



Estilos de Vida e Saúde Mental dos estudantes do ensino superior: comparação entre os estudantes portugueses e africanos.

Máxima Dias Gomes Martins

Relatório de estágio apresentado ao Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Comunitária.

Orientado por: Professora Doutora Ana Maria Nunes Português Galvão
Professora Doutora Eugenia Maria Garcia Jorge Anes

Bragança, junho de 2019



Estilos de Vida e Saúde Mental dos estudantes do ensino superior: comparação entre os estudantes portugueses e africanos.

Máxima Dias Gomes Martins

Relatório de estágio apresentado ao Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Comunitária.

Orientado por: Professora Doutora Ana Maria Nunes Português Galvão
Professora Doutora Eugenia Maria Garcia Jorge Anes

Bragança, junho de 2019

Resumo

Os estudos relacionados com os estudantes de ensino superior aumentaram nestes últimos anos, revelando que os estudantes adotam estilos de vida pouco saudáveis durante o seu percurso académico, refletindo-se, nomeadamente, no seu desempenho académico. Verifica-se, no entanto, uma ausência de estudos sobre diferenças entre grupos de estudantes de nacionalidades diferentes no mesmo estabelecimento de ensino. Os estilos de vida são uma forma de viver fundamentado em padrões de comportamento identificáveis, que são apurados pela relação entre as características pessoais individuais, interações sociais, condições socioeconómicas e ambientais, contudo as pesquisas comportamentais revelam que, entre os estudantes, existem cada vez mais comportamentos considerados de risco.

Partindo das seguintes questões de investigação: Quais são os estilos de vida (atitudes e comportamentos de saúde e vivências académicas) adotadas pelos estudantes portugueses e africanos do IPB?; Quais são os níveis de saúde mental (depressão, stress e ansiedade) vivenciados pelos estudantes portugueses e africanos do IPB?, objetivou-se conhecer os estilos de vida e a saúde mental dos estudantes do Instituto Politécnico de Bragança, fazendo um estudo comparativo entre os estudantes portugueses e os estudantes africanos de países de língua oficial portuguesa.

Desenvolveu-se um estudo quantitativo, descritivo, correlacional, no plano transversal, com uma amostragem não probabilística por conveniência de 374 estudantes do Instituto Politécnico de Bragança, dos quais 232 são estudantes africanos (Angola, Cabo Verde, Guiné Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe) e 142 estudantes portugueses. Utilizou-se um questionário com quatro partes: questões sociodemográficas; a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21); o Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS); e o Questionário de Vivências Académicas versão reduzida (QVA-r).

Verificou-se que os estudantes africanos apresentam maior nível de ansiedade, depressão e stress comparativamente aos estudantes portugueses, sendo que estas diferenças só são estatisticamente significativas para a dimensão stress. No que concerne às atitudes e comportamentos de saúde, são os estudantes africanos que praticam mais exercício físico e os estudantes portugueses têm melhor nutrição, autocuidado, segurança motorizada e têm maiores cuidados no uso de drogas ou

similares, sendo que as diferenças encontradas são estatisticamente significativas para todas as dimensões. Finalmente, em termos das vivências académicas, as pontuações médias são quase idênticas entre os dois grupos de estudantes, não se tendo encontrado diferenças estatisticamente significativas.

Constata-se que os estudantes africanos têm estilos de vida pouco saudáveis comparando com os estudantes portugueses e pode ter repercussão na saúde mental e na saúde global.

Neste sentido seria necessário a implementação de estratégias de inclusão, de educação para a saúde, com promoção de prática de um estilo de vida saudável, prevenção da depressão, stress e ansiedade nos estudantes africanos, de forma a poderem efetuar decisões saudáveis, motivando-os a melhorar e adotarem padrões saudáveis e de manutenção, tendo por objetivo final a promoção da sua qualidade de vida.

Palavras chave: estudantes; vivências académicas; saúde mental; atitudes e comportamentos de saúde

Abstract

Studies related to higher education students have increased in recent years, revealing that students adopt unhealthy lifestyles during the academic journey, affecting, *inter alia*, academic achievement. There is, however, a gap in the studies of differences between groups of students of different nationalities in the same educational establishment.

Lifestyles are a way of living based on identifiable patterns of behaviour, which are determined by the relationship between individual personal characteristics, social interactions, socioeconomic and environmental conditions, yet behavioural research reveals that, among students, there is an increase in considered risk behaviours.

Based on the following research questions: What are the lifestyles (attitudes and health behaviours and academic experiences) adopted by the Portuguese and African students of IPB? What are the levels of mental health (depression, stress and anxiety) experienced by the Portuguese and African students of the IPB?, the objective was to identify the lifestyles and mental health of the students of the Polytechnic Institute of Bragança, making a comparative study between the Portuguese students and African students from Portuguese-speaking countries.

A cross-sectional, quantitative, descriptive, correlational and inferential study was carried out with a non-probabilistic sample by convenience of 374 students of the Polytechnic Institute of Bragança, of whom 232 are African students (Angola, Cape Verde, Guinea Bissau, Mozambique and São Tomé and Príncipe) and 142 Portuguese students. As instrument, a questionnaire was used with four parts: sociodemographic questions; the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21); the Health Attitudes and Behaviours Questionnaire (QACS); and the Academic Experiences Questionnaire - reduced version (QVA-r).

African students present higher levels of anxiety, depression and stress compared to Portuguese students, and these differences are only statistically significant for the dimension stress. As far as health attitudes and behaviours are concerned, it are the African students who exercise more and the Portuguese students have better nutrition, self-care, motorized safety and are more careful in drugs or similar substances use, and the differences found are statistically significant for all dimensions. Finally, in terms of

academic experiences, the mean scores are almost identical between the two groups of students, and no statistically significant differences were found.

It has been shown that African students have unhealthy lifestyles compared to Portuguese students and this may have repercussions on mental health and global health.

In this sense, it would be necessary to implement strategies for inclusion, health education, promotion of healthy lifestyles, prevention of depression, stress and anxiety among African students, in order to make healthy decisions, motivating them to improve and adopt healthy and maintenance standards, with the ultimate goal of promoting their life quality.

Keywords: students; academic experiences; mental health; health attitudes and behaviours

Resumen

Los estudios relacionados con estudiantes de educación superior han aumentado en los últimos años, revelando que los estudiantes adoptan estilos de vida poco saludables durante el viaje académico, lo que afecta, entre otras cosas, el rendimiento académico. Sin embargo, existe una ausencia de estudios sobre diferencias entre grupos de estudiantes de diferentes nacionalidades en el mismo establecimiento educativo.

Los estilos de vida son una forma de vida basada en patrones de comportamiento identificables, que están determinados por la relación entre las características personales individuales, las interacciones sociales, las condiciones socioeconómicas y ambientales, sin embargo, la investigación conductual revela que, entre los estudiantes, hay un aumento en las conductas de riesgo consideradas.

Sobre la base de las siguientes preguntas de investigación: ¿Cuáles son los estilos de vida (actitudes y comportamientos de salud y experiencias académicas) adoptados por los estudiantes portugueses y africanos de IPB? ¿Cuáles son los niveles de salud mental (depresión, estrés y ansiedad) experimentados por los estudiantes portugueses y africanos de la IPB?, el objetivo fue identificar los estilos de vida y la salud mental de los estudiantes del Instituto Politécnico de Bragança, realizando un estudio comparativo entre los estudiantes portugueses y los estudiantes africanos de países de habla portuguesa.

Se realizó un estudio transversal, cuantitativo, descriptivo, correlacional e inferencial con una muestra no probabilística por conveniencia de 374 estudiantes del Instituto Politécnico de Bragança, de los cuales 232 son estudiantes africanos (Angola, Cabo Verde, Guinea Bissau, Mozambique y Santo Tomé y Príncipe) y 142 estudiantes portugueses. Como instrumento de recogida de datos, se utilizó un cuestionario con cuatro partes: preguntas sociodemográficas; la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21); el Cuestionario de actitudes y comportamientos de salud (QACS); y el cuestionario de experiencias académicas, versión reducida (QVA-r).

Los estudiantes africanos presentan niveles más altos de ansiedad, depresión y estrés en comparación con los estudiantes portugueses, y estas diferencias son solo estadísticamente significativas para la dimensión del estrés. En cuanto a las actitudes y comportamientos de salud, son los estudiantes africanos los que hacen más ejercicio físico y los estudiantes portugueses tienen mejor nutrición, autocuidado, seguridad

motorizada y son más cuidadosos con el uso de drogas o sustancias similares, y las diferencias encontradas son estadísticamente significativas para todas las dimensiones. Finalmente, en términos de experiencias académicas, las puntuaciones medias son casi idénticas entre los dos grupos de estudiantes, y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Se ha demostrado que los estudiantes africanos tienen estilos de vida poco saludables en comparación con los estudiantes portugueses y esto puede tener repercusiones en la salud mental y la salud global.

En este sentido, sería necesario implementar estrategias de inclusión, educación para la salud, promoción de estilos de vida saludables, prevención de la depresión, estrés y ansiedad entre los estudiantes africanos, a fin de tomar decisiones saludables, motivándolos a mejorar y adoptar estándares saludables y de mantenimiento, con el objetivo final de promover su calidad de vida.

Palabras clave: estudiantes; experiencias académicas; salud mental; actitudes y comportamientos de salud

Agradecimentos

Este trabalho é fruto de muita dedicação, desempenho e momento de aprendizagem, mas de nada teriam servido sem a disponibilidade e a ajuda das pessoas que contribuíram para o mesmo.

Primeiramente agradeço aos meus pais, pela disponibilidade, pelo esforço, dedicação e paciência com a minha falta de ânimo, pois não seria possível a concretização deste trabalho, sem o seu apoio incondicional. Aos meus irmãos que sempre me incentivaram para a realização do mesmo com palavras de força e esperança em concluir este trabalho.

Agradeço a todas as pessoas que me ajudaram de uma forma direta ou indiretamente neste percurso, contribuindo para alcançar esta meta tão importante na minha construção e formação pessoal e profissional.

À Professora Doutora Ana Maria Galvão e à Professora Doutora Eugenia Maria Anes, orientadoras do relatório trabalho final do curso, agradeço todo o apoio prestado nas diferentes fases deste trabalho.

Às Direções das várias escolas superiores do Instituto Politécnico de Bragança, aos docentes bem como estudantes, pela colaboração, autorização e empenho pessoal demonstrado na fase de colheita de dados.

Agradeço a todos os professores que lecionaram neste mestrado, colegas de turma e de outro Mestrado, com quem ao longo, deste percurso, partilhei vivências e conhecimentos.

Aos meus tios e primo, pelo apoio, durante este período de muita luta e dedicação para a concretização deste Mestrado.

A todos o meu mais sincero e profundo agradecimento.

Lista de abreviaturas, acrónimos e siglas

- AASM – American Academy of Sleep Medicine
- APA – American Psychological Association
- CSH – Ciências Sociais Humanas
- CSP – Cuidados de Saúde Primários
- DGS – Direção Geral de Saúde
- DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
- EASD - Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress
- ESA – Escola Superior Agrária
- ESE – Escola Superior de Educação
- ESSa – Escola Superior de Saúde
- ESTiG – Escola Superior de Tecnologia e Gestão
- IPB – Instituto Politécnico de Bragança
- n – Amostra
- NINDS – National Institute of Neurological Disorders and Stroke
- N-REM – Non rapid eyes movements
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- OPP - Ordem dos Psicólogos
- OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde
- REM – Rapid eyes movements
- RESAPES – Rede de serviços de aconselhamento psicológico no ensino superior
- SMS – Short messages service
- SNC – Sistema Nervoso Central
- USP – Unidade de Saúde Pública
- WHO – World Health Organization

Índice Geral

| | |
|---|-----------|
| Índice Geral | ix |
| Índice de Tabelas | xi |
| Índice de Figuras | xi |
| Introdução | 1 |
| I PARTE - ENQUADRAMENTO TEÓRICO | 4 |
| Conceito de Saúde e Promoção da Saúde | 5 |
| Estilos de vida saudáveis | 7 |
| <i>Comportamentos de Atividade Física</i> | 8 |
| <i>Comportamentos Alimentares</i> | 10 |
| <i>Hábitos de Sono e Repouso</i> | 12 |
| <i>Consumo de álcool, tabaco e outras drogas</i> | 13 |
| Saúde Mental | 16 |
| Comportamentos de saúde dos estudantes do Ensino Superior..... | 21 |
| Literacia e Promoção em Saúde | 22 |
| Literacia em Saúde Mental | 26 |
| Vivências Académicos | 28 |
| II PARTE - ESTUDO EMPÍRICO | 30 |
| Metodologia | 31 |
| Contextualização do Estudo | 31 |
| Questões de Investigação e Objetivos de Estudo..... | 32 |
| Variáveis..... | 32 |
| Instrumentos de Recolha de Dados (IRDs) | 34 |
| <i>Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)</i> | 34 |
| <i>Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS)</i> | 35 |
| <i>Questionário de Vivências Académicas versão reduzida (QVA-r)</i> | 36 |
| Hipóteses de Estudo | 37 |
| População e Amostra..... | 38 |

| | |
|--|-----------|
| Caraterização da Amostra..... | 38 |
| Tipo de estudo..... | 39 |
| Procedimentos Éticos e Deontológicos..... | 40 |
| Processo de Recolha de Dados..... | 40 |
| Tratamento de Dados..... | 40 |
| Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados..... | 42 |
| Estatística Descritiva..... | 42 |
| <i>Consistência interna.....</i> | <i>51</i> |
| Estatística Inferencial..... | 52 |
| <i>Relação entre as dimensões da mesma escala.....</i> | <i>57</i> |
| Conclusões..... | 59 |
| Referências..... | 61 |
| ANEXOS..... | 70 |
| Anexo I - Instrumento de Recolha de Dados..... | 71 |
| Anexo II – Autorização das Instituição Escolares..... | 76 |
| Anexo III – Relatório de Estágio..... | 83 |

Índice de Tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela 1 - As quatro dimensões de literacia em saúde (Sørensen et al., 2012)..... | 25 |
| Tabela 2 - Definição das dimensões que constituem o QACS | 36 |
| Tabela 3 - Dimensões do Questionário das vivências académicas (QVA-r)..... | 37 |
| Tabela 4 - Dados sociodemográficos da amostra..... | 39 |
| Tabela 5 - Nível da saúde mental (depressão, ansiedade e stress) | 43 |
| Tabela 6 - Atitudes e comportamentos em saúde dos estudantes universitário | 46 |
| Tabela 7 - Vivências académicas dos estudantes universitários | 49 |
| Tabela 8 - Alfas de Cronbach | 52 |
| Tabela 10 - Nível da saúde mental (ansiedade, depressão e stress) | 53 |
| Tabela 11 - Teste de Mann-Whitney na Atitudes e comportamentos de saúde..... | 54 |
| Tabela 12 - Teste de Mann-Whitney nas Vivências Académicas dos estudantes Portugueses e Africanos | 55 |
| Tabela 13 - Coeficientes de correlação de Spearman entre as variáveis | 56 |

Índice de Figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1 - Modelo de Literacia em Saúde (Kickbusch, 2004)..... | 23 |
|--|----|

Introdução

A saúde é produto de um grande espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, abrangendo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde. Os comportamentos de saúde poderão ser influenciados por atitudes, hábitos, valores, sentimentos, crenças e, até mesmo, por modas, que distinguem e definem o estilo de vida de cada pessoa, o qual é em grande parte, responsável pelo sentimento de bem-estar biopsicossocial do indivíduo (Direção-Geral da Saúde, 2004; Pedroso et al., 2014).

Os estilos de vida são uma forma de viver fundamentado em padrões de comportamentos identificáveis, que são apurados pela relação entre as características pessoais individuais, interações sociais, condições socioeconómicas e ambientais, contudo as pesquisas comportamentais revelam que, entre os estudantes universitários, existem cada vez mais comportamentos considerados de risco (Galvao, Pinheiro, & Gomes, 2017; Galvão, Pinheiro, Gomes, & Ala, 2017).

O termo "juventude" implica que o indivíduo tenha uma idade entre os 15 e os 29 anos, sendo que é no período entre os 15 e os 20 anos que predominam os aspetos do desenvolvimento psicossocial, caracterizado, sobretudo, pela afirmação pessoal e pela necessidade de atribuição a um grupo (WHO, 2018).

Os estudantes ao entrar no ensino superior, na sua maioria, experimentam uma certa insegurança relacionada ao novo estilo de vida (contactos sociais, papéis e rotinas que têm de desempenhar). Possuem também expectativas positivas em relação à sua nova vida e são quase sempre partilhadas com a família e os amigos, com um certo orgulho, colocando pressão nos jovens estudantes, além da pressão já criada por viver longe da família e dos amigos de sempre (Costa, 2009; Mullins, Widdice, Rosenthal, Zimet, & Kahn, 2016).

As alterações de saúde mentais, nomeadamente a ansiedade, depressão e stress, afetam o bem-estar psicoemocional do jovem estudante, tendo efeitos sobre todo o seu funcionamento, podendo criar comportamentos de risco, em especial aqueles relacionados com os hábitos saudáveis, os hábitos sexuais e a saúde mental (Galvão, Costa, Gomes, & Noné, 2016; Galvao, Noné, & Gomes, 2016).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs uma estratégia global para a alimentação, o exercício físico e a saúde, reconhecendo que as doenças crônicas não transmissíveis representavam 60% de todas as causas de morte e que são geradoras de 47% dos encargos gerais com a saúde. Situação que, no entanto, exhibe uma preocupante tendência para se acentuar, na medida em que no ano 2020 se estima que aquelas percentagens subam, respetivamente, para 73% e 60% (WHO, 2008).

Contudo, vários estudos concluem que a alteração dos hábitos só é possível melhorando o nível de literacia em saúde, sendo que esta depende de vários fatores, tais como a cultura, as influências familiares e sociais (seguir o exemplo dos adultos), havendo também influências fortes sobre como o sistema educativo implementa programas de literacia em saúde (Kickbusch, Pelikan, Apfel, & Tsouros, 2013; Nutbeam, 2008). A relação entre educação e saúde está bem patente em vários estudos, que revelam que baixos níveis de literacia estão associados a baixos níveis de saúde, com os consequentes custos para a sociedade, quer ao nível de sofrimento humano, quer ao nível económico (Kickbusch, 2004; Kickbusch et al., 2013; Nutbeam, 2000).

Os estudos relacionados com os estudantes de ensino superior aumentaram nestes últimos anos, revelando que os estudantes adotam estilos de vida pouco saudáveis durante o percurso académico, refletindo-se, nomeadamente, no aproveitamento académico (Costa, 2009; Galvão, et al., 2016; Galvão, et al., 2017).

Existe, no entanto, uma ausência de estudos sobre diferenças entre grupos de estudantes de nacionalidades diferentes no mesmo estabelecimento de ensino. Existem alguns estudos nos Estados Unidos da América sobre diferenças de níveis de saúde (física e mental) entre estudantes de várias origens (afro-americanos, hispano-americanos, etc.), mas não necessariamente de países diferentes (Bailey, 1987; Cook, Purdie-Vaughns, Meyer, & Busch, 2014).

A escassez destes estudos e a total ausência de estudos sobre estudantes africanos a estudar no estrangeiro motivaram o interesse em desenvolver este trabalho de investigação com intuito de conhecer os estilos de vida (Atitudes e Comportamentos de Saúde e Vivências Académicas) e o nível de saúde mental dos estudantes do Instituto Politécnico de Bragança (IPB), fazendo uma comparação entre os estudantes portugueses e africanos.

Face ao exposto surgiram as seguintes questões de investigação:

- Quais são os estilos de vida (atitudes e comportamentos de saúde e vivências académicas) adotadas pelos estudantes portugueses e africanos do IPB?
- Quais são os níveis de saúde mental (depressão, stress e ansiedade) vivenciados pelos estudantes portugueses e africanos do IPB?

O presente trabalho está estruturado em duas partes: a primeira integra o estado da arte, onde são abordados conceitos, dados, evidências científicas e procedimentos fundamentais para a compreensão do estudo; a segunda parte é composta pelo estudo empírico que inclui os aspetos metodológicos, como o desenho do estudo, o local onde foi desenvolvido, os participantes/amostra em estudo, os procedimentos realizados, os instrumentos de recolha de dados, as variáveis operacionalizadas e posteriormente expõe-se a discussão dos resultados obtidos e as respetivas conclusões.

I PARTE - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Conceito de Saúde e Promoção da Saúde

A OMS definiu na Declaração de Jakarta que a saúde e o bem-estar resultam de condições básicas e da interação complexa de múltiplos fatores tais como os biológicos, comportamentais, ecológicos e sociais, entre outros, pelo que a responsabilidade da promoção da saúde é uma responsabilidade de todos os setores da sociedade (WHO, 1997).

Condições básicas são, por exemplo, a educação, o acesso a cuidados de saúde, a segurança, paz, um sistema de apoio e a segurança social, sendo estas responsabilidades do setor público e privado. Assim, todos os intervenientes devem contribuir para a criação de ambientes promotores da saúde e de bem-estar, garantindo que todos os cidadãos possam optar pelas melhores decisões a nível de saúde (WHO, 1997).

A promoção e proteção da saúde são temas recorrentes nas conferências da OMS, motivando os países participantes a criar condições para que os cidadãos, individual ou coletivamente, possam agir sobre os principais determinantes da saúde, de modo a melhorar a sua saúde, contribuir para a diminuição das desigualdades e construir capital social (WHO, 1986, 1997).

Segundo a Declaração de Ottawa (WHO, 1986), a promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. O principal objetivo é possibilitar o atingir de um estado de bem-estar físico, mental e social completo dos indivíduos e os agentes políticos, económicos e sociais devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de estilos de vida saudáveis, na direção de um bem-estar global.

Segundo o Programa Nacional de Saúde: 2014-2020, “a saúde é um domínio complexo de elevada incerteza, dependente de fenómenos biológicos, comportamentais, socioeconómicos e ambientais, que beneficia de grande inovação e rápida evolução do conhecimento e das práticas, que exige políticas consistentes e persistentes” (Direção-Geral da Saúde, 2015, p. 14). Contudo, os recursos finitos, obrigam a constantes decisões éticas difíceis, sendo que essas devem ser tomadas em conjunto com governantes, gestores, profissionais e cidadãos (Direção-Geral da Saúde, 2015).

A OMS aconselha assim, os vários estados a implementar estratégias nacionais para a qualidade e segurança em saúde, sendo que aconselham uma particular atenção à

necessidade de se adotarem medidas que sejam sustentáveis a longo prazo (Direção-Geral da Saúde, 2015).

