

Ana Catarina Martins Gonçalves

Estilo de Vida dos Estudantes do Ensino Superior da Zona Norte do País

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Ponte de Lima, 2019

Ana Catarina Martins Gonçalves

Estilo de Vida dos Estudantes do Ensino Superior da Zona Norte do País

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Ponte de Lima, 2019

Ana Catarina Martins Gonçalves

Estilo de Vida dos Estudantes do Ensino Superior da Zona Norte do País

(Ana Catarina Martins Gonçalves)

Resumo

Os Estilos de Vida (EV) são um conjunto de hábitos, costumes e comportamentos de resposta às situações do dia a dia, aprendidos através do processo de socialização e que vão sendo constantemente reinterpretados e testados ao longo do ciclo de vida, perante diferentes situações sociais, sendo influenciados, modificados ou inibidos pelo processo de socialização.

A mudança para o ensino superior marca uma transição desenvolvimental, por ser considerada um momento de passagem da adolescência à vida adulta, durante a qual se consolidam ou iniciam comportamentos de risco que comprometem a saúde, presente e futura, do estudante, determinando a necessidade de intervenções específicas.

O Ensino Clínico (EC) em enfermagem, pelas suas características intrínsecas e pela complexidade de situações que apresenta, leva o estudante a enfrentar novos sentimentos que potenciam a vivência e a adoção de comportamentos mais, ou menos, saudáveis, sendo o objetivo da presente investigação conhecer o Estilo de Vida dos estudantes em Ensino Clínico da Licenciatura em Enfermagem, de um Instituto Politécnico do Norte do País.

Para isso realizou-se um estudo quantitativo, descritivo e transversal, com uma amostra não probabilística em bola de neve, constituída por 33 estudantes em EC da Licenciatura em Enfermagem. Para realizar a colheita de dados, utilizou-se como instrumento o questionário “Estilo de Vida Fantástico”, adaptado e validado para a população portuguesa por Amado, Brito e Silva (2014).

Após a recolha de dados, procedeu-se ao tratamento estatístico recorrendo ao SPSS, versão 23.0 para Windows, constatando-se que os melhores resultados apresentados pelos estudantes se concentram no domínio da Família e Amigos, sendo que os domínios da Atividade Física /Associativismo, Nutrição e Tabaco foram os que refletiram piores resultados. Relativamente às dimensões do Álcool e Drogas, Sono e Stress, Trabalho /

Tipo de Personalidade e Introspeção constatou-se que apresentam dados alarmantes. No que concerne ao domínio Comportamentos de Saúde e Sexual e Outros Comportamentos é de notar que apresenta valores preocupantes.

A caracterização global do estilo de vida dos estudantes demonstrou que, de um modo geral, os mesmos se encontram classificados como possuidores de um estilo de vida “Muito Bom” e “Bom”, que se traduzem nos seus comportamentos, revelando assim a imprescindibilidade de uma maior sensibilização dos estudantes face à adoção de um estilo de vida mais saudável, principalmente ao nível da prática de atividade física e nutrição.

Palavras-chave: Estudante Ensino Superior; Ensino Clínico; Estilo de Vida; Transição; Promoção da Saúde.

Abstract

Lifestyles are a set of habits, customs and behaviours influenced by daily situations, learnt through the process of socialization and constantly reinterpreted and tested throughout the life cycle and in different social situations, being influenced, altered or inhibited by the process of socialization.

Going to university marks a developmental transition as it is seen as a period of transition from adolescence into adulthood, during which risk behaviours that compromise the students' present and future health are initiated or consolidated.

Clinical Teaching (CT) in nursing education, due to its intrinsic characteristics and complexity of situations it presents, leads the students towards facing new feelings that can promote the experiencing and adoption of more, or less, healthy habits, thus making it the aim of this investigation to know the lifestyle of the students in Clinical Teaching of the degree in Nursing of a Polytechnic Institute from the north of the country.

To do so we made a quantitative, descriptive and cross sectional study based on a snowball sampling made up of 33 students in CT of the degree in Nursing. To collect data we used the adapted and validated version of the FANTASTIC lifestyle questionnaire by Amado, Brito e Silva (2014).

The data was treated using the SPSS, 23.0 version for Windows, and lead us to conclude that the best results presented by the students were centered on the domain Family/Friends while the worst results were centered on the domains Activity, Nutrition and Tobacco When it comes to the domains Alcohol and Drugs, Sleep and Stress, Work/Type of behaviour and Insight, the results are alarming. The results for the domains Health and Sexual Behaviours and Other Behaviours is also cause for concern.

The global characterization of the students' lifestyle shows that, in general, their lifestyle is "Very Good" and "Good", which translates into their behaviours, and reveals that

encouraging students to adopt a healthier lifestyle is vital, especially in what concerns physical activity and nutrition.

Key words: Higher Education Student; Clinical Teaching; Lifestyle; Transition; Health Promotion.

Agradecimentos

O presente trabalho representa a conclusão de uma etapa muito importante para mim. Foi um percurso marcado por muito trabalho, esforço e dedicação, mas não teria conseguido chegar até aqui sem o apoio e ajuda de muitas pessoas, às quais não quero deixar de agradecer.

Agradeço especialmente à Professora Doutora Margarida Ferreira pela sua imprescindível orientação neste projeto, pela transmissão de conhecimentos e disponibilidade, pelo acolhimento, por todo o apoio e ajuda que me prestou ao longo desta investigação e ao longo do meu percurso académico.

A todos os professores que contribuíram para a minha formação, que me ajudaram a evoluir, a ultrapassar dificuldades e a melhorar a minha postura enquanto futura profissional.

Um obrigada a todos os constituintes da Universidade Fernando Pessoa, pela sua contribuição quer direta ou indireta na minha preparação como futura enfermeira.

A todos os meus amigos agradeço a força, a motivação, a compreensão, o reforço positivo e o carinho que sempre demonstraram e por terem estado sempre presentes, nos bons e nos maus momentos da minha vida.

Por último, mas não menos importante, agradeço à minha família, aos meus pais, à minha irmã, ao meu namorado e ao meu filho, cujo amor, apoio incondicional, carinho, motivação, paciência e compreensão foram essenciais e fundamentais para a conclusão desta etapa.

Lista de Abreviaturas e Siglas

Cit. in - Citado em

DGS - Direção Geral de Saúde

EC- Ensino Clínico

et. alii - Há três ou mais autores e só está citado o primeiro

EV - Estilo de Vida

IMC - Índice de Massa Corporal

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS- Organização Pan-Americana da Saúde

OPSS - Observatório Português dos Sistemas da Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

UFP - Universidade Fernando Pessoa

WHO - World Health Organization

Índice

| | |
|--|----|
| Introdução | 16 |
| I. Fase Conceptual | 19 |
| 1. Problema de investigação | 19 |
| i. Domínio da investigação | 20 |
| ii. Questões pivô e questão de investigação | 20 |
| iii. Objetivos de investigação | 21 |
| 2. Revisão da literatura | 22 |
| i. Estudante do Ensino Superior em Ensino Clínico | 22 |
| ii. Estilos de vida | 24 |
| iii. Promoção de estilos de vida saudáveis nos estudantes universitários | 26 |
| II. Fase Metodológica | 30 |
| 1. Desenho de Investigação | 30 |
| i. Tipo de estudo | 30 |
| ii. População alvo, amostra e processo de amostragem | 31 |
| iii. Variáveis em estudo | 32 |
| iv. Instrumento de recolha de dados e pré-teste | 33 |
| v. Pré- teste | 36 |
| vi. Tratamento e apresentação dos dados | 37 |
| 2. Salvaguarda dos princípios éticos | 37 |
| III. Fase Empírica | 39 |
| 1. Apresentação, Análise, Interpretação e Discussão dos Dados | 39 |
| 2. Conclusões do estudo | 60 |
| Conclusão | 62 |

| | |
|---|----|
| Referências Bibliográficas | 65 |
| Anexos | 72 |
| Anexo I - Instrumento de recolha de dados | |
| Anexo II - Autorização dos autores | |
| Anexo III - Autorização da Comissão de Ética da UFP | |
| Anexo IV - Pedido de Autorização aos autores | |

Índice de Gráficos

| | |
|---|----|
| Gráfico nº 1 - Distribuição por Género | 40 |
| Gráfico nº 2 - Distribuição por Grupo Etário | 41 |
| Gráfico nº 3 - Distribuição por Estado Civil | 41 |
| Gráfico nº 4 - Distribuição pela possibilidade de possuir alguma Doença Crónica | 42 |
| Gráfico nº 5 - Índice de Massa Corporal (IMC) | 44 |
| Gráfico nº 6 - Categorização do Estilo de Vida da Amostra | 59 |

Índice de Tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela 1. Classificação IMC | 43 |
| Tabela 2. Família e Amigos | 44 |
| Tabela 3. Atividade Física/ Associativismo | 45 |
| Tabela 4. Nutrição | 47 |
| Tabela 5. Tabaco | 48 |
| Tabela 6. Álcool e outras Drogas | 50 |
| Tabela 7. Sono e Stress | 52 |
| Tabela 8. Trabalho/Tipo de personalidade | 54 |
| Tabela 9. Introspeção | 55 |
| Tabela 10. Comportamento de Saúde e Sexual | 56 |
| Tabela 11. Outros Comportamentos | 58 |

Introdução

O presente estudo de investigação surge no âmbito do currículo pedagógico do 4º ano da Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Pólo de Ponte de Lima, no ano letivo de 2018/2019, como requisito para a obtenção do grau de Licenciado em Enfermagem.

Segundo Fortin (2009), o ponto de partida de uma investigação desperta interrogações e inquietações, necessitando de uma explicação ou uma melhor compreensão. A concretização e realização deste projeto de Graduação apresenta motivações, quer académicas, quer pessoais, para o investigador.

Como motivação académica principal surge o desejo de concluir a Licenciatura em Enfermagem, mas também a aquisição de um leque de competências a nível da Investigação, em particular na Enfermagem, de forma a contribuir para o inquirimento como prática recorrente, aquando do exercício da atividade profissional.

Em termos pessoais, esta investigação tem como motivação aprofundar conhecimentos sobre os estilos de vida dos estudantes do ensino superior, conhecer a forma como conduzem seu estilo de vida através de comportamentos considerados saudáveis ou não, conhecer os fatores relacionados com um estilo de vida adequado de forma a poder contribuir para a realização de programas de intervenção direcionados à promoção da saúde dessa população em particular, tendo presente o seu perfil.

O tema em estudo centrou-se nos Estilos de Vida dos Estudantes de Enfermagem, em Ensino Clínico e emerge como uma questão atual e pertinente: Que influência têm os Estilos de Vida adquiridos durante a frequência do ensino superior, e particularmente em EC, sobre o estudante, numa fase da vida que é fulcral para o alicerçamento de comportamentos?

Os Estilos de Vida (EV) são um conjunto de hábitos, costumes e comportamentos de resposta às situações do dia a dia, aprendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados ao longo do ciclo de vida e em diferentes situações sociais, sendo influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização (DGS, 2017; WHO 2004). Estes incluem os hábitos no que diz respeito à alimentação, à atividade física, ao tabagismo, ao álcool, às drogas, ao comportamento sexual, ao sono e ao stress, que são classificados como determinantes da saúde. Os estilos de vida pouco saudáveis, que passam por hábitos sedentários, dietas desequilibradas, consumo exagerado de tabaco e álcool ou gestão inadequada do stress, são fatores de risco para as doenças crónicas (Almeida, 2013). No entanto, estes são preveníveis e a promoção de estilos de vida saudáveis representa assim uma oportunidade de promoção de saúde uma vez que os ganhos resultantes da adoção de um estilo de vida saudável se refletem positivamente na saúde (DGS, 2017).

A entrada para a Universidade é um momento de viragem marcante na biografia de qualquer estudante, é um período de mudança para o jovem adulto, a conquista de mais autonomia, o assumir de responsabilidades e, muitas vezes, a saída de casa dos pais causa mudanças nos estilos de vida dos estudantes universitários (Faria, 2012; Silva *et alii*, 2015).

Nesta fase da vida, o jovem é confrontado com novas expectativas, papéis mais exigentes enquanto estudantes, novos métodos pedagógicos, sistemas de avaliação e conteúdos programáticos desconhecidos, um combinado de modificações que exige dos estudantes uma capacidade para alterar rotinas e adquirir novos hábitos de vida e de estudo (Silva *et alii*, 2015). No entanto, com a entrada no mundo académico, por vezes, iniciam-se ou consolidam-se práticas menos saudáveis, como o abuso de álcool, o tabagismo e o sedentarismo que enfatizam a necessidade de intervenções específicas, visto que tornam os estudantes universitários num grupo vulnerável, em termos de saúde (Guimarães, 2017).

Tendo presente a pesquisa bibliográfica realizada, verifica-se que pouco se sabe sobre as práticas quotidianas que consubstanciam os estilos de vida dos estudantes em Portugal, sendo o conhecimento acumulado sobre o tema, nas diferentes vertentes, parco. Assim, e sendo conhecedora desta temática e sentindo a necessidade e vontade de investir na promoção de estilos de vida saudáveis, pretende-se dar resposta à seguinte questão de investigação: “*Qual o Estilo de Vida dos Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico de um Instituto Politécnico no norte do País?*”.

Nesta perspetiva, o objetivo geral do estudo é conhecer o Estilo de Vida dos estudantes em Ensino Clínico da Licenciatura em Enfermagem do Ensino Superior da Zona Norte do País.

Para tal, optou-se pela metodologia descritiva com abordagem quantitativa. O instrumento de recolha de dados utilizado foi o questionário “Estilo de vida fantástico” de Amado, Brito e Silva (2014), aplicado a uma amostra de 33 estudantes que frequentam um Instituto Politécnico da Zona Norte do País. O tratamento dos dados foi realizado com recurso ao programa SPSS, versão 23.0 para Windows.

O estudo, de *per si*, está dividido em três partes distintas: na primeira parte, fase conceptual, aborda-se o problema de investigação, o domínio de investigação, as questões pivô e de investigação, os objetivos do estudo e, também, os elementos teóricos relevantes para a temática, fazendo-se a revisão da literatura que aborda o Estudante do Ensino Superior em Ensino Clínico, os Estilos de Vida e a Promoção de estilos de vida saudáveis nos estudantes universitários; na segunda parte, fase metodológica, apresenta-se o tipo de estudo, a população e a amostra, as variáveis do estudo, o instrumento de recolha de dados e pré-teste, o tratamento e apresentação dos dados e as considerações éticas; na terceira parte, fase empírica, trata-se a apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos, de acordo com os objetivos e questões de investigação.

