

Pedro Alexandre Pires Pereira

Estilos de vida dos alunos do 1ºano do curso de licenciatura em enfermagem da
Universidade Fernando Pessoa

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2012

Pedro Alexandre Pires Pereira

Estilos de vida dos alunos do 1º ano do curso de licenciatura em enfermagem da
Universidade Fernando Pessoa

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade Ciências da Saúde
Porto, 2012

Pedro Alexandre Pires Pereira

Estilos de vida dos alunos do 1ºano do curso de licenciatura em enfermagem da
Universidade Fernando Pessoa

Assinatura do aluno

Projecto de Graduação
apresentado á universidade
Fernando pessoa como parte dos
requisitos para obtenção do grau
de Licenciatura em Enfermagem

Porto, 2012

SUMARIO

A entrada no ensino superior é um processo de adaptação exigente sendo muitas vezes potencializador de crises ou problemas emocionais, acarretando mudanças de hábitos por parte dos jovens universitários. Neste sentido, decidiu-se realizar um estudo sobre os estilos de vida dos alunos do 1ºano do curso de licenciatura em enfermagem.

A questão de partida elaborada foi: Quais os estilos de vida dos alunos do 1ºano do curso de licenciatura em enfermagem da UFP?

O objetivo deste trabalho consistiu em identificar os estilos de vida dos alunos do 1ºano do curso de licenciatura em enfermagem da UFP. Para atingir este objetivo realizou-se um estudo de investigação quantitativo descritivo simples, através da aplicação do questionário “ Estilo de vida fantástico”.

O estudo foi realizado no Faculdade de Ciências da Saúde na Universidade Fernando Pessoa, aos alunos do 1ºano do curso de licenciatura em enfermagem e teve como amostra 25 inquiridos.

Como principais resultados, verificou-se que a maioria dos alunos do 1ºano do curso de licenciatura em enfermagem possuem um estilo de vida classificado como “muito bom” (64%) segundo o questionário “ Estilo de vida fantástico” , seguindo-se 24% com um estilo de vida “Bom” e 12% apresentam um “excelente” estilo de vida. Destaca-se ainda que a maioria da amostra não é fumadora, bebe álcool ocasionalmente e nenhum dos inquiridos usa drogas.

ABSTRACT

The entry into higher education is a demanding process of adaptation is often aggravating crises or emotional problems, resulting in changes in habits by the university students. In this sense, it was decided to conduct a study on the lifestyles of the students. In this sense, it was decided to conduct a study on the lifestyles of the students of 1st year course in nursing.

The initial question was drawn up: What are the lifestyles of the students of 1st year of degree in nursing from UFP?

The objective of this study was to identify the lifestyles of the students of 1st year of degree in nursing from UFP. To achieve this goal we carried out a study of simple descriptive quantitative research, by applying the questionnaire "Fantastic Lifestyle."

The study was conducted at the Faculty of Health Sciences at the university Fernando Pessoa, the students of 1st year course in nursing and had a sample size of 25 respondents.

The main results, we found that most students of 1st year course in nursing have a lifestyle ranked as "very good" (64%) according to the questionnaire "Fantastic Lifestyle", followed by 24% lifestyle with a "Good" and 12% had an "excellent" lifestyle. Note also that most of the sample and not smoking, drink alcohol occasionally and none of the respondents use drugs.

DEDICATORIA

A todos que viajaram comigo nesta aventura

AGRADECIMENTOS

Ao apresentar este trabalho não posso deixar de expressar os meus agradecimentos a todo um conjunto de pessoas e entidades que contribuíram para a sua realização.

Agradeço em particular:

- À Universidade Fernando Pessoa, e todos os professores que me acompanharam neste percurso académico.
- À Professora Manuela Guerra, o meu profundo e sincero reconhecimento, pela orientação, pela disponibilidade e dedicação demonstrada, pelas discussões e sugestões oportunas, pelo incentivo e apoio concedidos.
- Aos meus Pais, que tudo fizeram ao longo da elaboração deste trabalho.
- À minha namorada que sempre me apoiou.
- Para todos os meus amigos de curso, e em especial para os “primaços da recta” que muito me apoiaram na fase final deste projecto.

Índice	pag.
0 - Introdução.....	1
I - FASE CONCEPTUAL	3
1. Justificação do tema.....	3
2 .Pergunta de partida	4
3 .Objectivos do estudo	4
4. Fundamentação teórica	4
4.1- Conceito de estilo de vida	5
4.2- Conceito de jovem universitário	6
4.3- Estilos de vida	6
4.3.1 – Alimentação	7
4.3.2 - Actividade Física	9
4.3.3 –Consumo de álcool	10
4.3.4 – Drogas	11
4.3.5 – Tabaco.....	12
4.3.6 – Stress.....	13
5. Estudos em jovens universitários.....	14

6. “ESTILO DE VIDA FANTASTICO”	15
II – FASE METODOLOGICA	18
1 – Princípios Éticos	18
2 – Desenho da Investigação.....	19
2.1 – Meio.....	19
2.2 – Tipo de Estudo	20
2.3 – População e Amostra.....	20
2.4 – Variáveis em estudo.....	21
2.5 – Instrumento de Recolha de Dados.....	21
2.6 – Tratamento dos Dados.....	23
III – FASE EMPIRICA.....	24
1 – Analise e apresentação dos resultados	24
2 – Discussão dos resultados.....	38
IV – Conclusão.....	41
Referencias Bibliográficas	42
ANEXOS	47

ANEXO I- QUESTIONARIO

Índice de quadros

	Pag.
Quadro nº1 – Classificação do estilo de vida	17
Quadro nº2 – Estatística descritiva da idade.....	24
Quadro nº3 – Género da amostra.....	25
Quadro nº4 – Estado civil da amostra.....	25
Quadro nº5 – Distribuição da amostra segundo a variável “ ter alguém para conversar as coisas que são importantes para mim”	26
Quadro nº6 – Distribuição da amostra segundo a variável “Dar e receber afecto”	26
Quadro nº7 – Distribuição da amostra segundo a variável ”sou vigorosamente activo pelo menos durante 30minutos por dia”	27
Quadro nº8 – Distribuição da amostra segundo a variável “ser moderadamente activo”	27
Quadro nº9 – Distribuição da amostra segundo a variável “praticar uma dieta balanceada”	28
Quadro nº10– Distribuição da amostra segundo a variável “uso excessivo de açúcar, sal, gordura animal e salgadinhos”	28
Quadro nº11 – Distribuição da amostra segundo a variável “peso”	29
Quadro nº12 – Distribuição da amostra segundo a variável “cigarros por dia”	29
Quadro nº13 – Distribuição da amostra segundo a variável “uso de drogas”	30

Quadro nº14 – Distribuição da amostra segundo a variável “abuso de remédios ou exagero”	30
Quadro nº15– Distribuição da amostra segundo a variável “ bebidas com cafeína”...30	
Quadro nº16 – Distribuição da amostra segundo a variável “doses de álcool por semana”	31
Quadro nº17 – Distribuição da amostra segundo a variável “beber mais de quatro doses numa ocasião”	31
Quadro nº18– Distribuição da amostra segundo a variável “Dirigir após beber”	32
Quadro nº19 – Distribuição da amostra segundo a variável “dormir bem e sentir-se cansado”	32
Quadro nº20 – Distribuição da amostra segundo a variável “ usar cinto de segurança”	33
Quadro nº21 – Distribuição da amostra segundo a variável “ capaz de lidar com o stress diário”	33
Quadro nº22 – Distribuição da amostra segundo a variável “ relaxar e desfrutar o tempo de lazer”	34
Quadro nº23– Distribuição da amostra segundo a variável “ Praticar sexo seguro”...34	
Quadro nº24 – Distribuição da amostra segundo a variável “aparento estar com presa”	35
Quadro nº25 – Distribuição da amostra segundo a variável “ sentir-se com raiva e hostil”	35

Quadro nº26– Distribuição da amostra segundo a variável” pensar de forma positiva e optimista”	36
Quadro nº27 – Distribuição da amostra segundo a variável “ ficar tenso e desapontado”	36
Quadro nº28– Distribuição da amostra segundo a variável “ ficar triste e deprimido”	37
Quadro nº29 – Distribuição da amostra segundo a variável “estar satisfeito com trabalho ou função”	37
Quadro nº30 – Distribuição da amostra segundo a classificação do estilo de vida	38

0- Introdução

A realização do presente trabalho surge no âmbito de Projecto de Graduação, da licenciatura em enfermagem do 4º ano, da Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde.

Este trabalho tem como abordagem temática os estilos de vida dos alunos do 1ºano do curso de licenciatura em enfermagem da Universidade Fernando Pessoa.

