

22/07/11

Ana Catarina Lamas Correia de Sá

Leitura Interna

Biblioteca UFP

Ensinamos Saúde?

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2010

Ana Catarina Lamas Correia de Sá

Leitura Interna

Biblioteca UFP

Ensinamos Saúde?

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2010

Ana Catarina Lamas Correia de Sá

Leitura Interna

Biblioteca UFP

Ensinamos Saúde?

Monografia apresentada à Universidade
Fernando Pessoa como parte dos
requisitos para obtenção do grau de
licenciado em Ciências Farmacêuticas

Ana Catarina Lamas Correia de Sá

Resumo

A saúde é um tema que a todos diz respeito sobretudo aos profissionais da área. Ensinar saúde passa não só pela transmissão de conhecimentos como também por inculcar a necessidade de adoptar comportamentos preventivos e saudáveis para com a saúde de cada um.

A monografia aqui apresentada está dividida em duas partes, uma de revisão bibliográfica e outra de investigação científica. Os dados recolhidos têm por objectivo concluir acerca da mudança de atitude em relação aos comportamentos para com a saúde de alunos a frequentar um curso na área das ciências da saúde.

Utilizou-se uma amostra de 147 alunos distribuídos pelo 1º (n=86) e 5º (n=61) anos de escolaridade do curso de Ciências Farmacêuticas da Universidade Fernando Pessoa. A recolha de dados foi realizada através de um questionário aplicado a cada um dos referidos anos lectivos. A análise estatística foi realizada utilizando os testes de Qui-quadrado (com correcção de Yates) e a Prova Exacta de Fisher, considerando-se diferenças significativas para valores de $p < 0,05$.

O estudo encontrou diferenças significativas entre os dois grupos estudados nomeadamente no que se refere ao IMC, ao consumo tabágico, à frequência da automedicação e a alguns alimentos e bebidas ingeridos.

A realização deste estudo contribuiu para um maior conhecimento em relação às diferenças, expectáveis ou não, entre a percepção de saúde no início de um percurso académico e no fim do mesmo.

Abstract

Health is an issue that concerns everyone especially the professionals. Teaching health depends not only on knowledge transmission but also for instilling the need to adopt preventive and healthy behaviors for the health of each.

The monography presented here is divided in two parts, a literature review and another of scientific research. The data collected here aim to conclude about the change of attitude in health behaviors of students attending a course in the area of health sciences. We used a sample of 147 students, distributed by the 1st (n = 86) and 5th (n = 61) years of schooling of the degree of Pharmaceutical Sciences in the Universidade Fernando Pessoa. Data collection was conducted through a survey applied to each of those school years. Statistical analysis was performed using the chi-square (with Yates correction) and Fisher's exact test, considering significant differences for p values <0.05.

The study found significant differences between the two groups in particular with regard to BMI, smoking consumption, frequency of self-medication and some foods and beverages ingested.

This study has contributed to increased knowledge on the differences, expected or otherwise, between the perception of health at the beginning of an academic path and at the end of it.

Dedicatória

Ao meu marido Tiago e à minha filha Matilde

Agradecimentos

À minha orientadora, Dra. Cláudia Silva, o meu muito obrigada pela disponibilidade prestada e pelo tempo dispendido.

À Universidade Fernando Pessoa por permitir a realização deste estudo.

A todos aqueles que se disponibilizaram a participar neste estudo.

Aos meus colegas e amigos pela atitude positiva que sempre tiveram e pelo modo como me receberam e ajudaram nesta caminhada.

Aos meus pais, por acreditarem nesta loucura de uma segunda licenciatura e pela ajuda financeira que me deram sem a qual tudo isto não teria sido possível.

Ao meu marido, pelo carinho e compreensão sempre demonstrados e pelos conselhos úteis prestados.

À minha filha simplesmente por existir.

Índice

I. Enquadramento Teórico	1
1. Introdução	1
2. Inquérito Nacional de Saúde.....	3
3. Percepção de Saúde	3
4. Ensinamos Saúde? - Temas abordados neste estudo	5
4.1. Obesidade	5
4.2. Doenças crónicas	6
4.3. Saúde Oral	7
4.4. Automedicação	8
4.5. Consumo de Tabaco	10
4.6. Consumo de Alimentos e Bebidas.....	12
4.7. Actividade Física	16
II. Metodologia	18
1. Participantes e Métodos.....	18
1.1. População alvo.....	18
1.2. População e amostra	18
1.3. Ética	19
1.4. Recolha de Informação	19
2. Análise estatística dos dados	20
III. Resultados.....	21
1. Caracterização demográfica	21
2. Informações gerais de saúde.....	22
3. Doenças crónicas	24
4. Cuidados médicos.....	27
5. Saúde oral	29
6. Automedicação	31
7. Consumo de tabaco.....	32
8. Consumo de alimentos e bebidas	35

9. Actividade física	44
IV. Discussão.....	46
IV. Conclusão	56
BIBLIOGRAFIA.....	57
ANEXOS	63
Anexo I - Questionário	63

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Classificação dos adultos em função do IMC (adaptado de OMS, 1998).....	5
Tabela 2 - Consumo humano bruto aparente, em kg, <i>per capita</i> (disponível para consumo humano), 2007.	14
Tabela 3 - População inquirida por ano de escolaridade e idade.....	21
Tabela 4 - Idade média da população inquirida por ano de escolaridade.....	21
Tabela 5 - População inquirida por género e ano de escolaridade.	22
Tabela 6 – População inquirida por apreciação do seu próprio estado de saúde, sexo e ano de escolaridade.	22
Tabela 7 – População inquirida por índice de massa corporal, sexo e ano de escolaridade.....	23
Tabela 8 - Índice de massa corporal médio por sexo e ano de escolar idade.	23
Tabela 9 – População inquirida que sofre de Diabetes por ano de escolaridade.....	24
Tabela 10 – População inquirida que realizou algum rastreio à Diabetes no ano que antecedeu a realização do inquérito por ano de escolaridade.....	24
Tabela 11 – População inquirida que sofreu de asma ou de bronquite asmática no ano que antecedeu a realização do inquérito por ano de escolaridade.	25
Tabela 12 – População inquirida que teve alguma alergia no ano que antecedeu a realização do inquérito por ano de escolaridade.....	25
Tabela 13 – População inquirida que declarou sofrer de tensão arterial elevada por ano de escolaridade.	25
Tabela 14 – População inquirida que afirmou ter por hábito medir a sua tensão arterial por ano de escolaridade.	26
Tabela 15 - Frequência da medição da tensão arterial da população inquirida por ano de escolaridade.	26

Tabela 16 – População inquirida por consultas médicas no ano que antecedeu a realização do inquérito por ano de escolaridade.....	27
Tabela 17 - Número médio de consultas no ano que antecedeu a realização do inquérito por ano de escolar idade.....	27
Tabela 18 – População inquirida por consultas para check up no ano que antecedeu a realização do inquérito por ano de escolaridade.....	28
Tabela 19 - Número médio de consultas de check up no ano que antecedeu a realização do inquérito por ano de escolaridade.....	28
Tabela 20 – População inquirida por realização de exames de rotina no ano que antecedeu a realização do inquérito por ano de escolaridade.....	29
Tabela 21 - Número médio de exames de rotina nos dois anos que antecederam a realização do inquérito por ano de escolaridade.....	29
Tabela 22 - Frequência da lavagem dos dentes por ano de escolaridade.	30
Tabela 23 – População inquirida por consulta ou não de um estomatologista, dentista ou técnico de saúde dentária durante o ano que antecedeu à realização do inquérito por ano de escolaridade.	30
Tabela 24 - Frequência da consulta a um estomatologista, dentista ou técnico de saúde dentária durante o ano que antecedeu à realização do inquérito por ano de escolaridade.	31
Tabela 25 – População inquirida por hábito de automedicação e ano de escolaridade.....	31
Tabela 26 – População inquirida por regularidade da automedicação e ano de escolaridade..	32
Tabela 27 – População inquirida que se automedica em simultâneo com medicação prescrita por ano de escolaridade.	32
Tabela 28 - População inquirida que fuma por ano de escolaridade.....	33
Tabela 29 - População inquirida por ano em que começou a fumar e ano de escolaridade.....	33
Tabela 30 - Média da idade de início do acto de fumar por ano de escolaridade.....	33

Tabela 31 – População inquirida por número de cigarros fumados em média por dia por ano de escolaridade.	34
Tabela 32 - Média do nº de cigarros fumados por dia por ano de escolaridade.	34
Tabela 33 - População inquirida por hábitos tabágicos 12 meses antes da data da realização do inquérito.	35
Tabela 34 - População inquirida por número de refeições diárias e ano de escolaridade.	35
Tabela 35 – Média de refeições diárias da população inquirida por ano de escolaridade.	35
Tabela 36 - População inquirida por ingestão de sopa nas 24 horas que antecederam a realização do inquérito e ano de escolaridade.	36
Tabela 37 - População inquirida por ingestão de peixe nas 24 horas que antecederam a realização do inquérito e ano de escolaridade.	36
Tabela 38 - População inquirida por ingestão de carne nas 24 horas que antecederam a realização do inquérito e ano de escolaridade.	37
Tabela 39 - População inquirida por ingestão de batatas/arroz/massa? nas 24 horas que antecederam a realização do inquérito e ano de escolaridade.	37
Tabela 40 - População inquirida por ingestão de legumes e hortaliça nas 24 horas que antecederam a realização do inquérito e ano de escolaridade.	37
Tabela 41 - População inquirida por ingestão de fruta nas 24 horas que antecederam a realização do inquérito e ano de escolaridade.	38
Tabela 42 - População inquirida por ingestão de pão nas 24 horas que antecederam a realização do inquérito e ano de escolaridade.	38
Tabela 43 - População inquirida por ingestão de outros alimentos nas 24 horas que antecederam a realização do inquérito e ano de escolaridade.	39
Tabela 44 - Quadro resumo da ingestão dos diferentes alimentos estudados pela população inquirida, nas 24 horas que antecederam a realização deste inquérito, por ano de escolaridade.	39

Tabela 45 - População inquirida por ingestão de vinho nos 12 meses que antecederam a realização do inquérito e ano de escolaridade.	40
Tabela 46 - População inquirida por ingestão de cerveja nos 12 meses que antecederam a realização do inquérito e ano de escolaridade.	40
Tabela 47 - População inquirida por ingestão de bagaço/aguardente/brandy nos 12 meses que antecederam a realização do inquérito e ano de escolaridade.	40
Tabela 48 - População inquirida por ingestão de vinho do porto/martini/licores nos 12 meses que antecederam a realização do inquérito e ano de escolaridade.	41
Tabela 49 - População inquirida por ingestão de whisky/gin nos 12 meses que antecederam a realização do inquérito e ano de escolaridade.	41
Tabela 50 - Quadro resumo da ingestão das diferentes bebidas estudadas pela população inquirida, nos 12 meses que antecederam a realização deste inquérito, por ano de escolaridade.	42
Tabela 51 - População inquirida por quantidade de bebidas ingeridas nos 12 meses que antecederam a realização do inquérito e ano de escolaridade.	42
Tabela 52 - População inquirida por número de dias em que bebeu leite na semana que antecedeu a realização do inquérito e ano de escolaridade.	43
Tabela 53 – Número médio de dias em que a população inquirida bebeu leite na semana que antecedeu à realização do inquérito por ano de escolaridade.	43
Tabela 54 - População inquirida por número de copos de leite ingeridos em média por dia, na semana que antecedeu a realização do inquérito e por ano de escolaridade.	44
Tabela 55 - Número médio de copos de leite ingeridos por dia pela população inquirida durante a semana que antecedeu à realização do inquérito por ano de escolaridade.	44
Tabela 56 - População inquirida por prática de actividade física regular e ano de escolaridade.	45

Tabela 57 - População inquirida por prática de actividade física regular e ano de escolaridade.	45
Tabela 58 - População inquirida por número médio de dias que praticou actividade física numa semana e por ano de escolaridade.....	45

Índice de Figuras

Figura 1 - A Nova Roda dos Alimentos (45).....	13
--	----

Abreviaturas e Siglas

INS – Inquérito Nacional de Saúde

UFP – Universidade Fernando Pessoa

DGS – Direcção-Geral de Saúde

AVPP - Anos de Vida Potencial Perdidos

OMS – Organização Mundial de Saúde

IMC – Índice de Massa Corporal

PNPSO - Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

CPOD - número de dentes cariados, perdidos e obturados por criança

MSRM – Medicamentos sujeitos a receita médica

MNSRM – Medicamentos não sujeitos a receita médica

ACFT - Ar contaminado pelo fumo do tabaco

p.p. – pontos percentuais

FCNAUP – Faculdade de Ciências da Nutrição da Universidade do Porto

INE - Instituto Nacional de Estatística

CDC - Centro Nacional Americano para a Prevenção de Doenças Crónicas e para a Promoção da Saúde

CF – Ciências Farmacêuticas

m – média

dp – desvio padrão

I. Enquadramento Teórico

1. Introdução

Ensinar saúde pode ser algo muito complexo. Em qualquer ciência, nada é estático e, o que é certeza hoje, amanhã não passa de algo completamente erróneo. Avaliar a forma pela qual os alunos apreendem conceitos que lhes são transmitidos ao longo de uma licenciatura na área das ciências da saúde não passa só pela avaliação teórica/prática dos ensinamentos prestados mas vai para além disso. Uma das formas de ficar a sabê-lo é tendo a percepção de como estes avaliam e tratam a sua própria saúde.

Acerca deste assunto, o Magnífico Reitor da UFP, Professor Doutor Salvato Trigo escreveu “Sendo a Saúde uma área de intervenção prioritária, é essencial que se aumente a qualidade e a quantidade quer dos recursos humanos, quer dos recursos naturais em infra-estruturas e novas unidades, quer de recursos institucionais e organizativos com a criação de mecanismos de funcionamento integrado e coordenado dos espaços de prestação de cuidados de saúde, quer ainda da investigação, especialmente a baseada no cadastramento efectivo de epidemiologias, de modo a tentar-se a sua neutralização...”.

Se por um lado esta faculdade prepara alunos para cumprirem estes requisitos no mundo do trabalho por outro, como foi anteriormente citado, urge conhecer quais os cuidados de saúde incutidos nestes futuros profissionais a si próprios. Assim, com base no 4º Inquérito Nacional de Saúde (INS) foi elaborado um novo inquérito onde se dá relevância a algumas das questões mais importantes relacionadas com a faixa etária, grupo sócio-económico e social de onde estes estudantes são oriundos. Os conhecimentos adquiridos ao longo do seu percurso universitário serão assim as variáveis que influenciarão a sua percepção de saúde.

É a primeira vez que se procura aplicar na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa um inquérito de saúde que permita caracterizar os níveis de saúde da população estudantil antes e depois da aquisição dos conhecimentos que o seu curso na área da saúde lhe conferiu, esperando-se que o projecto possa contribuir para o desenvolvimento de metodologias de ensino de saúde e estratégias direccionadas para o ensino dos estudantes. O conhecimento dos parâmetros em estudo poderá ainda concluir acerca do estado de saúde dos alunos dos cursos de Ciências da Saúde podendo ser assim um objecto de trabalho no

sentido de transmitir-lhe informação nas áreas onde se verifique maior necessidade. No futuro poderá ser também interessante a repetição do referido inquérito de forma a comparar resultados e a avaliar como a percepção de saúde, sobretudo no início da actividade académica tem evoluído.

Este inquérito sobre a saúde tem assim como principal objectivo a caracterização da população estudantil, mais especificamente dos alunos da licenciatura de Ciências Farmacêuticas da Universidade Fernando Pessoa, face à saúde. Para esse fim recolheu-se informação sobre algumas características, tais como: a auto-apreciação do estado de saúde, as doenças crónicas, os cuidados de saúde, o consumo de medicamentos, a saúde oral, o consumo de tabaco, o consumo de alimentos e bebidas, e a actividade física. Deste modo, através da realização de inquéritos e recorrendo a programas de análise estatística pretende-se avaliar de que forma a percepção de saúde foi influenciada pelos conhecimentos adquiridos ao longo de um curso da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa.

O inquérito foi efectuado num curto espaço de tempo – 3 dias – durante o mês de Maio de 2009. A aplicação do inquérito foi realizada durante as aulas das disciplinas de Higiene Social e Saúde Pública (1º ano) e de Micologia (5º ano), tendo sido garantidas as condições de anonimato. Foram abordadas 86 pessoas a frequentar a disciplina de Higiene Social e Saúde Pública do 1º ano do curso de Ciências Farmacêuticas das quais 86 pessoas responderam ao inquérito (100%) e 61 pessoas a frequentar a disciplina de Micologia do 5º ano do mesmo curso das quais 61 pessoas responderam ao inquérito (100%).