A esta apresentação detalhada do estudo seguem-se as conclusões e as considerações finais, onde é possível constatar que melhores resultados apresentados pelos estudantes

se concentram no domínio da Família e Amigos, no entanto os domínios da Atividade Física /Associativismo, Nutrição e Tabaco foram os que refletiram piores resultados. Relativamente aos resultados obtidos sobre o estilo de vida dos mesmos em EC, observou-se que mais de metade dos estudantes obteve resultados iguais ou superiores a 86 pontos, verificando-se que a maioria dos inquiridos (64%), revela um estilo de vida “Muito Bom”.

I. Fase Conceptual

De acordo com Fortin (2009), conceptualizar refere-se a um processo, ou a um modo organizado de formar ideias, de as fundamentar, abordando de forma efetiva um assunto, com o objetivo de obter uma perceção clara e organizada do objeto de estudo. A fase conceptual inicia-se quando o investigador começa a trabalhar uma ideia, de forma a orientar a sua investigação, podendo esta resultar de uma observação ou de uma inquietação sobre algum aspeto em particular.

Esta fase pode ser dividida em quatro etapas: 1) escolha e levantamento do problema de investigação; 2) revisão da literatura, que permite perceber o estado do conhecimento relativamente ao problema de investigação; 3) elaboração de um quadro de referência, que serve de orientação para a formulação das questões de investigação; e, por último, 4) enunciação do objetivo, das questões de investigação ou das hipóteses.

A fase conceptual reveste-se de uma importância acrescida, tal como refere Fortin (2009), pois proporciona a toda a investigação as suas bases, interpretação e sentido.

1. Problema de investigação

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

Este facto leva à formulação de um problema de investigação, ao qual o processo de investigação tentará dar solução.

Para a sua formulação, como já foi referido anteriormente, são necessárias algumas condições, nomeadamente a escolha antecipada de um tema de investigação.

Neste sentido, surge a problemática em estudo: *O Estilo de Vida dos Estudantes do Ensino Superior*.

i. Domínio da investigação

Segundo Fortin (2009), aquando de uma investigação existe um vasto campo de interesses, no entanto pode-se delimitar a um domínio de investigação mais preciso. Desta forma, o tema de estudo é um elemento particular de um domínio de conhecimentos que interessa ao investigador e o impulsiona a fazer uma investigação.

O domínio de investigação, apresenta ainda uma importância acrescida, visto que proporciona o suscitar de uma questão que se relaciona com o domínio. Neste contexto o domínio em estudo é: *O Estilo de Vida dos Estudantes do Ensino Superior, em Ensino Clínico*.

ii. Questões pivô e questão de investigação

Após a identificação do domínio de investigação, projetou-se a seguinte questão: “*Qual o Estilo de Vida dos estudantes de Enfermagem do Ensino Superior de um Instituto Politécnico no norte do País?*”

De seguida, e tendo a noção da importância da questão pivô num trabalho de investigação, para dar rumo ao mesmo, formularam-se as seguintes questões:

Q1: Qual o perfil sociodemográfico dos Estudantes da Licenciatura em Enfermagem, de um Instituto Politécnico no norte do País, em Ensino Clínico?

Q2: Quais os fatores biológicos, sociais e psicológicos, determinantes no estilo de vida dos Estudantes da Licenciatura em Enfermagem, de um Instituto Politécnico no norte do País, em Ensino Clínico?

iii. Objetivos de investigação

Um objetivo, segundo Fortin (2009) e Ribeiro (2010), é um enunciado que indica claramente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo, ou seja, é o fio condutor da investigação, o que o investigador se propõe fazer para responder à questão de investigação. Nele são especificadas as variáveis-chave, a população onde os dados serão recolhidos e o verbo de ação que serve para orientar a investigação.

Neste estudo, os objetivos da investigação encontram-se divididos em objetivo geral e objetivos específicos e são os seguintes:

Objetivo geral

- Conhecer o Estilo de Vida dos estudantes da Licenciatura em Enfermagem do Ensino Superior da Zona Norte do País, em Ensino Clínico.

Objetivos específicos

- Caracterizar sociodemograficamente os estudantes em Ensino Clínico da Licenciatura em Enfermagem de um Instituto Politécnico no norte do País;
- Descrever os estilos de vida dos estudantes em Ensino Clínico da Licenciatura em Enfermagem de um Instituto Politécnico no norte do País;
- Identificar e analisar os fatores determinantes do Estilo de Vida dos Estudantes em Ensino Clínico de Enfermagem de um Instituto Politécnico no norte do País;

2. Revisão da literatura

A revisão da literatura consiste em procurar e consultar o que já foi escrito no domínio da investigação em estudo, para dela extrair e sintetizar a informação relevante.

Esta etapa revela-se de extrema importância pelo que, em seguida, aborda-se a literatura relevante para esta investigação.

i. Estudante do Ensino Superior em Ensino Clínico

A entrada no Ensino Superior, como Silva *et alli* (2015) referem, é encarada por muitos estudantes como uma oportunidade de promoção do seu desenvolvimento intelectual, pessoal e social. Para além da possibilidade de obtenção de uma aprendizagem formal qualificada numa determinada área de conhecimento, confronta os jovens com novos papéis, novos métodos pedagógicos, novos sistemas de avaliação e novos conteúdos programáticos. Esta transição caracteriza-se por novas expectativas, mudanças e desafios aos quais o estudante deverá procurar responder adequadamente de modo a experienciar uma adaptação positiva e satisfatória. Mas estas mudanças poderão também ser potenciadoras de crises e obstáculos, gerando stress e ansiedade (Santos, 2011) sendo a sua capacidade para modificar, ou não, rotinas e adquirir novos hábitos de estudo e, consequentemente, novos comportamentos de saúde, mais ou menos saudáveis, que definirão a sua saúde futura (Santos, 2011; Silva *et alii* 2015).

Atualmente, o ensino de enfermagem tornou-se objeto natural da investigação científica dos enfermeiros, uma vez que a aprendizagem em contexto clínico compõe uma grande parte dos cursos de licenciatura e da vida dos estudantes de enfermagem. Com efeito, cerca de metade da sua formação tem lugar em instituições de saúde, em confronto direto com a realidade clínica (Costa, 2012).

É neste contexto que, segundo Fernandes (2010), o estudante tem oportunidade de descobrir a realidade das situações que terá de enfrentar ao longo da sua profissão, complementando-se o ensino em contexto de sala de aula que, independentemente de utili-

zar os métodos pedagógicos mais eficazes, é incapaz de substituir o contacto direto com a realidade que as instituições de saúde permitem.

Mas este momento acaba por ser aguardado por todos os estudantes com bastante ansiedade, pois embora permita pôr em prática todos os conhecimentos teóricos previamente adquiridos, quando integrados nas equipas, serão confrontados com novas experiências e terão de desenvolver outras áreas do saber, tais como saberes morais, sociais, relacionais, de saber estar e saber ser (Aguiar, 2013), tendo um impacto incomensurável nas bases pessoais e profissionais do estudante (Costa, 2012; Espada, 2013).

Só com a prática é que o estudante compreende verdadeiramente a responsabilidade e o papel do enfermeiro e se consciencializa das exigências da profissão, nomeadamente ao nível das competências cognitivas, instrumentais, de relação interpessoal e crítico reflexivas (Espada, 2013). É uma etapa de descoberta e preparação no que se refere às particularidades da profissão, sendo o momento em que se observa a predisposição do estudante para a mesma, bem como o seu desempenho em termos psicológicos e emocionais, processo esse que poderá ser acompanhado de uma certa ansiedade (Costa, 2012).

Em situação de EC os estudantes experienciam cuidar de doentes, a pressão de tempo e mudanças frequentes de serviços/instituições de saúde, que poderão ser fatores indutores de stress (Custodio, 2017), podendo acrescentar-se a essa lista o medo de errar, as dificuldades de comunicar com o doente, família e profissionais, a supervisão dos professores ou tutores e os momentos de avaliação (Loureiro, 2012). Todos estes pontos são potenciais ameaças à autoestima e ao bem-estar pessoal do estudante que se vê num duplo papel, o de aprender, dado encontrar-se numa fase de formação, e o de fazer, com uma qualidade idêntica à de um profissional cuja ação está centrada no doente (Custodio, 2017).

No âmbito destas constatações, emerge a noção do stress provocado pela atividade profissional do estudante em EC e as suas repercussões no desenvolvimento do seu trabalho em EC, não menosprezando a dimensão psicossocial que o stress abrange, mas tam-

bém o seu contributo para a prevalência e incidência de estilos de vida pouco saudáveis (Loureiro, 2012; Martins *et alii* 2017).

ii. Estilos de vida

A forma como cada pessoa gere o seu próprio capital de saúde ao longo da vida, através de opções individuais expressas no que poderemos entender como estilo de vida, constitui assim uma questão essencial na génese da saúde individual e coletiva (DGS, 2017).

O Estilo de Vida, é um dos fatores mais importantes para a manutenção da saúde, e para favorecer o prolongamento da longevidade da população. É definido pela OMS, como uma forma geral de vida, baseada na interação das condições de vida e nos padrões individuais de conduta, determinados por fatores socioculturais e pelas características pessoais (Suescún-Carrero *et alii*, 2017).

Sendo o estilo de vida designado por níveis de comportamento identificáveis que podem apresentar consequências na saúde dos indivíduos, encontra-se associado a diferentes aspetos e traduzem as atitudes, valores assim como as possibilidades na vida dos indivíduos (Suescún-Carrero *et alii* 2017).

O ingresso no ensino superior provoca mudanças no EV dos estudantes, resultantes do aumento de responsabilidades e de afazeres, iniciando-se ou consolidando-se muitas vezes comportamentos pouco saudáveis, como o tabagismo, o consumo de álcool, as alterações dos hábitos alimentares, a ausência de prática de exercício físico, a adoção de comportamentos sexuais de risco, entre outros, o que causa lacunas no estilo de vida dos indivíduos, as quais têm implicações sobre a sua saúde, tornando estes jovens vulneráveis (Loureiro, 2012; Figueiredo *et alii* 2016).

O aumento de hábitos sedentários, uma má alimentação, o consumo de álcool e tabaco e os elevados níveis de stress são comportamentos considerados de risco para o desenvolvimento de doenças crónicas. De acordo com a OMS, estas representam cerca 86% das

mortes e 77% do total de doenças na Europa (WHO, 2004; WHO, 2011), tendo como etiologia, fatores relacionados com o estilo de vida (George, 2014).

Pesquisas reportaram que ao ingressar na universidade há um aumento do nível de stress, alterações dos hábitos alimentares e redução da atividade física, o que se reflete no incremento do sobrepeso neste segmento populacional. A atividade física e os hábitos alimentares são dois elementos do estilo de vida que desempenham um papel significativo na promoção da saúde e na prevenção de diversas doenças. Aliado a isso, outros elementos do EV são também significativos para a saúde e o bem-estar, tais como, evitar o uso de cigarros e o consumo de álcool, possuir um bom relacionamento com a família e amigos, a prática de sexo seguro, e principalmente possuir uma visão otimista e positiva da vida (Silva *et alii*, 2011).

O consumo de tabaco, os erros alimentares, a obesidade, o consumo excessivo de álcool, a inatividade física e a má gestão do stress estão claramente identificadas como sendo os principais fatores implicados na origem de diversas doenças, as chamadas doenças crónicas, que apresentam uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial da pessoa para o seu controlo e eventual reabilitação, podendo exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados (United Nations, 2011; OPAS, 2012; OPSS, 2012; Graça e Gregório, 2013; WHO, 2015).

As doenças crónicas também chamadas de doenças não transmissíveis ou de doenças relacionadas com os EV, nomeadamente as doenças cardiovasculares, diabetes, neoplasias e doenças respiratórias crónicas, representam, hoje em dia, a principal causa de morbilidade e mortalidade nas sociedades desenvolvidas, cerca de 80%, muitas delas prematuras. São a nova ameaça para a população mundial, sendo as principais causadoras de situações de incapacidade, muitas vezes permanente, e perda de qualidade de vida, com reflexo muito significativo na utilização de serviços de saúde, meios com-

plementares de diagnóstico e medicamentos (George, 2014; Suescún-Carrero *et alii* 2017).

A intervenção sobre os estilos de vida, entendidos como o conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às diversas situações do dia-a-dia, aprendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados ao longo do ciclo de vida e em diferentes situações sociais, obriga à efetivação de estratégias de promoção da saúde, multissetoriais e multidisciplinares, compreensivas, variadas, continuadas e sujeitas a avaliação (George, 2014; Suescún-Carrero *et alii* 2017).

iii. Promoção de estilos de vida saudáveis nos estudantes universitários

O ser humano transporta em si um conjunto de hábitos e costumes, que são influenciados e modificados, ao longo da sua vida, em função do processo de socialização, que irá refletir os estilos de vida de cada sujeito. Os EV refletem um aglomerado de padrões comportamentais diretamente relacionados e que dependem das condições económicas, políticas, sociais, culturais e educacionais da sociedade em geral e da alteração do meio em que o indivíduo está inserido e que este adota conscientemente, através das suas escolhas (Loureiro, 2012).

Com a entrada na universidade, os jovens iniciam ou consolidam, muitas vezes comportamentos pouco saudáveis, como o tabagismo, o consumo de álcool, alimentação inadequada (Loureiro, 2012).

O ingresso no ensino clínico constitui umas das etapas académicas mais importantes para os estudantes. A vivência de situações, que sendo potencialmente stressantes para os enfermeiros, o serão, com certeza, para eles pois é-lhes exigido uma maior responsabilidade, serem capazes de fazer uma gestão adequada do tempo, deixa-os à mercê da ansiedade, do medo, inquietações, stress e mal-estar (Martins *et alii* 2017) que poderá levá-los a iniciar ou consolidar comportamentos pouco saudáveis.

Ora, se o estado de saúde é um dos fatores decisivos para a adoção de comportamentos promotores de saúde, então, e segundo a OMS e Custódio (2017), a percepção que cada pessoa tem acerca do seu estado de saúde é um indicador recomendado para a avaliação do mesmo. Com efeito, a percepção do estado de saúde é atualmente um dos indicadores mais usados em saúde, quer como preditor de morbilidade, quer para a monitorização da saúde das populações pela OMS (Araújo *et alii*, 2011), sendo esta percepção afetada por diferentes fatores, particularmente fatores biológicos, comportamentais, ambientais, socioeconómicos e psicológicos (Ross, 2010).