Assim, a promoção da saúde está associada à sustentabilidade, na medida em que “as melhores escolhas para a saúde são também as melhores escolhas para o planeta; e as escolhas mais éticas e benéficas para o ambiente são também boas para a saúde” (Crisp, 2014, p. 89).

De acordo com a Direção-Geral da Saúde (2015) “o reforço da promoção e proteção da saúde deve valorizar o potencial individual, ao longo do ciclo da vida, em cada momento e contexto, com destaque para os principais determinantes de saúde e para as ações intersectoriais” (p. 20). De acordo com este programa, são de especial importância os programas ou projetos, bem como as ações que visem a saúde nas várias fases até à vida adulta objetivando criar hábitos saudáveis, sendo que as políticas de saúde devem obrigatoriamente abranger estas etapas do ciclo de vida (Direção-Geral da Saúde, 2015).

A saúde é assim atualmente encarada como um estado de bem-estar físico, mental e social e não, como acontecia até à Conferência de Jakarta com a mera ausência de afeções e/ou enfermidades. Assim, o bem-estar pode ser definido nessas mesmas três vertentes, sendo que: o bem-estar físico diz respeito a conceitos tais como o bom funcionamento do corpo, a normalidade biológica, a boa forma física e a capacidade de desempenhar tarefas; o bem-estar social diz respeito às relações interpessoais, bem como questões sociais variadas, tais como a satisfação material, a empregabilidade e o envolvimento comunitário, ou questões mais difíceis de atingir como a paz e segurança; e, o bem-estar mental incide sobre a autoeficácia, o bem-estar subjetivo, a competência social e a robustez psicológica (Nutbeam, 1998a; WHO, 1986, 1997).

Com esta nova visão, a saúde passou de algo intrinsecamente individual, para uma responsabilidade da comunidade, sendo hoje naturalmente encarada como um direito fundamental da pessoa humana, que deve ser assegurada a todos, sem distinção de raça, religião, ideologia política ou condição socioeconómica. A saúde é, assim sendo, um direito de todos, individualmente, mas cujo direito e condições devem ser uma obrigação do todo.

Estilos de vida saudáveis

No Despacho n.º 6401/2016 de 16 de maio, do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, é determinado o desenvolvimento, de programas de saúde prioritários nas seguintes áreas, no âmbito do plano Nacional de Saúde:

- Prevenção e Controlo do Tabagismo;
- Promoção da Alimentação Saudável;
- Promoção da Atividade Física;
- Diabetes;
- Doenças Cérebro-cardiovasculares;
- Doenças Oncológicas;
- Doenças Respiratórias;
- Hepatites Virais;
- Infecção VIH/SIDA e Tuberculose;
- Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos; e
- Saúde Mental.

Ou seja, o bem-estar e a hábitos saudáveis, são encarados na ótica da redução dos riscos que diminuem a saúde e põem em risco os indivíduos e têm origem no facto que a prevalência destes riscos tem vindo a aumentar, em particular nos jovens adultos, sendo dessa forma uma questão de saúde pública, tendo vindo a receber uma grande atenção por parte de investigadores (Costa, 2009; Galvão, et al., 2016; Galvão, et al., 2017; Leite, Lisboa, & Azevedo, 2011).

Segundo a OMS, comportamentos de riscos representam cerca de 86% das mortes e 77% do total de doenças na região europeia da OMS e têm como etiologia comum um conjunto de fatores fundamentalmente ligados aos estilos de vida, geradas através das opções individuais ao longo da vida (WHO, 2018). Os estilos de vida pouco saudáveis, como o aumento dos hábitos sedentários, as dietas desequilibradas, o aumento do consumo de tabaco e álcool e a má gestão do stress são os principais fatores de risco.

Os estilos de vida (EV) não são só um conjunto de decisões conscientes que os indivíduos tomam, mas são sim o conjunto de comportamentos ou hábitos através dos quais respondemos a várias situações que nos vão surgindo diariamente e que são

intrínsecos aos indivíduos, resultado de uma aprendizagem por assimilação através do processo de socialização e que são constantemente reinterpretados ao longo do ciclo de vida e em diferentes situações sociais (Direção-Geral da Saúde, 2015).

Contudo, o estilo de vida de um indivíduo não é imutável, e os comportamentos e hábitos podem ser alterados através do aumento da consciencialização dos efeitos das ações, podendo ter efeitos positivos profundos sobre a qualidade de vida e os hábitos de saúde (WHO, 2018).

O EV é influenciado por um conjunto diverso de comportamentos, tais como a prática de atividades físicas, hábitos alimentares, uso de tabaco, relacionamento com a família e amigos, consumo de bebidas alcoólicas, sexo seguro, etc. (Varela-Mato, Cancela, Ayan, Martín, & Molina, 2012).

A literacia em saúde, e neste caso em particular sobre como adotar um estilo de vida saudável a nível do exercício físico, a nutrição, a prevenção de acidentes ou o consumo de álcool e outras substâncias, e por essa via prevenir doenças, é essencial, mas por si não é suficiente. É necessário que os indivíduos, para além de terem os conhecimentos, saibam interpretá-los e compreender possibilitando, assim, criar soluções que lhes permitam ter estilos de vida mais saudáveis. Este processo é necessariamente contínuo, atualizando constantemente os conhecimentos e a capacidade de interpretação (Kickbusch, 2004; Nutbeam, 2008).

Considerando a influência dos estilos de vida na saúde das pessoas, este assunto tem constituído uma constante preocupação, uma vez que baixos níveis de saúde e bem-estar podem provocar consequências negativas, especialmente entre jovens estudantes do ensino superior, que constituem um grupo vulnerável, pois com a entrada no ensino superior ocorrem várias alterações, tais como o questionar os valores e hábitos que lhes foram transmitidos pela família ao longo da sua vida (Brito, Gordia, & Quadros, 2016).

Por forma a melhor enquadrar o presente estudo, convém analisar melhor as vertentes abordadas nos subcapítulos seguintes.

Comportamentos de Atividade Física

O sedentarismo é considerado como um dos principais fatores de risco para as doenças crónicas não transmissíveis. Tendo esta premissa como pano de fundo, a OMS recomenda a adoção de instrumentos estratégicos nesta área que permitam a organização dos serviços, a formação de profissionais e a distribuição de recursos de

forma a promover a atividade física e, simultaneamente, criar condições para que existam ambientes promotores de atividade física nos locais onde as pessoas vivem e trabalham, de forma a que os indivíduos reconheçam as vantagens de ter um estilo de vida mais ativo, diminuindo o sedentarismo (Silva, Mata, Arriaga, & Silva, 2016).

Segundo o Plano Nacional de Saúde – revisão e extensão até 2020, a promoção do exercício físico ao longo de todo o ciclo de vida é absolutamente prioritária e insubstituível como fator protetor da Saúde (Direção-Geral da Saúde, 2015). Este mesmo Plano aponta igualmente que os comportamentos e estilos de vida influenciam, de forma comprovada, a saúde, e que períodos extensos de comportamento sedentário, como utilizar a viatura para qualquer tipo de deslocação ou estar sentado durante horas no local de trabalho, são um fator de risco para a Saúde, independente dos níveis de atividade física da pessoa, sendo que o mesmo é refletido na Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-Estar (Silva et al., 2016).

Segundo esta mesma Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-Estar (Silva et al., 2016), o desenvolvimento de um conjunto alargado de atividades orientadas para a diminuição do sedentarismo e para o incentivo à prática regular da atividade física, é essencial. Para ir ao encontro deste objetivo, foram definidos objetivos e áreas de intervenção, fixando-se prioridades, para um conjunto de agentes que podem colaborar ativamente na promoção da atividade física.

A OMS, define a atividade física como um qualquer movimento do corpo produzido pelos músculos esqueléticos e que requer o gasto de energia (WHO, 2018). A inatividade física foi identificada como o quarto principal fator de risco para mortalidade global, sendo que as atividades físicas regulares como a caminhada, natação ou andar de bicicleta, estão provados terem benefícios significativos para a saúde. A atividade física moderada, pode assim reduzir o risco de doenças cardiovasculares, diabetes, bem como doenças do foro mental como a depressão.

Segundo a OMS (WHO, 2018), cerca de 23% dos adultos com 18 anos ou mais não estavam ativos o suficiente em 2010 (homens 20% e mulheres 27%). Em países de alta renda, 26% dos homens e 35% das mulheres eram insuficientemente ativos fisicamente, em comparação com 12% dos homens e 24% das mulheres em países de baixa renda. Os níveis baixos ou decrescentes de atividade física geralmente correspondem a um produto nacional bruto alto ou crescente. A queda na atividade física é em parte devido à inatividade durante o tempo de lazer e ao comportamento

sedentário no trabalho e em casa. Da mesma forma, um aumento no uso de meios de transporte "passivos" também contribui para a falta de atividade física.

Globalmente, 81% dos adolescentes com idades entre 11 e 17 anos estavam insuficientemente ativos fisicamente em 2010. As meninas adolescentes eram menos ativas que os meninos adolescentes, com 84% contra 78% não atendendo às recomendações da OMS, tornando o estudo dos comportamentos de saúde na vertente da atividade física de grande importância.

Comportamentos Alimentares

Presentemente, em Portugal, os maus hábitos alimentares são o fator de risco que mais contribui para uma perda do total de anos de vida saudável (15,8%). O consumo deficitário de fruta, frutos secos, produtos hortícolas e cereais integrais, associado a um consumo excessivo sal e carnes processadas, são dos principais comportamentos alimentares inadequados. Em Portugal, 85% das doenças são da categoria “doenças crónicas” e mais de 50% dos adultos portugueses apresentam excesso de peso e cerca de 1 milhão dos portugueses são considerados obesos, aos quais se acrescentam como motivo de preocupação o cerca de 3,5 milhões de portugueses catalogados de pré-obesos (Direção-Geral da Saúde, 2017b).

Segundo a Direção-Geral da Saúde, a alimentação influencia o estado de Saúde e em termos de riscos, os alimentos com excesso de calorias e em particular com altos teores de sal, de açúcar e de gorduras processadas a nível industrial, constituem o principal problema (Direção-Geral da Saúde, 2015). Comer menos do que três peças de fruta por dia constitui o risco alimentar evitável que mais contribui para a perda de anos de vida saudável, estimando-se em 141 mil os anos de vida potencialmente perdidos pela população portuguesa em 2010. Calcula-se ainda que a ingestão diária de sal seja, em Portugal, praticamente o dobro da recomendação da OMS (<5 g/dia).

Em Portugal tem-se verificado a perda gradual da maioria das características do padrão alimentar tradicional, o mediterrâneo, em prejuízo da adoção do padrão alimentar ocidental moderno. Constatam-se um aumento do consumo de açúcares, elevado consumo de gorduras ricas em ácidos gordos saturados e colesterol, diminuição da ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono complexos e o aumento do consumo de hidratos de carbono simples.

A entrada para o ensino superior é um marco importante na vida de qualquer jovem. É também muitas vezes o primeiro momento em que os jovens ficam afastados da família, com grande liberdade e autonomia, tendo como resultados em muitos dos casos alterações ao nível dos estilos de vida, em especial no que diz respeito aos horários, rotinas e hábitos alimentares. Muitas vezes, estas alterações originam o aumento do peso, sendo que o excesso de peso durante a fase mais tardia da adolescência está relacionado com um aumento do risco de excesso de peso na vida adulta (Viana, Santos, & Guimarães, 2008).

A alimentação saudável depende, além dos tipos de alimentos, do tempo e a forma de prepará-la e do tempo para alimentar-se. Nessa perspetiva, o jovem universitário nem sempre tem o suporte familiar para a aquisição e o preparo dos alimentos. Os hábitos alimentares dos estudantes do ensino superior são influenciados pelo facto de passarem a viver sozinhos ou em residências estudantis, pela falta de tempo para confeccionar as refeições completas, ou pela substituição de refeições por lanches rápidos e práticos, com alto teor calórico e o estabelecimentos de novos comportamentos e relações sociais (Busato, Caroline, Gallina, & da Rosa, 2015).

Sendo os maus hábitos alimentares uma preocupação crescente na nossa sociedade, foi implementado o Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS), que é um dos programas de saúde prioritários do Plano Nacional de Saúde (Direção-Geral da Saúde, 2015), e pretende criar os meios necessário para reduzir os fatores de risco relacionados com as doenças não transmissíveis (Direção-Geral da Saúde, 2017b).

Uma alimentação adequada e a consequente melhoria do estado nutricional dos cidadãos tem um impacto direto na prevenção e controlo das doenças mais prevalentes a nível nacional, tais como as doenças cardiovasculares, diabetes, e oncológicas, sendo que deve também originar, em paralelo, um crescimento a nível da competitividade económica, ou a redução do peso sobre o orçamento de Estado, em outras áreas como os ligados à agricultura, ambiente, segurança social, turismo, emprego ou qualificação profissional (Direção-Geral da Saúde, 2017b).

Atendendo ao acima descrito, devem ser encontrada a melhor forma dos estudantes terem uma alimentação mais saudável, devendo assim ser completa, variada e equilibrada, proporcionando a energia adequada e contribuir positivamente para o

bem-estar físico dos indivíduos, resultando igualmente numa redução dos riscos de doenças crónicas.

Hábitos de Sono e Repouso

Um outro comportamento que põe em risco a saúde e o bem-estar dos estudantes do ensino superior é a falta de qualidade do sono. A qualidade do sono assume-se como um indicador de saúde na comunidade, tendo conseguido um grande interesse por parte dos profissionais de saúde, já que está diretamente associado ao estado de saúde e consequentemente à qualidade de vida dos indivíduos (Galvão, et al., 2017).

As alterações nos padrões do sono podem ter consequências a nível do desequilíbrio emocional, que por sua vez, poderão originar perturbações depressivas, de ansiedade e stress dos indivíduos (Galvão et al., 2017). A ansiedade, a depressão e o stress são uma temática que suscita grande interesse, pois em Portugal a prevalência de doenças mentais é muito elevada, quando comparado com outros países da União Europeia (Direção-Geral da Saúde, 2017a).

O sono é um estado multifuncional, que executa várias funções ou tarefas, sendo fundamental nas diferentes fases de crescimento e desenvolvimento humano, ao longo de todo o ciclo vital (Paiva & Penzel, 2011). Na fase da juventude tem um papel importante, uma vez que o sono está diretamente relacionado com a preservação da aprendizagem e da memória, além de ter um papel fundamental no controle dos processos restaurativos (Curcio, Ferrara, & De Gennaro, 2006). Afeta igualmente o bom funcionamento executivo, incluindo o raciocínio abstrato, o comportamento dirigido e objetivo, assim como o processamento criativo, sendo este indispensável à aprendizagem (Dewald, Meijer, Oort, Kerkhof, & Bögels, 2010). Desta forma, todos os processos cerebrais relacionados com o sono, adotam uma função principal, a influência do desempenho cognitivo, físico e emocional para o dia seguinte, no decorrer da noite (Dewald et al., 2010).

Conforme abordado anteriormente, dada a importância do sono nos jovens, torna-se imperativo perceber o impacto que este tem no seu desempenho académico. O rendimento académico traduz-se na realização de múltiplas estratégias, esforço do sujeito, aprendizagem permanente, oferecendo a assimilação e aquisição de novos conhecimentos (Curcio et al., 2006). Quando o sono é irregular ou de curta duração, o rendimento académico é afetado tornando-se reduzido (Medeiros, Mendes, Lima, &

Araujo, 2003). Por sua vez, a privação de sono crônica está associada à sonolência excessiva, que prejudica o desempenho acadêmico, agravado quando há hábito de estudar à noite (Adeosun, Asa, Babalola, & Akanmu, 2008).

Estudos revelam que o período de estudo e hábitos de sono estão associados e podem influenciar o desempenho e o rendimento acadêmico, sendo que, os estudantes com menor número de queixas de sono demonstram melhor desempenho em termos de memória e que, por sua vez, os estudantes submetidos a horários matutinos revelavam redução do sono e aumento da sonolência diurna (Boscolo, Sacco, Antunes, Mello, & Tufik, 2007). Quando os comportamentos diurnos são ineficientes, surge maior instabilidade no desempenho geral do jovem, incluindo o seu desempenho acadêmico, sucedendo-se ao mesmo tempo, noites de sono com várias interrupções ou de quantidade insuficiente (Dewald et al., 2010).

Em consonância com a literatura revista e os dados empíricos, da mesma, evidencia-se que o sono desempenha um papel essencial sobre o bom funcionamento físico, mental, comportamental, emocional e acadêmico do jovem.

Consumo de álcool, tabaco e outras drogas

O álcool, além de ser a substância psicoativa mais consumida no mundo (Barroso, Mendes, & Barbosa, 2012), é também aquela que mais impacta a saúde pública. Portugal é um dos países com maior consumo de litros de álcool per capita, muito devido ao facto de ser social e culturalmente aceite o seu consumo e em várias situações sociais até ser visto como a norma (Rodrigues, Pereira, & Barroso, 2005). Também os hábitos de consumo têm vindo a iniciar-se cada vez mais cedo, sendo que no nosso país é por volta dos doze anos de idade que se dá a iniciação do consumo de álcool, sendo que este fenómeno é acompanhado de outros comportamentos de risco tais como o consumo de drogas, violência ou comportamentos sexuais de risco (Galvão et al., 2017).

Além da aceitação do consumo de álcool socialmente, sendo habitual ver os adultos a consumir álcool em várias ocasiões, em muitas situações o consumo é igualmente tido como um ritual de iniciação ou aceitação por pares, levando a que a pressão de pares assumam também um papel importante (Tietzen, 2010). Além dos comportamentos de risco que podem ser negativamente influenciados pelo consumo de álcool, a exposição a estas substâncias poderá inclusive prejudicar ou até interromper a

maturação cerebral, comprometendo, nomeadamente, o desenvolvimento psicossocial (Tietzen, 2010).

Reside no aqui explanado, a principal razão para os estabelecimentos escolares terem um papel importante no combate ao consumo de álcool, não ignorando os seus riscos e não considerar este tipo de consumo como algo menos grave do que outro tipo de drogas (WHO - Management of Substance Abuse Team, 2018).

No que respeita ao álcool, em Portugal, as políticas públicas estão inseridas num plano nacional que abarca os comportamentos aditivos e dependências e numa estrutura de Coordenação Nacional para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool (Silva et al., 2015).

O consumo de tabaco assume contornos pandémicos, sendo considerado a sexta determinante de mortalidade dentro das oito principais causas de morte, constituindo potencial de agravamento nas doenças não transmissíveis mais prevalentes, em especial nas neoplasias, cardiovasculares, respiratórias, cerebrais e metabólicas. Apresenta também efeitos nefastos ao nível da sexualidade, fertilidade e mortalidade infantil (Direção-Geral da Saúde, 2015).

A entrada de estudantes no ensino superior é considerada o alcance de uma vitória muito desejada, representando sentimentos positivos. No entanto constituir um momento crítico, de maior sensibilidade e vulnerabilidade para o consumo de álcool e outras drogas (Wagner & Andrade, 2008). Segundo Evangelista, Kadooka, Pires e Constantino (2018), a entrada na universidade, apresenta-se como uma fase de maior autonomia e emancipação, possibilitando novas experiências, mas que ao constituir também um período de maior vulnerabilidade, faz com que estes jovens fiquem mais suscetíveis ao consumo de drogas e aos seus efeitos. Os mesmos autores afirmam que o consumo do álcool é muitas vezes utilizado para promover e constituir uma nova rede de amizades, desenvolvendo um padrão de “beber pesado” que os coloca em risco durante esta fase e com efeitos nocivos para a vida adulta.

A problemática do consumo abusivo e dos seus efeitos tem gerado enorme discussão quer nos meios de comunicação social, quer no meio académico (Evangelista et al., 2018). O aumento da prevalência do consumo e dos problemas de saúde resultantes relaciona-se com o facto do consumo de álcool e tabaco serem consideradas consumos legais (Evangelista et al., 2018).

A problemática do consumo de álcool pelos jovens constitui preocupação social, sendo, no entanto, tolerado em contextos de lazer e familiar (Ferreira, 2008). Nos jovens o álcool aparece em determinadas ocasiões como um factor mediador no seu processo de desenvolvimento, podendo constituir um elemento propiciador de comportamentos de risco.

As consequências nefastas do consumo de álcool vão muito para além dos problemas de saúde de quem bebe, acarretando enormes despesas sociais, consequências da menor capacidade produtiva, da violência, de atitudes e comportamento de sexuais de risco, de contágios, de mortes prematuras, distúrbios do sono, mudanças do hábito alimentar, de acidentes e prejuízo do seu desempenho físico e intelectual (Evangelista et al., 2018). Assim, o uso de drogas, em especial o álcool, diminui a expectativa de vida dos estudantes do ensino superior.

A OMS, com vista a avaliar o consumo e consequências do consumo de drogas e outras substâncias psicoativas desenvolveu o Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST), que identifica os padrões de consumo com risco de desenvolver problemas, indivíduos com problemas associados ao consumo e indivíduos com risco de desenvolver dependência (WHO ASSIST Working Group, 2002). Este instrumento pode constituir uma mais valia, facilitando a identificação e prevenção de casos problemáticos nos jovens do ensino superior.

De acordo com o Global Information System on Alcohol and Health (WHO - Management of Substance Abuse Team, 2018), em Portugal, em 2010, os indivíduos com mais de 15 anos bebiam em média 12,9 litros de álcool anualmente, com um consumo diário de 28 g de álcool por pessoa. Regra geral, estes valores encontravam-se acima dos valores da Região Europa OMS. É expectável uma diminuição do consumo de álcool per capita em Portugal até ao ano 2025 de 12,5 l (2015) para 11,4 l.

O tabaco é também fator determinante da saúde dos jovens estudantes, contribuindo para o agravamento de doenças não transmissíveis como o cancro, as doenças respiratórias, as doenças cardiovasculares, cerebrais e metabólicas (Direção-Geral da Saúde, 2015). Também é responsável pela degradação da saúde sexual e reprodutiva. Sendo responsável pelo aumento de mortes prematuras duas a três vezes superior ao verificado em não fumadores.

O consumo de álcool tomou-se para muitos jovens um gesto habitual, uma prática social e é a droga mais consumida (Ferreira, 2008).

O consumo exagerado de álcool está também frequentemente ligado a agressividade, a lesões acidentais, práticas sexuais desprotegidas e à dependência.

A alcoolização e a embriaguez são usadas com frequência como mecanismo de defesa face a um problema ou conflito (Ferreira, 2008).

