



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

CIDADANIA, SAÚDE E BEM-ESTAR EM ESTUDANTES DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VIANA DO CASTELO

Vera Marisa Amorim Meira



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Vera Marisa Amorim Meira

CIDADANIA, SAÚDE E BEM-ESTAR EM ESTUDANTES DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VIANA DO CASTELO

I Mestrado em Enfermagem Comunitária

Trabalho elaborado sob a orientação de:

Professora Doutora Carminda Morais

Professora Doutora Isabel Amorim

Julho de 2021

RESUMO

Introdução: A entrada no ensino superior é um ponto de viragem marcante na vida de qualquer estudante, sendo que o ingresso no curso de enfermagem comporta especificidades a crescer na vivência desta transição. Neste sentido, a Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC) e o Projeto INPEC⁺ Academias Gulbenkian do Conhecimento (AGC) têm investido na promoção de respostas adaptativas a esta transição a partir das vozes e sentidos dos próprios estudantes enquanto atores e autores dos seus projetos de vida, com vista à melhoria de estilos de vida saudável e do compromisso efetivo com a cidadania.

Objetivos: Determinar os estilos de vida, em estudantes do 1º ano da Licenciatura de Enfermagem (CLE), no ano letivo 2020/2021 da ESS-IPVC; analisar a influência de fatores determinantes do seu estilo de vida.

Metodologia: Com base no modelo PRECEDE-PROCEED dar-se-á continuidade ao diagnóstico epidemiológico do projeto INPEC⁺ AGC, sendo que esta fase se inscreve no paradigma quantitativo, conformada pelo presente estudo do tipo, observacional e transversal. A colheita de dados foi realizada com recurso ao questionário Estilo de Vida FANTASTICO (EVF) de Silva, Brito e Amado (2014), aplicado em formato digital aos estudantes do 1º Ano do CLE, da ESS-IPVC no início do ano letivo 2020/2021.

Resultados: Foram inquiridos 85 estudantes, sendo que a maioria do sexo feminino (86%), sensivelmente metade encontra-se deslocado do seu local de residência (48%), cerca de 15% referiram ser trabalhadores estudantes (77% dos quais a tempo parcial), com as mães a possuírem o nível académico mais elevado (Ensino Superior Mãe=26%; Pai=15%).

Em termos de hábitos de vida, cerca de 87% dos estudantes consideram não ter vícios/dependências e dos que referem ter, as mais frequentes eram o café e o tabaco (27,3%). O estilo de vida global dos estudantes é autopercebido como muito bom (68%). As estudantes pontuam melhor em todas as dimensões do EVF, ainda que sem diferenças estatísticas significativas, incluindo no estilo de vida global ($U=293,0$; $p=0,066$).

As dimensões dos estilos de vida dos estudantes surgem associados a diferentes variáveis. Os estudantes com mães com habilitações superiores ao 9.º ano obtiveram pontuação para o estilo de vida superior nas seguintes dimensões: Família e amigos ($U=534,0$; $p=0,001$); Atividade física/Associativismo ($U=502,5$; $p=0,002$) e Comportamentos de saúde e sexual ($U=569,0$; $p=0,017$). Os estudantes com pais com habilitações literárias superiores ao 9.º

ano pontuaram melhor no estilo de vida global ($U=565,5$; $p=0,025$) e na dimensão Trabalho/Tipo de personalidade ($U=575,5$; $p=0,027$). Os estudantes trabalhadores registam resultados relativos aos estilos de vida superiores nas dimensões: Nutrição ($U=290,5$; $p=0,024$); Introspeção ($U=291,0$; $p=0,022$) e Comportamentos de saúde e sexual ($U=231,5$; $p=0,003$). Os estudantes que não se encontravam deslocados evidenciaram diferenças estatísticas significativas nas seguintes dimensões : Sono/Stress ($U=596,5$; $p=0,006$) e Introspeção ($U=648,0$; $p=0,018$).

Conclusão: Os resultados obtidos são fundamentais para a coconstrução do processo de intervenção de promoção de estilos de vida e cidadania ativa dos estudantes, constituindo-se simultaneamente uma estratégia pedagógica, enquanto futuros profissionais de saúde, centrada no “aprender fazendo” e na prática baseada na evidência.

Palavras-chaves: Cidadania, Saúde, Promoção de Saúde, Estudantes do Ensino Superior; Estilo de Vida Saudável, Universidades Promotoras de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Getting into higher education is a significant turning point in the life of any student, and enrolling a nursing course adds certain specificities to the experience of this transition. In this sense, the School of Health of the Polytechnic Institute of Viana do Castelo (ESS-IPVC) and the Project INPEC⁺ Gulbenkian Knowledge Academies (AGC) have been investing in the promotion of adaptive responses to this transition considering the voices and needs of the students themselves as actors and authors of their life projects, in order to improve healthy lifestyles and a real commitment to citizenship.

Objectives: Assess the lifestyles of 1st year students attending the Nursing Degree Course (NDC), in the school year 2020/2021 at ESS-IPVC; analyse the factors that have impact on their lifestyle.

Methodology: Based on the PRECEDE-PROCEED model, we will carry on the epidemiological diagnosis of the INPEC⁺ AGC project. This stage fits into the quantitative paradigm, supported by this observational, transversal study. Data collection was performed using the FANTASTIC Lifestyle questionnaire (FL) by Silva, Brito and Amado (2014), applied in digital format to NDC 1st year students, from ESS-IPVC, at the beginning of the 2020/2021 academic year.

Results: A total of 85 students were surveyed, the majority of whom were female (86%); roughly half were displaced from their place of residence (48%); around 15% reported being working students (77% part-time); the students' mothers had the highest academic level (Higher Education Mothers=26%; Fathers=15%).

In terms of life habits, around 87% of the students reported not having addictions/dependences. For those who reported having some, the most frequent ones were coffee and tobacco (27.3%). The students' overall lifestyle is self-perceived as very good (68%). Female students score better in all dimensions of the FL, although without significant statistical differences, including in the overall lifestyle (U=293.0; p=0.066).

The dimensions of the students' lifestyles are associated with different variables. The students' mothers who have qualifications above 9th grade obtained scores for the better lifestyle in the following dimensions: Family and friends (U=534.0; p=0.001); Physical activity / Affiliation (U=502.5; p=0.002) and Health and sexual behaviours (U=569.0; p=0.017). The students' fathers who have qualifications above 9th grade scored better in the overall lifestyle (U=565.5; p=0.025) and in the Work/ Type of Personality dimension

($U=575.5$; $p=0.027$). The working students obtained results related to better lifestyles in the following dimensions: Nutrition ($U=290.5$; $p=0.024$); Introspection ($U=291.0$; $p=0.022$) and Health and sexual behaviours ($U=231.5$; $p=0.003$). The students who were not displaced from their place of residence showed significant statistic differences in the following dimensions: Sleep/Stress ($U=596.5$; $p=0.006$) and Introspection ($U=648.0$; $p=0.018$).

Conclusion: The results obtained are fundamental for the co-construction of the intervention process to promote students' lifestyles and their active citizenship. As future healthcare professionals, students simultaneously function as a pedagogical strategy, centred on "learning by doing" and on evidence-based practice.

Keywords: Citizenship, Health, Health Promotion, Higher Education Students; Healthy Lifestyle, Health Promoting Universities.

AGRADECIMENTOS

Pretende-se agradecer a quem tornou possível a materialização deste trabalho, direta ou indiretamente.

A todos os docentes que fizeram parte desta etapa, pelo seu profissionalismo e competência e que contribuíram para a procura de excelência do exercício profissional.

A todos os mestrandos que percorreram esta etapa comigo, às novas amizades construídas, que tiveram um papel fundamental no meu percurso. Amizades que levo certamente para a vida toda.

A professora Doutora Carminda Morais e a professora Doutora Isabel Amorim não só pela sua orientação e apoio neste estudo, como também pela pertinência das suas observações, sugestões, pela disponibilidade e dedicação.

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

Ao meu marido Pedro Queirós Martins pelo apoio incondicional, paciência, compreensão, incentivo e força transmitida ao longo desta minha nova etapa. Obrigada por sempre lutares comigo com especial dedicação.

Aos meus pais pelo apoio incondicional, pelas suas sábias palavras no momento oportuno e pelos sacrifícios que fizeram por mim ao longo da vida.

Aos meus sogros por todo o apoio, incentivo e motivação.

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado às pessoas que fazem o caminho a meu lado, à minha família, em especial a minha filha Valentina.

PENSAMENTO

“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)

ÍNDICE

RESUMO
ABSTRACT
AGRADECIMENTOS
DEDICATÓRIA
PENSAMENTO
ÍNDICE
ÍNDICE DE FIGURAS
ÍNDICE DE TABELAS
ABREVIATURAS
SIGLAS/ACRÔNIMOS

INTRODUÇÃO	15
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	20
CAPÍTULO I – INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR SALUTOGÉNICAS: UM CONTRIBUTO PARA A COCONSTRUÇÃO DA CIDADANIA E SAÚDE	21
1.1 CIDADANIA, SAÚDE E PROMOÇÃO DA SAÚDE	25
1.2 MODELO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE DE NOLA PENDER	32
1.3 REDE E UNIVERSIDADES PROMOTORAS DE SAÚDE	37
1.4 MODELO PEER-IESS	42
CAPÍTULO II – PROMOÇÃO DA SAÚDE E ENSINO SUPERIOR SALUTOGÉNICO: UM PROJETO DE SAÚDE CONSTRUÍDO EM PARCERIA	45
2.1 ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEL	48
2.1.1 Família e amigos	51
2.1.2 Atividade física/associativismo	52
2.1.3 Nutrição	53
2.1.4 Tabaco	54
2.1.5 Álcool e outras drogas	55
2.1.6 Sono e stress	56
2.1.7 Trabalho/tipo de personalidade	58
2.1.8 Introspeção	59
2.1.9 Comportamento de saúde e sexual	60
2.1.10 Outros comportamentos	61
2.2 COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	62

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	65
CAPÍTULO III – METODOLOGIA	66
3.1 JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	68
3.2 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO, FINALIDADE E OBJETIVOS DO ESTUDO	69
3.2.1 Questões de investigação	69
3.2.2 Finalidade do estudo	69
3.2.3 Objetivos do estudo.....	69
3.3 TIPO DE ESTUDO	71
3.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	73
3.5 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	74
3.6 PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS DE TRATAMENTO DE INFORMAÇÃO	76
3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	78
CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	79
4.1 CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E ESTILO DE VIDA	79
4.2 PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO INSTRUMENTO ESTILO DE VIDA FANTÁSTICO	82
4.3 ANÁLISE INFERENCIAL	87
4.3.1 Avaliação da relação entre o Estilo de Vida FANTÁSTICO e as variáveis categóricas .	87
4.3.2 Avaliação da relação entre o Estilo de Vida FANTASTICO e as variáveis quantitativas	92
CAPÍTULO V – DISCUSSÃO	94
5.1 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	94
5.2 LIMITAÇÕES E PERSPETIVAS FUTURAS	104
CONCLUSÕES.....	106
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	108
ANEXOS	127
ANEXO I - Questionário “TENHO UM ESTILO DE VIDA FANTASTICO?”	128
APÊNDICES	133
APÊNDICE I - Lista de variáveis, codificação e escala de medida das variáveis	134
APÊNDICE II - Testes de Normalidade (grupos de comparação – variáveis categóricas)	138
APÊNDICE III- Testes de Normalidade (variáveis quantitativas)	145

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead	30
Figura 2 - Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender	34
Figura 3 - Modelo PRECEDE-PROCEED	44

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e estilos de vida da amostra.	80
Tabela 2 – Estatísticas descritivas e alfa de Cronbach dos valores dos itens do questionário EVF.....	83
Tabela 3 – Estatísticas descritivas e alfa de Cronbach dos valores das dimensões do questionário EVF.....	84
Tabela 4 – Coeficientes de correlação de Pearson entre o valor global do EVF e respectivas dimensões.....	85
Tabela 5 – Frequências absolutas, relativas e estatísticas descritivas para o instrumento “FANTÁSTICO”/Estilo de vida global (EVF).....	86
Tabela 6 – Média, desvio padrão e testes de U Mann-Whitney para a comparação entre as dimensões do EVF e o sexo dos participantes.....	87
Tabela 7 – Média, desvio padrão e testes de U Mann-Whitney para a comparação entre as dimensões do EVF e as habilitações literárias da mãe.....	88
Tabela 8 – Média, desvio padrão e testes de U Mann-Whitney para a comparação entre as dimensões do EVF e as habilitações literárias do pai.....	89
Tabela 9 – Média, desvio padrão e testes de U Mann-Whitney para a comparação entre as dimensões do EVF e o facto de ser trabalhador estudante.....	90
Tabela 10 – Média, desvio padrão e testes de U Mann-Whitney para a comparação entre as dimensões do EVF e o facto de estar deslocado do local de residência.....	90
Tabela 11 – Média, desvio padrão e testes de U Mann-Whitney para a comparação entre as dimensões do EVF e ter vícios/dependências.....	91
Tabela 12 – Coeficientes de correlação ρ de Spearman para avaliar a relação entre as características sociodemográficas (quantitativas) e as dimensões do EVF.....	93

ABREVIATURAS

Edição	<i>Ed.</i>
Et alii (e outros)	<i>et al.</i>
Número	<i>n.º / N.º</i>
Página	<i>p.</i>
Volume	<i>Vol.</i>
Ibidem (no mesmo lugar)	<i>Ibid.</i>
Idem (o mesmo)	<i>Id.</i>

SIGLAS/ACRÓNIMOS

AGC	Academias Gulbenkian do Conhecimento
CLE	Curso de Licenciatura de Enfermagem
CNDSS	Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde
DGS	Direção-Geral da Saúde
DR	Diário da República
ESS	Escola Superior de Saúde
EVF	Estilo de Vida FANTASTICO
ICN	Conselho Internacional de Enfermeiros
IES	Instituições de Ensino Superior
IESPS	Instituições de Ensino Superior Promotoras de Saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística
INPEC ⁺	Intervenção na Promoção de Estilos de Vida e Cidadania ⁺
IPVC	Instituto Politécnico de Viana do Castelo
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPSS	Observatório Português dos Sistemas da Saúde
PEER	<i>Education Engagement & Evaluation Research</i>
PEER-IESS	<i>Participation, Engagement and Evaluation Research to Implement eHealth Salutogenic Settings</i>
PNS	Plano Nacional de Saúde
PRECEDE-	<i>Predisposing, Reinforcing, Enabling, Constructs in Educational/ecological</i>
PROCEED	<i>Diagnosis and Evaluation - Policy, Regulatory, Organizational Constructor in Educational and Environmental Development</i>
RIUPS	Rede Ibero-americana de Universidades Promotoras da Saúde
S.P.S.S.	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SICAD	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UICISA:E	Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem
UPS	Universidade Promotora de Saúde
WHO	<i>World Health Organization</i>

INTRODUÇÃO

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

O envelhecimento da população portuguesa, as alterações epidemiológicas, e as alterações de comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, fez com que emergissem novas necessidades em saúde (Ordem dos Enfermeiros, (OE) 2011).

O Observatório Português dos Sistemas da Saúde (OPSS, 2012) menciona que as causas de mortalidade mais relevantes em Portugal, tem como principais determinantes de saúde comportamentos como o consumo de tabaco, o abuso do álcool, dietas pouco saudáveis, a condução rodoviária de risco, toxicodependência e inatividade física.

Nesta medida, intervir sobre estes determinantes de saúde, surge como uma estratégia de saúde que permitirá obter ganhos significativos, quer na redução da prevalência de doenças crónicas, quer nos custos económicos sociais e individuais que lhe estão associados (Portugal, 2003).

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, tem como alvo de intervenção a comunidade a vivenciar processos de saúde/doença, processos comunitários e ambientais, com vista a promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida (OE, 2011).

Desta forma, a enfermagem comunitária preocupa-se com a prestação de cuidados em resposta às necessidades dos processos de vida e dos problemas de saúde dos grupos, comunidades e população, baseada no desenvolvimento de programas de intervenção com vista a capacitação e *empowerment* das comunidades na aquisição de projetos de saúde e ao exercício de cidadania (OE, 2011).

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS) os estilos de vida são na atualidade, os principais causadores de doenças crónicas não transmissíveis, associados aos fatores de risco inerentes (Portugal, 2015a).

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

Os estilos de vida são um 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 (Portugal, 2003).

As Universidades e Instituições de Ensino Superior, têm a capacidade de exponenciar a afetação da vida e saúde dos seus trabalhadores, seus estudantes, e da comunidade abrangente, apresentando-se como contextos geradores de saúde/doença (Brito [et al.], 2018).

Para a comunidade estudantil a entrada no ensino superior é um momento no qual os estudantes, ficam mais independentes e livres da supervisão direta da família e enfrentam pressões sociais e académicas (Pedroso e Brito, 2014). Com a entrada no mundo académico, muitas vezes consolidam-se ou iniciam-se comportamentos menos saudáveis, nomeadamente o tabagismo e ou aumento do consumo de bebidas alcoólicas (Grácio, 2009).

Desta forma, as alterações próprias desta fase, nomeadamente a instabilidade psicossocial e a falta de comportamento preventivo, associadas a modificações nos hábitos alimentares e da prática de exercício físico e aumento do consumo de álcool, tornam estes jovens mais vulneráveis (Joia, 2010). Também, os hábitos que são adquiridos durante o percurso universitário tendem, a estender-se para outras fases da vida, levando a uma pior qualidade de vida (Joia, 2010).

Nesta perspetiva, a adoção de um estilo de vida saudável ao longo da vida, assume-se como um fator determinante da saúde, sendo fundamental favorecer a promoção da saúde e a melhoria do bem-estar da população universitária e da sociedade em geral (Silva e Brito, 2014).

A proposição das universidades promotoras de saúde, teve a iniciativa da Organização Mundial de Saúde, a partir da Declaração de Alma Ata, sendo reforçada na Carta de Ottawa, Declaração de Jacarta e sobretudo pela Carta de Okanagan. Verificando-se em 2007, a criação da rede Ibero-americana de Universidades Promotoras de Saúde (UPS).

A promoção de saúde pode seguir vários modelos, uma das perspetivas é o modelo *Peer - Education Engagement & Evaluation Research* – Instituições de Ensino Superior Salutogénicas (PEER-IESS) (Brito e Mendes, 2009 e 2012), que é um modelo *bottom up*, de pesquisa-ação participativa em saúde, com vista a promoção de contextos salutogénicos, através de estratégias dialógicas e formas criativas de intervenção, sendo

esse o modelo selecionado para a conceção de um Ensino Superior Salutogénico (Brito [et al.], 2018).

Nesse sentido, o presente estudo decorre da Integração do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC), na Rede Ibero-americana de Universidades Promotoras de Saúde (RIUPS), em 2018, sob a coordenação da Escola Superior de Saúde (ESS) do IPVC, inscrita em várias parcerias nomeadamente com a Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (UICISA-E), que visam a criação da rede Portuguesa de Instituições de Ensino Superior Promotoras de Saúde (IESPS) .

A criação de Instituições de Ensino Superior numa perspetiva salutogénica, na ESS do IPVC, articula-se com o modelo PEER-IESS e o modelo - *Predisposing, Reinforcing, Enabling, Constructs in Educational/ecological Diagnosis and Evaluation / Policy, Regulatory, Organizational Constructor in Educational and Environmental Development* (PRECEDE – PROCEED) (Green e Kreuter, 1991).

O IPVC que aquando da adesão à RIUPS evidenciava no âmbito da fase PROCEDE um conjunto de ações e orientações, sobretudo no âmbito do diagnóstico organizacional e ambiental, dirigidas à promoção da saúde, qualidade de vida e cidadania da comunidade, em particular académica, encetou os desenvolvimentos de cariz epidemiológico.

Consubstanciado nestes pressupostos ideológicos e teórico-metodológicos conformava-se a génese do Projeto “Intervenção na Promoção de Estilos de Vida e Cidadania⁺”, com o acrónimo de INPEC⁺ em resultado do consensualizado entre a equipa de projeto.

Em 2020, o INPEC⁺ reunia condições de candidatura ao Programa Academias Gulbenkian do Conhecimento, tendo sido uma das trinta e três aprovadas após escrutínio de um júri e de votação pública. O IPVC assumia, pois, o compromisso institucional de implementar o projeto em todas as suas unidades orgânicas.

Assim, esta dissertação inscreve-se nos desenvolvimentos do INPEC⁺ Academias Gulbenkian do Conhecimento, no que se refere ao estudo dos Estilos de Vida dos Estudantes do 1º Ano da Escola Superior de Saúde, enquanto contributo para a transição para a 2ª fase do Modelo PROCEDE-PROCEED, dando este estudo continuidade ao diagnóstico epidemiológico, contribuindo para a sua atualização e ajuste de intervenção em articulação com a aquisição das *soft skills* contratualizadas com a Gulbenkian.

O presente estudo, pretende contribuir para a (co)construção de um projeto de intervenção com a comunidade académica, no âmbito dos seus estilos de vida e contribuir para capacitar para estilos de vida saudável os estudantes do 1ºano, que frequentam a Escola

Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, no ano letivo 2020/2021, potenciando um estilo de vida saudável.

Considera-se assim, que a temática é de interesse para a enfermagem comunitária, uma vez que as instituições de ensino têm um papel fundamental na sociedade e na formação pessoal/profissional e também, porque os estudantes que frequentam o ensino superior estão numa fase única de absorção de conhecimento e formação da personalidade. Assim, a compreensão e avaliação dos estilos de vida saudável nos estudantes do ensino superior são essenciais para a promoção do crescimento saudável (Silva, 2016).

Tendo em conta a pertinência da problemática acima enunciada, propusemo-nos desenvolver um estudo com a finalidade de contribuir para intervenção participada no âmbito da promoção dos estilos de vida, em estudantes da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, com base na evidência produzida, em particular no que se refere aos aspetos de melhoria que venham a ser consensualizados.

Para alcançar esta finalidade delinearam-se três objetivos: determinar os estilos de vida, em estudantes do 1º ano da Licenciatura de Enfermagem, no ano letivo 2020/2021, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo; analisar a influência de fatores determinantes do estilo de vida, em estudantes do 1º ano da Licenciatura de Enfermagem, no ano letivo 2020/2021, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo; identificar aspetos de melhoria dos estilos de vida como base de negociação participativa.

Para avaliar os estilos de vida, foi utilizado o questionário “Estilo de vida Fantástico”, instrumento esse, adaptado e validado para a população portuguesa por Silva, Brito e Amado (2014). Integraram a amostra os estudantes do 1º ano, que frequentam a Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, no ano letivo 2020/2021, sendo o questionário preenchido online.

Estruturalmente, o trabalho constará de duas partes fundamentais. A primeira parte deste trabalho, é composta por elementos teóricos relevantes para a temática, no qual foram abordados alguns conceitos, nomeadamente o conceito de saúde, cidadania, promoção de saúde, determinantes de saúde, modelo de promoção de saúde de Nola Pender, formação da Rede Ibero-americana de Universidades Promotoras de Saúde, modelo PEER-IESS, os estilos de vida e a intervenção do enfermeiro de enfermagem comunitária na adoção de estilos de vida saudáveis.

Na segunda parte, é apresentado o estudo empírico, no qual é descrito a fase metodológica e exposto os resultados obtidos. Seguidamente, discutem-se os resultados com base na

revisão da literatura. Para finalizar, são apresentadas as principais conclusões do estudo, assim como as referências bibliográficas, anexos e apêndices.

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

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I – INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR SALUTOGÉNICAS: UM CONTRIBUTO PARA A COCONSTRUÇÃO DA CIDADANIA E SAÚDE

A OMS no glossário da promoção de saúde, define a saúde como um recurso da vida quotidiana e não apenas um objetivo a atingir, tratando-se de um conceito positivo que valoriza os recursos sociais, individuais e capacidades físicas (*World Health Organization* (WHO), 1998).

De acordo, com a Ordem dos Enfermeiros (2001, p.8) a saúde é o “estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual”. E não só ausência de doença, é um estado subjetivo que varia com o tempo e de acordo com os desafios que cada situação coloca ao indivíduo (OE, 2001).

O ambiente no qual as pessoas vivem e se desenvolvem integram elementos humanos, físicos, políticos, culturais e organizacionais, condicionando e afetando os estilos de vida e o conceito individual de saúde (idem, ibidem, 2001).

Na atualidade, a maioria dos países encontra-se em transformação social, como resultado do crescimento populacional, envelhecimento e mudanças ambientais. Nesta perspetiva, a promoção da saúde, sustenta-se no desenvolvimento de políticas saudáveis e na criação de ambientes promotores de saúde que melhorem as condições sociais e os estilos de vida saudável (Ferreira, 2018).

A promoção de saúde assenta no paradigma salutogénico e valoriza fatores que interferem positivamente na saúde. A teoria da Salutogenese humana desenvolvida por Antonovsky nos anos 70, entende a saúde como holística e integrada, apresentando-se como um resultado socio-ecológico, fruto da inter-relação de fatores comportamentais, genéticos, ambientais, económicos, políticos e sociais (Antonovsky, 1987).

Em, 2007 a OMS delineou seis elementos fundamentais de um sistema de saúde funcional baseado no direito à saúde, reforçando que os serviços de saúde devem ser acessíveis, eficazes, seguros e focados na pessoa; os profissionais de saúde recetivos, competentes e em número suficiente; a liderança, governação e administração deve desenvolver estruturas de politica estratégica; a informática da saúde permite a produção e disseminação de análise; os medicamentos, vacinas e tecnologia devem ser de acesso

equitativo e de qualidade e o financiamento da saúde é necessário para que os serviços possam ser disponibilizados (Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN), 2019).

Em Portugal, para fazer face aos novos desafios da saúde, implementaram-se novas políticas na organização dos cuidados da saúde que pretenderam o envolvimento dos profissionais e dos cidadãos. Nesse contexto, surgem os conceitos de Governação Clínica, Governação de Saúde e Governação Integrada. Em que o cidadão, é o elemento central no sistema de saúde, um agente de participação e de mudança (Portugal, 2013 e 2015b).

O PNS revisão e extensão a 2020 é um instrumento de governança, que integra todos os agentes que promovem a saúde, para obtenção de ganhos em saúde sustentáveis. À semelhança do documento “Um Futuro para a Saúde” (Fundação Calouste Gulbenkian, 2014) que propõe o *empowerment* (empoderamento) dos cidadãos, pela participação ativa da sociedade e por uma procura contínua de qualidade.

Tal como no anterior PNS 2012-2016, são considerados quatro eixos estratégicos: cidadania em saúde, equidade e acesso adequado aos cuidados de saúde, qualidade em saúde e políticas saudáveis (Portugal, 2013).

No Plano Nacional de Saúde (PNS) revisão e extensão a 2020, o cidadão é referido como um elemento central do sistema de saúde, apresentando-se como um agente de participação de mudança. De tal modo, o cidadão deve ser capacitado para assumir a responsabilidade da sua saúde individual e coletiva, para que tomem decisões informadas sobre os aspetos determinantes de saúde, tornando-os mais responsáveis pelo seu autocuidado, prevenindo situações de risco e evitando possíveis consequências. Ou seja, aumentar a capacitação do cidadão, para que esse possa adotar estilos de vida mais saudável e comportamentos mais positivos para a saúde (Portugal, 2015b).

A criação e implementação de programas centrados em ambientes específicos, como escolas e locais de trabalho, condições ambientais, organizacionais e sociais mais favoráveis à saúde, deverá ser uma prioridade para a capacitação das pessoas, promovendo dessa forma a adoção de estilos de vida saudável.

Para Santos (2011), deve o jovem ser alvo de maior atenção, uma vez que é nesta fase da vida que se adquirem hábitos comportamentais fortes e provavelmente se mantêm durante a vida. A vida do estudante do ensino superior, é mais suscetível de sofrer alterações no que diz respeito a comportamentos e hábitos saudáveis, pois o facto de estudar longe de casa, não ter a orientação dos seus familiares, o stresse da adaptação à nova vida, a responsabilidade que lhe é exigida, uma dieta inadequada, a falta de exercício físico, as poucas horas de sono, as saídas à noite que levam a comportamentos de consumo de

álcool, tabaco, drogas e comportamento sexual de risco, modificam o estudante universitário e o seu estilo de vida.

A proposta das UPS, desenvolve-se a partir de varias iniciativas por parte da Organização Mundial de Saúde, nomeadamente da Declaração de Alma Ata em 1977, que determina a importância dos cuidados de saúde primários, sendo reforçada na Carta de Ottawa em 1986 e na Declaração de Jacarta em 1997, as quais promovem a busca de ambientes saudáveis e de promoção da saúde e sobretudo pela Carta de Okanagan em 2015, resultado da Conferência Internacional de Saúde de 2015 de Promoção de Universidades, realizada em Okanagan, na Universidade da Colúmbia Britânica.

O conceito de UPS surgiu como parte do movimento para ambientes de promoção de saúde. As UPS são espaços privilegiados para a criação de um contexto promotor de saúde, contribuído para o bem-estar e sustentabilidade de uma comunidade em geral (Carta de Okanagan, 2015).

Este conceito de Universidade Promotora de Saúde vai além da educação em saúde e promoção da saúde para estudantes e funcionários, integra a saúde na cultura, processos e políticas da universidade, combina fatores como capacitação, escolha e participação com metas de equidade, sustentabilidade e ambientes de vida (Tsouros, 1998). Apresenta-se como uma abordagem dinâmica do desenvolvimento continuo baseado na praxis.

As universidades são um centro de aprendizagem, desenvolvimento, criatividade e inovação, oferecendo uma oportunidade de melhorar a saúde e bem-estar dos estudantes e comunidades. Por sua vez, o sucesso das UPS depende da capacidade de integração e compromisso da saúde com as políticas e práticas Universitárias (Abercrombie, Gatrell, Thomas, 1998).

As universidades também são grandes empregadores, constituindo com os seus funcionários uma das principais comunidades, por consequência, estas têm o potencial de afetar positivamente a vida e saúde dos seus membros. Podendo ser feito, com a adoção de estilos de gestão adequados, procedimento de comunicação e tomada de decisão em procedimentos que afetam o seu dia a dia (Abercrombie, Gatrell, Thomas, 1998).

PEER-IESS é o acrónimo de *Participation, Engagement and Evaluation Research to Implement eHealth Salutogenic Settings*, apresenta-se como uma ferramenta de transformação organizacional, com o intuito de recrutar Instituições de Ensino Superior a criarem ambientes que promovam a saúde, transformando-os assim em contextos salutogénicos (Silva e Brito, 2014).

PEER-IESS, é um modelo de pesquisa-ação participativa, dirigido as comunidades de ensino superior na resolução dos problemas de saúde dos jovens e trabalhadores, através

formas criativas e dialógicas de fazer intervenção comunitária. Este modelo tem como base os critérios de qualidade de pesquisa ação-participativa e fundamenta-se no modelo PRECEDE-PROCEED (*Predisposing, Reinforcing, Enabling, Constructs in Educational/ecological Diagnosis and Evaluation - Policia, Regulatory, Organizational, Constructor in Educational and Environmental Development*) (Green & Kreuter, 2005) para o desenvolvimento e avaliação da intervenção (Silva e Brito, 2014).

