Promotoras da Saúde, com a colaboração da Universidade Pontifícia Católica de Chile, concretizando o estabelecimento da Rede Iberoamericana de Universidades Promotoras de Salud (RIUPS). Em 2009 a responsabilidade da organização do 4º Congresso foi da Universidade Pública de Navarra – Espanha.

No âmbito da criação deste movimento, é importante definir e contextualizar as Universidades Saudáveis ou Promotoras de Saúde, conceito para o qual existem diferentes pontos de vista, que se apresentam de seguida:

- Muñoz e Cabieses (2008) definem Universidade Promotora da Saúde como “aquela que promove conhecimentos, habilidades e destrezas para o próprio cuidado e para a implantação de estilos de vida saudável na comunidade universitária; dá prioridade a iniciativas de promoção da saúde dirigidas à universidade como contexto, mediante a

construção de ambientes físicos, psíquicos e sociais que influenciem positivamente a qualidade de vida da comunidade universitária”.

- Tsouros *et al.* (1998) definem assim Universidade Promotora da Saúde: “ O conceito de Universidade saudável significa muito mais que executar intervenções de educação em saúde e promoção da saúde para os estudantes e para o pessoal. Significa integrar a saúde na cultura, nos processos e nas políticas universitárias. Significa compreender e abordar a saúde de um modo diferente e desenvolver um quadro de ação que una fatores como o fortalecimento do poder de ação dos indivíduos (*empowerment*), o diálogo, a eleição e participação, com o objetivo de favorecer a equidade, a sustentabilidade e ambientes para a vida, de trabalho e de aprendizagem favoráveis para a saúde.”
- De acordo com o estipulado na Carta de Edmonton citado por Lange e Vio (2006) “As universidades promotoras da Saúde ou instituições de Ensino Superior devem rever os seus próprios sistemas, processos e cultura internos e a sua influência sobre a saúde e bem-estar individual e organizacional. Também assumem a responsabilidade de contribuir para melhorar a saúde e bem-estar das sociedades em geral, através da colaboração e do trabalho em rede. Como instituições acadêmicas, elas têm processos colegiais de governo que são únicos em relação a outras organizações”.
- O Guia das Universidades Saudáveis e outras Instituições de Ensino Superior (Lange e Vio 2006), caracteriza a “Universidade Saudável ou Universidade Promotora da Saúde, como aquela que incorpora a promoção da saúde no seu projeto educativo e laboral, com o fim de propiciar o desenvolvimento humano e melhorar a qualidade de vida de quem ali estuda ou trabalha, com a finalidade de atuar como modelo promotor de comportamentos saudáveis nas suas famílias, nos seus futuros contextos laborais e na sociedade em geral”.
- Arroyo e Rice (2009) definem Universidades Promotoras da Saúde como “entidades de educação superior que desenvolvem uma cultura organizacional orientada pelos valores e princípios associados ao movimento global da promoção da Saúde, com apoio constatado através de uma política institucional própria para o fomento e permanência de ações de Promoção da Saúde”.
- Para a Rede Espanhola de Universidades Promotoras da Saúde (2007), o conceito refere-se a: “Uma universidade que de forma contínua está melhorando e intervindo

sobre aqueles fatores que determinam o ambiente físico e social, facilitando o acesso e potenciando os recursos comunitários que permitem aos seus membros realizar todas as suas funções vitais e autodesenvolver-se até ao seu máximo potencial desde uma perspetiva de apoio mútuo”.

Independentemente das diferentes posturas estabelecidas, é importante salientar que a Universidade Saudável considera a promoção da saúde como o seu eixo principal e com o objetivo de melhorar o estilo de vida dos indivíduos numa visão de desenvolvimento integral, capacitando-os para a extrapolação dos comportamentos adquiridos nos diferentes contextos em que se movem e no seu futuro como cidadãos.

2.2. ASPETOS CONCEITUAIS E METODOLÓGICOS

As universidades podem potencialmente transformar-se num lugar que promove a saúde, pois têm as capacidades intelectuais, as habilidades, a autoridade e a credibilidade necessárias para alcançar esse propósito. As universidades são um valiosíssimo recurso para a comunidade onde estão inseridas. Investir em universidades saudáveis é sobretudo um investimento para o futuro. As universidades com a sua peculiar cultura, a sua posição na sociedade e o seu conjunto de habilidades são um recurso único que oferece um terreno ideal de prova para aplicar, avaliar e desenvolver, ulteriormente, a promoção da saúde. Baseado no documento que regulamenta a implementação das Universidades Saudáveis, proposto pelo Chile (Lange e Vio, 2006), apresentam-se os itens que concorrem para a sua efetivação:

1. Formação de uma equipa responsável por coordenar todas as atividades.
2. Socialização da ideia com as autoridades universitárias e obtenção de um orçamento de base para o diagnóstico, incluindo:
 - Realizar um estudo de base a partir da análise do diagnóstico dos estilos de vida, em primeira instância dos estudantes, com a finalidade de avaliar fatores de risco ou de proteção, e também o grau de vulnerabilidade da comunidade universitária, que proporcione resultados em diferentes dimensões. Posteriormente este diagnóstico deverá ser extensivo aos não docentes, académicos e autoridades.
 - Realizar um levantamento sobre as atividades de saúde existentes, determinando quais as atividades disponibilizadas face às necessidades da comunidade universitária.
3. Apresentação dos resultados às autoridades universitárias e proposta de um plano estratégico para constituir o programa Universidade Saudável, determinando programas de ação e atividades, assim como projetos de investigação que emergirão das ações e estabelecê-lo como compromisso institucional.
4. Sensibilização, comunicação e difusão interna.
5. Desenho e implementação de programas e ações específicas por ano académico.
6. Definição dos critérios e indicadores para monitorização e avaliação de cada um dos programas e ações específicas, e do projeto em geral.

Considerando que a instalação do programa Universidade Saudável implica mudanças a nível estrutural e ideológico, considera-se indispensável que as autoridades máximas (Reitoria, Presidentes das Instituições de Ensino Superior, Conselhos Gerais) assumam a responsabilidade de fomentar uma cultura de saúde e bem-estar dentro da Universidade. Por isso, deve o programa estar plasmado no plano estratégico de cada instituição por forma a garantir que a iniciativa se consolide, institucionalize e seja sustentável ao longo do tempo.

Por outro lado, determina-se que o projeto Universidade Saudável deve manter seis linhas básicas de ação que devem incidir, por sua vez, em cinco âmbitos de promoção da saúde a saber: alimentação, atividade física, consumo de tabaco, álcool e drogas, e por último fatores psicossociais e ambientais. Estes cinco âmbitos devem orientar-se a partir das seguintes linhas de ação (Lange e Vio, 2006; Machado-Alba, 2001):

1. Educação para a saúde: estabelecer a fundamentação teórica dos temas de saúde, desenhar projetos de educação em saúde, desenvolver metodologias efetivas de trabalho com a população universitária que permitam alcançar um maior impacto. Planear a inclusão curricular dos temas de saúde para todos os programas de graduação e pós-graduação.
2. Sistema geral de segurança social em saúde: determinar ações de prevenção de doenças em coordenação com os profissionais de saúde através, por exemplo, dos serviços médicos e de enfermagem.
3. Ambientes e contextos saudáveis: que promovam conhecimentos, atitudes, hábitos e costumes que permitam um desenvolvimento sustentável, no qual se inclui o ambiente familiar, institucional, social e comunitário. Os centros universitários devem criar contextos saudáveis como ambiente físico seguro, limpo e adequado, ter em atenção a área abrangente, a edificação, as condições sanitárias, iluminação, contaminação por ruído, áreas para desporto e recreação, um ambiente psicossocial harmonioso e agradável, sem agressões nem violência, que seja estimulante para o bem-estar e para a produtividade de toda a comunidade universitária.
4. Investigação: deve promover a investigação e o estudo permanente dos problemas de educação e de saúde dos universitários; realizar investigações de distintos enfoques epistemológicos e metodológicos que permitam avançar no desenvolvimento de estratégias pedagógicas e de promoção da saúde, e cujos resultados contribuam para transformar a realidade ou a reorientar ações.

5. Intersectorialidade: é muito importante contar com o apoio das várias instituições da região e de outras que liderem os processos de saúde, vários setores que podem participar na formação de contextos saudáveis e produtivos que garantam o êxito da estratégia.

6. Promoção de uma convivência pacífica: criando na comunidade educativa a capacidade para desenvolver comportamentos individuais e coletivos que procurem uma sã convivência em todos os espaços da vida quotidiana.

2.3. ESPECIFICIDADES INSTITUCIONAIS NA ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO

De acordo com a proposta da OPS/OMS, citada por Lange e Vio (2006), as Universidades Promotoras da Saúde devem possuir as seguintes características:

- Ter ambientes e contextos saudáveis, um ambiente seguro, limpo e adequado tanto nos edifícios, como nas áreas de passeio, desporto, refeitórios e cafetarias;
- Ser um contexto acessível, pondo especial cuidado em eliminar as barreiras arquitetónicas que se detetem e facilitando recursos para que as pessoas com incapacidade sensorial possam desenvolver-se no Campus Universitário com a maior autonomia e comodidade possível;
- Ser um espaço de trabalho e de estudo livre de riscos, ou pelo menos controlado: equipamentos e instalações seguras, reforço dos fatores de proteção, eliminação ou redução e/ou controlo dos fatores de risco específicos;
- Ser um Campus Universitário com perspetivas de futuro, em que se promovam comportamentos que favoreçam um desenvolvimento sustentável dirigido a uma perspetiva de Campus Ecológico;
- Facilitar um ambiente psicossocial harmónico e estimulante, sem agressões nem violência, que favoreça a convivência pacífica entre as diferentes pessoas e grupos que configuram a comunidade universitária: reforçando os espaços e oportunidades para o diálogo, tomada de decisões e estabelecimento de acordos entre os diversos agentes que o integram;
- Manter estruturas, horários e normas de funcionamento, metodologias de trabalho e métodos pedagógicos: estimular relações respeitadas entre os professores, estudantes e pessoal não docente e serviços;
- Desenvolver normatividade e políticas institucionais para propiciar ambientes favoráveis à saúde;
- Desenvolver ações de formação académica profissional em promoção da saúde e educação para a saúde, em comunicação em saúde e outras modalidades de capacitação da comunidade universitária; desenvolver, em simultâneo ações de investigação e avaliação em ambas as áreas;
- Oferecer serviços preventivos e de cuidados de saúde;

- Definir objetivos claros para a promoção da saúde e de segurança para toda a comunidade;
- Explorar a disponibilidade dos recursos universitários para apoiar ações de promoção da saúde;
- Desenvolver opções de participação para o desenvolvimento de habilidades, liderança e advocacia em saúde nos integrantes da comunidade universitária, com alcance familiar e comunitário;
- Promover a responsabilidade individual, familiar e comunitária;
- Apoiar o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis;
- Ajudar os jovens a alcançar o seu potencial físico, psicológico e social, e promover a autoestima;
- Fortalecer nos estudantes o conhecimento e competências necessárias para tomar decisões saudáveis acerca da sua saúde com o objetivo de a conservar e melhorar.

Juntamente com os princípios estabelecidos pela OPS/OMS, Machado-Alba (2001), acrescenta as seguintes características que uma Universidade Saudável deve evidenciar.

- Implementa um desenho curricular, sobre promoção da saúde e fomenta a participação ativa de todos os estudantes, fornecendo o conhecimento e as habilidades necessárias para a tomada de decisão sobre a sua saúde com o objetivo de a conservar e melhorar;
- Evidencia o desenvolvimento global da pessoa, nas diferentes dimensões, ao oferecer oportunidades para que esta aprenda a desfrutar de uma vida produtiva, gratificante e saudável, fomentando uma análise crítica e reflexiva sobre os valores, as condições e estilos de vida, e desenvolvendo princípios e valores de promoção da saúde.

Como se pode observar, a implementação de uma Universidade Saudável representa um processo contínuo que influi praticamente em todas as áreas da universidade incluindo os seus funcionários, investigadores, autoridades, estudantes e instalações; assim, é importante reconhecer que não se trata simplesmente de uma campanha informativa relacionada com a mudança de hábitos mas uma mudança na contextualização universitária.

Por isso, é estabelecido que a integração da promoção da saúde dentro da universidade dará um valor agregado à mesma ao incrementar a satisfação dos seus funcionários. Esta poderá converter-se num fator motivador para o ingresso de maior número de estudantes, ao

considerar a formação integral como um dos seus elementos chave. Poderá ainda diminuir o absentismo de estudantes, académicos e administrativos, favorecer as relações interpessoais harmoniosas e a convivência, melhorando o clima laboral e de estudo, e contribuir para a perceção de melhor qualidade de vida durante o estudo e trabalho. A longo prazo as ações de promoção da saúde implementadas nas universidades poderão contribuir para a mudança da situação de saúde do país através das gerações de estudantes que nelas se formam, ao fomentar a adoção de comportamentos saudáveis nas instituições e comunidades nas quais se inserem e nas famílias que venham a formar (Lange e Vio, 2006; Arroyo e Rice, 2009).

Desde logo, não existe uma receita padrão para ser aplicada a todas as universidades e instituições de ensino superior, mas sim algumas linhas orientadoras básicas. A experiência tem demonstrado que é indispensável que os responsáveis máximos pelas instituições (neste caso os Reitores e Presidentes das Instituições de Ensino Superior), assumam a responsabilidade de ir criando uma cultura favorecedora da saúde e bem-estar dentro da Instituição. Esta opção política deve estar plasmada nos planos estratégicos das instituições de ensino superior. Só desta forma se atingirá gradualmente envolvendo todos os seus estratos: estudantes, docentes e funcionários não docentes, garantindo que esta iniciativa se consolide, institucionalize e seja sustentável através do tempo, mesmo quando os responsáveis mudem.

Não obstante o referido anteriormente, existem experiências em que estas iniciativas surgiram de algumas ações impulsionadas por alguns funcionários e docentes interessados, ou por estudantes, que foram capazes de convencer os dirigentes da responsabilidade social que cabe às universidades em matéria de promoção da saúde. Mas, para atingir a sustentabilidade desta estratégia, devem existir recursos humanos motivados e bem preparados e um pressuposto que permita implementar um plano anual consensualizado com todos os responsáveis da equipa. O processo de mudança é muito lento e requer uma construção coletiva, com ampla participação de todos os elementos, o que exige um trabalho de informação, sensibilização, motivação, demonstração de benefícios, educação e convencimento.

Pode afirmar-se que a evidência dos benefícios da implementação deste tipo de iniciativas tem de ser clara e contundente. Portanto, mais do que falar em gastos, é necessário pensar em termos de investimento para atingir resultados ótimos. Muitas das atividades que

implica esta estratégia, podem ser financiadas com fundos externos (por ex. fundos concursáveis que existem em vários ministérios do estado, para a promoção da saúde).

Segundo Lange e Vio (2006) as Universidades Saudáveis/Instituições de Ensino Superior Saudável (US/IESS) tem o potencial de gerar benefícios para as próprias instituições, para os vários membros da comunidade educativa e suas famílias, o que se pode resumir em:

- Entregar um valor acrescentado à Universidade, o que levaria a um aumento da satisfação laboral e ser um factor de interesse para atrair um maior número de estudantes.
- Ser um elemento importante na formação de profissionais integrais.
- Diminuir o absentismo dos estudantes e do pessoal.
- Favorecer as relações interpessoais harmoniosas e a convivência, melhorando o clima laboral e de estudo.
- Contribuir para melhorar a perceção de qualidade de vida durante o estudo e o trabalho.
- Promover a longo prazo, mudanças na situação de saúde do país através de gerações de estudantes que ingressam nas Universidades Saudáveis ou Instituições de Ensino Superior Saudáveis, que fomentarão mudanças a favor do bem-estar e da saúde nas instituições e comunidades em que trabalham.

As US/IESS têm um melhor desempenho e compromisso em investir na saúde, o que está ancorado numa “cultura organizacional saudável” nos seus processos, estruturas e rotinas da vida institucional. Este desenvolvimento organizacional necessitará não só de um pensamento integral, mas também de uma efetiva gestão dos processos de mudança. De acordo com Lange e Vio (2006) no documento, “Guia para Universidades Saludables y otras Instituciones de Educación Superior Saudável (US/IESS)”, as cinco áreas em que se deve integrar a promoção da Saúde, para construir uma *Universidad Saudável*, com as suas temáticas prioritárias (alimentação, atividade física, consumo de tabaco, álcool e drogas, fatores psicossociais e fatores ambientais), são:

a) As Políticas Universitárias:

Integrar o conceito de um contexto físico e social, que permita desenvolver estilos de vida saudáveis deve ser uma decisão política que irradie desde a direção superior a todos os níveis da instituição. Isto deve ser assinalado explicitamente na política institucional.

A promoção de um contexto saudável e a orientação para formar um capital humano que seja capaz do seu autocuidado e promover a saúde na sociedade, deve formar parte do plano estratégico de todas as equipas universitárias e de outras instituições de educação superior. Este plano estratégico deve complementar-se com modificações de regulamentos internos que reforcem estas iniciativas e com recursos económicos necessários para a sua implementação.

Sem a incorporação da promoção da saúde dentro da política institucional, as ações que se geram resultarão numa escassa cobertura e sustentabilidade ao longo do tempo.

b) A estrutura:

É importante desenvolver uma estrutura organizacional que seja capaz de propor e executar articuladamente as ações que a US/IESS têm priorizado.

Em todas estas instituições existem departamentos responsáveis de determinados aspetos da saúde e bem-estar da comunidade educativa; por isso, deve haver representação destes departamentos no organismo (Conselho directivo da US/IESS), que aprova o plano e a proposta anual.

A participação ativa das associações de estudantes, serviços de saúde estudantis, associações de funcionários, administração do campus, entre outros, são fundamentais para fomentar a cooperação, coordenação e evitar paralelismos.

c) Os processos:

Numa US/IESS, o conceito de vida saudável deve estar incorporado nos processos de tomada de decisão e abarcar o maior número de áreas possível, como a elaboração dos currículos nos cursos de graduação e pós-graduação, definição de horários de trabalho, regulamentos internos, decisões de investimento em infraestruturas, desenvolvimento de linhas de

investigação, atividades de extensão à comunidade, recrutamento de pessoal, capacitação do pessoal docente e funcionários, entre outras possibilidades.

Para enfrentar esta tarefa, sugere-se a constituição de um grupo interdisciplinar que sensibilize e promova a formação de uma rede participativa dos diferentes grupos profissionais que leve a cabo a tarefa em cada unidade académica. Tal é necessário para atingir uma verdadeira mudança cultural dentro da instituição de modo a que a inserção curricular não se circunscreva à criação de um curso isolado para um número limitado de estudantes.

No caso das universidades que tenham faculdades ou departamentos na área da saúde, estes deverão liderar e apoiar os processos de educação em estilos de vida saudáveis na comunidade educativa. Naquelas universidades que não têm este recurso, seria útil estabelecer contactos com os centros de saúde locais, outros centros de educação e redes regionais para coordenar os programas educativos.

Além disso, as universidades têm distintos meios de comunicação e difusão que devem ser aproveitados para sensibilizar e educar nas distintas condicionantes dos estilos de vida saudável. Neste sentido as campanhas comunicacionais e a entrega de conteúdos educativos podem realizar-se e ser de um relativo baixo custo, se utilizarem os meios de difusão que as instituições dispõem, como os boletins, correio eletrónico, página web, rádios e televisão entre outros.

d) Conteúdos curriculares:

Os profissionais formados numa US/IESS não só devem ter eles mesmos estilos de vida mais saudáveis, mas também devem ser agentes promotores desses estilos de vida nas suas famílias e nos lugares de trabalho.

Os temas de promoção da saúde devem fazer parte dos currículos de todas as carreiras e cursos de pós-graduação. Isto pode atingir-se através da incorporação de conteúdos transversais em distintas disciplinas, assim como pela presença de cursos específicos ou eletivos, que tenham conteúdos teóricos e práticos, que fortaleçam, desenvolvam e estimulem uma análise crítica dos fatores que afetam a saúde e o desenvolvimento de comportamentos saudáveis. Trata-se de, ao mesmo tempo, incentivar os estudantes a tomar consciência do impacto que os seus comportamentos e hábitos tem no seu contexto

imediatamente. Assim se vai implantando uma concepção ampla e integral da saúde que facilita a visão de que esta é responsabilidade de toda a sociedade e não só do sector da saúde. A inclusão destas temáticas deve ser acompanhada por um processo de sensibilização e capacitação das pessoas encarregadas do desenho e implementação dos conteúdos curriculares, de maneira que tal não seja visto como uma sobrecarga dos mesmos.

A meta seria chegar a estabelecer que uma percentagem do curriculum ou das competências a desenvolver em cada carreira, correspondam a conteúdos de promoção da saúde. Para que esta implementação se leve a cabo nas escolas ou unidades, é necessário contar com o apoio formal dos conselhos científicos ou da direção responsável pelo desenho das unidades curriculares nas distintas unidades que formam a instituição. Com esta medida se impulsionará com mais força o compromisso dos responsáveis de cada unidade para que contemplem nos seus cursos conteúdos relacionados com a promoção da saúde.

As dificuldades que se podem encontrar com esta iniciativa são múltiplas. Entre elas podemos nomear a resistência por não se considerarem pertinentes estes conteúdos em determinadas carreiras; a falta de horários disponíveis, tanto para incluir o tema da promoção da saúde em disciplinas existentes como para elaborar cursos específicos: a carência de recursos humanos capacitados para ministrar os cursos e a falta de infraestruturas para desenvolver as habilidades requeridas. Contudo, isto pode ser superado com uma adequada sensibilização por parte da comunidade educativa, aproveitando experiências de cursos que tenham tido êxito (e já existentes nas universidades), gerando alianças estratégicas dentro da equipa e com outras instituições, e por último, estabelecendo mecanismos eficientes de comunicação e coordenação para otimizar o uso dos recursos humanos e infraestruturas.

e) Ambiente físico:

O ambiente físico deve incentivar e facilitar o viver saudavelmente dentro da universidade. Por exemplo, tendo espaços para realizar atividade física, bebedouros de água para incentivar a suficiente ingestão de líquidos, sanitários apropriados e suficientes, espaços para fumadores no contexto de tornar a universidade em lugar livre de fumo de tabaco e dotando esta de áreas verdes com lugares, espaços para fomentar a cultura, a convivência, o descanso e a reflexão.

O Guia para Universidades Saludables y otras Instituciones de Educación Superior Saudável (Lange e Vio, 2006), sugere ainda um conjunto de passos para construir uma Universidade Saudável ou outra Instituição de Ensino Superior Saudável. Estes passos ou etapas não são necessariamente cronológicos e podem sobrepor-se entre si:

1. Formação da equipa coordenadora: Deve ser formada por representantes dos distintos departamentos universitários ou outras lideranças naturais. A estrutura que se dê ao grupo deve considerar a operacionalidade de acordo com a realidade da instituição. Pode existir um grupo coordenador geral, encarregado dos aspetos macro: administrativos, económicos e políticos. Também podem-se estruturar em grupos de trabalho organizados por temas e ações específicas; por campus ou faculdades, que tenham por missão coordenar as atividades ao nível local. Estes grupos deverão receber alguma capacitação e assessoria em promoção da Saúde, para seu melhor desempenho e ter um reconhecimento explícito como tal pelas autoridades universitárias.
2. Socialização da ideia ao nível das autoridades universitárias e apoio orçamental para um diagnóstico de base que inclua:
 - 2.1. Realizar uma linha de base e diagnóstico de estilos de vida de estudantes, docentes e funcionários.
 - 2.2. Realizar um cadastro das atividades existentes na instituição de estudos que contribuam para uma US/IESS.
3. Apresentação dos resultados às autoridades superiores, propondo um plano estratégico para a Universidade Saudável e o compromisso institucional. Atingir o compromisso explícito da instituição para a implementação do plano estratégico. Este apoio é fundamental para se iniciar o trabalho e deve ficar explícito numa ata de compromisso ou outro tipo de documento institucional. Esta ata de compromisso é o primeiro passo no desenho da futura política universitária saudável.
4. Sensibilização, comunicação e difusão interna. É fundamental sensibilizar a comunidade universitária para esta nova forma de enfoque “do que fazer universitário”, gerando participação de todos os atores. Pode-se recorrer a eventos, artigos, boletins, exposições, página web, correio eletrónico. Gerar investigações que tragam conhecimentos sobre o tema da Promoção da Saúde.

5. Desenho e implementação de programas. Pode ser mais fácil, na prática, começar a trabalhar em alguns temas de promoção da saúde que, no diagnóstico de base, apareceram como uma necessidade sentida. Recordamos que existe inter-relação entre os cinco temas de promoção da Saúde de maneira que começar com qualquer deles tem consequência sobre os outros. Por exemplo, o estimular a atingir uma vida ativa ajuda a sentir-se melhor e fomenta a associatividade e facilita a prevenção do consumo de álcool, drogas e tabaco. Recomenda-se que as primeiras ações, aquelas que marcarão o seu próprio programa, sejam atrativas e não punitivas.
6. Monitorização e avaliação. É necessário o estabelecimento de objetivos, metas e indicadores, de maneira que se possa efetuar monitorizações e avaliações que orientem a criar ou redesenhar os programas.

Para que a promoção da saúde seja parte integrante da cultura universitária, tem-se de incorporar o conceito na missão da universidade, já que é um componente fundamental não só para a vida dos seus docentes e pessoal de apoio, mas também para a formação do estudante como pessoa e profissional.

Se é certo que os estudantes são o foco da iniciativa US/IESS, não é menos certo que, sem oferecer as possibilidades de uma vida saudável aos docentes e funcionários, é difícil que se atinja converter esta em algo integral, perdurável e sustentável.

2.4. REDES E UNIVERSIDADES PROMOTORAS DA SAÚDE

Para conhecer melhor o processo de aplicação e implementação de Universidades Saudáveis procedeu-se a uma revisão da literatura sobre as redes criadas no âmbito das Universidades Promotoras da Saúde e também sobre experiências de algumas instituições em particular.

Em definitivo, podemos dizer que uma Universidade Saudável ou Universidade Promotora de Saúde é aquela que incorpora a promoção da saúde no seu projeto educativo e laboral, com o fim de propiciar o melhor desenvolvimento humano e melhorar a qualidade de vida dos que estudam e trabalham, com o objetivo de formar pessoas que sejam também modelos e promotores de comportamentos saudáveis nas suas famílias e comunidade.

Apresenta-se no quadro seguinte as várias redes criadas no âmbito das Universidades Saudáveis ou Universidades Promotoras de saúde:

Quadro 1 – Redes de Universidades Saudáveis ou Universidades Promotoras da Saúde

Rede	Ano de início
Rede de Universidades Promotoras da Saúde no Chile	Formadas em 2003 na primeira reunião de Universidades Saudáveis, com a finalidade de adaptar o modelo da Iniciativa Regional das Escolas Promotoras da Saúde da OPS/OMS.
Rede Latino-Americana de Universidades Promotoras de Saúde	Formada na 2ª Reunião das Universidades em Edmonton, Canadá, em 2005. Estabeleceu-se o marco concetual, metas, princípios de promoção da saúde, propondo um guião de compromissos de ação institucional para dar um impulso à iniciativa das Universidades Saudáveis.
Rede Ibero-Americana de Universidades Promotoras da Saúde (RIUPS)	Formada na 3ª Reunião de Universidades realizada na cidade de Juarez, México em 2007, pelas Universidades Promotoras da Saúde (UPS) com funções e áreas de colaboração específicas. Foi organizada pela Universidade Autónoma da cidade de Juarez, Direcção Geral dos Serviços Académicos com o apoio da OPS e da Universidade Católica do Chile. Participaram 122 delegados de sete países: Chile (15), Columbia (1), Espanha (9), Estados Unidos (5), México (88), Porto Rico (1) e Venezuela (3).
Rede Espanhola de Universidades Saudáveis (REUS)	Formada em 22 de Setembro de 2008, com o objetivo de reforçar o papel das universidades como organizações promotoras da saúde e bem-estar dos seus estudantes, dos seus docentes, dos seus funcionários e da sociedade no seu conjunto, liderando e apoiando processos de mudança social.
Rede Columbiana de Universidades Promotoras de Saude (REDCUPS)	Recentemente formada no 1º Encontro da Rede Columbiana de Universidades Promotoras de Saúde, realizado de 9 a 11 de junho de 2010, convocando as redes locais de Universidades Promotoras da Saúde e as Universidades da RIUPS. O resultado deste encontro foi a Declaração de Bogotá – Columbia, em que se formou a REDCUPS, que adotaram os princípios concetuais e metodológicos das declarações internacionais, e se geraram compromissos de institucionalização das estratégias de Promoção da Saúde.

No quadro 2 apresentam-se ainda algumas experiências desenvolvidas por algumas instituições, que integraram nas suas estratégias o contexto de Universidades Saudáveis. Podemos ainda observar que a maioria delas adotou o Guia de Universidades Saudáveis (Lange e Vio, 2006), partindo do diagnóstico sobre a situação do estilo de vida e da qualidade de vida dos seus integrantes.

Quadro 2 – Instituições de Ensino Superior que incluem o conceito *Universidade Saudável*

Instituição – Ano de início	Principais atividades desenvolvidas
Universidade da Costa Rica – (2005)	Conta com uma equipa de profissionais especialistas na área da promoção da saúde, a qual se formou com fim de colocar em marcha a política institucional que suporta as ações relacionadas com a atenção integral à saúde da comunidade universitária.
Escola Superior Politécnica de Chimborazo, Ecuador – (2002)	Implementou o projeto de “prevenção de fatores de risco para a saúde na comunidade politécnica”. Realizaram-se várias investigações e intervenções, relacionadas com questões de saúde sexual e reprodutiva dos estudantes; prevenção do <i>stress</i> nos docentes e sector administrativo. O projeto “Politécnica Saudável”, estabelece os seguintes objetivos: promover a saúde integral e melhorar as condições de saúde da comunidade educativa; converter a instituição num espaço saudável; ser uma instituição promotora de saúde e favorecer a incorporação de estratégias para alcançar estilos de vida saudáveis nas pessoas que integram toda a comunidade educativa.
Universidade de Concepción, Chile	Desde os anos 90, incorporou ativamente a promoção da saúde na sua instituição, nas áreas da sexualidade, da dependência de drogas, dos estudos da família e responsabilidade social, da investigação, da extensão e da formação de recursos humanos.
Universidade do Norte Santo Tomás de Aquino, Argentina	Incorpora as ações de promoção da saúde a partir de 2008, com a finalidade de propiciar o desenvolvimento humano e melhorar a qualidade de vida dos seus integrantes através dos promotores de comportamentos saudáveis, introduzindo os conteúdos de saúde nos currículos e processos educativos.
Universidade Autónoma de Zacatecas, México	Desenvolve o programa de promoção da saúde com uma visão para o ano de 2020 para ser “Uma Universidade saudável com contextos educativos e sociais consolidados, que mantém o desenvolvimento integral da sua comunidades através da distribuição social do conhecimento, realizando ações e estratégias sustentáveis que fomentam a saúde preventiva e a participação ativa da comunidade educativa”, desenvolvendo vários programas de educação preventiva.

Instituição – Ano de início	Principais atividades desenvolvidas
Universidade Austral do Chile – (2007)	Juntou-se uma equipa multidisciplinar que trabalha na área e faz parte da rede ibero-americana de promoção da saúde, incorporando no seu plano estratégico, o compromisso com a promoção de contextos e vida saudável.
Universidade Pontifícia Católica do Chile – (2000)	Os objetivos gerais do programa são: Integrar o conceito de promoção da saúde na cultura da universidade: nas suas políticas, estrutura, processos e curricula. Criar um contexto universitário que fomente nos estudantes, professores e não docentes uma vida saudável. Trabalhar em rede com organizações de ensino superior e outras, interessadas em assumir a promoção da saúde como sua responsabilidade social.
Universidades de diversos países europeus, como a Alemanha a de Bielefeld, Lituânia, Suécia, Suíça, Reino Unido a de Lancashire e Londres – (2000)	Criaram a rede de Universidades Europeias Promotoras de Saúde, cujas primeiras atividades foram a realização de um estudo sobre “A qualidade de vida e estado de saúde dos estudantes universitários”.
Universidade de Alicante, Espanha	Levou a cabo o estudo sobre os estilos de vida. Com base nos dados apurados, está a equacionar propostas para modificar os estilos de vida e os contextos físicos, assim como a oferta de programas e atividades para obter ganhos em saúde entre as diferentes comunidades, integrando e sistematizando as intervenções prévias orientadas para a promoção da saúde.
Universidade rei Juan Carlos, Madrid, Espanha	Desenvolvem uma investigação em três fases: 1ª fase – realização de um estudo sobre “qualidade de vida e estado de saúde da comunidade universitária (elaboração e aplicação de um questionário sobre estilos e hábitos de vida, a uma amostra representativa); 2ª fase – análise dos resultados obtidos no questionário. Em função da prevalência dos diferentes problemas de saúde detetados, priorizaram e estabeleceram um calendário de intervenções posteriores; 3ª fase – implementação de diferentes programas de intervenção dirigidos à promoção da saúde e à melhoria da qualidade de vida da população.

CAPÍTULO III – ESTILO DE VIDA E SAÚDE

O termo Estilo de Vida (EV), “Style of Life ou Lifestyle”, surge pelas Ciências Sociais, Psicológicas e pela Epidemiologia, em diferentes momentos do seu desenvolvimento e perante diferentes perspectivas: associado ao estudo dos indivíduos e grupos, para compreender a identidade de grupos macro e macrossociais. A origem do termo e os maiores desenvolvimentos conceituais têm-se formulado no campo das ciências socioculturais, que consideram os estilos de vida padrões de comportamento grupais sobre os quais a estrutura social exerce uma influência considerável. A epidemiologia tem feito um uso extensivo do conceito de estilos de vida e saúde, mas com um significado restritivo, associando os comportamentos que os indivíduos de maneira racional assumem e que podem colocar em risco a saúde.

Os Estilos de Vida são um dos principais determinantes da saúde, quando analisados sob a perspectiva da prevenção; esta torna-se uma variável dependente da definição de risco, ou seja, não se define por si só, mas em relação com os riscos subsequentes, tais como aqueles associados a certas condições médicas.

3.1. EVOLUÇÃO DO CONCEITO

Tal como referido atrás, o conceito de Estilo de Vida (EV) nasce nas Ciências Sociais (Alvarez, 2012; Cockerham, 2012) e tem sido objecto de estudo de diferentes disciplinas; entre elas, como referido, a Sociologia, a Antropologia Médica e a Epidemiologia, ainda que com significados diferentes (Cockerham, Rutten e Abel, 1997). Segundo Menéndez, nas suas origens, o termo foi aplicado pelas ciências socio-históricas ao realizar análises sobre os comportamentos sociais e culturais de diversos grupos, incluindo classes sociais e grupos nacionais, em referência a contextos de ordem macrosocial (Menéndez, 2009). Nos finais do século XIX e nos princípios do século XX, o descobrir das funções da cultura, levou a gerar conceitos que tentaram interpretá-la de uma forma holística e a compreender alguns aspetos da realidade, mas sempre articulados com a totalidade constituída por cada cultura. Um desses conceitos é o estilo de vida (Menéndez, 2009).

Karl Marx e Max Weber (Albert *et al.*, 2002), foram os autores que trouxeram os primeiros contributos sobre este conceito. Max Weber no seu texto “Economia e Sociedade “ levantou a discussão sobre os estilos de vida e *status* social. Anteriormente, Karl Marx havia sustentado que a posição social de uma pessoa é determinada exclusivamente pelo grau de acesso aos meios de produção. Segundo Marx, a posição de uma pessoa na estrutura de classes, resulta estritamente da quantidade de bens sociais sobre os quais tem controlo. Para Weber, contudo, o *status*, o prestígio e o poder são também determinantes da posição social: uma classe social refere-se a pessoas que partilham na circunstância materiais similares, assim como prestígio, educação e influência política, e os seus membros partilham um estilo de vida similar. Dito isto, um estilo de vida particular é o que realmente diferencia um grupo de outro. Weber também fez a distinção em que os estilos de vida não se baseiam no que a pessoa produz, mas no que usa e no que consome; portanto, os estilos de vida não são baseados na relação com os meios de produção, mas com os de consumo (Cockerham, 2009).

Mas deve-se a Max Weber o maior contributo para a construção do estilo de vida e estilo de vida saudável. A sua teoria da racionalidade formal e das ideias acerca do estilo de vida, possibilitaram o início para outros autores aplicarem as ideias propostas por ele no desenvolvimento do conceito sobre o estilo de vida para a saúde (Vargas Oreamuno, 2010; Guerrero Montoya e León-Salazar, 2010). Weber relacionou o estilo de vida das pessoas será dado pela conduta de vida e estas por sua vez estão condicionadas pelas oportunidades de vida, considerando que as oportunidades de vida finalmente estão determinadas pelas

circunstâncias sociais, especificamente as socioeconómicas (Vargas Oreamuno, 2010; Cockerham, 2012). Desta forma este autor desenvolveu um conceito holístico do estilo de vida fundamental em aspetos como a ocupação, o rendimento, a educação, o *status*, atingindo posteriormente o nível socioeconómico (Cockerham, 2012).

Também no campo da sociologia, uma das contribuições mais significativa para o estudo dos estilos de vida, em particular aplicado ao campo da saúde, foi formulada por Bourdieu, que analisou os hábitos alimentares e as preferências desportivas e que as denominou hábito, definidos com um conjunto de disposições duráveis para atuar de maneiras específicas. Segundo Bourdieu, as pessoas de uma mesma classe social tendem a partilhar os mesmos estilos de vida, tal como os gostos por certos alimentos, desportos ou *hobbies* porque têm as mesmas oportunidades. Os hábitos aliam-se com as aspirações e expectativas individuais para corresponder com as possibilidades objectivas para alcançá-los (Cockerham, 2009).

Uma disciplina que durante a segunda metade do século XX também incorpora o termo “estilo de vida” é a antropologia. Alguns investigadores desta área, como por exemplo Chrisman (1977), Freidson (1961) ou Suchman (1972) citados por Coreil *et al.* (1992), introduzem este termo nos seus trabalhos para designar o estilo de vida como um conjunto de atividades em que o indivíduo ou um grupo está envolvido. Em contraposição com os sociólogos que enfatizavam os determinantes socioeconómicos, os antropólogos enfatizam a importância da cultura.

Não obstante, durante a segunda metade do século XX, o âmbito da aplicação em que o termo “estilo de vida” teve mais impacto foi na área da saúde. Nos anos 50 é quando começa a utilizar-se no contexto da investigação sobre saúde pública e com o propósito de procurar explicação para os problemas de saúde que começavam a caracterizar as sociedades industrializadas. As correntes da epidemiologia clássica começaram a adotar o termo estilo de vida e saúde desde as décadas de 1950 e 1960, atingindo o seu apogeu na década de 80 (Vargas Oreamuno, 2010). As primeiras investigações realizadas no campo da saúde adotaram a perspectiva médico-epidemiológica, baseadas na filosofia do modelo biomédico. Este modelo não reconhecia a importância do contexto social e os fatores psicológicos como condicionantes da aquisição dos estilos de vida. Precisamente porque culpabilizava a vítima dos seus hábitos ou estilos de vida não saudáveis. Este enfoque recebeu numerosas críticas (Valverde, 2009).

Ainda que tenha sido criticado de reducionista, o modelo biomédico contribuiu para que o estilo de vida fosse um tema de estudo e investigação para as ciências da saúde e que os cidadãos tenham chegado a ser mais conscientes de que alguns dos seus comportamentos levam a riscos para a saúde. Além disso, o modelo biomédico foi responsável por introduzir o termo “estilo de vida saudável” e de conseguir de certo modo que, tanto o seu uso como o do termo “estilo de vida”, se estendesse na linguagem do quotidiano e na literatura sobre saúde, ainda que sem uma base teórica nem uma concetualização clara. Por isso, como já foi dito, o termo “estilo de vida” é utilizado hoje em dia em maior medida na área da saúde do que na sociologia, na antropologia ou na psicologia individual (Valverde, 2009).

No campo da epidemiologia e da saúde pública, segundo Menéndez (2009), a corrente epidemiológica mais ancorada na biomedicina começou a usar o termo estilos de vida e saúde desde as décadas de 1950 e 1960, para referir-se quase exclusivamente a comportamentos de índole individual que estavam vinculados com as doenças crónicas, sem ter em conta a análise das doenças infeto-contagiosas, com a exceção do VIH/SIDA. Posteriormente, esta corrente epidemiológica mais positivista tem vindo a vincular os estilos de vida com a noção de risco e fatores de risco, que coloca o peso na responsabilidade dos indivíduos sobre a sua saúde (Menéndez, 2009).

Segundo Cockerham (2005), as circunstâncias de classe são provavelmente as que exercem uma influência mais poderosa: são amplamente reconhecidas as diferenças em matéria de preferências alimentares, práticas de cuidados de saúde e atividade física (entre as classes sociais). A idade, o género e a etnia têm um papel fundamental pelas desvantagens socialmente determinadas que sofrem alguns grupos, nalguns contextos. As coletividades referem-se a grupos específicos de pessoas vinculadas por relações particulares como afinidades, trabalho, profissão, religião, valores, ideais capazes de influenciar os estilos de vida dos seus membros (Cockerham, 2005).

O conceito de estilos de vida, definido como uma adaptação ativa do sujeito ao meio social, sendo uma perspetiva holística e não só comportamental, parece não ser um conceito contemporâneo. Tendo sido usado por Alfred Adler na época de Freud (Ribeiro, 1998), num sentido próximo do da atualidade, é portanto desde esta filosofia que se define o estilo de vida como um padrão único de comportamentos com os quais o indivíduo luta para se sentir melhor e que tem, nos estudos relacionados com a saúde e doença, um assunto que só agora começa a emergir com todo o relevo (Pacheco, 2005). Este aspecto é confirmado no estudo

de Finotti, de revisão da literatura sobre os estilos de vida, em geral, e dos estilos de vida do Marketing, em particular (Finotti, 2004).

Estudos compilados por Rippe (1999) na obra com o título *Lifestyle Medicine*, que reuniu colaborações de 148 autores e que engloba a integração de várias abordagens em torno do “estilo de vida” na prática clínica contemporânea, colocam em evidência uma série de fatores de risco de doença associados a diferentes estilos de vida. Alguns estudos avançam no sentido de trazer maior evidência científica, alcançada em diversas áreas da saúde, para um componente hoje considerado indispensável na prática profissional dos profissionais de saúde, a qual consistiria não apenas em tratar das doenças, mas também em promover a boa saúde (Nogueira, 2007).

Devido à diversidade de disciplinas que utilizaram o termo “estilo de vida”, assim existem inúmeras definições e aplicações do termo. No caso das disciplinas da saúde, como se comentou acima, o escritório regional da OMS para a Europa introduziu uma definição que constitui a base dos estudos sobre os estilos de vida saudáveis, porque apesar de ser criticada por ser demasiado ampla, ambígua e pouco operativa, tem o reconhecimento dos peritos por introduzir os principais fatores que influenciam os estilos de vida. Concretamente, esta definição descreve o “estilo de vida” do seguinte modo:

“Forma geral de vida baseada na interação entre as condições de vida num sentido amplo e os padrões individuais de comportamento determinados por fatores socioculturais e características pessoais” (WHO, 1986b, p. 118).

3.2. ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS

Em 1948, a OMS na sua constituição, definiu o termo estilo de vida saudável como uma forma de vida que se baseia em padrões de comportamento identificáveis, determinados pela interação entre as características pessoais individuais, as sociais e as condições de vida socioeconómicas e ambientais, com o objetivo de reduzir o excesso de mortalidade, morbidade e incapacidade, promover estilos de vida saudáveis e reduzir os riscos para a saúde. Reconhece-se assim, que a saúde é um produto, em primeiro lugar, do estilo de vida, e logo do biológico, do ambiental e dos sistemas de cuidados de saúde.

Investigações importantes como as de Langlie (1979), Mechanic (1979) ou Williams e Wechsler (1972) procuraram, na década de 70, conhecer como se relacionavam os diferentes comportamentos que compõem o estilo de vida saudável. Concretamente, estes autores explicaram que os comportamentos relacionados com a saúde mostraram diferenças em função de vários critérios. O critério básico no qual podem diferir é que algumas ações previnem o problema desde o começo (prevenção primária), enquanto que outras estão desenhadas para o caso do surgimento da doença numa fase precoce (prevenção secundária). No primeiro caso, a pessoa está ativamente a evitar a contração da doença, e no segundo, a pessoa encontra-se perante a possibilidade de que pode ter ou não a doença e visa minimizá-la. A dinâmica destes dois tipos de comportamento e as pessoas que o realizam podem ser fundamentalmente diferentes. Os comportamentos preventivos podem diferir também de outras formas. Alguns comportamentos requerem repetição diária (por exemplo, a escovagem dos dentes), outros são de carácter esporádico (por exemplo, um “check up” médico) e outros só são realizados uma só vez (por exemplo, algumas vacinas). As ações de saúde também se diferenciam em termos da comodidade ou do esforço que se supõe para praticá-las (em relação ao tempo que requeiram, à disponibilidade, ao custo ou à incomodidade). Dado que os comportamentos preventivos podem diferir em todas estas formas e muitas mais, simplesmente não se pode supor que os que realizam um comportamento de saúde vão realizar outros. Estas diferenças entre os comportamentos preventivos sugerem que pode haver várias dimensões do comportamento preventivo (Valverde, 2009).

É na década de 80, que se materializa o descontentamento com o modelo biomédico e se vai introduzindo progressivamente os modelos psicossociais no estudo do estilo de vida

saudável. E assim, a partir do Comité Europeu da OMS (WHO, 1986b) levou-se a cabo várias medidas de apoio a esta nova filosofia integradora:

- Em primeiro lugar, na celebração da 31ª sessão deste comité, em 1981, enfatizou-se a importância de abordar o estudo do estilo de vida saudável a partir de um enfoque mais social do que médico.
- Em segundo lugar, é nesta década que a OMS concetualiza o “estilo de vida” como uma forma geral de vida, baseada na interação das condições de vida num sentido amplo e os padrões individuais de comportamento determinados pelos fatores socioculturais e das características pessoais. Apesar de não introduzir todavia uma definição específica para o “estilo de vida saudável”, a OMS percebe a necessidade de distinguir estes conceitos, “estilo de vida” e “estilo de vida saudável”, e assimila neste último termo os “comportamentos relacionados com a saúde”.
- Em terceiro lugar, na OMS, surge a necessidade de abordar o estudo dos estilos de vida especificamente na etapa de vida do adolescente, para o qual se criou o estudo *Health Behavior in School-aged Children* (HBSC). Este projeto internacional e interdisciplinar, abarca o estudo dos comportamentos de saúde, outros aspetos do estilo de vida geral, algumas influências sociais e algumas perceções do ambiente.

Nesta mesma década de 80, as variáveis estudadas não só fazem referência à saúde física mas também à psicológica, de maneira que os estilos de vida passam a estar definidos não só por comportamentos mas também por atitudes e autoperceções. Esta nova orientação mais integradora provocou o desenvolvimento de diferentes modelos teóricos com o objetivo de explicar as mudanças nos estilos de vida saudáveis (Valverde, 2009).

Depois desta diversidade de perspetivas, na década de 90, surge a necessidade de juntar esforços para consensualizar e clarificar a conceção do termo “estilo de vida saudável” e, com esse fim, alguns investigadores realizaram uma aproximação às teorias clássicas, especialmente aos modelos psicossociais e de orientação sociológica (Abel, 1991; Coreil *et al.*, 1992; Elliot, 1993). Concretamente, este último autor expõe a necessidade de estudar os comportamentos favorecedores da saúde que são caraterísticos de um estilo de vida particular, assim como aquelas caraterísticas pessoais e do ambiente social que contribuem para o surgimento e manutenção desses estilos de vida.

Assim mesmo, na última década do século XX, alguns autores inclusivé, atrevem-se a repensar as suas próprias concepções. Neste sentido, Breslow, que na década de 70 já oferecia uma sugestão de concetualização e medição do estilo de vida, repensa os seus princípios introduzindo o enfoque no contexto social. Em relação à concetualização do termo, este autor passa a considerar que o estilo de vida saudável de um indivíduo é composto pelos comportamentos que leva a cabo entre aqueles que estão disponíveis no seu contexto ou circunstâncias vitais (Breslow, 1990).

Thomas Abel, outro autor citado umas linhas mais acima como representante do regresso aos contributos clássicos na década de 90, trabalha com uma equipa de investigação muito familiarizada com os contributos do sociólogo Weber, pelo que expõe o estilo de vida saudável como um padrão de comportamentos relacionados com a saúde, valores e atitudes adotadas pelos grupos de indivíduos em resposta ao seu ambiente económico, cultural e social; considerando como variáveis integradoras do estilo de vida saudável aqueles comportamentos relacionados tanto com a saúde física e psicológica como com os fatores socioculturais (Abel, 1991).

Ainda que tenham surgido muitos esforços de concetualizar o que é estilo de vida, todavia não há uma definição consensualizada. Além disso, os termos “estilo de vida em geral” e “estilo de vida saudável” continuam a empregar-se atualmente por muitos autores como sinónimos, apesar dos esforços da OMS durante a década de 80 para diferenciá-los.

O efeito dos estilos de vida na saúde há muito que é reconhecido. Estudos nas últimas décadas sugerem que os principais ganhos em saúde que ocorreram nos últimos duzentos anos estão fundamentalmente mais associados a melhores práticas alimentares e melhoria nos sistemas de saúde, do que propriamente a progressos no acesso aos cuidados de saúde (Birch e Stoddart, 1989).

A preocupação sobre a temática dos estilos de vida e a sua relação com a saúde é um assunto de grande interesse na atualidade, uma vez que dados da Organização Mundial da Saúde, citados por Palomo *et al.* (2006), indicam que as doenças cardiovasculares são responsáveis por cerca de 30% das mortes em todo o mundo. Dados que vêm comprovar a importância dos estilos de vida através do World Health Report 2002 – Redução dos riscos, promover uma vida saudável (WHO, 2002b). De acordo com este relatório, as doenças crónicas não transmissíveis, como por exemplo as cardiovasculares, são as principais causas de morbidade, perda de qualidade de vida e mortalidade nas sociedades desenvolvidas,

consumindo uma quantidade significativa de cuidados de saúde. Estas patologias têm uma etiologia comum, associada ao estilo de vida individual, como os erros alimentares e inatividade física. Assim sendo, intervir sobre este determinante torna-se pertinente e trará certamente ganhos em saúde, reduzindo a prevalência destas doenças e os custos económicos e sociais associados (Babazono *et al.*, 2011).

Estudos empíricos prévios sobre o impacto dos estilos de vida no estado de saúde (Contoyannis e Jones, 2004; Balia e Jones, 2008; Thornton, 2002) sugerem que peso excessivo, tabagismo, sono insuficiente ou em excesso e *stress* são prejudiciais à saúde, enquanto que a prática de exercício físico se evidencia com um forte potencial positivo.

No princípio dos anos 80, começaram a introduzir-se progressivamente no estudo dos estilos de vida saudáveis os modelos psicossociais. Neste enfoque psicossocial destacam-se os esforços da OMS para impulsionar o estudo dos estilos de vida saudáveis nos adolescentes e jovens, assim como para distinguir e integrar os termos estilo de vida e estilo de vida saudável. O estilo de vida é como uma forma geral de vida, baseada na interação entre as condições de vida num sentido amplo e os padrões individuais de comportamento determinados pelos fatores socioculturais e as características pessoais (WHO, 1986b). É neste quadro que se sugere que o estilo de vida saudável faz parte do estilo de vida geral.

Na década de 90, os esforços dos investigadores dirigem-se essencialmente para a intenção de clarificar o significado do conceito de estilo de vida saudável. Contudo, ainda que não exista uma definição consensual, a maioria dos autores coincidem em afirmar que os estilos de vida saudáveis são constituídos por padrões de conduta relacionados com a saúde (Elliot, 1993; Cockerham, 2000).

Estas condutas que formam parte do estilo de vida saudável são caracterizadas por serem observáveis, constituem hábitos, ou seja, são recorrentes ao longo do tempo sob condições mais ou menos constantes e podem ter consequências para a saúde (Roth, 1990; Elliot, 1993; Rodríguez-Marín, 1995). Nas definições operacionais geralmente incluem tanto os comportamentos que implicam um risco para a saúde, como aqueles comportamentos que melhoram a saúde (Elliot, 1993). Por este motivo alguns autores consideram mais apropriado utilizar o termo estilo de vida relacionado com a saúde porque reflete melhor os dois tipos de comportamento.

Assim, por comportamento de saúde entende-se toda a atividade empreendida por um indivíduo com o objetivo de melhorar ou manter a sua saúde, o seu bem-estar e a sua

aparência física reduzindo a sua vulnerabilidade, a sua deterioração biológica e aumentando a sua esperança de vida com qualidade (Cockerham, 2000). Aqueles hábitos e costumes que a experiência tem demonstrado que trazem benefícios para manter o estado de saúde e prevenir a doença recomendam-se como estilos de vida saudáveis, enquanto que os que são prejudiciais desaconselham-se por serem estilos de vida não favorecedores da saúde.

Estes comportamentos de saúde são produto das dimensões pessoais, ambientais e sociais que emergem não só do presente, mas também da história pessoal do sujeito (Arrivillaga, Salazar e Correa, 2003) que tem sempre algum impacto e condicionam as decisões que as pessoas tomam em relação ao seu estilo de vida. Referem-se a formas quotidianas de viver que se aplicam a várias áreas do funcionamento do campo vital de uma pessoa, satisfazendo adequadamente as próprias necessidades e otimizando a sua qualidade de vida, em função das suas possibilidades.

Assim, as variáveis utilizadas para operacionalizar o estilo de vida relacionado com a saúde têm sido muito diversas; contudo, aquelas que fazem referência aos fatores de risco clássicos, como o consumo de tabaco (Phillips e Danner, 1995) e álcool, condição e atividade física e hábitos alimentares (Kusaka, Kondov e Morimoto, 1992) são as que têm atraído maior interesse dos investigadores, não obstante as mudanças sociais ocorridas nas últimas décadas, como por exemplo o incremento do consumo de drogas, a preocupação pelas doenças de transmissão sexual e o elevado número de acidentes de viação. Convém contudo recordar que as doenças não transmissíveis (doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, diabetes tipo 2, e alguns tipos de cancro principalmente) constituem atualmente mais de 60% da carga de mortalidade, morbilidade e incapacidades em todo o mundo (WHO, 2005b). O crescente interesse pela EpS e promoção dos estilos de vida saudáveis na infância, adolescência e juventude, promoveram um aumento no número de investigações relacionadas com estes grupos, assim como a introdução de novas variáveis no estilo de vida como uma área fundamental para a compreensão destas novas doenças. Entre estas novas variáveis figuram: o consumo de drogas e medicamentos, os hábitos de descanso, as condutas de risco e os acidentes e a prevenção dos mesmos, as atividades de tempo livre, a conduta sexual, a vigilância de saúde, a aparência e os hábitos de higiene (Pastor, Baleguer e Garcia-Merita, 1998).

Se o estilo de vida de saúde estuda a expressão quotidiana dos indivíduos ou grupos associada àqueles fatores psicossociais que a determinam, possivelmente alcançam-se níveis

de conhecimento mais explicativos, possibilitando que os programas educativos, de promoção da saúde, estejam baseados no estudo da interpelação de tais fatores para o seu desempenho e reconheçam os limites do seu alcance.

Mas, tanto os comportamentos de saúde que constituem o estilo de vida como o resto de conduta e comportamento de pessoas não são inatas: o estilo de vida vai-se configurando e adquirindo forma ao longo do processo de desenvolvimento humano.

Portanto, o termo “estilo de vida saudável” tem em conta tanto os comportamentos que implicam um risco para a saúde como aqueles que a protegem, tal como defende Elliot (1993), um dos estudiosos na matéria com mais relevância internacional. Segundo este autor, o estilo de vida saudável entende-se cada vez mais como um padrão de comportamentos relacionados com a saúde que são realizados de um modo relativamente estável. Um dos contributos mais importantes de Elliot tem sido a sua abordagem sobre as características fundamentais do estilo de vida saudável, resumidas nos seguintes quatro pontos:

- a) Tem uma natureza comportamental e observável. Neste sentido, as atitudes, os valores e as motivações não formam parte do mesmo, ainda que possam ser seus determinantes.
- b) Os comportamentos que o compõem devem manter-se durante um tempo. Concetualmente, o estilo de vida denota hábitos que têm alguma continuidade temporal, dado que supõem um modo de vida habitual. Assim, por exemplo, o facto de ter experimentado alguma vez fumar não é representativo de um estilo de vida de risco para a saúde. Pela mesma regra, se houve um abandono de um comportamento já não faz parte do estilo de vida.
- c) O estilo de vida denota combinações de comportamentos que ocorrem consistentemente. De facto, considera-se o estilo de vida como um modo de vida que abarca uma ampla categoria de comportamentos organizados de uma forma coerente em resposta a diferentes situações da vida de cada pessoa ou grupo.
- d) O conceito de estilo de vida não implica uma etiologia comum para todos os comportamentos que formam parte deste, mas espera-se que os distintos comportamentos tenham algumas causas em comum.

Como se comentou mais acima, os primeiros estudos sobre os estilos de vida saudáveis surgiram no âmbito da prevenção das doenças cardiovasculares, pelo que as variáveis

estudadas nesses primeiros estudos foram os fatores de risco clássicos neste tipo de doenças: consumo de tabaco e álcool, exercício físico e hábitos alimentares. Além disso, as amostras utilizadas por esses estudos estavam constituídas fundamentalmente por adultos com ou sem problemas cardiovasculares (Badura, 1982). Contudo, o aumento progressivo da preocupação pela educação para a saúde por parte da OMS e outros organismos públicos dedicados à melhoria do bem-estar da população infanto-juvenil, tem provocado um aumento no número de estudos realizados com amostras de crianças e adolescentes, assim como um aumento do número de variáveis estudadas que formam parte dos estilos de vida; nos últimos anos, o campo de estudo centrado nos estilos de vida saudáveis também se tem introduzido em investigações sobre a terceira idade. Com efeito, as variáveis mais estudadas nas três etapas de desenvolvimento analisadas (infância-adolescência, adultez e velhice) coincidem com os fatores de risco clássicos das doenças cardiovasculares: consumo de álcool, tabaco, hábitos alimentares e atividade física. Mas é na amostra infantil e adolescente onde há uma maior percentagem de variáveis estudadas com uma maior distribuição entre as mesmas.

Alguns investigadores concluem os seus estudos com uma análise simplista dos estilos de vida, estudando de maneira isolada e independente as variáveis que formam os estilos de vida saudáveis (Ex: hábitos alimentares, higiene oral, atividade física, consumo de substâncias tóxicas, etc.). Esta forma de proceder, ainda que bem delimitada, não deixa de mostrar uma realidade excessivamente seccionada do comportamento complexo dos indivíduos e, portanto, torna-se difícil extrair conclusões acerca de como proceder para a sua modificação ou reforço. Dito de outra maneira, aqueles enfoques que se centram unicamente em analisar de forma independente as variáveis que formam os estilos de vida saudáveis consideram-se simplistas se não avançam para um segundo passo no qual se possa conhecer como se relacionam entre si as ditas variáveis. Só assim, quando se aborda essa relação, se terá conseguido que o termo estilo de vida não perca o seu significado original (Coreil *et al.*, 1992; Elliot, 1993).

3.3. AUTOMONITORIZAÇÃO DOS ESTILOS DE VIDA

O objetivo da enfermagem é ajudar as pessoas a cuidar de si mesmas, desenvolvendo a ideia de promover uma ótima saúde, priorizando-a à prevenção das doenças; portanto, a promoção da saúde começa com as pessoas basicamente saudáveis e procura promover a ação individual e da comunidade para ajudar a desenvolver estilos de vida saudáveis, na medida em que as condições de subsistência que o permitam (Marriner e Raile, 2011).

Para cuidar da vida e da saúde requer-se o desenvolvimento de habilidades pessoais para tomar decisões saudáveis, o que é um dos cinco componentes da promoção da saúde (PS) estabelecidos em 1986 na Primeira Conferência Internacional sobre PS em Ottawa – Canadá, onde é dito que "a promoção promove o desenvolvimento pessoal e social uma vez que fornece informações sobre o cuidado, a educação em saúde para tomar decisões informadas e habilidades essenciais para a vida são aperfeiçoados; aumentando assim as opções disponíveis para as pessoas exercerem maior controle sobre sua saúde e o seu meio ambiente natural e social, e assim escolher aquilo que propicie saúde". As estratégias e mecanismos para desenvolver essas habilidades relacionam-se com autogestão, educação, informação e autocuidado, mediados pela comunicação (OMS, 1986).

O autocuidado em saúde é definido como as medidas que cada pessoa, de forma individual, toma para proteger e promover o seu bem-estar físico, mental e social (Baquedano *et al.*, 2010). O conceito de autocuidado apresenta várias definições gerais, com uma vasta gama relacionada com a saúde e com a pessoa. No entanto, o termo tem sido utilizado frequentemente para descrever a gestão da doença crónica e o estilo de vida, e as subdivisões psicossociais, culturais e espirituais.

Do ponto de vista teórico, para falar sobre o autocuidado é necessário referir-se a Orem e à sua teoria de autocuidado, através do qual define este conceito como cuidar de si mesmo, dado por si mesmo e para si mesmo. Esta definição denota a componente intencional que têm as ações dirigidas ao cuidar-se, diferenciando-se das ações instintivas ou "mecanismos programados" (segundo a denominação de Orem), que têm um carácter automático (Novel, 2000).

As ações realizadas dirigidas ao cuidar-se são aprendidas, e essa aprendizagem é influenciada por vários fatores (crenças, hábitos, nível de conhecimento, grupo social, etc.) que determinam tanto o tipo como a quantidade de autocuidado que cada um aplica a si mesmo. Para

assimilar a aprendizagem deve-se integrar ações de autocuidado nas ações do cotidiano e, portanto, esta forma de autocuidado torna-se parte do estilo de vida pessoal, tornando-se uma ação automática que contribui para elevar a autoestima pessoal e o autoconceito (Novel, 2000).

A teoria de Orem permite uma abordagem integral do indivíduo em função de situar os cuidados básicos como o centro de ajuda ao ser humano para viver feliz por mais tempo, que é o de melhorar a sua qualidade de vida. Para Orem a Enfermagem foca as suas ações diretamente no autocuidado, afirmando que "o autocuidado é essencial, porque quando o autocuidado está ausente, a doença e a morte podem ocorrer" (Marriner e Raile, 2011).

O autocuidado é então, um ato próprio de um indivíduo que segue um padrão, uma sequência e, quando realizado de forma eficaz, contribui de uma forma específica para a integridade estrutural, para o funcionamento e desenvolvimento do ser humano; o autocuidado é o conjunto de ações positivas e práticas que são necessárias para a realização de uma escolha, uma decisão.

O autocuidado como uma prática de dimensão individual e coletiva é uma ferramenta para promover os objetivos do desenvolvimento humano, uma vez que permite que o processo de cuidado(s) não seja um ato isolado e limitado à medicação e cuidados, mas ultrapasse o campo biológico e entre na subjetividade de cada indivíduo para permitir o reconhecimento de sua especificidade, promover a autoestima e autonomia, para chegar a um estado em que o autocuidado seja o resultado de uma valorização individual, que recupere o valor das ações corretivas e que promova a criação de uma nova consciência acerca do que é saudável e do não saudável (Novel, 2000).

Para chegar a esta nova consciência coletiva requer-se um processo de promoção e inserção de um novo significado para o autocuidado. O conceito de autocuidado é explicado como uma contribuição constante do indivíduo à sua própria existência, "como um conjunto de ações deliberadamente tomadas que a pessoa realiza ou realizaria para controlar os fatores (internos ou externos) que podem comprometer a sua vida e maior desenvolvimento posterior" (Marriner e Raile, 2011).

A importância da adoção de comportamentos saudáveis está hoje plenamente divulgada, surgindo todos os dias notícias sobre a necessidade de praticar atividade física e alterar os comportamentos alimentares, como forma de melhorar a qualidade de vida. Porém, neste domínio, como aliás em muitos outros, a informação por muito pertinente que seja não é

suficiente para provocar a mudança de hábitos e a adoção de novos comportamentos. Várias questões têm surgido, entre elas, a de saber que meios sociopsicológicos podem ajudar as pessoas a adotar novos comportamentos saudáveis e a manter as mudanças iniciadas de forma a possibilitar o alcance dos resultados desejados; ou, quando a disfunção já existe, a de saber como estimular nas pessoas as competências para gerirem a aquisição de novos comportamentos que diminuam o risco de agravamento do seu estado de saúde e produzam os efeitos positivos necessários para uma maior autonomia e bem-estar (Maes e Karoly, 2005).

O autocuidado é a chave dos cuidados de saúde e é visto como uma orientação subjacente à atividade do enfermeiro que a distingue de outras disciplinas. Pode-se afirmar que, por meio das ações de autocuidado, são implementadas intervenções de promoção da saúde orientadas para a prática de cuidados de enfermagem ao longo de um *continuum*, desde os cuidados de saúde primários, passando pelos serviços de internamento, unidades de internamento de longa duração e serviços de reabilitação. Essas intervenções visam informar as pessoas sobre a sua condição e tratamento e formá-las acerca da automonitorização, percepção e identificação de mudanças na funcionalidade, e avaliar tanto a severidade dessas mudanças e as opções para as gerir como selecionar e implementar ações apropriadas (Sidani, 2011).

O conceito de autocuidado sustenta muitas das intervenções de enfermagem, nomeadamente as ações de educação dirigidas à pessoa e à família de modo que assumam a responsabilidade pelas suas necessidades individuais de cuidados de saúde (Cebeci e Celik, 2008). Como se pode constatar, o conceito de autocuidado envolve sejam as responsabilidades individuais dirigidas aos estilos e comportamentos de saúde requeridas para o ótimo desenvolvimento e funcionalidade humanos, seja as atividades que requerem desenvolvimento de novas estratégias para lidar com as condições de saúde (Omisakin e Ncama, 2002).

Outro conceito defendido nesse contexto de cuidado de si mesmo é a **automonitorização**, que se refere à supervisão de parâmetros físicos específicos ou sintomas de determinada condição de saúde (Richard e Shea, 2011). No entanto, foram identificados dois elementos complementares que permitem à pessoa tomar decisões acerca da sua condição de saúde: a consciencialização dos sintomas físicos e os respectivos registos (Wilde e Garvin, 2007). A automonitorização é referida como um subconjunto do autocuidado, mas restringe a

definição de automonitorização às atividades realizadas pela pessoa de forma independente ou com envolvimento familiar (Song e Lipman, 2008).

A auto-observação, ou automonitorização, consiste num processo por intermédio do qual o indivíduo avalia os seus comportamentos, emoções e cognições, bem como os estímulos antecedentes e consequentes que se lhes encontram associados. Esta auto-observação pode ser vista como um instrumento automotivacional, uma vez que o indivíduo, ao observar-se sistematicamente, tende a estabelecer para si próprio objetivos de transformação. Deste modo, a simples automonitorização desencadeia, por si só, importantes mecanismos motivacionais fundamentais para o estabelecimento de um processo de autorregulação dos comportamentos (Gonçalves, 2006).

Rokke, Tomhave e Jocer (2000), citando Kanfer (1970), sugerem também que as pessoas conseguem gerir o seu próprio comportamento, observando-o, avaliando-o e procedendo à autoadministração de reforços com o objetivo de modificar o comportamento e manter a motivação, mesmo na ausência de apoio externo imediato.

A pessoa é capaz de controlar o seu próprio comportamento; como tal, torna-se responsável pelo desenvolvimento e manutenção dos seus hábitos promotores de saúde. Portanto, no âmbito da promoção da saúde, torna-se essencial que a pessoa desenvolva formas de exercitar o controle sobre a sua motivação e comportamentos (Bandura, 2005).

A automonitorização promove nos indivíduos uma maior consciencialização do seu comportamento; por isso, envolvê-lo em diversos tipos de registos e avaliação (ex: registos alimentares, peso, atividade física, pensamentos, sentimentos etc.) é uma estratégia suportada por vários estudos realizados (Miller, Gutschall e Holloman, 2009; Helsel, Jakicic e Otto, 2007; Acharya *et al.*, 2011). A automonitorização tem sido uma peça central em programas de perda de peso com abordagem comportamental e pode consistir em registos diários da ingestão alimentar, da realização de atividade física ou do peso sendo o primeiro o mais utilizado (Wing, 1998; Baker e Kirschenbaum, 1998).

