

Eliana Octávia Figueiredo Fernandes Pereira

Estilos de Vida dos Estudantes do Ensino Superior

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2019

Eliana Octávia Figueiredo Fernandes Pereira

Estilos de Vida dos Estudantes do Ensino Superior

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2019

Eliana Octávia Figueiredo Fernandes Pereira

Estilos de Vida dos Estudantes do Ensino Superior

Eu abaixo-assinado atesto a originalidade deste trabalho

(Eliana Octávia Figueiredo Fernandes Pereira)

Projeto de Graduação apresentado à
Universidade Fernando Pessoa como
parte dos requisitos para obtenção do
grau de licenciatura em Enfermagem.

RESUMO

O estilo de vida tem impacto na morbidade, qualidade de vida, bem-estar e mortalidade, sendo o principal responsável pelo desenvolvimento de doenças crónicas não transmissíveis. Traduzem-se por padrões comportamentais identificáveis que podem ter repercussões na saúde, nomeadamente na dos estudantes que frequentam o ensino superior, na fase única de consolidação de atitudes e comportamentos.

O ensino superior configura uma transição múltipla que potencia stress, instabilidade e um ajustamento exigente, com impacto a nível pessoal e académico, podendo gerar novos comportamentos de risco.

Como objetivo geral, delineou-se avaliar o estilo de vida dos estudantes do ensino superior, tratando-se de um estudo do tipo quantitativo, descritivo simples exploratório e transversal, realizado em meio natural, sendo a amostra constituída por 59 estudantes do ensino superior com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos de idade, a frequentar estabelecimentos de ensino superior do Porto, que preencheram um questionário constituído por questões sociodemográficas e clínicas e, como segundo momento, o Questionário “Estilo de Vida Fantástico”, para virmos a conhecer aspetos relacionados com dez componentes do dia a dia: Família e Amigos, Atividade física/Associativismo, Nutrição, Tabaco, Álcool e outras drogas, Sono e stresse, Trabalho/Tipo de personalidade, Introspeção, Comportamentos de saúde e sexual e Outros comportamentos.

Os principais resultados revelaram que 37,3% dos estudantes da amostra apresentam um estilo de vida “Muito bom”, 30,5% tem um estilo de vida “Regular”, 22,0% um estilo de vida “Bom”, 8,5% um estilo de vida “Excelente” e, 1,7% “Necessita de melhorar”.

Palavras-chave: Comportamentos saudáveis; Estilo de vida; Educação superior; Estudantes; Saúde

ABSTRACT

Lifestyle impacts on morbidity, quality of life, wellness and mortality and they are responsible by the non-transferable chronic diseases. It rely on specific behavioral patterns which could have health implications, mainly on university students, in that stage of attitudes and behavior consolidation.

University attaches multiple transitions on student's life which may provoke them potencial stress, emotional instability and a hard fitting to its situation, both from personal and academic life and consequently generating new risk behaviors.

The main goal of this work has been to analyze the lifestyle of students in higher education. Being a quantitative study, it was simply descriptive, explanatory and transversal being developed in a natural environmental. The sample os formed by 59 university students with ages from 18 to 25 years old, from Porto's university. The students filled up a quiz with social-demographic and clinic questions and a second one named "Amazing lifestyle". Aiming to know ten everyday behavior aspects: family and friends, physical activity, student's associations, nutrition, smoking, drinking alcoolic beverages and other drugs, sleep and stress, work, personality, introspection, healthy, sexual and others behaviors.

The main results obtained revealed that 37,3% presents a "Very good level" of lifestyle, 30,5% "Regular", 22% "Good", 8,5% "Excellent" and 1,7% "Need to improve".

Key words: Healthy Lifestyle, Lifestyle, Higher education, Students, Health

DEDICATÓRIA

Para o meu avô, Avelino Gonçalves Pereira, uma pessoa cheia de sabedoria, intrepidez, amor à vida e a todos que o rodeiam, fez despertar em mim o gosto pela Enfermagem influenciado a minha escolha e, o maior responsável por hoje ser uma mulher feliz.

Relembro-me de que a pedido do avô, os médicos deixaram-no vir para casa por breves dias, o seu deambular coxeado pelo corredor foi revelador da sua inquietação face ao medo aterrador de um breve ponto final. O dia de voltar para aquela cama de hospital aproximava-se e, pressentido a chegada do seu retorno disse-me que: “a saúde vem visitar o doente um dia antes de morrer...”

Para grande agonia das suas netas, no dia seguinte partiu... deixando um conselho em segredo, parte de si, do seu conhecimento e das suas vivências.

Em momentos mais difíceis de ultrapassar lembrar-nos-emos da sua força, persistência, do seu sucesso, carinho e, da sua dedicação vincada em todos os seus gestos...

Foi e será um Homem com H grande. Lutar como se não houvesse amanhã. Verdade que a saudade ficou, mas a sua força e preponderância contagiante segura qualquer mágoa.

Espero tenha imenso orgulho desta sua terceira edição bibliográfica.

Recordo-o com forte e doce lembrança.

AGRADECIMENTOS

Serve o presente documento para agradecer a todas as pessoas que contribuíram, direta ou indiretamente, para a elaboração desta monografia, evidenciando as seguintes:

A todos os docentes que fizeram parte desta etapa, pelo modelo de profissionalismo, preparação e, pelo foco nas competências do saber-saber, saber-fazer, saber-estar que contribuíram para a procura permanente de excelência no exercício profissional.

Ao Professor Dr. José Manuel dos Santos, pela orientação e apoio neste estudo, pela pertinência das suas observações, pelas críticas e sugestões, pela disponibilidade e dedicação.

A todos os estudantes do ensino superior, que ativamente colaboraram nesta investigação, sobretudo pela disponibilidade e rigor com que responderam ao longo do questionário possibilitando a obtenção dos dados para este estudo.

Às minhas novas amigas que construí nesta “comunidade pessoal”, Luciana Borges e Magda Vaz, que mesmo não tendo uma influência direta nestas páginas interpretaram um papel fundamental ao longo de todo o meu percurso académico. Com certeza, que não me esquecerei das nossas conversas e risadas de corredor, da empatia, partilha, bravura e conquistas. Amigas que levo certamente para a vida toda.

Ao meu namorado Rui Pedro Sousa Rodrigues, sem dúvida a força mental mais próxima... pela paciência, compreensão, índole, incentivo, coragem e força transmitida ao longo desta minha nova etapa. Obrigada por sempre lutares comigo nas tribulações, por sempre acreditares nas minhas capacidades, por todo o carinho e dedicação.

Ao Domingos e Laura Rodrigues, os meus segundos pais, eu diria... por pactuarem comigo nestes quatro anos, pelos valores que me transmitiram e pelas suas virtudes, pela preocupação, apoio, motivação e orgulho constante, pelo amor e ternura, pela partilha e simplicidade com que fui recebida no vosso núcleo familiar.

À minha irmã Germana Pereira, que até hoje continua a ser o meu porto seguro e pilar de tudo o que vou construindo. Inquestionavelmente um modelo de coragem e de perseverança, que me faz acreditar que tudo se consegue alcançar.

Por último deixo um agradecimento muito especial aos meus pais, Maria Manuela Figueiredo Pereira e Octávio Fernandes Pereira por esta oportunidade... pelas heranças de uma boa educação, pelo apoio incondicional, acompanhamento, orgulho, pelas suas sábias palavras certas no momento oportuno, pelo ânimo, incentivo constante e sacrifícios realizados, com que me brindaram neste projeto que decidi abraçar.

Desde de pequenina, que ouvi-vos dizer: “Tu consegues tudo, desde que queiras”.

Não basta um “muito obrigado” para agradecer tudo o que sou, que é devida à educação que sempre se esforçaram em me proporcionar.

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”

(Le Petit Prince)

PENSAMENTO

“Aparelhei o barco da ilusão
E reforcei a fé de marinheiro.
Era longe o meu sonho, e traiçoeiro
O mar...
(Só nos é concedida
Esta vida
Que temos;
E é nela que é preciso
Procurar
O velho paraíso
Que perdemos).

Prestes, larguei a vela
E disse adeus aos cais, á paz tolhida.
Desmedida,
A revolta imensidão
Transforma dia a dia a embarcação
Num errante e alada sepultura...
Mas corto as ondas sem desanimar.
Em qualquer aventura,
O que importa é partir, não é chegar.”

(Miguel Torga, Viagem)

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS, SÍMBOLOS

APF – Associação para o Planeamento Familiar

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

DGS – Direção Geral da Saúde

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

ES – Ensino Superior

ESS – Estudantes do Ensino Superior

ESS- IPP – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto

EV – Estilo de Vida

EVF – “Estilo de Vida Fantástico”

FCUP – Faculdade de Ciências da Universidade do Porto

FEUP – Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto

FFUP – Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto

FLUP – Faculdade de Letras da Universidade do Porto

FMDUP – Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

FPCEUP – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto

IMT – Instituto de Medicina Tradicional

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPAM – Instituto Português de Administração de Marketing

ISCE – Instituto Superior de Ciências Educativas

ISMAI – Instituto Universitário da Maia

NIAAA – National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

QdV – Qualidade de Vida

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SM – Saúde Mental

UCP-Porto – Universidade Católica do Porto

ULP – Universidade Lusófona do Porto

UPT – Universidade Portucalense Infante D. Henrique

WHO – World Health Organization

% – Percentagem

< – Menor

≥ – Maior ou igual

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
I. FASE CONCETUAL	4
1. Delimitação e Justificação do tema	4
2. Problema de investigação	6
3. Questão de partida e questões de investigação	6
4. Fundamentação Teórica, revisão bibliográfica	8
i. Definição de conceitos	9
ii. Saúde: evolução de alguns aspetos	10
iii. Estilo de Vida.....	12
iv. Os Estudantes do Ensino Superior	14
v. Determinantes de Saúde e do Estilo de Vida	16
5. Estilo de vida “Fantástico”	19
i. Família e Amigos	20
ii. Atividade Física/Associativismo.....	21
iii. Nutrição.....	23
iv. Tabaco	24
v. Álcool e outras drogas.....	25
vi. Sono e Stress	26
vii. Trabalho/Tipo de Personalidade	27
viii. Introspeção	28
ix. Comportamento de Saúde e Sexual.....	29
x. Outros Comportamentos	30
6. Objetivos de investigação	30
II. FASE METODOLÓGICA	32
1. Desenho de investigação	32
i. Meio	32
ii. Tipo de estudo	33
iii. População alvo, amostra e processo de amostragem	34
iv. Variáveis em estudo	35
v. Instrumento de recolha de dados	36
vi. Pré-Teste	40

vii. Tratamento e Apresentação dos dados.....	40
2. Princípios éticos	41
III. FASE EMPÍRICA	43
1. Apresentação e análise dos dados	43
i. Caracterização sociodemográfica da amostra	44
ii. Caracterização do Estilo de vida da amostra	50
2. Discussão de resultados.....	58
3. Conclusões do estudo	63
CONCLUSÃO	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
ANEXOS.....	84

Anexo I - Instrumento de recolha de dados

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Modelo de Dahlgren & Whitehead (1991)	18
--	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição dos elementos da amostra por género.....	44
Gráfico 2: Distribuição dos elementos da amostra por Grupo etário	45
Gráfico 3: Distribuição dos elementos da amostra por Nacionalidade	45
Gráfico 4: Distribuição dos elementos da amostra por ano	46
Gráfico 5: Distribuição dos elementos da amostra pela possibilidade de mudança de residência a quando a entrada no Ensino Superior?	49
Gráfico 6: Distribuição dos elementos da amostra que afirmaram a mudança de residência pelo local atual de habitação	49
Gráfico 7: Distribuição dos elementos da amostra que negaram a mudança de residência pelo local de permanência	49
Gráfico 8: Distribuição dos elementos da amostra pela possibilidade de possuir alguma doença crónica	50
Gráfico 9: Distribuição dos elementos da amostra que afirmaram possuir uma doença crónica	50
Gráfico 10: Distribuição dos elementos da amostra pela categorização do seu estilo de vida.....	51
Gráfico 11: Distribuição dos elementos da amostra pelo domínio Família e Amigos, avaliado com o questionário “Estilo de Vida Fantástico”	51
Gráfico 12: Distribuição dos elementos da amostra pelo domínio Sono e Stress, avaliado com o questionário “Estilo de Vida Fantástico”	55
Gráfico 13: Distribuição dos elementos da amostra pelo domínio Outros comportamentos, avaliado com o questionário “Estilo de Vida Fantástico”	57

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição dos elementos da amostra por Estado civil	45
Tabela 2: Distribuição dos elementos da amostra por IMC	46
Tabela 3: Distribuição dos elementos da amostra por Estabelecimento de Ensino	47
Tabela 4: Distribuição dos elementos da amostra por Curso	48
Tabela 5: Distribuição dos elementos da amostra pelo domínio Atividade física/ Associativismo, avaliado com o questionário “Estilo de Vida Fantástico”	52
Tabela 6: Distribuição dos elementos da amostra pelo domínio Nutrição, avaliado com o questionário “Estilo de Vida Fantástico”	53
Tabela 7: Distribuição dos elementos da amostra pelo domínio Tabaco, avaliado com o questionário “Estilo de Vida Fantástico”	53
Tabela 8: Distribuição dos elementos da amostra pelo domínio Álcool e outras drogas, avaliado com o questionário “Estilo de Vida Fantástico”	54
Tabela 9: Distribuição dos elementos da amostra pelo domínio Trabalho/ Tipo de Personalidade, avaliado com o questionário “Estilo de Vida Fantástico”	56
Tabela 10: Distribuição dos elementos da amostra pelo domínio Introspeção, avaliado com o questionário “Estilo de Vida Fantástico”	56
Tabela 11: Distribuição dos elementos da amostra pelo domínio Comportamento de Saúde e Sexual, avaliado com o questionário “Estilo de Vida Fantástico”	57

INTRODUÇÃO

O presente projeto de investigação surge no âmbito do currículo pedagógico do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem, pela Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa do Porto. Este juntamente com tantos outros momentos de aprendizagem e de formação, vem por este meio contribuir para a padronização de uma postura ideal na procura incessante do saber científico.

A eleição da temática pela autora, assenta em interesses pessoais e académicos. A nível académico, destaca-se o crescimento ao nível do conhecimento científico nesta área e, o desenvolvimento de competências na realização de um trabalho deste carácter. Por sua vez, como motivação pessoal, e apesar de estar intimamente relacionada às académicas, estas advieram de uma proposta do orientador, Professor Doutor José Manuel dos Santos, que consciencializaram a investigadora para este foco de atenção, suscitando-lhe interesse.

A investigação em Enfermagem surge com Florence Nightingale, cujas ideias centrais são a promoção da saúde e a prevenção da doença. Nesta perspetiva, a investigação tem como principal objetivo a abordagem e o estudo de um tema pertinente e atual, que se deseja abordar para permitir dar respostas científicas a fenómenos na área da Enfermagem, conduzindo à aquisição de maiores conhecimentos e competências nessa área (Fortin, 2009).

Neste contexto, elegeu-se como tema da monografia “Estilos de Vida dos Estudantes do Ensino Superior”.

A escolha do tema baseou-se no facto de que a saúde da população é também determinada pelo estilo de vida, atualmente o estilo de vida e os comportamentos de saúde continuam a ser os principais fatores de risco para a perda de anos de vida saudável (OPSS, 2018), pelo que se assume como tema prioritário nas agendas políticas contemporâneas, em especial no âmbito da saúde pública (Brasil, 2006; 2015; UN, 2016 *cit. in* Madeira et al., 2018; WHO, 2015).

Os estudantes do ensino superior, um ser em transição (Meleis, 2010, p. 305), são considerados um grupo de risco nas comunidades no que diz respeito à adoção de um estilo de vida pouco saudável, tornando-os mais propícios à doença. O processo de transição e de adaptação ao contexto acadêmico envolve um processo de ajustamento exigente, podendo afetar os vários quadrantes da vida dos estudantes do ensino superior, quer ao nível físico, emocional, cognitivo, social e desempenho acadêmico, quer na adoção de comportamentos e hábitos não saudáveis, e que se podem estender para outras etapas da vida (Matos et al., 2000; Nogueira, 2017; Schmidt, 2012; Varela-Mato et al., 2012). Pelo que seria interessante verificar a realidade que os caracteriza e que vai além do seu percurso académico.

Na literatura está patente que este período é marcado por um aumento do poder de decisão, da autonomia nas escolhas sobre a sua própria maneira de viver e, simultaneamente por um momento de questionamentos de valores, crenças e atitudes empregadas pela família no processo de educação. Tais questionamentos, podem gerar novos comportamentos de risco (Brito et al, 2016; Joia, 2010). Neste contexto, os estabelecimentos de ensino superior representam um papel fundamental na sociedade e na formação pessoal/profissional dos indivíduos (Marques, 2017).

No âmbito da saúde, o estilo de vida reflete as tomadas de decisão individuais, embora influenciadas por variáveis contextuais e extrínsecas ao indivíduo. Existem diversos determinantes associados ao estilo de vida, nomeadamente a rede social de suporte percecionada (família e amigos); a prática de exercício físico, a alimentação, o consumo de tabaco, álcool e outras drogas; o sono/ stress; trabalho/tipo de personalidade; os comportamentos de saúde e sexual, bem como outros comportamentos de segurança dos indivíduos, entre outros (Martiniano, 2017). Nesta matriz, estes determinantes podem ser preditores de melhor ou pior estilo de vida (DGS, 2017).

Surge desta forma a pergunta de partida: Qual é o estilo de vida dos estudantes do ensino superior, tendo em conta aspetos fundamentais como Família e Amigos, Atividade física/Associativismo, Nutrição, Tabaco, Álcool e outras drogas, Sono e stresse, Trabalho/Tipo de personalidade, Introspeção, Comportamentos de saúde e sexual e, Outros comportamentos.

O objetivo geral do projeto foi avaliar o estilo de vida dos estudantes do ensino superior, com base na aplicação um instrumento adaptado e validado para a população portuguesa, nomeadamente o questionário “Estilo de vida Fantástico” de Silva et al. (2014), facultado por um grupo de docentes da Universidade Fernando Pessoa.

O presente documento encontra-se organizado e dividido em três capítulos principais, o primeiro dedicado à fase concetual, que contempla a delimitação e justificação do tema, o problema de investigação, enuncia-se a pergunta de partida, as questões de investigação, definem-se os objetivos do estudo e faz-se a revisão bibliográfica de fundamentação teórica.

O segundo capítulo ou fase metodológica, define-se o meio, o tipo de estudo, apresentação da população, amostra e processo de amostragem, as variáveis em estudo, escolhe-se o instrumento e o método de recolha de dados, o tratamento e apresentação dos dados, faz-se referência ao pré-teste e são referidos os princípios éticos.

O terceiro capítulo ou fase empírica, focalizado na caracterização e apresentação da amostra, na análise e discussão dos resultados obtidos de acordo com os objetivos da investigação, apresenta-se as conclusões do estudo e a nota conclusiva, referências bibliográficas e os anexos.

Desenvolveu-se um estudo do tipo quantitativo, descritivo simples exploratório e transversal, realizado em meio natural, cuja finalidade é conhecer as características de uma realidade vivenciada nos estabelecimentos de ensino.

Os resultados obtidos no presente estudo indicam que 37,3% apresenta um estilo de vida “Muito bom”, 30,5% tem um estilo de vida “Regular”, 22,0% um estilo de vida “Bom”, 8,5% um estilo de vida “Excelente” e, 1,7% “Necessita de melhorar”. Apesar de a maioria apresentar um estilo de vida “Muito bom”, numa análise mais detalhada das respostas dos estudantes foi possível identificarem-se alguns comportamentos de risco embora em menor percentagem, mas que não deixam de ser preocupantes, associados por exemplo, à falta de exercício físico, alimentação pouco saudável, consumo de tabaco, álcool e outras drogas e fraca qualidade do sono.

I. FASE CONCRETUAL

A fase concretual, é uma etapa que sustém uma grande importância, pois defere à investigação uma orientação e um objetivo. Esta fase começa quando o investigador trabalha uma ideia para orientar uma investigação (Fortin, 2003).

“(…) é a fase que consiste em definir os elementos de um problema. No decurso desta fase, o investigador elabora conceitos, formula ideias e recolhe a documentação sobre um tema preciso, com vista a chegar a uma conceção clara do problema. O processo começa pela escolha de um tema de estudo e de uma questão apropriada, a partir da qual se orientará a investigação” (Fortin, 2009, p. 49).

A investigação “(…) é um meio de demonstrar o campo de ação e de conhecimentos de uma profissão. Cada profissão deve estar em posição de fornecer aos seus membros uma base de conhecimentos teóricos sobre o qual se apoia a sua prática.” (Fortin, 2003, p. 18).

Segundo Coté & Vissandjée (*cit. in* Fortin, 2003), a investigação em Ciências de Enfermagem é um instrumento indispensável à evolução da profissão, uma vez que proporciona o desenvolvimento de saberes e enriquecimento de conhecimentos.

Para chegarmos ao conhecimento é essencial termos um método de investigação, segundo Tukman (2000),

“Não há educação para a qualidade que não passe pela investigação; pelo objetivo de fomentar, em todo o processo de aprendizagem, a atitude de investigação; pelo desenvolvimento de um processo que se inicia com a consciência de um problema e se reinicia permanentemente e, pela identificação de uma possível resposta (…).”

1. Delimitação e Justificação do tema

“O tema de estudo é um elemento particular de um domínio de conhecimentos que interessa ao investigador e o impulsiona a fazer uma investigação, tendo em vista aumentar os seus conhecimentos” (Fortin, 2009).

Segundo Lakatos & Marconi (2007, p. 25), “o tema é o assunto que se deseja estudar e pesquisar. (...) deve ser executável e adequado em termos dos fatores externos, internos ou pessoais”.

Face ao exposto, definiu-se como temática para este estudo: “Estilos de Vida dos Estudantes do Ensino Superior”.

O interesse em abordar esta temática surgiu, por se tratar de um tema atual, cada vez mais problemático e pertinente, que suscita alguma preocupação pois a saúde da população é também determinada pelo estilo de vida (EV). Conforme aponta Matos (2006), aspetos como, a atividade física, o tabagismo, o alcoolismo, alimentação e o *stress*, conduzem a um EV mais ou menos saudável e que, não havendo prevenção, poderão tornar-se fatores de risco de doença, que são hoje em dia considerados os principais causadores de doenças crónicas não transmissíveis, o que coloca em causa a vida pessoal, familiar, social e académica. Esta situação torna por si só pertinente a abordagem deste tema.

Segundo a World Health Organization (WHO) (2017), a maioria dos jovens tem um bom nível de saúde, mas a mortalidade e morbilidade entre os mesmos apresenta valores considerados elevados.

Apesar da importância de adotar um EV saudável durante o período universitário, num relatório sobre consumos e EV no ensino superior (ES) verificou-se que a maioria dos estudantes reportava que o seu EV piorou depois do ingresso no ES (Conselho Nacional de Juventude, et al., 2015).