De acordo com a autora, importa realçar que o contexto de cada estudante pode potenciar a sensibilidade e/ou a vulnerabilidade dos jovens à exposição a riscos. Embora, em ambientes socioeconómicos desfavorecidos com famílias disfuncionais, muitos jovens demonstram uma enorme potencialidade face a circunstâncias mais adversas com níveis de saúde relevantes.

Saúde Mental

A OMS define saúde mental como um estado de bem-estar em que o indivíduo utiliza as suas capacidades, face ao stress normal da vida, desenvolve produtivamente e com sucesso a sua atividade profissional e, tem capacidade para participar na comunidade a que pertence (WHO, 2001).

O conceito de saúde mental tem em conta a pessoa no seu todo, tem uma visão biopsicossocial. A saúde mental é o resultado das inter-relações do indivíduo com o seu ambiente interno e externo, com as suas características físicas, face aos seus antecedentes individuais e familiares (WHO, 2001).

A saúde mental é considerada uma ferramenta de ajuda, traduzindo-se numa base essencial ao bom funcionamento da sociedade, a sua importância no nosso país tem vindo a crescer, o que se evidencia pela existência de uma Programa Nacional para a Saúde Mental (Direção-Geral da Saúde, 2017a). Na última década, a saúde mental tem tido grande destaque, consequência sobretudo das crescentes evidências científicas, onde é realçada a importância da saúde mental nas diversas áreas da sociedade. O Programa Nacional para a Saúde Mental - PNSM, (Direção-Geral da Saúde, 2017a) alerta para um maior rigor e qualidade na prescrição nesta área; aumento dos registos de perturbações mentais nos Centros de Saúde e, para o reforço da prestação de cuidados e serviços especializados para as crianças/adolescentes e adultos.

Em Portugal, desde 2011, nos centros de saúde, o registo de utentes com problemas mentais tem vindo a crescer, mais concretamente as perturbações de ansiedade, as perturbações depressivas e as demências (Direção-Geral da Saúde, 2017a). Esta evolução vem ao encontro da meta para 2020, aumentando em 25% o

registo de pessoas com ansiedade e depressão, entre 2014-2016 a variação verificada para a ansiedade foi de 21% e para a depressão de 17% (Direção-Geral da Saúde, 2017a).

De acordo com o Programa Nacional para a Saúde Mental (Direção-Geral da Saúde, 2017a), a taxa de mortalidade em saúde mental é residual e diz respeito quase exclusivamente ao suicídio (3,1% em 2015). O suicídio é mais frequente em indivíduos com doenças mentais graves, como é o caso da depressão major e da perturbação bipolar.

Embora a mortalidade seja reduzida, tem sido atribuído especial realce à saúde mental em virtude da análise do número de dias vividos com incapacidade (DALY) (Direção-Geral da Saúde, 2017a).

A OMS (WHO, 2001) afirma que o desenvolvimento de um transtorno mental pode surgir em qualquer fase da vida, ocorrendo em 25% dos indivíduos. O Conselho Europeu do Cérebro depois da associação de dados de avaliação da infância e adolescência e de novos membros da União Europeia estima que 38,2% da população da União Europeia, com idade compreendida entre os 18 e os 65 anos apresenta problemas de saúde mental (Direção-Geral da Saúde, 2017a).

Globalmente, a depressão é considerada a terceira causa de doença, mas prevê-se que em 2030, suba para primeira causa de doença em todo o mundo (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2012).

Saraiva e Cerejeira em 2014 afirmam que na população mundial 154 milhões de indivíduos apresentam valores elevados de depressão, 91 milhões com problemas de alcoolismo, 25 milhões sofrem de esquizofrenia e 15 milhões de consumo excessivo de drogas (WHO - Management of Substance Abuse Team, 2018).

A depressão é uma doença psiquiátrica frequente na sociedade, caracterizada por humor deprimido, perda de interesse e de prazer, culpabilidade, baixa autoestima, alterações do sono e do apetite, astenia e alterações da concentração. Estes sintomas afetam a pessoa tanto a nível emocional, intelectual e social, podendo em situações graves conduzir ao suicídio (WHO, 2018).

Os resultados de uma investigação desenvolvida por Santos (2011), com 666 estudantes da Universidade de Aveiro em Portugal, mostram que 15% dos estudantes universitários manifestam sintomas depressivos e 26% com altos valores de *stress*.

Os problemas de saúde mental estão geralmente associados com a depressão, suicídio, violência, consumo de substâncias e comportamentos de risco (Direção-Geral da Saúde, 2017a). Estas perturbações envolvem a presença de tristeza, vazio ou humor irritável, associada a alterações somáticas e cognitivas afetando significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo, diferindo entre elas o *timing* e/ou a etiologia, representando condição clássica neste *cluster* a perturbação depressiva major (American Psychiatric Association, 2013b).

De acordo com os autores supramencionados, a perturbação depressiva major decorre em pelo menos duas semanas, manifestando-se humor depressivo ou ausência de interesse face às atividades do dia-a-dia. Na perturbação depressiva major, são frequentemente, as alterações do sono, as responsáveis pela pessoa procurar tratamento. Podendo manifestar-se sentimentos de tristeza, isolamento, desespero, autodepreciação e autoestima diminuída. Associados a esta sintomatologia, encontram-se a inibição motora e/ou, a agitação, o corte nas relações interpessoais e alterações vegetativas como a insónia ou alterações do apetite (Galvão et al., 2017).

No estudo de Bouteyre, Maurel e Bernaud (2007), desenvolvido em França com 233 estudantes universitários, concluiu-se que 41% dos estudantes apresentavam sintomatologia depressiva. Numa outra investigação com 1743 estudantes, levada a cabo por Verger, Lions e Ventelou (2009) encontraram uma prevalência de mal-estar psicológico relacionado com o crescimento do risco da ansiedade e depressão, 15,7% em rapazes e 33% em raparigas (citado por Almeida, 2014).

Como comorbilidade da depressão, surge por vezes a ansiedade ou vice-versa. A epidemiologia realça o aumento da ansiedade tanto na população geral como em *clusters* de estudantes universitários, por este motivo, existem autores que denominam o século XX como a “Era da ansiedade” (Twenge, 2000).

O estado de ansiedade, é caracterizado por ansiedade e a preocupação persistente e excessiva face aos diversos contextos, trabalho, escola, entre outros. Experimenta sintomas físicos, incluindo agitação, nervosismo ou tensão interior, fadiga fácil, dificuldades de concentração ou sensação de permanecer com mente vazia, irritabilidade, tensão muscular e perturbações de sono (American Psychiatric Association, 2013a).

Alterações que exijam adaptação ou respostas, mentais ou emocionais podem dar origem a uma situação de stress. Dependendo dos contextos os conceitos de stress

podem variar entre o stress como resposta biológica, o stress como um evento ambiental e o stress como uma transição entre o indivíduo e o ambiente (Galvao et al., 2017).

O conceito de stress foi definido nos anos trinta, como uma perturbação da homeostasia ou resposta não específica do organismo a toda as reivindicações, muitas vezes confundido com o conceito de ansiedade, surgindo nas Ciências da Saúde e na Psicologia, com Hans Selye e Walter Cannon, este conceito é vulgarizado.

Estratégias de *coping* são utilizadas na gestão do stress. Tais como as adaptativas, o relaxamento, a medicação, a comunicação interpessoal, a resolução do problema, animais de estimação, música e outros (Lazarus & Folkman, 1984).

Diversos autores afirmam que o aumento de situações de perturbações psicológicas é dividida a uma redução do estigma em relação à saúde mental e, por conseguinte, à maior acessibilidade aos serviços de apoio, isto traduz uma maior visibilidade das complicações psicológicas apresentadas pelos estudantes do ensino superior (Almeida, Ferreira, & Soares, 1999).

As alterações mentais constituem um peso muito forte, não só para os portadores, mas simultaneamente para as famílias, depreciando a qualidade de vida do indivíduo e dos que o rodeiam (Direção-Geral da Saúde, 2017a).

A sociedade em que vivemos é muito diferente das anteriores, caracterizando-se como urgente, rápida e ansiosa, as pessoas encontram-se com uma mente agitada e stressada, desanimando facilmente quando não desenvolvem atividades interessantes, facilmente se angustiam.

Os autores supracitados, realçam que a ansiedade, depressão e o stress determinam efeitos negativos na qualidade de vida destas pessoas. As repercussões dos transtornos mentais são diversas, apresentando diferentes níveis de gravidade, constituindo o suicídio e homicídio a mais grave. A nível nacional. taxa de suicídio entre 2008 e 2010 aumentou de 9,7% para 10,3% respetivamente, no entanto, entre 2010 e 2012 ocorreu um decréscimo ligeiro (10,1%) (Direção-Geral da Saúde, 2017a).

Atualmente diversos investigadores têm dado especial realce ao estudo da psicopatologia em estudantes universitários, pois a evidência demonstra aqui um aumento de frequência e intensidade (Santos, 2011).

Calado, Morais, Rocha e Amaral (2012) realizaram um estudo com o objetivo de caracterizar a amostra de estudantes que recorriam às consultas de psicologia dos SASUA (Serviço de Ação Social da Universidade de Aveiro), durante o ano letivo de

2010/2011. Os resultados do estudo demonstram que 76% dos estudantes obtiveram diagnósticos de quadros clínicos, segundo os critérios do DSM-V-TR (American Psychiatric Association, 2013a). Entre estes, emergem as perturbações de humor (43%) e as perturbações de ansiedade (30%), as perturbações de personalidade (13%) e as perturbações de adaptação e do comportamento alimentar (4%). Foram referidos também conflitos relacionais, problemas económicos, insucesso desempenho académico, orientação vocacional e luto.

No ano letivo 2014/2015, relativamente aos estudantes do IPB que acediam ao gabinete de psicologia, segundo a Psicóloga Clínica do Gabinete Clínico, 30% dos estudantes apresentando ansiedade, 15% ataques de pânico, 15% humor depressivo, 20% acontecimentos de vida traumáticos, 6% transtornos de personalidade, 4% perturbações alimentares e 10% outras problemáticas (Certo, 2016).

Verifica-se pela literatura que a incidência dos problemas mentais tem crescido na população jovem, (Certo, 2016). Face às implicações que estes problemas acarretam, a saúde mental deve ser considerada como uma prioridade, utilizando estratégias de promoção, proteção e restauração (WHO, 2013). Ao nível do ensino superior a saúde mental dos universitários, deverá representar uma importante questão de saúde pública, constatado o impacto destas perturbações a nível pessoal, social e académico (Certo, 2016), no presente e no futuro.

Segundo o PNSM (Direção-Geral da Saúde, 2017a) é notório que as perturbações psiquiátricas e os problemas na área da saúde mental são a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade e morte prematura. A implementação de uma Ação Estratégica para a Saúde Mental e o Bem-Estar resulta desta evidencia, pretendem-se promover a implementação eficaz e sustentável de políticas promotoras da saúde mental e a prevenção e tratamento das doenças mentais; desenvolver a promoção da saúde mental e dos programas de prevenção e intervenção precoce; garantir um tratamento abrangente e cuidados na comunidade de qualidade; fortificar o conhecimento e; estabelecendo parcerias (Direção-Geral da Saúde, 2017a). A promoção da literacia em saúde mental constitui um determinante fundamental para a prevenção do desenvolvimento e controlo destas perturbações.

Comportamentos de saúde dos estudantes do Ensino Superior

Para a OMS, comportamento de saúde é toda a atividade levada a cabo por um indivíduo, independentemente do seu estado de saúde, com o objetivo de promover, proteger ou manter a sua saúde (Nutbeam, 1998b). Os comportamentos de saúde em conjunto com os comportamentos de risco agregam-se formando perfis, que se denominam estilos de vida (Nutbeam, 1998a).

Os comportamentos na área da saúde poderão resultar da interação de atitudes, hábitos, valores, sentimentos, crenças e, também de tendências ou modas, ou seja as características do estilo de vida individual (Kickbusch et al., 2013).

Em saúde os comportamentos surgem como a principal área de análise e de intervenção da psicologia da saúde, procurando avaliá-los, preveni-los e alterá-los, com vista a melhorar o nível de saúde (Kickbusch et al., 2013). Diversas teorias surgiram para entender o motivo do envolvimento, ou não, dos indivíduos em determinadas situações e a maneira como estes comportamentos podem ser alterados.

Os comportamentos de risco acompanham o desenvolvimento da criança/adolescente, e têm de ser compreendidos na sua complexidade, pois a sua manifestação surge a partir de elementos contextuais, biológicos e sociológicos (Verger et al., 2009).

Diversas investigações demonstram que existe uma tendência de continuidade dos comportamentos de risco adquiridos no período universitário, para a fase profissional, além de que, as condutas de saúde desenvolvidas no período da adolescência e juventude podem ter um impacto significativo no desenvolvimento de doenças futuras (WHO, 2018).

Por comportamentos de risco pode entender-se a participação em atividades suscetíveis de comprometer a saúde física e mental da criança ou adolescente. Podem iniciar-se simplesmente pela exploração e curiosidade e, pela influência do meio. A não identificação precoce destes comportamentos, pode conduzir à solidificação dos mesmos, com sequelas negativas a nível individual, familiar e social (WHO, 2018).

Os estudantes que evidenciam condutas negativas de saúde, tais como, conduzir com excesso de velocidade, conduzir sob efeito de álcool, tem hábitos de saúde menos saudáveis (comer entre refeições, não tomar o pequeno almoço), por outro lado, o consumo de álcool surge associado ao do tabaco e ao de drogas leves (Galvão et al., 2017).

Os comportamentos de risco, como a falta de atividade física, excessivo consumo de bebidas alcoólicas e consumo de tabaco, estão associadas com doenças não transmissíveis (DCNT), sendo responsáveis por um elevado número de mortes em todo o mundo (WHO, 2018).

A sexualidade na adolescência tem frequentemente associação com outros comportamentos de risco, como o consumo de tabaco de álcool e outras substâncias. Relações sexuais desprotegidas, múltiplos parceiros sexuais e as relações sexuais com estranhos constituem um enorme risco para a saúde física e psicológica dos adolescentes, assim como ao seu bem-estar social (Carvalho, Pinheiro, Pinto Gouveia, & Vilar, 2017). A prevalência destes comportamentos na adolescência integra enorme inquietação a nível de saúde pública, correndo o risco de gravidezes indesejadas e de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's).

A Direção-Geral da Saúde (2015), dentro dos determinantes da saúde do indivíduo, dá especial atenção aos grupos dos comportamentos (fumar, consumir de álcool, atividade física, alimentação, drogas, atividade sexual e vacinação) e aos biomédicos (peso à nascença, peso corporal, pressão arterial, perfil lipídico, glicémia e imunidade).

Literacia e Promoção em Saúde

O conceito de Literacia em Saúde surgiu pela primeira vez nos anos 70 e tem sido definido de várias formas.

A literacia em saúde foi definida Dan Nutbeam, no seu trabalho desenvolvido para a OMS, como representando “as competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e capacidade dos indivíduos para a aceder a, compreender e utilizar informação de forma a promover e manter uma boa saúde” (Nutbeam, 1998a, p. 357). O autor considera que a literacia em saúde vai implicar que os indivíduos “atingam um nível de conhecimento, de competências pessoais e de confiança que lhes permita agir com o intuito de melhorar a sua saúde ou da sua comunidade, mudando estilos e condições de vida” (Nutbeam, 1998a, p. 357).

A OMS e o Consórcio Europeu para a Literacia em Saúde adotaram, em 2012, uma definição abrangente e inclusiva:

A Literacia em Saúde está ligada à Literacia e inclui os conhecimentos, motivações e competências para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação

sobre Saúde, de modo a fazer julgamentos e a tomar decisões sobre cuidados de Saúde na vida quotidiana, assim como para prevenir a doença, promover a Saúde e manter ou melhorar a qualidade de vida durante o ciclo de vida.

Desta forma, a Literacia em Saúde diz respeito à forma como as pessoas compreendem informação acerca da Saúde e dos cuidados de Saúde e de como a aplicam às suas vidas, utilizando-a para tomar decisões. A Literacia em Saúde influencia assim a Saúde dos indivíduos, assim como a segurança e a qualidade dos cuidados de Saúde.

Kickbusch (2004), propôs um modelo de literacia em saúde, dividido em três níveis de literacia em saúde e três formas de executar o papel individual de cada pessoa, conforme apresentado na Figura 1.

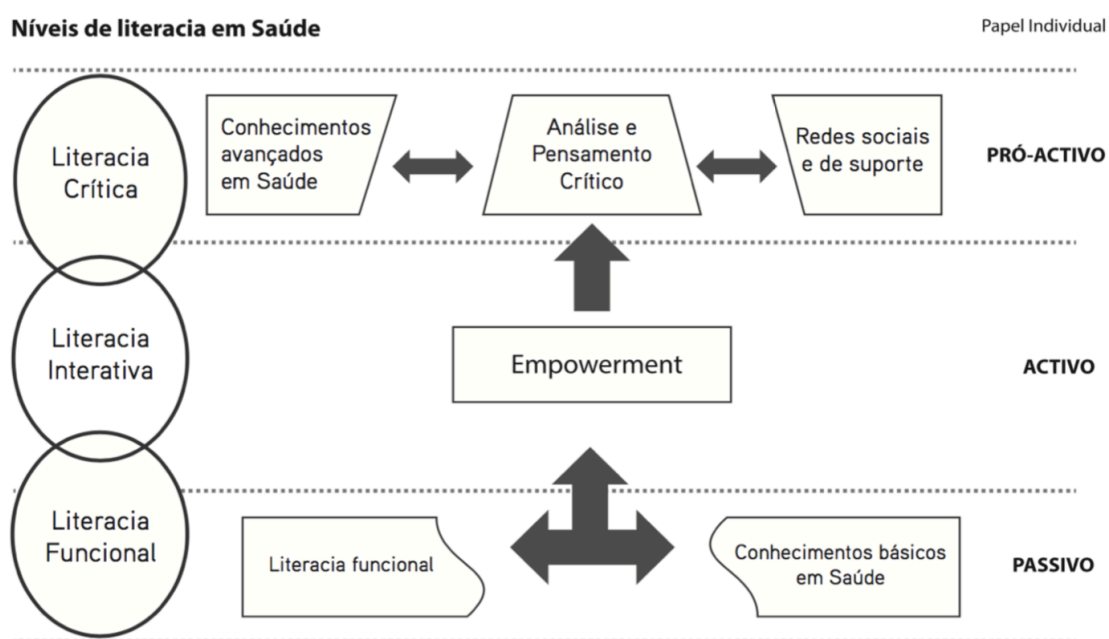


Figura 1 - Modelo de Literacia em Saúde (Kickbusch, 2004)

A literacia em saúde condiciona a forma como cada um de nós é capaz de tomar decisões acertadas sobre saúde, afetando, por isso, não apenas a nossa qualidade de vida e daqueles que nos são próximos e que dependem de nós (como as crianças ou os idosos), mas tendo também implicações nas despesas de saúde e nos custos e formas de organização dos sistemas de saúde nacionais (Espanha, Avila, & Mendes, 2015).

A literacia em saúde pode ser definida como "o grau em que os indivíduos podem obter, processar e compreender a informação básica de saúde e dos serviços de que necessitam para tomar decisões de saúde adequadas" (DeWalt, Berkman, Sheridan,

Lohr, & Pignone, 2004, p. 1228), capacidade essa que inclui a capacidade de interpretar devidamente os documentos, como receitas e bulas dos medicamentos, conseguir transmitir, oralmente ou por escrito, informação quantitativa e a capacidade de interpretar o que é comunicado.

Uma outra definição, mais abrangente, e que colhe os maiores consensos é que a literacia em saúde é “a capacidade para tomar decisões fundamentadas, no decurso da vida do dia-a-dia, em casa, na comunidade, no local e trabalho, na utilização de serviços de saúde, no sistema educacional, no mercado e nos media tradicionais e sociais” (Kickbusch et al., 2013, p. 2).

A relação entre a literacia e o estado de saúde está presentemente bem documentada em vários estudos (Nutbeam, 1998a). O interesse em estudar esta relação contribuiu para o surgimento do conceito de literacia em saúde, de duas fontes: o atendimento público; e a saúde pública. O conceito de literacia constitui desafios a vários níveis, tanto a nível da educação (adultos, jovens e crianças), como a nível da atividade clínica, tendo sempre, como objetivo, desenvolver competências e capacitar os indivíduos de tomarem maior controlo sobre a sua saúde (Kickbusch, 2004; Nutbeam, 2000).

Assim, a literacia abarca diversos domínios do saber e áreas de atuação profissional, como a Enfermagem, o Serviço Social, a Medicina, a Psicologia e a Sociologia (Kickbusch, 2004), embora com diferentes práticas profissionais, perspetivas, preocupações, compromissos e modelos de intervenção. A «literacia em saúde» tem sido, frequentemente, utilizado como sinónimo de promoção da saúde, educação para a saúde, comunicação em saúde, ou ainda alfabetização (Zarcadoolas, Pleasant, & Greer, 2005), sem se criarem entre eles marcos precisos.

A literacia é diferente de educação para a saúde, uma vez que esta se refere especialmente ao processo de aprendizagem, à atividade intencional que se deve “centrar nas disposições, capacidades individuais e grupais, oferecendo conhecimentos, influenciando modos de pensar, gerando ou clarificando valores, ajudando a mudar atitudes e crenças, facilitando a aquisição de competências e produzindo mudanças de comportamento e estilos de vida” (Nutbeam, 2008).

A literacia é frequentemente entendida como sendo constituída por 2 partes essenciais, as *tasks* (tarefas) e as *skills* (competências). A literacia fundamentada nas *tasks* (tarefas) refere-se à concordância em que o indivíduo consegue desenvolver

determinadas tarefas (ler um texto ou escrever frases simples). A literacia baseada em *skills* (competências) baseia-se no conhecimento e competências que os indivíduos necessitam para concretizar essas tarefas (Kickbusch, 2004; Nutbeam, 2008; Sørensen et al., 2013).

Por outro lado, existem 3 tipos ou níveis de literacia, designados de funcional ou básica (competências ler e escrever, possibilitando um funcionamento efetivo nas atividades do dia-a-dia), interativa ou comunicacional (competências cognitivas e de literacia mais avançadas que, em conjunto com as capacidades sociais, possibilitam obter informação e significados) e crítica (competências cognitivas nível superior que, possibilitam a análise crítica da informação e maior controlo sobre as situações da vida) (Sørensen et al., 2012).