A automonitorização tem como objetivo aumentar a consciência sobre sintomas físicos e/ou comportamentos, assim como identificar as barreiras que impedem a mudança de comportamento. Este tipo de estratégia pode ser fornecida às pessoas para que a possam gerir, sendo aplicada em conjunto com recursos, por exemplo de tipo eletrónico: (mensagens escritas, lembretes no telemóvel, programas da internet para a monitorização do estilo de vida); estes recursos têm sido considerados como um complemento eficaz das estratégias

cognitivo-comportamentais (Figueiras, 2011). Os profissionais de saúde têm responsabilidade de ajudar os jovens ensinando-lhes o autocuidado, instruindo-os sobre a promoção da saúde e consciencializando-os da importância da automonitorização contínua do estilo de vida, de modo a garantir mudanças de comportamento e participação na manutenção de uma vida saudável.

Estudos na área da psicologia da saúde têm observado que o treino em automonitorização tem sido efetivo para instalar comportamentos de auto-observação, permitindo análises de contingências pela própria pessoa, acerca da relação entre os seus estados emocionais, sintomas de doença e comportamentos de adesão ao comportamento (Ramos *et al.*, 2014 citando Bohm e Gimenes, 2008; Coelho e Amaral, 2008, 2012; Moraes, Rolim e Costa Junior, 2009).

Bohm e Gimenes (2008) citados por Ramos *et al.* (2014), salientam que a automonitorização é a técnica de auto-observação e avaliação, dentro das disponíveis, mais barata, mais flexível e que exige menos custo clínico para a colheita de dados. Afirmam ainda que pode gerar relatos fidedignos acerca das contingências das quais o comportamento é função. Estes aspetos que dizem respeito à automonitorização têm-se refletido na opção pelo seu uso na investigação e/ou intervenção de análise do comportamento aplicada à saúde, a fim de promover a adoção e/ou manutenção de comportamentos importantes para lidar com as condições adversas de saúde (Casseb, Malcher-Bispo e Ferreira, 2008; Casseb e Ferreira, 2012; citados por Ramos *et al.*, 2014).

A generalidade dos modelos motivacionais assume que a intenção é o principal preditor da mudança. No entanto, apesar da utilidade destes modelos na compreensão dos determinantes dos comportamentos de saúde, atualmente sabe-se que as pessoas raramente agem em conformidade com as suas intenções e, por isso, a intenção explica apenas uma parte do comportamento (Armitage e Conner, 2000). Por conseguinte, os modelos motivacionais fornecem apenas um contributo parcial para a compreensão da mudança dos comportamentos.

3.4. O MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER

A promoção da saúde tem sido motivo de análise e discussão ao longo do tempo. Esta temática tem sido utilizada como estratégia para realizar diversos planeamentos relacionados com a formulação de políticas públicas saudáveis, intervenções dirigidas a pessoas e comunidades, para proposta e realização de investigações em saúde. Também tem servido como fonte de inspiração para que, com os seus contributos, reconhecidos profissionais como é o do caso da enfermeira Nola J. Pender, tenham desenvolvido trabalhos significativos: a ela se deve o Modelo de Promoção da Saúde (MPS) do qual falaremos mais à frente.

A perspetiva de muitos trabalhos na área da enfermagem tem-se voltado para as teorias das necessidades, teorias sistémicas e humanísticas, visando estudos teóricos ou práticos da utilização desses modelos e teorias. Sabemos que estudos assim realizados favorecem a melhoria da qualidade dos cuidados, o que contribui claramente para a promoção da saúde. No entanto, é oportuno aprofundar a promoção da saúde como um modelo teórico para a prática da enfermagem.

É notório que a partir das reflexões suscitadas nas várias conferências internacionais de promoção da saúde (Ottawa, Adelaide, Sundsvall, Bogotá e Jacarta), as atividades de promoção da saúde passaram a ser amplamente estimuladas, sendo entendidas como um estímulo à utilização das capacidades e conhecimentos das pessoas, à adoção de estilos de vida saudável, à mudança de comportamento, ao lazer, e à prática de atividades físicas (Fonseca, 2000). Desde essa fase, o termo promoção da saúde passou a ser usado por todos os profissionais de saúde, sendo crescente a participação dos enfermeiros em atividades que levam à promoção da saúde. Apesar disso, ainda são tímidas as propostas de estudos de eixos norteadores para a promoção da saúde, especialmente, na adoção de modelos e teorias que fundamentem essas experiências, conferindo um grau limitado ao planeamento, execução e avaliação dessas ações (Meles e Zago, 1999; Kohlrausch e Rosa, 1999; Victor, 2002).

O uso de modelos e teorias no campo da promoção da saúde pode facilitar a compreensão dos determinantes dos problemas de saúde e orientar nas soluções que respondem às necessidades e interesses das pessoas envolvidas. Além disso podem contribuir para a promoção do conhecimento, reflexão e decisão no ato de cuidar e agir, permitindo maiores possibilidades no alcance dos objetivos propostos, tanto para a promoção da saúde, quanto para a prevenção de doenças (Naidoo e Wills, 1998; Freudenberg *et al.*, 1995).

Dos modelos e teorias de enfermagem que possam ser aplicados para desenvolver cuidados de enfermagem no âmbito da promoção da saúde, podemos citar o MPS de Pender (Pender, Murdaugh e Parsons, 2002). Nola Pender interessou-se pela criação de um modelo de enfermagem que traga respostas à forma como as pessoas tomam as decisões acerca do cuidado da sua própria saúde. Expressa ainda que o comportamento está motivado pelo desejo de alcançar o bem-estar e o potencial humano. O MPS pretende ilustrar a natureza multifacetada das pessoas em interação com o ambiente, quando tentam alcançar um estado de saúde desejado, enfatizando o nexo entre as características pessoais e experiências, conhecimentos, crenças e aspetos situacionais vinculados com os comportamentos de saúde que se querem atingir. Este modelo fornece uma estrutura simples e clara, em que o enfermeiro pode realizar um cuidado de forma individual, ou reunindo as pessoas em grupo, permitindo planeamento, intervenção e avaliação das suas ações. Este modelo tem sido utilizado por muitos investigadores americanos, asiáticos e europeus, para estudar comportamentos que levam à promoção da saúde (Warren, 1993; Stutts, 1997; Wu, Pender e Yang, 2002).

De acordo com o MPS de Pender, desenvolvido na década de 1980 pela enfermeira Nola J. Pender, a conceção de promoção da saúde é definida como as atividades voltadas para o desenvolvimento de recursos que mantenham ou intensifiquem o bem-estar da pessoa, surgindo como uma proposta para integrar a enfermagem no estudo do comportamento, identificando os fatores que influenciam comportamentos saudáveis. Além de ser um guia para explorar o complexo processo biopsicossocial que motiva os indivíduos a aderirem a comportamentos produtores de saúde (Pender *et al.*, 2002; Victor, Lopes e Ximenes, 2005). O MPS expõe de forma ampla os aspetos relevantes que intervêm na modificação dos comportamentos dos seres humanos, suas atitudes e motivações para promover a saúde. Foi inspirado em alguns pressupostos teóricos, como o da teoria de Aprendizagem Social de Albert Bandura (Worchel *et al.*, 2002; Bandura, 1977) e no Modelo de Avaliação de Expectativas da motivação humana de Feather (1982), ambos da área da psicologia. O primeiro refere a importância dos processos cognitivos e de mudança de comportamento, incorporando aspetos de aprendizagem cognitiva e comportamental, reconhecendo que os aspetos psicológicos influenciam o comportamento das pessoas. Aponta quatro requisitos para que estas aprendam e modelem o seu comportamento: atenção (estar expectante perante o que acontece), retenção (recordar o que foi observado), reprodução (habilidade para reproduzir o comportamento) e motivação (uma boa razão para querer adotar um novo

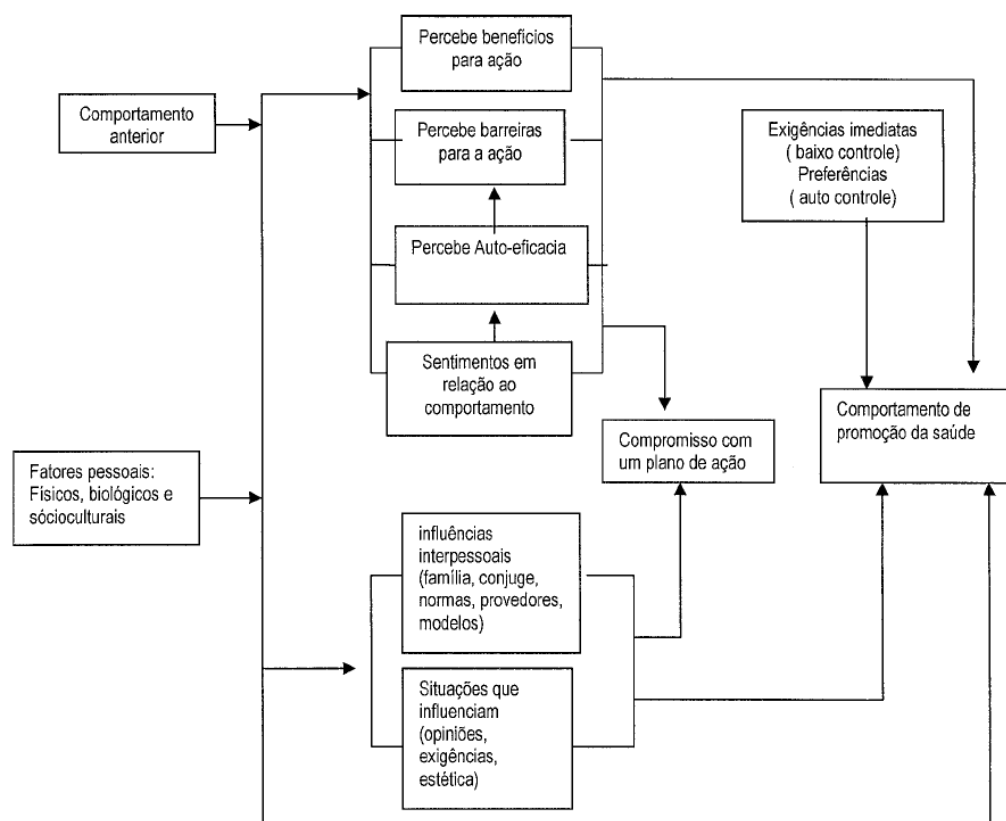
comportamento). O segundo pressuposto teórico, afirma que o comportamento é racional, considera que o componente motivacional para o atingir é a intencionalidade. De acordo com isto, quando há uma intenção clara, concreta e definida para atingir uma meta, aumenta-se a possibilidade de atingir o objetivo. A intencionalidade, entendida como um compromisso pessoal com a ação, constitui um componente motivacional decisivo, que se apresenta na análise dos comportamentos voluntários dirigidos a atingir metas planeadas.

Em 1982, Pender publicou a primeira edição do *Health Promotion in Nursing Practice*, onde afirma que existem processos biopsicossociais complexos que motivam os indivíduos a comprometerem-se com os comportamentos saudáveis. Posteriormente o modelo foi revisto, algumas variáveis foram retiradas, outras reposicionadas e adicionadas, levando assim a novas edições (Sakraida, 2006), numa revisão do modelo em 1996, a autora incluiu a influência dos aspetos culturais na promoção da saúde (Browning *et al.*, 2007).

A teoria de Pender parte do pressuposto que a saúde é um estado positivo e por isso todas as pessoas pretendem alcançá-la, sendo o modo como cada uma define a sua própria saúde mais importante do que o conceito genérico. Por isso, a pessoa é o centro deste modelo e expressa-se de forma única e pessoal de acordo com os seus esquemas cognitivos, percetivos e fatores sociais (Machado, 2009; Sakraida, 2006).

O MPS identifica nos indivíduos fatores cognitivo-percetivos que são modificados pelas características situacionais, pessoais e interpessoais, e que resultam na participação em comportamentos favorecedores de saúde quando existe um plano para a ação. Este modelo serve para identificar conceitos relevantes sobre os comportamentos de promoção para integrar os itens de investigação de tal maneira que facilitem a geração de hipóteses comprováveis. Trata-se de um modelo que pode ser adaptado a vários contextos de intervenção (Pender *et al.*, 2002; Browning *et al.*, 2007). Para melhor compreender o modelo recorreremos à sua representação esquemática (figura 3), no sentido de explicitar a interpeleção dos componentes principais e das variáveis.

Figura 3 – Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender



Fonte: adaptado de Victor *et al.* (2005)

Como se pode verificar pela figura o modelo é composto por três componentes principais: Características, Comportamento específico e Resultado do comportamento e experiências individuais que se dividem em variáveis possíveis de ser trabalhadas (Pender *et al.*, 2002; Victor *et al.*, 2005). De seguida descreve-se sumariamente cada um dos componentes e respetivas variáveis:

a) Características

O primeiro componente diz respeito às características e experiências individuais. Estas são únicas para cada pessoa e afetam de forma particular as ações subsequentes (Pender *et al.*, 2002). Este componente contempla 2 variáveis: comportamento anterior e fatores pessoais (biológicos, psicológicos e socioculturais).

1. **Comportamento anterior** – este refere-se ao comportamento que deve ser mudado (Victor *et al.*, 2005) e que pode ter efeitos diretos ou indiretos sobre a probabilidade

de ter comportamento de promoção da saúde (Sakraida, 2002). Pender *et al.* (2002) salientam ainda que os enfermeiros podem ajudar os clientes a terem comportamentos promotores de saúde focando os benefícios do mesmo, ensinando estratégias para ultrapassar dificuldades e fornecendo reforço positivo.

2. **Fatores pessoais** – refere-se a aspetos que são preditores de um dado comportamento e moldados pela natureza do comportamento alvo a ser considerado. A sua importância e relevância depende da natureza do comportamento alvo (Pender *et al.*, 2002). Divide-se em fatores biológicos (idade, índice de massa corporal, agilidade, equilíbrio), psicológicos (autoestima, automotivação, estado de saúde percebido, definição de saúde) e socioculturais (raça, etnia, educação, nível socioeconómico) (Victor *et al.*, 2005).

b) Comportamento específico

O segundo componente do modelo é considerado como o que apresenta maior significância motivacional. Contempla 6 variáveis (percebe benefícios para a ação, percebe barreiras para a ação, percebe autoeficácia, sentimentos em relação ao comportamento, influências interpessoais e sentimentos que influenciam) que constituem o “núcleo” da intervenção, dado que são modificáveis através de intervenções de enfermagem (Pender *et al.*, 2002; Sakraida, 2002).

1. **Percebe benefícios para ação** – refere-se às representações mentais positivas, que reforçam as consequências da adoção de um comportamento (Victor *et al.*, 2005). Isto é, segundo a *Expectancy Value Theory* que suporta teoricamente este modelo, o indivíduo tende a investir tempo e recursos em atividades que apresentam a maior probabilidade de resultados satisfatórios e, 61% dos estudos que testaram o Modelo de Promoção da Saúde suportam a importância desta variável (Pender *et al.*, 2002).
3. **Percebe barreiras para a ação** – essas barreiras podem ser antecipadas, imaginadas ou reais. Podem ser consideradas como perceções negativas sobre um comportamento e entendidas como dificuldades e custos pessoais (Victor *et al.*, 2005). Dos estudos que testaram o modelo 79% apontam para a importância das barreiras para a ação como determinantes no comportamento promotor de saúde (Pender *et al.*, 2002).

4. **Percebe autoeficácia** – diz respeito ao juízo das capacidades pessoais de organizar e executar ações (Victor *et al.*, 2005). A autoeficácia percebida influencia as barreiras percebidas à ação, de modo a que uma maior eficácia resulta em percepções reduzidas das barreiras ao desempenho comportamental (Sakraida, 2002).
5. **Sentimentos em relação ao comportamento** – reporta-se à reação emocional direta ou uma resposta nivelada ao pensamento que pode ser positivo, negativo, agradável ou desagradável (Victor *et al.*, 2005). Esta variável vai de encontro ao referido na Teoria Cognitiva Social, e defende que a resposta emocional e o seu estado fisiológico induzido durante o comportamento servem como fontes de informação eficiente (Pender *et al.*, 2002).
6. **Influências interpessoais** – Diz respeito ao comportamento que pode ou não ser influenciado por outras pessoas, família, cônjuge, profissionais de saúde, ou por normas e modelos sociais. (Victor *et al.*, 2005). As fontes primárias de influências são as famílias, os pares e os prestadores de cuidados de saúde, sendo ainda reconhecida a importância da cultura a este nível (Pender *et al.*, 2002; Sakraida, 2002). O modelo de promoção da saúde propõe que as influências interpessoais afetam a adoção de comportamentos promotores de saúde de uma forma direta mas também indireta, através da pressão social e do compromisso para um plano de ação (Pender *et al.*, 2002).
7. **Sentimentos que influenciam** – reporta-se a influências situacionais como o ambiente que pode facilitar ou impedir determinados comportamentos de saúde (Victor *et al.*, 2005).

c) Resultados do comportamento e experiências individuais

O terceiro componente compreende três variáveis: exigências imediatas (inclui forças impositivas e forças potencializadoras), comportamento de promoção da saúde e compromisso com um plano de ação (Sakraida, 2002).

1. **Exigências imediatas** – considera que têm um controle diminuto sobre os comportamentos que requerem mudanças imediatas, enquanto as preferências pessoais exercem um elevado controle sob as ações de mudança de comportamento, por exemplo a escolha de um gelado ou de uma maçã para o lanche (Sakraida, 2002).

Consideram-se então dois tipos de forças: impositivas e potencializadoras (Victor *et al.*, 2005).

2. **Comportamento de promoção da saúde** – pode ser entendido como o resultado da implementação do Modelo de Promoção da Saúde (Victor *et al.*, 2005).
3. **Compromisso com o plano de ação** – reporta-se às ações que possibilitam ao indivíduo manter-se no comportamento de promoção da saúde esperado, isto é, as intervenções de enfermagem (Victor *et al.*, 2005).

Em suma, o modelo apresentado fornece aos enfermeiros uma perspetiva integrativa das variáveis que influem no comportamento promotor da saúde (Pender *et al.*, 2002). O MPS descreve a natureza multidimensional das pessoas, como estas interagem com o seu ambiente de forma a melhorarem a capacitação em saúde, qualidade de vida, bem-estar e funcionalidade, em todas as etapas do desenvolvimento humano.

Este modelo parece ser uma ferramenta utilizada pelos enfermeiros para compreender e promover as atitudes, motivações e ações das pessoas particularmente a partir do conceito de autoeficácia, assinalado por Nola Pender no seu modelo, o qual é utilizado pelos profissionais de enfermagem para valorizar a pertinência das intervenções e as explorações realizadas em torno do mesmo (Aristizábal Hoyos *et al.*, 2011).

O MPS tem sido utilizado pelos profissionais de enfermagem nas últimas décadas, com frequência, em diferentes situações que vão desde a prática segura do uso de luvas pelos enfermeiros, até à perceção de saúde dos doentes; mas particularmente dirigido à promoção de comportamentos saudáveis nas pessoas, o que indubitavelmente é uma parte essencial dos cuidados prestados pelos enfermeiros, tal como se evidencia nos trabalhos publicados, os quais conservam um interesse genuíno e implícito para o cuidado, melhorando o nível de saúde e revelando-se capazes de gerar comportamentos de modo a prevenir a doença.

3.5. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DO ESTILO DE VIDA

Considerando os conceitos prévios, (capítulo III) na realidade todos eles parecem ser inclusivos e não se confrontam como conceitos distais. Tentando combinar os diferentes elementos, podemos considerar que o estilo de vida representa o cúmulo de comportamentos relacionados com as atividades quotidianas do indivíduo e que se constituem em hábitos que o indivíduo realiza dia a dia, e que adquire ao longo da sua vida ou por aprendizagem ou imitação do grupo social que o rodeia. Destes comportamentos, identifica-se que alguns deles têm resultados nocivos para a saúde em todos os seus contextos (biológico, psicológico e social), de onde emerge o termo Estilos de Vida Saudáveis como aqueles de que não resultam em situações nocivas ou mesmo protegem o indivíduo dos danos para a sua saúde. Portanto, relaciona-se com o comportamento prejudicial traduzido no aumento da prevalência de doenças associadas com hábitos inadequados que, no caso dos jovens universitários, se identificaram como a falta de atividade física, alimentação inadequada, consumo de tabaco, o álcool e as drogas, os acidentes, as relações entre os pares e com o grupo social que os rodeia, e os comportamentos de saúde sexual e reprodutiva, que levam os jovens a desenvolver certas doenças ou podem até mesmo levar à morte. Além disso, a longo prazo, têm uma maior prevalência de doenças crónicas não transmissíveis, como o cancro, obesidade, doenças cardiovasculares e diabetes, entre outras, e que se relacionam diretamente com os estilos de vida pouco saudáveis. Portanto, salienta-se que os estilos de vida se referem principalmente aos comportamentos habituais e quotidianos que caracterizam o modo de vida de um indivíduo; e, geralmente, permanentes no tempo e na área da saúde, a sua presença ou ausência pode constituir um fator de risco ou de proteção para o indivíduo, segundo seja o caso, agrupando-se assim em práticas saudáveis e não saudáveis que interagem entre si. Destas, as que são consideradas pouco saudáveis e que se mantêm no indivíduo por períodos de tempo prolongados relacionam-se com uma maior probabilidade de desenvolver certas doenças em comparação com aquelas pessoas que não realizam habitualmente este tipo de práticas. É por isso que na atualidade se destaca a importância de conhecer quais são os fatores que estão a influenciar de maneira negativa a saúde dos jovens estudantes do ensino superior. Para isso têm-se desenvolvido várias estratégias que permitam de maneira rápida, efetiva e eficiente o seu reconhecimento.

De maneira geral, para avaliar o EV, sobretudo de estudantes do ensino superior, são utilizados questionários, dado que são de baixo custo, de fácil aplicação e permitem avaliar

um grande número de pessoas, o que os torna muito apropriados para estudos epidemiológicos, pois proporcionam respostas rápidas para algo que exigiria muito tempo para ser avaliado de outra forma. Assim, são apresentados os resultados de uma revisão da literatura, que resultaram da pesquisa em bases de dados, artigos científicos relacionados com a avaliação do estilo de vida, publicados entre 2000 e 2010. Partindo do descritor MeSH Browser (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/mbrowser.html>) e usando as palavras-chave na sequência: Lifestyle AND Assessment AND Questionnaire AND University students, realizou-se uma pesquisa, no dia 12 de Dezembro de 2010, na plataforma de pesquisa EBSCO, envolvendo as bases de dados CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, British Nursing Index e MedicLatina with Full Text. Repetindo-se a pesquisa na base de dados Scientific Electronic Library Online (*SciELO*) usando as palavras chave em português (Estilo de Vida, Avaliação, Questionários e Estudantes Universitários).

Foram procurados artigos científicos publicados em texto integral, no período compreendido entre 2000 e a data de pesquisa (12/12/2010). Como resultado das intersecções das palavras-chave, em conjuntos de duas, obteve-se um conjunto de 11 artigos, após leitura integral dos mesmos.

Esta revisão da literatura publicada analisa a contribuição dos vários instrumentos de avaliação dos estilos de vida em jovens estudantes universitários. No sentido de sistematizar a apresentação dos resultados da revisão, a mesma é resumida em forma de quadro.

Assim, no quadro 3, apresenta-se uma síntese dos questionários utilizados para medir o EV dos estudantes do ensino superior, nos artigos reportados pela literatura.

Quadro 3 – Questionários utilizados para avaliar os Estilos de Vida

Estudo ou Instituição que propõe	Instrumento utilizado
Lema, S. L. F., Salazar, T. I. C., Varela, A. M. T., Tamyó, C. J. A., Rubio, S. A., & Botero, P. A. (2009). Comportamiento Y salud de los jovens universitários: satisfacción con el estilo de vida. <i>Pensamiento Psicológico</i> , 5(12), 71-78.	Estudo realizado na Universidade Pontifícia Javeriana, Cali, Colômbia. Utilizaram o “Questionário de estilos de vida em jovens universitários”, desenvolvido pelos autores do estudo. As áreas que avaliam são: sociodemográficas, económica, pessoal-social, familiar, laboral e académica. Considerando dez dimensões: exercício e atividade física, tempo de descanso, autocuidado e cuidados médicos, alimentação, consumo de álcool, tabaco e drogas ilegais, sono, sexualidade, relações interpessoais, estado emocional percebido.

Estudo ou Instituição que propõe	Instrumento utilizado
Bektas, M., Malak, A. T., Yumer, A. S. Korkmaz, M., & Özkan, A. (2010). Turkish university students' nutritional habits regarding cancer prevention and healthy lifestyles. <i>Asian Pacific Journal Cancer Prevention</i> , 11(5), 1347-1350.	Estudo realizado no departamento de Enfermagem da Universidade Dokuz Eylül, da Turquia. O questionário utilizado foi a versão turca do <i>Health Promotion Life-Style Profile Scale</i> (HPLP). É uma escala composta por 48 itens que descreve os comportamentos positivos para a saúde contendo 6 subgrupos: autoconhecimento, responsabilidade para a saúde, atividade física, nutrição, relações interpessoais e gestão do <i>stress</i> .
Burke, J. D., Reilly, R. A., Morrell, J. S., & Lofgren, I. E. (2009). The University of New Hampshire's Young Adult Health Risk Screening Initiative. <i>Journal of the American Dietetic Association</i> , 109(10), 1751-1758. doi: 10.1016/j.jada.2009.07.005	“Wellness Practices”, (práticas saudáveis), integrando 21 itens que incluem: Tabaco, álcool, número de refeições, consumo de frutas e verduras e padrão de atividade física.
Keller, S., Maddock, J. E., Hannöver, W., Thyrian, J.R., & Basler, H. D. (2008). Multiple health risk behaviors in German first year university students. <i>Preventive Medicine</i> , 46(3), 189-195. doi: 10.1016/j.ypmed.2007.09.008	Estudo realizado numa Universidade Alemã, e o questionário utilizado avaliava o consumo de frutas e verduras, exercício, tabagismo, alcoolismo e variáveis sócio demográficas.
Yahia, N., Achkar, A., Abdallah, A., & Rizk, S. (2008). Eating habits and obesity among Lebanese university students. <i>Nutrition Journal</i> , 30(7), 32. doi: 10.1186/1475-2891-7-32.	Estudo realizado na Universidade Libanesa Americana, Beirute, Líbano. Aplicaram um questionário desenvolvido pelos autores do estudo, que incluía hábitos de consumo de alimentos, tabaco e álcool.
Booth, M. (2000). Assessment of physical activity: An international perspective. <i>Research Quarterly for Exercise and Sport</i> , 71(Suppl. 2), 114-120. doi: 10.1080/02701367.2000.11082794	Este estudo utilizou o <i>IPAQ (International Physical Activity Questionnaires)</i> . O Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ sigla em inglês) para uso em jovens e adultos de meia idade (15-69 anos). Contém um grupo de 4 questionários. A versão longa (5 objetivos de atividade avaliados independentemente) e uma versão curta (4 perguntas gerais) estão disponíveis para usar por entrevista telefónica ou na forma autoadministrada. O propósito do questionário é prover instrumentos comuns que possam ser usados para obter dados internacionalmente comparáveis relacionados com a atividade física relacionada com a saúde
Wang, D., Ou, C. Q., Chen, M., Y. & Duan, N. (2009). Health-promoting lifestyles of university students in Mainland China. <i>BMC Public Health</i> , 9(379). doi: 10.1186/1471-2458-9-379	Estudo realizado na Universidade Guangzhou, China. Utilizaram a versão simplificada chinesa do questionário “ <i>Adolescent health promotion</i> ” (AHP), que avalia 6 dimensões: comportamento alimentar, suporte social, valorização da vida, comportamento ao nível do exercício, saúde, responsabilidade e gestão do <i>stress</i> .
Matos, A. P., & Albuquerque, C. M. (2006). Estilo de vida, percepção de saúde e estado de saúde em estudantes universitários portugueses: Influência da área de formação. <i>International Journal of Clinical and Health Psychology</i> , 6(3), 647-663.	Estudo realizado com estudantes universitários portugueses. Os autores utilizaram a versão portuguesa do <i>LAQ (Life-Style Assessment Questionnaire)</i> , com a designação portuguesa <i>OMEV (O Meu Estilo de Vida)</i> composto por 27 itens, que avalia 10 dimensões: Nutrição, Poluição, Exercício, Sexual, Prevenção, Drogas, Álcool, Risco, Auto e Proteção.

Estudo ou Instituição que propõe	Instrumento utilizado
Abu-Moghli, F. A., Khalaf, I. A., & Barghoti, F. F. (2010). The Influence of a Health Education Programme on Healthy Lifestyles and Practices among University Students. <i>International Journal of Nursing Practice</i> , 16(1), 35-42. doi: 10.1111/j.1440-172X.2009.01801.x	Estudo realizado na Universidade de Jordão, Amã. Utilizou um questionário autoadministrado desenvolvidos pelos autores composto por duas partes: 1ª questões sociodemográficas e questões relacionadas com hábitos tabágicos, medicação habitual, hábitos desportivos; a 2ª parte constituída por 25 itens que descrevem os comportamentos relacionados com o estilo de vida agrupados em três grupos: Tipo de dieta (9 itens), Hábitos nutricionais (8 itens) e atividade física (8 itens).
Karadag, M., & Yildirim, N. (2010). Health behaviors in health sciences university students in Turkey. <i>Social Behavior & Personality: An International Journal</i> , 38(1), 43-51.	Estudo realizado numa Universidade Turca. O questionário utilizado foi a versão turca do <i>Health Promotion Life-Style Profile Scale (HPLP)</i> . É uma escala composta por 48 itens que descreve os comportamentos positivos para a saúde contendo 6 subgrupos: autoconhecimento, responsabilidade para a saúde, atividade física, nutrição, relações interpessoais e gestão do <i>stress</i> .
Bothmer, M. I., & Fridlund, B. (2005). Gender differences in health habits and in motivation for a healthy lifestyle among Swedish university students. <i>Nursing & Health Sciences</i> , 7(2), 107-118. doi: 10.1111/j.1442-2018.2005.00227.x	Estudo realizado na Universidade de Halmstad na Suécia. O questionário utilizado foi desenvolvido pelos autores e que contém quatro partes: 1ª questões sociodemográficas; 2ª questões relacionadas com complicações de saúde, a 3ª questões relacionadas com a motivação para um estilo de vida saudável e a 4ª questões relacionadas com os estilos de vida (uso de tabaco, consumo de bebidas alcoólicas, hábitos alimentares, atividade física e <i>stress</i>).
Carter, A. O., Elzubeir, M., Abdulrazzaq, Y. M., Revel, A. D., & Townsend A. (2003). Health and lifestyle needs assessment of medical students in the United Arab Emirates. <i>Medical Teacher</i> , 25(5), 492-496.	Estudo realizado na Faculdade de Medicina da Universidade dos Emirados Árabes Unidos. O questionário foi desenvolvido pelos autores e contém 3 partes: 1ª questões sociodemográficas; 2ª questões relacionadas com o estado de saúde e estilo de vida: altura e peso autoreportado, padrão de exercício, consumo de álcool e tabaco, vigilância de saúde e exposição ao <i>stress</i> . 3ª questões relacionadas com a forma como os estudantes fariam a gestão da sua saúde, perante situações hipotéticas envolvendo a sua saúde.

Até ao momento, em Portugal, a investigação realizada no sentido de se apurarem as práticas saudáveis dos estudantes do ensino superior tem sido escassa e pontual, tendo-se recorrido a questionários construídos para o efeito sem posteriores desenvolvimentos (Pereira e Ramos, 2000; Machuco *et al.*, 2000), ou, com maior relevância, ao questionário “Avaliação dos Interesses e Práticas Saudáveis dos Estudantes Universitários”, da Universidade de Northern Iowa, traduzido e adaptado por Pereira em 1999 (Ribeiro *et al.*, 2000; Pereira e Silva, 2001; Pereira *et al.*, 2002).

O importante que se deve realçar do quadro anterior é que todos os questionários são por autoreporte ou aplicação, e as variáveis a medir são praticamente as mesmas. Mas, talvez um dos pontos mais importantes é que todos, excepto o *IPAQ (International Physical Activity Questionnaires)*, o *HPLP (Health Promotion Life-Style Profile)* e o *OMEV (O Meu Estilo de Vida)* – único instrumento que mede o “Estilo de Vida” no contexto português, sendo um inventário de autorresposta que tem como objetivo avaliar os comportamentos de saúde e de risco (Ribeiro, 1993) – são instrumentos que foram desenvolvidos pelos investigadores para o seu próprio estudo. Tal impede a comparação entre instituições, o que proporcionaria um valor acrescentado aos resultados obtidos desde o avaliado não só internamente, mas igualmente entre os pares; e, talvez o ponto mais importante, não só para comparar os resultados mas também para partilhar estratégias bem-sucedidas para a intervenção, será um aspeto que muito ajudaria para alcançar os objetivos com menos esforço. Com base neste parâmetro a Universidade Pontifícia Católica do Chile, a Universidade do Chile, a OPS e a OMS, com o apoio técnico do Conselho Nacional para a Promoção da Saúde, VIDA CHILE e o Ministério da Saúde Chileno desenvolveram o já mencionado *Guía para Universidades Saludables y Otras Instituciones de Educación Superior* (Lange e Vio, 2006) documento em que, como parte da sua proposta, se propõe a utilização de um questionário de autopreenchimento para uma avaliação base dos estilos de vida. O instrumento proposto chama-se *Tienes un estilo de vida fantástico?* Este questionário é composto por 30 itens que exploraram os comportamentos de risco dos estudantes do ensino superior em diferentes contextos, sob a sigla FANTÁSTICO que agrupa as seguintes dez áreas: F – Família, A – Associatividade e atividade física, N – Nutrição, T – Tabaco, A – Álcool e outras drogas, S – Sono, T – Trabalho e personalidade, I – Introspeção, C – Controlo de saúde e comportamento sexual e O – Outros comportamentos.

O questionário FANTÁSTICO não é uma contribuição original da Universidade do Chile, foi desenvolvido no ano de 1984 por Wilson e Ciliska no departamento de medicina familiar na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade McMaster em Ontário, Canadá, com o objetivo de ajudar os médicos de família a avaliar o estilo de vida dos seus utentes e estabelecer medidas corretivas para prevenir doenças, e no âmbito deste objetivo foi avaliada a sua validade e confiabilidade permitindo a sua utilização para pacientes (Wilson, Nielsen e Ciliska, 1984). No entanto, devido ao seu alto grau de validade e confiabilidade, até ao momento houve várias versões do mesmo, aplicado a estudantes e trabalhadores (Sharratt *et al.*, 1984), a pacientes com hipertensão (López-Carmona *et al.*, 2000) e diabetes (Rodríguez-Moctezuma

et al., 2003) determinando a sua utilidade nestes grupos populacionais para identificar comportamentos não saudáveis.

Um dos estudos de validação realizados foi com um grupo comunitário de mulheres onde se aplicou o questionário e com base nos resultados desenvolveu-se um programa de EpS que consistiu em seis sessões abarcando os aspetos considerados como comportamentos não saudáveis detetados pelo questionário. Posteriormente ao programa aplicou-se novamente o instrumento um mês depois e quatro meses depois, e as pontuações que se obtiveram foram: 50% na aplicação prévia ao programa de EpS, 67% ao mês e 68% aos quatro meses, a comparação entre as mudanças nas pontuações foi estatisticamente significativa ($p=0.003$), o que determinou a utilidade tanto do programa de EpS como do instrumento para avaliar os comportamentos, demonstrando a sua utilidade em programas de promoção da saúde (Wilson, Nielsen e Ciliska, 1984; Kason e Ylamko, 1984; Simpson *et al.*, 1984). Na aplicação para a população da Universidade de Waterloo, demonstrou-se que a sua utilidade radicava na identificação de comportamentos para estabelecer programas de EpS para a comunidade universitária ao permitir identificar os elementos específicos que se incluíam nos mesmos, permitindo por isso a planificação, implementação e avaliação destes programas (Sharratt *et al.*, 1984). Em 2008, Rodriguez-Añez *et al.* (2008) realizaram a tradução e a validação do 'Estilo de Vida FANTÁSTICO' para a população brasileira. Para os autores, o questionário preencheu os critérios de consistência interna e de validade de construto, apresentando evidências de que é adequado para a avaliação do Estilo de Vida de adultos jovens brasileiros, recomendando a sua utilização nos cuidados de saúde primários e em estudos epidemiológicos.

Após a revisão da literatura sobre o assunto, não há dúvida sobre a sua importância, no impacto que traria tanto a curto como a longo prazo. Até o momento não existe uma delimitação específica da sua aplicação mas, considerando o reportado pela literatura, a utilização da proposta Chilena traria o benefício de comparar os dados com outras universidades e realizar alianças com as mesmas para o desenvolvimento de programas de intervenção.

Considerando ainda a revisão realizada, conclui-se da importância que reveste a educação para a saúde na prevenção de comportamentos pouco saudáveis nos indivíduos e em especial no caso dos jovens: a adoção de comportamentos saudáveis permitir-lhes-á não só o seu desenvolvimento potencial atual mas também atingir no futuro uma vida mais saudável.

3.6. ESTILOS DE VIDA DOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR

Considerando as situações próprias da adolescência e do jovem adulto com as específicas alterações biopsicossociais, a entrada no ensino superior proporciona novas relações sociais e adoção de novos comportamentos, tornando os jovens vulneráveis a condutas de risco para a saúde (Vieira *et al.*, 2002). Assim, a investigação dos Estilos de Vida dos estudantes que frequentam o ensino superior é importante para avaliar a necessidade de implementar programas de intervenção comunitária nos campus das instituições de ensino superior, com vista a modificar os Estilos de Vida considerados pouco saudáveis por parte dos estudantes. Apesar disso, ainda que se tenha notado um aumento da preocupação nos últimos anos com os Estilos de Vida dos estudantes do ensino superior, estudos que tenham sistematizado estes resultados são ainda escassos, mesmo em teses, e dissertações sobre a temática são raras (Marinho, 2002).

Grande parte do Estilo de Vida é estabelecido na juventude, podendo influenciar a saúde e bem-estar na idade adulta e velhice. De acordo com Silva *et al.* (2011), alguns fatores do Estilo de Vida podem ser introduzidos no momento de transição do ensino secundário para o ensino superior, momento esse em que ocorrem interrogações sobre os valores, crenças e atitudes introduzidos pela família no processo de educação. Estas interrogações podem vir a refletir um novo comportamento que, por consequência, pode determinar um estado de saúde de forma mais positiva ou negativa.

Em relação a alguns aspetos do Estilo de Vida, refletindo sobre eles da observação do quotidiano da população estudantil do ensino superior e da observação empírica da prática, evidenciam-se situações como: a carga horária extensa em sala de aula e ensinamentos clínicos; atividades complementares desenvolvidas em outros períodos (geralmente no horário das refeições, à noite, feriados, fins de semana); uso abusivo de álcool e outras drogas; reduzido tempo de sono/descanso; hábitos alimentares inadequados; não realização de atividade física regular; ansiedade/preocupação constante pelos resultados do desempenho académico; adaptação a uma nova cidade; afastamento temporário da família, do(a) namorado(a) e amigos (Soares e Campos, 2008).

Para realizar o diagnóstico inicial sobre os estilos de vida, da revisão da literatura surgiram um conjunto de instrumentos para este tipo de avaliações na população universitária. Sem dúvida, praticamente em todos os casos, desenvolveram-se instrumentos específicos para cada instituição, o que pode considerar-se como adequado, mas não permite uma avaliação

efetiva entre pares. Embora seja importante anotar que os questionários que emergiram da revisão da literatura são diferentes, as áreas que investigam sobre os comportamentos saudáveis e não saudáveis nos estudantes do ensino superior são os mesmos.

De seguida iremos analisar os estilos de vida mais frequentemente observados nos estudantes que frequentam as instituições de ensino superior, quer em termos nacionais quer internacionais.

Num estudo americano, Jones *et al.* (2001), verificaram que o álcool é a droga mais consumida entre os jovens, sendo um importante fator de risco para a adoção de outros comportamentos prejudiciais para a saúde. Encontraram ainda nos estudantes do ensino superior americano, relação entre o consumo de álcool até à embriaguez e o consumo de cigarros, marijuana, cocaína e outras drogas. Ainda com estudantes do ensino superior dos Estados Unidos da América, Douglas *et al.* (1997), verificaram que os estudantes apresentavam diversos fatores de risco, entre eles: consumo de marijuana (14.0%), consumo de cocaína (14.4%) e alta percentagem de atividade sexual (86.1%). De acordo com os autores do estudo, os resultados observados servem para confirmar a importância da monitorização destes comportamentos.

No continente europeu, nomeadamente no Reino Unido, é realizado um estudo de dois em dois anos, chamado *Sodexo University Lifestyle Survey* (SODEXO, 2012). Este estudo é realizado com estudantes do ensino superior de todo o país e visa compreender quais as necessidades dos estudantes, procurando fornecer melhores serviços. No último estudo, em 2012, encontraram os seguintes resultados: em relação à forma de socialização dos estudantes, cerca de um terço dos estudantes (31.0%) conversava na maioria das vezes dentro do seu próprio alojamento ou no dos amigos. No domínio da nutrição, menos de metade (43.0%) afirmam tomar o pequeno-almoço todos os dias, enquanto 12.0% afirmam que nunca o tomavam. Entre outros resultados, o estudo constatou que 45.0% dos inquiridos não almoçava pelo menos uma vez na semana e que a refeição mais regular foi o jantar (80.0%). Contudo, 81.0% disse que fazia esforço para se alimentar de forma saudável. E, ainda, 51.0% dos participantes disse ter bebido menos 10 unidades de álcool por semana (equivalente a cerca de 4.5l de cerveja); apenas 1.0% relatou que bebia mais de 41 unidades por semana (cerca de 20 l) e 6.0% entre 21 e 40 unidades. Para a colheita dos dados, foram realizadas 2001 entrevistas *online*, através de um questionário que continha 32 perguntas (SODEXO, 2012).

Em Portugal os estudos de Dias *et al.* (2001), permitiram observar uma relação entre a perceção de *stress*, os estilos de vida, o estado de saúde geral e a sua autoestima, isto é, os estudantes que relataram maior perceção de *stress* caracterizavam-se com menor autoestima, considerando-se menos saudáveis e com menos comportamentos de saúde. Faria (2012) realizou um estudo com 365 estudantes dos dois primeiros e dos dois últimos anos do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior. No estudo foram comparados os diferentes anos de estudo e avaliadas as associações entre as diferentes variáveis do Estilo de Vida. O sono e o *stress* não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os primeiros e os últimos anos. Os estudantes, no fim do curso, apresentaram hábitos alimentares mais saudáveis. O domínio atividade física não apresentou diferenças entre os grupos, pois ambos não praticavam atividades físicas regularmente, e os níveis de experimentação de tabaco foram semelhantes em ambos os grupos. Quanto ao consumo de álcool, foi detetado maior número de consumidores no grupo de alunos dos primeiros anos. Foi utilizado um questionário desenvolvido especificamente para o estudo baseado no questionário “Estilo de Vida FANTÁSTICO”. Num estudo realizado na Universidade de Lisboa com o objetivo de caracterizar o estado de saúde dos estudantes, por Rocha *et al.* (2001), verificaram que, em termos gerais, o estado de saúde era percecionado por estes estudantes (n=1148) como “bom/ótimo” (88%). Embora, em termos de estilos de vida, relatavam níveis de *stress* “moderado/muito” (82%), níveis de condição física “boa” (67%), e atividade física “regular” (31%); 17% referiram que “ocasionalmente tomavam mais de 5 bebidas num dia”. Destes mesmos estudantes, 16% eram fumadores e 3% assumiram consumir drogas; no que concerne à alimentação, 55% referiram não ter preocupações com a dieta alimentar. Estes autores concluíram que estes estudantes apesar de referirem um nível de saúde elevado, o “*stress* e a inatividade física, o tabagismo, a atividade sexual não protegida, o consumo de álcool e outras drogas são comportamentos que justificam a implementação de estratégias preventivas”. Num estudo idêntico realizado com estudantes espanhóis (n=527), realizado por Ferrer *et al.* (2000), a maior parte dos estudantes considerava-se satisfeito com o seu aspecto físico (84%), procuravam alimentar-se de forma saudável e equilibrada, dormiam e descansavam bem (apesar de 1/3 não dormir e descansar adequadamente); 50% considerava que se devia preocupar com a prevenção de doenças, 34% fumadores regulares, 68% consumidores regulares de bebidas alcoólicas. Observou-se ainda uma prevalência de consumo de cannabis de 40%. Ainda em Espanha, Varela-Mato *et al.* (2012), realizaram um estudo na Universidade de Vigo com 985

estudantes, no campus de Pontevedra, durante os anos letivos de 2009 e 2010, donde verificaram que: 67.4% dos participantes no estudo eram mulheres e pertenciam aos cursos da área de saúde, educação e outros cursos (Publicidade e Relações Públicas, Belas Artes, Gestão Pública, Administração, Comunicação Audiovisual e Engenharia Florestal). O nível de atividade física foi avaliado por meio da versão espanhola do ‘Physical Activity Questionnaire Internacional’ (IPAQ), versão curta. A versão em espanhol do ‘Teste de Atitudes Alimentares’ (EAT-40) foi usada para avaliar distúrbios no comportamento alimentar e atitudes em relação à nutrição. Em relação ao uso de tabaco e consumo de substâncias tóxicas, foi utilizado um questionário elaborado especificamente para este fim em populações jovens. Os principais resultados do estudo de Varela-Mato *et al.* (2012) mostraram que apenas 27.4% dos alunos poderiam ser considerados como suficientemente ativos; 14.9% deles sofriam de transtornos alimentares. O consumo diário de álcool encontrado foi baixo (1.5%), mas a percentagem de consumidores habituais foi elevada (77.0%). Em relação ao consumo de tabaco, cerca de um terço dos alunos, de ambos os sexos, referiram serem fumadores habituais. Resultado semelhante foi encontrado entre os que admitiram ter usado substâncias ilícitas (Varela-Mato *et al.*, 2012).

Em relação a América do sul, nomeadamente na Colômbia, Lema *et al.* (2009) realizaram um estudo com 587 estudantes de uma Universidade privada (44.7% homens e 55.3% mulheres), com idades que variavam entre os 16 e 30 anos, de diversos cursos das áreas das Ciências Sociais e Humanas, Engenharia e Ciências Económicas e Administrativas. Os resultados indicaram que os estudantes tinham um Estilo de Vida considerado saudável na maioria das dimensões, com exceção do aspeto exercício e atividade física, já que 77.0% dos participantes referiram que não realizavam nenhum tipo de exercício, com duração de pelo menos 30 minutos.

No Brasil, Silva *et al.* (2011) realizaram um estudo com 685 estudantes da Universidade Federal de Santa Catarina e utilizaram a versão brasileira do questionário “Estilo de Vida FANTÁSTICO”. Dos participantes no estudo, 410 eram do sexo masculino, com média de idade de 20.4 anos. Os autores investigaram a associação do sobrepeso e de variáveis sociodemográficas com o Estilo de Vida. Os resultados demonstraram que 5.1% apresentaram um EV considerado pouco saudável, e que o risco para sobrepeso foi maior entre estudantes que referiram estar com mais de dois quilos acima do peso considerado saudável, entre os que se sentiam tensos e desapontados, entre os que não possuíam uma dieta equilibrada, que ingeriam bebidas com cafeína mais de duas vezes por dia e com uma média de ingestão de

álcool por semana superior a sete doses (1 dose = 1 lata de cerveja – 340 ml ou 1 copo de vinho – 142 ml ou 1 copo pequeno de destilado – 42 ml). Ainda no Brasil, Silva *et al.* (2012) realizaram um estudo com 217 universitários do curso de Educação Física de uma Universidade pública do estado de Sergipe, utilizando também a versão brasileira do “Estilo de Vida FANTÁSTICO”. Dos participantes no estudo, 119 eram do sexo masculino e na sua maioria com idade inferior a 20 anos. Em relação aos domínios do EV, verificou-se que 15.2% apresentara uma relação com a/os família/amigos inadequada, 57.4% não atendera às recomendações para atividade física, 41.9% referira uma alimentação inadequada, 1.8% utilizava tabaco e/ou outros tóxicos, 8.8% ingeria bebidas alcoólicas em excesso, 12.5% apresentara problemas com sono e *stress*, 10.0% tinha mau comportamento na condução de veículos motorizados, 50.7% sentia-se frequentemente com raiva e hostil, 22.1% tinha problemas de introspeção e 14.3% referira insatisfação com o(a) trabalho/função que exercia.

No continente Asiático, nomeadamente no Japão, Wei *et al.* (2012), realizaram um estudo onde participaram 314 estudantes da Universidade de Kumamoto, utilizando a versão japonesa do *Health Promotion Life-Style Profile II*. Dos participantes no estudo 196 (62.4%) eram do sexo masculino e 118 (37.6%) do sexo feminino; em relação ao IMC a média foi de 20.9 ± 2.3 (masculino – 21.5 ± 2.5 ; feminino – 20.0 ± 1.7); em relação ao estilo de Vida, a amostra global apresentava uma média 2.50 ± 0.29 ; os resultados mostraram melhor estilo de vida no primeiro ano (média 2.59 ± 0.29), do que em relação aos restantes anos curriculares, existindo uma correlação negativa entre os *scores* do HPLP II e o ano curricular ($r = -0.169$, $P < 0.01$). Quanto ao estilo de vida em relação ao género o score do HPLP II foi de média 2.50 ± 0.32 para os jovens do sexo masculino e de 2.51 ± 0.25 para as jovens do sexo feminino, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em relação ao género. Em relação ao facto dos estudantes viverem com a família (53.1%) ou não (46.9%), os resultados encontrados do estilo de vida foram respetivamente: uma média de 2.51 ± 0.28 para os que vivem com a família e de 2.50 ± 0.30 para os que não vivem com a família, não havendo diferenças estaticamente significativas. Encontraram diferenças significativas ($P < 0.05$), no score da subescala referente à nutrição (2.55 ± 0.43) em relação aos que não vivem com a família (2.30 ± 0.47).

Ainda que a quantidade de estudos tenha aumentado nos últimos anos, os estudos acerca deste construto ainda são escassos e por isso ainda há muito que investigar sobre o Estilo de Vida e comportamentos relacionados com a saúde de estudantes do ensino superior. Há evidências, em diversos países, de que estratégias envolvendo as mudanças de

comportamentos e, portanto no Estilo de Vida, produzem resultados positivos e devem ser implementadas rotineiramente nos níveis pessoal, institucional e comunitário (Yusuf e Pitt, 2002; Marmot, 2001; Vartiainen *et al.*, 2000; Pekka *et al.*, 2002).

Para Vieira *et al.* (2002), as modificações quanto aos padrões alimentares, prática de atividade física, utilização de cigarros e ingestão de álcool, somadas a situações próprias da adolescência e juventude (como intensas alterações biológicas, instabilidade psicossocial e falta de comportamento preventivo) podem tornar os estudantes do ensino superior num grupo vulnerável a riscos significativos em relação à sua saúde. A população de estudantes do ensino superior tem padrões típicos de consumo que diferem do restante da população, sendo necessário o desenvolvimento de programas de promoção da saúde específicos e integrados com intervenções direcionadas para os múltiplos fatores de risco.

Concluindo: os instrumentos e os estudos encontrados e publicados sobre EV dos estudantes focam-se na atividade física, consumo de bebidas alcoólicas, tabaco e outras dependências e alimentação; desvalorizam dimensões psicossociais como o bem-estar psicossocial.

Considerando a diversidade de instrumentos reportados para a seleção do questionário a utilizar, considerando-se a hipótese de que, com este trabalho, se possa futuramente constituir numa linha de investigação que permita conhecer e comparar os dados com várias instituições de ensino superior; procurando-se por isso a utilização de um instrumento aceite e proposto pela Organização Mundial da Saúde (e pela Organização Pan-Americana da Saúde) de onde emanaram as normas para a aplicação da estratégia das Universidades Saudáveis (US), consideramos o “Estilo de Vida FANTÁSTICO” o melhor instrumento para estudar os estilos de vida dos estudantes do ensino superior. É esperado pois que, em futuros projetos, noutras instituições se utilize esta metodologia.

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA: CONTRIBUTO PESSOAL

CAPÍTULO IV – CONCETUALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

4.1. INTRODUÇÃO

Do enquadramento teórico conclui-se que é indiscutível que a etapa de vida entre os 18 e os 25 anos de idade, representa uma fase de grandes mudanças que levam à formação pessoal e profissional do indivíduo e implica, da mesma forma, a consolidação de hábitos e comportamentos muitas vezes pouco saudáveis (Tsouros *et al.*, 1998). De acordo com o Plano de Ação para a Saúde – 2004, os estilos de vida podem ser definidos como o conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, apreendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados ao longo do ciclo de vida em diferentes situações sociais (DGS, 2004) e que podem influenciar e afetar tanto a saúde individual como a saúde colectiva (WHO, 1998a). Os comportamentos de risco para a saúde tendem a agrupar-se entre si e a associação de vários fatores de risco, apresentados por uma pessoa ou população, constituem normalmente um perigo acrescido para a saúde (Mota e Sallis, 2002). Segundo Tavares e Nunes (2007), Portugal assume no contexto europeu, um lugar de destaque nas patologias associadas ao estilo de vida pouco saudável, destacando-se que muitos jovens morrem prematuramente devido a acidentes, suicídio, violência, complicações associadas à gravidez e outras doenças que podem ser prevenidas ou tratadas. Além disso, muitas doenças na idade adulta têm as suas raízes na adolescência e podem levar a doença grave na vida adulta ou a morte prematura.

4.2. MOTIVAÇÃO E OBJETIVOS

A promoção da saúde é um dos domínios de intervenção da enfermagem no comportamento dos indivíduos, potenciadoras da saúde. Por sua vez, dependem eles das características e experiências individuais, dos sentimentos e conhecimentos sobre esses comportamentos que se querem alcançar e do comportamento de promoção da saúde desejável (Pender *et al.*, 2002). Para compreender melhor este fenómeno em populações jovens, realizámos um estudo sobre os estilos de vida relacionados com a saúde dos estudantes do ensino superior. Esta investigação teve por finalidade recolher dados sobre os estilos de vida dos estudantes do ensino superior que poderão ser fundamentais para o desenvolvimento e implementação de estratégias de promoção da saúde baseadas na autorresponsabilização. O trabalho processou-se como uma investigação desenvolvida em 3 etapas (apresentadas em capítulos subsequentes) orientadas pelas seguintes questões de investigação:

- O questionário “Estilo de Vida FANTÁSTICO” (versão do autor) é um bom instrumento para avaliar os estilos de vida dos jovens?

Verificada a validade e adequabilidade do instrumento pretendemos saber:

- Quais são as dimensões do estilo de vida que estarão mais afetadas nos estudantes do ensino superior?

Em função dos resultados encontrados, pretendemos ainda saber:

- De que forma se poderia utilizar o questionário “Estilo de Vida FANTÁSTICO” como uma ferramenta de automonitorização para promoção do estilo de vida em estudantes do ensino superior?

A partir destas questões delimitámos os objetivos específicos que orientaram a investigação:

Objetivo 1 – Traduzir, adaptar e validar o questionário “Tienes un estilo de vida fantástico?” da autoria de Lange e Vio (2006) publicado no “Guia para universidades saludables y otras instituciones de educación superior”.

Objetivo 2 – Caracterizar os estilos de vida dos estudantes (de licenciatura e mestrado integrado) do ensino superior.

Objetivo 3 – Analisar a influência de alguns fatores pessoais nos estilos de vida dos estudantes do ensino superior.

Objetivo 4 – Analisar de que forma se poderia utilizar o questionário “Estilo de Vida FANTÁSTICO” como uma ferramenta de automonitorização para promoção do estilo de vida em estudantes do ensino superior.

Após a realização da revisão da literatura, essencial para enquadrar e contextualizar a temática em estudo, aborda-se os principais procedimentos metodológicos subjacentes à investigação: o desenho do estudo, os participantes, os materiais e os procedimentos efetuados.

CAPÍTULO V – METODOLOGIA

5.1. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO

A estrutura geral deste estudo contempla 3 etapas consecutivas, de forma a satisfazer os objetivos propostos, os quais passamos a apresentar:

1ª Etapa – *Traduzir, adaptar e validar o questionário “Tienes un estilo de vida fantástico?” da autoria de Lange e Vio (2006) publicado no “Guía para universidades saludables y otras instituciones de educación superior”.* Procedemos à tradução e adaptação do questionário. De seguida foi efetuada a análise Teste-Reteste (n=37), de validade concorrente (N=131) e validação psicométrica (N=707). Os resultados obtidos permitiram prosseguir para a segunda etapa do estudo.

2ª Etapa – *Caraterizar os estilos de vida dos estudantes (de licenciatura e mestrado integrado), do ensino superior; Analisar a influência de fatores pessoais nos estilos de vida dos estudantes do ensino superior.* Este estudo limitou-se aos estudantes da Região Centro de Portugal que foram inquiridos via *online* (N=4314) acerca dos estilos de vida e fatores pessoais. Teve uma abordagem quantitativa com análise descritivo-correlacional.

3ª Etapa – *Analisar de que forma se poderia utilizar o questionário “Estilo de Vida FANTÁSTICO” como uma ferramenta de automonitorização para promoção do estilo de vida em estudantes do ensino superior.* Neste estudo inquirimos os respondentes da 2ª Etapa do estudo que, consentindo em colaborar nesta fase, forneceram o seu contacto. Foram inquiridos via *e-mail* 520 estudantes, dos quais 189 responderam (taxa de participação: 36.4%). Do questionário constavam questões abertas e fechadas que foram analisadas por emparelhamento com as respostas do segundo estudo. A opinião dos estudantes acerca dos benefícios para a ação foi importante.

Apresenta-se em síntese (quadro 4) o desenho de investigação de cada uma das etapas deste estudo, especificando os instrumentos de recolha de dados utilizados.

Quadro 4 – Síntese do desenho de investigação.

ETAPAS	Amostra	Instrumento de recolha de dados	Momento
1ª Etapa	n=37 (Teste-Reteste) n=131 (Validade concorrente) n=707 (Global)	Versão portuguesa do “Estilo de Vida FANTÁSTICO” (autor do estudo) O inventário OMEV (O Meu Estilo de Vida) de Ribeiro (1993)	Ano lectivo 2010/2011
2ª Etapa	n=4314	Questionário com questões sobre: Comportamento anterior, fatores pessoais (sociofamiliares), dados antropométricos, perceção do estilo de vida). Avaliação da imagem corporal de acordo com a representação das silhuetas de Stunkard (Stunkard <i>et al.</i> , 1983) Escala de Autoestima Rosenberg (1965), traduzida e validada para a população portuguesa (Santos e Maia, 2003) QBEP – Questionário de Avaliação do Bem-Estar Psicológico: versão reduzida, versão portuguesa (Rainho <i>et al.</i> , 2012) Versão portuguesa do “Estilo de Vida FANTÁSTICO” (Silva, Brito e Amado, 2014)	Ano lectivo 2012/2013
3ª Etapa	n=189 (Subamostra do estudo realizado na 2ª etapa)	Versão portuguesa do “Estilo de Vida FANTÁSTICO” (Silva, Brito e Amado, 2014) Questões fechadas e abertas de elaboração própria	Ano lectivo 2013/2014

Para facilitar a apresentação das etapas deste estudo, cada uma delas será relatada em capítulo próprio contendo os procedimentos, resultados e a sua análise. Apresenta-se neste capítulo de metodologia os aspetos gerais relativos aos participantes, instrumentos e procedimentos éticos. Reservamos no final das três etapas um capítulo para a discussão global do estudo.

5.2. PARTICIPANTES

Fazem parte da população-alvo da investigação os estudantes matriculados nas instituições do ensino superior da Região Centro de Portugal e que aceitaram participar no estudo. Definimos como critério de exclusão, em todas as etapas do estudo, o preenchimento incompleto dos instrumentos de recolha de dados. As amostras utilizadas em cada etapa, são descritas aquando da apresentação das mesmas. Por não ter sido possível estabelecer a aleatoriedade da amostra e pelos sujeitos da pesquisa se terem voluntariado para participar no estudo, consideramos o tipo de amostragem não probabilística de conveniência (Lobiondo-Wood e Haber, 2001), assumindo as limitações inerentes a esta opção metodológica. Foram convidadas a participar no estudo todas as instituições de ensino superior da Região Centro de Portugal, nomeadamente as que pertenciam aos concelhos de Aveiro, Coimbra, Leiria, Viseu, Covilhã, Castelo Branco e Guarda, tendo aceitado participar 12 Instituições de ensino superior (politécnico e universitário, público ou privado).

5.2.1. Instrumentos de colheita de dados

Neste estudo, predominantemente quantitativo, utilizaram-se diferentes escalas já validadas para a população portuguesa que auxiliaram no processo de caracterização dos estilos de vida dos estudantes do ensino superior e de análise da influência de fatores pessoais. Os instrumentos utilizados foram: Estilo de vida FANTÁSTICO – versão traduzida e adaptada de Lange e Vio (2006); Life-Style Assessment Questionnaire (LAQ) (Hettler, 1982) – “O Meu Estilo de Vida” OMEV – Versão adaptada para a população portuguesa por Ribeiro 1993; Escala de figuras de Stunkard (Stunkard *et al.*, 1983); Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) (Rosenberg 1965) – Escala de Autoestima de Rosenberg, versão adaptada para a população portuguesa por (Santos e Maia, 2003); Psychological General Well-Being Index-Short version (PGWB-S), (Grossi *et al.*, 2006) – Questionário Breve de Bem-estar Psicológico (QBEP), versão adaptada para a população portuguesa por Rainho *et al.* (2012).

Os instrumentos de recolha de dados utilizados nas diversas etapas do estudo continham uma parte inicial de caracterização sociodemográfica.

5.2.1.1. *Estilo de vida FANTÁSTICO (EVF)*

O instrumento Estilo de vida FANTÁSTICO foi desenvolvido por Wilson e Ciliska (1984), no Departamento de Medicina Familiar da Universidade McMaster, em Ontário, Canadá. Foi adaptado no Chile como “Tienes un estilo de vida fantástico?” para instrumento de avaliação de necessidades de saúde em universidades (Lange e Vio, 2006). A versão utilizada foi traduzida pelo investigador e constitui objeto de descrição em capítulo próprio deste estudo. Apresenta-se no quadro 5 a classificação das várias pontuações obtidas com o seu preenchimento.

Quadro 5 – Classificação para os resultados do questionário Estilo de Vida FANTÁSTICO.

Classificação		
103 a 120	Adequado ++	Excelente
85 a 102	Adequado +	Muito bom
73 a 84	Adequado	Bom
47 a 72	Não adequado +	Regular
0 a 46	Não adequado ++	Necessita de melhorar

5.2.1.2. *Life-Style Assessment Questionnaire (LAQ)*

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 e Albuquerque, 2006). 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 e Nunes, 2007).

É um inventário de autoresposta que tem como objetivo avaliar comportamentos e atitudes dos indivíduos em áreas que a investigação tem demonstrado estarem associadas à saúde. É por excelência um instrumento de avaliação dos comportamentos de saúde e de risco. Este é composto por 27 itens, questionando 15 a frequência com que o indivíduo implementa determinadas ações, e 12 as atitudes para com determinadas ações. O processo de reconstrução e adaptação à população portuguesa foi realizado por Ribeiro (1993), revelando a análise fatorial, a existência de 10 fatores (“Cuidados com a alimentação” – Nutrição; “Preocupação com ambiente poluído” – Poluição; “Exercício” – Exercício; “Cuidados com as relações sexuais” – Sexual; “Prevenção das doenças” – Prevenção; “Cuidado com as drogas

semilegais” – Drogas; “Preocupação com as bebidas alcoólicas” – Álcool; “preocupação com o tabaco e medicamentos” – Risco; Cuidados com o transporte automóvel” – Auto e “Proteção da saúde” – Proteção). Os itens são avaliados, através de uma escala tipo Likert de 5 níveis de resposta que varia entre 1 (Quase sempre, 90% ou mais vezes) e 5 (Quase nunca, menos de 10% das vezes). Quanto mais elevados os resultados mais frequentes são os comportamentos de saúde (Tavares e Nunes, 2007). A análise de consistência interna para a versão portuguesa, revelou, para todos os fatores, valores de alpha de Cronbach acima dos 0.60 e um coeficiente de Spearman-Brown de 0.74.

5.2.1.3. Escala de figuras de Stunkard

A escala de Stunkard, Sorensen & Schulsinger (1983) é constituída por 9 imagens de silhuetas masculinas e femininas que vão progressivamente da mais magra à mais gorda. A cada silhueta está atribuído um número: do 1 para a silhueta mais magra, até ao 9 para a silhueta mais gorda (figura 4).

Figura 4 – Silhuetas masculinas e femininas de Stunkard *et al.* (1983)



Bulik *et al.* (2001) referem que a avaliação da autoperceção da imagem corporal através do instrumento das 9 silhuetas de Stunkard *et al.* (1983) permite avaliar três níveis de medidas: imagem corporal real (silhueta que o sujeito considera como semelhante à sua atual imagem corporal), imagem corporal ideal (silhueta que é semelhante à imagem corporal que o sujeito gostaria de ter) e a satisfação/insatisfação com a imagem corporal real. Este instrumento como acrescentam Alvarez, Licea e Perez (2007) permite avaliar, por um lado, a autoperceção

da forma e do tamanho do corpo e, assim, revelar possíveis distorções da percepção da imagem corporal e de situações de distúrbios alimentares; por outro lado, permite efetuar uma correspondência entre o peso e a imagem corporal.

Sendo assim, no estudo das mesmas autoras foi efectuada uma relação entre o peso e a imagem corporal através da relação que estabeleceram entre as silhuetas e o Índice de Massa Corporal (IMC). À silhueta 1 fizeram corresponder o IMC igual a magreza; às silhuetas 2 a 5, IMC igual a peso normal; às silhuetas 6 e 7, IMC igual a excesso de peso; 8 e 9 IMC igual a obesidade.

Segundo, Bulik *et al.* (2001) apesar da crítica ao aspeto simplista da escala, ela é altamente consistente uma vez que se correlaciona significativamente com o excesso de peso ($r=0.79$), sendo uma medida fiável para predizer a ocorrência da obesidade quer isoladamente quer combinada com o cálculo do IMC. De acordo com os mesmos autores a simplicidade da escala torna-a atrativa e elegante.

5.2.1.4. *Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)*

Neste estudo utilizou-se a Escala de Autoestima de Rosenberg (1965), traduzida e validada para a população portuguesa por Santos e Maia (2003). Foi concebida como uma medida breve, global e unidimensional de autoestima, (quer como autoaceitação, quer como sensação básica de mérito pessoal, de respeito por si próprio), como uma atitude positiva ou negativa relativamente ao “eu”.

É constituída por 10 Itens, 5 de orientação positiva e 5 de orientação negativa. Assume um formato tipo Likert, com quatro alternativas de resposta: “Concordo muito”; “Concordo um pouco”; “Discordo um pouco” e “Discordo muito”. A cotação dos itens varia entre 1 e 4 pontos, daí que o nível de autoestima pode variar entre o mínimo de 10 e o máximo de 40, com a cotação invertida nos itens de orientação negativa (2, 5, 6, 8, 9). Elevados valores nas respostas aos itens aparecem associados a altos níveis de autoestima. A escala foi originalmente construída com o objetivo de ser aplicada a populações adolescentes e na sua aferição inicial em Portugal foi aplicada em adolescentes e jovens adultos (Seco, 1991, citado por Santos e Maia, 2003) e, posteriormente em adultos (Simões e Lima, 1992, citado por Santos e Maia, 2003). A ampla utilização da escala de Autoestima de Rosenberg em variadas investigações permitiu analisar com grande detalhe e exatidão as características psicométricas

da escala, pois evidencia elevados níveis de consistência interna (Santos e Maia, 2003). No estudo de 2003, Santos e Maia verificaram que a escala apresenta resultados muito satisfatórios em termos de consistência interna (alfa de Cronbach variando entre 0.86 e 0.92) e uma boa estabilidade temporal (em intervalo de duas semanas, coeficiente de correlação de 0.90). Apresenta-se no quadro 6 os itens que constituem a escala.