Joia (2010), refere que apesar de todas as informações disponíveis, entre os estudantes do ensino superior (EES) existem cada vez mais comportamentos considerados de risco. O ambiente e o EV estão intimamente associados com fatores de risco para o consumo (Paniagua, 2001).

A entrada no ES é marcada por um período de questionamentos de valores, crenças e atitudes empregados pela família no processo de educação. Tais questionamentos, podem gerar novos comportamentos de risco ou pouco saudáveis. Estas condutas adquiridas nesta fase podem se estender para outras etapas da vida (Brito et al., 2016; Joia, 2010), por esse motivo, devem ser alvo de maior atenção.

Assim, surgiu a ideia em conhecer o EV dos EES, tendo em consideração que quantos mais estudos forem realizados sobre esta temática, mais facilitada estará a conceção de estratégias que promovam estilos de vida saudável com o sentido de prevenir problemas futuros.

2. Problema de investigação

O processo de investigação tem início com a definição de um problema que o investigador pretende contestar ou resolver. Seja qual for a problemática de investigação esta é sempre uma situação que compreende um assunto ambíguo, problemático ou intrigante para o investigador (Polit et al., 2004, p. 52).

“Formular um problema de investigação é fazer a síntese do conjunto dos elementos de informação colhidos sobre o tema. É desenvolver uma ideia baseando-se numa progressão lógica dos factos, em observações e raciocínios relativos ao estudo que se deseja empreender” (Fortin, 2009, p. 52).

Segundo o mesmo autor, é uma das etapas chave do processo de investigação e, situa-se no centro da fase concetual (Fortin, 2009, p. 52).

Para Coutinho (2014), formular o problema de investigação é fundamental porque define uma direção e coerência, delimita o estudo, mostrando as suas fronteiras e guia a revisão da literatura para a questão central.

Nesta sequência lógica de pensamento, a problemática em estudo versou “Conhecer o estilo de vida dos estudantes do ensino superior”.

3. Questão de partida e questões de investigação

Segundo Fortin (2009, pp. 73,77), uma questão de investigação é uma pergunta explícita que diz respeito a um determinado tema de estudo que se tenciona analisar, tendo em vista o desenvolvimento do conhecimento existente. Consiste num enunciado interrogativo, redigido no presente que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e, a população a estudar.

De acordo com Ribeiro (2010a, p. 34), a questão de investigação constitui um elemento basilar do início de qualquer investigação.

Face ao pressuposto, a melhor forma de dar início a um trabalho de investigação “(...) consiste em esforçar-se por enunciar o projeto sob a forma de uma pergunta de partida.” (Quivy & Campenhoudt, 2008, p.44)

Para Quivy & Campenhoudt (2008, p. 32), a pergunta de partida servirá de primeiro fio condutor da investigação, através da qual, o investigador tenta exprimir concretamente aquilo que se procura saber, elucidar, compreender melhor.

Fortin (2009, p. 73), afirma ainda que “(...) a questão de partida é uma interrogação que procede o tema de estudo e o situa num certo nível de estrutura”.

Surge desta forma a pergunta de partida: Qual é o estilo de vida dos estudantes do ensino superior, tendo em conta aspetos fundamentais como Família e Amigos, Atividade física/Associativismo, Nutrição, Tabaco, Álcool e outras drogas, Sono e stresse, Trabalho/Tipo de personalidade, Introspeção, Comportamentos de saúde e sexual e, Outros comportamentos.

De acordo com Fortin (2009, p. 101) “(...) as questões de investigação decorrem do problema de investigação e do seu quadro teórico e, determinam as outras etapas do processo de investigação”, definiram-se questões de investigação relacionadas com alguns aspetos referentes a áreas como suporte social e familiar, atividade física/associativismo, alimentação, consumo de tabaco, álcool e outras drogas, sono e stresse, personalidade, trabalho e outras atividades, saúde mental e comportamentos de saúde, sexuais e de segurança rodoviária, a saber:

- Qual o suporte social e familiar dos estudantes do ensino superior?
- Qual a regularidade da prática de atividade física e, associativismo dos estudantes do ensino superior?
- Quais os hábitos e comportamentos alimentares dos estudantes do ensino superior?
- Quais os hábitos e comportamentos tabágicos dos estudantes do ensino superior?

- Quais os hábitos e comportamentos alcoólicos, e de outras drogas dos estudantes do ensino superior?
- Qual a percepção dos estudantes do ensino superior em relação ao sono e à gestão de stress?
- Qual a percepção dos estudantes do ensino superior, em relação ao seu tipo de personalidade, trabalho e atividades em geral?
- Qual a percepção dos estudantes do ensino superior em relação à sua saúde mental?
- Quais as atitudes e comportamentos de saúde e sexuais dos estudantes do ensino superior?
- Quais os hábitos e comportamentos de segurança rodoviária dos estudantes do ensino superior?
- Qual o estilo de vida dos estudantes do ensino superior, segundo o instrumento de recolha de dados validado?

A fim de conhecer o que já está escrito sobre os aspetos decorrentes das questões de investigação, realizou-se alguma revisão da literatura, a seguir resumida.

4. Fundamentação Teórica, revisão bibliográfica

Para Fortin (2009), “uma revisão da literatura apresenta um reagrupamento de trabalhos publicados relacionados com um tema de investigação”.

“Da qual, se deve retirar e recompilar a informação considerada relevante e necessária sobre a problemática da investigação. Os dados recolhidos devem ser tão recentes quanto possível, apesar de existirem referências bibliográficas que, por muitos anos que tenham, merecem ser estudadas e mencionadas” (Reis, 2018, p. 71).

A sua elaboração tem como objetivo suportar teoricamente a análise posterior do objeto em estudo. Neste sentido, foi fundamental investigar trabalhos que abordassem o tema pretendido.

i. Definição de conceitos

Segundo Fortin (2009, pp. 115-116), “os conceitos são palavras, ideias abstratas que representam comportamentos ou características que se podem observar concretamente, (...) são de uma importância primordial em investigação, visto que são a base do saber científico e o reflexo de variáveis que serão medidas.”

Atualmente, assente no modelo biopsicossocial, a Organização Mundial de Saúde (OMS) (*cit. in* Soares, et al., 2014) define, saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença e enfermidade”.

A saúde passa a ser um conceito mais alargado e, de certa forma, paradoxal, na medida em que concilia dentro de si a existência da patologia e da incapacidade. Ou seja, começa a ser possível classificar como saudável a pessoa que, apesar de ter uma certa patologia, uma determinada doença crónica ou uma qualquer incapacidade, é capaz de definir e viver um ‘Projeto de Vida’ (Glittenberg, 2004).

O conceito EV tem sido definido como o conjunto de fatores pessoais que determinam a forma como o indivíduo se comporta perante determinada situação, sendo o retrato da pessoa e da sua interação com o meio (Finotti, 2004; Pender, et al., 2011; Rapley, 2003). Nas palavras de Finotti (2004) é o traço pessoal nas ações e práticas diárias. De certa forma, reflete o conjunto de decisões individuais que afetam a vida do sujeito

Segundo a DGS (2017), o EV é o conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia a dia, aprendidos através do processo de socialização e, constantemente reinterpretados e testados ao longo do ciclo de vida e em diferentes situações sociais.

Na mesma linha de pensamento, “É o conjunto de hábitos e costumes que são influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização” (WHO, 2004).

Esses hábitos e costumes incluem o consumo de substâncias como o álcool, tabaco, chá ou café, os hábitos dietéticos e de exercício, que têm fortes implicações para a saúde (Portes, 2011; U. S. Department of Health and Human Services, 2000; WHO 2011).

Kasl e Cobb (1966 *cit. in* Abrantes, 2017) definem comportamentos de saúde como ações práticas de indivíduos que se percebem como saudáveis, tendo o objetivo de prevenir o aparecimento de sensação de mal-estar ou doença.

À luz da Teoria da Transição, o estudante do ES é um “ser em transição” e um ator do seu desenvolvimento. De uma forma generalizada, é um indivíduo que embora já não seja um adolescente também não é um adulto de forma plena, além do mais, encontra-se num ambiente particular, o contexto académico (Meleis, 2010 p. 305).

Os EES encontram-se numa etapa do ciclo vital que Arnett (2000 *cit. in* Nogueira, 2017) designou por “emerging adulthood”, isto é, numa etapa de desenvolvimento intermédia entre o *términus* da adolescência e a fase adulta plena. Legalmente o estudante do ES atingiu a maioridade, porém o seu processo de maturação ainda não está concluído, caracterizando-se esta etapa por transformações particularmente relevantes (Dehne & Riedner, 2001; Papalia & Olds, 2000 *cit. in* Nogueira, 2017).

Chick & Meleis (1986, p. 239 *cit. in* Santos et al., 2015) definem a transição como “uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro”.

A terminologia “determinantes de saúde”, é definida como o conjunto de fatores que, isoladamente ou combinados entre si, condicionam positiva ou negativamente o estado de saúde (Dias, 2011).

ii. Saúde: evolução de alguns aspetos

Até a atualidade existiram diversos significados e diversas perspetivas sobre os conceitos de saúde e de doença, tendo evoluído ao longo dos vários períodos do percurso histórico da humanidade (Ribeiro, 1993; Scliar, 2007).

Inicialmente prevalecia o modelo biomédico que defendia que o Homem não era responsável pelo aparecimento das doenças e, que estas era fruto de fatores externos ao indivíduo (Ribeiro, 1998). Mais tarde, a partir do século XX, começou-se a acreditar que o aparecimento das doenças estava relacionado com a adoção de determinados

comportamentos, originando a insatisfação com o modelo biomédico e a necessidade de um modelo alternativo nascendo, assim, o modelo biopsicossocial (Ogden, 2004a).

De acordo com este modelo, o diagnóstico das doenças deverá ser realizado tendo em conta: a interação de diversos fatores biológicos, psicológicos e sociais; os tratamentos que interagem uns com os outros, assim como o indivíduo com o seu meio envolvente (Ogden, 2004a; Ribeiro, 1998).

Pender afirma que (1996 *cit. in* Potter & Perry, 2006), “nem todas as pessoas, que não têm doenças são saudáveis por igual”. Desta forma, o conceito de “Saúde” que propomos, não é apenas a oposição positiva ao conceito de doença.

O estado de saúde resulta de uma combinação de fatores genéticos, fisiológicos, socioeconómicos, ambientais e comportamentais. Por isso, é fundamental a aposta nos fatores modificáveis, ambientais e comportamentais, alterando os comportamentos de risco comuns a todas as doenças crónicas como: os elevados níveis de stresse, o tabagismo, a má alimentação, o excesso de peso, o consumo excessivo de álcool e o sedentarismo (Ministério da Saúde, 2018).

Segundo a WHO (2004, 2011) estas representam cerca 86% das mortes e 77% do total de doenças na Europa, tendo como etiologia fatores relacionados com o EV (Direção Geral da Saúde, DGS, 2017).

Por conseguinte, segundo DGS (2014), o aumento da incidência de doenças crónicas encontra-se intimamente relacionada com as alterações significativas da estrutura da pirâmide populacional, isto é, assiste-se ao aumento da esperança média de vida e à diminuição da taxa de natalidade, aliada em parte às alterações comportamentais e ao EV (Instituto Nacional de Estatística, 2016).

De acordo com o Global Burden of Disease, em 2016 (*cit. in* Ministério da Saúde, 2018), em Portugal, cerca de 41% do total de anos de vida saudável perdidos por morte prematura poderia ter sido evitado se fossem eliminados os principais fatores de risco modificáveis. O Observatório Português dos Sistemas da Saúde (OPSS, 2018), corrobora que

“Portugal é um dos países da Europa onde se vive, em média, até mais tarde. No entanto, é um dos países onde se vive com pior saúde durante mais anos. O EV e os comportamentos de saúde continuam a ser os principais fatores de risco para a perda de anos de vida saudável.”

Estudos mostram que em Portugal, as causas de mortalidade apresentam como principais determinantes, comportamentos como: o consumo de tabaco, o abuso do álcool, dietas pouco saudáveis, a condução rodoviária de risco, toxicodependência, e inatividade física (OPSS, 2018).

Institute for Health Metrics and Evaluation (2015 *cit. in* OPSS, 2018), revela que em 2016, a alimentação inadequada esteve na base de 173 óbitos por 100.000 habitantes, o abuso de álcool 138, e o tabagismo 113.

Como tal, colocaram o EV como tema prioritário nas agendas políticas contemporâneas, em especial no âmbito da saúde pública (Brasil, 2006; 2015; UN, 2016 *cit. in* Madeira et al., 2018; WHO, 2015).

iii. Estilo de Vida

Face à informação recolhida, pode-se assumir que o EV tem impacto na morbilidade, qualidade de vida (QdV), bem-estar e mortalidade, sendo o principal responsável pelo desenvolvimento de doenças crónicas não transmissíveis (DGS, 2016a; Sorenson & Steckler, 2002). Pelo que é fundamental incrementar padrões de comportamento individuais mais favoráveis, no sentido de prevenir doenças e promover a saúde (Pais & Cabral, 2003 *cit. in* Martiniano, 2017), uma vez que representam um fator preponderante e/ou diferencial para a manutenção da saúde e, melhoria da QdV do mundo atual.

De facto, vários investigadores têm divulgado que esta tríade (EV, QdV e saúde), está intimamente associada ao bem-estar (Nashas, 2006; Minayo, Hartz & Buss, 2000 *cit. in* Silva, et al., 2014). Esta evidência científica traduziu-se no desenvolvimento de políticas públicas de promoção da saúde que se assentam num conjunto de recomendações internacionais com vista à adoção de um EV mais saudável e ao controlo ou redução dos hábitos nocivos (Silva, et al., 2014).

A WHO (2013), refere que o EV é uma forma de viver de acordo com comportamentos adquiridos, os quais são determinados pela interação das características pessoais com a sociedade, condições socioeconómicas e o ambiente.

Os hábitos sedentários acompanhados de dietas desequilibradas e hipercalóricas, o consumo de tabaco, álcool e outras drogas, o número reduzido de horas de sono, o stresse, e atividade sexual de risco, são considerados comportamentos de risco que se traduzem num EV não saudável (Marques, 2017).

Portanto, o EV representa um determinante de saúde da população e, muitos dos problemas de saúde com que os jovens são confrontados estão associados ao seu comportamento, à sua interação com o meio que os envolve e às mudanças sociais radicais às quais estes são altamente vulneráveis (OMS, 1988).

Pelo que, constituem o principal grupo de risco nas comunidades no que diz respeito à adoção de um EV pouco saudável, tornando-se estes, a curto ou longo prazo, mais propícios à doença (Brito et al., 2016; Joia, 2010).

Como referido anteriormente, os comportamentos e o EV são duas condicionantes ou determinantes para o processo de saúde ou doença, incapacidade e diminuição da esperança média de vida (Marques, 2017).

Os comportamentos de saúde podem ser classificados como positivos e negativos (Ogden, 2004b; Potter & Perry, 2006).

Os comportamentos de saúde positivos envolvem atividades que contribuem para a promoção da saúde, proteção do risco e deteção da doença tais como dirigir-se ao médico regularmente, padrões de sono adequados, cuidados de higiene, exercício físico adequado, boa nutrição e, ainda ações comunitárias e sociais que têm o objetivo de aumentar os níveis de controlo do risco (Alonzo, 1993 *cit. in* por Abrantes, 2017; Potter & Perry, 2006). Para Potter & Perry (2006), a adoção desses mesmos comportamentos vai de encontro àquilo com que significa para a pessoa ter uma vida saudável e, simultaneamente da vontade de colocar em prática esses comportamentos.

Os comportamentos negativos, envolvem comportamentos que potenciam ou que podem potenciar o risco para a saúde e manifestam-se nas atividades praticadas pelos indivíduos que levam a um aumento de risco de doença ou acidente como fumar, abuso de drogas ou bebidas alcoólicas ou praticar uma dieta com alto teor de gordura, etc. (Ogden, 2004b; Potter, 2007; Steptoe & Wardle, 1996 *cit. in* por Abrantes, 2017). Estes comportamentos são considerados de risco, quer haja consciência ou não da relação entre o comportamento e as possíveis consequências (Ogden, 2004b).

Considerando a influência do EV na saúde dos indivíduos, este tema assume uma constante preocupação devido às repercussões que podem provocar no âmbito da saúde e bem-estar, especialmente entre jovens do ES (Brito, et al., 2016).

De acordo com (França & Colares, 2008; Silva et al., 2012), apesar da informação disponível as pesquisas revelam que os EES têm cada vez mais comportamentos de risco e possuem um EV bastante diferente do que se considera ideal.

iv. Os Estudantes do Ensino Superior

Os EES encontram-se num novo e competitivo ambiente, em que a maioria se encontra distante do seu núcleo familiar, começa por assumir novas responsabilidades, contribuindo para o aumento de ansiedade, do poder de decisão/compra e autonomia nas escolhas sobre a sua própria forma de viver, tornando-os vulneráveis a condutas de risco à saúde (Brito, et al., 2016; Silva, et al., 2014).

Normalmente, o EV é determinado durante a juventude e a idade jovem adulta, fase em que os EES, de uma forma geral, se encontram e que é caracterizada por um período de busca e preenchimento do senso de individualidade e, ao mesmo tempo um período de construção de novas relações sociais, de adoção de novos comportamentos e, por mudanças dramáticas (Madureira et al., 2009; Schmidt, 2012).

Como Tsouros et al. (1998 *cit. in* Silva, et al., 2014) afirma, é nesta etapa do ciclo vital, que ocorre grandes mudanças que levam à consolidação da formação tanto pessoal como profissional do indivíduo, proporcionando a oportunidade de adquirir ou consolidar, hábitos

e comportamentos não compatíveis com o que se estabeleceu como EV saudável para este grupo.

Para Keniston (1971 *cit. in* Abrantes, 2017),

“o problema fulcral deste período é a tensão entre o indivíduo e a sociedade, por conseguinte, os EES questionam-se: “Como posso eu tornar-me num membro efetivo da sociedade adulta e honrar, ao mesmo tempo, o meu sentido de integridade pessoal?”. Neste sentido, o autor propôs três grandes temas respeitantes ao desenvolvimento: a tensão e ambivalência entre o eu e a sociedade, a indiferença e a onipotencialidade, a recusa da socialização e da aculturação”.

De acordo com Meleis (2012), ao longo do ciclo vital, o indivíduo experimenta fases de mudança que são marcadas por alterações de um estado para outro, caracterizando esses períodos por momentos de instabilidade, precedidos e sucedidos por momentos de estabilidade. A transição é, por isso, um momento de instabilidade entre dois momentos de estabilidade o que nos remete para os processos psicológicos envolvidos na adaptação da mudança ou rutura (Murphy, 1990 *cit. in* Santos et al., 2015).

As transições são responsáveis por alterações de identidade, papéis, relacionamentos, habilidades e padrões de comportamento, e envolvem um processo de movimento e mudança fundamental no EV e que se manifesta em todos os indivíduos (Im, 2010; Meleis et al., 2010 *cit. in* Santos et al., 2015).

Neste processo adaptativo do jovem ao contexto universitário são determinantes os fatores pessoais e as questões do desenvolvimento do jovem adulto como a construção da autonomia e da identidade (Cruz et al., 2016; Porta-Nova, 2009).

Chickering (1993, *cit. in* Porta- Nova, 2009) defende que o ES proporciona aos jovens um ambiente estimulante, diversificado e desafiante, em termos cognitivos e emocionais o que pode contribuir significativamente para o desenvolvimento de EV de risco (Ansari et al., 2011).

Face ao exposto, a vida do jovem que frequenta o ES, é mais suscetível de sofrer alterações no que diz respeito a comportamentos e hábitos saudáveis. Existindo a possibilidade de

optarem por comportamentos mais ou menos saudáveis, estes tornam-se rotinas fixas, que se podem estender para outras etapas da vida, definindo a saúde futura de cada um (Matos et al., 2000; Schmidt, 2012; Varela-Mato et al., 2012).

Por esse motivo, o jovem deve ser alvo de maior atenção, uma vez que é nesta fase da vida que se adquirem hábitos comportamentais fortes e, que provavelmente se mantêm durante a vida (Santos, 2011).

Portanto, a conduta adquirida nesta fase pode afetar e consolidar os fatores relacionados com o EV, 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 (Alcântara da Silva et al., 2015 *cit. in* Ferreira, et al., 2017; Silva, et al., 2014).

v. Determinantes de Saúde e do Estilo de Vida

A evidência atual sobre a relação entre estilo de vida e as principais problemáticas de saúde mundial é ampla, o que representa o aumento do número de comportamentos de risco e, o impacto sobre a saúde da população (Varela-Arévalo, et al., 2016).

Silva et al. (2012), reforça a ideia dos autores acima mencionados, afirmando que o EV da pessoa representa um conjunto de determinantes de saúde da comunidade.

Diversos são os fatores que se encontram associados ao EV (e.g., dieta alimentar, exercício físico, hábitos de consumo tabágico, de álcool e drogas, acidentes, comportamento sexual, entre outros), assumindo-se como integrados e afetando a probabilidade de uma pessoa sofrer uma doença e de sobreviver, caso se encontre doente (Matos, 2005).

Neste sentido é, cada vez mais necessário, o empoderamento (*empowerment*) dos indivíduos e das comunidades no controlo dos determinantes da saúde em prol de uma saúde melhor (Martiniano, 2017).

O *empowerment*, define a própria essência da promoção da saúde. Para além de ser um fator influente em ganhos de saúde e equidade, tem como objetivo principal capacitar os

indivíduos para que consigam, de forma autónoma, adquirir maior controle sobre decisões e ações que afetam a sua saúde. Esta capacitação pode ser realizada no indivíduo isoladamente, na organização e na própria comunidade, promovendo a sua saúde e concomitantemente a dos demais (Correia, et al., 2001).

A promoção de um EV saudável tinha, já em 2004, sido considerada uma das prioridades. Para o efeito, foi publicado o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre os Determinantes de Saúde Relacionados com o EV com o objetivo de reduzir a prevalência de fatores de risco de doenças crónicas não transmissíveis e aumentar a prevalência de fatores de proteção, relacionados com o EV (George, 2014). Este programa refere que as doenças crónicas se associam ao EV dos indivíduos, com especial enfoque para o consumo de tabaco, obesidade, erros alimentares, consumo excessivo de álcool, inatividade física e gestão inadequada do stress (DGS, 2017).

Lalonde em 1974, ministro da saúde no Canadá, apresentou o modelo sobre determinantes de saúde que ainda hoje representa plena importância para a Saúde Pública. O modelo de Lalonde (1974) é composto por quatro fatores que interferem na promoção da saúde, entre os quais: a biologia humana: património genético e envelhecimento; o EV; comportamentos saudáveis; o meio ambiente: qualidade do ambiente físico e do meio social e, o sistema de saúde: meios disponíveis e acessibilidade aos mesmos. Este, defende que quanto mais elevado for o nível social de uma pessoa, mais condições apresenta para saúde e bem-estar. Na mesma linha de pensamento, Laverack (2008), refere que nos dias de hoje morrem mais pessoas de classe social baixa, do que pessoas de classe social alta.