1.1 CIDADANIA, SAÚDE E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Aquando da constituição da OMS, fundada em 1948, a saúde é definida como “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 1998). Conceito reforçado na Declaração de Alma-Ata (1978), estabelecendo uma nova orientação da política em saúde, dando ênfase ao envolvimento das pessoas, à cooperação entre os vários sectores da sociedade, bem como à criação dos cuidados de saúde primários. A saúde passou a ser entendida numa perspetiva positiva, devendo constituir um direito humano fundamental.

Esta conceção de saúde, foi desenvolvida após o Renascimento, ocorrendo transformações sociais e económicas, emergindo um maior interesse pelo processo saúde-doença, investimento no tratamento da doença, na prevenção das doenças e promoção da saúde da pessoa e das comunidades (Ribeiro, 2007).

A percepção ou a definição de saúde, varia no espaço e no tempo, de acordo com as circunstâncias e valores da sociedade. Scliar refere que, o conceito de saúde reflete uma conjuntura social, económica, política e cultural, ou seja, a saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas, depende da época, do lugar, da classe social, dos valores individuais, de concepções científicas, religiosas, filosóficas (Scliar, 2007), no entanto, a saúde deve constituir-se como um instrumento para promover a qualidade de vida.

Para Bircher a saúde é um estado dinâmico de bem-estar, caracterizado pelo potencial físico, mental e social que satisfaz as necessidades vitais de acordo com a idade, cultura e responsabilidade pessoal (2005).

Em 2009 a WHO define saúde como um estado dinâmico de bem-estar físico, mental, emocional/afetivo, social e espiritual. As atuais definições de saúde, valorizam o homem, como um ser social que vive em sociedade, influenciando-a, fazendo parte dela, ao mesmo tempo que recebe as suas influências e a ela se adapta. Atualmente, a saúde é entendida como uma situação de equilíbrio entre o nível físico, psíquico e sócio ambiental.

O direito à saúde, faz parte dos direitos sociais, apresentando-se como um dos mais difíceis de ser alcançado, requerendo ações efetivas por meio de políticas e programas eficazes.

Tradicionalmente, a saúde tem sido encarada como uma responsabilidade pública, pertencendo ao Estado zelar pela saúde de todos os habitantes.

No Estado de Direito Português a Lei suprema (Constituição da Republica Portuguesa), tal como confere o disposto nos pontos número 1 e 2 do artigo 64º, é descrito que todos têm

o direito à proteção da saúde, e que para essa proteção, devem ser criadas condições económicas, sociais, culturais e ambientais no sentido de garantir a saúde da população.

Também carece lugar de destaque, a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (Organização das Nações Unidas (ONU), 2015), que, nomeadamente no seu objetivo número 3, define a obrigatoriedade de garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades, aprofundando as obrigações dos Estados relativamente no direito à saúde e impõem condições, para que a saúde possa ser uma preocupação inscrita nas políticas de saúde nacionais.

O ICN defende que, a saúde é um direito humano a que todos os seres humanos têm o direito a um acesso de custo viável e com cuidados de saúde de qualidade. No entanto, globalmente 400 milhões de pessoas carecem de acesso a um ou mais serviços de saúde essenciais (ICN, 2019).

Por sua vez, a compreensão holística da saúde, só pode ser almejada na concretização da cidadania em saúde. A cidadania em Saúde emerge em 1978, da Declaração de Alma-Ata como “o direito e dever das populações em participar individual e coletivamente no planeamento e prestação dos cuidados de saúde” (Alma-Ata, 1978). Nesse contexto, o cidadão é responsável pela sua própria saúde, assim como da saúde da sociedade onde está inserido, tendo o dever de a defender e promover a reconhecida liberdade de escolha (Lei de Bases da Saúde, 1990).

Nesta linha de orientação, também um dos eixos estratégicos do PNS 2012-2016 e do PNS revisão e extensão a 2020, é a cidadania em saúde, cujo principal objetivo é “promover uma cultura de cidadania, assente no desenvolvimento de iniciativas dirigidas à comunidade ou a grupo populacionais, visando a promoção da literacia, capacitação, *empowerment* e participação” (Portugal, 2013, p.38). O cidadão é colocado no centro do sistema de saúde valorizando a sua capacitação e o seu potencial para promover a sua saúde e a dos outros.

O conceito de cidadania, adotado pelo PNS 2012-2016 foi o de Gavena [et al.] (2002), designado como “um estatuto de membro de uma comunidade (local, nacional, supranacional) sobre o qual existe uma relação de responsabilidade, legitimada por cada pessoa assumir direitos e deveres” (Portugal, 2013, p.37).

Apóstolo (2013) refere que, uma cidadania ativa, pressupõe que pessoas e organizações assumam a responsabilidade de desenvolver a sociedade, através de ações de participação pública e política como o associativismo, o voluntariado e a filantropia.

Saboga-Nunes, Freitas e Cunha (2016), defendem que o empoderamento do cidadão tem por base o aumento da capacidade de compreensão, de forma a este integrar o processo de decisão, promovendo assim a adesão à terapêutica, prevenção de riscos e contribuição para a adoção de estilos de vida mais saudáveis.

A Conferência de Ottawa, constitui um marco de referência na definição de funções chave para alcançar a saúde, capacitar os cidadãos e mediação em saúde. Esta Conferência, foi a Primeira Conferência Internacional para a Promoção da Saúde, ocorreu em Ottawa (Canadá) desta resultando a Carta de Ottawa para a Promoção de Saúde em novembro de 1986, que por sua vez se baseou na Declaração de Alma-Ata e no documento As Metas da Saúde para Todos da OMS.

Na Carta de Ottawa (1986), a promoção de saúde é “o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar”. Constitui um processo para dar às populações, os meios de assegurar um maior controle, sobre a sua própria saúde e de a melhorar. Compreende ações que visam reforçar as aptidões e capacidades dos indivíduos, mas também medidas que visam alterar a situação social, ambiental e económica. Contribuindo para a redução dos efeitos negativos sobre a saúde pública e sobre a saúde das pessoas (Carta de Ottawa,1986).

Para a consecução da promoção da saúde, são definidas na Carta de Ottawa cinco áreas de ação: estabelecer políticas saudáveis; criar ambientes favoráveis à saúde; reforçar a ação comunitária; desenvolver competências pessoais; reorientar os serviços de saúde.

Dessa conferência e numa perspetiva de continuidade, surgiram outras conferências, que se concentraram em políticas públicas favoráveis à saúde (Adelaide, 1988) e em ambientes favoráveis à saúde (Sundsvall, 1991). O que permitiu entender melhor as estratégias de promoção da saúde.

Na Declaração de Adelaide, são identificadas quatro áreas prioritárias para a concretização de políticas saudáveis: o apoio à saúde das mulheres, a alimentação e nutrição, o tabaco e álcool e a criação de ambientes favoráveis à saúde.

Na Declaração de Sundsvall, são definidos como elementos do ambiente favorável à saúde, os aspetos físicos e sociais dos contextos de vida. A referida Declaração, enumera quatro ações estratégicas de saúde pública: o fortalecimento da sua defesa através da ação comunitária, o empoderamento das comunidades e dos indivíduos, a construção de alianças para a saúde e criação de ambientes de suporte e a mediação por forma a assegurar um acesso equitativo a ambientes favoráveis à saúde.

Em julho de 1997, na República da Indonésia, mais precisamente em Jacarta, foi realizada a Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, da qual emergiu a Declaração de Jacarta sobre a Promoção da Saúde no século XXI.

A Declaração de Jacarta (1997), realçou as estratégias da Carta de Ottawa e estabeleceu como prioridades para a promoção da saúde no século XXI: promover a responsabilidade social no que respeita à saúde; reforçar o investimento para o desenvolvimento em saúde; consolidar e expandir as parcerias em saúde: aumentar a capacitação da comunidade e do indivíduo; assegurar uma infraestrutura para a promoção da saúde.

A promoção da Saúde, deve ser efetuada com os indivíduos, grupos e comunidades no sentido de melhorar a capacidade de agir dos mesmos e de influenciarem os determinantes da saúde (Declaração de Jacarta, 1997).

Outras Conferências Mundiais, reafirmaram as orientações para promoção da saúde e proporcionaram orientações para abordar os determinantes sociais da saúde, como a Conferência ocorrida no México em 2000, da qual emergiu a Declaração Ministerial do México, a sucedida na Tailândia em 2005, que deu origem à carta de Bangucoque, a decorrida no Quênia em 2009 na capital de Nairobi, tratando-se da primeira Conferência a ocorrer num país africano, com o tema: “Encerrar o abismo na implementação da Promoção da Saúde”, e a ocorrida em Helsínquia, no ano de 2013, sendo a oitava Conferência Global sobre Promoção da Saúde, dedicada à promoção da saúde e a equidade através da implementação da “Saúde em todas as políticas”.

Quarenta anos depois da Declaração de Alma-Ata, a sua mensagem continua a ser relevante. No entanto, as alterações dos estilos de vida e do ambiente criaram novos desafios para a saúde. Surgem as doenças crónicas, como as que mais matam e mantêm-se as desigualdades sociais e a exclusão política (ICN, 2019).

Para dar cumprimento às recomendações emergidas das várias Conferências e confluindo com os princípios da Estratégia Europa 2020, assim como da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, bem como da OMS, a estratégia Health 2020, Portugal apresentou o PNS revisão e extensão a 2020.

O direito à saúde ao mais alto padrão possível, apresenta-se como um sistema de saúde eficaz e integrado e que tenha em consideração os determinantes da saúde (ICN, 2019).

O conceito de determinantes da saúde foi desenvolvido no Canadá no âmbito da doença cardíaca, pelo Departamento de Saúde de Toronto, e é hoje o modelo utilizado pela OMS.

No estudo, “A new perspective on the health of Canadians” de 1974, que viria a ficar conhecido como o “Lalonde Report”, cuja autoria foi do ministro da saúde do Canadá Marc Lalonde, apresentou o modelo sobre determinantes da saúde que ainda hoje representa plena importância para a Saúde Pública.

Lalonde (1981) propunha quatro grandes áreas responsáveis pela saúde individual das pessoas, que estavam interdependentes:

- Biologia humana - engloba património genético, a maturação e o envelhecimento;
- Meio ambiente - qualidade do ambiente físico e do meio social;
- Estilo de vida - comportamentos saudáveis que os indivíduos adotam e sobre os quais se pode exercer controlo;
- Organização da assistência à saúde - meios disponíveis, distribuição e acessibilidade aos mesmos.

A terminologia “determinantes da saúde”, que teve origem na economia e na sociologia (Dias, 2011), define um conjunto de fatores que, isoladamente ou combinados entre si, condicionam positiva ou negativamente o estado de saúde.

Como definição para o que determina o estado de saúde de uma população a WHO refere um conjunto de fatores pessoais, sociais, económicos e ambientais que influenciam a saúde dos indivíduos ou das comunidades (1998).

Outra definição, de Bonita, Beaglehole, & Kjellström (2010), afirma que os determinantes da saúde são fatores sociais, económicos, culturais e ambientais, a maioria dos quais fora do setor saúde, mas responsáveis pela manutenção da saúde ou instalação da doença no indivíduo.

O modelo de Laverack (2008), considera como determinantes da saúde: os fatores de risco (baixo nível social, atividade profissional perigosa, ambiente poluído, discriminação, individualismo, a competitividade); os fatores fisiológicos (hipertensão, hipercolesterolemia, ansiedade); os fatores comportamentais (alimentação pouco saudável, sedentarismo, consumo de tabaco, álcool e drogas) e os fatores psicossociais (isolamento, baixa autoestima, ausência de motivação e determinação e fraco poder de percepção).

Um dos modelos mais conhecidos que procura esquematizar a relação entre os diversos determinantes é o “Arco-íris de Dahlgren e Whitehead”.

Dahlgren e Whitehead (1991) desenvolveram um modelo concêntrico em que consideram as condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais; as condições de vida e trabalho; as redes sociais e comunitárias; os estilos de vida e fatores constitucionais.

Na figura 1, os indivíduos estão na base do modelo, com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos, que evidentemente, exercem influência sobre as suas condições de saúde. Na camada imediatamente externa aparecem os estilos de vida individuais. Esta camada está situada entre os fatores individuais e os determinantes sociais da saúde, já que os estilos de vida, são da responsabilidade individual, mas estão fortemente condicionadas por determinantes sociais, como exemplos de propaganda, pressão dos pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis entre outros (Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), 2008).

A camada subsequente destaca as redes sociais e comunitárias, de importância elementar para a saúde da sociedade como um todo. No nível seguinte estão representados os fatores relacionados com as condições de vida e de trabalho, como saúde, a educação, condições habitacionais, acessibilidade aos serviços sociais e de saúde, ambiente do trabalho, produção agrícola e de alimentos. No último nível estão situados os macrodeterminantes relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade e que detêm grande influência sobre as demais camadas (CNDSS, 2008).

Figura 1- Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead (1991)



Fonte: Adaptado Ministério da Saúde, 2018

Para Branquinho (2000), os determinantes da saúde são classificados por fatores: biológicos (idade, sexo e fatores genéticos); estilos de vida (fumar, exercício físico e nutrição); ambientais e condições de vida (alojamento, água, esgotos e condições de trabalho); sociais (emprego, nível socioeconómico e rede social de contactos); sistemas de saúde (políticas de saúde, serviços de saúde, acessibilidade aos cuidados de saúde).

Por sua vez, George (2004), enquanto diretor geral da DGS, refere-se aos determinantes da saúde, como sendo todos os fatores de risco que influenciam a nível individual, familiar ou da comunidade a ocorrência de problemas de saúde.

Em suma, determinantes da saúde, são o resultado de muitos fatores, incluindo a habitação, alimentação, educação, segurança social, rendimentos, serviços sociais e de saúde, respeito pelos direitos humanos e emprego. Frequentemente, estes fatores influenciam as escolhas em termos de estilo de vida, aptidões de *coping* e comportamentos de saúde. Controlar os determinantes sociais da saúde é um desafio de larga escala para a saúde pública, sendo necessário uma perspetiva multidisciplinar. (ICN, 2000).

Nessa perspetiva, conclui-se que os contextos sociais determinam os estilos de vida e os hábitos saudáveis, pois os comportamentos dificilmente se modificam se não se promoverem mudanças ambientais adequadas.

A Agenda 2030 constituída por 17 Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável, são a visão comum para a Humanidade, em áreas que afetam a qualidade de vida de todos os cidadãos do mundo. Destacando-se grandes áreas gerais: Pessoas (referente à erradicação da pobreza e fome, da promoção da dignidade e da igualdade); Planeta (incidindo sobre o consumo e produção sustentáveis, o combate à mudança climática e à gestão dos recursos naturais); Prosperidade (no que diz respeito à realização pessoal, ao progresso económico e social); Paz (sociedades pacíficas, justas e inclusivas, livres do medo e da violência) e Parcerias (relativamente à integração transversal, à interconexão e à mobilização conjunta em prol dos mais vulneráveis).

1.2 MODELO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE DE NOLAPENDER

Ao entrar para o Ensino Superior, os estudantes, na sua maioria jovens, encontram-se em fase de transição para a vida adulta, trazendo consigo várias inseguranças, como a adaptação a vida académica, a ansiedade de satisfazer as expectativas sociais e familiares, e no decorrer dos estudos o stresse de inúmeras atividades e compromissos académicos. Assim sendo, toda a nova rotina pode trazer desgastes físicos e mentais, comprometendo, desse modo, a aprendizagem e a saúde (Araújo, [et al.], 2014).

Os enfermeiros são o corpo profissional que estabelece um relacionamento mais próximo com as pessoas, e a sua intervenção está intrinsecamente relacionado com o bem-estar e promoção da saúde, devendo neste âmbito, capacitar os estudantes para a adoção de escolhas saudáveis (Soares, Pereira e Canavarro, 2015).

Para alicerçar a prática de enfermagem e contribuir para a compreensão da complexidade do processo saúde-doença, é possível utilizar modelos e teorias de enfermagem. O compromisso da prática baseada na teoria, ajuda os enfermeiros a organizar, compreender e analisar os dados do cidadão, permite tomar as decisões mais corretas sobre as intervenções terapêuticas, assim como planejar o tratamento, prever e avaliar os resultados das intervenções.

Os modelos conceptuais, são estruturas ou paradigmas que fornecem diferentes perspetivas da enfermagem, de acordo com as características do modelo (Tomey e Alligood, 2004). Sendo que o metaparadigma é considerado um nível mais abstrato do conhecimento e determina os principais conceitos para a enfermagem (Tomey e Alligood, 2004). Considera-se a progressão de um metaparadigma (o mais abstrato) para vários modelos conceptuais e esse por sua vez, para múltiplas teorias. Ainda para os autores anteriormente mencionados (2004, p.7) a teoria de enfermagem “é um grupo de conceitos relacionados que provém dos modelos de enfermagem”. Refere-se então que, as teorias oferecem estrutura e organização ao conhecimento e possibilita aos enfermeiros uma perspetiva de visualização do utente/ cidadão, assim como um modo sistemático de recolher dados (Ribeiro, [et al.], 2018).

Todas as teorias de enfermagem, tem contribuído para uma formação de base sólida de conhecimento, permitindo a enfermagem organizar-se em torno de quatro conceitos: a saúde, a pessoa, o ambiente e os cuidados de enfermagem.

Nola J. Pender nasceu em 1941 na capital de Michigan, em Lansing. Quando tinha 7 anos, ao acompanhar a sua tia quando recebia cuidados de enfermagem, Pender ficou fascinada pelo trabalho e construiu a ideia de que a enfermagem era cuidar de ajudar as outras pessoas a cuidarem de si mesmas (Tomey e Alligood, 2004).

Nola Pender, em 1975, desenvolveu e publicou em forma de artigo “Um modelo conceptual de conduta para a saúde preventiva”. Através deste estudo, ela identificou fatores que influenciavam as ações e decisões dos indivíduos que tinham por fim a prevenção de doenças (Alves, 2010).

Em 1982, publicou a primeira edição do Modelo de Promoção da Saúde, salientando a influência de processos biopsicossociais complexos na motivação dos indivíduos para se comprometerem com condutas saudáveis (MEIRIÑO, [et al.], 2012). Como base teórica, integra diversos constructos, sendo o central a Teoria de Aprendizagem Social de Albert Bandura, que postula a importância dos processos cognitivos na alteração comportamental (Sakraida, 2004).

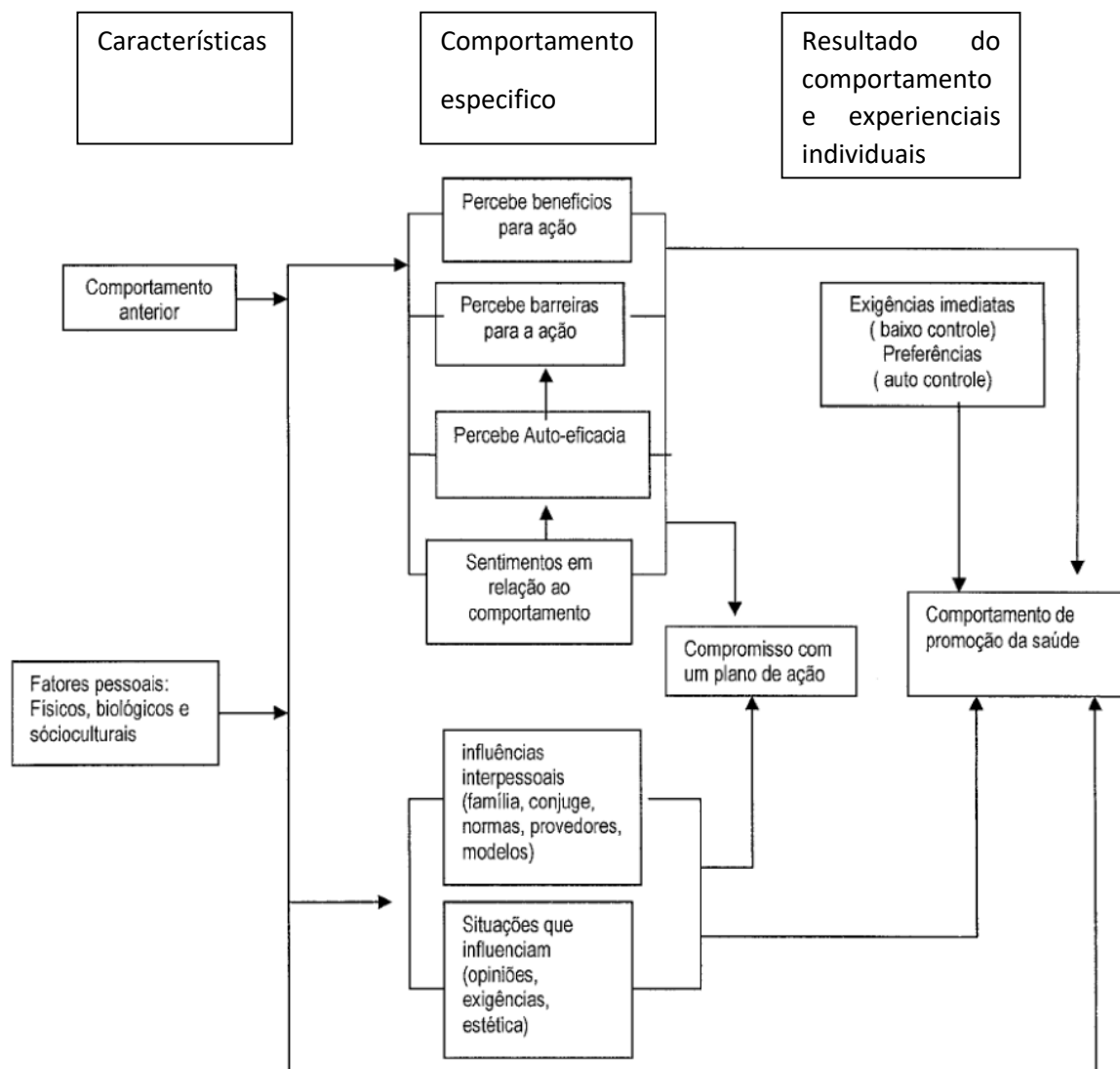
O Modelo de Nola Pender, foi desenvolvido nos Estados Unidos da América, aproximadamente nos anos de 1980, também designado por Modelo de Promoção da Saúde, expõe atividades voltadas para o desenvolvimento de recursos que mantenham e intensifiquem o bem-estar da pessoa. O referido modelo, integrado na ciência do comportamento, identifica os fatores que influenciam comportamentos saudáveis, orienta o complexo processo biopsicossocial e motiva os indivíduos a comportamentos promotores de saúde (Vítor, Lopes e Ximenes, 2005).

No Modelo de Nola Pender apresenta-se uma base para estudar o modo como as pessoas tomam as decisões sobre seu cuidado, sobre sua própria saúde no contexto da enfermagem. Desta forma, visa identificar-se os fatores que estão envolvidos na tomada de decisão e nas ações desses indivíduos em relação à prevenção de doenças. Pender afirma que promover um estado ótimo de saúde deve vir antes das ações de prevenção de saúde (Pender, Murdaugh, Parsons, 2010).

O paradigma de Nola Pender de promoção da saúde, é fundamentalmente usado para implementar e avaliar ações de promoção da saúde, permitindo avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde, pelo estudo de três pontos principais: as características e experiências individuais; os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e o comportamento de promoção da saúde desejável alcançar (Sakraida, 2004).

Para melhor compreender o Modelo recorremos à sua representação esquemática (Figura 2), no sentido de explicitar os principais componentes.

Figura 2- Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender



Fonte: Adaptado de Vítor, Lopes e Ximenes, 2005

O diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, como se pode verificar pela figura é composto por três componentes principais: Características, Comportamento específico e Resultado do comportamento e experiências individuais (Vítor, Lopes e Ximenes, 2005).

As características e experiências individuais são o primeiro componente do modelo e contempla 2 variáveis: o comportamento anterior e fatores pessoais (biológicos, psicológicos e socioculturais). O “comportamento anterior” refere-se ao comportamento que dever ser modificado (Vítor, Lopes e Ximenes, 2005). Os “fatores pessoais” referem-

se a aspetos que são preditores de um comportamento e moldados pela natureza do comportamento a ser considerado (Sakraida, 2004). São categorizados em fatores biológicos (idade, sexo, força, índice de massa corpórea, agilidade e equilíbrio), em psicológicos (autoestima, auto motivação, competência pessoal, estado de saúde percebido e a definição de saúde) e socioculturais (educação, condição financeira, raça, etnia) (Vítor, Lopes e Ximenes, 2005).

O segundo componente do modelo, é considerado o comportamento específico e contempla 6 variáveis: percebe benefícios para a ação, percebe barreiras para a ação, percebe autoeficácia, sentimentos em relação ao comportamento, influências interpessoais e situações que influenciam (Sakraida, 2004). De seguida descreve-se sumariamente as respetivas variáveis (Vítor, Lopes e Ximenes, 2005):

- Percebe benefícios para a ação: os resultados e representações mentais positivas provenientes do comportamento promotor de saúde que reforça a adoção desse comportamento;
- Percebe barreiras para a ação: percepções negativas de um comportamento como custos imaginados ou reais e fatores pessoais que dificultam a adoção de determinado comportamento;
- Percebe autoeficácia: julgamento das capacidades pessoais de organizar e executar um comportamento promotor de saúde. Possui influência direta sobre as barreiras de ação percebidas, de tal forma que, quanto maior a eficácia percebida, menores são as barreiras para a execução desse comportamento de saúde.
- Sentimentos em relação ao comportamento: reflete os sentimentos que podem ser positivos, negativos, agradáveis ou desagradáveis, que se dão antes, durante e depois do comportamento, baseados nos estímulos do próprio comportamento. Esse fator influencia a autoeficácia percebida, ou seja, quando mais positivo é o sentimento subjetivo que estimula a executar a ação, melhor é o sentimento de autoeficácia.
- Influências interpessoais: são conhecimentos sobre as condutas, crenças e atitudes influenciadas por outras pessoas, como as fontes primárias, que são os profissionais de saúde, o cônjuge, a família ou por normas e modelos sociais. Normas seriam as expectativas das pessoas mais importantes e aprendizagem indireta ao observar alguém comprometido com uma conduta em particular.
- Situações que influenciam: o ambiente pode facilitar ou impedir a adoção de algum comportamento de saúde. Compreende a análise das opções disponíveis, características da demanda e características estéticas do ambiente em que é sugerida a execução dos comportamentos promotores de saúde.

O terceiro e último componente é considerado, o resultado do comportamento e das experiências individuais e compreende 3 variáveis: compromisso com o plano de ação, exigências imediatas e comportamento de promoção de saúde (Vítor, Lopes e Ximenes, 2005). O “compromisso com um plano de ação” refere-se a ações que possibilitam ao sujeito manter comportamentos promotores de saúde. Relativamente às “exigências imediatas”, considera-se que as pessoas têm baixo controle sobre os comportamentos que requerem mudanças imediatas, enquanto que as preferências pessoais exercem um alto controle sob as ações de mudança de comportamento. O “comportamento promotor de saúde” é o resultado da implementação do Modelo de Promoção da Saúde.

Victor, Lopes e Ximenes (2005) alegam que este modelo apresenta uma estrutura facilitadora para que os enfermeiros realizem, o cuidado de forma individual ou em grupos, permitindo assim o planejamento, intervenção e avaliação de suas ações.

Pode-se observar que o Modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender é de suma importância para a atuação dos enfermeiros, pois serve para integrar os métodos de enfermagem nas condutas de saúde dos indivíduos.

1.3 REDE E UNIVERSIDADES PROMOTORAS DE SAÚDE

As transformações ocorridas no Mundo desde o lançamento da Carta de Ottawa demandam um novo olhar sobre a promoção da saúde.

A promoção da saúde requer uma abordagem proativa, que vai além do foco comportamental individual, integrando aspetos sociais e ambientais, enfatizando-se a interconexão entre indivíduos e seus ambientes (Carta de Okanagan, 2015). Um modelo holístico, positivo (salutogénico) e sociológico de promoção de saúde.

A saúde para todos e o desenvolvimento sustentável, só podem ser alcançados através de mudanças institucionais a todos os níveis, privilegiando uma abordagem integrada, planeamento, participação e cooperação (Tsouros, [et al.], 1998).

A proposta das Universidades Promotoras de Saúde (UPS), desenvolve-se a partir de varias iniciativas por parte da Organização Mundial de Saúde, nomeadamente com a Declaração de Alma Ata em 1978, que determina a importância dos cuidados de saúde primários, sendo reforçada na Carta de Ottawa em 1986 e na Declaração de Jacarta em 1997 as quais promovem a busca de ambientes saudáveis e de promoção da saúde e sobretudo pela Carta de Okanagan em 2015, resultado da Conferência Internacional de Saúde de 2015 de Promoção de Universidades, realizada em Okanagan, na Universidade da Colúmbia Britânica.

Também a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (ONU, 2015), e o movimento das cidades saudáveis, representam uma oportunidade para o desenvolvimento e renovação da promoção da saúde e das UPS.

A proposição de Universidades Saudáveis teve início na Oficina Regional da OMS na Europa a partir da iniciativa de ambientes saudáveis em cidades, escolas, universidades, organizações profissionais, hospitais e outros contextos com o objetivo de impulsionar a promoção da saúde (Arroyo e Rice, 2009).

As cidades influenciam significativamente a saúde e o bem-estar das pessoas, considerando-se o movimento de cidades saudáveis, através de várias políticas e intervenções fundamental para a promoção da saúde (WHO, 2013b). O referido movimento integra o combate a exclusão e promoção do apoio social, vida saudável e ativa, planeamento e design urbanos saudáveis, processos participativos e inclusivos para os cidadãos, entre outros (WHO, 2013b).

As Universidades e as Instituições de Ensino Superior (IES) de um modo geral, são contextos nos quais as pessoas vivenciam diferentes aspetos da sua vida, enquanto indivíduos e futuros profissionais, apresentando-se a saúde e bem-estar fundamental para o desenvolvimento social, económico e pessoal dos indivíduos, famílias e comunidades (WHO, 2009).

Na América Latina os projetos ambientais saudáveis, na década de 90 foram ganhando a sua força, conseguindo avanços significativos e formalizaram-se em 1996 ao nível do ensino superior, redes académicas e profissionais, sendo assim dados os primeiros passos para a criação das UPS. Nesse mesmo ano em Inglaterra, Lancaster, realizou-se a primeira Conferência Internacional sobre UPS e que permitiu a criação da Rede de Universidades Europeias Promotoras de Saúde (Arroyo e Rice, 2009).

De acordo com dados do site da Rede Ibero-americana de Universidades Promotoras de Saúde (RIUPS), na Região das Américas o primeiro congresso internacional de UPS, aconteceu no Chile, em 2003, tendo como tema central “Construindo universidades saudáveis” sendo coordenado pela Universidade Pontifícia Católica do Chile e da Universidade de Alberta do Canadá. O segundo congresso foi realizado em 2005 na universidade de Alberta em Edmonton, surgindo deste evento a *Carta de Edmonton* que estabelece a estrutura conceptual, objetivos, crenças e princípios da iniciativa. No entanto, só em 2006, sob a liderança Chilena, é publicado o “Guia para as Universidades Saudáveis e Outras Instituições de Ensino superior”.