A escolha do tema baseia-se na importância da transição para o ensino superior e pelo facto de constituir um momento particularmente exigente para os jovens como afirmam alguns autores: Neto e Barros (2000), apontam o 1º ano de universidade, como um período particularmente crítico onde os problemas emocionais tais como solidão, isolamento ou depressão, possuem uma elevada incidência. Ou de acordo com Vina e Herrero (2004), poderão existir problemas com álcool e/ou outras substâncias psicóticas.

Para o desenvolvimento deste estudo foi formulada a seguinte questão de investigação:

- Quais os estilos de vida dos alunos do 1ºano do curso de licenciatura em enfermagem da UFP?

Para responder a questão é necessário elaborar um objectivo. Assim sendo, o objectivo que nos propomos atingir neste estudo é:

- Identificar os estilos de vida dos alunos do 1º ano do curso de licenciatura em enfermagem da UFP.

Trata-se de um estudo descritivo simples, de abordagem quantitativa, no qual foi utilizado como instrumento de colheita de dados um questionário. O questionário foi aplicado a 25 alunos do 1ºano do curso de licenciatura em enfermagem da UFP.

Fortin (2009) refere que o processo de investigação é composto por três fases principais, sendo estas:

1. Fase conceptual – consiste em definir os elementos de um problema. No decurso desta fase o investigador elabora conceitos, formula ideias e recolhe a documentação sobre um tema preciso com vista a chegar a uma concepção clara do problema.
2. Fase metodológica – baseia-se na definição dos meios necessários à realização da investigação. O investigador determina a forma pela qual obterá as respostas às questões de investigação colocadas ou a verificação das hipóteses formuladas.
3. Fase empírica – corresponde à colheita de dados no terreno, à sua organização e à sua análise e estatística.

Este trabalho encontra-se então dividido em três partes principais, sendo a especificidade de cada uma inerente as necessidades sentidas e com conteúdo igualmente relevante na concretização do mesmo:

- A fase conceptual compreende a justificação do tema, as questões de investigação e objectivos e a fundamentação teórica acerca do tema em questão;
- A fase metodológica onde são evidenciados os processos metodológicos da investigação tais como o tipo de estudo, as variáveis, população e amostra bem como as considerações éticas e o instrumento de recolha de dados.
- A fase empírica onde se apresenta a análise, discussão e interpretação dos dados obtidos.

Como principais resultados, verificou-se que a maioria dos alunos do 1ºano do curso de licenciatura em enfermagem possuem um estilo de vida classificado como “muito bom” (64%) segundo o questionário “Estilo de vida fantástico”, seguindo-se 24% com um estilo de vida “Bom” e 12% apresentam um “excelente” estilo de vida. Destaca-se ainda que a maioria da amostra não é fumadora, bebe álcool ocasionalmente e nenhum dos inquiridos usa drogas.

I – FASE CONCEPTUAL

Segundo Fortin (2003, pp. 38),

A fase conceptual tem subjacente a escolha de um problema de investigação, uma revisão de literatura, a elaboração de um quadro de referência e a enunciação de objectivos, questões de investigação ou hipóteses. (...) Conceptualizar é um processo, uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma concepção clara e organizada do objecto de estudo.

De acordo com o autor supracitado, esta fase é fundamental numa investigação, pois proporciona uma orientação e um objectivo.

Para realizar este trabalho recorreu-se a pesquisa científica, trabalhos realizados e livros relacionados com a temática em estudo.

1 . Justificação do tema

Para que ocorra investigação, é necessário considerar uma situação problemática, ou seja, tem que existir um desvio entre uma situação desejável e a situação real, que origine mal-estar, insatisfação, inquietação, pretendendo-se através da investigação compreender melhor os fenómenos, ou procurar soluções para o problema (Fortin, 2009).

A temática escolhida para este projecto foi - Estilo de vida dos alunos do 1º ano do curso de licenciatura em enfermagem da UFP.

Este tema surge então por ser uma questão actual e pertinente pois conforme apontam os autores aspetos como a nutrição, a actividade física, o tabagismo, o alcoolismo, a exclusão social, o isolamento social, o stress laboral, estão na base de um estilo de vida mais ou menos saudável que, não havendo preocupações na sua prevenção, poderão tornar-se fatores ligados ao risco (Matos et al.,2000).

E sendo o próprio aluno de Enfermagem, responsável pela realização de ensinamentos sobre hábitos saudáveis, procura-se neste estudo conhecer quais os estilos de vida dos alunos de enfermagem.

2. Pergunta de partida

Após alguma reflexão, definiu-se a questão de partida – Quais os estilos de vida dos alunos do 1º ano do curso de licenciatura em enfermagem da UFP?

3.Objectivos

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

Sendo assim o objectivo do estudo em questão é:

- Identificar os estilos de vida dos alunos do 1ºano do curso de licenciatura em enfermagem da UFP.

4.Fundamentação Teórica

A pesquisa documental, segundo Fortin (2009), é uma importante etapa à exploração de investigação. Esta busca, fornece ao investigador a opção de verificar o estado dos conhecimentos sobre o assunto de investigação a estudar, com vista a alargar o campo de conhecimentos, estruturar o problema de investigação e estabelecer ligações entre o projecto e os trabalhos de investigação realizados por outros investigadores.

De acordo com Fortin (2003) o quadro teórico é:

Função de apoio e de lógica em relação ao problema de investigação (...) que situa o estudo no interior de um contexto e lhe dá uma significação particular, isto é, uma forma de perceber o fenómeno em estudo. Representa a ordenação dos conceitos e sub conceitos determinados no momento da formulação do problema para suportar teoricamente a análise posterior do objecto em estudo.

Neste capítulo definimos então o conceito de estilo de vida e jovem universitário, alimentação, actividade física, , drogas, tabaco e consumo de álcool, stress e alguns estudos sobre jovens .

4.1- Conceito de Estilo de vida

De acordo com a pesquisa realizada sobre Estilos de Vida, foi possível perceber a variedade de autores que se dedicam a esta investigação. Assim destacam-se alguns conceitos teorizados por autores relativamente aos Estilos de vida.

Segundo Chiang –Salgado et al.(1999), estilo de vida refere-se à maneira como as pessoas vivem e interagem de perto com os componentes motivacionais e comportamentais, influenciados por costumes, hábitos, e valores que existem em um determinado momento e contexto, factores aprendidos e portanto modificáveis durante o curso da vida.

A OMS define Estilo de Vida como “um conjunto de estruturas mediadoras que reflectem as actividades, atitudes e valores sociais” (WHO, 1986 p.43). Nutbeam (1998), afirma que não existe um estilo de vida “ideal” que possa ser prescrito para todas as pessoas, pois intervêm vários factores, como sejam a cultura, o estatuto sócio-económico, a estrutura familiar, a idade, o envolvimento em casa e no local de trabalho.

Para a OMS (1985 in Matos et al.,2003), existem vários factores que influenciam os estilos de vida, como aspectos culturais, valores, motivações, oportunidades, aspectos sociais e económicos

Como refere (Matos et al.,2000) aspectos como a nutrição, a actividade física, o tabagismo, o alcoolismo, a exclusão e isolamento social, o stress laboral, estão na base de um estilo de vida mais ou menos saudável , que não havendo preocupações na sua se foram descontrolados, poderão tornar-se factores ligados ao risco.

Como se constata, vários são os conceitos de Estilos de Vida, contudo, todos parecem situar-se numa linha comum, de que Estilo de Vida são hábitos que se adquirem, se aprendem se modificam, e que não existe um estilo de vida “ideal” pois ele varia consoante os factores supracitados.

4.2- Conceito de jovem Universitário

Para Rodrigues (2001) alguém com idade compreendida entre os 18 e os 30 anos é considerado um jovem adulto. Esta fase da vida é caracterizada por acontecimentos e realizações mas mesmo assim estes continuam a desenvolver-se em todas as suas dimensões e fazem escolhas importantes.

De acordo com Elisabete (2006,p.89),

A transição do ensino secundário para o ensino superior é considerado um processo particularmente exigente. Na verdade, à semelhança de outros momentos de transição no ciclo de vida dos indivíduos, ela pode ser potencializadora de crises e/ou desafios de carácter desenvolvimental.

O primeiro ano de universidade, como referem Neto e Barros, é uma fase critica onde existem vários problemas de cariz emocional, tais como, a solidão, o isolamento ou depressão. Vina e Herrero (2004), apontam também problemas associados ao álcool e /ou outras substâncias psicoativas.

4.3– Estilos de Vida

Neste capítulo, serão abordadas as seguintes variáveis utilizadas neste estudo: a alimentação, actividade física, o álcool, o tabaco, as drogas e o stress.