A primeira parte deste trabalho servirá assim para a integração contextual de cada um dos temas abordados no inquérito, à qual se segue uma descrição da metodologia adoptada. Numa segunda fase procede-se à discussão dos dados obtidos e comparação com os resultados apurados no 4º INS.

Os resultados obtidos poderão levar à conclusão de como o ensino se adequa à prática e poderão permitir identificar possíveis áreas onde será possível introduzir melhorias no sistema de ensino por forma a que os alunos possam melhor interiorizar os conhecimentos adquiridos.

2. Inquérito Nacional de Saúde

O Inquérito Nacional de Saúde é um instrumento de medida e de observação em saúde, que recolhe dados de base populacional, gera estimativas sobre alguns estados de saúde e de doença da população portuguesa, bem como as respectivas determinantes e estuda a sua evolução ao longo do tempo.

O INS foi planeado e testado pela primeira vez entre 1980 e 1982. Após inquéritos de âmbito regional, conduzidos entre 1983 e 1985, realizou-se em 1987 o primeiro INS, cobrindo o Continente português. De referir que o National Center for Health Statistics dos Estados Unidos da América participou em todas as fases do trabalho, incluindo a avaliação final.

Até à data foram já realizados quatro INS (1987, 1995/1996, 1998/1999 e 2005/2006) utilizando amostras probabilísticas representativas da população de Portugal Continental (1º, 2º e 3º INS) e também das Regiões Autónomas dos Açores e Madeira (4º INS).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística, do 4º INS foi possível concluir-se que cerca de 60% dos homens (59,3%) e 50% das mulheres (47,4%) considerou o seu estado de saúde como Muito Bom ou Bom. O excesso de peso afecta 18,6% da população com 18 ou mais anos e a obesidade 16,5%. Das doenças crónicas observadas, a tensão arterial alta foi a que apresentou a maior frequência (20,0% da população). Cerca de 40% da população (40,3%) referiu ter consultado um estomatologista, dentista, higienista ou outro técnico de saúde oral nos 12 meses anteriores à entrevista. Do 3º INS para o 4º INS verificou-se um decréscimo do consumo de tabaco nos homens (de 32,0% para 28,7%) e um aumento nas mulheres (de 10,1% para 11,2%). A proporção de indivíduos que consome bebidas alcoólicas também aumentou passando de 50,4% no 3º INS para 53,8% no 4º INS.

3. Percepção de Saúde

Segundo a Direcção-Geral de Saúde (DGS), o potencial de saúde pode considerar-se como a possibilidade para uma maior ausência de doença, para um maior bem-estar e para uma maior capacidade funcional. Se por um lado “as doenças do aparelho circulatório, nomeadamente as doenças cerebrovasculares e a doença isquémica cardíaca, encontram-se entre as principais

causas de morbilidade, invalidez e mortalidade em Portugal, sendo a terceira e a quarta causas de Anos de Vida Potencial Perdidos (AVPP), respectivamente”, por outro, “a elevada prevalência dos factores de risco associados às doenças do aparelho circulatório, nomeadamente o tabagismo, a hipertensão arterial, a hipercolesterolemia e o sedentarismo, obriga a que seja dada uma especial atenção à sua prevenção, bem como à adopção de medidas integradas e complementares, que potenciem a redução do risco de contrair aquelas doenças e a concretização do seu rápido e adequado tratamento”. Neste contexto importa pois saber qual a percepção do estado de saúde que cada um tem de si próprio sendo este o indicador recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para a avaliação do estado de saúde das populações.

Segundo Albuquerque (2006, p. 661), uma das principais funções dos profissionais de saúde é ajudar a promover nas pessoas comportamentos saudáveis. Mas até que ponto é possível sermos creíveis nas afirmações que fazemos se, na realidade, tivermos um comportamento em oposição àquilo que afirmamos. Será que sentimos na realidade o que dizemos ou repetimos de uma forma sistemática meras ideias teóricas que nos foram inculcadas?

Avaliar a forma como encaramos a nossa saúde passa muito por avaliar os comportamentos que temos em sua salvaguarda. Assim, características como o Índice de Massa Corporal (IMC), as doenças crónicas instaladas, o recurso a cuidados médicos, o cuidado com a saúde oral, o recurso à automedicação, o consumo de tabaco, o tipo de alimentos e bebidas que ingerimos e a prática de actividade física são fundamentais para uma análise profunda da percepção do estado de saúde de um indivíduo.

No 4º INS, os resultados mostram que 53,2% da população residente no Continente considerou o seu estado de saúde como Muito Bom ou Bom, 32,8% como Razoável e 14,1% como Mau ou Muito mau, já a maior parte da população jovem, com idade inferior a 34 anos, considerou que o seu estado de saúde é Muito Bom ou Bom. Outra das conclusões tiradas neste 4º INS é o facto de cerca de 60% dos Homens (59,3%) considerar o seu estado de saúde como Muito Bom ou Bom enquanto apenas 47,4% das mulheres o faz.

4. Ensinamos Saúde? - Temas abordados neste estudo

4.1. Obesidade

A obesidade, também por muitos chamada a doença do século XXI, é cada vez mais um problema de saúde pública. Se para muitas mulheres uns quilos a mais são uma preocupação constante não por uma questão de saúde mas por uma questão de imagem, muitas outras pessoas há que vêm na manutenção do seu peso uma luta diária na salvaguarda da sua saúde. A dificuldade está muitas vezes na manutenção de estilos de vida saudáveis que combinem a prática de exercício físico regular com uma alimentação equilibrada.

Segundo Carmo *et al.* (2009, p. 2), o grande problema da obesidade é o facto de estar associada a maior risco de doenças e de mortalidade precoce.

De facto, as consequências da obesidade para a saúde são numerosas e variadas, e, como já foi referido, vão desde um risco aumentado de morte prematura a diversas doenças não mortais mas debilitantes com efeitos indesejáveis na qualidade de vida do indivíduo (OMS, 1998). Para Cabrera (2001, p. 495), estas alterações podem ser representadas por distúrbios psicológicos, sociais e por um aumento do risco de doenças de grande morbi-mortalidade como Diabetes *Mellitus*, hipertensão arterial, dislipidemias, doenças cardiovasculares e cancro.

O Índice de Massa Corporal (IMC) é a medida mais eficaz, mesmo sendo algo grosseira, para medir a obesidade de uma população. Este índice pode ser utilizado para estimar a prevalência da obesidade numa população. Na Tabela 1 é possível classificar os adultos em função do seu IMC (OMS, 1998).

Segundo dados do 4º INS, o excesso de peso afecta 18,6% da população com 18 ou mais anos e a obesidade 16,5%.

Tabela 1 - Classificação dos adultos em função do IMC (adaptado de OMS, 1998)

Classificação	IMC	Risco de morbilidade associada
Peso baixo	<18,50	Baixo (mais risco aumentado de outros problemas clínicos)
Peso normal	18,50–24,99	Médio
Excesso de peso:	≥25,00	
Pré-obesidade	25,00–29,99	Aumentado
Obesidade, classe I	30,00–34,99	Moderado
Obesidade, classe II	35,00–39,99	Importante
Obesidade, classe III	≥40,00	Muito importante

4.2. Doenças crónicas

Segundo a OMS (2010), doenças crónicas são doenças de longa duração e, geralmente, de evolução lenta. As doenças crónicas como as doenças do coração, cancro, doenças respiratórias e a diabetes são, de longe, a principal causa de morte em todo o mundo.

Muitas das doenças crónicas interferem na qualidade de vida das pessoas, no entanto, as suas características individuais, tanto ao nível físico como emocional, e os diferentes estilos de vida fazem com que o impacto proporcionado pelas doenças seja diverso e muitas vezes não se correlacione com a gravidade ou prognóstico da doença propriamente dita, assumindo-se assim, que o estado de saúde pode influenciar a qualidade de vida do indivíduo sem contudo a determinar (Fernandes *cit. in* Amorim 1999, p.19).

No 4º INS foi possível verificar que a doença crónica mais prevalente em jovens adultos é a asma (6,3%), já no conto geral, a doença crónica mais prevalente é a tensão arterial alta atingindo 20,0% da população residente no Continente. A tensão arterial alta atinge 1,2% da população com idade compreendida entre 15 e 24 anos residente no Continente.

Outra das doenças crónicas analisadas foi a *Diabetes Mellitus*, não só pela sua importância actual mas também pelo futuro que se prevê para esta doença. Na realidade, estudos indicam (OMS) que a prevalência da Diabetes nos adultos (20-79 anos) será, em todo o mundo, de 6,4% em

2010 e aumentará para os 7.7% em 2030. Entre 2010 e 2030, haverá um aumento de 69% no número de adultos com diabetes nos países em desenvolvimento e de 20% nos países desenvolvidos. Em Portugal, prevê-se que em 2030 cerca de 14,4% da população terá diabetes (Shaw *et al.*, 2009, p. 7).

No 4º INS 6, 5% dos inquiridos refere sofrer ou de já ter sofrido de Diabetes, no entanto, para a faixa etária dos 15 aos 24 anos esse valor fica-se pelos 0,6%.

4.3. Saúde Oral

É indiscutível que o estado de Saúde Oral dos indivíduos produz efeitos significativos na sua qualidade de vida e que alguns aspectos da patologia oral têm repercussões não só físicas como também psíquicas e sociais (Reisine *cit. in* Frias-Bulhosa e Beça, 2006, p. 333).

A saúde oral de uma pessoa pode ter influência no seu crescimento logo numa idade muito jovem. Há estudos que demonstram que uma criança com cárie aos 3 anos de idade tem em média, menos 1kg do que uma criança sem cárie (Acs *cit. in* Frias-Bulhosa e Beça, 2006, p. 333) . Por outro lado, a dor na cavidade oral provoca muitas vezes desordens no sono, diminuição do rendimento no trabalho, faltas escolares e dificuldade na alimentação (Rihs *et al.*, 2008, p.361).

Os problemas associados às doenças orais acabam por, muitas vezes, serem mais significativos nos idosos que apresentam taxas de edentulismo (falta de dentes) que variam entre os 30% e os 70% consoante as comunidades (Frias-Bulhosa e Beça, 2006, p.333), apesar de a tendência geral ser, actualmente, para uma redução do edentulismo (Colussi, 2004, P. 96).

As doenças orais tomam assim cada vez mais importância na sociedade levando mesmo a OMS estabelecer uma meta para 2020 de que pelo menos 80% das crianças com 6 anos estejam livres de cárie e, aos 12 anos, o número de dentes cariados, perdidos e obturados por criança (CPOD) não ultrapasse o valor de 1.5 (Rodrigues *et al.*, 2008, p. 103).

Actualmente, em Portugal, o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), definido pelo Despacho Ministerial n.º153/2005, de 5 de Janeiro está incluído no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 e tem como objectivos a redução da incidência e da prevalência das doenças orais nas crianças e adolescentes, o melhoramento dos conhecimentos e comportamentos sobre saúde oral, e a promoção da equidade na prestação de cuidados de saúde oral às crianças e jovens com necessidades de saúde especiais.

Ainda mais recentemente, a partir de 2008, com o despacho n.º 4324/2008, de 19 de Fevereiro, foi determinado o alargamento do PNPSO a dois outros grupos populacionais considerados de particular vulnerabilidade (grávidas e idosos carenciados) e o desenvolvimento de uma estratégia de intervenção orientada para a prestação de cuidados de saúde oral a um número muito superior de crianças e jovens.

No 4º INS, os resultados mostram que, no Continente, a proporção de indivíduos com 2 e mais anos de idade que já alguma vez na vida consultou estomatologistas, dentistas, higienistas ou outros técnicos de saúde oral foi de 84,2% em 1998/1999 e de 86,3% em 2005/2006. As mulheres utilizaram mais estas consultas tanto em 1998/1999 (86,2% versus 82,0% no homens), como em 2005/2006 (88,8% versus 83,6% nos homens). Verifica-se ainda um acréscimo de 0,5 p.p. na população com 2 a 4 anos de idade que já alguma vez utilizou uma consulta de saúde oral. O mesmo indicador mas referenciado aos 12 meses anteriores à entrevista, aumentou de 32,1% em 1998/1999 para 40,3% em 2005/2006.

4.4. Automedicação

Para se falar em automedicação é necessário, em primeiro lugar definir o seu significado. No entanto múltiplas definições estão disponíveis para esse efeito. Em 1988, a OMS caracteriza a automedicação como o uso de medicamentos sem prescrição médica. Na realidade esta definição acaba por ser muito abrangente uma vez que a indicação de algum medicamento por parte de outro profissional de saúde que não seja da classe médica é entendida como automedicação.

Em 1998, no 4º relatório do Grupo Consultivo da OMS para o papel do Farmacêutico, surge um novo conceito de automedicação como sendo a selecção e uso de medicamentos, incluindo

produtos tradicionais e produtos naturais por indivíduos para tratar doenças ou sintomas identificados por ele próprio.

Este conceito acaba por estar intimamente relacionado com o conceito de uso racional do medicamento que, segundo a mesma organização (2010), requer uma adequação da medicação às necessidades reais do doente em doses que vão de encontro às suas necessidades individuais, durante um período de tempo adequado com o mínimo custo quer para si quer para a comunidade onde se insere.

Factores económicos, políticos e culturais acabam por ser a razão da difusão da automedicação pelo mundo tornando-a num risco de saúde pública (Filho *et al.*, 2002, p. 56). Segundo Vítor (2008, p. 738), “(...)” o uso indevido de substâncias e até mesmo drogas consideradas “banais” pela população, como analgésicos, pode acarretar diversas consequências, como resistência bacteriana, reacções de hipersensibilidade, dependência, sangramento digestivo, sintomas de retirada e ainda aumentar o risco para determinadas neoplasias.

Para Maria (2000, p.12), “a prática da automedicação pode traduzir-se numa redução significativa da carga de trabalho do médico, como consequência de uma menor procura de consultas para resolução de problemas de saúde menores e autolimitados e, simultaneamente, numa redução dos custos com medicamentos”.

Por outro lado, é preciso ainda considerar o facto de a passagem de medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM) a medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) representar para o Estado uma diminuição nas despesas de saúde em virtude da descomplicação dos mesmos.

Importa ainda referir que o Decreto-Lei n.º 176/2006 que regulamenta o Estatuto do Medicamento, estabelece que estão sujeitos a receita médica os medicamentos que preencham uma das seguintes condições: a) possam constituir um risco para a saúde do doente, directa ou indirectamente, mesmo quando usados para o fim a que se destinam, caso sejam utilizados sem vigilância médica; b) possam constituir um risco, directo ou indirecto, para a saúde, quando sejam utilizados com frequência em quantidades consideráveis para fins diferentes daquele a que se destinam; c) contenham substâncias, ou preparações à base dessas substâncias, cuja actividade ou reacções adversas seja indispensável aprofundar; d) destinem-se a ser administrados por via parentérica.

Os medicamentos que aparecem como alvos principais da automedicação destinam-se a combater dores ligeiras e estados febris moderados, à tosse e resfriados, a estados gripais, a certas perturbações digestivas (prisão de ventre, diarreia, ardor no estômago...), às fadigas passageiras (vitaminas e tónicos), às rinites alérgicas sazonais (diagnosticadas pelo médico), às aftas, às hemorróidas, às queimaduras solares, às verrugas, aos problemas cutâneos moderados, entre outros. No entanto, segundo a ANF, há ainda disponível no mercado MNSRM que abrangem uma muito maior lista de situações, definidas no Despacho n.º 17690, de 10 de Agosto de 2007, abarcando os sistemas digestivo, respiratório, cutâneo, nervoso/psique, muscular/ósseo, geral, ocular, ginecológico e vascular.

4.5. Consumo de Tabaco

É inegável que o tabaco é hoje em dia uma das substâncias viciantes mais utilizadas em todo o Mundo. Na realidade, 150 anos após a descoberta de Cristóvão Colombo de umas “folhas estranhas” no Novo Mundo, o tabaco já era usado em todo o globo. A sua disseminação rápida e ampla aceitação tornaram a planta *Nicotina tobacum* num vício e, o que foi variando foi a maneira com este era usado. No século XVIII, o tabaco era usado em rapé, no século XIX foi a época do charuto, o século XX viu a ascensão dos cigarros fabricados e, com isso um número muito maior de fumadores. No início do século XXI cerca de um terço dos adultos em todo o mundo, incluindo um número crescente de mulheres, já usaram tabaco (OMS).