Quadro 6 – Itens que constituem a Escala de Autoestima de Rosenberg

- | | |
|----|---|
| 1 | De forma geral, estou satisfeito comigo mesmo |
| 2 | Às vezes penso que não presto para nada |
| 3 | Penso que tenho algumas boas qualidades |
| 4 | Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas |
| 5 | Creio que não tenho grande coisa de que me possa orgulhar |
| 6 | Sinto-me, por vezes, verdadeiramente inútil |
| 7 | Julgo que tenho, pelo menos, tanto valor como os outros |
| 8 | Gostaria de ter mais consideração por mim próprio |
| 9 | Bem vistas as coisas, sou levado a pensar que sou um falhado |
| 10 | Tenho uma atitude positiva para com a minha pessoa |

5.2.1.5. *Psychological General Well-Being Index-Short version (PGWB-S)*

Neste estudo utilizou-se esta versão abreviada para avaliar o bem-estar psicológico, constituída por 6 itens, versão traduzida e adaptada para a população portuguesa por Rainho *et al.* (2012), a partir da versão de Grossi *et al.* (2006). Assume um formato tipo Likert, com seis alternativas de resposta: a cotação dos itens varia entre 0 e 5 pontos, daí que o nível de bem-estar psicológico pode variar entre o mínimo de 0 e o máximo de 30, com a cotação invertida nos itens (2, 3 e 6) de 5 a 0. O nível de bem-estar psicológico pode variar entre o valor 0 que reflete o nível mínimo de bem-estar e trinta (30) que reflete o nível máximo de bem-estar psicológico. Esta escala está a ser utilizada no âmbito da rede de pesquisa participativa PEER (Brito e Mendes, 2009).

Quadro 7 – Itens que constituem o Questionário de Bem-Estar Psicológico (QBEP), versão abreviada

- | | |
|---|---|
| 1 | Sentiu-se incomodado(a)/aborrecido(a)/nervoso(a)? |
| 2 | Quanta energia ou vitalidade sentiu? |
| 3 | Sentiu-se abatido(a) (em baixo)? |
| 4 | Sentiu-se emocionalmente estável e seguro de si próprio(a)? |
| 5 | Sentiu-se alegre? |
| 6 | Sentiu-se cansado(a), exausto ou desgastado(a)? |

5.2.1.6. *Aplicação das escalas no estudo*

As escalas de Estilo de Vida FANTÁSTICO, de figuras, de Autoestima e de Bem-estar Psicológico foram congregadas num só questionário que foi disponibilizado *online*. O preenchimento dos questionários foi preferencialmente online (excluindo a 1ª etapa do estudo), tendo sido disponibilizados através de um *link* enviado aos estudantes pelos responsáveis das instituições de ensino superior, através das suas contas de *e-mail* institucionais. Segundo Vieira, Castro e Júnior (2010) as pesquisas *online* podem ser consideradas muito semelhantes metodologicamente às pesquisas realizadas utilizando questionários autopreenchidos ou por telefone, diferindo apenas na maneira como são conduzidas. Apresentam como vantagens os menores custos, rapidez e a capacidade de atingir populações específicas, além disso, do ponto de vista do respondente, é possível responder da maneira que for mais conveniente, no tempo e local de cada um. Das potenciais desvantagens das pesquisas *online*, a que pode ser considerada como principal é a baixa taxa de resposta aos questionários (Gonçalves, 2008). No entanto, o receio de disseminar *spam* e a dependência de meios tecnológicos são também fatores a considerar. Neste estudo tentámos reduzir o efeito destes fatores enviando o questionário através dos serviços académicos de cada instituição.

5.2.2. **Procedimentos éticos**

Este estudo foi aprovado pela comissão de ética da unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem (UICISA-E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e pelos responsáveis das instituições de ensino superior que aceitaram participar.

Em todas as fases da presente investigação foram observados os procedimentos éticos conducentes à realização do estudo, dentro dos aspetos gerais da ética na investigação no campo da saúde e doenças (Ribeiro, 2008; American Psychological Association, 2010; World Medical Association, 2008). Foram cumpridas as regras em termos da planificação, da responsabilidade, das leis e regras, da aprovação pela instituição e do consentimento informado.

Aos sujeitos foi pedida a sua colaboração voluntária e graciosa, livre de interesses e pressões, explicando o âmbito e os objetivos do estudo, colocando-os ao dispor para revelar os resultados finais. A versão *online* facilitou este processo de autodeterminação. Foi também garantido aos participantes a não utilização dos resultados para outros fins que não os constantes nos objetivos expressos respeitando-se, também, as garantias de anonimato e

confidencialidade dos dados recolhidos. Os pedidos de autorização que efetuámos foram os seguintes:

- Autorização aos autores do questionário de estilo de vida: quer aos autores da versão original (Canadá) (Anexo 1) quer aos autores da versão utilizada neste estudo (Chile) (Anexo 2).
- Autorização aos responsáveis das instituições de ensino superior participantes do estudo (Anexo 3)
- Parecer da Comissão de Ética da unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem (UICISA-E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Anexo 4).

CAPÍTULO VI – RESULTADOS

6.1. ETAPA 1: TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO ESTILO DE VIDA FANTÁSTICO EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR¹

Os estilos de vida dos estudantes do ensino superior assumem características muito próprias, especialmente devido ao afastamento do seio familiar, aumento do poder de decisão/compra e autonomia nas escolhas sobre a sua própria forma de viver (Dinger e Waigandt, 1997). Esse período de transição pode afetar e consolidar os fatores relacionados com o estilo de vida, nomeadamente a dieta alimentar, o exercício físico, os hábitos de consumo de álcool, tabaco e outras drogas, o comportamento sexual e o bem-estar psicológico.

Medir o construto “estilo de vida” não é uma tarefa fácil, devido à existência de múltiplas dimensões que o compõem e à dificuldade em o medir de uma forma direta ou de uma maneira objetiva. Por isso, este construto somente poderá ser estimado e não medido.

Da revisão da literatura resultou um conjunto de instrumentos para avaliar o estilo de vida relacionados com a saúde de populações universitárias. Contudo, praticamente em todos os casos, foram desenvolvidos instrumentos específicos para cada instituição, o que não permite uma avaliação efetiva. Muitos são os instrumentos que avaliam separadamente as diferentes dimensões do estilo de vida fazendo com que o seu somatório se torne um questionário longo e de utilidade condicionada. Embora seja importante notar que os questionários reportados pela literatura sejam diferentes, as áreas que investigam sobre os comportamentos saudáveis e não saudáveis nos estudantes universitários são semelhantes.

Considerando-se a diversidade de instrumentos reportados, e para a seleção do instrumento a utilizar, considerou-se que seria útil selecionar um que facilitasse a comparação de dados com instituições de ensino superior e, ao mesmo tempo, se enquadrasse na cultura das comunidades juvenis. O questionário selecionado foi retirado na sua totalidade da proposta Chilena de Universidade Saudável “*Tienes un estilo de vida fantástico?*” de Lange e Vio (2006). Além destas características, este instrumento foi aceite e proposto pela Organização Mundial da Saúde e pela Organização Panamericana da Saúde, já que foram destas organizações que emanaram as diretrizes para a aplicação da estratégia *Universidade Saudável*. A Universidade

¹ Este capítulo deu origem ao artigo: Silva, Brito e Amado (2014). “Tradução, adaptação e validação do questionário Fantastic Lifestyle Assessment em estudantes do ensino superior”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19 (6). Assim optou-se por se conservar no presente capítulo a estrutura e o conteúdo que a ele presidiram.

Católica do Chile, a OPS, a OMS, com o apoio técnico do Conselho Nacional para a Promoção da Saúde – VIDA CHILE e do Ministério da Saúde Chileno desenvolveram o “*Guia para universidades saludables y otras instituciones de educación superior*” (Lange e Vio, 2006). O questionário de autopreenchimento para avaliação dos estilos de vida (*Tienes uno estilo de vida fantástico?*) é uma tradução e adaptação de um instrumento desenvolvido por Wilson e Ciliska (1984), no departamento de Medicina Familiar da Universidade McMaster, em Ontário, Canadá. Inicialmente criado com o objetivo de apoiar os médicos na avaliação dos estilos de vida dos seus doentes e assim estabelecer medidas corretivas para a prevenção/tratamento de doenças, foi depois adaptado para o uso em jovens do ensino superior. No âmbito da sua aplicação foram avaliadas a validade e fiabilidade, permitindo a utilização em doentes (Wilson, Nielsen e Ciliska, 1984), jovens adultos (Rodríguez-Añez *et al.*, 2008), adultos (Ramírez-Vélez e Agredo, 2012), diabéticos (Rodríguez-Moctezuma *et al.*, 2003) e hipertensos (López-Carmona *et al.*, 2000). Tem a particularidade de contemplar vários domínios de bem-estar psicossocial, ser de rápido preenchimento, ter um carácter positivo e de automonitorização.

Foi objetivo nesta etapa da investigação, traduzir e adaptar para português e descrever as propriedades psicométricas da versão do questionário “Estilo de Vida FANTÁSTICO”, publicado no “*Guia para universidades saludables y otras instituciones de educación superior*” (Lange e Vio, 2006), em uma amostra de estudantes do ensino superior de Portugal.

6.2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA ETAPA 1

O questionário “Estilo de Vida FANTÁSTICO” é um instrumento de autopreenchimento e avaliação que explora os hábitos e os comportamentos na população-alvo em relação aos estilos de vida adequados para a saúde. O questionário apresenta no total 30 questões (itens), todas elas com resposta fechada, que exploram dez domínios dos componentes físicos, psicológicos e sociais do estilo de vida e que se identificam com a sigla “FANTÁSTICO”: F – Família e Amigos; A – Atividade física/Associativismo; N – Nutrição; T – Tabaco; A – Álcool e Outras drogas; S – Sono/*Stress*; T – Trabalho/Tipo de personalidade; I – Introspecção; C – Comportamentos de saúde e sexual; O – Outros Comportamentos. Os itens têm três opções de resposta com um valor numérico de 0, 1 ou 2. As alternativas estão dispostas em três linhas para facilitar a sua codificação, e a primeira linha é sempre a de maior valor ou de maior relação com um estilo de vida saudável. Somando-se os valores em cada domínio, obtemos o valor correspondente para cada um. A soma de todos os pontos resultantes de todos os domínios e multiplicando-os por dois permite chegar a um score global que classifica os indivíduos de 0 a 120 pontos. O *“Guía para universidades saludables y otras instituciones de educación superior”* propõe cinco níveis de classificação que estratificam o comportamento em: de 0 a 46 (Necessita melhorar); de 47 a 72 (Regular); de 73 a 84 (Bom); de 85 a 102 (Muito bom) e de 103 a 120 (Excelente). Quanto menor for a pontuação obtida, maior será a necessidade de mudança comportamental. De uma forma geral os resultados podem ser interpretados da seguinte forma: “Excelente” indica que o estilo de vida exercerá uma elevada influência positiva sobre a saúde; “Muito Bom” indica que o estilo de vida exercerá uma adequada influência positiva para a saúde; “Bom” indica que o estilo de vida trará muitos benefícios para a saúde; “Regular” significa que o estilo de vida proporciona algum benefício para a saúde, porém apresenta alguns riscos; “Necessita melhorar” indica que o estilo de vida apresenta muitos fatores de risco para a saúde.

6.2.1. Processo de tradução e adaptação cultural

Após prévia autorização, quer dos autores que desenvolveram a primeira versão deste questionário, Wilson e Ciliska em língua inglesa, quer dos autores da versão utilizada neste estudo, Lange e Vio da versão em língua castelhana, procedeu-se à tradução e adaptação cultural do instrumento. No processo de tradução do questionário foi aplicada a metodologia

preconizada por Ribeiro (2008): o questionário “Estilo de Vida FANTÁSTICO” foi traduzido para português, a partir da sua versão em castelhano (Chile), sendo posteriormente efetuado o processo inverso de retroversão para a mesma língua (castelhano). Este processo tornou-se facilitado, uma vez que este questionário encontrava-se traduzido e validado quer em castelhano, quer em português (Brasil), pelo que foi efetuada uma análise comparativa das versões existentes nestes países, atendendo a algumas semelhanças linguísticas e culturais. Em termos de léxico é um instrumento simples, pelo que não se verificaram incertezas relevantes. A sua análise, no que respeita à equivalência semântica, foi efectuada de modo a que esta versão se enquadrasse na realidade sociocultural portuguesa.

A versão piloto foi aplicada a um grupo de 12 estudantes do curso de licenciatura em Enfermagem de uma escola de ensino superior da região Centro de Portugal, com características semelhantes às da população-alvo, que se voluntariaram, no sentido de verificar se o questionário era de fácil compreensão. Foi ainda solicitado que fizessem comentários e sugestões. Os estudantes consideraram o instrumento muito interessante, útil para automonitorização dos estilos de vida e fácil de preencher. Foram sugeridas ligeiras melhorias na linguagem para evitar interpretações dúbias (item 28 – No meu comportamento sexual, preocupo-me com o meu autocuidado e o cuidado do meu parceiro(a) [versão pré teste] para – No meu comportamento sexual, preocupo-me com o bem-estar e a proteção do parceiro(a) [versão final]; item 30 – Como condutor, respeito as regras de segurança rodoviária [versão pré teste] para – Como condutor (ou futuro condutor) respeito as regras de segurança rodoviária (cinto de segurança e uso de telemóvel, etc.) [versão final].

Passou-se a designar esta versão final do questionário Estilo de Vida FANTÁSTICO (EVF).

6.2.2. Procedimentos de validação

Para a validação do questionário “Estilo de Vida FANTÁSTICO” (versão portuguesa), foi utilizado o inventário OMEV (O Meu Estilo de Vida) de Ribeiro (1993) como instrumento para a validação concorrente.

A aplicação do questionário decorreu em duas instituições de ensino superior da área de saúde da região Centro de Portugal. Os participantes para serem elegíveis para o estudo deveriam dar o consentimento para participação na recolha de dados. Os dados foram recolhidos em períodos não letivos ou letivos, conforme a acessibilidade dos estudantes.

O preenchimento foi realizado pelos estudantes individualmente em salas de aula ou salas de trabalho. Foi novamente aplicado (14 dias após a primeira recolha) o questionário “Estilo de Vida FANTÁSTICO”, a 37 estudantes que se voluntariaram para avaliação da estabilidade do questionário (teste-reteste). Foram também aplicados a 131 estudantes o Inventário “O Meu Estilo de Vida – OMEV”, de Ribeiro (1993), para verificação da validade concorrente.

A amostra foi não probabilística acidental, sendo constituída por 707 jovens adultos de ambos os sexos, estudantes que frequentavam os quatro anos de curso de licenciatura da área da saúde (Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional; Terapia da fala e Dietética) em duas instituições de ensino superior da região Centro de Portugal. A seleção dos jovens foi feita pela voluntariedade dos mesmos. A idade dos 18 aos 25 anos foi considerada critério de inclusão.

Para descrever as propriedades psicométricas da versão portuguesa do questionário “Estilo de Vida FANTÁSTICO”, seguiu-se o protocolo de adaptação e validade do questionário original (Wilson e Ciliska, 1984; Wilson, Nielsen e Ciliska, 1984) e da validação na população mexicana (Rodríguez-Moctezuma *et al.*, 2003), chilena (Lange e Vio, 2006), colombiana (Ramírez-Vélez, Agredo, 2012) e brasileira (Rodríguez-Añez *et al.*, 2008).

6.2.3. Procedimentos de análise de dados

Com os dados obtidos foi criada uma base de dados no programa informático Statistical Package for Social Sciences, versão 18.0. Utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson para as análises de correlação e o coeficiente alfa de Cronbach para a mensuração da consistência interna do EVF. A reprodutibilidade do questionário e consistência externa foi avaliada pela correlação intraclasse (R), sendo testada item a item, domínio a domínio e para o “score” geral do “Estilo de Vida FANTÁSTICO” (EVF) do teste e do reteste.

A validade de construto foi avaliada através da verificação da capacidade de classificação do instrumento de duas maneiras: 1) constatando-se a concordância entre a primeira e a segunda avaliação, considerando os *scores* obtidos em quatro categorias (Regular, Bom, Muito Bom e Excelente); 2) considerando os *scores* obtidos em três categorias (Baixo, Médio e Alto) divididos pelo primeiro e segundo tercis; 3) considerando os *scores* obtidos em duas categorias (Não adequado e Adequado) onde se incluía no Não adequado (Necessita de Melhorar e Regular) e no Adequado (Bom, Muito Bom e Excelente). Para a análise da

classificação em quatro, três e dois grupos, os dados foram dispostos em tabelas de contingência e considerado o índice de concordância (IC) e o índice Kappa. Para avaliação da validade concorrente utilizou-se a correlação de *Pearson* entre o EVF e o OMEV. A normalidade do construto avaliou-se através do teste de Kolmogorov-Smirnov.

6.3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS DA ETAPA 1

Participaram voluntariamente 707 estudantes do ensino superior na área da saúde da região Centro de Portugal: Enfermagem – 596 (84%); Fisioterapia – 21 (3%); Dietética – 17 (2.4%); Terapia da Fala – 38 (5.4%) e Terapia Ocupacional – 35 (5.0%), sendo que 594 (84.0%) eram do género feminino e 113 (16.0%) do género masculino, com idades compreendidas entre os 18 e 25 anos (Média=19.1±1.8 anos). Na sua maioria pertenciam ao grupo etário 18-20 anos de idade (84.6%), e frequentavam o 1º ano (59.0%); no 2º, 3º e 4º ano encontravam-se respetivamente 27.7%, 8.6%, 4.7% dos estudantes da amostra estudada. Quanto ao estilo de vida dos estudantes, o valor médio global foi de 94.05±10.50 pontos, que se enquadra na categoria de 85 a 102 pontos, ou seja, “Muito Bom”. Nenhum participante apresentou *scores* abaixo de 46 pontos; 29 participantes (4.1%) obtiveram uma classificação de “Regular”(entre 47 e 72 pontos), 94 participantes(13.3%) “Bom”(entre 73 e 84 pontos), 434 participantes (61.4%) “Muito Bom”(entre 85 e 102 pontos) e 150 participantes (21.2%) “Excelente”(entre 103 e 120 pontos).

No quadro 8 podemos observar os resultados médios das pontuações por itens, a correlação item-total, o alfa de Cronbach e a correlação intraclasse (R) obtidos através do questionário EVF. Verificou-se que o item 8 (Ultrapassei o meu peso ideal em:) e o item 11 (A minha ingestão média semanal de bebidas alcoólicas é:) apresentaram correlação baixa item-total. Mas a exclusão desses itens não altera o valor de alfa a ponto de justificar a sua eliminação.

Quadro 8 – Descrição dos valores médios, da correlação item-total, do alfa de Cronbach e da correlação intraclasse (R) dos valores dos itens do questionário EVF.

Itens	Média±dp	Correlação total n=707	α se apagado o item	R n=37
Item 1 – F1 – Tenho com quem falar dos assuntos que são importantes para mim:	1.93±0.27	0.30	0.70	0.64
Item 2 – F2 – Dou e recebo carinho/afectos:	1.84±0.39	0.27	0.70	0.91
Item 3 – A1 – Sou membro de um grupo comunitário e/ou de autoajuda (voluntários, religião, desporto) e participo nas atividades ativamente:	0.84±0.78	0.14	0.71	0.84
Item 4 – A2 – Ando no mínimo 30 minutos diariamente:	0.88±0.70	0.15	0.71	0.77
Item 5 – A3 – Eu realizo uma atividade física (andar, subir escadas, tarefas domésticas, fazer jardinagem) ou desporto	1.48±0.58	0.23	0.70	0.75
Item 6 – N1 – Como duas porções de verduras e três de frutas diariamente	1.16±0.66	0.20	0.70	0.82
Item 7 – N2 – Frequentemente como alimentos hipercalóricos (doces e/ou salgados) ou fast-food:	1.25±0.60	0.13	0.71	0.64
Item 8 – N3 – Ultrapassei o meu peso ideal em:	1.71±0.62	0.07	0.71	0.91

Itens	Média±dp	Correlação total n=707	α se apagado o item	R n=37
Item 9 – T1 – Eu fumo cigarros:	1.52±0.76	0.25	0.70	0.85
Item 10 – T2 – Geralmente fumo ___ cigarros por dia:	1.87±0.38	0.26	0.70	1.00
Item 11 – A1 – A minha ingestão média semanal de bebidas alcoólicas (UBP) é:	1.89±0.38	0.09	0.71	0.85
Item 12 – A2 – Bebo mais de 4-5 bebidas alcoólicas (UBP) na mesma ocasião:	1.62±0.57	0.13	0.71	0.87
Item 13 – A3 – Conduzo veículos motorizados depois de beber bebidas alcoólicas:	1.86±0.38	0.13	0.70	0.91
Item 14 – A4 – Uso substâncias psicoativas ilegais, como cannabis, cocaína, ecstasy:	1.95±0.24	0.20	0.70	0.78
Item 15 – A5 – Uso excessivamente medicamentos que me receitam ou que posso adquirir livremente na farmácia	1.92±0.28	0.14	0.70	1.00
Item 16 – A6 – Bebo café, chá ou outras bebidas com cafeína:	1.90±0.32	0.10	0.71	0.51
Item 17 – S1 – Durmo bem e sinto-me descansado:	1.35±0.57	0.33	0.69	0.70
Item 18 – S2 – Sinto-me capaz de gerir o <i>stress</i> do meu dia-a-dia:	1.42±0.53	0.35	0.69	0.69
Item 19 – S3 – Relaxo e disfruto do meu tempo livre	1.50±0.55	0.33	0.69	0.41
Item 20 – T1 – Sinto que ando acelerado e/ou atarefado:	1.03±0.51	0.25	0.70	0.52
Item 21 – T2 – Sinto-me aborrecido e/ou agressivo:	1.56±0.54	0.42	0.68	0.74
Item 22 – T3 – Sinto-me feliz com o meu trabalho e atividades em geral:	1.63±0.50	0.44	0.68	0.85
Item 23 – I1 – Sou uma pessoa optimista e positiva:	1.46±0.58	0.37	0.69	0.72
Item 24 – I2 – Sinto-me tenso e/ou oprimido:	1.47±0.53	0.40	0.69	0.67
Item 25 – I3 – Sinto-me triste e/ou deprimido:	1.48±0.52	0.37	0.69	0.65
Item 26 – C1 – Realizo exames periódicos de avaliação do estado de saúde:	1.42±0.67	0.23	0.70	0.91
Item 27 – C2 – Converso com o/a parceiro(a) e/ou família sobre temas de sexualidade:	1.36±0.66	0.23	0.70	0.87
Item 28 – C3 – No meu comportamento sexual, preocupo-me com o bem-estar e a proteção do parceiro/a:	1.97±0.17	0.12	0.71	0.82
Item 29 – O1 – Como peão e passageiro, cumpro as medidas de proteção e/ou segurança pessoal e rodoviária:	1.89±0.33	0.22	0.70	1.00
Item 30 – O2 – Como condutor (ou futuro condutor) respeito as regras de segurança rodoviária (cinto de segurança e uso de telemóvel, etc.):	1.94±0.24	0.21	0.70	0.81

Quando se agrupou os itens por domínios (Família e Amigos; Atividade física/Associativismo; Nutrição; Tabaco; Álcool e Outras drogas; Sono/*Stress*; Trabalho/Tipo de personalidade; Introspecção; Comportamentos de saúde e sexual; Outros Comportamentos), o alfa de Cronbach foi de 0.63. Embora tenha diminuído este valor, verificou-se que todos os domínios contribuem igualmente para a estabilidade do instrumento.

Quadro 9 – Descrição dos valores médios, da correlação item-total, do alfa de Cronbach e da correlação intraclasse (R) dos domínios do questionário EVF

Domínios da Escala	Média±dp	Correlação total n=707	α se apagado o item	R n=37
F – Família e Amigos	7.53±1.05	0.35	0.61	0.87
A – Atividade física/Associativismo	6.38±2.66	0.24	0.62	0.74
N – Nutrição	8.23±2.29	0.22	0.62	0.85
T – Tabaco	6.75±2.12	0.21	0.62	0.85
Á – Álcool e Outras drogas	22.28±2.24	0.21	0.62	0.85
S – Sono/Stress	8.54±2.47	0.39	0.58	0.67
T – Trabalho/Tipo de personalidade	8.43±2.22	0.49	0.56	0.89
I – Introspecção	8.82±2.47	0.44	0.57	0.78
C – Comportamentos de saúde e sexual	9.48±2.12	0.29	0.60	0.87
O – Outros Comportamentos	7.62±0.95	0.25	0.62	0.78

A reprodutibilidade do instrumento foi testada item a item, domínio a domínio e considerado o score global. Os valores da correlação intraclasse podem ser observados no quadro 8 e 9. A correlação intraclasse entre o score global do teste e do reteste foi de $R=0.90$, o que indica elevada reprodutibilidade do instrumento.

No quadro 10 podemos observar que todas as correlações dos domínios do EVF com o score global da escala são positivas e significativas ($p<0.01$). Os valores das correlações, permitem afirmar que tendem a medir o mesmo construto, permitindo interpretações unidimensionais.

Quadro 10 – Matriz das correlações de Pearson (r) entre os domínios do EVF com o score Global do EVF

Domínios	F	A	N	T	A	S	T	I	C	O
Score Global do EVF	0.436*	0.461*	0.408*	0.398*	0.413*	0.573*	0.632*	0.616*	0.447*	0.317*

* $p<0.01$

A validade concorrente, foi efectuada através da correlação do total do questionário “Estilo de Vida FANTÁSTICO” com o total do Inventário “O Meu Estilo de Vida” (OMEV), validada para a população portuguesa por Ribeiro (1993) o qual, como referido, permite avaliar comportamentos de saúde e de risco. Este é constituído por 27 itens que se agrupam em dez fatores (Nutrição; Poluição; Exercício; Comportamento Sexual; Prevenção; Consumo de Drogas; Álcool; Risco; Segurança – Auto e Proteção). Aplicou-se a um grupo da amostra global

de estudantes, que se disponibilizaram para o efeito (n=131). Procedeu-se à análise utilizando a correlação de Pearson, tendo-se obtido o resultado de $r=0.643$; ($p=0.000$).

6.3.1. Análise dos resultados

Verificamos que o questionário “Estilo de Vida FANTÁSTICO” revelou-se um bom instrumento para medir o estilo de vida dos jovens. Tem sido utilizado como ferramenta de avaliação do estilo de vida, por vários programas de saúde de vários países, sendo um exemplo o plano canadiano para avaliação da atividade física, aptidão e estilo de vida, em 1996. Mais recentemente o EVF foi também incorporado ao programa para as universidades saudáveis e outras instituições do ensino superior no Chile, desde 2006, servindo para avaliar os principais elementos que caracterizam um estilo de vida adequado para a saúde (Lange e Vio, 2006). Estudos já realizados em outros países têm concluído que o EVF apresenta validade aparente, validade de conteúdo e boa consistência para avaliar o estilo de vida em pessoas saudáveis (Wilson e Ciliska, 1984; Wilson, Nielsen e Ciliska, 1984), hipertensos (López-Carmona *et al.*, 2000) e doentes com diabetes tipo 2 (Rodríguez-Moctezuma *et al.*, 2003).

Na aplicação a 707 estudantes do ensino superior, a consistência interna do questionário, medida pelo alpha de Cronbach, foi de 0.71, ligeiramente superior ao obtido por Rodríguez-Añez *et al.* (2008) em adultos jovens e inferior ao obtido por Rodríguez-Moctezuma *et al.* (2003) em diabéticos tipo 2 e semelhante ao obtido por Ramírez-Vélez e Agredo (2012) em adultos saudáveis. De acordo com Hill e Hill (2008), é considerado aceitável para considerar a validade interna do instrumento alfa entre 0.7 e 0.8. A reprodutibilidade obtida no presente estudo, avaliada por meio do método teste-reteste, com 37 estudantes foi de $R=0.90$, semelhante ao obtido por Rodríguez-Añez *et al.* (2008) ($R=0.92$) e superior ao obtido por Rodríguez-Moctezuma *et al.* (2003) ($R=0.84$).

Para avaliar a fidedignidade, é necessário utilizar um conjunto de dados retirado empiricamente de uma amostra de pessoas. Como não há uma amostra perfeita, os coeficientes de fidedignidade, como todas as estatísticas descritivas, variam consoante a amostra e têm de ser consideradas como estimativa. Estudos de validação de questionários têm considerado um alfa maior que 0.5 como aceitável (Gutierrez, 2000). No presente estudo dois itens apresentaram baixa correlação item-total (item 8 e 11), mas verificou-se que a eliminação

desse itens não aumentaria o valor de alfa global do questionário. Não havendo justificativa para tal, não foram retirados pois iria descaracterizar o questionário.

Quando analisados os itens agrupados em domínios (Família e Amigos; Atividade física/Associativismo; Nutrição; Tabaco; Álcool e Outras drogas; Sono/*Stress*; Trabalho/Tipo de personalidade; Introspecção; Comportamentos de saúde e sexual; Outros Comportamentos), observa-se que todos os domínios contribuíram da mesma maneira para a estabilidade do questionário. O valor de alfa entre os domínios foi de 0.63 (quadro 2), valor semelhante ao encontrado por Rodriguez-Añez *et al.* (2008) que foi de 0.60.

A reprodutibilidade foi avaliada item a item, domínio a domínio e considerando o score global. A reprodutibilidade do instrumento $R=0.90$ comprova que este instrumento foi ótimo para a utilização em jovens adultos uma vez que há elevado grau de associação dos *scores* do teste com os do reteste.

Quando consideradas quatro categorias de classificação (Regular, Bom, Muito Bom e Excelente), o índice de concordância (IC) para a classificação e reclassificação dos sujeitos foi de 67.6%, e 12 indivíduos apresentaram classificação positiva, isto é, subiram um nível na classificação em relação à primeira avaliação. O índice de concordância para escalas nominais (Kappa) foi de 0.55. Quando consideradas três categorias os resultados foram semelhantes: a proporção de classificação foi de 67.3%, e o índice de concordância Kappa foi de 0.55. Quando consideradas duas categorias (Não Adequado e Adequado) a proporção de classificação foi de 100% e o índice Kappa foi de 1.00. O valor de Kappa (coeficiente de concordância para escalas nominais) entre 0.5 e 0.75 pode ser considerado bom e acima de 0.75 considerado excelente.

A análise das correlações entre os domínios, com o score global do EVF veio trazer informação adicional sobre as associações, evidenciando correlações positivas e significativas entre os vários domínios com o construto “estilo de vida”. Verificou-se a validade concorrente pela análise da correlação do EVF com outro instrumento (OMEV) já validado para o contexto português e que mede o mesmo construto onde se obteve um valor de correlação de *Pearson* $r = 0.643$ ($p=0.000$), considerado aceitável para Fortin (2009).

A partir desta análise considerou-se que o EVF é um instrumento de medida do estilo de vida confiável, sendo um construto composto principalmente de elementos discretos, mas relacionados.

Os resultados desta parte do estudo sugerem que o questionário possui uma boa capacidade classificatória. Isto é especialmente importante durante programas de intervenção educacional, cujo objetivo é a promoção de um estilo de vida como forma de melhorar a saúde individual e a qualidade de vida. Alterações da classificação padrão no sentido positivo serão indicativas de que o programa está a atingir os resultados esperados.

É importante salientar que o questionário, na forma como foi aplicado e validado, destina-se a jovens adultos sem problemas de saúde aparentes e estudantes do ensino superior da área da saúde, (amostra homogénea), sendo esta a principal limitação na sua validação. Assim, o questionário EVF pode ser uma ferramenta para ajudar os profissionais da saúde que trabalhem em promoção da saúde, para identificar as necessidades de intervenção, bem como na orientação para mudanças nos comportamentos de saúde e no estilo de vida.

No presente estudo o questionário EVF mostrou-se culturalmente adequado e compreensível na aplicação perante o estudante. As análises estatísticas revelaram que o questionário preencheu os critérios de consistência interna, externa, validade de construto e ainda de validade concorrente, mostrando evidências de que é adequado para a avaliação do estilo de vida em jovens adultos.

6.4. ETAPA 2: ESTILOS DE VIDA DOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR

Os estilos de vida dos estudantes do ensino superior assumem características muito próprias, especialmente devido ao afastamento do seio familiar, aumento do poder de decisão/compra e autonomia nas escolhas sobre a sua própria forma de viver (Dinger e Waigandt, 1997). A literatura sobre estilos de vida evidencia que são várias as dimensões relacionadas com o estilo de vida, nomeadamente: a dieta alimentar, o exercício físico, os hábitos de consumo de álcool, tabaco e outras drogas, o comportamento sexual e o bem-estar psicológico. Verificadas a validade e adequabilidade do instrumento Estilo de vida FANTÁSTICO (Silva, Brito e Amado, 2014) nesta etapa do estudo pretendemos saber:

- Quais são as dimensões do estilo de vida que estão mais afetadas nos estudantes do ensino superior?

Para o desenvolvimento desta etapa considerámos como objetivos:

- Caracterizar os estilos de vida dos estudantes do ensino superior (de licenciatura e mestrado integrado).
- Analisar a influência de alguns fatores nos estilos de vida dos estudantes do ensino superior.

6.5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA ETAPA 2

Atendendo à natureza das questões de investigação, considera-se este estudo exploratório e por outro lado, atendendo a natureza dos dados e ao tipo de análise realizada, pode classificar-se também como uma investigação quantitativa descritivo-analítica.

6.5.1. Variáveis em estudo

As variáveis centrais deste estudo foram agrupadas, tendo por base o modelo de promoção da saúde de Nola Pender (Pender *et al.*, 2002) que o considera constituído pelo conjunto das “Caraterísticas e Experiências Individuais”: 1) Comportamento Anterior; 2) Fatores Pessoais (Biológicos, Psicológicos e Socioculturais); 3) Comportamento Específico. Este modelo considera que os indivíduos modificam este Comportamento Específico se perceberem os benefícios para a ação e sentirem autoeficácia na mudança comportamental e, ainda, se as influências interpessoais e contextuais forem positivas.

Para a operacionalização das variáveis em estudo houve a necessidade de tomar algumas decisões no que diz respeito ao modo como seriam categorizadas as respostas às questões enunciadas. Assim, nas diferentes questões, ou foram consideradas como frequências de resposta os valores iguais aos apurados nas respostas do questionário utilizado na investigação ou foram consideradas como frequências de resposta os valores apurados nas respostas ao questionário, agrupados em categorias. Neste último caso, ou se agruparam as frequências em classes (quando concetualmente fazia sentido) ou se tomaram decisões de agrupamento baseadas em aspetos operacionais, de modo a que os critérios subjacentes aos testes estatísticos utilizados fossem cumpridos.

Considerando o modelo de Pender *et al.* (2002), foram consideradas as seguintes variáveis e respetivas opções de operacionalização:

1. **Comportamento Anterior.** Estilo de vida; Vícios ou dependências; Hábitos em contexto recreativo.
2. **Fatores Pessoais.** Biológicos (Idade; Sexo; IMC); Psicológicos (Autoestima; Autoimagem corporal; Bem-estar Psicológico); Socioculturais (Estado civil; Tipologia de ensino; Situação de residência; Estatuto do Estudante; Agregado familiar; Habilitações literárias dos pais).

3. Comportamento Específico. Motivação para mudança de comportamento; Área de formação; Experiência no ensino superior; Com quem vive atualmente.

As variáveis de **Comportamento Anterior** foram operacionalizadas conforme o nível de medida necessário para relacionar com outras variáveis e consoante o objetivo pretendido conforme se especifica no quadro 11:

Estilo de vida relacionado com a saúde: O estilo de vida relacionado com a saúde foi avaliado com o questionário “Estilo de Vida FANTÁSTICO” (Silva, Brito e Amado, 2014), validado na primeira etapa da investigação. Para efeitos de análise foi considerado o somatório de todos os 30 itens, apenas realçando os domínios que se evidenciarem problemáticos. Na análise inferencial de algumas dimensões, foi utilizada a classificação proposta pelos autores originais (5 grupos) ou dicotómica (a partir do ponto de corte 73 pontos). No sentido de estabelecer correlação entre a avaliação do estilo de vida com uma escala e a perceção do estilo de vida, colocou-se a questão “Numa escala de 0 a 10, como classifica o seu estilo de vida (0 representa um estilo de vida nada saudável e 10 um estilo de vida muito saudável)”.

Vícios/dependências: Avaliada através da questão “Considera ter vícios/dependências”. Esta variável foi considerada como variável dicotómica, operacionalizada numa possibilidade de resposta: Sim ou Não.

Hábitos em contexto recreativo: Para este estudo pretendemos identificar de forma simples e rápida os comportamentos que possam colocar o indivíduo em situação de elevada vulnerabilidade. Por isso, a implicação dos jovens na vida recreativa é avaliada apenas por dois indicadores “Em média, por semana, quantas noites sai para atividades recreativas” e “Quanto gasta, em média, por noite (inclui transporte, tabaco, alimentos, entradas) para atividades recreativas”. Assumimos que estes indicadores seriam suficientes para perceber se o jovem frequenta assiduamente contextos recreativos (duas ou mais saídas por semana) e se gasta grande parte do rendimento mensal em atividades de lazer (mais de 10€ por saída). Estas variáveis foram operacionalizadas de forma distinta, conforme o nível de medida pretendido: em relação ao número médio de saídas foi operacionalizado em duas categorias “0 ou 1 saída” e “2 ou mais saídas” por semana. Em relação ao gasto por cada saída, foi considerada como uma variável contínua, cujo valor corresponde ao gasto em euros indicado pelos inquiridos. Dicotomizou-se esta variável considerando como ponto de corte 10€ por saída.

Quadro 11 – Síntese das variáveis relacionadas com Comportamento Anterior.

Variável	Tipo	Categorias	Nº da questão
Estilo de Vida	Ordinal	Questionário EVF, 30 itens: mínimo 0 e máximo 120 pontos. Criadas 5 categorias (“Necessita melhorar” 0 a 46 pontos; “Regular” 47 a 72 pontos; “Bom” 73 a 84 pontos; “Muito Bom” 85 a 102 pontos e “Excelente” 103 a 120 pontos) ou em 2 categorias (“Adequado” e “Não adequado” ponto de corte 73 pontos). Perceção do estilo de vida, escala de likert: 0 mínimo e 10 máximo	Parte IV 22
Vícios ou dependências	Nominal	2 categorias: (Sim – Não)	18
Hábitos recreativos	Razão	Nº médio semanal de saídas: (2 categorias “0 ou 1 saída” e “2 ou mais saídas”) Gasto médio por saída: (2 categorias “Menos de 10€” e “Mais de 10€”)	19 21

As variáveis relacionadas com os **Fatores Pessoais** foram operacionalizadas conforme o nível de medida necessário para relacionar com outras variáveis e consoante o objetivo pretendido, conforme se descreve no quadro 12:

Biológicos

Idade: Número de anos completos à data da recolha de dados, calculando-se a partir da data de nascimento indicada pelos inquiridos. Esta variável foi considerada como contínua.

Sexo: É uma variável dicotómica, considerando-se masculino ou feminino. O estudo desta variável permitirá avaliar se o sexo determina características diferentes.

IMC (Índice de Massa Corporal): Corresponde ao resultado da aplicação da fórmula [IMC= peso (Kg)/altura²(m)], a partir do peso em Kg e altura em metros, autorelatado pelos estudantes. Esta variável foi considerada como variável contínua e operacionalizada em 4 categorias (WHO, 2000b): baixo peso: inferior a 18.5; Normal: entre 18.5 e 24.9; Excesso de peso: entre 25.0 e 29.9; Obesidade: igual ou superior a 30.0.

Psicológicos

Autoestima: Avaliada através da escala de Autoestima de Rosenberg (Santos e Maia, 2003). Do preenchimento dos 10 itens constantes da escala, procede-se ao somatório que pode variar de 10 a 40 pontos, crescendo em função do nível de autoestima. Alguns autores propõem que o valor igual ou superior a 31 revela elevada autoestima e valor igual ou inferior a 21 revela baixa autoestima (Ferreira, 2014).

Autoimagem corporal: Medida através da escala de Representação das Silhuetas de Stunkard *et al.* (1983). O inquirido escolhe o número da silhueta com que mais se identifica (imagem corporal real) e o número da silhueta com a qual gostava de se parecer (imagem corporal ideal). A diferença entre a imagem corporal real e a imagem corporal ideal foi usada para determinar o nível de satisfação relativamente à imagem corporal. Considera-se que o indivíduo está satisfeito com a sua autoimagem corporal se obtém valores de -1, 0 ou 1. Será considerada como variável contínua e dicotomizada em satisfeito ou insatisfeito com a autoimagem corporal.

Bem-estar psicológico: Avaliado através do Questionário de Bem-Estar Psicológico (QBEP) – versão reduzida de Grossi *et al.* (2006), validada para a população portuguesa por Rainho *et al.* (2012). Das respostas obtidas às 6 questões constantes no questionário, procede-se ao somatório que pode variar de 0 (nível mínimo de bem-estar) a 30 (nível máximo de bem-estar). Será considerada como variável contínua.

Socioculturais

Estado civil: Avaliado pela questão fechada “Com quem vive atualmente”. Variável dicotomizada em Solteiro e Casado/União de facto/Outro.

Estatuto do estudante: Avaliada através da questão fechada “Além de estudar, trabalha?”. Variável dicotomizada em Estudante e Trabalhador-estudante.

Agregado familiar: Avaliada pelo número de pessoas do agregado familiar, rendimento do agregado familiar e situação de residência. O número de pessoas do agregado familiar foi questionado de forma aberta e operacionalizado em duas categorias “≤4 elementos do agregado familiar” e “>4 elementos do agregado familiar”. O rendimento do agregado familiar apresenta-se já operacionalizado em 5 categorias “Até um salário mínimo”, “1 a 3 salários mínimos”, “3 a 6 salários mínimos”, “6 a 10 salários mínimos” e “Mais que 10 salários mínimos”. Todas as dimensões desta variável são consideradas como variáveis nominais.

Habilitações literárias dos pais: Obtida da questão fechada “Habilitações literárias da mãe” e “Habilitações literárias do pai”. Esta variável foi operacionalizada em três categorias “Até ao 9º ano”, “9º ano até 12º ano” e “12º ano ao Doutoramento”.

Tipologia de ensino: A partir da questão fechada “Qual a sua Instituição de ensino” Variável dicotomizada em: Tipo de ensino (Público – Privado) e em Subsistema de Ensino (Universitário – Politécnico).

Situação de residência: Obtida a partir da questão fechada “Encontra-se deslocado do seu local de residência (morada de família)?”. Variável dicotomizada em Não Deslocado e Deslocado.

Local da Instituição de Ensino: A partir da questão fechada “Qual a sua Instituição de ensino”. Variável operacionalizada em 5 categorias correspondentes a cada distrito (Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Leiria e Viseu).

Quadro 12 – Síntese das variáveis relacionadas com Fatores Pessoais

Variável	Tipo	Categorias	Nº questão
Biológicos			
Idade	Razão	Anos	5
IMC	Razão	4 categorias (Baixo peso, Normal, Excesso de peso e Obesidade).	12 e 13
Sexo	Nominal	2 categorias (Masculino-Feminino)	6
Psicológicos			
Autoestima	Ordinal	Baixa, alta	Parte III
Autoimagem corporal	Ordinal	2 categorias “Satisfeito com imagem corporal”, “Insatisfeito com a imagem corporal”	Parte II
Bem-estar Psicológico	Ordinal	Baixa, alta	Parte III
Socioculturais			
Estado civil	Nominal	2 categorias (Solteiro – Casado/União de facto/ /Outro)	17
Estatuto do Estudante	Nominal	2 categorias (Ordinário – Trabalhador Estudante)	10
Agregado familiar:	Nominal	Nº de pessoas do Agregado Familiar 2 categorias (≤ 4 elementos no agregado e > 4 elementos no agregado)	14
		Rendimento do agregado familiar (5 categorias “Até um salário mínimo”, “1 a 3 salários mínimos”, “3 a 6 salários mínimos”, “6 a 10 salários mínimos” e “Mais que 10 salários mínimos”)	15
Habilitações literárias dos pais:	Ordinal	Habilitação literária da Mãe (3 categorias: “Até ao 9º ano”, “9º ano até 12º ano” e “12º ano ao Doutoramento”)	7
		Habilitação literária do Pai (3 categorias: “Até ao 9º ano”, “9º ano até 12º ano” e “12º ano ao Doutoramento”)	8
Tipologia de ensino:	Nominal	2 categorias (“Ensino Público” e “Ensino Privado”) e (“Ensino Universitário” e “Ensino Politécnico”)	1
Situação de residência:	Nominal	2 categorias: (“Não Deslocado” e “Deslocado”)	16
Local da Instituição Ensino	Nominal	5 categorias: (“Distrito Aveiro”, “Distrito de Castelo Branco”, “Distrito de Coimbra”, “Distrito de Leiria” e “Distrito de Viseu”)	1

As variáveis de **Comportamento Específico** foram operacionalizadas conforme o nível de medida necessário para relacionar com outras variáveis e consoante o objetivo pretendido. No quadro 13 apresenta-se a síntese:

Motivação para mudança de comportamento: A intenção de mudança comportamental foi avaliada pela questão “Alguma vez tentou modificar esse comportamento”. Esta variável foi considerada como variável dicotómica, operacionalizada numa possibilidade de resposta – Sim ou Não.

Área de formação: Obtida a partir da questão aberta “O seu curso:” Variável operacionalizada em 8 categorias, correspondente aos 8 grandes grupos de formação (Classificação Nacional das Áreas de Educação e Formação – Diário da República — I série-b nº 53 — 16 de Março de 2005) – Educação; Artes e Humanidades; Ciências Sociais, Comércio e Direito; Ciências, Matemática e Informática; Engenharia, Indústrias Transformadoras e Construção; Agricultura; Saúde e Proteção Social e Serviços.

Experiência no ensino superior: Obtido a partir da questão aberta “Nº de matrículas:” e “Ano curricular”. Variável operacionalizada em 2 categorias (“1º ano no ensino superior” e “2 ou mais anos no ensino superior”).

Com quem vive atualmente: Pela questão fechada “Com quem vive atualmente”. Esta variável apresenta-se já operacionalizada em 4 categorias “Vive sozinho”, “Com o Cônjuge”, “Com colegas/amigos” e “Não deslocado – Vive com a família”.

Quadro 13 – Síntese das variáveis relacionadas com o Comportamento Específico

Variável	Tipo	Categorias	Nº questão
Motivação para mudança de comportamento	Nominal	2 categorias (Sim – Não)	18.1
Área de formação	Nominal	8 categorias: “Educação”, “Artes e Humanidades”, “Ciências Sociais, Comércio e Direito”, “Ciências, Matemática e Informática”, “Engenharia, Indústrias Transformadoras e Construção”, “Agricultura”, “Saúde e Proteção Social” e “Serviços”.	2
Experiência no ensino superior	Nominal	2 categorias: (1º ano no ensino superior e 2 ou mais anos no ensino superior)	3 e 4
Com quem vive atualmente	Nominal	4 categorias “Vive sozinho”, “Com o Cônjuge”, “Com colegas/amigos” e “Não deslocado – Família”	17

6.5.2. Instrumento

Como material de recolha de dados foi utilizado o questionário, pois foi o instrumento que melhor se adequou à amostra em estudo: é um instrumento de medida que traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis e que ajuda a organizar, normalizar e controlar os dados de modo a que as informações procuradas possam ser recolhidas de forma rigorosa (Fortin, 2009), procurando abranger uma amostra com um maior número de elementos, e permitindo ainda recolher toda a informação necessária ao estudo, com isenção de influência nas respostas (Polit e Hungler, 1995). Construiu-se um instrumento chamado “Questionário – «Tenho um estilo de vida Fantástico»”, (Anexo 5) constituído por quatro partes. A 1ª parte é constituída por perguntas relacionadas com as características pessoais dos indivíduos (sociodemográficas; sociofamiliares; dados antropométricos e perceção do estilo de vida); A 2ª parte incluiu um instrumento de medição da perceção corporal por instrumentos para medir as variáveis clínicas/pessoais: uma escala para a autoimagem corporal; a 3ª parte incluiu duas escalas para avaliar a autoestima global e o bem-estar psicológico; a 4ª parte é constituída pelo questionário sobre o estilo de vida, validado na etapa anterior.

Como já se mencionou, para além do instrumento para avaliação do estilo de vida abordado no capítulo anterior, considerando os objetivos em vista, agregaram-se ao instrumento global as 4 partes seguintes:

A primeira parte, para a identificação dos sujeitos, inquiria a idade, sexo, instituição, curso que frequenta, ano curricular que frequenta, estado civil, habilitações literárias da mãe e do pai, número médio de dias que sai à noite para atividades recreativas, quanto gasta em média por cada noite em que sai para atividades recreativas, se tem vícios ou dependências, se vive deslocado da residência da família, qual o número de elementos do agregado familiar, se tem algum trabalho e tipo de trabalho, qual o seu peso e a sua altura e qual a perceção sobre o seu estilo de vida (através de uma questão com resposta em formato Likert que variava de 1 a 10, onde o estudante se posiciona em relação à perceção do seu estilo de vida, em que 1 significava o menos saudável e 10 o mais saudável).

Na 2ª parte do questionário utilizámos a escala de silhuetas de Stunkard *et al.* (1983) que é constituída por 9 imagens de silhuetas femininas e masculinas que vão progressivamente da mais magra à mais gorda. Para verificação da imagem corporal, a percebida e a ideal, o conjunto das silhuetas era mostrado ao indivíduo e realizadas três perguntas: “Qual o número que representa a forma como se vê?”; “Qual o número que representa a forma como

gostaria de ser?”. Para verificar a satisfação corporal, utilizou-se a diferença entre a silhueta percebida (SP) e a silhueta desejada (SD), apontadas pelo indivíduo, sendo possível um resultado que pode variar entre -8 e 8. Quando o resultado da diferença varia entre -1 e 1 estamos perante indivíduos que estão satisfeitos com a sua imagem corporal, se ultrapassar estes limites quer negativa quer positivamente, estamos perante indivíduos que estão insatisfeitos com o seu corpo (quer seja pela magreza -8 a -2; quer seja pelo excesso de peso de 2 a 8).

Incluiu-se na terceira parte um questionário para medir a autoestima global. De acordo com Blascovich e Tomaka (1991), a autoestima diz respeito à avaliação positiva ou negativa que o indivíduo faz de si mesmo, constituindo-se, assim, num aspeto central do “Eu” (Self), que desempenha papel fundamental no processo de construção da identidade adulta.

Em relação ao bem-estar psicológico, na transição para o ensino superior, o adolescente confronta-se com um ambiente muitas vezes percecionado como ameaçador, tendo em conta os recursos de que dispõe e a sua capacidade de adaptação. Assim, a promoção do bem-estar psicológico nos adolescentes tem emergido como um dos objetivos fundamentais das intervenções psicológicas (Cohen e Cohen, 1996; Dryfoos, 1997; Weissberg e Kuster, 1997, citados por Bizarro, 2001). Podemos afirmar que o estudo do bem-estar psicológico é fundamental, se pretendemos promover a saúde dos jovens estudantes. Neste estudo, como referido, usámos a versão abreviada do Questionário de bem-estar psicológico (QBEP) de Grossi *et al.* (2006), validada para a população portuguesa por Rainho *et al.* (2012).

A 4ª parte incluiu o questionário do “Estilo de vida FANTÁSTICO”, traduzido e validado pelo autor (já descrito na 1ª etapa do estudo). Após a submissão, o estudante recebia de forma automática os resultados do estilo de vida e a sua interpretação. Foi ainda colocado à disposição do estudante, para realização, o acesso à descarga de um folheto com duas páginas: uma continha o questionário do Estilo de Vida FANTÁSTICO; a outra, dois quadros que continham informação relativa à interpretação dos resultados do questionário e ainda um quadro com um conjunto de sugestões/conselhos para melhorar o estilo de vida para cada domínio do questionário (Anexo 6).

6.5.3. População e amostra

Este estudo limitou-se aos estudantes da Região Centro de Portugal considerando-se ser uma amostra representativa do país dada a extensão da região e a diversidade de instituições do

ensino superior nela sediadas. Constituiu a população em estudo os estudantes que frequentam uma licenciatura ou mestrado integrado, matriculados no ano lectivo 2012/2013, nas instituições de ensino superior da Região Centro de Portugal, sediadas nos distritos de Aveiro, Coimbra, Castelo Branco, Guarda, Leiria e Viseu, sendo uma população total de aproximadamente de 65 mil estudantes matriculados. Existem na Região Centro 10 Instituições de Ensino Superior Público e 11 Instituições de Ensino Superior Privado ou Cooperativo. Participaram no estudo 8 Instituições do Ensino Superior Público e 4 Instituições de Ensino Superior Privado. Após o pedido de autorização às instituições e respetiva resposta, a população acessível ficou reduzida a cerca de 40 mil estudantes.

A amostra do estudo resultou então da aceitação dos responsáveis das instituições e da voluntariedade dos estudantes. Responderam ao questionário 5020 estudantes. Tendo em conta que algumas instituições enviaram o *e-mail* com *link* do questionário a estudantes de doutoramento, tivemos de, *a posteriori*, realizar uma “limpeza da base de dados”. Resultaram como amostra final do estudo 4314 estudantes, com idade de 18 a 25 anos e a frequentar o nível de ensino de licenciatura ou mestrado integrado.

6.5.4. Procedimentos de recolha dos dados

O questionário foi construído na plataforma da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Após autorização dos responsáveis das instituições do ensino superior, era enviado um *e-mail* “Tipo” (Anexo 7) contendo um *link* de acesso ao instrumento de colheita de dados, que os responsáveis reenviavam para o *e-mail* dos estudantes.

O *link* do questionário *online* foi enviado para todas as instituições com a seguinte mensagem:

“Caro (a) estudante:

Este questionário inclui-se num projecto de investigação de tese de Doutoramento, na Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde, cujo objetivo é a caracterização do estilo de vida dos estudantes do ensino superior da região centro.

A sua colaboração é da máxima importância para o prosseguimento do estudo, pelo que, desde já, lhe agradeço a sua disponibilidade. O preenchimento do questionário demorará entre 10 a 15 minutos.

Informamos que após a submissão do questionário, irá aparecer um quadro com os seus resultados do estilo de vida; irá ainda aparecer um documento em pdf, que poderá descarregar, contendo: o instrumento de avaliação do estilo de vida e sua interpretação (guia para autoavaliação) e um flyer com tópicos de reflexão que serão para ti um desafio. Como, de forma simples, reforçando ou modificando os teus

comportamentos e atitudes, podes gozar de mais saúde (bem-estar) para uma vida de melhor qualidade.

O questionário está disponível através do link: <http://www.esenfc.pt/qst2/admin-pcaeev/Qst-online/index.php?id=8&qkey=1376463128361&lang=1>

(Atenção: Se não conseguir abrir o link diretamente, faça um copy e pesquise diretamente através do navegador de pesquisa da internet)

Os dados recolhidos são anónimos e rigorosamente confidenciais, sendo utilizados exclusivamente para efeitos estatísticos de pesquisa.

No caso de receber mais do que um convite de participação, agradecemos que preencha o questionário apenas uma vez”.

Para além da explicação prévia da colaboração pretendida, da aceitação e acordo do objetivo geral da investigação, cada conjunto de questões foi precedido de uma nota introdutória que situa o inquirido no tema a abordar e a forma como deve fornecer a resposta. O tempo necessário para responder é definido pelo inquirido sendo-lhe dada a oportunidade para, calmamente, selecionar a resposta pretendida, em virtude do questionário ser *online*, e o momento do preenchimento ser escolhido pelo participante. A recolha de dados decorreu entre outubro de 2012 e fevereiro de 2013, conforme a aceitação das instituições. O método utilizado, como se referiu anteriormente, foi a aplicação de questionários *online*. O *link* com o instrumento ficava ativo durante cerca de 15 dias após ter sido reenviado aos estudantes.

6.5.5. Procedimentos de análise dos dados

Os dados foram recolhidos para uma base de dados alocada no servidor da instituição de origem do autor do estudo. Dos questionários recebidos na base de dados (5020), foi efetuada uma primeira análise, destes excluíram-se 27 por incompleto preenchimento e 679 por corresponderem aos critérios de exclusão (ter mais de 25 anos de idade e frequentar outro nível de ensino que não a licenciatura ou mestrado integrado). Posteriormente foram processados para codificação e inserção em base de dados. Para aplicação dos procedimentos de estatística descritiva e inferencial, foi utilizado o programa informático IBM SPSS Statistics Version 22. Numa primeira abordagem, foi feito o tratamento descritivo de todas as variáveis em estudo: frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio padrão).

Em algumas variáveis, a distribuição não foi normal, ou seja o p-valor associado ao teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S) e ao teste de Shapiro-Wilk (S-W) foi inferior a 0.05. No entanto segundo Marôco (2011) o efeito da violação dos pressupostos da normalidade nos resultados dos testes paramétricos tem demonstrado que estes testes são relativamente robustos à

violação dos pressupostos de normalidade, desde que as distribuições não sejam extremamente enviesadas ou extremamente achatadas (como é caso verificado através da análise gráfica), e que as dimensões da amostra não sejam demasiado pequenas ($n < 25$, uma consequência do teorema do limite central). Tendo em conta estes resultados para a análise inferencial utilizaram-se os testes paramétricos: Teste t-Student para grupos independentes – é aplicado quando se pretende comparar as médias de uma variável quantitativa em dois grupos diferentes de indivíduos; a análise de variância (ANOVA) – é aplicada quando se pretende comparar as médias de três ou mais populações de onde foram extraídas amostras aleatórias e independentes; o Coeficiente de correlação de Pearson (r) – mede a intensidade e a direção da relação linear entre duas variáveis quantitativas e o Teste de independência do Qui-quadrado (χ^2) – Permite analisar a relação de independência entre variáveis qualitativas.

Para a modelação foi utilizada a regressão logística – técnica de regressão para modelar a ocorrência, em termos probabilísticos, de uma das duas realizações das classes de uma variável qualitativa nominal dicotómica. Neste estudo, as variáveis independentes podem ser qualitativas ou quantitativas. O modelo logístico permite também avaliar a significância de cada uma das variáveis independentes no modelo. O método de seleção de variáveis com poder preditivo utilizado foi Forward: LR. A fim de testar a hipótese de o modelo de regressão ser estatisticamente significativo foi determinado o teste G2 ($G^2(7) = 1351.347$; $p < 0.001$). Usou-se o Teste Qui-quadrado (χ^2) de Wald, para identificar as variáveis independentes que influenciam de modo estatisticamente significativo ($p \leq 0.05$) o modelo global. A adequação do modelo aos dados foi avaliada com recurso ao teste de Hosmer e Lemeshow goodness of fit ($\chi^2_{HL}(8) = 14.506$; $p = 0.069$), aceitando-se a hipótese nula de adequação do modelo se o valor de $p > 0.05$. Foi também determinado o R2 de Nagelkerke ($R^2_N = 0.476$), para avaliar em que medida o modelo consegue explicar a variação registada na variável dependente (Bewick, Cheek e Ball, 2005; Marôco, 2011).

Procedemos ainda à determinação dos coeficientes de consistência interna (Alpha de Cronbach) para todas as escalas utilizadas, tendo como aceitável o valor de 0.60, como limite de aceitabilidade da fiabilidade de uma escala (Pestana e Gajreiro, 2008).

6.5.6. Consistência interna das escalas

Os resultados apresentados nos quadros seguintes, obtiveram-se pela análise de todas as escalas utilizadas neste estudo. Os valores de alfa de Cronbach, (α), são na generalidade,

superiores a .70, valor que é considerado pela maioria dos autores (Freitas e Rodrigues, 2005; Pestana e Gajairo, 2008) como revelador de boa consistência interna. Deste modo, pode concluir-se que, as escalas utilizadas neste estudo revelaram boa consistência interna, podendo ser consideradas fiáveis.

Passamos a apresentar a análise para cada uma das escalas utilizadas.

A análise dos valores de alfa de Cronbach para a escala de autoestima de Rosenberg, sugere um bom índice de consistência interna para esta escala quanto ao valor global ($\alpha=0.882$). Os valores de alfa se o item fosse removido para cada um dos 10 itens que constituem a escala, oscilariam entre 0.883 (item 3) e 0.864 (item 2 e 6).

Quadro 14 – Alfa de Cronbach para a escala de Autoestima por item.

Autoestima	Média da escala se o item for removido	Correlação item-total corrigido	Alfa de Cronbach Consistência interna se o item for eliminado (n= 4314)
Item 1	27.18	0.586	0.873
Item 2	27.36	0.703	0.864
Item 3	26.93	0.413	0.883
Item 4	26.97	0.536	0.876
Item 5	27.01	0.652	0.868
Item 6	27.28	0.707	0.864
Item 7	26.96	0.550	0.876
Item 8	27.73	0.600	0.874
Item 9	26.86	0.695	0.865
Item 10	27.14	0.705	0.865
<i>Alpha Cronbach Global – 0.882</i>			

No que diz respeito à correlação entre itens, os valores oscilam entre 0.413, o valor mais baixo (item 3) e o valor mais elevado 0.707 (item 6).

A análise dos valores de alfa de Cronbach para a escala de Bem-estar psicológico sugere um bom índice de consistência interna para esta escala quanto ao valor global ($\alpha=0.861$). De referir que os valores de alfa se o item fosse removido para cada um dos 6 itens que constituem a escala, oscilariam entre 0.854 (item 6) e 0.821 (item 3), o que indica estabilidade na escala.

Quadro 15 – Alfa de Cronbach para a escala de Bem-estar Psicológico por item.

Bem-estar	Média da escala se o item for removido	Correlação item-total corrigido	Alfa de Cronbach Consistência interna se o item for eliminado (n= 4314)
Item 1	20.36	0.645	0.840
Item 2	19.85	0.620	0.844
Item 3	19.56	0.769	0.821
Item 4	20.21	0.642	0.841
Item 5	19.99	0.717	0.826
Item 6	20.08	0.563	0.854
<i>Alpha Cronbach Global – 0.861</i>			

No que diz respeito à correlação entre itens, os valores oscilam entre 0.563, o valor mais baixo (item 6) e o valor mais elevado 0.769 (item 3).

A análise dos valores de alfa de Cronbach para escala Estilo de Vida FANTÁSTICO, sugere um bom índice de consistência interna quanto ao valor global ($\alpha=0.749$). Os valores de alfa se o item fosse removido para cada um dos 30 itens que constituem a escala, oscilariam entre 0.751 (item 3.4 e 8) e 0.730 (item 21).

Quadro 16 – Alfa de Cronbach para Estilo de Vida por item.

Estilo de Vida	Média da escala se o item for removido	Correlação item-total corrigido	Alfa de Cronbach Consistência interna se o item for eliminado (n= 4314)
Item 1	41.34	0.316	0.740
Item 2	41.45	0.380	0.736
Item 3	42.52	0.152	0.751
Item 4	41.77	0.152	0.751
Item 5	41.53	0.208	0.746
Item 6	42.19	0.204	0.746
Item 7	42.00	0.148	0.748
Item 8	41.42	0.121	0.751
Item 9	41.71	0.218	0.748
Item 10	41.35	0.254	0.743
Item 11	41.13	0.119	0.748
Item 12	41.67	0.179	0.747
Item 13	41.22	0.129	0.748
Item 14	41.19	0.182	0.746
Item 15	41.12	0.144	0.748

Estilo de Vida	Média da escala se o item for removido	Correlação item-total corrigido	Alpha de Cronbach Consistência interna se o item for eliminado (n= 4314)
Item 16	41.24	0.161	0.747
Item 17	41.79	0.427	0.732
Item18	41.69	0.457	0.731
Item 19	41.74	0.427	0.732
Item 20	42.31	0.207	0.746
Item 21	41.75	0.464	0.730
Item 22	41.72	0.508	0.727
Item 23	41.64	0.446	0.731
Item 24	41.71	0.491	0.729
Item 25	41.70	0.465	0.731
Item 26	42.16	0.211	0.746
Item 27	41.94	0.200	0.747
Item 28	41.15	0.112	0.749
Item 29	41.25	0.134	0.748
Item 30	41.22	0.144	0.748
<i>Alpha Cronbach Global – 0.749</i>			

No que diz respeito à correlação entre itens, os valores oscilam entre 0.112, o valor mais baixo (item 28) e o valor mais elevado 0.508 (item 22).

6.6. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS DA ETAPA 2

Apresentam-se agora os resultados referentes à segunda etapa deste estudo e que têm em conta o modelo de promoção da saúde de Nola Pender (Pender *et al.*, 2002). Este modelo considera as “Características e Experiências Individuais”, constituído por duas dimensões: Comportamento anterior; Fatores pessoais (biológicos, psicológicos e socioculturais). Considera também que os indivíduos modificam o Comportamento específico se perceberem os benefícios para a ação, e sentirem autoeficácia na mudança comportamental e, ainda, se as influências interpessoais e contextuais forem positivas.

6.6.1. Comportamento anterior

Analisaram-se as características e experiências individuais dos 4314 respondentes. Destes, verificámos que pertencem à categoria do estilo de vida considerado adequado 3682 (85.4%) e 632 (14.6%) ao considerado não adequado. Para o estilo de vida global como variável contínua encontramos uma média de 86.11 ± 12.38 , em que o mínimo obtido foi 36 pontos e o máximo de 118. Em relação à perceção do estilo de vida obteve-se uma média 6.68 ± 1.55 , em que o mínimo obtido foi 0 e o máximo foi 10.

Quanto ao facto dos estudantes considerarem se têm algum vício ou dependência, 948 (22.0%) estudantes referiram ter algum tipo de vício ou dependência, enquanto 3366 (78.0%) estudantes respondeu negativamente. Quanto aos hábitos recreativos 2987 (69.2%) estudantes referiram que saíam até uma vez por semana para atividades recreativas, considerando o número médio de saídas à noite para atividades recreativas de 1.21 ± 1.01 , em que 0 foi o valor mínimo de saídas e 7 o valor máximo. Em relação ao valor gasto em euros por cada saída à noite, a maioria dos estudantes, 3750 (86.9%), gastou até 10 euros por saída à noite para atividades recreativas. Considerando o gasto em termos médios (variável contínua) obtivemos uma média de 6.84 ± 5.74 , em que o gasto mínimo foi de 0 euros e o gasto máximo por noite foi de 70 euros, conforme se confirma no quadro 17.

Quadro 17 – Distribuição de frequências absolutas (nº) e relativas (%) dos estudantes segundo dados relacionados com as variáveis/categorias referentes ao Comportamento Anterior. Inclui estatística resumo.

Variáveis/Categorias	Global (n=4314)	
	n	%
Estilo de Vida (categ)		
Adequado	3682	85.4
Não adequado	632	14.6
Estilo de Vida Global (média±dp)	86.11±12.38 Amplitude 82 (36 – 118)	
Perceção do estilo de vida (média±dp)	6.68±1.55 Amplitude 10 (0 – 10)	
Vícios ou dependências		
Sim	948	22.0
Não	3366	78.0
Hábitos recreativos:		
Nº de saídas semanais (categ)		
0 ou 1 saída semanal	2987	69.2
2 ou mais saídas por semana	1327	30.8
Nº médio de saídas semanais (média±dp)	1.21±1.01 Amplitude 7 (0 – 7)	
Gasto por saída à noite (categ)		
Até 10€	3750	86.9
Mais de 10€	564	13.1
Gasto médio por saída à noite (média±dp)	6.84±5.74 Amplitude 70 (0 – 70)	

A análise por instituições de ensino superior indica que há diferença estatisticamente significativa na média de EVF ($p < .000$; $F = 3.179$): é na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra que se encontra a média de EVF mais elevada ($n = 234$; $EVF = 89.38 \pm 12.43$) e no Instituto Politécnico de Castelo Branco a mais baixa ($n = 136$; $EVF = 83.38 \pm 11.11$). Cruzando os estilos de vida categorizados em “adequado” e “não adequado” com as instituições de ensino, obtivemos uma associação estatisticamente significativa ($\chi^2(1) = 21.426$; $p = 0.029$) ou seja, houve uma maior proporção de participantes enquadrados na categoria “não adequado” (29.4%) na instituição Escola Universitária das Artes de Coimbra; e na categoria de “adequado” a maior proporção verificou-se na instituição Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (90.6%).