4.3.1 - Alimentação

Alimentação é o nome que se dá a toda a substancia complexa usada para nutrir os seres vivos” (Saldanha,1999,p.11).

Para Minderico e Teixeira (2008, p.1), a nossa alimentação define-nos como um grupo cultural e até como indivíduos, sendo que os alimentos que ingerimos, estão relacionados com a história, cultura e religião

Citando Minderico e Teixeira(2008, p.1),

“a qualidade e quantidade dos alimentos que ingerimos têm também efeitos positivos e negativos na nossa saúde”.

A alimentação “(...) é um dos factores ambientais que mais interfere na qualidade e na duração da vida humana” (Peres, 1980,p.16).

Segundo a Direcção Geral da Saúde(DGS) “ a roda dos alimentos é um instrumento de educação alimentar largamente reconhecido pela população portuguesa pela sua utilização desde 1977”.



Figura nº1 – Roda dos alimentos

(Fonte: <http://www.dgs.pt/?cn=5518554061236154AAAAAAA>)

Esta roda define-se como sendo uma representação que ajuda a escolher e a combinar os alimentos que devem estar presente na alimentação diária (Direcção Geral da Saúde)

Para a Direcção Geral da Saúde os sete grupos de alimentos caracterizam –se por:

- Cereais e seus derivados, tubérculos (28%) fonte de hidratos de carbono, principais fornecedores de energia, possuem vitaminas, sais minerais e fibras alimentares.
- Hortícolas (23%) bons fornecedores de fibras alimentares, vitaminas e minerais.
- Fruta (20%) fonte de vitaminas e sais minerais
- Lacticínios (18%) fornecedores de proteínas de elevado valor biológico, cálcio, fósforo e vitaminas.
- Carnes, peixes e ovos(5%) ricos em proteínas de elevado valor biológico, fornecem vitaminas e sais minerais.
- Leguminosas (4%) fonte de vitaminas, minerais, fibras alimentares e ricos em hidratos de carbono.
- Gorduras e óleos (2%) bons fornecedores de lipidos

Alimentação mediterrânica

A bacia do mediterrâneo sofreu as mesmas invasões e influencias históricas o que justifica a cultura que têm em comum, partilham tradições e hábitos (Minderico e Teixeira, 2008).

A Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação afirma que uma dieta baseada num elevado consumo de produtos hortícolas, de leguminosas, fruta e cereais, utilização de gordura principalmente o azeite, baixo consumo de carne e ingestão moderada de peixe e vinho tinto, apresenta características comuns entre os diferentes povos.

4.3.2 – Actividade física

Antes de falar em exercício físico e imprescindível perceber no que este consiste, “a actividade física é representada pelo movimento que se faz, enquanto que, exercício físico é actividade física programada, orientada” (Marques 2005, p.9).

Para Carperson (2000), actividade física entende-se qualquer movimento corporal, produzido pelos músculos esqueléticos, que resulta num gasto energético superior aos níveis de repouso. Este dispêndio de energia inclui actividade de lazer, domésticas, desportivas, profissionais e outras, tais como, caminhar, andar de bicicleta, subir escadas, dançar, limpar a casa, etc. O exercício físico é uma forma de Actividade física planeada, referindo-se a todo o movimento corporal repetitivo, estruturado e planeado com o objectivo de melhoria ou manutenção de um ou mais componentes da aptidão física.

Enquanto que Chevallier (2003), sugeriu uma relação muito íntima entre a prática regular de Actividade física e os níveis de saúde das pessoas, promovendo uma diminuição dos riscos de morbilidade e mortalidade

Em relação a frequência em que o exercício é realizado, Moreira (2005,p.56) diz:

(...) “30 minutos de actividade física com intensidade moderada, na maioria dos dias da semana, ou três ou mais sessões de actividade física intensa, sejam suficiente para proporcionar modificações significativas e capazes de conduzir, a longo prazo, a importantes benefícios para a saúde”(…)

A DGS (2005) refere que o exercício físico regular fornece aos jovens inúmeros benefícios (físicos, mentais e sociais) para a saúde.

Segundo a OMS (2006), a tendência para a diminuição da actividade física, é devido à natureza cada vez mais sedentária de muitas profissões, às facilidades dos meios de transportes e à crescente urbanização.

De acordo com os autores Martins e Aguiar (2005), ao dividirmos a maioria da população portuguesa em dois grande grupos, os que praticam qualquer tipo de actividade física e aqueles que a praticam, pelo menos, três horas e meia por semana, constatamos que mais de metade da população portuguesa não pratica actividade física regular, o que contribui para a pré-obesidade e obesidade.

4.3.3 – Consumo de álcool

Como refere Vieira et al.,(2009) o Álcool etílico é a substancia presente nas bebidas alcoólicas. O álcool é um composto orgânico em que o grupo – OH (hidroxilo) esta ligado a um carbono saturado. Também pode ser um carbono insaturado, aromático e/ou possuir mais de um grupo – OH, o que possibilita a existência de diversos tipos de álcoois, tanto naturais como sintéticos. Resulta da fermentação de açúcares de origem vegetal (frutos, mel, tubérculos, cereais) sob a influencia de microrganismos (leveduras). O etanol ($\text{CH}_3\text{CH}_2\text{OH}$) é um álcool simples e combustível e está presente em diferentes tipos de bebidas

Segundo Mello et al.(2001), as bebidas alcoólicas, podem ser de dois tipos: fermentadas e destiladas. As fermentadas obtém-se por fermentação alcoólica de sumos açucarados, por acção de leveduras (vinho ou cerveja). As destiladas resultam da destilação de álcool produzido no decurso da fermentação (gin, vodka, aguardente, whisky).

Para (Doron e Parot, 2001 *cit. In* Nunes e Jólluskin et al., 2007, p.185), “O álcool é uma molécula natural ou sintética (...) cujo efeito é simultaneamente, sedativo e hipnótico.

O estudo de Gameiro (1998) revelou que entre os jovens de 15 – 24 anos, cerca de meio milhão consumiam bebidas alcoólicas três ou mais vezes por semana.

Já outro estudo mais recente de(Cabral, 2007), afirma que o consumo de álcool entre os jovens permanece elevado em Portugal.

Um estudo realizado por Balsa et al. (2007), à população portuguesa, entre os 15 e os 65 anos de idade, numa amostra de 15 000 indivíduos, revela que a prevalência do consumo de bebidas alcoólicas aumentou 3,5%, entre 2001 e 2008, passando de 75,6% para 79,1%.

4.3.4 – Drogas

Para Hapetian (1997), droga é toda a substância que pode alterar a forma de funcionamento do organismo ou do espírito, modificando assim os pensamentos, sensações e comportamentos dos sujeitos que as consomem ao longo do tempo.

Já Schuckit (1998) acrescenta que a droga se refere a todas as substâncias que alteram o humor e a percepção.

Se forem utilizadas de forma abusiva, podem levar a manifestações de dependência, segundo, Seibel e Toscano (2001).

Cazenave (2001) defende que a droga actua nos mecanismos de gratificação do cérebro, originando efeitos estimulantes, euforizantes e/ou tranquilizantes.

Para classificar os vários tipos de drogas Fonte (2006), refere que existem umas que se centram nos efeitos que as substancias têm no cérebro dos usuários enquanto outras no status legal das drogas e ainda nas dimensões sócio - culturais a que as mesmas podem estar associadas.

Na forma como actuam no sistema nervoso central, as substâncias psicoativas podem ser classificadas em drogas depressoras, estimulantes e perturbadores ou alucinogéneas, segundo Hapetian,(1997).

Para Silva (2004) do ponto de vista legal, as drogas podem classificar-se em lícitas ou ilícitas. Drogas lícitas referem-se ao tabaco, cafeína, ao álcool e os seus consumos moderados são socialmente aceites, já as drogas ilícitas, como, por exemplo, o haxixe, a cocaína, a heroína, os seus riscos de consumo desprezados por um grande numero de indivíduos.

Segundo um estudo realizado aos estudantes universitários da universidade do porto por (Costa et al, 2005 *cit in* Elizabete, 2006 p. 113).

(...) sublinhou que 11.2% deles admitiram consumir haxixe todos os dias, ou seja, mais de 2 500 estudantes. Os autores adiantaram ainda que 0.4% dos estudante disseram consumir LSD/ácidos, 0.5% anfetaminas e 0,9% ecstasy. (...) concluíram que “ um em cada cinco estudantes consome haxixe e/ou marijuana, ocupando assim os canabinoides o terceiro lugar nas substâncias mais consumidas.