Segundo Fraga *et al.* (2005, p. 208), “o consumo de tabaco é uma das principais causas de morte evitável. Para além do substancial aumento do risco de cancro do pulmão, o tabaco é causa directa ou provável de outros cancros (*e.g.* cavidade oral, laringe, esófago, estômago, rim, bexiga), é causa importante de doença cardiovascular (*e.g.* acidente vascular cerebral, doença vascular periférica, enfarte do miocárdio) e pulmonar (*e.g.* doença pulmonar obstrutiva crónica, enfisema pulmonar, otites)”. Ainda segundo os mesmos autores, o tabaco tem também efeitos nefastos na gravidez, estando associado a situações de aborto espontâneo, gravidez ectópica, morte fetal *in utero*, parto pré-termo ou mesmo baixo peso ao nascimento estimando-se que seja possível reduzir em 10% a mortalidade infantil eliminando o tabagismo materno.

Um cigarro aceso produz dois tipos de fumo: o fumo chamado de corrente principal, que os fumadores inalam e exalam da fumaça do cigarro e o fluxo lateral ou secundário, que vai

directamente para o ar quando o cigarro se consome. O ar contaminado pelo fumo do tabaco (ACFT) é constituído pelo fumo exalado da corrente principal e pelo fumo secundário. O fumo secundário constitui mais de 75% do ACFT e contém níveis mais elevados de componentes prejudiciais do que os fumos da corrente principal. Substâncias químicas tais como acroleína, formaldeído, amónio, monóxido de carbono, cianetos, óxidos de azoto e enxofre estão presentes nestes fumos e podem irritar os olhos e o trato respiratório superior. O fumo do cigarro contém também mais de quarenta produtos químicos carcinogénicos como hidrocarbonetos policíclicos aromáticos, aminas aromáticas, nitroaminas, hidrazina, benzeno, cloreto de vinilo, arsénio, cádmio, crómio ou ainda radionuclídeos como o polónio-210 (Eyben, 2003, p.25).

Desta forma, é facilmente compreensível que os fumadores involuntários se encontram também em risco em relação a muitas das doenças inerentes ao fumo directo. Os malefícios do tabaco trazem consequências nefastas não só para o fumador como também para os não fumadores expostos à poluição tabágica ambiental. Está demonstrada uma associação entre a poluição tabágica ambiental e a patologia cardiovascular e, esta pode também ser uma das causas do baixo peso à nascença ou do síndrome de morte súbita (Fraga *et al.*, 2005, p. 208).

A redução do consumo do tabaco é actualmente uma prioridade. Segundo a OMS (2008), o tabaco mata entre um terço e metade de toda a população que o usa em média 15 anos prematuramente. O uso do tabaco causa 1 em 10 mortes em adultos por ano em todo o mundo o que corresponde a mais do que 5 milhões de pessoas. Em 2030 espera-se que este número atinja os 8 milhões de pessoas.

Segundo o The World Bank (2003), a epidemia afecta cada vez mais os países em desenvolvimento, onde vivem a maioria dos fumadores do mundo (84% ou 1 bilião). Cerca de metade dos homens dos países com baixo rendimento *per capita* fumam diariamente e isso tem vindo a aumentar. A taxa de mulheres fumadoras também está a aumentar rapidamente. Em 2020, os países em desenvolvimento serão responsáveis por 70% de todas as mortes provocadas pelo tabaco. Muitas das mortes e doenças poderiam assim ser evitadas reduzindo a prevalência do tabagismo.

Dos 3º e 4º INS, os resultados mostram que, no Continente, o consumo de tabaco na população com 10 ou mais anos de idade situou-se em 20,6% em 1998/1999 e em 19,6% em 2005/2006. Por outro lado, a população masculina passou de 32,0% em 1998/1999 para 28,7% em 2005/2006 e a população feminina que fuma actualmente passou de 10,1% para 11,2%. Em 2005/2006. A proporção mais elevada de fumadores actuais concentrava-se entre os 35 e 44 anos (32,7%) sendo também de destacar a proporção das idades compreendidas entre 15 e 54 anos que é superior a 23,0%. Nos dois últimos inquéritos realizados, a população masculina registou um aumento de cerca de 5 p.p. na prevalência de ex-fumadores enquanto que nas mulheres foi de 2 p.p.. Constatou-se ainda que a quase totalidade dos fumadores actuais com 10 ou mais anos fuma diariamente (89,3%).

Segundo um estudo de Matos *et al.* (2001, p. 1), o uso do tabaco em jovens portugueses a frequentar os 6º, 8º e 10º anos, são os rapazes e os alunos mais velhos que não só mais frequentemente já experimentaram tabaco, como são mais frequentemente consumidores regulares.

4.6. Consumo de Alimentos e Bebidas

Hoje em dia, é frequente ouvir-se que os hábitos alimentares dos portugueses estão a mudar. De facto, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), o consumo alimentar *per capita* aumentou significativamente, como consequência do desenvolvimento económico e do maior poder de compra das famílias portuguesas.

No entanto, mais recentemente com a recessão global que se tem sentido, tem-se verificado um grande aumento das grandes cadeias de comida rápida, uma vez que cada vez mais as pessoas optam por refeições baratas e rápidas. Esta tendência reacendeu os receios pela saúde já que cada vez mais se evidencia a relação entre a dieta e o cancro, destacando-se o risco de uma alimentação de baixo custo mas rica em sal, açúcar e gorduras. (CBS News, 2009)

Este problema não é só nacional mas abrange vários países. Em Inglaterra, por exemplo, campanhas como o “Ministério da Comida” pretendem levar as pessoas a readquirir hábitos alimentares saudáveis voltando a confeccionar alimentos frescos. Países como a Austrália, as Filipinas, a Tailândia e o Reino Unido aprovaram regulamentações que proíbem anúncios

com informações falsas no que respeita à qualidade nutricional dos alimentos. (Center of Science in the Public Interest)

Uma boa nutrição é vital para uma boa saúde e é absolutamente essencial para o crescimento e desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes. (US Department of Health and Human Services) É por esta razão que é tão importante conhecer aquilo que se come.

Uma alimentação adequada tem em vista a manutenção de um peso saudável e a prevenção de obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2 e osteoporose (Sichieri *et al.*, 2000, p. 227). Uma alimentação menos cuidada poderá fazer baixar a resposta imunitária do nosso organismo e torná-lo mais propenso a infecções (Chandra, 1993, p. 78).

Os alimentos que consumimos têm três funções principais: prover energia, formar e reparar os nossos organismos e proteger-nos contra as doenças. A maioria dos alimentos possui uma mistura de nutrientes. Para nos mantermos saudáveis, devemos consumir uma boa mistura de alimentos todos os dias. (Cárter, 2003)

Uma alimentação adequada obtém-se pelo equilíbrio entre as porções ingeridas de cada grupo de alimentos, tal como sugerido pela Roda dos Alimentos (Sinde) (Figura 1). Segundo a Faculdade de Ciências da Nutrição da Universidade do Porto, a Roda dos Alimentos é uma representação gráfica que ajuda a escolher e a combinar os alimentos que deverão fazer parte da alimentação diária. Ela é constituída por um círculo que se divide em segmentos de diferentes tamanhos que se designam por Grupos e que reúnem alimentos com propriedades nutricionais semelhantes. O número de porções a ingerir de cada um dos grupos depende das necessidades energéticas individuais.

A nova Roda dos Alimentos é composta por sete grupos, com funções e características nutricionais específicas (FCNAUP): cereais e derivados, tubérculos 28%; hortícolas 23%, fruta 20%, lacticínios 18%, carne, pescado e ovos 5%, leguminosas 4%, gorduras e óleos 2%. A água não possui um grupo próprio e está também representada no centro da roda dos alimentos pois faz parte da constituição de quase todos os alimentos. As necessidades de água podem variar entre 1,5 e 3 litros por dia.

Figura 1 - A Nova Roda dos Alimentos (adaptado de FCNAUP [Em Linha]. Disponível em www.fcnaup.pt. Consultado em 28/03/2010).



Segundo o Gabinete de Estatísticas da União Europeia (Eurostat), em 2007 cada português consumiu em média mais 12,0 kg de arroz e 12,1 kg de batatas do que a média da União Europeia. No que se refere à carne, peixe e mariscos verifica-se que em todos os alimentos estudados os portugueses consumiram mais do que a média dos europeus. Já nos lacticínios, observa-se que os portugueses ingerem mais leite do que a média dos europeus em oposição aos derivados do leite. (Tabela 2)

O consumo de álcool pode ter efeitos benéficos ou pode ser prejudicial dependendo na quantidade consumida, da idade e de outras características da pessoa que o consome e das circunstâncias. (US Department of Health and Human Services))

A OMS (2004) estima que há 2 biliões de pessoas, em todo o mundo, que consomem bebidas alcoólicas e 76,3 milhões com problemas de álcool já diagnosticados.

Quando ingerido excessivamente o álcool contribui mais do que qualquer outro factor de risco para a ocorrência de acidentes domésticos, laborais e de condução, violência, abusos e negligência infantil, conflitos familiares, incapacidade prematura e morte. Este facto relaciona-se com o surgimento e/ou desenvolvimento de numerosos problemas ou patologias agudas e crónicas de carácter físico, psicológico e social, constituindo, por isso, um importante problema de saúde pública (Portal da Saúde [Em Linha]).

Tabela 2 - Consumo humano bruto aparente, em kg, *per capita* (disponível para consumo humano), 2007.

	União Europeia	Portugal
Trigo	110,2	109,8
Arroz	5,6	17,6
Batatas	74,7	86,8
Óleos vegetais e gorduras	17,5	21,1
Açúcar	34,8	30,4
Maçãs	17,7	30,0
Laranjas	32,9	23,2
Peras	5,1	10,6
Tomates frescos	15,2	10,6
Tomates processados	17,4	7,9
Carne de vaca	8,8	18,4
Aves	21,8	29,8
Carne de Porco	41,3	44,2
Ovinos e caprinos	3,0	3,1
Peixe e marisco	23,6	55,3
Leite	82,5	91,6
Manteiga	4,2	1,7
Queijo	16,5	9,9
Ovos	13,1	8,5

(adaptado de Eurostat [Em Linha]. Disponível em www.epp.eurostat.ec.europa.eu. Consultado em 28/03/2010).

Se os efeitos supracitados se referem essencialmente a terceiros, outros os há que dizem directamente respeito a quem, de uma forma descontrolada, consome este tipo de bebidas. Assim, além de ser uma droga de dependência, o álcool é causa de 60 tipos diferentes de doenças e problemas, incluindo ferimentos, perturbações mentais e comportamentais, problemas gastrointestinais, cancro, doenças cardiovasculares, perturbações imunológicas, doenças pulmonares, doenças ósseas e musculares, perturbações reprodutivas e danos pré-natais, incluindo um aumento do risco de prematuridade e baixo peso à nascença. Por outro lado, a frequência e o volume de consumos pesados episódicos são de particular importância

pelo aumento do risco de danos e de certas doenças cardiovasculares (doença coronária e acidente vascular cerebral). (European Comission [Em Linha]).

Estudos recentes referem a relação entre um consumo moderado de álcool e algum efeito protector para doenças coronárias com diminuição do risco cardiovascular. Todavia muitos mais estudos terão de ser feitos para os resultados até agora obtidos sejam conclusivos. Segundo Leighton e Urquiaga (2007, p. S35), os estudos até agora realizados levantam 4 questões importantes que devem ser considerados na interpretação dos resultados e estabelecimento de recomendações relacionadas com a saúde: (1) o vinho e a dieta mediterrânea têm um efeito protector sinérgico nos factores de risco cardiovascular; (2) algumas das mudanças dos efeitos protectores observadas após o consumo moderado de vinho ocorrem apenas na presença de dietas ricas em gordura, (3) o vinho ou outras bebidas alcoólicas ingeridos durante as refeições levam a um efeito protector máximo; (4) a limitação do consumo a uma quantidade abaixo de 30 g de álcool por dia para homens e metade dessa quantidade para as mulheres é necessária para evitar mudanças negativas nos factores de risco cardiovascular tais como hipertensão, hipertrigliceridémia e hiperhomocisteinémia.

No 4º INS, os resultados mostram que, no Continente, o consumo de bebidas alcoólicas medido pela ingestão de vinho, cerveja, bagaço/aguardente/brandy, vinho do Porto/martini/licores e whisky/gin/vodka, nos 12 meses anteriores à entrevista aumentou passando de 50,4% em 1998/1999 para 53,8% em 2005/2006. Este aumento foi mais notório no sexo feminino (de 37,3% para 42,3%) do que no masculino (de 64,4% para 66,0%). Evidenciou-se um maior consumo de vinho, passando de 44,1% para 47,5%, sendo que nos homens o aumento foi de 56,8% para 59,1% e nas mulheres de 32,3% para 36,6%. A ingestão de uma bebida alcoólica teve uma maior proporção no grupo etário dos 45 aos 54 anos, com 74,4%. Em 1998/1999 este valor era de 70,2% para o mesmo grupo etário.

4.7. Actividade Física

É do conhecimento geral que a prática de exercício físico faz bem a saúde. De facto, segundo Matsudo *et al.* (2000, p. 73), “(...) as evidências clínicas sugerem que o exercício físico aeróbico moderado realizado pelo menos três vezes por semana por vinte minutos ou mais pode ter um efeito coadjuvante das desordens da ansiedade e do humor”.

Para Fenten (1994, p. 1292) o que importa é que as pessoas de todas as idades, mas especialmente de meia-idade, se dediquem à prática de exercício físico regular de intensidade moderada ou vigorosa e não deixem de o fazer.

Segundo um relatório do Centro Nacional Americano para a Prevenção de Doenças Crónicas e para a Promoção da Saúde (CDC, 1996), a actividade física efectuada de uma forma regular (maioria dos dias da semana) reduz o risco de desenvolver ou mesmo morrer de algumas doenças. Segundo este organismo, a actividade física regular melhora a saúde das seguintes maneiras:

- Reduz o risco de morrer prematuramente;
- Reduz o risco de morrer de doença cardíaca;
- Reduz o risco de desenvolver diabetes;
- Reduz o risco de desenvolver pressão arterial elevada;
- Ajuda a reduzir a pressão arterial em pessoas que já têm pressão arterial elevada;
- Reduz o risco de desenvolver cancro do cólon;
- Reduz os sentimentos de depressão e ansiedade;
- Ajuda a controlar o peso;
- Ajuda a construir e manter os ossos, músculos e articulações saudáveis;
- Ajuda os adultos mais velhos a tornarem-se mais fortes e mais capazes de mover-se sem cair;
- Promove o bem-estar psicológico.

Uma das preocupações actuais prende-se com o aumento do sedentarismo. Segundo a Direcção-Geral de Saúde, no mundo inteiro mais de 60% dos adultos não pratica actividade física suficiente de forma a tirar dela efeitos benéficos para a sua saúde.

No 4ºINS 46,7% das pessoas afirmam praticar actividade física a um nível vigoroso, 22,2% de forma moderada e os restantes 31,1% de uma forma leve.

II. Metodologia

1. Participantes e Métodos

1.1. População alvo

Para dar resposta ao objectivo previamente delineado desenhou-se um estudo descritivo transversal.

1.2. População e amostra

A população abrangida por este inquérito é constituída pelos alunos a frequentar os primeiro e último anos do curso de Ciências Farmacêuticas da Universidade Fernando Pessoa no ano lectivo de 2008/2009, nomeadamente das disciplinas de Higiene e Saúde Pública (1º Ano) e de Micologia (5º Ano).

O questionário foi apresentado no final de um ponto de avaliação, para os dois anos referenciados, de forma a maximizar o número de participantes do mesmo.

Não se verificou nenhuma recusa na participação do questionário.

A dimensão total da amostra foi de 147 alunos, a que correspondente uma distribuição por anos de ensino dividida da seguinte forma:

1º Ano – 86 alunos

5º Ano – 61 alunos.

Dos inquéritos obtidos foi excluído um do 5º Ano em virtude de não ter respondido à pergunta referente ao seu sexo, característica necessária para muitas das análises efectuadas.

1.3. Ética

Todos os alunos convidados a participar neste estudo foram informados da natureza e objectivo do mesmo, tendo tido oportunidade de colocar dúvidas ou questões se assim o entendessem. A confidencialidade do estudo foi garantida, de acordo com a Declaração de Helsínquia. A devida autorização foi requerida tanto à Universidade Fernando Pessoa como aos docentes responsáveis pelas cadeiras em que o inquérito foi distribuído.

1.4. Recolha de Informação

A informação foi recolhida através de um questionário (ANEXO I) adaptado do questionário do 4º Inquérito Nacional de Saúde.

O inquérito aplicado é constituído por 33 perguntas divididas em 9 áreas distintas:

1. Caracterização demográfica
2. Informações gerais de saúde
3. Doenças crónicas
4. Cuidados médicos
5. Saúde oral
6. Automedicação
7. Consumo de tabaco
8. Consumo de alimentos e bebidas
9. Actividade física

O trabalho de campo para recolha dos dados decorreu no mês de Maio de 2009.