Em relação à média de saídas à noite para atividades recreativas, Loureiro (2012) num estudo realizado na cidade de Leiria com estudantes da área da saúde, obteve uma média de 3.9 saídas em 4 semanas, ou seja, aproximadamente uma saída por semana, que vem de

encontro ao que acontece à maioria dos estudantes participantes do nosso estudo pois 69.2% saem entre 0 e 1 saída semanal para atividades recreativas à noite, em termos médios com 1.21 saídas por semana. Resultados inferiores foram obtidos por Lomba *et al.* (2008) referente aos consumos e comportamentos sexuais de risco na noite de Coimbra, em que a média dos jovens inquiridos saem cerca de sete noites por mês, distanciando-se um pouco do estudo em causa. Note-se que neste estudo os participantes não eram todos estudantes do ensino superior.

No que respeita ao dinheiro gasto por cada saída à noite, a média encontrada é de 6.84 euros, embora ainda existe uma percentagem apreciável (13.1%) que gasta mais de 10 euros por cada saída à noite para atividades recreativas.

6.6.2. Fatores pessoais

Em relação aos fatores pessoais – biológicos, verificamos que em termos de representação dos sexos, a composição da amostra vem confirmar a feminização do ensino superior em Portugal. De facto dos 4314 estudantes participantes no estudo, 3048 (70.7%) pertenciam ao sexo feminino e 1266 (29.3%) ao sexo masculino. Em relação à idade obteve-se uma média de 21.73 ± 1.92 , em que a idade mínima foi de 18 e 25 anos a máxima, similar aos estudos de Loureiro (2012) e de Rainho *et al.* (2012) que obtiveram uma média de idade dos participantes de 19.66 e 21.50 anos respetivamente. Quanto ao IMC categorizado, o grupo com maior número de estudantes foi o considerado normal com 3208 (74.4%) dos estudantes e o com menor foi o grupo dos obesos com 138 (3.2%). Quando considerado o IMC como variável contínua obtivemos uma média de $22.52 \pm 3.39 \text{ Kg/m}^2$, com um valor mínimo de 15.42 Kg/m^2 e de máximo 52.79 Kg/m^2 . Este valor médio encontra-se na categoria de valor normal segundo a OMS (WHO, 2000b).

Em relação aos fatores pessoais – psicológicos, obteve-se em relação à autoestima global uma média de 30.12 ± 4.95 pontos, com um mínimo de 11 e um máximo de 40 pontos, valores inferiores ao estudo de Rainho *et al.* (2012) com uma média de 34.1 pontos, em estudantes de dois cursos da área da saúde. Em relação à autoimagem corporal (categorizado), estão satisfeitos com a sua imagem corporal 3198 (74.1%) estudantes; 1116 (25.9%) consideraram estar insatisfeitos com a sua imagem corporal. Num estudo de Ribeiro e Fernandes (2012) em 97 estudantes que frequentavam o curso de desporto, numa instituição de ensino superior do

Norte do País, a prevalência da insatisfação corporal foi de 51.5%, valor muito elevado em relação ao do nosso estudo (25.9%). Já Virginio (2015) num estudo com 309 estudantes do 1º ano do curso de enfermagem obteve uma prevalência da insatisfação corporal de 28.8%, valor mais próximo do obtido no nosso estudo (25.9%). Quando analisada esta variável na forma contínua obteve-se uma média de 0.68 ± 1.16 pontos, com um valor mínimo de -4 e valor máximo de 7 pontos. Em relação ao bem-estar psicológico obteve-se uma média de 18.01 ± 5.02 pontos, com um valor mínimo de 0 e um máximo de 30 pontos. Estes valores estão dentro do considerado normal; valor próximo do obtido por Rainho *et al.* (2012), numa amostra de 125 estudantes do ensino superior, que obteve média de bem-estar psicológico de 18.77 pontos.

Nos fatores pessoais – socioculturais, a grande maioria, 4242 (98.3%) dos estudantes pertencem ao estado civil de solteiro e apenas 72 (1.7%) se encontra no estado civil casado/união de facto/outro. Cerca de 15.3% dos estudantes da amostra estudada além de estudar têm uma atividade profissional (trabalhador-estudante). Em relação ao agregado familiar: quanto ao número de elementos que constituem o agregado, 88.2% dos estudantes referem que o seu agregado familiar tem até 4 elementos. Quanto ao rendimento do agregado familiar mais de metade, 56.6%, auferem de rendimento entre 1 a 3 salários mínimos. Em relação ao facto dos estudantes se encontrarem deslocados do local de residência habitual (da família) para estudar, a maioria encontra-se deslocado, nomeadamente 2382 (65.6%) estudantes. Em relação às variáveis habilitações académicas dos pais: a mãe, cerca de 50.4%, possui até ao 9º ano de escolaridade; o pai, 55.9% possui até ao 9º ano de escolaridade. Quanto à tipologia de ensino frequentada pelos estudantes: a grande maioria (95.9%) frequenta o ensino público e a maior parte frequenta o ensino universitário, cerca de 63.0%. Quanto ao local (distrito) da instituição de ensino superior que o estudante frequenta, a maioria estuda nas instituições de ensino superior do distrito de Coimbra (67.3%) e o local com menor número de estudantes foi no distrito de Viseu (4.5%).

Quadro 18 – Distribuição de frequências absolutas (nº) e relativas (%) dos estudantes segundo dados relacionados com as variáveis/categorias referentes aos Fatores Pessoais.

Inclui estatística resumo.

Variáveis/categorias	Global (n=4314)	
	n	%
BIOLÓGICOS		
Sexo		
Feminino	3048	70.7
Masculino	1266	29.3
Idade (média±dp)	21.73±1.92 Amplitude 7 (18 – 25)	
IMC		
Baixo peso	307	7.1
Normal	3208	74.4
Excesso de peso	661	15.3
Obesidade	138	3.2
Média±dp	22.52±3.39 Amplitude 37.37 (15.42 – 52.79)	
PSICOLÓGICOS		
Autoestima (média±dp)	30.12±4.95 Amplitude 29 (11 – 40)	
Autoimagem corporal		
Satisfeito (-1, 0; 1)	3198	74.1
Insatisfeito [-4; -1] ou [1; 7]	1116	25.9
Média±dp	0.68±1.16 Amplitude 11 (-4 – 7)	
Bem-estar Psicológico (média±dp)	18.01±5.02 Amplitude 30 (0 – 30)	
SÓCIOCULTURAIS		
Estado civil		
Solteiro	4242	98.3
Casado/União de facto/Outro	72	1.7
Estatuto do estudante		
Estudante	3652	84.7
Trabalhador-estudante	662	15.3
Agregado Familiar:		
Número de pessoas do agregado		
<=4 pessoas	3804	88.2
>4 pessoas	510	11.8
Rendimento do Agregado		
Até 1 salário mínimo	591	13.7
1 a 3 salários mínimos	2442	56.6
3 a 6 salários mínimos	1114	25.8
6 a 10 salários mínimos	93	2.2
Mais de 10 salários mínimos	74	1.7
Situação de Residência		
Não deslocado	1482	34.4
Deslocado	2382	65.6

Variáveis/categorias	Global (n=4314)	
	n	%
Habilitações académicas do Pai (categ)		
Até ao 9º ano	2411	55.9
9º ano ao 12º ano	1132	26.2
12º ano ao doutoramento	771	17.9
Habilitações académicas do Mãe (categ)		
Até ao 9º ano	2174	50.4
9º ano ao 12º ano	1103	25.6
12º ano ao doutoramento	1037	24.0
Tipologia de ensino:		
Tipo de ensino		
Público	4137	95.9
Privado	177	4.1
Subsistema de ensino		
Universitário	2720	63.0
Politécnico	1594	37.0
Local (distritos) da Instituição de ensino		
Aveiro	494	11.5
Castelo Branco	350	8.1
Coimbra	2902	67.3
Leiria	376	8.6
Viseu	192	4.5

6.6.3. Comportamento específico

Da amostra em estudo e em relação às variáveis relacionadas com o comportamento específico, cerca de 55.2% dos estudantes referiu ter vícios ou dependências (n=948). Em relação a área de formação a que pertencem os estudantes da amostra, o maior grupo pertence a área de formação de “Ciências Sociais, Comércio e Direito” com 23.7% de estudantes, já o grupo com menor número de estudantes, foi o da área de formação de “Agricultura” com 2.5% dos estudantes participantes. Estes valores são proporcionais ao número de estudantes matriculados no ano de 2012, em Portugal no ensino superior por área de formação (Pordata, 2015) nomeadamente: Educação (5.7%), Artes e Humanidades (9.5%), Ciências Sociais, Comércio e Direito (31.3%), Ciências, Matemática e Informática (7.3%), Engenharia, Indústrias Transformadoras e Construção (21.9%), Agricultura (1.9%), Saúde e Proteção Social (15.9%) e Serviços (6.5%). Em relação à sua experiência no ensino superior 70.7% dos estudantes referiu ter já 2 ou mais anos no ensino superior e 30.3% encontra-se pela primeira vez no ensino superior. Aos estudantes que estão deslocados do seu ambiente familiar

habitual, quando se questiona “com quem vive atualmente”, verifica-se que a maioria vive com colegas e amigos (80.8%), apenas 2.5% vive com o cônjuge e cerca de 16.7 vive sozinho.

Quadro 19 – Distribuição de frequências absolutas (nº) e relativas (%) dos estudantes segundo dados relacionados com as variáveis/categorias referentes ao Comportamento Específico.

Variáveis/categorias	Global (n=4314)	
	n	%
Motivação para a mudança de comportamento		
Não	523	55.2
Sim	425	44.8
Área de formação (grandes grupos)		
Educação	142	3.3
Artes e Humanidades	394	9.1
Ciências Sociais, Comércio e Direito	1021	23.7
Ciências, Matemática e Informática	565	13.1
Engenharia, Indústrias Transformadoras e Construção	890	20.6
Agricultura	108	2.5
Saúde e Proteção Social	939	21.8
Serviços	255	5.9
Experiência no ensino superior (categ)		
1º ano no ensino superior	1376	29.3
2 ou mais anos no ensino superior	2938	70.7
Com quem vive atualmente (deslocados)		
Vive sozinho	471	16.7
Vive com o cônjuge	72	2.5
Vive com colegas/amigos	2289	80.8
Total dos deslocados	2832	100.0

6.6.4. Influência de alguns fatores no estilo de vida

De acordo com a análise do estilo de vida em relação às variáveis relacionadas com o comportamento anterior (quadro 20), procedeu-se à análise inferencial. Encontrámos uma média do score de estilo de vida superior no grupo de estudantes que referem não ter qualquer vício ou dependência (88.05 ± 11.88) em relação com os estudantes que referiram ter algum tipo de vício ou dependência (79.22 ± 11.66), sendo essa diferença significativa estatisticamente ($p < 0.001$). Em relação aos hábitos recreativos dos estudantes: quanto ao número de saídas noturnas para atividades recreativas a média do estilo de vida foi superior nos estudantes que saíram até uma vez por semana (86.42 ± 12.28) face aos que saíram duas ou mais vezes

por semana (85.42 ± 12.58), sendo essa diferença estatisticamente significativa ($p=0.014$). Quanto ao valor gasto em euros por cada saída noturna para atividades recreativas, a média do estilo de vida foi superior no grupo que gastou até 10 euros por saída (86.68 ± 12.12) face ao grupo que gastou mais de 10 euros por cada saída (82.33 ± 13.38), sendo essa diferença significativa estatisticamente ($p < 0.001$). Podemos afirmar que a média de estilo de vida é superior nos estudantes que referem não ter vícios ou dependências, que saíram até uma vez por semana e que gastam até 10 euros por saída.

Quadro 20 – Média e desvio padrão do Estilo de Vida segundo as variáveis/categorias relacionadas com o Comportamento Anterior.

Variáveis/Categorias	Estilo de Vida		Teste	p-valor
	Média	dp		
Vícios ou dependências				
Sim	79.22	11.66	t(4312)=0.291	* <0.001
Não	88.05	11.88		
Hábitos recreativos:				
Nº de saídas semanais (categ)				
0 ou 1 saída semanal	86.42	12.28	t(4312)=2.460	* 0.014
2 ou mais saídas por semana	85.42	12.58		
Gasto por saída à noite (categ)				
Até 10€	86.68	12.12	t(709)=7.289	* <0.001
Mais de 10€	82.33	13.38		

* Teste t-Student para grupos independentes

De acordo com a análise do estilo de vida em relação às variáveis relacionadas com os **Fatores Pessoais – Biológicos** (quadro 21), a média de estilo de vida foi superior nos indivíduos do sexo feminino (com uma média de 86.40 ± 12.20) face ao sexo masculino, sendo essa diferença estatisticamente significativa ($p=0.018$). Em relação ao IMC categorizado, a média do estilo de vida mais elevada foi no grupo dos indivíduos considerados com um IMC normal, com uma média de $86.91 \pm 12.00 \text{Kg/m}^2$. O grupo que apresentava a média mais baixa foi o grupo dos indivíduos considerados com um IMC de obesidade ($80.96 \pm 13.33 \text{Kg/m}^2$), sendo essa diferença significativa estatisticamente ($p < 0.001$).

Em relação aos **Fatores Pessoais – Psicológicos** (quadro 21), a média do estilo de vida foi superior nos indivíduos satisfeitos com a sua imagem corporal, (com uma média de 87.80 ± 11.83) relativamente ao grupo de indivíduos que não estava satisfeito com a sua imagem corporal (81.26 ± 12.64), sendo essa diferença significativa estatisticamente ($p < 0.001$).

Quanto aos **Fatores Pessoais – Socioculturais** (quadro 21), a média do estilo de vida dos solteiros foi inferior (86.11 ± 12.39) à dos casados/união de facto/outro (86.36 ± 11.64), mas essa diferença não é estatisticamente significativa ($p=0.863$). Quanto ao estatuto do estudante, também não houve diferenças estatisticamente significativas ($p=0.082$), entre o grupo dos estudantes que só estudava e o grupo dos trabalhadores estudantes. Quanto ao tamanho do agregado familiar verificou-se uma média do estilo vida superior (87.35 ± 12.07) nos agregados com maior número de elementos (> 4) face ao grupo com ≤ 4 elementos no agregado (85.94 ± 12.41), sendo essa diferença estatisticamente significativa ($p=0.016$).

Já em relação ao rendimento do agregado familiar, a média mais baixa do estilo de vida encontra-se no grupo que tem de rendimento até um ordenado mínimo (83.60 ± 12.79) e a média mais elevada é nos agregados que têm de rendimento valor superior a 10 ordenados mínimos (87.46 ± 12.75), sendo essa diferença estatisticamente significativa ($p < 0.001$). Encontrou-se também uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0.001$), entre a média do estilo de vida dos estudantes que se encontravam deslocados (85.37 ± 12.16) comparados com os que vivem com a família – não deslocados (87.52 ± 12.68).

Quanto às habilitações académicas da mãe e do pai não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, em relação à média do estilo de vida ($p=0.839$ e $p=0.259$, respetivamente). Relativamente ao tipo de ensino, subsistema de ensino e local da instituição de ensino, também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, em relação à média do estilo de vida ($p=0.243$, $p=0.268$ e $p=0.553$ respetivamente).

Quadro 21 – Média e desvio padrão do Estilo de Vida segundo as variáveis/categorias relacionadas com os Fatores Pessoais.

Variáveis/Categorias	Estilo de Vida		Teste	p-valor
	Média	dp		
BIOLÓGICOS:				
Sexo				
Feminino	86.40	12.20	t(2267)=-2.369	+ 0.018
Masculino	85.40	12.79		
IMC				
Baixo peso	85.92	11.55	F(3.4310)=23.211	++ <0.001
Normal	86.91	12.00		
Excesso de peso	83.41	13.69		
Obesidade	80.96	13.33		

Variáveis/Categorias	Estilo de Vida		Teste	p-valor
	Média	dp		
PSICOLÓGICOS:				
Autoimagem corporal (categ)				
Satisfeito	87.80	11.83	t(1841)=15.139	* <0.001
Insatisfeito	81.26	12.64		
SÓCIOCULTURAIS				
Estado civil				
Solteiro	86.11	12.39	t(4312)=0.173	* 0.863
Casado/União de facto/Outro	86.36	11.64		
Estatuto do estudante				
Ordinário	86.26	12.25	t(885)=1.741	*0.082
Trabalhador-estudante	85.31	13.06		
Agregado Familiar:				
Nº de pessoas do agregado				
<=4	85.94	12.41	t(4312)=-2.413	*0.016
>4	87.35	12.07		
Rendimento do Agregado				
Até 1 salário mínimo	83.60	12.79	F(4.4309)=7.777	** <0.001
1 a 3 salários mínimos	86.59	12.29		
3 a 6 salários mínimos	86.43	12.28		
6 a 10 salários mínimos	84.60	11.06		
Mais de 10 salários mínimos	87.46	12.75		
Situação de Residência				
Não deslocado	87.52	12.68	t(2897)=5.366	* <0.001
Deslocado	85.37	12.16		
Habilitações académicas do Mãe (categ)				
Até ao 9º ano	86.00	12.41	F(2.4311)=0.176	**0.839
9º ano ao 12º ano	86.17	12.33		
12º ano ao doutoramento	86.27	12.39		
Habilitações académicas do Pai (categ)				
Até ao 9º ano	86.13	12.48	F(2.4311)=1.349	**0.259
9º ano ao 12º ano	86.47	12.07		
12º ano ao doutoramento	85.53	12.52		
Tipologia de ensino:				
Tipo de ensino				
Público	86.07	12.35	t(4312)=-1.168	*0.243
Privado	87.18	12.98		

Variáveis/Categorias	Estilo de Vida		Teste	p-valor
	Média	dp		
Subsistema de ensino				
Universitário	85.95	12.39	t(4312)=-1.109	*0.268
Politécnico	86.38	12.36		
Local (distritos) da Instituição de ensino				
Aveiro	86.92	12.34	F(4.4309)=0.757	**0.553
Castelo Branco	85.93	11.78		
Coimbra	86.08	12.49		
Leiria	85.77	12.84		
Viseu	85.45	10.85		

* Teste t-Student para grupos independentes; ** ANOVA

Em síntese, diríamos que a média de estilo de vida foi superior nos indivíduos do sexo feminino, que se enquadram na categoria de IMC normal, estão satisfeitos com a sua imagem corporal, vivem com as famílias, em agregados familiares com mais de 4 elementos e com rendimento superior a 10 salários mínimos.

De acordo com a análise do estilo de vida em relação às variáveis relacionadas com o comportamento específico (quadro 22), nos 22.0% dos estudantes que referiram ter vícios ou dependências, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p=0.915$) entre a média do estilo de vida dos estudantes que responderam afirmativamente em relação à motivação para a mudança de comportamento e a dos que responderam negativamente. Em relação à área de formação dos estudantes foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p<0.001$) entre as várias áreas de formação: a área de formação que apresentou o score mais elevado de estilo de vida foi o grupo da “Educação” com um média de 88.11 ± 13.90 e o que apresentou um score mais baixo foi o grupo “Artes e Humanidades” com uma média de 84.17 ± 13.37 . Quanto ao facto de o estudante não ter experiência no ensino superior (frequenta o ensino superior pela primeira vez) ou já ter experiência (frequenta o ensino superior há 2 ou mais anos), não foram encontradas diferenças na média do estilo de vida ($p=0.098$). Quanto à variável com quem vive atualmente, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p<0.001$), verificando-se a média do estilo de vida mais baixa nos estudantes que vivem sozinhos (84.64 ± 12.42).

Quadro 22 – Média e desvio padrão do Estilo de Vida segundo as Variáveis/Categorias relacionadas com o Comportamento Específico.

Variáveis/Categorias	Estilo de Vida		Teste	p-valor
	Média	dp		
Motivação para a mudança de comportamento				
Não	79.26	11.35	t(946)=-0.107	*0.915
Sim	79.18	12.05		
Área de formação (grandes grupos)				
Educação	88.11	13.90	F(7.4306)=4.543	**<0.001
Artes e Humanidades	84.17	13.37		
Ciências Sociais, Comércio e Direito	85.57	12.44		
Ciências, Matemática e Informática	86.96	11.84		
Engenharia, Indústrias Transformadoras e Construção	85.36	12.14		
Agricultura	86.59	12.83		
Saúde e Proteção Social	87.40	11.97		
Serviços	85.97	12.38		
Experiência no ensino superior (categ)				
1º ano no ensino superior	86.64	11.99	t(4312)=1.654	*0.098
2 ou mais anos no ensino superior	85.93	12.51		
Com quem vive atualmente				
Vive sozinho	84.64	12.42	F(3.4310)=10.633	**<0.001
Vive com o cônjuge	86.36	11.64		
Vive com colegas/amigos	85.49	12.12		
Vive com a família (não deslocado)	87.52	12.68		

* Teste t-Student para grupos independentes; ** ANOVA

Em suma, observamos que a média dos estilos de vida dos estudantes que referiram ter vícios ou dependências e não pretendem modificar esse comportamento, é semelhante à dos que afirmam que sim. Exibem média mais elevada nos estilos de vida os estudantes que frequentam cursos na área da Educação ou Saúde e Proteção Social e que vivem com a família, ou seja, não estão deslocados.

Dado que a variável estilo de vida global e as variáveis idade, autoestima, bem-estar psicológico, percepção do estilo de vida, IMC e a autoimagem corporal foram consideradas normalmente distribuídas, aplicou-se o teste de coeficiente de correlação de *Pearson* (r) para verificar ou não a correlação entre as variáveis.

Como se pode constatar (quadro 23), existem evidências estatísticas para se afirmar que o estilo de vida está correlacionado positivamente com a autoestima, o bem-estar psicológico, a percepção do estilo de vida, a autoimagem corporal, e negativamente com a idade e o IMC.

O estilo de vida está fortemente correlacionado e de forma direta com a autoestima, ou seja, à medida que aumenta a autoestima aumenta o estilo de vida ($r_{(4314)} = 0.627$; p-valor <0.001), e vice-versa. Relativamente ao bem-estar psicológico, esta variável está também fortemente correlacionada com o estilo de vida no sentido positivo, ou seja, à medida que aumenta o bem-estar psicológico aumenta o estilo de vida ($r_{(4314)} = 0.630$; p-valor <0.001) e vice-versa. O mesmo se verifica em relação à percepção do estilo de vida, estando correlacionada no sentido positivo, ou seja, à medida que aumenta a percepção positiva do estilo de vida aumenta o estilo de vida ($r_{(4314)} = 0.458$; p-valor <0.001).

O estilo de vida está correlacionado de forma indireta com a idade, ou seja, à medida que aumenta a idade dos estudantes diminui o nível de estilo de vida ($r_{(4314)} = -0.047$; p-valor = 0.002). Quanto ao IMC e ao estilo de vida estes também estão correlacionados de forma indireta, ou seja, à medida que aumenta o IMC dos estudantes diminui o nível de estilo de vida ($r_{(4314)} = -0.115$; p-valor <0.001).

Quadro 23 – Correlações entre o Estilo de Vida e as variáveis contínuas.

Variáveis	Correlações de Pearson	p-valor
Idade	-0.047	0.002
Autoestima Global	0.627	<0.001
Bem-estar psicológico	0.630	<0.001
Percepção do estilo de vida	0.458	<0.001
IMC	-0.115	<0.001

Prosseguindo na análise dos dados e reforçando resultados anteriormente expostos, visando verificar a associação entre o estilo de vida, classificado em adequado e não adequado, com as várias variáveis estudadas, foram realizadas as análises apresentadas nos quadros seguintes. No quadro 24 podemos observar a distribuição do estilo de vida categorizado (Adequado e Não Adequado) com variáveis relacionadas com o comportamento anterior.

Ao serem analisados os grupos de estudantes que apresentaram um estilo de vida adequado e não adequado com as variáveis relacionadas com o comportamento anterior (quadro 24), observou-se associação com o facto de os estudantes terem vícios ou dependências ($\chi^2(1)=169.262$; p<0.001) ou seja, houve uma maior proporção de estudantes sem vícios ou

dependências com um estilo de vida adequado (89.1%), relativamente àqueles que referiram ter algum tipo de vício ou dependência (72.2%). Não se encontrou associação entre o facto de se ter um estilo de vida adequado em relação com o número de saídas semanais para atividades recreativas ($\chi^2(1)=0.97$; $p=0.323$). Em relação ao estilo de vida adequado e o valor gasto por cada noite em atividades recreativas, observou-se uma associação estatisticamente significativa ($\chi^2(1)=48.23$; $p<0.001$) em que a maior proporção de estudantes com um estilo de vida adequado pertence ao grupo dos que tiveram gastos até 10€ por saída à noite (86.8%).

Quadro 24 – Distribuição do Estilo de Vida categorizado segundo as variáveis/categorias relacionadas com o Comportamento Anterior.

Variáveis/Categorias	Adequado		Não Adequado		χ^2 (p-valor)
	n	%	n	%	
Vícios ou dependências					
Sim	684	72.2	264	27.8	$\chi^2(1)=169.262$; $p<0.001$
Não	2998	89.1	368	10.9	
Hábitos recreativos: Nº de saídas semanais (categ)					
0 ou 1 saída semanal	2560	85.7	427	14.3	$\chi^2(1)=0.97$; $p=0.323$
2 ou mais saídas por semana	1122	84.6	205	15.4	
Gasto por saída à noite (categ)					
Até 10€	3255	86.8	495	13.2	$\chi^2(1)=48.23$; $p<0.001$
Mais de 10€	427	75.7	137	24.3	

De seguida foram analisados os grupos de estudantes que apresentam um estilo de vida adequado e não adequado com as variáveis dos fatores pessoais (quadro 25). Observou-se associação estatisticamente significativa em relação ao sexo ($\chi^2(1)= 5.828$; $p=0.016$); em relação ao IMC ($\chi^2(3)=45.08$; $p<0.001$); em relação à autoimagem corporal ($\chi^2(1)= 124.548$; $p<0.001$); em relação ao estatuto do estudante ($\chi^2(1)=5.71$; $p=0.017$); em relação ao rendimento do agregado familiar ($\chi^2(4)=17.511$; $p=0.002$). Relativamente à variável sexo é no feminino que se encontra a maior proporção de estudantes que com um estilo de vida adequado (86.2%) e de 83.3% para os estudantes do sexo masculino. Quanto ao IMC, a maior proporção dos estudantes que tem um estilo de vida adequado, encontra-se no grupo que tem um IMC considerado normal (87.2%). Observa-se ainda que a maior proporção de estudantes que tem um estilo de vida adequado encontra-se no grupo que se considera satisfeito com a sua imagem (88.9%). A maior proporção dos estudantes que tem um estilo

de vida adequado, não são estudantes trabalhadores (85.9%); cujo rendimento familiar está situado entre 3 a 6 ordenados mínimos (86.5%). Em relação às outras variáveis analisadas (quadro 25), não se verificou associação estatisticamente significativa (p -valor >0.05).

Quadro 25 – Distribuição do Estilo de Vida categorizado segundo as variáveis/categorias relacionadas com os Fatores Pessoais.

Variáveis/Categorias	Adequado		Não Adequado		χ^2 (p-valor)
	n	%	n	%	
BIOLÓGICOS					
Sexo					
Feminino	2627	86.2	421	13.8	$\chi^2(1)= 5.828$; $p=0.016$
Masculino	1055	83.3	211	16.7	
IMC					
Baixo peso	262	85.3	45	14.7	$\chi^2(3)=45.08$; $p<0.001$
Normal	2798	87.2	410	12.8	
Excesso de peso	516	78.1	145	21.9	
Obesidade	106	76.8	32	23.2	
PSICOLÓGICOS:					
Autoimagem corporal (categ)					
Satisfeito	2843	88.9	355	11.1	$\chi^2(1)= 124.548$; $p<0.001$
Insatisfeito	839	75.2	277	24.8	
SÓCIOCULTURAIS					
Estado civil					
Solteiro	3621	85.4	621	14.6	$\chi^2(1)=0.023$; $p=0.879$
Casado/União de facto/Outro	61	84.7	11	15.3	
Estatuto do estudante					
Estudante	3137	85.9	515	14.1	$\chi^2(1)=5.71$; $p=0.017$
Trabalhador-estudante	545	82.3	117	17.7	
Agregado Familiar:					
Nº de pessoas do agregado					
≤ 4	3234	85	570	15	$\chi^2(1)=2.875$; $p=0.090$
> 4	448	87.8	62	12.2	
Rendimento do Agregado					
Até 1 salário mínimo	472	79.9	119	20.1	$\chi^2(4)=17.511$; $p=0.002$
1 a 3 salários mínimos	2106	86.2	336	13.8	
3 a 6 salários mínimos	964	86.5	150	13.5	
6 a 10 salários mínimos	77	82.8	16	17.2	
Mais de 10 salários mínimos	63	85.1	11	14.9	

Variáveis/Categorias	Adequado		Não Adequado		χ^2 (p-valor)
	n	%	n	%	
Situação de Residência					
Não deslocado	1284	86.6	198	13.4	$\chi^2(1)=3.003$; p=0.083
Deslocado	2398	84.7	434	15.3	
Habilitações académicas do Mãe (categ)					
Até ao 9º ano	1845	84.9	329	15.1	$\chi^2(2)=1.038$; p=0.595
9º ano ao 12º ano	943	85.5	160	14.5	
12º ano ao doutoramento	894	86.2	143	13.8	
Habilitações académicas do Pai (categ)					
Até ao 9º ano	2058	85.4	353	14.6	$\chi^2(2)=1.401$; p=0.496
9º ano ao 12º ano	975	86.1	157	13.9	
12º ano ao doutoramento	649	84.2	122	15.8	
Tipologia de ensino:					
Tipo de ensino					
Público	3535	85.4	602	14.6	$\chi^2(1)=0.78$; p= 0.377
Privado	147	83.1	30	16.9	
Subsistema de ensino					
Universitário	2310	84.9	410	15.1	$\chi^2(1)=1.056$; p=0.304
Politécnico	1372	86.1	222	13.9	
Local (distritos) da Instituição de ensino					
Aveiro	427	86.4	67	13.6	$\chi^2(1)=5.014$; p=0.286
Castelo Branco	302	86.3	48	13.7	
Coimbra	2471	85.1	431	14.9	
Leiria	311	82.7	65	17.3	
Viseu	171	89.1	21	10.9	

Ao serem analisados os grupos de estudantes que apresentam um estilo de vida adequado e não adequado com as variáveis incluídas com comportamento específico (quadro 26), observou-se associação estatisticamente significativa em relação à área de formação a que pertence o estudante ($\chi^2(7)=21.368$; p=0.003) e em relação à experiência no ensino superior ($\chi^2(1)=5.582$; p=0.018). Das várias áreas de ensino analisadas as que apresentam maior proporção é a área “Saúde e Proteção Social” com 88.4% e com menor proporção a área “Artes e Humanidades” com 80.5%. Em relação à experiência no ensino superior e um estilo de vida adequado, verificou-se uma maior proporção de estudantes que tem um estilo de vida adequado e estão pela 1ª vez no ensino superior (87.5%) em relação aos que têm 2 ou mais anos de experiência no ensino superior (84.6%).

Não se observou associação significativa entre o estilo de vida e as variáveis: motivação para a mudança de comportamento e com quem vive atualmente ($\chi^2(1)=0.937$; $p=0.333$; $\chi^2(3)=4.594$; $p=0.204$, respetivamente).

Quadro 26 – Distribuição do estilo de vida categorizado segundo as variáveis/categorias relacionadas com o Comportamento Específico.

Variáveis/Categorias	Adequado		Não Adequado		X ² (p-valor)
	n	%	n	%	
Motivação para a mudança de comportamento					
Não	384	73.4	139	26.6	$\chi^2(1)=0.937$; $p=0.333$
Sim	300	70.6	125	29.4	
Área de formação (grandes grupos)					
Educação	123	86.6	19	13.4	$\chi^2(7)=21.368$; $p=0.003$
Artes e Humanidades	317	80.5	77	19.5	
Ciências Sociais, Comércio e Direito	852	83.4	169	16.6	
Ciências, Matemática e Informática	494	87.4	71	12.6	
Engenharia, Indústrias Transformadoras e Construção	750	84.3	140	15.7	
Agricultura	95	88.0	13	12.0	
Saúde e Proteção Social	830	88.4	109	11.6	
Serviços	221	86.7	34	13.3	
Experiência no ensino superior (categ)					
1º ano no ensino superior	986	87.5	141	12.5	$\chi^2(1)=5.582$; $p=0.018$
2 ou mais anos no ensino superior	2696	84.6	491	15.4	
Com quem vive atualmente					
Vive sozinho	390	82.8	81	17.2	$\chi^2(3)=4.594$; $p=0.204$
Vive com o cônjuge	61	84.7	11	15.3	
Vive com colegas/amigos	1947	85.1	342	14.9	
Vive com a família (não deslocado)	1284	86.6	198	13.4	

Em síntese podemos afirmar que se observa maior prevalência de indivíduos com estilos de vida adequado nos grupos de estudantes que são do sexo feminino e não trabalham; que afirmam não ter vícios ou dependências e gastam até 10€ por cada saída à noite; que se enquadram na categoria de IMC normal e se sentem bem com a sua imagem corporal.

6.6.5. Análise multivariada do estilo de vida dos estudantes

Para exploração do grau de influência das variáveis independentes de uma forma conjunta, com todos os grupos de variáveis estudadas (Comportamento anterior, Fatores Pessoais e Comportamento específico) para um estilo de vida saudável, foi efetuada uma análise multivariada de regressão logística *Forward: LR*.

Foi obtido um modelo que incluiu as variáveis com maior influência no estilo de vida adequado dos estudantes: sexo, número médio de saídas noturnas para atividades recreativas, valor médio gasto por cada saída à noite para atividades recreativas, satisfação com a imagem corporal, percepção do estilo de vida, autoestima e bem-estar psicológico.

Quadro 27 – Coeficientes Logit do modelo de regressão logística da variável “Estilo de vida adequado” em função do Sexo, Média de Saídas à Noite, Gasto Médio, Satisfação com a Imagem, Percepção do Estilo de Vida, Autoestima e Bem-estar Psicológico.

Variáveis	Coeficientes	OR (IC 95%)	p-value
Sexo (CR: Masculino)	0.792	2.207 (1.730 – 2.815)	<0.001
Média de saídas à noite (CR: 0 ou 1 saída por semana)	-0.347	0.707 (0.560 – 0.891)	0.003
Gasto médio (CR: Até 10 Euros)	-0.960	0.383 (0.288 – 0.510)	<0.001
Satisfação com a imagem (CR: Satisfeito)	-0.427	0.653 (0.522 – 0.816)	<0.001
Percepção do estilo de vida	0.426	1.531 (1.425 – 1.644)	<0.001
Autoestima	0.111	1.117 (1.087 – 1.149)	<0.001
Bem-estar psicológico	0.255	1.290 (1.253 – 1.328)	<0.001

CR – Categoria de referência; IC – Intervalo de confiança; OR – odds ratio.

O resultado do teste Hosmer-Lemeshow [$\chi^2(8)=14.506$; $p=0.069$] indica que o modelo se ajusta bem aos dados. O R^2 de Nagelkerke (R^2_N) é 0.476, o que revela um modelo com razoável qualidade.

Todas estas variáveis influenciam, de forma significativa, a probabilidade de uma pessoa ter um estilo de vida adequado ($p<0.05$). O rácio das *chances* de ser adequado aumenta cerca de 2.2 vezes para o sexo feminino relativamente ao sexo masculino; diminui 29.3% [$100*(0.707-1)$] para os indivíduos que saem 2 ou mais vezes por semana, diminui também cerca de 62% para quem gasta mais de 10 euros e diminui ainda 34.7% para quem não se encontra satisfeito com a imagem.

Em relação à percepção do estilo de vida, a probabilidade de ser adequado aumenta 53.1% por cada aumento de 1 valor na respetiva escala. O rácio das *chances* de ter um estilo de vida adequado aumenta cerca de 12% por cada aumento de 1 valor na escala de avaliação da autoestima. O mesmo sucede com o bem-estar psicológico, o qual aumenta 29% a probabilidade de ser adequado, por cada acréscimo de 1 valor na escala.

Tendo em conta o modelo anterior e as variáveis com maior influência num estilo de vida adequado, sendo o sexo a única variável não modificável, realizámos a mesma análise multivariada de regressão logística *Forward: LR* para o sexo masculino e feminino (quadro 28 e quadro 29).

Quadro 28 – Coeficientes Logit do modelo de regressão logística da variável “Estilo de vida adequado” em função do Sexo Masculino, Média de Saídas à Noite, Gasto Médio, Satisfação com a Imagem, Percepção do Estilo de Vida, Autoestima e Bem-estar Psicológico.

Variáveis	Coeficientes	OR (IC 95%)	p-value
Média de saídas à noite (CR: 0 ou 1 saída por semana)	Não significativa no sexo masculino		
Gasto médio (CR: Até 10 Euros)	-0.961	0.382 (0.249 – 0.588)	< 0.001
Satisfação com a imagem (CR: Satisfeito)	-0.578	0.561 (0.378 – 0.832)	0.004
Percepção do estilo de vida	0.476	1.609 (1.421 – 1.822)	< 0.001
Autoestima	0.107	1.112 (1.060 – 1.168)	< 0.001
Bem-estar psicológico	0.242	1.274 (1.209 – 1.343)	< 0.001

CR. Categoria de referência; IC. Intervalo de confiança; OR. odds ratio.

O resultado do teste Hosmer-Lemeshow [$\chi^2(8)=5.840$; $p=0.665$] indica que o modelo se ajusta bem aos dados. O R^2 de Nagelkerke (R^2_N) é 0.494, o que revela um modelo com razoável qualidade.

Todas estas variáveis influenciam, de forma significativa, a probabilidade de uma pessoa do sexo masculino ter um estilo de vida adequado ($p<0.05$). O rácio das chances de ser saudável diminui cerca de 61.8% [$100*(0.382-1)$] para quem gasta mais de 10 euros e diminui também 43.9% para quem não se encontra satisfeito com a imagem. Um aumento de uma unidade na escala relativa à percepção do estilo de vida, à autoestima e ao bem-estar psicológico aumenta em cerca de 61%, 11% e 27% a probabilidade de ter um estilo de vida adequado, respetivamente.

Quadro 29 – Coeficientes Logit do modelo de regressão logística da variável “Estilo de vida adequado” em função do Sexo Feminino, Média de Saídas à Noite, Gasto Médio, Satisfação com a Imagem, Perceção do Estilo de Vida, Autoestima e Bem-estar Psicológico.

Variáveis	Coeficientes	OR (IC 95%)	p-value
Média de saídas à noite (CR: 0 ou 1 saída por semana)	-0.363	0.696 (0.524 – 0.923)	0.012
Gasto médio (CR: Até 10 Euros)	-0.926	0.396 (0.270 – 0.582)	< 0.001
Satisfação com a imagem (CR: Satisfeito)	-0.361	0.697 (0.531 – 0.914)	0.009
Perceção do estilo de vida	0.391	1.479 (1.356 – 1.613)	< 0.001
Autoestima	0.113	1.120 (1.083 – 1.158)	< 0.001
Bem-estar psicológico	0.252	1.287 (1.244 – 1.332)	< 0.001

CR. Categoria de referência; IC. Intervalo de confiança; OR. odds ratio.

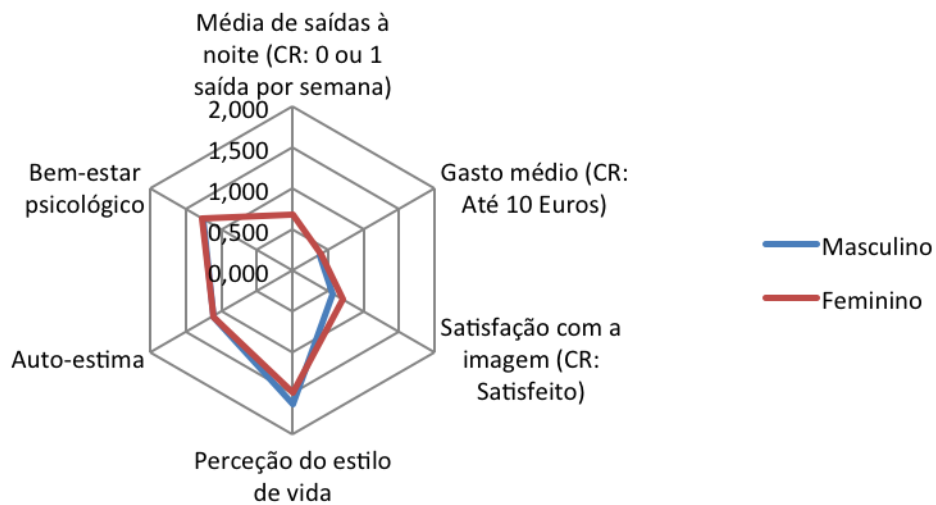
O resultado do teste Hosmer-Lemeshow [$\chi^2(8)=10.105$; $p=0.258$] indica que o modelo se ajusta bem aos dados. O R^2 de Nagelkerke (R^2_N) é 0.459, o que revela um modelo com razoável qualidade.

Todas estas variáveis influenciam, de forma significativa, a probabilidade de uma pessoa do sexo feminino de ter um estilo de vida adequado ($p<0.05$). O rácio das chances de ser adequado diminui 30.4% [$100*(0.696-1)$] para os indivíduos que saem 2 ou mais vezes por semana, diminui também cerca de 60.4% para quem gasta mais de 10 euros e diminui ainda 30.3% para quem não se encontra satisfeito com a imagem. Um aumento de uma unidade na escala relativa à perceção do estilo de vida, à autoestima e ao bem-estar psicológico aumenta em cerca de 47.9%, 12% e 28.7% a probabilidade de ter um estilo de vida adequado, respetivamente.

No sentido de melhor visualizar as variáveis preditivas de um estilo de vida adequado com significado estatístico, apresenta-se um diagrama radial com os valores de OR por sexo (figura 5).

Verifica-se que as variáveis com mais influência para um estilo de vida adequado são a autoestima, a perceção do estilo de vida e o bem-estar psicológico, como se pode verificar na figura 5, quer no sexo masculino que no feminino.

Figura 5 – Gráfico radial das variáveis preditivas de um Estilo de Vida adequado por sexo.



6.6.6. Dimensões mais afetadas do estilo de vida

Tendo em conta a classificação dos indivíduos em cinco categorias propostas pelo instrumento “Estilo de Vida FANTÁSTICO” para este trabalho os mesmos foram codificados de acordo com o que se apresenta no quadro 30. Na análise procedeu-se de uma forma sequencial: primeiro são descritos os valores médios de todos os itens pertencentes ao questionário “Estilo de Vida FANTÁSTICO”; depois a frequência de resposta aos vários itens do EVF por sexo; depois agruparam-se os itens com resposta 0 na escala de *Likert*, para verificar quais as áreas mais afetadas do Estilo de Vida, ou seja, os comportamentos que são desaconselhados para a saúde. Verificámos as diferenças entre as variáveis encontradas na análise multivariada com influência no estilo de vida adequado, com significado estatístico.

O resultado da avaliação do estilo de vida dos estudantes do ensino superior está exposto no quadro 30. Pode-se observar que 85.4% da amostra total encontra-se na categoria Adequado nos seus distintos níveis e 14.6% dos inquiridos foi classificado com um estilo de vida Não adequado.

Quadro 30 – Classificação dos estudantes do ensino superior nas categorias do Estilo de Vida.

Pontuação final do EVF	Classificação do Estilo de Vida	n=4314	%
103 a 120	Excelente; Adequado ++	342	7.9%
85 a 102	Muito bom; Adequado +	2071	48.1%
73 a 84	Bom; Adequado	1269	29.4%
47 a 72	Regular; Não Adequado +	625	14.4%
0 a 46	Necessita de melhorar; Não Adequado ++	7	0.2%

Da análise do quadro 31, verificamos que as áreas do estilo de vida mais deficitárias em que o valor da média se distancia mais do valor máximo possível é no domínio da Atividade física/Associativismo e o domínio em que a média se distancia menos do valor máximo possível é Outros comportamentos. Quando analisadas as diferenças em relação ao sexo, verificamos que os domínios mais deficitários no sexo feminino em relação ao masculino são Atividade física/Associativismo, Sono e *stress*, Trabalho/Tipo de personalidade e Introspeção. Em relação aos restantes domínios os estudantes do sexo masculino apresentam *scores* mais baixos que os estudantes do sexo feminino.

Quadro 31 – Média e desvio padrão dos domínios do EVF por sexo.

Domínios do EVF	Média e dp			Mínimo	Máximo
	M	F	Total		
Família e amigos	3.17±1.10	3.39±.92	3.32±.98	0	4
Atividade física/Associativismo	3.54±1.50	3.27±1.45	3.35±1.47	0	6
Nutrição	3.47±1.17	3.60±1.13	3.56±1.14	0	6
Tabaco	2.86±1.44	3.13±1.29	3.05±1.34	0	4
Álcool e Outras Drogas	10.21±1.49	10.99±1.12	10.76±1.29	0	12
Sono e <i>Stress</i>	4.24±1.47	3.83±1.54	3.95±1.53	0	6
Trabalho/Tipo de personalidade	3.59±1.30	3.30±1.27	3.38±1.29	0	6
Introspeção	4.47±1.46	3.97±1.52	4.12±1.52	0	6
Comportamento de Saúde e Sexual	3.60±1.28	4.05±1.24	3.92±1.27	0	6
Outros comportamentos	3.55±.73	3.68±.61	3.64±.65	0	4

Analisando o quadro 32, onde estão descritos os valores médios de todos os itens pertencentes ao questionário “Estilo de Vida FANTÁSTICO”, observa-se que o valor de média mais baixo encontrando foi no item 3 (0.53) “*Sou membro de um grupo comunitário e/ou de autoajuda e participo ativamente*”, seguido do item 20 (0.75) “*Sinto que ando acelerado e/ou atarefado*”, do item 6 (0.86) “*Como duas porções de verduras e três de frutas diariamente*” e do item 26 (0.89) “*Realizo exames periódicos de avaliação de estado de saúde*”.

Os itens com pontuações médias mais altas, ou seja, comportamentos salutogénicos foram respetivamente o item 15 (1.93) “*Quase nunca uso excessivamente medicamentos que me receitam ou que posso adquirir livremente na farmácia*” e 11 (1.93) “*A minha ingestão média semanal de bebidas alcoólicas (UBP) é inferior a 7 bebidas*” e o item 28 (1.90) “*No meu comportamento sexual, preocupo-me com o bem-estar e a proteção do parceiro/a*” quase sempre.

Quadro 32 – Média e desvio padrão dos itens do questionário “Estilo de Vida FANTÁSTICO”.

Itens do “Estilo de vida FANTÁSTICO”	\bar{x}	s
Item F1 – Tenho com quem falar dos assuntos que são importantes para mim:	1.72	.543
Item F2 – Deu e recebe carinho/afetos:	1.61	.598
Item A3 – Sou membro de um grupo comunitário e/ou de autoajuda (doentes crónicos, voluntários, religião, desporto ou outros) e participo ativamente	.53	.790
Item A4 – Ando no mínimo 30 minutos diariamente:	1.29	.754
Item A5 – Eu realizo uma atividade física (andar, subir escadas, tarefas domésticas, fazer jardinagem) ou desporto durante:	1.53	.646
Item N6 – Como duas porções de verduras e três de frutas diariamente	.86	.687
Item N7 – Frequentemente como alimentos hipercalóricos (doces e/ou salgados) ou fast-food:	1.06	.477
Item N8 – Ultrapassei o meu peso ideal em:	1.64	.666
Item T9 – Eu fumo cigarros:	1.34	.887
Item T10 – Geralmente fumo ___ cigarros por dia:	1.71	.555
Item A11 – A minha ingestão média semanal de bebidas alcoólicas (UBP) é:	1.93	.272
Item A12 – Bebe mais de 4-5 bebidas alcoólicas (UBP) na mesma ocasião:	1.38	.602
Item A13 – Conduzo veículos motorizados depois de beber bebidas alcoólicas:	1.84	.403
Item A14 – Uso substâncias psicoativas ilegais, como cannabis, cocaína, ecstasy:	1.86	.384
Item A15 – Uso excessivamente medicamentos que me receitam ou que posso adquirir livremente na farmácia	1.93	.274
Item A16 – Bebo café, chá ou outras bebidas com cafeína:	1.82	.418
Item S17 – Durmo bem e sinto-me descansado:	1.27	.668
Item S18 – Sinto-me capaz de gerir o <i>stress</i> do meu dia-a-dia:	1.36	.615
Item S19 – Relaxo e disfruto do meu tempo livre	1.32	.660
Item T20 – Sinto que ando acelerado e/ou atarefado:	.75	.593
Item T21 – Sinto-me aborrecido e/ou agressivo:	1.30	.609
Item T22 – Sinto-me feliz com o meu trabalho e atividades em geral:	1.33	.628
Item I23 – Sou uma pessoa otimista e positiva:	1.42	.654
Item I24 – Sinto-me tenso e/ou oprimido:	1.35	.617
Item I25 – Sinto-me triste e/ou deprimido:	1.35	.599
Item C26 – Realizo exames periódicos de avaliação de estado de saúde:	.89	.727
Item C27 – Converso com o/a parceiro(a) e/ou família sobre temas de sexualidade:	1.12	.747
Item C28 – No meu comportamento sexual, preocupo-me com o bem-estar e a proteção do parceiro/a:	1.90	.360
Item O29 – Como peão e passageiro, cumpro as medidas de proteção e/ou segurança pessoal e rodoviária:	1.81	.409
Item O30 – Como condutor (ou futuro condutor) respeito as regras de segurança rodoviária (cinto de segurança e uso de telemóvel, etc.):	1.83	.397
Estilo de Vida Global	86.11	12.38

Para clarificar melhor acrescenta-se no quadro 33, a frequência de resposta dos participantes quer da amostra global quer por sexo, permitindo assim verificar quantos responderam “0”, identificando os itens mais afetados do estilo de vida.

Verificou-se que os itens com maior percentagem de resposta no “0” com valores superiores a 15%, foram os itens (3, 4, 6, 9, 20, 26 e 27) com frequência de resposta respetivamente de (65.4%, 18.2%, 31.3%, 28.1%, 33.5%, 32.3% e 22.6%). Quando analisamos estes mesmos itens desagregando por sexo, verificamos que nos itens (3, 4, e 20) os jovens do sexo feminino apresentam uma frequência de resposta superior (66.7%, 19.9% e 36.0%) do que os jovens do sexo masculino que apresentam respetivamente (62.3%, 14.0% e 27.7%). Nos itens (6, 9, 26 e 27) a frequência de resposta foi mais elevada nos rapazes (38.5%, 33.6%, 42.4% e 27.8%) do que nas raparigas (respetivamente 28.2%, 25.8%, 28.1% e 20.5%).

Quadro 33 – Distribuição da percentagem de resposta aos itens do EVF por sexo e total.

Item	Opções de resposta	%		
		T	M	F
F1 – Tenho com quem falar dos assuntos que são importantes para mim:	Quase sempre (2)	76.5	72.4	78.2
	As vezes (1)	18.9	20.9	18.1
	Quase nunca (0)	4.6	6.7	3.7
F2 – Deu e recebe carinho/afetos:	Quase sempre (2)	66.5	60.5	69.0
	As vezes(1)	27.5	30.0	26.5
	Quase nunca(0)	6.0	9.5	4.5
A3 – Sou membro de um grupo comunitário e/ou de autoajuda (doentes crónicos, voluntários, religião, desporto ou outros) e participo ativamente	Quase sempre(2)	18.8	22.3	17.3
	As vezes(1)	15.8	15.4	16.0
	Quase nunca(0)	65.4	62.3	66.7
A4 – Ando no mínimo 30 minutos diariamente:	Quase sempre(2)	47.0	55.1	43.7
	As vezes(1)	34.8	30.9	36.4
	Quase nunca(0)	18.2	14.0	19.9
A5 – Eu realizo uma atividade física (andar, subir escadas, tarefas domésticas, fazer jardinagem) ou desporto durante:	3 ou mais vezes por semana(2)	61.1	60.9	61.1
	1 vez por semana(1)	30.5	31.0	30.4
	Não faço nada(0)	8.4	8.1	8.5
N6 – Como duas porções de verduras e três de frutas diariamente	Todos os dias(2)	17.7	15.0	18.8
	As vezes(1)	51.0	46.1	53.1
	Quase nunca(0)	31.3	38.9	28.2
N7 – Frequentemente como alimentos hipercalóricos (doces e/ou salgados) ou fast-food:	Nenhum destes(2)	14.5	17.1	13.4
	Alguns destes(1)	76.9	74.5	77.9
	Todos(0)	8.6	8.4	8.7
N8 – Ultrapassei o meu peso ideal em:	0 a 4 Kg(2)	74.4	74.3	74.4
	5 a 8 Kg(1)	15.0	14.0	15.4
	Mais de 8 Kg(0)	10.6	11.7	10.2
T9 – Eu fumo cigarros:	Não nos últimos 5 anos(2)	62.6	57.8	64.5
	Não, no último ano(1)	9.4	8.6	9.7
	Sim, este ano(0)	28.1	33.6	25.8

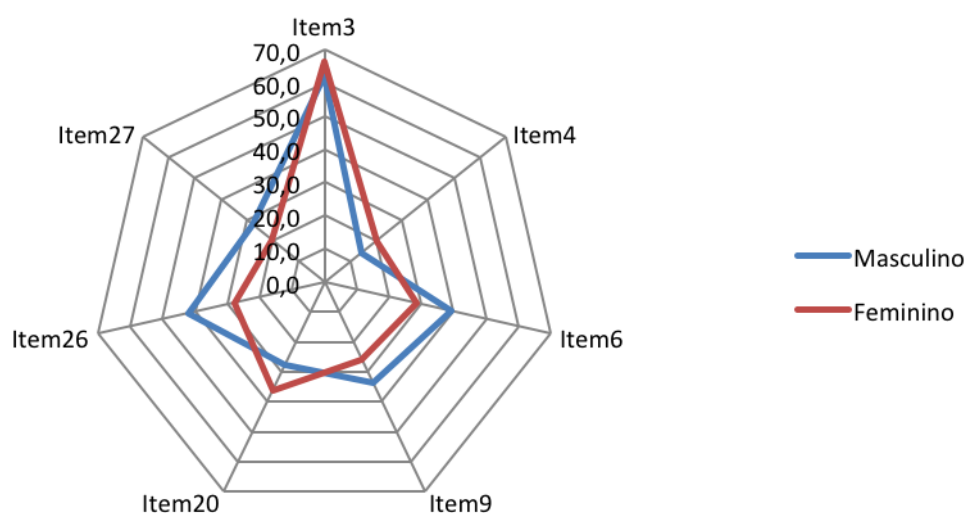
Item	Opções de resposta	%		
		T	M	F
T10 – Geralmente fumo ___ cigarros por dia:	Nenhum(2)	75.8	70.3	78.0
	1 a 10 cigarros por dia(1)	19.2	21.0	18.4
	Mais de 10 cigarros por dia(0)	5.1	8.7	3.5
A11 – A minha ingestão média semanal de bebidas alcoólicas (UBP) é:	0 a 7 bebidas(2)	93.4	86.2	96.4
	8 a 12 bebidas(1)	6.1	13.0	3.3
	Mais de 12 bebidas(0)	0.4	0.9	0.3
A12 – Bebe mais de 4-5 bebidas alcoólicas (UBP) na mesma ocasião:	Nunca(2)	44.5	29.8	50.6
	Ocasionalmente(1)	49.2	58.2	45.5
	Frequentemente(0)	6.3	12.0	3.9
A13 – Conduzo veículos motorizados depois de beber bebidas alcoólicas:	Nunca(2)	85.0	71.6	90.5
	Raramente(1)	13.7	25.3	8.9
	Frequentemente(0)	1.3	3.1	0.6
A14 – Uso substâncias psicoativas ilegais, como cannabis, cocaína, ecstasy:	Nunca(2)	87.9	79.8	91.2
	Ocasionalmente(1)	10.2	17.1	7.9
	Frequentemente(0)	1.5	3.1	0.8
A15 – Uso excessivamente medicamentos que me receitam ou que posso adquirir livremente na farmácia	Quase nunca(2)	93.7	95.0	93.1
	Às vezes(1)	5.7	4.5	6.3
	Quase diariamente(0)	0.6	0.5	0.6
A16 – Bebo café, chá ou outras bebidas com cafeína:	Menos de 3 vezes por dia(2)	82.8	79.2	84.2
	3 a 6 vezes por dia(1)	16.0	19.4	14.6
	Mais de 6 vezes por dia(0)	1.2	1.3	1.1
S17 – Durmo bem e sinto-me descansado:	Quase sempre(2)	39.4	42.3	38.2
	Às vezes(1)	48.1	46.1	49.0
	Quase nunca(0)	12.4	11.5	12.8
S18 – Sinto-me capaz de gerir o <i>stress</i> do meu dia-a-dia:	Quase sempre(2)	43.7	54.7	39.2
	Às vezes(1)	48.9	40.3	52.5
	Quase nunca(0)	7.3	5.0	8.3
S19 – Relaxo e disfruto do meu tempo livre	Quase sempre(2)	42.9	51.8	39.2
	Às vezes(1)	46.3	40.1	48.7
	Quase nunca(0)	10.9	8.1	12.1
T20 – Sinto que ando acelerado e/ou atarefado:	Quase nunca(2)	8.1	14.0	5.6
	Algumas vezes(1)	58.4	58.3	58.4
	Frequentemente(0)	33.5	27.7	36.0
T21 – Sinto-me aborrecido e/ou agressivo:	Quase nunca(2)	38.2	43.1	36.2
	Algumas vezes(1)	53.8	50.5	55.1
	Frequentemente(0)	8.0	6.4	8.7
T22 – Sinto-me feliz com o meu trabalho e atividades em geral:	Quase sempre(2)	42.1	45.8	40.6
	Às vezes(1)	49.3	44.6	51.2
	Quase nunca(0)	8.6	9.6	8.2
I23 – Sou uma pessoa otimista e positiva:	Quase sempre(2)	51.1	61.8	46.7
	Às vezes(1)	39.7	31.7	43.0
	Quase nunca(0)	9.2	6.6	10.3
I24 – Sinto-me tenso e/ou oprimido:	Quase nunca(2)	41.9	48.9	39.0
	Algumas vezes(1)	51.6	45.9	54.0
	Frequentemente(0)	6.5	5.2	7.0

Item	Opções de resposta	%		
		T	M	F
I25 – Sinto-me triste e/ou deprimido:	Quase nunca(2)	42.3	53.9	37.6
	Algumas vezes(1)	50.0	40.4	53.9
	Frequentemente(0)	7.7	5.8	8.5
C26 – Realizo exames periódicos de avaliação de estado de saúde:	Sempre(2)	21.7	13.6	25.0
	Às vezes(1)	46.0	44.0	46.9
	Quase nunca(0)	32.3	42.4	28.1
C27 – Converso com o/a parceiro(a) e/ou família sobre temas de sexualidade:	Sempre(2)	34.6	30.4	36.4
	Às vezes(1)	42.7	41.8	43.1
	Quase nunca(0)	22.6	27.8	20.5
C28 – No meu comportamento sexual, preocupo-me com o bem-estar e a proteção do parceiro/a:	Quase sempre(2)	92.3	89.7	93.4
	Às vezes(1)	5.6	7.1	5.0
	Quase nunca(0)	2.1	3.2	1.6
O29 – Como peão e passageiro, cumpro as medidas de proteção e/ou segurança pessoal e rodoviária:	Sempre(2)	81.4	79.8	82.1
	Às vezes(1)	18.0	19.0	17.6
	Quase nunca(0)	0.6	1.2	0.4
O30 – Como condutor (ou futuro condutor) respeito as regras de segurança rodoviária (cinto de segurança e uso de telemóvel, etc.):	Sempre(2)	84.0	77.6	86.7
	Às vezes(1)	15.1	20.9	12.7
	Quase nunca(0)	0.9	1.5	0.6

T – Total; M – Masculino; F – Feminino.

No sentido de melhor visualizar os itens mais problemáticos do EVF apresenta-se um diagrama radial com as percentagens de resposta que os estudantes responderam “0” superiores a 15% por sexo (Figura 6).

Figura 6 – Gráfico radial dos itens mais problemáticos (itens com percentagem das respostas superior a 15% que responderam “0”, por sexo).



Verifica-se da visualização da figura 6, que as maiores diferenças entre o percentual de frequência de resposta, entre os rapazes e as raparigas foram nos itens 6 – *Como duas*

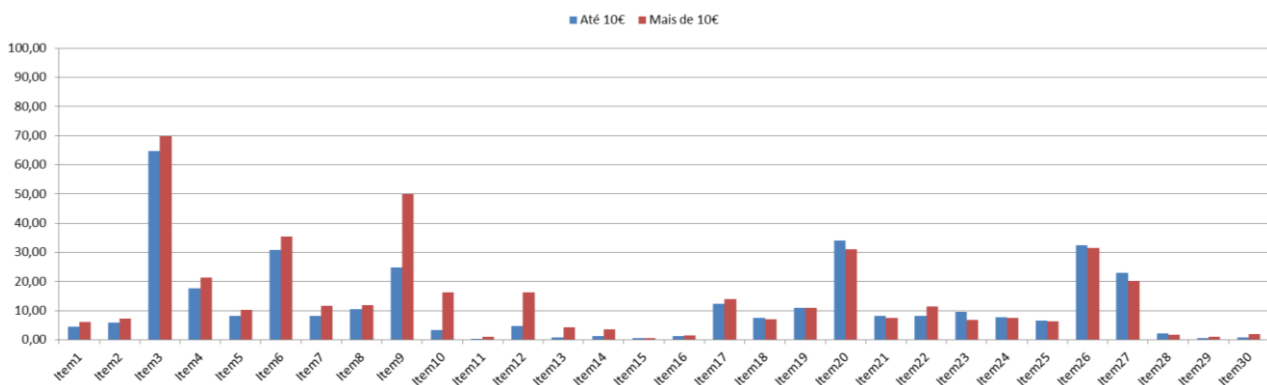
porções de verduras e três de frutas diariamente e o item 26 – *Realizo exames periódicos de avaliação de estado de saúde.*

Tendo em conta as variáveis analisadas anteriormente em que houve diferenças estatisticamente significativas em relação ao estilo de vida ser *Adequado* ou *Não Adequado*, quer as relacionadas com o comportamento anterior, quer os fatores pessoais e comportamento específico, fomos verificar quais os itens mais afetados do Estilo de Vida, ou seja, os itens aos quais pelo menos 15% dos participantes responderam “0”.

Em relação a todas as variáveis (figura 7 a 13), verificamos que os piores resultados em termos de itens do estilo de vida são: Item 3 – *Sou membro de um grupo comunitário e/ou de autoajuda (doentes crónicos, voluntários, religião, desporto ou outros) e participo ativamente;* Item 4 – *Ando no mínimo 30 minutos diariamente;* Item 6 – *Como duas porções de verduras e três de frutas diariamente;* Item 9 – *Eu fumo cigarros;* Item 20 – *Sinto que ando acelerado e/ou atarefado;* Item 26 – *Realizo exames periódicos de avaliação de estado de saúde;* Item 27 – *Converso com o/a parceiro(a) e/ou família sobre temas de sexualidade.*

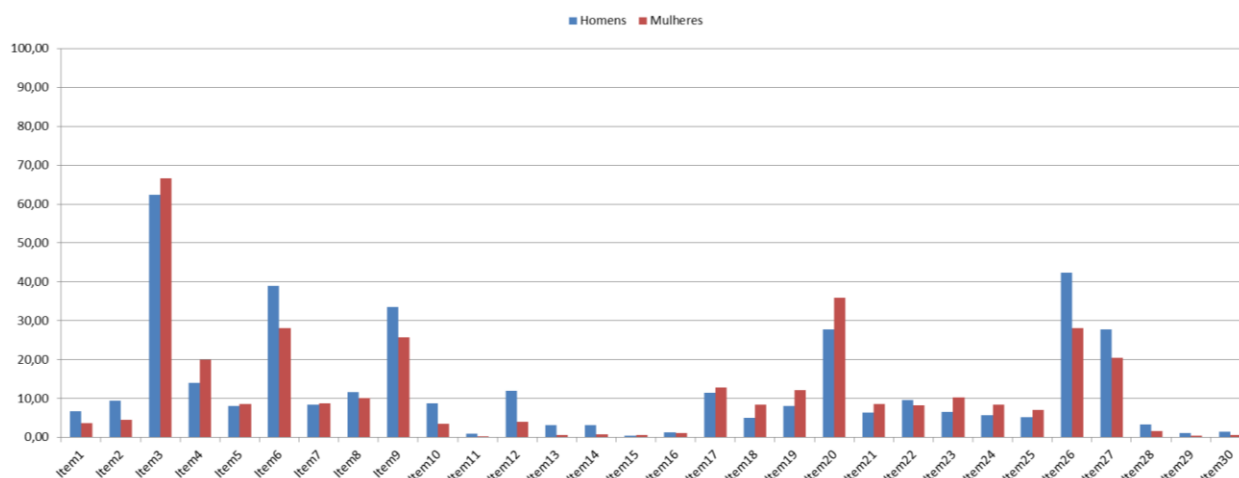
Verificamos ainda que, nos estudantes que gastam mais de 10 euros por cada saída à noite os valores dos itens 3, 4, 6, 9, 10 e 11 eram superiores em relação aos restantes colegas (figura 7). No item 10, 16.2% afirma que “*Geralmente fumo mais de 10 cigarros por dia*” e no item 11, 0.9% afirmam que “*A minha ingestão média semanal de bebidas alcoólicas é mais de 12 bebidas UBP*”.

Figura 7 – Respondentes (% de Estudantes) com indicação “0” nos itens do questionário EVF, em relação ao Valor Gasto em cada saída para atividades recreativas.



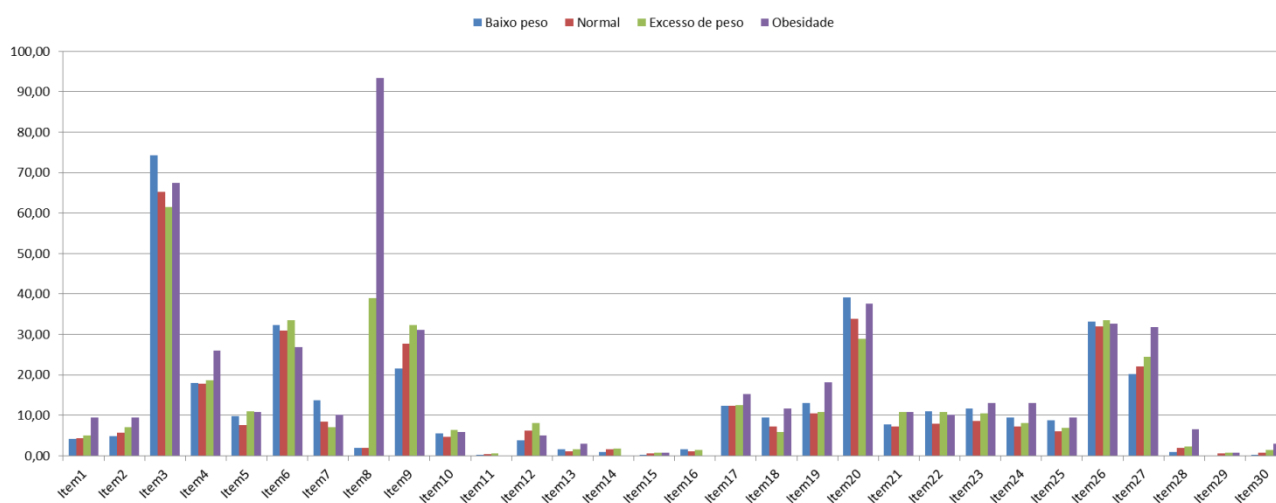
Em relação à variável Sexo (Figura 8) verificamos que as jovens do sexo feminino obtiveram piores resultados nos itens 3, 4 e 20.

Figura 8 – Respondentes (% de Estudantes) com indicação “0” nos itens do questionário Estilo de Vida FANTÁSTICO, em relação ao Sexo dos estudantes.