Na universidade Autónoma de *Ciudad Juárez*, em outubro de 2007, realizou-se o terceiro congresso internacional de UPS, com apoio da Organização *Pan-Americana* da Saúde da OMS e da Universidade Católica do Chile, propondo a criação da rede Ibero-americana de Universidades Promotoras de Saúde. A criação de redes de UPS são um mecanismo que busca reunir instituições voluntárias que tenham como objetivo a promoção da saúde nas instituições de ensino superior. Estas assumem um papel relevante na consolidação das UPS, mais ainda, articulam alianças no sentido de impulsionar a agenda de saúde das instituições participantes e facilitar o desenvolvimento de estruturas e ações para a promoção de saúde nas comunidades universitárias. As redes representam os principais mecanismos de mudança e inovação, fornecendo a base ideal para promover compromissos, criar legitimidade de mudança e promover a solidariedade, podendo ajudar os seus membros a evitar ou repetir erros ou ter que reinventar (Tsouros, 1998).

O quarto congresso internacional de UPS, realizou-se em Espanha pela universidade pública de Navarra no ano de 2009, emergindo deste, a Declaração de Pamplona, na qual

são apresentadas as intenções para as instituições de ensino superior para o século XXI, abrangendo os conceitos de sustentabilidade ambiental e responsabilidade social.

O quinto congresso internacional das UPS, realizou-se em 2011, na comunidade universitária para a construção da saúde de Costa Rica. Em 2013, em Porto Rico realizou-se o sexto congresso internacional para a UPS, sucedendo em 2015, no Canadá o sétimo congresso internacional para a UPS e o oitavo congresso realizou-se em 2017 em Alicante, Espanha.

No entanto, o conceito de UPS é um processo ativo de conceptualização e redefinição do seu objetivo, a fim de garantir a relevância e finalidade prática do seu trabalho, assim como aprimorar os seus elementos distintos, estabelecendo a diferenciação conceptual e metodologia com outras ações realizadas no cenário universitário (Arroyo e Rice 2009).

Arroyo e Rice (2009) apresentam uma definição e caracterização do conceito de UPS, afirmando que se refere às entidades de Ensino Superior que desenvolvam uma cultura organizacional norteada por valores e princípios associados à Promoção da Saúde. A política institucional de ações de promoção de saúde deve ser clara e com alcance nos seguintes componentes:

- Desenvolvimento de regulamentos e políticas institucionais para promover ambientes favoráveis de saúde;
- Desenvolvimento de ações de formação académica profissional em Promoção da Saúde para a comunidade universitária;
- Desenvolvimento de ações de pesquisa e avaliação em Promoção da Saúde;
- Desenvolvimento de ações para educação em saúde, alfabetização em saúde e comunicação em saúde;
- Oferecer serviços preventivos e cuidado à saúde;
- Desenvolvimento e opções de participação para o crescimento de habilidades, liderança e advocacia em saúde para membros da comunidade universitária;
- Desenvolvimento de ações de âmbito familiar e comunitário;
- Outras instâncias institucionais e sociais de Promoção da Saúde, baseadas nos determinantes sociais da saúde, com o contributo para a saúde, mudança social, bem-estar e qualidade de vida da comunidade universitária e o ambiente externo.

Para Tsouros, [et al.] o conceito de UPS é a base de um processo estratégico que deve combinar pensamento visionário com pragmatismo e princípios claros e tangíveis. A Universidade Promotora de Saúde, integra a saúde na cultura, processos e políticas da universidade, desenvolvendo uma estrutura de ação que combina fatores de

empoderamento, diálogo, escolha e participação com metas de equidade, sustentabilidade e ambientes de vida, trabalho e aprendizagens adequadas a saúde. As Universidades têm capacidades intelectuais, habilidades e autoridade para transformar os modelos de promoção de saúde, sendo também um recurso valioso para as comunidades em que estão inseridas (Tsouros, [et al.], 1998).

Para promover a saúde é necessário promover a consciencialização, diálogo, participação e confiança. Por exemplo, investigar o stresse entre funcionários e alunos e divulgar os resultados, pode gerar um impulso e compromisso para resolver o problema. É necessário integrar a saúde na cultura universitária criando cooperação e processos de tomada de decisão, abordagem integrada para políticas de saúde, planeamento com base sobre a participação e cooperação entre setores e departamentos (Tsouros, [et al.], 1998).

Este movimento tem vindo a aumentar, sublinhando Soares [et al.], (2015) que o número de instituições de ensino superior que adotaram o desafio das UPS não parou de crescer no mundo nos últimos 20 anos.

Os principais papéis da universidade são o ensino e a pesquisa, no entanto, também devem promover a flexibilidade e garantir a pesquisa á saúde, nomeadamente com temas e questões de consciencialização de saúde. Além de pesquisas relacionadas com a saúde, outras pesquisas realizadas nas artes, humanidades, ciências sociais, recursos naturais, ciências e outras áreas, influenciam saúde da população.

Nem todas as experiências em saúde tem o potencial de a moldar, mas é importante para as universidades apoiar o desenvolvimento pessoal e social saudável, permitindo a toda a comunidade explorar o seu potencial. Facilitando assim, as escolhas saudáveis, o incentivo à exploração e a experimentação com segurança. Pode ainda contribuir para o desenvolvimento local social, económico, cultural e recreativo, através de parcerias com empresas, setor público e voluntariado, tornando-se assim a universidade parte integrante de uma comunidade. (Abercrombie, Gatrell, Thomas, 1998).

Para Abercrombie, Gatrell, Thomas uma UPS deve ser baseada em valores fundamentais, incluindo a democracia, o empoderamento mútuo, a autonomia individual e a participação da comunidade (1998).

Tsouros, Dowding, Thompson e Dooris (1998), referem como critérios de caracterização das UPS:

- Assumir um compromisso institucional de promoção de saúde, com o envolvimento da comunidade educativa;
- Promover o bem-estar dos colaboradores;

- Desenvolver e aplicar conhecimentos relacionados com a saúde e desenvolver a literacia crítica dos estudantes;
- Desenvolver a responsabilidade pessoal e social dos estudantes;
- Advogar pelo bem-estar da comunidade local, nacional e global.

Para Ferreira (2018, p. 39) as IES possuem o potencial de contribuir para a saúde,

através da criação de ambientes de trabalho, aprendizagem e vivências saudáveis para estudantes, docentes e não docentes; ampliar a importância da saúde, promoção da saúde e da saúde pública no ensino e na investigação; estabelecer redes e parcerias para a promoção da saúde e intervenção comunitária.

Soares [et al.], (2015), com base em experiências decorridas em diferentes universidades de Portugal, salienta o ambiente físico como aspeto fulcral das UPS, destacando residências universitárias que possuam condições adequadas de habitação e de estudo, podendo algumas delas disponibilizar cantinas/restaurantes universitários que apresentam alimentação saudável, espaços adequados para a prática de desportos, atividades físicas, atividades culturais, assim como a prestação de cuidados de saúde primários especializados na promoção da saúde e do bem-estar.

As UPS podem ainda influenciar positivamente a saúde fora do seu âmbito, nomeadamente pela já citada capacidade de influenciar a comunidade académica na defesa das políticas de saúde, bem como influenciar suas famílias e redes sociais. (Soares, [et al.], 2015).

1.4 MODELO PEER-IESS

Brito e Mendes coordenaram, desde 2009, o projeto PEER (*Education Engagement and Evaluation Research*), o qual promove a avaliação de projetos de educação pelos pares em Portugal, Brasil e Cabo Verde. Este projeto surgiu pela necessidade sentida de gerar um referencial metodológico de educação pelos pares para a população de jovens do ensino superior que fosse comum aos três países, tendo como objetivo capacitar e incentivar os grupos de estudantes a assumir uma liderança na promoção de saúde, na criação de contextos saudáveis e seguros, baseando-se na pesquisa ação participativa. PEER valoriza o voluntariado, a cooperação e participação e a co-criação de conhecimento científico (*peer research*), utilizando a educação pelos pares (*peer education*) e métodos de pesquisa colaborativa. PEER-IESS é o acrónimo de *Participation, Engagement and Evaluation Research to Implement eHealth Salutogenic Settings*, apresenta-se como uma ferramenta de transformação organizacional com o intuito de estimular Instituições de Ensino Superior a criar ambientes que promovam a saúde, transformando-as assim em contextos salutogénicos. PEER-IESS baseia-se nos princípios de colaboração participativa no qual as pessoas têm voz, envolvem-se para a resolução dos seus problemas e respostas de saúde e bem-estar, utilizando o modelo de pesquisa-ação participativa (PaPs), o qual apresenta procedimentos dialógicos e formas criativas de fazer intervenção na comunidade (Brito e Mendes, 2009). Apresenta-se como um modelo de mobilização comunitária para desenvolvimento *bottom-up* de Instituições de Ensino Superior Salutogénicas (Brito e Mendes, 2009).

Este modelo visa a intervenção participada com maximização da efetividade das respostas às suas necessidades e problemas de saúde, a partir da mobilização dos recursos endógenos e exógenos, com vista à promoção da saúde da comunidade educativa.

O PEER-IESS apoia as instituições de ensino superior a tornarem-se mais salutogénicas e a criar redes de trabalho para desenvolvimento comunitário, a partir da criação de um “grupo semente” que faz formação para desenvolver capacidade de gerar pesquisa-ação participativa em saúde. Inicialmente deve realizar-se um diagnóstico inicial da situação de saúde e sustentabilidade ambiental, e com essa informação inicia uma mobilização comunitária, utilizando sempre a pesquisa de ação-participativa com vista à implementação de estratégias à medida dos problemas identificados. Para efetuar essa avaliação utilizam-se vários instrumentos validados para a população portuguesa para avaliar os estilos de vida das pessoas (estudantes e trabalhadores) (Brito e Mendes, 2009).

Alguns das intervenções de educação de pares validadas são:

- Redução de danos na vida noturna (Antes que te queimes);

- Cessação tabágica (AQTQ para de Fumar);
- Refletir sobre a reforma (RESA).

Em validação estão:

- Terapia de Aceitação e Compromisso Online para Jovens Adultos (Be Kind To You);
- Intervenção motivacional online para jovens e idosos sobre precauções de segurança do COVID-19 (COVID19-MOVEe).

PEER-IESS envolve os estudantes e trabalhadores na avaliação do seu estilo de vida, bem como da qualidade de vida do ambiente de trabalho, através da epidemiologia participativa, permitindo assim aumentar a saúde das pessoas envolvidas, promover o envolvimento de recursos humanos, diminuir os custos com doenças de profissionais e promover a mudança de comportamentos (Brito e Mendes, 2009).

A evidência mostra que muitos dos estilos de vida não saudável como fumar, consumo de álcool entre outros, começam consolidam-se na universidade, por sua vez a evidência também evidencia que os estilos de vida saudável reduzem o número de doenças crônicas. Neste sentido é fulcral que as instituições de ensino superior promovam estilos de vida saudável e melhorem a qualidade do seu ambiente (Brito e Mendes, 2009).

A pesquisa-ação participativa tem um grande impacto na co-criação de ações que promovam a saúde.

O PEER-IESS fundamenta-se no referencial PRECEDE-PROCED (Green & Kreuter, 2005) para o desenvolvimento e avaliação de pesquisa-ação e tem como base os critérios de pesquisa ação participativa em saúde (Silva e Brito, 2014).

O modelo PRECEDE-PROCEED, acrónimo de *Predisposing, Reinforcing, Enabling, Constructs in Educational/ecological Diagnosis and Evaluation - Policia, Regulatory, Organizational, Constructor in Educational and Environmental Development*, desenvolvido por Green e Kreuter (2005), é um dos principais modelos de intervenção em promoção de saúde

A estrutura deste modelo foi desenvolvida na década de 70 e 80 e concebida em 1999 e assenta num paradigma de promoção de saúde, que visa reduzir os fatores de risco relacionados com os comportamentos e ou com o meio. Classifica os problemas de saúde em três grupos: fatores predisponentes, fatores facilitadores e fatores de reforço (Silva e Brito, 2014).

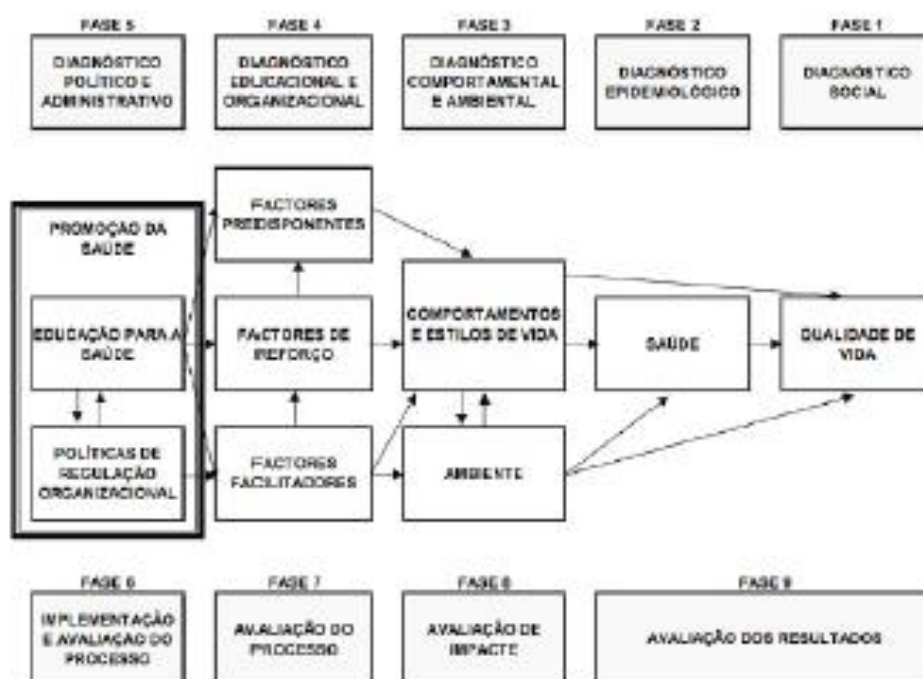
São fatores predisponentes os conhecimentos, crenças, valores e necessidades sentidas, relacionadas com a motivação de um indivíduo ou grupo para agir, sendo a informação relativa aos saberes relacionados com a saúde e sua prevenção e as crenças/atitude relativas à percepção que cada indivíduo tem sobre o risco que pode estar exposto. Os fatores facilitadores incluem a disponibilidade dos serviços de saúde e a sua acessibilidade,

leis e regulamentos. Por sua vez, os fatores de reforço são a resposta do meio (pares, família, trabalho...) face a um comportamento esperado (Silva e Brito, 2014).

Este modelo apoia-se na educação em saúde, regulamentação adequada e organizações que auxiliam as mudanças de estilos de vida que por sua vez aumentam a qualidade de vida (Silva e Brito, 2014).

O modelo PRECEDE-PROCEED é um modelo participativo de base comunitária, útil para o planeamento de intervenções de desenvolvimento comunitário nomeadamente em subgrupos comunitários como os espaços de trabalho e a escola (Silva e Brito, 2014). Na figura seguinte estão representadas as diferentes fases que constituem o modelo: o diagnóstico social, o diagnóstico epidemiológico, o diagnóstico comportamental e ambiental, o diagnóstico educacional e organizacional e o diagnóstico político e administrativo, implementação e avaliação do processo, avaliação do processo, avaliação de impacto e avaliação dos resultados (Silva e Brito, 2014).

Figura 3 – Modelo PRECEDE-PROCEED



Fonte: Adaptado de Silva e Brito, 2014.

CAPÍTULO II – PROMOÇÃO DA SAÚDE E ENSINO SUPERIOR SALUTOGÉNICO: UM PROJETO DE SAÚDE CONSTRUÍDO EM PARCERIA

Os Estilos de Vida são um conjunto de comportamentos sob a forma de padrões de consumo, rotinas, hábitos ou a forma como uma pessoa ou um grupo tem decisões conscientes e apresenta um comportamento de acordo com as características pessoais, interações sociais, condições socioeconómicas e ambientais (Portugal, 2003).

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

A adoção de estilos de vida saudável e a participação ativa são o autocuidado mais importante ao longo do ciclo vital, pois a saúde resulta dos cuidados que cada pessoa dispensa a si própria e aos outros; do ser capaz de tomar decisões e de assumir o controlo sobre as circunstâncias da própria vida; do assegurar que a sociedade em que se vive, cria condições para que todos os seus membros possam gozar de boa saúde. A saúde é criada e vivida pelas populações em todos os contextos da vida quotidiana: nos locais onde se aprende, se trabalha, se brinca e se ama (Portugal, 2011).

No atual Plano Nacional de Saúde 2012-2020, são focados como fatores prioritários de intervenção, o consumo de tabaco, a alimentação, o consumo de álcool, a atividade física e a gestão do stresse. A opção pelos estilos de vida saudável depende do modo como se relacionam as aprendizagens da pessoa no seu processo de socialização, por isso promover a saúde é um processo complexo que deve não só incluir as ações educativas, mas também possibilitar a aquisição ou o desenvolvimento de competências, que promovam o desenvolvimento social e pessoal, habilitando e responsabilizando a pessoa pelas suas opções.

O consumo de substâncias psicoativas (tabaco, álcool e outras drogas), alterações do regime dietético, atividade física e recreativa e alterações comportamentais resultantes da gestão emocional e stresse são os principais fatores de risco dos estudantes do ensino superior (Alcântara da Silva, [et al.] 2015). “Nas festas académicas são muitas vezes

adotados comportamentos de risco como o consumo excessivo de álcool e de substâncias ilícitas associados a práticas sexuais de risco, que podem pôr em causa a saúde dos jovens que as frequentam” (Homem, [et al.], 2014, p. 148).

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). A literatura, refere que o suporte social quando satisfatório, pode ter resultados muito positivos na saúde e na prevenção da doença (Lopes, 2011).

A literatura, também refere, que jovens que passam mais tempo a praticar exercício e menos tempo em comportamentos, como ver televisão ou jogar jogos de computador e consolas, apresentam benefícios na aprendizagem, ocorrendo melhoria das funções cognitivas básicas como a atenção e memória e também se observam melhorias na sua aptidão física. Encontram-se diversos benefícios na realização de atividade física, incluindo benefícios psicológicos, cognitivos, biológicos e também sociais (Carvalho, [et al.], 2017).

Por sua vez, o sedentarismo é um importante fator de risco de doença das artérias coronárias, hipertensão arterial, obesidade, dislipidémia, diabetes tipo 2, alguns tipos de cancro, osteoporose, artrite, ansiedade e depressão, tendo uma relação direta com a esperança de vida e com a qualidade de vida e bem-estar. Embora muitas das repercussões clínicas ocorram na idade adulta, o desenvolvimento do risco inicia-se nas idades pediátricas. À medida que as crianças aumentam a idade, o comportamento sedentário tem tendência a aumentar até à idade adulta, destacando-se os jovens (16-17anos) com o valor mais elevado de sedentarismo (Carvalho, [et al.], 2017).

A Dieta Mediterrânica, recentemente inscrita como património cultural e imaterial da humanidade da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), tem características não só alimentares, mas também sociais e culturais únicas (Carvalho, [et al.], 2017). A alimentação, está intrinsecamente associada à saúde e à doença e a algumas das doenças mais predominantes são, em grande parte, atribuíveis a hábitos alimentares não saudáveis (Alves e Precioso, 2017).

O Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020 preconiza uma intervenção baseada nas diferentes etapas do ciclo de vida do indivíduo, através de intervenções focalizadas nos contextos em que os indivíduos se encontram (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), 2013).

O fenómeno dos comportamentos aditivos e das dependências é complexo e multidimensional, abrangendo fatores genéticos, neurobiológicos, psicológicos e ambientais, sendo transversal a toda a sociedade. Os processos de adição mais frequentes entre os jovens são o consumo de substâncias psicoativas, nomeadamente o álcool, o tabaco e a canábis, e também o jogo e a internet (Carvalho, [et al.], 2017).

O álcool é a substância psicoativa mais consumida pelos jovens em Portugal seguida pelo tabaco como a segunda substância mais consumida. A experimentação em idades precoces, deve-se à conjugação de diversos fatores, nomeadamente as influências sociais, mais em concreto ao grupo de pares e amigos (Carvalho, [et al.], 2017).

O Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo ressalta o consumo de tabaco não só como um problema individual, mas também como um problema social e que deve ser enfrentado nas faixas etárias mais jovens (Carvalho, [et al.], 2017).

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

Intervir nas comunidades do ensino superior é crucial, pois é nesta fase que os comportamentos de risco estão mais presentes. Desta forma, o enfermeiro dispõe do momento certo para poder agir, intervindo na ação de comportamentos de risco já presentes e promover um estilo de vida saudável.

2.1 ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEL

A carta de Ottawa para a promoção da saúde de 1986 e as declarações subsequentes, destacam a importância dos ambientes saudáveis, dos estilos de vida saudável, da prevenção de doenças e promoção de saúde.

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

Segundo Roales (2004), os estilos de vida são o alvo principal na intervenção da educação para a saúde, pois as soluções para os problemas de saúde atuais estão condicionadas pelo que a pessoa faz por si, mesmo estando informada e consciente das consequências dos seus comportamentos. O mesmo autor acrescenta que, a manutenção da saúde depende do estilo de vida adotado pela pessoa, sendo definido pela relação entre hábitos adquiridos ao longo da vida e os comportamentos de risco.

Os estilos de vida refletem também um conjunto de padrões comportamentais diretamente relacionados e que dependem das condições econômicas, políticas, sociais, culturais e educacionais da sociedade em geral (Pais Ribeiro, 2004).

Ainda se pode acrescentar, que os estilos de vida também resultam da mudança do meio em que o indivíduo está inserido, e que este o assume conscientemente, através das suas escolhas e a procura de uma melhor condição. Isto é, um método de ação integrado que visa maximizar as potencialidades do indivíduo no meio ambiente em que vive (Pais Ribeiro, 2004).

Nessa perspetiva, a adoção de estilos de vida saudável é uma oportunidade de influenciar positivamente a saúde da pessoa, da família e da comunidade, pela possibilidade de ter uma atitude preventiva no que diz respeito a saúde, havendo ganhos em saúde. Para isso é necessário promover a literacia em saúde, por forma a ter pessoas capacitadas, a tomarem decisões críticas face as suas opções.

Na promoção de estilos de vida saudável, importa assim potenciar os fatores protetores, criando condições que permitam a adoção de comportamentos promotores de saúde e minimizar os fatores de risco, através da criação de condições que permitam a redução dos comportamentos que aumentam o risco de se desenvolverem patologias (Figueiredo, 2015).

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

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

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

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

Considerando a influência do estilo de vida 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 ensino superior (Brito, [et al.], 2016).

Vários estudos revelam que, os estudantes do ensino superior, adotam estilos de vida pouco saudáveis, ou seja, comportamentos considerados de risco para a sua saúde física e mental (Galvão, [et al.], 2017).

A entrada no ensino superior é um momento de viragem marcante na história de qualquer estudante. Para além da oportunidade em obter uma aprendizagem formal altamente qualificada numa determinada área de conhecimento, o acesso ao ensino superior confronta os jovens com papéis e expectativas mais exigentes enquanto estudantes, novos métodos pedagógicos, sistemas de avaliação e conteúdos programáticos, todo um conjunto de alterações que exige dos estudantes capacidade em modificar rotinas e adquirir novos hábitos de estudo (Silva, 2016).

Alcântara da Silva [et al.], (2015, p.13) reforçam a ideia referindo que,

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

Portanto, o estilo de vida representa um determinante de saúde da população jovem, e associa-se ao seu comportamento, à sua interação com o meio, às mudanças sociais radicais às quais estão altamente vulneráveis (OMS, 1988).

Os jovens constituem, assim, o principal grupo de risco nas comunidades no que diz respeito à adoção de um estilo de vida pouco saudável, tornando-se estes, a curto ou longo prazo, mais vulneráveis à doença (Brito [et al.], 2016).

Os estilos de vida pouco saudáveis como hábitos sedentários, dietas pouco equilibradas, consumo de álcool e tabaco, bem como a má gestão do stress são fatores de risco para as doenças crónicas. Segundo a OMS, estas representam 86% das mortes e 77% do total de doenças na região europeia, tendo como causa fatores relacionados com o estilo de vida (Antunes, 2008).

O estudo realizado por Silva (2016), evidencia que a maioria dos estudantes considera que o seu estilo de vida piorou depois de terem entrado na universidade (46,7% declaram ser “menos saudável” e 7% declaram ser “muito menos saudável”), sendo esta avaliação idêntica em homens e mulheres.

Tendo em linha de conta o instrumento que foi utilizado na parte empírica, para a recolha dos dados, “Estilo de vida FANTÁSTICO” (EVF), sendo que a cada uma das letras (FANTASTICO) corresponde um determinante e que integra o estilo de vida.

A escala tenho um estilo de vida FANTASTICO, trata-se de um instrumento dividido em dez domínios da componente física, psicológica e social do estilo de vida. Cada um desses domínios identifica-se com a sigla “FANTASTICO” (Silva, Brito, e Amado 2014):

F - Família e Amigos;

A - Atividade física/Associativismo;

N - Nutrição;

T - Tabaco;

A - Álcool e outras drogas;

S - Sono/Stress;

T - Trabalho/Tipo de personalidade;

- I - Introspeção;
- C -Comportamentos de saúde e sexual;
- O -Outros comportamentos.

2.1.1 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).

A literatura, refere que o suporte social quando satisfatório, pode ter resultados muito positivos na saúde e na prevenção da doença (Lopes, 2011).

Também para Padovani, [et al.], (2014), mencionam que a percepção 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 de recursos que proporciona suporte social, é a percepção que a pessoa tem da presença do suporte social que o torna eficaz.

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

Algumas das dimensões de suporte social que se destacam nos processos de controlo das doenças são: 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, 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 (Dunst & Trivette 1990, cit. in Pais-Ribeiro, 2011).

2.1.2 Atividade física/associativismo

A OMS (2014) 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.

A atividade física, a saúde e a qualidade de vida estão intimamente relacionadas entre si. Segundo George (2004), é importante que cada pessoa faça pelo menos trinta minutos de marcha regular diariamente, representando a atividade física um fator de melhoria da qualidade de vida da pessoa.

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 (Portugal, 2020a).

O plano de ação global de promoção da atividade física 2018-2030 refere que a prática regular de atividade física contribui para a prevenção e tratamento das doenças crónicas, tais como doença cardíaca, acidente vascular cerebral, diabetes, cancro da mama e cancro do cólon. Também ajuda a prevenir a hipertensão, excesso de peso e obesidade e contribui para a saúde mental e melhoria da qualidade de vida e bem-estar.

De acordo com Katzer (2007), refere que a atividade física e uma alimentação equilibrada, são os principais fatores para um estilo de vida saudável.

Segundo dados mundiais da DGS de 2016, 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%) (Portugal, 2020a).

Em Portugal, estima-se que cerca de 14% das mortes anuais esteja associada à inatividade física, um valor superior à média mundial (Portugal, 2017a).

O Associativismo é a expressão organizada da sociedade, apelando à responsabilização e intervenção dos cidadãos em várias esferas da vida social (Cerqueira, 2019).

Desde 2004, que a 30 de abril se celebra o dia do Associativismo Jovem. Este surgiu para dar a conhecer o movimento associativo em geral e para reforçar a importância da cidadania participativa e de aprendizagem social (Cerqueira, 2019).

As associações podem ser definidas como entidades coletivas constituídas por um conjunto de pessoas com um objetivo comum e que contribuem para o desenvolvimento

da cidadania individual e coletiva e o fortalecimento dos processos de decisão (Albuquerque, 2013). É um movimento no qual as pessoas se agrupam em torno de interesses comuns, constituindo associações, entidades com personalidade jurídica e com objetivos de entreaajuda e cooperação (Cerqueira, 2019).

De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística existem cerca de 31 mil coletividades em Portugal, 425 mil dirigentes e três milhões de associados, o que inclui cerca de cinco milhões de pessoas que lidam direta ou indiretamente com associações (Cerqueira, 2019).

O Registo Nacional do Associativismo Jovem é a porta de entrada das associações/entidades que confere o acesso aos direitos e benefícios previstos no regime jurídico do associativismo jovem. Este reconhecimento enquanto associação de jovens permite a possibilidade de acesso aos programas de apoio previstas na Lei para o Associativismo jovem.

2.1.3 Nutrição

A alimentação é um dos principais determinantes da saúde, bem-estar e sustentabilidade com maior impacto na saúde individual e coletiva.

A alimentação é indiscutivelmente influenciada por fatores sociais e culturais e também tem um importante papel na caracterização, identidade social e cultural dos diferentes grupos populacionais (Carvalho, [et al.], 2017).

A nutrição não sendo um ato voluntário, o modo como nos alimentamos e o que ingerimos, é uma escolha individual que tem influência na saúde. Podendo conduzir os excessos alimentares, à obesidade e a outras doenças crónicas, e por outro lado, as carências e os desequilíbrios são uma fonte de inúmeras doenças (Carvalho, [et al.], 2017).

Sendo a alimentação influenciada por questões socioculturais, dependendo sempre em última instância da escolha individual. É fundamental despertar as crianças e jovens, para a publicidade e o marketing, que podem induzir o individuo a fazer escolhas menos conscientes, no entanto, as crenças, os gostos alimentares, os fatores psicológicos, os fatores morfofisiológicos, a forma como são preparados e consumidos também condicionam a escolha individual (Carvalho, [et al.], 2017).

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

Davy [et al.], (2006), referem que os hábitos alimentares tendem a piorar durante a permanência no ensino superior. Alguns estudos evidenciam que as escolhas alimentares dos estudantes do ensino superior estão relacionadas com a capacidade de gestão de tempo, a conveniência, o ambiente social e físico, bem como as preocupações com o controlo de peso corporal.

Em 2019, os hábitos alimentares inadequados dos portugueses, foram o quinto fator de risco que mais contribuiu para a perda de anos de vida saudável, de acordo com o estudo *Global Burden of Disease* (Portugal, 2020b). No que diz respeito à mortalidade, os hábitos alimentares inadequados, foram o quarto fator de risco que mais contribuiu para o total de mortes (11,4%) (Portugal, 2020b).

2.1.4 Tabaco

Na promoção dos estilos de vida saudável a luta contra o tabagismo é uma prioridade absoluta e inquestionável. O tabagismo é um dos fatores de risco com maior impacto na saúde e esperança de vida saudável, contribuindo para o aumento de doenças crónicas não transmissíveis e mortalidade prematura. Sendo o seu consumo a principal causa evitável de doenças cardiovasculares, doenças respiratórias (asma, cancro do pulmão), problemas de fertilidade entre outros (Portugal, 2019).

Tabagismo define-se como o consumo diário e continuado de cigarros ou de outros produtos do tabaco, e caracteriza-se pelo desejo persistente de consumir, provocando sintomas de abstinência sempre que se diminui ou interrompe o consumo (Carvalho, [et al.], 2017).

Apesar do tabaco representar uma ameaça à saúde pública, a literacia em saúde, os interesses económicos associados ao setor, as estratégias *lobbying* e de marketing comercial e a aceitação social constituem fortes entraves a adoção de medidas preventivas (Portugal, 2017b).

Em Portugal, segundo o relatório “Prevenção e Controlo do Tabagismo 2017”, apresentado pela DGS, a cada 50 minutos morreu uma pessoa no ano de 2016, por doenças atribuíveis ao tabaco (Portugal, 2017b).