E se a saúde está diretamente relacionada com os comportamentos adotados pelos indivíduos ao longo da vida, a melhor de forma a promover saúde passará pela mudança de comportamentos, devendo a intervenção ser feita neste sentido, por meio da educação para a saúde (Fernandes, 2018), para a adoção de comportamentos saudáveis.

Se os estudantes adotarem um estilo de vida saudável (ativo), em conjugação com outros comportamentos tidos como positivos, conseguirão obter benefícios para a sua saúde (Mota *et alii*, 2010). Para isso, ele terá de ser capaz de, como refere Freire (2016) potencializar e aperfeiçoar as suas aptidões e capacidades que propiciem a sua adaptação às diferentes etapas do seu ciclo vital, assim como aos processos de saúde e doença, de forma eficaz.

A Promoção da Saúde, vai além das ações de prevenção e controlo da doença, na qual o foco deve ser colocado nas dimensões positivas da saúde (OMS, 1986) e a saúde passa a ser vista como um investimento, surgindo assim o paradigma salutogénico que se focaliza nas capacidades de resiliência dos indivíduos e dos grupos, procurando alavancar as potencialidades e os recursos existentes (Loureiro, 2013).

A população deve ficar habilitada para controlar, dirigir a sua saúde de forma a fazer opções conducentes à saúde, sendo elementar capacitar as pessoas para aprenderem durante toda a vida, preparando-as para as diferentes etapas da vida, mas também para encararem as doenças crónicas e as incapacidades (OMS, 1986). A promoção da saúde ao

nível individual melhora a tomada de decisão individual e as práticas de saúde (Pender, 2011) e passa, assim, por incentivar o indivíduo ou a comunidade a adotar atitudes e comportamentos adequados para melhorar os potenciais de saúde físicos e psicossociais, mediante informações de saúde, programas de prevenção e acesso a cuidados médicos de consumo (Santos, 2011).

Esta promoção da saúde deve começar com trabalho dos profissionais de saúde junto do jovem, em conjunto com a sua família/pessoa significativa, independentemente da situação em que ele se encontre, com o objetivo de promover o mais elevado estado de saúde possível, disponibilizando cuidados ao jovem saudável ou doente, proporcionando educação para a saúde, assim como agilizando recursos de suporte existentes. (OE, 2010).

Identificando as necessidades de saúde específicas nas crianças e adolescentes, é possível determinar linhas de orientação tendo em vista a promoção da saúde. Como objetivos prioritários das políticas de saúde dos jovens destacam-se: promover a saúde integral dos jovens, nas várias dimensões do bem-estar físico e psicossocial desenvolvendo a autonomia e autodeterminação em saúde, estimular para adoção de uma cultura de segurança, promover a saúde sexual e reprodutiva, incentivar a prática do exercício físico, prevenir o sedentarismo, promover a alimentação saudável e equilibrada, contribuir para a redução do consumo de produtos causadores de habituação ou dependência (DGS, 2006; George, 2014).

O conhecimento do estilo de vida dos estudantes permite uma intervenção mais dirigida, para a promoção da saúde e prevenção da doença. Promover um estilo de vida saudável, está relacionado com as práticas individuais que contribuem para manter e proteger a saúde, comportamentos imunogénicos, ao nível da responsabilidade em saúde, da atividade física, da nutrição, das relações interpessoais, do crescimento espiritual, da gestão do stress, do consumo de álcool e outras substâncias nocivas como tabaco e drogas e da realização regular de consultas (Pender 2011 e Antunes, 2015).

A partir do momento em que se adotam e assimilam comportamentos saudáveis como pertencentes ao estilo de vida, considera-se que foi feito um reforço para a prevenção e diminuição do risco de desenvolver doenças crónicas.

Relacionado com a estrutura emocional, são tidas como mais-valias para a saúde a redução da ansiedade, da tensão e da depressão já que proporcionarão uma melhoria na concentração e atenção do indivíduo, restabelecendo o sentimento de bem-estar (Ansari *et alli* 2011).

No caso da nutrição, o cuidado na seleção e ingestão de alimentos, no controlo da quantidade de alimentos ingeridos, na manutenção do peso recomendado, com a ingestão de sal ou gorduras, contribui para um estado de saúde positivo (Soto *et alii*, 2009).

O autocuidado inclui, como atitudes praticadas para benesse da saúde, a realização de exames médicos, a atenção em cumprir um padrão estável e adequado de sono, de modo a revigorar a energia essencial do organismo, os cuidados ao nível da sexualidade, executando condutas direccionadas para receber e dar prazer implicando o próprio corpo e o dos outros, atendendo às precauções indispensáveis para que não haja riscos para a saúde (Soto *et alii*, 2009).

Para além de sensibilizar os jovens, e a população em geral para estes aspetos positivos, é necessário também sensibilizar os jovens para os vários efeitos adversos, danos na saúde, promoção de doenças, problemas académicos e profissionais, acidentes de viação, gravidezes, diferentes tipos de violência, suicídio e problemas do foro psicológico que são provocados pelo consumo de substâncias, tais como drogas e semelhantes, que modificam o funcionamento do sistema nervoso e conseqüentemente os comportamentos (Silva *et alii*, 2015).

É fundamental reforçar que um nível elevado de saúde permite disponibilizar mais energia, durante mais tempo, na realização das atividades do dia-a-dia, sejam elas no âmbito do trabalho, da vida familiar, das relações sociais, das atividades de lazer, culturais ou outras, proporciona um melhor autocontrolo e autonomia. A adoção de estilos de

vida saudáveis, contribui para uma melhor saúde, permite viver a vida durante mais tempo, com mais vivacidade e qualidade (Nogueira e Remoaldo, 2010; Loureiro, 2013).

II. Fase Metodológica

A fase metodológica traduz-se na definição dos meios e recursos a utilizar para realizar a investigação (Fortin 2009).

Como tal, nesta fase é abordado o desenho de investigação, o tipo de estudo, a população alvo, a amostra e o processo de amostragem, as variáveis em estudo, o instrumento de recolha de dados e pré-teste, o tratamento e a apresentação dos dados e, por fim, a salvaguarda dos princípios éticos.

1. Desenho de Investigação

Fortin (2009) refere que o desenho de investigação corresponde a uma planificação que possibilita responder às questões ou confirmar hipóteses e determina mecanismos de controlo com o principal objetivo de reduzir os riscos de erro. Sustenta ainda que o desenho de investigação orienta o investigador na planificação e realização do estudo para que os objetivos sejam cumpridos.

i. Tipo de estudo

Para a realização deste estudo, elegeu-se a metodologia descritiva, transversal e quantitativa.

Vilelas (2009) defende que através de estudos quantitativos existe a possibilidade de decifrar em números as opiniões e as informações para, posteriormente, proceder à sua análise e classificação. Estes estudos destinam-se à apresentação e à manipulação numérica de observações perspetivando uma descrição e a explicação do fenómeno sobre o qual recaem as observações.

No entendimento de Fortin (2009) o método de investigação quantitativa passa por um desempenho ordenado de colheita de dados observáveis e quantificáveis, fundamentado na observação, factos que existem autonomamente ao investigador e alega ainda que os estudos descritivos visam compreender fenómenos vividos por pessoas, categorizar uma população ou conceptualizar uma situação, esclarecendo que o desenho descritivo permite descrever fenómenos e encontrar relações entre variáveis.

Segundo Ribeiro (2010), os estudos descritivos proporcionam informação sobre a população em estudo podendo ser transversais, de comparação entre grupos ou longitudinais, constatando-se que este estudo é considerado transversal, uma vez que serve para medir a frequência de aparição de um acontecimento ou de um problema num determinado momento temporal (Fortin, 2009). É um estudo que se direciona apenas para um grupo que tem como objetivo representar a população em estudo, onde os dados são obtidos num determinado momento.

ii. População alvo, amostra e processo de amostragem

Fortin (2009), caracteriza a população como um conjunto de elementos o conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem delimitado, tendo presente uma ou várias características comuns, sobre o qual se assenta a investigação.

A população alvo é uma população sobre a qual são feitas inferências baseadas numa amostra retirada aleatoriamente da própria população. Neste estudo, a população é constituída por todos os estudantes de enfermagem em ensino clínico da zona norte do país.

A amostra designa-se por uma porção ou parcela, convenientemente selecionada do universo ou da população. Segundo Fortin (2009), uma amostra é um subconjunto representativo da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra selecionada, constituindo uma réplica em miniatura da população alvo.

Ao encontro de Fortin vai Coutinho (2014) que refere que uma amostra é um grupo de indivíduos ou objetos selecionados para exibir a população inteira de onde derivaram, de quem se irá colher os dados e que deve possuir as mesmas características da população de onde foi extraída.

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

Selecionou-se uma amostra Snowball ou Bola de Neve, pois, objetiva que os inquiridos escolhidos incitem pessoas da sua rede de contactos a participarem no estudo. Como Fortin (2009) explica, o investigador consegue sujeitos que preencham os critérios de inclusão e pede-lhes que recomendem outras pessoas detentoras das mesmas características pelas quais foram selecionadas. No presente estudo a amostra é constituída por 33 estudantes de enfermagem em EC, pertencentes a um Instituto Politécnico zona norte do país.

Para Fortin (2009), este método é menos fidedigno e pode transformar a amostra em não representativa, no entanto esta possibilidade poderá ser contornada e reduzida com a aplicabilidade de critérios de inclusão mais específicos.

Os critérios de inclusão tidos em consideração para definir a amostra foram:

- Ser estudante do Ensino Superior;
- Encontrar-se a frequentar a Licenciatura em Enfermagem em Ensino Clínico, de ambos os sexos, que aceitem participar no estudo de livre e espontânea vontade.

iii. Variáveis em estudo

As variáveis de investigação são consideradas uma componente essencial, uma vez que a investigação é desenvolvida consoante as mesmas (Ribeiro, 2010).

De acordo com o autor supracitado, a variável é uma característica que mutável, distribuindo-se por diversos valores ou qualidades, ou então de diferentes tipos, se apresenta como sendo o oposto a uma constante.

Para Fortin (2009), as variáveis são as unidades de base da investigação. Sendo as mesmas, qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos de situações passíveis de alterar ou variar no tempo.

Na mesma linha de pensamento, Fortin (2009) afirma que as variáveis atingem valores que podem ser avaliados, manipulados ou controlados, podendo ser classificadas de acordo com o papel que representam na investigação, como independentes, dependentes, de investigação, e atributos.

As variáveis de atributo são características pré-existentes dos participantes num estudo e são geralmente compostas por dados demográficos tais como idade, o género, a situação de família. Os dados demográficos são analisados no fim do estudo para obter um perfil demográfico das características da amostra (Fortin, 2009).

A variável dependente, segundo Fortin (2009), é a que sofre o efeito da variável independente, classificada como a causa do efeito obtido na variável dependente, já que do encontro das duas se extrai o resultado referido pelo investigador.

Neste estudo a variável dependente é “Estilo de vida dos estudantes do Ensino Superior”, avaliado através de “Estilo de Vida Fantástico”; Os estudantes em Ensino Clínico são a variável independente operacionalizada pela idade, género e estado civil.

iv. Instrumento de recolha de dados e pré-teste

Coutinho (2014), alude que todo e qualquer plano de investigação envolve uma recolha de dados originais por parte do investigador e, para isso, é necessário um instrumento que possibilite ao investigador estimar ou quantificar o efeito do impacto de uma variá-

vel independente sobre uma variável dependente (Coutinho, 2014), competindo ao investigador definir o tipo de instrumento de medida que melhor se adequa ao objetivo do estudo, às questões de investigação utilizadas ou às hipóteses desenvolvidas (Fortin 2009).

Conforme a mesma autora (2009), o questionário é um meio de recolha de dados que requer dos participantes respostas escritas a um grupo de questões e que tem como propósito obter informação válida acerca de acontecimentos ou situações conhecidas, atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões.

Para proceder à recolha dos dados pode utilizar-se um questionário já existente ou é necessário criar um novo questionário por parte do investigador. Na elaboração de um questionário, devem ser colocadas no início do mesmo as “(...) instruções claras sobre a forma de responder aos diferentes tipos de questões.”(Fortin, 2009, p.386). É importante ter em consideração o número de perguntas, o tipo de resposta a solicitar e a aparência geral do questionário, para não desmotivar o inquirido nem suscitar nenhuma dúvida, durante o seu preenchimento.

Como todos os métodos de recolha de dados, o questionário possui benefícios e contrapartidas. Este tipo de recolha de dados é um método menos oneroso e possibilita a recolha da informação com alguma celeridade. A sua apresentação é semelhante, a organização das questões é igual para todos os participantes, existe simplicidade assegurando-se assim um maior rigor nas respostas, simplificando a análise dos dados adquiridos. Os indivíduos sentem-se mais protegidos quanto ao anonimato, o que os leva a responder de modo mais verdadeiro às questões (Fortin, 2009).

Neste estudo o instrumento selecionado para a recolha de dados foi o questionário de Estilos de Vida Fantástico, validado e adaptado para a população portuguesa por Silva, Brito e Amado (2014), Anexo I.

O questionário, em formato digital, foi aplicado entre os meses de janeiro e março de 2019.

O questionário é constituído por duas partes: a primeira, composta por questões de caracterização sociodemográfica, académica, peso e idade; e a segunda o questionário “Estilo de vida Fantástico” um instrumento de autopreenchimento, composto por 30 itens, todos eles de resposta fechada, que exploram 10 domínios da componente física, psicológica e social dos estilos de vida, que compõem o acrónimo FANTASTICO:

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

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

A codificação das questões pode ser realizada da seguinte maneira: 2 pontos para a primeira linha, 1 ponto para a segunda linha e 0 pontos para a terceira linha, somando-se estes valores em cada domínio e multiplicando-os por dois, obtém-se o valor correspondente para cada domínio. Posteriormente, a soma de todos os pontos resultantes de todos os domínios permite chegar a um valor global que classifica os indivíduos de 0 a

120 pontos, identificando-se cinco níveis de classificação que estratificam o comportamento em:

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

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

v. Pré- teste

Com o intuito de verificar a validade, fidedignidade e operacionalidade do instrumento de pesquisa (questionário), e de modo a testar se é adequada a sua utilização como instrumento de pesquisa, deve ser aplicado um pré-teste.

O pré-teste consiste no ensaio de um instrumento de medida ou determinado equipamento antes da sua utilização em maior escala. É uma prova que consta na verificação da eficácia e do valor do questionário junto de uma amostra reduzida, normalmente entre 10 a 20 pessoas da população alvo (Fortin, 2009).