No que se refere ao tratamento dos dados recolhidos, foram realizados vários procedimentos no sentido de facilitar a sua análise e clarificar os resultados.

2. Análise estatística dos dados

A análise estatística dos dados foi realizada com recurso ao programa estatístico SPSS Statistics versão 17.0.

Para análise estatística dos resultados utilizou-se um método de análise não paramétrico nomeadamente o teste do qui-quadrado (χ^2). Efectuou-se a distribuição de frequências para as variáveis qualitativas e calculou-se a média e desvio-padrão para as variáveis quantitativas. Os resultados foram expressos em valores percentuais e apresentados através de tabelas.

As variáveis contínuas foram comparadas utilizando o teste de Kruskal-Wallis. As proporções foram comparadas através do teste do qui-quadrado (com correcção de Yates), quando o valor esperado era inferior a vinte e através da Prova Exacta de Fisher quando o mesmo era inferior a cinco.

Considerou-se nesta análise os intervalos de confiança a 95% e um α de 5%.

III. Resultados

1. Caracterização demográfica

A amostra final contou com um número maior de alunos do primeiro ano (86 alunos) do que do quinto (60 alunos), o que seria expectável dado que o número total de alunos a frequentar o 1º ano do curso de Ciências Farmacêuticas (CF) era superior ao número de alunos a frequentar o 5º ano do mesmo curso.

Dos resultados obtidos foi possível concluir que a maioria dos alunos a frequentar o 1º ano do curso de CF têm uma idade compreendida entre os 18 e os 20 anos (80,23%) enquanto para os alunos do 5º ano se verifica uma maior prevalência de idades entre os 23 e os 24 anos (51,67%). De facto 4 anos decorrem entre um grupo e outro, o que justifica esta diferença (Tabela 3).

Tabela 3 - População inquirida por ano de escolaridade e idade.

Idade	1º Ano		5º Ano		Total		p
18-20	69	80,23%			69	47,26%	0,213
21-22	5	5,81%	9	15,00%	14	9,59%	
23-24	6	6,98%	31	51,67%	37	25,34%	
>25	6	6,98%	20	33,33%	26	17,81%	

Da Tabela 4, conclui-se que a média das idades para os alunos do 1º ano é de $19,86 \pm 2,40$ anos enquanto que para os alunos do 5º ano esse valor cifra-se nos $24,45 \pm 3,35$ anos.

Tabela 4 - Idade média da população inquirida por ano de escolaridade.

Ano	Idade (anos) m \pm dp
1º	$19,86 \pm 2,40$
5º	$24,45 \pm 3,35$

O género predominante tanto para os alunos do primeiro ano como para os alunos do 5º ano é o feminino. Ao analisar-se a Tabela 5 conclui-se que a maioria dos elementos da amostra pertence ao sexo feminino 62,79% o que corresponde ao um efectivo de 54 alunos para o 1º ano e 70,00% para o 5º ano o que corresponde ao um efectivo de 42 alunos. Já do sexo masculino foram inquiridos 32 alunos do 1º ano e 18 alunos do 5º ano o que corresponde respectivamente a 37,21% e a 30,00%.

Tabela 5 - População inquirida por género e ano de escolaridade.

Género	1º Ano		5º Ano		Total		p
Feminino	54	62,79%	42	70,00%	96	65,75%	0,366
Masculino	32	37,21%	18	30,00%	50	34,25%	

2. Informações gerais de saúde

É visível através da Tabela 6 que a maioria das pessoas considera o seu estado de saúde de Bom. Na realidade 63,10% dos alunos do 1º ano o que corresponde a 53 alunos e 72,88% dos alunos do 5º ano o que corresponde a 43 alunos avaliam o seu estado de saúde de Bom. Só 1 aluno do 1º ano considera o seu estado de saúde de mau, o que corresponde a 1,89%. Se agruparmos aqueles que consideram o seu estado de saúde de Bom ou Muito Bom chegamos a conclusão que 80,96% dos alunos do 1º ano o faz o que corresponde a 68 alunos e 93,22% dos alunos do 5º ano o que corresponde a 55 alunos consideram o seu estado de saúde bastante satisfatório.

Tabela 6 – População inquirida por apreciação do seu próprio estado de saúde, sexo e ano de escolaridade.

Estado de Saúde?	1º Ano						5º Ano						Total		p
	F	%	M	%	FM	%	F	%	M	%	FM	%		%	
Não responde	1		1		2				1		1		3		0,21
Muito Bom	10	18,87%	5	16,13%	15	17,86%	8	19,05%	4	23,53%	12	20,34%	27	18,88%	
Bom	30	56,60%	23	74,19%	53	63,10%	31	73,81%	12	70,59%	43	72,88%	96	67,13%	
Razoável	12	22,64%	3	9,68%	15	17,86%	3	7,14%	1	5,88%	4	6,78%	19	13,29%	
Mau	1	1,89%			1	1,19%							1	0,70%	
Muito Mau															

Para o índice de massa corporal, verifica-se que a amostra não é aleatória já que se obteve um valor de p inferior a 0,05 (Tabela 7). De facto, como se trata de uma amostra referente a um grupo etário específico, podemos concluir que a idade é um factor que directamente se relaciona com o IMC do indivíduo.

Ao analisar-se a tabela 7 verifica-se uma maior distribuição entre os grupos com IMC<20 e IMC entre 20 e 25 para o sexo feminino tanto para o 1º ano como para o 5º ano. Assim, 50,00% das mulheres (25 alunas) tem um índice de massa corporal entre 20 e 25 e em 48,00% (24 alunas) ele é inferior a 20, para o 1º ano. No 5º ano 58,54% das mulheres (24 alunas) tem um IMC entre 20 e 25 e 24,39% tem um IMC inferior a 20 (10 alunas). Já a maioria dos homens tem um IMC entre os 20 e os 25 também para ambos os anos de escolaridade sendo a sua distribuição de 74,19% (23 alunos) e 77,78% (14 alunos) para o 1º ano e para o 5º ano respectivamente.

Tabela 7 – População inquirida por índice de massa corporal, sexo e ano de escolaridade.

IMC	1º Ano						5º Ano						Total		p
	F	%	M	%	Total	%	F	%	M	%	Total	%	Total	%	
NR	4		1		5		1				1		6		0,04
<20	24	48,00%	3	9,68%	27	33,33%	10	24,39%			10	16,95%	37	26,43%	
20-25	25	50,00%	23	74,19%	48	59,26%	24	58,54%	14	77,78%	38	64,41%	86	61,43%	
>25	1	2,00%	5	16,13%	6	7,41%	7	17,07%	4	22,22%	11	18,64%	17	12,14%	

Em termos médios o IMC obtido para os alunos do 1º ano é um pouco inferior ao dos alunos do 5º ano. Enquanto o primeiro grupo tem um valor médio de $21,37 \pm 2,78 \text{ kg/m}^2$ no segundo grupo esse valor é de $22,72 \pm 2,744 \text{ kg/m}^2$, conforme se observa na Tabela 8.

Tabela 8 - Índice de massa corporal médio por sexo e ano de escolar idade.

Ano	IMC (kg/m ²)	
	m ± dp	
	Feminino	Masculino
1º	20,40 ± 2,03	22,94 ± 3,13
5º	22,24 ± 3,00	23,82 ± 1,64

3. Doenças crónicas

No que se refere à Diabetes é possível concluir que a maioria das pessoas não sofre da doença (93,02% dos alunos do 1º ano e 98,33% dos alunos do 5º ano). De facto atendendo à idade média do grupo inquirido, não seria espectável um grande número de pessoas com a referida doença (Tabela 9).

Outro dos dados a realçar prende-se com o facto de 6,98% dos alunos do 1º ano desconhecerem se sofrem ou não desta doença.

Tabela 9 – População inquirida que sofre de Diabetes por ano de escolaridade.

Diabetes?	1º Ano		5º Ano		Total		p
Sim			1	1,67%	1	0,68%	
Não	80	93,02%	59	98,33%	139	95,21%	0,057
Não Sabe	6	6,98%			6	4,11%	

Quando a pergunta é se no ano que antecedeu a realização do inquérito efectuou algum rastreio da diabetes verifica-se, como se pode analisar na Tabela 10, um maior número de respostas afirmativas para os alunos do 5º ano (41,67%) do que para os alunos do 1º ano (33,72%).

Tabela 10 – População inquirida que realizou algum rastreio à Diabetes no ano que antecedeu a realização do inquérito por ano de escolaridade.

Rastreio Diabetes?	1º Ano		5º Ano		Total		p
Sim	29	33,72%	25	41,67%	54	36,99%	
Não	57	66,28%	35	58,33%	92	63,01%	0,328

À semelhança do que acontece com a Diabetes poucos foram aqueles que afirmaram ter tido asma ou bronquite asmática no ano que antecedeu a realização do inquérito. Assim, 94,19% dos alunos do 1º ano e 96,67% dos alunos do 5º ano afirmam não terem sofrido destas doenças, conforme se pode verificar na Tabela 11.

Tabela 11 – População inquirida que sofreu de asma ou de bronquite asmática no ano que antecedeu a realização do inquérito por ano de escolaridade.

Asma?	1º Ano		5º Ano		Total		p
Sim	5	5,81%	2	3,33%	7	4,79%	0,49
Não	81	94,19%	58	96,67%	139	95,21%	

No que se refere a reacções alérgicas é observável, através da Tabela 12, um maior número de respostas positivas. 37,21% dos alunos do 1º ano e 31,67% dos alunos do 5º ano afirmam ter tido alguma alergia no ano que antecedeu a realização deste inquérito. No entanto, a diferença de valores detectados não é significativa.

Tabela 12 – População inquirida que teve alguma alergia no ano que antecedeu a realização do inquérito por ano de escolaridade.

Alergias?	1º Ano		5º Ano		Total		p
Sim	32	37,21%	19	31,67%	51	34,93%	0,489
Não	54	62,79%	41	68,33%	95	65,07%	

A maioria dos alunos tanto do 1º ano como do 5º ano afirma não sofrer de tensão alta. Da análise da Tabela 13 verifica-se que 96,51% dos alunos do 1º ano e 96,67% dos alunos do 5º ano afirmam não sofrer desta doença. No entanto a diferença entre os dois grupos não é estatisticamente significativa ($p > 0,05$)

Tabela 13 – População inquirida que declarou sofrer de tensão arterial elevada por ano de escolaridade.

Tensão arterial elevada?	1º Ano		5º Ano		Total		P
Sim	3	3,49%	2	3,33%	5	3,42%	0,96
Não	83	96,51%	58	96,67%	141	96,58%	

Quando a pergunta é se tem por hábito medir a tensão arterial verifica-se, como se pode analisar na Tabela 14, um maior número de respostas afirmativas para os alunos do 5º ano

(73,33%) do que para os alunos do 1º ano (61,18%). Na realidade a mesma preocupação já havia sido verificado aquando da pergunta “Fez algum rastreio da Diabetes neste último ano?” onde as respostas obtidas demonstraram também uma maior preocupação na medição desse parâmetro bioquímico dos alunos do 5º ano face aos alunos do 1º ano.

Tabela 14 – População inquirida que afirmou ter por hábito medir a sua tensão arterial por ano de escolaridade.

Medir TA?	1º Ano		5º Ano		Total		p
Não responde	1				1		0,127
Sim	52	61,18%	44	73,33%	96	66,21%	
Não	33	38,82%	16	26,67%	49	33,79%	

Dos alunos que têm por hábito medir a sua tensão arterial, é possível concluir que uma grande parte o faz mensalmente. Ao observar-se a Tabela 15 conclui-se que metade dos alunos do 1º ano que afirma medir com regularidade a sua tensão arterial o faz de uma forma mensal (50,00%) e, para os alunos do 5º ano esse valor situa-se nos 42,86%.

Tabela 15 - Frequência da medição da tensão arterial da população inquirida por ano de escolaridade.

Regularidade da medição da tensão arterial?	1º Ano		5º Ano		Total		p
Não aplicável	32		14		46		0,498
Não responde	2		4		6		
Semanalmente	3	5,77%	2	4,76%	5	5,32%	
Mensalmente	26	50,00%	18	42,86%	44	46,81%	
Uma vez de 3 em 3 meses	15	28,85%	11	26,19%	26	27,66%	
Uma vez de meio em meio ano	5	9,62%	7	16,67%	12	12,77%	
Anualmente	3	5,77%	4	9,52%	7	7,45%	

Se, no entanto, se considerar os alunos que afirmam ter por hábito medir regularmente a sua tensão arterial mensalmente com os que afirmam que o fazem trimestralmente, chega-se à

conclusão que mais de 2/3 dos alunos o fazem, mais especificamente 78,85% dos alunos do 1º ano e 69,05% dos alunos do 5º ano.

4. Cuidados médicos

Os alunos do 1º ano foram em maior número “3 vezes” a uma consulta médica no ano que antecedeu a realização deste inquérito (24,39%). Já para o 5º ano o número de consultas médicas efectuadas no ano que antecedeu a realização do inquérito foi de 2 (36,67%). Em qualquer dos casos verificou-se uma variedade muito grande de respostas.

Tabela 16 – População inquirida por consultas médicas no ano que antecedeu a realização do inquérito por ano de escolaridade.

Consultas médico?	1º Ano		5º Ano		Total		p
Não responde	4				4		0,148
0	8	9,76%	5	8,33%	13	9,15%	
1	12	14,63%	13	21,67%	25	17,61%	
2	17	20,73%	22	36,67%	39	27,46%	
3	20	24,39%	8	13,33%	28	19,72%	
4	10	12,20%	6	10,00%	16	11,27%	
>5	15	18,29%	6	10,00%	21	14,79%	

Em termos médios, cada aluno do 1º ano foi a $3,2 \pm 2,9$ consultas no ano que antecedeu a realização deste inquérito enquanto cada aluno do 5º ano foi a $2,8 \pm 3,2$ consultas (Tabela 17).

Tabela 17 - Número médio de consultas no ano que antecedeu a realização do inquérito por ano de escolar idade.

Ano	Consultas no médico m ± dp
1º	$3,2 \pm 2,9$
5º	$2,8 \pm 3,2$

Quando o objectivo da consulta é para uma verificação de rotina do estado de saúde, constata-se que cerca de metade dos alunos não o fizeram. Assim 50,60% dos alunos do 1º ano e 47,46% dos alunos do 5º ano admitem não ter feito qualquer consulta com esse fim no ano que antecedeu a realização do inquérito. Resultado este que acaba por ser idêntico para os dois anos lectivos (Tabela 18).

Tabela 18 – População inquirida por consultas para check up no ano que antecedeu a realização do inquérito por ano de escolaridade.

Consulta Check Up?	1º Ano		5º Ano		Total		p
Não responde	3		1		4		
0	42	50,60%	28	47,46%	70	49,30%	0,161
1	28	33,73%	28	47,46%	56	39,44%	
2	8	9,64%	2	3,39%	10	7,04%	
≥ 3	5	6,02%	1	1,69%	6	4,23%	

Em termos médios, cada aluno do 1º ano foi a $0,8 \pm 1,1$ consultas de check up no ano que antecedeu a realização deste inquérito enquanto cada aluno do 5º ano foi a $0,6 \pm 0,8$ consultas (Tabela 19).

Tabela 19 - Número médio de consultas de check up no ano que antecedeu a realização do inquérito por ano de escolaridade.

Ano	Consultas Check Up $m \pm dp$
1º	$0,8 \pm 1,1$
5º	$0,6 \pm 0,8$

Quanto aos exames de rotina realizados nos dois anos que antecederam a realização do inquérito é possível concluir que cerca de um terço dos inquiridos não realizou qualquer exame, sendo esse valor maior para o 1º ano, 37,97% dos alunos do 1º ano e 29,31% dos alunos do 5º ano assim o afirmam (Tabela 20).

Tabela 20 – População inquirida por realização de exames de rotina no ano que antecedeu a realização do inquérito por ano de escolaridade.

Exames de rotina?	1º Ano		5º Ano		Total		p
Não responde	7		2		9		
0	30	37,97%	17	29,31%	47	34,31%	0,231
1	26	32,91%	20	34,48%	46	33,58%	
2	16	20,25%	19	32,76%	35	25,55%	
≥ 3	7	8,86%	2	3,45%	9	6,57%	

Em termos médios, cada aluno do 1º ano fez $1,1 \pm 1,4$ exames de rotina nos dois anos que antecederam a realização deste inquérito enquanto cada aluno do 5º ano fez $1,1 \pm 0,9$ exames (Tabela 21).

Tabela 21 - Número médio de exames de rotina nos dois anos que antecederam a realização do inquérito por ano de escolaridade.