4.3.5 Tabaco

O tabagismo é uma doença crónica que acusa dependência física e psíquica, sendo que considerada pela WHO (2003), como sendo a principal causa evitável de morbidade e mortalidade do mundo.

De acordo com a WHO (*cit. in* George,2007),

O fumo do tabaco é um aerossol constituído por uma fase gasosa e uma fase de partículas. Na sua composição entram várias substâncias, muitas das quais com efeitos tóxicos e irritantes, como a nicotina, monóxido de carbono, acetona, metano, formaldeído, amónia, hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, as N-nitrosaminas, as aminas aromáticas, os aldeídos, diversos metais pesados e substâncias radioactivas como o polónio – 210(circular normativa cessação tabagica).

Como infere a WHO (*cit. in* George,2007), a temperatura de combustão atinge valores de aproximadamente 900°C durante aspiração do fumo por parte do fumador, e cerca de 600°C, nos intervalos entre aspirações.

A nicotina é o principal constituinte do tabaco, sendo responsável pela dependência criada nos consumidores de tabaco (Martinet & Bohadana, 2003).

E esta é vista, para Climaco e Ramos (2003) como uma substancia psico-activa que cria dependência não só física como também psicológica, em tudo semelhante à síndrome de abstinência de cocaína ou heroína.

Segundo Dautzenberg (2006) um individuo fumar cinco cigarros por dia, atinge-se no pulmão o equivalente proporcional ao nível europeu de alerta á poluição nas cidades.

Nos últimos 10 anos, quer nos estados unidos quer a Europa, verificou-se um aumento do consumo de tabaco pelos adolescentes (Currie et al.,2000, *cit. in* Matos, 2003).

Marinet e Bohadana (2003) acreditam que apesar de os adolescente terem consciência dos riscos associados ao tabagismo a rápida instalação da dependência é algo não calculado por eles, bem como o facto de sobrestimarem a sua capacidade para deixar de fumar.

Em Portugal, o Inquérito Nacional de Saúde (INS) realizado em 2005/2006 indica que a idade media de consumo de tabaco foi de 17 anos no género masculino e de 18 anos no género feminino(Machado et al.,2009) .

4.3.6 Stress

Etimologicamente, a palavra stress vem do latim “stringere” que significa estreitar, rodear com o corpo, serrar contra si, comprimir (STORA, 1990).

Segundo a CIPE (2005, p.227), o stress é definido como:

Um status com as características específicas: sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente, sentimento de desconforto, associado a experiência desagradáveis, associado à dor, sentimento de estar física e mentalmente cansado, distúrbio do estado mental e físico do indivíduo.

Segundo Pinto e Silva (2005,p.13) stress, “é a resposta fisiológica, psicológica e comportamental de um indivíduo que procura adaptar-se ou ajustar-se as pressões”.

Para Ponciano e Pereira, 2005, *cit in* Custodio (2010) a forma como o stress é vivenciado pelos estudantes do ensino superior tem sido um tópico de interesse crescente, evidenciando-se a necessidade de identificação dos factores potencialmente stressantes e das suas consequências ao nível da saúde e bem estar dos mesmos.

Na área da saúde, a enfermagem tem sido considerada como um profissão exercida em contexto pautados por situações potencialmente geradoras de stress que, na maior parte das vezes, não podem ser eliminadas, expondo os profissionais a inúmeros riscos para a sua saúde e bem-estar (Estevão et al.,2006, *cit in* Custodio 2010).

Segundo o Rodrigo (1995, p.46),

O stress pode ser originado a partir de vários factos podendo estes serem de origem interna ou externa. Os factores de origem interna são os factores psicológicos e emocionais, onde se integram as situações causadoras de desgosto ou sofrimento e as causas sociais onde está englobado o meio familiar. Referem-se às experiências traumáticas, desafiadoras e imprevisíveis, vividas por cada indivíduo e os recursos pessoais por eles possuídos para viverem com elas. Os factores de origem externa relacionam-se com os aspectos sociais e socioprofissionais que rodeiam cada pessoa.

5 - Estudos em jovens universitários

Para tentar caracterizar o estado de saúde dos estudantes da universidade de Lisboa, Rocha et al.(2001) verificaram, que 88% dos percepcionava o seu estado de saúde como “Bom/ótimo”. Mostravam igualmente níveis de stress “moderado/muito” (82%), condição física “boa” (67%) e actividade física regular (31%). Referem não beber álcool (93% dos estudantes) mas 17% dizem que “ocasionalmente tomam mais

de 5 bebidas num dia”. Destes mesmos estudantes 16% eram fumadores e 3% consomem drogas.

Já noutro estudo idêntico com estudantes espanhóis, (Ferrer et al.(2000) *cit in* Elizabete 2006 p.109):

Reportaram que a sua atitude geral perante os comportamentos de saúde era positiva e favorável. Maioritariamente, os estudantes consideravam-se satisfeitos com o seu aspecto físico(84%), procuravam alimentar-se de forma saudável e equilibrada, dormiam e descansavam bem (apesar de 1/3 declarar não dormir e descansar adequadamente) e 50% consideravam que se deviam preocupar com a prevenção de doenças.

A nível nacional, existem alguns estudos pertinentes.

Assim, segundo Santos (2001), na universidade do Minho, 80% dos estudantes inquiridos avaliavam o seu consumo de álcool como excessivo

6– “Estilo de Vida Fantástico”

Para a realização deste trabalho foi escolhido o questionário “Estilo de Vida Fantástico”.

Segundo a Canadian Society for exercic Physiology (2003), (...) “este questionário tem objectivo de mensurar os principais elementos que caracterizam o estilo de vida adequado para a saúde”. É composto por 25 questões divididas em 9 domínios.

Com base no autor Rodriguez Anez et al(2008) , foi realizada uma tradução por especialistas fluentes na língua inglesa, para verificar a correcta tradução e aculturação dos termos para o português.

Quadro 1 - Questionário de estilo de vida Fantástico.

Família e amigos	Tenho alguém para conversar as coisas que são importantes para mim.	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Dou e recebo afeto.	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
Atividade	Sou vigorosamente ativo pelo menos durante 30 minutos por dia (corrida, bicicleta etc.).	Menos de 1 vez por semana	1-2 vezes por semana	3 vezes por semana	4 vezes por semana	5 ou mais vezes por semana
	Sou moderadamente ativo (jardinagem, caminhada, trabalho de casa).	Menos de 1 vez por semana	1-2 vezes por semana	3 vezes por semana	4 vezes por semana	5 ou mais vezes por semana
Nutrição	Como uma dieta balanceada (ver explicação).	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Freqüentemente como em excesso (1) açúcar, (2) sal, (3) gordura animal (4) bobagens e salgadinhos.	Quatro itens	Três itens	Dois itens	Um item	Nenhum
	Estou no intervalo de ___ quilos do meu peso considerado saudável.	Mais de 8 kg	8 kg	6 kg	4 kg	2 kg
Cigarro e drogas	Fumo cigarros.	Mais de 10 por dia	1 a 10 por dia	Nenhum nos últimos 6 meses	Nenhum no ano passado	Nenhum nos últimos cinco anos
	Uso drogas como maconha e cocaína.	Algumas vezes				Nunca
	Abuso de remédios ou exagero.	Quase diariamente	Com relativa frequência	Ocasionalmente	Quase nunca	Nunca
Álcool	Ingiro bebidas que contêm cafeína (café, chá ou "colas").	Mais de 10 vezes por dia	7 a 10 vezes por dia	3 a 6 vezes por dia	1 a 2 vezes por dia	Nunca
	Minha ingestão média por semana de álcool é: ___ doses (ver explicação).	Mais de 20	13 a 20	11 a 12	8 a 10	0 a 7
	Bebo mais de quatro doses em uma ocasião.	Quase diariamente	Com relativa frequência	Ocasionalmente	Quase nunca	Nunca
Sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro	Dirijo após beber.	Algumas vezes				Nunca
	Durmo bem e me sinto descansado	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Uso cinto de segurança.	Nunca	Raramente	Algumas vezes	A maioria das vezes	Sempre
	Sou capaz de lidar com o estresse do meu dia-a-dia.	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Relaxo e desfruto do meu tempo de lazer.	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
Tipo de comportamento	Pratico sexo seguro (ver explicação).	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Sempre
	Aparento estar com pressa.	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca
Instropeção	Sinto-me com raiva e hostil.	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca
	Penso de forma positiva e otimista.	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Sinto-me tenso e desapontado.	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca
Trabalho	Sinto-me triste e deprimido.	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca
	Estou satisfeito com meu trabalho ou função.	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre

Figura nº2 – questionário “estilo de vida fantástico”

(fonte: www.scielo.br/pdf/abc/v91n2/v91n2a06.pdf)

Este questionário foi desenvolvido no departamento de medicina familiar da Universidade McMaster, no Canada, por Wilson e Ciliska em 1984.