O mesmo relatório, com base em estimativas elaboradas pelo *Institute of Health Metrics and Evaluation*, refere que morreram em Portugal mais de 11800 pessoas por doenças atribuíveis ao tabaco, sendo que, a mortalidade por doenças atribuíveis ao tabaco, é cerca de quatro vezes maior nos homens do que nas mulheres.

De acordo com a mesma fonte, em 2016, o tabaco foi responsável por 46,4% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crónica, por 19,5% das mortes por cancro, por 12,0% das mortes por infeções respiratórias do trato inferior, por 5,7% das mortes por doenças cérebro cardiovasculares e por 2,4% das mortes por diabetes (Portugal, 2017b).

No ano de 2014, cerca de 1 em cada 10 pessoas residentes em Portugal, com 15 ou mais anos, estava exposta diariamente ao fumo passivo (8,6%), predominando os espaços de lazer como principal local de exposição (38,3%) (Portugal, 2017b).

Uma das estratégias do Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde relacionados com o estilo de vida foi reduzir a proporção de fumadores e, aumentar o número de espaços públicos livres de fumo de tabaco (Portugal, 2015a).

2.1.5 Álcool e outras drogas

O consumo de substâncias psicoativas lícitas (álcool, tabaco, medicamentos sedativos/hipnóticos) e ilícitas (cannabis, ecstasy, heroína, cocaína) alteram o estado normal da pessoa que consome (Balsa, [et al.], 2018).

As consequências para a saúde do consumo de álcool, incluem doenças agudas (intoxicação, envenenamento), crónicas (dependências, cancros, doenças gastrointestinais, cardiovasculares e neuropsiquiátricas) e socioeconómicas (desemprego, violência, estigmatização e disrupção familiar). E a sua continuidade pode resultar no desenvolvimento de um processo de abuso, de adição e por último de dependência. Constituindo assim um problema de Saúde Pública (George, 2004).

O termo dependência segundo os autores Carvalho, [et al.] (2017), é o consumo crónico e continuado, ou o consumo regular de substâncias psicoativas ilícitas, levando à deterioração do controle, com episódios frequentes de intoxicação e obsessão com o seu consumo.

De acordo com os dados constantes no Relatório do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2019) a população jovem adulta (15 a 24 anos), apresentou valores mais elevados comparativamente às da população total para

todas as substâncias psicoativas e a idade média para início do consumo foi de 17 anos. Salienta-se que é nesta população mais jovem, que a prevalência de consumo de substâncias psicoativas é superior, decrescendo, de um modo geral, à medida que se avança no ciclo de vida.

É durante as festas académicas que os consumos de substâncias lícitas e ilícitas são mais frequentes, havendo por parte do grupo de pares, uma pressão no sentido de testarem os limites e capacidades de resistência às substâncias psicoativas (Homem, [et al.], 2014).

2.1.6 Sono e stress

O ingresso na vida universitária, apresenta vários desafios, nomeadamente a saída da casa de família, o aumento da independência, alterações nos grupos de pares, entre outros, situação que de algum modo contribui para os jovens ficarem mais vulneráveis a experiências proibidas, podendo estar em risco o desenvolvimento de uma má qualidade de sono.

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

O sono é definido como um requisito fisiológico da atividade cerebral, natural e periódico, havendo uma modificação no estado de consciência, diminuição de sensibilidade a estímulos ambientais, seguidos por particularidades motoras e posturas próprias, além de alterações autónomas (Gomes, [et al.], 2010).

Os indivíduos que tem qualidade de sono, tem uma elevada capacidade de adaptação a circunstâncias adversas, como as de stress. Esta é essencial e assume diversas funções, designadamente as que estão associadas com a homeostasia, ou seja, o equilíbrio interno ou balanço perfeito do organismo (Paiva, 2015).

O sono é um estado multifuncional, (Paiva e Penzel, 2011), tornando-se verdadeiramente importante nas diferentes fases de crescimento humano, desde o nascimento até ao último dia de vida. Na fase da juventude assume um papel relevante, pois o sono relaciona-se com a consolidação da aprendizagem e da memória, além de ter um papel essencial no controle dos processos restaurativos (Curcio, Ferrera e Gennaro, 2006). Também

influencia o bom funcionamento executivo, incluindo o raciocínio abstrato, o comportamento dirigido e objetivo, assim como o processamento criativo, sendo este indispensável (Dewald, Meijer, Oort, Kerkhof e Bogels, 2010).

Outro aspeto a tratar neste capítulo é o stresse. Qualquer alteração que exija uma adaptação ou resposta física, mental ou emocional pode gerar uma reação de stresse. A gestão de stresse assume em Saúde Pública um papel importante, uma vez que está relacionada com a prevenção de doenças que provocam incapacidades e que podem levar à morte, como exemplo disso refira-se o Acidente Vascular Cerebral, Hipertensão e Doenças Cardíacas.

O conceito popular stresse, emergiu nas Ciências da Saúde e na Psicologia através da Física, do autor Hans Selye e Walter Cannon nos anos trinta. Foi definido como uma perturbação da homeostasia ou resposta não específica do organismo a toda as reivindicações. Este conceito é vulgarmente confundido com o conceito de ansiedade (Holgado, 2011).

O stresse também pode ser considerado como um acontecimento ambiental, que ocorre quando há uma alteração no padrão normal de vida do indivíduo, isto é, quando o indivíduo experiencia um elevado nível de acontecimentos de mudança de vida, tornando-se mais suscetível a doenças físicas e psicológicas (Townsend, 2011).

Os modelos psicológicos atuais, em que se salienta o trabalho de Lazarus e Folkman, definem o stresse como um processo que inclui o fator desencadeante e a resposta, mas associa uma importante dimensão, a relação entre a pessoa e o ambiente. O stresse não pode ser visto exclusivamente como uma resposta ou como acontecimento-estímulo, uma vez que as pessoas diferem nas suas reações perante potenciais situações desencadeadoras de stresse. O stresse é antes visto como um processo em que a pessoa é um agente ativo, sendo importantes os processos cognitivos que intervêm entre as condições ambientais e as reações fisiológicas que estas condições, em última instância, produzem. Assim, stresse é definido como “uma relação particular entre o indivíduo e o meio envolvente, que é avaliado por este como ameaçador ou excedente dos seus recursos e põe em perigo o seu bem-estar...” (Folkman [et al.] 1986).

O stresse, pode então associar-se ao aparecimento de ansiedade e depressão. Além de ter um forte impacto negativo no corpo do indivíduo, como: insónia, rugas, pressão arterial elevada, palpitações, dores de costas, problemas epidérmicos e digestivos, infeções crónicas, esterilidade e impotência sexual. O stresse também se correlaciona com a deterioração das relações sociais e a performance profissional, potenciando a irritação, o

empobrecer da capacidade de ouvir os outros, o enfraquecer a concentração e favorecer o retraimento e a perda de espírito de equipa (Servan-Schereiber, 2004).

De acordo com Pinto [et al.], (2012) existe uma relação entre as horas reduzidas de sono e os níveis mais elevados de ansiedade, depressão e stresse.

2.1.7 Trabalho/tipo de personalidade

O ambiente de trabalho e a natureza do trabalho influenciam significativamente a saúde.

Reconhece-se que as pessoas têm direito a um ambiente de trabalho seguro e saudável, sendo este um direito fundamental e que a globalização deve ser acompanhada de medidas preventivas que garantam a saúde e segurança de todos os trabalhadores, incluindo a prevenção de novos e emergentes riscos profissionais (Nogueira e Moreira, 2018).

A crescente complexidade do mercado de trabalho, coloca novos desafios aos processos de inserção profissional dos diplomados do ensino superior, uma vez que, no âmbito das atuais exigências do mercado de trabalho, a formação técnica e científica parece já não ser suficiente para garantir o acesso ao emprego. É nesta linha orientadora que as instituições de ensino superior, são chamadas a assumir cada vez mais um papel fundamental no apoio à inserção profissional dos seus diplomados, sendo neste âmbito de destacar as atividades de orientação e aconselhamento de carreira (Gamboa, Paixão e Palma, 2014).

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).

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 (Barros, [et al.], 2012).

Schultz (2002) define a personalidade como o conjunto de aspetos internos peculiares do carácter de uma pessoa, que influenciam o comportamento em situações diferentes.

O *Myers-BriggsTypeIndicator* (MBTI) é um instrumento que visa identificar o tipo de personalidade de um indivíduo. Sua estrutura deriva dos estudos de *Jung*, utilizando dimensões para caracterizar o indivíduo. Os tipos personalidade proposto por *Myers Briggs* são divididos em quatro dimensões bipolares da personalidade: a dimensão “Energia” divide-se em Extroversão (indivíduos expressivos, entusiastas e ativos) e Introversão (reservados, contidos e calmos), considerando a dimensão “Informação”, temos os Sensoriais (realistas, concretos e práticos) e Intuitivos (abstratos, teóricos e imaginativos), no que diz respeito à dimensão “Decisão”, divide-se em Pensadores (lógicos, racionais e críticos) e Emotivos (casuais, passivos e acomodados), por último quanto a dimensão “Estilo de vida”, são divididos em Julgadores (sistemáticos, metódicos e planeadores) e Perceptivos (casuais, espontâneos e emergentes) (Conte [et al.] 2011).

2.1.8 Introspeção

Um outro aspeto relacionado com o estilo de vida é a introspeção e refere-se à forma como o individuo observa os conteúdos de seus próprios estados mentais, ou seja, está relacionada com a saúde mental e não deve ser tratada como algo fisiológico, mas relacionada à consciência imediata. Neste sentido, problemas como a falta de otimismo, depressão, tristeza, desapontamento estão relacionados com problemas de introspeção (*Engelmann*, 1997). Estes, têm impacto na saúde e no bem-estar dos estudantes do ensino superior, comprometendo o normal desenvolvimento e maturidade (cognitiva, psicossocial e vocacional), além de interferir no percurso académico, diminuindo o rendimento escolar e aumentando a taxa de abandono (*American College Health Association*, 2014).

A entrada no ensino superior é um período crítico ao nível da saúde e bem-estar. A evidência mostra que uma elevada percentagem de estudantes do ensino superior apresenta ansiedade, stress, perturbações do humor, do sono, alimentares e abuso de substâncias psicoativas (Nogueira, 2017).

Os níveis de saúde mental em estudantes do ensino superior, são inferiores quando comparados com os jovens não estudantes da mesma idade (*Eisenberg*, [et al.], 2013; Oliveira, 2011 cit. in Nogueira e Sequeira, 2017).

Face ao exposto, na literatura é consensual que o contexto académico é uma etapa com potenciais ameaças à saúde e bem-estar dos estudantes, razão pela qual a promoção da saúde mental, tem grande relevância no ensino superior.

2.1.9 Comportamento de saúde e sexual

O comportamento de saúde, pode ser definido como qualquer ação desenvolvida por cada pessoa, independentemente do seu estado de saúde real ou percebido, que tem como objetivo a manutenção, proteção e promoção da saúde (Matos, 2004).

O instinto sexual é algo que é transversal desde os insetos ao ser humano, levando a certos comportamentos e gastando energias que só se justificam biologicamente, porque tornam possível algo fundamental à vida, nomeadamente a propagação da espécie (Ramiro [et al.], 2011).

Para a Associação para o Planeamento Familiar a sexualidade é uma parte integrante da vida de cada indivíduo, contribuindo para a sua identidade ao longo da vida e para o seu equilíbrio físico e psicológico.

A Organização Mundial da Saúde (2001) define a sexualidade, como uma energia que nos motiva para encontrar o amor, o contacto físico, a ternura e a intimidade. Integra no modo como sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual.

Para os autores Carvalho, [et al.], (2017) a sexualidade é um aspeto central do ser humano ao longo da vida, a qual inclui sexo, identidades e papéis de género, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é vivenciada e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis/funções e relacionamentos. E esta é influenciada por fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais.

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

De acordo com Farah e Sá (2008), os jovens adultos nem sempre revelam preocupação com a sua própria saúde. Por conseguinte, 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.

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

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

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.

2.1.10 Outros comportamentos

Em Portugal, como noutros países da União Europeia, a sinistralidade rodoviária é identificada como um problema social atual, de dimensão preocupante, que justifica uma séria intervenção (Carvalho e Nunes, 2012).

Os acidentes rodoviários são um dos problemas de saúde pública, 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) e com pesadas consequências sociais e económicas (Carvalho e Nunes, 2012).

Educar para a Segurança Rodoviária visa o desenvolvimento de uma cultura de prevenção e de segurança rodoviárias por parte dos cidadãos, crianças, jovens e adultos, de modo a promover a sua integração segura no ambiente rodoviário (Carvalho e Nunes, 2012).

Em Portugal pelo Despacho n.º 3339/2016, 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.

Uma sociedade consciente dos problemas que a afetam, consegue facilmente organizar-se e encontrar respostas para a sua resolução (Carvalho e Nunes, 2012).

2.2 COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Com a entrada da nova Lei n.º 156/2015 dos Estatutos da Ordem dos Enfermeiros, no seu artigo 40º os Titulo de Enfermeiro Especialista possíveis de serem atribuídos são: enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica; enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica; enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica; enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação; enfermeiro especialista em enfermagem médico - cirúrgica; enfermeiro especialista em enfermagem comunitária (Regulamento n.º 428/2018).

No entanto, na enfermagem comunitária reconhece-se que é necessário especificar as competências de acordo com o alvo e contexto de intervenção, identificando-se as áreas de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e a de Enfermagem de Saúde Familiar (Regulamento n.º 428/2018).

A Enfermagem Comunitária tem a sua principal intervenção na promoção da saúde da pessoa, das populações e das comunidades. Para tal, o enfermeiro especialista atua na capacitação das mesmas para obtenção de ganhos em saúde.

O Especialista de Enfermagem Comunitária apresenta competências para coordenar e implementar programas de saúde que envolvam a comunidade ao nível da saúde, da educação, das redes sociais, e dos mais variados meios que visem a capacitação de grupos e comunidades.

De acordo com Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem Comunitária (2017), a Especialidade de Enfermagem Comunitária na área de Saúde Comunitária tem como alvo de intervenção a comunidade, dirige-se a saúde dos grupos a experienciar processos de saúde/doença, processos comunitários e ambientais, tendo em vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida.

Por sua vez, o Regulamento n.º 128/2011, in DR n.º 35, 2.ª série, de 18 de fevereiro refere que a área de Saúde Comunitária tem por foco dar respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde de grupos, comunidade e população, através do desenvolvimento de programas de intervenção com vista à capacitação e empoderamento das comunidades na obtenção de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania. As competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde publica são as seguintes (Regulamento n.º 428/2018):

- “Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.
- Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades.
- Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.
- Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.”

Neste contexto, é importante focar os padrões de qualidade que se espera do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2017), o enfermeiro deve:

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

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária utiliza na sua prática vários elementos fundamentais para a promoção da saúde, entre os quais destacamos (Ordem dos enfermeiros 2010):

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

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

Direcionando a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária para a comunidade de estudantes do ensino superior, o enfermeiro especialista em parceria com o jovem adulto deve identificar as necessidades de saúde, bem como fatores e comportamentos de risco, e conhecer quais os recursos que estão ao dispor do mesmo, para alterar esses mesmos comportamentos face a um estilo de vida saudável.

Para Pedroso e Brito (2014), a promoção da saúde no ensino deve ser alcançada através de ações interventivas e educativas, que fomentem um ambiente saudável.

Intervir nas comunidades do ensino superior é crucial, pois é nesta fase que os comportamentos de risco estão mais presentes. Desta forma, o enfermeiro dispõe do momento certo para poder agir, intervindo para alterar comportamentos de risco já presentes e promover um estilo de vida saudável.

Assim, é função do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária criar e planear programas de intervenção que visem prevenção, proteção e promoção da saúde, tendo em conta a identificação das reais necessidades de saúde da pessoa, independentemente da sua idade, e da comunidade onde está inserida.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO III – METODOLOGIA

O presente capítulo assenta na descrição da metodologia utilizada desde a conceção ao planeamento do projeto de investigação, bem como dos instrumentos e procedimentos utilizados na operacionalização do mesmo.

Um projeto de investigação necessita de uma metodologia e de uma organização da realização das atividades, o qual consiste em descrever e explicar os métodos que vão ser utilizados. Para Fortin, a fase metodológica consiste em definir os meios e realizar a investigação (2009).

A investigação científica é crucial para uma nova aquisição de conhecimentos e é uma mais valia para obtenção de ganhos em saúde.

Para Fortin (2009, p.4) “a investigação científica é um método de aquisição de conhecimentos que permite encontrar respostas para as questões precisas” e também é um meio de demonstrar o campo de ação e de conhecimentos de uma profissão.

A prática baseada em evidência significa integrar o uso da melhor evidência disponível, o uso de experiência clínica / profissional e o envolvimento do utente (ICN, 2019).

Esta investigação insere-se num projeto mais alargado de pesquisa - ação participativa sobre os estilos de vida dos estudantes do ensino superior, aprovado e desenvolvido no Instituto Politécnico de Viana do Castelo em parceria com a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, tendo como modelo PEER-IESS.

A pesquisa ação participativa consiste numa transformação gradual, consistente e integradora em grupos comunitários, proporcionando uma mudança do conhecimento produzido com as pessoas para as políticas de saúde mais adequadas, principalmente os que enfrentam desigualdades em saúde (Wright e Kongats, 2018). A pesquisa-ação participativa oferece uma abordagem possível para uma ação mais capacitante e transformadora.

O presente estudo tem ainda por base modelo o PRECEDE-PROCEED, sendo que esta fase do estudo se estabelece no paradigma quantitativo.

A recolha de dados foi efetuada com recurso à versão portuguesa do questionário: Estilo de Vida FANTÁSTICO (Silva, Brito e Amado, 2014).

Participaram neste estudo 85 estudantes, do 1º curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde do IPVC.

3.1 JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

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).

Face ao exposto, definiu-se como temática de estudo “Cidadania, Saúde e Bem-estar em estudantes da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo” que tem como objetivo determinar o estilo de vida, do 1º ciclo de estudos da Licenciatura de Enfermagem, no ano letivo 2020/2021, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

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

De acordo com Conselho Nacional de Juventude refere que apesar da importância de adotar um estilo de vida saudável durante o período universitário, a maioria dos estudantes reporta que o seu estilo de vida piorou depois do ingresso no ensino superior (Alcântara da Silva, [et al.], 2015).

A entrada no ensino superior é marcada por um período de questionamentos de valores, crenças e atitudes usados 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), por esse motivo, devem ser alvo de maior atenção.

Assim, em articulação com os pressupostos conceituais e teórico metodológicos anteriormente apresentados, enquanto mestrande da área da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, a possibilidade de contribuir para a consecução do INPEC⁺ AGC e, por esta via cooperar na produção de evidência à intervenção participada dos estudantes nos seus projetos de saúde e de cidadania, revelou-se não só estruturante desta fase do meu percurso formativo bem como do processo inerente à minha (re)construção identitária como futura enfermeira especialista nesta área.

3.2 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO, FINALIDADE E OBJETIVOS DO ESTUDO

3.2.1 Questões de investigação

A investigação tem início aquando da existência de um problema que provoque mal-estar, exacerbação, um descontentamento, e consequentemente torna-se imprescindível uma justificação ou uma melhor perceção do acontecimento (Fortin, 2009).

Este facto leva à formulação de um problema de investigação, ao qual o processo de investigação tentará dar solução, ou seja, as questões de investigação levam às respostas que se querem obter com a investigação (Sampieri, Collado e Lúcio, 2013).

Tomando a questão de investigação como norteadora da pesquisa, formulou-se a seguinte questão: como se caracterizam os estilos de vida dos estudantes do 1º ano da Licenciatura de Enfermagem, no ano letivo 2020/2021, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo?

Norteados por esta interpelação, formulamos ainda outras questões a saber: Quais as dimensões do estilo de vida, que estarão mais afetadas, em estudantes do 1º ano da Licenciatura de Enfermagem, no ano letivo 2020/2021, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo? Quais as influências dos fatores determinantes do estilo de vida, em estudantes do 1º ano da Licenciatura de Enfermagem, no ano letivo 2020/2021, que frequentam a Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo?

3.2.2 Finalidade do estudo

Contribuir para intervenção participada no âmbito da promoção dos estilos de vida, em estudantes da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, com base na evidência produzida, em particular no que se refere aos aspetos de melhoria que venham a ser consensualizados.

3.2.3 Objetivos do estudo

Um objetivo, segundo Fortin (2009), é um enunciado que indica claramente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo, ou seja, é o fio condutor da investigação, o que o investigador se propõe fazer para responder à questão de

investigação. Nele são especificadas as variáveis-chave, a população onde os dados serão recolhidos e o verbo de ação que serve para orientar a investigação.

Para Sampieri, Collado e Lúcio (2013) os objetivos da pesquisa indicam o que se quer da pesquisa e estes devem ser apresentados com clareza, pois são os guias do estudo.

Neste estudo, os objetivos da investigação são os seguintes:

- Determinar os estilos de vida, em estudantes do 1º ano da Licenciatura de Enfermagem, no ano letivo 2020/2021, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo;
- Analisar a influência de fatores determinantes do estilo de vida, em estudantes do 1º ano da Licenciatura de Enfermagem, no ano letivo 2020/2021, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

3.3 TIPO DE ESTUDO

De acordo com a literatura, existem diversos modelos de planeamento em saúde, no entanto alguns modelos são mais adequados para os princípios da promoção da saúde. Um dos mais utilizados é o modelo PRECEDE-PROCEED, de Green e Kreuter (2005), pelo qual está estruturado a análise do diagnóstico do estudo.

O modelo PRECEDE-PROCEED tem como objetivo explicar os comportamentos e ambientes relacionados com a saúde, planear e avaliar as intervenções necessárias para influenciar tanto os comportamentos, quanto as condições de vida que os influenciam e as suas consequências (Green e Kreuter, 2005).

Para Brito “o modelo PRECEDE-PROCEED é mais que uma abordagem ecológica para o planeamento da promoção da saúde” (2014, p. 33). A autora, também refere que “o modelo orienta o profissional de saúde a pensar logicamente sobre o ponto final desejado e a trabalhar para trás para atingir esse objetivo, envolvendo o grupo alvo nesse processo” (2014, p. 33). O modelo incorpora dois aspetos de intervenção comunitária: o planeamento (PRECEDE) e a avaliação (PROCEED).

O diagnóstico epidemiológico enquadra-se na fase PRECEDE e este permitirá determinar e esclarecer a magnitude dos problemas de saúde das populações e que comportamentos e fatores ambientais são potenciadores destes. A informação obtida, poderá ser a posteriori o foco de intervenção dos programas e ou projetos de promoção de saúde (Brito, 2014).

O presente estudo, como referimos anteriormente assenta no modelo PRECEDE-PROCEED, através do qual se dará continuidade ao diagnóstico epidemiológico. Pois pretende-se compreender, quais os comportamentos e fatores ambientais que contribuem para os problemas de saúde dos estudantes. Com base neste pressuposto, a abordagem assenta num paradigma misto, sendo que este trabalho conforma parte do diagnóstico epidemiológico e por conseguinte entronca a no paradigma quantitativo.

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).

Um estudo de carácter do tipo transversal 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).

As questões de investigação e os objetivos definidos deram a orientação para um estudo, observacional e transversal dado que, nesta fase, não se prevê a manipulação de variáveis, mas sim, a observação dos fenómenos no seu contexto natural e num só momento, assim como (Sampieri, Collado e Lúcio, 2013).

Quanto ao alcance, o estudo classifica-se como analítico/correlacional, uma vez que aborda com mais profundidade, as relações entre o estado de saúde e estabelece comparações (Sampieri, Collado e Lúcio, 2013).

3.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Fortin (2009) 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.

Para Sampieri, Collado e Lúcio (2013) a população é um conjunto de todos os casos que preenchem as especificações, deve estar situada em torno das características de conteúdo, de lugar e no tempo.

O presente estudo tem como população alvo os estudantes do 1ºano, que frequentam o IPVC, no ano letivo 2020/2021.

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

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

Sampieri, Collado e Lúcio (2013), referem que a amostra não probabilística é um subgrupo da população, sendo que a escolha dos elementos não depende da probabilidade, mas das características da pesquisa.

A amostra do estudo é constituída por 85 estudantes do 1ºano, da Licenciatura de Enfermagem, do ano letivo 2020/2021 e que frequentam a Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

3.5 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

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

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”.

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

A colheita de dados do presente estudo, foi realizada com recurso do instrumento Estilo de Vida FANTASTICO. A escala tenho um estilo de vida FANTASTICO foi desenvolvida no Departamento de Medicina Familiar da Universidade McMaster, no Canada, por Wilson e Ciliska (1984) e adaptado e validado para a população portuguesa por Silva, Brito, Amado (2014). Esta explora os hábitos e comportamentos relativamente ao estilo de vida adequado para a saúde.

Assim, o questionário aplicado intitula-se “Tenho um Estilo de Vida Fantástico” (EVF) e foi aplicado em formato digital, no início do ano letivo 2020/2021 (anexo I).

É constituído por duas partes, a primeira é composta por questões de caracterização sociodemográfica e a segunda pelo questionário Estilo de Vida FANTASTICO.

Trata-se de um instrumento de autopreenchimento, composto por 30 questões divididas em dez domínios da componente física, psicológica e social do estilo de vida. Cada um desses domínios identifica-se com a sigla “FANTASTICO” (Silva, Brito, e Amado 2014):

- F - Família e Amigos (item 1, 2);
- A - Atividade física/Associativismo (item 3, 4, 5);
- N - Nutrição (item 6, 7, 8);
- T - Tabaco (item 9, 10);
- A - Álcool e outras drogas (item 11, 12, 13, 14, 15, 16);
- S - Sono/Stress (item 17, 18, 19);
- T - Trabalho/Tipo de personalidade (item 20, 21, 22);
- I - Introspeção (item 23, 24, 25);
- C -Comportamentos de saúde e sexual (item 26, 27, 28);
- O -Outros comportamentos (item 29, 30).

Cada item possui três opções de resposta, com um valor numérico de 0, 1 ou 2 pontos. As alternativas de resposta encontram-se dispostas em três linhas para facilitar a sua codificação, pelo que a primeira linha é sempre a de maior valor ou de maior relação com um estilo de vida saudável (Silva, Brito, e Amado 2014).

A codificação das questões pode ser realizada da seguinte maneira: 2 pontos para a primeira linha, 1 ponto para a segunda linha e 0 pontos para a terceira linha, somando-se estes valores em cada domínio e multiplicando-os por dois, obtém-se o valor correspondente para cada domínio (Silva, Brito, e Amado 2014).

Posteriormente, a soma de todos os pontos resultantes de todos os domínios, multiplicada por dois, permite chegar a um valor global e classificar o estilo de vida dos indivíduos de 0 a 120 pontos, identificando-se cinco níveis de classificação que se estratificam em (Silva, Brito, e Amado 2014):

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

Quanto menor for a pontuação obtida, maior será a necessidade de mudança comportamental. (Silva e Brito, 2014). Os resultados podem ser interpretados da seguinte forma: “Excelente” indica que o estilo de vida exercerá uma elevada influência sobre a saúde; “Muito Bom” indica que o estilo de vida exercerá uma adequada influência para a saúde; “Bom” indica que o estilo de vida trará muitos benefícios para a saúde; “Regular” significa que o estilo de vida proporciona algum benefício para a saúde, porém apresenta alguns riscos; “Necessita melhorar” indica que o estilo de vida apresenta muitos fatores de risco (Silva, Brito, e Amado 2014).

No Apêndice I está representada a lista de variáveis assim como a codificação utilizada e a respetiva escala de medida.

3.6 PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS DE TRATAMENTO DE INFORMAÇÃO

A análise estatística dos resultados desenrolou-se em três fases.

Na primeira, com vista a descrever e a caracterizar a amostra em estudo, procedeu-se à análise descritiva dos dados em função da natureza das variáveis em estudo: frequências absolutas e relativas (n, %) para as variáveis categóricas em escala nominal e/ou ordinal, e no caso das variáveis quantitativas recorreu-se ainda à média, desvio padrão, amplitude (M, DP e A) e medidas de assimetria e curtose.

Na segunda fase, analisou-se a consistência interna do EVF através do coeficiente alfa de Cronbach (α), (Maroco & Garcia-Marques, 2006; Hill & Hill, 2008; Pestana & Gageiro, 2014).

Por fim, na terceira fase, após avaliar a normalidade das distribuições dos grupos a comparação (através do Teste de Kolmogorov-Smirnov com a correção de Lilliefors quando os grupos tinham dimensão < 50), de forma a comparar dois grupos independentes, recorreu-se ao teste não paramétrico U de Mann-Whitney. Por fim, recorreu-se ao Coeficiente de Correlação ρ de Spearman para avaliar a força da relação entre as variáveis quantitativas em estudo (Maroco, 2018).

Definiu-se o nível de significância de 5%.

Na comparação entre as diferentes características sociodemográficas presentes no questionário e o estilo de vida, avaliado na sua dimensão Global, assim como nas diferentes dimensões que o constituem (10 dimensões do EVF), foi realizada de acordo com a escala de medida das variáveis a estudo.

Para as características sociodemográficas categóricas (em escala de medida nominal ou ordinal), após verificar-se que, de uma forma geral, as distribuições dos grupos a comparação com dimensão inferior a 30 (amostras pequenas) não possuíam distribuição normal (teste de Kolmogorov-Smirnov para grupos com $n > 50$, ou de Shapiro-Wilk quando $n < 50$), e apresentavam uma assimetria positiva acentuada (Apêndice II), optou-se por uma versão mais conservadora aquando na decisão de rejeição da hipótese nula dos testes de significância realizados, recorrendo aos testes não paramétricos para assim diminuir-se a probabilidade de erro do tipo I.

Como todas as variáveis categóricas utilizadas nesta fase (Género; Habilitações literárias da mãe; Habilitações literárias do pai; Trabalhador estudante; Deslocado do seu local de residência; Vícios/dependências), apenas tinham dois grupos a comparação, utilizaram-se os testes paramétricos de Mann-Whitney (Maroco, 2018).

Para o caso das variáveis sociodemográficas em escala métrica (Idade; peso; média por mês, de saídas à noite; gasto médio por noite; autoperceção do estilo de vida), utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman (Maroco, 2018).

Pelos mesmos motivos assinalados anteriormente, isto é, o facto das distribuições dos pontuações do EVF global e suas dimensões, assim como as distribuições das variáveis sociodemográficas em escala métrica (variáveis quantitativas), não apresentarem uma distribuição normal (testes de Kolmogorov-Smirnov com valores $p > 0.05$), e as suas distribuições serem assimétricas positivas (Apêndice III), para se avaliar quer a direcção, quer a força da associação entre essas características em estudo, foi aplicado o coeficiente de correlação ρ de Spearman.

O tratamento dos dados utilizou o programa informático IBM® SPSS® Statistics for Windows, versão 27.0 (IBM Corp., Armonk, N.Y., USA) (IBM, 2017).

3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

“Quaisquer que sejam os aspetos estudados, a investigação deve ser conduzida no respeito dos direitos das pessoas” Fortin (2009, p.180).

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.

Tendo também presente que a atuação da investigadora obedece ao Código Deontológico integrado nos Estatutos da Ordem dos Enfermeiros, ao abrigo da Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro.

Neste estudo, os procedimentos éticos foram precavidos, visto que cada questionário detém uma introdução na qual foi transmitida a informação acerca do estudo assim como dos seus objetivos, 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.