Potter & Perry (2006), argumentam que os fatores que levam à compreensão de um estado completo de bem-estar físico, mental e social não são da responsabilidade apenas da área da saúde, mas também, do meio social onde a pessoa se encontra inserida.

George (2014, p. 1) agrupa os determinantes da saúde nas seguintes categorias: fixos ou biológicos (e.g., idade, sexo, fatores genéticos); sociais e económicos (e.g., pobreza, emprego, posição socioeconómica, exclusão, social); ambientais (e.g., habitat, qualidade do ar, qualidade da água, ambiente social); EV (e.g., alimentação, atividade física,

tabagismo, álcool, comportamento sexual); acesso aos serviços (e.g., educação, saúde, serviços sociais, transportes, lazer).

Na perspectiva de George (2014) e, como já foi referido anteriormente, os determinantes mencionados influenciam a saúde individual, familiar e comunitária, colocando o EV saudável num lugar de relevo, uma vez que apresenta uma aparente facilidade na obtenção de mais ganhos em saúde.

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



Figura 1: Modelo de Dahlgren & Whitehead (1991)

Fonte: Ministério da Saúde 2018

“Os indivíduos, com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos, que exercem influência sobre o seu potencial e suas condições de saúde, estão na base do modelo (determinantes proximais). Em seguida, na camada subjacente, encontra-se o comportamento e o EV dos indivíduos, situados no limiar entre os fatores individuais e as redes sociais e comunitárias, entre as quais família e amigos, constituem outro nível de influência. Na camada seguinte, encontram-se os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho (determinantes intermediários), e a disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes saudáveis e serviços essenciais, como saúde e educação, indicando que as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde. Por fim, a um nível mais macro

apresenta as condições socioeconómicas, culturais e ambientais, que possuem grande influência sobre as demais camadas” (Sobral & Freitas, 2010).

Deste modo, este modelo serve como guia na conceção de políticas de intervenção, uma vez que implica conhecer a população alvo e o meio envolvente em que ela se insere, permitindo programas mais objetivos e direcionados para os problemas específicos daquela comunidade, tornando-se potencialmente mais eficazes (Fontes, 2007).

A promoção de comportamentos saudáveis é, então, essencial para a saúde dos portugueses, para a redução das desigualdades e para o bem-estar social e económico do país (OPSS, 2018).

Todavia, para a saúde pública trata-se de um desafio controlar os fatores determinantes da saúde supracitados, uma vez que os comportamentos de saúde são um dos principais alvos da promoção e educação para a saúde, sendo necessário uma perspetiva multidisciplinar, não esquecendo nenhum dos determinantes (OMS, 2014a).

Sands & Wilson (2003 *cit. in* Marques, 2017), afirmam que o EV é o resultado da exposição aos fatores de risco, que levam a comportamentos permanentes e difíceis de alterar.

Dois elementos intimamente associados ao EV é atividade física e os hábitos alimentares, desempenhando um papel significativo na promoção da saúde e na prevenção (DGS, 2017; Matos et al., 2000; Matos, 2005). Contudo, ao nível da saúde e do bem-estar devem ser considerados outros fatores, nomeadamente: consumo de tabaco, consumo de álcool e drogas, comportamentos seguros, gestão do stress, manutenção de integração social e familiar; visão otimista e positiva (Añez et al., 2008).

5. Estilo de vida “Fantástico”

Tendo em linha de conta o instrumento que foi utilizado na parte empírica, para a recolha dos dados, “Estilo de vida Fantástico” (EVF), em seguida apresento os determinantes que fazem parte do EV aferidos através do mesmo.

i. Família e Amigos

O suporte social da família e/ou de outras figuras significativas é uma variável muito importante no processo de integração, na saúde e bem-estar do estudante no contexto académico (Fernandes, 2014). Este, permite a partilha de expectativas, interesses e problemas, facilitando a adaptação (Carlotto, et al., 2015; Teixeira, et al., 2008).

Na literatura, encontra-se documentado que a perceção do suporte social quando satisfatória nos indivíduos pode ter resultados muito positivos na saúde e na prevenção da doença (Lopes, 2011). Também para Fernandes (2014), a perceção positiva do suporte social tende a aumentar o bem-estar e diminuir os sintomas de doença física ou psíquica do estudante, ou seja, não é apenas a presença desses recursos que proporciona suporte social, é a perceção que a pessoa tem de tal presença que torna o suporte eficaz (Padovani, et al., 2014).

Diversos estudos têm sugerido que há uma relação entre o suporte social e a saúde nomeadamente: o facto do suporte social proteger contra as perturbações induzidas pelo *stress*; a não existência ou a perda de um suporte social é uma fonte de *stress* para o indivíduo e, o facto de o suporte social ser benéfico pois torna os indivíduos mais fortes e em melhor condição para enfrentar com determinação o seu percurso pessoal (Bolger & Amarel, 2007; Cacioppo, et al., 2010; Shiovitz-Ezra & Ayalon, 2010).

De acordo com Dunst & Trivette (1990, *cit. in* Pais-Ribeiro, 2011, p. 3) existem dimensões do suporte social que se mostram fundamentais nos processos de controlo das doenças, nomeadamente o tamanho da rede social; a existência de relações sociais; a frequência de contactos; a necessidade de suporte expressa pelo indivíduo; o tipo e quantidade de suporte disponibilizado; a congruência do suporte social em função das necessidades do indivíduo; a utilização do suporte por parte do indivíduo; a dependência da rede de suporte social, ou seja, nível de confiança do indivíduo na rede de suporte; a reciprocidade que garante o equilíbrio entre o suporte social recebido e o fornecido; a proximidade sentida da rede social de suporte e a satisfação com a rede de suporte existente.

Existem dois tipos ou fontes de suporte social, informal e formal. O informal inclui familiares, amigos, vizinhos, grupos sociais, entre outros, que são passíveis de fornecer apoio nas atividades diárias em resposta a determinados acontecimentos. As redes de suporte social formais dizem respeito a hospitais, serviços de saúde, profissionais de saúde, entre outros que se encontram organizadas para conceder uma assistência ou ajuda aos indivíduos que delas necessitam (Pais-Ribeiro, 2011).

Assim, a presença do suporte social muda o comportamento dos indivíduos, favorece um aumento da capacidade de ultrapassar situações menos boas, aumenta a autoestima, proporcionando melhor saúde emocional e física (Pietrukowicz, 2001). Além disso, a percepção do suporte social por parte dos estudantes, pode constituir um elemento facilitador de adaptação académica, pessoal e social dos estudantes (Rodrigues, 2010a).

ii. Atividade Física/Associativismo

A OMS (2014b) define atividade física como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que exijam gasto de energia, incluindo atividades físicas praticadas durante o trabalho, jogos, execução de tarefas domésticas, viagens e atividades de lazer.

Tal atividade, segundo o Instituto do Desporto de Portugal (2011), define-se como qualquer movimento associado à contração muscular proporcionando o aumento do gasto de energia acima dos níveis de repouso.

A atividade física tem um papel decisivo na saúde e bem-estar das populações, ao estar diretamente interligada à prevenção de um conjunto importante de doenças crónicas não transmissíveis (DGS, 2009; Ministério, 2018). Segundo dados mundiais da DGS (2016b), cerca de 80% da população portuguesa não pratica atividade física suficiente para cumprir as recomendações da OMS.

Portugal é o segundo país de Europa que menos caminha, 29% da população nunca caminha mais de 10 minutos por dia, e é o país onde mais pessoas afirmam que não têm interesse ou motivação para praticar atividade física ou desporto (33%) (Ministério, 2018).

O chegar da idade adulta diminuí as oportunidades de ser fisicamente ativo, assim como os avanços da tecnologia, sendo estes alguns dos fatores para o nível de sedentarismo verificado nos dados fornecidos pela DGS (Elias, 2014).

Um EV sedentário tem vindo a enraizar-se nas sociedades desenvolvidas, com efeito negativo ao nível da saúde, refletindo-se na taxa de mortalidade e de morbilidade cardiovascular, bem como no risco acrescido de obesidade (DGS, 2012 *cit. in* Silva, 2018).

Nos jovens adultos dos 18 aos 25 anos, observa-se a prática regular de exercício físico necessária para promover e manter a saúde nesta população parece não está a ser adotada (American College of Sports Medicine, 2015; Craig et al., 2012; WHO, 2015).

Segundo dados nacionais (Baptista et al., 2012) 28.8% da população portuguesa entre os 18 e os 29 anos não cumpre com as recomendações internacionais para a prática de atividade física.

De facto, verifica-se um declínio da frequência e participação no desporto e exercício físico na passagem da adolescência para a idade adulta, bem como na transição do ensino secundário para o ES (Kilpatrick, et al., 2005 *cit. in* Lemos, 2016). São diversos os autores que sublinham que a prática regular de atividade física é vital para a saúde (*Centers for Disease Control and Prevention*, CDC, 2011; Li et al., 2007; WHO, 2010), recomendando a DGS uma caminhada de cerca de 30 minutos diários de atividade física moderada (George, 2014).

A prática regular de exercícios físicos promove um bem-estar fisiológico (controle da glicose, melhor qualidade do sono, melhoria da capacidade física relacionada à saúde); um bem-estar psicológico (relaxamento, redução dos níveis de ansiedade e stresse, melhora do estado de espírito, melhoras cognitivas) e social (indivíduos mais seguros, melhoria da integração social e cultural, a integração na comunidade, rede social e cultural ampliadas) reforçando-se, neste caso, a importância do associativismo enquanto fator que promove maior interação, envolvimento e participação (Nahas *cit. in* Argento, 2010, p.19).

O CDC (2011) menciona que o exercício físico associado a uma alimentação saudável potencia a esperança de vida, a QdV e reduz o risco de variadas doenças crónicas, com especial impacto ao nível económico, na medida em que reduz os custos para a saúde.

Katzer (2017 *cit. in* Silva, 2018), refere que a atividade física e uma alimentação equilibrada, são os principais fatores para um EV saudável.

iii. Nutrição

A nutrição está intrinsecamente associada à saúde e à doença e algumas das doenças mais predominantes são, em grande parte, atribuíveis a hábitos alimentares não saudáveis (Alves & Precioso, 2017).

A alimentação de um jovem adulto caracteriza-se pelo consumo excessivo de energia, a predominância de alimentos ricos em gordura total e saturada, colesterol e sódio e pobre em alimentos ricos em cálcio, frutas e produtos hortícolas e leguminosas, que tende a agravar com a permanência no ES. Pelo que, a ingestão alimentar dos EES normalmente não satisfaz as recomendações para a maioria dos grupos de alimentos e para os principais micronutrientes (Rodrigues, 2012).

Davy et al. (2006), também partilham a mesma ideia do autor acima mencionado, quando referem que os hábitos alimentares tendem a piorar durante a permanência no ES.

Alguns estudos revelam que os principais determinantes das escolhas alimentares dos EES são: a capacidade de gestão de tempo; a conveniência; o ambiente social e físico, bem como as preocupações com o controlo de peso corporal (Davy, et al., 2006; Deshmukh-Taskar, et al., 2007 *cit. in* Alves & Precioso, 2017). Soma-se a estes determinantes, a substituição de refeições completas por lanches, considerados mais práticos e rápidos, mas que contêm altos valores calóricos; a disponibilidade de alimentos saudáveis na faculdade e, o estabelecimento de novos comportamentos (Martins, 2009).

O constrangimento financeiro dos EES conduz à compra de produtos mais processados (e.g. refeições pré-cozinhadas e fast-food), assumindo-se como um fator determinante na

adoção de comportamentos salutareos (Lacaille et al., 2011; Martinez, et al., 2016; Rodrigues, 2010b).

Dados do Instituto Nacional de Estatística (INS, 2014) revelam um aumento do excesso de peso ou obesidade, na população jovem com 18-24 anos, de 3,9% para 5,6%, em comparação com o ano letivo 2005/2006. Em que mais de metade da população com 18 ou mais anos (4,5 milhões) tinha excesso de peso ou obesidade, isto é, um índice de massa corporal de 25 ou mais kg/m², sendo que 1,4 milhões estavam em situação de obesidade (30 ou mais kg/m²).

O processo mais utilizado para determinar a existência de excesso de peso é o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC). Este é calculado através da relação entre peso e altura ao quadrado, $IMC = \text{Peso (Kg)} \div \text{Altura}^2 \text{ (m)}$. De acordo com a idade, dá um número que depois terá uma interpretação (WHO, 2013).

Uma dieta com excesso de calorias ou com excesso de gorduras ou hidratos de carbono conduz à obesidade, sobretudo na ausência de uma prática adequada e regular de exercício físico (CDC, 2011).

Adicionalmente, sabe-se que os padrões alimentares estabelecidos durante esta fase da vida parecem manter-se para a vida e certamente condicionam a saúde futura dos estudantes e a das suas famílias (Conselho Nacional de Juventude, et al., 2015).

iv. Tabaco

O consumo de tabaco é uma das principais causas evitáveis de doenças crónicas, da perda de QdV e da mortalidade prematura, tendo-se revelado um grande inimigo da saúde pública e concomitantemente como um dos comportamentos mais difíceis de mudar. A exposição ao fumo ambiental do tabaco tem efeitos nocivos imediatos e a longo prazo, não existindo um limiar seguro de exposição (DGS, 2016a).

Uma das estratégias do Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com o EV foi reduzir a proporção de fumadores e, aumentar o número de espaços públicos livres de fumo de tabaco (George, 2014).

Segundo a DGS (2016a), em relação ao tabagismo nos jovens, aponta para a idade média de início de consumo entre os 16 e os 24 anos, e registou-se no mesmo grupo etário, entre 2012 e 2017, um aumento no consumo de tabaco nos últimos trinta dias.

v. Álcool e outras drogas

O consumo de substâncias psicoativas lícitas (e.g. álcool, tabaco, medicamentos sedativos/hipnóticos) e ilícitas (e.g. cannabis, ecstasy, heroína, cocaína) alteram o estado normal da pessoa que consome (Bolsa, et al., 2017). E a continuidade deste consumo pode resultar no desenvolvimento de um processo de abuso, de adição e, por último, de dependência (Patrício, 2015).

Dados constantes no Relatório do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD, 2016), nos últimos 12 meses, a população jovem adulta (15 a 34 anos) apresentou valores mais elevados às da população total para todas as substâncias psicoativas. É de salientar que, é nesta população mais jovem que, as prevalências de consumo de substâncias psicoativas são superiores, decrescendo, de um modo geral, à medida que se avança no ciclo de vida.

O consumo de medicamentos com ou sem prescrição tem vindo a aumentar. Segundo Rozenbroek & Rothstein (2011), há mais pessoas a consumir medicamentos sem prescrição médica do que cocaína, heroína, alucinogénios, ecstasy e inalantes combinados. Na opinião destes autores, este comportamento assume-se como uma evolução dos comportamentos aditivos, constituindo-se como uma nova dimensão de uma velha prática do abuso de substâncias psicoativas, sendo o maior número de consumidores de medicamentos não prescritos os EES.

Entre os EES, também se verifica que o consumo excessivo de álcool é um padrão recorrente (Ham & Hope, 2003; Park & Grant, 2005 *cit. in* Araújo, 2015). É durante as festas académicas que os consumos e de substâncias ilícitas são mais frequentes (Medeiros,

2013; Homem, et al., 2014, p. 148) havendo, por parte do grupo de pares, uma pressão no sentido de testarem os limites e capacidades de resistência às substâncias psicoativas (Melo, et al., 2010).

De acordo com Pimentel et al. (2013), num estudo realizado com uma amostra de 272 EES, verifica-se que percentagem de consumidores de álcool está acima dos 80%, e que este é aceitável, tolerado e até promovido no meio académico sendo o seu consumo regular e intensivo.

Este consumo excessivo é usualmente definido como o consumo de cinco ou mais bebidas (quatro ou mais para as senhoras) numa determinada ocasião num intervalo de duas horas, pelo menos uma vez nas últimas duas semanas ou no último mês (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, NIAAA, 2004).

vi. Sono e Stress

O stresse tem sido definido como uma barreira à concentração, à resolução de problemas, à tomada de decisão e a outras habilidades necessárias para a aprendizagem dos EES, resultando também em alguns sintomas e doenças como a depressão e a ansiedade (Bublitz, et al., 2012).

O sono é um fenómeno ativo, um estado funcional, reversível e cíclico, com comportamentos característicos, como uma imobilidade relativa e o aumento do limiar de respostas aos estímulos externos. Produz variações biológicas e mentais (Paterson, et al., 2011 *cit. in* Silva et al., 2016).

As perturbações do sono espelham uma perda na QdV do indivíduo, com impacto na sua produtividade (escolar ou profissional); nos fatores sociais e relacionais, na diminuição das funções cognitivas, emocionais e psicomotoras; no aumento da morbilidade, bem como no agravamento do seu estado de saúde geral (Cheng, et al., 2012; Drabovicz, et al., 2012; Kabrita, et al., 2014).

Ao longo dos anos, tem-se evidenciado que existe um forte impacto do sono na saúde física e mental dos EES (Kryger, et al., 2011). Na generalidade, a literatura e investigação recente referem que a qualidade do sono dos estudantes tem vindo a degradar-se, evidenciando-se que 75% dos EES aportam problemas de sono ocasionais como dificuldade em adormecer, distúrbios de sono e sonolência diurna excessiva (Wolfson, 2010).

De facto, estudos como o de Obrecht, et al. (2015) e Coelho (2014), revelam que os EES apresentam má qualidade de sono, evidenciando que os que trabalham exibem pior qualidade de sono.

Também Paiva (2015), evidencia que os EES dormem cada vez menos horas por noite, constatando-se que dormem poucas horas durante a semana e compensam no fim-de-semana, o que denota óbvia perturbação do sono traduzindo-se numa “bomba relógio” que reduz o ciclo de vigília e potencia acidentes.

As alterações do sono podem acarretar consequências a nível do desequilíbrio emocional, que por sua vez, poderão originar perturbações depressivas, de irritabilidade, de ansiedade e *stress* dos indivíduos. A ansiedade, a depressão e o *stress* é uma temática que suscita grande interesse, pois em Portugal a prevalência de doenças mentais é muito elevada, quando comparado com outros países da União Europeia (Serra, 2014).

Os estudantes com má qualidade de sono apresentaram níveis médios de stress, ansiedade e depressão mais elevados que os estudantes com boa qualidade de sono. Os níveis de stress, ansiedade e depressão evidenciados nos estudantes foram considerados díspares entre eles, sendo que o *stress* foi o mais significativo (Certo, 2016).

Esta panóplia de resultados científicos permite constatar que existe uma forte desvalorização e desrespeito pelo sono, impedindo a sua qualidade e interferindo com a QdV, quer física, mental e social.

vii. Trabalho/Tipo de Personalidade

Atualmente vivemos numa sociedade muito distinta das anteriores, sendo esta urgente, rápida e ansiosa. Nunca as pessoas tiveram uma mente tão agitada e stressada (Cury, 2015).

De facto, a investigação de Marques (2017) evidencia que a maioria (66,0%) dos EES algumas vezes sentem que andam acelerados e/ou atarefados.

Ingressar no ES traz novas responsabilidades, gera alterações na maneira de organizar o tempo e nos níveis de exigência requeridos para executar as tarefas acadêmicas, facultando aos formandos uma perspetiva pormenorizada do “mundo de trabalho” e das suas implicações (Teixeira, et al., 2008 *cit. in* Oliveira, et al., 2016).

Os traços de personalidade de cada estudante, os seus comportamentos e as suas atitudes podem ser de extrema relevância para a forma como estes se preparam para ingressarem no mercado de trabalho e, também à forma como se adaptam a outras situações da vida (Hetland, et al., 2012).

A personalidade resulta da interação de cada um de nós com o contexto social, de fatores pessoais (estruturas cognitivas, expectativas, valores e competências) e do comportamento. Neste modelo, a conduta, os fatores pessoais internos (eventos cognitivos, afetivos e biológicos) e o ambiente externo atuam como determinantes interativos, em que cada um deles acuta como determinante indissociável dos outros. (Barros, et al., 2012). Para estes autores, o contexto social é indispensável para a ocorrência da aprendizagem.

viii. Introspeção

Outro aspeto, relacionado com a saúde e o EV é a introspeção, na medida em que se refere à forma como indivíduo observa os conteúdos do seu próprio estado mental, estando por isso associado à sua saúde física e mental (Dishman, et al., 2004 *cit. in* Martiniano, 2017).

Os níveis de saúde mental (SM) em EES são inferiores quando comparados com os jovens não estudantes da mesma idade (Eisenberg, et al., 2013; Oliveira, 2011 *cit. in* Nogueira & Sequeira, 2017).

Os problemas associados aos afetos negativos (e.g. a falta de otimismo, depressão, tristeza, desapontamento, apreensão, cansaço físico e emocional) encontram-se inseridos nos processos de introspeção (Añez et al., 2008).

Estes, têm impacto na saúde e no bem-estar dos EES, comprometendo o normal desenvolvimento e maturidade (cognitiva, psicossocial e vocacional), além de interferir no percurso acadêmico, diminuindo o rendimento escolar e aumentando a taxa de abandono (American College Health Association, 2014; Chow, 2010; Eisenberg et al., 2013).

Em prol da promoção, proteção e restauração, a sociedade deve considerar a SM como uma preocupação (WHO, 2013), particularmente dos EES que não deve ser descuidada pelas instituições de ensino dado o seu impacto, não só a nível pessoal e social, como académico (Nogueira, 2017).

ix. Comportamento de Saúde e Sexual

De acordo com Farah & Sá (2008, p.74), os jovens adultos são, por norma, mais ativos apresentando menos doenças graves que outros grupos etários. Estes nem sempre revelam preocupação com a sua própria saúde.

O comportamento sexual é uma área potencial de risco para os jovens devido à iniciação sexual precoce, muitas vezes, sem a necessária ponderação das consequências possíveis, como contrair doenças sexualmente transmissíveis ou gravidezes indesejadas. Esta questão prende-se com padrões de atividade sexual típicos deste grupo, desde logo, o ser sexualmente ativo, o uso irregular do preservativo, a duração dos relacionamentos e a prática de relações sexuais desprotegidas, o consumo de álcool e/ou substâncias psicoativas que promovem euforia, confiança, abertura de comunicação e maior sociabilidade e, quando em excesso podem levar a um enviesamento da perceção, colocando em risco a prática de sexo seguro (Ferreira & Cabral, 2010; Jackson, 2005; Matos, et al., 2014; Silva et al., 2012; UNAIDS, 2013; *cit. in* Pimentel, 2016).

A população universitária está na faixa etária que mais recorre à interrupção da gravidez, alerta a Associação para o Planeamento Familiar (APF), que concorda com a distribuição de contraceptivos nas instituições do ES (Vaz, 2017).

Segundo Vilar (2011), conversar sobre sexualidade ajuda a estruturar as relações e a criar o contexto para a aquisição de competências e segurança, próprias das relações de

intimidade. O passo fundamental para ter uma vida sexual mais satisfatória e mais saudável, é ter uma comunicação aberta e honesta com a pessoa com quem nos relacionamos sexualmente.