Segundo o autor Rodriguez-Anez (2008), a versão portuguesa do questionário “estilo de vida fantástico preencheu os critérios de consistência interna, externa e de validade de construto.

As questões deste questionário estão dispostas na forma de escala de Likert. A codificação das questões e realizada por pontos da seguinte maneira:

- 0 ponto para a primeira coluna,
- 1 pontos para a segunda coluna,

- 2 pontos para a terceira coluna,
- 3 pontos para a quarta coluna,
- 4 pontos para a quinta coluna.

No final a soma de todos os pontos permite chegar a um score total que permite classificar o estilo de vida em cinco categorias(Rodriguez-Anez ,2008):

Quadro nº1 – Classificação do estilo de vida

Score	Classificação do estilo de vida
85 – 100	Excelente
70 -84	Muito bom
55 – 69	Bom
35 – 54	Regular
0 – 34	Necessita de melhora

II - Fase Metodológica

Na fase metodológica, o investigador determina os métodos a utilizar, de forma a obter os resultados que validem o estudo.

Segundo Fortin (2003, p. 17) a investigação é,

(...) Processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação. Este processo comporta certas características inegáveis, entre outras: ele é sistemático e rigoroso e leva à aquisição de novos conhecimentos.

1 - Princípios Éticos

Para Fortin (2003), “todas as investigações efectuadas junto de seres humanos colocam questões morais e éticas”.

A ética é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta, ou seja, é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos.

(Fortin & Coutu-Wakulczyk, 1999).

Neste trabalho foram cumpridos os princípios éticos definidos por Fortin, sendo eles: direito à auto-determinação, direito à intimidade, direito ao anonimato e confidencialidade, direito à protecção, contra o desconforto e prejuízo e direito a um tratamento justo e equitativo.

2 Desenho da investigação

Segundo Fortin(2003,p.132)

“o desenho da investigação é o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas”.

2.1 – Meio

Segundo ao Meio Fortin (2003,p.132) diz que,

“ (...) os estudos conduzidos fora dos laboratórios, tornam o nome de estudos em meio natural, o que significa que eles se efectuam em qualquer parte fora de lugares altamente controlados como são os laboratórios. O investigador define o meio onde o estudo será conduzido e justifica a sua escolha.”

Para Forin (2003,p.132),

“(...) o investigador define o meio onde o estudo será conduzido e justifica a sua escolha.”

O local escolhido para o estudo foi a Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde, local onde se encontra a população alvo ou seja os alunos do 1ºano do curso licenciatura em enfermagem.

2.2 - Tipo de Estudo

O método de investigação utilizado é o quantitativo, este pode ser definido como sendo:

(...) uso de medidas e métodos padronizados convertíveis em números, de tal modo que não permitam a expressão da variedade de perspectivas e experiências das pessoas dado que as opções de resposta são limitadas (...) (Ribeiro,2007,p.28).

O método quantitativo “é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis”(Fortin,2009,p.22).

O tipo de estudo que se considerou mais adequado para esta temática e o descritivo simples, pois pretende-se apenas descrever um fenómeno relativo a uma população

Segundo Fortin (2009,p.163) o estudo descritivo simples pretende “descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta”

2.3 - População alvo e amostra

Para elaborar um trabalho com rigor científico, devemos definir com exactidão a população em estudo, ou seja os elementos que a compõem.

De acordo com Fortin(2003, p.2003)

“uma população é uma colecção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios.”

Assim sendo a população alvo é constituída pelos alunos do 1ºano do curso de licenciatura em enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, que são 26 elementos.

Não foi realizado processo de amostragem pois optou-se por estudar toda a turma do 1ºano, no entanto no momento da recolha de dados 1 aluno não compareceu pelo que a população é de 25 alunos.

2.4 – variáveis em estudo

Segundo Fortin(2003, p.36), variáveis são:

(..) qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou situações que são estudadas numa investigação. Uma variável pode tomar diferentes valores para exprimir graus, quantidades, diferenças.

As variáveis utilizadas no presente estudo são classificadas como variáveis de atributo e variável de estudo.

A variável de estudo são Estilo de vida dos alunos do 1ºano do curso de licenciatura em enfermagem da UFP.

Fortin (2003,p.37) define variáveis atributo como “(...) as características dos sujeitos num estudo.” No presente estudo as variáveis de atributo são a idade, o género e o estado civil.

2.2.5 – Instrumento de Recolha de Dados

De acordo com o fortin (2009), a natureza do problema de investigação, as variáveis e a sua operacionalização tal como a estratégia de análise estatística considerada,

determinam o tipo de método de colheita de dados a utilizar. O processo de colheita de dados consiste em colher de uma forma sistemática a informação desejada junto dos participantes.

Fortin (2009) explica que o questionário apresenta varias vantagens como instrumento de medida, nomeadamente:

- É menos dispendioso do que a entrevista e requer menos habilidades da parte de quem o aplica;
- Pode ser utilizado simultaneamente junto de um grande numero de sujeitos repartidos por uma vasta região, o que permite obter mais informações num conjunto populacional;
- O questionário apresenta uma natureza impessoal, apresentação uniformizada com as mesmas directrizes e a ordem das questões idêntica para todos os sujeitos, podendo assegurar, até um certo ponto a uniformidade de situações de medida, assegurando fidelidade e facilitando comparações entre sujeitos;
- As pessoas podem sentir mais seguras relativamente ao anonimato das respostas, e por isso exprimir mais livremente as opiniões que consideram mais pessoais.

Para a realização do nosso estudo, utilizou-se como instrumento de colheita de dados, um questionário (Anexo I), por se tratar de um instrumento de medida que garante o anonimato dos participantes, permite respostas mais verdadeiras.

O questionário chama-se “Estilo de Vida Fantástico” é um instrumento genérico que foi desenvolvido no departamento de Medicina Familiar da Universidade McMaster, no Canada, por Wilson e Ciliska (1984)

O questionário cobre um amplo leque de questões.

O questionário possui 25 questões divididas em nove domínios, as questões estão dispostas na forma de escala Likert, 23 possuem 5 alternativas de resposta e duas são dicotómicas.

2.2.6 – Tratamento dos Dados

Para o tratamento estatístico dos dados contidos nos questionários, o *Microsoft Office Excel 2007* como complemento ao SPSS. Os dados foram transferidos para uma base de dados, pertencente ao programa informático *Análise Estatística de Dados para as Ciências Sociais* ou *Statistical Package for Social Science (SPSS)*, versão 17.0, sendo efectuado o seu tratamento estatístico e análise.

Os resultados foram apresentados sob a forma de quadros, com a respectiva descrição. O objectivo da apresentação de quadros foi, reforçar os principais elementos úteis para o leitor, realçando os factos significativos.

III – Fase Empírica

Segundo Fortin (2003,p.42),

A análise dos dados permite produzir resultados que podem ser interpretados pelo investigador. Os dados são analisados em função do objecto de estudo segundo se trata de explorar ou descrever fenómenos, ou de verificar relações entre variáveis.

Desta forma, concluída a fase de colheita de dados, procedesse a sua análise e interpretação.

1. Análise e apresentação dos resultados

Caracterização da Amostra

Neste ponto procedemos à caracterização dos 25 inquiridos que constituem a amostra, no que concerne às variáveis sócio demográficas nomeadamente a idade, género, estado civil.

Quadro 2. Estatística Descritiva da variável idade

	Media	Desvio Padrão	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Idade	24,67	8,442	22,00	18	18	50

A média de idades é de 24,67 anos e o desvio padrão é 8,442.

A moda de idade é 18 anos.

Género

No que se refere ao género, na nossa amostra de, 25 inquiridos 20.8%, são do sexo masculino, e 79,2% do sexo feminino, conforme o quadro nº3

Quadro nº3 – Género da amostra

Género	Frequência	%
Masculino	5	20,8%
Feminino	20	79,2%
Total	25	100%

Estado civil

Analisando o estado civil a amostra em estudo , a maioria 18 (75%) são solteiros, 3 (12,5%) são divorciados, e outros 3 (12,5%) que se encontram casados, conforme podemos constatar através do quadro nº4.

Quadro nº4 – Estado civil da amostra

Estado civil	Frequência	%
Solteiro	18	75%
Casado	3	12,5%
Divorciado / Separado	3	12,5%
Total	25	100%

Concluída a caracterização da amostra, procedemos à descrição/analise e discussão dos resultados do inquérito.