Dado que o estudo se inscreve nos desenvolvimentos concertados entre IES, liderados pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e registados na UICISA-E, os procedimentos éticos encontram-se garantidos.

O mesmo não implica qualquer custo ou risco dos participantes, mas também nenhum benefício. A participação é estritamente voluntária, sem ausência de prejuízos, assistenciais ou outros, caso não queira participar, no entanto a sua colaboração é de máxima importância para o prosseguimento do estudo.

Todos os dados recolhidos serão utilizados para efeito da conclusão do presente estudo e garantimos a sua total confidencialidade, anonimato dos participantes bem como o direito de desistirem em qualquer fase do trabalho.

A informação recolhida será destruída após a construção do relatório.

CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados apresentados são relativos aos de 85 estudantes do 1º Ciclo da Escola Superior de Saúde do curso de Enfermagem que responderam ao questionário.

Para efeitos de sistematização da apresentação da informação, proceder-se á caracterização sociodemográfica e estilo de vida da amostra, ás propriedades psicométricas do instrumento e á avaliação da relação entre o EVF e as variáveis categóricas e quantitativas.

4.1 CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E ESTILO DE VIDA

Na Tabela 1 estão representadas as principais estatísticas descritivas para as características sociodemográficas e estilo de vida da amostra.

Participaram neste estudo 85 estudantes do 1º Ciclo da Escola Superior de Saúde do curso de Enfermagem.

A maioria era do sexo feminino (86%), tinham uma média de idades e $\pm$ desvio padrão de $20,2 \pm 3,7$ anos, variando entre o mínimo de 18 e o máximo de 40 anos.

Quanto às habilitações literárias dos pais, verifica-se que as mães prevalecem nos níveis de qualificação mais elevados: “5º ao 9º Ano” (Mãe= 37%; Pai= 41%), “10º ao 12º Ano” (Mãe= 31%; Pai= 29%) e “Ensino Superior” (Mãe= 26%; Pai= 15%).

Cerca de 85% dos estudantes apenas estudava, e dos que eram trabalhadores estudantes, a maioria, 77% fazia-o a tempo parcial.

Cerca de metade dos estudantes da amostra encontravam-se deslocados do seu local de residência (48%).

Em termos de estilos de vida e comportamentos de saúde, apresenta-se de seguida um conjunto de aspetos.

O peso corporal médio referido foi de $61,0 \pm 11,7$ kg, variando entre 40 e 99 kg, para uma estatura média de $1,7 \pm 0,1$ metros, variando entre 1,53 e 1,85 metros. O índice de massa corporal médio é de $21,1 \text{ Kg/m}^2$ correspondendo na classificação do índice de massa corporal a um peso normal e varia entre $17,1 \text{ Kg/m}^2$ e $28,9 \text{ Kg/m}^2$.

A larga maioria não considerava ter qualquer tipo de vícios/dependências (87%), e dos que assinalaram ter vícios/dependências, as mais frequentes eram o café e o tabaco.

Por mês, saem em média $3,3 \pm 3,0$ vezes, variando entre 0 e 10 vezes, gastando em média por noite $7,3 \pm 6,0$ euros, variando entre 0 e 25 euros.

Por fim, numa escala de 0 (estilo de vida nada saudável) a 10 (estilo de vida muito saudável), os estudantes autotestificaram o seu estilo de vida em média $\pm$ DP de $7,1 \pm 1,4$.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e estilo de vida da amostra (n= 85)

	Frequências	
	n.º	%
<i>Género</i>		
Feminino	73	85,9%
Masculino	12	14,1%
<i>Idade</i>	M= 20,2; $\pm$ 3,7; A= 22 (18-40)	
<i>Habilitações literárias da mãe</i>		
Até ao 4º Ano	3	3,5%
5º ao 9º Ano	31	36,5%
10º ao 12º Ano	26	30,6%
Ensino Superior	22	25,9%
NS/NR	3	3,5%
<i>Habilitações literárias do pai:</i>		
Até ao 4º Ano	7	8,2%
5º ao 9º Ano	35	41,2%
10º ao 12º Ano	25	29,4%
Ensino Superior	13	15,3%
NS/NR	5	5,9%
<i>Ocupação laboral</i>		
Não	72	84,7%
Sim	13	15,3%
<i>Regime laboral</i>		
A tempo inteiro	3	23,1%
A tempo parcial	10	76,9%
<i>Peso</i>	M= 61,0; $\pm$ 11,7; A= 59 (40-99)	
<i>Estatura (metros)</i>	M= 1,7; $\pm$ 0,1; A= 0,32 (1,53-1,85)	
<i>Deslocado do local de residência</i>		
Não	44	51,8%

	Frequências	
	n.º	%
Sim	41	48,2%
<i>Vícios / dependências</i>		
Não	74	87,1%
Sim	11	12,9%
<i>Tipo de vícios</i>		
Café, estalar ossos, arrancar peles dos lábios e/ou de	1	9,1%
Café, Tabaco	3	27,3%
Dependência da internet em geral	1	9,1%
Fumar	1	9,1%
Tabaco	2	18,2%
Dependência de tecnologia, carros e comida	1	9,1%
Dependência de televisão e livros	1	9,1%
<i>Saídas à noite (mensais) para atividades recreativas</i>	M= 3,3; $\pm$ 3,0; A= 10 (0-10)	
<i>Gasto, em média, por noite</i>	M= 7,3; $\pm$ 6,0; A= 25 (0-25)	
<i>Autopercepção do estilo de vida</i>	M= 7,1; $\pm$ 1,4; A= 10 (0-10)	

M= média; $\pm$ desvio padrão; A= amplitude (Mín. - Máx.)

4.2 PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO INSTRUMENTO ESTILO DE VIDA FANTÁSTICO

A validação psicométrica do instrumento EVF teve por base a versão traduzida e adaptada para português Estilo de vida FANTÁSTICO (Silva, Brito, e Amado 2014), que por sua vez seguiu o protocolo de adaptação e validade do questionário original (Wilson e Ciliska, 1984; Wilson, Nielsen e Ciliska, 1984) e da validação na população mexicana (Rodríguez-Moctezuma [et al.], 2003), chilena (Lange e Vio, 2006), colombiana (Ramírez-Vélez, Agredo, 2012) e brasileira (Rodríguez-Añez [et al.], 2008).

O método utilizado consistiu na determinação do *coeficiente alpha de Cronbach*, cujos valores podem variar entre 0 e 1. Para este coeficiente, valores mais elevados, ou seja, mais próximos de 1 são interpretados como reveladores de maior consistência interna, quanto mais elevada é a consistência interna, mais os enunciados dos respetivos itens estão correlacionados e maior é a homogeneidade do domínio/global da escala (Maroco, 2018).

Verifica-se que a consistência interna do instrumento ($\alpha = 0,695$) é considerada aceitável (Hill e Hill, 2008), sendo ligeiramente inferior ($\alpha = 0,710$) ao obtido por Silva, Brito, e Amado (2014).

De acordo com o questionário EVF, os itens (ou afirmações) têm três opções de resposta, com um valor numérico que pode tomar os valores 0, 1 ou 2. As alternativas estão dispostas em três linhas, e a primeira linha é sempre a de maior valor ou de maior relação com um estilo de vida saudável. A codificação das questões é realizada da seguinte forma: 2 para a 1ª linha, 1 para a 2ª linha e zero para a 3ª linha. Assim sendo, quanto menor for a pontuação obtida, maior será a necessidade de mudança comportamental.

Assim, pela análise da Tabela 2, constata-se que, de uma forma geral, os estudantes neste estudo, não necessitam de realizar grandes alterações ao seu estilo de vida, uma vez que a maioria dos valores médios situam-se entre 1 e 2.

Entre os aspetos a serem alterados pelos estudantes de forma a melhorarem o seu estilo de vida, destacamos os seguintes : “I2-Sinto-me tenso e/ou oprimido ($M = 0,58; \pm 0,50$); “T1-Sinto que ando acelerado e/ou atarefado ($M = 0,68; \pm 0,54$)” e “A1-Sou membro de um grupo comunitário e/ou de autoajuda (doentes crónicos, voluntários, religião, desporto ou outros) e participo nas atividades ativamente” ($M = 0,92; \pm 0,79$).

Quanto aos comportamentos que necessitam de “alguma atenção” por parte dos estudantes, destacam-se: “S1-Durmo bem e sinto-me descansado” ($M= 1,08; \pm 0,64$); “N1-Como duas porções de verduras e três de frutas diariamente” ($M= 1,09; \pm 0,65$); “N2-Frequentemente como alimentos hipercalóricos (doces e/ou salgados) ou fast-food” ($M= 1,12; \pm 0,52$); “C2-Converso com o/a parceiro(a) e/ou família sobre temas de sexualidade” ($M= 1,14; \pm 0,69$); “C1-Realizo exames periódicos de avaliação de estado de saúde” ($M= 1,18; \pm 0,68$), entre outros.

Por fim, relativamente aos aspetos que necessitam de uma menor alteração comportamental, realçamos: “A3-Conduzo veículos motorizados depois de beber bebidas alcoólicas” ($M= 2,0; \pm 0,00$); “A minha ingestão média semanal de bebidas alcoólicas (UBP) é” ($M= 2,0; \pm 0,00$); “A4-Uso substâncias psicoativas ilegais, como cannabis, cocaína, ecstasy” ($M= 1,99; \pm 0,11$); “O2-Como condutor (ou futuro condutor) respeito as regras de segurança rodoviária (cinto de segurança e uso de telemóvel, etc)” ($M= 1,96; \pm 0,24$) e “O1-Como peão e passageiro, cumprio as medidas de proteção e/ou segurança pessoal e rodoviária” ($M= 1,95; \pm 0,21$), entre outros.

Tabela 2 - Estatísticas descritivas (M, DP) e *alfa de Cronbach* (α) dos valores dos itens do questionário EVF

	Estatísticas de item-total ($n= 85; \alpha= 0,695$)	
	M	DP
it1-F1-Tenho com quem falar dos assuntos que são importantes para mim	1,80	0,431
it2-F2-Deu e recebe carinho/afetos	1,79	0,411
it3-A1-Sou membro de um grupo comunitário e/ou de autoajuda (doentes crónicos, voluntários, religião, desporto ou outros) e participo nas actividades activamente	0,92	0,790
it4-A2-Ando no mínimo 30 minutos diariamente	1,53	0,665
it5-A3-Eu realizo uma atividade física (andar, subir escadas, tarefas domésticas, fazer jardinagem) ou desporto durante	1,81	0,393
it6-N1-Como duas porções de verduras e três de frutas diariamente	1,09	0,648
it7-N2-Frequentemente como alimentos hipercalóricos (doces e/ou salgados) ou fast-food	1,12	0,521
it8-N3-Ultrapassei o meu peso ideal em	1,66	0,628
it9-T1-Eu fumo cigarros	1,61	0,742
it10-T2-Geralmente fumo ____ cigarros por dia	1,89	0,346
it11-A1-A minha ingestão média semanal de bebidas alcoólicas (UBP) é	2,00	0,000
it12-A2-Bebe mais de 4-5 bebidas alcoólicas (UBP) na mesma ocasião	1,73	0,447
it13-A3-Conduzo veículos motorizados depois de beber bebidas alcoólicas	2,00	0,000
it14-A4-Uso substâncias psicoativas ilegais, como cannabis, cocaína, ecstasy	1,99	0,108
it15-A5-Uso excessivamente medicamentos que me receitam ou que posso adquirir livremente na farmácia	1,87	0,402
it16-A6-Bebo café, chá ou outras bebidas com cafeína	1,81	0,393
it17-S1-Durmo bem e sinto-me descansado	1,08	0,640

	Estatísticas de item-total (n= 85; α = 0,695)	
	M	DP
it18-S2-Sinto-me capaz de gerir o stress do meu dia-a-dia	1,22	0,605
it19-S3-Relaxo e disfruto do meu tempo livre	1,38	0,617
it20-T1-Sinto que ando acelerado e/ou atarefado	0,68	0,539
it21-T2-Sinto-me aborrecido e/ou agressivo	1,54	0,609
it22-T3-Sinto-me feliz com o meu trabalho e atividades em geral	1,58	0,543
it23-I1-Sou uma pessoa optimista e positiva	1,38	0,690
it24-I2-Sinto-me tenso e/ou oprimido	0,58	0,497
it25-I3-Sinto-me triste e/ou deprimido	1,33	0,643
it26-C1-Realizo exames periódicos de avaliação de estado de saúde	1,18	0,676
it27-C2-Converso com o/a parceiro(a) e/ou família sobre temas de sexualidade	1,14	0,693
it28-C3-No meu comportamento sexual, preocupo-me com o bem estar e a protecção do parceiro/a	1,88	0,391
it29-O1-Como peão e passageiro, cumpro as medidas de protecção e/ou segurança pessoal e rodoviária	1,95	0,213
it30-O2-Como condutor (ou futuro condutor) respeito as regras de segurança rodoviária (cinto de segurança e uso de telemóvel, etc)	1,96	0,241

M= média; DP= desvio padrão; α = alfa de Cronbach

De acordo com o verificado noutros estudos que utilizaram o EVF, nomeadamente, o estudo efetuado para uma população estudantil portuguesa (Silva, Brito, e Amado 2014), constata-se uma diminuição do *alfa de Cronbach* (α = 0,589), no entanto, de uma forma geral, todas as dimensões contribuem de forma igual para a estabilidade do instrumento (Tabela 3).

Tabela 3 - Estatísticas descritivas (M, DP), *alfa de Cronbach* (α) dos valores das dimensões do questionário EVF

	Estatísticas de item-total (n= 85; α = 0,589)	
	M	DP
F - Família e Amigos	7,18	1,521
A - Atividade física/Associativismo	8,52	2,529
N - Nutrição	7,74	2,326
T - Tabaco	7,01	2,015
A - Álcool e Outras drogas	22,80	1,486
S - Sono/Stress	7,36	3,011
T - Trabalho/Tipo de personalidade	7,60	2,503
I – Introspeção	6,56	2,174
C - Comportamentos de saúde e sexual	8,40	2,578
O - Outros Comportamentos	7,84	0,705

M= média; DP= desvio padrão; α = alfa de Cronbach

A maioria dos *coeficientes de correlação de Pearson* (r) entre o valor global do EVF e os domínios que o constituem (FANTÁSTICO), são positivos e altamente significativos ($p < 0.001$), variando entre $r = 0.701$ e $r = 0.329$. Assim, de uma forma geral, podemos afirmar que as dimensões do EVF tendem a medir o mesmo construto.

Tabela 4 – *Coeficientes de correlação de Pearson* (r) entre o valor global do EVF e respetivas dimensões

	Estilo de vida Global
F - Família e Amigos	.491**
A - Atividade física/Associativismo	.329**
N - Nutrição	.541**
T - Tabaco	0,212
A - Álcool e Outras drogas	0,213
S - Sono/Stress	.701**
T - Trabalho/Tipo de personalidade	.688**
I – Introspeção	.585**
C - Comportamentos de saúde e sexual	.504**
O - Outros Comportamentos	0,111

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades)

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades)

O estilo de vida global dos estudantes foi classificado como “Muito bom”, uma vez que o valor médio da pontuação ao instrumento foi de $91,01 \pm 10,06$ pontos (categoria “85 a 102” pontos).

A maioria dos estudantes da amostra foi classificado no instrumento EVF como tendo um estilo de vida “Muito bom” (68%), cerca de 19% “Bom”, aproximadamente 8% “Excelente” e apenas 5% “Regular”.

É ainda de realçar que não existe nenhum indivíduo da amostra com pontuação inferior a 68 pontos (Tabela 5).

Tabela 5 – Frequências absolutas, relativas e estatísticas descritivas para o instrumento “FANTÁSTICO”/Estilo de vida global (EVF)

	n	%
FANTÁSTICO		
Excelente (103-120)	7	8,2%
Muito bom (85-102)	58	68,2%
Bom (74-84)	16	18,8%
Regular (47-72)	4	4,7%
Necessita melhorar (0-46)	0	0,0%
Total	85	100,0%
Estilo de vida Global	M= 91,01; ±10,06; A= 44 (68-112)	
M= média; ± desvio padrão; A= amplitude (Mín. - Máx.)		

4.3 ANÁLISE INFERENCIAL

Neste subponto encontram-se os resultados do estudo das relações definidas em articulação com os objetivos do estudo e metodologia.

4.3.1 Avaliação da relação entre o Estilo de Vida FANTÁSTICO e as variáveis categóricas

- Avaliação da relação entre o EVF e o sexo dos participantes

A Tabela 6 mostra-nos que relativamente ao estilo de vida global assim como as suas dimensões, não foram encontradas diferenças significativas relativamente ao sexo dos estudantes (valor- $p > 0,05$). É no entanto de realçar que, de uma forma geral, para todas as dimensões incluindo o Estilo de vida global, os estudantes do sexo feminino apresentam uma pontuação superior à do sexo masculino.

Tabela 6 - Média (M), desvio padrão (DP) e testes de *U Mann-Whitney* para a comparação entre as dimensões do EVF e o sexo dos participantes (n=85)

	Gênero				U de Mann-Whitney	valor-p
	Feminino		Masculino			
	(n= 73)		(n= 12)			
	M	DP	M	DP		
Estilo de vida Global	91,7	10,2	86,7	8,3	293,0	0,066
F - Família e Amigos	7,2	1,5	7,0	1,6	403,0	0,565
A - Atividade física/Associativismo	8,6	2,4	8,0	3,1	392,5	0,553
N - Nutrição	7,9	2,2	6,8	3,0	348,0	0,237
T - Tabaco	7,0	2,0	7,2	2,3	406,0	0,587
A - Álcool e Outras drogas	22,9	1,5	22,2	1,6	321,0	0,099
S - Sono/Stress	7,4	2,9	7,2	3,6	423,0	0,846
T - Trabalho/Tipo de	7,7	2,5	7,0	2,6	370,5	0,376
I – Introspeção	6,6	2,1	6,5	2,7	420,0	0,810
C - Comportamentos de saúde e sexual	8,6	2,5	7,3	3,1	334,0	0,175
O - Outros Comportamentos	7,9	0,6	7,5	1,2	382,5	0,086

M= média; DP= desvio padrão

- Avaliação da relação entre EVF e as *habilitações literárias da mãe*

Quanto às habilitações literárias da mãe (Tabela 7), verifica-se que os estudantes com mães com habilitações “Superiores ao 9º Ano”, tem uma pontuação para o estilo de vida significativamente superior aos estudantes cujas mães tem habilitações “Inferiores ao 9º Ano” (valor- $p < 0.05$) para as dimensões: F – Família e amigos, “Superiores ao 9º Ano” (M= 7,6; $\pm 1,3$), “Inferiores ao 9º Ano” (M= 6,6; $\pm 1,6$), U= 534,0; $p=0,001$; A - Atividade física/Associativismo “Superiores ao 9º Ano” (M= 9,3; $\pm 2,1$), “Inferiores ao 9º Ano” (M= 7,5; $\pm 2,7$), U= 502,5; $p=0,002$ e C - Comportamentos de saúde e sexual “Superiores ao 9º Ano” (M= 8,9; $\pm 2,7$), “Inferiores ao 9º Ano” (M= 7,7; $\pm 2,4$), U= 569,0; $p=0,017$.

Tabela 7 - Média (M), desvio padrão (DP) e testes de *U Mann-Whitney* para a comparação entre as dimensões do EVF e as habilitações literárias da mãe (n=82)

	Habilitações literárias da mãe*				U de Mann-Whitney	valor-p
	Até ao 9º Ano		Superior ao 9º Ano			
	(n= 34)		(n= 48)			
	M	DP	M	DP		
Estilo de vida Global	89,1	10,5	92,3	9,9	655,5	0,130
F - Família e Amigos	6,6	1,6	7,6	1,3	535,0	0,001
A - Atividade física/Associativismo	7,5	2,7	9,3	2,1	502,5	0,002
N - Nutrição	7,9	2,2	7,5	2,5	752,5	0,534
T - Tabaco	7,3	1,7	6,8	2,2	745,5	0,378
A - Álcool e Outras drogas	22,8	1,4	22,8	1,5	776,0	0,674
S - Sono/Stress	7,0	2,8	7,5	3,2	720,0	0,353
T - Trabalho/Tipo de	7,7	2,8	7,5	2,3	752,0	0,532
I – Introspeção	6,6	2,3	6,6	2,1	780,0	0,719
C - Comportamentos de saúde e sexual	7,7	2,4	8,9	2,7	569,0	0,017
O - Outros Comportamentos	7,9	0,5	7,8	0,8	811,0	0,910

* Os casos NS/NR foram excluídos da análise

- Avaliação da relação entre o EVF e as *habilitações literárias do pai*

Para as habilitações literárias da pai, verifica-se que os estudantes que tem pais com habilitações “Superiores ao 9º Ano” (M= 92,8; $\pm 9,2$), tem uma pontuação para o “Estilo de vida global” significativamente superior aos estudantes cujos pais tem habilitações “Inferiores ao 9º Ano” (M= 88,0; $\pm 9,8$), U= 565,5; $p=0,025$. Quanto às dimensões do EVF, apenas se encontram diferenças significativas relativamente a T - Trabalho/Tipo de

personalidade “Superiores ao 9º Ano” (M= 8,1; $\pm$ 2,2), “Inferiores ao 9º Ano” (M= 6,9; $\pm$ 2,7), U= 575,5; p=0,027 (Tabela 8).

Tabela 8 - Média (M), desvio padrão (DP) e testes de *U Mann-Whitney* para a comparação entre as dimensões do EVF e as habilitações literárias do pai (n=80)

	Habilitações literárias do pai*				<i>U de Mann-Whitney</i>	<i>valor-p</i>
	Até ao 9º Ano (n= 42)		Superior ao 9º Ano (n= 38)			
	M	DP	M	DP		
Estilo de vida Global	88,0	9,8	92,8	9,2	565,5	0,025
F - Família e Amigos	7,2	1,4	7,1	1,7	796,5	0,985
A - Atividade física/Associativismo	7,9	2,6	9,0	2,3	615,5	0,068
N - Nutrição	7,4	2,3	7,8	2,3	705,5	0,353
T - Tabaco	6,9	2,2	7,0	2,0	789,0	0,909
A - Álcool e Outras drogas	22,7	1,5	22,9	1,4	731,5	0,477
S - Sono/Stress	7,0	2,8	7,5	3,3	694,0	0,303
T - Trabalho/Tipo de personalidade	6,9	2,7	8,1	2,2	575,5	0,027
I – Introspeção	6,6	2,3	6,6	2,0	796,0	0,984
C - Comportamentos de saúde e sexual	7,8	2,8	8,9	2,3	616,0	0,070
O - Outros Comportamentos	7,8	0,9	7,9	0,5	781,0	0,696

* Os casos NS/NR foram excluídos da análise

- Avaliação da relação entre o EVF e o facto de ser *trabalhador estudante*

Os estudantes que referiram ser trabalhadores (Tabela 9), obtiveram uma pontuação para o estilo de vida significativamente superior aos que não eram trabalhadores estudantes (valor-p<0.05) para as dimensões: N - Nutrição, “Sim é trabalhador estudante” (M= 8,9; $\pm$ 2,3), “Não é trabalhador estudante” (M= 7,5; $\pm$ 2,3), U= 290,5; p=0,024; I - Introspeção, “Sim” (M= 7,5; $\pm$ 2,6), “Não” (M= 6,4; $\pm$ 2,1), U= 291,0; p=0,022 e C - Comportamentos de saúde e sexual, “Sim” (M= 10,3; $\pm$ 1,8), “Não” (M= 8,1; $\pm$ 2,6), U= 231,5; p=0,003.

Tabela 9 - Média (M), desvio padrão (DP) e testes de *U Mann-Whitney* para a comparação entre as dimensões do EVF e o facto de ser trabalhador estudante (n=85)

	Trabalhador estudante				<i>U de Mann-Whitney</i>	<i>valor-p</i>
	Não (n= 72)		Sim (n= 13)			
	M	DP	M	DP		
Estilo de vida Global	90,3	9,4	94,8	13,0	359,5	0,184
F - Família e Amigos	7,2	1,6	7,1	1,3	418,0	0,426
A - Atividade física/Associativismo	8,3	2,6	9,5	1,9	349,0	0,133
N - Nutrição	7,5	2,3	8,9	2,3	290,5	0,024
T - Tabaco	7,1	1,8	6,5	3,0	450,0	0,767
A - Álcool e Outras drogas	22,9	1,4	22,0	1,8	332,0	0,064
S - Sono/Stress	7,4	3,0	7,2	3,2	451,5	0,836
T - Trabalho/Tipo de	7,5	2,5	8,0	2,6	406,5	0,436
I – Introspeção	6,4	2,1	7,5	2,6	291,0	0,022
C - Comportamentos de saúde e sexual	8,1	2,6	10,3	1,8	231,5	0,003
O - Outros Comportamentos	7,9	0,6	7,7	1,1	456,5	0,731

- Avaliação da relação entre o EVF e se está *deslocado do local de residência*

Os estudantes que “Não se encontravam deslocados do seu local de residência habitual” (Tabela 10), obtiveram uma pontuação para o estilo de vida significativamente superior aos que se encontravam deslocados da sua residência habitual (valor-p<0.05) nas dimensões: S – Sono/Stress, “Não está deslocado” (M= 8,2; $\pm$ 3,0), “Sim está deslocado” (M= 6,5; $\pm$ 2,7), U= 596,5; p=0,006 e ; I - Introspeção, “Não está deslocado” (M= 7,0; $\pm$ 2,3), “Sim está deslocado” (M= 6,1; $\pm$ 2,0), U= 648,0; p=0,018.

Tabela 10 - Média (M), desvio padrão (DP) e testes de *U Mann-Whitney* para a comparação entre as dimensões do EVF e o facto de estar deslocado do local de residência (n=85)

	Deslocado do local de residência				<i>U de Mann-Whitney</i>	<i>valor-p</i>
	Não (n= 44)		Sim (n= 41)			
	M	DP	M	DP		
Estilo de vida Global	92,6	9,1	89,3	10,9	753,5	0,190
F - Família e Amigos	7,2	1,4	7,1	1,6	882,5	0,823
A - Atividade	8,5	2,4	8,6	2,7	863,5	0,726
N - Nutrição	8,0	2,4	7,5	2,3	783,5	0,278
T - Tabaco	7,1	1,9	6,9	2,1	846,0	0,507
A - Álcool e Outras drogas	22,8	1,5	22,8	1,5	883,0	0,852
S - Sono/Stress	8,2	3,0	6,5	2,7	596,5	0,006

	Deslocado do local de residência				<i>U de Mann-Whitney</i>	<i>valor-p</i>
	Não (n= 44)		Sim (n= 41)			
	M	DP	M	DP		
T - Trabalho/Tipo de	7,6	2,4	7,6	2,7	890,0	0,913
I – Introspeção	7,0	2,3	6,1	2,0	648,0	0,018
C - Comportamentos de saúde e sexual	8,5	2,8	8,2	2,4	804,0	0,374
O - Outros Comportamentos	7,7	0,9	8,0	0,3	841,0	0,188

- Avaliação da relação entre o EVF e se considera *ter vícios/dependências*

O Tabela 11 mostra que apenas para a dimensão “T – Tabaco” do EVF, os estudantes que referiram “não ter vícios/dependências” (M= 7,4; $\pm$ 1,4), obtiveram uma pontuação para o estilo de vida significativamente superior aos que “tinham vícios/dependências” (M= 4,5; $\pm$ 3,4), U= 225,0; p=0,001.

Tabela 11- Média (M), desvio padrão (DP) e testes de *U Mann-Whitney* para a comparação entre as dimensões do EVF e ter vícios/dependências (n=85)

	Vícios / dependências				<i>U de Mann-Whitney</i>	<i>valor-p</i>
	Não (n= 74)		Sim (n= 71)			
	M	DP	M	DP		
Estilo de vida Global	91,4	10,2	88,7	9,0	344,5	0,412
F - Família e Amigos	7,1	1,6	7,6	1,2	333,0	0,207
A - Atividade física/Associativismo	8,5	2,5	8,5	2,8	383,5	0,750
N - Nutrição	7,8	2,4	7,5	1,6	361,0	0,531
T - Tabaco	7,4	1,4	4,5	3,4	225,0	0,001
A - Álcool e Outras drogas	22,8	1,5	22,5	1,6	362,0	0,511
S - Sono/Stress	7,4	2,9	7,5	4,0	402,0	0,946
T - Trabalho/Tipo de	7,6	2,5	7,3	2,4	366,5	0,582
I – Introspeção	6,6	2,2	6,5	2,0	386,5	0,776
C - Comportamentos de saúde e sexual	8,3	2,5	9,1	3,0	326,0	0,274
O - Outros Comportamentos	7,9	0,6	7,6	1,2	390,5	0,596

4.3.2 Avaliação da relação entre o Estilo de Vida FANTASTICO e as variáveis quantitativas

Na Tabela 12, estão representados a negrito os *coeficientes de correlação de Spearman* estatisticamente significativos (valor- $p < 0.05$).

Verifica-se que o “Estilo de vida Global” está positivamente correlacionado com a “autopercepção do estilo de vida” ($r(83) = ,50$; valor- $p < 0.01$), com o “montante médio gasto/noite” ($r(83) = ,30$; valor- $p < 0.01$) e com o “n.º médio de saídas noturnas/mês” ($r(83) = ,28$; valor- $p < 0.05$).

Quanto à relação das dimensões do EVF com as variáveis quantitativas em análise, constata-se que: “F – Família e Amigos” está positivamente correlacionada com a “classificação do estilo de vida” ($r(83) = ,25$; valor- $p < 0.05$), com o “montante médio gasto/noite” ($r(83) = ,32$; valor- $p < 0.01$) e com o “n.º médio de saídas noturnas/mês” ($r(83) = ,26$, valor- $p < 0.05$); “A - Atividade física/Associativismo” está positivamente correlacionada com o “montante médio gasto/noite” ($r(83) = ,24$; valor- $p < 0.05$); “N - Nutrição” está positivamente correlacionada com a “classificação do estilo de vida” ($r(83) = ,50$; valor- $p < 0.01$) e negativamente correlacionada com o “peso” ($r(83) = -,40$; valor- $p < 0.01$); “T - Tabaco” está positivamente correlacionada com a “classificação do estilo de vida” ($r(83) = ,22$; valor- $p < 0.05$) e negativamente correlacionada com o “n.º médio de saídas noturnas/mês” ($r(83) = -,26$; valor- $p < 0.01$); “S - Sono/Stress” está positivamente correlacionada com a “classificação do estilo de vida” ($r(83) = ,26$; valor- $p < 0.05$), com o “montante médio gasto/noite” ($r(83) = ,25$; valor- $p < 0.05$) e com o “n.º médio de saídas noturnas/mês” ($r(83) = ,24$, valor- $p < 0.05$); “T - Trabalho/Tipo de personalidade” está positivamente correlacionada com a “classificação do estilo de vida” ($r(83) = ,34$; valor- $p < 0.01$); “I – Introspeção” está positivamente correlacionada com a “autopercepção do estilo de vida” ($r(83) = ,28$; valor- $p < 0.01$) e por fim; “C - Comportamentos de saúde e sexual” está positivamente correlacionada com o “montante médio gasto/noite” ($r(83) = ,23$; valor- $p < 0.05$) e com o “n.º médio de saídas noturnas/mês” ($r(83) = ,35$, valor- $p < 0.01$). Por outro

lado, as dimensões do EVF “A - Álcool e Outras drogas” e “O - Outros Comportamentos”, não se correlacionaram significativamente com nenhuma das características em análise (valor- $p > 0.05$).