Os autores supracitados desenvolveram um estudo onde objetivavam analisar de que forma a literacia em saúde funcional, interativa e crítica; se associa ao controlo da perceção dos utentes sobre os cuidados de saúde e à frequência de visitas aos cuidados de saúde primários. A perceção de controlo sobre os cuidados foi associada à capacidade percebida de organizar os cuidados, interagir com prestadores e para realizar autocuidado. Daqui, resulta um modelo com quatro dimensões de literacia em saúde em três níveis, conforme apresentado de forma esquemática na Tabela 1.

Tabela 1 - As quatro dimensões de literacia em saúde (Sørensen et al., 2012)

| | Acesso/ obtenção de informação relevante para a saúde | Compreensão da informação relevante para a saúde | Avaliação/ processamento da informação relevante para a saúde | Aplicação/ utilização da informação relevante para a saúde |
|---------------------|--|---|--|---|
| Cuidados de saúde | Capacidade de obter informação médica ou assuntos clínicos | Capacidade de compreender informação médica e extrair significado | Capacidade de interpretar e avaliar informação médica | Capacidade da tomada de decisões informadas em questões médicas |
| Prevenção da doença | Capacidade de obter informação sobre fatores de risco para a saúde | Capacidade de compreender e extrair significado sobre fatores de risco para a saúde | Capacidade de interpretar e avaliar informação sobre fatores de risco para a saúde | Capacidade da tomada de decisões informadas sobre fatores de risco para a saúde |
| Promoção da saúde | Capacidade de atualizar-se em relação aos determinantes para a saúde no ambiente social e físico | Capacidade de compreender e extrair significado em relação aos determinantes para a saúde no ambiente social e físico | Capacidade de interpretar e avaliar informação sobre os determinantes para a saúde no ambiente social e físico | Capacidade da tomada de decisões informadas sobre em determinantes para a saúde no ambiente social e físico |

Os resultados indicam ainda que alguns utentes poderão apresentar menor capacidade de controlo sobre os seus cuidados em virtude da reduzida literacia em saúde; Literacia em saúde funcional, interativa e crítica, variam no grau de capacidade de os utentes exercerem controlo (Neto, Galvão, Pinheiro, & Gomes, 2017).

Estudos evidenciam a eficácia das intervenções de promoção da saúde e prevenção de doenças, salientando a redução dos fatores de risco, intervindo nos fatores determinantes em saúde, tais como: diminuição do risco do consumo de tabaco e álcool, promoção da atividade física, alimentação saudável, proteção psicológica e bem-estar emocional, redução de efeitos ambientais, e consequente promoção da segurança ambiental (Merkur, Sassi, & McDaid, 2013). Esta eficácia contribui para o aumento do benefício face ao custo, sempre que as intervenções nos diferentes determinantes em saúde são articuladas em simultâneo (Rosales, Coe, Stroupe, Hackman, & De Zapien, 2010). Por outro lado, Merkur et al. (2013) afirmam que, as intervenções dirigidas às crianças têm maior potencialidade de serem mais eficazes e rentáveis.

A associação entre o nível de literacia e estado de saúde do individuo está bem documentada na literatura científica, as pessoas com menor literacia em saúde têm maior dificuldade em compreender informação escrita e oral fornecida pelos profissionais de saúde; na orientação dentro do sistema de saúde para obter serviços necessários; de desenvolver os procedimentos necessários e; ao nível da adesão terapêutica (Sørensen et al., 2015).

Um nível de literacia em saúde inadequado está ligado frequentemente a um baixo conhecimento ou compreensão quer da prestação de cuidados, quer dos próprios resultados em saúde, podendo refletir-se numa maior probabilidade de hospitalização, elevada prevalência de algumas doenças crónicas, pior saúde em geral e uma diminuída utilização de serviços de prevenção e rastreio (Kickbusch et al., 2013; Sørensen et al., 2015). Como consequência, um nível inadequado de literacia em saúde acarreta elevados custos para o sistema de saúde.

Literacia em Saúde Mental

A OMS estima que 10 a 20% das pessoas sofra de pelo menos uma doença mental, ao longo da sua vida (WHO, 2001), pelo que a literacia em saúde mental, merece ser considerada como uma área específica da literacia em saúde. O conceito de literacia em saúde mental foi definido em 1997, por Jorm et al., como sendo “os

conhecimentos e crenças acerca das perturbações mentais que ajudam no seu reconhecimento, gestão e prevenção” (p. 182). O mesmo Jorm, definiu os componentes que perfazem a literacia em saúde mental, sendo estes: a capacidade de reconhecer perturbações específicas ou diferentes tipos de sofrimento psicológico; conhecimentos e crenças sobre fatores de risco e causas; conhecimentos e crenças sobre intervenções de autoajuda; conhecimentos e crenças sobre ajuda profissional disponível; atitudes que facilitam o reconhecimento e a procura de ajuda apropriada; e conhecimentos sobre como procurar informação sobre saúde mental (Jorm, 2000). A partir destes componentes deduz-se que a uma literacia em saúde mental reduzida ou inexistente implicará o não reconhecimento dos sinais ou sintomas das diferentes perturbações mentais e o desconhecimento sobre onde procurar ajuda, levando ao adiamento da procura de ajuda.

O conceito de literacia em saúde mental inclui assim um leque de áreas diversas, onde se evidenciam o reconhecimento das perturbações mentais contribuindo para promoção e a procura de ajuda; o conhecimento dos profissionais e tratamentos existentes; o conhecimento relacionado com o resultado das estratégias de autoajuda; o conhecimento das competências face às estratégias de ajuda; o conhecimento acerca da prevenção das perturbações mentais.

Diversos estudos indicam que níveis baixos de literacia em saúde mental nos seus diversos fatores, como a depressão e abuso de álcool, aparecem associados como barreiras à procura de ajuda profissional, seja pela ausência ou procura tardia, podendo resultar em agravamento da sintomatologia e potencial evolução para níveis de dependência (Reavley, Cvetkovski, Jorm, & Lubman, 2010).

A literacia em saúde mental de adolescentes e jovens é considerada uma pedra basilar no planeamento e desenvolvimento de programas de educação para a saúde, com especial atenção à vida escolar, os estudantes desenvolvem a maior parte das suas atividades e passam a maior parte do tempo (WHO, 2018). Razão pela qual o sistema educativo deve dar especial realce à promoção da saúde e do bem-estar, à formação e a participação cívica dos estudantes, promovendo o desenvolvimento de competências e as aprendizagens, promovendo a sua autonomia capaz em prol da sua saúde (WHO, 2018).

Vivências Acadêmicas

Para a OMS no conceito de "juventude" está implícito um período cronológico, compreendido entre os 15 e os 29 anos. O intervalo entre os 15 e os 20 anos é caracterizado por aspetos de desenvolvimento psicossocial, qualificado, essencialmente, pelo desenvolvimento pessoal e pela necessidade de inserção num grupo (WHO, 2018). Regra geral, esta etapa da vida é caracterizada como uma fase intermédia, uma fase de mudança, de passagem, de choque ou crise, de sucessão de estádios, de status, apresentando uma variabilidade de atitudes e comportamentos que poderão fragilizar a vida, colocando-a em risco (Galvão et al., 2016).

Oliveira, Carlotto e Dias (2014) consideram que a adaptação à vida académica é todo um processo que o estudante experiencia quando se vê confrontado com as exigências do ensino superior, tais como o sucesso académico, a adaptação às regras da instituição de ensino e novas formas e normas para o convívio social.

À entrada no ensino superior o jovem estudante é exposto a diversos estímulos ou reptos de integração, como seja a necessidade de criação de novas relações interpessoais, a necessidade de se envolver na atividade social, intelectual e académica e a necessidade de ter êxito académico, tendo em conta um ajuste às expectativas criadas à volta da entrada no ensino superior (Tietzen, 2010).

Bouteyre et al. (2007) afirmam que a transição para a Universidade exige alterações na vida dos jovens, denominando-os de acontecimentos de vida stressantes. Esta fase exige um ajuste social, emocional e a adoção de estratégias de *coping* indispensáveis para fazer frente às imposições próprias do meio académico.

A grande maioria dos estudantes no ingresso ao ensino superior, embora possa não apresentar grandes expectativas no que respeita ao curso a frequentar, perceciona alguma insegurança social, nas funções e rotinas a desempenhar começa uma nova etapa da sua vida pessoal, social e académica, possui expectativas positivas em relação ao seu novo estilo de vida e é quase sempre com um certo regozijo, manifestado nas suas relações (Ferreira, 2008).

Esta etapa pode ser um grande desafio, para além de permitir a aquisição de competências específicas, representa em simultâneo uma forma de adquirir a autonomia tão ambicionada. As situações vivenciadas das primeiras semanas e meses, o contexto real pelo qual o estudante tem que passar, de acordo ou não as expectativas dos estudantes, exigiram as primeiras adaptações ajustadas, que fazem parte da transição

para o ensino superior (Ferreira, 2008). Este processo de adaptação à mudança aparenta ser indeclinável e o êxito do jovem será determinado por fatores de proteção e de vulnerabilidade do jovem à mudança (Ferreira, 2008).

No entanto esta fase pode tornar-se uma missão impossível de alcançar, quando não se gosta do curso, quando as competências do estudo não traduzem sucesso, quando não se aprecia a atividade social, quando está presente um sentimento de solidão e/ou falta de ajuda (Ferreira, 2008). Essencialmente nos estudantes deslocados da sua zona de residência, onde a exaltação originada pela nova etapa, cede à angústia e à saudade da família e amigos e da sua terra (Tietzen, 2010). Com a maior prevalência de estudantes Africanos a frequentarem o ensino superior na Europa, a entrada no mundo académico, potencia frequentemente o início ou consolidação de comportamentos menos saudáveis. Estas situações acarretam categorias moderadas ou elevadas de stress, favorecendo o desenvolvimento de crises adaptativas, traduzidas por diferentes mecanismos adaptativos de cada jovem (Tietzen, 2010).

Os jovens tendem a experienciar e adotar condutas menos saudáveis, essencialmente durante esta etapa de mudança para o ensino superior. Este facto, com a passagem dos estudantes para uma fase de independência e interrogação de valores, crenças e atitudes, desencadeando diversas vezes alterações no seu estilo de vida, por vezes com apresentação de condutas negativas (Tietzen, 2010).

A importância da adesão a estilos de vida saudáveis incentivou investigadores a desenvolverem trabalhos nesta área, abordando comportamentos ao nível do consumo de substâncias nocivas, alimentação, sedentarismo e, atividade física, comportamentos de elevado risco para a vida, comportamentos sexuais, cuidados de higiene e aparência, ocupação dos tempos livres e vigilância médica (Tietzen, 2010).

A instituição de ensino superior tem uma função fundamental face à integração do estudante na vida universitária, auxiliando ou não neste decurso. Este propósito tem promovido o desenvolvimento de estratégias facilitadoras de integração à vida académica, criando estas instituições diversos programas e serviços. Esta questão reveste-se de uma importância acrescida na medida que se verifica cada vez maior mobilidade de estudantes, quer a nível nacional, quer internacional. Comprovando-se, assim, a necessidade de medidas objetivas da integração académica que considere todas as suas dimensões (Ferreira, 2008).

II PARTE - ESTUDO EMPÍRICO

Metodologia

Neste capítulo é descrita a metodologia utilizada para o estudo e quais as opções tomadas para responder às questões de investigação, hipóteses e objetivos.

A metodologia a aplicar é decisiva para as conclusões de qualquer investigação, devendo o investigador avaliar as opções ao seu dispor e selecionar criteriosamente o caminho a percorrer (Onwuegbuzie & Leech, 2005).

A metodologia do presente estudo engloba: a contextualização; o local do estudo; objetivos do estudo; variáveis e hipóteses; população e a amostra selecionada; os procedimentos do estudo que inclui o tipo de estudo, os procedimentos éticos e deontológicos assim como os de recolha de dados; os procedimentos associados à realização do trabalho empírico, a descrição dos instrumentos de recolha de dados e o método de tratamento de dados.

Contextualização do Estudo

A investigação realizada é de extrema importância uma vez que se centra nos estilos de vida e na saúde mental (depressão, stress e ansiedade) dos estudantes do Ensino Superior, e no caso particular, nos estudantes do Instituto Politécnico de Bragança, para que através de análise dos resultados possam ser realizadas intervenções promotoras de comportamentos saudáveis que permitam manter a qualidade de vida dos mesmos.

A temática específica deste estudo, torna-se ainda mais importante, atendendo à expressiva população africana com a qual o IPB conta, sendo assim pertinente estudar eventuais diferenças entre a população estudantil portuguesa e africana.

Este estudo foi realizado nas unidades orgânicas, designadas de Escolas, do IPB, abaixo mencionadas.

- A Escola Superior de Saúde (ESSa) tem como responsabilidade o desenvolvimento da formação nas áreas das tecnologias em saúde
- A Escola Superior Agrária (ESA) desenvolve ensino, investigação, experimentação e desenvolvimento tecnológico e, o apoio à comunidade no âmbito das Ciências Agrárias;
- A Escola Superior de Educação (ESE) inaugurou-se com os desígnios associadas à formação inicial de Educadores de Infância e de Professores do Ensino Básico (1º, 2º e 3º ciclos);

- A Escola Superior de Tecnologia e Gestão (ESTiG) tem-se assumido como uma das maiores Escolas de Tecnologia e Gestão do país, apresentando a missão da formação e de investigação/desenvolvimento nas áreas da engenharia e das ciências empresariais.

Questões de Investigação e Objetivos de Estudo

Em função da temática em apreço, estilos de vida e a saúde mental dos estudantes do ensino superior, formulamos as seguintes questões de investigação:

- Quais os níveis de saúde mental (depressão, stress e ansiedade) vivenciados pelos estudantes portugueses e africanos do IPB?
- Quais são os estilos de vida (atitudes e comportamentos de saúde e vivências académicas) adotadas pelos estudantes portugueses e africanos do IPB?

O objetivo geral ou objetivos gerais indicam a principal intenção de um estudo, isto é, corresponde aos resultados que o estudo pretende alcançar (Onwuegbuzie & Leech, 2005).

A partir destas questões, formulámos como objetivo geral: conhecer os estilos de vida (atitudes e comportamentos em saúde e vivências académicas) e a saúde mental (depressão, ansiedade e stress) dos estudantes do ensino superior do Instituto Politécnico de Bragança: comparação entre portugueses e africanos.

Como objetivos específicos pretendemos:

- Identificar o nível da saúde mental (depressão, stress e ansiedade) dos estudantes portugueses e africanos do IPB
- Identificar as atitudes e comportamentos em saúde dos estudantes portugueses e africanos do IPB
- Identificar as vivências académicas dos estudantes portugueses e africanos do IPB

Variáveis

As variáveis podem ser classificadas quanto à sua natureza, qualitativas ou quantitativas. As qualitativas, também designadas de categóricas, podem ser ordinais, quando existe uma ordem definida das suas categorias, seja ela crescente ou decrescente

e, caso essa ordem não exista, designam-se de variáveis nominais (Jaeger, 2008). As variáveis quantitativas dizem respeito a todas as características mensuráveis, traduzidas de forma numérica, podendo ser contínuas, quando se associam a valores assumidos numa determinada escala contínua, ou discretas, quando assumem um determinado valor inteiro, finito ou infinito (Jaeger, 2008).

Quanto à sua função as variáveis no estudo podem ser designadas como variável dependente e independente. A variável dependente é a variável resposta, podendo esta também ser designada por variável resultado (MacKinnon, Fairchild, & Fritz, 2007). Do ponto de vista formal, é o aspeto observado e medido pelo investigador para determinar o efeito da variável independente. No presente estudo, as variáveis dependentes são os estilos de vida através das atitudes e comportamentos de saúde e vivências académicas, e a saúde mental através das dimensões: depressão, ansiedade e stress. As variáveis independentes são analisadas como causas que poderão interferir em qualquer modificação no resultado. A variável independente é tratada como uma condição prévia, ou seja, como uma condição necessária que precede uma determinada consequência (MacKinnon et al., 2007).

Como variáveis independentes, foram consideradas as seguintes variáveis sociodemográficas:

- Sexo: Variável nominal com duas possibilidades de resposta (feminino e masculino);
- Idade: variável quantitativa discreta, assim utilizada para a análise de correlação. Para a caracterização da amostra esta variável foi transformada em variável nominal (grupo etário) estabelecendo-se quatro classes: 18 a 22 anos; de 23 anos a 27 anos; de 28 anos a 32 anos; e mais de 32 anos de idades.
- Estado civil: Variável nominal, agrupadas em três classes: Casado(a) ou União de Facto, Solteiro(a) e Divorciado(a).
- País de origem: variável nominal com possibilidade de resposta (questão aberta);
- Origem: Variável nominal, definida a partir da variável País de origem, com duas possibilidades de resposta (Portugal e África);
- Curso que frequenta: variável nominal questionada em forma de questão aberta, agrupando-se depois as respostas semelhantes;
- Ano de escolaridade: variável ordinal com possibilidade de resposta a quatro categorias (1º ano, 2º Ano, 3º Ano e 4º Ano);

- Mora com alguém: variável nominal com duas possibilidades de resposta (Sim e Não), e se sim, com quem - pergunta aberta agrupando com outras respostas semelhantes.

Instrumentos de Recolha de Dados (IRDs)

Como Instrumento de Recolha de Dados foi utilizado um questionário, em formato papel, composto por quatro partes: a primeira alude aos dados sociodemográficos, a segunda é composta pela Escala de Depressão, Ansiedade e Stress – DASS-21 (Lovibond & Lovibond, 1995) na sua versão portuguesa – EADS-21 (Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004); o Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (Hettler, 1982) na sua versão portuguesa (Ribeiro, 2004); e o Questionário de Vivências Académicas versão reduzida - QVA-r (Almeida, Soares, & Ferreira, 2002).

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stress – EADS-21 (Lovibond & Lovibond, 1995), na sua versão adaptada a Portugal (Ribeiro et al., 2004), é um questionário de autorresposta que avalia os estados emocionais de ansiedade, depressão e stress. É constituída por 21 itens agrupados em 3 subescalas: ansiedade; depressão; e stress, com sete itens em cada uma das dimensões. A subescala ansiedade é constituída por Excitação do Sistema Autónomo (itens 2, 4 e 19), Efeitos Músculos Esqueléticos (item 7), Ansiedade Situacional (item 9) e Experiências Subjetivas de Ansiedade (itens 15, 20). A subescala depressão é constituída por Disforia (item 13), Desânimo (item 10), Desvalorização da Vida (item 21), Auto depreciação (item 17), Falta de interesse ou de envolvimento (item 16), Anedonia (item 3) e Inércia (item 5). A subescala stress é constituída por Dificuldade em Relaxar (itens 1 e 12), Excitação Nervosa (item 8), Facilmente Agitado/Chateado (item 18), Irritação/Reação Exagerada (itens 6, 11) e Impaciência (item 14). As respostas são dadas numa escala de tipo Likert de quatro pontos, sendo 0 não se aplicou nada a mim e 3 aplicou-se muito a mim, ou a maior parte do tempo, sempre em referência a um período temporal específico, sendo que no presente estudo esse período corresponde à semana anterior à resposta ao questionário. A cotação de cada dimensão é dada pela soma dos resultados dos sete itens, obtendo-se uma nota entre 0 e 21.

Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS)

A versão original do Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS) foi desenvolvido por Hettler (1982) com a designação de Life-Style Assessment Questionnaire (LAQ). O autor procurou estudar a ação do indivíduo enquanto estilo de vida que pratica e que sofre alterações motivadas por determinadas características (dimensões) intelectuais, emocionais, físicas, sociais, profissionais e espirituais. A construção do questionário original veio então a recair nas referidas características básicas: Intelectual, Emocional, Física, Social, Ocupacional e Espiritual (Ribeiro, 2004).

A base da formação deste questionário incidiu na formação/adaptação de perguntas referentes ao modo como as pessoas se costumam comportar no seu dia-a-dia. A formação destas perguntas foi inspirada nos 61 itens das categorias da secção Wellness, que Hettler (1982) designou por Físicas. Segundo Pais Ribeiro, a escolha dos itens a reter no questionário atual serviram para desenvolver um instrumento de avaliação do estilo de vida breve que permite uma avaliação rápida na população normal (Ribeiro, 2004).

O Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS), adaptado e validado para a língua portuguesa (lista de classificação com 28 itens), resume comportamentos relacionados com a saúde e as doenças.

A escala QACS adaptada e validada para a população portuguesa, é composta por 28 itens avaliados através de uma escala do tipo Likert de cinco pontos, que varia entre 1 (Quase Sempre – 90% ou mais das vezes) e 5 (menos de 10% das vezes) e a classificação final varia entre 28 e 140 pontos e quanto maior a pontuação, maiores os comportamentos protetores de saúde.

Esta escala é composta por cinco dimensões, estando os itens distribuídos de acordo com o descrito na Tabela 2.

Tabela 2 - Definição das dimensões que constituem o QACS

| Categoria-Definição | ITENS |
|--|--|
| Exercício físico – Empenhamento em manter boa condição física | 1- Faço exercício físico intenso durante pelo menos; 20 minutos por dia, duas vezes ou mais por semana; 2- Ando a pé ou de bicicleta diariamente; 3- Pratico desporto que faz suar, pelo menos duas vezes por semana (p. ex., corrida, ténis, natação, basquetebol, futebol, etc.) |
| Nutrição – escolha de alimentos consistente com os objetivos cientificamente definidos | 4- Tenho cuidado com o que como de modo a manter o peso recomendado; 5- Tenho cuidado com o que como de modo a reduzir a ingestão de sal; 6- Planifico a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes; 18- Evito ingerir alimentos com gordura; 22- Evito ingerir alimentos que são feitos à base de açúcar (tais como bolos, chocolates, rebuçados, etc.) |
| Autocuidado – comportamentos que facilitam a prevenção ou a deteção precoce da doença | 8- Durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado; 9- Mantenho as minhas vacinas em dia 10- Verifico anualmente a minha pressão arterial; 11- Vou ao dentista anualmente verificar o estado dos meus dentes; 12- Vou anualmente ao médico fazer um check-up; 23- Evito estar em ambientes saturados de fumo de tabaco; 24- Evito os ambientes muito ruidosos; 25- Evito os ambientes que tenham o ar poluído; 26- Evito mudar de parceiro sexual; 27- Evito ter relações sexuais com pessoas que conheço mal; 28- Devido às doenças sexuais evito ter relações sexuais sem tomar precauções. |
| Segurança motorizada – capacidade para minimizar as probabilidades de lesões ou morte em acidente com veículos. | 13- Não guio (carro, motorizada, etc.) quando bebo demais, ou não viajo com um condutor que bebeu demais; 14- Quando guio, ou quando viajo nalgum veículo, gosto de me manter dentro dos limites de velocidade; 15- Quando viajo de carro no banco da frente, fora da cidade, coloco o cinto de segurança. |
| Uso de Drogas ou similares – capacidade para funcionar sem necessidade de substâncias químicas. | 6- Evito tomar medicamentos sem serem recomendados pelo médico; 17- Evito fumar; 19- Devido aos efeitos potencialmente perigosos da cafeína evito tomar bebidas tais como café, chá ou coca-cola; 20- Evito utilizar estimulantes (anfetaminas ou outros) mesmo em épocas de exames; 21- Evito tomar tranquilizantes. |

Questionário de Vivências Académicas versão reduzida (QVA-r)

Para conhecer as vivências académicas dos estudantes do ensino superior foi utilizado o Questionário de Vivências Académicas, versão reduzida – QVA-r.