Ano	Exames de rotina $m \pm dp$
1º	$1,1 \pm 1,4$
5º	$1,1 \pm 0,9$

5. Saúde oral

Em relação aos hábitos de higiene oral, é possível observar que, para ambos os casos, mais de 90% dos alunos afirmam lavar os dentes duas ou mais do que duas vezes por dia, mais precisamente 95,29% dos alunos do 1º ano e 91,67% dos alunos do 5º ano (Tabela 22).

Tabela 22 - Frequência da lavagem dos dentes por ano de escolaridade.

Lavar os dentes?	1º Ano		5º Ano		Total		p
Não responde	1				1		0,806
Nunca							
Às vezes	1	1,18%	1	1,67%	2	1,38%	
Uma vez ao dia	3	3,53%	4	6,67%	7	4,83%	
Duas vezes ao dia	44	51,76%	28	46,67%	72	49,66%	
Mais do que duas vezes ao dia	37	43,53%	27	45,00%	64	44,14%	

Em termos de consultas a um estomatologista, dentista ou técnico de saúde ora os alunos do 1º ano afirmam, na sua maioria, ter ido a uma consulta no ano que antecedeu a realização do inquérito (77,65%). Para os alunos do 5º ano, esse valor foi de 75,00% o que faz com que, na totalidade dos inquiridos, 76,03% tenha recorrido a uma destas consultas (Tabela 23).

Tabela 23 – População inquirida por consulta ou não de um estomatologista, dentista ou técnico de saúde dentária durante o ano que antecedeu à realização do inquérito por ano de escolaridade.

Dentista?	1º Ano		5º Ano		Total		p
Não responde	1				1		0,711
Sim	66	77,65%	45	75,00%	111	76,03%	
Não	19	22,35%	15	25,00%	34	23,29%	

O número de vezes que a população de cada grupo visitou um técnico de saúde dentária no ano que antecedeu a realização do inquérito foi ligeiramente superior para os alunos do 5º ano embora a diferença seja pouco expressiva já que 39,13% dos alunos do 5º ano afirmam ter tido um número de consultas superior a 3 face a 60,87% dos alunos do 1º ano (Tabela 24).

Tabela 24 - Frequência da consulta a um estomatologista, dentista ou técnico de saúde dentária durante o ano que antecedeu à realização do inquérito por ano de escolaridade.

Consultas dentista?	1º Ano		5º Ano		Total		p
Não aplicável	18		13		31		0,817
Não responde	2		1		3		
1 a 3	44	66,67%	28	60,87%	72	64,29%	
Mais do 3	22	33,33%	18	39,13%	40	35,71%	

6. Automedicação

A automedicação é um hábito que abrange 42,68% dos alunos do 1º ano e 55,93% dos alunos do 5º ano (Tabela 25). O resultado obtido não pode no entanto ser considerado estatisticamente significativo uma vez que o $p > 0,05$.

Tabela 25 – População inquirida por hábito de automedicação e ano de escolaridade.

Automedicação?	1º Ano		5º Ano		Total		p
Não responde	4		1		5		0,12
Sim	35	42,68%	33	55,93%	68	48,23%	
Não	47	57,32%	26	44,07%	73	51,77%	

Dos alunos que se automedicam é possível verificar, com significado estatístico, que os alunos do 5º ano o fazem com uma maior frequência sendo que 63,64% (21 alunos) deles o fazem mais do que três vezes por ano (Tabela 26). Para o 1º ano de escolaridade esse valor fica-se pelos 38,89% (14 alunos).

Tabela 26 – População inquirida por regularidade da automedicação e ano de escolaridade.

Frequência Automedicação	1º Ano		5º Ano		Total		p
Não aplicável	46		25		71		0,048
Não responde	4		2		6		
1 vez ao ano	10	27,78%	3	9,09%	13	18,84%	
2 vezes ao ano	12	33,33%	9	27,27%	21	30,43%	
Mais de 3 vezes ao ano	14	38,89%	21	63,64%	35	50,72%	

Os alunos que se automedicam, de um modo geral fazem-no em alturas em que não estão a fazer mais nenhuma medicação. De facto, só 22,50% dos alunos do 1º ano e 20,59% dos alunos do 5º ano, conforme observável na Tabela 27, afirmam automedicar-se quando estão a fazer simultaneamente medicação prescrita pelo médico. De qualquer forma, a nível estatístico a diferença não é significativa ($p > 0,05$).

Tabela 27 – População inquirida que se automedica em simultâneo com medicação prescrita por ano de escolaridade.

Medicação simultâneo?	1º Ano		5º Ano		Total		p
Não aplicável	42		25		67		0,572
Não responde	4		1		5		
Sim	9	22,50%	7	20,59%	16	21,62%	
Não	31	77,50%	27	79,41%	58	78,38%	

7. Consumo de tabaco

No que se refere aos hábitos tabágicos é possível concluir que são os alunos do 5º ano que, em maior percentagem fumam (38,98%). No entanto, desse grupo há uma maior percentagem daqueles que o fazem de uma forma ocasional do que aqueles que o fazem diariamente (65,21% e 34,79% respectivamente) quando comparados com os alunos do 1º ano que, embora fumem em menor percentagem (31,95%), fazem-no de forma mais regular (76,93% fuma diariamente e os restantes fumadores fazem-no ocasionalmente), conforme se pode verificar na Tabela 28.

Tabela 28 - População inquirida que fuma por ano de escolaridade.

Fuma?	1º Ano		5º Ano		Total		p
Não responde	2		1		3		
Fuma	26	31,95%	23	38,98%	49	71,43%	
Diariamente	20	76,93%	15	65,21%	35	34,27%	0,40
Ocasionalmente	6	23,07%	8	34,79%	14	28,57%	
Não Fuma	58	69,05%	36	61,02%	94	65,73%	

No que respeita à idade de início do acto de fumar, verifica-se que para os alunos do 5º ano esse marco ocorreu sobretudo a partir dos 18 anos de idade. Para os alunos do 1º ano, a idade de início foi mais precoce sendo que 83,5% dos inquiridos começou a fumar antes de ter completado os 18 anos de idade (Tabela 29).

Tabela 29 - População inquirida por ano em que começou a fumar e ano de escolaridade.

Idade que começou a fumar?	1º Ano		5º Ano		Total		p
Não aplicável	58		34		92		
Não responde	4		1		5		
≤ 15	10	41,67%	5	20,00%	15	30,61%	0,083
16-17	10	41,67%	9	36,00%	19	38,78%	
≥ 18	4	16,67%	11	44,00%	15	30,61%	

Em termos médios, os alunos fumadores do 1º ano começaram a fumar com $15,75 \pm 1,92$ anos de idade, já os alunos do 5º ano fizeram-no aos $17,36 \pm 2,46$ anos de idade (Tabela 30).

Tabela 30 - Média da idade de início do acto de fumar por ano de escolaridade.

Ano	Idade de início de fumar m ± dp
1º	$15,75 \pm 1,92$
5º	$17,36 \pm 2,46$

Apesar de se verificar que é o 5º ano que fuma com uma maior regularidade, o número de cigarros fumados em média por dia pelos alunos do 1º ano ultrapassa o valor dos do 5º ano. De facto, se 42,86% dos alunos fumadores do 5º ano fumam até 5 cigarros por dia, 75,00% dos alunos do 1º ano fumam mais do que 6 cigarros em média por dia (Tabela 31).

Tabela 31 – População inquirida por número de cigarros fumados em média por dia por ano de escolaridade.

Nº cigarros	1º Ano		5º Ano		Total		p
Não aplicável	58		36		94		
Não responde	4		3		7		
1-5	6	25,00%	9	42,86%	15	33,33%	0,429
6-10	10	41,67%	6	28,57%	16	35,56%	
>10	4	33,33%	2	28,57%	6	31,11%	

Na tabela 32 é possível confirmar mais uma vez o que foi em cima referido e verificar-se que um aluno fumador regular do 1º ano fuma em média $12,38 \pm 9,71$ cigarros por dia enquanto um aluno fumador regular do 5º ano fuma em média $9,24 \pm 7,46$ cigarros por dia.

Tabela 32 - Média do nº de cigarros fumados por dia por ano de escolaridade.

Ano	N.º cigarros/dia m ± dp
1º	12,38 ± 9,71
5º	9,24 ± 7,46

Da Tabela 33 é possível observar que, os alunos do 1º ano passaram a fumar mais do que no ano anterior enquanto, de um modo geral os hábitos tabágicos dos alunos do 5º ano se mantiveram. De facto, 51,85% dos alunos do 1º ano admitem terem aumentado o consumo de tabaco desde o ano que antecedeu a realização do inquérito enquanto para 61,54% dos alunos do 5º ano o consumo manteve-se o mesmo ($p=0,007$).

Tabela 33 - População inquirida por hábitos tabágicos 12 meses antes da data da realização do inquérito.

Há um ano atrás...	1º Ano		5º Ano		Total		p
Não aplicável	57		33		90		0,007
Não responde	2		1		3		
Não fumava	2	7,41%	1	3,85%	3	5,66%	
Fumava menos	14	51,85%	3	11,54%	17	32,08%	
Fumava o mesmo	6	22,22%	16	61,54%	22	41,51%	
Fumava mais	5	18,52%	6	23,08%	11	20,75%	

8. Consumo de alimentos e bebidas

No que se refere à ingestão diária de refeições observa-se que, em ambos os casos o número de refeições ingeridas pela maioria dos indivíduos questionados é maior ou igual a 4, como se pode observar através da Tabela 34. Em termos médios, os alunos do 1º ano fazem $4,16 \pm 1,07$ refeições por dia enquanto os alunos do 5º ano fazem $4,16 \pm 1,07$ refeições por dia (Tabela 35).

Tabela 34 - População inquirida por número de refeições diárias e ano de escolaridade.

	1º Ano		5º Ano		Total		p
Não responde	6				6		0,427
2	2	2,50%	3	5,00%	5	3,57%	
3	16	20,00%	17	28,33%	33	23,57%	
4	39	48,75%	22	36,67%	61	43,57%	
>4	23	28,75%	18	30,00%	41	29,29%	

Tabela 35 – Média de refeições diárias da população inquirida por ano de escolaridade.

Ano	N.º refeições/dia $m \pm dp$
1º	$4,16 \pm 1,07$
5º	$4,08 \pm 1,17$

Dos alimentos ingeridos nas 24 horas que precederam a realização deste inquérito foi possível averiguar que uma percentagem maior de alunos do 5º ano ingeriu sopa mais precisamente 61,67% contra 55,42% dos alunos do 1º ano, segundo se pode observar na Tabela 36, no entanto a diferença não é estatisticamente significativa.

Tabela 36 - População inquirida por ingestão de sopa nas 24 horas que antecederam a realização do inquérito e ano de escolaridade.

Sopa?	1º Ano		5º Ano		Total		p
Não responde	3				3		
Sim	46	55,42%	37	61,67%	83	58,04%	0,455
Não	37	44,58%	23	38,33%	60	41,96%	

À semelhança com o que acontece com a ingestão de sopa nas 24 horas que antecederam a realização deste inquérito é possível observar-se que foram os alunos do 5º ano que mais ingeriram peixe do que os alunos do 1º ano, concretamente 35,00% dos alunos do 5º ano face a 24,39% dos alunos do 1º ano (Tabela 37).

Tabela 37 - População inquirida por ingestão de peixe nas 24 horas que antecederam a realização do inquérito e ano de escolaridade.

Peixe?	1º Ano		5º Ano		Total		p
Não responde	4				4		
Sim	20	24,39%	21	35,00%	41	28,87%	0,168
Não	62	75,61%	39	65,00%	101	71,13%	

A carne foi, todavia, um alimento mais ingerido por alunos do 1º ano do que por alunos do 5º ano (Tabela 38), com uma percentagem de ingestão de 87,80% para os alunos do 1º ano e 85,21% para os alunos do 5º ano. Mas, também aqui, os valores obtidos não têm significado estatístico ($p > 0,05$).

Tabela 38 - População inquirida por ingestão de carne nas 24 horas que antecederam a realização do inquérito e ano de escolaridade.

Carne?	1º Ano		5º Ano		Total		p
Não responde	4				4		
Sim	72	87,80%	49	81,67%	121	85,21%	0,309
Não	10	12,20%	11	18,33%	20	14,08%	

Nos hidratos de carbono de absorção lenta, pela análise da Tabela 39, verifica-se uma ingestão deste tipo de alimentos em 90,00% dos alunos do 5º ano nomeadamente de batatas, arroz ou massa, nas 24 horas que antecederam a realização deste inquérito enquanto para o 1º ano esse valor situou-se nos 86,59%.

Tabela 39 - População inquirida por ingestão de batatas/arroz/massa? nas 24 horas que antecederam a realização do inquérito e ano de escolaridade.

Batatas/Arroz/Massa?	1º Ano		5º Ano		Total		p
Não responde	4				4		
Sim	71	86,59%	54	90,00%	125	88,03%	0,536
Não	11	13,41%	6	10,00%	17	11,97%	

A ingestão de legumes e hortaliça volta, uma vez mais, a ser preferencial para os alunos do 5º ano, grupo onde o consumo destes alimentos nas 24 que antecederam à realização deste inquérito atingiu os 75,00%. O grupo dos alunos do 1º ano ficou-se pelos 56,10%, conforme se pode concluir da Tabela 40.

Tabela 40 - População inquirida por ingestão de legumes e hortaliça nas 24 horas que antecederam a realização do inquérito e ano de escolaridade.

Legumes e hortaliça?	1º Ano		5º Ano		Total		p
Não responde	4				4		
Sim	46	56,10%	45	75,00%	91	64,08%	0,020
Não	36	43,90%	15	25,00%	50	35,21%	

O consumo de fruta nas 24 horas que antecederam a realização deste inquérito foi muito semelhante. Assim, 71,95% dos alunos do 1º ano e 70,00% dos alunos do 5º ano ingeriram fruta nas 24 horas que antecederam a realização deste inquérito (Tabela 41).

Tabela 41 - População inquirida por ingestão de fruta nas 24 horas que antecederam a realização do inquérito e ano de escolaridade.

Fruta?	1º Ano		5º Ano		Total		p
Não responde	4				4		
Sim	59	71,95%	42	70,00%	101	71,13%	0,800
Não	23	28,05%	18	30,00%	41	28,87%	

A ingestão de pão nas 24 horas que antecederam a realização deste inquérito foi superior nos alunos do 5º ano em comparação com os alunos do 1º ano (Tabela 42). 80,00% dos alunos do 5º ano afirmam ter ingerido este alimento nas 24 horas que antecederam a realização deste inquérito enquanto que apenas 64,20% afirmam tê-lo feito ($p < 0,05$).

Tabela 42 - População inquirida por ingestão de pão nas 24 horas que antecederam a realização do inquérito e ano de escolaridade.

Pão	1º Ano		5º Ano		Total		p
Não responde	5				5		
Sim	52	64,20%	48	80,00%	100	70,92%	0,041
Não	29	35,80%	12	20,00%	41	29,08%	

Em ambos os grupos cerca de dois terços dos inquiridos ingeriram ainda outros alimentos que não aqueles referenciados no estudo, conforme se pode observar da Tabela 43.

Tabela 43 - População inquirida por ingestão de outros alimentos nas 24 horas que antecederam a realização do inquérito e ano de escolaridade.

Outros alimentos?	1º Ano		5º Ano		Total		p
Não responde	9		4		13		
Sim	54	70,13%	44	78,57%	97	72,93%	0,275
Não	23	29,87%	12	21,43%	35	26,32%	

Depois de analisados todos os alimentos constantes deste estudo é de salientar que o peixe foi o alimento menos ingerido tanto pelos alunos do 1º ano como pelos alunos do 5º ano. Já no que se refere a batatas, arroz ou massa, a sua ingestão foi a mais elevada quando comparada com os restantes alimentos estudados (Tabela 44).

Tabela 44 - Quadro resumo da ingestão dos diferentes alimentos estudados pela população inquirida, nas 24 horas que antecederam a realização deste inquérito, por ano de escolaridade.

Quadro resumo da ingestão de alimentos	1º Ano		5º Ano		Total	
Sopa	46	55,42%	37	61,67%	83	58,04%
Peixe	20	24,39%	21	35,00%	41	28,87%
Carne	72	87,80%	49	81,67%	121	85,21%
Batatas/Arroz/Massa	71	86,59%	54	90,00%	125	88,03%
Legumes e hortaliça	46	56,10%	45	75,00%	91	64,08%
Fruta	59	71,95%	42	70,00%	101	71,13%
Pão	52	64,20%	48	80,00%	100	70,92%
Outros alimentos	54	70,13%	44	78,57%	97	72,93%

Na ingestão de bebidas alcoólicas o vinho foi mais bebido pelos alunos do 5º ano do que pelos alunos do 1º ano nos 12 meses que antecederam a realização deste inquérito (Tabela 45). 71,67% dos alunos do 5º ano e 54,88% dos alunos do 1º ano admitem terem-no consumido durante o período referido ($p=0,042$).