A Educação sexual caracteriza-se como um processo contínuo e permanente de aprendizagem e socialização que abrange a transmissão de informação e o desenvolvimento de atitudes e competências relacionadas com a sexualidade humana e, portanto, promove atitudes e comportamentos saudáveis (Matos et al., 2011).

x. Outros Comportamentos

Os acidentes rodoviários são um dos problemas de saúde pública mais preocupantes devido à magnitude do problema e ao facto de afetar uma grande proporção de pessoas em todas as idades, nomeadamente as mais jovens (Piedrola, 2008).

Em Portugal, no ano de 2015, houve uma aposta na prevenção e fiscalização seletiva de comportamentos de risco em matéria de segurança, nomeadamente consumo de álcool, substâncias psicotrópicas, excesso de velocidade, uso de telemóvel e outros aparelhos eletrónicos, uso de cinto de segurança e fadiga, enquanto eixos prioritários das forças policiais e de todas as entidades com responsabilidade direta ou indireta neste âmbito (Direção Geral de Administração Interna, 2016c).

6. Objetivos de investigação

Para Ribeiro (2010a, p. 34), objetivos de investigação “(...) representam aquilo que o investigador se propõe fazer para responder à questão de investigação (...)”.

Fortin (2009, p. 40, 160) o objetivo é um enunciado que indica claramente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo. Nele, são especificadas as variáveis-chave, a população onde os dados serão recolhidos e o verbo de ação que serve para orientar a investigação.

De forma a responder às preocupações evidenciadas na temática em estudo definiu-se o seguinte objetivo geral: “Avaliar o estilo de vida dos estudantes do ensino superior”, com base nos dez domínios que compõem o Questionário “EVF”.

Como objetivo específico deste projeto de investigação:

- Conhecer o suporte social e familiar dos estudantes do ensino superior;
- Conhecer a regularidade da prática de atividade física e, de associativismo dos estudantes do ensino superior;
- Conhecer os hábitos e comportamentos alimentares dos estudantes do ensino superior;
- Conhecer os hábitos e comportamentos tabágicos dos estudantes do ensino superior;
- Conhecer os hábitos e comportamentos alcoólicos e, de outras drogas dos estudantes do ensino superior;
- Conhecer como os estudantes do ensino superior percecionam o sono e gestão de stresse;
- Conhecer como os estudantes do ensino superior percecionam o seu tipo de personalidade, trabalho e atividades em geral;
- Conhecer como os estudantes do ensino superior percecionam a sua saúde mental;
- Conhecer as atitudes e comportamentos de saúde e sexuais de estudantes do ensino superior;
- Conhecer os hábitos e comportamentos de segurança rodoviária dos estudantes do ensino superior;
- Avaliar, segundo o instrumento de recolha de dados validado, o estilo de vida dos estudantes do ensino superior;

II. FASE METODOLÓGICA

A fase metodológica consiste numa etapa da investigação, na qual é decidido o método adotado para dar resposta às questões de investigação colocadas ou hipóteses formuladas. Pelo que, os resultados finais do estudo dependerão do tipo de estudo e, da forma como se vão colher os dados necessários (Fortin, 2003, p. 53).

Também pode ser considerada um sistema de métodos, procedimentos e técnicas utilizadas para a realização de uma investigação (Reis, 2018, p. 76).

Portanto, a fase metodológica operacionaliza o estudo, explicitando o tipo de estudo, as definições operacionais das variáveis, o meio onde se desenrola o estudo, população e amostra, bem como os métodos e instrumento de medida e recolha de dados (Fortin, 2003, p. 162).

1. Desenho de investigação

O desenho de investigação é o plano lógico de estratégia de investigação que guia o investigador na planificação e, na realização do seu estudo de maneira que os objetivos sejam atingidos, explorando empiricamente as questões de investigação ou verificar as hipóteses (Bento, 2011; Fortin, 2009, p. 214).

Por outras palavras, representa esquematicamente o caminho a percorrer durante o estudo (Reis, 2018, p. 76).

Este, é composto por o tipo de estudo, as variáveis, a população e amostra selecionada, o instrumento e método de recolha de dados e o tratamento dos mesmos.

i. Meio

Fortin (2009, p. 216), considera meio natural, qualquer estudo concebido fora do laboratório, o que significa que se efetuam em qualquer parte, ou seja, fora de lugares que não são controlados. Como foi o caso do presente estudo.

ii. Tipo de estudo

Desenvolveu-se um estudo do tipo quantitativo, descritivo simples exploratório e transversal.

Segundo Fortin (2009, p. 163-227) o estudo descritivo simples pretende descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, tal como ela se apresenta em meio natural, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra. A pesquisa exploratória, procura elaborar estudos no terreno baseando-se na observação de situações reais procurando obter novos conhecimentos através da descrição ou comparação de um conceito ou ideia com o objetivo de formular problemas mais precisos ou pertinentes a estudos posteriores (Reis, 2018, p. 77).

Os estudos exploratórios têm como objetivo proceder ao reconhecimento de uma dada realidade pouco ou deficientemente estudada e levantar hipóteses de entendimento dessa realidade (Marshall & Rossman, 1995, pp. 40-41 *cit. in* Sousa & Baptista, 2014).

O método de abordagem quantitativa é “um processo sistemático de recolha de dados observáveis e quantificáveis, (...) baseado na observação (...) fenómenos que existem independentemente do investigador”. (Fortin, 2009, p. 22).

Vilelas (2017, p. 103), argumenta que:

“Os estudos quantitativos admitem (...) que é possível traduzir em números as opiniões e as informações para, em seguida, poderem ser classificadas e analisadas. (...) visam a apresentação e a manipulação numérica de observações com vista à descrição e à explicação do fenómeno sobre o qual recaem as observações”.

O carácter do tipo transversal de um estudo consiste na obtenção de informação relativa a uma determinada situação num determinado período de tempo. São estudos económicos, simples de organizar e fornecem dados imediatos e utilizáveis, contudo, têm um alcance mais limitado que os estudos longitudinais (Fortin, 2009. p. 224).

iii. População alvo, amostra e processo de amostragem

Ao conjunto total de casos sobre os quais se pretende retirar conclusões, atribui-se o nome de População ou Universo (Hill & Hill, 2016).

Fortin (2009, p. 310-311), define população como um conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que têm características comuns. A população estudada, é designada de “população alvo”, esta é formada por um conjunto de pessoas que obedecem aos critérios de seleção definidos precocemente, permitindo fazer generalizações.

Tendo presente este conceito, a população que serviu de base ao estudo foram os EES, sendo a população-alvo os estudantes que frequentam o ES em estabelecimentos de ensino do Porto.

Coutinho (2014, p. 89) refere que a “Amostra é um conjunto de sujeitos (pessoas, documentos, etc.) de quem se recolherá os dados e deve ter as mesmas características das da população de onde foi extraída.”

Segundo Charles (*cit in* Coutinho, 2014, p. 89), uma amostra é “um grupo de sujeitos ou objetos selecionados para representar a população inteira de onde provieram.”

Com base nestas interpretações, a amostra selecionada para este estudo baseou-se no método não probabilístico o qual, segundo Coutinho (2014, p. 95), não é possível especificar a probabilidade de um sujeito pertencer a uma determinada população.

A amostragem é um processo pelo qual um grupo de pessoas ou uma porção da população (amostra) é escolhido de maneira a representar uma população inteira. Existem inúmeras técnicas de amostragem das quais o investigador pode selecionar (Fortin, 2009, p. 310).

Para Coutinho (2014, p. 89), a amostragem é o processo no qual é feita a seleção dos indivíduos que participam no estudo. Por outras palavras, é uma estratégia utilizada pelo investigador, de forma a selecionar os indivíduos que irão constar na amostra.

Assim, o método utilizado para a seleção dos inquiridos baseou-se nos critérios de amostragem não probabilística por redes, também designada por «bola de neve». O questionário empregado, presente no Anexo I, foi elaborado através dos Formulários Google, uma ferramenta económica, rápida e eficaz de forma a ir ao encontro da população-alvo. Neste seguimento, foi enviado um e-mail para um grupo de estudantes, com o link de acesso ao questionário bem como uma solicitação de colaboração de outros colegas que possuíssem as mesmas características pelas quais foram escolhidos.

Esta técnica de amostragem, pretende que os inquiridos selecionados convidem novos elementos da sua rede de contactos, “(...) uma vez que o investigador encontrou sujeitos que respondem aos critérios de inclusão, pedindo-lhes que indiquem outras pessoas que possuam as mesmas características pelas quais foram escolhidas” (Fortin, 2009, p. 323).

Desta forma, é “(...) um procedimento de seleção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra” (Fortin, 2009, p. 322-323).

Contrariamente à amostragem probabilística, a amostragem não probabilística é menos fiável e poderá tornar a amostra suscetível de não ser representativa, contudo este risco poderá ser minimizado aplicando critérios de inclusão mais específicos (Fortin, 2009, p. 321).

O critério de inclusão tido em consideração para definir a amostra foi ser estudante do ES a frequentar estabelecimentos de ensino do Porto.

iv. Variáveis em estudo

Para Ribeiro (2010b, p. 36), as variáveis de investigação constituem um elemento central, pois, é à volta delas que se estrutura a investigação.

Fortin (2009, p. 171) afirma que “As variáveis são as unidades de base da investigação”. A mesma autora caracteriza-as como sendo qualidades, propriedades ou características de pessoas, e objetos de situações suscetíveis de mudança ou de variação no tempo, podendo

ser classificadas de diferentes maneiras, segundo o papel que exercem na investigação, como independentes, dependentes, de investigação, atributos e estranhas.

Atendendo à natureza do estudo em questão optou-se por fazer referência às variáveis atributo que “(...) são as características dos sujeitos num estudo. Elas são geralmente constituídas por dados demográficos tais como idade, o género, a situação de família. Os dados demográficos são analisados no fim do estudo para obter um perfil demográfico das características da amostra” (Fortin, 2009, p. 172).

As variáveis atributo definidas para este estudo foram: a idade, o género, estado civil, nacionalidade, peso, altura, ano do curso, instituição e o curso que frequenta, ser ou não portador de uma doença crónica, ter ou não mudado de residência com a entrada no ES.

Neste contexto, a variável em estudo foi os “Estilos de Vida dos Estudantes do Ensino Superior”, que se operacionaliza nos seguintes domínios relativos a Família e Amigos, Atividade física/Associativismo, Nutrição, Tabaco, Álcool e outras drogas, Sono e stresse, Trabalho/Tipo de personalidade, Introspeção, Comportamentos de saúde e sexual e, Outros comportamentos.

Contudo, segundo Fortin (2009, p.172) as variáveis estranhas estão presentes em todos os estudos e podem exercer efeitos não esperados sobre outras variáveis e influenciar os resultados de uma investigação. Estas variáveis não podem ser controladas, são consideradas variáveis confundentes que é necessário ter em conta no momento das análises estatísticas.

Ao longo da investigação tentou-se reduzir a influência das variáveis estranhas através do critério de inclusão e das informações facultadas para o preenchimento do questionário, *via online*.

v. Instrumento de recolha de dados

Segundo Coutinho (2014, p. 105), todo e qualquer plano de investigação implica uma recolha de dados originais por parte do investigador.

A seleção do método de recolha de dados constitui um segmento imprescindível para o desenvolvimento de investigação, uma vez que permite dar resposta às questões de investigação e aos objetivos delineados.

Para Fortin (2009), a recolha de dados consiste “(...) em recolher metodicamente a informação junto dos inquiridos com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos para esse fim.”

Os dados podem ser colhidos de diversas formas de tal forma que, o investigador é responsável por determinar o tipo de instrumento e, método de recolha de dados que melhor se adequa aos objetivos de investigação, às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas (Fortin 2003, p. 368).

Bem como, familiarizar-se com os diversos instrumentos de medida e conhecer as suas possibilidades, “(...) assegurando-se que o instrumento eleito oferece uma suficiente fidelidade e validade” (Fortin 2003, p. 368).

Nos estudos descritivos, de acordo com Fortin (2009, p. 369), “são empregados principalmente os questionários, as observações, as entrevistas dirigidas ou semi-dirigidas e, por vezes, as escalas”.

Atendendo à natureza do presente projeto de investigação, optou-se por utilizar como instrumento de recolha de dados um questionário. O questionário estruturado, segundo Fortin (2003), em comparação com a entrevista, permite um melhor controlo dos enviesamentos, é menos dispendioso, mais rápido e requer menos habilidades da parte de quem o aplica. Além da sua natureza impessoal, bem como a uniformidade da apresentação das questões que assegura a constância e a fidelidade do instrumento.

Como meio de recolha de dados, Fortin (2003, p. 254) reforça que “(...) as pessoas podem sentir-se mais seguras relativamente ao anonimato das respostas, pelo que, exprimem mais livremente as suas opiniões relativamente a questões que considerem mais pessoais”.

Para Vilelas (2017. p. 315) “(...) são instrumentos de registo escritos e planeados para pesquisar dados de sujeitos, através de questões, a respeito de conhecimentos, atitudes, crenças e sentimentos”.

Este instrumento de recolha de dados foi facultado por um grupo de docentes da Universidade Fernando Pessoa (UFP), de forma a colaborar na investigação dos mesmos. Trata-se de um questionário adaptado e validado por Silva et al. (2014), como se refere a seguir.

Os materiais utilizados na presente investigação foram: questionário sócio demográfico e clínico e, o questionário “EVF”.

A participação dos estudantes foi voluntária e, salvaguardado o anonimato e confidencialidade dos dados. Além disso, foi igualmente disponibilizado um contacto de correio eletrónico para o esclarecimento de qualquer dúvida que surgisse ao longo do seu preenchimento.

O instrumento de recolha de dados apresenta três momentos de estruturação distintos. Como primeira abordagem, os inquiridos eram informados sobre o enquadramento do tema em estudo, os objetivos e, notas explicativas sobre o preenchimento do questionário, assim como a importância da sua participação para o êxito do projeto de investigação.

O desfecho da primeira página, integra um campo obrigatório com o objetivo de garantir que os indivíduos aceitavam de livre vontade participar na investigação, com o conhecimento prévio que poderiam desistir a qualquer momento, se assim o entendessem.

Com o segundo momento, pretende-se conhecer alguns dos aspetos sociodemográficos e clínicos que o caracterizam, nomeadamente: género, idade, estado civil, nacionalidade, peso (em kg), altura (m), estabelecimento de ensino, curso, ano curricular, se mudou de residência quando entrou para o ES, se é portador de uma doença crónica.

O último momento é inerente ao Questionário “EVF”, desenvolvido no departamento de

Medicina Familiar da Universidade McMaster, no Canada, por Wilson e Ciliska (1984), adaptado para a população portuguesa por Silva, et al., (2014) que explora os hábitos e comportamentos relativamente ao EV adequado para a saúde.

Trata-se de um instrumento de autopreenchimento, composto por 30 questões divididas em dez domínios da componente física, psicológica e social do EV. Cada um desses domínios identifica-se com a sigla “FANTASTICO”, nomeadamente: Família e amigos; Atividade física e Associativismo; Nutrição; Tabaco; Álcool e drogas; Sono e Stresse; Trabalho e Personalidade; Introspeção; Comportamentos de Saúde e de vida sexual; Outros comportamentos (Silva, et al., 2014).

As três alternativas de resposta encontram-se dispostas em três linhas para facilitar a atribuição do valor numérico de 0, 1 ou 2 pontos. A primeira linha é sempre a de maior valor ou de maior relação com um EV saudável. A codificação das questões pode ser realizada da seguinte forma: 2 pontos para a 1ª linha, 1 ponto para a 2ª linha e 0 pontos para a 3ª linha. Somando-se todos os valores e multiplicando-os por dois, obtém-se o valor correspondente para cada domínio (Silva, et al., 2014).

Posteriormente, a soma de todos os pontos resultantes de todos os domínios, permite chegar a um valor global que classifica os indivíduos de 0 a 120 pontos, identificando-se 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) (Silva, et al., 2014).

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 EV exercerá uma elevada influência sobre a saúde; “Muito Bom” indica que o EV exercerá uma adequada influência para a saúde; “Bom” indica que o EV trará muitos benefícios para a saúde; “Regular” significa que o EV proporciona algum benefício para a saúde, porém apresenta alguns riscos; “Necessita melhorar” indica que o EV apresenta muitos fatores de risco (Silva et al., 2014).

A recolha de dados ocorreu no intervalo de Março a Junho. As respostas aos questionários são recebidas sem recolha do endereço eletrónico, sabendo-se apenas qual a data de preenchimento.

vi. Pré-Teste

“O pré-teste consiste num estudo preliminar a uma parte da população alvo em estudo, para avaliar se o mesmo foi elaborado de forma clara, se responde às questões e objetivos de investigação” (Reis, 2018, p. 90).

Fortin (2009, p. 386) afirma que o pré-teste “(...) consiste em verificar a eficácia e o valor do questionário junto de uma amostra reduzida da população alvo. Esta etapa é sem dúvida indispensável, porque permite descobrir os defeitos do questionário e fazer correções que se impõem.”

Para este questionário em questão não houve necessidade de realizar um pré-teste, de forma a verificar a validade, fidedignidade e operacionalidade do instrumento de pesquisa, uma vez que já tinha sido utilizado em estudos anteriores, na realidade portuguesa. Portanto, está devidamente validado e testado.

vii. Tratamento e Apresentação dos dados

Numa investigação os dados reunidos necessitam de ser organizados e analisados, na maioria das vezes apresentam-se em forma numérica e, procede-se à sua análise estatística (Coutinho, 2014, p. 151).

Black (*cit. in* Coutinho, 2014, p. 151) considera “(...) que a função da análise estatística é transformar os dados em informação e, é precisamente para isso que ela nos serve.”

Após a seleção do instrumento de recolha de dados e tendo em conta as suas características, procedeu-se à análise estatística com recurso à estatística descritiva simples, utilizando a frequência absoluta, frequência relativa e a média, para que assim fosse possível serem analisados.

De acordo com Fortin (2009, p. 411), a estatística descritiva tem como objetivo destacar o conjunto dos dados brutos retirados de uma amostra de maneira a que sejam compreendidos, tanto pelo investigador com pelo leitor.

O método de tratamento de dados utilizado foi o programa informático Microsoft Office Excel – Versão de 2016. Os resultados foram apresentados sob a forma de gráficos e tabelas com a respetiva informação e análise associadas.

2. Princípios éticos

Qualquer investigação efetuada junto de seres humanos deve obedecer aos princípios éticos universais, uma vez que o seu alvo é o ser humano e as suas repostas às situações de saúde/doença (Martins, 2008).

“(…) A ética é a ciência da moral que regula a nossa postura e o nosso comportamento, ou seja, é um juízo filosófico, acerca do que é mais correto, baseado em princípios usados para justificar ações e resolver problemas” (Vilelas, 2017, p. 423).

De uma forma geral, retrata o conjunto de permissões e de interdições que têm um valor descomunal na vida dos indivíduos e, em que estes se inspiram para guiar a sua conduta (Vilelas, 2017).

Para a realização do presente estudo, considerou-se os princípios éticos para a investigação clínica em seres humanos tendo em linha de conta as diretrizes da Declaração de Helsínquia, 1983.

Relevados desta forma os cinco princípios fundamentais delimitados pelos códigos de ética aplicáveis ao ser humano: direito à autodeterminação, direito à intimidade, direito ao anonimato e confidencialidade, direito à proteção contra o desconforto e prejuízo e o direito a um tratamento justo e leal (Fortin, 2009; Vilelas, 2017).

Perante os indivíduos em estudo, os princípios éticos enunciados anteriormente foram salvaguardados da seguinte forma:

Os intervenientes no estudo tiveram livre escolha na participação, bem como conhecimento que poderiam recusar a sua participação, a qualquer momento. Pelo que foi respeitado o direito à autodeterminação.

No direito à intimidade, protegeu-se a intimidade dos sujeitos do estudo, não foi utilizado nenhum método invasivo.

Na apresentação dos dados não foi identificado nem reconhecido qualquer sujeito em estudo garantido desta forma o direito ao anonimato e confidencialidade.

Todos os inquiridos foram protegidos, e igualmente esclarecidos em relação a quaisquer inconvenientes que o estudo lhes pudesse causar, garantido o direito à proteção contra o desconforto e prejuízo.

No direito ao tratamento justo e leal, todos os inquiridos foram informados da natureza do estudo, dos objetivos, dos benefícios previstos e, da duração da investigação. Tiveram conhecimento de que poderiam recusar e/ou desistir na sua participação no estudo, a qualquer momento.

Como tal, os procedimentos éticos anteriormente enunciados foram precavidos, visto que o questionário empregue detém uma introdução na qual foi transmitida a informação acerca do estudo assim como dos seus objetivos e benefícios, assegurando o sigilo dos dados, o seu anonimato e a proteção dos direitos fundamentais do ser humano, tal como a natureza facultativa da participação no estudo.

III. FASE EMPÍRICA

A fase empírica corresponde, segundo Fortin (2009), à recolha de dados no terreno, à sua organização e à sua análise estatística. É no seu decorrer que o investigador põe em prática o plano elaborado na fase precedente.

No mesmo sentido, Polit et al. (2004, p. 54) defendem que esta fase inclui a apresentação dos dados, a sua análise e respetiva interpretação.

Aos dados obtidos, efetuou-se uma primeira análise a todos os questionários, com intuito de eleger aqueles que porventura se encontrassem incompletos ou mal preenchidos, tendo-se seguidamente processado à sua codificação de modo a preparar o seu tratamento estatístico.

Perante estas considerações, inicia-se o capítulo seguinte com a apresentação e análise dos resultados.

1. Apresentação e análise dos dados

Reforça Fortin (2009), que “A análise dos dados de qualquer estudo que comporte valores numéricos começa pela utilização de estatísticas descritivas (...)”, estas que permitem caracterizar a amostra e, esboçar os valores obtidos pela medida das variáveis.

Para a mesma autora (Fortin, 2009, p. 495), “É conveniente apresentar os resultados da análise dos dados em quadros e figuras, porque estes dão uma informação clara e concisa.”

Com vista a facilitar não só a interpretação dos resultados obtidos, como também, na comparação das questões de investigação foram utilizados gráficos e tabelas.

Como o estudo é de cariz quantitativo, foi procedido de uma elaboração descritiva, recorrendo-se à determinação da frequência absoluta, relativa e à média.

Os resultados apresentados serão relativos às respostas obtidas ao questionário respondido por 59 EES, com idades compreendidas entre os 18 a 25 anos. Face ao critério de inclusão pré-definido, foram excluídos do estudo oito elementos que frequentam o estabelecimento de ensino da Universidade do Minho – Campus Gualtar (n=2), do Instituto Politécnico de Viana do Castelo – Escola Superior de Tecnologia e Gestão (n=4) e da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (n=2).