O QVA-r é um instrumento de autorresposta com respostas dadas numa escala de tipo Likert de cinco pontos em que 1 significa “Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece”, dependendo da formulação da afirmação e 5 significa “Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre”, também dependendo da

formulação da afirmação. O QVA-r procura avaliar as dificuldades experienciadas pelos estudantes na transição para e/ou frequência do ensino superior. O questionário é constituído por 55 itens, distribuídos por cinco dimensões: pessoal, interpessoal, carreira, estudo e institucional.

No QVA-r quanto maior a pontuação em cada dimensão mais positivas e satisfatórias serão as vivências académicas em causa, ou seja, mais positivamente se pode concluir pela adaptação ou ajustamento do estudante ao novo contexto de ensino.

A Tabela 3 sistematiza a informação relativa à estrutura dimensional do QVA-r e tipologia dos itens por dimensão:

Tabela 3 - Dimensões do Questionário das vivências académicas (QVA-r)

| QVA-r | Descrição |
|----------------------------|--|
| Pessoal (11 itens) | Inclui itens essencialmente associados ao self e às perceções de bem-estar, tanto físico como psicológico, por parte do estudante. |
| Interpessoal (13 itens) | Inclui o relacionamento com os pares e o estabelecimento de relações mais íntimas, assim como aspetos relativos ao envolvimento em atividades extracurriculares. |
| Carreira (12 itens) | Inclui a adaptação ao curso, ao projeto vocacional e as perspetivas de carreira. |
| Estudo (11 itens) | Inclui as competências de estudo do aluno, os hábitos de trabalho, a gestão do tempo, a utilização da biblioteca e de outros recursos de aprendizagem. |
| Institucional (8 itens) | Inclui o interesse pela instituição, o desejo de nela prosseguir os seus estudos, o conhecimento e a perceção da qualidade dos serviços e estruturas existentes. |

Hipóteses de Estudo

Após a definição dos pontos anterior, é possível construir as hipóteses de estudo. A existência de hipóteses e a sua verificação é algo específico e só faz sentido no âmbito de abordagens quantitativas (Sousa & Baptista, 2011). Em função das questões de investigação e dos objetivos do estudo, bem como das variáveis, formulámos as seguintes hipóteses:

H1: Existem diferenças no nível da saúde mental (depressão, stress e ansiedade) entre estudantes portugueses e africanos.

H2: Existem diferenças nas atitudes e comportamentos de saúde entre estudantes portugueses e africanos.

H3: Existem diferenças nas vivências académicas entre estudantes portugueses e africanos.

População e Amostra

Trata-se de uma amostra probabilística, acidental ou por conveniência, uma vez que foi obtida em função dos alunos que se encontravam na sala e quiseram participar, na data em que foi aplicado o instrumento.

A população-alvo corresponde aos estudantes do ensino superior inscritos no Instituto Politécnico de Bragança ano letivo de 2017/2018, ou seja, o total de estudantes portugueses e africanos que frequentava as componentes teóricas nas quatro unidades orgânicas do campus de Bragança do IPB (6601).

Na população de alunos do Instituto Politécnico de Bragança há um total de 987 estudantes africanos (Angola, Cabo Verde, Guiné Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe) e de 5614 estudantes de outras nacionalidades.

Foram considerados como **critérios de inclusão**:

- i. Estudantes portugueses e africanos dos cursos de licenciatura das escolas superiores: Agrária, Educação, Saúde e Tecnologia & Gestão do Instituto Politécnico de Bragança.
- ii. Consentimento voluntário e informado para participar no estudo.

Como **critérios de exclusão**:

- i. Estudantes estrangeiros, não africanos;
- ii. Estudantes africanos de países não lusófonos
- iii. Estudantes da Escola Superior de Comunicação Administração e Turismo de Mirandela

Caraterização da Amostra

A amostra é composta por 374 alunos, em igual número (187) do sexo feminino e do sexo masculino.

O estudo engloba indivíduos de origem africana e portuguesa. Num total de 232 indivíduos de origem africana, 136 são de sexo masculino e 96 são de sexo feminino. Em relação à população de origem portuguesa constatamos um total de 142 inquiridos em que 51 são do sexo masculino e 91 do sexo feminino.

Na Tabela 4, podemos identificar que a maioria dos estudantes são de origem africana (n= 232; 0%=62,) e os restantes são de origem portuguesa (n=142; %=38), o país com maior representatividade é Cabo Verde (n=153; %=40,9), e ano de curso que

predomina é o segundo (n=248; %=66,3). Podemos também observar que a maioria dos estudantes inqueridos no estudo referem morar com alguém (n= 339; %=90,6).

Tabela 4 - Dados sociodemográficos da amostra

| | | n | % |
|-----------------|---------------------|----------|-------|
| Origem | Portugal | 142 | 38.0 |
| | África | 232 | 62.0 |
| | Total | 374 | 100.0 |
| País | Angola | 31 | 8.3 |
| | Cabo Verde | 153 | 40.9 |
| | Guiné-Bissau | 6 | 1.6 |
| | Portugal | 142 | 38.0 |
| | São Tomé e Príncipe | 42 | 11.2 |
| | Total | 374 | 100.0 |
| | Ano do Curso | Primeiro | 9 |
| Segundo | | 248 | 66.3 |
| Terceiro | | 100 | 26.8 |
| Quarto | | 17 | 4.5 |
| Total | | 374 | 100.0 |
| Mora com alguém | Sim | 339 | 90.6 |
| | Não | 35 | 9.4 |
| | Total | 374 | 100.0 |

Tipo de estudo

Atualmente nos processos de investigação, pode recorrer-se a diversos tipos de métodos de investigação: quantitativa; qualitativa; e métodos mistos, sendo que o tipo de estudo difere segundo a função do que se solicita: descrever variáveis ou grupos de indivíduos, estudar relações de associação entre variáveis ou predizer relações de causalidade entre variáveis independentes e dependentes (Onwuegbuzie & Leech, 2005).

Face à problemática em estudo e objetivos delineados, optámos por um estudo correlacional-descritivo transversal, recorrendo-se ao paradigma quantitativo para analisar se existem, ou não, relações entre as variáveis em estudo, bem como fazer a descrição dos fenómenos em estudo, testando teorias através da análise dos dados recolhidos.

Procedimentos Éticos e Deontológicos

Foi solicitada autorização ao presidente do IPB para aplicação dos questionários, anexando-se o pedido ao projeto de trabalho, tendo sido obtida autorização.

Também foram tidos em consideração os princípios da Declaração de Helsínquia: consentimento informado; respeito pela a vontade em colaborar ou não no presente estudo; garantia do direito à confidencialidade das suas respostas e o anonimato das informações; garantia da não manipulação dos participantes de forma a darem respostas favoráveis; adoção constante de uma postura de respeito pelos valores culturais e religiosos de cada um (World Medical Association, 2013).

Processo de Recolha de Dados

A recolha de dados foi feita em sala de aulas, com autorização do docente, através dos questionários.

O processo de recolha de dados decorreu no período entre 8 de dezembro de 2017 a 15 de fevereiro de 2018, ocupando uma duração média de 15 a 20 minutos.

Tratamento de Dados

Para realizar o tratamento dos dados recolhidos, recorreu-se ao programa informático *IBM SPSS for Windows*, versão 23.0. O SPSS é um importante instrumento de análise de dados de forma informatizada que facilita efetuar cálculos estatísticos complexos e observar os seus resultados imediatos, representando assim um excelente auxiliar da investigação em Ciências Sociais Humanas.

Procedeu-se à elaboração de uma base de dados, com as respetivas componentes de cada instrumento para posteriormente serem inseridas as respostas atribuídas a cada um, pelos participantes.

O estudo de fiabilidade dos instrumentos para esta população foi calculado com recurso ao Alfa do Cronbach. A normalidade da distribuição das variáveis foi verificada com recurso aos testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk. Com o intuito de identificar as relações existentes entre as variáveis dependentes em estudo, foram realizados testes correlacionais não paramétricos (Spearman).

Para averiguar se existem diferenças entre os grupos “Masculino e Feminino” e “Africanos e Portugueses”, recorreu-se a testes não-paramétricos de Mann-Whitney.

Os resultados alcançados, encontram-se descritos no capítulo seguinte, “Apresentação e Discussão dos Resultados”.

Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos através da análise estatística descritiva, correlacional e de comparação de grupos. Os resultados apresentados têm em consideração e os objetivos geral e específicos mencionados anteriormente, tendo em conta as variáveis em estudo: características sociodemográficas, saúde mental (Depressão, Ansiedade e Stress), estilos de vida (Atitudes e comportamento de saúde e Vivências académicas).

Estatística Descritiva

Objetivo 1 – Identificar o nível da saúde mental (depressão, ansiedade e stress) dos estudantes portugueses e africanos do IPB

Para dar resposta ao primeiro objetivo, procedeu-se da análise das pontuações médias obtidas em termos da saúde mental (Depressão, Ansiedade e Stress) dos estudantes do ensino superior, fazendo uma comparação entre portugueses e africanos.

Na Tabela 5 apresentam-se os resultados da análise das pontuações média da saúde mental por sexo e por origem, bem como os respetivos desvios padrão.

Tabela 5 - Nível da saúde mental (depressão, ansiedade e stress)

| Origem | Sexo | | Ansiedade | Depressão | Stress |
|---------------|-------------|----|------------------|------------------|---------------|
| Portugal | Masculino | n | 51 | 51 | 51 |
| | | M | 3.57 | 4.63 | 5.47 |
| | | DP | 3.854 | 4.476 | 5.342 |
| | Feminino | n | 91 | 91 | 91 |
| | | M | 3.24 | 4.30 | 6.77 |
| | | DP | 3.607 | 4.537 | 5.153 |
| | Total | n | 142 | 142 | 142 |
| | | M | 3.36 | 4.42 | 6.30 |
| | | DP | 3.687 | 4.503 | 5.240 |
| Africano | Masculino | n | 136 | 136 | 136 |
| | | M | 2.57 | 3.37 | 3.90 |
| | | DP | 2.769 | 3.204 | 3.621 |
| | Feminino | n | 96 | 96 | 96 |
| | | M | 3.79 | 4.65 | 5.76 |
| | | DP | 3.548 | 4.370 | 4.665 |
| | Total | n | 232 | 232 | 232 |
| | | M | 3.07 | 3.90 | 4.67 |
| | | DP | 3.166 | 3.774 | 4.179 |
| Total | Masculino | n | 187 | 187 | 187 |
| | | M | 2.84 | 3.72 | 4.33 |
| | | DP | 3.124 | 3.626 | 4.205 |
| | Feminino | n | 187 | 187 | 187 |
| | | M | 3.52 | 4.48 | 6.25 |
| | | DP | 3.578 | 4.444 | 4.922 |
| | Total | n | 374 | 374 | 374 |
| | | M | 3.18 | 4.10 | 5.29 |
| | | DP | 3.371 | 4.068 | 4.672 |

Relativamente aos dados apresentados na Tabela 5, podemos observar que os estudantes portugueses apresentam valores superiores em todas as dimensões: ansiedade (M=3.36; DP=3.687); depressão (M=4.42; DP=4.503); e stress (M=6.30; DP=5.240) quando comparado com os estudantes africanos: ansiedade (M=3.01; DP=3.166); depressão (M=3.90; DP=3.774); e stress (M=4.67; DP=4.179).

Analisando os resultados em relação aos estudantes portugueses do sexo masculino, averigua-se que estes apresentam valores superiores nas dimensões ansiedade (M=3.57; DP=3.854) e depressão (M=4.64; DP=4.476), comparativamente ao sexo feminino: ansiedade (M=3.24; DP=3.607); e depressão (M=4.30; DP=4.537). O sexo feminino apresenta valores superiores na dimensão stress (M=6.77; DP=5.153) em comparação ao sexo masculino (M=5.47; DP=5.342).

Em relação aos estudantes africanos podemos verificar que o sexo feminino apresenta valores superiores em todas as dimensões: ansiedade (M=3.07; DP=3.548); depressão (M=4.65; DP=4.370); e stress (M=5.76; DP=4.665), em relação ao sexo masculino: ansiedade (M=2.57; DP=2.769); depressão (M=3.37; DP=3.204); e stress (M=3.90; DP=3.621).

No que respeita ao sexo podemos constatar que, os estudantes portugueses do sexo masculino apresentam valores superiores em todas as dimensões: ansiedade (M=3.57; DP=3.854); depressão (M=4.63; DP=4.476); e stress (M=4.47; DP=5.342) comparando com os estudantes africanos do sexo masculino: ansiedade (M=2.57; DP=2.769); depressão (M=3.37; DP=3.204); e stress (M=3.90; DP=3.621). Os estudantes portugueses do sexo feminino mostram valores superiores apenas em duas dimensões: ansiedade (M=3.24; DP=3.607); e stress (6.77; DP=5.153), relativamente os estudantes africanos do sexo feminino: ansiedade (M=3.07; DP=3.548); e stress (M=5.76; DP=4.665). Os estudantes africanos do sexo feminino apresentam valores superiores na dimensão depressão (M=4.65; DP=4.370), quando comparados com os estudantes portugueses do sexo feminino: depressão (M=4.30; DP=4.537).

Verifica-se que os estudantes africanos apresentam maiores níveis de ansiedade e depressão do que os estudantes portugueses, indo em parte ao encontro do estudo de Leitão e Martins (2012), onde os autores concluíram que os respondentes não-brancos apresentavam piores níveis de saúde-mental, ressalvando, no entanto, que tal poderia dever-se também à condição social destes respondentes.

Relativamente ao sexo observamos que os estudantes portugueses masculinos apresentam maior nível de ansiedade e depressão do que os estudantes portugueses femininos, o que vai de encontro com o estudo de Veríssimo, Costa, Gonçalves e Araújo (2011), onde verificaram que as estudantes do sexo feminino parecem ser mais vulneráveis às manifestações de stress do que os homens, bem como que as mulheres evidenciam mais manifestações cognitivo-emocionais, enquanto os homens evidenciam um maior predomínio de manifestações comportamentais. De acordo com o estudo de Calais, Andrade e Lipp (2003), estas diferenças entre sexo podem resultar do facto de os estudantes do sexo feminino terem mais situações de stress que os do sexo masculino, uma vez que é frequente as mulheres além do estudo, terem também de gerir o trabalho, os filhos, a casa, entre outros.

Em relação aos estudantes africanos chegamos à conclusão que os estudantes do sexo feminino apresentam maior nível de ansiedade, depressão e stress do que os do sexo masculino, indo igualmente ao encontro dos estudos aqui citados (Calais et al., 2003; Veríssimo et al., 2011).

No que respeita a comparação entre portugueses e africanos concluímos que os estudantes portugueses apresentam, em média, maior nível de ansiedade, depressão e stress do que os estudantes africanos. Não encontramos outros estudos que versam sobre esta comparação de origem.

Objetivo 2 – Identificar as atitudes e comportamentos em saúde dos estudantes portugueses e africanos do IPB

Na Tabela 6 avaliam-se as pontuações médias e respetivos desvios padrão das atitudes e comportamentos de saúde dos estudantes, comparando os africanos e portugueses e o sexo.

Tabela 6 - Atitudes e comportamentos em saúde dos estudantes universitário

| Origem | Sexo | | Exercício | | Auto cuidado | Segurança motorizada | Uso de drogas ou similares |
|----------|-----------|----|-----------|----------|--------------|----------------------|----------------------------|
| | | | Físico | Nutrição | | | |
| Portugal | Masculino | n | 51 | 51 | 51 | 51 | 51 |
| | | M | 8.47 | 13.82 | 37.43 | 10.43 | 20.24 |
| | | DP | 5.601 | 5.260 | 9.605 | 2.858 | 5.616 |
| | Feminino | n | 91 | 91 | 91 | 91 | 91 |
| | | M | 7.49 | 15.93 | 43.79 | 12.53 | 22.54 |
| | | DP | 3.089 | 4.511 | 7.489 | 2.718 | 4.403 |
| | Total | n | 142 | 142 | 142 | 142 | 142 |
| | | M | 7.85 | 15.18 | 41.51 | 11.77 | 21.71 |
| | | DP | 4.176 | 4.882 | 8.825 | 2.938 | 4.979 |
| Africano | Masculino | n | 136 | 136 | 136 | 136 | 136 |
| | | M | 9.55 | 13.96 | 33.35 | 9.80 | 19.35 |
| | | DP | 3.357 | 6.383 | 9.276 | 4.332 | 6.266 |
| | Feminino | n | 96 | 96 | 96 | 96 | 96 |
| | | M | 7.44 | 12.91 | 37.10 | 9.46 | 19.90 |
| | | DP | 3.387 | 4.936 | 8.866 | 4.042 | 6.295 |
| | Total | n | 232 | 232 | 232 | 232 | 232 |
| | | M | 8.68 | 13.52 | 34.91 | 9.66 | 19.57 |
| | | DP | 3.520 | 5.839 | 9.276 | 4.209 | 6.271 |
| Total | Masculino | n | 187 | 187 | 187 | 187 | 187 |
| | | M | 9.26 | 13.92 | 34.47 | 9.97 | 19.59 |
| | | DP | 4.105 | 6.084 | 9.517 | 3.987 | 6.094 |
| | Feminino | n | 187 | 187 | 187 | 187 | 187 |
| | | M | 7.47 | 14.38 | 40.36 | 10.95 | 21.18 |
| | | DP | 3.237 | 4.959 | 8.861 | 3.779 | 5.601 |
| | Total | n | 374 | 374 | 374 | 374 | 374 |
| | | M | 8.36 | 14.15 | 37.41 | 10.46 | 20.39 |
| | | DP | 3.799 | 5.547 | 9.645 | 3.910 | 5.899 |

De acordo com os dados na Tabela 6, podemos observar que os estudantes portugueses apresentam valores superiores nas dimensões: nutrição (M=15.18; DP=4.882); autocuidado (M=41.51; DP=8.825); segurança motorizada (M=11.77; DP=2.938); e uso de drogas ou similares (M=21.71; DP=4.979), comparando com os estudantes africanos nas dimensões: nutrição (M=13.52; DP=5.839); autocuidado (M=34.91; DP=9.276); segurança motorizada (M=9.66; DP=4.209); e uso de drogas ou similares (M=19.57; DP=6.271). Os estudantes africanos apresentam valores superiores na dimensão exercício físico (M=8.68; DP=3.520) relativamente aos portugueses nessa mesma dimensão (M=7.49; DP=4.176).

Em relação aos estudantes portugueses podemos constatar que o sexo feminino apresenta valores superiores nas dimensões: nutrição (M=15.93; DP=4.511), autocuidado (M=43.79; DP=7.489); segurança motorizada (M=12.53; DP=2.718); e uso de drogas ou similares (M=22.54; DP=4.403), quando comparado com o sexo masculino nas dimensões: nutrição (M=13.82; DP=5.260); autocuidado (M=37.43; DP=9.605); segurança motorizada (M=10.43; DP=2.858); e uso de drogas ou similares (M=20.24; DP=5.616), o sexo masculino apresenta valores superiores na dimensão exercício físico (M=8.47; DP=5.601), comparando com o sexo feminino (M=7.49; DP=3.089).

De acordo com os dados da tabela, podemos identificar que os estudantes africanos do sexo masculino apresentam valores superiores nas dimensões: exercício físico (M=9.55; DP=3.357); nutrição (M=13.96; DP=6.383); e segurança motorizada (M=9.80; DP=4.332), relativamente aos estudantes do sexo feminino nas dimensões: exercício físico (M=7.44; DP=3.387); nutrição (M=12.91; DP=4.936); e segurança motorizada (M=9.46; DP=4.042), e os estudantes do sexo feminino apresentam valores superiores nas dimensões autocuidado (M=37.10; DP=8.866); e uso de drogas ou similares (M=19.90; DP=6.295) comparando com os do sexo masculino: autocuidado (M=33.35; DP=9.276) e uso de drogas ou similares (M=19.35; DP=6.266).

Também podemos observar que os estudantes portugueses do sexo masculino apresentam valores superiores nas dimensões: autocuidado (M=37.43; DP=9.605); segurança motorizada (M=10.43; DP=2.858); e uso de drogas ou similares (M=20.24; DP=5.616) em relação aos estudantes africanos do sexo masculino: autocuidado (M=33.35; DP=9.276); segurança motorizada (M=9.80; DP=4.33); e uso de drogas ou similares (19.35; DP=6.266); e os estudantes africanos do sexo masculino apresentam valores superiores na dimensão: exercício físico (M=9.55; DP=3.357); e nutrição (M=13.96; DP=6.383) comparando com os estudantes portugueses do sexo masculino: exercício físico (M=8.47; DP=5.601); e nutrição (M=13.82; DP=5.260).

Os estudantes portugueses do sexo feminino apresentam valores superiores em todas as dimensões: exercício físico (M=7.49; DP=3.089); nutrição (M=15.93; DP=4.511); autocuidado (M=43.79; DP=7.489); segurança motorizada (M=12.53; DP=2.718); e uso de drogas ou similares (M=22.54; DP=4.403), relativamente às estudantes africanos do sexo feminino: exercício físico (M=7.44; DP=3.387); nutrição

(M=12.91; DP=4.936); autocuidado (M=37.10; DP=8.866); segurança motorizada (M=9.46; DP=4.042); e uso de drogas ou similares (M=19.90; DP=6.295).

No nosso estudo concluímos que os estudantes africanos praticam mais exercício físico do que os estudantes portugueses. Os estudantes portugueses têm melhor nutrição, autocuidado, segurança motorizada e têm maiores cuidados no uso de drogas ou similares.