Tabela 45 - População inquirida por ingestão de vinho nos 12 meses que antecederam a realização do inquérito e ano de escolaridade.

Vinho?	1º Ano		5º Ano		Total		p
Não responde	4				4		0,042
Sim	45	54,88%	43	71,67%	88	61,97%	
Não	37	45,12%	17	28,33%	54	38,03%	

No que se refere à cerveja, é possível verificar-se que também ela foi ingerida por uma maior percentagem de alunos do 5º ano do que do 1º ano, respectivamente 70,00% dos alunos do 5º ano e 60,49% dos alunos do 1º ano (Tabela 46).

Tabela 46 - População inquirida por ingestão de cerveja nos 12 meses que antecederam a realização do inquérito e ano de escolaridade.

Cerveja?	1º Ano		5º Ano		Total		p
Não responde	5				5		0,243
Sim	49	60,49%	42	70,00%	91	64,54%	
Não	32	39,51%	18	30,00%	50	35,46%	

A ingestão de bagaço, aguardente ou brandy nos 12 meses que antecederam a realização deste inquérito foi idêntica para os dois grupos não se tendo encontrado diferenças estatisticamente significativas. A ingestão de uma destas bebidas nos 12 meses que antecederam a realização deste inquérito foi referenciada em 27,16% dos alunos do 1º ano e 26,67% dos alunos do 5º ano (Tabela 47).

Tabela 47 - População inquirida por ingestão de bagaço/aguardente/brandy nos 12 meses que antecederam a realização do inquérito e ano de escolaridade.

Bagaço/aguardente/brandy?	1º Ano		5º Ano		Total		p
Não responde	5				5		0,948
Sim	22	27,16%	16	26,67%	38	26,95%	
Não	59	72,84%	44	73,33%	103	73,05%	

O vinho do porto, o martini e os licores fizeram parte do consumo alcoólico de 35,80% dos alunos do 1º ano e de 46,67% dos alunos do 5º ano nos 12 meses que antecederam a realização deste inquérito (Tabela 48).

Tabela 48 - População inquirida por ingestão de vinho do porto/martini/licores nos 12 meses que antecederam a realização do inquérito e ano de escolaridade.

Vinho do porto/martini/licores?	1º Ano		5º Ano		Total		p
Não responde	5				5		
Sim	29	35,80%	28	46,67%	57	40,43%	0,194
Não	52	64,20%	32	53,33%	84	59,57%	

Finalmente, o último conjunto de bebidas estudado, revelou um consumo ligeiramente superior pelos alunos do 5º ano que afirmaram em 40,00% dos casos ter ingerido pelo menos uma destas bebidas nos 12 meses que antecederam à realização deste inquérito face a 37,04% dos alunos do 1º ano (Tabela 49).

Tabela 49 - População inquirida por ingestão de whisky/gin nos 12 meses que antecederam a realização do inquérito e ano de escolaridade.

Whisky/gin?	1º Ano		5º Ano		Total		p
Não responde	5				5		
Sim	30	37,04%	24	40,00%	54	38,30%	0,720
Não	51	62,96%	36	60,00%	87	61,70%	

Das bebidas estudadas, o vinho e a cerveja foram as duas mais consumidas tanto por alunos do 1º ano como por alunos do 5º ano. De igual forma, o bagaço, a aguardente ou o brandy foram as bebidas menos escolhidas pelos dois grupos estudados (Tabela 50).

Tabela 50 - Quadro resumo da ingestão das diferentes bebidas estudadas pela população inquirida, nos 12 meses que antecederam a realização deste inquérito, por ano de escolaridade.

Quadro resumo da ingestão de bebidas	1º Ano		5º Ano		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Vinho	45	54,88%	43	71,67%	88	61,97%
Cerveja	49	60,49%	42	70,00%	91	64,54%
Bagaço/aguardente/brandy	22	27,16%	16	26,67%	38	26,95%
Vinho do porto/martini/licores	29	35,80%	28	46,67%	57	40,43%
Whisky/gin	30	37,04%	24	40,00%	54	38,30%

Das pessoas que no último ano afirmam ter consumido alguma das bebidas atrás referidas só uma pequena percentagem o faz de forma continuada. Apenas 10,14% dos alunos do 1º ano e 11,54% dos alunos do 5º ano consumiram destas bebidas alcoólicas várias vezes por semana. De um modo geral foram os alunos do 5º ano que mais vezes ingeriram destas bebidas nos 12 meses que antecederam a realização deste inquérito sendo que, como já foi referido, 11,54% o fez várias vezes por semana e 26,92% cerca de uma vez por semana sendo que o 1º ano obteve 10,14% e 18,84% respectivamente (Tabela 51).

Tabela 51 - População inquirida por quantidade de bebidas ingeridas nos 12 meses que antecederam a realização do inquérito e ano de escolaridade.

Quantas vezes?	1º Ano		5º Ano		Total		p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Não aplicável	13		8		21		0,654
Não responde	4				4		
Várias vezes por semana	7	10,14%	6	11,54%	13	10,74%	
Cerca de uma vez por semana	13	18,84%	14	26,92%	27	22,31%	
Cerca de uma vez por mês	23	33,33%	13	25,00%	36	29,75%	
Raramente	26	37,68%	19	36,54%	45	37,19%	

Da análise da Tabela 52 é possível concluir que apenas metade das pessoas ingeriu leite todos os dias da semana, na semana que antecedeu a realização deste inquérito. De facto, 48,78% dos alunos do 1º ano e 50,85% dos alunos do 5º ano o fez. É ainda de salientar que 13,41%

dos alunos do 1º ano e 8,47% dos alunos do 5º ano não ingeriu nenhum dia leite na semana que antecedeu à realização deste inquérito.

Tabela 52 - População inquirida por número de dias em que bebeu leite na semana que antecedeu a realização do inquérito e ano de escolaridade.

Dias leite?	1º Ano		5º Ano		Total		p
Não responde	4		1		5		0,651
Não bebeu	11	13,41%	5	8,47%	16	11,35%	
1 a 3	14	17,07%	8	13,56%	22	15,60%	
4 a 6	17	20,73%	16	27,12%	33	23,40%	
Todos os dias	40	48,78%	30	50,85%	70	49,65%	

Em termos de número médio de dias em que cada elemento dos dois grupos bebeu leite na semana que antecedeu a realização deste inquérito, verifica-se que, em média, cada aluno do 5º ano bebeu leite mais dias ($5,24 \pm 2,32$ dias) do que os alunos do 1º ano ($4,83 \pm 2,59$ dias) embora as diferenças não sejam significativas, conforme se pode observar na Tabela 53.

Tabela 53 – Número médio de dias em que a população inquirida bebeu leite na semana que antecedeu à realização do inquérito por ano de escolaridade.

Ano	Leite em 7 dias m ± dp
1º	4,83 ± 2,59
5º	5,24 ± 2,32

Das pessoas que ingeriram leite na semana que antecedeu a realização deste inquérito, 56,52% fizeram-no uma vez por dia no caso do 1º ano e 42,31% no caso do 5º ano. Apenas uma pequena percentagem consumiu pelo menos 3 copos por dia e essa percentagem foi ligeiramente maior para o 5º ano do que para o 1º ano, respectivamente 15,38% e 10,14%. A diferença entre os dois grupos, no entanto, não é significativa (Tabela 54).

Tabela 54 - População inquirida por número de copos de leite ingeridos em média por dia, na semana que antecedeu a realização do inquérito e por ano de escolaridade.

Copos leite média?	1º Ano		5º Ano		Total		p
Não aplicável	12		4		16		
Não responde	5		4		9		
1	39	56,52%	22	42,31%	61	50,41%	0,288
2	23	33,33%	22	42,31%	45	37,19%	
≥ 3	7	10,14%	8	15,38%	15	12,40%	

À semelhança do que foi referido no parágrafo anterior, os alunos do 5º ano ingeriram em média mais copos de leite por dia na semana que antecedeu a realização deste inquérito dos que os alunos do 1º ano. Tal facto pode comprovar-se novamente pela análise da Tabela 55 onde se pode ler que os alunos do 5º ano consumiram em média $1,88 \pm 1,17$ copos de leite enquanto que para os alunos do 1º ano esse valor situou-se nos $1,64 \pm 1,07$ copos.

Tabela 55 - Número médio de copos de leite ingeridos por dia pela população inquirida durante a semana que antecedeu à realização do inquérito por ano de escolaridade.

Ano	N.º copos e leite $m \pm dp$
1º	$1,64 \pm 1,07$
5º	$1,88 \pm 1,17$

9. Actividade física

A prática de actividade física regular é mais evidente nos alunos do 5º ano que afirmam, em 58,33% dos casos, praticar uma actividade física regular o tempo suficiente para começar a sentir cansaço. Para os alunos do 1º ano, esse valor cifra-se nos 46,34%, conforme se pode observar na Tabela 56. Apesar disso, a diferença entre os dois grupos não pode ser considerada estatisticamente significativa.

Tabela 56 - População inquirida por prática de actividade física regular e ano de escolaridade.

Pratica actividade física regular?	1º Ano		5º Ano		Total		p
Não responde	4				4		0,158
Sim	38	46,34%	35	58,33%	73	51,41%	
Não	44	53,66%	25	41,67%	69	48,59%	

Das pessoas que praticam actividade física de forma regular, cerca de metade fá-lo pelo menos três vezes por semana, mais especificamente 47,37% para o 1º ano e 51,43% para o 5º ano (Tabela 57). Contudo, a diferença entre os dois grupos não é estatisticamente significativa.

Tabela 57 - População inquirida por prática de actividade física regular e ano de escolaridade.

Nº vezes/semana Pratica actividade física	1º Ano		5º Ano		Total		p
Não aplicável	44		24		68		0,900
Não responde	4		1		5		
1	5	13,16%	5	14,29%	10	13,70%	
2	15	39,47%	12	34,29%	27	36,99%	
≥ 3	18	47,37%	18	51,43%	36	49,32%	

Em termos médios, no que se refere à prática de exercício físico, cada aluno do 1º ano pratica actividade física $2,74 \pm 1,48$ dias por semana enquanto um do 5º ano pratica exercício físico em média $2,66 \pm 1,24$ dias por semana (Tabela 58).

Tabela 58 - População inquirida por número médio de dias que praticou actividade física numa semana e por ano de escolaridade.

Ano	Dias Actividade m ± dp
1º	$2,74 \pm 1,48$
5º	$2,66 \pm 1,24$

IV. Discussão

O estudo foi realizado tendo em conta dois grupos que se caracterizam pelo facto de serem constituídos por alunos a frequentar o 1º e o 5º anos do curso de Ciências Farmacêuticas da Universidade Fernando Pessoa.

Todos os valores comparativos com o 3º e o 4º INS tiveram em consideração os dados obtidos para o Continente.

Sempre que possível comparou-se os valores aqui obtidos com os resultados obtidos no 4º INS, no entanto sempre que tal não foi possível recorreu-se ao 3º INS ou a outros estudos de referência.

Os alunos do 1º ano têm uma idade compreendida, maioritariamente, entre 18 e 20 anos de idade, sendo a sua idade média de $19,86 \pm 2,40$ anos de idade. Os alunos do 5º ano têm maioritariamente uma idade superior a 23 anos sendo a idade média deste grupo de $24,45 \pm 3,35$ anos de idade. Em termos médios a diferença de idades é um pouco superior a 4 anos mas, o facto de ser frequente o atraso de pelo menos um ano de escolaridade entre estes dois anos lectivos facilmente se percebe porque é que este valor se aproxima dos 5 anos de diferença.

No que se refere ao género, a maioria dos elementos da amostra, em ambos os grupos, são mulheres (62,79% e 70,00% para o 1º e 5º anos respectivamente). De facto, segundo Machado *et al.* (2003, p. 63), são as raparigas que entram em maior número para o ensino universitário o que justifica esta diferença.

Em relação à avaliação do seu estado de saúde, ambos os grupos avaliam o seu estado de saúde de “Bom” ou “Muito Bom”. À semelhança do que acontece no 4º INS, são mais os homens que avaliam o seu estado de saúde de “Bom” ou “Muito Bom” do que as mulheres. Ainda em relação ao estudo referido, verifica-se que, para a faixa etária correspondente, a percentagem de avaliações de Bom ou Muito Bom é ligeiramente inferior ao aqui determinado para o 5º ano (93,22%) e idêntica para o 1º ano (80,96%) ficando-se pelos 80,8%.

O excesso de peso atinge em maior escala os alunos do 5º ano (17,07% das mulheres e 22,22% dos homens) do que os do 1º ano (2,00% das mulheres e 16,13% dos homens). O IMC médio dos alunos do 1º ano do sexo feminino cifrou-se em $20,40 \pm 2,03 \text{ kg/m}^2$ e do sexo masculino em $22,24 \pm 3,00 \text{ kg/m}^2$. Os alunos do 5º ano têm em média um IMC de $22,94 \pm 3,13 \text{ kg/m}^2$ para o sexo feminino e de $23,82 \pm 1,64 \text{ kg/m}^2$ para o sexo masculino. As diferenças obtidas para os dois grupos estudados são estatisticamente significativas.

No 4º INS, é possível verificar que, para a faixa etária correspondente, 6,0% das mulheres tem excesso de peso e 4,5% sofre de obesidade. Nos homens, 9,4% tem excesso de peso e 7,5% sofre de obesidade. De qualquer forma, os valores atribuídos no 4º INS consideram o excesso de peso para um IMC entre 27 e 30 kg/m^2 , intervalo um pouco diferente daquele considerado neste estudo em particular. Assim sendo, ainda em relação ao 4º INS, 10,5% das mulheres com idade compreendida entre 18 e 24 anos tem um $\text{IMC} \geq 27 \text{ kg/m}^2$, valor que nos homens se situa nos 16,9%. À semelhança do que se verifica no 4º INS, também aqui são os homens que atingem valores superiores de IMC.

Segundo Gomes (2004, p. 87) o IMC aumenta com a idade para ambos os sexos, caso que foi possível confirmar neste estudo.

A Diabetes não é uma doença que caracterize nenhum destes dois grupos já que apenas um dos indivíduos inquiridos sofre da doença (0,68% de todos os inquiridos). Segundo um estudo de prevalência da Diabetes em Portugal realizado recentemente (Ministério da Saúde, 2009) 2,4% dos jovens com idades compreendidas entre 20 e 39 anos de idade sofrem de Diabetes sendo que nem todos serão conhecedores desse facto.

No 4º INS quando se averigua se o indivíduo tem ou já teve Diabetes 0,6% dos inquiridos com idade compreendida entre 15 e 24 anos residente em Portugal continental afirma que sim, valor comparável ao obtido neste estudo em particular.

Dos dois grupos estudados são os alunos do 5º ano que em maior percentagem se preocupam com o controlo dos níveis de açúcar no sangue já que 41,67% efectuou algum rastreio à Diabetes face a 33,72% dos alunos do 1º ano.

A asma ou a bronquite asmática atinge 4,79% dos inquiridos não havendo diferenças substanciais entre os dois grupos estudados.

No 4º INS e para a faixa etária correspondente, 6,3% afirma ter ou já ter tido esta doença (à semelhança com o valor obtido para o 1º ano que foi de 5,81%).

As alergias atingiram 34,93% dos indivíduos inquiridos sendo que uma vez mais não se detectaram diferenças substanciais entre os dois grupos.

A pressão arterial elevada afecta 3,42% dos indivíduos que participaram neste estudo sendo que, uma vez mais, e à semelhança do que acontece com a asma ou a bronquite asmática e as alergias não se detectaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos analisados. No 4º INS esse valor, em Portugal continental e para o grupo cujas idades variam entre 15 e 24 anos, foi de 1,2%.

A medição da tensão arterial é uma preocupação que abrange em maior percentagem os alunos do 5º ano. 73,33% dos alunos deste ano lectivo em oposição a 61,18% que frequentam 1º ano têm como hábito medir a sua tensão arterial. A regularidade com que esta medição é feita é, para ambos os grupos, mensal ou trimestral sendo que não há grandes diferenças entre um grupo e outro.

Quando o tema é as consultas médicas efectuadas no ano que antecedeu a realização do inquérito, verifica-se uma grande variedade de respostas tanto para um ano de escolaridade como para o outro. De qualquer forma é possível afirmar que mais de 50% dos alunos pertencentes tanto ao 1º ano como ao 5º ano foram entre 1 e 3 vezes a uma consulta médica no ano que antecedeu a realização do inquérito, mais concretamente 59,72% dos alunos do 1º ano e 71,67% dos alunos do 5º ano.