Quadro 5 - Distribuição da amostra segundo a variável “ ter alguém para conversar as coisas que são importantes para mim”

	Frequência	Percentagem
Raramente	1	4%
Algumas vezes	1	4%
Com relativa frequência	2	8%
Quase sempre	21	84%
Total	25	100%

Ao analisarmos o quadro nº5 verificamos que 84% dos inquiridos respondeu “quase sempre” ,4% respondeu “raramente” e “algumas vezes”, e 8% dos inquiridos assinalou “ com relativa frequência”, ter alguém para conversar as coisas que são importantes.

Quadro nº6 – Distribuição da amostra segundo a variável “Dar e receber afecto”

	Frequência	Percentagem
Algumas vezes	1	4%
Com relativa frequência	10	40%
Quase sempre	14	56%
Total	25	100%

Quando se trata de Dar e receber afecto, apenas 4% dos inquiridos assinalou “algumas vezes”, 40% considerou “com relativa frequência” e a maioria 56% consideram “quase sempre”.

Quadro nº7 – Distribuição da amostra segundo a variável “sou vigorosamente activo pelo menos durante 30 minutos por dia”

	Frequência	Percentagem
Menos de 1 vez por semana	10	40%
1-2 vezes por semana	5	20%
3 vezes por semana	5	20%
4 vezes por semana	2	8%
5 ou mais vezes por semana	3	12%
Total	25	100%

No que diz respeito ao quadro nº7, verificamos que 40% assinalou “menos de 1 vez por semana, 8% dos inquiridos considerou “4 vezes por semana”, 12% pratica “5 ou mais vezes por semana”, 20% respondeu “3 vezes por semana” e “1-2 vezes por semana”.

Quadro nº8 – Distribuição da amostra segundo a variável “ Ser moderadamente activo”

	Frequência	Percentagem
Menos de 1 vez por semana	3	12%
1 – 2 vezes por semana	8	32%
3 vezes por semana	4	16%
4 vezes por semana	4	16%
5 ou mais vezes por semana	6	24%
Total	25	100%

Ao analisarmos o quadro 8 constatamos que 32% é moderadamente activa “1 – 2 vezes por semana”, 24% dos inquiridos assinalou “5 ou mais vezes por semana”, 16% assinalaram “3 vezes por semana” e “4 vezes por semana”.

Quadro nº9 – Distribuição da amostra segundo a variável “Praticar uma dieta balanceada”

	Frequência	Porcentagem
Algumas vezes	9	36%
Com relativa frequência	15	60%
Quase sempre	1	4%
Total	25	100%

De acordo com o quadro 9, e a prática de uma dieta balanceada, a maioria (60%) assinalou “com relativa frequência”, 36% respondeu “algumas vezes” pratica uma dieta balanceada, 4% dos inquiridos assinalaram “quase sempre”.

Quadro nº10- Distribuição da amostra segundo a variável “uso excessivo de açúcar, sal, gordura animal e salgadinhos”

	Frequência	Porcentagem
Quatro itens	1	4%
Três itens	2	8%
Dois itens	7	28%
Um item	6	24%
Nenhum	9	36%
Total	25	100%

Segundo nos mostra o quadro 10, 4% dos inquiridos come em excesso “quatro itens”, 8% assinalaram “três itens”, 28% responderam “dois itens” 24% considerou “um item”, e 36% afirma que “nenhum”

Quadro nº11 – Distribuição da amostra segundo a variável “Peso”

	Frequência	Porcentagem
Mais de 8kg	1	4%
8kg	1	4%
6kg	3	12%
4kg	7	28%
2kg	13	52%
Total	25	100%

Ao analisarmos o quadro nº11, observou-se que apenas 4% dos inquiridos assinalou “mais de 8kg” e entre “8kg” de peso saudável, 12% está no intervalo de “6kg”, 28% respondeu “4kg” e a maioria 52% está no intervalo de “2kg” de peso saudável.

Quadro nº12 – Distribuição da amostra segundo a variável “Cigarros por dia”

	Frequência	Porcentagem
Mais de 10 por dia	1	4%
1 – 10 por dia	4	16%
Nenhum nos últimos 6 meses	1	4%
Nenhum nos últimos 5 anos	19	76%
Total	25	100%

Observando o quadro nº12, 4% dos inquiridos assinalaram “menos de 10 por dia” e “nenhum nos últimos 6 meses”, 16% “1 a 10 por dia” e a grande maioria assinalou “nenhum nos últimos 5 anos”.

Quadro nº13 – Distribuição da amostra segundo a variável “Uso de drogas”

	Frequência	Porcentagem
Algumas vezes	0	0%
Nunca	25	100%
Total	25	100%

Em relação ao consumo verificamos que 100% da amostra refere não usar drogas.

Quadro nº14 – Distribuição da amostra segundo a variável “abuso de remédios ou exagero”

	Frequência	Porcentagem
Ocasionalmente	1	4%
Quase nunca	2	8%
Nunca	22	88%
Total	25	100%

Quando se trata do abuso de remédios ou exagero, 4% assinalou “ocasionalmente”, 8% dos inquiridos assinalou “quase nunca” e a grande maioria 88% diz que “nunca”.

Quadro nº15 – Distribuição da amostra segundo a variável “Bebidas com cafeína”

	Frequência	Porcentagem
7 a 10 vezes por dia	1	4%
3 a 6 vezes por dia	2	8%
1 a 2 vez por dia	15	60%
Nunca	7	28%
Total	25	100%

Quanto ao facto de o consumo de cafeína, a maioria (60%) assinalou “1 a 2 vezes por dia”, 28% referem “nunca”,8% destes tomam bebidas com cafeína “3 a 6 vezes por dia” e 4% dos inquiridos indicou “7 a 10 vezes por dia”.

Quadro nº16 – Distribuição da amostra segundo a variável “Doses de álcool por semana”

	Frequência	Percentagem
Mais de 20	0	0%
De 13 a 20	0	0%
De 11 a 12	0	0%
De 8 a 10	0	0%
De 0 a 7	25	100%
Total	25	100%

Ao analisarmos o quadro nº16 podemos verificar que os 100% do inquiridos consomem entre “0 e 7” doses de álcool por semana.

Quadro nº17 – Distribuição da amostra segundo a variável “beber mais de quatro doses numa ocasião”

	Frequência	Percentagem
Quase diariamente	0	0%
Com relativa frequência	0	0%
Ocasionalmente	4	16%
Quase nunca	13	52%
Nunca	8	32%
Total	25	100%

No que diz respeito ao quadro 17, 52% refere que “quase nunca” bebe mais de 4 dose por ocasião e 16% dizem que o fazem “ocasionalmente”

Quadro nº18 – Distribuição da amostra segundo a variável “Dirigir após beber”

	Frequência	Percentagem
Alguma vezes	4	16%
Nunca	21	84%
Total	25	100%

Ao observamos o quadro 18 verificamos, que a maioria 84% dos inquiridos refere “nunca” conduziu depois de beber e que 16% já o fez “algumas vezes”

Quadro nº19 – Distribuição da amostra segundo a variável “Dormir bem e sentir-se cansado”

	Frequência	Percentagem
Quase nunca	1	4%
Raramente	2	8%
Algumas vezes	9	36%
Com relativa frequência	7	28%
Quase sempre	6	24%
Total	25	100%

Ao analisarmos o quadro 19, verificamos que 36% respondeu “algumas vezes”, 28% afirma “com relativa frequência” e 24% dos inquiridos assinalou “quase sempre” dorme bem e sente-se cansado.

Quadro nº20 – Distribuição da amostra segundo a variável ”Usar cinto de segurança”

	Frequência	Porcentagem
Nunca	0	0%
Raramente	0	0%
Algumas vezes	0	0%
A maioria das vezes	1	4%
Sempre	24	96%
Total	25	100%

No que diz respeito ao quadro 20, 4% indicou que “a maioria das vezes” usa cinto de segurança, já que os restantes inquiridos 96% responderam “sempre”.

Quadro nº21 – Distribuição da amostra segundo a variável” Capaz de lidar com o stress diário”

	Frequência	Porcentagem
Alguma vez	7	28%
Com relativa frequência	12	48%
Quase sempre	6	24%
Total	25	100%

Ao analisarmos o gráfico 21, observou-se que 28% dos inquiridos respondeu “algumas vezes”, 24% afirma “quase sempre, e a maioria dos inquiridos 48% considerou “com relativa frequência” conseguir lidar com o stress diário.