Neste estudo não houve necessidade de efetuar nenhum pré-teste porque os questionários utilizados, como instrumentos de recolha de dados, já tinham sido testados várias vezes em estudos anteriores.

vi. Tratamento e apresentação dos dados

Numa investigação os dados obtidos necessitam ser organizados e analisados e, como na grande parte das vezes assumem uma forma numérica, prossegue-se à sua análise estatística para depois os converter em informação (Coutinho, 2014).

Fortin (2009), defende que, em qualquer estudo que envolva valores numéricos, a análise dos dados inicia-se pela aplicação de estatísticas descritivas, que vai permitir caracterizar a amostra na qual os dados foram recolhidos, assim como representar os valores alcançados pela medida das variáveis.

Para o tratamento dos dados foi aplicada a estatística descritiva. Os questionários foram codificados e os dados tratados com o Software informático SPSS (versão 23.0 para Windows).

A primeira análise dos dados consistiu na verificação de todos os questionários, com o intuito de selecionar aqueles que se encontrassem incompletos ou mal preenchidos, procedendo-se de seguida à sua codificação de modo a preparar o seu tratamento estatístico.

De seguida, foram determinadas as frequências relativas e absolutas percentuais dos dados recolhidos, algumas medidas de tendência central, como o cálculo de médias, moda e mediana. Os resultados serão posteriormente apresentados em quadros e gráficos, de modo a que a sua visualização e análise seja mais simplificada.

2. Salvaguarda dos princípios éticos

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

Como tal, a presente investigação respeitou as diretrizes da Declaração de Helsínquia e os três princípios éticos que, de acordo com Lo (cit in Hulley S. *et alii*, 2008, p.243), devem direccionar as pesquisas com seres humanos:

- O princípio do respeito à pessoa -o investigador tem de obter consentimento informado, salvasse os participantes com faculdade de decisão reduzida e garanta a confidencialidade;
- O princípio da beneficência - o delineamento da pesquisa deve ser sustentado por bases científicas e que seja exequível assumir os riscos, valorizando os possíveis benefícios;
- O princípio da justiça - necessita que os benefícios e as responsabilidades da pesquisa devem estar repartidos de modo justo e que o acesso seja equitativo às vantagens da pesquisa.

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

De modo a empregar o instrumento de colheita de dados, o questionário “Estilo de Vida Fantástico”, foi solicitada a autorização aos autores que autenticaram e aplicaram o mesmo para a população portuguesa (Anexo II), seguido do pedido de autorização á Comissão de Ética da UFP (Anexo III).

Os dados e as informações obtidas foram apenas aplicados para este estudo, assegurou-se a preservação do anonimato e a confidencialidade de ambos.

III. Fase Empírica

Nesta fase é onde ocorre o desenvolvimento do estudo, a análise dos dados e a interpretação dos resultados.

A fase empírica corresponde á execução do plano de investigação definido na fase precedente. Esta fase inclui a colheita de dados no terreno, seguida da organização e do tratamento dos dados, utilizando técnicas estatísticas descritivas e inferenciais ou, segundo os casos análises de conteúdo. Em seguida, passa-se à interpretação e à comunicação dos resultados. A partir destes resultados, podem-se propor novas vias de investigação e formular recomendações (Fortin, 2009).

Para organização e tratamento estatístico foi usado o programa Statistical Package for the Social Sciences® (IBM® SPSS), versão 23.0 para Windows, de modo a obter uma análise simplificada dos dados recolhidos anteriormente.

1. Apresentação, Análise, Interpretação e Discussão dos Dados

Posteriormente à sua recolha, é necessário organizar os dados de modo a facilitar a sua análise, defendendo Fortin (2009) que pode ser vantajoso apresentá-los em quadros e figuras, uma vez que estes permitem ao leitor uma consulta rápida e global.

Deste modo, nos gráficos seguintes apresentamos os dados e resultados que possibilitam realizar a caracterização sociodemográfica dos 33 estudantes que contribuíram para este estudo.

Relativamente à distribuição de acordo com o género observamos pela análise do gráfico nº1 que 63.6% (n=21) dos estudantes pertence ao sexo feminino. Os resultados obtidos no estudo são concordantes com os obtidos no estudo levado a cabo por Marques (2017), no qual a amostra é composta por 69,3 % de mulheres.

Constatando-se que a feminização no ensino superior se evidenciou nesta investigação, não se podendo difundir a toda a população universitária, mas que determina uma forte tendência encontrada nos estudos de Silva *et alii* (2015).

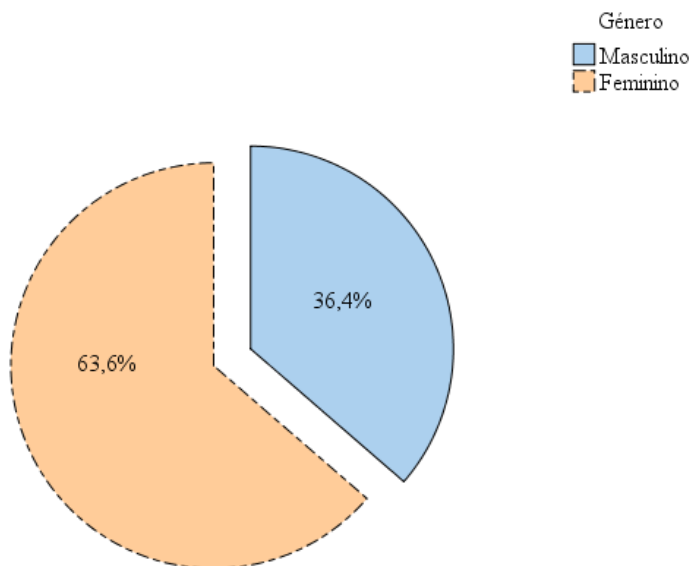


Gráfico nº 1 - Distribuição por Gênero

Conforme o gráfico nº2, os elementos integrantes da amostra apresentam idades compreendidas entre 20 e 40 anos, sendo a média de idade 25.66 ± 5.48 anos e 24 anos a mediana de idades. A maioria, concretamente 21,2% (n=7), pertencem ao grupo etário dos 22 anos, seguidos de 15,2% (n=5) cujas idades correspondem aos 33 anos. Mais de metade dos estudantes que constituem a amostra têm idades iguais ou inferiores a 25 anos.

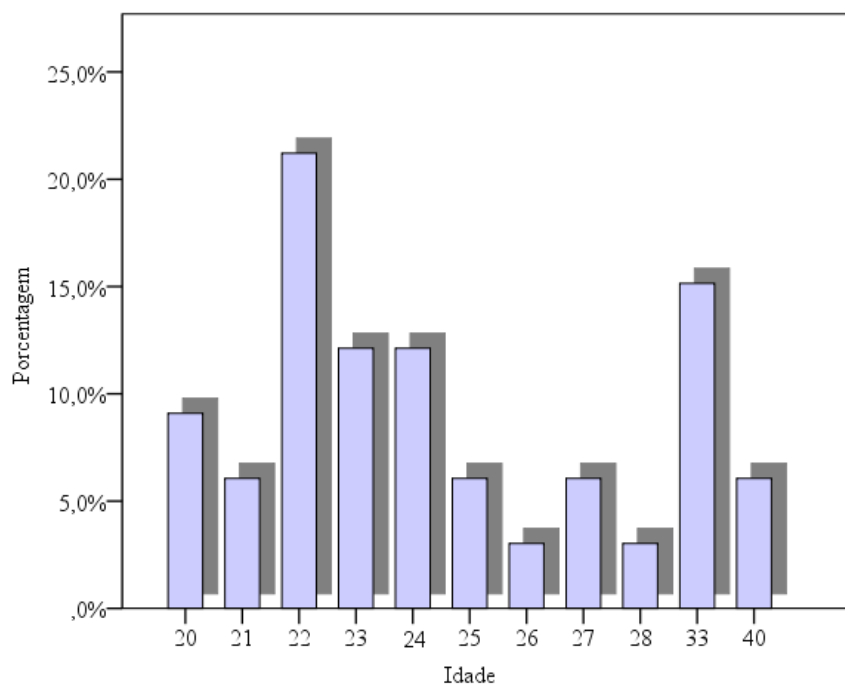


Gráfico nº 2 - Distribuição por Grupo Etário

Quanto ao estado civil dos participantes no estudo, o gráfico nº 3 permite concluir que 2 dos estudantes inquiridos eram casados (6,0%) e 31 solteiros (93,9%).

Estes resultados não se encontram em concordância com os dados fornecidos pelo PORDATA (2011) onde a maior parte da população se encontrava casada (4.924.870 habitantes), existindo 4.272.977 pessoas solteiras.

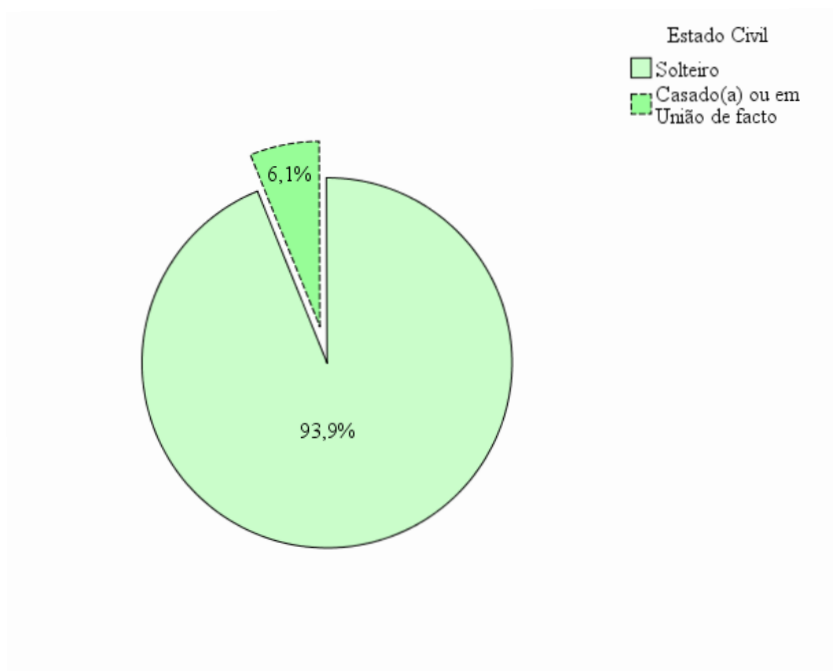


Gráfico nº 3 - Distribuição por Estado Civil

O gráfico nº 4 faz referência à possibilidade dos estudantes possuírem alguma doença crónica, revelando que 90,9% da amostra, ou seja, 30 estudantes não possuem nenhuma doença crónica e apenas 9,0%, correspondendo a 3 estudantes, revelem ser portadores de alguma doença crónica.

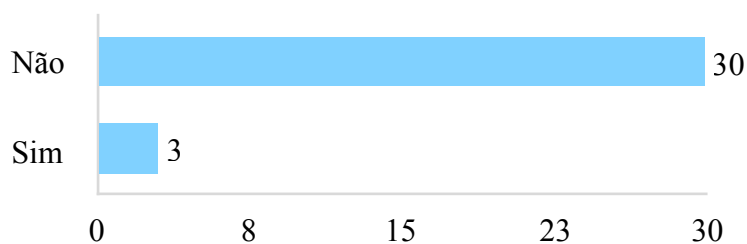


Gráfico nº 4 - Distribuição pela possibilidade de possuir alguma Doença Crónica

Para George (2014), uma má alimentação e a inactividade física evidenciam, na maioria, a tendência crescente, dessas doenças que estão, na base de incapacidades e de mortes prematuras. Diferenciando no plano epidemiológico duas vertentes, os factores de risco e as doenças crónicas determinadas por esses factores (doenças cardiovasculares, diabetes, cancro, doenças respiratórias, obesidade e doenças osteoarticulares).

O supracitado autor refere que as doenças crónicas, são as principais causas de morte prematura, ou seja, antes dos 70 anos de idade. Representando graves problemas de saúde pública.

Em consonância com os subscritores da Declaração para uma Vida Melhor (DGS, 2011), em Portugal, foram identificadas seis prioridades urgentes para a prevenção e controlo das doenças crónicas: o acesso aos serviços, a literacia, a alimentação, o exercício físico, assim como a redução do tabagismo e do consumo de álcool.

Tabela 1. Classificação IMC

| Classificação | IMC(Kg/m ²) |
|----------------------|-------------------------|
| Baixo peso | <18,5 |
| Peso Normal | 18,5-24,9 |
| Pré-obesidade | 25,0-29,9 |
| Obesidade (Grau I) | 30,0-34,9 |
| Obesidade (Grau II) | 35,0-39,9 |
| Obesidade (Grau III) | >40,0 |

Considerando o cálculo do IMC e a tabela de classificação publicada pela DGS (2005) (Tabela 1), foi avaliado o estado ponderal dos estudantes constituintes da amostra (gráfico nº 5), verificando-se que 78,8% revelavam peso normal, 9,1% encontravam-se no estado de pré-obesidade e 12,1% em estado de obesidade (grau I).

Aferindo-se que 21,2% dos estudantes apresentam peso acima do normal, nomeadamente pré-obesidade e obesidade (grau I), torna-se importante intervir junto deste grupo ao nível da educação para a saúde, promovendo uma alimentação saudável e hábitos de atividade física regular como forma de combate ao sedentarismo.

Os dados do estudo vão de encontro a dados publicados pela DGS (2017a), que confirma que, nos últimos dez anos, se verificou um aumento elevado nas taxas de obesidade em indivíduos com idades entre os 17 e os 25 anos, abrangendo esta faixa etária a maioria dos estudantes do ensino superior.