Tabela 12 - Coeficientes de correlação *ró de Spearman* para avaliar a relação entre as características sociodemográficas (quantitativas) e as dimensões do EVF (n= 85)

<i>Dimensões FANTÁSTICO - EVF</i>	Idade	Peso	Estatura	<i>Média de saídas por noite</i>	<i>Gasto médio mensal por noite</i>	<i>Autopercepção do estilo de vida</i>
Estilo de vida Global	0,015	-0,203	-0,131	.278*	.302**	.498**
F - Família e Amigos	-0,115	-0,062	-0,090	.260*	.323**	.250*
A - Atividade física/Associativismo	0,116	0,117	0,180	0,191	.237*	0,160
N - Nutrição	0,134	-.395**	-0,186	-0,011	0,085	.504**
T - Tabaco	-0,167	-0,119	0,012	-.261*	-0,013	.219*
A - Álcool e Outras drogas	-0,073	-0,082	-0,130	-0,132	-0,029	0,090
S - Sono/Stress	-0,084	-0,155	-0,071	.244*	.247*	.258*
T - Trabalho/Tipo de personalidade	-0,004	-0,193	-0,158	0,165	0,140	.335**
I – Introspeção	0,182	-0,031	-0,193	0,011	0,025	.281**
C - Comportamentos de saúde e sexual	0,179	0,154	0,034	.346**	.231*	0,141
O - Outros Comportamentos	0,051	-0,023	-0,050	-0,027	-0,021	-0,042

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

* . A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

CAPÍTULO V – DISCUSSÃO

5.1 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A vida dos jovens que frequentam o ensino superior é mais suscetível de sofrer alterações no que diz respeito a comportamentos e hábitos saudáveis, pois o facto de a maioria estudar longe de casa, confrontar-se com a alteração da rede de apoio, o stresse da adaptação à nova vida, a responsabilidade que lhe é exigida, uma dieta inadequada, a falta de exercício físico, as poucas horas de sono, as saídas à noite que levam a comportamentos de consumo de álcool, tabaco, drogas e comportamento sexual de risco, modificam o estudante universitário e o seu estilo de vida.

No sentido de conhecer e compreender a saúde dos jovens universitários, realizamos um estudo sobre o estilo de vida. Estudo esse que permitiu recolher dados, dos estudantes de enfermagem do 1º ciclo de estudos da Escola Superior de Saúde do IPVC, dados que poderão ser úteis para o desenvolvimento de novos projetos baseados na promoção da saúde.

O presente estudo, tem como objetivo descrever, caraterizar e analisar os estilos de vida dos estudantes de enfermagem do 1º ciclo de estudos da Escola Superior de Saúde do IPVC.

Participaram neste estudo 85 estudantes de Enfermagem do 1º Ciclo da Escola Superior de Saúde do IPVC.

Relativamente ao género, a distribuição é maioritariamente do sexo feminino. Os resultados obtidos são concordantes aos obtidos por Silva (2016) no qual a amostra era composta por 70.7% estudantes do sexo feminino. No estudo realizado por Alcântara da Silva [et al.] (2015) referem uma forte tendência de uma feminização do ensino superior. Acresce ainda o facto de se tratar de estudantes da licenciatura em enfermagem, onde se continua a refletir a gendarização das profissões.

Em relação à idade, os estudantes do nosso estudo tinham idades compreendidas entre os 18 e 40 anos, sendo a média de idades de 20,2 anos. Resultado também muito semelhante ao obtido por Silva (2016) no qual obteve uma média de 21.73 ± 1.92 , em que a idade mínima foi de 18 e 25 anos a máxima e também muito similar ao resultado obtido por Alcântara da Silva [et al.] (2015) em que a maioria dos estudantes tinham idades

compreendidas entre os 20 e 22 anos. Contudo, a realidade também nos tem apontado para alguma mudança, havendo estudantes a optar por uma segunda Licenciatura em Enfermagem ou a realizar esta formação como estudantes trabalhadores, o que poderá explicar, pelo menos em parte, o valor máximo obtido para a idade.

Em relação às variáveis habilitações académicas dos pais, verifica-se que as mães possuíam globalmente um nível mais elevado. No estudo realizado por Silva (2016), também corrobora um resultado similar. Apresentando como habilitações académicas, até ao 9º ano de escolaridade, a mãe com cerca de 50.4% e o pai com cerca de 55.9% e as habilitações académicas de ensino superior, eram a mãe com cerca de 24.0% e o pai com cerca de 17.9%. Alcântara da Silva [et al.] (2015) na sua investigação também constatou, que os progenitores que tem níveis de escolaridade mais elevados são as mães, com cerca de 42,5%.

No estudo realizado, cerca de 85% dos estudantes dedicavam-se exclusivamente ao estudo, e dos que eram trabalhadores estudantes, a maioria, 77% fazia-o a tempo parcial. Neste contexto, importa referir a nossa perceção de que a pandemia e a suas repercussões no funcionamento de serviços (como a hotelaria e a restauração) e o comércio podem ter condicionado a possibilidade de os estudantes contribuírem economicamente para a sua formação,

Dados semelhantes também obtidos no estudo realizado por Silva (2016), no qual 84,7% dos estudantes dedicava-se unicamente ao estudo e 15.3% dos estudantes é que eram trabalhadores-estudantes.

Alcântara da Silva [et al.] (2015) no inquérito realizado, apuraram que 75% dos estudantes que responderam ao inquérito eram estudantes a tempo inteiro.

No presente estudo, o peso corporal médio é de 61,0 ($\pm$ 11,7) kg, variando entre 40 e 99 kg, para uma estatura média de 1,7 ($\pm$ 0,1) metros, variando entre 1,53 e 1,85 metros. O índice de massa corporal médio é de 21,1 Kg/m² correspondendo na classificação do índice de massa corporal a um peso normal e varia entre 17,1Kg/m² e 28,9 Kg/m².

Silva (2016), no seu estudo, refere que 74,4% dos estudantes apresentavam um índice de massa corporal normal e 3.2% pertencia ao grupo dos obesos.

Em Portugal, a obesidade é um dos fatores de risco com mais peso na carga de doenças, sendo que 28,7% dos portugueses com idades entre os 25 e os 74 anos, sofrem de obesidade (Portugal, 2018).

Os dados do último Inquérito Nacional de Saúde, em 2019, divulgados pelo Instituto Nacional de Estatística, mostram que no total 53,6% da população adulta portuguesa apresentava excesso de peso (pré-obesidade ou obesidade), sendo que a obesidade afetava 1,5 milhões de pessoas (16,9%). Relativamente a pré-obesidade, esta é mais prevalente nos indivíduos do sexo masculino (42,2% vs 31,9%) e a obesidade nos indivíduos do sexo feminino (17,4 vs 16,4%) (Portugal, 2020b).

O mesmo inquérito relativamente ao consumo alimentar, nomeadamente de fruta, hortícolas, refrigerantes, sumos de fruta naturais, carne, peixe, ovos e produtos lácteos, refere que cerca de 66,4% e 41,7% da população com 15 ou mais anos de idade, reportou consumir fruta e hortícolas diariamente, respetivamente. No entanto, 13,6% referiram nunca consumir fruta e 26,7% nunca consumir produtos hortícolas (Portugal, 2020b).

Dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2016) revelam que mais de metade da população com 18 ou mais anos (4,5 milhões) tinha excesso de peso ou obesidade, sendo que 1,4 milhões estavam em situação de obesidade.

Dados relativos ao Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física 2015-2016, indicam que 27% da população nacional com mais de 14 anos é “ativa” e 30,3% é “moderadamente ativa” (Portugal, 2017). De acordo com os dados disponíveis, estima-se que 75 a 80% da população adulta em Portugal não é suficientemente ativa para obter benefícios importantes na sua saúde (Portugal, 2017a).

A atividade física das crianças e adolescentes portugueses são, igualmente inquietantes. Dados relativos ao Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física 2015-2016, obtidos com recurso a diários de atividade física, estimam que 57,5% das crianças e adolescentes com 6-14 anos cumpre as recomendações de 60 min/dia de atividade física de intensidade moderada a vigorosa. Os rapazes cumprem com maior frequência as recomendações (60,3%), comparativamente às raparigas (55,0%) (Portugal, 2017a).

No Inquérito referido anteriormente verifica-se uma relação com o nível de escolaridade e a prática regular de atividade física. Cerca de 53% da população nacional com habilitações académicas de nível de Ensino Superior refere ter uma prática regular de atividade física, percentagem que diminui para 42% na população com habilitações ao nível do 3º ciclo do ensino básico ou ensino secundário e para 28% na população com habilitações ao nível do 2º ciclo do ensino básico ou abaixo (Portugal, 2017a).

Dos dados obtidos, cerca de 48% dos estudantes da amostra encontravam-se deslocados do seu local de residência e 52% permanecia no seu local de residência. Resultado

diferente, obtido no estudo de Silva (2016) em que 65, 6% dos estudantes encontravam-se deslocados.

Os resultados obtidos para qualquer tipo de vícios/ dependências, (87%) não considerava ter e dos que assinalaram ter vícios/dependências, as mais frequentes eram o café e o tabaco. No estudo realizado por Silva (2016), também corrobora esta informação, pois cerca de 22% dos estudantes referiu ter vícios ou dependências e 78% não considerava ter vícios ou dependências.

De acordo com o relatório “Prevenção e Controlo do Tabagismo 2017”, apresentado pela DGS, a prevalência de consumo de tabaco é particularmente mais elevada no grupo etário 25-34 anos, não existindo diferenças na prevalência de consumo, em ambos os sexos dessa faixa etária (Portugal, 2017b).

Tendo por base taxas não padronizadas, as prevalências de consumo mais elevadas observaram-se no grupo com a escolaridade secundária no qual mais de um quarto das pessoas no ensino secundário fumava (26,0%). A mesma entidade, aponta para a idade média de início de consumo entre os 16 e os 24 anos (Portugal, 2017b).

Num estudo efetuado em jovens de 18 anos, no Dia da Defesa Nacional 2015, cerca de 62,0% já tinham consumido tabaco, sendo 61,4% rapazes e 57,4% raparigas (Portugal, 2017b).

Segundo os dados do IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17, o consumo de bebidas alcoólicas apresenta-se como a substância psicoativa com maior prevalência de consumo ao longo da vida, rondando cerca de 60% para consumos nos últimos 12 meses para a população total de 15 a 74 anos e cerca de 50% para consumos nos últimos 30 dias (Balsa, [et al.], 2018).

No estudo a ingestão média semanal de bebidas alcoólicas é de 2,0 ($\pm$ 0,00) e o consumo de 4 a 5 bebidas alcoólicas na mesma ocasião é em média de 1,73 ($\pm$ 0,447). O consumo de substâncias psicoativas ilegais, como cannabis, cocaína, ecstasy em média é de 1,99; ($\pm$ 0,11) e o uso excessivo de medicamentos é em média de 1,87 ($\pm$ 0,402). Como a média se situa entre 1 e 2, ou seja, recomenda-se a manutenção destas dimensões (Balsa, [et al.], 2018).

No estudo realizado por Balsa, [et al.] a prevalência de consumo ao longo da vida, nos grupos etários de 25 a 54 anos é de cerca de 90%, no entanto entre os mais jovens, o consumo de qualquer bebida alcoólica, ronda os sete em cada dez jovens de 15-24 anos (uma prevalência de 73,5%). Por sua vez, para consumos nos últimos 30 dias o grupo etário de 15 a 24 anos apresenta quatro em cada dez jovens (2018).

O consumo mais intenso de bebidas alcoólicas, na mesma ocasião, é um indicador de consumo crítico. Nesse sentido, surge o conceito binge, que se refere ao consumo de bebidas alcoólicas numa dose de 6 ou mais bebidas para os homens e de 4 ou mais bebidas para as mulheres. O consumo binge, nos últimos 12 meses para o grupo dos mais jovens (15-24 e 25-34 anos) ronda os 20%, sendo que esse consumo é mais expressivo nas raparigas, com cerca de 26,6% do que nos rapazes, cerca de 22,2% (Balsa, [et al.], 2018).

No que refere ao consumo de substâncias ilícitas ao longo da vida, sobressai o consumo de canábis com 9,7%, face as outras substâncias: 1,1% para a cocaína, 0,6% para o ecstasy, 0,5% para a heroína, 0,4% para as anfetaminas e o LSD e 0,2% para os cogumelos alucinogénios (Balsa, [et al.], 2018).

A distribuição do consumo por substância por grupo etário, atinge prevalências mais elevadas no grupo etário 35-44 anos, no entanto o consumo de anfetaminas constitui uma exceção, pois o grupo etário com maior prevalência é o de 25 a 54 anos e o da heroína o grupo etário de 45-54 anos (Balsa, [et al.], 2018).

O maior consumo de substâncias psicoativas ilícitas é registado quando os indivíduos estão de férias, sendo uma exceção o consumo de anfetaminas, sendo o maior consumo registado nos estudantes, com uma prevalência de 12,5% e o consumo de heroína é mais comum nos indivíduos desempregados (Balsa, [et al.], 2018).

A prevalência de consumo de medicamentos do tipo sedativo, tranquilizante ou hipnótico ao longo da vida é de 13,5%, por sua vez para consumos nos últimos 12 meses o valor é de 9,4%, e para consumos nos últimos 30 dias é de 8,3% (Balsa, [et al.], 2018).

No perfil de consumidor, no caso dos medicamentos, prevalece o consumo entre o sexo feminino, e a prevalência de consumo vai aumentando à medida que aumenta a idade. A exceção a esta regra é o grupo dos homens com a faixa etária de 15-24 anos, que ainda que de forma ténue, apresenta valores de prevalência superiores aos das mulheres da mesma faixa etária (Balsa, [et al.], 2018).

Relativamente às saídas à noite e gastos, os estudantes inquiridos no estudo apresentavam em média 3,3 ($\pm$ 3,0) de saídas à noite por mês, gastando em média por noite 7,3 $\pm$ 6,0 euros, variando entre 0 e 25 euros.

Resultado diferente obtido no estudo realizado por Silva (2016), pois quanto aos hábitos recreativos, na sua amostra, 69.2% dos estudantes referiram que saíam até uma vez por semana para atividades recreativas, considerando o número médio de saídas à noite para atividades recreativas de 1.21 $\pm$ 1.01, em que 0 foi o valor mínimo de saídas e 7 o valor

máximo. Em relação ao valor gasto em euros por cada saída à noite, a maioria dos estudantes, 86.9% gastou até 10 euros por saída à noite para atividades recreativas.

Por fim, numa escala de 0 (estilo de vida nada saudável) a 10 (estilo de vida muito saudável), os estudantes classificaram o seu estilo de vida médio como sendo de 7,1 ($\pm$ 1,4).

Quanto ao estilo de vida global dos estudantes, este foi classificado como “Muito bom”, por 68%. Por sua vez, com um resultado um pouco inferior, no estudo levado a cabo por Silva (2016) 85.4% da amostra total encontra-se na categoria adequado, sendo que desses, 48% se encontravam na categoria do estilo de vida muito bom. A autoperceção que os estudantes tem sobre o seu estilo de vida, pode não corresponder a realidade, considerando-se assim um desafio às competências do especialista em enfermagem comunitária e do grupo INPEC+.

Também em outros estudos realizados na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, na Escola Superior de Enfermagem do Porto e na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, o estilo de vida foi percecionado como “muito bom” apresentando respetivamente 47%, 46,4% e 53,4%.

De uma forma geral, os participantes neste estudo, a maioria dos estudantes tem estilos de vida cujos valores médios se situam entre 1 e 2, ou seja, recomenda-se a manutenção destas dimensões. Contudo, este trabalho vem realçar os resultados de outras investigações (Cunha, 2020), convocando atenção acrescida para a saúde mental, a gestão positiva de emoções e a participação na vida da escola e cidadania. Dito de outro modo, há dimensões do EVF que merecem especial atenção, designadamente a Introspeção, Trabalho/ Tipo de Personalidade e Atividade Física/Associativismo. Importa pois, trazer os estudantes para reflexão sobre estes e outros resultados obtidos nos diagnósticos que compõe a fase PRECEDE do modelo teórico adotado e consensualização da intervenção a implementar para gestão desta situação.

Almeida (2014) estudou o comportamento de risco em 1968 estudantes, dos quais 18,3% representava saúde mental negativa, 17,7% tinha sintomatologia depressiva (moderada a severa) e 15,6% sintomatologia ansiosa (moderada a severa).

Por conseguinte no estudo realizado por Silva (2016), os valores das médias mais baixas, dos itens do questionário EVF, foram: “Sou membro de um grupo comunitário e/ou de autoajuda e participo ativamente” (M= 0.53); “Sinto que ando acelerado e/ou atarefado” (M= 0.75); “Como duas porções de verduras e três de frutas diariamente” (M= 0.86) e “Realizo exames periódicos de avaliação de estado de saúde” (M= 0.89).

Os aspetos que apresentam uma média mais alta, ou seja, que foram pontuados de modo mais compatível para estilos de vida relativamente favoráveis à saúde, foram designadamente as dimensões do EVF Álcool/outras drogas e outros comportamentos. Este aspeto tem que ser analisado em articulação às características do instrumento FANTASTICO e com eventuais reflexos da pandemia na dimensão recreativa e de interação nomeadamente académica.

Por sua vez, no estudo efetuado por Silva (2016), os itens que apresentaram médias mais altas foram: “Quase nunca uso excessivamente medicamentos que me receitam ou que posso adquirir livremente na farmácia” (M= 1.93); “A minha ingestão média semanal de bebidas alcoólicas (UBP) é inferior a 7 bebidas” (M= 1.93) e “No meu comportamento sexual, preocupo-me com o bem-estar e a proteção do parceiro/a” quase sempre (M= 1.90).

Relativamente ao estilo de vida global e o sexo dos participantes, não foram encontradas diferenças significativas, no entanto é de realçar que, de uma forma geral que os participantes do sexo feminino apresentam uma pontuação superior para o estilo de vida global e as suas dimensões. Resultado também semelhante obtido por Silva (2016), no qual 86,2% dos estudantes do sexo feminino, apresentavam um estilo de vida adequado.

No que refere as habilitações literárias mais elevadas quer da mãe quer do pai, revelam associação positiva face ao estilo de vida global dos estudantes, havendo diferenças no que se refere às dimensões. Assim, no caso dos estudantes cujas mães possuem habilitações superiores ao 9º ano, apresentam uma pontuação superior nas dimensões Família e Amigos, Atividade física/Associativismo e Comportamentos de saúde e sexual. Já nas habilitações literárias do pai, surgem associadas a maior pontuação na dimensão Trabalho/Tipo de personalidade.

A literatura, vem reiterar essa mesma informação, afirmando que um nível de escolaridade superior, aumenta a prática regular de atividade física (Portugal, 2017a), assim como, também refere que a alimentação é influenciada por fatores sociais e culturas (Portugal, 2020b).

No estudo, os trabalhadores estudantes, apresentaram uma pontuação superior para o estilo de vida, quando comparado com os que não eram trabalhadores estudantes. Destacando-se as dimensões: Nutrição, Introspeção e Comportamentos de saúde e sexual.

Relativamente aos estudantes que não estavam deslocados do seu local de residência, apresentavam um estilo de vida superior aos que estavam deslocados, destacando-se as

dimensões: Sono/stress e Introspeção. Informação corroborada pela literatura, pois os estudantes que se mantêm no seu ambiente social, tem níveis de stress menores, uma melhor qualidade do sono e são mais otimistas, pois não se encontram sujeitos a várias alterações das circunstâncias da sua vida comparativamente ao que acontece com os estudantes deslocados. Importa ainda ter em atenção o facto de nos encontrarmos num território cujas acessibilidades são politicamente assumidas como uma vulnerabilidade a combater.

Na investigação realizada por Alcântara da Silva [et al.] (2015) corrobora os resultados mencionados, pois o facto de os estudantes se encontrarem a residir fora da habitação do seu agregado familiar leva a comportamentos poucos saudáveis, principalmente ao nível da nutrição, consumos de substâncias lícitas e ilícitas, sono e stresse.

Relativamente aos vícios/dependências, a maior parte dos estudantes referiu não ter vícios/dependências, sendo que, dos que tinham vícios/dependências, a dimensão Tabaco é que se destaca. Também no estudo realizado por Silva (2016) quando analisando algumas atividades que podem comprometer a saúde verificou-se que, da amostra estudada, 22.0% dos estudantes referiram já ter algum tipo de vício ou dependência.

De acordo com a DGS o consumo de tabaco, é um dos fatores de risco com maior impacto na saúde e consequentemente na esperança de vida saudável, sendo por isso, importante desenvolver programas de educação para a saúde, permitindo ajudar os jovens a construir uma autoestima positiva e a desenvolverem a capacidade de resistir às pressões dos pares, da publicidade e da sociedade em geral, de modo a que fiquem aptos para tomar decisões de modo informado, autónomo e responsável (Portugal, 2017b).

Desta forma, torna-se crucial intervir na prevenção da iniciação tabágica, informar e sensibilizar os estudantes e desenvolver atividades de desabitação tabágica nas instituições de ensino superior.

Relativamente ao EVF Global e a associação com variáveis sociodemográficas, verifica-se uma associação positiva com: as saídas à noite para atividades recreativas, com os gastos médios e com autoperceção do estilo de vida. Ou seja, quem se autoclassificou com melhor estilo de vida, tem na classificação global da escala EVF, uma relação direta com esse estilo de vida global, o mesmo aconteceu as demais variáveis em apreço. Realça-se que estamos perante uma população com uma idade média de 20 anos, e que possivelmente sair à noite e ter dinheiro para poder sair poderá significar um “bom estilo de vida”.

Na mesma perspetiva, estatisticamente significativa, mas na dimensão Família e Amigos, sobressai-se os mesmos itens, destacando-se o gasto médio por noite. Trata-se de um

dado interessante, pois provavelmente é a família que fornece o dinheiro para esses mesmos gastos.

Para a dimensão Atividade física/Associativismo verifica-se que está correlacionada positivamente com o “montante médio gasto por noite, ou seja, os estudantes nesta dimensão valorizam os gastos por noite.

Na dimensão Nutrição, verifica-se estatísticas significativas. A dimensão Nutrição está correlacionada negativamente com o peso, isto é, quanto maior for o peso, menor qualidade tem a nutrição do estudante. Esta dimensão, também está correlacionada positivamente com a classificação do estilo de vida, ou seja, os estudantes que tem uma nutrição adequada apresentam menor peso e melhor estilo de vida.

Alcântara da Silva [et al.] (2015), constatou que a não realização de exercício físico, uma alimentação desadequada às necessidades nutricionais, onde a opção são alimentos hipercalóricos e *fastfood*, no lugar de frutas e legumes, são as opções dos estudantes que admitem ter excesso de peso.

No que concerne a dimensão Tabaco, verifica-se que quem tem melhor estilo de vida (consumindo menos tabaco), quem tem um menor número médio de saídas noturnas/mês.

A dimensão Sono/Stress está relacionada positivamente com a autopercepção do estilo de vida, com o montante médio gasto/noite e o n.º médio de saídas noturnas/mês. Salienta-se que estamos perante uma população jovem e que possivelmente ter um bom estilo de vida, sair à noite e ter dinheiro para poder sair poderá significar, uma boa gestão do stress e qualidade do sono.

O stress, pode ser visto como uma barreira à concentração, à resolução de problemas, à tomada de decisão e a outras habilidades necessárias para a aprendizagem dos estudantes do ensino superior, resultando em alguns sintomas e doenças como a depressão e a ansiedade (Bublitz, [et al.], 2012).

Caetano e Thomaz (2012) a partir dos resultados da sua investigação, referiram que os jovens com perturbações do sono, tem influência negativamente na qualidade de vida, geram situações de stresse, impaciência e indisponibilidade, irritabilidade, agressividade, distrações e apatia, ou e pelo contrário, geram situações de hiperatividade, desconforto, dificuldade de interação, tristeza, isolamento, falta de animo e de energia.

A literatura e a investigação na sua generalidade, referenciam que a qualidade do sono dos estudantes tem vindo a degradar-se, evidenciando-se que 75% dos estudantes do

ensino superior aportam problemas de sono ocasionais como dificuldade em adormecer, distúrbios de sono e sonolência diurna excessiva (Wolfson, 2010).

O Trabalho/ Tipo de personalidade está positivamente correlacionada com a autopercepção do estilo de vida, ou seja, como se verificou anteriormente, os estudantes trabalhadores apresentavam melhor classificação para o estilo de vida.

A dimensão Introspeção também está positivamente correlacionada com a autopercepção do estilo de vida, pois estudantes mais positivos e otimistas tem melhor estilo de vida.

E por fim, a dimensão Comportamentos de saúde e sexual, estão positivamente correlacionados com o montante médio gasto/noite e com o n.º médio de saídas noturnas/mês. Dito de outro modo, as saídas a noite podem ser percebidas pelos estudantes como espaços/tempos de conversa com os seus parceiros sobre temas como a sexualidade e adquirirem uma postura de bem-estar e proteção do seu parceiro.

5.2 LIMITAÇÕES E PERSPETIVAS FUTURAS

O facto deste estudo ser transversal, pode ser uma limitação, uma vez que não tem em conta a evolução do estilo de vida dos estudantes durante o seu percurso académico, o que seria possível com um estudo longitudinal. A amostra é constituída por estudantes de Enfermagem, que à partida têm conhecimentos mais robustos e sustentados sobre a importância das práticas de um estilo de vida saudável e serão futuros “modelos” para a comunidade.

Outra limitação do estudo, e que evidentemente está relacionada com o facto da Enfermagem ainda ser perspectivada como uma extensão do cuidar ao espaço público, prende-se com o predomínio dos estudantes serem do sexo feminino.

Uma outra limitação do estudo, passa pelo facto de o questionário ter sido utilizado online, por um lado o mesmo permitiu o acesso a um maior número de estudantes e de uma forma mais rápida, mas por outro lado causou um aumento de sobrecarga de atividades online, pois no atual contexto de Covide 19 as aulas eram online.

Neste sentido, o estudo aqui apresentado não é no imediato extrapolável para a população académica, designadamente da ESS-IPVC. Contudo, tendo por base, o modelo PEER-IESS, que por sua vez é tributário do Modelo PRECEDE-PROCEED e da perspetiva salutógena de Antonvsky, norteadores do Projeto INPEC⁺, prevê-se a análise e discussão dos presentes resultados com o “grupo semente” do INPEC+ e com a demais comunidades académicas da Escola Superior de Saúde do IPVC, consensualizando a intervenção que venha a ser decidida numa lógica participativa.

Os estudantes de enfermagem têm, assim, oportunidade de serem atores e autores dos seus projetos de saúde e de simultaneamente se apropriarem de abordagens participativas em saúde, ou seja, adquirem *soft skills* fundamentais para a vida pessoal e profissional futura, designadamente na promoção da literacia nos termos propostos pela Carta de OKanangam e pela Declaração de Nairobi.

Deste modo, conforma-se ainda possibilidade de monitorização da situação no futuro e de intervenção participada baseada na evidência, permitindo compreender as regularidades, mas também as especificidades inerentes ao fenómeno em estudo entre as demais Escolas Superiores (Educação, Ciências Empresariais, Tecnologias e Gestão e Desporto e Lazer) do IPVC, integradas em quatro concelhos do Ato Minho, marcados por potencialidades mas também por vulnerabilidades inerentes a um território dito de “baixa densidade”.

Neste sentido, trabalhos desta natureza contribuem para que as Instituições de Ensino Superior exerçam um papel fundamental na promoção de ambientes saudáveis e do bem-estar, capacitando os estudantes, enquanto futuros cidadãos comprometidos com o desenvolvimento humano e das comunidades onde se integram, consubstanciando o preconizado na Agenda 2030 da ONU, através dos Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável

Em sequência do estudo realizado e no imediato, sugere-se o alargamento do estudo à população do IPVC do primeiro e último ciclo de estudos, permitindo assim maior representatividade estatística e simultaneamente a aproximação da evolução longitudinal da problemática em estudo.

CONCLUSÕES

A transição e adaptação ao ensino superior requer um ajustamento dos estudantes, sendo crucial atuar nesta fase de vida, pois parte substancial das atitudes e comportamentos de saúde adotados são suscetíveis de se prolongar no tempo e nos diversos contextos de vida. Importa combater efetivamente estilos de vida pouco saudáveis como hábitos sedentários, dietas pouco equilibradas, consumo de álcool e tabaco, bem como a má gestão do stress enquanto fatores de risco substancial para o aparecimento de doenças crónicas, com impacto elevado na morbilidade, bem-estar, qualidade de vida e mortalidade.

Com o presente estudo, que se inscreve na prossecução da fase PRECEDE, mais concretamente no diagnóstico epidemiológico, do Projeto INPEC⁺ AGC, visa avaliar os estilos de vida dos estudantes do Ensino Superior do 1º ciclo de estudos da Escola Superior de Saúde do IPVC, contribuindo para a coconstrução da intervenção no âmbito da promoção de estilos de vida saudável e do compromisso com a cidadania, a partir das vozes e sentidos da comunidade académica, em particular dos estudantes. Por esta via, conforma-se simultaneamente uma estratégia pedagógica promotora da compreensão da centralidade dos cidadãos como atores e autores dos seus projetos de saúde e de literacia em saúde (não só de nível funcional, mas também interativo e crítico).

A amostra foi constituída por 85 estudantes que frequentavam o 1º ano da Licenciatura de Enfermagem e constatou-se que: há uma predominância do sexo feminino; a maioria dos estudantes não se encontram deslocados do seu local de residência e estes apresentam melhor estilo de vida; a maioria dos estudantes não considera ter vícios/dependências, mas dos que têm vícios/dependências, só se destaca a dimensão do tabaco; os estudantes pertencentes ao sexo feminino apresentam melhor estilo de vida; os trabalhadores estudantes apresentam melhor estilo de vida; os estudantes com mães e pais com habilitações literárias superiores, apresentam melhor estilo de vida.

Dos resultados obtidos, o estilo de vida global dos estudantes foi considerado de muito bom. Por sua vez, as dimensões do EVF que merecem especial atenção, a serem melhoradas são: a Introspeção, o Trabalho/Tipo de Personalidade e a Atividade Física/Associativismo, correspondendo aos itens: “I2-Sinto-me tenso e/ou oprimido”, “T1-Sinto que ando acelerado e/ou atarefado” e “A1-Sou membro de um grupo comunitário e/ou de autoajuda (doentes crónicos, voluntários, religião, desporto ou outros) e participo nas atividades ativamente”.

Perante estes resultados, importa com a comunidade académica em geral e com os estudantes em particular adotar medidas interventivas promotoras de estilos de vida saudável e de cidadania ativa. A literacia em saúde é um pilar fulcral, no sentido de promover a capacitação e o *empowerment*, permitindo assim aos estudantes terem escolhas mais adequadas à saúde e melhorar o estilo de vida. Nesta perspetiva, um maior investimento na prevenção e sensibilização das comunidades académicas para esta problemática, promove comportamentos saudáveis e obtém-se ganhos em saúde. Investir na saúde dos jovens é investir no futuro de populações mais saudáveis. Investir na promoção da saúde de estudantes de enfermagem e de outras áreas da saúde a partir dos seus próprios termos e sentidos é alavancar processos de cuidados que tomam os cidadãos como parceiros efetivos nos mesmos.