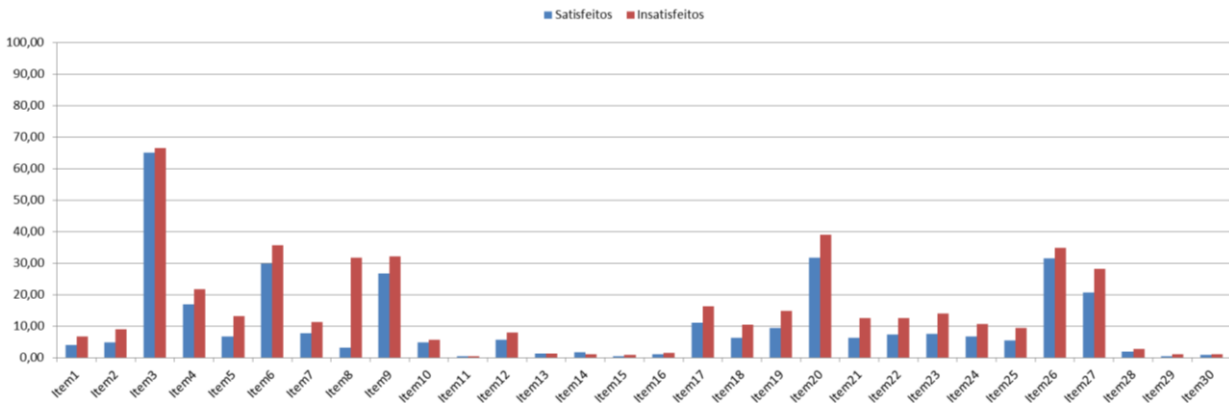
Em relação a variável IMC, verificamos que grupo de estudantes obesos apresenta os piores resultados em todos os itens e, como seria expectável, especial destaque no item 8 – “Ultrapassei o meu peso ideal em:”.

Figura 9 – Respondentes (% de Estudantes) com indicação “0” nos itens do questionário Estilo de Vida FANTÁSTICO, em relação ao IMC.



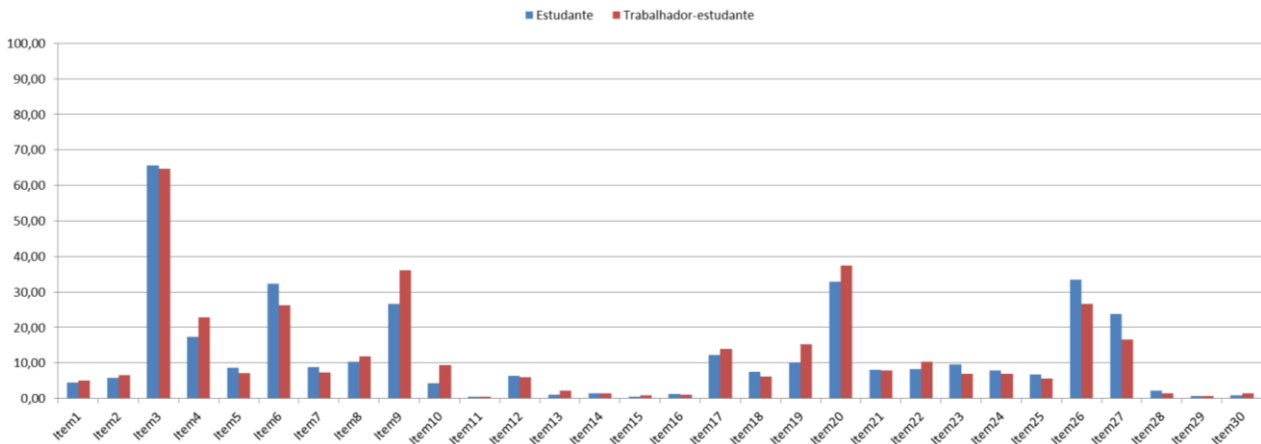
Em relação à autoimagem corporal (Figura 10) verificou-se que os piores resultados são no grupo dos que estão insatisfeitos com a autoimagem corporal. Salienta-se também a proporção de 16.3% dos estudantes deste grupo que referem “Quase nunca” no Item 17 – *Durmo bem e sinto-me descansado*.

Figura 10 – Respondentes (% de Estudantes) com indicação “0” nos itens do questionário EVF, em relação à Satisfação com a Autoimagem Corporal.



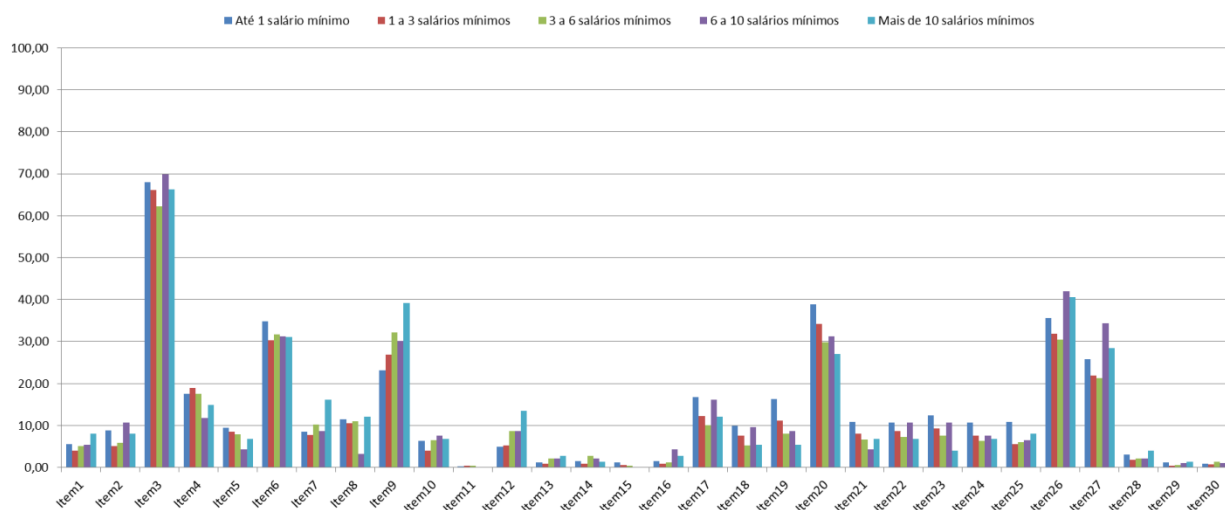
Em relação ao estatuto do estudante (Figura 11) os trabalhadores estudantes (TE) apresentam piores resultados do estilo de vida nos itens 4, 9, 20, 26 e 27. Como seria expectável, 15.3% dos estudantes deste grupo referem “Quase nunca” no Item 19 – *Relaxo e disfruto do meu tempo livre*.

Figura 11 – Respondentes (% de Estudantes) com indicação “0” nos itens do questionário EVF, em relação ao Estatuto do Estudante.



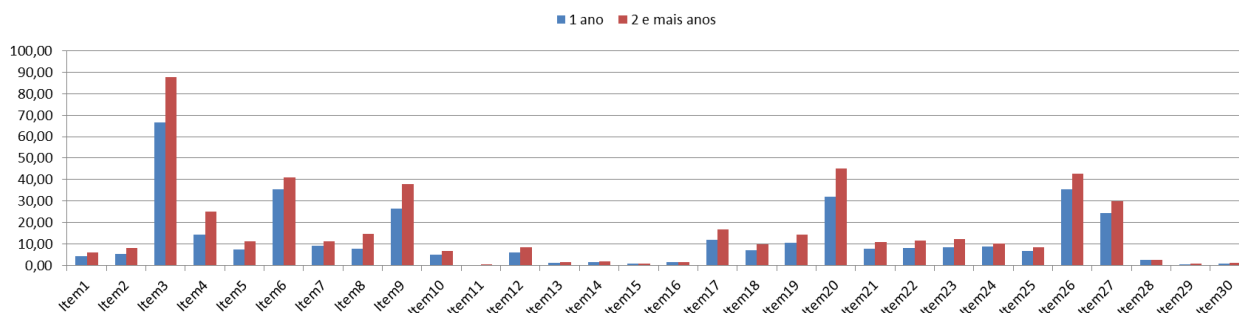
Em relação ao rendimento do agregado (Figura 12) o grupo de estudantes que tem de rendimento do agregado superior a 10 salários mínimos obteve piores classificações nos itens 3, 7, 9, 26 e 27; enquanto os estudantes com rendimento do agregado até 1 salário mínimo obteve piores classificações no Item 6 – *Como duas porções de verduras e três de frutas diariamente* (34.9% respondem “quase nunca”), no Item 17 – *Durmo bem e sinto-me descansado* (16.8% respondem “quase nunca”), no Item 19 – *Relaxo e disfruto do meu tempo livre* (16.3% respondem “quase nunca”); e no Item 20 – *Sinto que ando acelerado e/ou atarefado* (38.9% respondem “quase sempre”).

Figura 12 – Respondentes (% de Estudantes) com indicação “0” nos itens do questionário EVF, em relação ao Rendimento do Agregado Familiar do estudante.



Em relação à experiência no ensino superior (Figura 13) verificou-se os piores resultados nos itens do estilo de vida no grupo dos estudantes com 2 e mais anos no ensino superior.

Figura 13 – Respondentes (% de Estudantes) com indicação “0” nos itens do questionário EVF, em relação à Experiência no Ensino Superior.



Tendo em conta as **variáveis preditivas de um estilo de vida adequado** resultante do modelo de regressão logística efetuado no capítulo anterior, fomos verificar as diferenças relativamente aos vários domínios do estilo de vida em relação ao sexo (quadro 34), tendo encontrado diferenças estatisticamente significativas em relação ao sexo em todos os domínios do estilo de vida ($p < 0.05$). Podemos afirmar que nos domínios do estilo de vida, o sexo feminino apresenta *scores* mais elevados de estilo de vida (Família e Amigos, Nutrição, Tabaco, Álcool e Outras drogas, Comportamentos de Saúde e Sexual e Outros comportamentos); no sexo masculino os *scores* mais elevados de estilo de vida encontram-se nos domínios (Atividade física/Associativismo, Sono e *Stress*, Trabalho/Tipo de personalidade e Introspeção).

Quadro 34 – Média e desvio padrão dos vários domínios do EVF em relação ao sexo.

Domínio	Sexo	N	Média	dp	Teste	p-value
Família e amigos	Masculino	1266	3.17	1.10	t(4312)=-6.778	<+0.001
	Feminino	3048	3.39	.92		
Atividade física/Associativismo	Masculino	1266	3.54	1.50	t(4312)=5.495	<+0.001
	Feminino	3048	3.27	1.45		
Nutrição	Masculino	1266	3.47	1.17	t(4312)=-3.152	+0.002
	Feminino	3048	3.60	1.13		
Tabaco	Masculino	1266	2.86	1.44	t(4312)=-6.098	<+0.001
	Feminino	3048	3.13	1.29		
Álcool e Outras Drogas	Masculino	1266	10.21	1.49	t(4312)=-18.815	<+0.001
	Feminino	3048	10.99	1.12		
Sono e <i>Stress</i>	Masculino	1266	4.24	1.47	t(4312)=8.019	<+0.001
	Feminino	3048	3.83	1.54		
Trabalho/Tipo de personalidade	Masculino	1266	3.59	1.30	t(4312)=6.911	<+0.001
	Feminino	3048	3.30	1.27		
Introspeção	Masculino	1266	4.47	1.46	t(4312)=9.825	<+0.001
	Feminino	3048	3.97	1.52		
Comportamento de Saúde e Sexual	Masculino	1266	3.60	1.28	t(4312)=-10.539	<+0.001
	Feminino	3048	4.05	1.24		
Outros comportamentos	Masculino	1266	3.55	.73	t(4312)=-6.002	<+0.001
	Feminino	3048	3.68	.61		

+ Teste t-Student para grupos independentes

Dado que o sexo é um determinante não modificável com acentuado peso nos estilos de vida, procedeu-se agora à análise desagregando os dados nas categorias Homens e Mulheres.

Fomos analisar a relação existente entre o **número de saídas à noite para atividades recreativas** e os domínios do estilo de vida (quadro 35), nas estudantes do sexo feminino: encontrou-se diferenças estatisticamente significativas em todos os domínios do estilo de vida, excetuando no domínio Comportamento de Saúde e Sexual ($p=0.462$). As raparigas apresentam score mais elevado quando saem 2 ou mais vezes por semana, nos domínios Família e Amigos, Atividade física/Associativismo, Sono e *Stress*, Trabalho/tipo de personalidade e Introspeção. Enquanto nos domínios Nutrição, Tabaco, Álcool e outras drogas e Comportamento de Saúde e Sexual são as jovens que saem até uma vez por semana que apresentam maiores *scores* de estilo de vida.

Em relação aos estudantes do sexo masculino encontrou-se diferença estatisticamente significativa nos domínios (Atividade física/Associativismo, Tabaco, Álcool e outras drogas,

Trabalho/Tipo de personalidade, Introspeção e Outros comportamentos), sendo que destes, os estudantes apresentam *scores* mais elevados quando saem até uma vez por semana nos domínios (Tabaco, Álcool e outras drogas e Outros comportamentos), nos domínios Atividade física/associativismo, Trabalho/Tipo de personalidade e Introspeção os rapazes que apresentam melhores *scores* do estilo de vida são os que saem 2 ou mais vezes por semana.

Quadro 35 – Média e desvio padrão dos vários domínios do EVF em relação à média de Saídas semanais à noite para atividades recreativas.

Domínio	Saídas à noite	Masculino				Feminino			
		N	Média	dp	p-value	N	Média	dp	p-value
Família e amigos	0 ou 1 saída	823	3.14	1.14	+0.184	2164	3.37	.93	+0.034
	2 ou mais saídas	443	3.22	1.01		884	3.44	.88	
Atividade física/Associativismo	0 ou 1 saída	823	3.47	1.52	+0.026	2164	3.18	1.43	<+0.001
	2 ou mais saídas	443	3.67	1.45		884	3.50	1.46	
Nutrição	0 ou 1 saída	823	3.50	1.21	+0.334	2164	3.63	1.12	+0.004
	2 ou mais saídas	443	3.43	1.10		884	3.50	1.14	
Tabaco	0 ou 1 saída	823	3.00	1.39	<+0.001	2164	3.29	1.19	<+0.001
	2 ou mais saídas	443	2.59	1.50		884	2.74	1.44	
Álcool e Outras Drogas	0 ou 1 saída	823	10.46	1.36	<+0.001	2164	11.18	.95	<+0.001
	2 ou mais saídas	443	9.74	1.59		884	10.51	1.34	
Sono e Stress	0 ou 1 saída	823	4.21	1.46	+0.334	2164	3.78	1.56	+0.001
	2 ou mais saídas	443	4.30	1.50		884	3.98	1.50	
Trabalho/Tipo de personalidade	0 ou 1 saída	823	3.51	1.30	+0.002	2164	3.25	1.30	+0.003
	2 ou mais saídas	443	3.74	1.28		884	3.40	1.19	
Introspeção	0 ou 1 saída	823	4.37	1.48	+0.001	2164	3.92	1.53	+0.001
	2 ou mais saídas	443	4.66	1.41		884	4.11	1.48	
Comportamento de Saúde e Sexual	0 ou 1 saída	823	3.61	1.29	+0.723	2164	4.03	1.26	+0.462
	2 ou mais saídas	443	3.58	1.25		884	4.07	1.19	
Outros comportamentos	0 ou 1 saída	823	3.58	.70	+0.020	2164	3.72	.57	<+0.001
	2 ou mais saídas	443	3.48	.80		884	3.58	.69	

+ Teste t-Student para grupos independentes

Nos estudantes do sexo feminino verificámos as diferenças em relação aos vários domínios do estilo de vida com o **gasto médio por saída à noite para atividades recreativas** (quadro 36), categorizada em até 10 euros e mais de 10 euros. Encontrámos diferenças estatisticamente significativas para os Homens nos domínios do estilo de vida (Atividade física/Associativismo, Nutrição, Tabaco, Álcool e Outras Drogas e Outros comportamentos). Podemos afirmar que nestes domínios do estilo de vida, os estudantes que gastam até 10 euros por noite apresentam *scores* mais elevados. Em relação às Mulheres encontrámos diferenças

estatisticamente significativas nos domínios do estilo de vida (Atividade física/Associativismo, Tabaco, Álcool e Outras Drogas, Comportamento de Saúde e Sexual e Outros comportamentos), nestes domínios os estudantes que gastam até 10 euros tem melhores *scores* de estilo de vida, excetuando no domínio Comportamento de Saúde e Sexual em que as raparigas que gastam mais de 10 euros por saída à noite para atividades recreativas, tem melhor score de estilo de vida.

Quadro 36 – Média e desvio padrão dos vários domínios do EVF em relação ao Gasto Médio por saída à noite para atividades recreativas.

Domínio	Gasto médio	Masculino				Feminino			
		N	Média	dp	p	N	Média	dp	p-value
Família e amigos	Até 10€	1002	3.18	1.09	*0.606	2748	3.39	.91	*0.706
	Mais de 10€	264	3.14	1.11		300	3.37	.96	
Atividade física/Associativismo	Até 10€	1002	3.62	1.47	<*0.001	2748	3.29	1.45	*0.044
	Mais de 10€	264	3.22	1.58		300	3.11	1.40	
Nutrição	Até 10€	1002	3.53	1.17	*0.003	2748	3.60	1.12	*0.268
	Mais de 10€	264	3.28	1.17		300	3.53	1.23	
Tabaco	Até 10€	1002	3.06	1.33	<*0.001	2748	3.21	1.24	<*0.001
	Mais de 10€	264	2.11	1.61		300	2.41	1.54	
Álcool e Outras Drogas	Até 10€	1002	10.42	1.37	<*0.001	2748	11.05	1.06	<*0.001
	Mais de 10€	264	9.39	1.63		300	10.41	1.40	
Sono e Stress	Até 10€	1002	4.24	1.46	*0.954	2748	3.83	1.53	*0.458
	Mais de 10€	264	4.24	1.53		300	3.90	1.64	
Trabalho/Tipo de personalidade	Até 10€	1002	3.63	1.31	*0.060	2748	3.30	1.26	*0.711
	Mais de 10€	264	3.46	1.26		300	3.27	1.33	
Introspeção	Até 10€	1002	4.47	1.47	*0.885	2748	3.96	1.52	*0.106
	Mais de 10€	264	4.46	1.43		300	4.11	1.51	
Comportamento de Saúde e Sexual	Até 10€	1002	3.58	1.30	*0.357	2748	4.03	1.24	*0.024
	Mais de 10€	264	3.67	1.21		300	4.20	1.25	
Outros comportamentos	Até 10€	1002	3.59	.71	<*0.001	2748	3.69	.60	*0.002
	Mais de 10€	264	3.40	.82		300	3.57	.69	

+ Teste t-Student para grupos independentes

Efetuámos a análise da relação existente entre a **satisfação com a autoimagem corporal** e os domínios do estilo de vida (quadro 37), onde se verificou uma diferença estatisticamente significativa nos vários domínios do estilo de vida, tanto nos jovens do sexo masculino como do feminino, excetuando nos domínios Comportamento de Saúde e Sexual e Outros comportamentos ($p=0.240$; $p=0.349$) no caso dos homens. Nas Mulheres, não há diferença de média

no domínio Comportamento de Saúde e Sexual ($p=0.233$). Em relação aos *scores* do estilo de vida nos vários domínios, estes foram sempre superiores no grupo de estudantes que está satisfeito com a sua imagem corporal.

Quadro 37 – Média e desvio padrão dos vários domínios do EVF em relação à Satisfação com a Imagem corporal.

Domínio	Satisfação com Imagem corporal	Masculino				Feminino			
		N	Média	dp	p-value	N	Média	dp	p-value
Família e amigos	Satisfeito	924	3.21	1.09	*0.032	2274	3.46	.86	<*0.001
	Insatisfeito	342	3.06	1.11		774	3.18	1.04	
Atividade física/Associativismo	Satisfeito	924	3.68	1.46	<*0.001	2274	3.33	1.43	<*0.001
	Insatisfeito	342	3.16	1.55		774	3.10	1.49	
Nutrição	Satisfeito	924	3.71	1.07	<*0.001	2274	3.82	1.01	<*0.001
	Insatisfeito	342	2.84	1.21		774	2.93	1.22	
Tabaco	Satisfeito	924	2.93	1.42	*0.003	2274	3.17	1.28	*0.003
	Insatisfeito	342	2.66	1.51		774	3.01	1.33	
Álcool e Outras Drogas	Satisfeito	924	10.27	1.48	*0.017	2274	11.02	1.10	*0.013
	Insatisfeito	342	10.04	1.48		774	10.90	1.15	
Sono e <i>Stress</i>	Satisfeito	924	4.37	1.41	<*0.001	2274	3.93	1.52	<*0.001
	Insatisfeito	342	3.91	1.57		774	3.55	1.59	
Trabalho/Tipo de personalidade	Satisfeito	924	3.71	1.25	<*0.001	2274	3.39	1.25	<*0.001
	Insatisfeito	342	3.27	1.37		774	3.02	1.30	
Introspeção	Satisfeito	924	4.59	1.42	<*0.001	2274	4.09	1.47	<*0.001
	Insatisfeito	342	4.14	1.53		774	3.63	1.60	
Comportamento de Saúde e Sexual	Satisfeito	924	3.63	1.29	*0.240	2274	4.11	1.21	<*0.001
	Insatisfeito	342	3.53	1.26		774	3.86	1.32	
Outros comportamentos	Satisfeito	924	3.56	.73	*0.349	2274	3.69	.60	*0.233
	Insatisfeito	342	3.51	.74		774	3.66	.65	

+ Teste t-Student para grupos independentes

Em relação à correlação entre a perceção do estilo de vida com os vários domínios do estilo de vida (quadro 38), encontrámos correlações positivas estatisticamente significativas, em todos os domínios do estilo de vida, quer nos estudantes do sexo feminino quer masculino.

Quadro 38 – Correlação de *Pearson* (r) entre a Perceção do Estilo de Vida e os vários domínios do questionário “Estilo de Vida FANTÁSTICO”.

Domínio	Masculino		Feminino	
	r	p-value	r	p-value
Família e amigos	0.169	<0.001	0.175	<0.001
Atividade física/Associativismo	0.303	<0.001	0.233	<0.001
Nutrição	0.328	<0.001	0.324	<0.001
Tabaco	0.250	<0.001	0.222	<0.001
Álcool e Outras Drogas	0.270	<0.001	0.196	<0.001
Sono e <i>Stress</i>	0.279	<0.001	0.251	<0.001
Trabalho/Tipo de personalidade	0.254	<0.001	0.238	<0.001
Introspeção	0.251	<0.001	0.235	<0.001
Comportamento de Saúde e Sexual	0.161	<0.001	0.142	<0.001
Outros comportamentos	0.130	<0.001	0.108	<0.001

Quando correlacionámos a autoestima com os vários domínios do estilo de vida (quadro 39) nos jovens do sexo masculino, encontrámos uma correlação positiva com significado estatístico em vários domínios do estilo de vida (**Família e amigos, Atividade física/Associativismo, Nutrição, Sono e Stress, Trabalho/Tipo de personalidade, Introspecção e Comportamento de Saúde e Sexual**). Em relação às jovens do sexo feminino apenas um domínio não apresentou uma correlação estatisticamente significativa (Tabaco, $p=0.393$).

Quadro 39 – Correlação de *Pearson* (r) entre a Autoestima e os vários domínios do questionário “Estilo de Vida FANTÁSTICO”.

Domínio	Masculino		Feminino	
	r	p-value	r	p-value
Família e amigos	0.412	<0.001	0.366	<0.001
Atividade física/Associativismo	0.151	<0.001	0.131	<0.001
Nutrição	0.103	<0.001	0.165	<0.001
Tabaco	0.000	0.992	0.015	0.393
Álcool e Outras Drogas	0.038	0.181	0.048	0.008
Sono e Stress	0.457	<0.001	0.433	<0.001
Trabalho/Tipo de personalidade	0.485	<0.001	0.484	<0.001
Introspecção	0.634	<0.001	0.647	<0.001
Comportamento de Saúde e Sexual	0.251	<0.001	0.196	<0.001
Outros comportamentos	0.022	0.442	0.059	0.001

Quando correlacionámos o bem-estar psicológico com os vários domínios do estilo de vida (quadro 40) nos jovens do sexo masculino, encontrámos uma correlação positiva com significado estatístico na maior parte dos domínios do estilo de vida, excetuando no domínio “Tabaco” e “Outros comportamentos” ($p=0.458$; $p=0.128$). Nas jovens do sexo feminino, encontrámos uma correlação positiva em todos os domínios do estilo de vida.

Quadro 40 – Correlação de *Pearson* (r) entre o Bem-estar Psicológico e os vários domínios do questionário “Estilo de Vida FANTÁSTICO”.

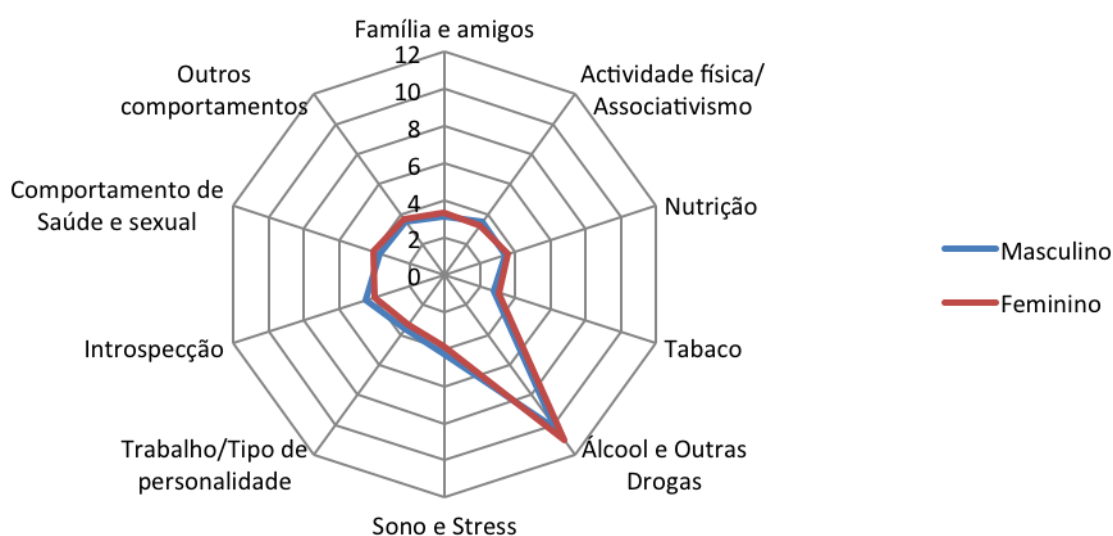
Domínio	Masculino		Feminino	
	r	p-value	r	p-value
Família e amigos	0.406	<0.001	0.376	<0.001
Atividade física/Associativismo	0.170	<0.001	0.159	<0.001
Nutrição	0.119	<0.001	0.145	<0.001
Tabaco	0.021	0.458	0.036	0.048
Álcool e Outras Drogas	0.066	0.018	0.047	0.010
Sono e Stress	0.609	<0.001	0.622	<0.001
Trabalho/Tipo de personalidade	0.669	<0.001	0.667	<0.001
Introspecção	0.708	<0.001	0.738	<0.001
Comportamento de Saúde e Sexual	0.212	<0.001	0.134	<0.001
Outros comportamentos	0.043	0.128	0.054	0.003

Em suma, podemos afirmar que os domínios que contribuem para um estilo de vida menos adequado nos jovens do sexo masculino são a Família e amigos, Nutrição, Tabaco, Álcool e outras drogas, Comportamento de Saúde e Sexual e Outros comportamentos.

Nas jovens do sexo feminino são os domínios Atividade física/Associativismo, Sono e Stress, Trabalho/Tipo de personalidade e Introspeção, que contribuem para um estilo de vida inadequado.

Na figura 14 pode-se identificar as diferenças entre as médias dos vários domínios do EVF, possibilitando identificar quais os domínios que mais contribuem para um estilo de vida não adequado por sexo.

Figura 14 – Gráfico radial das médias dos domínios do EVF por sexo.



Os domínios que contribuem para um estilo de vida inadequado para as raparigas são Atividade física/Associativismo, Trabalho/Tipo de personalidade, Sono e Stress, Introspeção; e, para os rapazes, Família e Amigos, Nutrição, Tabaco, Álcool e Outras drogas, Comportamentos de Saúde e Sexual e Outros comportamentos.

6.7. ETAPA 3: QUESTIONÁRIO “ESTILO DE VIDA FANTÁSTICO” COMO UMA FERRAMENTA DE AUTOMONITORIZAÇÃO DO ESTILO DE VIDA

Esta etapa da investigação teve como finalidade responder ao último objetivo delineado: Analisar de que forma se poderia utilizar o questionário “Estilo de Vida FANTÁSTICO” como uma ferramenta de automonitorização para promoção do estilo de vida em jovens estudantes do ensino superior. Consideramos a automonitorização um conceito que, no contexto de cuidado a si mesmo, permite a supervisão de parâmetros físicos específicos ou sintomas de determinada condição de saúde (Richard e Shea, 2011). A automonitorização é ainda referida por autores (Song e Lipman, 2008), como um subconjunto do autocuidado, mas restringe a definição de automonitorização às atividades realizadas pela pessoa de forma independente e/ou com envolvimento familiar. No entanto Wilde e Garvin (2007) identificaram dois elementos complementares que permitem à pessoa tomar decisões acerca da sua condição de saúde: a tomada de consciência dos sinais e sintomas e os respetivos registos. Tendo em conta a finalidade do estudo acrescentaríamos a visão de Paulo Freire: a conscientização e a predisposição para agir, ou seja, a tomada de consciência do nível de estilo de vida poderia gerar a motivação para modificar comportamentos específicos. Mobilizar as pessoas a atuar em função da sua própria saúde, requer intervenções educativas que promovam a compreensão dos determinantes de saúde, relacionando-os com o quotidiano. Esta reorientação crescente das reflexões teóricas e metodológicas procura superar a visão biomédica e avançar na compreensão da complexidade que caracteriza a área da educação para a saúde (Guimarães e Lima, 2012). As ações educativas podem visar a sensibilização e/ou a conscientização sobre algum problema de saúde, nesse sentido, não se pode deixar de lembrar o quanto as ações preventivas são mais vantajosas que as ações curativas, tanto do ponto de vista económico quer do ponto de vista assistencial, uma vez que podem diminuir a incidência de doenças e contribuir para diminuir a procura de cuidados cada vez mais complexos, mais dispendiosos e por vezes menos efetivos (Saboia e Pinheiro, 2013). Na visão de Freire (2000), o ser humano é histórico, está submerso em condições espaço-temporais e, quanto mais refletir de maneira crítica sobre sua existência, mais poderá influenciar-se e tornar-se mais livre. Com base nestes pressupostos teóricos, fazer com que os jovens participem no processo educativo possibilita, tendo em conta as suas próprias experiências e as suas crenças, a reflexão crítica sobre a sua autonomia na vivência de um estilo de vida saudável, respeitando a si próprio e ao outro (Saboia e Pinheiro, 2013). Ainda segundo Bandura (2004), conhecer os riscos e benefícios para a saúde cria a precondição para

a mudança, pois se faltar conhecimento para as pessoas sobre como seus hábitos de vida influenciam sua saúde, elas terão poucas razões para mudar seus comportamentos. O referido autor afirma que a motivação é aumentada se as pessoas forem ajudadas a ver que as mudanças de hábitos são do seu próprio interesse e ampliando o valor dos objetivos que valorizam. Sendo assim, objetivos de curto prazo, que são mais prováveis de ser alcançados, ajudam as pessoas a ter sucesso por meio de esforços registrados e ações guiadas no presente.

Então, acreditamos que estratégias interventivas adequadas, baseadas nas crenças que os indivíduos têm sobre suas capacidades, tornar-se-ão mais eficazes para promover a mudança de estilos de vida, e podem motivá-los a empreender esforços e serem persistentes perante os obstáculos e impedimentos encontrados.

6.8. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA ETAPA 3

Nesta etapa do estudo inquirimos os respondentes da segunda etapa, após 6 meses de terem participado. Dos inquiridos que consentiram em colaborar, e fornecendo o seu endereço de *e-mail*, foi constituída uma *mailing list* com 520 endereços. A esse conjunto de endereços foi enviado, também por *e-mail*, um *link* para um novo questionário (anexo 8). Cerca de 78 *e-mails* vieram devolvidos imediatamente quer por endereço incorreto, quer porque a caixa de correio estava cheia. Dos 442 *e-mails* que chegaram às caixas de correio respetivas, 189 estudantes responderam ao questionário (taxa de participação cerca de 42.76%), o que consideramos muito bom.

Da **primeira parte do questionário** constavam 4 questões fechadas, com possibilidade de resposta dicotómica de Sim e Não: “Depois de preencher o questionário verificou o que significava o seu resultado?”; “Fez *download* do *flyer* que continha o questionário/classificação/conselhos sobre estilos de vida?”; “Leu e analisou/refletiu sobre o questionário e os conselhos fornecidos através do *flyer*?”; “Esta leitura/reflexão teve algum impacto na sua atitude/comportamento em relação ao seu estilo de vida, anterior?”.

Continha ainda 5 questões abertas: “Se respondeu Sim na última questão, refira a/as áreas do estilo de vida em que isso ocorreu e em que sentido?”; “Se tentou mudar de comportamento/atitude qual a área/áreas do estilo de vida em que teve mais dificuldade?” E porquê?; “Considera que este tipo de instrumento utilizado online, apoia/ajuda a mudança de comportamentos? Qual a sua opinião?”; “Na sua opinião, ao dar-nos o seu contacto, qual foi a necessidade que sentiu/seria importante respondermos? E como considera seria a melhor forma de o podermos fazer?”. No final foi colocado um campo para registo de “Sugestões/Comentários que nos queira enviar”.

A **segunda parte do questionário** era constituída pelo questionário “Estilo de Vida FANTÁSTICO” em que foi analisado por emparelhamento com as respostas ao mesmo na 2ª etapa do estudo. A opinião dos estudantes acerca dos benefícios para a ação foi importante.

6.8.1. Procedimentos de análise dos dados

Os dados obtidos foram transcritos para a base de dados informática construída na etapa anterior do estudo, tendo sido realizado o emparelhamento pelo seu endereço de *e-mail*. Para a análise descritiva, nas variáveis nominais utilizaram-se as frequências absolutas e relativas; nas variáveis contínuas as medidas de tendência central (média e desvio padrão).

Para testar a normalidade das distribuições, aplicámos o teste de aderência à normalidade de Kolmogorov-Smirnov (quadro 41) na variável Estilo de Vida. Verificou-se que o nível de significância obtido (<0.001) é inferior a 0.05, nas variáveis em que se aplicou o teste, não se verificando assim o pressuposto da normalidade (Pestana e Gajairo, 2008).

Quadro 41 – Testes de pressuposto da normalidade do estilo de vida em relação aos dois momentos de avaliação.

EFV	Kolmogorov-Smirnov ^a	
	K-S	Significância
Antes – Estilo de Vida	.094	.000
Depois – Estilo de Vida	.096	.000

a. Correção de Lilliefors

De forma a avaliar a existência de diferenças entre os *scores* do estilo de vida obtidos antes e depois das pessoas se submeterem à realização das tarefas (verificar resultado, fazer *download* do *flyer*, analisar e refletir sobre o *flyer*, analisar o impacto) recorreu-se ao teste não paramétrico de Wilcoxon para duas amostras emparelhadas e o teste de McNemar, de forma a testar a significância estatística na mudança de estilo de vida dos inquiridos antes e depois. Realizou-se ainda o teste não paramétrico de independência do Qui-quadrado, tendo em vista averiguar se a verificação do resultado conduziu a mudanças no estilo de vida (piorar, manter ou melhorar).

Relativamente à interpretação dos dados qualitativos, obtidos através das questões colocadas, recorreu-se à técnica de análise de conteúdo que, segundo Quivy e Campenhoudt (2008:227) “(...) oferece a possibilidade de tratar de uma forma metódica informações e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e complexidade como, por exemplo, os relatórios de entrevistas pouco diretivas”. Segundo Bardin (2014) a análise de conteúdo, “é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores

(quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”.

À medida que foram recolhidos os dados do questionário referentes às questões abertas, foi elaborada uma base de dados com todas as respostas relativas a cada questão que levariam ao conhecimento sobre a utilidade do instrumento “questionário Estilo de Vida FANTÁSTICO”. Depois de recolhida a informação dos questionários, começou por realizar-se uma leitura e releitura longitudinal das narrativas que permitisse ter uma noção global dos dados obtidos. Posteriormente, leram-se e releeram-se todas as respostas às questões formuladas e foram-se organizando no sentido de poderem ser transcritas para serem tratadas. Após esta organização, procurou-se identificar os temas e/ou subtemas que cada resposta refletia. A codificação do conteúdo passou pela escolha das categorias, o que facilitou uma arrumação sintética e significativa do conteúdo dos discursos. Na opinião de Vala (1986, p.110), “as categorias são os elementos chave do código do analista”. No presente estudo, as categorias, foram construídas *a posteriori* e no caso de as questões serem relacionadas com os domínios do questionário definiram-se categorias *a priori* (domínios do questionário). Procedeu-se ainda à análise de dados com o programa Wordle (<http://www.wordle.net/>) que permite analisar o conteúdo das respostas e obter de forma gráfica as palavras mais citadas na resposta a cada questão.

6.9. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS DA ETAPA 3

Dos participantes nesta etapa do estudo (35) 18.5% são do sexo masculino e (154) 81.5% do sexo Feminino. Em relação à média de idade foi de 21.79 ± 1.77 anos.

6.9.1. Análise descritiva

Em relação à 1ª questão fechada: Depois de preencher o questionário verificou o que significava o seu resultado? A maior percentagem de estudantes verificou o que significava o seu resultado final do questionário EVF (80.4%), como se pode comprovar no quadro 42.

Quadro 42 – Distribuição da frequência de respostas à questão “Depois de preencher o questionário verificou o que significava o seu resultado?”

Verificação do resultado	Frequência	%
Não	37	19.6
Sim	152	80.4
Total	189	100.0

Em relação à 2ª questão fechada: Fez *download* do *flyer* que continha o questionário/classificação/conselhos sobre estilos de vida? A maior parte dos estudantes (61.4%) realizaram *download* do *flyer*, que continha o questionário EVF, a interpretação dos resultados e um conjunto de conselhos sobre os estilos de vida (quadro 43).

Quadro 43 – Distribuição da frequência de respostas à questão “Fez *download* do *flyer* que continha o questionário/classificação/conselhos sobre estilos de vida?”

Fez <i>download</i> do <i>flyer</i>	Frequência	%
Não	73	38.6
Sim	116	61.4
Total	189	100.0

Em relação à 3ª questão fechada: Leu e analisou/refletiu sobre o questionário e os conselhos fornecidos através do *flyer*? Foram 58.2% dos estudantes que referiram ter analisado e refletido sobre os conteúdos fornecidos pelo *flyer* (quadro 44).

Quadro 44 – Distribuição da frequência de respostas à questão “Leu e analisou/refletiu sobre o questionário e os conselhos fornecidos através do *flyer*?”

Analisou e refletiu sobre <i>flyer</i>	Frequência	%
Não	79	41.8
Sim	110	58.2
Total	189	100.0

Em relação à 4ª questão fechada: Esta leitura/reflexão teve algum impacto na sua atitude/comportamento em relação ao seu estilo de vida, anterior? Dos estudantes que analisaram e refletiram sobre os conteúdos do *flyer* (110 estudantes), destes, 58.2% referiram que essa análise e reflexão não teve qualquer impacto na sua atitude e comportamento em relação ao seu estilo de vida anterior (quadro 45).

Quadro 45 – Distribuição da frequência de respostas à questão “Esta leitura/reflexão teve algum impacto na sua atitude/comportamento em relação ao seu estilo de vida anterior?”

A análise teve impacto	Frequência	%
Não	64	58.2
Sim	46	41.8
Total	189	100.0

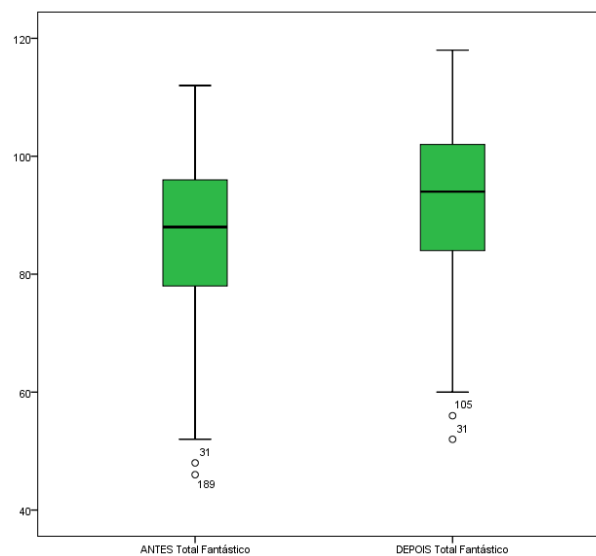
6.9.2. Análise inferencial

Dado que os pressupostos para aplicação de testes paramétricos não foram satisfeitos (normalidades das distribuições nas duas medições) (quadro 41), de forma a avaliar a existência de diferenças entre os *scores* do estilo de vida obtidos antes e depois das pessoas se submeterem à realização de determinadas tarefas (verificar resultado, fazer *download* do *flyer*, analisar e refletir sobre o *flyer*, analisar o impacto) recorreu-se ao teste não paramétrico de Wilcoxon para duas amostras emparelhadas, (quadro 46). Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os *scores* de estilo de vida medidos nos dois momentos (WilcoxonZ = -8.3; p-valor <0001). De facto, a média das ordenações dos *scores* de estilo de vida das pessoas depois de submetidas às tarefas (88.71) é superior às médias das ordenações dos *scores* de estilo de vida das pessoas antes de serem submetidas às tarefas (59.90).

Quadro 46 – Teste de Wilcoxon para o estilo de vida em dois momentos

	n	Média dos postos	Somatório	Z	p
Diminuíram	30 ^a	59.90	1797.00	-8.300 ^b	.000
Aumentaram	136 ^b	88.71	12064.00		
Mantiveram	23 ^c				
Total	189				

Figura 15 – Distribuição dos *scores* de Estilo de Vida antes e depois das pessoas serem submetidas à realização das tarefas: verificar resultado, fazer *download* do *flyer*, analisar e refletir sobre o *flyer*, analisar impacto)



De forma a testar a significância estatística na mudança de estilo de vida dos inquiridos antes e depois de serem submetidos à realização das tarefas, ou seja, de forma a averiguar se é ou não igual a proporção de pessoas que alterou o seu estilo de vida de adequado para não adequado ou de não adequado para adequado, aplicou-se o teste de McNemar. Como se pode constatar, a proporção de pessoas que alterou o seu estilo de vida é estatisticamente significativa (McNemar p-valor = 0.001; n = 189).

Após observação (figura 15 ou quadro 47) verifica-se que antes das pessoas serem submetidas à realização das tarefas existiam 33 (17.5%) que não tinham um estilo de vida adequado e após realização das tarefas apenas 18 (9.5%) pessoas que não melhoraram o estilo de vida. Salienta-se que das 189 pessoas inquiridas, 18 alteraram o seu estilo de vida de não adequado para adequado enquanto apenas 3 pessoas que tinham um estilo de vida adequado passaram a estar classificadas num estilo de vida não adequado. Ou seja, das 21 pessoas que alteraram o seu comportamento, a maioria fê-lo no sentido de melhorar o seu estilo de vida.

Quadro 47 – Tabela de contingência que relaciona os dois momentos de avaliação dos Estilos de Vida (avaliação inicial e 2ª avaliação do Estilo de Vida)

Avaliação inicial EVF_CategAN * 2ª avaliação EVF_CategAN					
			2ª avaliação EVF		Total
			Não adequado	Adequado	
Avaliação inicial EVF	Não adequado	n	15	18	33
		% Avaliação inicial EVF	45.5%	54.5%	100.0%
		% 2ª avaliação EVF	83.3%	10.5%	17.5%
	Adequado	n	3	153	156
		% Avaliação inicial EVF	1.9%	98.1%	100.0%
		% 2ª avaliação EVF	16.7%	89.5%	82.5%
Total		n	18	171	189
		% Avaliação inicial EVF	9.5%	90.5%	100.0%
		% 2ª avaliação EVF	100.0%	100.0%	100.0%

Teste de McNemar p-valor = 0.001; n = 189

Tendo em vista averiguar se a verificação do resultado conduziu a mudanças no estilo de vida (piorar, manter ou melhorar), realizou-se o teste não paramétrico de independência do Qui-quadrado. Este tem por base a análise da tabela de contingência que relaciona as duas características (Quadro 48).

O referido teste revelou a existência de relação entre as duas características ($\chi^2_{(2)} = 45.220$; p-valor < 0.001), ou seja, o facto da pessoa verificar o resultado obtido influencia a mudança no estilo de vida. De facto, observaram-se mais pessoas do que as esperadas que melhoraram o seu estilo de vida e que verificaram o resultado obtido na avaliação inicial. Além disso, verificaram-se também mais pessoas do que as esperadas que pioraram o seu estilo de vida e não verificaram o resultado da avaliação inicial. Posto isto, pode dizer-se que é mais provável que uma pessoa que tenha verificado o resultado melhore o seu estilo de vida e que uma pessoa que não tenha verificado o resultado piore o seu estilo de vida.

Quadro 48 – Tabela de contingência que relaciona a evolução do Estilo de Vida com a verificação de resultado

			Evolução Estilo de Vida (Avaliação inicial – 2ª Avaliação)			Total
			Pior estilo de vida	Igual estilo de vida	Melhor estilo de vida	
Verificação do resultado	Não	n	19	5	13	37
		%	51.4%	13.5%	35.1%	100.0%
		% Total	63.3%	21.7%	9.6%	19.6%
	Sim	n	11	18	123	152
		%	7.2%	11.8%	80.9%	100.0%
		% Total	36.7%	78.3%	90.4%	80.4%
Total		n	30	23	136	189
		%	15.9%	12.2%	72.0%	100.0%
		% total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

$$\chi^2_{(2)} = 45.220; p\text{-valor} < 0.001$$

Para averiguar se ter feito *download* do *flyer* conduziu a mudanças no estilo de vida (piorar, manter ou melhorar), realizou-se o teste não paramétrico de independência do Qui-quadrado. Este tem por base a análise da tabela de contingência que relaciona as duas características (quadro 49).

O referido teste revelou a existência de relação entre as duas características ($\chi^2_{(2)} = 33.247$; $p\text{-valor} < 0.001$), o que significa que, o facto de a pessoa fazer *download* do *flyer* condiciona o estilo de vida. De facto, observaram-se mais pessoas do que as esperadas que mantiveram ou pioraram o seu estilo de vida e não fizeram *download* do *flyer*. Além disso, observaram-se também mais pessoas do que as esperadas que melhoraram o seu estilo de vida e fizeram *download* do *flyer*. Pode assim dizer-se que é mais provável que uma pessoa que faça *download* do *flyer* melhore o seu estilo de vida e que uma pessoa que não tenha feito *download* do *flyer* mantenha ou piore o seu estilo de vida.

Quadro 49 – Tabela de contingência que relaciona a evolução do Estilo de Vida com o ter realizado *download* do *flyer*

			Evolução do estilo de vida (Depois – Antes)			Total
			Pior estilo de vida	Igual estilo de vida	Melhor estilo de vida	
Fez <i>download</i> do <i>flyer</i>	Não	n	24	13	36	73
		%	32.9%	17.8%	49.3%	100.0%
		% Total	80.0%	56.5%	26.5%	38.6%
	Sim	n	6	10	100	116
		%	5.2%	8.6%	86.2%	100.0%
		% Total	20.0%	43.5%	73.5%	61.4%
Total		n	30	23	136	189
		%	15.9%	12.2%	72.0%	100.0%
		% Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

$$\chi^2_{(2)} = 33.247; p\text{-valor} < 0.001$$

De forma a averiguar se a análise e reflexão sobre o *flyer* conduziu a mudanças no estilo de vida (piorar, manter ou melhorar), realizou-se o teste não paramétrico de independência do Qui-quadrado, com base na análise da tabela de contingência que relaciona as duas características (quadro 50).

O referido teste revelou a existência de relação entre as duas características ($\chi^2_{(2)} = 29.024$; $p\text{-valor} < 0.001$), o que quer dizer que o facto da pessoa analisar e refletir sobre o *flyer* influencia o estilo de vida. O número de pessoas que melhorou o seu estilo de vida após análise e reflexão do *flyer* foi superior ao esperado. Observou-se também que o número de pessoas que manteve ou piorou o estilo de vida e que não refletiu e analisou o *flyer* foi também superior ao esperado.

Posto isto, pode dizer-se que é mais provável que uma pessoa que tenha analisado e refletido sobre o *flyer* melhore o seu estilo de vida e que uma pessoa que não tenha analisado e refletido sobre o *flyer* mantenha ou piore o seu estilo de vida.

Quadro 50 – Tabela de contingência que relaciona a evolução do Estilo de Vida com o ter analisado e refletido sobre o *flyer*

			Evolução do estilo de vida (Depois – Antes)			Total
			Pior estilo de vida	Igual estilo de vida	Melhor estilo de vida	
Analisou e refletiu <i>flyer</i>	Não	n	24	14	41	79
		%	30.4%	17.7%	51.9%	100.0%
		% Total	80.0%	60.9%	30.1%	41.8%
	Sim	n	6	9	95	110
		%	5.5%	8.2%	86.4%	100.0%
		% Total	20.0%	39.1%	69.9%	58.2%
Total		n	30	23	136	189
		%	15.9%	12.2%	72.0%	100.0%
		% Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

$$\chi^2_{(2)} = 29.024; \text{ p-valor} < 0.001$$

Por fim, com a finalidade de averiguar se o facto de a análise ter tido ou não impacto nas mudanças no estilo de vida (piorar, manter ou melhorar), realizou-se o teste não paramétrico de independência do Qui-quadrado, tendo por base a análise da tabela de contingência que relaciona as duas características (quadro 51).

O referido teste revelou a existência de relação entre as duas características ($\chi^2_{(2)} = 17.230$; p-valor <0.001), o que significa que, o facto de a análise ter ou não impacto nas pessoas condiciona o seu estilo de vida. De facto, observaram-se mais pessoas do que as esperadas que mantiveram ou pioraram o seu estilo de vida e em quem a análise não teve impacto. Além disso, detetaram-se também mais pessoas do que as esperadas que melhoraram o seu estilo de vida e em quem a análise teve impacto. Pode assim concluir-se que é mais provável que uma pessoa em quem a análise teve impacto melhore o seu estilo de vida e que uma pessoa em quem a análise não teve impacto mantenha ou piore o seu estilo de vida.

Quadro 51 – Tabela de contingência que relaciona a evolução do Estilo de Vida com o fato de análise do *flyer* ter tido impacto

			Evolução do estilo de vida (Depois – Antes)			Total
			Pior estilo de vida	Igual estilo de vida	Melhor estilo de vida	
A análise teve impacto	Não	n	28	23	92	143
		%	19.6%	16.1%	64.3%	100.0%
		% Total	93.3%	100.0%	67.6%	75.7%
	Sim	n	2	0	44	46
		%	4.3%	0.0%	95.7%	100.0%
		% Total	6.7%	0.0%	32.4%	24.3%
Total		n	30	23	136	189
		%	15.9%	12.2%	72.0%	100.0%
		% Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

$$\chi^2_{(2)} = 17.230; p\text{-valor} < 0.001$$

6.9.3. Utilidade do questionário “Estilo de Vida FANTÁSTICO”

Os estudantes responderam também a um conjunto de questões abertas, essencialmente sobre o questionário “Estilo de Vida FANTÁSTICO” e a forma como foi aplicado, no sentido de perceber se este instrumento poderia ser uma ferramenta de automonitorização do estilo de vida.

A primeira questão surge na sequência da questão fechada “Esta leitura/reflexão teve algum impacto na sua atitude/comportamento em relação ao seu estilo de vida, anterior?” Se respondessem positivamente a esta questão, pedia-se então que respondessem à questão “Se respondeu Sim, refira a/as áreas do estilo de vida em que isso ocorreu e em que sentido?”

Observa-se no quadro 52 que 34 dos 46 que responderam afirmativamente especificaram que mudanças ocorreram. A maioria destes estudantes assinalou a atividade física/associativismo (32.3%), ex: E1 – *Na parte da atividade física, comecei a praticar caminhadas, a nutrição* (32.3%), ex: E23 – *Alimentação mais saudável, utilizando o que tenho à minha disposição da terra, comendo mais grelhados; e legumes e estilo de vida global* (11.8%), ex: *Estilo de vida: E8 – Comecei a ter mais atenção ao meu estilo de vida.*

Quadro 52 – Distribuição dos domínios do Estilo de Vida em que houve impacto, referidos pelos estudantes, utilizados no questionário “Estilo de Vida FANTÁSTICO”

Domínios do EVF	Frequência de respostas dos estudantes	%
Atividade Física/Associativismo	11	32.3
Nutrição	11	32.3
Tabaco	1	3.0
Sono e Stress	2	5.9
Introspeção	2	5.9
Comportamentos de saúde física	3	8.8
Estilo de Vida Global	4	11.8
Total	34	100.0

Quando se analisa a resposta à questão “Refira a/as áreas do estilo de vida em que isso ocorreu e em que sentido?” com a web ferramenta *Wordle*, obteve-se uma nuvem de palavras que evidencia as palavras mais referidas. As áreas do estilo de vida que os estudantes mais salientaram foram: ALIMENTAÇÃO, EXERCÍCIO FÍSICO, STRESS, TABACO, NUTRIÇÃO, DESPORTO.

Figura 16 – Nuvem de palavras das respostas à questão “Refira a/as áreas do Estilo de Vida em que isso ocorreu e em que sentido?”



Quanto à 2ª parte da pergunta que está relacionada e em que sentido a leitura/reflexão do *flyer* teve impacto na sua atitude/comportamento em relação ao seu estilo de vida anterior? Saliencia-se o consumo de LEGUMES e LEGUMINOSAS, o cuidado com o número de REFEIÇÕES, tentativa de realizar mais EXERCÍCIO FÍSICO, tentar comer MELHOR, realizar melhorias ao nível do *STRESS* e do humor e começar a ter mais atenção ao ESTILO de vida de uma forma global.

Em relação à 2ª questão “Se tentou mudar de comportamento/atitude qual a área/áreas do *estilo de vida em que teve mais dificuldade? E porquê?*”, observou-se que o maior número de respostas em que os estudantes tiveram mais dificuldade em mudar de comportamento foi ao nível do domínio Nutrição (ex: E12 – *A alimentação, por vezes é difícil recusar alimentos que sabem muito bem, mas que são pouco aconselhados para uma alimentação saudável, sobretudo os doces...*) e Atividade física/Associativismo (E14 – *Praticar mais exercício físico, que se tornou mais difícil pela indisponibilidade temporal.*), 40.0% e 37.5% respetivamente Quadro 53.

Quadro 53 – Distribuição da frequência das respostas à questão “Se tentou mudar de comportamento/atitude qual a área/áreas do Estilo de Vida em que teve mais dificuldade?”

Domínios do EVF	Frequência de respostas dos estudantes	%
Família e Amigos	3	7.5
Atividade Física/Associativismo	15	37.5
Nutrição	16	40.0
Tabaco	3	7.5
Sono e <i>Stress</i>	1	2.5
Introspeção	2	5.0
Total	40	100.0

É visível, analisando a nuvem de palavras (figura 17), que se salientam algumas palavras relacionadas com a ALIMENTAÇÃO e o EXERCÍCIO FÍSICO; alguns estudantes referiram a DIFICULDADE na redução de consumo de TABACO e na vigilância de SAÚDE: referem como dificuldade o facto de uma pessoa ser INTROVERTIDA para estabelecer uma relação INTER-PESSOAL; outras das dificuldades manifestadas foram relacionadas com a gestão do tempo ou DISPONIBILIDADE para realizar mudanças de comportamento.

As expressões utilizadas para enfatizar a utilidade relativa à obtenção de conhecimento foram bastante interessantes, pois muitas enquadram-se na autoperceção do estilo de vida relacionado com a saúde: E2 – *Acho que saber em que categoria me inseria foi a melhor ajuda, pois fez-me pensar na minha saúde*; E3 – *Apenas a curiosidade de saber que estilo de vida tinha*; E24 – *Porque me interessa muito pelas questões de alimentação saudável, estilo de vida saudável. Muitas vezes o que se lê na imprensa generalista não é fiável e sendo este estudo conduzido por uma entidade académica, poderia ser uma fonte de informação credível*; E29 – *Este estudo é muito interessante e importante nos dias de hoje, pois cada vez mais se observa um estilo de vida da população bastante sedentário. Por outro lado, o interesse em colaborar deve-se ao facto de ser estudante desta área*; E35 – *Seria importante na medida em que me ajuda a perceber se o meu estilo de vida é o mais adequado ou se deveria fazer algumas alterações*; E42 – *Sinto que necessito de ser constantemente lembrado sobre a necessidade de ter um estilo de vida saudável*.

Outros enfatizam o meio pelo qual foram contactados, enfatizando ainda a utilidade:

E49 – *É sempre favorável um contacto após o preenchimento de um inquérito, pois mostra que continua a haver interesse por quem respondeu e não apenas para aquele momento. Relativamente a este em específico, é benéfico um contacto posterior, visto que assim poder-se-ia saber até que ponto o inquirido poderia avaliar o seu próprio estilo de vida*; E50 – *Na minha opinião, foi vantajoso (para nós, os questionados) termos um feedback, sobre medidas a tomar e melhorar acerca dos hábitos de vida, tornou-se mais interessante e interativo, do que somente responder aos questionários e sentir que foi apenas mais um questionário*.

E52 – *Penso que todos deveríamos responder a inquéritos deste género, não só para ajudar em determinados estudos, como também para nós são vantajosos, uma vez que nos leva a refletir sobre determinadas situações, que nos fazem melhorar a nível pessoal e social. O contacto via e-mail é bastante útil*; E6 – *Gosto de responder a questionários, acredito que com eles aprendamos alguma coisa e também porque gosto de ajudar de alguma forma os outros. Acho que por e-mail é uma boa opção, visto que a maioria dos questionários é feito em tempo de aulas e por papel! ou seja... demorosos*; E10 – *Claro, primeiro porque é sempre bom ter um feedback dos questionários que semanalmente recebemos via e-mail. E como na questão anterior, acho fundamental esta autoajuda via online!*

CAPÍTULO VII – DISCUSSÃO

A promoção da saúde é um dos domínios de atuação da enfermagem no comportamento dos indivíduos que levam à melhoria do seu estilo de vida e à procura atempada de cuidados de saúde preventivos e/ou de diagnóstico precoce. Mas os comportamentos de saúde dependem muito das características e experiências individuais, dos sentimentos e dos conhecimentos sobre os comportamentos de promoção da saúde desejáveis que se querem (ou não) alcançar. Em jovens esta problemática agrava-se, dadas as características deste grupo etário que tende a experienciar o “risco” e a não valorizar comportamentos preventivos. Enquanto os jovens até ao final do ensino secundário estão abrangidos pelo Programa Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2014), que preconiza intervenções educativas para melhorar estilos de vida, para os jovens do ensino superior não existem políticas de saúde a nível nacional. Por outro lado, poucas são as instituições que organizam programas integrais de promoção da saúde. No entanto, acreditamos que promover a saúde neste grupo etário, de transição para a idade adulta, é um investimento em saúde.

Para compreender melhor a situação de saúde em populações de jovens universitários, realizámos um estudo sobre os estilos de vida relacionados com a saúde a estudantes do ensino superior. Esta investigação permitiu recolher dados sobre os estilos de vida dos estudantes do ensino superior que poderão ser úteis para o desenvolvimento e implementação de estratégias de promoção da saúde baseadas na autoresponsabilização.

Propomo-nos salientar os dados mais relevantes encontrados e confrontá-los com a literatura, embora já tenhamos realizado alguma análise aos resultados obtidos. Para facilitar a compreensão da temática organizamo-la sequencialmente de acordo com as três etapas do estudo e de modo a permitir responder às questões de investigação. De seguida apresentamos algumas considerações que este estudo evocou.

ETAPA 1

A primeira dificuldade encontrada foi medir o construto "estilo de vida" devido à existência de múltiplas dimensões que o compõem e à dificuldade em o medir de uma forma direta ou de uma maneira objetiva. Por isso, este construto somente pode ser estimado e não medido. Para medir o estilo de vida propusemo-nos traduzir, adaptar e validar o questionário “*Tienes un estilo de vida fantástico?*” da autoria de Lange e Vio (2006) publicado no “*Guía para*

universidades saludables y otras instituciones de educación superior". Verificámos que o questionário "Estilo de Vida FANTÁSTICO – EVF" (Silva, Brito, Amado, 2014) é um bom instrumento para avaliar os estilos de vida dos jovens pelas razões que passamos a apresentar.

A proposta inicial desta etapa baseou-se na ideia de ter um instrumento adaptado para diversas línguas e culturas, oferecendo assim a possibilidade de comparação de resultados em diferentes condições culturais e a sua aplicação em estudos multicêntricos e internacionais. O questionário "Estilo de Vida FANTÁSTICO" tem sido utilizado como ferramenta de avaliação do estilo de vida, por vários programas de saúde de vários países, sendo um exemplo o plano Canadano para avaliação da atividade física, aptidão e estilo de vida, em 1996. Mais recentemente o EVF foi também incorporado ao programa para as universidades saudáveis e outras instituições do ensino superior, no Chile desde 2006, servindo para avaliar os principais elementos que caracterizam o estilo de vida adequado para a saúde (Lange e Vio, 2006). Estudos já realizados em outros países têm concluído que o EVF apresenta validade de conteúdo e boa consistência para avaliar o estilo de vida em pessoas saudáveis (Rodríguez-Añez *et al.*, 2008; Ramírez-Vélez e Agredo, 2012), hipertensos (López-Carmona *et al.*, 2000) e doentes com diabetes tipo 2 (Rodríguez-Moctezuma *et al.*, 2003).

No presente estudo, o questionário EVF apresentou uma fiabilidade, avaliada através do índice α de Cronbach (0.71), ligeiramente superior ao obtido por Rodríguez-Añez *et al.* (2008) em adultos jovens, inferior ao obtido por Rodríguez-Moctezuma *et al.* (2003) em diabéticos tipo 2 e semelhante ao obtido por Ramírez-Vélez e Agredo (2012) em adultos saudáveis. De acordo com Hill e Hill (2008), é considerado aceitável para a validade interna do instrumento o alfa entre 0.7 e 0.8.

A reprodutibilidade foi avaliada item a item, domínio a domínio e considerando o score global. A obtida no presente estudo, avaliada por meio do método teste-reteste, foi de $R = 0.90$, semelhante ao obtido por Rodríguez-Añez *et al.* (2008) que foi de $R = 0.92$ e superior obtido a Rodríguez-Moctezuma *et al.* (2003) que foi de $R = 0.84$.

Esta primeira etapa do estudo reforça a necessidade de existirem instrumentos que permitam não só comparações geográficas e temporais como a formação de redes internacionais de peritos e recursos, imperiosos para o fortalecimento das políticas da saúde e promoção da saúde no contexto do ensino superior, como é o caso da rede PEER (Brito e Mendes, 2009). Consideramos que este instrumento tem propriedades do ponto de vista epidemiológico, pois

mostrou ser simples, de fácil compreensão e aplicação, podendo ser utilizado na forma de autopreenchimento.

É de ressaltar que permite num mesmo instrumento combinar múltiplos domínios do estilo de vida relacionados com a saúde, e realizar o diagnóstico dos estilos de vida numa perspetiva mais ampla. Por conseguinte, a explicação e a melhor compreensão dos diferentes domínios do estilo de vida que são mais ou menos saudáveis, pode facilitar o desenho de melhores intervenções de promoção da saúde no contexto universitário.

Outro aspecto a destacar sobre este instrumento é a possibilidade de utilização como um recurso pedagógico que permita, para além do autodiagnóstico de estilo de vida, a gestão pelo próprio indivíduo do seu estilo de vida nos vários domínios avaliados pelo questionário. Contar com instrumentos deste tipo, que tenham validade e fiabilidade, permitirá aos profissionais de saúde identificar de forma rápida e objetiva os fatores de risco e prognóstico do estilo de vida que podem ser melhorados com intervenções educativas e a participação comprometida do indivíduo (Wilson e Ciliska, 1984; Rodriguez-Añez *et al.*, 2008).

Em forma de síntese podemos dizer que os resultados encontrados apontam que o questionário “Estilo de Vida FANTÁSTICO – EVF” possui medidas psicométricas adequadas, e portanto confiáveis, para avaliar o estilo de vida dos jovens adultos que apresentam características semelhantes aos participantes do estudo.

ETAPA 2

Procedemos à averiguação de quais as dimensões do estilo de vida que estarão mais afetadas nos estudantes do ensino superior. Caracterizámos os estilos de vida dos estudantes (de licenciatura e mestrado integrado) do ensino superior, com uma abordagem quantitativa e descritivo-correlacional. Este estudo limitou-se aos estudantes da Região Centro de Portugal que foram inquiridos via *online* (N=4314) acerca dos estilos de vida e variáveis relacionadas com o comportamento anterior, fatores pessoais e comportamento específico. Utilizámos as escalas para avaliar o estilo de vida (EVF), a autoestima (*Escala de Autoestima de Rosemberg*), o bem-estar psicológico (*Questionário de Bem-Estar Psicológico*). Relativamente à consistência interna das escalas utilizadas foram encontrados valores de α de Cronbach superiores a 0.70, valor considerado pela maioria dos autores (Freitas e Rodrigues, 2005; Pestana e

Gajeiro, 2008; Marôco, 2011) como revelador de boa consistência interna e congruente com estudos anteriores para populações semelhantes.

Dos resultados obtidos na caracterização dos participantes segundo as dimensões propostas por Pender *et al.* (2002) – comportamento anterior, fatores pessoais e comportamento específico – obtivemos informação que foi comparada com estudos desenvolvidos na mesma temática e contexto, sempre que possível.

Obtivemos em relação ao **comportamento anterior**, uma média global do estilo de vida de 86.11(±12.38); quando categorizado segundo o ponto de corte (73 pontos) 85.4% dos estudantes encontravam-se na categoria Adequado e 14.6% num estilo de vida inadequado para a saúde. Esta proporção de pessoas com estilo de vida inadequado (14.6% dos estudantes), é superior ao encontrado por Pacheco *et al.* (2014) num estudo realizado numa universidade pública do sul do Brasil, (716 estudantes) que foi de 5.3%. Ainda no mesmo país, Silva *et al.* (2012) encontrou um valor de 3.3% numa amostra probabilística de 217 estudantes na Universidade Federal de Sergipe, com um estilo de vida inadequado, sendo de salientar que este estudo só foi realizado com estudantes pertencentes à licenciatura de educação física. Também Fernandez (2010), num estudo realizado no México, com estudantes de diversas licenciaturas verificou que 92.8% deles classificou o seu estilo de vida como adequado e 7.2% como não adequado. Em Portugal, Loureiro (2012) aplicou o mesmo instrumento na Escola Superior de Saúde de Leiria e concluiu que dos 177 estudantes 3.4% tinham um estilo de vida inadequado, sendo que os estudantes que participaram no estudo eram todos de cursos da área da saúde. No estudo de Martins, Pacheco e Jesus (2008), realizado na Universidade do Algarve com uma amostra de 180 estudantes, 7.2% dos estudantes de diversos cursos apresentaram um estilo de vida inadequado. Os dados do nosso estudo revelam que os estilos de vida adotados pelos estudantes no ensino superior apresentam valor percentual cerca de 3 vezes superior ao dos outros estudos.

Analisando algumas atividades que podem comprometer a saúde verificou-se que, da amostra estudada, 22.0% dos estudantes referiram já ter algum tipo de vício ou dependência e 30.8% referiu sair 2 ou mais noites por semana para atividades recreativas. Este valor é mais elevado do que no estudo de Loureiro (2012): encontrou um valor em que cerca de 18% dos 177 estudantes saíam para atividades recreativas mais do que duas vezes por semana. Dos estudantes participantes, 13.1% referiu gastar mais de 10 euros por cada saída à noite para atividades recreativas.