Também chegamos à conclusão que os estudantes portugueses do sexo masculino praticam mais exercício físico do que o sexo feminino, o que vai de encontro com o resultado de estudo de Silva et al. (2015), feito com 3327 estudantes na Universidade de Lisboa, onde os autores referem que a prática de exercício físico se encontra substancialmente mais disseminada entre os homens (50.1%) do que entre as mulheres (34.5%)..

Os estudantes portugueses do sexo feminino apresentam maior autocuidado, nutrição, têm mais segurança motorizada e têm mais cuidados no que respeita ao uso de drogas e similares do que do sexo masculino, o que vai de encontro a vários estudos (Silva et al., 2015).

Objetivo 3 – Identificar as vivências académicas dos estudantes portugueses e africanos do IPB

Na Tabela 7 encontram-se representadas as pontuações médias das Vivências académicas dos estudantes.

Tabela 7 - Vivências acadêmicas dos estudantes universitários

| Origem | Sexo | | Carreira | Estudo | Institucional | Interpessoal | Pessoal |
|---------------|-------------|----|-----------------|---------------|----------------------|---------------------|----------------|
| Portugal | Masculino | n | 51 | 51 | 51 | 51 | 51 |
| | | M | 40.22 | 32.94 | 26.78 | 41.24 | 30.98 |
| | | DP | 9.485 | 8.916 | 6.379 | 9.748 | 9.890 |
| | Feminino | n | 91 | 91 | 91 | 91 | 91 |
| | | M | 44.99 | 36.15 | 28.27 | 42.86 | 30.31 |
| | | DP | 7.284 | 6.321 | 6.529 | 6.894 | 9.268 |
| | Total | n | 142 | 142 | 142 | 142 | 142 |
| | | M | 43.27 | 35.00 | 27.74 | 42.27 | 30.55 |
| | | DP | 8.429 | 7.489 | 6.492 | 8.040 | 9.467 |
| Africano | Masculino | n | 136 | 136 | 136 | 136 | 136 |
| | | M | 42.12 | 35.32 | 27.61 | 42.42 | 29.03 |
| | | DP | 8.419 | 7.259 | 5.275 | 8.908 | 10.919 |
| | Feminino | n | 96 | 96 | 96 | 96 | 96 |
| | | M | 42.48 | 34.65 | 27.49 | 41.93 | 31.04 |
| | | DP | 7.532 | 6.830 | 4.604 | 7.060 | 8.203 |
| | Total | n | 232 | 232 | 232 | 232 | 232 |
| | | M | 42.27 | 35.04 | 27.56 | 42.22 | 29.86 |
| | | DP | 8.049 | 7.077 | 4.998 | 8.181 | 9.916 |
| Total | Masculino | n | 187 | 187 | 187 | 187 | 187 |
| | | M | 41.60 | 34.67 | 27.39 | 42.10 | 29.56 |
| | | DP | 8.738 | 7.794 | 5.592 | 9.133 | 10.658 |
| | Feminino | n | 187 | 187 | 187 | 187 | 187 |
| | | M | 43.70 | 35.38 | 27.87 | 42.38 | 30.68 |
| | | DP | 7.499 | 6.613 | 5.622 | 6.976 | 8.722 |
| | Total | n | 374 | 374 | 374 | 374 | 374 |
| | | M | 42.65 | 35.02 | 27.63 | 42.24 | 30.12 |
| | | DP | 8.199 | 7.226 | 5.605 | 8.117 | 9.741 |

Analisando a Tabela 7 podemos observar que os estudantes portugueses apresentam valores superiores na dimensão: carreira (M=43.27; DP=8.429); Instituição (M=28.27; DP=6.529); Interpessoal (M=42.27; DP=8.908); e Pessoal (M=30.55; DP=9.467), comparando com os estudantes africanos: carreira (42.27; DP=8.049); Instituição (M=27.56; DP=4.998); Interpessoal (M=42.22; DP=8.181); e Pessoal (M=29.86; DP=9.916). Os estudantes africanos apresentam valores superiores na dimensão estudo (M=35.04; DP=7.077), em relação aos estudantes portugueses na mesma dimensão (M=35; DP=7.489).

Em relação aos estudantes portugueses podemos identificar que os respondentes do sexo feminino apresentam valores superiores na dimensão: carreira (M=44.22; DP=9.485); estudo (M=36.15; DP=6.321); instituição (M=28.27; DP=6.529); e interpessoal (M=42.86; DP=6.894), relativamente aos estudantes do sexo masculino nas dimensões: carreira (M=40.22; DP=9.485); estudo (M=32.94; DP=8.916); instituição (M=26.78; DP=6.379); e interpessoal (M=41.24; DP=9.748). Os estudantes do sexo masculino apresentam valores superiores na dimensão pessoal (M=30.98; DP=9.890) comparando com o sexo feminino nesta mesma dimensão (M=30.31; DP=9.268).

Analisando os dados sobre os estudantes africanos podemos observar que o sexo masculino apresenta valores superiores nas dimensões: estudo (M=35.32; DP=7.259); instituição (M=27.61; DP=5.275); e interpessoal (M=42.42; DP=8.908), em relação aos estudantes do sexo feminino: estudo (M=34.65; DP=6.830); instituição (M=27.49; DP=4.604); e interpessoal (M=41.93; DP=7.060). Os estudantes do sexo feminino apresentam valores superiores nas outras dimensões: carreira (M=42.48; DP=7.532); e pessoal (M=31.04; DP=8.203).

Na Tabela 7 podemos observar que os estudantes africanos do sexo masculino apresentam valores superiores nas dimensões: carreira (M=42.12; DP=8.419); estudo (M=35.32; DP=7.259); instituição (M=27.74; DP=5.275); e interpessoal (M=42.42; DP=8.908), em relação aos estudantes portugueses masculinos: carreira (M=40.22; DP=9.485); estudo (M=32.94; DP=8.916); instituição (M=26.78; DP=6.379); e interpessoal (M=41.24; DP=9.748). Os estudantes portugueses do sexo masculino apresentam valores superiores na dimensão: pessoal (M=30.98; DP=9.890), em relação aos estudantes africanos do sexo masculino: pessoal (M=29.03; DP=10.916).

Podemos observar que as estudantes portuguesas do sexo feminino apresentam valores superiores nas dimensões: carreira (M=44.99; DP=7.284); estudo (M=36.15; DP=6.321); instituição (M=28.27; DP=6.529); e interpessoal (M=42.86; DP=6.894), comparando com os estudantes africanos de sexo feminino: carreira (M=42.48; DP=7.532); estudo (M=34.65; DP=6.830); instituição (M=27.49; DP=4.604); e interpessoal (M=41.93; DP=7.060). As estudantes africanas de sexo feminino apresentam valores superiores na dimensão: pessoal (M=31.04; DP=8.203) em relação aos estudantes portugueses do sexo feminino nessa mesma dimensão (M=30.31; DP=9.268).

Os estudantes africanos do sexo feminino apresentam maior cuidados nas vivências académicas do que o sexo masculino. O que vai de encontro aos resultados do estudo de Porta-Nova e Fleming (2009) segundo o qual, as raparigas apresentam mais dificuldades que os rapazes na adaptação académica. Estes autores referem que os rapazes pontuam, em média, com valores mais elevados na maioria das dimensões com exceção dos métodos de estudo. Também Fernandes (2011) constatou que relativamente ao total da escala QVA-r, que os estudantes do sexo masculino pontuam mais alto, em média, que os estudantes do sexo feminino, revelando maior ajustamento global.

No que refere aos estudantes portugueses podemos concluir que o sexo feminino tem mais dificuldade na dimensão pessoal. O que está de acordo com estudo de Tietzen (2010), que refere que as raparigas apresentam mais dificuldades relacionadas com os aspetos pessoais.

Em relação à comparação entre os estudantes portugueses e africanos por sexo concluímos que os estudantes africanos do sexo masculino apresentam maior pontuação nas dimensões: carreira, estudo, instituição e interpessoal do que os estudantes Portugueses do sexo masculino, enquanto os estudantes Portugueses do sexo feminino apresentam o nível superior em relação a carreira, estudo, instituição e interpessoal. Relativamente a estes resultados não encontramos estudos que relatam sobre estas comparações.

Consistência interna

O Alfa de Cronbach é uma das medidas mais usadas para a verificação da consistência interna de um conjunto de variáveis (itens), podendo definir-se como a correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo, com o mesmo número de itens, que meçam a mesma característica.

Varia entre 0 e 1, considerando-se a consistência interna: muito boa (alfa superior a 0,9), boa (alfa entre 0.8 e 0.9), razoável (alfa entre 0.7 e 0.8), fraca (alfa entre 0.6 e 0.7) e inadmissível (alfa <0.6). Assim, os valores obtidos assumem como um limite inferior da consistência interna, sendo que as variáveis que medem a mesma realidade devem ser categorizadas no mesmo sentido. No caso da alfa seja negativa, há correlações negativas, o que viola o modelo de consistência interna e inviabiliza o uso do instrumento (Cronbach, 1951).

Como pode ser visto na Tabela 8, os índices de alfa de Cronbach nas dimensões Exercício Físico, Nutrição, Seg. Motorizada, Uso de drogas ou Similares, Instituição, Interpessoal e Pessoal, são menores que <0.6 e nas dimensões Ansiedade, Autocuidado, Carreira e Estudo são superiores a 0.7 e nas dimensões Depressão e Stress são superiores a 0.8 .

Tabela 8 - Alfas de Cronbach

| Dimensão | Alfa | Classificação |
|-------------------------|-------------|----------------------|
| Ansiedade | .789 | Aceitável |
| Depressão | .838 | Bom |
| Stress | .883 | Bom |
| Exercício Físico | .510 | Fraco |
| Nutrição | .682 | Questionável |
| Autocuidado | .791 | Aceitável |
| Seg. Motorizada | .527 | Fraco |
| Uso drogas ou similares | .698 | Questionável |
| Carreira | .799 | Aceitável |
| Estudo | .745 | Aceitável |
| Institucional | .457 | Inaceitável |
| Interpessoal | .656 | Questionável |
| Pessoal | .692 | Questionável |

Estatística Inferencial

Através dos resultados inferenciais faz-se a análise dos testes estatísticos aplicados na verificação das hipóteses formuladas.

Para definir quais os testes inferenciais a aplicar, paramétricos ou não-paramétricos, efetuaram-se os testes de normalidade de Kolgomorov-Smirnov e de Shapiro-Wilk, bem como observação visual gráfica, tendo-se concluído que os dados das treze dimensões sob análise não apresentavam uma distribuição normal. Tendo-se igualmente verificado homogeneidade das variâncias entre os dados de ambos os grupos sob estudo, procedeu-se a testes não paramétricos, utilizando para o efeito testes de Mann-Whitney e cálculo dos coeficientes de correlação de Spearman.

H1: Existem diferenças no nível da saúde mental (depressão, stress e ansiedade) entre estudantes portugueses e africanos.

Para estudar as diferenças no nível da saúde mental (depressão, stress e ansiedade) dos estudantes portugueses e africanos, foi utilizado o teste Mann-Whitney. Os resultados são apresentados na Tabela 9.

Tabela 9 - Nível da saúde mental (ansiedade, depressão e stress)

| Dimensão | Origem | Média | DP | p |
|-----------------|---------------|--------------|-----------|----------|
| Ansiedade total | Portugal | 3.36 | 3.687 | .837 |
| | África | 3.07 | 3.166 | |
| Depressão total | Portugal | 4.42 | 4.503 | .595 |
| | África | 3.90 | 3.774 | |
| Stress total | Portugal | 6.30 | 5.240 | .006 |
| | África | 4.67 | 4.179 | |

Os dados da Tabela 9 mostram que só a nível do stress existem diferenças estatisticamente significativas ($p = .006$), sendo que os alunos portugueses apresentam níveis de stress mais altos do que os alunos africanos.

Da análise global das três dimensões: Ansiedade, Depressão e Stress. constata-se que todas elas são referidas pelos estudantes em estudos, sendo que o Stress (Portugal - $M=6.30$ e África - $M=4.67$) é que representa um valor superior em relação às outras dimensões Depressão (Portugal - $M=4.42$ e África - $M=3.90$) e Ansiedade (Portugal - $M=3.36$ e África - $M=3.07$).

Concluimos que os estudantes portugueses apresentam um nível mais elevado de stress do que os estudantes africanos, indo ao encontro dos poucos estudos que existem com distinção entre raças ou proveniência (Leitão & Martins, 2012).

H2: Existem diferenças nas atitudes e comportamentos de saúde entre estudantes portugueses e africanos.

Para estudar as diferenças no nível das atitudes e comportamentos em saúde entre os estudantes portugueses e africanos, foi utilizado o teste Mann-Whitney. Os resultados são apresentados na Tabela 10.

Tabela 10 - Teste de Mann-Whitney na Atitudes e comportamentos de saúde

| Dimensão | Origem | Média | DP | p |
|----------------------------|---------------|--------------|-----------|----------|
| Exercício Físico | Portugal | 7.85 | 4.176 | .007 |
| | África | 8.68 | 3.520 | |
| Nutrição | Portugal | 15.18 | 4.882 | .001 |
| | África | 13.52 | 5.839 | |
| Auto cuidado | Portugal | 41.51 | 8.825 | .000 |
| | África | 34.91 | 9.276 | |
| Segurança motorizada | Portugal | 11.77 | 2.938 | .000 |
| | África | 9.66 | 4.209 | |
| Uso de drogas ou similares | Portugal | 21.71 | 4.979 | .002 |
| | África | 19.57 | 6.271 | |

Os dados na Tabela 10 mostram que há diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões ($p < 0.05$), sendo que os alunos africanos apresentam valores superiores no Exercício Físico e os portugueses nas restantes dimensões.

Os resultados mostram que os africanos apresentam valores superiores nas dimensões exercício físico ($M=8.68$) e que os portugueses apresentam os valores superiores na dimensão nutrição ($M=15.18$); autocuidado ($M=41.51$); segurança motorizada ($M=11.77$) e uso de drogas ou similares ($M=21.71$).

De acordo com os resultados podemos concluir que os estudantes africanos praticam mais exercício físico do que os estudantes portugueses. Também podemos concluir que os estudantes portugueses apresentam valores superiores em todas as dimensões, ou seja, os portugueses têm mais atitudes e comportamentos de saúde saudáveis.

H3: Existem diferenças nas vivências académicas entre estudantes portugueses e africanos.

Para estudar as diferenças no nível nas vivências académicas dos estudantes portugueses e africanos, foi utilizado o teste Mann-Whitney. Os resultados são apresentados na Tabela 11.

Tabela 11 - Teste de Mann-Whitney nas Vivências Acadêmicas dos estudantes Portugueses e Africanos

| Dimensão | Origem | Média | DP | <i>p</i> |
|-----------------|---------------|--------------|-----------|-----------------|
| Carreira | Portugal | 43.27 | 8.429 | .168 |
| | África | 42.27 | 8.049 | |
| Estudo | Portugal | 35.00 | 7.489 | .928 |
| | África | 35.04 | 7.077 | |
| Institucional | Portugal | 27.74 | 6.492 | .974 |
| | África | 27.56 | 4.998 | |
| Interpessoal | Portugal | 42.27 | 8.040 | .788 |
| | África | 42.22 | 8.181 | |
| Pessoal | Portugal | 30.55 | 9.467 | .205 |
| | África | 29.86 | 9.916 | |

Os dados da Tabela 11 mostram que não há diferenças estatisticamente significativas entre os alunos africanos e portugueses ($p > 0.05$).

Na Tabela 12 apresentam-se os coeficientes de correlação de Spearman (não paramétrica) entre as dimensões em estudo, verificando-se que existe uma correlação muito fraca de sentido negativo entre depressão e nutrição ($r = -.208$); e entre depressão e uso de drogas ou similares existe uma correlação muito fraca de sentido negativo ($r = -.218$). Ao nível da ansiedade, verifica-se que existe uma correlação muito fraca de sentido negativo entre ansiedade e uso de drogas ou similares ($r = -.246$). Ao nível do stress, verifica-se que existe uma correlação muito fraca de sentido positivo entre stress e nutrição ($r = .139$).

Tabela 12 - Coeficientes de correlação de Spearman entre as variáveis

| | Ansiedade | Depressão | Stress | Exer. Físico | Nutrição | Autocuidado | Segurança motorizada | Uso de drogas ou similares | Carreira | Estudo | Institucional | Interpessoal | Pessoal |
|----------------------------|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----------------|--------------------|-----------------------------|-----------------------------------|-----------------|---------------|----------------------|---------------------|----------------|
| Ansiedade | 1.000 | | | | | | | | | | | | |
| Depressão | .699** | 1.000 | | | | | | | | | | | |
| Stress | .706** | .727** | 1.000 | | | | | | | | | | |
| Exer. Físico | -.038 | -.112* | -.085 | 1.000 | | | | | | | | | |
| Nutrição | -.095 | -.208** | .139** | .327** | 1.000 | | | | | | | | |
| Auto cuidado | -.045 | -.085 | .063 | .053 | .383** | 1.000 | | | | | | | |
| Segurança motorizada | -.047 | -.050 | .071 | .100 | .267** | .566** | 1.000 | | | | | | |
| Uso de drogas ou similares | -.246** | -.218** | -.094 | .105* | .353** | .519** | .528** | 1.000 | | | | | |
| Carreira | -.135** | -.199** | -.051 | .123* | .282** | .281** | .268** | .298** | 1.000 | | | | |
| Estudo | -.111* | -.172** | -.116* | .128* | .327** | .329** | .291** | .258** | .531** | 1.000 | | | |
| Institucional | -.128* | -.067 | -.040 | .057 | .114* | .200** | .227** | .170** | .525** | .461** | 1.000 | | |
| Interpessoal | -.210** | -.171** | .163** | .154** | .214** | .188** | .249** | .235** | .480** | .530** | .379** | 1.000 | |
| Pessoal | .331** | .362** | .373** | -.053 | .037 | .069 | -.010 | -.101 | -.031 | .070 | .027 | .030 | 1.000 |

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

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

A Relação entre a “Atitudes e Comportamentos de Saúde” e a “Adaptação Acadêmica” foi operacionalizada através das dimensões: pessoal, interpessoal, carreira, estudo e institucional.

Recorrendo à Tabela 12, verifica-se que existe uma correlação muito fraca de sentido positivo entre carreira e exercício físico ($r=.123$); entre carreira e nutrição existe uma correlação muito fraca de sentido positivo ($r=.282$); entre carreira e o autocuidado existe uma correlação muito fraca de sentido positivo ($r=.281$); entre carreira e a segurança motorizada existe uma correlação muito fraca de sentido positivo ($r=.268$); e entre carreira e o uso de drogas ou similares existe uma correlação muito fraca no sentido positivo ($r=.298$). Ao nível da dimensão estudo: verifica-se que existe uma correlação muito fraca de sentido positivo entre estudo e exercício físico ($r=.128$); entre estudo e a nutrição existe uma correlação fraca de sentido positivo ($r=.327$); entre o estudo e o autocuidado existe uma correlação fraca de sentido positivo ($r=.329$); entre o estudo e a segurança motorizada existe uma correlação muito fraca de sentido positivo ($r=.291$); e entre o estudo e o uso de drogas ou similares existe uma correlação muito fraca de sentido positivo ($r=.258$). Ao nível da dimensão institucional: verifica-se que existe uma correlação muito fraca de sentido positivo entre institucional e a nutrição ($r=.114$); entre institucional e o autocuidado existe uma correlação muito fraca de sentido positivo ($r=.200$); entre institucional e a segurança motorizada existe uma correlação muito fraca de sentido positivo ($r=.227$); e entre institucional e o uso de drogas ou similares existe uma correlação muito fraca de sentido positivo ($r=.170$). Ao nível da dimensão interpessoal: verifica-se que existe uma correlação muito fraca de sentido positivo entre interpessoal e o exercício físico ($r=.154$); entre interpessoal e nutrição existe uma correlação muito fraca de sentido positivo ($r=.214$); e entre interpessoal e autocuidado existe uma correlação muito fraca de sentido positivo ($r=.188$); entre interpessoal e a segurança motorizada existe uma correlação muito fraca de sentido positivo ($r=.249$); e entre interpessoal e o uso de drogas ou similares existe uma correlação fraca de sentido positivo ($r=.235$).

Relação entre as dimensões da mesma escala

Analisando as dimensões das mesmas escalas podemos verificar que na escala de ansiedade, depressão e stress há correlação positiva moderada e forte entre elas.

Pode confirmar-se que o aumento de stress, assim como o aumento de ansiedade e da depressão estão correlacionados significativamente. Em vários estudos, verifica-se que as componentes da escala EADS estão significativamente correlacionadas entre si (Lovibond & Lovibond, 1995; Ribeiro et al., 2004). Na escala de Atitudes e comportamentos de saúde podemos verificar que só não há correlação entre autocuidado e exercício físico e também, entre segurança motorizada e exercício físico. Por último a escala das vivências académicas verifica que só na dimensão pessoal é que não existe correlação com outras dimensões. Segundo o estudo de Tietzen (2010), existem correlações positivas e significativas entre todas as dimensões das vivências académicas, embora baixas a moderadas. Este resultado sugere que estas variáveis não são totalmente independentes, o que confirma que as dimensões avaliam vários aspetos específicos da adaptação e sucesso académico.

Conclusões

Pretendeu-se com este trabalho iniciar um estudo que permita compreender as diferenças entre os estudantes do ensino superior nacionais e internacionais, neste caso de países africanos de língua oficial portuguesa, no que diz respeito aos estilos de vida e saúde mental.

Perante o objetivo proposto de identificar o nível da saúde mental (depressão, stress e ansiedade) dos estudantes portugueses e africanos do IPB, os resultados mostram que os estudantes portugueses apresentam níveis de saúde mental mais frágeis do que os estudantes africanos. É importante relembrar que as perturbações de saúde mental dos estudantes, atingem não só o indivíduo, neste caso o estudante, mas também afeta os que o rodeiam e a própria instituição.

Já no que diz respeito ao objetivo proposto de identificar as atitudes e comportamentos em saúde dos estudantes portugueses e africanos do IPB, os resultados evidenciam que os estudantes portugueses apresentam estilos de vida mais saudáveis do que os estudantes africanos, podendo isso dever-se ao facto de os estudantes africanos estarem num país com culturas, crenças, valores, leis e costumes diferentes e, devido a isso, passarem por várias dificuldades que os estudantes portugueses não experienciam, como, a título de exemplo, longos períodos, chegando a anos, afastados da família.