No 4º INS 42,6% dos inquiridos não foi a nenhuma consulta médica nos 3 meses que antecederam a realização das entrevistas, 29,2% foi a uma consulta médica, 12,6% foi a 2 consultas médicas, 8,7% foi a 3 consultas médicas e 6,7% foi a 4 ou mais consultas médicas. Estes valores, no entanto, não podem ser comparados com os valores obtidos neste estudo uma vez que o espaço temporal a que a pergunta se relaciona é diferente.

Os valores médios obtidos para o número de consultas realizadas no ano que antecedeu a realização do inquérito não permitem que se retire qualquer conclusão já que o desvio padrão da amostra é tão grande que estes acabam por não ter qualquer significado.

As consultas médicas para check up realizadas no ano que antecedeu a realização do inquérito foram, em termos globais, inexistentes para 49,30% de todos os inquiridos. No entanto, de todos os alunos que efectuaram pelo menos uma consulta com este fim, verifica-se que a maioria realizou apenas uma consulta, não havendo grandes diferenças entre os dois grupos estudados.

À semelhança do que acontece com o número médio de consultas médicas realizadas no ano que antecedeu a realização do inquérito chega-se à conclusão que o desvio padrão da amostra é tão grande que os valores obtidos acabam por não ter qualquer significado.

Para os exames de rotina realizados, constata-se que cerca de um terço dos inquiridos não realizou qualquer exame com esse propósito. Além disso, as diferenças encontradas entre os dois grupos estudados não são significativas.

Mais uma vez se constata que quando se pretende determinar o número médio, neste caso de exames de rotina, o desvio padrão da amostra é tão grande que os valores obtidos acabam por não ter qualquer significado.

Em termos de higiene oral, 93,8% dos indivíduos inquiridos lava os dentes pelo menos duas vezes por dia. Este valor acaba por ser idêntico nos dois grupos analisados não se tendo verificado diferenças estatisticamente significativas entre ambos os grupos.

No 3º INS e para a mesma faixa etária, 1,00% dos indivíduos nunca lava os dentes, 8,60% lava os dentes à vezes, 24,36% lava os dentes uma vez ao dia, 40,90% lava os dentes duas vezes ao dia e 25,00% lava os dentes mais do que duas vezes ao dia. Assim, constata-se que os valores obtidos neste estudo são substancialmente superiores aos do 3º INS no que se refere ao número de vezes em que cada um lava os seus dentes, contudo, face ao nível académico em que toda a amostra deste estudo se encontra tal seria de esperar.

Segundo Peterson (2005, p. 278) a medida que aumenta o nível académico dos pais dos indivíduos, menor é o risco de cárie dentária. Este facto está muitas vezes ligado aos hábitos de higiene oral mas também ao nível sócio-económico atingido que permite com maior facilidade o acesso a consultas da área.

Quando se pergunta se no ano que antecedeu a realização do inquérito consultou algum estomatologista, dentista ou técnico de saúde dentária a resposta obtida foi afirmativa em 76,03% dos alunos e idêntica para ambos os grupos analisados, não havendo por isso diferenças significativas entre eles.

No 4º INS e para a mesma faixa etária, 48,1% dos indivíduos consultaram no período de 12 meses que antecedeu a entrevista um estomatologista, dentista ou técnico de saúde dentária. Uma vez mais o valor do 4º INS é inferior ao aqui obtido mas atendendo ao nível económico do grupo em estudo, uma vez que frequenta uma Universidade privada, tal seria de esperar.

No ano que antecedeu a realização deste inquérito, cerca de dois terços dos inquiridos foi entre 1 e 3 vezes a uma consulta de saúde oral, mais precisamente 64,29% sendo que os restantes inquiridos que recorreram a estas consultas fizeram-no por mais do que 3 vezes. À semelhança do que aconteceu para as restantes consultas estudadas, os valores obtidos para ambos os grupos são idênticos não se tirando daí diferenças estatisticamente significativas.

No 3º INS 37,57% dos inquiridos consultaram um estomatologista, dentista ou técnico de saúde dentária durante o ano que antecedeu a entrevista entre 1 e 3 vezes enquanto 11,18% dos inquiridos fizeram-no mais do que 3 vezes. Os restantes não consultaram nenhum destes técnicos.

No que se refere à automedicação, conclui-se que uma percentagem elevada de alunos tanto do 1º ano como do 5º o faz (respectivamente 42,68% e 55,93%). As diferenças entre os dois grupos tornam-se no entanto significativas no que se refere à frequência com que o fazem. De facto os alunos do 5º ano recorrem com maior frequência à automedicação do que os alunos do 1º ano.

Segundo Casarin (2007, p. 17), os indivíduos com maior escolaridade, pelo facto de possuírem mais informação, sentem-se mais confiantes apresentando valores mais elevados de automedicação. Neste caso em particular, os alunos do 5º ano foram adquirindo ao longo do seu curso conhecimentos importantes sobre o medicamento que podem justificar estas diferenças.

Em relação à toma concomitante de fármacos prescritos com fármacos automedicados, as respostas obtidas cifraram-se nos 78,38% não havendo diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos inquiridos.

Em relação aos hábitos tabagistas conclui-se que os que fumam constituem 34,37% de toda a amostra sendo que desses 71,43% fuma diariamente e os restantes 34,27% fumam ocasionalmente. A diferença entre os dois grupos não é, no entanto, estatisticamente significativa.

No 4º INS, para a faixa etária correspondente, 24,2% da população fuma. Dos fumadores, e segundo o mesmo estudo, 84,4% fuma diariamente e 15,6% fuma ocasionalmente. 75,8% são não fumadores. Os valores obtidos neste estudo são ligeiramente superiores aos do 4º INS, no que se refere à percentagem de fumadores, todavia tal facto pode justificar-se pela comparação dos grupos aqui estudados estar a ser efectuada com um grupo de idades mais abrangente compreendidas entre 15 e 24 anos. Na realidade, segundo Oh *et al.* (2010) a idade média de início do hábito de fumar é de 18,2 anos razão que poderá justificar as diferenças obtidas. Ao compararmos os valores obtidos no 4º INS com aqueles aqui determinados também é possível concluir que os fumadores deste estudo fazem-no com uma menor frequência do que a população inquirida no 4º INS, para a faixa etária correspondente.

Em termos da idade de início do acto de fumar são os alunos do 1º ano que iniciam mais cedo este feito. De qualquer modo as devidas salvaguardas devem ser feitas nomeadamente no que respeita à diferença de idades dos dois grupos. Apesar de tudo, os valores encontrados para um grupo e outro não são estatisticamente significativos.

No que se refere à quantidade de cigarros fumados em média por dia pelos alunos inquiridos não se encontraram diferenças significativas entre os dois grupos estudados. Salienta-se

contudo o facto de, em média, cada aluno do 1º ano fumar 12,38 cigarros por dia contra 9,24 cigarros dos alunos do 5º ano. Se as diferenças entre os dois grupos não são significativas, dado os elevados desvios padrão obtidos, servem contudo para comparar com os dados do 3º INS que refere que em média, e para o grupo etário correspondente, cada português fumava em média 12,1 cigarros por dia, valor que vai de encontro aos valores obtidos neste estudo.

Quando se questionam os inquiridos relativamente aos hábitos tabágicos no ano anterior à realização do inquérito verifica-se uma diferença significativa entre os dois grupos. Na realidade, 51,85% dos alunos fumadores do 1º ano admitem ter fumado menos no ano anterior contra 11,54% dos alunos do 5º ano. Já para a maioria dos alunos do 5º ano os hábitos tabagistas mantiveram-se de um ano para o outro.

No 3º INS, para o grupo etário correspondente foi efectuada a mesma pergunta mas para um espaço temporal de dois anos tendo-se obtido os seguintes valores: 20,95% fumava menos, 55,20% fumava o mesmo, 10,21% fumava mais e 10,88% não fumava. Se compararmos estes resultados aos aqui obtidos podemos observar algumas diferenças, nomeadamente ao nível do 1º ano onde no ano que antecedeu o estudo se verifica que os alunos fumavam substancialmente menos em relação à actualidade, valor bastante superior ao do 3º INS.

No que se refere à ingestão diária de refeições não se verificam grandes diferenças entre os dois grupos estudados. De facto em ambos os casos o número de refeições ingeridas pela maioria dos indivíduos questionados é maior ou igual a 4, como se pode observar através da Tabela 32. Em relação à média destas o mesmo acontece pelo que não há diferenças estatísticas significativas (Tabela 33).

No 3º INS e para a faixa etária correspondente, 1,10% da população afirma fazer 2 refeições diárias, 15,96% da população afirma fazer 3 refeições diárias, 48,35% da população afirma fazer 4 refeições diárias, 26,76% da população afirma fazer 5 refeições diárias e 7,43% da população afirma fazer 6 refeições diárias. Comparativamente com este estudo, o 3º INS obteve um maior número de refeições diárias por habitante.

Quando se questionou acerca dos alimentos ingeridos nas 24 horas que antecederam a realização do inquérito verificou-se que o peixe foi o alimento menos ingerido (28,87%) e o

grupo das batatas, do arroz e da massa foi o mais ingerido (88,03%). Para a sopa, carne, fruta e outros alimentos as percentagens foram de 58,04%, 85,21%, 71,13% e 72,93% respectivamente. Em qualquer um destes 6 alimentos não se verificou contudo diferenças significativas entre os dois grupos analisados. Foi no pão e nos legumes e hortaliça que se verificaram diferenças significativas entre os dois grupos estudados. Assim, os alunos do 1º ano consumiram menos pão (64,20%) e menos legumes e hortaliças (56,10%) do que os alunos do 5º ano em que 80,00% ingeriu pão e 75,00% ingeriu legumes e hortaliças.

No 3º INS e para a faixa etária correspondente, apuraram-se os seguintes resultados em relação aos alimentos consumidos nas 24 horas antecedentes: 51,76% das pessoas comeram sopa, 48,15% das pessoas comeram peixe, 86,63% das pessoas comeram carne, 93,82% das pessoas comeram batatas/arroz/massa, 77,42% das pessoas comeram legumes e hortaliça, 86,66% das pessoas comeram fruta, 93,26% das pessoas comeram pão e 75,70% das pessoas comeram outros alimentos. Os valores obtidos neste estudo foram ligeiramente inferiores aos do 3º INS nomeadamente no que se refere ao peixe, aos legumes e hortaliça, à fruta e ao pão o que indica que a alimentação dos dois grupos estudados é menos variada do que a da população nacional.

Das bebidas analisadas, a mais ingerida foi a cerveja (64,54%) e a menos ingerida foram as do grupo referente ao bagaço, aguardente e brandy (26,95%). O grupo referente ao vinho do porto, martini e licores obteve 40,43% das escolhas dos inquiridos e o grupo do whisky e do gin obteve a escolha de 38,30% dos inquiridos. Para qualquer um dos 4 grupos referidos não foi possível encontrar diferenças significativas nas escolhas das bebidas ingeridas. A bebida em que de facto se denotam diferenças entre os dois grupos inquiridos foi o vinho já que fez parte da opção de 54,88% dos alunos do 1º ano mas de 71,67% dos alunos do 5º ano.

No 4º INS, e para a faixa etária correspondente, os valores obtidos foram os seguintes: 22,9% ingeriu vinho nos 12 meses anteriores à entrevista, 32,6% ingeriu cerveja, 3,4% ingeriu Bagaço/aguardente/brandy, 17,4% ingeriu vinho do porto/martini/licores e 17,0% ingeriu Whisky/gin. Como o grupo em estudo do 4º INS abrange as idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos facilmente se explicam as diferenças nos valores obtidos uma vez que os indivíduos de idade mais jovem não têm um tão fácil acesso a este tipo de bebidas.

Nos 12 meses que antecederam a realização deste inquérito, cerca de dois terços dos inquiridos ingeriu alguma das bebidas atrás referidas mensalmente ou mesmo raramente, não sendo significativa a diferença entre os dois grupos estudados.

No 3º INS, e para a faixa etária correspondente, 33,70% dos inquiridos bebeu destas bebidas várias vezes por semana, 17,24% bebeu destas bebidas cerca de uma vez por semana, 6,63% dos inquiridos bebeu destas bebidas cerca de uma vez por mês e 41,93% dos inquiridos raramente bebeu destas bebidas. Neste estudo em particular, verificou-se uma menor frequência na ingestão destas bebidas alcoólicas em ambos os grupos estudados.

Do total dos inquiridos, aproximadamente metade bebeu leite diariamente. Salienta-se contudo que ainda existe uma percentagem relativamente elevada (11,35%) que não ingeriu leite em nenhum dos dias da semana.

No 3º INS, e para a faixa etária correspondente, 17,07% dos inquiridos não bebeu leite em nenhum dia da semana, 5,83% bebeu leite entre 1 e 3 dias, 2,93% bebeu leite 4 a 6 dias e 74,19% bebeu leite todos os dias. Neste estudo em particular, verificou-se uma menor percentagem tanto daqueles que ingeriram pouco ou nenhum leite como daqueles que tomaram leite todos os dias da semana.

Metade dos alunos afirma ter ingerido em média um copo de leite por dia e para apenas 12% esse valor foi igual ou superior a 3 copos.

No 3º INS, e para a faixa etária correspondente, 39,68% dos inquiridos tomou em média um copo de leite por dia, 36,14% dos inquiridos tomaram em média dois copos de leite por dia e 24,17% dos inquiridos tomaram em média três ou mais copos de leite por dia. Assim sendo, os grupos estudados ingeriram em média menos copos de leite por dia do que a média nacional.

Metade dos alunos afirma praticar regularmente actividade física o que é um valor bastante superior ao do 3º INS onde, para a faixa etária correspondente, 70,68% dos indivíduos afirmou não praticar nenhuma actividade física regular o suficiente para começar a sentir cansaço.

Das pessoas que afirmam praticar actividade física de forma regular, cerca de metade fá-lo pelo menos 3 vezes por semana. No 3º INS e para a faixa etária correspondente, 25,96% dos inquiridos fá-lo uma vez por semana, 36,53% fá-lo 2 vezes por semana e 37,14 % fá-lo três ou mais vezes por semana. Neste estudo, a prática regular de exercício físico é mais frequente o que denota uma maior preocupação com a manutenção de um corpo saudável.

IV. Conclusão

A saúde é uma área que a nós todos diz respeito e cada um de nós é responsável pela mesma. A saúde não se restringe a um tipo de doença sendo que, factores como a idade, o género, o peso, a altura, os cuidados de saúde, a automedicação, os hábitos alimentares, a prática de exercício físico para além de verificações regulares do estado de saúde do indivíduo não só contribuem para o bem-estar e qualidade de vida do indivíduo como podem influenciar toda uma predisposição para uma determinada doença.

Por outro lado, coloca-se a questão se, os ensinamentos de um curso na área das ciências da saúde alteram comportamentos nessa mesma área.

Foi possível detectar diferenças entre os alunos do 1º e do 5º ano nomeadamente no que se refere ao peso já que os alunos do 5º ano têm mais problemas de excesso de peso. Outra das diferenças está na frequência da automedicação onde se conclui que são os alunos do 5º ano que mais frequentemente recorrem à automedicação. Outro dos parâmetros estudados onde se encontraram diferenças entre os dois grupos foi no que se refere ao consumo do tabaco. Se por um lado os alunos do 1º ano aumentaram o consumo de tabaco durante o ano que antecedeu este estudo, para os alunos do 5º ano esse consumo manteve-se inalterado. Finalmente, no consumo de alimentos e bebidas verificou-se que os alunos do 5º ano consomem mais legumes e hortaliças, mais pão e ingerem mais vinho do que os alunos do 1º ano.

No que se refere à questão colocada neste estudo, “Ensinamos saúde?”, não foi possível concluir se a frequência num curso na área das ciências da saúde altera comportamentos. De facto, apesar de se terem encontrado algumas diferenças entre os dois grupos analisados, não foi possível eliminar algumas variáveis que poderão ter influenciado o resultado, nomeadamente a idade e a alteração de hábitos inerente à entrada para a faculdade. Assim sendo, seria necessário fazer um controlo com dois grupos não relacionados com a área da saúde para se poder concluir que foi efectivamente a frequência num curso da área das ciências da saúde que influenciou a mudança de comportamentos.

BIBLIOGRAFIA

Albuquerque, C.; Matos, A. (2006). Estilo de Vida, Percepção de Saúde e Estado de Saúde em Estudantes Universitários Portugueses: Influência da Área de Formação. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), pp. 647-663.

Amorim, M. (1999). *Qualidade de vida e coping na doença crónica: Um estudo em diabéticos não insulino-dependentes*. Porto, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

ANF Home Page [Em Linha]. Pratique uma automedicação responsável. Disponível em http://www.anf.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=1158&Itemid=56. [Consultado em 27/03/2009].