Quadro nº 22 – Distribuição da amostra segundo a variável “Relaxar e desfrutar o tempo de lazer”

	Frequência	Porcentagem
Raramente	4	16%
Algumas vezes	10	40%
Com relativa frequência	7	28%
Quase sempre	4	16%
Total	25	100%

Ao analisar o quadro 22, verifica-se que, 40% assinalaram que “algumas vezes” relaxam e desfrutam do seu tempo de lazer, observou-se que com a mesma percentagem, 16% dos inquiridos responderam que “raramente” e “quase sempre” e 28% afirma que “com relativa frequência”.

Quadro nº23 – Distribuição da amostra segundo a variável “Praticar sexo seguro”

	Frequência	Porcentagem
Quase nunca	0	0%
Algumas vezes	1	4%
Com relativa frequência	1	4%
Quase sempre	23	92%
Total	25	100%

De acordo com o quadro 23, verificamos que com a mesma percentagem 4% dos inquiridos assinalaram “algumas vezes” e com relativa frequência”, e a maioria (92%) afirma “quase sempre” praticar sexo seguro.

Quadro nº24 – Distribuição da amostra segundo a variável “Aparento estar com pressa”

	Frequência	Porcentagem
Com relativa frequência	3	12%
Algumas vezes	15	60%
Raramente	4	16%
Quase nunca	3	12%
Total	25	100%

Ao analisarmos o quadro 24, verificamos que com a mesma percentagem 12% dos inquiridos afirma que “com relativa frequência” e “quase nunca” já 16% respondeu “raramente”, a maioria afirma que “algumas vezes” aparenta estar com pressa.

Quadro nº25 – Distribuição da amostra segundo a variável “Sentir-se com raiva e hostil”

	Frequência	Porcentagem
Quase sempre	1	4%
Algumas vezes	4	16%
Raramente	9	36%
Quase nunca	11	44%
Total	25	100%

De acordo com o quadro 25, verifica-se que, ”, 44% afirma que “quase nunca” se sente com raiva ou hostil, e 36% diz que “raramente”, 16% assinalou “algumas vezes”.

Quadro nº26 – Distribuição da amostra segundo a variável “pensar de forma positiva e optimista”

	Frequência	Percentagem
Quase nunca	1	4%
Raramente	5	20%
Algumas vezes	4	16%
Com relativa frequência	7	28%
Quase sempre	8	32%
Total	25	100%

Ao analisarmos o quadro 26, verificamos que 32% afirma que “quase sempre”, 20% considerou “raramente” pensa de forma positiva e optimística, 16% como “algumas vezes”, 28% “com relativa frequência”.

Quadro nº 27 – Distribuição da amostra segundo a variável “ficar tenso e desapontado”

	Frequência	Percentagem
Algumas vezes	9	36%
Raramente	12	48%
Quase nunca	4	16%
Total	25	100%

Em relação a sentir-se tenso e desapontado,16% considera “quase nunca”, já 36% respondeu “algumas vezes” e 48% afirma que “raramente” se sente tenso e desapontado.

Quadro nº28 – Distribuição da amostra segundo a variável “ficar triste e deprimido”

	Frequência	Porcentagem
Com relativa frequência	1	4%
Algumas vezes	4	16%
Raramente	11	44%
Quase nunca	9	36%
Total	25	100%

No que diz respeito ao quadro 28, verificamos que 4% dos inquiridos considerou “com relativa frequência” que se sente triste e deprimido, já 16% dizem “algumas vezes”, 36% considera “quase nunca” e 44% afirmam “raramente” se sentem triste e deprimidos

Quadro nº29 – Distribuição da amostra segundo a variável “estar satisfeito com trabalho ou função”

	Frequência	Porcentagem
Quase nunca	0	0%
Raramente	1	4%
Algumas vezes	6	24%
Com relativa frequência	9	36%
Quase sempre	9	36%
Total	25	100%

No que diz respeito ao quadro 29, a partilhar da mesma percentagem 36% consideram “com relativa frequência” e “quase sempre” estão satisfeitos com o seu trabalho ou função, já 24% responderam “algumas vezes” e 4% afirma que “raramente”.

Scores do questionário “estilo de vida fantástico”

Quadro nº30 – Distribuição da amostra segundo a classificação do estilo de vida

Intervalos de scores	Classificação do estilo de vida	Frequência	Percentagem
85 – 100	Excelente	3	12%
70 -84	Muito bom	16	64%
55 – 69	Bom	6	24%
35 – 54	Regular	0	0%
0 – 34	Necessita melhorar	0	0%

Depois de analisarmos os questionários e os scores individuais, verificamos que 64% dos inquiridos apresentam um estilo de vida “Muito bom”, seguindo-se 24% dos alunos com estilo de vida “Bom” e 12% , ou seja 3 alunos, apresentam um estilo de vida “Excelente” (quadro nº30). O score mínimo foi de 60 e o máximo foi de 90.

2. Discussão de resultados

A amostra estudada é maioritariamente feminina, com uma média de idades de 24.67anos e solteira (75%).

Quanto ao item “ Família e amigos” , verificamos que a maioria possui com quem falar as coisas importantes(84%) , e tem a quem “ dar e recebe afeto”(96%).

Quanto a atividade física, a maioria dos jovens refere uma escassa prática de atividade física, pois 40% é vigorosamente ativo menos de uma vez por semana e 32% é moderadamente ativo 1 a 2 vezes por semana. Chevallier (2003), sugeriu uma relação muito íntima entre a prática regular de atividade física e os níveis de saúde das pessoas, promovendo uma diminuição dos riscos de morbilidade e mortalidade.

Também a DGS(2005), refere que o exercício físico regular fornece aos jovens inúmeros benefícios (físicos, mentais e sociais) para a saúde.

Quanto à nutrição verificamos que 64% da amostra estudada pratica frequentemente uma dieta balanceada, embora haja referências ao uso excessivo de açúcar e sal. 48% dos indivíduos refere apresentar peso superior ao peso saudável, num intervalo compreendido entre 4 e 8 Kg.

Segundo a Direcção Geral da Saúde(2005) “ a roda dos alimentos é um instrumento de educação alimentar largamente reconhecido pela população portuguesa pela sua utilização desde 1977”.

Citando Minderico e Teixeira(2008, p.1), “a qualidade e quantidade dos alimentos que ingerimos têm também efeitos positivos e negativos na nossa saúde”.

Quanto ao uso de cigarros e drogas, 80% dos inquiridos refere não consumir tabaco e a totalidade dos inquiridos refere nunca usar drogas. Contrariamente a Rocha et al. (2001), num estudo realizado em estudantes da Universidade de Lisboa onde refere que 3% destes consomem drogas e 16% eram fumadores. Também Costa et al. (2005), num estudo realizado na Universidade do Porto, apresenta resultados em que 11,2% admitiu consumir haxixe todos os dias bem como 0,4% consumir LSD, anfetaminas e ecstasy.

Sobre o uso de álcool, a maioria refere não consumir habitualmente e situam-se entre 0 a 7 doses de álcool por semana. Uma pequena parcela – (16%) - assinalou beber “ocasionalmente” mais de 4 doses numa ocasião. Estes resultados contrariam os de Santos (2001), na universidade do Minho, em que 80% dos estudantes inquiridos avaliavam o seu consumo de álcool como excessivo.

Quanto aos comportamentos de segurança, 100% refere usar “sempre” e “quase sempre” cinto de segurança, 92% refere praticar sexo seguro.

Quanto à capacidade de lidar com o stress, 72% considera-se capaz, bem como 44% refere relaxar e desfrutar o tempo de lazer. 68% refere pensar de forma otimista e

positiva e 20% assinalou “ficar triste e deprimido” apenas algumas vezes ou com relativa frequência.

Segundo Pinto e Silva(2005,p.13) stress, “é a resposta fisiológica, psicológica e comportamental de um individuo que procura adaptar-se ou ajustar-se as pressões”

A forma como o stress é vivenciado pelos estudantes do ensino superior tem sido um tópico de interesse crescente, evidenciando-se a necessidade de identificação dos factores potencialmente stressantes e das suas consequências ao nível da saúde e bem estar dos mesmos (Ponciano e Pereira, 2005, *cit in* Custodio 2010).

IV. Conclusão

Chegando ao final deste trabalho, seguem-se algumas considerações pertinentes sobre o tema, resultados obtidos e objectivo proposto .

O objectivo que delineamos foi atingido com sucesso na medida em que nos foi possível identificar os estilos de vida dos alunos do 1º ano do curso de licenciatura em enfermagem da Universidade Fernando Pessoa. Podemos assim concluir que nesta amostra, os alunos possuem um estilo de vida considerado muito bom.

Um aspecto particularmente relevante no nosso resultado é o facto de nenhum inquirido usar drogas e apenas uma pequena parcela abusa por vezes do álcool, contrariando alguns estudos de autores.