Verificámos que em relação aos **fatores pessoais**, 70.7% dos jovens participantes eram do sexo feminino, ou seja, em consonância com o predomínio do sexo feminino nos estudantes do ensino superior. Pordata (2015) vem confirmar a feminização do ensino superior em Portugal, pois evidencia que, dos estudantes matriculados no ensino superior no ano de 2013, 53.2% eram do sexo feminino, diferença que se verifica desde 1986 até aos dias de hoje. Como seria de esperar, a maioria dos estudantes referiram ser solteiros (98.3%), 88.2% referiram ter agregados familiares constituídos até 4 pessoas; 56.6% referiram ter rendimento do agregado familiar entre 1 e 3 salários mínimos. O estudo de Santos *et al.* (2014) efetuado numa Universidade do Sul do Brasil, com uma amostra de 720 estudantes verificou que o rendimento do agregado familiar se situava entre 3 e 5 salários mínimos. 65.6% referiram estar deslocados da sua residência habitual, 55.9% e 50.4% referiram que as habilitações académicas do pai de mãe respetivamente se encontram na categoria até ao 9º ano de escolaridade, valores superiores ao encontrados por Alcântara da Silva *et al.* (2015) na Universidade de Lisboa, em que obtiveram uma percentagem de 47.0% para os pais e 35.2% para as mães com um mesmo nível de escolaridade até ao 9º ano de idade. Também os resultados encontrados por Pacheco *et al.* (2014) no contexto de uma Universidade do Sul do Brasil (Universidade Federal de Santa Catarina) em que cerca de 82% dos estudantes referem que os pais possuem 9 ou mais anos de habilitações literárias e 18% tem menos de 9 anos de escolaridade. 95.9% referiram frequentar o ensino superior público, valor superior ao referenciado pela Pordata (2015), que no ano de 2013 estavam matriculados no subsistema de ensino superior público 81.9% dos estudantes matriculados no ensino superior nesse ano em Portugal e 63.0% o subsistema de ensino Universitário, valor próximo ao referido pela Pordata (2015) que no ano de 2013 indica que estavam matriculados no ensino universitário 66.2% e 33.7% no ensino politécnico em Portugal; 67.3% dos estudantes participantes no estudo estão a frequentar instituições de ensino superior pertencentes ao distrito de Coimbra; e 15.3% referiram que além de estudar também trabalhavam, valor inferior ao encontrado por Silva *et al.* (2012) numa Universidade Brasileira, numa amostra probabilística de 217 estudantes, em que 32.3% referiam ter um trabalho remunerado.

Em relação ao IMC 74.4% dos estudantes pertencem à categoria considerada normal e 3.2% foram considerados obesos. Também o estudo de Alcântara da Silva *et al.* (2015) realizado em 2012 nas Universidades de Lisboa (n=3327) encontrara 76.2% de estudantes com um IMC normoponderal e 2.6% de estudantes com obesidade, valor ligeiramente inferior ao do nosso estudo.

Quanto à autoestima obtivemos uma média de 30.12(±4.95) (assumindo a escala valores de 10 a 40), valor ligeiramente inferior ao obtido por Agante *et al.* (2010) numa amostra de 111 estudantes universitários de Coimbra, Aveiro e Leiria, em que a média encontrada foi de 34.60(±4.32); no entanto, o valor médio encontrado significa que os inquiridos apresentam uma boa autoestima.

Em relação à satisfação com a imagem corporal, 74.1% dos estudantes referiram estar satisfeitos, valor inferior ao estudo de Ferrer *et al.* (2000) com estudantes espanhóis (n=527), em que 84% consideram estar satisfeitos com a sua imagem corporal.

Quanto às variáveis relacionadas com o **comportamento específico**, verificámos que 44.8% dos estudantes referiram sentir-se motivados para a mudança de comportamento no sentido de melhorar os estilos de vida. O maior grupo de estudantes participantes de acordo com a área de formação é do grupo das Ciências Sociais, Comércio e Direito (23.7%) e o menor grupo é da área de Agricultura (2.5%). Quanto à experiência no ensino superior 29.3% dos estudantes referiram ser o 1º ano que está no ensino superior. Também o estudo de Alcântara de Silva *et al.* (2015) apresenta valores semelhantes: os estudantes do 1º ano eram 20.6% dos respondentes e cerca de 79.3% matriculados em outros anos (2º, 3º, 4º e 5º ano), valor superior ao encontrado no nosso estudo, em que 70.7% referiram que já tem 2 ou mais anos de experiência no ensino superior. Dos estudantes que se encontram deslocados 80.8% vive com amigos, valor mais elevado ao registado por Alcântara da Silva *et al.* (2015) na Universidade de Lisboa, em que 48.8% dos estudantes vive atualmente em convivência com amigos ou conhecidos.

Analisando a **influência de alguns fatores nos estilos de vida** verificámos que, em relação às variáveis do **comportamento anterior** com a média do estilo de vida global, encontrou-se diferenças significativas estatisticamente em todas as variáveis (ter vícios ou dependências, número de saídas semanais, gasto por cada saída à noite para atividades recreativas), ou seja: podemos afirmar que a média do estilo de vida é superior nos estudantes que referem não ter vícios ou dependências, que não saíram ou saíram apenas uma vez por semana para atividades recreativas e que gastam um valor inferior a 10 euros por cada saída para atividades recreativas.

Categorizando o estilo de vida em Adequado e Não adequado, mantêm-se as diferenças estatisticamente significativas nas variáveis: vícios ou dependências e o gasto em euros por cada saída para atividades recreativas. Ou seja, houve uma maior proporção de estudantes

sem vícios ou dependências com um estilo de vida adequado (89.1%). Quanto aos estudantes que tiveram gastos até 10 euros por cada saída para atividades recreativas, a proporção de estudantes com um estilo de vida adequado foi de 86.6%.

Quando analisámos as variáveis relativas aos **fatores pessoais** e a média do estilo de vida encontrámos diferenças significativas estatisticamente nas variáveis seguintes: sexo, IMC, autoimagem, número de pessoas que constituem o agregado familiar, rendimento do agregado familiar, situação de residência. Em síntese: diríamos que a média de estilo de vida foi superior nos indivíduos do sexo feminino, que se enquadram na categoria de IMC normal, estão satisfeitos com a sua imagem corporal, vivem com as famílias, em agregados com mais de 4 elementos e com rendimento de mais de 10 salários mínimos.

Da mesma forma, em relação aos **fatores pessoais** e o estilo de vida categorizado em Adequado e Não adequado, encontrou-se diferenças estatisticamente significativas nas variáveis: sexo, IMC, autoimagem, estatuto do estudante e rendimento do agregado familiar. Ou seja, em relação à variável sexo é no feminino que se encontra a maior proporção de estudantes com um estilo de vida adequado (86.2%) *versus* (83.3%) nos estudantes do sexo masculino, o que vai de encontro aos resultados obtidos anteriormente por Loureiro (2012) em que obteve uma maior proporção de estudantes do sexo feminino com um estilo de vida adequado (98.14%), em relação aos estudantes do sexo masculino (81.25%). Também Dixe *et al.* (2010) num estudo sobre a saúde dos estudantes do Instituto Politécnico de Leiria, concluiu que os estudantes do sexo feminino apresentam práticas e comportamentos mais saudáveis que os jovens do sexo masculino.

Em relação à autoimagem corporal é nos estudantes que estão satisfeitos com a sua imagem que se encontra a maior proporção de estudantes com um estilo de vida adequado (88.9%). Em relação ao rendimento do agregado dos estudantes é no grupo dos que têm 3 a 6 salários mínimos de rendimento que se encontra a maior proporção de estudantes (86.5%).

Quando analisámos as variáveis relativas ao **comportamento específico** e a média do estilo de vida encontrámos diferenças estatisticamente significativas nas variáveis área de formação e com quem vivem atualmente os estudantes. Em síntese, diríamos que a média do estilo de vida é superior nos estudantes pertencentes a área de formação de Educação e nos que vivem com a família, ou seja, nos que não estão deslocados. Tendo em conta as diferenças por área de formação, também Albuquerque e Matos (2003), constataram que os dois cursos estudados (enfermagem *versus* gestão), diferenciam-se de forma significativa ($p=0.000$), em

que os estudantes do curso de enfermagem evidenciam um melhor estilo de vida. Este resultado poderá dever-se à especificidade da formação científica recebida antes e durante o período de duração do curso (Albuquerque e Matos, 2003). Salientamos que, por não conhecermos estudos que avaliem o estilo de vida em relação a todas as áreas de formação, não nos é possível comparar estes resultados com os obtidos noutras investigações. No entanto, os nossos resultados parecem ir de encontro a dados referenciados na literatura (Matos *et al.*, 2000; McIntyre *et al.*, 1997; Ribeiro, 2005; Steptoe e Wardle, 2001) que identificam fatores de ordem social, cultural, socioeconómica e outros como estando implicados nos resultados das mais diversas variáveis de saúde, como seja o estilo de vida.

Em relação às variáveis relacionadas com o **comportamento específico** e o estilo de vida categorizado em Adequado e Não adequado, observou-se associação estatisticamente significativa nas variáveis, área de formação e experiência no ensino superior. Ou seja, em relação às várias áreas de formação, a que apresenta maior proporção de estudantes com um estilo de vida adequado é a área de Saúde e Proteção Social (88.4%) e, com menor, a área de Artes e Humanidades (80.5%). Em relação à experiência no ensino superior e um estilo de vida adequado, verificou-se uma maior proporção de estudantes no grupo dos que estão pela primeira vez no ensino superior (87.5%).

Também em relação à experiência no ensino superior, Albuquerque e Matos (2003), concluiu que são os estudantes que frequentavam o primeiro ano do curso de Enfermagem que apresentam maior “preocupação com as bebidas alcoólicas”, melhor “opinião acerca da sua saúde física”, melhor “atitude com a ida ao médico”, maior “preocupação com o ambiente poluído”, e uma menor “preocupação com o exercício”, o que parece ir de encontro aos resultados do nosso estudo que evidenciam que a maior proporção de estudantes com estilo de vida adequado se encontra nos que estão pela primeira vez no ensino superior. Também no estudo de Alcântara da Silva *et al.* (2015) os estudantes das universidades de Lisboa (46.7%) declaram que o seu estilo de vida piorou depois de terem entrado na universidade.

Em contraponto, o estudo de Fernandes (2011) realizado nos estudantes de medicina da Universidade da Covilhã não encontrou diferenças significativas entre o 1º e o 6º ano do curso de medicina em relação ao estilo de vida ao longo do curso.

Quando analisámos as correlações entre as **variáveis contínuas** com a média do estilo de vida (86.11±12.38), encontrámos correlações significativas estatisticamente com as variáveis: idade (21.73±1.92), autoestima (30.12±4.95), bem-estar psicológico (18.01±5.02), perceção

do estilo de vida (6.68 ± 1.55) e IMC (22.52 ± 3.39). Em suma: o estilo de vida está fortemente correlacionado e de forma direta com a autoestima, bem-estar psicológico e percepção do estilo de vida, ou seja, à medida que aumentam estas variáveis aumenta o nível do estilo de vida. Também encontramos estudos que relacionam positivamente e de forma significativa seja autoestima com o estilo de vida, em 224 estudantes da licenciatura de enfermagem (Ferreira *et al.*, 2014) seja a autoestima e o Bem-estar psicológico numa amostra de 105 estudantes do curso de enfermagem (Gonçalves *et al.*, 2014). Também Gamarra Sánchez *et al.* (2010) realizaram uma investigação na qual um dos objetivos foi estabelecer a relação entre o estilo de vida e o nível de autoestima dos estudantes ($n=136$) de enfermagem da Universidade de Trujillo, encontrando uma relação significativa ($p < 0.05$) entre o estilo de vida e o nível de autoestima.

Observou-se ainda que o estilo de vida está correlacionado de forma indireta em relação à idade e ao IMC, ou seja à medida que aumenta a idade e o IMC dos estudantes diminui o nível de estilo de vida. Estes dados são corroborados pelo estudo de Reséndiz, Aguilera e Rocher (2010) em que numa amostra ($n=207$) de população adulta do sul do México, com idade entre 20 e 59 anos, demonstrou que o estilo de vida se correlacionou significativamente e inversamente com o IMC. A maior proporção de estudantes com estilo de vida adequado encontra-se na categoria de IMC normal (87.2%). Dados corroborados pelo estudo efetuado com estudantes ($n=380$) da Faculdade de Letras e da Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, em que se concluiu que os valores médios de IMC foram de 21.9 (sexo feminino) e de 23.4 (sexo masculino), o que significa um IMC dentro dos limites da normalidade (Moreira, Sampaio e Almeida, 2002). Na mesma linha, também Bosi *et al.* (2006) numa amostra de 193 estudantes numa Universidade do Rio de Janeiro, a média global dos estudantes foi de 20.8 ± 2.5 , o que foi considerado adequado, mais próximo do limite inferior.

Para a análise multivariada do estilo de vida dos estudantes foi obtido um modelo que incluiu as variáveis com maior influência no estilo de vida adequado dos estudantes: sexo, número médio de saídas noturnas para atividades recreativas, valor médio gasto por cada saída à noite para atividades recreativas, satisfação com a imagem corporal, percepção do estilo de vida, autoestima e bem-estar psicológico. Todas estas variáveis influenciam de forma significativa, a probabilidade de uma pessoa ter um estilo de vida adequado ($p < 0.05$). O rácio de *chances* aumenta cerca de 2.2 vezes para o sexo feminino relativamente ao sexo masculino; diminui 29.3% para os indivíduos que saem 2 ou mais vezes por semana; diminui

também cerca de 62% para quem gasta mais de 10 euros e diminui 34.7% para quem não se encontra satisfeito com a sua imagem.

Em relação à perceção do estilo de vida, a probabilidade de ser adequado aumenta 53.1% por cada aumento de 1 valor na respetiva escala. O rácio de *chances* de ter um estilo de vida adequado aumenta cerca de 12% por cada aumento de 1 valor na escala de avaliação da autoestima. O mesmo sucede com o bem-estar psicológico, o qual aumenta 29% a probabilidade de ser adequado por cada acréscimo de 1 valor na escala.

Quando realizada a análise multivariada de regressão logística *Forward: LR* para o sexo masculino e feminino, as mesmas variáveis influenciam de forma significativa um estilo de vida adequado dos estudantes, excetuando a variável “média de saídas à noite” em relação ao sexo masculino. Desagregando a nossa amostra por sexo, verificámos que em relação ao sexo masculino a variável média de saídas deixa de ter significado do ponto de vista estatístico. As restantes variáveis influenciam, de forma significativa, a probabilidade de uma pessoa do sexo masculino ter um estilo de vida adequado ($p < 0.05$). O rácio das chances de ter um estilo de vida adequado diminui cerca de 61.8% [$100 * (0.382 - 1)$] para quem gasta mais de 10 euros e diminui também 43.9% para quem não se encontra satisfeito com a imagem. Um aumento de uma unidade na escala relativa à perceção do estilo de vida, à autoestima e ao bem-estar psicológico aumenta em cerca de 61%, 11% e 27% a probabilidade de ter um estilo de vida adequado, respetivamente. Cid, Merino e Stieповich (2006) realizaram um estudo para determinar quais os fatores preditores de um estilo de vida promotor de saúde, numa amostra de indivíduos ($n=360$) entre os 15 e 64 anos, tendo, tal como o nosso estudo, encontrado o sexo e a autoestima como variáveis preditores de um estilo de vida promotor de saúde. Sendo que no estudo citado foi a autoestima o principal preditor de um estilo de vida promotor de saúde.

Analisando as **dimensões mais afetadas do estilo de vida** verificámos que as áreas mais deficitárias do estilo de vida, foram a Atividade física/Associativismo seguida das do Trabalho/ Tipo de personalidade e Nutrição e as menos deficitárias as de Outros comportamentos (relacionada com comportamentos de segurança rodoviária) e Família e amigos. A importância de um adequado nível de atividade física tem sido avaliada por vários estudos que mostram a sua relação com a saúde. Também, praticada regularmente, é uma dimensão importante do estilo de vida, que comporta benefícios que contribuem para o bem-estar das pessoas ao nível físico, mental e social (Abu-Omar e Rütten, 2008; WHO, 2007; Wen *et al.*,

2011). Em relação com a atividade física os nossos resultados coincidem com o reportado em várias comunidades de estudantes universitários (Hacıhasanoğlu *et al.* 2011; Abu-Omar e Rütten, 2008; Martínez-Lemos *et al.* 2014) Também um estudo realizado por Andrade *et al.* (2003) em estudantes universitários da região sul do Brasil, encontrou que mais de 80% dos estudantes relataram o uso de cinto de segurança quando viajavam de carro.

Quando analisados os resultado dos *scores* do estilo de vida mais deficitários em relação ao sexo, verificou-se que os domínios mais deficitários no sexo feminino em relação ao masculino são Atividade física/Associativismo, Sono e *Stress*, Trabalho/Tipo de personalidade e Introspeção. Em relação aos outros domínios do estilo de vida (Família e amigos, Nutrição, Tabaco, Álcool e outras drogas, Comportamento de Saúde e Sexual e outros comportamentos) os estudantes do sexo feminino apresentam *scores* mais elevados de estilo de vida.

Um estudo realizado com uma amostra de 924 universitários portugueses, concluiu que os estudantes, em média, dormiam entre 6 e 7 horas durante a semana e 8 horas ao fim de semana, o que revela problemas ao nível do sono, tal como acontece no nosso estudo em que os estudantes apresentam problemas em relação ao sono, pois o número de horas recomendado varia entre as 7 e as 9 horas (Henriques, 2008). Outro estudo que vem corroborar os nossos dados é o estudo de Alcântara da Silva *et al.* (2015) em estudantes da Universidade de Lisboa, em que apenas um quarto dos estudantes declara dormir as 8 horas aconselhadas, tanto durante a semana, como ao fim de semana (25.6% e 26.3% respetivamente); cerca de 1/3 dos inquiridos neste estudo apresenta um défice de sono agravado durante a semana, com 24.8% a declarar dormir 6 horas e 8.4% 5 horas ou menos, enquanto 35.5% declara dormir 7 horas em média, estando assim mais próximo do número de horas de sono ideal (apenas 5.7% dorme 9 ou mais horas). Ainda em relação ao sono, Danda *et al.* (2005), num estudo efetuado com estudantes do curso de Medicina da Universidade de Pernambuco, verificou que 45.9% dos estudantes consideraram a qualidade do seu sono como má ou regular. Para Baptista e Dantas (2002), as causas originárias do *stress* são inúmeras, podendo algumas ser ou não mais relevantes, dependendo da forma como o indivíduo reage aos fatores “stressantes”. Assim o resultado para saúde será definido pela capacidade de resistência interna e a força dos fatores “estressores” socio-ambientais.

Outros estudos têm demonstrado que as mulheres apresentam padrões de alimentação mais saudáveis, possivelmente como consequência da sua maior consciência e interesse pela saúde e alimentação (Arroyo Izaga *et al.*, 2006; Romaguera *et al.*, 2011; Moreno-Gomez *et al.*

2012). Alcântara da Silva *et al.* (2015) encontrou em estudantes universitários de Lisboa, que o facto de ter uma alimentação saudável é uma preocupação mais comum entre as mulheres (60.9%) do que entre os homens (52.8%). Outros estudos têm observado que os homens realizam mais atividade física que as mulheres (Molina-García *et al.*, 2009; Moreno-Gomez *et al.*, 2012; Romaguera *et al.*, 2011), o que vem corroborar os dados encontrados no nosso estudo.

E Ruiz Juan (2001), num estudo longitudinal, confirmou o crescente abandono da prática desportiva entre as estudantes universitárias do sexo feminino passados os anos desde o início dos estudos universitários. Vários estudos têm comprovado que, segundo o sexo, os homens têm práticas mais saudáveis que as mulheres em relação à dimensão atividade física (Lema *et al.*, 2009; Badir *et al.*, 2015). Também Tobar e Morgan (2000), apresentam no seu estudo, diferença entre a atividade física e o sexo, sendo o sexo feminino como o menos ativo fisicamente. Também o estudo de Alcântara da Silva *et al.* (2015) vem corroborar os nossos dados: o exercício físico regular é praticado sobretudo pelos homens (52.1%, contra 35.5% das mulheres), no caso dos estudantes da universidade de Lisboa.

No estudo de Marinho (2002) numa universidade pública brasileira, verificou-se que 15.3% das raparigas não faz exames e não vai ao médico pelo menos uma vez por ano, enquanto nos rapazes essa percentagem é superior 33.8%. Estes resultados vêm corroborar os encontrados no nosso estudo, ou seja, os rapazes têm piores resultados na dimensão do estilo de vida Comportamentos de Saúde e Sexual. Também o estudo de Rosa *et al.* (2001), evidenciou que em relação ao comportamento preventivo as mulheres procuram controlar a pressão arterial e o nível de colesterol mais que os homens, principalmente aquelas com idade superior a 29 anos e matriculadas em cursos da área biológica e da saúde. Também o estudo de Alcântara da Silva *et al.* (2015) vem corroborar os nossos resultados em termos de diferenças de consumo de tabaco em relação ao sexo, pois 30.3% dos indivíduos do sexo masculino declara que fuma, face a 24.7% do sexo feminino. Também o estudo de Pimentel, Mata e Anes (2013) realizado numa amostra estratificada de estudantes (n=672) das várias Escolas do Instituto Politécnico de Bragança, concluíram que 31.4% fuma diariamente.

Quando analisamos todos os itens do questionário EVF em termos médios, verifica-se que os itens com média mais baixa são respetivamente o item 3 “Sou membro de um grupo comunitário e/ou de autoajuda e participo ativamente”, seguido do item “Sinto que ando acelerado e/ou atarefado”, do item “como duas porções de verduras e três frutas diariamente” e “Realizo exames periódicos de avaliação do estado de saúde”. Quando analisamos a

frequência de resposta dos estudantes da amostra global, desagregando por sexo, com resposta “0” aos itens do questionário EVF, permitiu-nos identificar os itens que estão mais afetados do estilo de vida. Encontrámos que os itens com maior percentagem de resposta no “0” com valores superiores a 15% foram os itens:

- (1) “Sou membro de um grupo comunitário e/ou de autoajuda e participo ativamente”, em que 65.4% referem “Quase nunca”. O estudo efetuado em 2012 por Alcântara da Silva *et al.* (2015) em estudantes das universidades de Lisboa tem resultados semelhantes: 78.5% dos estudantes da área científica de Artes e letras e 62.5% dos estudantes da área de ciências da vida e da saúde, não pratica qualquer atividade de voluntariado e associativismo.
- (2) “Ando no mínimo 30 minutos diariamente”, 18.2% referem “Quase nunca”, valor inferior ao obtido por Irazusta-Astiazaran *et al.* (2005) num estudo realizado em estudantes de enfermagem do país basco, em cujo resultado 47% não realizava qualquer tipo de atividade física e 23% apenas a realizava esporadicamente. Romero *et al.* (2004) também observou estudantes de enfermagem e verificou que um terço dos estudantes tinha uma vida sedentária.
- (3) “Como duas porções de verduras e três frutas diariamente”: 31.3% referem que “Quase nunca”, Arroyo Izaga *et al.* (2006); Moreno-Gomez *et al.* (2012) também encontraram, em amostras semelhantes, uma elevada percentagem de indivíduos que não consomem as quantidades adequadas de frutas e verduras, influenciando assim a prática de alimentação saudável. O estudo de Marinho (2002) no contexto de uma universidade pública Brasileira, encontrou percentagens mais baixas de não consumo de verduras diariamente (9.6%) e em 8.5% dos estudantes não consome fruta diariamente. Alcântara da Silva *et al.* (2015) verificou que dos estudantes da Universidade de Lisboa, 3.5% nunca comem verduras e 12.2% apenas uma vez por semana; em relação à fruta, 2.0% refere nunca comer fruta e 10.0% apenas consome uma vez por semana.
- (4) “Eu fumo cigarros”: 28.1% referem que “Sim, este ano”, valor próximo ao encontrado no estudo realizado com estudantes da Universidade do Minho, em que os investigadores encontraram 27.9% dos estudantes fumadores diários (Marques *et al.* 2011). Também no estudo de Alcântara da Silva *et al.* (2015) se encontrou valores semelhantes na Universidade de Lisboa, pois 26.4% dos estudantes admitem fumar diariamente. Com resultados inferiores ao nosso estudo encontrámos o estudo de Rocha *et al.* (2001) com

estudantes da Universidade de Lisboa (n=1148) que verificou que 16% eram fumadores; e de Saraiva (2015) num estudo com estudantes de enfermagem em Viseu encontrou uma prevalência de fumadores de 25.2%, valor inferior ao obtido no nosso estudo. Com resultados superiores ao nosso estudo foi o de Costa *et al.* (2005) citado por Loureiro (2006) realizado na Universidade do Porto em que 37.5% dos inquiridos consumia tabaco. Podemos afirmar, que tendo em conta o estudo europeu com estudantes universitários realizado em 2000, em que Portugal participou, foi encontrada uma prevalência de consumo de tabaco superior a 40% (Steptoe *et al.*, 2002). Os resultados obtidos no nosso estudo foram claramente inferiores, o que pode indiciar uma diminuição do consumo nestes últimos 10 anos. Tendo como referência dados recolhidos pelo III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012, em amostra representativa nacional, conclui-se que, mais de um quarto da população, dos 15 aos 64 anos, consumiu tabaco no último mês e no último ano (Balsa, Vital, Urbano, 2014).

- (5) “Sinto que ando acelerado e/ou atarefado”: 33.5% referem “Frequentemente”, salientando que de acordo com o pressuposto, Murphy e Archer (1996) citado por Ramos e Carvalho (2008) identificaram, com base na literatura, agentes indutores de *stress* académico e pessoal. Segundo os autores, a grande maioria de fatores indutores de *stress* académico são, por ordem decrescente: os testes, a competição, o tempo exigido para executar as tarefas, o ambiente da sala de aula e os professores, a carreira e o sucesso futuro.
- (6) “Realizo exames periódicos de avaliação do estado de saúde”: 32.3% referem “Quase nunca”, sendo este valor similar ao encontrado por Brito e Camargo (2011) numa amostra de 638 pessoas jovens e adultos, em que 39% não “realizavam *chek-up* de forma periódica”. Também o estudo de Alcântara da Silva *et al.* (2015) em estudantes universitários de Lisboa, concluiu que as mulheres são quem mais declara ir ao médico regularmente (49.6%, contra 37.1% dos homens), o que vem confirmar que existe ainda uma boa proporção de pessoas que avalia o seu estado de saúde e portanto se preocupa preventivamente.
- (7) “Converso com o/a parceiro(a) e/ou família sobre temas de sexualidade”; 22.6% referem que “Quase nunca”.

Quando analisamos estes mesmos itens desagregando por sexo, verificamos que nos itens (“Sou membro de um grupo comunitário e/ou de autoajuda e participo ativamente”; “Ando

no mínimo 30 minutos diariamente”; “Sinto que ando acelerado e/ou atarefado”) os jovens do sexo feminino apresentam uma frequência de resposta superior (66.7% – Quase nunca; 19.9% – Quase nunca; 36.0% – Frequentemente) do que os jovens do sexo masculino (62.3% – Quase nunca; 14.0% – Quase nunca; 27.7% – Frequentemente). Nos itens (“Como duas porções de verduras e três de frutas diariamente”; “Eu fumo cigarros”; “Realizo exames periódicos de avaliação do estado de saúde”; “Converso com o/a parceiro(a) e/ou família sobre temas de sexualidade”) a frequência de resposta no “0” foi mais elevada nos rapazes (35.5% – Quase nunca; 33.6% – Sim, este ano; 42.4% – Quase nunca; 27.8% – Quase nunca) do que nas raparigas (28.2% – Quase nunca; 25.8% – Sim, este ano; 28.1% – Quase nunca; 20.5% – Quase nunca). Verificou-se ainda que as maiores diferenças entre o percentual de frequência de resposta no “0” entre os rapazes e as raparigas foram nos itens 6 – “Como duas porções de verduras e três de frutas diariamente” e o item 26 – “Realizo exames periódicos de avaliação do estado de saúde”, ou seja os rapazes apresentaram piores resultados em relação a estes dois itens.

ETAPA 3

Em função dos resultados encontrados, pretendemos ainda saber de que forma se poderia utilizar o questionário “Estilo de Vida FANTÁSTICO” como uma ferramenta de automonitorização para promoção do estilo de vida em estudantes do ensino superior. Para tal inquirimos os respondentes da segunda etapa do estudo que consentiram em colaborar nesta fase, fornecendo o seu contato. Foram inquiridos via *e-mail* 520 estudantes, dos quais 189 responderam (taxa de participação 36.4%). Do questionário constavam questões abertas e fechadas que foram analisadas por emparelhamento com as respostas do segundo estudo. A opinião dos estudantes acerca dos benefícios para a ação foi importante.

Pelos resultados da análise estatística, verificou-se que é mais provável, os estudantes que verificaram o seu resultado (score do estilo de vida), que façam *download* do *flyer*, que tenham analisado e refletido sobre o *flyer* melhorem o seu estilo de vida; ao contrário, sendo mais provável que um estudante que não tenha verificado o seu resultado, que não tenha realizado *download* do *flyer*, que não tenha analisado e refletido sobre o *flyer* piore o seu estilo de vida. Verificou-se também que é mais provável que uma pessoa em quem a análise teve impacto melhore o seu estilo de vida e que uma pessoa em quem a análise não teve impacto mantenha ou piore o seu estilo de vida.

Segundo Gonçalves (2006) a auto-observação ou automonitorização, consiste num processo, por intermédio do qual o indivíduo avalia os seus comportamentos, emoções e cognições, bem como os estímulos antecedentes e consequentes que se lhes encontram associados. Esta automonitorização pode ser vista como um instrumento automotivacional, uma vez que o indivíduo, ao observar-se sistematicamente, tende a estabelecer, para si próprio, objetivos de transformação. Deste modo, a simples automonitorização desencadeia, por si só, importantes mecanismos motivacionais fundamentais para o estabelecimento de um processo de autoregulação dos comportamentos (Gonçalves, 2006).

Kaufer em 1970, citado por Rokke, Tomhav e Jovic (2000), também sugere que as pessoas conseguem gerir o seu próprio comportamento, observando-o, avaliando-o e procedendo à autoadministração de reforços com o objetivo de modificar o comportamento e manter a motivação, mesmo na ausência de apoio externo imediato.

AUTOMONITORIZAÇÃO DO ESTILO DE VIDA

No domínio dos cuidados de saúde, os estudos sobre a aplicação do modelo de mudança de comportamento, sustentam um conjunto de resultados consistentes e interessantes. Estas investigações revelam que, quando é proporcionado suporte para a satisfação das necessidades básicas de autonomia, competência e relacionamento, durante o processo de prestação de cuidados de saúde, as pessoas mostram maior volição e envolvimento nos comportamentos e obtêm melhores resultados de saúde a longo prazo (Ryan *et al.*, 2008).

O processo de modificação comportamental no sentido de adotar comportamentos saudáveis implica duas tarefas diferentes: iniciar a mudança e manter essa mudança ao longo do tempo; a primeira tem por base a expectativa de resultados futuros e a segunda a satisfação com os resultados que essa mudança causou (Rothman, 2000). No entanto, muitos dos comportamentos de saúde, como por exemplo, a alimentação saudável, não fumar, não são inerentemente prazerosos e atrativos, por isso, muitas pessoas não antecipam nem experimentam resultados satisfatórios com a adoção desses comportamentos.

Outros elementos são essenciais para a compreensão do processo através do qual as pessoas decidem iniciar um novo comportamento de saúde e mantê-lo ao longo do tempo. O conhecimento dos processos e mecanismos inerentes ao comportamento humano permite a identificação de formas de promover a motivação na prática (Chatzisarantis *et al.*, 2003).

Conhecer a forma de promover uma maior volição e proatividade, em contraste com a passividade e controlo (Ryan e Deci, 2000) pode tornar-se uma estratégia para o sucesso das intervenções promotoras de comportamentos saudáveis.

No domínio dos comportamentos saudáveis, a motivação autónoma resulta da liberdade de escolha por esse tipo de comportamentos, porque as pessoas acreditam que estes lhes trazem benefícios em termos de saúde e sentem-se pessoalmente comprometidas na melhoria da sua saúde. Contrariamente, a motivação controlada resulta na opção por esses mesmos comportamentos, devido a pressão que sentem por parte dos familiares/amigos ou profissionais de saúde. A distinção entre motivação autónoma e controlada é importante, porque há evidência de que apenas a motivação autónoma promove a persistência e adesão a longo prazo (Williams, Freedman e Deci, 1998) necessárias para manter um comportamento de saúde. As formas mais autodeterminadas de motivação levam a resultados mais adaptativos, e a ausência de autodeterminação associada à motivação levam a resultados mais adaptativos, e ausência de autodeterminação (vazio motivacional) tem sido sistematicamente relacionada com resultados não adaptativos (Vallerand *et al.*, 2008).

A investigação que desenvolvemos demonstrou que à medida que o comportamento das pessoas é mais autonomamente motivado, elas também se sentem mais competentes para alcançar resultados positivos. O desenvolvimento de um sentido de autonomia e competência, são essenciais para o processo de internalização e integração, através das quais as pessoas autorregulam e mantêm os comportamentos que conduzem à saúde e bem-estar (Ryan *et al.*, 2008). Por exemplo, a intervenção realizada por Silva (2010), com base no suporte da autonomia e competência, num programa de tratamento da obesidade, foi particularmente eficaz na promoção da motivação intrínseca para a prática de exercício físico.

Com base nos resultados obtidos no estudo, consideramos pertinente apresentarmos algumas estratégias de intervenção com evidência de mais êxito ao nível da promoção da saúde ou com vista à modificação dos comportamentos não saudáveis. Considerámos relevante dar pistas acerca do tipo de intervenções em promoção da saúde nos domínios do controlo do peso e atividade física, imagem corporal, consumo de frutas e verduras, álcool, os mais afetados neste estudo.

Controlo de peso e atividade física

Malinauskas *et al.* (2006), realizaram um estudo com mulheres (n=185) estudantes universitárias procurando mudar as práticas para manter um peso corporal saudável. Os resultados indicam que os estudantes universitários do sexo feminino, beneficiaram de discussões abertas com educadores de saúde em relação às práticas de dieta saudável e eficaz para alcançar/manter um peso corporal saudável. Hivert *et al.* (2007) aplicaram um projeto de intervenção baseado num programa educativo a partir de seminários para manter um estilo de vida saudável, constituídos por pequenos grupos de estudantes universitários do primeiro ano. Estudaram 115 indivíduos ao longo de dois anos, aleatorizando os grupos: o de intervenção e o de controlo o qual não recebeu nenhuma informação. O grupo de controlo aumentou o seu peso corporal no final do estudo, o experimental perdeu uma quantidade mínima de peso corporal. A diferença entre eles porém foi significativa ($p=0.04$), concluindo que a oferta de seminários dirigidos a pequenos grupos onde se proporcionam conhecimentos sobre o estilo de vida saudável permite controlar o aumento do peso corporal em estudantes universitários ao longo da sua estadia na universidade, representa, pois, um programa com êxito de prevenção em saúde a partir da educação em saúde. Nos estudos apresentados privilegiam-se as estratégias que incluem os programas realizados “em contexto”, as discussões diretas e os seminários em pequenos grupos.

Apesar dos estudos seguintes não terem sido aplicados a estudantes do ensino superior, considerou-se importante inclui-los devido seja ao objetivo dos mesmos seja ao uso de tecnologia de informação e comunicação que se considera um recurso de grande utilidade no grupo dos jovens.

Huang *et al.* (2009) desenvolveram um programa de intervenção educativa a partir de conhecimentos e mensagens específicas e individuais enviadas pela web, com o objetivo de aumentar a atividade física de mulheres estudantes universitárias. Para a sua validação utilizaram um pré e pós questionário aplicado a 130 participantes, dividindo o grupo em três: 1) recebeu o programa desenvolvido (grupo experimental) 2) recebeu um programa enviado pela web, mas só com informação que não continha mensagens específicas 3) receberam sessões com a mesma informação, mas sem acesso à web (grupo de controlo). Os resultados demonstraram que o grupo experimental aumentou significativamente a prática de exercício físico. O projeto “Move it, Lose it, and Win” (Guillén *et al.*, 2009) foi aplicado em adultos para alcançar a perda de peso através do aumento da atividade física e mudar hábitos de consumo

alimentar, em que as pessoas que mudam os seus hábitos e perdem peso recebem prémios. O programa está desenvolvido a partir de uma plataforma que proporciona sessões sobre hábitos de forma interativa através da web, acoplada à incorporação de mensagens sobre o estabelecimento de metas personalizadas: proporcionando conselhos para a preparação e compra de alimentos; foram enviadas mensagens de texto através de telemóvel e correio eletrónico. A efetividade do programa foi comprovada em diversos estudos ainda que o seu enfoque estímulo-resposta não é de todo aceite.

Block *et al.* (2008), desenvolveram o programa “*Alive!*” (A Lifestyle Intervention Via Email), como um programa de intervenção para melhorar comportamentos não saudáveis (na dieta, atividade física, consumo de frutas e verduras, gordura e açúcar) utilizando o correio eletrónico. A sua proposta incluía as seguintes estratégias: utilização de um questionário para avaliação do estilo de vida (no início e no final), retroalimentação individual sobre os resultados deste questionário, estabelecimento e seguimento de metas semanais, e envio de sugestões para alcançá-las, assim como lembretes das metas. A sua avaliação foi efectuada nos sujeitos de entre os 19 e 65 anos de idade, de forma aleatória em dois grupos: um de controlo e outro de intervenção. No final da intervenção encontraram mudanças significativas nos comportamentos avaliados, pelo qual determinaram que o programa resulta numa excelente estratégia de baixo custo para se utilizar em programas preventivos que visem alcançar mudanças para comportamentos saudáveis. Para posterior validação do programa “*Alive!*”, os mesmos autores aplicaram o programa a 787 empregados administrativos de uma instituição de saúde, encontrando novamente mudanças significativas ao comparar os grupos de intervenção e de controlo. As mudanças ocorreram na atividade física, consumo de frutas e verduras, consumo de gordura e açúcar. As mudanças encontradas entre os grupos mantiveram-se 4 meses depois da intervenção.

Imagem corporal

Yager e O’Dea (2008), realizaram uma revisão de 27 estudos aleatorizados sobre promoção da saúde a partir da educação para a saúde que se aplicaram em universidades com o objetivo de melhorar a autoimagem corporal, e prevenir o uso de dietas incorretas, transtornos de comportamento alimentar e comportamentos de exercício incorretos: naqueles programas em que só se proporcionava informação não se tinha impacto nos comportamentos, mas as estratégias que utilizaram atividades educativas para incrementar a

autoestima utilizando para isso os computadores e a internet resultaram nas mudanças esperadas.

Cororve Fingeret *et al.* (2006), realizaram uma meta análise a partir de 46 estudos onde se avaliou a efetividade de programas para a prevenção de transtornos do comportamento alimentar categorizando para isso as intervenções em três tipos: a) aquelas que só incluíam um programa de educação para a saúde, b) as que agregavam ao anterior elementos de terapia cognitiva-comportamental e c) os que só incluíam terapia cognitiva-comportamental. Obteve-se que com as três estratégias os conhecimentos dos participantes antes e depois do programa foram maiores, aspecto que se manteve no seguimento. As outras variáveis avaliadas (anormalidades no consumo de alimentos, autopercepção errada da imagem corporal, gestão de dietas incorretas) tiveram mudanças muito pequenas que não tiveram significância clínica. Em relação com a integração de programas educativos sobre os transtornos de comportamento alimentar (TCA), discutiu-se amplamente se a transmissão de conhecimentos sobre os comportamentos de risco para TCA, colocariam em maior risco aquelas pessoas que ainda não desenvolveram este problema. Porém com base nesta revisão Cororve Fingeret *et al.* (2006), concluíram que estes programas não representam um risco potencial, exaltando a necessidade da sua inclusão em programas preventivos.

Para o elemento imagem corporal, considera-se que nas intervenções se devem transmitir conhecimentos, mas a utilização de computador e internet alcança melhores resultados.

Consumo de frutas e verduras

Gerend (2009) examinou se, ao proporcionar aos estudantes universitários informação sobre o valor energético dos alimentos modificava a sua seleção. Observou-se que a maior informação na seleção de alimentos saudáveis versus “comida rápida” se dava de forma prioritária com a primeira delas, determinando a importância de proporcionar aos estudantes esta informação como parte de um programa de promoção da saúde. Por outro lado Há e Caine-Bish (2009), desenvolveram um estudo com 80 estudantes universitários focado em proporcionar conhecimentos sobre nutrição a partir de atividades interativas para a prevenção de doenças crónicas, seleção de alimentos saudáveis e aumento do consumo de frutas e verduras. Verificou-se que o consumo de verduras e frutas aumentou de forma significativa ($p < 0.005$), tendo as mulheres um maior aumento no consumo de verduras

($p < 0.05$). Concluíram que o consumo de verduras e frutas a partir de atividades interativas seria uma alternativa de baixo custo e adequada para estudantes universitários.

Richards, Kattelmann e Ren (2006), realizaram um estudo com 437 estudantes universitários, os quais foram colocados de forma aleatória em dois grupos com o objetivo de aumentar o consumo de frutas e verduras. Ambos os grupos foram avaliados em relação com o seu consumo destes alimentos antes e depois da intervenção. Para o grupo de intervenção realizou-se uma entrevista motivacional e ao longo de quatro meses enviaram-se mensagens por correio eletrônico. Os resultados demonstraram que o grupo de intervenção aumentou o consumo de frutas e verduras de forma significativa em comparação com o grupo controle. Park *et al.* (2008), desenvolveram um estudo com 160 estudantes do ensino superior, utilizando um programa de internet para aumentar o consumo de frutas e verduras: dividiram os estudantes aleatoriamente em grupo de controle e experimental: ao primeiro não se enviava a informação desenvolvida. Encontraram mudanças no consumo entre os que receberam a informação e os que não receberam, porém não teve significância. Mas concluíram que este tipo de medidas é muito útil para os programas de educação para a saúde dos jovens.

Álcool

Carey *et al.* (2009), realizaram uma meta análise para avaliar a eficácia de intervenções a partir de programas educativos enviados por computador a estudantes universitários para reduzir a frequência e quantidade consumida de álcool. Dos 35 textos e 43 intervenções analisadas, encontraram que em todos os casos se alcançou a redução esperada ao comparar com os estudantes utilizados como controle.

Kypri *et al.* (2009) desenvolveram um programa de educação para a saúde através da Web com o objetivo de reduzir o consumo de álcool de estudantes universitários. A intervenção consistia em 10 minutos de visualização sobre os efeitos do álcool através da Web. Posteriormente enviavam informação personalizada aos participantes que foram colocados no grupo experimental, encontrando que ao fim de um mês do início da intervenção o grupo experimental consumia álcool com menor frequência e em menores quantidades por ocasião, em comparação com os estudantes do grupo de controle. Aos seis meses os efeitos continuaram a comportar-se da mesma forma. Concluindo que este tipo de programas deveria aplicar-se a todas as instituições de ensino superior.

Moreira *et al.* (2009) realizaram uma revisão sistemática da literatura para determinar o efeito de diferentes intervenções sobre o consumo de álcool (contido no sangue, frequência de consumo, quantidade consumida) entre os estudantes do ensino superior. Identificaram 22 estudos com um total de 7275 participantes, nos quais se proporcionava informação dos efeitos do consumo através de várias estratégias: a) computador e Web, b) correio c) par-a-par individual d) par-a-par, grupal. Da avaliação das 4 estratégias, as que tiveram mudanças significativas nas variáveis estudadas foram as que geriram a informação através da Web e as intervenções par-a-par individuais: a significância foi maior no curto prazo (3 meses). Os autores concluíram que das estratégias efetivas (informação através da Web e as intervenções par-a-par individuais), para reduzir o consumo de álcool nos estudantes universitários, embora não se tenha realizado uma comparação específica entre as duas, mas tendo em conta a relação custo-benefício entre ambas, a sua proposta é a utilização da informação através da Web.

Sharmer (2001) avaliou a efetividade de um programa educativo para a redução no consumo de álcool: o primeiro deles consistia numa classe motivacional centrada na exposição por parte do docente e o segundo a partir da utilização de um CD interativo – “*Alcohol 101*” – desenvolvido para este projeto. Para a avaliação utilizou-se um questionário pré e pós intervenção que media conhecimentos, atitudes, comportamentos e autoreporte sobre consumo de álcool. A avaliação determinou mudanças significativas nas atitudes sobre esta prática naqueles estudantes que estavam no grupo com utilização do CD interativo.

Por fim, parece-nos importante salientar a iniciativa de Meier, Stock e Kramer (2007) na Universidade de Bielefeld da Alemanha, que propõem a integração de “grupos de discussão em saúde”, tendo em conta o esquema das Universidades Saudáveis, como estratégia de promoção da saúde. Estes grupos são integrados por estudantes e um moderador perito em prevenção em saúde. A forma como trabalham estabelece que na primeira sessão o moderador apresente o conceito de saúde e os integrantes discutem essa definição. A partir disto os estudantes selecionam temas de saúde que afetam a comunidade estudantil, temas que se priorizam por consenso e nas sessões seguintes discutem-se cada um dos temas e propõem-se medidas preventivas e corretivas. As propostas deste grupo publicam-se para conhecimento de toda a comunidade estudantil e realizam-se atividades específicas para fazer face a outros problemas. A avaliação do projeto decorreu com a aplicação de um questionário de hábitos de vida no início e final do ano escolar e avalia-se ainda o trabalho nos grupos de discussão. O projeto tem sido avaliado ao longo de três anos da sua aplicação.

Os autores concluem que os resultados permitem recomendar a criação destes grupos nas universidades já que permitem fazer participar os estudantes na melhoria da saúde universitária.

Concluindo, com base nos estudos apresentados é importante realçar alguns dos elementos que se consideram como estratégias de êxito para aplicação de programas de educação para a saúde nas instituições de ensino superior:

- Os estudos onde a única atividade foi proporcionar conhecimento tiveram comportamentos diferentes, já que em alguns casos encontraram-se mudanças positivas e em outros casos não houve nenhuma mudança. Conhecido é que a simples transmissão de conhecimentos não produz por si só mudanças de comportamento nos indivíduos. Mas a evidência apresentada reafirma a necessidade de fomentar o que denominam “aulas interativas” em conjunto com as discussões em grupo, sendo que as de maior êxito são as que se geram em pequenos “grupos de discussão em saúde”.
- As estratégias que maior êxito obteve foram aquelas que se realizaram a partir de atividades interativas e vivenciadas, com práticas ou experiências diretas.
- De acordo com as evidências apresentadas, as atividades educativas mais repetidas devido ao êxito alcançado com os estudantes foram as que utilizaram tecnologia: a internet, a web e o correio eletrónico. Daí resultaram atividades com maior aceitação e de maior ajuda para a promoção de uma aprendizagem significativa. Importa ressaltar que as TIC's não implicam por si mesmas a melhoria em qualidade ou transcendência na aprendizagem mas, na forma em que se utilizam, constituem uma ferramenta de apoio.

Da evidência produzida sobre os programas de promoção da saúde aplicados em diferentes instituições de ensino superior, sabe-se que os mesmos têm coadjuvado o desenvolvimento integral dos seus estudantes ao proporcionar a informação necessária para adotarem um estilo de vida saudável. Reitera-se, assim, a importância de atender aos estudantes do ensino superior neste aspeto fundamental para a saúde dos mesmos, de toda a comunidade estudantil e conjunto comunitário.

7.1. LIMITAÇÕES E OBSTÁCULOS

Do trabalho importa realizar uma análise crítica sobre o percurso efetuado. Esta análise das limitações/dificuldades como uma primeira abordagem, não distanciada no tempo e efectuada pelo próprio autor poderá não permitir o distanciamento concetual necessário para uma avaliação objectiva sobre o estudo realizado.

Ultrapassados os obstáculos burocráticos das autorizações, as dificuldades de contato das instituições e a comunicação nem sempre conseguida com o universo alvo, a investigação prosseguiu a um ritmo adequado.

Um primeiro olhar levou-nos a identificar como limitações da primeira etapa do estudo, o predomínio de participantes do sexo feminino e pertencentes a cursos da área da saúde, pelo que será de esperar, nas etapas seguintes, ter amostras mais diversificadas. De qualquer modo, reconhece-se que as evidências de validade e fiabilidade são somativas e não definitivas (Anastasi e Urbina, 2000). Ainda em relação à amostra, segunda etapa do estudo, levou-nos a identificar como limitação as fragilidades inerentes ao modo como a mesma foi obtida, dado ter sido condicionada, em primeiro lugar, pela aceitação pelos responsáveis das instituições do ensino superior e, em segundo lugar, pelo envolvimento e motivação dos estudantes em participar nos estudos.

No entanto, e apesar desta limitação, a dimensão da amostra revelou-se adequada à utilização dos testes estatísticos, satisfazendo os critérios dos autores mais exigentes (Bryman e Carmen, 1992). Dadas as limitações em termos de tempo, a realização do estudo foi circunscrita à Região Centro de Portugal, podendo eventualmente representar algum viés decorrente da recolha de informação, pelo que os resultados, se não extrapoláveis, apenas se reportam à Região Centro. Assim, a nossa amostra, embora não deixando de ser uma amostra representativa pode no entanto melhorar a validade e generalização do estudo se o tipo de amostragem for outro, nomeadamente por uma amostra probabilística proporcional ao número de estudantes e regiões do país. Com esse tipo de amostra melhor-se-ia a representatividade nacional, quer pela aleatoriedade, quer pela cobertura nacional proporcional, evitando concentrações regionais.

Também em relação ao tipo de estudo efetuado poderá ser vantajoso realizar estudos longitudinais, permitindo assim avaliar a evolução do estilo de vida dos estudantes durante o

seu percurso formativo e nomeadamente as intervenções que consentaneamente deverão ser implementadas.

Outra possível limitação terá a haver com a quantidade de variáveis em estudo que eventualmente não cobriram a totalidade, ou pelo menos um maior número de situações envolvidas na adoção de um estilo de vida adequado à saúde. Considera-se neste caso, por exemplo as variáveis que permitam estudar melhor e mais profundamente os fatores familiares e sociodemográficas em geral.

Relativamente aos instrumentos utilizados poderá sempre questionar-se se os instrumentos utilizados serão os mais adequados, ou se não deverão ainda ser adicionados outros mais. Neste trabalho os instrumentos genericamente apresentam boas/muito boas características psicométricas. Eventualmente acrescentando outros instrumentos, poderia levar à desmotivação e perda de aderentes.

7.2. PROPOSTAS DE ESTUDOS FUTUROS

A primeira linha de ação surge em sequência do estudo realizado, o alargamento do estudo a uma dimensão nacional, procurando assim a representatividade da amostra que permita passar de tendências aproximadas e localizadas para fatos estatisticamente sustentáveis a nível nacional. Torna-se também interessante conhecer em trabalhos futuros a solidez das conclusões a que chegámos.

Outro ponto importante prende-se com a disseminação dos presentes resultados discutindo-os com grupos de estudantes no sentido de fazer emergir projetos baseados na iniciativa local, quer seja ao nível das associações de estudantes quer nos gabinetes de apoio ao estudante quer as direções das instituições.

Um dos pontos fortes da presente investigação foi a identificação de quais os domínios do estilo de vida dos estudantes são mais vulneráveis, e quais necessitam de modificações e orientações mais específicas para um estilo de vida adequado para a saúde. A escala que utilizámos neste estudo tem já sido utilizada nas instituições aderentes ao PEER-IESS, um modelo implementado por Brito e Mendes (2009) que visa cativar a mobilização comunitária no ensino superior, visando a resolução de problemas de saúde, através da utilização de estratégias dialógicas e criativas de promoção da saúde. Partindo da capacitação de um “grupo semente” (estudantes, docentes e líderes comunitários), procede-se ao diagnóstico de saúde (inclui validação da escala EVF), planeamento e negociação em fórum comunitário das intervenções a realizar, privilegiando a Educação pelos Pares.

CAPÍTULO VIII – CONCLUSÕES

Tendo já discutido anteriormente os principais resultados obtidos neste estudo, no presente capítulo vamos apresentar, de forma resumida, as principais conclusões.

Em relação à tradução, adaptação e validação do questionário “Estilo de Vida FANTÁSTICO”, podemos concluir que:

1. O questionário pode considerar-se um instrumento válido e fiável. Assim o demonstram os resultados de validade (validade concorrente e de construto) e de fiabilidade (através da consistência interna e da estabilidade temporal – teste-reteste).
2. O questionário destina-se a conhecer os estilos de vida dos estudantes do ensino superior, permitindo identificar hábitos saudáveis e não saudáveis com o objetivo de desenhar intervenções tendo em conta a promoção da saúde em contexto universitário.

Em relação aos estilos de vida dos estudantes do ensino superior, podemos concluir que:

1. Existem diferenças relativas ao “score” do estilo de vida e às variáveis (vícios ou dependências, número de saídas semanais para atividades recreativas, gasto por cada saída à noite para atividades recreativas, sexo, IMC, autoimagem corporal, número de pessoas do agregado familiar, rendimento do agregado familiar, situação de residência, área de formação e com quem vive atualmente). Os estudantes que apresentam score mais elevado de estilo de vida são: os que não referem vícios ou dependências; os que saem até uma saída noturna semanal para atividades recreativas; os que gastam menos de 10 euros por cada saída noturna para atividades recreativas; os do sexo feminino; os que tem um IMC considerado normal; os que estão satisfeitos com a sua imagem corporal; os que têm mais de 4 pessoas no seu agregado familiar; os que têm de rendimento familiar mais de 10 salários mínimos; os que não estão deslocados do seu local de residência; os da área de formação de Educação; os que estão deslocados e que vivem com o cônjuge.
2. Existem diferenças relativas ao estilo de vida adequado e não adequado e às variáveis (vícios ou dependências, gasto por cada saída à noite para atividades recreativas, sexo, IMC, autoimagem corporal, estatuto do estudante, rendimento do agregado, área de formação, experiência no ensino superior). Os estudantes que apresentam um estilo de vida adequado estão associados ao facto de não referirem vícios ou dependências; de gastarem até 10 euros por cada saída à noite para atividades recreativas; serem do

- sexo feminino; terem um IMC considerado normal; estarem satisfeitos com a sua imagem corporal; serem estudantes a tempo inteiro; terem de rendimento entre 3 a 6 salários mínimos; pertencerem a área de formação Saúde e Proteção Social; frequentarem pela primeira vez o ensino superior.
3. Em relação às variáveis que foram preditivas de um estilo de vida adequado de forma significativa foram: o sexo; a média de saídas semanal à noite para atividades recreativas; o gasto médio por cada saída à noite para atividades recreativas; a satisfação com a imagem corporal; a perceção do estilo de vida; a autoestima e o bem-estar psicológico. Quando analisadas as variáveis preditivas por sexo, no sexo masculino a média de saídas semanal à noite para atividades recreativas não se revelou significativa.
 4. Em relação aos domínios mais deficitários do estilo de vida estes foram a Atividade física/Associativismo, Trabalho/Tipo de personalidade e Nutrição. Tendo em conta o sexo dos estudantes os domínios mais deficitários no sexo feminino foram: Atividade física/Associativismo, Sono e *stress*, Trabalho/Tipo de personalidade e Introspeção. No sexo masculino os mais deficitários foram: Família e amigos, Nutrição, Tabaco, Álcool e outras drogas, Comportamentos de saúde e sexual e Outros comportamentos.
 5. Em relação às variáveis preditivas de um estilo de vida adequado e os vários domínios do estilo de vida encontraram-se diferenças em relação ao sexo, ao número de saídas à noite para atividades recreativas, ao gasto médio por saída à noite para atividades recreativas, satisfação com a imagem corporal, com a perceção do estilo de vida, a autoestima e o bem-estar psicológico.

Em relação à utilização do questionário EVF como uma ferramenta de automonitorização do estilo de vida observámos que existem diferenças significativas entre a avaliação do score do estilo de vida entre os momentos antes e depois dos estudantes se submeterem à realização das tarefas das duas etapas: os estudantes que verificaram o resultado obtido melhoraram o seu estilo de vida no segundo momento; os estudantes que realizaram *download* do *flyer* melhoraram o seu estilo de vida; os estudantes que analisaram e refletiram acerca do *flyer* melhoraram o seu estilo de vida.

Por isso sugerimos a aplicação deste instrumento a todos os estudantes do ensino superior, sobretudo os recém-ingressados, para promover processos de automonitorização do estilo de vida e ainda orientar as ações de promoção da saúde em contexto escolar.

É importante mencionar a relação entre a proposta do Modelo de Promoção da Saúde de Pender e os estilos de vida saudáveis, tendo em conta a decisão de modificar comportamentos de risco para adoptar estilos de vida saudáveis. Pender sugeriu que os fatores cognitivo-perceptivos dos indivíduos, são modificáveis por condições situacionais, pessoais e interpessoais, para a qual a cultura é tida em conta devido à forma como ela influencia a tomada de decisões de pessoas. No que diz respeito a tomada de decisão para adotar um estilo de vida saudável, verificou-se que é determinada pelo conhecimento, vontade e condições, que constituem os dois primeiros fatores como internos e o terceiro como um fator externo à pessoa; a cultura em que se desdobram individual e/ou coletiva torna-se importante na tomada de decisões para modificar comportamentos de risco e adotar estilos de vida saudáveis.

O exemplo do questionário Estilo de Vida FANTÁSTICO oferece a possibilidade aos enfermeiros de ser utilizado como um recurso nas actividades de promoção da saúde e prevenção de doenças. Embora a promoção da saúde e a prevenção de doenças sejam actividades fundamentais numa prática de enfermagem avançada, a maioria dos enfermeiros trabalham num ambiente com muitas barreiras para a implementação deste tipo de intervenções. Instrumentos como o questionário Estilo de Vida FANTÁSTICO pode permitir a implementação de intervenções de promoção da saúde inovadoras para a melhoria dos cuidados.

Este estudo permitiu identificar várias áreas problemáticas que devem ser abordadas nas instituições de ensino superior para melhorar a saúde dos estudantes. O aumento da consciência sobre comportamentos que tem impacto na saúde e levar o estudante a tomar decisões informadas sobre sua própria saúde. A mudança de comportamento tem que começar com a pessoa e só quando esta é valorizada pelo indivíduo, é que vai ter lugar a uma incorporação de um estilo de vida mais saudável. Educadores na área da saúde, como os enfermeiros que trabalham nos cuidados de saúde primários, educadores em sala de aula, prestadores de cuidados de saúde nas instituições de ensino superior e os responsáveis pelas instituições de ensino superior podem trabalhar juntos, para viabilizar os programas de promoção da saúde e assim poderem construir uma comunidade mais saudável no ensino superior.

Tratando-se de um instrumento fácil de aplicar, rápido e com orientações complementares à pontuação classificativa do estilos de vida nos estudantes deverá, no nosso entender, ser usado como diagnóstico e monitorização deste grupo populacional que será o futuro de uma

comunidade. O seguimento desta população em estudo longitudinal, como anteriormente referido, será decerto uma tarefa a ter em conta pelas equipas das unidades de cuidados na comunidade ou pelos serviços sociais da universidade que devem zelar pelas condições de saúde convenientes da comunidade educativa. De sublinhar o efeito do reforço na autoestima e bem-estar psicológico que melhora o estilo de vida por cada ponto de acréscimo.

Como mais valia decorrente é o fato de o instrumento, por sobejamente divulgado e utilizado em outros países, poder ser aproveitado em comparação e partilha quer para as acções de diagnóstico quer para intervenções de consolidação de estilo de vida “FANTÁSTICO”.

Tendo ainda em conta os resultados deste estudo, dele se relevam algumas sugestões, tendo em conta tanto o papel chave do enfermeiro no desenvolvimento de intervenções de promoção de um estilo de vida saudável e como o seu papel de coordenador nas unidades de cuidados à comunidade: aqui será de destacar não só a liderança de equipas e as intervenções adequadas como também o elo de ligação com os outros profissionais. Sugere-se então para uma prática de enfermagem mais efetiva na promoção de um estilo de vida promotor de saúde: reforçar a abordagem nos estilos de vida saudáveis ao longo do ciclo vital; continuar a desenvolver intervenções com base na avaliação das necessidades de saúde, realizada com as pessoas e grupos da comunidade; valorizar o trabalho de promoção da saúde desenvolvido na comunidade pelas unidades de cuidados à comunidade e de saúde primários e pelas instituições (escolas, municípios e outras); criar oportunidades para que as equipas que intervêm na promoção de um estilo de vida saudável possam partilhar os desafios a que estão sujeitas, bem como as suas melhores práticas; fortalecer as parcerias intersectoriais e o trabalho em equipas multiprofissionais e envolver ativamente as pessoas e as comunidades nas intervenções de promoção de saúde (planeamento, implementação e avaliação).

Ao terminarmos este trabalho, queríamos ainda evidenciar, fundamentados em documento de 1998 da Organização Mundial da Saúde, que o capacitar ou o “possibilitar” que as pessoas adquiram um maior controlo sobre as suas decisões ou acções que afetam a sua saúde (onde se inclui a adoção de estilos de vida saudáveis) (WHO, 1998c), é também um dos importantes aspetos relacionados com o papel dos enfermeiros (Sanders, 2006). Na comunidade os enfermeiros “possibilitam” a autonomia, criam oportunidades, reforçam capacidades, respeitam as decisões e os ritmos de aprendizagem, fomentam a reprodução e herança de modelos comportamentais e experiências de saúde individuais, num processo de desenvolvimento e crescimento (Correia *et al.*, 2001). É fundamental que esta capacitação signifique

trabalhar em parceria com as pessoas e os grupos para obter o seu empoderamento, através da mobilização de recursos humanos e materiais, facultando o acesso às informações de saúde, facilitando o desenvolvimento de competências pessoais e apoiando o acesso aos processos políticos que configuram nas políticas públicas que afetam a saúde, a fim de promover e proteger a sua saúde (WHO, 1998). Sendo assim reconhecido o papel de destaque dos enfermeiros comunitários na promoção da saúde, quer seja pelo conhecimento e proximidade que têm das comunidades, quer na interacção com outros profissionais, quer na liderança de projectos e equipas. Tal como descrito anteriormente, apesar da educação para a saúde ser uma atividade amplamente desenvolvida pelos enfermeiros, existem poucos estudos que documentem estas actividades realizadas a esta população alvo/contexto.

Pesem embora limitações metodológicas do presente estudo (possível viés da técnica de amostragem não probabilística), dele se obteve informação pertinente que poderá ser deveras útil para implementação de projectos de intervenção promotores de saúde e facilitadores de adaptação salutar ao ensino superior.

Ressalta igualmente deste estudo a importância do estabelecimento de parcerias adequadas, dentro e fora do sector da saúde, envolvendo membros da comunidade no planeamento e na implementação de um projecto de intervenção consistente, sustentável e eficaz, na área da saúde: será fundamental promover a articulação entre os Centros de Saúde, através das Unidades de Cuidados à Comunidade com as Instituições de Ensino Superior.

Esta investigação pretende constituir-se como um contributo para a definição e implementação de medidas e programas de saúde nas instituições de ensino superior, pela possibilidade de este instrumento se constituir como indicador de base comum a todas as instituições de ensino superior que pretendem ser promotoras de saúde. E, pela sua qualidade de possibilitar a automonitorização, poder facilitar a conscientização dos estudantes de modo a que adquiram hábitos saudáveis e permaneçam, ao longo do tempo, na persecução de melhoria contínua da qualidade de vida.

Aspecto importante e pertinente a ser implementado, poderá ser a adequação dos currículos escolares, de forma a possibilitar conteúdos na área da promoção de saúde, conforme prevê o movimento das Universidades Saudáveis.

A Instituição de ensino superior deve ser considerada um local de eleição para integrar a promoção de um estilo de vida saudável. Deve-se ainda dar prioridade a intervenções educativas compreensivas, simples, concretas e bem adaptadas às situações reais, tendo por

objectivo a construção de conceitos, atitudes e de hábitos saudáveis. Ressalta também o papel de uma instituição dinâmica, participativa, bem integrada na realidade social em que se insere, atuando com “os elementos chave” na educação e promoção de saúde da comunidade, nomeadamente com os enfermeiros das Unidades de Saúde da Comunidade.

Em forma de reflexão final, é da nossa opinião que uma instituição de ensino, em todos os ciclos/etapas escolares, tem de ter uma preocupação com a organização de programas com conteúdos ligados aos comportamentos promotores de saúde, correta e integralmente implementados, com desenvolvimento da auto-estima dos seus estudantes utilizando metodologias ativas e interactivas, que levem ao incremento de uma participação responsável e de compromisso envolvendo os estudantes, o grupo, as instituições de ensino e as instituições de saúde, nomeadamente as que se dedicam à área da promoção de saúde (como é o caso das Unidades de Cuidados à Comunidade).

Concluindo, este estudo poderá ser um contributo para o desenvolvimento de investigação que permita clarificar se as intervenções comunitárias de promoção da saúde, que se têm realizado, oferecem garantias de efetivamente incrementar a saúde positiva e/ou reduzir o risco de doença; e, ainda, promover o desenvolvimento de um perfil de investigação-acção viável, culturalmente adaptado e com mais garantia de beneficiar, em primeiro lugar, as comunidades a quem se dirige e não os interesses de quem as promove.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abel, T. (1991). Measuring health lifestyles in a comparative analysis: Theoretical issues and empirical findings. *Social Science & Medicine*, 32(8), 899-908. doi: 10.1016/0277-9536(91)90245-8
- Abu-Moghli, F. A., Khalaf, I. A., & Barghoti, F. F. (2010). The Influence of a Health Education Programme on Healthy Lifestyles and Practices among University Students. *International Journal of Nursing Practice*, 16(1), 35-42. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-172X.2009.01801.x>
- Abu-Omar, K., & Rütten, A. (2008). Relation of leisure time, occupational, domestic, and commuting physical activity to health indicators in Europe. *Prev Med.*, 47(3):319-23. doi: 10.1016/j.ypmed.2008.03.012
- Acharya, S. D., Elci, O. U., Sereika, S. M., Styn, M. A., & Burke, L. E. (2011). Using a personal digital assistant for self-monitoring influences diet quality in comparison to a standard paper record among overweight/obese adults [Randomized Controlled Trial]. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(4): 583-8. doi: 10.1016/j.jada.2011.01.009
- Agante, D., Grácio, J., Brito, I., & Rodrigues, V. (2010). Eles e elas: auto-estima e consumo de bebidas alcoólicas em estudantes de ensino superior. *INFAD Revista de Psicologia*, 22(2), 563-574.
- Albert, C., Gaziano, J., Willet, C., & Manson, E. (2002). Nut Consumption and Decreased Risk of Sudden Cardiac Death in Physicians Health Study. *Archives of Internal Medicine*, 162(12), 1382-1387.
- Albuquerque, C., & Matos, A. (2003). Estilo de vida, percepção e estado de saúde em estudantes do Instituto Politécnico de Viseu: Influência da área de formação. *Millenium*, 28, 184-200. Recuperado de www.ipv.pt/millenium/millenium28/15.pdf.
- Alcântara da Silva, P., Borrego, R., Ferreira, V. S., Lavado, E., Melo, R., Rowland, J., & Truninger, M. (2015). *Consumos e estilos de vida no ensino superior: O caso dos estudantes da ULisboa-2012*. Lisboa, Portugal: Observatório Permanente da Juventude do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa (OPJ/ICS-ULisboa).
- Aldasoro, E., Calvo, M., Esnaola, S., Hurtado de Saracho, I., Alonso, E., Audicana, C., ... IBERICA-País Vasco Group. (2007). Gender differences in early reperfusion treatment after myocardial infarction. *Medicina Clínica*, 128(3), 81-85.
- Álvarez-Dardet, C., & Ruiz Cantero, M. T. (2011). Patrimonio de salud: Son posibles las políticas salutogénicas? *Revista Española de Salud Pública*, 85(2), 123-127. doi: 10.1590/S1135-57272011000200001
- Alvarez, I. C., Licea, V., & Perez M. C. (2007). El índice de masa corporal y la imagen corporal percibida como indicadores del estado nutricional en universitarios. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 50(2), 76-79.
- Alvarez, L. (2012). Los estilos de vida en salud: Del individuo al contexto. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(1), 95-101.
- Amado, J. (2012). Saúde e determinantes: Da realidade à prevenção. In *CIEG – Conferência Internacional sobre Enfermagem Geriátrica: Livro de Atas (Conference Proceedings)*,

- Lisboa, Portugal, 26 Outubro 2012 (pp. 33-37). Lisboa, Portugal: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde/Fundação D. Pedro IV.
- American Psychological Association (2010). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Recuperado de <http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx#812b>
- Amorim, C. (2000). Para a autonomia de opção (continuação). *Revista Trajectos e Projectos*, 2, 25-30.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (2000). *Testagem psicológica* (7ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Andrade, S. M., Soares, D. A, Braga, G. P., Moreira, J. H., & Botelho, F. M. (2003). Comportamentos de risco para acidentes de trânsito: Um inquérito entre estudantes de medicina na região sul do Brasil. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 49(4), 439-444. doi: 10.1590/S0104-42302003000400038
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco, USA: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco, USA: Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18. doi: 10.1093/heapro/11.1.11
- Aristizábal Hoyos, G. P., Blanco Borjas, D. M., Sánchez Ramos, A., & Ostiguín Meléndez, R. M. (2011). *El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión*. *Enfermería Universitaria*, 8(4), 16-23.
- Armitage, C. J., & Conner, M. (2000). Social cognition models and health behaviour: A structured review. *Psychology & Health*, 15(2), 173-189. doi: 10.1080/08870440008400299
- Arrivillaga, M., Salazar, I. C., & Correa, D. (2003). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia Médica*, 34(4), 186-195.
- Arroyo, H. V., & Rice, M. (Coords). (2009). La universidad y el desarrollo de las redes académicas y profesionales de promoción de la salud y educación para la salud en América Latina. In *IV Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud, Navarra, España, 7-9 Octubre 2009* (pp. 37). Navarra, España: Universidade Pública de Navarra.
- Arroyo Izaga, M., Rocandio Pablo, A. M., Ansotegui Alday, L., Pascual Apalauza, E., Salces Beti, I., & Rebato Ochoa, E. (2006). Calidad de la dieta, sobrepeso y obesidad en estudiantes universitarios. *Nutr Hosp*, 21: 673-679.
- Babazono, A., Kuwabara, K., Hagiwara, A., Nagano, J., & Ishihara, R. (2011). Do interventions to prevent lifestyle-related diseases reduce healthcare expenditure?: A randomized controlled clinical trial. *Journal of Epidemiology*, 21(1), 75-80. doi: 10.2188/jea.JE20100095
- Badir, A., Tekkas, K., & Topan, S. (2015). Knowledge of cardiovascular disease in Turkish undergraduate nursing students. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 14(5):441-9. doi: 10.1177/1474515114540554
- Badura, B. (1982). Estilos de vida y salud: Perspectiva socio-ecológica. In J. I. Ruiz Olabuenaga (Ed.), *Estilos de vida e investigacion social* (pp. 219-235). Bilbao, Espanha: Mensajero.
- Baker, R., & Kirschenbaum, D. (1998). Weight control during the holidays: Highly consistent self-monitoring as a potentially useful coping mechanism. *Health Psychology*, 17(4), 367-370.