Cabrera, M.; Filho, W. (2001). Obesidade em idosos: prevalência, distribuição e associação com hábitos e co-morbidades. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 45(5), pp. 494-501.

Carmo, I. *et al.* (2009). *Obesidade em Portugal e no Mundo*. Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa.

Casarin, L. (2007). O uso de medicamentos na saúde colectiva. Campinas, Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic.

CBS News Home Page. [Em Linha]. Global recession sees increase in fast-food consumption. Disponível em <http://bx.businessweek.com/the-great-recession/view?url=http%3A%2F%2Ffeedproxy.google.com%2F~r%2Fco%2FHCaY%2F~3%2FRLfxvt-W99M%2FDefault.aspx>. [Consultado em 28/03/2010].

Center for Science in the Public Interest Home Page [Em Linha]. Food Marketing in Other Countries. Disponível em <http://www.cspinet.org/nutritionpolicy/>. [Consultado em 28/03/2010].

Chandra, R. (1993). Symposium on nutrition and immunity in serious illness. *Proceedings of the Nutrition Society*, 52, pp. 77-84.

Colussi, C. (2004). Perfil epidemiológico da cárie e do uso e necessidade de prótese na população idosa de Biguaçu, Santa Catarina. *Rev. bras. Epidemiol.*,7(1), pp. 88-97.

Decreto-Lei n.º 176/2006. Diário da República, 1.ª série, n.º 167 de 30 de Agosto de 2006.

Despacho n.º 17690/2007. Diário da República, n.º 154, de 10 de Agosto de 2007, 2.ª série.

Despacho Ministerial n.º 153/2005. Diário da República, n.º 3 de 5 de Janeiro, 2.ª série.

Despacho Ministerial n.º 4324/2008. Diário da República, n.º 35 de 19 de Fevereiro, 2.ª série.

Direcção Geral de Saúde [Em Linha]. A Actividade física e o desporto: um meio para melhorar a saúde e o bem-estar. Disponível em http://www.srsdocs.com/parcerias/normas/circulares/dgs/2007/actividade_fisica.pdf. [Consultado em 29/03/2010].

Direcção Geral de Saúde (2010). Plano Nacional de Saúde (2004-2010). [Em linha]. Disponível em http://static.publico.clix.pt/docs/pesoemedia/DGS_Plano_Nacional_de_Saude_2004_Prioridades.pdf. [Consultado em 20/03/2010].

European Commission Home Page. [Em Linha]. O álcool na Europa. Disponível em http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu_sum_pt_en.pdf. [Consultado em 29/03/2010].

Eurostat Home Page. [Em Linha]. Food: from farm to fork statistics. Disponível em <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>. [Consultado em 28/03/2010].

Eyben, F. *et al.* (2003). Riesgos para la salud derivados del consumo voluntario e involuntario de tabaco. *Rev. Esp. Salud Publica*, 77(1), pp. 11-36.

FCNAUP Home Page. [Em Linha]. A nova Roda dos Alimentos. Disponível em www.fcna.up.pt . [Consultado em 28/03/2010].

Fenten, P. (1994). ABC of Sports Medicine: Benefits of exercise in health and disease . *BMJ*, 308, pp. 1291-1295.

Filho, A. *et al.* (2002). Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. *Rev. Saúde Pública*, 36(1), pp, 55-62.

Fraga, S. *et al.* (2005). Tabagismo em Portugal. *Arquivos de Medicina*, 19(5-6), pp. 207-229.

Frias-Bulhosa, J.; Beça, H. (2006). Evidência ou Conveniência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, pp. 333-335.

Gomes, C. (2004). Relação entre IMC, Actividade Física, Tipo de Transporte e os Comportamentos Sedentários em Jovens Adolescentes. Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física.

Instituto Nacional de Estatística Home Page. [Em Linha]. Hábitos Alimentares dos Portugueses Alteraram-se. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=72105&DESTAQUESmodo=2. [Consultado em 28/03/2010].

Instituto Nacional de Estatística em conjunto com o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2007). 4º Inquérito Nacional de Saúde – 2005/2006. [Em linha]. Disponível em http://ra09.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=6487190&att_display=n&att_download=y. [Consultado em 01/05/2008].

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge Home Page [Em linha]. 4º INS. Disponível em <http://www.insa.pt/>. [Consultado em 01/05/2008].

Leighton, F.; Urquiaga, I. (2007). Changes in Cardiovascular Risk Factors Associated with Wine Consumption in Intervention Studies in Humans. *Elsevier*, 17, pp. S32-S36.

Machado, F. *et al.* (2003). Classes sociais e estudantes universitários: Origens, oportunidades e orientações. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 66, pp. 45-80.

Maria, V. (2000). Automedicação, Custos e Saúde. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 16, pp. 11-14.

Matos, M. *et al.* (2001). Os Jovens Portugueses e o Tabaco. *FMH/PEPT/GPT*, 6(1), pp. 1-8.

Matsudo, S. *et al.* (2000). Efeitos benéficos da actividade física na aptidão física e saúde mental durante o processo de envelhecimento. *Rev. Actividade Física & Saúde*, 5(2), pp. 60-76.

Ministério da Saúde. [Em Linha]. Estudo da Prevalência da Diabetes em Portugal. Disponível em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/219DAD78-CD13-43CE-9221-42744B24176C/0/EstudoprevalenciaDiabetesemPortugal.pdf>. [Consultado em 22/04/2010].

Ministry of food Home Page. [Em Linha]. Disponível em <http://www.jamieoliver.com/jamies-ministry-of-food/>. Consultado em 28/03/2010.

National Center for Chronic Disease Prevention and for Health Promotion Home Page. [Em Linha]. Physical Activity and Health. Disponível em <http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/pdf/sgraag.pdf>. [Consultado em 29/03/2010].

Oh, D. *et al.* (2010). Determinants of smoking initiation among women in five European countries: a crosssectional survey. *BMC Public Health*, 10(74), pp. 1-11.

OMS. (1998). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva, OMS.

OMS. (1988). Self-Medication in Europe. Copenhaga, OMS.

OMS (1998). *The Role of the Pharmacist in Self-Care and Self-Medication*. Geneva, OMS.

OMS Home Page. [Em Linha]. *Chronic Diseases and Health Promotion*. Disponível em <http://www.who.int/chp/en/>. [Consultado em 23/03/2010].

OMS Home Page. [Em Linha]. *Global Status Report on Alcohol 2004*. Disponível em http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf. [Consultado em 29/03/2010].

OMS Home Page. [Em Linha]. *Rational use of medicines*. Disponível em http://www.who.int/medicines/areas/rational_use/en/. [Consultado em 26/03/2010].

OMS Home Page. [Em Linha]. *The Tobacco Atlas*. Disponível em http://www.who.int/medicines/areas/rational_use/en/. [Consultado em 27/03/2010].

OMS Home Page. [Em Linha]. *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008*. Disponível em http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_tobacco_crisis_2008.pdf. [Consultado em 27/03/2010].

Onsa Home Page. [Em Linha]. *INS – Inquérito Nacional de Saúde, Dados Gerais 1998/99*. Disponível em www.onsa.pt. [Consultado em 30/06/2008]

Peterson, P. (2005). Sociobehavioural risk factors in dental caries – international perspectives. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 33, pp. 274–279.

Portal da Saúde Home Page. [Em Linha]. *Problemas ligados ao álcool*. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/estilos+de+vida/alcoolismo.htm>. [Consultado em 29/03/2010].

Rihs, L. *et al.* (2008). Dor de dente e sua relação com a experiência de cárie em adolescentes. *RGO*, 56(4), pp. 361-365.

Rodrigues, H. *et al.* (2008). O que (não) se sabe sobre higiene oral... *Saúde Infantil*, 30(3), pp 102-105.

Shaw, J. *et al.*, (2009). *Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030*. *Diabetes research and Clinical Practice*. [Em Linha]. Disponível em <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0168-8227/PIIS016882270900432X.pdf>. [Consultado em 24/03/2010].

Sichieri, R. *et al.* (2000). Recomendações de alimentação e nutrição saudável para a população brasileira. *Arq. Bras Endocrinol Metab.*, 44(3), pp. 227-232.

Sinde, S. [Em Linha]. Alimentação saudável para quê? Disponível em http://medicosdeportugal.saude.sapo.pt/action/2/cnt_id/1227/?textpage=2. [Consultado em 28/03/2010].

The World Bank Home Page. [Em Linha]. Tobacco Control, 2003. Disponível em <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/EXTPHAAG/0,,contentMDK:20799536~menuPK:64229773~pagePK:64229817~piPK:64229743~theSitePK:672263,00.html>. [Consultado em 27/03/2010].

Universidade Fernando Pessoa Home Page. [Em linha]. Disponível em <http://www.ufp.pt/>. [Consultado em 01/05/2008].

U.S. Department of Health and Human Services & U.S. Department of Agriculture Home Page. [Em Linha]. Dietary Guidelines for Americans 2005. Disponível em <http://www.health.gov/dietaryguidelines/dga2005/document/pdf/DGA2005.pdf>. [Consultado em 28/03/2010].

Vítor, R. *et al.* (2008). Padrão de consumo de medicamentos sem prescrição médica na cidade de Porto Alegre, RS. *Ciência & Saúde Colectiva*, 13(Sup), pp. 737-743.

ANEXOS

Anexo I - Questionário

1 - CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA	1 - CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA
1. A SUA IDADE É	<input type="text"/> <input type="text"/> anos
2. É DO SEXO FEMININO 1 MASCULINO 2	<input type="checkbox"/>
2 - INFORMAÇÕES GERAIS DE SAÚDE	2 - INFORMAÇÕES GERAIS DE SAÚDE
3. DE UMA MANEIRA GERAL, COMO CONSIDERA O SEU ESTADO DE SAÚDE? MUITO BOM 1 BOM 2 RAZOÁVEL 3 MAU 4 MUITO MAU 5	<input type="checkbox"/>
4. QUAL A SUA ALTURA?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm
5. QUANTO PESA SEM ROUPAS E SEM SAPATOS?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg
3 - INCAPACIDADE TEMPORÁRIA	3 - INCAPACIDADE TEMPORÁRIA
6. NESTE ÚLTIMO MÊS QUANTOS DIAS DEIXOU DE FAZER ALGUMA COISA QUE HABITUALMENTE FAZ, SEJA EM CASA, NO TRABALHO OU NO TEMPO LIVRE, DEVIDO A DOENÇA, ACIDENTE OU A MOTIVOS RELACIONADOS COM A SAÚDE (TAIS COMO CONSULTAS, ANÁLISES, RADIOGRAFIAS, TRATAMENTOS, INTERNAMENTOS, ETC.)?	<input type="text"/> <input type="text"/> dias
7. DESTES DIAS QUANTOS TEVE DE FICAR DE CAMA, TODO O DIA OU A MAIOR PARTE DO DIA (INCLUINDO INTERNAMENTOS)?	<input type="text"/> <input type="text"/> dias
4 - DOENÇAS CRÔNICAS	4 - DOENÇAS CRÔNICAS
8. TEM DIABETES? SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 3	<input type="checkbox"/>

4 - DOENÇAS CRÓNICAS	4 - DOENÇAS CRÓNICAS
<p>9. FEZ ALGUM RASTREIO DA DIABETES NESTE ÚLTIMO ANO?</p> <p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>10. TEM OU TEVE NOS ÚLTIMOS 12 MESES ASMA OU BRONQUITE ASMÁTICA?</p> <p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>11. TEM OU TEVE NOS ÚLTIMOS 12 MESES ALGUMA ALERGIA?</p> <p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>12. SOFRE DE TENSÃO ALTA?</p> <p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>13. COSTUMA MEDIR A SUA TENSÃO ARTERIAL?</p> <p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>14. SE RESPONDEU SIM NA RESPOSTA ANTERIOR, COM QUE REGULARIDADE COSTUMA MEDIR A SUA TENSÃO ARTERIAL?</p> <p>DIARIAMENTE 1</p> <p>SEMANALMENTE 2</p> <p>MENSALMENTE 3</p> <p>UMA VEZ DE 3 EM 3 MESES 4</p> <p>UMA VEZ DE MEIO EM MEIO ANO 5</p> <p>ANUALMENTE 6</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
5 - CUIDADOS MÉDICOS	5 - CUIDADOS MÉDICOS
<p>15. NO ÚLTIMO ANO QUANTAS VEZES CONSULTOU O MÉDICO?</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> vezes</p>
<p>16. NO ÚLTIMO ANO QUANTAS VEZES CONSULTOU O MÉDICO PARA UM CHECK-UP GERAL SEM SER POR MOTIVO DE DOENÇA?</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> vezes</p>

17. NOS ÚLTIMOS DOIS ANOS QUANTAS VEZES FEZ EXAMES DE ROTINA SEM SER POR MOTIVO DE DOENÇA?	<input type="text"/> <input type="text"/> vezes
6 - SAÚDE ORAL	6 - SAÚDE ORAL
18. ESCOVA OS DENTES? NUNCA 1 ÀS VEZES 2 UMA VEZ AO DIA 3 DUAS VEZES AO DIA 4 MAIS DO QUE DUAS VEZES AO DIA 5	<input type="text"/>
19. NOS ÚLTIMOS 12 MESES CONSULTOU ALGUM ESTOMATOLOGISTA, DENTISTA OU TÉCNICO DE SAÚDE DENTÁRIA? SIM 1 NÃO 2	<input type="text"/>
20. QUANTAS VEZES? 1 A 3 1 MAIS DE 3 2	<input type="text"/>
7 - CONSUMO DE TABACO	7 - CONSUMO DE TABACO
21. FUMA? DIARIAMENTE 1 OCASIONALMENTE 2 NÃO FUMA 3	<input type="text"/>
22. QUANTOS CIGARROS FUMA EM MÉDIA POR DIA?	<input type="text"/> <input type="text"/> cigarros
23. DESDE QUE IDADE FUMA?	<input type="text"/> <input type="text"/> anos
24. HÁ UM ANO ATRÁS FUMAVA MENOS, O MESMO OU MAIS? FUMAVA MENOS 1 FUMAVA O MESMO 2 FUMAVA MAIS 3 NÃO FUMAVA 4	<input type="text"/>

8 - CONSUMO DE ALIMENTOS E BEBIDAS	8 - CONSUMO DE ALIMENTOS E BEBIDAS
25. QUANTAS REFEIÇÕES É QUE FAZ HABITUALMENTE POR DIA?	<input type="checkbox"/> refeições
<p>26. ONTEM O QUE COMEU AO LONGO DO DIA?</p> <p style="text-align: right;">SIM..... 1 NÃO..... 2</p> <p>SOPA <input type="checkbox"/></p> <p>PEIXE <input type="checkbox"/></p> <p>CARNE <input type="checkbox"/></p> <p>BATATAS/ARROZ/MASSA <input type="checkbox"/></p> <p>LEGUMES E HORTALIÇA <input type="checkbox"/></p> <p>FRUTA <input type="checkbox"/></p> <p>PÃO <input type="checkbox"/></p> <p>OUTROS ALIMENTOS <input type="checkbox"/></p>	
<p>27. DURANTE OS ÚLTIMOS 12 MESES TOMOU ALGUMA DESTAS BEBIDAS?</p> <p style="text-align: right;">SIM..... 1 NÃO..... 2</p> <p>VINHO <input type="checkbox"/></p> <p>CERVEJA <input type="checkbox"/></p> <p>BAGAÇO/AGUARDENTE/BRANDY <input type="checkbox"/></p> <p>VINHO DO PORTO/MARTINI/LICORES <input type="checkbox"/></p> <p>WHISKY/GIN <input type="checkbox"/></p>	
<p>28. QUANTAS VEZES TOMOU DESSA(S) BEBIDA(S)?</p> <p>VÁRIAS VEZES POR SEMANA 1</p> <p>CERCA DE UMA VEZ POR SEMANA 2</p> <p>CERCA DE UMA VEZ POR MÊS 3</p> <p>RARAMENTE 4</p>	<input type="checkbox"/>
29. NA ÚLTIMA SEMANA (7 DIAS) QUANTOS <u>DIAS</u> BEBEU LEITE	<input type="checkbox"/> dias
30. QUANTOS COPOS BEBEU EM MÉDIA POR DIA?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> copos

9 - ACTIVIDADE FÍSICA	9 - ACTIVIDADE FÍSICA
<p>31. DEDICA-SE A ALGUMA ACTIVIDADE FÍSICA REGULAR (CORRER, ANDAR DE BICICLETA OU OUTRAS) O SUFICIENTE PARA COMEÇAR A SENTIR CANSAÇO?</p> <p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>32. QUANTOS DIAS POR SEMANA?</p>	<p><input type="checkbox"/> dias</p>