Foi gratificante elaborar este projecto de graduação devido à actualidade do tema, permitindo assim alargar e enriquecer os conhecimentos nesta área.

A investigação em Enfermagem é uma tarefa árdua e difícil, no entanto, apesar de ser o primeiro trabalho de investigação, com um certo grau de complexidade, temos plena consciência do esforço e dedicação despendidas neste trabalho pois só desta forma nos foi possível ultrapassar as dificuldades sentidas, fruto da inexperiência em trabalhos de investigação.

Como sugestão seria pertinente aplicar de novo este questionário aos mesmos alunos no final do 4º ano da licenciatura em enfermagem no sentido de verificar se se mantém ou altera o seu estilo de vida.

Referencias Bibliográficas

Balsa, C. et al. (2007). *Inquérito nacional ao consumo de substancias psicoativas na população portuguesa*. 2007. Investigações sociológicas, Faculdade de Ciências Sociais e humanas nova de Lisboa

Cabral, L (2007). *Consumo de Bebida Alcoólicas em rituais/praxes académicas*, tese de doutoramento não publicada, instituto de ciências biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.

Caspersen, C. ; Pereira, M e Curran, K. (2000). *Changes in physical activity patterns in the united stats, by sex and cross – sectionome age*. In *Medicine & Science in sport & exercice*.

Cazenave, S. O. (2001). *Toxicologia geral das substancias psicoativas de abuso*. In S. D. Seibal & A. Toscano (eds.), *Dependência de Droags* (pp.35 – 46). São Paulo: Atheneu.

Chevallier, L. (2003). *Comer bem para recuperar a saúde e conservar-la*. Editora Bodywell S.A., Estoril.

Chiang – Salgado at al. (1999) *Factores de Riesgo cardiovascular en estudiantes universitarios chilenos*. Salud publica Mexico

Climaco, M. & Ramos, L. (2003) *Álcool, Tabaco e Jogo: do lazer aos consumos de risco*. Coimbra, Editora Quarteto.

. Cipe (2005). *Classificação internacional Para Pratica de enfermagem CIPE/ICNP*. Versão 1.0. Lisboa: Associação Portuguesa dos Enfermeiros.

Custodio, S.(2010). *Stress, suporte social, optimismo e saúde em estudantes de enfermagem no ensino clínico*. [Em linha]. Disponível em <https://dl-web.dropbox.com/get/Projecto%20de%20Gradua%C3%A7%C3%A3o/pesquisas/doc16Str>

essSuportSocialOptimismoeSa%C3%BAdeemEstudantesdeEnfermagememEnsinoCl%C3 %ADnico.pdf?w=3615391b [Consultado em 07/07/2012].

Dantzberg, B. (2006). *O pequeno livro para deixar de fumar*. Porto, campo das letras – editores.

Direcção Geral da Saúde (2005). *Programa nacional de saúde escolar*. Lisboa

Direcção Geral da Saúde (2006). *Princípios para uma alimentação saudável*. Lisboa

Fonte, C. (2006). *Comportamento aditivos: Conceito de Droga, classificação de droga e tipos de consumo*. Revista da faculdade de ciências da saúde, Universidade Fernando Pessoa. 3, 104 – 112.

Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação – da concepção à realização*. Lusociência.

Fortin, M. F. (2003). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*, 3a ed. Lusociência.

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

Fortin, M. e Coutu-Wakulczyk, B. G. (1999). *Noções de ética em investigação* in M. Fortin. *O Processo de Investigação – Da concepção à realização* (pp. 113- 127). Loures: Lusociência.

Gameiro, A. (1998). *Hábitos de consumo de bebidas alcoólicas em Portugal*, S.I.: editorial Hospitalidade.

George, F. Programa tipo de actuação em cessação tabagica. Circular normativa nº26/DSPPS. (2007). [Em Linha] Disponível em http://www.coppt.pt/docs/200712_circular_normativa_cessacao_tabagica.pdf. [consultado em 05/06/2012].

Hapetian, I. (1997). *Famílias. Entender a toxicodependência* São Paulo: verbo

Loireiro, E. (2006). *Estudo da relação entre o stress e os estilos de vida nos estudantes de Medicina*. Tese de Mestrado – Universidade do minho

Machado, A., Nicolau, R e Dias, C. (2009). *Consumo de tabaco na população portuguesa retratado pelo INS(2005/2006)*. Revista Portuguesa de Pneumologia, 15(6), pp. 1005 – 1027.

Marques, A. Et al. (2005). *Saúde, Desporto e Enfermagem*. Coimbra.

Martinet, Y. e Bohadana, A. (2003). *Afecções associadas ao consumo de tabaco*. In: Martinet, Y. E Bohadana, A. (ed.) *O tabagismo: da prevenção à abstinência*. Lisboa, climepsi, pp. 109 – 118.

Martins A.; Aguiar A. H., (2005). *Emagreça! Perca gordura e ganhe saúde*. Lisboa editorial Presença.

Matos, M.; Simões, C.; Canha, L; Fonseca, S.(2000), *saúde e estilo de vida nos jovens portugueses*. Estudo nacional da rede europeia HBSC/OMS (1996). Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa (ed.) Lisboa.

Matos, M. e equipa do projecto Aventura Social e Saúde (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (4 anos depois)* – estudo nacional da rede europeia HBSC/OMS (2002) Faculdade de Motricidade humana – Universidade técnica de Lisboa (ed.) Lisboa.

Mello, M. et al (2001) *álcool e Problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa, Direcção geral da Saúde.

Moreira, P.(2005). *Obesidade – muito peso e varias medidas*, Lisboa, edições Âmbar.

Neto, F. Y Barros, J. (2000), *Psychosocial conconitans of lonelinens among the students of Cabo Verde and Portugal*. Journal of Psychology 134, 503 – 514.

Nunes, Laura M. Jolluskin, Gloria (2007). *Drogas e comportamentos de adição um manual para estudantes e profissionais de saúde*. Porto. Edições Universitárias Fernando Pessoa. Capítulo IX Alcoolismo.

Nutbem,D.,(1998) Health Promotion,1, 113 – 127.

Peres, E. (1980). *Alimentação saudável*. 2º edição Lisboa, Editorial Caminho

Pinto, A., Silva, A. (2005). *Stress e bem estar: modelos e domínios de aplicação*. Lisboa, climepsi editores.

Rocha, E., Iglesias,P.,Baptista,T. Cabrita,J.(2001). Auto-avaliação do estado de saúde e comportamentos de risco na população estudantil da Universidade de Lisboa. Revista de Epidemiologia Resumos vol 15(2), 19. Arquivos de medicina.

Rodrigo, M. (1995). *Estrés de los profesionales de enfermeria: sobre qué o quién repercute?*, revista de enfermeria, (nº201/ Maio), p.46.

Rodrigues, L. (2001). *Psicologia 12º ano*. Lisboa, Plátano editora.

Rodriguez-Añez e tal.,(2008). *Versão Brasileira do questionário “Estilo de Vida Fantástico”:* Tradução e validação para jovens adultos. www.scielo.br/pdf/abc/v91n2/v91n2a06.pdf [consultado em :3/03/2012]

Saldanha, H. (1999). *Nutrição clínica*. Lisboa, Lidel.

Santos, L.(2000). Vivências académicas e rendimento escolar: estudo com alunos universitários do 1º ano. Tese de Mestrado. Instituto de educação e Psicologia – Universidade do Minho.

Schuckit, M. A. (1998) *Abuso de álcool e drogas*. (J. N. Almeida, trad.). Lisboa: climepsi editores.

Seibal, S.D. & Toscano, A. (2001) *Conceitos básicos e classificação geral das substancias psicoativas*. In. S. D. Seibal & Toscano (eds.), *Dependência de drogas* (pp.1 -6). São Paulo Athenen.

Silva, R. P. (2004). *Prevenção das toxicodependências – porque eu?* *Análise psicológica*, 1, (22), 269 – 271.

Stora, Jean Benjamin – *O Stress*. Porto: Rés – editora 1990

Vieira, Marlene B., Macedo, Daniela M. A., Santos, Íris G. S., e Marcelino – Jr, Cristiano de A. C. (2009) *a influencia do etanol na abordagem da função Álcool*.

Viña, C. M. y Herrero, M. (2004). *El consumo de substancias psicoativas en estudiantes de psicologia de la universidad Laguna*. *International journal of clinical and Health psychology*, 4, 521 – 536.

Who (1986). *Young People's Health – A challenge for Society: Reporto f a who study group on young People and “ Health for all by the year 2000”*. Geneva: World Health organization.

ANEXOS