Concluindo, este estudo poderá ser um contributo para clarificar as intervenções comunitárias, que se têm realizado, e contribuir para uma implementação de novos projetos mais ajustados às necessidades dos estudantes, futuros profissionais e cidadãos com responsabilidade pela sua saúde e da sua comunidade.

A elaboração deste estudo, permitiu alcançar um maior conhecimento face à temática, contribuiu para um enriquecimento pessoal e profissional, possibilitando a aquisição de competências na área específicas no âmbito da enfermagem comunitária especializada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERCROMBIE, N., GATRELL, T., THOMAS, C. – Universidades e Saúde em os Século XXI. In TSOUROS, A., DOWDING, G., THOMPSON, J., & DOORIS, M. - ***Health Promoting Universities: Concepts, experience, and framework for action***. Copenhagen: Escritório Regional para a Europa: WHO,1998. ISBN 9289012854.

ALBUQUERQUE, R. - **Associativismo, capital social e mobilidade: contributos para o estudo da participação associativa de descendentes de imigrantes africanos lusófonos em Portugal**. [Em linha]. Lisboa: ACIDI, 2013. [consultado em maio 2021]. Disponível na WWW:<URL: [https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/6845/1/Albuquerque %202013.pdf](https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/6845/1/Albuquerque%202013.pdf)>.

ALCÂNTARA DA SILVA, P., BORREGO, R., FERREIRA, V., LAVADO, E., MELO, R., ROWLAND, J., & TRUNINGER, M. - **Consumos e Estilos de Vida no Ensino Superior: o caso dos estudantes da ULisboa-2012**. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD), 2015. ISBN 978-972-9345-88-3.

ALMEIDA, S. - **A Saúde Mental Global, a Depressão, a Ansiedade e os Comportamentos de Risco nos Estudantes do Ensino Superior: Estudo de Prevalência e Correlação**. Universidade Nova de Lisboa, 2014. Tese de Doutoramento.

ALVES, R., PRECIOSO, J. - Hábitos alimentares dos/as Estudantes do Ensino Superior. ***Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación***. ISSN 2386-7418. Vol. Extr., nº. 14 (2017).

ALVES, S. - **Sociopoetizando a construção das ações de cuidado no envelhecimento saudável: uma aplicação da teoria de Nola Pender**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2010. Tese de Enfermagem, Saúde e Sociedade.

AMERICAN COLLEGE HEALTH ASSOCIATION. *American College Health Association-National College Health Assessment II- Spring 2014 Reference Group Executive Summary*. Hanover MD: American College Health Association, 2014.

ANTONOVSKY, A. - ***Unraveling the mystery of health: how people ménage stress and stay well***. San Francisco: Jossey-Bass,1987. ISBN 978-3-319-04600-6.

ANTUNES, M. - **Educação, saúde e desenvolvimento**. Coimbra. Edições Almedina, 2008. ISBN 271860-08.

APÓSTOLO, J. – Envelhecimento Saúde e Cidadania. **Revista de Enfermagem Referência**. Coimbra. ISSN 0874-0283. Vol. 3, nº9 (2013), p. 205-208.

ARAUJO, Marcos. [et. al.] - Qualidade de vida de estudantes de enfermagem. [Em linha]. **Revista Rene**. Brasil, 2014. 15(6):990-7. [consultado em Agosto 2020]. Disponível na WWW:<URL: [http:// DOI: 10.15253/2175-6783.2014000600012](http://DOI: 10.15253/2175-6783.2014000600012)>.

ARROYO, H., RICE, M. - *La universidad y el desarrollo de las redes académicas y profesionales de promoción de la salud y educación para la salud en América Latina*. In **IV Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud**. Navarra, España: Universidade Pública de Navarra, 2009.

ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS – **Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável**. [Em linha]. Organização das Nações Unidas, 2015. [Consultado em agosto de 2019]. Disponível na WWW: <URL: https://www.unric.org/pt/images/stories/2016/ods_2educacao_web_pages.pdf>.

BALSA, C., VITAL, C. e URBANO, C. - **IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17**. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2018. ISBN: 978-989-54145-3-6.

BARROS, A., OLIVEIRA, A., e SPYRIDES, C. - Um Estudo Sobre Autoeficácia No Trabalho E Características Sociodemográficas De Servidores De Uma Universidade Federal. **Revista de Gestão**. São Paulo. Vol. 19, nº4 (2012) p. 571-588. [consultado setembro de 2019]. Disponível na WWW:<URL: DOI: 10.5700/rege479>.

BIRCHER, J. - *Towards a dynamic definition of health and disease*. **Med, Health Care and Philosophy**. [Em linha]. 2005;8(3):335-41. [Consultado em agosto de 2019]. Disponível na WWW: <URL: doi: 10.1007/s11019-005-0538-y. PMID: 16283496.

BONITA, R., BEAGLEHOLE, R., & KJELLSTRÖM, T. - **Epidemiologia Básica** - 2.ª Edição. São Paulo: Organização Mundial da Saúde, 2010. ISBN 978-85-7288-839-4.

BRANQUINHO, L. – **Determinantes da Saúde na União Europeia. Atas de Conferência de Évora**. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2000.

BRAVO, P., CABIESES, B., ZUZULICH, M., MUÑOZ, M., OJEDA, M. - *Glossário para universidades promotoras de la salud. Revista salud pública*. [Em linha]. Vol.15, n. 3 (2013), p. 465-477. [Consultado em agosto de 2019]. Disponível WWW: <URL: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/29731/44561>>.

BRITO, I. - Um Modelo de Planeamento da Promoção da Saúde: Modelo PRECEDE-PROCEED. In R. Pedroso, & I. Brito (Eds.) - **Saúde dos estudantes do ensino superior de enfermagem: Estudo de contexto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra**, Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde. Coimbra: 12º Edição da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem e Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2014. (pp. 33-83). ISBN: 978-989-98909-7-8.

BRITO, I., & MENDES, F. - **PEER-IESS: Instituições de ensino superior salutogénicas**. [Em linha]. 2009. [consultado novembro de 2019]. Disponível na WWW:<URL: <http://www.esenfc.pt/site/?module=esenfc&target=outreachprojects&>>.

BRITO, I., [et al.]. Pesquisa –Ação Participativa na Co-criação de Instituições de Ensino Superior Promotoras de Saúde. Coimbra: Editora Palimage, 2018. ISBN 978-989-703-215-8.

BRITO, I., MENDES, F. - PEER: Avaliação de projetos de Educação pelos Pares. In I. BRITO, F. MENDES - **PEER IV. Escola de Verão em Educação pelos Pares & Investigação Ação Participativa em Saúde**. Série Monográfica nº2. Educação e Investigação em Saúde. Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem e Escola Superior de Enfermagem de Coimbra 2012. ISBN: 978-989-97031-1-7 p. 47-56.

BRITO, J.Q., GORDIA, A.P. & QUADROS, T.M.B. - Estilos de vida de estudantes universitários: estudo de acompanhamento durante os dois primeiros anos do curso de graduação. **Revistas USP**. Vol. 49, nº4 (2016) p. 293-302.

BUBLITZ, S. [et al.] - *Estresse em estudantes de enfermagem: uma revisão integrativa. Revista de Enfermagem UFSM*. ISSN 2179 – 7692. Vol.2, nº3 (2012), p.530-538.

CAETANO, T., e THOMAZ, J. - **A Influência do Sono na Qualidade de Vida: Uma Amostra de Estudantes do Ensino Superior de Leiria**. Centro de Estudos de Gestão do Instituto Superior Técnico. [em linha]. Lisboa: 2012. [consultado setembro de 2019]. Disponível na WWW:<URL:

[http://www.academia.edu/4690511/A Influ%C3%Aancia do Sono na Qualidade de Vida dos Estudantes](http://www.academia.edu/4690511/A_Influ%C3%Aancia_do_Sono_na_Qualidade_de_Vida_dos_Estudantes)>.

CARTA DE EDMONTON PARA UNIVERSIDADES PROMOTORAS DE LA SALUD E INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR. [Em linha]. [Consultado em agosto de 2019]. Disponível WWW: <URL: <
http://www.paho.org/per/index.php?option=com_docman&view=document&category_slug=documentos-base-972&alias=251-carta-edmonton-parauniversidades-promotoras-salud-e-instituciones-educacion-superior1&Itemid=1031>.

CARTA DE OKANAGAN - **An International Charter for Health Promoting Universities and Colleges**. [Em linha]. 2015. [Consultado em agosto de 2019]. Disponível WWW: <URL: <https://open.library.ubc.ca/cIRcle/collections/53926/items/1.0132754>>.

CARTA DE OTTAWA - **Carta de Ottawa para a promoção da saúde**. [Em linha]. Ottawa, 1986. [Consultado em agosto de 2019]. Disponível na WWW: <URL: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>>.

CARVALHO, A. [et al.]. Direção-Geral da Educação. Direção-Geral da Saúde. **Referencial de Educação para a Saúde**. Lisboa: Direção-Geral da Educação. Direção-Geral da Saúde, 2017. ISBN 978-972-742-414-6.

CARVALHO, I. NUNES, L. - Ministério da Educação e Ciência, Direção-Geral da Educação. **Referencial de Educação Rodoviária para a Educação Pré-Escolar e o Ensino Básico**. Lisboa: Ministério da Educação e Ciência e Direção-Geral da Educação, 2012. ISBN 978-972-742-357-6.

CERQUEIRA, C. - **Associativismo, participação e comunicação: dilemas e desafios**. [Em linha]. *Communitas Think Tank – Ideias*, 2019. [consultado em maio 2021]. Disponível na WWW:<URL:<http://www.communitas.pt/ideia/associativismo-participacao-e-comunicacao-dilemas-e-desafios>>.

CONSELHO INTERNACIONAL DOS ENFERMEIROS - **O Conselho Internacional dos Enfermeiros e a mobilização dos enfermeiros para a promoção da saúde**. [Em linha]. Genebra: Ordem dos Enfermeiros, 2000. [Consultado em agosto de 2019]. Disponível na WWW: <URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri_documentacao/ICN_FolhasInformativas_vsINGePT/FI_versao_PT/OCIEmobilizacaodosenfermeirosparapromocaosaude.pdf>.

CONSELHO INTERNACIONAL DOS ENFERMEIROS – **Saúde para todos: Enfermagem, Saúde Mundial e cobertura universal da saúde.** [Em linha]. Geneva: Ordem dos Enfermeiros, 2019. [Consultado em agosto de 2019]. Disponível na WWW: <URL:https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/Documents/KIT_DIE_19_Portugues_vf.pdf>f>.

CONTE, T. [et al.] - **Estudo sobre a influência do tipo de personalidade do inspetor no desempenho de inspeções de usabilidade.** [Em linha]. Rio de Janeiro: CibSE 2011. [consultado em maio 2021]. Disponível na WWW:<URL:[file:///C:/Users/meira/Downloads/Estudo sobre a Influencia do Tipo de P](file:///C:/Users/meira/Downloads/Estudo_sobre_a_Influencia_do_Tipo_de_Personalidade.pdf)er.pdf>er.pdf>.

COUTINHO, C. - **Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática.** 2^a edição. Coimbra: Almedina, 2018. ISBN 9789724051376.

CRISP, Lord - **Um Futuro para a Saúde: todos temos um papel a desempenhar.** Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2014. ISBN 978-989-8380-18-0.

CUNHA, Márcia - **PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR: Saúde Mental Positiva e Literacia em Saúde Mental em análise.** Viana do Castelo: IPVC, ESE, 2020. Tese de Mestrado.

CURCIO G, FERRARA M, De GENNARO L. - *Sleep loss, learning capacity and academic performance.* **Sleep Med Rev.** Vol.10 n. 5 (2006) [Consultado em agosto de 2019]. Disponível na WWW: <URL:10.1016/j.smr.2005.11.001. Epub 2006 Mar 24. PMID: 16564189.

CURY, A. - **Ansiedade. Como enfrentar o mal do século.** (2^aEd.) Lisboa: Pergaminho, 2015. ISBN 9789896872656.

DAHLGREN, G. & WHITEHEAD, M. - **Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health: Background document to WHO – Strategy paper for Europe.** Stockholm: Institute for Future Studies, 1991. ISBN: 978-91-85619-18-4.

DAVY, SR., BENES, BA., DRISKELL, JA. - **Sex differences in dieting trends, eating habits, and nutrition beliefs of a group of midwestern college students.** *Journal of American Dietetic Association.* Vol.106 nº10 (2006). [consultado setembro de 2019]. Disponível na WWW:<URL:10.1016/j.jada.2006.07.017. PMID: 17000202.

DECLARAÇÃO DE ADELAIDE - **Recomendações de Adelaide sobre políticas públicas saudáveis**. [Em linha]. Adelaide, 1988. [Consultado em agosto de 2019]. Disponível na WWW: <URL:<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/recomendacoes-de-adelaide-sobre-politicas-publicas-saudaveis-pdf.aspx>>.

DECLARAÇÃO DE ALMA - ATA – **Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários de Saúde**. [Em linha]. Alma-Ata, 1978. [Consultado em agosto de 2019]. Disponível na WWW: <URL: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>.

DECLARAÇÃO DE JACARTA - **A Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI**. [Em linha]. Jacarta, 1997. [Consultado em agosto de 2019]. Disponível na WWW:<URL:https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_portuguese.pdf>.

DECLARAÇÃO DE SUNDSVALL - **Declaração de Sundsvall sobre Ambientes Favoráveis à Saúde**. [Em linha]. Sundsvall, 1991. [Consultado em agosto de 2019]. Disponível na WWW: <URL: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/declaracao-de-sundsvall-sobre-ambientes-favoraveis-a-saude-pdf.aspx>>.

DECLARAÇÃO DO MÉXICO - **Declaração Ministerial do México para a promoção da saúde**. [Em linha]. México, 2000. [Consultado em agosto de 2019]. Disponível na WWW:<URL:<https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/declaracao-do-mexico.aspx>>.

DECLARACIÓN DE COSTA RICA. [Em linha]. 2011. [Consultado em agosto de 2019]. Disponível WWW:URL:< <http://www.usaludable.ucr.ac.cr/archivos/DECLARACION.pdf>>.

DECLARACIÓN DE PAMPLONA. **IV Congresso de universidades promotoras de la salud**. [Em linha]. 2009. [Consultado em agosto de 2019]. Disponível WWW: <URL: https://www.um.es/documents/4856678/4856958/Declaracion_de_Pamplona.pdf/6d9c720a-332d-4247-b462-ad52cb388f4e>.

DESPACHO n.º 3339/2016 **DR II Serie**. 45 (2016/03/04) 7803.

DEWALD, J. F., MEIJER, A. M., OORT, F. J., KERKHOF, G. A., e BOGELS, S. M. - **The influence of sleep quality, sleep duration and sleepiness on school performance in children and adolescents: A meta-analytic review**. *Sleep Medicine Reviews*, 2010 Jun;14(3):179-89. doi: 10.1016/j.smr.2009.10.004. Epub 2010 Jan 21. PMID: 20093054.

DIAS, C. M. - **Distribuição conjunta de determinantes de saúde relacionados com comportamentos**. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, 2011. Tese de Doutoramento.

ENGELMANN, A. - . Principais modos de Pesquisar a Consciência-Mediata-de-Outros. **Psicologia USP**. São Paulo. ISSN 0103-6564. Vol. 8 nº 2 (1997), p. 251-274.

FARAH, O. e SÁ, A. - **Psicologia aplicada à enfermagem**. São Paul: Manole, 2008. ISBN 9788520422007.

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

FERREIRA, Fernanda. - **Contributos da pesquisa-ação participativa na transformação de uma escola superior de enfermagem num contexto promotor de saúde**. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2018. Tese de Doutoramento.

FIGUEIREDO, J. - **Comportamentos de saúde, Costumes e Estilos de Vida: indicadores de risco epidemiológicos e avaliação de estados de saúde e doença**. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2015. Tese de doutoramento em ciências da saúde.

FOLKMAN S. [et al.] - **Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. J Pers Soc Psychol**. [Em linha]. Vol.50 N. 5(1986) p.992-1003. [consultado junho de 2021]. Disponível na WWW:<URL: doi: 10.1037//0022-3514.50.5.992.

FORTIN, M. - **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusociência, 2009. ISBN 9789898075185.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE – **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. ISBN: 978-85-7541-160-5.

GALVÃO, A., PINHEIRO, M., GOMES, M. J., & ALA, S. - Ansiedade, Stress e Depressão relacionados com Perturbações do Sono-Vigília e Consumo de Álcool em Alunos do Ensino Superior. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. Vol. 5, nº 5 (2017). [consultado novembro de 2019]. Disponível na WWW:<URL:http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0160>.

GAMBOA, V., PAIXÃO, O., PALMA, A. - Adaptabilidade de Carreira e Autoeficácia na Transição para o Trabalho: O papel da Empregabilidade Percebida – Estudo com Estudantes do Ensino Superior. **Revista Portuguesa de Pedagogia**. Vol.48, nº2 (2014) p. 133-156 [consultado setembro de 2019]. Disponível na WWW:<URL:http://dx.doi.org/10.14195/1647-8614_48-2_7>.

GEORGE, F. – **Histórias de Saúde Pública**. Lisboa: Livros Horizonte, 2004. ISBN 9789722413459.

GEORGE, F. - **Sobre Determinantes da Saúde**. Direção Geral de Saúde. [Em linha]. Lisboa, 2011. [consultado novembro de 2019]. Disponível na WWW:<URL: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/publicacoes-de-francisco-george-sobre-determinantes-da-saude-pdf.aspx>>.

GOMES, M., QUINHONES, M., e ENGELHARDT, E. - Neurofisiologia do sono e aspectos farmacoterapêuticos dos seus transtornos. **Revista Brasileira de Neurologia**. [em linha]. 2010. [consultado setembro de 2019]. Disponível na WWW:<URL:<http://files.bvs.br/upload/S/0101-8469/2010/v46n1/a003.pdf>>.

GRÁCIO, Joana - **Determinantes do consumo de bebidas alcoólicas nos estudantes do ensino superior de Coimbra**. Coimbra: Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2009. Tese de Mestrado.

GRÁCIO, Joana - **Determinantes do consumo de bebidas alcoólicas nos estudantes do ensino superior de Coimbra**. Coimbra: Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2009. Tese de Mestrado.

GREEN, LW e KREUTER, MW. - **Planejamento de Programas de Saúde: Um Educacional e Ecológico Approach** [Em linha]. 4th edition. Nova York: McGraw-Hill, 2005. [Consultado em agosto de 2019]. Disponível na WWW:<URL: <http://lgreen.net/precede.htm>>.

GREEN, W. KREUTER, W. **Health promotion planning: An educational and environmental approach**. Patient Education and Counseling.1991.

HETLAND, H. [et al.] - **“All work and no play...” Overcommitment and personality among university and college students**. College Student Journal. ISSN: ISSN-0146-3934. vol.46 nº3 (2012) p.470-482.

HILL, M.M. & HILL, A. - **Investigação por questionário**. 2ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo, Lda., 2008. ISBN 978-972-618-273-3.

HOLGADO, M. - **Estudio del estrés, engagement y rendimiento Académico en estudiantes universitarios de Ciencias de la salud**. Tese de Doutoramento, Universidade de Málaga, 2011. Tese de Doutoramento.

HOMEM, F., BRITO, I., TORRES, A., RODRIGUES, T., & MENDES, F. Eles e elas: Comportamentos e consumos em contextos recreativos. In R. PEDROSO, I. BRITO (Eds.) - **Saúde dos estudantes do ensino superior de enfermagem: Estudo de contexto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra**. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde. Coimbra: 12ª Edição da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem e Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2014. ISBN: 978-989-98909-7-8.

IBM (2017), **How to cite IBM SPSS Statistics or earlier versions of SPSS**. [Em linha]. 2014.[consultado em maio de 2021]. Disponível na WWW:<URL:<http://www01.ibm.com/support/docview.wss?uid=swg21476197>>.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, I.P. - **Inquérito Nacional de Saúde 2014**. Lisboa: Portugal. 2016. ISBN 978-989-25-0356-1.

JOIA, LC. - Perfil do estilo de vida individual entre estudantes universitários. **Revista Movimenta**. Brasil. Vol.3, n.1(2010).

KATZER, J. - *Diabetes Mellitus tipo II e Atividade Física*. **EFDeportes Revista**. Buenos Aires. nº 113 (2007). [consultado novembro de 2019]. Disponível na WWW:<URL:<https://www.efdeportes.com/efd113/diabetes-mellitus-e-atividade-fisica.htm>>.

LALONDE, M. - **A New Perspective on the Health of Canadians**. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada, 1981. ISBN 0- 662-50019-9.

LAVERACK, Glenn – **Promoção de Saúde: Poder e Empoderamento**. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN 978-989-8075-09-3.

LEI constitucional nº 1/05. **DR I Serie A**. 155(2005/08/12) 4652.

LEI Constitucional nº64. **DRI serie**. 86(1976 -04-10) 22.

LEI n.º 156/2015. **Diário da República I Série**. 181. (2015/09/16) 8059- 8105.

LEI nº 48/90. **DR I Série**. 195(1990/08/24) 3453.

LOPES, L.M.S. - **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**. Universidade do Porto, 2011. Mestrado em Educação para a Saúde.

MAROCO, J. - **Análise Estatística – Com utilização do SPSS Statistics**. 7ª edição, Pero Pinheiro: ReportNumber, 2018. ISBN 9789899676374.

MAROCO, J. & GARCIA-MARQUES, T. - **Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?**, Laboratório de Psicologia, 4(1), 65-90 (2006).

MAROCO, João; BISPO, Regina – **Estatística aplicada às ciências sociais e humanas**. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2005. ISBN 972-796-198-3.

MATOS, M. - Psicologia da saúde, saúde pública e saúde internacional. **Análise Psicológica**. Vol. 22, nº 3 (2004) p.449-462.

MATOS, M., SIMÕES, C., CANHA, L., FONSECA, S. - **Aventura social e saúde: saúde e estilos de vida nos jovens portugueses**. [Em linha]. 1996. [consultado setembro de 2019]. Disponível na WWW:<URL:<http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/BrochuraHBSC96totalfinal.pdf>>.

MATOS, M.G. [et al.] - **Aventura Social: Saúde Sexual e Reprodutiva dos Estudantes do Ensino Superior**. Relatório do Estudo, Dados Nacionais 2010. Lisboa, 2011.

MEIRIÑO, J. L. [et al.] - **El cuidado. Nola Pender**. [Em linha]. 2012. [Consultado em agosto de 2019]. Disponível WWW: <URL: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/nola-pender.html>>.

NOGUEIRA, José., MOREIRA, Sandra. Direção-Geral da Saúde. **Programa Nacional de Saúde Ocupacional - Extensão 2018/2020**. [em linha]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2018. [consultado setembro de 2019]. Disponível na WWW:<URL:<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-saude-ocupacional-extensao-2018-2020-pdf.aspx>>.

NOGUEIRA, M. - **Saúde Mental em Estudantes do Ensino Superior: Fatores protetores e Fatores de vulnerabilidade**. Universidade de Lisboa e Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2017. Tese de Doutoramento em Enfermagem.

NOGUEIRA, M., SEQUEIRA, C. - 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**. ISSN 1647- 2160. Especial nº 5 (2017), pp.51-56.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. **Relatório Primavera 2012**. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2012. ISBN 978-972-8910-61-7.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública**. [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2017. [consultado novembro de 2019]. Disponível na WWW:<URL: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto-2_padroesqualidadececomun sfamiliar sp%C3%BAblica.pdf>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública**. [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010. [consultado novembro de 2019]. Disponível na WWW:<URL: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf> >.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual e Enunciados descritivos**. [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001. [Consultado em agosto de 2019]. Disponível na WWW: <URL:<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados enfermagem comunitária e de saúde pública enfermagem de saúde familiar**. [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. [Consultado em agosto de 2019]. Disponível na WWW: <URL: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEComunitSaudePublica.pdf>>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - **Relatório mundial da Saúde - Saúde mental: nova conceção, nova esperança**. Lisboa: OMS, 2001. ISBN 972-675-082-2.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **Atividade Física**. [Em linha]. Lisboa: 2014. [consultado setembro de 2019]. Disponível na WWW:<URL:

https://actbr.org.br/uploads/arquivo/957_FactSheetAtividadeFisicaOMS2014_port_REV1.pdf >.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **Priority Research for health for all**. Copenhagen: OMS, 1988.

PADOVANI R. C. [et al.] - Vulnerabilidade e bem-estar psicológicos do estudante universitário. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**. Vol. 10 nº1 (2014), p.2-10.

PAIS RIBEIRO, J. - Avaliação das intensões comportamentais relacionadas com a promoção e proteção da saúde e com a prevenção das doenças. **Análise Psicológica**. Vol. 22 nº2 (2004) p. 387-397.

PAIS-RIBEIRO, J. - **Escala de satisfação com o suporte social**. Lisboa: Placebo Editora, 2011. ISBN 978-989-8463-14-2.

PAIVA, T. - **Bom sono, boa vida**. (7ªEd.). Alfragide: Oficina do Livro, 2015. ISBN 9789897412608.

PAIVA, T., e PENZEL, T. - **Centro de Medicina do Sono: Manual Prático**. Lousã: Lidel, 2011. ISBN: 978-972-757-719-4.

PEDROSO, R., BRITO, I. - **Saúde dos estudantes do ensino superior de enfermagem: estudo de contexto na escola superior de enfermagem de Coimbra**. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde. Coimbra: 12º Edição da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem e Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2014. ISBN: 978-989-98909-7-8.

PENDER, N.J., MURDAUGH, C. L., PARSONS, M. A. - **Health Promotion in Nursing Practice 6th Ed**. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 2010.

PESTANA, M. H e GAGEIRO, J. N. - **Análise de dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS**. 6ª ed., Lisboa: Edições Sílabo, 2014. ISBN 9789726187752.

PIEDROLA, G. - **Medicina preventiva y salud pública**. 12ª edição Barcelona: Elsevier, 2008. ISBN 9788445826577.

PINTO, T., AMARAL, C., SILVA, V., SILVA, J., LEAL, I., & PAIVA, T. - **Hábitos de sono e ansiedade, depressão e stresse: que relação? Atas do 12º colóquio de psicologia e**

educação. [Em linha]. Lisboa: 2012 [consultado setembro de 2019]. Disponível na WWW:<URL: <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/1616>>.

PORTUGAL - Direção Geral de Saúde - **Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida.** [Em linha]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2003. [consultado novembro de 2019]. Disponível na WWW:<URL:<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estilos-de-vida-saudaveis-pdf.aspx>>.

PORTUGAL - Ministério da Saúde. **Retrato da Saúde 2018.** Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2018. ISBN 978-989-99480-1-3.

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde - **É Tempo de Agir - Declaração para uma vida melhor.** [Em linha]. Lisboa, 2011. [consultado novembro de 2019]. Disponível na WWW:<URL: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/e-tempo-de-agir-declaracao-para-uma-vida-melhor-gif.aspx>>.

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde. **Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física.** Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2020a. ISBN: 978-972-675-318-6.

PORTUGAL. Direção geral da saúde. **Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física.** [Em linha]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2017a. [consultado setembro de 2019]. Disponível na WWW:<URL: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/10/DGS_PNPAF2017_V7.pdf>.

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde. **Estilos de vida saudáveis.** [Em linha]. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2015a. [consultado em Agosto 2020]. Disponível na WWW:<URL: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estilos-de-vida-saudaveis.aspx>>.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. **Plano Nacional de Saúde - Prioridades para 2004-2010** [Em linha]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2004 [Consultado em agosto de 2019]. Disponível na WWW:<URL: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2015/08/Volume-1-Prioridades.pdf>>.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. **Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020.** [Em linha]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2015b. [Consultado em agosto de 2019]. Disponível na WWW: <URL:<http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2015/Junho/PNS-2020.pdf>>.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2012-2016**. [Em linha]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2013. [Consultado em agosto de 2019]. Disponível na WWW:<URL:
http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012_2016_versaoresumo_maio20133.pdf>.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. **Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo**. [Em linha]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2019. [consultado setembro de 2019]. Disponível na WWW:<URL:<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/RelatorioTabaco2019.pdf>>.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. **Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo 2017**. [Em linha]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2017b. [consultado setembro de 2019]. Disponível na WWW:<URL:<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22711/1/Programa%20Nacional%20para%20a%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20e%20Controlo%20do%20Tabagismo%202017.pdf>>.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. **Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2020**. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2020b. ISBN 978-972-675-313-1.

RAMÍREZ-VÉLEZ, R. e AGREDO, RA. - *Fiabilidad y validez del instrumento “Fantástico” para medir el estilo de vida en adultos colombianos*. **Revista Salud Pública**. 2012; 14(2):226-237.

RAMIRO L., REIS M., MATOS M. - **Aventura Social – Saúde Sexual e Reprodutiva dos Estudantes do Ensino Superior**. Relatório do Estudo, Dados Nacionais 2010. Lisboa: 2011.

Regulamento n.º 128/2011, in **DR II Serie** n.º 35(2011/02/18) 8667- 8669

Regulamento n.º 428/2018 in **DR II Serie** n.º 135(2018/07/16) 19354 – 19359

RIBEIRO, J. – **Introdução à psicologia da Saúde**. Coimbra: Quarteto Editora, 2007. ISBN 9789895580453.

RIBEIRO, Olga. [et. al.] - O Olhar dos Enfermeiros Portugueses sobre os Conceitos Metaparadigmáticos de Enfermagem. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**. Santa Catarina. ISSN 0104-00707. Vol.27, nº2 (2018).

RIUPS. *BOLETÍN INFORMATIVO*. [Em linha]. 2015. [Consultado em agosto de 2019]
Disponível WWW:URL:
<https://www.uaeh.edu.mx/adminyserv/dir_generales/serv_estudiantiles/direccion_ser_vuniversitario/docs/boletines/BOLETIN_122015.pdf>.

ROALES, J. - ***Psicología de la salud, aproximación histórica, conceptual y aplicaciones***. Madrid: Ediciones Pirámide, 2004. ISBN 84-368-1819-9.

RODRIGUEZ-AÑEZ, CR., REIS, RS., PETROSKI, EL. - Versão brasileira do questionário “estilo de vida fantástico”: Tradução e validação para adultos jovens. **Arquivo Brasil Cardiol.** 2008; 91(2):102-109.

RODRIGUEZ-MOCTEZUMA, R., LÓPEZ-CARMONA, JM., MUNGUÍA MIRANDA, C., HERNÁNDEZ-SANTIAGO, JL., BERMÚDEZ-MARTÍNEZ, M. - Validez y consistencia del instrumento “FANTASTIC” para medir el estilo de vida en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. **Revista Medica IMSS**. 2003; 41(3):211-220.

SABOGA-NUNES, L., FREITAS, O., CUNHA, M. – Renasceres: um modelo para a construção da cidadania em saúde através da literacia para a saúde. **Revista Servir**. Lisboa. ISSN 0871-2379. Vol. 59, nº1 (2016), p.7-15.

SAKRAIDA, T. - Modelo de promoção de saúde. In A. M. TOMEY & M. R. ALLIGOOD. **Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem**. 5ª Edição. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6.