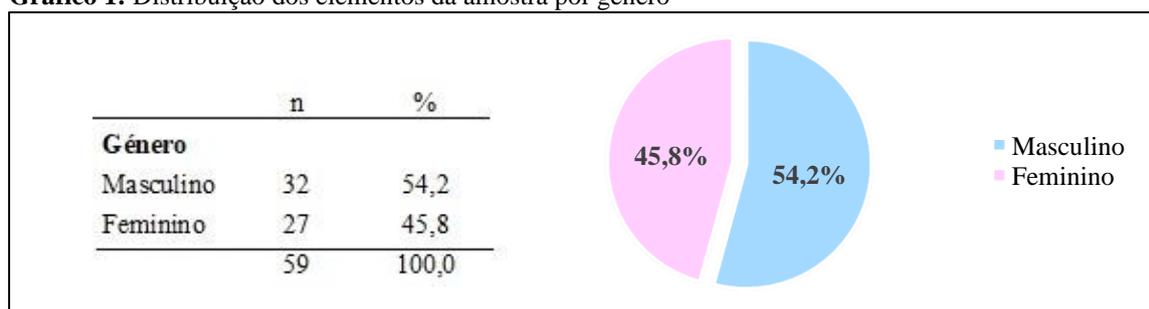
Sendo deveras difícil alcançar toda a população-alvo, optou-se por estudar apenas um grupo alcançável, pois para Fortin (2009) não é necessário estudar toda a população-alvo, mas apenas uma parcela da população total, esta fração deve ser representativa desta população.

Assim, como referido anteriormente a amostra obtida é composta por 59 EES, que corresponderam aos critérios definidos e que se propuseram a fazer parte do estudo, respondendo ao questionário proposto pela investigadora.

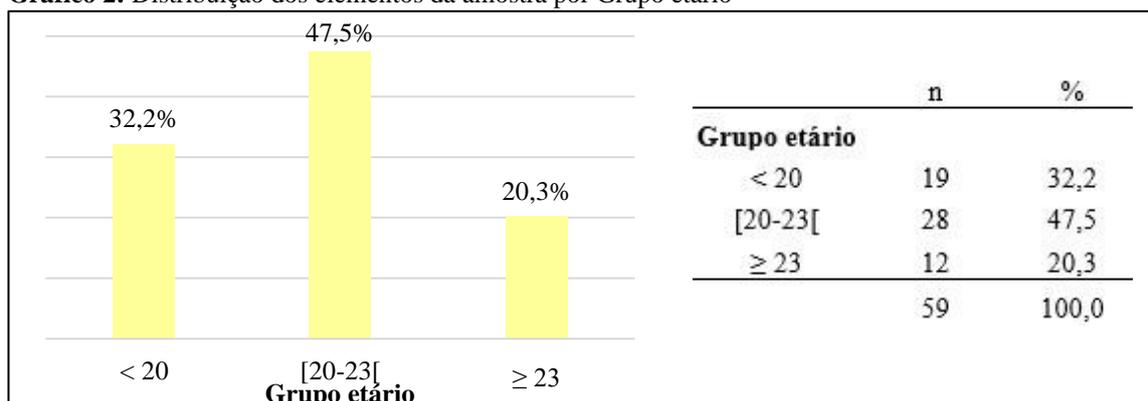
i. Caracterização sociodemográfica da amostra

Para Freixo (2011, p. 183) “As características da população definem um grupo de sujeitos que serão incluídos no estudo e precisam os critérios de seleção”, assim, a amostra desta investigação (n=59), são EES cuja descrição é apresentada de seguida.

Gráfico 1: Distribuição dos elementos da amostra por género



Considerando a análise do Gráfico 1, verificou-se que 54,2% (n=32) dos estudantes eram do género masculino e, 45,8% (n=27) do género feminino.

Gráfico 2: Distribuição dos elementos da amostra por Grupo etário

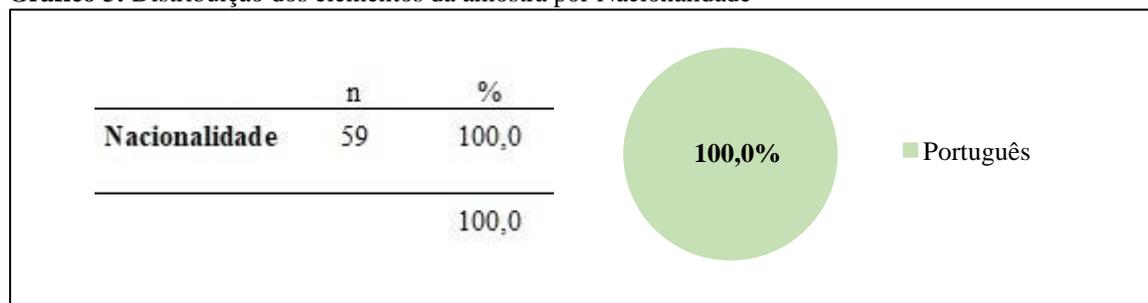
As idades dos elementos situam-se entre os 18 e os 25 anos, sendo a média de 20,9 anos. Para efeitos comparativos, as idades foram agrupadas em Grupo etário.

Na análise ao gráfico 2, observa-se que o grupo etário entre os 20-23 anos tem uma percentagem de 47,5% (n=28) dos elementos da amostra, seguidos de 20,3% (n=12) com idade superior ou igual a 23 anos e, por último, o grupo com idade inferior a 20 anos com 32,2% (n=19).

Tabela 1: Distribuição dos elementos da amostra por Estado civil

Estado civil dos estudantes do ensino superior	n	%
Solteiro (a)	59	100,0
Divorciado (a) / Separado (a)	0	0,0
Casado (a) / União de facto	0	0,0
Viúvo (a)	0	0,0

Com a análise à Tabela 1, observa-se que todos os EES eram solteiros, representando 100,0% (n=59).

Gráfico 3: Distribuição dos elementos da amostra por Nacionalidade

Em análise (Gráfico 3), observa-se que todos os EES inquiridos são portugueses.

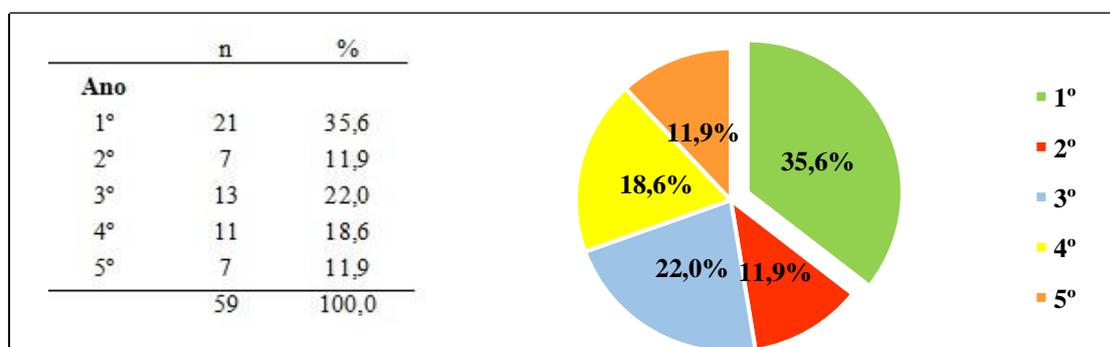
Tabela 2: Distribuição dos elementos da amostra por IMC

Classificação	IMC	n	%
Baixo peso	< 18,5	0	0,0
Varição normal	18,5-24,9	42	71,2
Pré-obesidade	25,0-29,9	15	25,4
Obesidade Classe I	30,0-34,9	2	3,4
Obesidade Classe II	35,0-39,9	0	0,0
Obesidade Classe III	≥ 40,0	0	0,0

No que diz respeito aos valores de IMC dos estudantes, a média é de 23,8.

A conjugação do peso com a altura dos estudantes permitiu calcular o IMC e a sua categorização. Assim, 71,2% (n=42) são normoponderais, 25,4% (n=15) tinha excesso de peso e, 3,4% (n=2) eram obesos.

Gráfico 4: Distribuição dos elementos da amostra por Ano



Os dados apresentados na Gráfico 4 permitem verificar que responderam ao questionário alunos do 1º ano 35,6% (n=21), alunos do 2º ano 11,9% (n=7), alunos do 3º ano 22,0% (n=13), alunos do 4º ano 18,6% (n=11) e alunos do 5º ano 11,9% (n=7).

Tabela 3: Distribuição dos elementos da amostra por Estabelecimentos de Ensino do Porto

Estabelecimentos de Ensino do Porto	n	%
ESEP	7	11,9
ESS - IPP	6	10,2
FEUP	9	15,3
FLUP	8	13,6
FMDUP	1	1,7
FPCEUP	2	3,4
FCUP	3	5,1
FFUP	3	5,1
IPAM	3	5,1
ISCE	1	1,7
IMT	2	3,4
ISMAI	4	6,8
ULP	5	8,5
UCP-Porto	4	6,8
UPT	1	1,7
	59	100,0

Relativamente ao Estabelecimentos de Ensino do Porto, verificou-se que 15,3% (n=9), dos estudantes pertencem à Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto (FEUP), seguida da Faculdade de Letras da Universidade do Porto (FLUP) com 13,6% (n=8), da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) com 11,9% (n=7), da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto (ESS - IPP) com 10,2% (n=6), da Universidade Lusófona do Porto (ULP) com 8,5% (n=5). Com percentagens iguais 6,8 (n=4) a Universidade Católica do Porto (UCP - Porto) e o Instituto Universitário da Maia (ISMAI). Para 5,1% (n=3) a Faculdade de Ciências da Universidade do Porto (FCUP), a Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto (FFUP) e o Instituto Português de Administração de Marketing (IPAM). Com 3,4% (n=2) a Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP) e, o Instituto de Medicina Tradicional (IMT). Por último, com 1,7% (n=1) a Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP), o Instituto Superior de Ciências Educativas (ISCE) e a Universidade Portucalense Infante D. Henrique (UPT).

Tabela 4: Distribuição dos elementos da amostra por Curso

Curso		n	%	Total
Curso Profissional	Ortópica	2	3,4	3,4
Licenciatura	Biologia	3	5,1	64,4
	Ciências da comunicação	1	1,7	
	Conservação e restauro	2	3,4	
	Desporto	1	1,7	
	Educação física e desporto	4	6,8	
	Enfermagem	7	11,9	
	Farmácia	3	5,1	
	Geografia	2	3,4	
	Gestão de Marketing	3	5,1	
	História de arte	3	5,1	
	Línguas e relações internacionais	3	5,1	
	Ortópica	1	1,7	
	Relações internacionais	5	8,5	
Mestrado	Bioquímica em Saúde	2	3,4	6,8
	Direito	2	3,4	
Mestrado Integrado	Ciências farmacêuticas	3	5,1	25,4
	Engenharia eletrotécnica e de computadores	9	15,3	
	Intervenção psicológica, educação e desporto	1	1,7	
	Medicina Dentária	1	1,7	
	Psicologia clínica e da saúde	1	1,7	

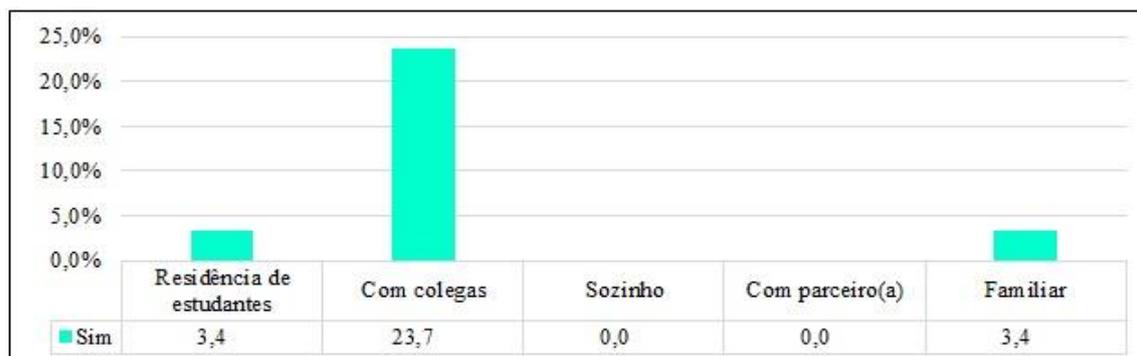
Os elementos da amostra distribuem-se por um total de treze cursos de Licenciatura com 64,4% (n=38) dos estudantes. Dois de curso de Mestrado com 6,8% (n=4), cinco de curso Mestrado Integrado 25,4% (n=15) e, por último, um de Curso Profissional com 3,4% (n=2) estudantes.

Gráfico 5: Distribuição dos elementos da amostra pela possibilidade de mudança de residência aquando a entrada para o Ensino Superior



Os dados obtidos, revelam que 69,5% (n=41) dos estudantes indicaram ter permanecido no local de residência, por oposição a 30,5% (n=18) dos estudantes.

Gráfico 6: Distribuição dos elementos da amostra que afirmaram a mudança de residência pelo local atual de habitação



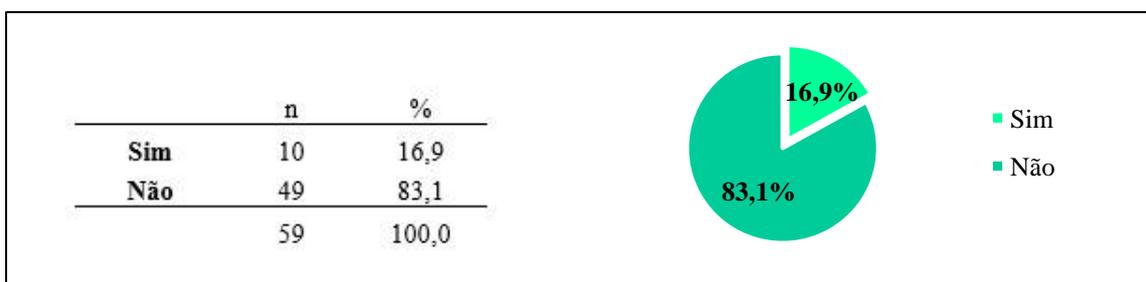
Analisando as respostas dos inquiridos, verificou-se que 23,7% (n=14) dos estudantes vive “Com colegas”. Com a mesma percentagem de 3,4% (n=2), emergem os seguintes locais de residência: “Familiar” e em “Residência de estudantes”.

Gráfico 7: Distribuição dos elementos da amostra que negaram a mudança de residência pelo local de permanência



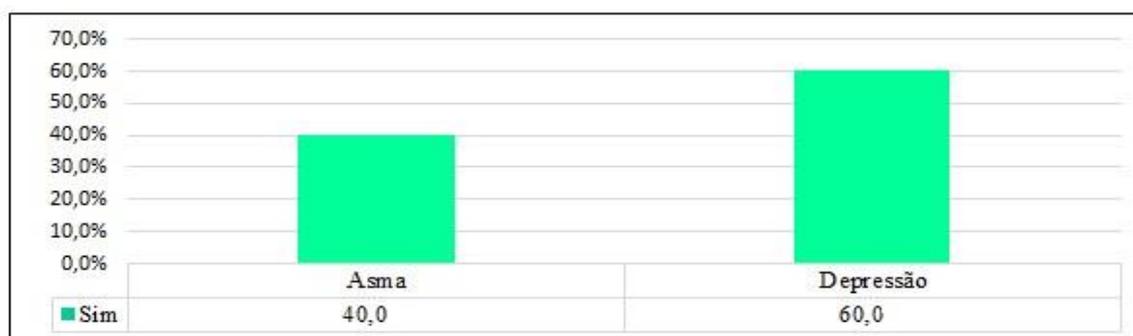
Após análise, conclui-se que todos os elementos da amostra vivem “Com os pais”.

Gráfico 8: Distribuição dos elementos da amostra pela possibilidade de possuir alguma doença crónica



Considerando as respostas dos inquiridos, verifica-se que 83,1% (n=49) dos inquiridos não possui doença crónica, por oposição a 16,9% (n=10).

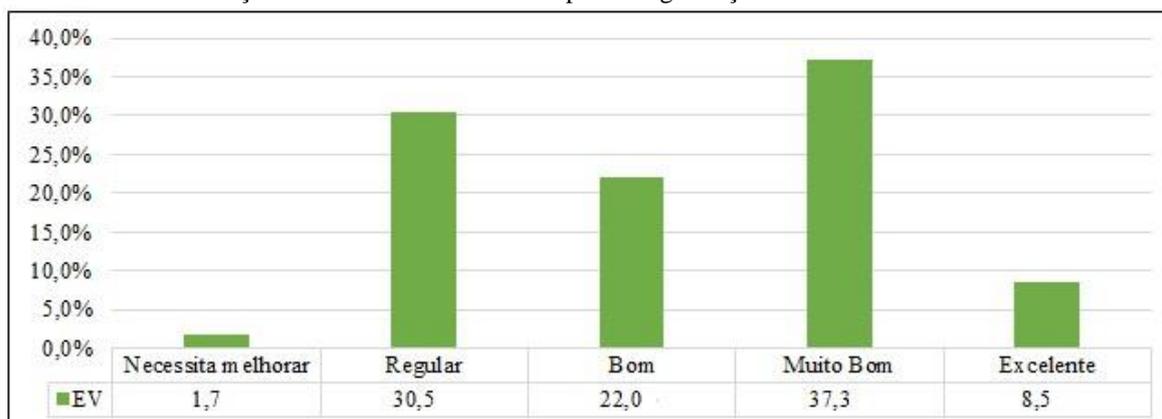
Gráfico 9: Distribuição dos elementos da amostra que afirmaram possuir uma doença crónica



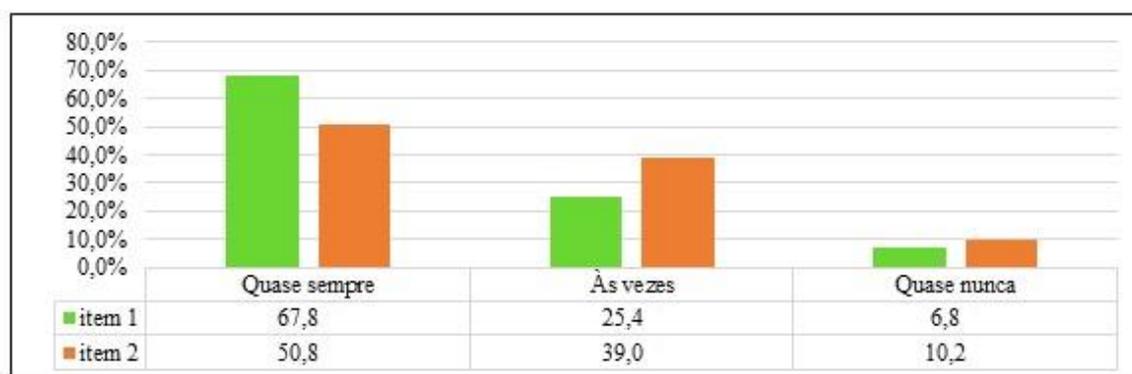
Em análise ao Gráfico 9, conclui-se que a Asma e a Depressão, foram as doenças crónicas que os estudantes relataram possuir quando questionados em forma de pergunta aberta. Face aos resultados obtidos, observa-se que a “Depressão” apresenta uma percentagem de 60,0% (n=6) e, a “Asma” 40,0% (n=4).

ii. Caracterização do Estilo de vida da amostra

Atendendo à classificação do EV proposta por Silva et al. (2014), foi possível classificar os EES em função dos seus comportamentos.

Gráfico 10: Distribuição dos elementos da amostra pela categorização do seu estilo de vida

Assim, o Gráfico 10 mostra que 37,3% (n=22) apresenta um EV “Muito bom”, 30,5% (n=18) tem um EV “Regular”, 22,0% (n=13) um EV “Bom”, 8,5% (n=5) um EV “Excelente” e, 1,7% (n=1) “Necessita de melhorar”.

Gráfico 11: Distribuição dos elementos da amostra pelo domínio Família e Amigos, avaliado com o questionário “Estilo de Vida Fantástico”

Considerando a análise de cada item do questionário “EVF”, o Gráfico 11 mostra que ao item 1 (tenho com quem falar dos assuntos que são importantes para mim), 67,8% (n=40) dos estudantes seleciona “quase sempre”, 25,4% (n=15) respondeu “às vezes” e, 6,8% (n=4) seleciona “quase nunca”. Ao item 2 (dou e recebo carinhos/afetos), 50,8% (n=30) seleciona “quase sempre”, 39,0% (n=23) respondeu “às vezes” e, 10,2% (n=6) dos estudantes refere “quase nunca” receber e dar carinhos/afetos.

Tabela 5: Distribuição dos elementos da amostra pelo domínio Atividade física/ Associativismo, avaliado com o questionário “Estilo de Vida Fantástico”

Atividade física/Associativismo		n	%
Sou membro de um grupo comunitário e participo nas atividades ativamente.	Quase sempre	21	35,6
	Às vezes	23	39,0
	Quase nunca	15	25,4
Ando no mínimo 30 minutos diariamente.	Quase sempre	33	55,9
	Às vezes	22	37,3
	Quase nunca	4	6,8
Realizo uma atividade (andar, subir escadas, tarefas domésticas, jardinagem, ...) ou desporto durante 30 minutos de cada vez.	3 ou mais vezes por semana	28	47,5
	1 vez por semana	13	22,0
	Não faço nada	18	30,5

Considerando os itens da dimensão Atividade Física/Associativismo, a Tabela 5 mostra que à questão “Sou membro de um grupo comunitário e participo nas atividades ativamente”, 35,6% (n=21) seleciona “quase sempre”, 39,0% (n=23) respondeu “às vezes”, e 25,4% (n=15) refere que “quase nunca” eram membros. À questão “ando no mínimo 30 minutos diariamente”, 55,9% (n=33) seleciona “quase sempre”, 37,3% (n=22) respondeu “às vezes”, e 6,8% (n=4) “quase nunca”.

Ainda neste domínio, à questão “Realizo uma atividade (andar, subir escadas, tarefas domésticas, jardinagem...) ou desporto durante 30 minutos de cada vez” observa-se que 47,5% (n=28) seleciona “3 ou mais vezes por semana”, 22,0% (n=13) respondeu “1 vez por semana” e, 30,5% (n=18) afirma que “não faço nada”.

Tabela 6: Distribuição dos elementos da amostra pelo domínio Nutrição, avaliado com o questionário “Estilo de Vida Fantástico”

Nutrição		n	%
Como duas porções de verduras e três de frutas diariamente.	Todos os dias	18	30,5
	Às vezes	25	42,4
	Quase nunca	16	27,1
Frequentemente como alimentos hipercalóricos (doces e/ou salgados) e <i>fast-food</i>.	Nenhum destes	5	8,5
	Alguns destes	36	61,0
	Todos	18	30,5
Ultrapassei o meu peso ideal em ...	0 a 4 kg	43	72,9
	5 a 8 kg	10	16,9
	Mais de 8 kg	6	10,2

Relativamente aos itens do domínio Nutrição, verifica-se que à questão “Como duas porções de verduras e três de frutas diariamente”, 30,5% (n=18) seleciona “todos os dias”, 42,4% (n=25) dos estudantes respondeu “às vezes”, e 27,1% (n=16) afirma que “quase nunca” come. À questão “Frequentemente como alimentos hipercalóricos (doces e/ou salgados) e *fast-food*”, 8,5% (n=5) seleciona “nenhum destes”, 61,0% (n=36) respondeu “alguns destes” e, 30,5% (n=18) seleciona “todos”.