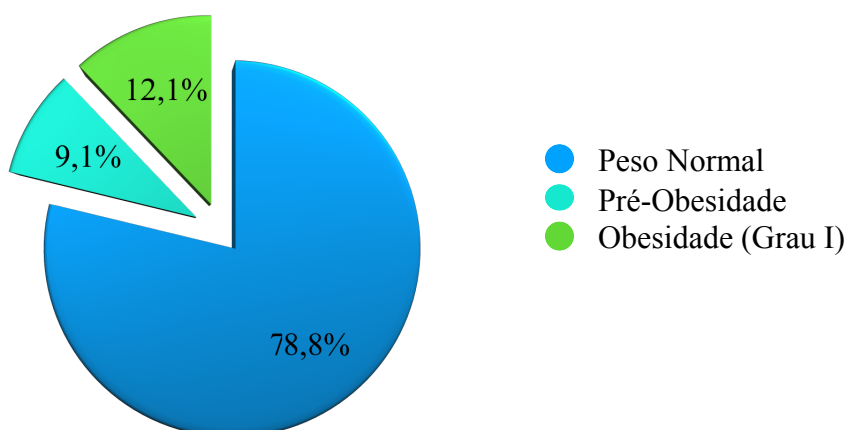


Gráfico n° 5 - Índice de Massa Corporal (IMC)

Tabela 2. Família e Amigos

| Questão/Opção de Resposta | n | % |
|--|----|------|
| Tenho com quem falar dos assuntos que são importantes para mim. | | |
| quase sempre | 26 | 78,8 |
| às vezes | 7 | 21,2 |
| Dou e recebo carinho/afetos. | | |
| quase sempre | 25 | 75,8 |
| às vezes | 8 | 24,2 |
| $\bar{x}=1,24$ $s=0,43$ $x_{\min}=0$ $x_{\max}=8$ | | |

Analisando descritivamente cada domínio do questionário EVF é possível verificar através da tabela 2, que representa a dimensão da Família e Amigos que 78,8% dos estudantes tem com quem falar sobre os assuntos que lhes são importantes, assim como 75,8% dá e recebe carinhos/afetos. No entanto, 21,2% tem às vezes com quem falar dos assuntos que são importantes e 24,2% às vezes dá e recebe carinho/afetos, não havendo nenhum estudante a referir “*nunca*” em nenhuma das situações.

Para este domínio os resultados observados, situam-se entre os 2 e os 8 pontos, sendo a media $1,24 \pm 0,43$ pontos. Tendo em consideração que 24,2% da amostra, responderam

que apenas “às vezes” dá e recebe carinhos e afetos, subsiste a importância de intervenção neste domínio, uma vez que estes estudantes se encontram mais susceptíveis a problemas de depressão e solidão.

De acordo com Almeida e Xavier (cit. in Marques, 2017), Portugal, após participar no estudo World Mental Health Initiative da OMS, foi identificado como o país a apresentar o valor mais elevado a nível de perturbações de ansiedade nos jovens (17%), verificando-se através do mesmo que as perturbações depressivas são as condições mais relevantes, tornando-se fundamental a identificação e o acompanhamento dos jovens em risco, pelas Equipas Comunitárias de Saúde Mental e de Cuidados de Saúde Primários.

Tabela 3. Atividade Física/ Associativismo

| Questão/Opção de Resposta | n | % |
|--|----|------|
| Sou membro de um grupo comunitário e participo nas atividades ativamente. | | |
| quase sempre | 6 | 18,2 |
| às vezes | 3 | 9,1 |
| quase nunca | 24 | 72,7 |
| Ando no mínimo 30 minutos diariamente. | | |
| quase sempre | 12 | 36,4 |
| às vezes | 13 | 39,4 |
| quase nunca | 8 | 24,2 |
| Realizo uma atividade física (andar, subir escadas, tarefas domésticas, jardinagem,...) ou desporto durante 30 minutos de cada vez. | | |
| 3 ou mais vezes por semana | 1 | 3,0 |
| 1 vez por semana | 31 | 93,9 |
| não faço nada | 1 | 3,0 |
| $\bar{x}=2,54$ $s=0,79$ $x_{\min}=0$ $x_{\max}=12$ | | |

Relativamente ao domínio da Atividade Física/ Associativismo verifica-se que a grande maioria dos estudantes, 72,7% refere não ser membro de um grupo comunitário e participar nas atividades ativamente, contra apenas 27,3% que refere que às vezes e/ou quase sempre. Quanto à questão “*ando 30 minutos diariamente*”, evidencia-se que 39,4% dos inquiridos respondeu às vezes, no entanto 24,2%, refere que quase nunca o faz.

No item “realizo uma atividade física ou desporto durante 30 minutos de cada vez”, aproximadamente 94% dos estudantes referiu realizar uma atividade por semana. 3% alude que o faz três ou mais vezes por semana e outros 3% admite não o fazer de todo. Estes resultados demonstram hábitos de sedentarismo por parte dos estudantes em estudo.

Como já se aludiu anteriormente, vários autores, incluindo Katzer (2017) (Silva et alli, 2011), defendem que a atividade física constitui um fator importante para o aumento da qualidade de vida do indivíduo, mais ainda se aliada a uma alimentação equilibrada. Para além da melhoria da saúde, do controle de peso, dos benefícios psicológicos, esta ajuda a melhorar a autoestima, a autoeficácia, a alegria de viver, a qualidade de vida, produzindo um efeito positivo sobre os sentimentos da pessoa, sobre a sua autoavaliação e sobre o que transmite aos outros.

Tendo em conta os dados analisados e as recomendações da OMS tendo em conta o grupo alvo, o indivíduo adulto (18 a 64 anos de idade), descritas abaixo, é necessário uma intervenção neste domínio.

- Pelo menos 150 minutos de atividade física de intensidade moderada ao longo da semana, ou pelo menos 75 minutos de atividade física de intensidade vigorosa ao longo da semana, ou uma equivalente combinação de atividade física de moderada e vigorosa intensidade;
- Para um aumento dos benefícios na saúde os adultos devem aumentar a sua atividade física de moderada intensidade para 300 minutos por semana, ou o equivalente.

- Atividades de fortalecimento dos músculos que envolvam os grandes grupos de músculos devem ser realizadas pelo menos 2 dias por semana.

Tabela 4. Nutrição

| Questão/Opção de Resposta | n | % |
|---|----|------|
| Como duas porções de verduras e três de frutas diariamente. | | |
| todos os dias | 7 | 21,2 |
| às vezes | 15 | 45,5 |
| quase nunca | 11 | 33,3 |
| Frequentemente como alimentos hipercalóricos (doces e/ou salgados) e fastfood. | | |
| nenhum destes | 2 | 6,1 |
| algum destes | 22 | 66,7 |
| todos | 9 | 27,3 |
| Ultrapassei o meu peso ideal em: | | |
| 0kg a 4kg | 25 | 75,8 |
| 4kg a 8kg | 4 | 12,1 |
| mais de 8kg | 4 | 12,1 |
| $\bar{x}=2,12$ $s=0,73$ $x_{\min}=0$ $x_{\max}=12$ | | |

Considerando a dimensão da Nutrição é possível verificar que 45,5% dos estudantes come, às vezes, duas porções de verduras e três de frutas diariamente, 33,3% refere que quase nunca come e apenas 21,2% que o faz todos os dias.

Relativamente à ingestão de alimentos hipercalóricos (doces e/ou salgados) e fastfood, aproximadamente 66,7% refere ingerir alguns destes frequentemente, no entanto, 27,3% indica que ingere todos.

Sendo que 75,8% diz que ultrapassou o peso ideal entre 0 a 4 kg e que 12,1% ultrapassou o seu peso ideal em mais de 8kg, os resultados observados situam-se entre os 6 e os 8 pontos, sendo a média de $2,12 \pm 0,73$ pontos. Perante estes resultados, torna-se evidente a importância de uma intervenção na área da nutrição, segundo a DGS (2018).

De acordo com a DGS (2016 e 2018), mais de metade da população portuguesa apresenta excesso de peso e as doenças cardiovasculares e o aumento da diabetes, encontram-se diretamente interligadas com a alimentação, sendo a obesidade a principal origem de tais patologias. Os alimentos com excesso de calorias e, particularmente, com elevado teor de sal, de açúcar e de gorduras, representam um grave problema a par da deficiente ingestão de fruta, vegetais, frutos secos e sementes, tornando-se imperativo educar para a adoção de uma alimentação adequada e saudável.

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

Tabela 5. Tabaco

| Questão/Opção de Resposta | n | % |
|---|----|------|
| Eu fumo cigarros... | | |
| Não, nos últimos 5 anos | 19 | 57,6 |
| Não, no último ano | 1 | 3,0 |
| Sim, este ano | 13 | 39,4 |
| Geralmente fumo por dia (cigarros)... | | |
| 1 a 10 por dia | 32 | 97,0 |
| mais de 10 por dia | 1 | 3,0 |
| $\bar{x}=2,03$ $s=0,17$ $x_{\min}=0$ $x_{\max}=8$ | | |

No que concerne ao domínio do Tabaco, a tabela 5 demonstra que 57,6% dos estudantes não fumou cigarros nos últimos 5 anos, no entanto 39,4% admite que ainda fuma ou

fumou este ano. Quanto à quantidade de cigarros que fumam por dia, constatamos que 97% (n=32) afirma fumar 1 a 10 cigarros por dia.

Para este domínio os resultados observados, situam-se entre os 6 e os 8 pontos e a média situa-se em $2,03 \pm 0,17$ pontos. Intervir nesta área de forma a diminuir a percentagem de fumadores é uma prioridade.

Em conformidade com a DGS (2017) mantendo-se o nível atual de consumo de produtos de tabaco, até ao final deste século atingir-se-ão os 1000 milhões de mortes associadas ao mesmo já que o tabaco constitui uma das principais causas de inúmeras doenças, tais como cancro, doenças do foro respiratório, cardiovasculares e cerebrovasculares, diabetes, tuberculose, pneumonia e outras infeções respiratórias. É um dos fatores de risco com maior impacto na saúde e conseqüentemente na esperança de vida saudável, dado que o seu consumo constitui a segunda maior causa de morte e o quarto fator de risco mais frequente em todo o mundo.

Desta forma torna-se crucial intervir na prevenção da iniciação tabágica, informar e sensibilizar os estudantes e desenvolver atividades de desabituacão tabágica nas instituições de ensino superior. De acordo com a DGS(2017) é importante desenvolver programas de educação para a saúde permitindo ajudar os jovens a construir uma auto-estima positiva e a desenvolverem a capacidade de resistir às pressões dos pares, da publicidade e da sociedade em geral, de modo a que fiquem aptos para tomar decisões de modo informado, autónomo e responsável.

Tabela 6. Álcool e outras Drogas

| Questão/Opção de Resposta | n | % |
|---|----|------|
| A minha ingestão semanal de bebidas alcoólicas é... | | |
| 0 a 7 bebidas | 28 | 84,8 |
| mais de 12 bebidas | 5 | 15,2 |
| Bebo mais de 4 a 5 bebidas alcoólicas numa mesma ocasião. | | |
| nunca | 15 | 45,5 |
| ocasionalmente | 11 | 33,3 |
| frequentemente | 7 | 21,2 |
| Conduzo veículos motorizados depois de beber bebidas alcoólicas. | | |
| nunca | 22 | 66,7 |
| raramente | 8 | 24,2 |
| frequentemente | 3 | 9,1 |
| Uso substâncias psicoativas e ilegais (cannabis, ecstasy, cocaína...). | | |
| nunca | 26 | 78,8 |
| ocasionalmente | 6 | 18,2 |
| frequentemente | 1 | 3,0 |
| Uso excessivamente medicamentos que receitam ou que posso adquirir livremente na farmácia. | | |
| quase nunca | 30 | 90,9 |
| às vezes | 3 | 9,1 |
| Bebo café, chá ou outras bebidas com cafeína (ex: Red-bull) | | |
| menos de 3 vezes por dia | 27 | 81,8 |
| 3 a 6 vezes por dia | 6 | 18,2 |
| $\bar{x}=1,75$ $s=0,79$ $x_{\min}=0$ $x_{\max}=24$ | | |

Conforme o demonstrado pela tabela 6, relativamente à dimensão do Álcool e outras drogas, 84,8% dos estudantes afirma consumir entre 0 a 7 bebidas alcoólicas por semana, sendo que 15,2% admite ingerir mais de 12 bebidas alcoólicas por semana. No entanto 45,5% refere nunca beber mais de 4 a 5 bebidas alcoólicas numa mesma ocasião e 33,3% diz que ocasionalmente o faz.

Relativamente à condução veículos motorizados depois de beber bebidas alcoólicas 66,7% dos estudantes defende que nunca o faz, contudo 24,2% admite que o faz raramente e 9,1% que o faz frequentemente.

Verificamos também que a grande maioria (78,8%) nunca usa substâncias psicoativas e ilegais (cannabis, ecstasy, cocaína...), 18,2% usa ocasionalmente, que 90,9% quase nunca abusa de medicamentos de venda livre e 81,8% bebe menos de 3 vezes por dia bebidas com cafeína.

Os resultados observados no domínio relativo ao álcool e drogas situam-se entre 12 e iguais ou inferiores a 18 pontos, sendo o valor médio $1,75 \pm 0,79$ pontos. É de salientar que a condução sob influência de álcool, é admitida por 11 estudantes numa amostra de 33, entre o raramente e o frequentemente, refletindo um comportamento perigoso. Sendo o álcool uma das principais causas de sinistralidade rodoviária em Portugal, o seu consumo, mesmo que ingerido em quantidades pequenas, diminui a capacidade de reação do indivíduo, aumentando a probabilidade de acidente (Marques, 2017).

Para além das consequências acima referidas o consumo de álcool inclui uma variedade de doenças, podendo estas ser agudas tais como a intoxicação e o envenenamento, ou crónicas assim como a dependência, cancros, doenças gastrointestinais, doenças neuropsiquiátricas e cardiovasculares, levando também a consequências socioeconómicas, tais como desemprego, a disrupção familiar, a violência e a estigmatização. Emerge a necessidade de intervenção neste domínio, de modo a sensibilizar para os risco do consumo excessivo de bebidas alcoólicas. Na linha de pensamento de George (2011), considera-se pertinente o apoio e desenvolvimento de programas de Promoção e Educação

para a Saúde que abarquem campanhas de informação pública e ações de sensibilização e formação para jovens, mais precisamente nas festas académicas e nos dias de maior atividade noturna, de modo a alertar para o risco do consumo excessivo de bebidas alcoólicas.