SAMPIERI, Roberto Hernández; COLLADO, Carlos Fernández e LÚCIO, María del Pilar Baptista – **Metodologia de pesquisa**. 5.º Edição São Paulo: Penso 2013. ISBN 978-85-65848-28-2.

SANDS, J. & WILSON, A. - **Promoção de Estilos de Vida Saudáveis**. Loures, Lusociência, 2003.

SANTOS, M. - **Saúde mental e comportamentos de risco em estudantes universitários**. Aveiro: Universidade de Aveiro, Departamento de Educação, 2011. Tese de Doutoramento em Psicologia.

SCHULTZ, D., SCHULTZ, S. - **“Teorias da personalidade”**. Brasil: Thomsom Pioneira, 2002. ISBN 9788522102839.

SCLIAR, M. – História do conceito da saúde. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. ISSN 1809-4481. Vol.17, nº1 (2007), p.29-41.

SERVAN-SCHEREIBER, D. - **Curar... o stress, a ansiedade e a depressão sem medicamento nem psicanálise** (15ª Ed.). São Paulo: Sá Editora, 2004. ISBN 9789892340951.

SERVIÇO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS - **Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020**. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2013. ISBN: 978-972-9345-92-0.

SERVIÇO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS - **Infografias Relatórios Anuais 2019: A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, A Situação do País em Matéria de Álcool**. [Em linha]. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2020. [consultado setembro de 2019]. Disponível na WWW:<URL: http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/168/Infografias_Relatorios_Anuais_2019.pdf >.

SERVIÇO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS - **Relatório Anual 2018: A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências**. [Em linha]. Lisboa, SICAD, 2019. [consultado setembro de 2019]. Disponível na WWW:<URL: http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/162/Relatorio_Anual_2018_A_SituacaoDoPaisEmMateriaDeDrogas_e_Toxicodependencias.pdf >.

SILVA, A. M. M., BRITO, I. S. & AMADO, J. M. C. - Tradução, adaptação e validação do questionário *Fantastic Lifestyle Assessment* em estudantes do ensino superior. **Ciências & Saúde Coletiva**. Vol.19 nº 6 (2014), p. 1901-1909. [consultado novembro de 2019]. Disponível na WWW:<URL: <https://www.scielo.br/j/csc/a/P8VKNqHgv8YwTBd3jR6TdKv/?lang=pt&format=pdf> >.

SILVA, A., BRITO, I. - Estilos de vida e saúde. In: PEDROSO, R. e BRITO, I. (Ed.). **Promoção com/em Saúde na ESEnfC**. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde. Coimbra: 12º Edição da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde:

Enfermagem e Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2014. (p. 87-97). ISBN: 978-989-98909-7-8.

SILVA, Armando. **Estilos de vida em estudantes do ensino superior**. Porto: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, 2016. Tese de Doutoramento.

SOARES, Andreia. PEREIRA, Anabela . CANAVARRO, José - Promoção da saúde nas instituições de Ensino Superior portuguesas: reflexões e desafios. **Revista Portuguesa de Pedagogia**. ISSN 1647-8614. Vol. 49, nº 2 (2015).

TOMEY, Ana. ALLIGOOD, Marta – **Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e Teorias de Enfermagem**. 5ª Edição. Loures: Editora Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6.

TOWNSEND, M. - **Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Conceitos de cuidado na prática baseada na evidência**. (6ª Ed.). Loures: Lusociência, 2011. ISBN 9789728930615.

TSOUROS, A. – Da cidade saudável para a universidade saudável: desenvolvimento de projetos em rede. In TSOUROS, A., DOWDING, G., THOMPSON, J., & DOORIS, M. - **Health Promoting Universities: Concepts, experience, and framework for action**. Copenhagen: Escritório Regional para a Europa: WHO,1998. ISBN 9289012854.

TSOUROS, A., DOWDING, G., THOMPSON, J., & DOORIS, M. - **Health Promoting Universities: Concepts, experience, and framework for action**. Copenhagen: Escritório Regional para a Europa: WHO,1998. ISBN 9289012854.

VAZ, A. - Comportamentos e Atitudes dos Estudantes do Ensino Superior em Relação à Sexualidade. **International Journal of Developmental and Educational Psychology**. Vol.2 nº 1 (2017) p.249-256. [consultado setembro de 2019]. Disponível na WWW:<https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/937>>.

VICENTE, P., REIS, E. e FERRÃO, F. - **Sondagens: a amostragem como fator decisivo de qualidade**. Lisboa: Edições Sílabo, 1997. ISBN 9789726182467.

VILAR, D. - **Ditos e não ditos: Educação Sexual e Parentalidade**. 1ª edição. Lisboa: Associação para o Planeamento Familiar, 2011. ISBN 978-972-8291-41-9.

VITOR, J. LOPES, M. XIMENES, L. **Análise do Diagrama do Modelo de Promoção de Saúde de Nola J.Pender.** [Em linha]. 2005. [consultado em Agosto 2020]. Disponível na WWW:<URL: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a02v18n3.pdf>>.

WILSON, DMC., CILISKA, D. - ***Lifestyle assessment: development and use of the FANTASTIC checklist.*** *Can Fam Physician*. 1984; 30:1527-1532.

WOLFSON, A. - **Adolescents and emerging adults sleep patterns: New developments.** *Journal of Adolescent Health*. Vol.46, nº2 (2010). [consultado setembro de 2019]. Disponível na WWW:<URL:10.1016/j.jadohealth.2009.11.210. PMID: 20113914>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - ***Global status report on alcohol and health.*** Geneva: WHO, 2011. ISBN 978 92 4 156415 1.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - ***Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation.*** [Em linha]. Geneva: WHO 2017. [consultado novembro de 2019]. Disponível na WWW:<URL:<https://www.who.int/news/item/16-05-2017-more-than-1-2-million-adolescents-die-every-year-nearly-all-preventable>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - ***Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020.*** Geneva: WHO, 2013a. ISBN 978 92 4 150623 6.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - ***Health Promotion Glossary.*** [Em linha]. Génova: WHO,1998. [Consultado em agosto de 2019]. Disponível na WWW:<URL:<https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - ***Milestones in health promotion: Statements from global conferences.*** [Em linha]. Genebra: WHO, 2009. [Consultado em agosto de 2019]. Disponível WWW: URL:https://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Plano de ação global para a atividade física 2018-2030 - mais pessoas ativas para um mundo mais saudável.** [Em linha]. Best active e WHO [consultado setembro de 2019]. Disponível na WWW:<URL: <https://cnapef.wordpress.com/2020/04/07/plano-de-acao-global-para-a-atividade-fisica-oms-2018-2030/>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Plano de Ação Global para uma vida saudável e bem-estar para todos. O reforço da colaboração entre as organizações multilaterais para acelerar o progresso do país sobre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável relacionadas com a saúde.** Génova: WHO, 2019. ISBN 978-92-4-151643-3.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Rede Europeia de Cidades Saudáveis da OMS: objetivos e requisitos.** [Em linha]. Geneva: WHO, 2013b. [Consultado em agosto de 2019]. Disponível WWW:

WRIGHT, T., KONGATS, K. – Participatory health research: Voices from around the world. New Your, USA: Springer International Publisishing, 2018. doi:10.1007/978-3-319-92177-8.

ANEXOS

ANEXO I - QUESTIONÁRIO “TENHO UM ESTILO DE VIDA FANTASTICO?”



Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra



HEALTH SCIENCES
RESEARCH UNIT
NUTRITION

UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
ENFERMAGEM

Questionário - «Tenho um estilo de vida Fantástico?»

No âmbito do III Curso Internacional de Pesquisa-ação Participativa, acordou-se entre os participantes de várias Instituições de Ensino Superior, a implementação do modelo PEER-IESS (Instituições de Ensino Superior Salutogénicas) no sentido de viabilizar o processo de integração na Rede Iberoamericana de Universidades Promotoras de Saúde (RIUPS). Considera-se que todas as pessoas que compõem a comunidade educativa têm direito a participar de forma coordenada para atingir objetivos que estimulem a melhoria contínua das condições de saúde e a criação de ambientes saudáveis, que transcendam a esfera puramente académica e alcancem a sociedade em que a instituição se insere, configurando-se como um recurso fundamental desta para o seu desenvolvimento e sustentabilidade (in Declaração de Alicante, RIUPS 2017).

Este grupo entendeu ser crucial avaliar os estilos de vida dos estudantes e dos trabalhadores do ensino superior com este instrumento, desenvolvido no âmbito do projeto PEER da UICISA-E. O seu preenchimento não implica qualquer tipo de custo ou risco para os participantes, mas permitirá conhecer (e monitorizar) várias dimensões do estilo de vida. Demorará apenas 30 minutos e, no final, poderá imprimir a sua informação para poder refletir sobre o seu estilo de vida. Caso deseje ser posteriormente contactado, deixe o seu contacto no final do Questionário. Os dados recolhidos servirão para se desenhar intervenções de promoção da saúde. Garantimos o sigilo, a confidencialidade, bem como o anonimato dos participantes na análise dos dados. A participação é VOLUNTARIA e a desistência, a qualquer momento, é um direito que assiste a todos os participantes. Caso necessite de mais esclarecimentos, por favor contate peer@esenfc.pt.

I Parte - Dados sócio-demográficos

1. Qual a sua Instituição de ensino
2. O seu Curso:
- 2a. Qual o ciclo de estudos que frequenta?
3. Nº de matriculas:
4. Ano Curricular:
5. Data de Nascimento
(Exemplo: aaaa-mm-dd)
6. Género ☐ Masculino ☐ Feminino
7. Habilitações literárias da mãe
8. Habilitações literárias da pai
9. O curso escolhido foi a sua primeira opção? ☐ Sim ☐ Não
10. Além de estudar, trabalha? ☐ Não ☐ Sim
11. Se sim: ☐ A tempo parcial ☐ A tempo inteiro

12. Qual é o seu peso? Kg (Exemplo: 74)
13. Qual é a sua estatura? m (Exemplo: 1.75)
14. Quantas pessoas fazem parte do agregado familiar?
15. Qual o rendimento do agregado familiar mensal:
- ☐ Até 1 ordenado/renda mínimo/a
 - ☐ De 1 a 3 ordenados/renda mínimo/a
 - ☐ De 3 a 6 ordenados/renda mínimo/a
 - ☐ De 6 a 10 ordenados/renda mínimo/a
 - ☐ Mais de 10 ordenados/renda mínimo/a
16. Encontra-se deslocado do seu local de residência (morada de família): Não ☐ Sim ☐
17. Se respondeu Sim, com quem vive actualmente:
- ☐ Sozinho
 - ☐ Com amigos
 - ☐ Com Conjuge
 - ☐ Com Filhos
18. Considera ter vícios / dependências: ☐ Sim ☐ Não
18. Se Sim Quais?:
- 18.1 Alguma vez tentou modificar esse comportamento: ☐ Sim ☐ Não
19. Em média, por semana, quantas noites sai para atividades recreativas?
20. Em média, por mês, quantas noites sai para atividades recreativas?
21. Quanto gasta, em média, por noite (inclui transporte, tabaco, alimentos, entradas)? €
22. Numa escala de 0 a 10, como classifica o seu estilo de vida (0 representa um estilo de vida nada saudável e 10 um estilo de vida muito saudável)? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

PARTE II - Questionário da Percepção Corporal

A partir das figuras apresentadas, indique o número a qual das imagens corresponde:



1	Qual o nº que representa a forma como se vê:	
2	Qual o nº que representa a forma como gostaria de ser:	
3	Qual o nº que representa ser saudável:	

PARTE III - Questionário da Auto-estima / Bem-estar Psicológico

Auto-estima

Segue-se uma lista de afirmações que dizem respeito ao modo como te sentes acerca de ti próprio(a). Assinala, na respectiva coluna, a resposta que mais se te adequa

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

Bem-estar Psicológico

Nas questões que se seguem são enumeradas situações que podem traduzir como se pode ter sentido ou reagido durante o último mês. Indique a frequência ou intensidade, seleccionando a opção correcta:

--

I. Sentiu-se incomodado(a) / aborrecido(a) / nervoso?	-- Seleccione uma opção --
II. Quanta energia ou vitalidade sentiu?	-- Seleccione uma opção --
III. Sentiu-se abatido (em baixo)	-- Seleccione uma opção --
IV. Sentiu-se emocionalmente estável e seguro(a) de si próprio	-- Seleccione uma opção --
V. Sentiu-se alegre	-- Seleccione uma opção --
VI. Sentiu-se cansado(a), exausto(a) ou desgastado(a).	-- Seleccione uma opção --

PARTE IV - Questionário sobre o Estilo de Vida

Preencha a grelha, clicando em cada uma das letras do Acrónimo **FANTASTICO**, considerando a sua vida no último mês (assinale a opção que considera mais correcta)

F	A	N	T	A	S	T	I	C	O
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

FAMÍLIA E AMIGOS

Tenho com quem falar dos assuntos que são importantes para mim: -- Seleccione uma opção --

Deu e recebe carinho/afectos: -- Seleccione uma opção --

Questionário EVF - Estilo de Vida Fantástico: adaptação de McMaster University, Ontário, Canadá, Do you have a Fantastic lifestyle; Tradução e adaptação da versão publicada no Guia para a Universidades Saludables y otras Instituciones de Educación Superior (Lange, I. Vio, F. 2006) por Silva, Brito, Amado, 2011

OPCIONAL - Para futuros contactos no âmbito da saúde/estilos de vida posso ser contactado para o email

enviar

Desenvolvido por  ESENFC

APÊNDICES

APÊNDICE I - LISTA DE VARIÁVEIS, CODIFICAÇÃO E ESCALA DE MEDIDA DAS VARIÁVEIS

Informações da variável

Variável	Rótulo	Nível de medição
Id	Identificação	Escala
F1	F1-Tenho com quem falar dos assuntos que são importantes para mim	Ordinal
F2	F2-Deu e recebe carinho/afectos	Ordinal
F3	A1-Sou membro de um grupo comunitário e/ou de auto-ajuda (doentes crónicos, voluntários, religião, desporto ou outros) e participo nas actividades activamente	Ordinal
F4	A2-Ando no mínimo 30 minutos diariamente	Ordinal
F5	A3-Eu realizo uma actividade fisica (andar, subir escadas, tarefas domésticas, fazer jardinagem) ou desporto durante	Ordinal
F6	N1-Como duas porções de verduras e três de frutas diariamente	Ordinal
F7	N2-Frequentemente como alimentos hipercalóricos (doces e/ou salgados) ou fast-food	Ordinal
F8	N3-Ultrapassei o meu peso ideal em	Ordinal
F9	T1-Eu fumo cigarros	Ordinal
F10	T2-Geralmente fumo ____ cigarros por dia	Ordinal
F11	A1-A minha ingestão média semanal de bebidas alcoólicas (UBP) é	Ordinal
F12	A2-Bebe mais de 4-5 bebidas alcoólicas (UBP) na mesma ocasião	Ordinal
F13	A3-Conduzo veículos motorizados depois de beber bebidas alcoólicas	Ordinal
F14	A4-Uso substâncias psicoactivas ilegais, como cannabis, cocaína, ecstasy	Ordinal
F15	A5-Uso excessivamente medicamentos que me receitam ou que posso adquirir livremente na farmácia	Ordinal
F16	A6-Bebo café, chá ou outras bebidas com cafeína	Ordinal
F17	S1-Durmo bem e sinto-me descansado	Ordinal
F18	S2-Sinto-me capaz de gerir o stress do meu dia-a-dia	Ordinal
F19	S3-Relaxo e disfruto do meu tempo livre	Ordinal
F20	T1-Sinto que ando acelerado e/ou atarefado	Ordinal
F21	T2-Sinto-me aborrecido e/ou agressivo	Ordinal
F22	T3-Sinto-me feliz com o meu trabalho e actividades em geral	Ordinal
F23	I1-Sou uma pessoa optimista e positiva	Ordinal
F24	I2-Sinto-me tenso e/ou oprimido	Ordinal
F25	I3-Sinto-me triste e/ou deprimido	Ordinal

Informações da variável

Variável	Rótulo	Nível de medição
F26	C1-Realizo exames periódicos de avaliação de estado de saúde	Ordinal
F27	C2-Converso com o/a parceiro(a) e/ou família sobre temas de sexualidade	Ordinal
F28	C3-No meu comportamento sexual, preocupo-me com o bem estar e a protecção do parceiro/a	Ordinal
F29	O1-Como peão e passageiro, cumpro as medidas de protecção e/ou segurança pessoal e rodoviária	Ordinal
F30	O2-Como condutor (ou futuro condutor) respeito as regras de segurança rodoviária (cinto de segurança e uso de telemóvel, etc)	Ordinal
q1	1. Qual a sua Instituição de ensino	Nominal
q2	2. O seu Curso:	Nominal
q2a	2a. Qual o ciclo de estudos que frequenta?	Nominal
q3	3. Ano Curricular:	Nominal
q4	4. Data de Nascimento:	Escala
n_q4	Idade	Escala
n_q5	Género	Nominal
n_q6	Habilitações literárias da mãe	Ordinal
n_q6_2	Habilitações literárias da mãe	Ordinal
n_q7	Habilitações literárias do pai	Ordinal
n_q7_2	Habilitações literárias do pai	Ordinal
n_q8	8. Além de estudar, trabalha?	Nominal
n_q9	9. Em que regime?	Nominal
q10	10. Qual é o seu peso?	Escala
q11	11. Qual é a sua estatura? (metros)	Escala
n_q12	12. Encontra-se deslocado do seu local de residência?	Nominal
n_q13	13. Considera ter vícios / dependências?	Nominal
n_q14	14. Se Sim Quais?:	Nominal
n_q14.1	14.1 Alguma vez tentou modificar esse comportamento:	Nominal
q15	15. Em média, por mês, quantas noites sai para atividades recreativas (ex., ir ao cinema, ir a um bar, clube noturno, café ou discoteca)?	Escala
q16	16. Quanto gasta, em média, por noite?	Escala
q17	17. Numa escala de 0 a 10, como classifica o seu estilo de vida?	Escala
Soma_Fantastico_1		Escala

Informações da variável

Variável	Rótulo	Nível de medição
Soma_Fantastico_2	Estilo de vida Global	Escala
fantástico	FANTÁSTICO	Ordinal
FA	F - Família e Amigos	Escala
AA	A - Atividade física/Associativismo	Escala
N	N - Nutrição	Escala
T	T - Tabaco	Escala
AD	A - Álcool e Outras drogas	Escala
SS	S - Sono/Stress	Escala
TT	T - Trabalho/Tipo de personalidade	Escala
IN	I – Introspeção	Escala
CS	C - Comportamentos de saúde e sexual	Escala
OU	O - Outros Comportamentos	Escala
Variáveis no arquivo de trabalho		

APÊNDICE II - TESTES DE
NORMALIDADE (GRUPOS DE
COMPARAÇÃO - VARIÁVEIS
CATEGÓRICAS)

Testes de Normalidade

		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
Gênero		Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Estilo de vida Global	Feminino	0,145	73	0,001	0,946	73	0,004
	Masculino	0,126	12	.200*	0,969	12	0,896
F - Família e Amigos	Feminino	0,453	73	0,000	0,573	73	0,000
	Masculino	0,401	12	0,000	0,662	12	0,000
A - Atividade física/Associativismo	Feminino	0,196	73	0,000	0,897	73	0,000
	Masculino	0,167	12	.200*	0,941	12	0,513
N - Nutrição	Feminino	0,205	73	0,000	0,916	73	0,000
	Masculino	0,234	12	0,068	0,920	12	0,286
T - Tabaco	Feminino	0,449	73	0,000	0,559	73	0,000
	Masculino	0,473	12	0,000	0,427	12	0,000
A - Álcool e Outras drogas	Feminino	0,363	73	0,000	0,709	73	0,000
	Masculino	0,209	12	0,153	0,824	12	0,018
S - Sono/Stress	Feminino	0,166	73	0,000	0,927	73	0,000
	Masculino	0,128	12	.200*	0,950	12	0,635
T - Trabalho/Tipo de personalidade	Feminino	0,206	73	0,000	0,886	73	0,000
	Masculino	0,232	12	0,075	0,903	12	0,174
I – Introspeção	Feminino	0,245	73	0,000	0,874	73	0,000
	Masculino	0,293	12	0,005	0,839	12	0,027
C - Comportamentos de saúde e sexual	Feminino	0,184	73	0,000	0,912	73	0,000
	Masculino	0,251	12	0,035	0,904	12	0,179
O - Outros Comportamentos	Feminino	0,536	73	0,000	0,196	73	0,000
	Masculino	0,490	12	0,000	0,479	12	0,000

*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Testes de Normalidade

		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Habilitações literárias da mãe	Estilo de vida Global						
	Até ao 9º Ano	0,134	34	0,128	0,959	34	0,221
	Superior ao 9º Ano	0,138	48	0,023	0,957	48	0,079
F - Família e Amigos	Até ao 9º Ano	0,329	34	0,000	0,741	34	0,000
	Superior ao 9º Ano	0,521	48	0,000	0,360	48	0,000
A - Atividade física/Associativismo	Até ao 9º Ano	0,246	34	0,000	0,887	34	0,002
	Superior ao 9º Ano	0,230	48	0,000	0,889	48	0,000
N - Nutrição	Até ao 9º Ano	0,187	34	0,004	0,917	34	0,013
	Superior ao 9º Ano	0,219	48	0,000	0,922	48	0,003
T - Tabaco	Até ao 9º Ano	0,455	34	0,000	0,487	34	0,000
	Superior ao 9º Ano	0,440	48	0,000	0,582	48	0,000
A - Álcool e Outras drogas	Até ao 9º Ano	0,312	34	0,000	0,757	34	0,000
	Superior ao 9º Ano	0,360	48	0,000	0,711	48	0,000
S - Sono/Stress	Até ao 9º Ano	0,201	34	0,001	0,918	34	0,014
	Superior ao 9º Ano	0,157	48	0,005	0,928	48	0,006
T - Trabalho/Tipo de personalidade	Até ao 9º Ano	0,189	34	0,003	0,894	34	0,003
	Superior ao 9º Ano	0,197	48	0,000	0,868	48	0,000
I – Introspeção	Até ao 9º Ano	0,277	34	0,000	0,858	34	0,000
	Superior ao 9º Ano	0,250	48	0,000	0,865	48	0,000
C - Comportamentos de saúde e sexual	Até ao 9º Ano	0,255	34	0,000	0,903	34	0,005
	Superior ao 9º Ano	0,239	48	0,000	0,877	48	0,000
O - Outros Comportamentos	Até ao 9º Ano	0,538	34	0,000	0,255	34	0,000
	Superior ao 9º Ano	0,534	48	0,000	0,259	48	0,000

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Testes de Normalidade

		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
Habilitações literárias do pai		Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Estilo de vida Global	Até ao 9º Ano	0,152	42	0,016	0,953	42	0,082
	Superior ao 9º Ano	0,158	38	0,018	0,942	38	0,048
F - Família e Amigos	Até ao 9º Ano	0,433	42	0,000	0,608	42	0,000
	Superior ao 9º Ano	0,446	38	0,000	0,595	38	0,000
A - Atividade física/Associativismo	Até ao 9º Ano	0,284	42	0,000	0,849	42	0,000
	Superior ao 9º Ano	0,223	38	0,000	0,892	38	0,002
N - Nutrição	Até ao 9º Ano	0,168	42	0,005	0,929	42	0,012
	Superior ao 9º Ano	0,264	38	0,000	0,894	38	0,002
T - Tabaco	Até ao 9º Ano	0,455	42	0,000	0,568	42	0,000
	Superior ao 9º Ano	0,432	38	0,000	0,560	38	0,000
A - Álcool e Outras drogas	Até ao 9º Ano	0,312	42	0,000	0,759	42	0,000
	Superior ao 9º Ano	0,356	38	0,000	0,718	38	0,000
S - Sono/Stress	Até ao 9º Ano	0,211	42	0,000	0,924	42	0,008
	Superior ao 9º Ano	0,164	38	0,011	0,912	38	0,006
T - Trabalho/Tipo de personalidade	Até ao 9º Ano	0,183	42	0,001	0,930	42	0,013
	Superior ao 9º Ano	0,229	38	0,000	0,877	38	0,001
I – Introspeção	Até ao 9º Ano	0,228	42	0,000	0,903	42	0,002
	Superior ao 9º Ano	0,259	38	0,000	0,789	38	0,000
C - Comportamentos de saúde e sexual	Até ao 9º Ano	0,225	42	0,000	0,915	42	0,004
	Superior ao 9º Ano	0,214	38	0,000	0,905	38	0,004
O - Outros Comportamentos	Até ao 9º Ano	0,532	42	0,000	0,282	42	0,000
	Superior ao 9º Ano	0,539	38	0,000	0,237	38	0,000

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Testes de Normalidade

		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
Além de estudar, trabalha?		Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Estilo de vida Global	Não	0,152	72	0,000	0,936	72	0,001
	Sim	0,190	13	.200*	0,906	13	0,160
F - Família e Amigos	Não	0,461	72	0,000	0,560	72	0,000
	Sim	0,373	13	0,000	0,709	13	0,001
A - Atividade física/Associativismo	Não	0,185	72	0,000	0,905	72	0,000
	Sim	0,214	13	0,107	0,894	13	0,110
N - Nutrição	Não	0,235	72	0,000	0,906	72	0,000
	Sim	0,376	13	0,000	0,787	13	0,005
T - Tabaco	Não	0,453	72	0,000	0,548	72	0,000
	Sim	0,468	13	0,000	0,567	13	0,000
A - Álcool e Outras drogas	Não	0,361	72	0,000	0,713	72	0,000
	Sim	0,248	13	0,028	0,773	13	0,003
S - Sono/Stress	Não	0,155	72	0,000	0,932	72	0,001
	Sim	0,197	13	0,176	0,914	13	0,209
T - Trabalho/Tipo de personalidade	Não	0,186	72	0,000	0,906	72	0,000
	Sim	0,319	13	0,001	0,763	13	0,003
I – Introspeção	Não	0,241	72	0,000	0,871	72	0,000
	Sim	0,340	13	0,000	0,721	13	0,001
C - Comportamentos de saúde e sexual	Não	0,200	72	0,000	0,915	72	0,000
	Sim	0,288	13	0,004	0,766	13	0,003
O - Outros Comportamentos	Não	0,534	72	0,000	0,240	72	0,000
	Sim	0,532	13	0,000	0,311	13	0,000

*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Testes de Normalidade

		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Encontra-se deslocado do seu local de residência?	Não	0,128	44	0,068	0,966	44	0,220
	Sim	0,161	41	0,009	0,949	41	0,067
F - Família e Amigos	Não	0,454	44	0,000	0,566	44	0,000
	Sim	0,438	41	0,000	0,600	41	0,000
A - Atividade física/Associativismo	Não	0,218	44	0,000	0,908	44	0,002
	Sim	0,194	41	0,000	0,882	41	0,001
N - Nutrição	Não	0,235	44	0,000	0,907	44	0,002
	Sim	0,195	41	0,000	0,920	41	0,007
T - Tabaco	Não	0,467	44	0,000	0,484	44	0,000
	Sim	0,435	41	0,000	0,602	41	0,000
A - Álcool e Outras drogas	Não	0,351	44	0,000	0,722	44	0,000
	Sim	0,332	41	0,000	0,741	41	0,000
S - Sono/Stress	Não	0,135	44	0,042	0,913	44	0,003
	Sim	0,210	41	0,000	0,932	41	0,017
T - Trabalho/Tipo de personalidade	Não	0,230	44	0,000	0,850	44	0,000
	Sim	0,193	41	0,001	0,905	41	0,002
I – Introspeção	Não	0,284	44	0,000	0,796	44	0,000
	Sim	0,220	41	0,000	0,882	41	0,000
C - Comportamentos de saúde e sexual	Não	0,240	44	0,000	0,867	44	0,000
	Sim	0,185	41	0,001	0,916	41	0,005
O - Outros Comportamentos	Não	0,525	44	0,000	0,326	44	0,000
	Sim	0,538	41	0,000	0,144	41	0,000

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Testes de Normalidade

Considera ter vícios / dependências?		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Estilo de vida Global	Não	0,137	74	0,002	0,954	74	0,009
	Sim	0,121	11	.200*	0,921	11	0,327
F - Família e Amigos	Não	0,433	74	0,000	0,614	74	0,000
	Sim	0,528	11	0,000	0,345	11	0,000
A - Atividade física/Associativismo	Não	0,189	74	0,000	0,906	74	0,000
	Sim	0,332	11	0,001	0,816	11	0,015
N - Nutrição	Não	0,198	74	0,000	0,917	74	0,000
	Sim	0,363	11	0,000	0,810	11	0,013
T - Tabaco	Não	0,478	74	0,000	0,494	74	0,000
	Sim	0,321	11	0,002	0,735	11	0,001
A - Álcool e Outras drogas	Não	0,351	74	0,000	0,722	74	0,000
	Sim	0,277	11	0,018	0,799	11	0,009
S - Sono/Stress	Não	0,170	74	0,000	0,928	74	0,000
	Sim	0,192	11	.200*	0,901	11	0,189
T - Trabalho/Tipo de personalidade	Não	0,202	74	0,000	0,893	74	0,000
	Sim	0,208	11	.200*	0,875	11	0,091
I – Introspeção	Não	0,255	74	0,000	0,854	74	0,000
	Sim	0,219	11	0,146	0,889	11	0,134
C - Comportamentos de saúde e sexual	Não	0,196	74	0,000	0,906	74	0,000
	Sim	0,196	11	.200*	0,842	11	0,034
O - Outros Comportamentos	Não	0,534	74	0,000	0,235	74	0,000
	Sim	0,528	11	0,000	0,345	11	0,000

*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

APÊNDICE III- TESTES DE NORMALIDADE (VARIÁVEIS QUANTITATIVAS)

	Testes de Normalidade					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Estilo de vida Global	0,131	85	0,001	0,961	85	0,012
F - Família e Amigos	0,447	85	0,000	0,586	85	0,000
A - Atividade física/Associativismo	0,192	85	0,000	0,900	85	0,000
N - Nutrição	0,215	85	0,000	0,915	85	0,000
T - Tabaco	0,453	85	0,000	0,551	85	0,000
A - Álcool e Outras drogas	0,343	85	0,000	0,731	85	0,000
S - Sono/Stress	0,160	85	0,000	0,931	85	0,000
T - Trabalho/Tipo de personalidade	0,196	85	0,000	0,892	85	0,000
I – Introspeção	0,251	85	0,000	0,866	85	0,000
C - Comportamentos de saúde e sexual	0,191	85	0,000	0,911	85	0,000
O - Outros Comportamentos	0,534	85	0,000	0,246	85	0,000
Idade	0,278	85	0,000	0,588	85	0,000
Qual é o seu peso?	0,126	85	0,002	0,914	85	0,000
Qual é a sua estatura? (metros)	0,146	85	0,000	0,923	85	0,000
Em média, por mês, quantas noites sai para atividades recreativas (ex., ir ao cinema, ir a um bar, clube noturno, café ou discoteca)?	0,200	85	0,000	0,885	85	0,000
Quanto gasta, em média, por noite?	0,172	85	0,000	0,899	85	0,000
Numa escala de 0 a 10, como classifica o seu estilo de vida?	0,232	85	0,000	0,835	85	0,000

a. Correlação de Significância de Lilliefors