Ainda neste domínio, à questão “Ultrapassei o meu peso ideal em...” observa-se que 72,9% (n=43) seleciona “0 a 4 kg”, 16,9% (n=10) respondeu “5 a 8 kg” e, 10,2% (n=6) selecionou “mais 8 kg”.

Tabela 7: Distribuição dos elementos da amostra pelo domínio Tabaco, avaliado com o “Estilo de Vida Fantástico”

Tabaco		n	%
Eu fumo cigarros ...	Não, nos últimos 5 anos	25	42,4
	Não, no último ano	17	28,8
	Sim, este ano	17	28,8
Geralmente fumo por dia (cigarros) ...	Nenhum	42	71,2
	1 a 10 por dia	11	18,6
	Mais de 10 por dia	6	10,2

Em análise à Tabela 7 constatou-se que à questão “Eu fumo cigarros...”, 42,4% (n=25) seleciona “Não, nos últimos 5 anos”. Com a mesma percentagem, 28,8% (n=17) dos

estudantes respondeu “Não, no último ano” e “Sim, este ano”. À questão “Geralmente fumo por dia (cigarros)...”, 71,2% (n=42) seleciona “Nenhum”, 18,6% (n=11) respondeu “1 a 10 por dia”, e 10,2% (n=6) afirma fumar “mais de 10 por dia”.

Tabela 8: Distribuição dos elementos da amostra pelo domínio Álcool e outras drogas, avaliado com o questionário “Estilo de Vida Fantástico”

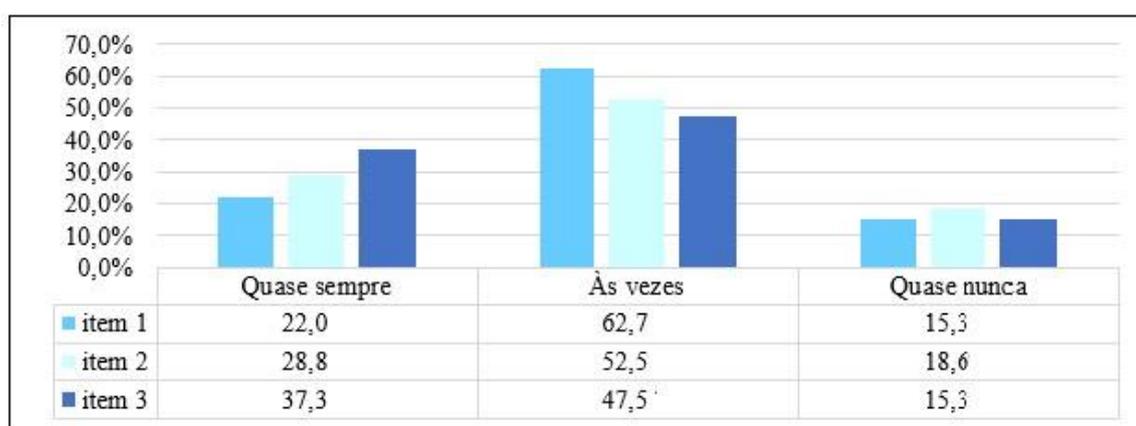
Álcool e outras drogas		n	%
A minha ingestão média semanal de bebidas alcoólicas é:	0 a 7 bebidas	56	94,9
	8 a 12 bebidas	3	5,1
	Mais de 12 bebidas	0	0,0
Bebo mais de 4 a 5 bebidas alcoólicas numa mesma ocasião.	Nunca	33	55,9
	Ocasionalmente	24	40,7
	Frequentemente	2	3,4
Conduzo veículos motorizados depois de beber bebidas alcoólicas.	Nunca	45	76,3
	Raramente	11	18,6
	Frequentemente	3	5,1
Uso substâncias psicoativas ilegais, (cannabis, cocaína, ecstasy, ...).	Nunca	46	78,0
	Ocasionalmente	13	22,0
	Frequentemente	0	0,0
Uso excessivamente medicamentos que me receitam ou que posso adquirir livremente na farmácia.	Quase nunca	34	57,6
	Às vezes	18	30,5
	Quase diariamente	7	11,9
Bebo café, chá ou outras bebidas com cafeína (p.e., Redbull).	Menos de 3 vezes por dia	42	71,2
	3 a 6 vezes por dia	17	28,8
	Mais de 6 vezes por dia	0	0,0

Como podemos constatar pela análise dos itens que compõe o domínio Álcool e outras drogas, a Tabela 8 mostra que à questão “A minha ingestão média semanal de bebidas alcoólicas é:”, 94,9% (n=56) dos estudantes afirma ingerir entre “0 a 7 bebidas”, 5,1% (n=3), seleciona “8 a 12 bebidas”. À questão “Bebo mais de 4 a 5 bebidas alcoólicas numa mesma ocasião.”, 55,9% (n=33) seleciona “nunca”, 40,7% (n=24), respondeu “Ocasionalmente” e, 3,4% (n=2) admitiu ingerir “frequentemente”. À questão “Conduzo veículos motorizados depois de beber bebidas alcoólicas.”, 76,3% (n=45) seleciona “nunca”, 18,6% (n=11) dos estudantes seleciona “raramente” e, 5,1% (n=3) assinala “Frequentemente”.

Ainda neste domínio, à questão “Uso substâncias psicoativas ilegais (cannabis, cocaína, ecstasy...)” observa-se 78,0% (n=46) seleciona “nunca”, 22,0% (n=13) respondeu “Ocasionalmente”. Na questão “Uso excessivamente medicamentos que me receitam ou

que posso adquirir livremente na farmácia”, 57,6% (n=34) seleciona “quase nunca”, 30,5% (n=18) respondeu “às vezes”, e 11,9% (n=7) respondeu “quase diariamente”. Na última questão “Bebo café, chá ou outras bebidas com cafeína (p.e. Redbull)” do domínio, 71,2% (n=42) dos estudantes assinala “menos de 3 vezes por dia”, 28,8% (n=17) dos estudantes refere consumir “3 a 6 vezes por dia”.

Gráfico 12: Distribuição dos elementos da amostra pelo domínio Sono e Stresse, avaliado com o questionário “Estilo de Vida Fantástico”



Considerando a análise de cada item do domínio Sono/*Stress*, o Gráfico 12 mostra que no item 1 (durmo bem e sinto-me descansado), 22,0% (n=13) seleciona “quase sempre”, 62,7% (n=37) respondeu “às vezes”, e 15,3% (n=9) seleciona “quase nunca”.

No item 2 (sinto-me capaz de gerir o stress no meu dia-a-dia), 28,8% (n=17) seleciona “quase sempre”, 52,5% (n=31) respondeu “às vezes”, e 18,6% (n=11) seleciona “quase nunca”. No item 3 (relaxo e disfruto do meu tempo livre), 37,3% (n=22) seleciona “quase sempre”, 47,5% (n=28) respondeu “às vezes” e, 15,3% (n=9) seleciona “quase nunca”.

Tabela 9: Distribuição dos elementos da amostra pelo domínio Trabalho/Tipo de Personalidade, avaliado com o questionário “Estilo de Vida Fantástico”

Trabalho/Tipo de personalidade		n	%
Sinto que ando acelerado e/ou atarefado.	Quase nunca	13	22,0
	Algumas vezes	24	40,7
	Frequentemente	22	37,3
Sinto-me aborrecido e/ou agressivo.	Quase nunca	28	47,5
	Algumas vezes	30	50,8
	Frequentemente	1	1,7
Sinto-me feliz com o meu trabalho e atividades em geral.	Quase sempre	26	44,1
	Às vezes	32	54,2
	Quase nunca	1	1,7

Relativamente aos itens que configuram o domínio Trabalho/Tipo de Personalidade, na Tabela 9, à questão “Ando acelerado e/ou atarefado.”, 22,0% (n=13) refere “quase nunca”, 40,7% (n=24) seleciona “algumas vezes”, e 37,3% (n=22) respondeu “frequentemente”. Na questão “Sinto-me aborrecido e/ou agressivo.”, 47,5% (n=28) refere “quase nunca”, 50,8% (n=30) seleciona “algumas vezes”, e 1,7% (n=1) respondeu “frequentemente”. À questão “Sinto-me feliz com o meu trabalho e atividades em geral.”, 44,1% (n=26) refere “quase sempre”, 54,2% (n=32) seleciona “às vezes” e, 1,7% (n=1) respondeu “quase nunca”.

Tabela 10: Distribuição dos elementos da amostra pelo domínio da Introspeção, avaliado com o questionário “Estilo de Vida Fantástico”

Introspeção		n	%
Sou uma pessoa otimista e positiva.	Quase sempre	24	40,7
	Às vezes	27	45,8
	Quase nunca	8	13,6
Sinto-me tenso e/ou oprimido.	Quase nunca	13	22,0
	Algumas vezes	38	64,4
	Frequentemente	8	13,6
Sinto-me triste ou deprimido.	Quase nunca	29	49,2
	Algumas vezes	25	42,4
	Frequentemente	5	8,5

No que concerne ao domínio da introspeção podemos verificar que, na Tabela 10, à questão “Sou uma pessoa otimista e positiva”, 40,7% (n=24) refere “quase sempre”, 45,8% (n=27) seleciona “às vezes”, e 13,6% (n=8) respondeu “quase nunca”. Na questão

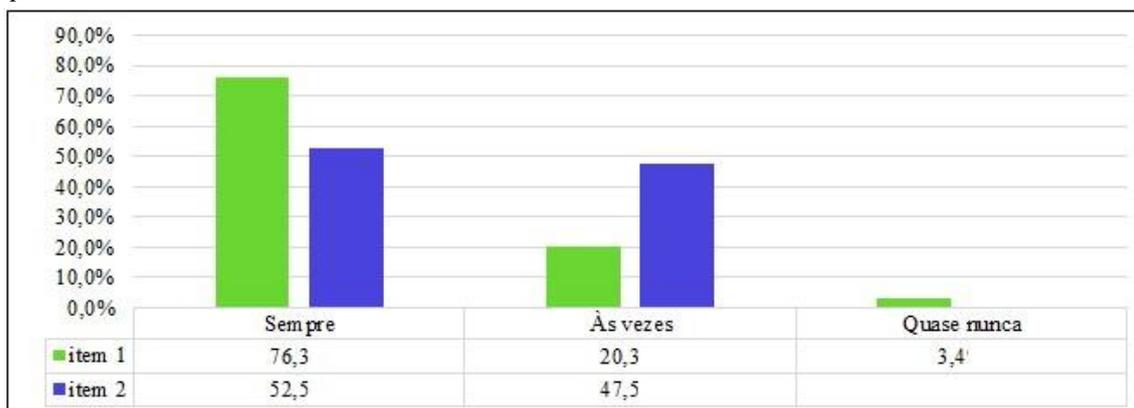
“Sinto-me tenso e/ou oprimido”, 22,0% (n=13) refere “quase nunca”, 64,4% (n=38) seleciona “algumas vezes”, e 13,6% (n=8) respondeu “frequentemente”. À questão “Sinto-me triste ou deprimido”, 49,2% (n=29) refere “quase nunca”, 42,4% (n=25) seleciona “algumas vezes”, e 8,5% (n=5) respondeu “frequentemente”.

Tabela 11: Distribuição dos elementos da amostra pelo domínio Comportamento de saúde e sexual, do questionário “Estilo de Vida Fantástico”

Comportamento de saúde e sexual		n	%
Realizo exames periódicos de avaliação do estado de saúde.	Sempre	14	23,7
	Às vezes	28	47,5
	Quase nunca	17	28,8
Converso com o(a) parceiro(a) e/ou família sobre temas de sexualidade.	Sempre	17	28,8
	Às vezes	24	40,7
	Quase nunca	18	30,5
No meu comportamento sexual, preocupo-me com o bem-estar e a proteção do(a) parceiro(a).	Quase sempre	34	57,6
	Às vezes	19	32,2
	Quase nunca	6	10,2

Através da análise da Tabela 11, relativamente aos itens que configuram o comportamento de saúde e sexual, à questão “Realizo exames periódicos de avaliação do estado de saúde”, 23,7% (n=14) refere “sempre”, 47,5% (n=28) seleciona “às vezes”, e 28,8% (n=17) respondeu “quase nunca”. Na questão “Converso com o(a) parceiro(a) e/ou família sobre temas de sexualidade”, 28,8% (n=17) refere “sempre”, 40,7% (n=24) seleciona “às vezes”, e 30,5% (n=18) respondeu “quase nunca”. Na questão “No meu comportamento sexual, preocupo-me com o bem-estar e a proteção do(a) parceiro(a)”, 57,6% (n=34) refere “quase sempre”, 32,2% (n=19) seleciona “às vezes”, e 10,2% (n=6) respondeu “quase nunca”.

Gráfico 13: Distribuição dos elementos da amostra pelo domínio Outros Comportamentos, avaliado com o questionário “Estilo de Vida Fantástico”



Em análise (Gráfico 13), ao item 1 (Como peão e passageiro, cumpro as medidas de proteção e/ou segurança pessoal e rodoviária), 76,3% (n=45) seleciona “sempre”, 20,3% (n=12) seleciona “às vezes”, e 3,4% (n=2) respondeu “quase nunca”. Ao item 2 (Como condutor ou futuro condutor respeito as regras de segurança rodoviária - cinto de segurança, uso de telemóvel,...), 52,5% (n=31) assinala “sempre”, e 47,5% (n=28) seleciona “às vezes”.

2. Discussão de resultados

O presente trabalho de investigação teve como principal objetivo avaliar o estilo de vida dos estudantes do ensino superior, tendo em conta os 10 domínios do questionário “EVF”.

Neste estudo, o perfil dos inquiridos pode ser caracterizado da seguinte forma: é do sexo masculino, tem 20,9 anos, é solteiro e português, frequenta o 1º ano de uma licenciatura, estuda na FEUP e mantém como residência a casa dos pais.

Os inquiridos apresentaram uma média de IMC de 23,8, podendo a maioria ser considerada como normoponderal. Os resultados encontrados vão de encontro a estudos realizados por Lucas (2014), no qual também obteve como resultados que 75% dos estudantes apresentaram um valor de IMC que os permitiu classificar como normoponderal. Há, contudo, que considerar a existência, no atual estudo, de 25,4% de inquiridos com excesso de peso e 3,4% de obesos. A DGS (2015) e o INS (2014) revelam um aumento do excesso de peso ou obesidade na faixa etária com 18-25 anos de idade, englobando desta forma a maioria dos estudantes do ensino superior.

A maioria dos estudantes 83,1% não possui doença crónica. Contudo, dos que a referem, 60,0% diz ter Depressão. Tal coincide com o estudo de Oliveira et al. (2016), no qual se menciona que os EES têm apresentado uma elevada prevalência de problemas associados à saúde mental, particularmente no âmbito da Ansiedade e Depressão. Estes valores apontam para a necessidade imprescindível de acompanhamento destes estudantes.

Relativamente aos principais resultados estatísticos diretamente decorrentes do questionário “EVF”, estes permitiram classificar os EES como maioritariamente detentores

de um EV “Muito bom”, espelhando que os comportamentos que a maioria dos inquiridos referem influenciam adequadamente a sua saúde global. Também no estudo de Marques (2017) metade da população tem um EV “Muito bom”.

No âmbito da “Família e Amigos”, a maioria dos estudantes refere ter quase sempre com quem falar e também a maioria diz que recebe ou dá carinhos/afetos, contudo, 6,8% dos estudantes refere quase nunca ter com quem falar dos assuntos que são importantes para si, e 10,2% assumem nunca receber ou dar carinhos/afetos. Estes dados são consonantes com os do estudo de Marques (2017). Porém tendo em conta que 6,8% dos estudantes da amostra afirmam quase nunca ter com quem falar, torna-se preocupante esta situação e existe necessidade de intervenção, pois estes estudantes estão mais sujeitos a problemas de depressão e solidão.

Esta dicotomia de suporte social e familiar, encontra-se bem documentado na literatura, onde tem sido visto como um forte protetor da saúde do indivíduo (Bolger & Amarel, 2007; Cacioppo et al., 2010; Shiovitz-Ezra & Ayalon, 2010).

Os resultados relativos à dimensão “Atividade física/ Associativismo” sugerem que, na sua maioria, os EES pertencem às vezes a um grupo comunitário, diz que anda pelo menos 30 minutos diariamente e também a maioria diz realiza uma atividade ou desporto. No entanto, 25,4% refere quase nunca ser membro de um grupo comunitário, 6,8% quase nunca anda pelo menos 30 minutos diariamente e, 30,5% não faz nenhuma atividade física ou desporto, pelo que este último grupo de estudantes são detentores de hábitos de sedentarismo. Os dados obtidos são congruentes com estudos que têm sugerido que a maior parte dos EES tendem a não participar atividades sociais, afetivas e recreativas devido ao desgaste físico e psíquico provocado pelo grande investimento em horas de estudo, aulas práticas (Nogueira, 2017) e, que a prática regular de exercício físico necessária para promover e manter a saúde parece não está a ser adotada (American College of Sports Medicine, 2015; Craig et al., 2012; WHO, 2015). Soares et al. (2014) reforça a ideia, mencionando que o padrão de atividade física/desporto diminui com a entrada no ES. Patente de uma panóplia de barreiras como por exemplo a inadequada gestão do seu tempo e a pressão exercida pelo meio académico resultante do seu ingresso e integração, ou até mesmo durante o ciclo de estudos, no seu comprometimento para com os resultados académicos (Lemos, 2016).

Constituindo-se assim como um dos grupos que parece carecer de implementação de estratégias, no sentido de promover e os apoiar na manutenção de hábitos de prática de exercício físico.

Ao nível do domínio “Nutrição”, observa-se que a maioria dos estudantes refere comer, às vezes, duas porções de verduras e três de frutas diariamente, também a maioria diz que, às vezes, come frequentemente alimentos hipercalóricos e *fast-food* e que ultrapassou o seu peso ideal de 0 a 4 kg. Contudo, 27,1% quase nunca come duas porções de verduras e três de frutas diariamente, 30,5% come frequentemente, todos, alimentos hipercalóricos e *fastfood* e, 16,9% ultrapassou o seu peso ideal de 5 a 8 kg sendo que 10,2% ultrapassou em mais de 8 kg. Estes dados são corroborados pelos estudos que sugerem que os EES apresentam um EV pouco salutar associado à alimentação (Alves & Precioso, 2017; Martins, 2009; Rodrigues, 2012; Soares et al., 2014), com implicações ao nível do peso e da sua saúde (DGS, 2015).

O período de permanência no ES é uma etapa fundamental para a educação e promoção de EV saudável, para que os comportamentos adquiridos durante este período se perpetuem na idade adulta (Rodrigues, 2012). Os estabelecimentos do ES devem apostar tanto na modificação do acesso/oferta alimentar, como na sensibilização e instrução.

No domínio “Tabaco”, os resultados mostraram que a grande parte dos estudantes diz não ser fumador, contudo, 28,8% é fumador dos quais 18,6% fuma entre 1 a 10 cigarros por dia, e 10,2% mais de 10. Face aos resultados expostos, é fundamental intervir na prevenção da iniciação tabágica dos estudantes, e aumentar atividades de desabituação tabágica nas instituições de ES. O estudo de Soares et al. (2014) mostra que com a entrada no ES, o consumo de tabaco aumenta significativamente, sendo a substância que os estudantes referem ter mais dificuldades de gerir.

Os dados decorrentes do domínio “Álcool e outras drogas” mostram que grande parte dos estudantes diz consumir em média entre 0 a 7 bebidas alcoólicas, nunca ingerir mais de 4 a 5 bebidas numa mesma ocasião, nunca conduzir veículos motorizados depois de beber bebidas alcoólicas, nunca usar substâncias psicoativas ilegais, quase nunca usar excessivamente medicamentos que lhe receitam ou que podem adquirir livremente na

farmácia e também a maioria diz que bebe menos de 3 vezes por dia bebidas com cafeína, embora, 5,1% refere consumir entre 8 a 12 bebidas alcoólicas, 3,4% assinala beber frequentemente 4 a 5 bebidas numa mesma ocasião, 5,1% refere conduzir frequentemente veículos depois de beber bebidas alcoólicas, 22% assinala consumir ocasionalmente substâncias psicoativas, 11,9% recorre quase diariamente a medicação que lhe receitam ou que podem adquirir livremente na farmácia, e 28,8% consome entre 3 a 6 vezes por dia bebidas com cafeína. Contudo não deixa de ser preocupante os comportamentos de risco adotados por alguns estudantes. Os dados obtidos corroboram com os resultados de diversos estudos que têm sugerido que os EES exibem hábitos de consumo de álcool, como uma prática frequente e muitas vezes nocivos à saúde sendo uma das principais causas de sinistralidade rodoviária em Portugal (Langame et al., 2016; Lopes et al., 2015; Marques et al., 2013; Terrero et al., 2017), bem como recorrem, frequentemente ao consumo de substâncias psicoativas como uma forma de aliviar a pressão que sentem com exames, trabalho e ansiedade (Langame et al., 2016) e, à automedicação com um aumento significativo com a entrada e permanência no ES, embora com baixa frequência de uso (Soares et al., 2014).

George (2014), considera que se devem desenvolver e apoiar programas de Promoção e Educação para a Saúde, que incluam o desenvolvimento de campanhas de informação pública e ações de sensibilização e de formação para jovens, nomeadamente nas festas académicas e nos dias de maior atividade noturna, para chamar a atenção para os risco do consumo excessivo de bebidas alcoólicas e de substâncias psicoativas.

Relativamente ao domínio “Sono e Stresse”, os resultados mostram que a maioria dos estudantes diz que às vezes dorme bem e sente-se descansado, refere que às vezes sentese capaz de gerir o *stress* no seu dia-a-dia e, também a grande maioria diz que às vezes relaxa e disfruta do seu tempo livre, todavia, verifica-se que 15,3% refere quase nunca dormir bem nem sentir-se descansado, 18,6% quase nunca sente-se capaz de gerir o *stress* e, 15,3% assinala que quase nunca consegue relaxar nem desfrutar do seu tempo livre. Estes dados mostram o impacto do *stress* ao nível da qualidade do sono, sendo que em diversas investigações foi possível constatar-se que os EES constituem um grupo de risco propenso a níveis elevados de *stress* (Amaral & Silva, 2008; Certo, 2016). Estão igualmente congruentes com os estudos desenvolvidos por diversos autores que assinalam um

comprometimento da qualidade e duração do sono nos EES (Gomes et al., 2009; Kloss et al., 2011; Langame et al., 2016; Paiva, 2015; Soares et al., 2014). Encontram-se ainda consonantes com os estudos de Marques (2017) e Virgínio (2015) ao nível da dificuldade em desfrutar do tempo livre.