Tabela 7. Sono e Stress

| Questão/Opção de Resposta | n | % |
|---|----|------|
| Durmo bem e sinto-me descansado. | | |
| quase sempre | 12 | 36,4 |
| às vezes | 15 | 45,5 |
| quase nunca | 6 | 18,2 |
| Sinto-me capaz de gerir o stress no meu dia a dia. | | |
| quase sempre | 18 | 54,5 |
| às vezes | 13 | 39,4 |
| quase nunca | 2 | 6,1 |
| Relaxo e desfruto do meu tempo livre. | | |
| quase sempre | 16 | 48,5 |
| às vezes | 15 | 45,5 |
| quase nunca | 2 | 6,1 |
| $\bar{x}=1,81$ $s=0,72$ $x_{\min}=0$ $x_{\max}=12$ | | |

A tabela 7 representa o domínio do Sono e Stress e reflete que 45,5% dos estudantes às vezes dorme bem e sente-se descansado, 36,4% quase sempre dorme bem e descansa, no entanto, 54,5% quase sempre se sente capaz de gerir o stress no dia a dia e 39,4% só às vezes o é capaz de fazer; 48,5% dos estudantes admite relaxar e desfrutar quase sempre do tempo livre e 45,5% afirma que só o faz às vezes. Apenas uma reduzida percentagem de estudantes refere que não dorme nem descansa (18,2%) e que não é capaz de gerir o stress do dia a dia (6,1%) e que quase nunca relaxa e desfruta do tempo livre (6,1%).

Os valores observados para este domínio situam-se entre 6 a 12 pontos, com o valor médio situado em $1,81 \pm 0,72$ pontos.

O stress consiste na resposta fisiológica, psicológica e comportamental de um indivíduo que tenta adaptar-se às pressões. Isto aplica-se ao estudante do ensino superior que, por acarretar toda a responsabilidade que lhe é exigida e pelo facto de estar deslocado da sua área de residência, está submetido a elevado stress. Se a isso associarmos a falta de um sono reparador, estamos mediante jovens com grande probabilidade de desenvolverem patologias que provocam incapacidade e que podem levar à morte (acidente vascular cerebral, hipertensão e doenças cardíacas), bem como a doenças do foro psicológico, o que vai de encontro ao referido por Silva et alii (2015), que defendem que um sono regular e em horas suficientes é um dos fatores mais importantes para a promoção da saúde física e mental.

De acordo com o estudo realizado por Custódio (2010), verificou-se que os estudantes que referiam reduzidos níveis de stress eram aqueles que mais pontuavam em relação ao otimismo. Sendo o otimismo um fator com efeito protetor sobre o stress, os estudantes com níveis de otimismo mais elevado têm tendência para recair em aspetos mais positivos, e deste modo conseguem lidar com situações indutoras de stress.

Na mesma linha de pensamento a DGS (2016), afirma que um sono adequado é a base para uma boa saúde. Controlar o stress positivamente, diminui o desgaste e o desequilíbrio hormonal sempre com o objectivo de se alcançar o melhor desenvolvimento físico, intelectual, psíquico e emocional dos indivíduos.

Tabela 8. Trabalho/Tipo de personalidade

| Questão/Opção de Resposta | n | % |
|---|----|------|
| Sinto que ando acelerado e/ou atarefado. | | |
| quase nunca | 3 | 9,1 |
| algumas vezes | 20 | 60,6 |
| frequentemente | 10 | 30,3 |
| Sinto-me aborrecido e/ou agressivo. | | |
| quase nunca | 16 | 48,5 |
| algumas vezes | 15 | 45,5 |
| frequentemente | 2 | 6,1 |
| Sinto-me feliz com o meu trabalho e atividades em geral. | | |
| quase sempre | 23 | 69,7 |
| às vezes | 10 | 30,3 |
| $\bar{x}=2,21 \quad s=0,59 \quad x_{\min}=0 \quad x_{\max}=12$ | | |

Relativamente à tabela 8, que descreve a dimensão Trabalho/Tipo de Personalidade, verifica-se que 60,6% dos inquiridos algumas vezes sente que anda acelerado e/ou atarefado e 48,5% quase nunca se sente aborrecido e/ou agressivo. 69,7% dos inquiridos sente-se quase sempre feliz com o trabalho e atividades em geral.

O total de pontos neste domínio situa-se entre 6 a 12 pontos, sendo a média de $2,21 \pm 0,59$ pontos.

Emerge a necessidade de intervenção neste domínio, uma vez que 60,6% dos estudantes refere andar acelerado e/ou atarefado e cerca de 51% refere sentir-se algumas vezes e frequentemente aborrecido e/ou agressivo, o que pode levar a vulnerabilidade e causar alterações na saúde e conseqüentemente no estilo de vida adotado.

Os dados, neste domínio vão ao encontro de um estudo realizado anteriormente por Marques (2017) que concluiu 66% dos estudantes se sente algumas vezes acelerado,

51,4% se sente algumas vezes aborrecidos, e 4% quase nunca se sente feliz com o trabalho e atividades em geral.

Tabela 9. Introspeção

| Questão/Opção de Resposta | n | % |
|--|----|------|
| Sou uma pessoa otimista e positiva. | | |
| quase sempre | 19 | 57,6 |
| às vezes | 13 | 39,4 |
| quase nunca | 1 | 3,0 |
| Sinto-me tenso e/ou oprimido. | | |
| quase nunca | 13 | 39,4 |
| algumas vezes | 19 | 57,6 |
| frequentemente | 1 | 3,0 |
| Sinto-me triste ou deprimido. | | |
| quase nunca | 19 | 57,6 |
| algumas vezes | 10 | 30,3 |
| frequentemente | 4 | 12,1 |
| $\bar{x}=1,63$ $s=0,54$ $x_{\min}=0$ $x_{\max}=12$ | | |

No domínio da Introspeção, é visível que maioria dos estudantes (57,6%) é quase sempre otimista e positivo sendo que 39,4% admite que às vezes é otimista e positivo. No entanto, a mesma percentagem (57,6%) refere que algumas vezes se sente tenso e/ou oprimido e que quase nunca se sente triste ou deprimido.

Os pontos neste domínio situam-se entre 6 e 12 pontos, tendo como valor médio $1,63 \pm 0,54$ pontos, sendo que 42,4% se sente “algumas vezes/ frequentemente, tristes ou deprimidos”, evidenciando-se a necessidade de intervenção que passa por facultar acompanhamento psicológico aos estudantes para evitar fragilidades, favorecer a sua socialização, incentivá-los a participar em atividades lúdicas e/ou pela criação de grupos de partilha de experiências e frustrações.

A entrada no meio universitário torna os indivíduos predispostos a condutas de risco à saúde, pois proporciona novas ligações sociais e adoção de novos comportamentos.

De acordo com Baker (2003), o ingresso na universidade representa uma época em que os estudantes se deparam com novas regras sociais e académicas, regras estas que podem proporcionar a vivência de situações stressantes para muitos deles. Podendo encontrar dificuldades para lidar com as situações que se apresentam e precisarem de ajuda para manter interações sociais satisfatórias. Para o mesmo autor, o modo como os indivíduos lidam com as experiências vividas nessa fase está relacionada com a sua saúde física e psicológica e ao seu desempenho académico.

Tabela 10. Comportamento de Saúde e Sexual

| Questão/Opção de Resposta | n | % |
|--|----|------|
| Realizo exames periódicos de avaliação do estado de saúde. | | |
| sempre | 14 | 42,4 |
| às vezes | 15 | 45,5 |
| quase nunca | 4 | 12,1 |
| Converso com o(a) parceiro(a) e/ou família sobre temas de sexualidade. | | |
| sempre | 18 | 54,5 |
| às vezes | 11 | 33,3 |
| quase nunca | 4 | 12,1 |
| No meu comportamento sexual preocupo-me com o bem-estar e a proteção do(a) parceiro(a). | | |
| quase sempre | 32 | 97,0 |
| às vezes | 1 | 3,0 |
| $\bar{x}=1,69$ $s=0,68$ $x_{\min}=0$ $x_{\max}=12$ | | |

Considerando a dimensão do Comportamento de Saúde e Sexual apresentado na tabela 10, constatou-se que 45,5% dos estudantes realizam às vezes, exames periódicas de avaliação do estado de saúde, seguidos de 42,4% de estudantes que os realizam sempre. Relativamente à conversa com o(a) parceiro(a) e/ou família sobre temas de sexualidade, 54,5% afirma que o faz sempre e 33,3% que só o faz às vezes; no comportamento sexual, 97% refere que quase sempre se preocupa com o bem-estar e a proteção do(a) parceiro(a).

Os pontos deste domínio foram de 4 a 12 pontos, com uma média de $1,69 \pm 0,68$ pontos. Considerando que cerca de 45,5% dos estudantes admite que “às vezes” realiza exames periódicos de avaliação do estado de saúde e que 12,1% “nunca realiza” esses exames, evidencia-se a necessidade de intervir, uma vez que estes apresentam comportamentos pouco saudáveis que comprometem a sua saúde presente.

Assim, tal como Ramiro (2011) preconiza, a Educação sexual é a forma mais importante de prevenção de problemas relacionados com a saúde sexual e reprodutiva dos jovens e representa um processo constante de aprendizagem e socialização que abarca a transmissão de informação e o desenvolvimento de atitudes e capacidades referentes à sexualidade humana, promovendo comportamentos saudáveis.

Tabela 11. Outros Comportamentos

| Questão/Opção de Resposta | n | % |
|--|----|------|
| Como peão e passageiro cumpro as medidas de proteção e/ou de segurança pessoal e rodoviária. | | |
| sempre | 21 | 63,6 |
| às vezes | 10 | 30,3 |
| quase nunca | 2 | 6,1 |
| Como condutor (ou futuro condutor) respeito as regras de segurança rodoviária (cinto de segurança, uso de telemóvel...) | | |
| sempre | 16 | 48,5 |
| às vezes | 14 | 42,4 |
| quase nunca | 3 | 9,1 |
| $\bar{x}=1,63$ $s=0,65$ $x_{\min}=0$ $x_{\max}=8$ | | |

Na tabela 11, Outros Comportamentos, verifica-se que 63,6 % dos estudantes cumpre sempre como peão e passageiro as medidas de proteção e/ou de segurança pessoal e rodoviária, sendo que 48,5% admite que como condutor (ou futuro condutor) respeita sempre as regras de segurança rodoviária (cinto de segurança, uso de telemóvel...) e 42,4% refere que só o faz às vezes.

Os pontos deste domínio foram de 4 a 8 pontos, com uma média $1,63 \pm 0,65$ pontos.

Os resultados salientam que grande parte dos estudantes inquiridos respeita e usa sempre as medidas de proteção e/ou segurança pessoal e rodoviária. No entanto existe 9,1% da amostra, que refere quase nunca, respeitar as mesmas, necessitando de intervenção.

De acordo com resultados apresentados nesta dimensão é possível declarar que os estudantes do ensino superior demonstram comportamentos saudáveis e com respeito pela sua vida e a dos outros. Estes dados são concordantes com o estudo realizado por Marques (2017), onde se evidenciou que a grande maioria dos estudantes (83,9%) cumpria

sempre as medidas de proteção e/ou segurança pessoal e rodoviária como peão e passageiro e 77,5% respeitava sempre, as regras de segurança rodoviária. como condutor (ou futuro condutor).

Categorização do Estilo de vida dos Estudantes

Tendo em conta os valores de referência facultados pelos autores foi possível categorizar o estilo de vida dos estudantes em EC da amostra. Em relação aos resultados obtidos sobre o estilo de vida dos mesmos em EC, observou-se pontuações entre os 62 e os 98 pontos, verificando que mais de metade dos estudantes obteve resultados iguais ou superiores a 86 pontos, constatando-se que a maioria dos inquiridos (64%), revela um estilo de vida “Muito Bom”, 18% evidencia um “ Bom” estilo de vida e a mesma percentagem foi classificada como tendo um estilo de vida “Regular”.

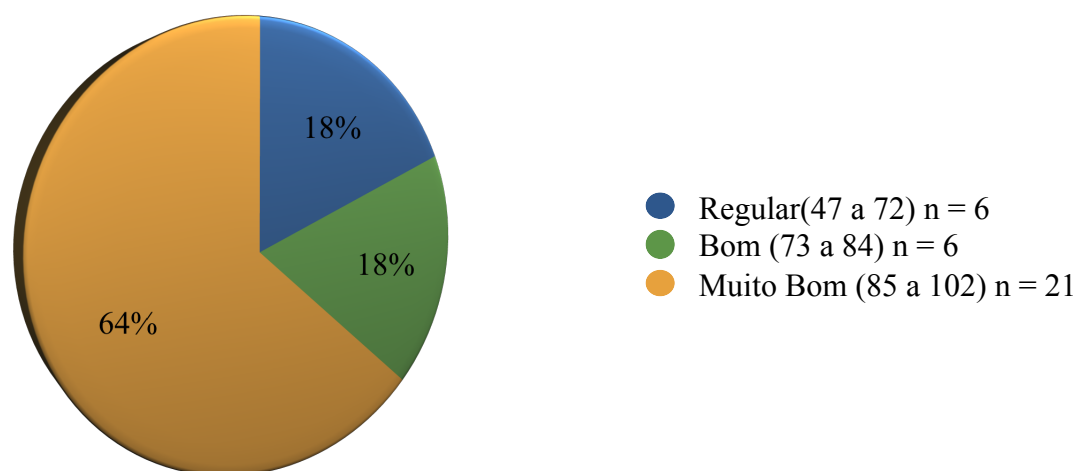


Gráfico nº 6 - Categorização do Estilo de Vida da Amostra

2. Conclusões do estudo

Cada vez mais estudos têm abordado e demonstrado interesse sob o estilo de vida dos estudantes no ensino superior. A entrada para o mundo universitário é percebida pelos estudantes como a exploração de um mundo novo, onde criam novas rotinas e formam novos grupos de amizades, sendo vários os factores que intervêm, de forma positiva ou negativa, no seu estilo de vida.

O presente estudo permitiu constatar que grande parte dos estudantes em ensino clínico apresenta valores significativos de sedentarismo e inatividade física (93,9%), aliada a uma má alimentação rica em gordura e calorias (66,7%) e com baixos níveis de vitaminas e nutrientes, consequência do baixo consumo de frutas e verduras (21,2%), responsáveis por desequilíbrios nutricionais. Estes traduzem-se em resultados preocupantes nos domínios da Atividade física/Associativismo e Nutrição, uma vez que 72,7% dos estudantes refere não ser membro de um grupo comunitário nem participar nas atividades ativamente e 24,2%, refere que quase nunca anda 30 minutos diariamente aos quais se juntam os 33,3% dos estudantes que alude que quase nunca come as doses diárias recomendadas de verduras e frutas. Para o domínio da Atividade física/ Associativismo foram observados resultados iguais ou superiores a 2 pontos e para o domínio da Nutrição iguais ou superiores a 4 pontos.