- Balia, S., & Jones, A. (2008). Mortality, lifestyle and socioeconomic status. *Journal of Health Economics*, 27(1), 1-26. doi: 10.1016/j.jhealeco.2007.03.001
- Balsa, C., Vital, C., & Urbano, C. (2014). *III inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população geral/Portugal 2012*. Lisboa, Portugal: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychology Review*, 84(2), 191-215. doi: 10.1016/0146-6402(78)90002-4
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143-164. doi: 10.1177/1090198104263660
- Bandura, A. (2005). The primacy of self-regulation in health promotion. *Applied Psychology: An International Review*, 54(2), 245-254. doi: 10.1111/j.1464-0597.2005.00208.x
- Baptista, M. R., & Dantas, E. H. (2002). Yoga no controle do stress. *Revista Fitness & Performance*, 1(1), 12-20. doi: 10.3900/fpj.1.1.12.p
- Baquadano, I., Santos, M., Teixeira, C., Martins, T., & Zanetti, M. (2010). Fatores relacionados ao autocuidado de pessoas com diabetes mellitus atendidas em serviço de urgência no México. *Revista de Escola de Enfermagem da USP*, 44(4), 1017-1023. doi: 10.1590/S0080-62342010000400023
- Bardin, L. (2014). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Bauer, G., Davies, J. K., Pelikan, J., Noack, H., Broesskamp, U., & Hill C. (2003). Advancing a theoretical model for public health and health promotion indicator development. *European Journal of Public Health*, 13(3 Suppl.), 107-113.
- Baum, F. (1998). *Communities, participation and social capital in Fran Baum, the new public health: An australian perspective*. Melbourne, Australia: Oxford University Press.
- Bektas, M., Malak, A. T., Yumer, A. S. Korkmaz, M., & Özkan, A. (2010). Turkish university students' nutritional habits regarding cancer prevention and healthy lifestyles. *Asian Pacific Journal Cancer Prevention*, 11(5): 1347-1350.
- Beltrán Guzmán, F. J., Torres Fermán, I. A., Beltrán Torres, A. A., Lin Ochoa, D., & Barrientos Gómez, M. D. (2011). Universidades saludables una utopía para nuestra época. *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad*, 2(1). Recuperado de http://cienciasdelasaluduv.com/revistas/index.php/mss/article/view/39/pdf_13
- Benach, J., & Muntaner, C. (2005). *Aprender a mirar la salud: Cómo la desigualdad social daña nuestra salud*. Barcelona, España: El Viejo Topo.
- Bewick, V., Cheek L., & Ball J. (2005). Statistics review 14: Logistic regression. *Critical Care*, 9, 112-118. doi: 10.1186/cc3045
- Birch, S., & Stoddart, G. (1989). *Incentives to be healthy: An economic model of health-related behaviour*. York, United Kingdom: The University of York, Centre for Health Economics.
- Biscaia, A. R., Martins, J. N., Carreira, M. F. L., Gonçalves, I. F., Antunes, A. R., & Ferrinho, P. (2008). *Cuidados de Saúde Primários em Portugal – Reformar para novos sucessos*. (2ª Ed.). Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- Bizarro, L. (2001). A avaliação do bem-estar psicológico na adolescência. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 35, 81-116.

- Blascovich, J., & Tomaka, J. (1991). Measures of self-esteem. In J. P. Robinson & P. R. Shaver (Eds.), *Measures of personality and social psychological attitudes* (pp. 115-160). San Diego, CA: Academic Press.
- Block, G., Sternfeld, B., Block, T. J., Norris, J., Hopkins, D., Quesenberry, C. P. Jr, Husson, G., & Clancy, H. A. (2008). Development of alive!: (A Lifestyle Intervention Via Email), and its effect on health-related quality of life, presenteeism, and other behavioral outcomes: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, *10*(4), e43. doi: 10.2196/jmir.1112
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellström, T. (2010). *Epidemiologia básica* (2ª ed.). São Paulo, Brasil: Organização Mundial da Saúde.
- Boot, C. R., Rosiers, J. F., Meijman, F. J., & Van Hal, G. F. (2010). Consumption of tobacco, alcohol and recreational drugs in university students in Belgium and the Netherlands: The role of living situation. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, *22*(4), 527-534. doi: 10.1515/IJAMH.2010.22.4.527
- Booth, M. (2000). Assessment of physical activity: An international perspective. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, *71*(suppl. 2), 114-120. doi: 10.1080/02701367.2000.11082794
- Bothmer, M. I., & Fridlund, B. (2005). Gender differences in health habits and in motivation for a healthy lifestyle among Swedish university students. *Nursing & Health Sciences*, *7*(2), 107-118. doi: 10.1111/j.1442-2018.2005.00227.x
- Bosi, M. L., Luiz, R. R., Morgado, C. M., Costa, M. L., & Carvalho, R. J. (2006). Auto-percepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *55*(2), 108-113. doi: 10.1590/S0047-20852006000200003
- Breslow, L. (1990). Lifestyle, fitness, and health. In C. Bouchard, R. J. Shephard, T. Stephens, J. R. Sutton, & B. D. Mcpherson (Eds.), *Exercise fitness, and health: A consensus of current knowledge* (pp. 155-163). Champaign, USA: Human Kinetics Books.
- Brito, A. M., & Camargo, B. V. (2011). Representações sociais, crenças e comportamentos de saúde: um estudo comparativo entre homens e mulheres. *Temas em Psicologia*, *19*(1), 283-303.
- Brito, I. (2007). *Intervenção de conscientização para prevenção da brucelose em área endêmica* (Tese de doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal.
- Brito, I., & Mendes, F. (2009). *PEER-IESS: Instituições de ensino superior salutogénica*. Recuperado de http://www.esenfc.pt/site/?module=esenfc&target=outreach-projects&id_projeto=236&id_aps=9&tipo=APS
- Briz, T. (2012). Saúde, saúde pública e os determinantes em saúde no fio do tempo. In C. G. Silva (Ed.), *História da saúde e das doenças* (pp. 165-178). Lisboa, Portugal: Edições Colibri.
- Browning, G., Chevront, B., DelGrande, A., Unchalee, I., Lynch, S., Lottis, K., ... McClelland, S. (2007). *Innovations in theory development for nursing discipline: Volume I*. Recuperado de <https://repository.unm.edu/bitstream/handle/1928/3233/2007PHDTheoryExtensionMonograph.pdf?sequence=1>
- Bryman, A., & Carmen, D. (1992). *Análise de dados em ciências sociais: Introdução às técnicas usando o SPSS (versão 8.0)*. Lisboa, Portugal: Celta Editora.

- Bulik, C. M., Wade, T. D., Heath, A. C., Martin, N. G., Stunkard, A. J., & Eaves, L. J. (2001). Relating body mass index to figural stimuli: Population-based normative data of caucasians. *International Journal of Obesity*, 25(10), 1517-1524. doi: 10.1038/sj.ijo.0801742
- Burke, J. D., Reilly, R. A., Morrell, J. S., & Lofgren, I. E. (2009). The University of New Hampshire's Young Adult Health Risk Screening Initiative. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(10), 1751-1758. doi: 10.1016/j.jada.2009.07.005
- Buss, P. M., & Carvalho, A. I. (2009). Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(6), 2305-2316. doi: 10.1590/S1413-81232009000600039
- Buss, P. M., & Pellegrini A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 77-93. doi: 10.1590/S0103-73312007000100006
- Bydlowski, C. R., Westphal, M. F., & Pereira, I. M. (2004). Promoção da saúde: Porque sim e porque ainda não! *Saúde e Sociedade*, 13(1), 14-24. doi: 10.1590/S0104-12902004000100003
- Carey, K. B., Scott-Sheldon, L. A., Elliott, J. C., Bolles, J. R., & Carey, M. P. (2009). Computer-delivered interventions to reduce college students drinking: A meta-analysis. *Addiction*, 104(11), 1807-1819. doi: 10.1111/j.1360-0443.2009.02691.x
- Carter, A. O., Elzubeir, M., Abdulrazzaq, Y. M., Revel, A. D., & Townsend A. (2003). Health and lifestyle needs assessment of medical students in the United Arab Emirates. *Medical Teacher*, 25(5), 492-496.
- Cebeci F., & Celik, S. (2008). Discharge training and counselling increase self-care ability and reduce post discharge problems in CABG patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17(3), 412-420. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.01952.x
- Chatzisarantis, N. D., Hagger, M. S., Biddle, S. H., Smith, B. B., & Wang, J. K. (2003). A meta-analysis of perceived locus of causality in exercise, sport, and physical education contexts. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 25(3), 284-306.
- Chung, H., & Muntaner, C. (2006). Political and welfare state determinants of infant and child health indicators: An analysis of wealthy countries. *Social Science & Medicine*, 63(3), 829-842. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.01.030
- Cid, H. P., Merino, E. J. M., & Stieповich, B. J. (2006). Biological and psychosocial factors that predict health promoting lifestyles. *Rev Med Chil.*, 134(12): 1491-9.
- Cockerham, W. (2000). The sociology of health behavior an health lifestyles. In C. E. Bird, P. Conrad & A. M. Freemont (Eds.), *Handbook of medical sociology* (5th ed). Upper Saddle River, NJ, USA: Prentice Hall.
- Cockerham, W. (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1), 51-67. doi: 10.1177/002214650504600105
- Cockerham, W. (2009). *Medical sociology* (11th ed.). New Jersey, USA: Prentice Hall.
- Cockerham, W. (2012). *Medical sociology* (12th ed.). Boston, USA: Prentice Hall.
- Cockerham, W., Rutten, A., & Abel, T. (1997). Conceptualizing contemporary health lifestyles: Moving beyond Weber. *The Sociological Quarterly*, 38(2), 321-342. doi: 10.1111/j.1533-8525.1997.tb00480.x
- Colomer, C., & Álvarez-Dardet, C. (2008). *Salud y cambio social*. Madrid, España: Masson; 2008.

- Conselho Internacional dos Enfermeiros. (2000). *O CIE e a mobilização dos enfermeiros para a promoção da saúde*. Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri_documentacao/ICN_FolhasInformativas_vsINGePT/FI_versao_PT/OCIEmobiliza caodosenfermeirosparapromocaosaude.pdf.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2009). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda da inovação nos cuidados*. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa.
- Contoyannis, P., & Jones, A. (2004). Socioeconomic status, health and lifestyle. *Journal of Health Economics*, 23(5), 965-995. doi: 10.1016/j.jhealeco.2004.02.001
- Coreil, J., Levin, J. S., & Jaco, G. (1992). Estilo de vida: Un concepto emergente en las ciencias sociomédicas. *Clínica y Salud*, 3(3), 221-231.
- Cororve Fingeret, M., Warren, C. S., Cepeda-Benito, A., & Gleaves, D. H. (2006). Eating disorder prevention research: A meta-analysis. *Eating disorders*, 14(3), 191-213. doi: 10.1080/10640260600638899
- Correia C., Dias, F., Coelho, M., Page, P., & Vitorino, P. (2001). Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. Temático: 2.
- Council of Europe. (1996). *European Social Charter*. Recuperado de <http://www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/Presentation/ESCRBooklet/English.pdf>
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2006). *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up part 2*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization. Recuperado de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf
- Dahlgren, G., & Whitehead M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/files/153/6472456.pdf>
- Danda, G. J., Ferreira, G. R., Azenha, M., Sousa, K. F., & Bastos O. (2005). Padrão do sono-vigília e sonolência excessiva diurna em estudantes de medicina. *Jornal Brasileiro Psiquiatria*, 54, 102-106.
- Despacho nº 1916/2004. *Diário da República n.º 23/2004 – II Série*. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Lisboa, Portugal.
- Dias, C. M. (2011). *Distribuição conjunta de determinantes de saúde relacionados com comportamentos* (Tese de doutoramento). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10362/9666>
- Dias, C., Cruz, J. F., & Danish, S. (2001). O desporto como contexto para a aprendizagem e o ensino de competências de vida: Programas de intervenção para crianças e adolescentes. *Análise Psicológica*, 19(1), 157-170.
- Dinger, M., & Waigandt, A. (1997). Dietary intake and physical activity behaviors of male and female college students. *American Journal of Health Promotion*, 11(5), 360-362. doi: 10.4278/0890-1171-11.5.360
- Direcção Geral da Saúde. (2004). *Plano Nacional da Saúde 2004-2010: Saúde mental e doenças psiquiátricas*. Recuperado de http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_227.html
- Direcção Geral da Saúde. (2005). *Bases do Programa Nacional de Saúde dos Jovens*. Lisboa, Portugal: Direcção Geral de Saúde, Divisão Materna, Infantil e dos Adolescentes.
- Direcção Geral da Saúde. (2006). *Programa Nacional de Saúde dos Jovens 2006/2010*. Lisboa, Portugal: Direcção Geral de Saúde, Divisão Materna, Infantil e dos Adolescentes.

- Direção Geral da Saúde. (2012). *Plano Nacional da Saúde 2012-2016*. Recuperado de <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>
- Direção Geral da Saúde. (2014). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Dixe, M. A., Gaspar, P. J., Monteiro, B. R., & Lopes, A. J. (2010). *A saúde dos estudantes do ensino superior*. Leiria, Portugal: Instituto Politécnico de Leiria.
- Documento de trabalho da Rede Espanhola de Universidades Promotoras de Saúde (2007). Documento não publicado.
- Douglas, K. A., Collins, J. L., Warren, C., Kann, L., Gold, R., Clayton, S., ... Kolbe, L. J. (1997). Results from the 1995 National College Health risk behavior survey. *Journal of American College Health, 46*(2), 55-67.
- Elliot, D. S. (1993). Health-enhancing and health-compromising lifestyles. In S. G. Millstein, A. C. Petersen & E. O. Nightingale (Eds.), *Promotion the health of adolescents: New directions for the twenty-first century* (pp. 119-150). Oxford, England: Oxford University Press.
- European Comission. (2003). *The health status of the European Union: Narrowing the health gap*. Recuperado de http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/health_status_en.pdf.
- Faria, D. L. (2012). *Estudo comparativo dos estilos de vida dos estudantes de medicina da Universidade da Beira Interior no início e no final do curso* (Dissertação de mestrado). Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal.
- Feather, N. T. (1982). *Expectations and actions: Expectancy-value models in psychology*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Fernandes, L. G. (2011). *Diferenças nos hábitos alimentares e imagem corporal entre os alunos do 1º e 6º ano de medicina da Universidade da Beira Interior* (Dissertação de mestrado). Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal.
- Fernández, A. S. (2010). *La Educación para la salud como estratégia para la promoción de estilos de vida saludable para los alumnos de la universidad Iberoamericana ciudad de México*. Tese de Mestrado – Universidad Iberoamericana, México.
- Ferreira, F. M., Pereira, H. L., & Ferreira, A. (2014). Auto-estima e estilos de vida: Que relação nos estudantes de enfermagem? *Revista de Enfermagem Referência, 4*(2 Supl.), 101.
- Ferrer, A., Garcia, J., Cascales, R., & Martinez, M. (2000). *La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios*. Alicante, España: Universidade de Alicante.
- Figueiras, M. J. (2011). Intervenções para promover a actividade física e as alterações dos regimes alimentares para reduzir os factores de risco cardiovascular em adultos. *Revista Factores de Risco, 22*, 88-91.
- Finotti, M. A. (2004). *Estilos de vida: Uma contribuição ao estudo da segmentação de mercado* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de São Paulo, Brasil.
- Fonseca, L. E. (2000). *Promoção da saúde: Carta de Ottawa, declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Freire, P. (2000). *Pedagogia do oprimido* (29ª ed.). São Paulo, Brasil: Paz e Terra.

- Freitas, A. L. P., & Rodrigues, S. G. A. (2005). *Avaliação da confiabilidade de questionários: Uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach*. Comunicação apresentada no evento XII SIMPEP da Universidade Estadual Paulista, Bauru, SP, Brasil.
- Freudenberg, N., Eng, E., Flay, B., Parcel, G., Rogers, T., & Wallerstein, N. (1995). Strengthening individual and community capacity to prevent disease and promote health: In search of relevant theories and principles. *Health Education Quarterly*, 22(3), 290-306. doi: 10.1177/109019819402200304
- Gamarra Sánchez, M. H., Rivera Tejada, H. S., Alcalde Giove, M. E., & Cabellos Vargas, D. (2010). Estilo de vida, autoestima y apoyo social en estudiantes de enfermería. *UCV – Scientia*, 2(2), 73-81.
- García Ospina, C. (2001). *Algunas reflexiones sobre la educación para la salud*. Hacia la promoción de la salud. Universidad de Caldas. 6.
- Georgieva, L., & Genc, B. (Eds.). (2005). *Health determinants in the scope of new public health: A Handbook for teachers, researchers, health professionals and decision makers*. Lage, Germany: Hans Jacobs Publishing Company.
- Gerend, M. A. (2009). Does calorie information promote lower calorie fast food choices among college students? *Journal of Adolescent Health*, 44(1), 84-86. doi: 10.1016/j.jadohealth.2008.06.014
- Gómez Domínguez, J. I., & Salazar Hernández, N. (2010). *Hábitos alimenticios en estudiantes universitarios de ciencias de la salud de Minatitlán* (Tesis de graduación, Universidad Veracruzana). Recuperado de <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/30073/1/GomezDominguezJlySalazarHdzNayeli.pdf>
- Gonçalves, D. I. (2008). Pesquisas de marketing pela internet: As percepções sob a ótica dos entrevistados. *Revista de Administração Mackenzie*, 9(7), 70-88. doi: 10.1590/S1678-69712008000700004
- Gonçalves, M. L., Lourenço, T. M., Nóbrega, M. E., Câmara, P., Câmara, M., & Gois, R. (2014). Bem-estar psicológico e autoestima: Estilos de vida dos estudantes do ensino superior: Projecto PEER. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(2 Supl.), 102.
- Gonçalves, O. (2006). *Terapias cognitivas: Teorias e práticas* (5ª ed.). Porto, Portugal: Edições Afrontamento.
- Greene, W. H., & Simons-Morton, B. G. (1988). *Educacion para la salud*. Mexico, México: Interamericana.
- Grossi, E., Groth, N., Mosconi, P., Cerutti, R., Pace, F., Compare, A., & Apolone G. (2006). Development and validation of the short version of the Psychological General Well-Being Index (PGWB-S). *Health and Quality of Life Outcomes*, 4(88). doi: 10.1186/1477-7525-4-88
- Guerrero-Montoya, L. R., & León-Salazar, A. R. (2010). Estilo de vida y salud: Un problema socioeducativo, antecedentes. *Educere*, 14(49), 287-295. Recuperado de <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/32752/1/articulo4.pdf>
- Guillén, S., Sanna, A., Ngo, J., Meneu, T., Hoyo, E., & Demeester, M. (2009). New technologies for promoting a healthy diet and active living. *Nutrition Reviews*, 67(Suppl. 1), S107-S110. doi: 10.1111/j.1753-4887.2009.00171.x

- Guimarães, J. S., & Lima, I. M. (2012). Educação para a saúde: Discutindo uma prática pedagógica integral com jovens em situação de risco. *Saúde e Sociedade*, 21(4), 895-908. doi: 10.1590/S0104-12902012000400009
- Gutierrez, B. A. (2000). *Tradução para o português e descrição do processo de validação do "Seattle Obstrutiva Lung Disease Questionnaire"* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de São Paulo, Brasil.
- Há, E. J., & Caine-Bish, N. (2009). Effect of nutrition intervention using a general nutrition course for promoting fruit and vegetable consumption among college students. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 41(2), 103-109. doi: 10.1016/j.jneb.2008.07.001
- Hacıhasanoğlu, R., Yıldırım, A., Karakurt, P. and Sağlam, R. (2011). Healthy lifestyle behaviour in university students and influential factors in eastern Turkey. *International Journal of Nursing Practice*, 17, 43-51. doi: 10.1111/j.1440-172X.2010.01905.x
- Health Promotion Agency. (2006). *What is Health Promotion?* Recuperado de: <http://www.healthpromotionagency.org.uk/Healthpromotion/Health/section2.htm>
- Helsel, D. L., Jakicic, J. M., & Otto, A. D. (2007). Comparison of techniques for self-monitoring eating and exercise behaviors on weight loss in a correspondence-based intervention. *Journal of the American Dietetic Association*, 107(10), 1807-1810. doi: 10.1016/j.jada.2007.07.014
- Henriques, A. (2008). *Caracterização do sono dos estudantes universitários do Instituto Superior Técnico* (Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa). Recuperado de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1039/1/17000_SonoEstudantesIST_PaulaCunhal.pdf
- Hettler, B. (1982). Wellness promotion and risk reduction on university Campus. In M. M. Faber, & A. M. Reinhardt (Eds.). *Promoting health through risk reduction* (pp. 207-238). New York, USA: Collier Macmillan Publishers
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A., & Morgan, M. (2004). *The ESPAD report 2003: Alcohol and drug use among students in 35 european countries*. Recuperado de http://www.espad.org/uploads/espad_reports/2003/the_2003_espad_report.pdf
- Hill, A., & Hill, M. M. (2008). *Investigação por questionário*. Lisboa, Portugal: Edições Sílabo.
- Hivert, M. F., Langlois, M. F., Bérard, P., Cuerrier, J. P., & Carpentier, A. C. (2007). Prevention of weight gain in young adults through a seminar-based intervention program. *International Journal of Obesity*, 31(8), 1262-1269. doi: 10.1038/sj.ijo.0803572
- Huang, S. J., Hung, W. C., Chang, M., & Chang, J. (2009). The effect of an internet-based, stage-matched message intervention on young Taiwanese women's physical activity. *Journal of Health Communication*, 14(3), 210-27. doi: 10.1080/10810730902805788
- International Council of Nurses [ICN]. (2008). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários*. (Edição Portuguesa). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Instituto Nacional de Estatística, & Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Irazusta-Astiazaran, A., Ruiz-Litago, F., Gil-Orozco, S., Gil-Goikouria, F. C., Irazusta-Astiazaran, J. (2005). *Hábitos de vida delos estudiantes de enfermería*. Zainak [Internet]; 27:99-107. Disponível em: <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/zainak/27/27099107.pdf>.

- Jáuregui Lobera, I. (2008). Educación para la salud y educación nutricional: El papel de las nuevas tecnologías. *Revista Iberoamericana de Educación*, 46(3). Recuperado de <http://rieoei.org/deloslectores/2139Lobera.pdf>
- Jenkins, C. D. (2003). *Building better health: A handbook for behavioral change*. Pan American Health Organization. Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the World Health Organization. Scientific and Technical Publication n.º 590 Washington D.C.: PAHO.
- Jones, S. E., Oeltmann, J., Wilson, T. W., Brener, N. D., & Hill, C. V. (2001). Binge drinking among undergraduate college students in the United States: Implications for other substance use. *Journal of American College Health*, 50(1), 33-38.
- Karadag, M., & Yildirim, N. (2010). Health behaviors in health sciences university students in Turkey. *Social Behavior & Personality: An International Journal*, 38(1), 43-51.
- Kason, Y., & Ylanko, V. (1984). FANTASTIC life-style assessment: Part 5: Measuring lifestyle in family practice. *Canadian Family Physician*, 30, 2379-2383.
- Keller, S., Maddock, J. E., Hannover, W., Thyrian, J. R., & Basler, H. D. (2008). Multiple health risk behaviors in german first year university students. *Preventive Medicine*, 46(3), 189-195. doi:10.1016/j.ypmed.2007.09.008
- Kemppainen, V., Tossavainen, K., & Turunen, H. (2013). Nurses' roles in health promotion practice: an integrative review. *Health Promotion International*, 28, 490-501.
- Kohlrausch, E., & Rosa, N. G. (1999). Relacionando os modelos assistenciais e as tendências pedagógicas em saúde: Subsídios para a ação educativa da enfermeira. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 20(N. Esp.), 113-122.
- Krieger, N. (2001). A glossary for social epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(10), 693-700. doi: 10.1136/jech.55.10.693
- Kusaka, Y., Kondou, H., & Morimoto, K. (1992). Healthy lifestyles are associated with higher natural killer cell activity. *Preventive Medicine*, 21(5), 602-615. doi: 10.1016/0091-7435(92)90068-S
- Kvaavik, E., Batty, G. D., Ursin, G., Huxley, R., & Gale, C. R. (2010). Influence of individual and combined health behaviors on total and cause-specific mortality in men and women: The United Kingdom health and lifestyle survey. *Archives of Internal Medicine*, 170(8), 711-718. doi: 10.1001/archinternmed.2010.76
- Kypri, K., Hallett, J., Howat, P., McManus, A., Maycock, B., Bowe, S., & Horton, N. J. (2009). Randomized controlled trial of proactive web-based alcohol screening and brief intervention for University Students. *Archives of Internal Medicine*, 169(16), 1508-1514. doi: 10.1001/archinternmed.2009.249
- Laframboise, H. L. (1973). Health Policy: Breaking the problem down in more manageable segments. *Canadian Medical Association Journal*, 108(3), 388-393.
- Lalonde, M. (1974) *A new perspective on the health of the Canadians: A working document*. Ottawa, Canada: Government of Canada.
- Lange, I., & Vio, F. (2006). *Guía para universidades saludables y otras instituciones de educación superior*. Santiago de Chile, Chile: Universidad de Chile, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos.
- Langlie, J. K. (1979). Interrelationships among preventive health behaviors: A test of competing hypotheses. *Public Health Reports*, 94(3), 216-225.

- Leger, L. S., & Nutbeam, D. (2000). Research into health promoting schools. *Journal of School Health, 70*(6), 257-259. doi: 10.1111/j.1746-1561.2000.tb07433.x
- Lema, L. F., Salazar, I. C., Varela, M. T., Tamayo, J. A., Rubio, A. & Botero, A. (2009). Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: Satisfacción con el estilo de vida. *Pensamiento Psicológico, 5*(12), 71-88.
- Lobiondo-Wood, G., & Haber, J. (2001). *Pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização* (4ª ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara-Koogan.
- Local Government Association (2010). *The social determinants of health and the role of local government. Section 1 – What makes people healthy and what makes them ill?* London 2010.
- Lomba, L., Apostolo, J., Loureiro, H., Graveto, J., Silva, M., & Mendes, F. (2008). Consumos e comportamentos sexuais de risco na noite de Coimbra. *Revista Toxicodependências, 14*(1), 31-41.
- López-Carmona, J. M., Rodríguez-Moctezuma, J. R., Munguia Miranda, C., Hernández-Santiago, J. L., & Casas de La Torre, E. (2000). Validez y fiabilidad del instrumento FANTASTIC para medir el estilo de vida de pacientes mexicanos con hipertensión arterial. *Atención Primaria, 26*(8), 542-549. doi: 10.1016/S0212-6567(00)78719-1
- Loureiro, E. (2006). *Estudo da relação entre o stress e os estilos de vida nos estudantes de medicina* (Dissertação de mestrado). Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, Braga, Portugal.
- Loureiro, L. (2012). *Consumo de substâncias psicoactivas e estilos de vida no ensino superior*. Tese de mestrado em Enfermagem Comunitária. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Loureiro, I., & Miranda, N. (2010). *Promover a saúde: Dos fundamentos à acção*. Coimbra, Portugal: Edições Almedina.
- Lourenço, L., Dankzuc, R., Painazzer, D., Junior, N., Maia, A., & Santos, E. (2012). A historicidade filosófica do conceito saúde. *História da Enfermagem, 3*(1), 17-35.
- Machado, M. P. (2009). *Adesão ao regime terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros* (Dissertação de mestrado). Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Machado-Alba, J. E. (2001). La universidad saludable. *Revista Colombiana de Ciencias Humanas, 26*, 1-7. Recuperado de <http://www.utp.edu.co/~chumanas/revistas/revistas/rev26/machado.htm>
- Machuco, L., Martins, H., & Pereira, A.M. (2000). Estudantes de ciências do desporto e educação física: Suas atinências e contributos nos comportamentos de vida saudável. In *8.º Congresso de Educação Física e Ciências do Desporto dos Países de Língua Portuguesa (livro de resumos), Lisboa, Portugal, 13-17 dezembro 2000* (pp. 361-362). Lisboa, Portugal: Universidade Técnica de Lisboa.
- Maes, S., & Karoly, P. (2005). Self-regulation assessment and intervention in physical health and illness: A review. *Applied Psychology, 54*(2), 267-299. doi: 10.1111/j.1464-0597.2005.00210.x
- Malinauskas, B. M., Raedeke, T. D., Aeby, V. G., Smith, J. L., & Dallas, M. B. (2006). Dieting practices, weight perceptions, and body composition: A comparison of normal weight,

- overweight, and obese college females. *Nutrition Journal*, 5(11). doi: 10.1186/1475-2891-5-11
- Manthorpe, J., Maim, N., & Stubbs, H. (2004). Older people's views on rural life: a study of three villages. *Journal Of Clinical Nursing*, 13(6B), 97-104.
- Marcondes, W. B. (2004). A convergência de referências na promoção da saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(1), 5-13. doi: 10.1590/S0104-12902004000100002
- Marinho, C. S. (2002). *Estilo de vida e indicadores de saúde de estudantes universitários da Uniplac* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Desportos Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Florianópolis, Brasil.
- Marmot, M. (2001). Economic and social determinants of disease. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(10), 988-989.
- Marmot, M., & Wilkinson, R. G. (2006). *Social determinants of health* (2nd ed.). Oxford, England: Oxford University Press.
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS statistics* (5^a ed.). Pêro Pinheiro, Portugal: ReportNumber.
- Marques, I., Silva, I., Abreu, M., Azevedo, V., & Freitas, M. (2011). Universidade do Minho livre de tabaco: Uma nova realidade. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27(2), 152-166.
- Marriner, A., & Raile, M. (2011). *Modelos y teorías de enfermería* (7^a ed.). Barcelona, España: Elsevier-Mosby.
- Martins, A., Pacheco, A., & Jesus, S. N. (2008). Estilos de vida de estudantes do ensino superior. *Mudanças: Psicologia da Saúde*, 16(2) 100-105. doi: 10.15603/2176-1019/mud.v16n2p100-105
- Martínez-Lemos, R. I., Puig-Ribera, A. M., & García-García, O. (2014). Perceived barriers to Physical Activity and related factors in Spanish university students. *Open Journal of Preventive Medicine*, 4(4), 164-174. doi: 10.4236/ojpm.2014.44022
- 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., Simões, C., Carvalhosa, S. F., Reis, C., & Canha, L. (2000). *A saúde dos adolescentes portugueses: Estudo nacional da rede europeia HBSC/OMS (1998)*. Lisboa, Portugal: Faculdade de Motricidade Humana.
- McGinnis, J. M., & Foegen, W. H. (1993). Actual causes of death in the United States. *JAMA*, 270(10), 2207-2212. doi: 10.1001/jama.270.18.2207
- McIntyre, T. M., Soares, V., & Silva, S. (1997). Hábitos de saúde e comportamentos de risco na adolescência: Implicações para a prevenção. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 219-232.
- Mechanic, D. (1979). The stability of health and illness behavior: Results from a 16-year follow-up. *American Journal of Public Health*, 69(11), 1142-1145. doi: 10.2105/AJPH.69.11.1142
- Meda Lara, R. M., Santos Ávila, F., Lara García, B., Verdugo Lucero, J. C., Palomera Chaves, A., & Valadez Sierra, M. D. (2008). Evaluación de la percepción de calidad de vida y el estilo de vida en estudiantes desde el contexto de las universidades promotoras de la salud. *Revista de Educación y Desarrollo*, 5(8), 5-16.

- Meier, S., Stock, C., & Kramer, A. (2007). The contribution of health discussion groups with students to campus health promotion. *Health Promotion International*, 22(1), 28-36. doi: 10.1093/heapro/dal041
- Meles, A. M., & Zago, M. M. (1999). Análise da educação de clientes e pacientes na literatura brasileira de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7(5), 85-94. doi: 10.1590/S0104-11691999000500011
- Menéndez, E. L. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Miller, C. K., Gutschall, M. D., & Holloman, C. (2009). Self-monitoring predicts change in fiber intake and weight loss in adults with diabetes following an intervention regarding the glycemic index [Randomized Controlled Trial]. *Patient Education and Counseling*, 76(2), 213-219. doi: 10.1016/j.pec.2008.12.023
- Ministério da Saúde. (1999) *Saúde um compromisso: a estratégia da saúde para o virar do século: 1998-2002*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais saúde para todos: Orientações estratégicas (Vol. 2)*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ming, L., Gao, R., & Pusari, N. (2006). Using Participatory Action Research to Provide Health Promotion for Disadvantaged Elders in Shaanxi Province, China. *Public Health Nursing*, 23(4), 332-338.
- Molina-García, J., Castillo, I., & Pablos, C. (2009). Determinants of Leisure-time Physical Activity and Future Intention to Practice in Spanish College Students. *The Spanish Journal of Psychology*, 12(1): 128-137.
- Moreira, M. T., Smith, L. A., & Foxcroft, D. (2009). Social norms interventions to reduce alcohol misuse in university or college students. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8(3). doi: 10.1002/14651858.CD006748
- Moreira, P., Sampaio, D., & Almeida, M. (2002). Associação entre comportamento alimentar restritivo e ingestão nutricional em estudantes universitários. *Arquivos de Medicina*, 17(5): 219-225.
- Moreno-Gómez, C., Romaguera-Bosch, D., Tauler-Riera, P., Bennasar-Veny, M., Pericas-Beltran, J., & Martinez-Andreu, S. (2012). Clustering of lifestyle factors in Spanish university students: The relationship between smoking, alcohol consumption, physical activity and diet quality. *Public Health Nutrition*, 15(11), 2131-2139. doi: 10.1017/S1368980012000080
- Mota, J., & Sallis, J. (2002). *Actividade física e saúde: Factores de influência da actividade física nas crianças e nos adolescentes*. Porto, Portugal: Campo de Letras.
- Muñoz, M., & Cabieses, B. (2008). Universidades y promoción de la salud: Como alcanzar el punto de encuentro? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 24(2), 139-146. doi: 10.1590/S1020-49892008000800009
- Naidoo, J., & Wills, J. (1998). Effectiveness and evidence-based practice in health promotion. In *Practising health promotion: Dilemmas and challenges* (pp. 48-67). London, England: Bailliere Tindall.
- Navarro, V., Borrell, C., Benach, J., Muntaner, C., Quiroga, A., Rodriguez-Sanz, M., ... Pasarín, M. I. (2003). The importance of the political and the social in explaining mortality diffe-

- rentials among the countries of the OECD, 1950-1998. *International Journal of Health Services*, 33(3), 419-494. doi: 10.2190/R7GE-8DWK-YY6C-183U
- Nogueira, M. C. (2007). *Estilo de vida e medicina: Tendência atual na prática dos médicos clínicos* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8132/tde-07072008-100435/pt-br.php>
- Novel, G. (2000). *Enfermería psicosocial y salud mental*. Localidade, España: Elsevier Masson.
- Nunes, L., Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise dos casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Oblitas, L. A. (2008). Panorama de la psicología de la salud. *Revista Psicología Científica.com*, 10(1). Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/psicologia-de-la-salud-panorama>
- Omisakin, F. D., & Ncama, B. P. (2002). Self, self-care and self-management concepts: Implications for self-management education. *Educational Research*, 2(12), 1733-1737.
- Organización Mundial de la Salud. (1983). *Nuevos métodos de educación sanitaria en la atención primaria de salud*. Ginebra, Suiza: Autor. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_690_spa.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (1986). Carta de Ottawa para a promoção da saúde. In *Conferência Internacional para a Promoção da Saúde com vista a uma nova Saúde Pública, Ottawa, Canadá, 17-21 Novembro 1986*. Lisboa, Portugal: Direcção-Geral de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (2000). *Relatório mundial de saúde*. Genebra, Suíça: Autor.
- Organização Pan-Americana de Saúde. (2003). *Doenças crônico-degenerativas e obesidade: Estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde*. Brasília, Brasil: Autor.
- Pacheco, E. (2005). *Burnout e estilos de vida em profissionais de saúde* (Tese de doutoramento não publicada). Universidade do Algarve, Faro, Portugal.
- Pacheco, R. L., Santos-Silva, D. A. Gordia, A. P., Quadros, T. M. B., & Petroski E. L. (2014). Sociodemographic determinants of university students' lifestyles. *Revista de Salud Pública*, 16(3), 382-392.
- Palomo, G. I., Torres, G. I., Alarcón, M. A., Maragaño, P. J., Leiva, E., & Mujica, V. (2006). Alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos em uma población de estudantes universitarios de la región centro-sur de Chile. *Revista Española de Cardiología*, 59(11), 1099-1105. doi: 10.1157/13095778
- Park, A., Nitzke, S., Kritsch, K., Kattelman, K., White, A., Boeckner, L. et al. (2008). Internet-based interventions have potential to affect short-term mediators and indicators of dietary behavior of young adults. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 40(5), 288-297. doi: 10.1016/j.jneb.2008.02.001
- Pastor, Y., Balaguer, I., & García Merita, M. L. (1998). Una revisión sobre las variables de estilos de vida saludables. *Revista de Psicología de la Salud*, 10(1), 15-52.
- Pekka, P., Pirjo, P., & Ulla, U. (2002). Influencing public nutrition for non-communicable disease prevention: From community intervention to national programme: Experiences from Finland. *Public Health and Nutrition*, 5(1A), 245-251.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2002). *Health promotion in nursing practice* (4th ed.). Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall.

- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice*. (6th Edition). New Jersey: Pearsons Education, Inc.
- Pereira, A. M., & Silva, C. (2001). Quality of life in the academic context: Contributions to the promotion of students 'health behaviours. In *10th Biennial Conference of International Study Association on Teachers and Teaching, 21-25 de Setembro de 2001* (p. 21). Faro, Portugal: Universidade de Algarve.
- Pereira, A. M., & Ramos, S. (2000). Promoção dos estilos de vida saudável em contexto académico. In C. Machado (Ed.), *Actas do Congresso Internacional Interfaces da Psicologia* (Vol. 2, pp. 229-237). Évora, Portugal: Universidade de Évora.
- Pereira, A. M., Fonseca, A., & Silva, C. (2002). Health behaviour: Understanding students sexuality. *International Journal of Behaviour Medicine*, 9, 215.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa, Portugal: Edições Sílabo.
- Phillips, B. A., & Danner, F. J. (1995). Cigarette smoking and sleep disturbance. *Archives of Internal Medicine*, 155(7), 734-737.
- Piédrola Gil, G. (2008). *Medicina preventiva y salud pública* (11ª ed.). Barcelona, España: Masson.
- Pimentel, M. H., Mata, M. A., & Anes, E. (2013). Tabaco e álcool em estudantes: Mudanças decorrentes do ingresso no ensino superior. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(1), 185-204.
- Polit, D., & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (3ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Pordata. (2014a). *Alunos matriculados no ensino superior: Total e por área de educação e formação*. Recuperado de <http://www.pordata.pt/Portugal/Alunos+matriculados+no+ensino+superior+total+e+por+%C3%A1rea+de+educa%C3%A7%C3%A3o+e+forma%C3%A7%C3%A3o-1026>
- Pordata. (2014b). *Alunos matriculados no ensino superior: total e por tipo de ensino*. Recuperado de: <http://www.pordata.pt/Portugal/Alunos+matriculados+no+ensino+superior+total+e+por+tipo+de+ensino-1018>
- Pordata. (2015a). *Alunos matriculados no ensino superior: Total e por sexo*. Recuperado de <http://www.pordata.pt/Portugal/Alunos+matriculados+no+ensino+superior+total+e+por+sexo-1048>
- Pordata. (2015b). *Alunos matriculados no ensino superior: Total e por subsistema de ensino*. Recuperado de <http://www.pordata.pt/Portugal/Alunos+matriculados+no+ensino+superior+total+e+por+subsistema+de+ensino-1017>
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38-48. doi: 10.4278/0890-1171-12.1.38
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa, Portugal: Gradativa.
- Rainho, M., Antunes, M., Carvalho, A., Barroso, I., Monteiro, M., & Mateus, S. (2012). Bem-estar psicológico e percepção de saúde geral em estudantes do ensino superior. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(Supl.), 344.

- Ramírez-Vélez, R., & Agredo, R. A. (2012). Fiabilidad y validez del instrumento “Fantástico” para medir el estilo de vida en adultos colombianos. *Revista de Salud Pública*, 14(2), 226-237. doi: 10.1590/S0124-00642012000200004
- Ramos, L., Pereira, F., Eleonora, A., Abdo, N., & Enise, C. (2014). Efeitos de automonitorização sobre indicadores emocionais e adesão ao tratamento do diabetes. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 15(3), 567-585. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36232744002>
- Ramos, S. I., & Carvalho, A. J. (2008). *Nível de stress e estratégias de coping dos estudantes do 1º ano do ensino universitário de Coimbra*. Recuperado de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0368.pdf>.
- Raphael, D. (Org.). (2004). *Social determinants of health: Canadian perspective*. Toronto, Canada: Canadian Scholars Press.
- Rapley, M. (2003). *Quality of life research: A critical introduction*. London, England: SAGE Publications.
- Rede Espanhola de Universidades Promotoras de Saúde. (2007). *Documento de trabalho da Rede Espanhola de Universidades Promotoras de Saúde* (Documento não publicado).
- Rego, G., & Nunes, R. (2010). *Gestão da saúde*. Lisboa, Portugal: Prata & Rodrigues Publicações.
- Reig Ferrer, A., Cabrero García, J., Ferrer Cascales, R. I., & Richart Martínez, M. (2001). *La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios*. Alicante, España: Universidad de Alicante.
- Reséndiz, E., Aguilera, P., & Rocher, M. (2010). Estilo de vida e índice de masa corporal de una población de adultos del sur de Tamaulipas, México. *Aquichán*, 10(3), 244-252. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972010000300006&lng=en&tlng=es
- Ribeiro, J. L. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa, Portugal: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Ribeiro, J. L. (1993). *Características de saúde em estudantes, jovens, da cidade do Porto* (Tese de doutoramento). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10216/16220>
- Ribeiro, J. L. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.
- Ribeiro, J. L., Amado, N., & Pereira, A. M. S. (2000). Interesses e práticas saudáveis dos estudantes do ensino superior. In *8.º Congresso de Educação Física e Ciências do Desporto dos Países de Língua Portuguesa, Lisboa, Portugal, 13-17 Dezembro 2000*. Lisboa, Portugal: Universidade Técnica de Lisboa.
- Ribeiro, J. L. P. (2008). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto, Portugal: Legis Editora Livpsic.
- Ribeiro, M. I., & Fernandes, A. (2013). Auto percepção da imagem corporal e do corpo ideal em estudantes da área do desporto. In *VI Jornadas de Tecnologias da Saúde*, Guarda, Portugal, 10-10-2014. Recuperado de <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/8403>
- Richard, A., & Shea, K. (2011). Delineation of self-care and associated concepts. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(3), 255-264. doi: 10.1111/j.1547-5069.2011.01404.x

- Richards, A., Kattelman, K. K., & Ren, C. (2006). Motivating 18 to 24 years-olds to increase their fruit and vegetable consumption. *Journal of the American Dietetic Association, 106*(9), 1405-1411.
- Rippe, J. M. (1999). *Lifestyle medicine*. Malden, MA: Blackwell Science.
- Rivera, S. F., Ramos, V. P., Moreno, R. C., & Hernán, G. M. (2011). Análisis del modelo salutogénico en España aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Revista Española de Salud Pública, 85*(2), 137-147. doi: 10.1590/S1135-57272011000200002
- Rocha, E. (2008). Universidades promotoras de saúde [Comentário editorial]. *Revista Portuguesa de Cardiologia, 27*(1), 29-35.
- Rocha, E., Iglesias, P., Baptista, T., & Cabrita, J. (2001). *Auto-avaliação do estado de saúde e comportamentos de risco na população estudantil da Universidade de Lisboa*. *Revista de Epidemiologia Resumos, 15*(2), 19.
- Rodriguez-Añez, C. R., Reis, R. S., & Petroski, E. L. (2008). Versão brasileira do questionário "estilo de vida fantástico": Tradução e validação para adultos jovens. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 91*(2), 102-109. doi: 10.1590/S0066-782X2008001400006
- Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid, España: Síntesis.
- Rodriguez-Moctezuma, R., López-Carmona, J. M., Munguia Miranda, C., Hernández-Santiago, J. L., & Bermúdez-Martínez, M. (2003). Validez y consistencia del instrumento "FANTAS-TIC" para medir el estilo de vida en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo2. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 41*(3), 211-220.
- Rokke, P. D., Tomhave, J. A., & Jovic, Z. (2000). Self-managemente therapy and educational group therapy for depressed elders. *Cognitive Therapy and Research, 24*(1), 99-119.
- Romaguera, D., Tauler, P., Bennasar, M., Pericas, J., Moreno, C., Martinez, S., & Aquilo, A. (2011). Determinants and patterns of physical activity practice among Spanish university students. *Journal of Sports Sciences, 29*(9), 989-997. doi: 10.1080/02640414.2011.578149
- Romero, A., Cayuela, M., Molina, A., & Solsona, M. (2004). Are our university students eating properly? *Revista Enfermagem, 27*, 57-62.
- Rootman, I. et al. (2001). *Evaluation in health promotion: Principles and perspectives* (WHO Regional Publications. European Series; 92). Copenhagen, Denmark: Author.
- Rosa, A. J., Nascimento, J. V., & Farias, J. C. (2001). Perfil do estilo de vida dos estudantes da UNIVILLE. In *Anais do 3º Congresso Brasileiro de Atividade Física e Saúde*, Florianópolis, Brasil, 15-17 novembro 2001 (p. 100). Florianópolis, Brasil: Universidade Federal de Santa Catarina.
- Rosen, G. (1994). *Uma história da saúde pública*. São Paulo, Brasil: Unesp/Hucitec/Abrasco.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Roth, E. (1990). Aplicaciones comunitarias de la medicina conductual. *Revista Latinoamericana de Psicologia, 22*(1), 27-50.
- Rothman, A. J. (2000). Toward a theory-based analysis of behavioral maintenance. *Health Psychology, 19*(1, Suppl), 64-69. doi:10.1037/0278-6133.19.Suppl1.64

- Ruiz Juan, F. (2001). *Análisis diferencial de los comportamientos, motivaciones y demanda de actividades físico-deportivas del alumnado almeriense de Enseñanza Secundaria Post Obligatoria y de la Universidad de Almería* (Tesis doctoral). Universidad de Almería, Espanha.
- Runciman, P., Watson, H., McIntosh, J., & Tolson, D. (2006). Community nurses' health promotion work with older people. *Journal of Advanced Nursing*, 55(1), 46-57.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 54-67. doi: 10.1006/ceps.1999.1020
- Ryan, R. M., Patrick, H., Deci, E. L., & Williams, G. C. (2008). Facilitating health behavior change and its maintenance: Interventions based on self-determination theory. *The European Health Psychologist*, 10(1), 2-5.
- Saboia, V., & Pinheiro, V. (2013). Tecnologia educativo-participativa com grupo de pessoas diabéticas. In E. A. Nietzsche, E. Teixeira & H. P. Medeiros (Orgs.), *Tecnologias cuidativo-educacionais: Uma possibilidade para o empoderamento do(a) enfermeiro(a)* (Vol. 1, pp. 161-175). Porto Alegre, Brasil: Moriá.
- Sakraida, T. (2002). Modelo de promoção de saúde. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (pp. 699-715). Loures, Portugal: Lusociência.
- Sakraida, T. J. (2006). Nola J. Pender: Health Promotion Model. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Nursing theorists and their work* (6th ed., pp. 452-471). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.
- Salleras, S. L. (1988). *Educación sanitaria: Principios, métodos y aplicaciones*. Madrid, España: Díaz de Santos.
- Sanders, K. (2006). Developing practice for healthy ageing. *Nursing Older People*, 18(3), 18-25.
- Santos, J. J., Saracini, N., Silva, W. C., Guilherme, J. H., Costa, T. A., & Silva, M. R. (2014). Estilo de vida relacionado à saúde de estudantes universitários: Comparação entre ingressantes e concluintes. *ABCS Health Sciences*, 39(1), 17-23. doi: 10.7322/abcshs.v39i1.256
- Santos, J. L., & Westphal, M. F. (1999). Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: O papel da universidade. *Estudos Avançados*, 13(35), 71-88. doi: 10.1590/S0103-40141999000100007
- Santos, P. J., & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 253-28.
- Saraiva, A. G. (2015) *O consumo de tabaco em estudantes de enfermagem* (Dissertação de mestrado). Instituto Politécnico de Viseu, Portugal.
- Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(Sup.1), 29-41. doi: 10.1590/S0103-73312007000100003
- Sharmer, L. (2001). Evaluation of alcohol education programs on attitude, knowledge, and self-reported behavior of college students. *Evaluation & the Health Professions*, 24(3), 336-357. doi: 10.1590/S0103-73312007000100003

- Sharratt, J. K., Sharratt, M. T., Smith, D. M., Howell, M. J., & Davenport, L. (1984). FANTASTIC lifestyle survey of University of Waterloo Employees. *Canadian Family Physician*, 30(1), 1869-1872.
- Sidani, S. (2011). Self care. In D. Doran (Ed.), *Nursing outcomes: The state of science* (2ª ed.). Sudbury, Canada: Jones & Bartlett Publishers.
- Silva, A., Brito, I., & Amado, J. (2011). Adaptação e validação do questionário “Estilo de Vida Fantástico”: Resultados psicométricos preliminares. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(Supl.), 650.
- Silva, A., Brito, I. & Amado, J. (2014). Tradução, adaptação e validação do questionário Fantastic Lifestyle Assessment em estudantes do ensino superior. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(6), 1901-1909. doi: 10.1590/1413-81232014196.04822013
- Silva, D. A., Pereira, I. M., Almeida, M. B., Silva, R. J., & Oliveira, A. (2012). Estilo de vida de acadêmicos de educação física de uma universidade pública do estado de Sergipe, Brasil. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 34(1), 53-67. doi: 10.1590/S0101-32892012000100005
- Silva, D. A., Quadros, T. M., Gordia, A. P., & Petroski, E. L. (2011). Associação do sobrepeso com variáveis sócio-demográficas e estilo de vida em universitários. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 16(11), 4473-4479. doi: 10.1590/S1413-81232011001200020
- Silva, L. V., 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. doi: 10.1590/S0034-89102006000200014
- Silva, M. (2010). *Predictors of exercise adherence and weight control: An application of self-determination theory* (Tese de doutoramento não publicada). Universidade Técnica de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana, Portugal.
- Simpson, R., Albert, W., Wilson, D. M., Ciliska, D., & Evans, C. E. (1984). Lifestyle assessment: Part 4: The Halton Health Promotion Survey. *Canadian Family Physician*, 30, 2147-2155.
- Soares, R. S., & Campos, L. F. (2008). Estilo de vida dos estudantes de enfermagem de uma universidade do interior de Minas Gerais. *Cogitare Enfermagem*, 13(2), 227-234. doi: 105380/ce.v13i2.12487
- SODEXO. (2012). *The Sodexho University Lifestyle Survey, 2012*. Sodexo and the Times Higher Education Supplement. Recuperado de <<http://avanconspourluniversite.sodexo.fr/documents/student-survey-uk.pdf>>
- Song, M., & Lipman, T. (2008). Concept analysis: Self-monitoring in type 2 diabetes mellitus. *International Journal of Nursing Studies*, 45(11), 1700-1710. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.04.005
- Stephens, A., & Wardle, J. (2001). Locus of control and health behaviour revisited: A multivariate analysis of young adults from 18 countries. *British Journal of Psychology*, 92, 659-672.
- Stephens, A., Wardle, J., Cui, W., Bellisle, F., Zotti, A. M., Baranyai, R., & Sanderman, R. (2002). Trends in smoking, diet, physical exercise, and attitudes toward health in European university students from 13 countries, 1990-2000. *Preventive medicine*, 35(2), 97-104. doi: 10.1006/pmed.2002.1048

- Stunkard, A, Sorensen, T., & Schulsinger, F. (1983). Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. In S. Kety, L. Roland, R. Sidman & S. Mttthysse (Eds.), *The genetics of neurological and psychiatric disorders*. New York, NY: Raven Press.
- Stutts, W. C. (1997). *Use of the Health Promotion Model to predict physical activity in adults*. (Doctoral dissertation). University of North Carolina, Chapel Hill.
- Tarlov, A. (1996). Social determinants of health: The sociobiological translation. In D. Blane, E. Brunner & R. Wilkinson, R. (Eds.), *Health and social organization* (pp. 71-93). London, England: Routledge.
- Tavares, J., & Nunes, L. (2007). Comportamentos de saúde e de evitamento do risco em operários fabris. *Referência*, 2(5), 23-36.
- Thornton, J. (2002). Estimating a health production function for the US: Some new evidence. *Applied Economics*, 34(1), 59-62. doi: 10.1080/00036840010025650
- Tobar, D. A., & Morgan, W. P. (2000). Depression, overall, mood, and physical activity patterns in a sample of college students. *Journal of American College of Sports Medicine* 32(5), 7-25.
- Travis, J. (1977). *Wellness Work book for Health Professionals*. Mill Valley, CA: Wellness Publications.
- Tsouros, A. D., Dowding, J., Thompson, J., & Dooris, M. (1998). *Health promoting universities. Concept, experience and framework for action*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe.
- United Nations, Human Rights Office of the High Commissioner. (1966). *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights: Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966: entry into force 3 January 1976, in accordance with article 27*. Recuperado de <http://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cescr.pdf>
- United Nations. (2000). *Economic and social council: The right to the highest attainable standard of health*. General comment nº 14. Committee on economic, Social and Cultural Rights – Twenty-second session, Geneva, 25 April-12 May.
- Vala, J. (1986). A análise de conteúdo. In A. S. Silva & J. M. Pinto (Orgs.), *Metodologia das ciências sociais* (pp. 101-128). Porto, Portugal: Afrontamento.
- Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., & Koestner, R. (2008). Reflections on self-determination theory. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 49(3), 257-262. doi: 10.1037/a0012804
- Valverde, M. P. (2009). *Estilos de vida y salud en la adolescencia* (Tesis doctoral). Recuperado de <http://blad14.us.es/tesis/tesis/1162/estilos-de-vida-y-salud-en-la-adolescencia/>
- Varela-Mato, V., Cancela J. M., Ayan, C., Martin, V., & Molina, A. (2012). Lifestyle and health among Spanish university students: Differences by gender and academic discipline. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(8), 2728-2741. doi: 10.3390/ijerph9082728
- Vargas Oreamuno, S. (2010). *Los estilos de vida en la salud*. La Salud Pública en Costa Rica. Estado actual, retos y perspectivas. San José Universidad de Costa Rica, 539.

- Vartiainen, E., Jousilahti, P., Alfthan, G., Sundvall, J., Pietinen, P., & Puska, P. (2000). Cardiovascular risk factor changes in Finland, 1972-1997. *International Journal of Epidemiology*, 29(1), 49-56. doi: 10.1093/ije/29.1.49
- Victor, J. F., Lopes, M. V., & Ximenes, L. V. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18(3), 235-240. doi: 10.1590/S0103-21002005000300002
- Victor, J. F. (2002). *Educação em saúde na unidade básica de saúde da família: Atuação do enfermeiro num estudo de caso* (Tese). Fortaleza: Universidade Federal do Ceará.
- Vieira, H. C., Castro, A. E. D., & Schuch, V. F. Jr. (2010). O uso de questionários via e-mail em pesquisas acadêmicas sob a ótica dos respondentes. Recuperado de <http://www.pucrs.br/famat/viali/recursos/inquiries/O%20uso%20de%20question%C3%A1rios%20via%20e-mail%20em%20pesquisas%20acad%C3%AAmicas%20sob%20a%20%C3%B3tica%20dos.pdf>
- Vieira, V. C., Priore, S. E., Ribeiro, S. M., Franceschini, S. 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. doi: 10.1590/S1415-52732002000300003
- Virgínio A. F. (2015). *Estilos de vida: Consumo de substâncias psicoativas dos "Caloiros" de enfermagem* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.
- Wallerstein, N. (2002). Empowerment to reduce health disparities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 30(59), 72-77. doi: 10.1177/14034948020300031201
- Wang, D., Ou, C. Q., Chen, M. Y., & Duan, N. (2009). Health-promoting lifestyles of university students in Mainland China. *BMC Public Health*, 9(379). doi: 10.1186/1471-2458-9-379
- Warren, M. T. (1993). *The relationships of self-motivation and perceived personal competence to engaging in a health-promotion lifestyle for men in rehabilitation programs* (dissertation). New York, NY: New York University.
- Wei, C. N., Harada, K., Ueda, K., Fukumoto, K., Minamoto, K., & Ueda, A. (2012). Assessment of health-promoting lifestyle profile in Japanese university students. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 17(3), 222-227. doi: 10.1007/s12199-011-0244-8.
- Wen, C. P., Wai, J. P., Tsai, M. K., Yang, Y. C., Cheng, T. Y., Lee, M. C. *et al.* (2011). Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study. *Lancet*, 378(9798): 1244-1253. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60749-6
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (1994). Why not now? Action on inequalities in health. *European Journal of Public Health*, 4(1), 1-2. doi: 10.1093/eurpub/4.1.1
- Wilde M., & Garvin S. (2007). A concept analysis of self-monitoring. *Journal of Advanced Nursing*, 57(3), 339-350. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04089.x
- Wilkinson, R. G. (1996). *Unhealthy societies: The afflictions of inequality*. London, England: Routledge.
- Williams, A. F., & Wechsler, H. (1972). Interrelationship of preventive actions in health, and other areas. *Health Services Reports*, 87(10), 969-976. doi: 10.2307/4594704
- Williams, G., Freedman, Z., & Deci, E. (1998). Supporting autonomy to motivate patients with diabetes for glucose control. *Diabetes Care*, 21(10), 1644-1651. doi: 10.2337/diacare.21.10.1644

- Wilson, D. M. C., Nielsen, E., & Ciliska, D. (1984). Lifestyle assessment: Testing the FANTASTIC instrument. *Canadian Family Physician*, 30, 1863-1866.
- Wilson, D. M. C., & Ciliska, D. (1984). Lifestyle assessment: Development and use of the FANTASTIC checklist. *Canadian Family Physician*, 30, 1527-1532.
- Wing, R. (1998). Behavioral approaches to the treatment of obesity. In G. Bray, C. Bouchard & W. Jampes (Eds.), *Handbook of obesity* (pp. 855-873). New York, NY: Marcel Dekker.
- Worchel, S., Cooper, J., Goethals, G. R., & Olson, J. M. (2002). *Psicología social*. Madrid, España: Thomson Editores Paraninfo.
- World Health Organization. (1948). *Constitution*. Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organization. (1978). *Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978*. Recuperado de http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1
- World Health Organization. (1986a). *International Conference on Health Promotion, Ottawa, 17-21 November: Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (1986b). Life-styles and health. *Social Science & Medicine*, 22(2), 117-124. doi: 10.1016/0277-9536(86)90060-2
- World Health Organization. (1997). *The Jakarta Declaration. New Players for a New Era: Leading Health Promotion into 21st Century*. Fourth International Conference on Health Promotion, Jakarta, Indonesia, 21-25 July 1997.
- World Health Organization. (1998a). *Social Determinants of Health: the solid facts*. First edition/ edit by Richard Wilkinson and Michael Marmot, 1998.
- World Health Organization. (1998b). *About who: Health for all: Origins and mandate*. Recuperado de <http://www.who.int/who50/en/health4all.htm>
- World Health Organization. (1998c). *Health Promotion Glossary*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2000a). *Ministerial Conference on Nursing and Midwifery in Europe. Munich Declaration: nurses and midwives: a force for health*. Copenhagen: WHO.
- World Health organization. (2000b). *The World Health Report 2000: Obesity: Preventing and managing the Global Epidemic*. II Series. Geneve.
- World Health Organization. (2002a). *Policies on adolescent health and development: A guide for policy-makers, child and adolescent health and development focus*. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/wpro/2002/POLICIES2002_a76198.pdf
- World Health Organization. (2002b). *The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life*. Recuperado de <http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241562072.pdf>
- World Health Organization. (2003). *The world health report 2003: Shaping the future*. Recuperado de <http://www.who.int/whr/2003/en>
- World Health Organization. (2004). *Basic texts, basic documents (44th ed.)*. Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organization. (2005a). *Action on the social determinants of health: Learning from previous experiences*. Geneva, Switzerland: Author.

- World Health Organization. (2005b). *Preventing chronic diseases: A vital investment*. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241563001_eng.pdf
- World Health Organization. (2006). *Constitution of World Health Organization*. Recuperado de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.
- World Health Organization. (2007). *A citizen's guide to chronic disease care: Taking action to make your voice heard*. Geneva, Switzerland: Foundation for Research and Training in Patient Education.
- World Health Organization. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organization. (2009). *Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences*.
- World Health Organization. (2010). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva, Switzerland: Author.
- World Medical Association. (2008). *WMA Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects* (59th WMA General Assembly, Seoul, Korea). Recuperado de <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>
- Wu, T. Y., Pender, N., & Yang, K. P. (2002). Promoting physical activity among Taiwanese and American adolescents. *The Journal of Nursing Research*, 10(1), 57-64. doi: 10.1097/01.JNR.0000347583.62586.5a
- Yager, Z., & O'Dea, J. A. (2008). Prevention programs for body image and eating disorders on University campuses: A review of large, controlled interventions. *Health Promotion International*, 23(2), 173-189. doi: 10.1093/heapro/dan004
- Yahia, N., Achkar, A., Abdallah, A., & Rizk, S. (2008). Eating habits and obesity among Lebanese university students. *Nutrition Journal*, 7(32), 1-6. doi: 10.1186/1475-2891-7-32
- Yusuf, S., & Pitt, B. (2002). A Lifetime of prevention: the case of heart failure. *Circulation*, 106(24), 2997-2998.

ANEXO 1

De: doug wilson [mailto:dougwilson28@cogeco.ca]

Enviada: sexta-feira, 11 de Fevereiro de 2011 15:13

Para: Armando Silva

Assunto: Re:

Dear Dr Silva

I did reply to this some time ago.

I grant you permission to use FANTASTIC.

7 articles re its use and testing were published in Canadian Family Physician in the early 80s.

Test retest reliability, face validity and construct validity testing were high.

You may translate it as you wish.

I am interested in receiving copies of any modifications/translations and testing results.

Thank you,

Douglas Wilson MD CCFP FCFP, Professor Emeritus

McMaster University

----- Original Message -----

From: [Armando Silva](#)

To: dougwilson28@cogeco.ca

Sent: Friday, February 11, 2011 6:32 AM

Subject: FW:

Dear Professor,
Douglas Wilson

I am a Portuguese nursing teacher, in the area of Communitarian Health, and I am developing a study on related to the lifestyles of students. I would, therefore, like to ask you for permission to translate/use the "Fantastic Lifestyle Questionnaire". I would also be very grateful if you could send me other material that you may have related to the scale, as well as the statistic data resulting from its administration.

I would like to thank you in advance.

I look forward to hearing from you.

Best Regards.

Armando Silva

RN; Adjunct Prof. Nursing School Coimbra - Portugal

Master's in Public Health

ANEXO 2

De: Ilta Lange [mailto:iltalange@gmail.com] Enviada: segunda-feira, 23 de Janeiro de 2011 20:29
Para: Armando Silva
Assunto: Re:

Dear Armando: there is no problem at all that you translate what you need from the Guia Universidades Saludables . Un fortunately I do not have any other information that I could send you. You might want to write to my co-author Fernando Vio fvio@inta.cl .

Regards from Ilta Lange
Director WHO/PAHO Collaborating Center for PHC Escuela de Enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile

2011/1/23, Armando Silva <armandos@esenfc.pt>:

> Dear Professor,
>
> Lange, Ilta
>
>
>
>
>
> I am a Portuguese nursing teacher, in the area of primary Health care,
> and I am developing a study on related to the lifestyles of students.
> I would, therefore, like to ask you for permission to translate/use
> the Questionnaire "Tienes un Estilo de vida Fantastico" Guia
> Universidade Saludables. I would also be very grateful if you could
> send me other material that you may have related to the
> scale/Questionnaire, as well as the statistic data resulting from its
administration.
>
>
>
> I would like to thank you in advance.
>
>
>
> I look forward to hearing from you.
>
>
>
> Best Regards.
>
>
>
> Armando Silva
>
> RN; Adjunct Prof. Nursing School Coimbra – Portugal
>
> Master`s in Public Health
>
>
>

ANEXO 3

about:blank

De: Armando Silva [mailto:armandos@esenfc.pt]
Enviada: terça-feira, 27 de Novembro de 2012 09:57
Para: 'gext@fcdef.uc.pt'
Cc: 'sandrag@fcdef.uc.pt'
Assunto: Pedido de reenvio de email pelos estudantes

Muito bom dia Dr^a Liliana, no seguimento da conversa telefónica com a Dr^a Sandra, envio o email tipo a reenviar aos estudantes de 1º ciclo (licenciatura e Mestrado Integrado), agradecia ainda se fosse possível, o nº total de estudantes inscritos para eu poder calcular a taxa de participação dos estudantes. Envio ainda em anexo o pdf do questionário.
Muito obrigada pela atenção dispensada
Armando Silva (Prof. Adjunto na ESEnFC)

Email tipo a enviar aos estudantes:

Caro (a) estudante:

Este questionário inclui-se num projecto de investigação de tese de Doutoramento, na Universidade Católica Portuguesa - Instituto Ciências da Saúde, cujo objectivo é a caracterização do estilo de vida dos estudantes do ensino superior da região centro.

A sua colaboração é da máxima importância para o prosseguimento do estudo, pelo que, desde já, lhe agradeço a sua disponibilidade. O preenchimento do questionário demorará entre 10 a 15 minutos.