Quanto aos resultados do domínio “Trabalho/ Tipo de Personalidade”, verificou-se que a maioria dos estudantes refere que algumas vezes anda acelerado e/ou atarefado, diz que se sente algumas vezes aborrecido e/ou agressivo e, também a maioria refere sentir-se às vezes feliz com o seu trabalho e atividades em geral, porém, 37,3% sente-se frequentemente acelerado e/ou atarefado, 1,7% refere sentir-se frequentemente aborrecido e/ou agressivo e, 1,7% diz que quase nunca se sente feliz com o seu trabalho e atividades em geral. Os dados obtidos reforçam a ideia de que os estudantes estão sujeitos a uma sobrecarga emocional e física, devido às longas horas de estudo e ao esforço de adaptação à instituição (professores, colegas e ambiente académico), assim como no aumento de responsabilidades, gerando alterações na maneira de organizar o tempo (Dobmeier et al., 2011; Sevlever & Rice, 2010; Teixeira, et al., 2008 *cit. in* Oliveira, et al., 2016).

Atendendo aos resultados obtidos no domínio “Introspeção”, estes mostram que a maioria dos estudantes refere ser às vezes otimista e positiva, diz sentir-se algumas vezes tenso e/ou oprimido e, também a maioria refere que quase nunca sente-se triste ou oprimido, contudo, 13,6% diz que quase nunca se sente otimista e positiva, 13,6% diz que se sente frequentemente tenso e/ou oprimido e, 8,5% diz que se sente frequentemente triste e/ou oprimido. A necessidade de acompanhar estes estudantes é importante, visto o risco de doença mental pode estar presente. Os resultados corroboram a ideia de Nogueira (2017) na medida em que saúde mental em EES é particularmente importante numa época em que se verifica uma predisposição significativa dos problemas de SM nas sociedades contemporâneas em geral. Logo, as instituições do ES devem promover a socialização destes estudantes (Marques, 2017).

Os resultados associados ao domínio “Comportamento de Saúde e Sexual” mostram que grande parte dos estudantes diz realizar às vezes exames periódicos do estado de saúde, diz que às vezes conversa com o(a) parceiro(a) e/ou família sobre temas de sexualidade e também a maioria refere quase sempre preocupar-se com o bem-estar e a proteção do(a)

parceiro(a), todavia, 28,8% assinalou que quase nunca realiza exames periódicos do estado de saúde, 30,5% diz que quase nunca conversa com o(a) parceiro(a) e/ou família sobre temas de sexualidade, e 10,2% quase nunca se preocupa com o bem-estar e a proteção do(a) parceiro(a). A investigação realizada por Marques (2017) confirma os resultados apurados para além de afirmar que a educação sexual constitui um segmento de prevenção de problemas fundamental, ligados à saúde sexual e reprodutiva dos estudantes inerentes aos riscos inerentes às condutas sexuais não protegidas.

Por último, no que diz respeito ao domínio “Outros comportamentos” a grande maioria dos EES diz que como peão e passageiro cumpre sempre as medidas de proteção e/ou segurança pessoal e rodoviária, e também a maioria diz que como condutor ou futuro condutor respeita sempre as regras de segurança rodoviária, porém, como peão e passageiro 3,4% refere quase nunca cumprir as medidas de proteção e/ou segurança pessoal e rodoviária e, 47,5% diz que como condutor ou futuro condutor respeita às vezes as regras de segurança rodoviária. Estes dados encontram-se alinhados à necessidade de se promover cuidados de segurança rodoviária em todos os indivíduos (Piédrola, 2008), já que os danos decorrentes da ausência de cumprimento das medidas de segurança, associase a mais de 750 000 mortes e mais de 20 milhões de feridos devido a acidentes rodoviários (WHO, 2015). Por conseguinte, as medidas de prevenção de acidentes assumem relevância particular na modificação de comportamentos mais salutareos (Direção Geral de Administração Interna, 2016c).

3. Conclusões do estudo

O objetivo desta investigação foi avaliar o estilo de vida dos estudantes do ensino superior. A sua avaliação revela-se de particular interesse, tendo em conta que na literatura consultada está patente que a entrada para o mundo académico está associada a alterações no EV dos estudantes (alimentação, práticas desportivas, consumo de álcool e substâncias psicoativas), sendo vários os fatores que intervêm, de forma positiva ou negativa, no seu estilo de vida.

O presente estudo permitiu constatar que grande parte dos elementos da amostra apresenta valores significativos de sedentarismo e inatividade física (30,5%), aliada a uma má

alimentação rica em gordura e calorias (61,0%), consequência do baixo consumo de frutas e verduras (30,5%), responsáveis por desequilíbrios nutricionais. Estes traduzem-se em resultados preocupantes nos domínios da Atividade física/Associativismo e Nutrição, uma vez que 25,4% (n=15) dos estudantes refere não ser membro de um grupo comunitário nem participar nas atividades ativamente e 6,8% (n=4), refere que quase nunca anda 30 minutos diariamente aos quais se juntam os 27,1% (n=16) dos estudantes que alude que quase nunca come as doses diárias recomendadas de verduras e frutas.

Atendendo às dimensões do Tabaco, Álcool e Outras Drogas constatou-se a predominância do consumo abusivo de álcool, tabaco, substâncias psicoativas ilegais e de medicamentos que lhes receitam ou que possam adquirir livremente na farmácia em níveis de alerta, já que 28,8% (n=17) dos inquiridos admite que ainda fuma este ano, constando que 18,6% (n=11) afirma fumar 1 a 10 cigarros por dia e 10,2% (n=6) mais de 10 por dia, 5,1% (n=3) admite ingerir entre 9 a 12 bebidas alcoólicas por semana, 5,1% (n=3) declara a condução veículos motorizados depois de beber bebidas alcoólicas, 22,0% (n=13) afirma usar ocasionalmente substâncias psicoativas ilegais, e 11,9% (n=7) admite que usa quase diariamente medicamentos que lhe receita ou que pode adquirir livremente na farmácia.

No que concerne aos domínios do Sono e Stress, Trabalho /Tipo de Personalidade e Introspeção os dados são alarmantes, uma vez que apenas 22,0% (n=13) dos estudantes inquiridos afirma que quase sempre dorme bem e descansa, 28,8% (n=17) quase sempre se sente capaz de gerir o stress no dia a dia, 40,7% (n=24) dos estudantes sente que anda acelerado e/ou atarefado, por oposição a 45,8% (n=27) que alude que às vezes é otimista e positivo. Não menos inquietantes são as respostas assinaladas por alguns elementos da amostra, em que 8,5% (n=5) sente-se frequentemente triste/deprimido, e 54,2% (n=32) admite que às vezes sente-se feliz com o seu trabalho e atividades em geral.

Relativamente aos Comportamentos de Saúde e Sexual, verificou-se a existência de uma percentagem considerável de estudantes com comportamentos de risco, tendo em conta que a realização de exames periódicos de avaliação do estado de saúde é admitido apenas por 23,7% (n=14) dos inquiridos como uma prática frequente, e a conversa com o(a) parceiro(a) e/ou família sobre temas de sexualidade é empregue por 40,7% (n=24) que só o faz às

vezes. Sendo que 32,2% (n=19) admite no seu comportamento sexual só se preocupa às vezes com o bem-estar e proteção do(a) parceiro(a).

No âmbito do domínio Outros Comportamentos denotam-se valores preocupantes relativamente a respeitar as regras de segurança rodoviária pois 47,5% (n=28) dos inquiridos admite que como condutor (ou futuro condutor) respeita às vezes as regras de segurança rodoviária (cinto de segurança, uso de telemóvel...).

Nesta investigação, 37,3% (n=22) apresenta um EV “Muito bom”, 30,5% (n=18) tem um EV “Regular”, 22,0% (n=13) um EV “Bom”, 8,5% (n=5) um EV “Excelente” e, 1,7% (n=1) “Necessita de melhorar”, o que se traduz nos comportamentos dos estudantes.

Em suma, os resultados obtidos contribuem com elementos que elevam a compreensão sobre os estilos de vida adotados pelos EES no contexto académico. Este conhecimento é essencial para fundamentar futuras estratégias que facilitem a transição e adaptação, de modo a prepará-los para esta nova realidade prevenindo problemas futuros.

CONCLUSÃO

Com a realização deste projeto, pretende-se não só demonstrar a importância da investigação para a profissão de enfermagem, como contribuir para um maior aprofundamento do tema em questão, facilitando a conceção de estratégias que promovam EV saudável, prevenindo problemas futuros.

A transição e adaptação ao ensino superior origina respostas humanas positivas e negativas que requerem um ajustamento. E, a adoção de um EV pouco saudável como hábitos sedentários, dietas pouco equilibradas, consumo de álcool e tabaco, bem como a má gestão do stress são fatores de risco para o aparecimento de doenças crónicas, que apresentam grande impacto na morbilidade, bem-estar, qualidade de vida e mortalidade.

Na génese do presente documento encontrou-se a inevitável determinação e curiosidade, no sentido de conhecer o EV dos EES. Neste sentido, foi percorrido um caminho de pesquisa e análise que, de uma forma geral, permitiu responder à questão de investigação inicialmente formulada.

As principais limitações centraram-se nas dificuldades sentidas pela investigadora, na elaboração deste trabalho, em resultado da inexperiência na área de investigação. De facto, a exigência inerente a este tipo de trabalho fez surgir um enorme número de dúvidas, mas que foram sendo solvidas com a prática diária, bem como a disponibilidade e orientação do Professor Doutor José Manuel do Santos.

Foi com grande satisfação e empenho, que desenvolvi este trabalho. A sua elaboração contribuiu para o crescimento e enriquecimento pessoal e profissional, uma vez que permitiu desenvolver competências a nível de investigação, proporcionando conhecimentos basilares para desempenhar a prática com excelência na busca incessante do saber e justificação científica. Na enfermagem, o cuidar com arte e ciência, estão na base da profissão. Sendo os enfermeiros os artistas dessa ciência complexa indispensável à saúde e, os principais educadores na promoção da saúde e prevenção da doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrantes, I.D.L. (2017). *Bem-estar nos jovens universitários: Percepções e práticas de Saúde*. Dissertação de Mestrado em Sociedade, Risco e Saúde. Instituto superior de Ciências da Saúde.
- Alves, R. & Precioso, J. (2017). Hábitos alimentares dos/as Estudantes do Ensino Superior. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, Extr.(14), pp. 214-240.
- Amaral, A.P. & Silva, C.F. (2008). Estado de saúde, stress e desempenho académico numa amostra de estudantes do ensino superior. *Revista portuguesa de pedagogia*, 42 (1), pp. 111-133.
- American College Health Association. (2014). *Spring 2014 Reference Group Executive Summary Table of Contents*. Hanover.
- American College of Sports Medicine. (2015). *American College of Sports Medicine, guidelines for exercise testing and prescription: Medicine & Science in Sports & Exercise*.
- Añez, C., Reis, R., & Petroski, E. (2008). Versão Brasileira do questionário “Estilo de vida Fantástico”: Tradução e validação para Adultos Jovens. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, 91 (2), pp. 102-109.
- Ansari, W.E. *et alii*. (2011). Health Promoting Behaviours and Lifestyle Characteristics of students at seven universities in the UK. *Central European Journal of Public Health*, 19 (4), pp. 197-204.
- Araújo, E.V. (2015). *Comportamentos de risco em jovens universitários: Consumo de substâncias psicoativas*. Mestrado em Psicologia da Educação. Universidade dos Açores.
- Argento, R.S.V. (2010). *Benefícios da atividade física na saúde e qualidade de vida do idoso*. Bacharel em Educação Física. Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual da Campinas.

Bailey, R. (2006). Physical Education and Sport in Schools: A Review of Benefits and Outcomes. *Journal of School Health*, 76 (8), pp. 397-401.

Baptista, F. *et alii*. (2012). Prevalence of the Portuguese population attaining sufficient physical activity. *Med Sci Sports Exerc*, 44 (3), pp. 466-473.

Barros, A., Oliveira, A., De, & Spyrides, M. H. C. (2012). Um Estudo Sobre Autoeficácia No Trabalho E Características Sociodemográficas De Servidores De Uma Universidade Federal. *Revista de Gestão*, 19(4), pp. 571–588.

Bento, A. (2011). *As Etapas do Processo de Investigação: Do Título às Referências Bibliográficas*. Funchal, Coleção Ideias em Prática.

Bolger, N., & Amarel, D. (2007). Effects of social support visibility on adjustment to stress: Experimental evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92 (3), pp. 458-475.

Bolsa, C., Vital, C. & Urbano, C. (2017). *IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17*. Lisboa, Ed. SICAD.

Brito, J.Q., Gordia, A.P. & Quadros, T.M.B. (2016). Estilos de vida de estudantes universitários: estudo de acompanhamento durante os dois primeiros anos do curso de graduação. *Revistas USP*, 49 (4), pp. 293-202.

Bublitz, S. *et alii*. (2012). Estresse em estudantes de enfermagem: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem UFSM*, 2 (3), pp.530-538.

Cacioppo, J., Hawkley, L., & Thisted, R. (2010). Perceived social isolation makes me sad: Five year cross-lagged analysis of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology of Aging*, 25 (2), pp. 453-463.

Carlotto, R. C., Teixeira, M.A.P. & Dias, A.C.G. (2015). Adaptação acadêmica e Coping em Estudantes Universitários. *Psico-USF*, 20 (3), pp. 421-432.

Centers for Disease Control and Prevention (2011). School health guidelines to promote healthy eating and physical activity. *MMWR*, 60 (5), pp. 1-80.

Certo, A.C.T. (2016). Qualidade do sono e as suas implicações ao nível da ansiedade, depressão e stress nos estudantes do ensino superior. Mestrado em Enfermagem Comunitária. Instituto Politécnico de Bragança.

Cheng, S. *et alii*. (2012). A study on the sleep quality of incoming university students. *Psychiatry Research*, 197 (3), pp. 270-274.

Chow, H. (2010). Predicting academic success and psychological wellness in a sample of Canadian undergraduate students. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8 (2), pp. 473–496.

Coelho, A.F.M. (2014). *Avaliação da Qualidade do Sono em Estudantes Universitários e a sua relação com Disfunções Temporomandibulares Musculares*. Dissertação de Mestrado em Medicina Dentária, Universidade Fernando Pessoa.

Conselho Nacional de Juventude (CNJ) (2015). Consumos e Estilos de Vida no Ensino Superior: O Caso dos Estudantes da ULisboa - 2012. Lisboa, Observatório Permanente da Juventude do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

Correia, C. *et alii* (2001). Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2 (1), pp. 75-82.

Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. (2ª ed.). Coimbra, Almedina.

Craig, C. L. *et alii*. (2012). The pandemic of physical inactivity: global action for public health. *The Lancet*, 380 (9838), pp. 294-305.

Cruz, C. *et alii*. (2016). O suporte Social dos Estudantes do Ensino Superior. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, Revista de Psicologia*, 2 (1), pp.81-88.

Cury, A. (2015). *Ansiedade. Como enfrentar o mal do século* (2ªEd.). Lisboa, Pergaminho.

Davy, S.R., Benes, B.A. & Driskell, J.A. (2006). Sex differences in dieting trends, eating habits, and nutrition beliefs of a group of Midwestern college students. *Journal of American Dietetic Association*, 106 (1), pp. 1673 – 1677.

Dias, C.M. (2011). *Distribuição conjunta de determinantes de saúde relacionado com comportamentos: Epidemiologia, potencial de prevenção e adequação para promover a efetividade da Administração em Saúde Pública*. Tese em Doutoramento em Saúde Pública, Ramo de Epidemiologia. Escola, Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.

Direção Geral de Saúde. (2009). *Orientações da União Europeia para a Atividade Física: Políticas Recomendadas para a Promoção da Saúde e do Bem-Estar*. Lisboa, Direção Geral de Saúde.

Direção Geral da Saúde. (2014). *Portugal – Doenças oncológicas em números – 2014*. Lisboa, Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2015). *A Saúde dos Portugueses - Perspetiva 2015*. Lisboa, Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2016a). *A Saúde dos Portugueses 2016*. Lisboa, Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde. (2016b). *Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física*. Lisboa, Direção Geral da Saúde.

Direção Geral de Administração Interna (2016c). *Relatório anual de segurança interna, 2015*. Lisboa, Ministério da Administração Interna.

Direção Geral de Saúde. (2017). Estilos de Vida Saudável. [Em linha]. Disponível em <<https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/estilos-de-vida-saudavel.aspx>>.

[Consultado em 05/03/2019].

Dobmeier, R. *et alii*. (2011). Student Knowledge of Signs, Risk Factors, and Resources for Depression, Anxiety, Sleep Disorders, and Other Mental Health Problems on Campus.

Journal of Student Affairs, 11 (2), pp. 27–46.

Drabovicz, P., *et alii*. (2012). Assessment of sleep quality in adolescents with temporomandibular disorders. *Journal of Pediatrics*, 88(2), pp.169-172.

Elias, J.I.S.S. (2014). *Prática Desportiva, Qualidade de Vida, Violência Escolar, Composição e Satisfação Corporal dos Adolescentes Algarvios*. Doutoramento em Psicologia. Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.

Eisenberg, D., Hunt, J., & Speer, N. (2013). Mental health in American colleges and universities: variation across student subgroups and across campuses. *J Nerv Ment Dis.*, 201 (1), pp. 60–67.

Farah, O. & Sá, A. (2008). *Psicologia aplicada à enfermagem*. São Paulo, Manole.

Fernandes, S. S. M. (2014). *Ajustamento académico e suporte social: Contributos para o bem-estar no Ensino Superior*, Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Universidade Portucalense.

Ferreira, F.M.P.B. *et alii*. (2017). Perfil de saúde dos estudantes de enfermagem: diagnóstico epidemiológico a partir do modelo PRECEDE-PROCEED. *Revista de Enfermagem*, 4(15), pp. 91-100.

Finotti, M.A. (2004). *Estilos de Vida: Uma Contribuição ao Estudo da Segmentação de Mercado*. Tese de Mestrado em Administração. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo.

Fontes, R.M.F.V. (2007). Promoção de estilos de vida saudáveis nas crianças e adolescentes: Estudo do impacte de um projeto de intervenção. Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Fortin, M. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures, Lusociência.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusociência.

França, C., & Colares, V. (2008). Estudo Comparativo de condutas de saúde entre universitários no início e no final do curso. *Revista Saúde Pública*, 42(3), pp.420-427.

Freixo, M. J. V. (2011). *Metodologia Científica: Fundamentos Métodos e Técnicas*. Lisboa, Instituto Piaget.

George, F. (2014). *Sobre Determinantes da Saúde*. Lisboa, Direção Geral da Saúde.

Glittenberg, J. (2004). A Transdisciplinary, Transcultural Model for Health Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 15 (1), pp. 6-10.

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

Hetland, H. *et alii*. (2012). “All work and no play...” Overcommitment and personality among university and college students. *College Student Journal*, 46, pp.470-482.

Hill, M. M. & Hill, A. (2016). *Investigação por questionário*. (2ª ed.). Lisboa, Edições Silabo.

Homem, F., *et alii*. (2014). Eles e elas: Comportamentos e consumos em contextos recreativos. In: Pedroso, R. & Brito, I. (Eds.), *Saúde dos estudantes do ensino superior de enfermagem: Estudo de contexto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*.

Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem/ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Instituto do Desporto de Portugal (2011). Plano Nacional de Atividade Física. [Em linha]. Disponível em <<http://www.spef.pt/image-gallery/26142028047115-ColgiosExercicioeSade-Docs-de-Referencia-Plano-Nacional-da-Atividade-Fsica.pdf>>. [Consultado em 16/04/2019].

Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2016). Inquérito Nacional de Saúde. Lisboa Portugal.

Joia, L. C. (2010). Perfil do estilo de vida individual entre estudantes universitários. *Revista Movimenta*, 3 (1), pp. 16–23.

Kabrita, C.S., Hajjar-Muça, T.A., & Duffy, J.F. (2014). Predictors of poor sleep quality among Lebanese university students: association between evening typology, lifestyle behaviours, and sleep habits. *Nature and Science Sleep*, 6, pp. 11-18.

Kloss, J. D. et al. (2011). The Delivery of Behavioral Sleep Medicine to College Students. *Journal of Adolescent Health*, 48 (6), pp. 553-561.

Kryger, M., Roth, T., & Dement, W. (2011). Normal human sleep: An overview. In: Carskadon, M. A. & Dement, W. C. (Eds.), *Principles and practice of sleep medicine* (5^o Ed), pp. 16-26.

Lakatos, E. & Marconi, M. (2007) *Técnicas de Pesquisa*. (6^a ed). São Paulo, Editora Atlas.

Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa, Minister of Natioanl Health and Welfare.

Langame, A.P. *et alii*. (2016). Qualidade de vida do estudante universitário e o rendimento académico. *Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza*, 29 (3), pp. 313-325.

Laverack, G. (2008). *Promoção da Saúde: Poder e Empoderamento*. Loures, Lusodidacta.

Lemos, F.M.F. (2016). *Motivação e prática de exercício físico em estudantes do ensino superior: Um estudo realizado no Instituto Politécnico do Porto*. Doutoramento em Ciências do desporto. Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

Lacaille, L.J. *et alii*. (2011). Psychosocial and Environmental Determinants of Eating Behaviors, Physical Activity, and Weight Change Among College Students: A Qualitative Analysis. *Journal of American College Health*, 59 (6), pp. 531-38.

Li, C. *et alii*. (2007). Clustering of multiple healthy lifestyle habits and health-related quality of life among U.S. adults with diabetes. *Diabetes Care*, 30 (7), pp. 1770-1776.

Lopes, L.M.S. (2011). *Suporte Social e Qualidade de Vida: A satisfação do Suporte Social e a Qualidade de Vida dos Doentes de Internamento da Unidade Hospitalar de Bragança*. Mestrado em Educação para a Saúde. Universidade do Porto.

Lopes, C. *et alii*. (2015). Consumo de álcool numa amostra portuguesa em idade adulta jovem. Modelos e projetos de inclusão social. Escola Superior de Educação de Viseu. Instituto Politécnico de Viseu.

Loureiro, I. & Miranda, N. (2010). *Promover a saúde: dos fundamentos à acção*. Coimbra, Edições Almedina.

Lucas, J.M.R. (2014). *Hábitos Alimentares dos Estudantes do Ensino Superior*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico da Guarda.

Madeira, F.B. *et alii*. (2018). Estilos de vida, habitus e promoção de saúde: algumas aproximações. *Saúde Soc São Paulo*, 27 (1), pp. 106-115.

Madureira, A.S. *et alii*. (2009). Associação entre estágios de mudança de comportamento relacionados à atividade física e estado nutricional em universitários. *Cadernos de Saúde Pública*, 25 (10), pp. 2139-2146.

Marques, C.R.C. (2017). *Estilo de vida dos estudantes do ensino superior*. Mestrado em Enfermagem Comunitária. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico da Guarda.

Marques M., Viveiro & Passadouro R. (2013). Uma Velha Questão numa População Jovem: o Consumo do Álcool nos Adolescentes Escolarizados. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 26(2), pp. 133-138.

Martinez, Y.T.S. *et alii*. (2016). Diet and Physical Activity Intervention Strategies for College Students. *Health behavior and policy review*, 3(4), pp.336-347.

Martiniano, C.M.G. (2017). *Estilos de vida dos profissionais de saúde da unidade local de saúde do Nordeste*. Relatório de Estágio para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária. Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde.

Martins, J. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12(2), pp. 62-66.