Relativamente às dimensões do Tabaco, Álcool e Drogas constatou-se a predominância do consumo abusivo de álcool e tabaco em níveis de alerta, já que 39,4% dos inquiridos admite que ainda fuma ou fumou este ano, constando que 97% afirma fumar 1 a 10 cigarros por dia, 15,2% admite ingerir mais de 12 bebidas alcoólicas por semana, e 9,1% declara a condução veículos motorizados depois de beber bebidas alcoólicas. Os resultados apresentados no domínio do Tabaco foram iguais ou superiores a 2 pontos e iguais ou superiores a 8 pontos para a dimensão do Álcool e Drogas.

Verificou-se que nos domínios do Sono e Stress, Trabalho /Tipo de Personalidade e Introspeção os dados são alarmantes, com resultados iguais ou superiores a 2 pontos.

36,4% dos estudantes inquiridos afirma que quase sempre dorme bem e descansa, 54,5% quase sempre se sente capaz de gerir o stress no dia a dia, 60,6% dos estudantes sente que anda acelerado e/ou atarefado, por oposição a 39,4% que alude que às vezes é otimista e positivo.

No domínio Outros Comportamentos denotam-se valores preocupantes relativamente a respeitar as regras de segurança rodoviária pois 54,6% dos inquiridos admite que como condutor (ou futuro condutor) respeita às vezes ou quase nunca as regras de segurança rodoviária (cinto de segurança, uso de telemóvel...). Neste domínio os estudantes obtiveram resultados iguais ou superiores a 2 pontos.

Não menos inquietantes são os resultados alcançados relativamente aos Comportamentos de Saúde e Sexual, onde se obteve valores iguais ou superiores a 4 pontos, verificando-se a existência de uma percentagem considerável de estudantes com comportamentos de risco, tendo em conta que a realização de exames periódicos de avaliação do estado de saúde é admitido apenas por 42,4% dos estudantes como sendo sempre realizado e a conversa com o(a) parceiro(a) e/ou família sobre temas de sexualidade é reconhecida por 33,3% que só o faz às vezes.

Nesta investigação conclui-se que o ensino clínico tem um grande impacto no estilo de vida dos estudantes no ensino superior, obtendo 98 pontos na categorização global do estilo de vida dos estudantes, traduzindo que 64% (n=21) da amostra apresenta estilo de vida “Muito Bom”, 18% (n=6) “Bom” e o restante 18% (n=6) da amostra “Regular” o que se traduz nos comportamentos dos estudantes, revelando assim a imprescindibilidade de uma maior sensibilização dos estudantes para a adoção de um estilo de vida saudável, principalmente ao nível da prática de atividade física e nutrição.

Conclusão

A Investigação Científica é um processo complexo através do qual se procura gerar novos conhecimentos que permitam melhorar as intervenções, neste caso, no campo da promoção da saúde.

Os estilos de vida pouco saudáveis como hábitos sedentários, dietas pouco equilibradas, consumo de álcool e tabaco, bem como a má gestão do stress são fatores de risco para o aparecimento de doenças crónicas, que constituem um impacto elevado na morbilidade, bem-estar, qualidade de vida e mortalidade. A mudança que ocorre quando o adolescente se torna um jovem adulto, é uma fase da vida muito importante no que toca à instituição hábitos comportamentais, saudáveis ou não, que se poderão perpetuar a vida toda, tornando-se assim crucial agir de forma ativa na educação das pessoas e das comunidades, essencialmente junto dos estudantes do ensino superior, facultando-lhes recursos que lhes permitam ser capazes de fazer escolhas saudáveis, ou seja, promover estilos de vida saudáveis.

Como Fortin (2009) refere, cabe ao investigador tirar conclusões em relação à teoria, à prática e à investigação, propondo recomendações, não somente para a prática mas também para investigações futuras. Assim, posteriormente à análise dos resultados obtidos através da aplicação do instrumento de recolha de dados aos estudantes participantes no estudo, estão reunidas as condições para se formar um conjunto de conclusões que serão apresentadas de seguida.

O objetivo geral deste estudo consistia em conhecer os Estilos de Vida dos Estudantes do Ensino Superior, em Ensino Clínico, usando uma amostra de 33 estudantes. Estabeleceu-se que a sua maioria pertencia ao grupo etário dos 22 anos, era do sexo feminino, solteira e não eram portadores de nenhuma doença crónica.

Tendo por base o cálculo do IMC, constatou-se a maioria (78,8%) evidenciava um peso normal, e 12,1% encontra-se no estado de obesidade grau I, os quais necessitam de intervenção.

Os resultados obtidos e discutidos nos capítulos anteriores, demonstram a prevalência de consumo excessivo de álcool e tabaco, em níveis de alerta, assim como de valores elevados no que se refere ao sedentarismo e à má alimentação, deixando os estudantes mais vulneráveis a riscos de doenças crónicas não transmissíveis.

Perante estes resultados torna-se necessário adotar medidas interventivas, orientar os estudantes do ensino superior para comportamentos promotores de estilos de vida saudáveis e a disponibilização por parte da escola de programas de atividades físicas que visem a redução do excesso de peso e o incentivo à prática de exercício físico.

Relativamente aos domínios do Álcool e outras Drogas, Sono e Stress, Introspeção, Trabalho/Tipo de Personalidade, Comportamento de Saúde e Sexual, os valores obtidos geram uma certa preocupação.

No que diz respeito à caracterização do estilo de vida, os melhores resultados exibidos pelos estudantes estão relacionados com os domínios da Família e Amigos.

A elaboração deste estudo permitiu alcançar um maior conhecimento face à temática em estudo, contribuiu de forma peremptória para o crescimento e enriquecimento pessoal e profissional, possibilitando a aquisição de competências na área da pesquisa, o que irá proporcionar uma maior capacidade de atuação e de educação para a saúde dos estudantes aquando profissional.

Como qualquer trabalho de investigação científica, este também exhibe limitações, prendendo -se uma delas com o tipo de instrumento de recolha de informação, ou seja, apesar do instrumento de recolha de dados ter permitido chegar aos resultados apresentados, os mesmos podem não transmitir a realidade total, uma vez que ao longo da análise

dos resultados, foi perceptível um padrão de resposta que poderá ter sido influenciado pelo efeito de desejabilidade dos estudantes, pelo que deverá haver alguma ponderação na extrapolação de resultados. No entanto, os resultados permitiram atingir os objetivos inicialmente formulados.

Sugere-se a implementação de programas de educação para a saúde e sensibilização dirigidos aos domínios afetados que passem por sensibilizar para hábitos de vida saudáveis conforme foi referido ao longo da revisão bibliográfica.

Referências Bibliográficas

Aguiar, M. (2013). *Supervisão de Ensinos Clínicos em Enfermagem Perspetivas e Vivências dos Enfermeiros Orientadores*. Universidade Lisboa, Tese de Mestrado em Ciências da Educação na Especialidade de Supervisão Pedagógica.

Almeida, A. (2013). *Sucesso, Insucesso e Abandono na Universidade de Lisboa: Cenários e Percursos*. Lisboa, Educa.

Almeida, J. e Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Vol.1)*. Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Nova de Lisboa.

Ansari, E. *et alii* (2011). Health Promoting Behaviours and Lifestyle Characteristics of students at seven universities in the UK. *Central European Journal of Public Health*, 19 (4), pp. 197-204.

Antunes, A. (2015). *Estilos de Vida, Stress, Ansiedade, Depressão e Adaptação Académica em Alunos Universitários de 1º Ano*. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Tese de Mestrado.

Araújo, J. *et alii* (2011). Estilos de vida e percepção do estado de saúde em idosos portugueses de zonas rural e urbana. *Acta Medicina Portuguesa*, 24(S2), pp. 79-88.

Baker, A., Jensen, P., Kolb, D. (2003) *Conversational learning: an experiential approach to knowledge creation*. London, Quorum Books.

Costa, V., Oliveira, A. (2012). Estudo comparativo dos indicadores de sintomas de estresse e ansiedade entre estudantes entrantes e concluintes do curso de psicologia. [Em linha]. Disponível em <<https://academico.univcosa.com.br/revista/index.php/Revista-Simpac/article/view/213>>. [Consultado em 12/05/2019].

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

Custodio, S. (2010). Stress, Suporte Social, Optimismo e Saúde em Estudantes de Enfermagem no Ensino Clínico. [Em linha]. Disponível em <<https://ria.ua.pt/bitstream/10773/1122/1/2010001689.pdf>>. [Consultado em 12/05/2019].

Custódio, S., Pereira A., Seco G. (2017). Stresse e Saúde do Estudante de Enfermagem em Ensino Clínico. [Em linha]. Disponível em <https://www.researchgate.net/publication/268375753_Stresse_e_Saude_do_Estudante_de_Enfermagem_em_Ensino_Clinico>. [Consultado em 08/04/2019].

Direção Geral da Saúde (2006). *Programa Nacional de saúde dos jovens 2006/2010*. Lisboa, DGS.

Direção Geral da Saúde (2011). É Tempo de Agir - Declaração para uma vida melhor. [Em linha]. Disponível em <<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/e-tempo-de-agir-declaracao-para-uma-vida-melhor.aspx>>. [Consultado em 05/05/2019].

Direção Geral da Saúde (2016). *Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-Estar*. Lisboa, DGS.

Direção Geral de Saúde (2017a). Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. [Em linha]. Disponível em <http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/active-app/wp-content/files_mf/1513848603Obesidade_otimizacaodaabordagemterapeuticanoserviconacionaldesaude.pdf>. [Consultado em 25/04/2019].

Direção Geral de Saúde (2017). Estilos de Vida Saudável. [Em linha]. Disponível em <<https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/estilos-de-vida-saudavel.aspx>>. [Consultado em 05/05/2019].

Direção Geral de Saúde (2018). Alimentação Saudável- Desafios e Estratégias. [Em linha]. Disponível em <https://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1532337212PNPAS_DesafiosEstrategias2018.pdf>. [Consultado em 25/04/2019].

Espada, A.(2013). *O erro na aprendizagem clínica dos estudantes de enfermagem: percepções de estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica sobre os erros cometidos e o papel que desempenham na aprendizagem e o no desenvolvimento*. Ponta Delgada, Universidade dos Açores.

Faria, D. (2012). *Estudo Comparativo dos Estilos de Vida dos Estudantes de Medicina da Universidade da Beira Interior no Início e no Final do Curso*. Universidade da Beira Interior, Tese de Mestrado.

Fernandes, M. (2010). *O primeiro ensino clínico no percurso formativo do estudante de enfermagem*. Universidade de Aveiro

Fernandes, C. (2018). *Educar para a adoção de hábitos de vida saudáveis: uma estratégia de prevenção da obesidade infantil*. Instituto Politécnico de Coimbra, Tese de Mestrado em Educação para a Saúde.

Figueiredo, V. *et alii* (2016). ERICA: prevalência de tabagismo em adolescentes brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, 50.

Freire, P. (2016). Pedagogia da tolerância. [Em linha]. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02749.pdf>. [Consultado em 20/03/2019].

Fortin, M.(2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures, Lusodidacta.

George, F. (2011). *Sobre Determinantes da Saúde*. Lisboa, Direção Geral de Saúde.

George, F. (2014). *Sobre Determinantes da Saúde*. [Em linha]. Disponível em <<https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/publicacoes-de-francisco-george-sobre-determinantes-da-saude-pdf.aspx>> [Consultado em 10/04/19].

Graça, P., Gregório, M. (2013). A Construção do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável - Aspectos Conceptuais, Linhas Estratégicas e Desafios Iniciais. *Revista Nutricias*, 18, pp.6-9.

Guimarães, M. (2017). Estilo de vida e fatores associados entre estudantes universitários. [Em linha]. Disponível em <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=33226&indexSearch=ID>>. [Consultado em 08/04/2019].

Hulley, S. *et alii* (2008). *Delineando a Pesquisa Clínica: uma abordagem epidemiológica*. Porto Alegre, Artmed.

Katzer, J. (2017). *Diabetes Mellitus tipo II e Atividade Física*. Buenos Aires, EFDeportes Revista.

Loureiro, I. (2013). Da utilização da investigação em saúde à criação de políticas e práticas de empowerment dos cidadãos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(1), pp.1-2.

Loureiro, L. (2012). *Consumo de substâncias psicoativas e estilos de vida nos estudantes do ensino superior*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Tese de Mestrado em Enfermagem Comunitária.

Marques, C. (2017). *Estilo de vida dos Estudantes no Ensino Superior*. Instituto Politécnico da Guarda, Tese de Mestrado em Enfermagem Comunitária.

Manual de elaboração de trabalhos científicos. [Em linha]. Disponível em <<https://www.ufp.pt/app/uploads/2018/07/Manual-Estilo-Elaboração-trabalhos-cient%C3%AD-ficos.pdf>>. [Consultado em 22/03/2019].

Martins, C. *et alli* (2017). Situações Indutoras de Stress e Burnout em Estudantes de Enfermagem nos Ensinos Clínicos. [Em linha]. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0163>>. [Consultado em 08/04/2019].

Mota, J. *et alii* (2010). *Actividade Física. 14.o Congresso Português de Obesidade: Obesidade, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e Dislipidemia - Ligações Perigosas (Programa e Resumos)*. Centro de Congressos do Hotel Porto Palácio, Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade.

Nogueira, H., Remoaldo, P. (2010). *Olhares geográficos sobre a saúde*. Lisboa, Edições Colibri.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2012). *Crise & Saúde um país em sofrimento – Relatório de Primavera 2012*. Lisboa, OPSS.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública*. OE

Organização Mundial da Saúde (1986). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde: 1a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Ottawa, OMS.

Organização Pan-Americana da Saúde (2012). *Improving Chronic Illness Care through Integrated Health Service Delivery Networks*. Washington, OPAS.

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

PORDATA (2011). Base de Dados Portugal Contemporâneo. [Em linha]. Disponível em < <https://www.pordata.pt> >. [Consultado em 12/04/2019].

Ramiro, L., Reis, M., Matos, M. (2011). *Aventura Social - Saúde Sexual e Reprodutiva dos Estudantes do Ensino Superior*. Lisboa, Relatório do Estudo, Dados Nacionais 2010.

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

Ross, K. (2010). *Assessing differences in perceptions and actual health status: a national cross-sectional analysis*. Kansas State University, Kansas.

Santos, M. (2011). *Saúde Mental e Comportamentos de Risco em Estudantes Universitários*. Departamento de Educação, Universidade de Aveiro, Tese de Doutoramento em Psicologia.

Silva, A., Brito, I. (2014). Estilos de vida e saúde. In: Pedroso, R. e Brito, I. (Ed.). *Promoção com/em Saúde na ESEnfC. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde no 12*. Coimbra. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), pp. 87-97.