Informamos que após a submissão do questionário, irá aparecer um quadro com os seus resultados do estilo de vida, irá ainda aparecer um documento em pdf, que poderá descarregar, contendo: o instrumento de avaliação do estilo de vida e sua interpretação (guia para auto-avaliação) e um *flyer* com tópicos de reflexão que serão para ti um desafio. Como, de forma simples, reforçando ou modificando os teus comportamentos e atitudes, podes gozar de mais saúde (bem estar) para uma vida de melhor qualidade.

O questionário está disponível através do link:

<http://www.esenfc.pt/qst2/admin-pcaeev/Qst-online/index.php?id=8&qkey=1376463128361&lang=1>

(Atenção: Se não conseguir abrir o Link diretamente, faça um copy e pesquise diretamente através do navegador de pesquisa da internet)

Os dados recolhidos são anónimos e rigorosamente confidenciais, sendo utilizados exclusivamente para efeitos estatísticos de pesquisa.

No caso de receber mais do que um convite de participação, agradecemos que preencha o questionário apenas uma vez.

Caso queira colocar algum comentário, dúvida ou sugestão, por favor contactar:

email: armandos@esenfc.pt; Telemóvel: 964049233

about:blank

A sua participação é fundamental! Gratos pela atenção dispensada e com os nossos melhores cumprimentos,

Prof. Armando Silva

Investigador na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem
Prof. Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Armando Silva

De: esenfc@esenfc.pt
Enviado: quarta-feira, 7 de Novembro de 2012 16:04
Para: armandos@esenfc.pt
Assunto: Conhecimento de despacho a CI

Exmo Senhor
Professor Armando Manuel Marques Silva

A pedido da Senhora Presidente, informo que o despacho à comunicação interna de V. Exa, assunto: pedido de autorização para aplicação de questionário aos estudantes da Licenciatura em Enfermagem, via email, foi "Autorizo".

Mais informamos que será dado conhecimento do despacho à coordenadora dos serviços académicos, Dra Rosa Martins.

Com os mais respeitosos cumprimentos.

O secretariado,
Paula Fernandes

This message was sent using IMP, the Internet Messaging Program.

Armando Silva

De: Sílvia Borges [silviaborjes@arca.pt]
Enviado: segunda-feira, 12 de Novembro de 2012 17:49
Para: Armando Silva
Assunto: Re: FW: Pedido de colaboração em estudo

Ex.mo Senhor
 Professor Armando Silva,

Pede-me o Senhor Director da EUAC para comunicar que colaboraremos com o pedido feito por V. Ex.a. Aguardamos envio dos dados a divulgar.

Com os melhores cumprimentos,
 Sílvia Borges

 **EUAC ESCOLA UNIVERSITÁRIA DAS ARTES DE COIMBRA**
 Campus Universitário da ARCA - Lardemão
 3020-210 Coimbra
 Telefone:239497400
 Fax:239838533
www.arca.pt/euac

Em 31-10-2012 16:41, Armando Silva escreveu:

Muito Boa Tarde, em virtude de ainda não ter obtido resposta ao email anterior, vinha pedir mais uma vez colaboração para aplicação de um questionário sobre estilos de vida. Em virtude de algumas Instituições de ensino superior manifestarem dificuldades/constrangimentos em aplicação em sala de aula, desenvolvi um questionário on line, que pode ser preenchido pelos estudantes através de um Link enviado para a lista de emails dos estudantes. Se a resposta for positiva enviarei um email tipo com o Link para os estudantes preencherem não perturbando assim o desenvolvimento das actividades lectivas. Envio em pdf uma versão do questionário. Informo ainda que é só para enviar a estudantes do 1º ciclo (Licenciatura e Mestrado Integrado). Gratos pela compreensão
 Armando Silva
 Prof. Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

De: Armando Silva [<mailto:armandos@esenfc.pt>]
Enviada: quarta-feira, 12 de Setembro de 2012 14:54
Para: 'silviaborjes@arca.pt'
Assunto: Pedido de colaboração em estudo

Exma. Secretária da Direcção

Vinha por este meio pedir a vossa excelência a entrega do pedido de colaboração que envio em anexo, ao presidente do conselho directivo da EUAC o Prof. Doutor José Pedreirinho.
 Grato desde já pela atenção
 Armando Silva
 Prof. Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

--

This message has been scanned for viruses and dangerous content by [MailScanner](#), and is believed to be clean.

De: Armando Silva [mailto:armandos@esenfc.pt]
Enviada: segunda-feira, 12 de Novembro de 2012 17:23
Para: 'ipc@ipc.pt'
Assunto: FW: pedido de colaboração

No seguimento de conversa telefónica, com a D. Cristina Matos, vinha reiterar o meu pedido de colaboração para a aplicação de um questionário sobre os estilos de vida aos estudantes do IPC. E no sentido de ultrapassar alguns obstáculos relativos a aplicação do questionário em sala de aula, decidimos construir um questionário on line que gostaríamos que reenviassem para o email de todos os estudantes de 1º ciclo (Licenciatura e mestrado integrado), se a resposta for no sentido positivo. Pedíamos ainda se fosse possível, o nº de alunos inscritos - total (no 1º ciclo) para depois poder saber o nível de participação (nº de questionários preenchidos). A seguir envio o email tipo com o Link para os estudantes preencherem o questionário. Envio também em anexo o questionário em pdf.

Grato pela atenção dispensada
Armando Silva

Email a enviar aos estudantes:

Caro (a) estudante:

Este questionário inclui-se num projecto de investigação de tese de Doutoramento, na Universidade Católica Portuguesa - Instituto Ciências da Saúde, cujo objectivo é a caracterização do estilo de vida dos estudantes do ensino superior da região centro.

A sua colaboração é da máxima importância para o prosseguimento do estudo, pelo que, desde já, lhe agradeço a sua disponibilidade. O preenchimento do questionário demorará entre 10 a 15 minutos.

Informamos que após a submissão do questionário, irá aparecer um quadro com os seus resultados do estilo de vida, irá ainda aparecer um documento em pdf, que poderá descarregar, contendo: o instrumento de avaliação do estilo de vida e sua interpretação (guia para auto-avaliação) e um *flyer* com tópicos de reflexão que serão para ti um desafio. Como, de forma simples, reforçando ou modificando os teus comportamentos e atitudes, podes gozar de mais saúde (bem estar) para uma vida de melhor qualidade.

O questionário está disponível através do link:

<http://www.esenfc.pt/gst2/admin-pcaeev/Qst-online/index.php?id=8&qkey=1376463128361&lang=1>

Os dados recolhidos são anónimos e rigorosamente confidenciais, sendo utilizados exclusivamente para efeitos estatísticos de pesquisa.

No caso de receber mais do que um convite de participação, agradecemos que preencha o questionário apenas uma vez.

Caso queira colocar algum comentário, dúvida ou sugestão, por favor contactar:

email: armandos@esenfc.pt; Telemóvel: 964049233

about:blank

A sua participação é fundamental! Gratos pela atenção dispensada e com os nossos melhores cumprimentos,

Prof. Armando Silva

Investigador na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem
Prof. Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

De: Armando Silva [<mailto:armandos@esenfc.pt>]

Enviada: quinta-feira, 13 de Setembro de 2012 16:05

Para: 'ipc@ipc.pt'

Assunto: pedido de colaboração

Excelentíssimo Prof. Doutor Rui Jorge da Silva Antunes

Exmo. Prof. venho por este meio pedir a colaboração (pedido em anexo) para realização de um estudo com o objectivo de caracterização dos estilos de vida dos estudantes do ensino superior da região centro, através de preenchimento de um questionário pelos estudantes. Informo ainda que nesta primeira fase gostaria de saber da disponibilidade de realizar o estudo no IPC. Após resposta de vossa excelência, espero que positiva, informarei quais os cursos seleccionados e toda a informação que achar necessária.

Grato desde já pela atenção dispensada, encontrando-me ao dispor.

Armando Manuel Marques Silva

Prof. Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, email: armandos@esenfc.pt

De: Armando Silva [mailto:armandos@esenfc.pt]

Enviada: segunda-feira, 12 de Novembro de 2012 16:49

Para: 'presidencia@ipleiria.pt'

Assunto: FW: pedido de colaboração

No seguimento de conversa telefónica, com a D. Susana Dias, vinha reiterar o meu pedido de colaboração para a aplicação de um questionário sobre os estilos de vida aos estudantes do IPL. E no sentido de ultrapassar alguns obstáculos relativos a aplicação do questionário em sala de aula, decidimos construir um questionário on line que gostaríamos que reenviassem para o email de todos os estudantes de 1º ciclo (Licenciatura e mestrado integrado), se a resposta for no sentido positivo. Pedíamos ainda se fosse possível, o nº de alunos inscritos - total (no 1º ciclo) para depois poder saber o nível de participação (nº de questionários preenchidos). A seguir envio o email tipo com o Link para os estudantes preencherem o questionário. Envio também em anexo o questionário em pdf.

Grato pela atenção dispensada

Armando Silva

Email a enviar aos estudantes:

Caro (a) estudante:

Este questionário inclui-se num projecto de investigação de tese de Doutoramento, na Universidade Católica Portuguesa - Instituto Ciências da Saúde, cujo objectivo é a caracterização do estilo de vida dos estudantes do ensino superior da região centro.

A sua colaboração é da máxima importância para o prosseguimento do estudo, pelo que, desde já, lhe agradeço a sua disponibilidade. O preenchimento do questionário demorará entre 10 a 15 minutos.

Informamos que após a submissão do questionário, irá aparecer um quadro com os seus resultados do estilo de vida, irá ainda aparecer um documento em pdf, que poderá descarregar, contendo: o instrumento de avaliação do estilo de vida e sua interpretação (guia para auto-avaliação) e um *flyer* com tópicos de reflexão que serão para ti um desafio. Como, de forma simples, reforçando ou modificando os teus comportamentos e atitudes, podes gozar de mais saúde (bem estar) para uma vida de melhor qualidade.

O questionário está disponível através do link:

<http://www.esenfc.pt/gst2/admin-pcaeev/Qst-online/index.php?id=8&qkey=1376463128361&lang=1>

Os dados recolhidos são anónimos e rigorosamente confidenciais, sendo utilizados exclusivamente para efeitos estatísticos de pesquisa.

No caso de receber mais do que um convite de participação, agradecemos que preencha o questionário apenas uma vez.

Caso queira colocar algum comentário, dúvida ou sugestão, por favor contactar:

email: armandos@esenfc.pt; Telemóvel: 964049233

about:blank

A sua participação é fundamental! Gratos pela atenção dispensada e com os nossos melhores cumprimentos,

Prof. Armando Silva

Investigador na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem
Prof. Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

De: Armando Silva [<mailto:armandos@esenfc.pt>]

Enviada: quinta-feira, 13 de Setembro de 2012 16:01

Para: 'presidencia@ipleiria.pt'

Assunto: pedido de colaboração

Excelen' ssimo Prof. Doutor Nuno André Oliveira Mangas Pereira

Exmo. Prof. venho por este meio pedir a colaboração (pedido em anexo) para realização de um estudo com o objectivo de caracterização dos estilos de vida dos estudantes do Ensino Superior da região Centro, através de preenchimento de um questionário pelos estudantes. Informo ainda que nesta primeira fase gostaria de saber da disponibilidade de realizar o estudo no IPL. Após resposta de vossa excelência, espero que positiva, informarei quais os cursos seleccionados e toda a informação que achar necessária.

Grato desde já pela atenção dispensada, encontrando-me ao dispor.

Armando Manuel Marques Silva

Prof. Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Email: armandos@esenfc.pt

De: Armando Silva [mailto:armandos@esenfc.pt]

Enviada: segunda-feira, 12 de Novembro de 2012 16:19

Para: 'ipv@pres.ipv.pt'

Assunto: FW: Pedido de colaboração

No seguimento de conversa telefónica, com a D. Sandra Rebelo, vinha reiterar o meu pedido de colaboração para a aplicação de um questionário sobre os estilos de vida aos estudantes do IPV. E no sentido de ultrapassar alguns obstáculos relativos a aplicação do questionário em sala de aula, decidimos construir um questionário on line que gostaríamos que reenviassem para o email de todos os estudantes de 1º ciclo (Licenciatura e mestrado integrado), se a resposta for no sentido positivo. Pedíamos ainda se fosse possível, o nº de alunos inscritos - total (no 1º ciclo) para depois poder saber o nível de participação (nº de questionários preenchidos). A seguir envio o email tipo com o Link para os estudantes preencherem o questionário. Envio também em anexo o questionário em pdf.

Grato pela atenção dispensada

Armando Silva

Email a enviar aos estudantes:

Caro (a) estudante:

Este questionário inclui-se num projecto de investigação de tese de Doutoramento, na Universidade Católica Portuguesa - Instituto Ciências da Saúde, cujo objectivo é a caracterização do estilo de vida dos estudantes do ensino superior da região centro.

A sua colaboração é da máxima importância para o prosseguimento do estudo, pelo que, desde já, lhe agradeço a sua disponibilidade. O preenchimento do questionário demorará entre 10 a 15 minutos.

Informamos que após a submissão do questionário, irá aparecer um quadro com os seus resultados do estilo de vida, irá ainda aparecer um documento em pdf, que poderá descarregar, contendo: o instrumento de avaliação do estilo de vida e sua interpretação (guia para auto-avaliação) e um *flyer* com tópicos de reflexão que serão para ti um desafio. Como, de forma simples, reforçando ou modificando os teus comportamentos e atitudes, podes gozar de mais saúde (bem estar) para uma vida de melhor qualidade.

O questionário está disponível através do link:

<http://www.esenfc.pt/gst2/admin-pcaeev/Qst-online/index.php?id=8&qkey=1376463128361&lang=1>

Os dados recolhidos são anónimos e rigorosamente confidenciais, sendo utilizados exclusivamente para efeitos estatísticos de pesquisa.

No caso de receber mais do que um convite de participação, agradecemos que preencha o questionário apenas uma vez.

Caso queira colocar algum comentário, dúvida ou sugestão, por favor contactar:

email: armandos@esenfc.pt; Telemóvel: 964049233

about:blank

A sua participação é fundamental! Gratos pela atenção dispensada e com os nossos melhores cumprimentos,

Prof. Armando Silva

Investigador na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem
Prof. Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

De: Armando Silva [<mailto:armandos@esenfc.pt>]

Enviada: quinta-feira, 13 de Setembro de 2012 16:08

Para: 'fsebastiao@pres.ipv.pt'

Assunto: Pedido de colaboração

Excelen' ssimo Prof. Doutor Fernando Lopes Rodrigues Sebastião

Exmo. Prof. venho por este meio pedir a colaboração (pedido em anexo) para realização de um estudo com o objetivo de caracterização dos estilos de vida dos estudantes do Ensino Superior da região Centro, através de preenchimento de um questionário pelos estudantes. Informo ainda que nesta primeira fase gostaria de saber da disponibilidade de realizar o estudo no PV. Após resposta de vossa excelência, espero que possa, informar-me quais os cursos seleccionados e toda a informação que achar necessária.

Grato desde já pela atenção dispensada, encontrando-me ao dispor.

Armando Manuel Marques Silva

Prof. Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Email: armandos@esenfc.pt

De: Armando Silva [mailto:armandos@esenfc.pt]
Enviada: quarta-feira, 31 de Outubro de 2012 10:42
Para: 'Secretariado da Presidência do IPCB'
Assunto: FW: Pedido de colaboração

Exmo. Prof. Carlos Maia, no seguimento de parecer positivo da aplicação de um questionário sobre os estilos de vida dos estudantes. Como em 9 do mês ultrapassamos alguns obstáculos da aplicação do questionário em sala de aula, decidimos construir um questionário online que gostaríamos que reenviassem para o email de todos os estudantes de 1º ciclo (Licenciatura e Mestrado Integrado). Pedíamos ainda se fosse possível, em 1º de Junho inscritos total (no 1º ciclo) para depois poder saber o nível de participação em questionários preenchidos). A seguir envio o email com o link para os estudantes preencherem o questionário. Envio também em anexo o questionário em pdf. Grato pela atenção dispensada

Armando Silva

Email:

Caro (a) estudante:

Este questionário inclui-se num projecto de investigação de tese de Doutoramento, na Universidade Católica Portuguesa - Instituto Ciências da Saúde, cujo objectivo é a caracterização do estilo de vida dos estudantes do ensino superior da região centro.

A sua colaboração é da máxima importância para o prosseguimento do estudo, pelo que, desde já, lhe agradeço a sua disponibilidade. O preenchimento do questionário demorará entre 10 a 15 minutos.

Informamos que após a submissão do questionário, irá aparecer um quadro com os seus resultados do estilo de vida, irá ainda aparecer um documento em pdf, que poderá descarregar, contendo: o instrumento de avaliação do estilo de vida e sua interpretação (guia para auto-avaliação) e um *flyer* com tópicos de reflexão que serão para ti um desafio. Como, de forma simples, reforçando ou modificando os teus comportamentos e atitudes, podes gozar de mais saúde (bem estar) para uma vida de melhor qualidade.

O questionário está disponível através do link:

<http://www.esenfc.pt/qst2/admin-pcaeev/Qst-online/index.php?id=8&qkey=1376463128361&lang=1>

Os dados recolhidos são anónimos e rigorosamente confidenciais, sendo utilizados exclusivamente para efeitos estatísticos de pesquisa.

No caso de receber mais do que um convite de participação, agradecemos que preencha o questionário apenas uma vez.

Caso queira colocar algum comentário, dúvida ou sugestão, por favor contactar:

email: armandos@esenfc.pt; Telemóvel: 964049233

about:blank

A sua participação é fundamental! Gratos pela atenção dispensada e com os nossos melhores cumprimentos,

Prof. Armando Silva

Investigador na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem
Prof. Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

De: Armando Silva [<mailto:armandos@esenfc.pt>]

Enviada: sexta-feira, 14 de Setembro de 2012 11:37

Para: 'Secretariado da Presidência do IPCB'

Assunto: RE: Pedido de colaboração

Exmo. Prof. Carlos Maia

Agradeço desde já a sua disponibilidade e rapidez na resposta.

Na sequência do processo de selecção de amostragem, informarei quais as escolas /cursos onde irei recolher informação. Oportunamente enviarei quais os cursos e o questionário.

Com os melhores cumprimentos

Armando Silva

De: Secretariado da Presidência do IPCB [<mailto:secretariado@ipcb.pt>]

Enviada: sexta-feira, 14 de Setembro de 2012 11:12

Para: armandos@esenfc.pt

Assunto: Pedido de colaboração

Exmo. Senhor

Prof. Armando Silva

Institucionalmente não há qualquer inconveniente na realização do estudo nas escolas do IPCB, pelo que é autorizado. Os aspetos operacionais deverão ser tratados posteriormente com os interlocutores das escolas. Agradeço também o envio do questionário.

Com os melhores cumprimentos

Carlos Maia

De: Armando Silva [<mailto:armandos@esenfc.pt>]

Enviada: quinta-feira, 13 de Setembro de 2012 16:11

Para: Servicos de Expediente dos SC do IPCB

Assunto: Pedido de colaboração

Excelentíssimo Prof. Doutor Carlos Maia

Exmo. Prof. venho por este meio pedir a colaboração (pedido em anexo) para realização de um estudo com o objectivo de caracterização dos estilos de vida dos estudantes do ensino superior da região centro, através de preenchimento de um questionário pelos estudantes. Informo

**ainda que nesta primeira fase gostaria de saber da disponibilidade de realizar o estudo no IPCB.
Após resposta de vossa excelência, espero que positiva, informarei quais os cursos
seleccionados e toda a informação que achar necessária.**

Grato desde já pela atenção dispensada, encontrando-me ao dispor.

Armando Manuel Marques Silva

Prof. Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, email: armandos@esenfc.pt

De: Armando Silva [mailto:armandos@esenfc.pt]

Enviada: quarta-feira, 31 de Outubro de 2012 10:33

Para: 'antonioferreira@esenfcvpoa.eu'

Assunto:

Exmo Prof. Antonio Ferreira, no seguimento de parecer positivo a aplicação de um questionário sobre os estilos de vida aos estudantes. E no sentido de ultrapassar alguns obstáculos relativos a aplicação do questionário em sala de aula, decidimos construir um questionário on line que gostaríamos que reenviassem para o email de todos os estudantes de 1º ciclo (Licenciatura). Pedíamos ainda se fosse possível, o nº de alunos inscritos - total (no 1º ciclo) para depois poder saber o nível de participação (nº de questionários preenchidos). A seguir envio o email tipo com o Link para os estudantes preencherem o questionário. Envio também em anexo o questionário em pdf.

Grato pela atenção dispensada

Armando Silva

Email:

Caro (a) estudante:

Este questionário inclui-se num projecto de investigação de tese de Doutoramento, na Universidade Católica Portuguesa - Instituto Ciências da Saúde, cujo objectivo é a caracterização do estilo de vida dos estudantes do ensino superior da região centro.

A sua colaboração é da máxima importância para o prosseguimento do estudo, pelo que, desde já, lhe agradeço a sua disponibilidade. O preenchimento do questionário demorará entre 10 a 15 minutos.

Informamos que após a submissão do questionário, irá aparecer um quadro com os seus resultados do estilo de vida, irá ainda aparecer um documento em pdf, que poderá descarregar, contendo: o instrumento de avaliação do estilo de vida e sua interpretação (guia para auto-avaliação) e um *flyer* com tópicos de reflexão que serão para ti um desafio. Como, de forma simples, reforçando ou modificando os teus comportamentos e atitudes, podes gozar de mais saúde (bem estar) para uma vida de melhor qualidade.

O questionário está disponível através do link:

<http://www.esenfc.pt/qst2/admin-pcaeev/Qst-online/index.php?id=8&qkey=1376463128361&lang=1>

Os dados recolhidos são anónimos e rigorosamente confidenciais, sendo utilizados exclusivamente para efeitos estatísticos de pesquisa.

No caso de receber mais do que um convite de participação, agradecemos que preencha o questionário apenas uma vez.

Caso queira colocar algum comentário, dúvida ou sugestão, por favor contactar:

email: armandos@esenfc.pt; Telemóvel: 964049233

A sua participação é fundamental! Gratos pela atenção dispensada e com os nossos melhores cumprimentos,

Prof. Armando Silva

Investigador na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem
Prof. Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

De: Armando Silva [mailto:armandos@esenfc.pt]
Enviada: quarta-feira, 31 de Outubro de 2012 10:23
Para: 'carlos.silva@unisla.pt'
Assunto:

Exmo. Prof. Carlos Silva, no seguimento da autorização para aplicação do questionário, envio um email tipo para reenvio para o email dos estudantes de 1º ciclo (Licenciatura e mestrado integrado) da instituição a que preside. Envio em anexo o questionário em pdf. Agradecia também se fosse possível que facultasse o nº de alunos inscritos (1º ciclo - licenciatura e mestrado integrado) para depois calcular a taxa de participação. Segue em baixo o email com o link do questionário. Com os melhores cumprimentos
Prof. Armando Silva

Email:

Caro (a) estudante:

Este questionário inclui-se num projecto de investigação de tese de Doutoramento, na Universidade Católica Portuguesa - Instituto Ciências da Saúde, cujo objectivo é a caracterização do estilo de vida dos estudantes do ensino superior da região centro.

A sua colaboração é da máxima importância para o prosseguimento do estudo, pelo que, desde já, lhe agradeço a sua disponibilidade. O preenchimento do questionário demorará entre 10 a 15 minutos.

Informamos que após a submissão do questionário, irá aparecer um quadro com os seus resultados do estilo de vida, irá ainda aparecer um documento em pdf, que poderá descarregar, contendo: o instrumento de avaliação do estilo de vida e sua interpretação (guia para auto-avaliação) e um *flyer* com tópicos de reflexão que serão para ti um desafio. Como, de forma simples, reforçando ou modificando os teus comportamentos e atitudes, podes gozar de mais saúde (bem estar) para uma vida de melhor qualidade.

O questionário está disponível através do link:

[h" p://www.esenfc.pt/qst2/admin-pcaeev/Qst-online/index.php?id=8&qkey=1376463128361&lang=1](http://www.esenfc.pt/qst2/admin-pcaeev/Qst-online/index.php?id=8&qkey=1376463128361&lang=1)

Os dados recolhidos são anónimos e rigorosamente confidenciais, sendo utilizados exclusivamente para efeitos estatísticos de pesquisa.

No caso de receber mais do que um convite de participação, agradecemos que preencha o questionário apenas uma vez.

Caso queira colocar algum comentário, dúvida ou sugestão, por favor contactar:

email: armandos@esenfc.pt; Telemóvel: 964049233

A sua participação é fundamental! Gratos pela atenção dispensada e com os nossos melhores

cumprimentos,
Prof. Armando Silva

De: Armando Silva [mailto:armandos@esenfc.pt]
Enviada: quarta-feira, 31 de Outubro de 2012 10:09
Para: 'margarida.almeida@ua.pt'
Cc: 'Isabel Ferreira'
Assunto:

Exma Dr^a Margarida Almeida, no seguimento de parecer positivo a aplicação de um questionário sobre os estilos de vida aos estudantes da UA. E no sentido de ultrapassar alguns obstáculos relativos a aplicação do questionário em sala de aula, decidimos construir um questionário on line que gostaríamos que reenviassem para o email de todos os estudantes de 1^o ciclo (Licenciatura e mestrado integrado). Pedíamos ainda se fosse possível, o nº de alunos inscritos - total (no 1^o ciclo) para depois poder saber o nível de participação (nº de questionários preenchidos). A seguir envio o email tipo com o Link para os estudantes preencherem o questionário. Envio também em anexo o questionário em pdf.
Grato pela atenção dispensada
Armando Silva

Email:

Caro (a) estudante:

Este questionário inclui-se num projecto de investigação de tese de Doutoramento, na Universidade Católica Portuguesa - Instituto Ciências da Saúde, cujo objectivo é a caracterização do estilo de vida dos estudantes do ensino superior da região centro.

A sua colaboração é da máxima importância para o prosseguimento do estudo, pelo que, desde já, lhe agradeço a sua disponibilidade. O preenchimento do questionário demorará entre 10 a 15 minutos.

Informamos que após a submissão do questionário, irá aparecer um quadro com os seus resultados do estilo de vida, irá ainda aparecer um documento em pdf, que poderá descarregar, contendo: o instrumento de avaliação do estilo de vida e sua interpretação (guia para auto-avaliação) e um *flyer* com tópicos de reflexão que serão para ti um desafio. Como, de forma simples, reforçando ou modificando os teus comportamentos e atitudes, podes gozar de mais saúde (bem estar) para uma vida de melhor qualidade.

O questionário está disponível através do link:

<http://www.esenfc.pt/qst2/admin-pcaeev/Qst-online/index.php?id=8&qkey=1376463128361&lang=1>

Os dados recolhidos são anónimos e rigorosamente confidenciais, sendo utilizados exclusivamente para efeitos estatísticos de pesquisa.

No caso de receber mais do que um convite de participação, agradecemos que preencha o questionário apenas uma vez.

Caso queira colocar algum comentário, dúvida ou sugestão, por favor contactar:

email: armandos@esenfc.pt; Telemóvel: 964049233

A sua participação é fundamental! Gratos pela atenção dispensada e com os nossos melhores cumprimentos,

Prof. Armando Silva

Investigador na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem
Prof. Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

De: Armando Silva [mailto:armandos@esenfc.pt]
Enviada: terça-feira, 13 de Novembro de 2012 08:49
Para: 'Sílvia Borges'
Assunto: RE: FW: Pedido de colaboração em estudo

Muito bom dia Dr^a Sílvia Borges, agradecendo desde já a disponibilidade para colaboração. Envio então o email tipo que gostaria de reencaminhar aos alunos do 1º ciclo (Licenciatura e Mestrado Integrado). Gostaria de saber ainda, se possível o nº de estudantes inscritos para depois calcular o nível de participação de resposta ao questionário. Envio ainda em anexo um pdf do questionário. Grato desde já pela melhor compreensão
Armando Silva

Email a reenviar aos estudantes:

Caro (a) estudante:

Este questionário inclui-se num projecto de investigação de tese de Doutoramento, na Universidade Católica Portuguesa - Instituto Ciências da Saúde, cujo objectivo é a caracterização do estilo de vida dos estudantes do ensino superior da região centro.

A sua colaboração é da máxima importância para o prosseguimento do estudo, pelo que, desde já, lhe agradeço a sua disponibilidade. O preenchimento do questionário demorará entre 10 a 15 minutos.

Informamos que após a submissão do questionário, irá aparecer um quadro com os seus resultados do estilo de vida, irá ainda aparecer um documento em pdf, que poderá descarregar, contendo: o instrumento de avaliação do estilo de vida e sua interpretação (guia para auto-avaliação) e um *flyer* com tópicos de reflexão que serão para ti um desafio. Como, de forma simples, reforçando ou modificando os teus comportamentos e atitudes, podes gozar de mais saúde (bem estar) para uma vida de melhor qualidade.

O questionário está disponível através do link:

<http://www.esenfc.pt/qst2/admin-pcaeev/Qst-online/index.php?id=8&qkey=1376463128361&lang=1>

Os dados recolhidos são anónimos e rigorosamente confidenciais, sendo utilizados exclusivamente para efeitos estatísticos de pesquisa.

No caso de receber mais do que um convite de participação, agradecemos que preencha o questionário apenas uma vez.

Caso queira colocar algum comentário, dúvida ou sugestão, por favor contactar:

email: armandos@esenfc.pt; Telemóvel: 964049233

A sua participação é fundamental! Gratos pela atenção dispensada e com os nossos melhores cumprimentos,

about:blank

Prof. Armando Silva

Investigador na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem
Prof. Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

De: Sílvia Borges [<mailto:silviaborges@arca.pt>]

Enviada: segunda-feira, 12 de Novembro de 2012 17:49

Para: Armando Silva

Assunto: Re: FW: Pedido de colaboração em estudo

Ex.mo Senhor

Professor Armando Silva,

Pede-me o Senhor Director da EUAC para comunicar que colaboraremos com o pedido feito por V. Ex. a.
Aguardamos o envio dos dados a divulgar.

Com os melhores cumprimentos,
Sílvia Borges



EUAC ESCOLA UNIVERSITÁRIA DAS ARTES DE COIMBRA
Campus Universitário da ARCA - Lodemão
3020-210 Coimbra
Telefone: 239497400
Fax: 239838533
www.arca.pt/euac

Em 31-10-2012 16:41, Armando Silva escreveu:

Muito boa tarde, em virtude de ainda não ter recebido a resposta ao email anterior, vinha pedir mais uma vez a colaboração para aplicação de um questionário sobre as condições de vida em virtude de algumas situações de ensino superior manifestarem dificuldades/constrangimentos de aplicação em sala de aula, desenvolver um questionário on-line, que pode ser preenchido pelos estudantes através de um link enviado para lista de emails dos estudantes. Se a resposta for positiva enviarei um email com o link para os estudantes preencherem não perturbando o desenvolvimento das actividades respectivas. Envio em pdf uma versão do questionário.

Informo ainda que é só para enviar aos estudantes do 1º ciclo (Licenciatura e Mestrado Integrado).

Gratos pela compreensão

Armando Silva

Prof. Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

De: Armando Silva [<mailto:armandos@esenfc.pt>]

Enviada: quarta-feira, 12 de Setembro de 2012 14:54

Para: 'silviaborges@arca.pt'

Assunto: Pedido de colaboração em estudo

Exma. Secretária da Direcção

Vinha por este meio pedir a Vossa Excelência a entrega do pedido de colaboração que envio em anexo, ao presidente do Conselho Diretivo da EUAC, Prof. Doutor José Pedroreirinho.
Gratos desde já pela atenção

about:blank

Armando Silva
Prof. Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

--

This message has been scanned for viruses and dangerous content by [MailScanner](#), and is believed to be clean.

--

This message has been scanned for viruses and dangerous content by [MailScanner](#), and is believed to be clean.

about:blank

De: Armando Silva [mailto:armandos@esenfc.pt]

Enviada: quinta-feira, 22 de Novembro de 2012 17:12

Para: 'gci.fluc@fl.uc.pt'

Assunto: Pedido de colaboração

No seguimento da conversa telefónica com a D^a Maria Manuela, vinha realizar pedido de colaboração para a aplicação de um questionário sobre os estilos de vida dos estudantes do ensino superior na região centro. E no sentido de ultrapassar alguns obstáculos relativos a aplicação do questionário em sala de aula, decidimos construir um questionário on line que gostaríamos que reenviassem para o email de todos os estudantes de 1^o ciclo (Licenciatura e Mestrado integrado), se a resposta for no sentido positivo. Pedíamos ainda se fosse possível, o nº total de alunos inscritos (no 1^o ciclo) para depois poder saber o nível de participação (nº de questionários preenchidos). A seguir envio o email tipo com o Link para os estudantes preencherem o questionário. Envio também em anexo o questionário em pdf. Grato pela atenção dispensada
Armando Silva (Prof. Adjunto na ESEnFC) email: armandos@esenfc.pt; telem: 964049233

Email a enviar aos estudantes:

Caro (a) estudante:

Este questionário inclui-se num projecto de investigação de tese de Doutoramento, na Universidade Católica Portuguesa - Instituto Ciências da Saúde, cujo objectivo é a caracterização do estilo de vida dos estudantes do ensino superior da região centro.

A sua colaboração é da máxima importância para o prosseguimento do estudo, pelo que, desde já, lhe agradeço a sua disponibilidade. O preenchimento do questionário demorará entre 10 a 15 minutos.

Informamos que após a submissão do questionário, irá aparecer um quadro com os seus resultados do estilo de vida, irá ainda aparecer um documento em pdf, que poderá descarregar, contendo: o instrumento de avaliação do estilo de vida e sua interpretação (guia para auto-avaliação) e um *flyer* com tópicos de reflexão que serão para ti um desafio. Como, de forma simples, reforçando ou modificando os teus comportamentos e atitudes, podes gozar de mais saúde (bem estar) para uma vida de melhor qualidade.

O questionário está disponível através do link:

<http://www.esenfc.pt/qst2/admin-pcaeev/Qst-online/index.php?id=8&qkey=1376463128361&lang=1>

(Atenção: Se não conseguir abrir o Link diretamente, faça um copy e pesquise diretamente através do navegador de pesquisa da internet)

Os dados recolhidos são anónimos e rigorosamente confidenciais, sendo utilizados exclusivamente para efeitos estatísticos de pesquisa.

No caso de receber mais do que um convite de participação, agradecemos que preencha o questionário apenas uma vez.

Caso queira colocar algum comentário, dúvida ou sugestão, por favor contactar:

email: armandos@esenfc.pt; Telemóvel: 964049233

A sua participação é fundamental! Gratos pela atenção dispensada e com os nossos melhores cumprimentos,

Prof. Armando Silva

Investigador na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem
Prof. Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

about:blank

De: Armando Silva [mailto:armandos@esenfc.pt]

Enviada: terça-feira, 27 de Novembro de 2012 09:40

Para: 'apsilva@fd.uc.pt'

Assunto: Pedido para reenvio de email peos estudantes

Muito bom dia Dr^a Ana Paula, no seguimento da nossa conversa telefónica, envio o email tipo a reenviar aos estudantes de 1^o ciclo (licenciatura e Mestrado Integrado), agradecia ainda se fosse possível, o n^o total de estudantes inscritos para eu poder calcular a taxa de participação dos estudantes. Envio ainda em anexo o pdf do questionário.

Muito obrigada pela atenção dispensada

Armando Silva

Emil tipo a enviar aos estudantes:

Caro (a) estudante:

Este questionário inclui-se num projecto de investigação de tese de Doutoramento, na Universidade Católica Portuguesa - Instituto Ciências da Saúde, cujo objectivo é a caracterização do estilo de vida dos estudantes do ensino superior da região centro.

A sua colaboração é da máxima importância para o prosseguimento do estudo, pelo que, desde já, lhe agradeço a sua disponibilidade. O preenchimento do questionário demorará entre 10 a 15 minutos.

Informamos que após a submissão do questionário, irá aparecer um quadro com os seus resultados do estilo de vida, irá ainda aparecer um documento em pdf, que poderá descarregar, contendo: o instrumento de avaliação do estilo de vida e sua interpretação (guia para auto-avaliação) e um *flyer* com tópicos de reflexão que serão para ti um desafio. Como, de forma simples, reforçando ou modificando os teus comportamentos e atitudes, podes gozar de mais saúde (bem estar) para uma vida de melhor qualidade.

O questionário está disponível através do link:

<http://www.esenfc.pt/qst2/admin-pcaeev/Qst-online/index.php?id=8&qkey=1376463128361&lang=1>

(Atenção: Se não conseguir abrir o Link diretamente, faça um copy e pesquise diretamente através do navegador de pesquisa da internet)

Os dados recolhidos são anónimos e rigorosamente confidenciais, sendo utilizados exclusivamente para efeitos estatísticos de pesquisa.

No caso de receber mais do que um convite de participação, agradecemos que preencha o questionário apenas uma vez.

Caso queira colocar algum comentário, dúvida ou sugestão, por favor contactar:

email: armandos@esenfc.pt; Telemóvel: 964049233

Caso queira colocar algum comentário, dúvida ou sugestão, por favor contactar:

email: armandos@esenfc.pt; Telemóvel: 964049233

A sua participação é fundamental! Gratos pela atenção dispensada e com os nossos melhores cumprimentos,

Prof. Armando Silva

Investigador na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem
Prof. Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

De: Armando Silva [mailto:armandos@esenfc.pt]

Enviada: quarta-feira, 28 de Novembro de 2012 10:30

Para: 'cmg@iscia.edu.pt'

Assunto: Pedido de reenvio de email aos estudantes de licenciatura

No seguimento da conversa telefónica com a Dr^a Cláudia Guimarães, vinha realizar pedido de colaboração para reenviar para as contas de email dos estudantes o “email tipo que segue em baixo”, informo ainda que pretendo enviar só a estudantes de 1º ciclo (Licenciatura), se a resposta for no sentido positivo, pedíamos ainda se fosse possível, o nº total de alunos inscritos (no 1º ciclo) para depois poder saber o nível de participação. A seguir envio o email tipo com o Link para os estudantes preencherem o questionário. Envio também em anexo o questionário em pdf.

Grato pela atenção dispensada

Armando Silva (Prof. Adjunto na ESEnFC) email: armandos@esenfc.pt; telem: 964049233

Email a enviar aos estudantes:

Caro (a) estudante:

Este questionário inclui-se num projecto de investigação de tese de Doutoramento, na Universidade Católica Portuguesa - Instituto Ciências da Saúde, cujo objectivo é a caracterização do estilo de vida dos estudantes do ensino superior da região centro.

A sua colaboração é da máxima importância para o prosseguimento do estudo, pelo que, desde já, lhe agradeço a sua disponibilidade. O preenchimento do questionário demorará entre 10 a 15 minutos.

Informamos que após a submissão do questionário, irá aparecer um quadro com os seus resultados do estilo de vida, irá ainda aparecer um documento em pdf, que poderá descarregar, contendo: o instrumento de avaliação do estilo de vida e sua interpretação (guia para auto-avaliação) e um *flyer* com tópicos de reflexão que serão para ti um desafio. Como, de forma simples, reforçando ou modificando os teus comportamentos e atitudes, podes gozar de mais saúde (bem estar) para uma vida de melhor qualidade.

O questionário está disponível através do link:

<http://www.esenfc.pt/qst2/admin-pcaeev/Qst-online/index.php?id=8&qkey=1376463128361&lang=1>

(Atenção: Se não conseguir abrir o Link diretamente, faça um copy e pesquise diretamente através do navegador de pesquisa da internet)

Os dados recolhidos são anónimos e rigorosamente confidenciais, sendo utilizados exclusivamente para efeitos estatísticos de pesquisa.

No caso de receber mais do que um convite de participação, agradecemos que preencha o questionário apenas uma vez.

Caso queira colocar algum comentário, dúvida ou sugestão, por favor contactar:

1 de 2

08/03/16, 17:05

email: armandos@esenfc.pt; Telemóvel: 964049233

A sua participação é fundamental! Gratos pela atenção dispensada e com os nossos melhores cumprimentos,

Prof. Armando Silva

Investigador na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem
Prof. Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Re: pedido de colaboração

about:blank

De: Marie Fran ç oise Royer Cruz [<mailto:françoise@viseu.ipiaget.org>]

Enviada: sexta-feira, 7 de Dezembro de 2012 19:57

Para: armandos@esenfc.pt

Cc: pres.campus@viseu.ipiaget.org; Ana Margarida Ianhes- Caldeira; teresa panteleitchouk; I ú cia pereira

Assunto: Re: pedido de colaboração

Importância: Alta

Exmo. Sr. Professor,
dado o teor do inquérito e dado a proposta de apoio proposto aos estudantes que poderão dar conta, ao preencher o questionário, de que não estão a ter um estilo de vida saudável, é autorizado o envio deste questionário aos alunos de licenciatura (Motricidade Humana, Psicologia, Música, Enfermagem, Fisioterapia).

Para o envio, utilizaremos o Portal de informações do Campus. Enviaremos o seu texto para apresentar o questionário aos alunos e alicia-los a responder (o questionário será, a seguir, assinalado com o link).

No total, são 382 alunos.

Bom trabalho de investigação.... os resultados nos interessam (se for possível!)
Com os nossos melhores cumprimentos.

Marie Françoise Royer Cruz

Presidente do Campus

Campus Universitário de Viseu
Estrada do Alto do Gaio | Galifonge
3515-775 Lordosa, VISEU | T. 232 910 135 | F. 232 910.189 | Ext.322
www.ipiaget.org

On 12/12/07 12:06, "Catia Saraiva" <csaraiva@viseu.ipiaget.org> wrote:

Cara Dra. Françoise,

Este senhor ligou hoje a saber para quem podia enviar o email a solicitar autorização para passar o questionário junto dos nossos alunos.

Eu pedi para ele enviar para si para sua análise e que depois respondíamos.

Obrigada.

Um abraço,

Katia Saraiva Secretária da Direcção do Campus



Campus Universitário de Viseu
Estrada do Alto do Gaio | Galifonge
3515-775 Lordosa, VISEU | T. 232 910 135 | F. 232 910.189 | Ext.322

info@viseu.ipiaget.org | pres.viseu@viseu.ipiaget.org | www.ipiaget.org <<http://www.ipiaget.org/>>

De: Armando Silva [<mailto:armandos@esenfc.pt>]

Enviada: sexta-feira, 7 de Dezembro de 2012 11:47

Para: csaraiva@viseu.ipiaget.org

Assunto: pedido de colaboração

Muito bom Dia, Presidente do campus Piaget-Viseu, no seguimento de conversa telefónica com o secretariado (Drª Cátia Saraiva), sugeri o encaminhamento deste email para o excelentíssimo Presidente:

Vinha então por este meio pedir a vossa excelência a colaboração para um estudo, com o objectivo de caracterizar os estilos de vida dos estudantes do ensino superior da região centro de Portugal, sendo necessário o preenchimento de um questionário *on line*, que poderá ser enviado para a conta de email dos estudantes. Informo ainda que a população do estudo são só os estudantes de Licenciatura e Mestrado Integrado (1º ciclo). Se a resposta for positiva, assim o espero, gostaria de também de saber o nº total de estudantes inscritos para poder calcular a taxa de participação. Envio em anexo uma cópia em pdf do questionário.

Cumprimentos cordiais

Armando Silva

Prof. Adjunto Armando Silva, UCP Enfermagem de Saúde Pública/Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, email: armandos@esenfc.pt; telem: 964049233

Email Tipo a reenviar aos estudantes:

Caro (a) estudante:

Este questionário inclui-se num projecto de investigação de tese de Doutoramento, na Universidade Católica Portuguesa - Instituto Ciências da Saúde, cujo objectivo é a caracterização do estilo de vida dos estudantes do ensino superior da região centro.

A sua colaboração é da máxima importância para o prosseguimento do estudo, pelo que, desde já, lhe agradeço a sua disponibilidade. O preenchimento do questionário demorará entre 10 a 15 minutos.

Informamos que após a submissão do questionário, irá aparecer um quadro com os seus resultados do estilo de vida, irá ainda aparecer um documento em pdf, que poderá descarregar, contendo: o instrumento de avaliação do estilo de vida e sua interpretação (guia para auto-avaliação) e um *flyer* com tópicos de reflexão que serão para ti um desafio. Como, de forma simples, reforçando ou modificando os teus comportamentos e atitudes, podes gozar de mais saúde (bem estar) para uma vida de melhor qualidade.

O questionário está disponível através do link:

<http://www.esenfc.pt/qst2/admin-pcaeev/Qst-online/index.php?id=8&qkey=1376463128361&lang=1>
<<http://www.esenfc.pt/qst2/admin-pcaeev/Qst-online/index.php?id=8&qkey=1376463128361&lang=1>>

(Atenção: Se não conseguir abrir o Link diretamente, faça um copy e pesquise diretamente através do navegador de pesquisa da internet)

Os dados recolhidos são anónimos e rigorosamente confidenciais, sendo utilizados exclusivamente para efeitos estatísticos de pesquisa.

No caso de receber mais do que um convite de participação, agradecemos que preencha o questionário apenas uma vez.

Caso queira colocar algum comentário, dúvida ou sugestão, por favor contactar:

email: armandos@esenfc.pt <<mailto:armandos@esenfc.pt>> ; Telemóvel: 964049233

A sua participação é fundamental! Gratos pela atenção dispensada e com os nossos melhores cumprimentos,

Prof. Armando Silva

Investigador na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem
Prof. Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Armando Silva

Enfermeiro

Mestre em Saúde Pública

Professor Adjunto

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Rua 5 de Outubro e/ou Av. Bissaya Barreto

Apartado 55 | 3001-901 COIMBRA

Tel: (+351) 239 802 850 | Fax (+351) 239 422 648

www.esenfc.pt <<http://www.esenfc.pt>>

ü Antes de imprimir este e-mail pense bem se tem mesmo que o fazer. Poupe papel e ajude o ambiente.

COMISSÃO DE ÉTICA
da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA-E)**
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (EEnfC)**

Parecer N° P147-03/2013

Título do Projecto: Estilos de vida em estudantes do ensino superior na Região Centro

Identificação do(s) Proponente(s)

Nome(s): Armando Manuel Marques Silva

Filiação Institucional: EEnfC

Orientador: Profs João Costa Amado e Irma da Silva Brito

Relator(es): José Carlos Martins

Parecer

O proponente pretende desenvolver estudo de tipo descritivo transversal-correlacional, tendo como objetivos:

- "Traduzir, adaptar e validar o questionário "Tienes un estilo de vida fantástico?" da autoria de Lange e Vio (2006)";
- "Caracterizar os estilos de vida dos estudantes (de licenciatura e mestrado integrado), do ensino superior da Região Centro de Portugal";
- "Determinar a magnitude dos problemas relacionados com os estilos de vida e alguns factores determinantes em estudantes do ensino superior da Região Centro de Portugal";
- "Propor orientações para o planeamento de intervenções de promoção da saúde baseada nos estilos de vida saudável para os estudantes de licenciatura e mestrado integrado nas instituições de ensino superior".

Tendo como população os estudantes inscritos nas instituições de ensino superior da Região Centro de Portugal, o estudo será desenvolvido com amostra "não probabilística baseada na adesão/voluntariedade dos estudantes em responder ao questionário".

Os critérios de inclusão estão bem definidos. Foi solicitada autorização às instituições de ensino superior e são apresentadas respostas favoráveis da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, do Instituto Piaget (Viseu) e da Escola Universitária de Artes de Coimbra.

Os questionários (são apresentados exemplares) serão respondidos online, estando garantida a voluntariedade na participação e o anonimato nas respostas.

O consentimento é presumido, entendendo-se que os estudantes, ao aceder ao questionário online, responder às questões e submeter essas respostas estão tacitamente a concordar com a participação no estudo.

É fornecida informação aos participantes em dois momentos: através de mail a convidar para participar e ao aceder ao link do questionário.

Não se prevêem danos ou prejuízos para os participantes.

Face ao apresentado, esta Comissão dá o seu parecer favorável à realização do estudo.

O relator:

José Carlos Martins

Data: 17/04/2013 O Presidente da Comissão de Ética:

[Assinatura]



UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
UICISA-E



ESCOLA SUPERIOR DE
ENFERMAGEM
DE COIMBRA

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR Portugal

ANEXO 5

Questionário - «Tenho um estilo de vida Fantástico?»

<http://www.esenfc.pt/qst2/admin-pcaeev/Qst-online/index.php?id=8&q...>

CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**






HEALTH SCIENCES
RESEARCH UNIT
NURSING

**UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
ENFERMAGEM**

Questionário - «Tenho um estilo de vida Fantástico?»

No âmbito da realização de um trabalho sobre os estilos de vida dos estudantes do ensino superior da região centro, desenvolvido no âmbito do doutoramento em Enfermagem, na Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências em Saúde, vimos solicitar a tua colaboração. Todos os dados recolhidos serão utilizados apenas para efeitos da conclusão do presente estudo de investigação e garantimos a sua TOTAL CONFIDENCIALIDADE, bem como o ANONIMATO dos participantes. O presente estudo não implica qualquer tipo de custo ou risco para os participantes, e também não apresenta nenhum benefício. A participação neste estudo é estritamente VOLUNTÁRIA e a desistência, a qualquer momento, é um direito que assiste a todos os participantes. Mas, caso deseje ser posteriormente contactado nomeadamente para oportunamente conhecer os resultados deste estudo em que está a participar, deixe o seu contacto no final do Questionário ou envie e-mail para: armandos@esenfc.pt; Prof. Armando Silva.

I Parte - Dados sócio-demográficos

1. Qual a sua Instituição de ensino -- Seleccione uma opção --
2. O seu Curso:
- 2a. Qual o ciclo de estudos que frequenta? -- Seleccione uma opção --
3. N.º de matrículas:
4. Ano Curricular:
5. Data de Nascimento 
(Exemplo: aaaa-mm-dd)
6. Género Masculino 
 Feminino 
7. Habilitações literárias da mãe -- Seleccione uma opção --
8. Habilitações literárias da pai -- Seleccione uma opção --
9. O curso escolhido foi a sua primeira opção? Sim Não
10. Além de estudar, trabalha? Não Sim
11. Se sim: A tempo parcial A tempo inteiro
12. Qual é o seu peso? Kg (Exemplo: 74)
13. Qual é a sua estatura? m (Exemplo: 1.75)

14. Quantas pessoas fazem parte do agregado familiar?

- 15. Qual o rendimento do agregado familiar mensal:**
- Até 1 ordenado mínimo (± 500€)
 - De 1 a 3 ordenados mínimos (± 500€ - ±1500€)
 - De 3 a 6 ordenados mínimos (±1500€ - ±3000€)
 - De 6 a 10 ordenados mínimos (±3000€ - ±5000€)
 - Mais de 10 ordenados mínimos (±5000€)

- 16. Encontra-se deslocado do seu local de residência** (morada de família):
- Não Sim

- 17. Se respondeu Sim, com quem vive actualmente:**
- Sozinho
 - Com amigos
 - Com Conjugue
 - Com Filhos

- 18. Considera ter vícios / dependências:**
- Sim
 - Não

18. Se Sim Quais?:

- 18.1 Alguma vez tentou modificar esse comportamento:**
- Sim
 - Não

19. Em média, por semana, quantas noites sai para atividades recreativas?

20. Em média, por mês, quantas noites sai para atividades recreativas?

21. Quanto gasta, em média, por noite (inclui transporte, tabaco, alimentos, entradas)?

 €

- 22. Numa escala de 0 a 10, como classifica o seu estilo de vida** (0 representa um estilo de vida nada saudável e 10 um estilo de vida muito saudável)?
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

PARTE II - Questionário da Percepção Corporal

A partir das figuras apresentadas, indique o número a qual das imagens corresponde:

Questionário - «Tenho um estilo de vida Fantástico?»

<http://www.esenfc.pt/qst2/admin-pcaeev/Qst-online/index.php?id=8&q...>

1	Qual o nº que representa a forma como se vê:	<input type="text"/>
2	Qual o nº que representa a forma como gostaria de ser:	<input type="text"/>
3	Qual o nº que representa ser saudável:	<input type="text"/>

PARTE III - Questionário da Auto-estima / Bem-estar Psicológico

Auto-estima

Segue-se uma lista de afirmações que dizem respeito ao modo como te sentes acerca de ti próprio(a). Assinala, na respectiva coluna, a resposta que mais se te adequa

	Concordo muito	Concordo	Discordo	Discordo muito
1 De uma forma geral, estou satisfeito(a) comigo mesmo (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Às vezes penso que não presto para nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Penso que tenho algumas boas qualidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Creio de que não tenho grande coisa de que me orgulhar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Sinto-me, por vezes, verdadeiramente inútil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		Concordo muito	Concordo	Discordo	Discordo muito
7	Julgo que tenho, pelo menos, tanto valor como os outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Gostaria de ter mais consideração por mim próprio (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Bem vistas as coisas, sou levado a pensar que sou um(a) falhado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Tenho uma atitude positiva para com a minha pessoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bem-estar Psicológico

Nas questões que se seguem são enumeradas situações que podem traduzir como se pode ter sentido ou reagido **durante o último mês**. Indique a frequência ou intensidade, seleccionando a opção correcta:

I. Sentiu-se incomodado(a) / aborrecido(a) / nervoso?	-- Seleccione uma opção --
II. Quanta energia ou vitalidade sentiu?	-- Seleccione uma opção --
III. Sentiu-se abatido (em baixo)	-- Seleccione uma opção --
IV. Sentiu-se emocionalmente estável e seguro(a) de si próprio	-- Seleccione uma opção --
V. Sentiu-se alegre	-- Seleccione uma opção --
VI. Sentiu-se cansado(a), exausto(a) ou desgastado(a).	-- Seleccione uma opção --

PARTE IV - Questionário sobre o Estilo de Vida

Preencha a grelha, clicando em cada uma das letras do Acrónimo **FANTASTICO**, considerando a sua vida no último mês (assinale a opção que considera mais correcta)

F	A	N	T	A	S	T	I	C	O
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Questionário - «Tenho um estilo de vida Fantástico?»

<http://www.esenfc.pt/qst2/admin-pcaeev/Qst-online/index.php?id=8&q...>

FAMÍLIA E AMIGOS	
Tenho com quem falar dos assuntos que são importantes para mim:	-- Seleccione uma opção --
Deu e recebe carinho/afectos:	-- Seleccione uma opção --

Questionário EVF - Estilo de Vida Fantástico: adaptação de McMaster University, Ontário, Canadá, Do you have a Fantastic lifestyle; Tradução e adaptação da versão publicada no Guia para a Universidades Saludables y otras Instituciones de Educación Superior (Lange, I. Vio, F. 2006) por Silva, Brito, Amado, 2011

ANEXO 6

Universidades Salubres y otras Instituciones de Educación Superior (Lange, I.; Vio, F. 2006) por Silva, Brito, Amado, 2011

Preencha a grelha considerando a sua vida no último mês (assinale com um X a opção que con- siderere mais correta..... De seguida some os pontos em cada coluna)

COMO É O MEU ESTILO DE VIDA?

F	Família e amigos	Tenho com quem falar dos assuntos que são importantes para mim.	2	Quase sempre	1	As vezes	0	Quase nunca	Do e recebo cartões/obsequios:	2	Quase sempre	1	As vezes	0	Quase nunca
		Sou membro de um grupo comunitário e participo nas actividades activamente.	2	Quase sempre	1	As vezes	0	Quase nunca	Ando no mínimo 30 minutos diariamente:	2	Quase sempre	1	As vezes	0	Quase nunca
A	Actividade física	Como duas porções de verduras e três de frutas diariamente.	2	Todos os dias	1	As vezes	0	Quase nunca	Frequentemente como alimentos hipercalóricos (doces e/ou salgados) ou fast-food:	2	Quase sempre	1	Alguns destes 1 a 10 vezes por dia	0	Todos os dias
		Eu fumo cigarros.	2	5 anos ou mais	1	Não, no último ano	0	Sim, este ano	Frequentemente Geralmente fumo cigarros por dia:	2	Nenhum destes	1	1 a 10 cigarros por dia	0	Mais de 10 cigarros por dia
N	Nutrição	A minha ingestão média semanal de bebidas alcoólicas (UBP) é:	2	0 a 7 bebidas	1	8 a 12 bebidas	0	Mais de 12 bebidas	Bebo mais de 4-5 bebidas alcoólicas (UBP) na mesma ocasião: que posso adquirir novamente na farmácia:	2	Nunca	1	Ocasionalmente 1 As vezes	0	Frequentemente
		Uso substâncias psicoactivas ilegais, como cannabis, cocaína, ecstasy.	2	Nunca	1	Ocasionalmente	0	Frequentemente	Conduzo veículos motorizados depois de beber bebidas alcoólicas: (ex: reduzi):	2	Nunca	1	Frequentemente	0	Frequentemente
T	Tabaco	Sono bem des- cansado:	2	Quase sempre	1	As vezes	0	Quase nunca	Sinto-me incapaz de gerir o stress do meu dia-a-dia:	2	Quase sempre	1	As vezes	0	Quase nunca
		Sinto que ando acelerado/ou atarefado.	2	Quase sempre	1	Alguns vezes	0	Frequentemente	Sinto-me abor- recido e/ou optimista ou optimista e post- ivo:	2	Quase sempre	1	Alguns vezes	0	Frequentemente
S	Sono e Stress	Realizo exames periódicos de saúde:	2	Quase sempre	1	As vezes	0	Quase nunca	Como condutor (ou futuro condutor) a respeito as regras de segurança, uso de equipamento, uso de telemovel, etc.):	2	Quase sempre	1	As vezes	0	Quase nunca
		Como pedo e passo, cum- pro as medidas de segurança pessoal e rodoviária:	2	Quase sempre	1	As vezes	0	Quase nunca	Como condutor (ou futuro condutor) a respeito as regras de segurança, uso de equipamento, uso de telemovel, etc.):	2	Quase sempre	1	As vezes	0	Quase nunca
I	Intrspecção	Realizo exames periódicos de saúde:	2	Quase sempre	1	As vezes	0	Quase nunca	Como condutor (ou futuro condutor) a respeito as regras de segurança, uso de equipamento, uso de telemovel, etc.):	2	Quase sempre	1	As vezes	0	Quase nunca
		Realizo exames periódicos de saúde:	2	Quase sempre	1	As vezes	0	Quase nunca	Como condutor (ou futuro condutor) a respeito as regras de segurança, uso de equipamento, uso de telemovel, etc.):	2	Quase sempre	1	As vezes	0	Quase nunca
C	Comportamentos de saúde e sexual	Realizo exames periódicos de saúde:	2	Quase sempre	1	As vezes	0	Quase nunca	Como condutor (ou futuro condutor) a respeito as regras de segurança, uso de equipamento, uso de telemovel, etc.):	2	Quase sempre	1	As vezes	0	Quase nunca
		Realizo exames periódicos de saúde:	2	Quase sempre	1	As vezes	0	Quase nunca	Como condutor (ou futuro condutor) a respeito as regras de segurança, uso de equipamento, uso de telemovel, etc.):	2	Quase sempre	1	As vezes	0	Quase nunca
O	Outros comportamentos	Realizo exames periódicos de saúde:	2	Quase sempre	1	As vezes	0	Quase nunca	Como condutor (ou futuro condutor) a respeito as regras de segurança, uso de equipamento, uso de telemovel, etc.):	2	Quase sempre	1	As vezes	0	Quase nunca
		Realizo exames periódicos de saúde:	2	Quase sempre	1	As vezes	0	Quase nunca	Como condutor (ou futuro condutor) a respeito as regras de segurança, uso de equipamento, uso de telemovel, etc.):	2	Quase sempre	1	As vezes	0	Quase nunca

PONTUAÇÃO FINAL

X 2 =

Some todos os resultados das colunas e multiplique por dois. Observe o que significa a sua pontuação e reflita sobre o que gostaria de mudar no seu estilo de vida. Coloque um círculo no (s) item(s) que acha possível modificar. Consulte algumas das nossas recomendações.

- De 103 a 120 Parabéns. Tens um estilo de vida Fantástico.
- De 85 a 102 Muito bem. Está no caminho correcto.
- De 73 a 84 Está bem. Tem estilo de vida adequado.
- De 47 a 72 Tem um estilo de vida algo baixo. Pode melhorar.
- De 0 a 46 Está na zona de perigo, mas a sua honestidade é uma excelente qualidade.

Nota: A pontuação total não significa que tenha falhado. É sempre possível mudar o estilo de vida, começando agora. Veja as áreas onde pontuou com 0 e 1 e decida por onde quer começar a mudar. Boa Sorte!

QUER TER UM ESTILO DE VIDA FANTÁSTICO?

- O seu estilo de vida necessita de uma mudança?
 - Fixe algumas metas.
 - Dia a Dia realize pequenos passos para alcançar uma vida saudável.
 - Ganhe o controlo de seu corpo, mente e espírito...
 - Prepare-se para alcançar o melhor que a vida tem para oferecer.
 - Aqui estão algumas sugestões do que pode fazer para melhorar o seu estilo de vida:

Família e amigos: Comunica. Partilha os teus sentimentos com os outros. Abraça alguém que tu queiras todos os dias.

Associativismo: Integra e forma grupos. Participa nas organizações (clubes e agrupamentos culturais, desportivos, religiosos, de voluntariado etc.). Junta-te ao desafio de construir de maneira colaborativa possibilidades para alcançar uma vida com qualidade.

Actividade Física: Pratica uma actividade física. Pelo menos caminha 30 minutos todos os dias; dance, sai de bicicleta; corre, joga a bola com os colegas; realiza exercício físico pelo menos 30 minutos 3 vezes por semana.

Nutrição: Inclui várias porções de verduras e fruta nas suas refeições, e também pão e cereais, leguminosas, peixe, carnes e produtos lácteos magros. Evita o sal, o açúcar e comida de baixo valor nutricional (fast-food). Também deve reduzir as gorduras. Mantém o seu peso ideal.

Tabaco: Deixa de fumar. Melhor ainda, não comeses. Procura ajuda de um familiar, de amigos ou de um profissional. Procura ambientes livres de fumo de tabaco (no trabalho, em casa e lugares públicos).

Álcool: Se vais beber, não te embriagues. Consome menos de dois copos por dia de vinho, cerveja ou bebidas destiladas. Nunca conduza veículos depois de beber bebidas alcoólicas.

Sono e Stress: Dorme 7 a 9 horas cada noite. Liberta-te do stress. As técnicas de respiração profunda, fazer exercícios de relaxamento são uma boa ajuda.

Tipo de personalidade: Tranquiliza-te. Procura maneiras de relaxar-te (conversa com outras pessoas, procura uma actividade de entretenimento, sai para uma longa caminhada). Com calma desfruta da tua vida. Se necessário recorre a ajuda.

Trabalho: Valoriza o bom do teu trabalho e das tuas actividades. A tua opinião é importante.

Introspecção: Pensa positivo. Afasta a depressão mantendo-te activo (a). Desenvolve algum passatempo ou envolve-te em outras actividades.

Controle de saúde: Faz exames periódicos de saúde. Não descuides do teu corpo nem da tua mente. Recorre à equipe de saúde periodicamente para detectar factores de risco e prevenir problemas de saúde.

Conduta sexual: Evita os comportamentos sexuais de risco. Lembra-se que a sexualidade é uma parte integrante e importante durante toda a vida. A saúde sexual é um processo fundamental no desenvolvimento humano e nas relações interpessoais e não se limita a reprodução.

Outros comportamentos: Não te esqueças de colocar o cinto de segurança. Sé prudente na condução. Cumpra as normas de segurança que estão destinadas a proteger-te.

IMC = Peso Kg/(Altura m)² IMC=

ANEXO 7

Email Tipo:

Caro (a) estudante:

Este questionário inclui-se num projecto de investigação de tese de Doutoramento, na Universidade Católica Portuguesa - Instituto Ciências da Saúde, cujo objectivo é a caracterização do estilo de vida dos estudantes do ensino superior da região centro.

A sua colaboração é da máxima importância para o prosseguimento do estudo, pelo que, desde já, lhe agradeço a sua disponibilidade. O preenchimento do questionário demorará entre 10 a 15 minutos.

Informamos que após a submissão do questionário, irá aparecer um quadro com os seus resultados do estilo de vida, irá ainda aparecer um documento em pdf, que poderá descarregar, contendo: o instrumento de avaliação do estilo de vida e sua interpretação (guia para auto-avaliação) e um *flyer* com tópicos de reflexão que serão para ti um desafio. Como, de forma simples, reforçando ou modificando os teus comportamentos e atitudes, podes gozar de mais saúde (bem estar) para uma vida de melhor qualidade.

O questionário está disponível através do link:

<http://www.esenfc.pt/gst2/admin-pcaev/Qst-online/index.php?id=8&qkey=1376463128361&lang=1>

(Atenção: Se não conseguir abrir o Link diretamente, faça um copy e pesquise diretamente através do navegador de pesquisa da internet)

Os dados recolhidos são anónimos e rigorosamente confidenciais, sendo utilizados exclusivamente para efeitos estatísticos de pesquisa.

No caso de receber mais do que um convite de participação, agradecemos que preencha o questionário apenas uma vez.

Caso queira colocar algum comentário, dúvida ou sugestão, por favor contactar:

email: armandos@esenfc.pt Telemóvel: 964049233

A sua participação é fundamental! Gratos pela atenção dispensada e com os nossos melhores cumprimentos,

Prof. Armando Silva
Investigador na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem
Prof. Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ANEXO 8

Questionário - «Tenho um estilo de vida Fantástico?»

<http://www.esenfc.pt/qst2/admin-pcaeev/Qst-online/index2.php?id=8&...>

CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra



HEALTH SCIENCES
RESEARCH UNIT
NURSING

UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
ENFERMAGEM

Questionário - «Tenho um estilo de vida Fantástico?»

No âmbito da continuação do estudo sobre os estilos de vida dos estudantes do ensino superior da região centro, desenvolvido no âmbito do doutoramento em Enfermagem, na Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências em Saúde, vimos solicitar novamente a tua colaboração. Todos os dados recolhidos serão utilizados apenas para efeitos da conclusão do presente estudo de investigação e garantimos a sua TOTAL CONFIDENCIALIDADE, bem como o ANONIMATO dos participantes. O presente estudo não implica qualquer tipo de custo ou risco para os participantes, e também não apresenta nenhum benefício. A participação neste estudo é estritamente VOLUNTÁRIA e a desistência, a qualquer momento, é um direito que assiste a todos os participantes. Para qualquer dúvida envie e-mail para: armandos@esenfc.pt; Prof. [Armando Silva](#).

1ª Parte deste questionário refere-se a escala “Estilo de Vida FANTASTICO” que preencheu alguns meses atrás (1ª vez que foi solicitado):

PARTE I - Questionário sobre o Estilo de Vida que preencheu alguns meses atrás

1. Depois de preencher o questionário verificou o que significava o seu resultado:	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
2. Fez download do flyer que continha o questionário/classificação/conselhos sobre estilos de vida:	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
3. Leu e analisou/refletiu sobre o questionário e os conselhos fornecidos através do Flyer:	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
4. Esta leitura/reflexão teve algum impacto na sua atitude/comportamento em relação ao seu estilo de vida, anterior?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
4.1. Se respondeu Sim, refira a/as áreas do estilo de vida em que isso ocorreu e em que sentido?	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>

5. Se tentou mudar de comportamento/atitude qual a área/áreas do estilo de vida em que teve mais dificuldade? E porquê?	
6. Considera que este tipo de instrumento utilizado on-line, que apoia/ajuda a mudança de comportamentos? Qual a sua opinião?	
7. Na sua opinião, ao dar-nos o seu contacto, qual foi a necessidade que sentiu/seria importante respondermos? E como considera seria a melhor forma de o podermos fazer?	
8. SUGESTÕES/Comentários que nos queira enviar	

PARTE II - Questionário sobre o Estilo de Vida

Preencha a grelha, clicando em cada uma das letras do Acrónimo **FANTASTICO**, considerando a sua vida no último mês (assinale a opção que considera mais correcta)

F	A	N	T	A	S	T	I	C	O
FAMÍLIA E AMIGOS									
Tenho com quem falar dos assuntos que são importantes para mim:					-- Seleccione uma opção --				
Deu e recebe carinho/afectos:					-- Seleccione uma opção --				

Questionário EVF - Estilo de Vida Fantástico: adaptação de McMaster University, Ontário, Canadá, Do you have a Fantastic lifestyle; Tradução e adaptação da versão publicada no Guia para a Universidades Saludables y outras Instituciones de Educación Superior (Lange, I. Vio, F. 2006) por Silva, Brito, Amado, 2011