Martins, M. J. R. L. (2009). *Hábitos Alimentares de Estudantes Universitários*. Tese de Licenciatura, Universidade do Porto, Portugal, Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação.

Matos, A. (2006). Estilo de vida, percepção de saúde e estado de saúde em estudantes universitários portugueses: influência da área de formação. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), pp. 647-663.

Matos, M. (2005). *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola*. Lisboa, Edições Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa.

Matos, M. *et alii*. (2000). *Saúde e estilos de vida nos jovens portugueses*. Lisboa, Edições Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa.

Matos, M.G. *et alii*. (2011). *Aventura Social: Saúde Sexual e Reprodutiva dos Estudantes do Ensino Superior*. Relatório do Estudo, Dados Nacionais 2010. Lisboa.

Medeiros, T. (2013). O consumo de álcool em adultos emergentes. In: Medeiros, T., Patrício, L. & Dinis, R. (Eds.), *Aditologia: Prevenção e intervenções*. Ponta Delgada, Letras Lavadas Edições.

Meleis, A. (2010). *Transition Theory- Middle Range and Situation Specific in nursing research and practice*. New York (Springer P). New York: Springer.

Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: development and progress*. (5ª ed). Philadelphia, Wolters Kulwer Health.

Melo, R., Andrade, P., & Sampaio, M. (2010). Intervenção em contexto festivo no ensino superior. *Revista Toxicodependências*, 16 (1), pp.15-28.

Ministério da Saúde (2018). Retrato da Saúde, Portugal. [em linha]. Disponível em <<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE-2018-compressed.pdf>> [consultado em 05/03/2019].

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). (2004). NIAAA moves to Fishers Lane: First phase of transition to new buildings. *Winter*, 3, pp.1-4.

Nogueira, M.J.C. (2017). *Saúde Mental em Estudantes do Ensino Superior: Fatores protetores e Fatores de vulnerabilidade*. Dissertação de Doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa.

Nogueira, M.J. & Sequeira, C. (2017). A Saúde Mental em Estudantes do Ensino Superior: Relação com o género, nível socioeconómico e os comportamentos de saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 5(AGO), pp.51-56.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2018). *Relatório Primavera 2018*. OPSS, Lisboa.

Ogden, J. (2004a). *Psicologia da saúde*. (2ªed.). Lisboa, Climepsi Editores.

Ogden, J. (2004b). *Health Psychology: A textbook*. (3ªed.). Buckingham, Open University Press.

Organização Mundial de Saúde. (1988). *Priority Research for health for all*. Copenhagen: World Health Organization.

Organização Mundial de Saúde (2014a). Salud para los adolescentes del mundo: Una segunda oportunidad en la segunda década. Ginebra, Suiza.

Organização Mundial de Saúde (2014b). Atividade Física. [Em linha]. Disponível em <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/957_FactSheetAtividadeFisicaOMS2014_port_R EV1.pdf>. [Consultado em 16/04/2019].

Oliveira, C.T., Santos, A.S. & Dias, A.C.G. (2016). Expectativas de universitários sobre a universidade: sugestões para facilitar a adaptação acadêmica, *Revista Brasileira de Orientação profissional*, 17(1), pp.43-53.

Padovani R. C. *et alii*. (2014). Vulnerabilidade e bem-estar psicológicos do estudante universitário, *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 10(1), pp.2-10.

Pais-Ribeiro, J. (2011). *Escala de satisfação com o suporte social*. Lisboa, Placebo Editora.

Paiva, T. (2015). *Bom sono, boa vida*. (7ªEd.). Alfragide, Oficina do Livro.

Paniagua, H. R. *et alii*. (2001). Tobacco, alcohol and illegal drug consumption among adolescents and the relationship with lifestyle and environment. *Anales españoles de pediatria*, 55(2), pp. 121–128.

Patrício, L. (2015). *Políticas e dependências: álcool e (de) mais drogas em Portugal 30 anos depois*. Lisboa, Nova Vega.

Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice*. (6th Ed). New Jersey, Pearsons Education, Inc.

Piedrola, G. (2008). *Medicina preventiva y salud pública* (11ª ed.). Barcelona: Elsevier

Pietrukowicz M.C.L.C. (2001). *Apoio Social e religião: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz Escola Nacional de Saúde Pública Rio de Janeiro.

Pimentel, M. H., Mata, M. A. P., & Anes, E. M. G. J. (2013). Tabaco e álcool em estudantes: Mudanças decorrentes do ingresso no ensino superior. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(1), pp. 185-204.

Pimentel, M.H. (2016). Comportamento Sexual e Estudantes do Ensino Superior. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17(3), pp.352-367.

Polit, D., Beck, C. & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. (5ªed). Porto Alegre, Editora Artmed.

Porta-Nova, R.M.M. (2009). *Adaptabilidade, Competências Pessoais e Bem-estar Psicológico de Jovens do Ensino Superior na área das Ciências da Saúde*. Dissertação de Doutorado em Saúde Mental. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Portes, L.A. (2011). Estilo de Vida e Qualidade de Vida: semelhanças e diferenças entre os conceitos. *Lifestyle Journal*, 1(1), pp. 8-10.

Potter, P.A. & Perry, A.G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem: Conceitos e Procedimentos* (5ª ed.). Loures: Lusociência.

Obrecht, A. *et alii*. (2015). Análise da qualidade do sono em estudantes de graduação de diferentes turnos. *Rev Neurocienc*, 23(2), pp.205-210.

Quivy, R & Campenhoudt, L. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa, Gradiva.

Rapley, M. (2003). Quality of life research: A critical introduction. *Quality of Life Research*, 13(5), pp. 1021-1024.

Reis, F.L. (2018). *Investigação Científica e Trabalhos académicos – Guia Prático*. Lisboa, Edições Sílabo, Lda.

Ribeiro, J.L. (1993). *Características Psicológicas Associadas à Saúde*. Dissertação de Doutoramento. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

Ribeiro, J.L.P. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Ribeiro, J. (2010a). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa, Placebo Editores. LDA.

Ribeiro, J. (2010b). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. (3ª ed.). Oliveira de Azeméis, Livpsic.

Rodrigues, S.F.P. (2010a). *Adaptação ao Ensino Superior: Vivências académicas dos estudantes da UBI*, Dissertação de Mestrado em Psicologia, na área de Psicologia Clínica e da Saúde, Universidade da Beira Interior.

Rodrigues S.M.D (2010b). *Comportamentos Alimentares dos alunos do 3º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa*. Dissertação de Licenciatura em Enfermagem. Universidade Fernando Pessoa.

Rodrigues, T.H. (2012). *Avaliação dos Hábitos Alimentares de Estudantes do Ensino Superior*. Mestrado em Qualidade e Tecnologia Alimentar. Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior Agrária de Viseu.

Rozenbroek K. & Rothstein W. (2011). Medical and Nonmedical Users of Prescription Drugs Among College Students. *Journal of American College Health*, 59(5), pp. 358-363.

Santos, M. (2011). *Saúde mental e comportamentos de risco em estudantes universitários*. Tese de Doutoramento em Psicologia. Departamento de Educação, Universidade de Aveiro.

Santos, E.J.F. *et alii*. (2015). O Cuidado Humano Transicional como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE. *Millenium*, 49(jun/dez), pp. 153-171.

Schmidt, M. (2012). Predictors of Self-Rated Health and Lifestyle Behaviours in Swedish University Students. *Global Journal of Health Science*, 4 (4), pp. 1-14.

Scliar, M. (2007). História do Conceito de Saúde. *Revista Saúde Coletiva*, 17(1), pp. 29-41.

Sevlever, M., & Rice, K. (2010). Perfectionism, Depression, Anxiety, and Academic Performance in Premedical Students. *Canadian Medical Education*, 1 (2), pp. 96–104.

Serra, F.M.A.R.V. (2014). *Efeitos da crise económica na saúde mental: Portugal na União Europeia (2004-2012)*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2016). Relatório Anual 2015: A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Lisboa, SICAD.

Shiovitz-Ezra, S., & Ayalon, L. (2010). Situational versus chronic loneliness as risk factors for all-cause mortality. *International Psychogeriatrics*, 22 (3), pp. 455-462.

Silva, A. M. M., Brito, I. S. & Amado, J. M. C. (2014). Tradução, adaptação e validação do questionário Fantastic Lifestyle Assessment em estudantes do ensino superior. *Ciências & Saúde Coletiva*, 19(6), pp. 1901-1909.

Silva, M., *et alii*. (2012). Estilos de Vida de acadêmicos de educação física de uma Universidade Pública do Estado de Sergipe, Brasil. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 34(1), pp.53-67.

Silva, M. *et alii*. (2016). Sleep Quality Determinants Among Nursing Students. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 217, pp. 999-1007.

Silva, T.J.G. (2018). *Impacto da Prática de Atividade Física na Qualidade de Vida dos Adultos da Freguesia de Crestuma*. Dissertação para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem. Universidade Fernando Pessoa.

Soares, A.M., Pereira, M. & Canavarro, J.P. (2014). Saúde e qualidade de vida na transição para o ensino superior. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(2), pp.356-379.

Sobral, A. & Freitas, C.M. (2010). Modelo de Organização de indicadores para a operacionalização dos Determinantes Socioambientais da Saúde. *Saúde Soc São Paulo*, 19(1), pp.35-47.

Sorenson, J. & Steckler, A. (2002). Improving the health of the public: A behaviorchange perspective. *Health Education Research*, 17(5), pp. 493-494.

Sousa, M.J. & Baptista, C.S. (2014). Como fazer Investigação, Dissertações, Teses e Relatórios: Segundo Bolonha (5ªed). Lisboa, Lidel- Edições Técnicas.

Teixeira, M. *et alii*. (2008). Adaptação à universidade em jovens caloiros. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 12(1), pp. 185-202.

Terrero, J.Y.T. *et alii*. (2017). Actitudes hacia el consumo de alcohol y consumo de alcohol en estudiantes de enfermeira. *Revista Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 19 (2), pp. 69-81.

Tukman (2000). *Manual de Investigação em Educação*. (3ª ed). Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

U. S. Department of Health and Human Services. (2000). *Healthy People 2010: Understanding and Improving Health*. Washington, DC: U. S. Government Printing Office.

Varela-Arévalo, M.T., Ochoa-Muñoz, A.F. & Tovar-Cuevas, J.R. (2016). Tipologías de estilos de vida en jóvenes universitarios. *Rev Universidad y Salud*, 18(2), pp. 246-256.

Varela-Mato, V. *et alii*. (2012). Lifestyle and Health among Spanish University Students: Differences by Gender and Academic Discipline. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(8), pp. 2728-2741.

Vaz, A.M.B.O.D.M. (2017). Comportamentos e Atitudes dos Estudantes do Ensino Superior em Relação à Sexualidade. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1, pp.249-256.

Vilar, D. (2011). *Ditos e não ditos: Educação Sexual e Parentalidade*. Lisboa, Associação para o Planeamento Familiar.

Vilelas, J. (2017). *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento*. (2ªed). Lisboa, Edições Sílabo.

Virgínio, A.F.C. (2015). *Estilos de Vida: Consumo de substâncias psicoativas dos “caloiros” de Enfermagem*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Wolfson, A. (2010). Adolescents and emerging adults sleep patterns: New developments. *Journal of Adolescent Health*, 46, 97-99.

World Health Organization. (2004). *WHO Centre for Health Development, Ageing and Health Technical Report: A glossary of terms for community health care and services for older persons* (Vol. 5). WHO, Geneva.

World Health Organization (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. WHO, Geneva.

World Health Organization. (2011). *Global status report on alcohol and health*. WHO, Geneva.

World Health Organization (2013). *Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020*. WHO, Geneva.

World Health Organization (2015). *Fact Sheets on Health Enhancing Physical Activity in the 28 European Union Member States of the WHO European Region*. WHO, Geneva.

World Health Organization (2017). *Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation*. WHO, Geneva.

ANEXOS

ANEXO I

Instrumento de recolha de
dados

Caro Estudante:

O presente questionário destina-se ao desenvolvimento de um projeto de investigação, integrado na Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do Porto e, tem por objetivo avaliar o estilo de vida dos estudantes do ensino superior.

No âmbito desta investigação surge este questionário, que pretende conhecer aspetos relacionados com dez componentes do teu dia a dia: a) Família e Amigos, b) Atividade Física e Associativismo, c) Nutrição, d) Tabaco, e) Álcool e outras Drogas, f) Sono e Stresse, g) Trabalho e Tipo de Personalidade, h) Introspeção, i) Comportamento de Saúde e Sexual e j) Outros Comportamentos.

O questionário é anónimo sendo as respostas sempre confidenciais.

O acesso aos dados e resultados só é possível pelos investigadores envolvidos, pelo que solicitamos a sua colaboração através do preenchimento do questionário que se segue.

A sua colaboração é imprescindível para o êxito deste projeto.

Por favor responda com sinceridade, pois não há respostas corretas ou incorretas.

O tempo previsto de resposta é de 15 minutos.

A veracidade das suas respostas é fundamental para a credibilidade dos resultados que vierem a ser produzidos.

Responda, em função daquilo que acontece na sua vida, não como gostaria que ela fosse.

Estando disponível para esclarecer qualquer questão adicional através do endereço eletrónico: 34014@ufp.edu.pt

Obrigada pela sua colaboração.

Declaração de Aceitação

Aceito de livre vontade participar neste estudo intitulado de Estilos de Vida dos Estudantes do Ensino Superior. Declaro que compreendi os termos de apresentação e participação no estudo acima mencionados e que me foram explicados o objetivo e os métodos do mesmo, pelo que consinto a participação no estudo, respondendo às questões propostas e permitindo que as informações por mim prestadas sejam utilizadas nesta investigação. Tenho conhecimento de que a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial, sendo a minha participação anónima e que o acesso aos dados e resultados só é possível pelos investigadores envolvidos.

Compreendi e aceito participar no presente estudo

Questionário

Parte I

Com esta parte do questionário, pretende-se conhecer alguns dos aspetos sociodemográficos e clínicos que o caracterizam. Por favor, responda às seguintes questões:

1. Idade: _____ anos
2. Género: Feminino Masculino
3. Estado Civil:
 Solteiro (a) Casado (a) / União de facto
 Divorciado (a) / Separado (a) Viúvo (a)
4. Nacionalidade: _____
5. Estabelecimento de Ensino: _____
6. Curso: _____
7. Ano do Curso: _____
8. O Curso que frequentas é:
 Licenciatura Mestrado Integrado Outra situação. Qual? _____
 Mestrado Doutoramento
9. Mudaste de residência quando entraste para o Ensino Superior? Sim Não
- 9.1. Se sim, onde resides?
 Residência de estudantes Sozinho
 Com colegas Com parceiro(a)
 Outra situação. Qual? _____
- 9.2. Se não, onde resides?
 Com os Pais Sozinho
 Com colegas Com parceiro(a)
 Outra situação. Qual? _____

10. Qual é o teu peso _____ Kg 10.1. E a altura? _____ m?

11. Possuis alguma doença crónica? Sim Não

11.1. Se sim, qual? _____

Parte II

Esta parte do questionário (que se encontra no verso desta folha) é constituída pelo instrumento “Estilo de Vida Fantástico”, adaptado para a população portuguesa por Silva et al. (2014) e que explora os hábitos e comportamentos relativamente aos estilos de vida adequados para a saúde.

Pedimos-lhe que responda às questões, selecionando a afirmação que se adequa a sua realidade.

Relembramos que deve responder em função daquilo que acontece na sua vida, e não como gostaria que ela fosse.

Como é o meu estilo de vida?

Preencha a grelha considerando o seu estilo de vida no último mês.

F	A	N	T	A		S	T	I	C	O
Família e Amigos	Atividade física / Associativismo	Nutrição	Tabaco	Álcool e outras drogas		Sono e stresse	Trabalho / Tipo de personalidade	Introspeção	Comportamento de saúde e sexual	Outros comportamentos
<p>Tenho com quem falar dos assuntos que são importantes para mim.</p> <p>Quase sempre <input type="checkbox"/></p> <p>Às vezes <input type="checkbox"/></p> <p>Quase nunca <input type="checkbox"/></p>	<p>Sou membro de um grupo comunitário e participo nas atividades ativamente.</p> <p>Quase sempre <input type="checkbox"/></p> <p>Às vezes <input type="checkbox"/></p> <p>Quase nunca <input type="checkbox"/></p>	<p>Como duas porções de verduras e três de frutas diariamente.</p> <p>Quase sempre <input type="checkbox"/></p> <p>Às vezes <input type="checkbox"/></p> <p>Quase nunca <input type="checkbox"/></p>	<p>Eu fumo cigarros...</p> <p>Não, nos últimos 5 anos <input type="checkbox"/></p> <p>Não, no último ano <input type="checkbox"/></p> <p>Sim, este ano <input type="checkbox"/></p>	<p>A minha ingestão média semanal de bebidas alcoólicas é:</p> <p>0 a 7 bebidas <input type="checkbox"/></p> <p>8 a 12 bebidas <input type="checkbox"/></p> <p>Mais de 12 bebidas <input type="checkbox"/></p>	<p>Uso substâncias psicoativas ilegais, (cannabis, cocaína, ecstasy, ...).</p> <p>Nunca <input type="checkbox"/></p> <p>Ocsionalmente <input type="checkbox"/></p> <p>Frequentemente <input type="checkbox"/></p>	<p>Durmo bem e sinto-me descansado.</p> <p>Quase sempre <input type="checkbox"/></p> <p>Às vezes <input type="checkbox"/></p> <p>Quase nunca <input type="checkbox"/></p>	<p>Sinto que ando acelerado e/ou atarefado.</p> <p>Quase nunca <input type="checkbox"/></p> <p>Algumas vezes <input type="checkbox"/></p> <p>Frequentemente <input type="checkbox"/></p>	<p>Sou uma pessoa otimista e positiva.</p> <p>Quase sempre <input type="checkbox"/></p> <p>Às vezes <input type="checkbox"/></p> <p>Quase nunca <input type="checkbox"/></p>	<p>Realizo exames periódicos de avaliação do estado de saúde.</p> <p>Sempre <input type="checkbox"/></p> <p>Às vezes <input type="checkbox"/></p> <p>Quase nunca <input type="checkbox"/></p>	<p>Como peão e passageiro, cumpro as medidas de protecção e/ou de segurança pessoal e rodoviária.</p> <p>Sempre <input type="checkbox"/></p> <p>Às vezes <input type="checkbox"/></p> <p>Quase nunca <input type="checkbox"/></p>
<p>Dou e recebo carinho / afetos.</p> <p>Quase sempre <input type="checkbox"/></p> <p>Às vezes <input type="checkbox"/></p> <p>Quase nunca <input type="checkbox"/></p>	<p>Ando no mínimo 30 minutos diariamente.</p> <p>Quase sempre <input type="checkbox"/></p> <p>Às vezes <input type="checkbox"/></p> <p>Quase nunca <input type="checkbox"/></p>	<p>Frequentemente como alimentos hipercalóricos (doces e/ou salgados) e fast-food.</p> <p>Nenhum destes <input type="checkbox"/></p> <p>Alguns destes <input type="checkbox"/></p> <p>Todos <input type="checkbox"/></p>	<p>Geralmente fumo por dia (cigarros)...</p> <p>Nenhum <input type="checkbox"/></p> <p>1 a 10 por dia <input type="checkbox"/></p> <p>Mais de 10 por dia <input type="checkbox"/></p>	<p>Bebo mais de 4 a 5 bebidas alcólicas numa mesma ocasião.</p> <p>Nunca <input type="checkbox"/></p> <p>Ocsionalmente <input type="checkbox"/></p> <p>Frequentemente <input type="checkbox"/></p>	<p>Uso excessivamente medicamentos que me receitam ou que posso adquirir livremente na farmácia.</p> <p>Quase nunca <input type="checkbox"/></p> <p>Às vezes <input type="checkbox"/></p> <p>Quase diariamente <input type="checkbox"/></p>	<p>Sinto-me capaz de gerir o stresse no meu dia a dia.</p> <p>Quase sempre <input type="checkbox"/></p> <p>Às vezes <input type="checkbox"/></p> <p>Quase nunca <input type="checkbox"/></p>	<p>Sinto-me aborrecido e/ou agressivo.</p> <p>Quase nunca <input type="checkbox"/></p> <p>Algumas vezes <input type="checkbox"/></p> <p>Frequentemente <input type="checkbox"/></p>	<p>Sinto-me tenso e/ou oprimido.</p> <p>Quase nunca <input type="checkbox"/></p> <p>Algumas vezes <input type="checkbox"/></p> <p>Frequentemente <input type="checkbox"/></p>	<p>Converso com o(a) parceiro(a) e/ou família sobre temas de sexualidade.</p> <p>Sempre <input type="checkbox"/></p> <p>Às vezes <input type="checkbox"/></p> <p>Quase nunca <input type="checkbox"/></p>	<p>Como condutor (ou futuro condutor) respeito as regras de segurança rodoviária (cinto de segurança, uso de telemóvel, ...).</p> <p>Sempre <input type="checkbox"/></p> <p>Às vezes <input type="checkbox"/></p> <p>Quase nunca <input type="checkbox"/></p>
	<p>Realizo uma atividade física (andar, subir escadas, tarefas domésticas, jardinagem, ...) ou desporto durante 30 minutos de cada vez.</p> <p>3 ou mais vezes por semana <input type="checkbox"/></p> <p>1 vez por semana <input type="checkbox"/></p> <p>Não faço nada <input type="checkbox"/></p>	<p>Ultrapassei o meu peso ideal em...</p> <p>0 a 4 kg <input type="checkbox"/></p> <p>5 a 8 kg <input type="checkbox"/></p> <p>Mais de 8 kg <input type="checkbox"/></p>		<p>Conduzo veículos motorizados depois de beber bebidas alcólicas.</p> <p>Nunca <input type="checkbox"/></p> <p>Raramente <input type="checkbox"/></p> <p>Frequentemente <input type="checkbox"/></p>	<p>Bebo café, chá ou outras bebidas com cafeína (p.e., Redbull).</p> <p>Menos de 3 vezes por dia <input type="checkbox"/></p> <p>3 a 6 vezes por dia <input type="checkbox"/></p> <p>Mais de 6 vezes por dia <input type="checkbox"/></p>	<p>Relaxo e desfruto do meu tempo livre.</p> <p>Quase sempre <input type="checkbox"/></p> <p>Às vezes <input type="checkbox"/></p> <p>Quase nunca <input type="checkbox"/></p>	<p>Sinto-me feliz com o meu trabalho e atividades em geral.</p> <p>Quase sempre <input type="checkbox"/></p> <p>Às vezes <input type="checkbox"/></p> <p>Quase nunca <input type="checkbox"/></p>	<p>Sinto-me triste ou deprimido.</p> <p>Quase nunca <input type="checkbox"/></p> <p>Algumas vezes <input type="checkbox"/></p> <p>Frequentemente <input type="checkbox"/></p>	<p>No meu comportamento sexual, preocupo-me com o bem-estar e a protecção do(a) parceiro(a).</p> <p>Quase sempre <input type="checkbox"/></p> <p>Às vezes <input type="checkbox"/></p> <p>Quase nunca <input type="checkbox"/></p>	