Silva, D. *et alii* (2011). Associação do sobrepeso com variáveis sócio-demográficas e estilo de vida em universitários. [Em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a20v16n11.pdf>>. [Consultado em 10/05/2019].

Silva, P. *et alii* (2015). *Consumos e Estilos de Vida no Ensino Superior: o caso dos estudantes da ULisboa-2012*. Lisboa, Estudos SICAD.

Soto, L. *et alii* (2009). Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida. *Pensamiento Psicológico*, 5 (12), pp. 71-88.

Suescún-Carrero, S. *et alii* (2017). Estilos de vida en estudiantes de una universidad de Boyacá, Colombia. [Em linha]. Disponível em <<https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/58640>>. [Consultado em 20/03/2019].

United Nations (2011). *Prevention and control of non-communicable diseases - Report of the Secretary-General*. New York, United Nations.

Vilelas, J. (2009). *Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa, Edições Silabo, Lda.

World Health Organization (2004). *A strategy to prevent chronic disease in Europe - A focus on public health action The CINDI vision*. Copenhaga.

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

World Health Organization (2015). *Global status report on road safety*. Geneva.

Anexos

Anexo I - Instrumento de recolha de dados

Questionário

Sou aluna do 4º ano da Licenciatura de Enfermagem na Universidade Fernando Pessoa e estou a realizar um estudo que se insere no âmbito do Projeto de Graduação, sob orientação da Prof. Margarida Ferreira.

Gostaria de saber a sua opinião relativamente a determinados aspetos relativos ao seu Estilo de Vida.

Consideramos a sua participação muito importante, pelo que solicitamos que responda com sinceridade ao questionário que a seguir se apresenta. Não existem respostas certas ou erradas e todas as respostas, serão tratadas de forma confidencial e anónima.

Responda, em função daquilo que acontece na sua vida, não como gostaria que ela fosse. Obrigado por preencher este questionário e por participar nesta investigação.

Parte I – Questionário Sociodemográfico e Clínico

Por favor, **responda** às seguintes questões sociodemográficas e clínicas:

1. Sexo

Masculino ;

Feminino ;

2. Idade _____ anos

3. Peso/Altura:

Peso _____ kg

Altura _____ cm

3. Estado civil:

Solteiro/a ;

Casado/a ou em União de facto ;

Divorciado/a ou Separado/a ;

Viúvo/a ;

4. Nível de Escolaridade

Licenciatura/Bacharelato ;

Mestrado ;

Doutoramento ;

Outra: _____

5. Área Profissional:

Medicina ;

Enfermagem ;

Técnico de Análises ;

Fisioterapeuta ;

Outra: _____

6. Anos de Serviço _____ (anos/meses)

7. Possui alguma doença crónica:

Sim ;

Não ;

Se respondeu Sim, indique qual ou quais:

Obrigado!

Responda agora às questões que se encontram em seguida, na Parte II

Parte II – Questionário Fantástico

Esta parte do questionário é constituída pelo instrumento “Estilo de Vida Fantástico”, adaptado para a população portuguesa por Silva, Brito e Amado (2014) e que explora os hábitos e comportamentos relativamente aos estilos de vida adequados para a saúde.

Pedimos-lhe que responda às questões, colocando um xis (x) à frente da afirmação que se adequa a sua realidade.

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

Como é o meu estilo de vida?

Preencha a grelha considerando o seu estilo de vida no último mês. Assinale com um xis (x) a opção que considere mais correta.

| F | A | N | T | A | | S | T | I | C | O |
|---|--|---|---|--|---|---|---|--|--|---|
| Família e Amigos | Atividade Física/ Associativismo | Nutrição | Tabaco | Álcool e outras drogas | | Sono e Stresses | Trabalho / Tipo de personalidade | Intrínseco | Comportamento de saúde e sexual | Outros comportamentos |
| <p>Tenho com quem falar dos assuntos que são importantes para mim.</p> <p>Quase sempre</p> <p>Às vezes</p> <p>Quase nunca</p> | <p>Sou membro de um grupo comunitário e participo nas atividades ativamente.</p> <p>Quase sempre</p> <p>Às vezes</p> <p>Quase nunca</p> | <p>Como duas porções de verduras e três de frutas diariamente.</p> <p>Todos os dias</p> <p>Às vezes</p> <p>Quase nunca</p> | <p>Eu fumo cigarros...</p> <p>Não, nos últimos 5 anos</p> <p>Não, no último ano</p> <p>Sim, este ano</p> | <p>A minha ingestão semanal de bebidas alcoólicas é:</p> <p>0 a 7 bebidas</p> <p>7 a 12 bebidas</p> <p>Mais de 12 bebidas</p> | <p>Uso substâncias psicoativas ilegais(cannabis, ecstasy, cocaína..)</p> <p>Nunca</p> <p>Ocasionalmente</p> <p>Frequentemente</p> | <p>Durmo bem e sinto-me descansado.</p> <p>Quase sempre</p> <p>Às vezes</p> <p>Quase nunca</p> | <p>Sinto que ando acelerado e/ou atarefado.</p> <p>Quase sempre</p> <p>Às vezes</p> <p>Quase nunca</p> | <p>Sou uma pessoa otimista e positiva.</p> <p>Quase sempre</p> <p>Às vezes</p> <p>Quase nunca</p> | <p>Realizo exames periódicos de avaliação do estado de saúde</p> <p>Sempre</p> <p>Às vezes</p> <p>Quase nunca</p> | <p>Como peão e passageiro cumpro as medidas de proteção e/ou de segurança pessoal e rodoviária.</p> <p>Sempre</p> <p>Às vezes</p> <p>Quase nunca</p> |

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|--|--|---|--|--|--|---|--|
| Dou e recebo carinho/afetos | Ando no mínimo 30 minutos diariamente. | Frequentemente como alimentos hipercalóricos (doces e/ou salgados) e <i>fastfood</i> . | Geralmente fumo por dia (cigarros)... | Bebo mais de 4 a 5 bebidas alcoólicas numa mesma ocasião | Uso excessivamente medicamentos que receitam ou que posso adquirir livremente na farmácia | Sinto-me capaz de gerir o stress no meu dia a dia. | Sinto-me aborrecido e/ou agredido | Sinto-me oprimido | Converso com o(a) parceiro(a) e/ou família sobre temas de sexualidade | Como condutor (ou futuro condutor) respeito as regras de segurança rodoviária (cinto de segurança, uso de telemóvel, ...). |
| Quase sempre ; Às vezes ; Quase nunca ; | Quase sempre ; Às vezes ; Quase nunca ; | Nenhum ; 1 a 10 por dia ; Mais de 10 por dia ; Nenhum destes ; Alguns destes ; Todos ; | Nenhum ; 1 a 10 por dia ; Mais de 10 por dia ; | Nunca ; Ocasionalmente ; Frequentemente ; | Nunca ; Ocasionalmente ; Frequentemente ; Quase Nunca ; Às vezes ; Quase diariamente ; | Quase sempre ; Às vezes ; Quase nunca ; | Quase sempre ; Às vezes ; Quase nunca ; Às vezes ; Quase nunca ; | Quase nunca ; Às vezes ; Quase nunca ; | Às vezes ; Sempre ; Quase nunca ; | Às vezes ; Sempre ; Quase nunca ; |

Estilo de Vida dos Estudantes do Ensino Superior da Zona Norte do País

| | | | | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|---|--|---|
| Realizo uma atividade física (andar, subir escadas, tarefas domésticas, jardinagem, ...) ou desporto durante 30 minutos de cada vez. | Ultrapassei o meu peso ideal em... 0 a 4 kg i 4 a 8 kg i Mais de 8 kg i | | Conduzo veículos motorizados depois de beber bebidas alcoólicas. Nunca i Raramente i Frequentemente i | Bebo café, chá ou outras bebidas com cafeína (p.e., Red-bull). Menos de 3 vezes por dia i 3 a 6 vezes por dia i Mais de 6 vezes por dia i | Relaxo e desfruto do meu tempo livre. Quase sempre i Às vezes i Quase nunca i | Sinto-me feliz com o meu trabalho e atividades diárias em geral. Quase sempre i Às vezes i Quase nunca i | Sinto-me triste ou deprimido Quase nunca i Algumas vezes i Frequentemente i | No meu comportamento sexual, preocupo-me com o bem-estar e a proteção do(a) parceiro(a). Quase sempre i Às vezes i Quase Nunca i |
|--|--|--|---|--|--|---|--|---|

Anexo II -Autorização dos autores



Armando

para mim

[Ocultar detalhes](#)

De: Armando armandos@esenfc.pt

Para: Catia de Fatima Santos Lima
31611@ufp.edu.pt

Data: 13/11/2018, 08:56

[Ver detalhes de segurança](#)

Muito bom dia, serve este email para autorizar a utilização do questionário “Estilo de Vida FANTÁSTICO”.

Bom trabalho

Armando Silva

De: Catia de Fatima Santos Lima
[mailto:31611@ufp.edu.pt]

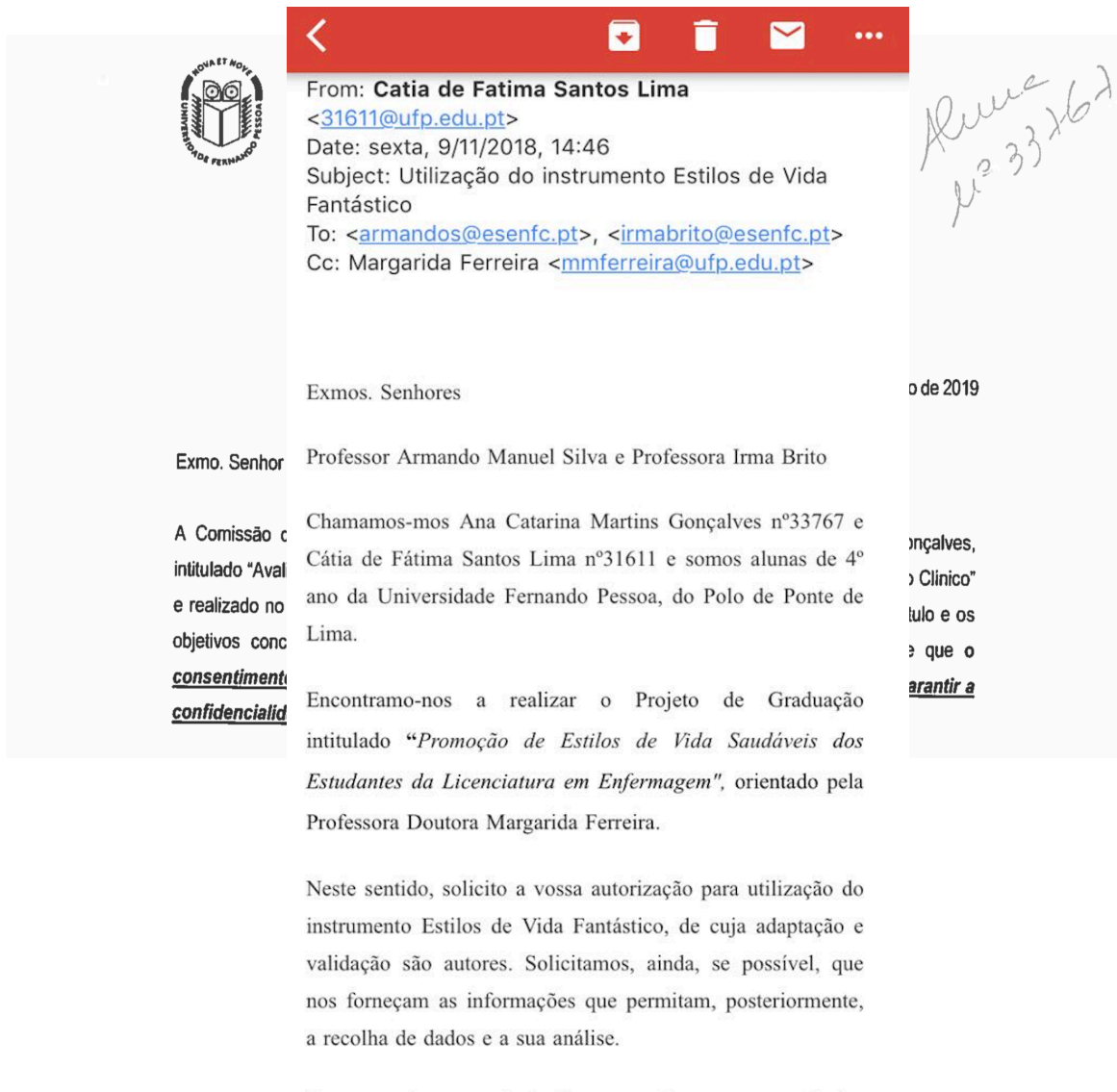
Enviada: 9 de novembro de 2018 14:46


Para: armandos@esenfc.pt;
irmabrito@esenfc.pt

Cc: Margarida Ferreira
<mmferreira@ufp.edu.pt>

Assunto: Utilização do instrumento Estilos de Vida Fantástico

Anexo III - Autorização da Comissão de Ética da UFP





From: Catia de Fatima Santos Lima
<31611@ufp.edu.pt>
Date: sexta, 9/11/2018, 14:46
Subject: Utilização do instrumento Estilos de Vida Fantástico
To: <armandos@esenfc.pt>, <irmabrito@esenfc.pt>
Cc: Margarida Ferreira <mmferreira@ufp.edu.pt>

Exmos. Senhores

Exmo. Senhor Professor Armando Manuel Silva e Professora Irma Brito

A Comissão de Ética da UFP, intitulado "Avaliação e realizado no âmbito dos objetivos concorrentes consentimento e confidencialidade

Chamamos-mos Ana Catarina Martins Gonçalves nº33767 e Cátia de Fátima Santos Lima nº31611 e somos alunas de 4º ano da Universidade Fernando Pessoa, do Polo de Ponte de Lima.

Encontramo-nos a realizar o Projeto de Graduação intitulado "Promoção de Estilos de Vida Saudáveis dos Estudantes da Licenciatura em Enfermagem", orientado pela Professora Doutora Margarida Ferreira.

Neste sentido, solicito a vossa autorização para utilização do instrumento Estilos de Vida Fantástico, de cuja adaptação e validação são autores. Solicitamos, ainda, se possível, que nos forneçam as informações que permitam, posteriormente, a recolha de dados e a sua análise.

Aluna nº 33767

o de 2019

Conçalves,
o Clínico"
tulo e os
que o
garantir a

Anexo IV - Pedido de Autorização aos autores