Contudo, onde para os primeiros dois objetivos, as diferenças entre os dois grupos de estudantes são estatisticamente significativas, no que respeita ao terceiro objetivo, que consistia em identificar as vivências académicas dos estudantes portugueses e africanos do IPB, não há diferenças estatisticamente significativas, embora os estudantes portugueses da amostra, apresentam um valor ligeiramente superior em algumas dimensões.

Conclui-se, que os estudantes africanos têm estilos de vida pouco saudáveis, quando comparados com os estudantes portugueses, podendo isto ter repercussão na saúde mental e na saúde global.

Neste sentido será imperativo a criação de estratégias de inclusão, de promoção da educação para a saúde, com a prática de um estilo de vida saudável, prevenção da depressão, stress e ansiedade nos estudantes africanos, de forma a poderem tomar decisões saudáveis, motivando-os a melhorar e adotar padrões

saudáveis, tendo por objetivo final a promoção da sua qualidade de vida e bem estar geral.

Para além de atividades de educação e promoção da saúde, sugerimos um papel participativo dos núcleos de estudantes africanos em Portugal para a implementação de projeto de intervenção a nível psicossocial, para a melhoria de qualidade de vida e bem estar psicológico dos estudantes africanos/estrangeiros.

Concluimos que este estudo é de extrema importância para percebermos as necessidades de promoção de saúde nesta população, pois a promoção de estilo de vida saudável e a qualidade de vida nestes estudantes será de muita valia no seu desenvolvimento futuro. Além disso, é o primeiro estudo que avalia o estilo de vida e a saúde mental nos estudantes do Instituto Politécnico de Bragança com um enfoque nas diferenças entre grupos de nacionalidades diferentes.

Neste estudo, a principal limitação é a escassez de estudos que estudem grupos de nacionalidades e/ou etnias diferentes, dificultando ou até impossibilitando ter uma base de comparação e confrontação com os nossos dados.

Acreditamos que este estudo contribuirá para a compreensão da importância dos estilos de vida e da saúde mental dos estudantes do ensino superior, constituindo uma área com reduzida investigação realizada, principalmente no grupo de estudantes de origem Africanos, sugerindo, por fim, a realização do mesmo estudo em âmbito nacional e internacional.

Referências

- Adeosun, S. O., Asa, S. O., Babalola, O. O., & Akanmu, M. A. (2008). Effects of night-reading on daytime sleepiness, sleep quality and academic performance of undergraduate pharmacy students in Nigeria. *Sleep and Biological Rhythms*, 6(2), 91–94. <https://doi.org/10.1111/j.1479-8425.2008.00338.x>
- Almeida, L. S., Ferreira, J. A., & Soares, A. P. C. (1999). Questionário de Vivências Acadêmicas: QVA-r Construção e validação de uma versão reduzida. *Revista Portuguesa de Psicologia*, XXXIII(3), 181–207.
- Almeida, L. S., Soares, A. P. C., & Ferreira, J. A. (2002). Questionário de Vivências Acadêmicas (QVA-r): avaliação do ajustamento dos estudantes universitários. *Avaliação Psicológica*, 1(2), 81–93.
- American Psychiatric Association. (2013a). *DSM-V-TR - Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5a. Ed. Rev.* Lisboa: Climepsi. <https://doi.org/1011769780890425596>
- American Psychiatric Association. (2013b). *DSM 5. American Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>
- Bailey, E. J. (1987). Sociocultural factors and health care-seeking behavior among black Americans. *Journal of the National Medical Association*, 79(4), 389–392. <https://doi.org/10.1002/prot.10553>
- Barroso, T., Mendes, A., & Barbosa, A. (2012). Adaptação cultural e validação da versão portuguesa da Escala de Expectativas acerca do Álcool – versão adolescentes. *Revista de Enfermagem Referência*, III(8), 17–27. <https://doi.org/10.12707/RIII1242>
- Boscolo, R. A., Sacco, I. C., Antunes, H. K., Mello, M. T. de, & Tufik, S. (2007). Avaliação do padrão de sono, atividade física e funções cognitivas em adolescentes escolares. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 2007(1), 18–25. <https://doi.org/10.5628/rpcd.07.01.18>
- Bouteyre, E., Maurel, M., & Bernaud, J. L. (2007). Daily hassles and depressive symptoms among first year psychology students in France: The role of coping and social support. *Stress and Health*, 23(2), 93–99. <https://doi.org/10.1002/smi.1125>
- Brito, B. J. Q., Gordia, A. P., & Quadros, T. M. B. (2016). Estilo de vida de

- estudantes universitários: Estudo de acompanhamento durante os dois primeiros anos do curso de graduação. *Medicina (Brazil)*, 49(4), 293–302.
<https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v49i4p293-302>
- Busato, M. A., Caroline, P., Gallina, L. S., & da Rosa, L. (2015). Ambiente e alimentação saudável: percepções e práticas de estudantes universitários Environment. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, 36(2), 75–84.
<https://doi.org/10.5433/1679-0367.201>
- Calado, C., Morais, A., Rocha, A., & Amaral, V. (2012). Consultas de psicologia nos serviços de ação social da universidade de Aveiro. Em *Actas do I Congresso Nacional da RESAPES* (pp. 291–299).
- Calais, S. L., Andrade, L. M. B. De, & Lipp, M. E. N. (2003). Diferenças de sexo e escolaridade na manifestação de Stress em adultos jovens. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(2), 257–263. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722003000200005>
- Carvalho, C. P. de, Pinheiro, M. do R. D. C. N. M. e M., Pinto Gouveia, J. A., & Vilar, D. R. (2017). Conhecimentos sobre sexualidade: Construção e validação de um instrumento de avaliação para adolescentes em contexto escolar. *Revista Portuguesa de Educação*, 30(2), 249. <https://doi.org/10.21814/rpe.9032>
- Cook, J. E., Purdie-Vaughns, V., Meyer, I. H., & Busch, J. T. A. (2014). Intervening within and across levels: A multilevel approach to stigma and public health. *Social Science and Medicine*, 103, 101–109.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.09.023>
- Costa, P. M. A. da. (2009). *Comportamentos de Saúde dos Adolescentes Escolarizados: um estudo efectuado com alunos do 3º ciclo e do ensino secundário (Dissertação de Mestrado)*. Universidade do Minho.
- Crisp, N. (Ed.). (2014). *Um Futuro para a Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
- Curcio, G., Ferrara, M., & De Gennaro, L. (2006). Sleep loss, learning capacity and academic performance. *Sleep Medicine Reviews*, 10(5), 323–337.
<https://doi.org/10.1016/j.smr.2005.11.001>
- Dewald, J. F., Meijer, A. M., Oort, F. J., Kerkhof, G. A., & Bögels, S. M. (2010). The influence of sleep quality, sleep duration and sleepiness on school performance

- in children and adolescents: A meta-analytic review. *Sleep Medicine Reviews*, 14(3), 179–189. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2009.10.004>
- DeWalt, D. A., Berkman, N. D., Sheridan, S., Lohr, K. N., & Pignone, M. P. (2004). Literacy and Health Outcomes A Systematic Review of the Literature. *Journal of general internal medicine*, 19(2), 1228–1239.
- Direção-Geral da Saúde. (2004). *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida*.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020*.
- Direção-Geral da Saúde. (2017a). *Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde. (2017b). *Programa Nacional para Promoção da Alimentação Saudável 2017*.
- Espanha, R., Avila, P., & Mendes, R. (2015). *Literacia em Saúde em Portugal- Relatório Síntese*.
- Evangelista, V. D. M. A., Kadooka, A., Pires, M. L. N., & Constantino, E. P. (2018). Padrões e consumo de álcool entre estudantes universitários. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 7(2), 192. <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.v7i2.1847>
- Fernandes, V. (2011). *Adaptação Académica e Auto- Eficácia em Estudantes Universitários do 1º Ciclo de Estudos (Dissertação de Mestrado)*. Universidade Fernando Pessoa. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2010.00135>
- Ferreira, A. P. D. S. (2008). *O Consumo de Álcool e Comportamentos de Risco nos Estudantes do Ensino Superior (Dissertação de Mestrado)*. Universidade de Aveiro.
- Galvão, A., Costa, C., Gomes, M. J., & Noné, A. R. (2016). Literacia sobre o Papiloma Vírus Humano (HPV) e Cancro do Colo do Útero (CCU): estudo exploratório em estudantes da área da saúde do ensino superior. Em 3º Congresso da Ordem dos Psicólogos Portugueses (pp. 5–16).
- Galvao, A., Noné, A. R., & Gomes, M. J. (2016). Alcoholism and coping strategies among IPB students. Em *Proceedings of the International Congress on Interdisciplinarity in Social and Human Sciences* (pp. 165–171).
- Galvao, A., Pinheiro, M., & Gomes, M. J. (2017). Mental health and sleep-vigil disturbances in high school students : sleep hygiene consultation. Em

- Proceedings of the II International Congress on Interdisciplinarity in Social and Human Sciences* (pp. 707–712).
- Galvão, A., Pinheiro, M., Gomes, M. J., & Ala, S. (2017). Ansiedade, Stress e Depressão Relacionados Com Perturbações do Sono-Vigília e Consumo de Álcool em Alunos do Ensino Superior. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 5(spe5), 8–12. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0160>
- Hettler, B. (1982). Wellness promotion and risk reduction on university Campus. Em *Promoting Health Through Risk Reduction* (pp. 207–238). New York: Collier Macmillan Publishers.
- Jaeger, T. F. (2008). Categorical data analysis: Away from ANOVAs (transformation or not) and towards logit mixed models. *Journal of Memory and Language*, 59(4), 434–446. <https://doi.org/10.1016/j.jml.2007.11.007>
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177(NOV.), 396–401. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.5.396>
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment Anthony. *MJA*, 166(February), 182–186. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2006.05.045>
- Kickbusch, I. (2004). Improving Health Literacy in the European Union : towards a Europe of informed and active health citizens. *European Health Forum Gastein 2004 – Special Interest Session Improving*, (October), 1–16.
- Kickbusch, I., Pelikan, J., Apfel, F., & Tsouros, A. (2013). *Health literacy: the solid facts. WHO Regional Office for Europe*. Copenhagen. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. Em *The Handbook of Behavioral Medicine* . (pp. 282–325). [https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)61635-6](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0002-7138(09)61635-6)
- Leitão, M. P. C., & Martins, I. S. (2012). Prevalência e fatores associados à síndrome metabólica em usuários de unidades básicas de saúde em São Paulo - sp. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 58(1), 60–69. [https://doi.org/10.1016/S0104-4230\(12\)70156-2](https://doi.org/10.1016/S0104-4230(12)70156-2)
- Leite, I., Lisboa, C., & Azevedo, F. (2011). Vírus do Papiloma Humano e Vacinação.

- Revista da SPDV*, 69(3), 395–402.
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343.
- MacKinnon, D. P., Fairchild, A. J., & Fritz, M. S. (2007). Mediation Analysis. *Annual Review of Psychology*, 58(1), 593–614.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085542>
- Medeiros, A. L. D., Mendes, D. B. F., Lima, P. F., & Araujo, J. F. (2003). The Relationships between Sleep-Wake Cycle and Academic Performance in Medical Students. *Biological Rhythm Research*, 32(2), 263–270.
<https://doi.org/10.1007/s12192-010-0215-9>
- Merkur, S., Sassi, F., & McDaid, D. (2013). *Promoting health, preventing disease: is there an economic case?*
- Mullins, T. L. K., Widdice, L. E., Rosenthal, S. L., Zimet, G. D., & Kahn, J. A. (2016). Risk Perceptions, Sexual Attitudes, and Sexual Behavior after HPV Vaccination in 11–12 Year-Old Girls, 33(32), 3907–3912.
- Neto, A., Galvão, A., Pinheiro, M., & Gomes, M. J. (2017). Diabetes literacy among higher education students. In *Proceedings of the II International Congress on Interdisciplinarity in Social and Human Sciences* (pp. 698–706).
- Nutbeam, D. (1998a). Evaluating Health Promotion-Progress, Problems and solutions. *Health Promotion International*, 13(1), 27–44.
<https://doi.org/10.1093/heapro/13.1.27>
- Nutbeam, D. (1998b). Health promotion glossary. *Health Promotion Glossary*, 13(4), 349–364. <https://doi.org/10.1093/heapro/13.4.349>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267.
<https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine*, 67(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2012). *Relatório de Primavera 2012 - Crise e Saúde, Um País em Sofrimento*.

- Oliveira, C. T. de, Carlotto, R. C., & Dias, S. J. L. V. A. C. G. (2014). Adaptação Acadêmica e Coping em Estudantes Universitários Brasileiros : Uma Revisão de Literatura. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 15(2), 177–186.
- Onwuegbuzie, A., & Leech, N. (2005). On becoming a pragmatic researcher: The importance of combining quantitative and qualitative research methodologies. *International Journal of Social Research Methodology: Theory and Practice*, 8(5), 375–387. <https://doi.org/10.1080/13645570500402447>
- Paiva, T., & Penzel, T. (2011). *Centro de medicina do sono: Manual prático*. Lisboa: Lidel.
- Pedroso, R. M. C. J., Brito, I. da S., Neves, M. M. A. M. da C. e, Lopes, M. do C. C. R. C. C., Melo, R. C. C. P. de, Amado, R. M. F. de J. P. F., ... Freitas, H. C. das N. M. (2014). *Saúde dos estudantes do ensino superior de enfermagem: estudo de contexto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*. Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Porta-Nova, R., & Fleming, M. (2009). Vivências académicas, competências pessoais e saúde mental em estudantes de ciências da saúde. *Psicologia*, 23(1), 165–183. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v23i1.322>
- Reavley, N., Cvetkovski, S., Jorm, A. F., & Lubman, D. I. (2010). Help-seeking for substance use, anxiety and affective disorders among young people: Results from the 2007 Australian national survey of mental health and wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(8), 729–735. <https://doi.org/10.3109/00048671003705458>
- Ribeiro, J. L. P. (2004). Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças. *Análise Psicológica*, 2(22), 387–397.
- Ribeiro, J. L. P., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Dstress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229–239.
- Rodrigues, M., Pereira, A., & Barroso, T. (2005). *Educação para a saúde : formação pedagógica de educadores de saúde*. Formasau.
- Rosales, C. B., Coe, M. K., Stroupe, N. R., Hackman, A., & De Zapien, J. G. (2010). The culture of health survey: A qualitative assessment of a diabetes prevention

- coalition. *Journal of Community Health*, 35(1), 4–9.
<https://doi.org/10.1007/s10900-009-9198-9>
- Santos, M. (2011). *Saúde mental e comportamentos de risco em estudantes universitários (Tese de Doutoramento)*. Universidade de Aveiro.
<https://doi.org/10.1007/s10024001-0003-8>
- Silva, Borrego, R., Ferreira, V. S., Lavado, E., Melo, R., Rowland, J., & Truninger, M. (2015). *Consumos e Estilos de Vida no Ensino Superior: O Caso dos Estudantes da ULisboa / 2012*. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD).
- Silva, P. R. da, Mata, P. G. F., Arriaga, M. T. de, & Silva, A. J. (2016). *Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-Estar*.
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., ... Helmut Brand. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053–1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
- Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Pelikan, J. M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., ... Brand, H. (2013). Measuring health literacy in populations: Illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*, 13(1).
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-948>
- Tietzen, A. M. dos S. (2010). *Vivências Académicas dos alunos do Ensino Superior (Dissertação de Mestrado)*. Universidade do Algarve.
- Twenge, J. M. (2000). The Age of Anxiety? Birth Cohort Change in Anxiety and Neuroticism, 1952-1993. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(6), 1007–1021. <https://doi.org/10.4103/0970-4388.135824>
- Varela-Mato, V., Cancela, J. M., Ayan, C., Martín, V., & Molina, A. (2012). Lifestyle and health among spanish university students: Differences by gender and academic discipline. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(8), 2728–2741. <https://doi.org/10.3390/ijerph9082728>

- Verger, P., Lions, C., & Ventelou, B. (2009). Is depression associated with health risk-related behaviour clusters in adults. *European Journal of Public Health*, *19*(6), 618–624. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckp057>
- Veríssimo, A., Costa, R., Gonçalves, E., & Araújo, F. (2011). Níveis de stress no Ensino Superior. *Psicologia e Educação*, *1*(2), 41–48.
- Viana, V., Santos, P. L. dos, & Guimarães, M. J. (2008). Comportamento e hábitos alimentares em crianças e jovens: uma revisão da literatura. *Psicologia, saúde e doenças*, *9*(2), 209–231.
- Wagner, G. A., & Andrade, A. G. de. (2008). Uso de álcool , tabaco e outras drogas entre estudantes universitários brasileiros The use of alcohol , tobacco and other drugs among Brazilian college students. *Revista de Psiquiatria Clínica*, *35*(1), 48–54. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832008000700011>
- WHO. (1986). Ottawa Charter For Health Promotion. Em *First International Conference on Health Promotion* (pp. 1–4). World Health Organization. <https://doi.org/10.1093/heapro/1.4.405>
- WHO. (1997). The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. *Fourth International Conference on Health Promotion*. World Health Organization. <https://doi.org/HPR/HEP/4ICHP/BR/97.4>
- WHO. (2001). *The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*. World Health Organization. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2008). *School policy framework : implementation of the WHO global strategy on diet, physical activity and health*. *Who* (Vol. 39). Geneva. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2011.02247.x>
- WHO. (2018). Adolescents: health risks and solutions Factsheet. <https://doi.org/10.1109/20.951041>
- WHO - Management of Substance Abuse Team. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva. https://doi.org/entity/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/index.html
- WHO ASSIST Working Group. (2002). The alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST). *Addiction*, *97*(9), 1183–1194. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.02114.x>
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of

Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects.

World Medical Association. <https://doi.org/10.3917/jib.151.0124>

Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S. (2005). Understanding health literacy:

An expanded model. *Health Promotion International*.

<https://doi.org/10.1093/heapro/dah609>

ANEXOS

Anexo I - Instrumento de Recolha de Dados

Caracterização sociodemográfico:

Sexo:

Masculino

Feminino

Idade:

18-22

23-27

28-32

Mais de 32

Estado civil:

Casado(a) ou União de Facto

Solteiro(a)

Divorciado(a)

Pais de origem: _____

Curso: _____

Ano de escolaridade:

1º

2º

3º

4º

Mora com alguém?

Sim

Não

Se sim com quem? _____

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)

Lovibond e Lovibond, (1995), adaptação da versão portuguesa por Alves, Carvalho e Batista, (1999) e posteriormente por Ribeiro, Honrado e Leal (2004)

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale **0, 1, 2 ou 3** para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si, **durante a semana passada**. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

0 – não se aplicou **nada** a mim

1 – aplicou-se a mim **algumas vezes**

2 – aplicou-se a mim de **muitas vezes**

3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

| | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| 1 | Tive dificuldades em me acalmar | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2 | Senti a minha boca seca | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3 | Não consegui sentir nenhum sentimento positivo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4 | Senti dificuldades em respirar | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5 | Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6 | Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7 | Senti tremores (por ex., nas mãos) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8 | Senti que estava a utilizar muita energia nervosa | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9 | Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10 | Senti que não tinha nada a esperar do futuro | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11 | Dei por mim a ficar agitado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12 | Senti dificuldade em me relaxar | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13 | Senti-me desanimado e melancólico | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14 | Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15 | Senti-me quase a entrar em pânico | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16 | Não fui capaz de ter entusiasmo por nada | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17 | Senti que não tinha muito valor como pessoa | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18 | Senti que por vezes estava sensível | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19 | Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20 | Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21 | Senti que a vida não tinha sentido | 0 | 1 | 2 | 3 |

Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS) (Ribeiro, 2004)

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale **1** (“quase nunca”), **2**, **3**, **4** ou **5** (“quase sempre”) para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si. Não há respostas certas ou erradas.

| | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Faço exercício físico intenso durante pelo menos 20 minutos por dia, duas vezes ou mais por semana | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | Ando a pé ou de bicicleta diariamente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | Pratico desporto que faz suar, pelo menos duas vezes por semana (p. ex., corrida, ténis, natação, basquetebol, futebol, etc.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | Tenho cuidado com o que como de modo a manter o peso recomendado para a altura que tenho | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | Tenho cuidado com o que como de modo a reduzir a ingestão de sal | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Planifico a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | Não bebo mais do que duas bebidas alcoólicas por dia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | Mantenho as minhas vacinas em dia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | Verifico anualmente a minha pressão arterial | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | Vou ao dentista anualmente verificar o estado dos meus dentes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | Vou anualmente ao médico fazer um checkup | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | Não guio (carro, motorizada, etc.) quando bebo demais, ou não viajo com um condutor que bebeu demais | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | Quando guio, ou quando viajo nalgum veículo, gosto de me manter dentro dos limites de velocidade | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15 | Quando viajo de carro no banco da frente, fora da cidade, coloco o cinto de segurança | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16 | Evito tomar medicamentos sem serem recomendados pelo médico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | Evito fumar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | Evito ingerir alimentos com gordura | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | Devido aos efeitos potencialmente perigosos da cafeína evito tomar bebidas tais como café, chá ou coca-cola | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | Evito utilizar estimulantes (anfetaminas ou outros) mesmo em épocas de exames | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | Evito tomar tranquilizantes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | Evito ingerir alimentos que são feitos à base de açúcar (tais como bolos, chocolates, rebuçados, etc.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | Evito estar em ambientes saturados de fumo de tabaco | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 | Evito os ambientes muito ruidosos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 | Evito os ambientes que tenham o ar poluído | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26 | Evito mudar de parceiro sexual | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27 | Evito ter relações sexuais com pessoas que conheço mal | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28 | Devido às doenças sexuais evito ter relações sexuais sem tomar precauções | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Questionário de Vivências Acadêmicas versão reduzida (QVA-r)
(Almeida, Soares, & Ferreira, 2002)

Para cada questão escolha entre estas opções:

1. Nada a ver comigo, totalmente em desacordo, nunca acontece.
2. Pouco a ver comigo, muito em desacordo, poucas vezes acontece.
3. Algumas vezes de acordo comigo e outras não, algumas vezes acontece, outras não.
4. Bastante a ver comigo, muito de acordo, acontece muitas vezes.
5. Tudo a ver comigo, totalmente de acordo, acontece sempre.

| | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Faço amigos com facilidade na minha Instituição | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | Acredito que posso concretizar meus valores na profissão que escolhi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | Mesmo que pudesse não mudaria de Instituição de Ensino Superior | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | Costumo ter variações de humor | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | Olhando para trás, consigo identificar as razões que me levaram a escolher este curso | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Nos estudos não estou conseguindo acompanhar o ritmo dos meus colegas de turma | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | Escolhi bem o curso que frequento | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Tenho boas qualidades para a área profissional que escolhi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | Sinto-me triste ou abatido(a) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | Administro bem meu tempo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | Ultimamente me sinto desorientado(a) e confuso(a) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | Gosto da Instituição em que estudo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | Há situações em que sinto que estou perdendo o controle | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | Sinto-me envolvido com o meu curso | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15 | Conheço bem os serviços oferecidos pela minha Instituição de Ensino Superior | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16 | Gostaria de concluir o meu curso na instituição que agora frequento | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | Nos últimos tempos me tornei mais pessimista | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | Meus colegas têm sido importantes para meu crescimento pessoal | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | Minha trajetória universitária corresponde às minhas expectativas vocacionais | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | Sinto cansaço e sonolência durante o dia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | Acredito que o meu curso me possibilitará a realização profissional | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 22 | Acredito possuir bons amigos na universidade | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | Sinto-me em forma e com um bom ritmo de trabalho | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 | Tenho desenvolvido amizades satisfatórias com os meus colegas de curso | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 | Tenho momentos de angústia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26 | Tenho dificuldades em achar um(a) colega que me ajude num problema pessoal | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27 | Não consigo concentrar-me numa tarefa durante muito tempo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28 | Faço um planeamento diário das coisas que tenho para fazer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29 | Tenho boas relações de amizade com colegas de ambos os sexos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30 | Consigo ter o trabalho escolar sempre em dia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31 | Quando conheço novos colegas não sinto dificuldades em iniciar uma conversa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32 | Escolhi o curso que me parece mais de acordo com as minhas aptidões e capacidades | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33 | Sou visto como uma pessoa amigável e simpática | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34 | Penso em muitas coisas que me deixam triste | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35 | Procuro conviver com os meus colegas fora dos horários das aulas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36 | Sei estabelecer prioridades no que diz respeito à organização do meu tempo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37 | Tomo a iniciativa de convidar os meus amigos para sair | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38 | Minhas relações de amizade são cada vez mais estáveis, duradouras e independentes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39 | Faço boas anotações das aulas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 40 | Sinto-me fisicamente debilitado(a) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 41 | A instituição de ensino que frequento não me desperta interesse | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 42 | Consigo ser eficaz na minha preparação para as provas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 43 | A biblioteca da minha Instituição é completa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 44 | Procuro sistematizar/organizar a informação dada nas aulas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 45 | Simpatizo com a cidade onde se situa a minha Instituição de Ensino Superior | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 46 | Tenho dificuldades para tomar decisões | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 47 | Sinto-me desiludido(a) com meu curso | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 48 | Tenho capacidade para estudar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 49 | Meus gostos pessoais foram decisivos na escolha do meu curso | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 50 | Tenho-me sentido ansioso (a) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 51 | Estou no curso que sempre sonhei | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 52 | Sou pontual na chegada às aulas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 53 | A minha Instituição tem boa infraestrutura | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 54 | Não consigo fazer amizade com meus colegas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 55 | Mesmo que pudesse não mudaria de curso | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Anexo II – Autorização das Instituição Escolares

Nome: Máxima Dias Gomes Martins
Email: maxima.dg.martins@alunos.ipb.pt

Tipo Documento: Despacho N.º: 2017/12521
Tipo Processo: Gestão Académica - Requerimentos de Alunos
N.º Processo: 2017/00272
Relativo a: RA - Requerimento Alunos N.º: 2017/00200
Tarefa: Dar Despacho

Realizada por: Elisabete VICENTE Camelo Unid. Org.: Presidência
Pedida por: Ângela Cristina Machado Unid. Org.: Secretariado ESSA

Para averiguação do pedido.

Bragança, 2017-11-24
Camelo

O Utilizador, Elisabete Vicente Viegas Morgadinho Madeira

Nome: Máxima Dias Gomes Martins
Email: msdms.dg.martins@alunos.ipb.pt

Tipo Documento: Despacho N.º: 2017/12351
Tipo Processo: Gestão Académica - Requerimentos de Alunos
N.º Processo: 2017/00272
Relativo a: RA - Requerimento Alunos N.º: 2017/00200
Tarefa: Dar Despacho

Realizada por: Olivia Rodrigues Pereira Unid. Org.: Direção ESSA
Pedido por: Ângela Cristina Machado Unid. Org.: Secretariado ESSA

Autorizado para a ESSA desde que a colheita de dados não perturbe o normal funcionamento das atividades letivas. Encaminhar pedido para outras Escolas, após a entrega do protocolo de estudo.
Obrigada. Olivia R. P.

Bragança, 2017-11-13

O Utilizador, Olivia Rodrigues Pereira

Nome: Mércia Dias Gomes Martins
Email: mercia.dg.martins@alunos.ipb.pt

Tipo Documento: Informação N.º: 2017/41073
Tipo Processo: Gestão Académica - Registo de Alunos
N.º Processo: 2017/00272
Relativo a: RA - Requerimento Aluno N.º: 2017/00260
Tarefa: Dar Seguimento

Realizada por: Miguel José Boas Unid. Org.: Direção ESA
Pedida por: Elisabete Vicente Camelo Unid. Org.: Presidência

Autorizado, desde que não perturbe o normal funcionamento das aulas.

Bragança, 2017-11-27

O Utilizador, Miguel José Rodrigues Vilas Boas

Nome: *Isabelma Dina Gomes Martins*
Email: *msdina.dg.martins@alunos.ipb.pt*

Tipo Documento: Informação N.º 2017/41066
Tipo Processo: Gestão Académica - Requerimentos de Alunos
N.º Processo: 2017/00272
Relativo a: RA - Requerimento Alunos N.º: 2017/00260
Tarefa: Dar Seguimento

Realizada por: António Francisco Alves Unid. Org.: Direção ESE
Pedida por: Elisabete Vicente Comde Unid. Org.: Presidência

Autoriza-se a aplicação do questionário na ESE desde que não haja perturbação do normal funcionamento da actividade lectiva.

Bragança, 2017-11-27

O Utilizador, António Francisco Ribeiro Alves

Nome: António Dias Gomes Martins
Email: antonio.dg.martins@alunos.ipb.pt

Tipo Documento: Informação N.º: 2017/41446
Tipo Processo: Gestão Académica - Requerimentos de Alunos
N.º Processo: 2017/00272
Relativo a: RA - Requerimento Alunos N.º: 2017/00200
Tarefa: Dar Seguimento

Realizada por: José Adriano Pires Unid. Org.: Direção ESTIG
Podida por: Elisabete Vicente Camelo Unid. Org.: Presidência

Autoriza-se a aplicação do questionário na ESTIG desde que não haja perturbação do normal funcionamento da atividade letiva.

Bragança, 2017-11-28

O Utilizador, José Adriano Gomes Pires

Anexo III – Relatório de Estágio

Mestrado em Enfermagem Comunitária, 2º- ano, 1º- semestre

Relatório de Estágio

Discente: Máxima Dias Gomes Martins

Docente: Professora Doutora Augusta Mata

Bragança, 2018

Mestrado em Enfermagem Comunitária, 2º - ano, 1º- semestre

Relatório de Estágio

Relatório elaborado no âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária na unidade curricular Estágio II/Trabalho de Projeto

Discente: Máxima Dias Gomes Martins

Docente: Professora Doutora Augusta Mata

Bragança, 2018

Índice

| | |
|--|-----------|
| Introdução..... | 6 |
| 1-Objetivos gerais..... | 7 |
| 1.1-Objetivos específicos | 9 |
| <i>1.1.1-Adquirir conhecimentos tendo em mente o estabelecimento, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.....</i> | <i>9</i> |
| <i>1.1.2- Adquirir conhecimentos e desenvolver atividades para a sedimentação da competência específica, contribuindo para o processo de capacitação de grupos e comunidades”</i> | <i>10</i> |
| <i>1.1.3-Planear e realizar uma sessão de educação para a saúde, de acordo com o diagnóstico de necessidades das unidades funcionais, visando a capacitação dos indivíduos, grupos e comunidades:.....</i> | <i>11</i> |
| <i>1.1.4- Adquirir conhecimentos e desenvolver atividades que permitam a sedimentação da competência “Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.....</i> | <i>12</i> |
| <i>1.1.5-Desenvolver atividades e participar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico tendo em mente a sedimentação desta competência</i> | <i>23</i> |
| 2-Cronograma do Estágio..... | 26 |
| 3-Nota final..... | 27 |
| Referências bibliográficas..... | 28 |

Siglas e abreviaturas

CSP- Cuidados de Saúde Primários

CS-Centros de Saúde

DGS-Direção Geral da Saúde

EpS- Educação para a Saúde

ICN – International Council of Nurses

IMC-Índice de Massa Corporal

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PASSE- Programa de alimentação saudável;

PRESSE – Educação Sexual em Ambiente Escolar;

PELT – Programa Escolas Livres de Tabaco;

PSM - Programa da Saúde Mental

UCC- Unidade de Cuidado na Comunidade

I. Introdução

As mudanças ocorridas na sociedade e conseqüentemente a crescente complexidade de atuação profissional na área da Saúde, apelam a uma preocupação acrescida com o desenvolvimento profissional contínuo dos enfermeiros, como forma de obtenção de um nível mais elevado de qualificação que permita dar respostas mais eficazes às necessidades de saúde das populações. A Organização Mundial da Saúde atenta às modificações que se têm sentido nas sociedades e às novas realidades sócio económicas lançou um conjunto de diretrizes que assentam em três pilares fundamentais como: a equidade, a solidariedade e a justiça social. Estes pressupostos, implicam uma reorientação da oferta em Cuidados de Saúde e muito em particular no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários como respostas às crescentes expectativas das populações e inerentes desafios de saúde do mundo de hoje que atravessam todos os contextos vivenciais dos indivíduos, famílias e grupos comunitários.

Neste sentido, os enfermeiros que trabalham junto das populações, em especial os que possuem formação especializada em enfermagem comunitária, assumem um papel crucial na ação e participação comunitária na prossecução de comunidades saudáveis e desenvolvimento sustentado, pois os Cuidados de Saúde Primários são o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e comunidade com o sistema nacional de saúde, trazendo cuidados de saúde tão próximos quanto possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, pois estes constituem o primeiro elemento de processo contínuo de cuidados de saúde (International Council of Nurses, 2008).

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são a componente dos sistemas de saúde que mais têm contribuído para a melhoria do estado de saúde da população em todo o mundo. Enquanto pilar essencial do Serviço Nacional de Saúde (SNS), assume importantes funções de promoção e proteção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços no sentido de ser garantida, de modo racional e eficiente, a continuidade dos cuidados (Ministério da Saúde, 2011).

A formação Especializada em Enfermagem Comunitária constitui-se como um imprescindível contributo na construção e consolidação do futuro modelo de intervenção, baseado num modelo teórico e operativo. O processo de definição desta especialidade em enfermagem, clarifica o perfil de competências deste enfermeiro e ajuda-o a participar nos processos de tomada de decisão, como co-

gestor e co-organizador de recursos que potenciem as capacidades da família/grupo/comunidade para a gestão da sua saúde.

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP), enquanto pilar essencial do Sistema Nacional de Saúde (SNS), assumem importantes funções de promoção e proteção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados de doença e ligação a outros serviços no sentido de ser garantida, de modo racional e eficiente, a continuidade dos cuidados. É fundamental a identificação de problemas, os seus fatores determinantes e as necessidades de saúde da população e de se delinearem abordagens de intervenção apropriadas. Isto implica planear em saúde e não apenas dar resposta à procura de cuidados de saúde. Implica, também, trabalhar com outros setores, articular e estabelecer parcerias, promover a literacia e capacitar, com recurso ao envolvimento e participação das pessoas e estruturas locais nos processos que direta ou indiretamente possam afetar a sua saúde (Ministério da Saúde, 2011).

A enfermagem comunitária, centrada no trabalho com grupos na comunidade e na família foi impulsionada com a Declaração de Munique em 2000. Esta teve como finalidade a identificação de ações específicas com o intuito de apoiar as capacidades dos enfermeiros para contribuir para a saúde e a qualidade de vida das pessoas a quem prestam cuidados. No contexto da saúde pública e dos Cuidados de Saúde Primários, é identificada e valorizada a enfermagem de saúde familiar. A enfermagem comunitária realiza as suas atividades com grupos vulneráveis identificados, com famílias ou de forma individualizada, com um ou mais membros de família, utilizando todos os recursos disponíveis do sistema familiar.

A competência consiste na capacidade de agir em situação, o que implica a manifestação de uma resposta articulada entre: o que fazer, a quem, porquê e para quê. Implica também conhecer os limites do próprio saber, ou seja, o não-saber. Deste modo, a competência do profissional de enfermagem deve sustentar-se num conjunto de características entre as quais: uma personalidade equilibrada e humanista, responsável; conhecimentos científicos e técnicos sólidos e atualizados; capacidade de analisar os fenómenos e acontecimentos de forma crítica, de tomar decisões, de agir perante o inesperado, de trabalhar em equipas multidisciplinares; uma atitude de aprendizagem continuada (França, 2013);

Como aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de saúde de Bragança, e, sob forma de facilitar o processo de ensino/aprendizagem e aprofundar o saber através da prática e, na continuidade de uma primeira fase de ensino teórico, surge a fase da prática clínica configurada no Estágio II - Trabalho de Projeto/Relatório de Estágio Profissional.

O referido estágio decorrer no Centro de Saúde de Santa Maria de Bragança, da Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE, num total de 420h.

Neste âmbito, foi elaborado este projeto de estágio, de acordo com Lopes et al (1998) citado por Loff (1999), o projeto profissional deverá compreender um plano de ação onde se encontram definidos os objetivos gerais e específicos e respetivas atividades. Com base nestes pressupostos neste projeto serão apresentados objetivos e respetivas atividades a desenvolver nas unidades funcionais mencionadas.

A metodologia utilizada para a elaboração do presente projeto é do tipo descritiva reflexiva tendo por base a atividades desenvolvidas e experiência profissional adquirida, foi desenvolvida pesquisa bibliográfica sempre que necessário, contamos com a colaboração e disponibilidade dos profissionais de saúde, Centro de Saúde de Santa Maria de Bragança, principalmente com a enfermagem com os quais participamos e colaboramos nas atividades desenvolvidas pelos mesmos.

Este relatório de estágio integra os objetivos gerais e específicos e respetivas atividades a desenvolver no decorrer da prática clínica e respetivo cronograma do mesmo.

1 - Objetivos gerais

Os objetivos são enunciados claros e explícitos dos resultados que esperamos alcançar. Estes devem ser definidos de modo claro, preciso e realista de modo a tornarem-se um guia orientador. A sua formulação permite planificar ações aumentando a rentabilidade do tempo do estudante, facilitando e orientando a sua prática clínica.

Neste sentido, este projeto apresenta os objetivos gerais (definidos pela escola) e os objetivos específicos que pretendem atingir, bem como as atividades a desenvolver para a sua concretização.

Os objetivos gerais propostos pela escola são: De acordo com o guia ECTS da Unidade curricular de Estágio II/Trabalho de Projeto, no final do desenvolvimento do mesmo, o estudante deve ser capaz de:

- Elaborar um diagnóstico da situação de saúde de uma População/ Comunidade.
- Intervir na comunidade (mercê do diagnóstico da situação de saúde), com base na metodologia do Planeamento em Saúde.
- Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidade.
- Integrar as intervenções, nos Planos de Atividades das Unidades Funcionais: UCC e USP com base no diagnóstico da situação de saúde.
- Redigir o relatório final de estágio, para defesa perante um júri.

Para além dos objetivos previamente definidos para esta unidade curricular, tivemos em consideração o curso frequentado - Mestrado em Enfermagem Comunitária, pois é um princípio obrigatório que servirá como ponto de partida para a atribuição do título de enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, uma vez este terminado. Deste modo, deve o estudante ter em consideração a aquisição/consolidação das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária que, de acordo com o Regulamento n.º 128/2011 são as seguintes:

- a) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- c) Integra a cooperação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
- d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Face ao exposto, para o presente estágio foram definidos os seguintes objetivos:

1.1 - Objetivos específicos

1.1.1-Adquirir conhecimentos tendo em mente o estabelecimento, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.

Imperatori & Giraldes (1993: 23) definem o planeamento como “uma aplicação da lógica na vontade de transformar o real”, e afirmam que tal engloba três premissas: “a da racionalidade das decisões; (...) a da capacidade de moldar a realidade segundo um modelo prefixado; (...) a de referir-se ao futuro”. De acordo com Mintzberg (Imperatori & Giraldes, 1993) planear é pensar no futuro, é decidir, é um plano integrado de decisões. É, portanto, um procedimento formalizado, que tem como finalidade um resultado integrado, sob a forma de um sistema integrado de decisões, necessitando, para tal, de três condições-chave: a racionalidade, a decomposição e a articulação.

Tendo em consideração a duração do estágio e, atendendo a que, como referem Imperatori e Giraldes (1993) um diagnóstico de saúde não deve demorar menos que dois meses, nem mais que seis, neste primeiro tempo de prática clínica, a minha atividade basear-se-à na observação e aprendizagem junto da equipa de cuidados na comunidade e, com base nas informações recolhidas, desenvolver um projeto de investigação para, no segundo ano colocar em prática tendo em mente a elaboração dum diagnóstico da situação de saúde dum grupo ou comunidade.

Face ao exposto e, no sentido de definir a população em estudo serão desenvolvidas as seguintes atividades:

- Definição do tema a investigar para a elaboração do diagnóstico da situação de saúde de um grupo/comunidade;
- Realização de pesquisas bibliográficas sobre o tema;
- Escolher os instrumentos de recolha de dados de acordo com o tema e objectivos;
- Aplicação de questionários na população alvo;

- Análise e interpretação de resultados;
- Elaboração de plano de intervenção de acordo com os resultados da investigação.

Para além do referido anteriormente serão ainda desenvolvidas outras atividades no contexto da UCC nomeadamente:

- Integração nas equipas das unidades onde o estágio é desenvolvido;
- Aquisição de informações sobre os recursos humanos e materiais, métodos de trabalho, composição e distribuição da equipa de saúde e sobre atividades a desenvolver no período de estágio;
- Conhecimento das normas de funcionamento da unidade de saúde;
- Conhecimento dos programas incertos na carteira de serviços da UCC;
- Participação em conjunto com a enfermeira orientadora nas atividades desenvolvidas na unidade e nas outras instituições;
- Conhecimento das principais características da população da área de abrangência no Centro de Saúde de Santa Maria;
- Conhecimento dos principais problemas de saúde desta comunidade;
- Desenvolver atividades promotoras de saúde.

1.1.2- Adquirir conhecimentos e desenvolver atividades para a sedimentação da competência específica, contribuindo para o processo de capacitação de grupos e comunidades”.

Tendo em consideração que a Educação para a Saúde (EpS) é um processo de aprendizagem planeado que pretende a adequação dos comportamentos humanos, dos estilos de vida, para manter e melhorar a saúde e que, de acordo com a OE (2011a) o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária deve promover a capacitação de grupos e comunidades com vista à consecução de projetos de saúde coletivos, serão desenvolvidas as seguintes atividades:

- Participação, em parceria com outras instituições da comunidade e com a rede social e de saúde, em projetos de intervenção comunitária dirigida a grupos com maior vulnerabilidade;
- Pesquisa o diagnóstico de problemas e fatores de risco de saúde de comunidades específicas através de conversas formais e informais com os diferentes elementos das equipas;

- Conceção, planeamento e implementação de programas e projetos de intervenção com vista à consecução de projetos de saúde de grupos e ou comunidades, tendo em conta as suas especificidades culturais;
- Intervenção em grupos e ou comunidades com necessidades específicas (diferenças étnicas, linguísticas, culturais e económicas) assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados;
- Mobilização e integração de conhecimentos da área das ciências da comunicação e educação nos processos de capacitação das comunidades;
- Conceção e planeamento de programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos, tendo em conta o diagnóstico realizado;
- Avaliação de programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos.

1.1.3-Planear e realizar uma sessão de educação para a saúde, de acordo com o diagnóstico de necessidades da unidade funcional, visando a capacitação dos indivíduos, grupos e comunidades:

A Educação para a Saúde numa ação essencialmente voltada para a Promoção da Saúde desempenha um papel fundamental na capacitação dos indivíduos para a aquisição de hábitos de vida saudáveis e conseqüentemente na obtenção de ganhos em saúde. A possibilidade de ocorrerem transformações sobre as condições de vida e de saúde nas comunidades depende do acesso a determinadas formas de conhecimento, e a Educação em Saúde tem um papel significativo face à melhoria das condições de vida e de saúde das populações (Cruz 2011).

Os enfermeiros são profissionais de saúde cujas intervenções integram processos educativos, que promovam o autocuidado do utente. Esta função aponta claramente para a realização de atividades de Educação para a Saúde. Assim, todo o enfermeiro é, por inerência das suas funções, um educador para a saúde, já que cuidar é também ensinar, uma das componentes do processo de educar.

Seleção de temáticas pertinentes de acordo com as necessidades identificadas na unidade funcional (equipa multidisciplinar) levantamento das necessidades através da consulta de registos e auscultação dos utentes e cuidadores:

Diagnóstico de uma situação de saúde com necessidades de intervenção de enfermagem, numa comunidade;

Determinação da população alvo, do local, dia e hora onde se vai proceder à intervenção no âmbito da educação para a saúde e capacitação individual e coletiva;

Estabelecimento dos objetivos e conteúdos a apresentar, procurando a sua adequação à realidade sociocultural da população alvo e necessidades percebidas;

Planeamento da sessão de acordo com as necessidades encontradas, tendo em conta a população alvo, os objetivos e os conteúdos a apresentar;

Escolha da metodologia adequada à temática e população alvo, procedendo-se ao plano de sessão, preparação do material de apoio e recursos necessários, e disponíveis;

Realização de pesquisa bibliográfica;

Avaliar os resultados da apresentação da sessão de educação para a saúde.

1.1.4- Adquirir conhecimentos e desenvolver atividades que permitam a sedimentação da competência “Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde”

O Plano Nacional de Saúde na sua extensão para 2020 pretende alcançar os desígnios de redução da mortalidade prematura (abaixo dos 70 anos), a melhoria da esperança de vida saudável (aos 65 anos), e ainda a redução dos fatores de risco relacionados com as doenças não transmissíveis, especificamente a obesidade infantil e o consumo e exposição ao tabaco, tendo em vista a obtenção de Mais Valor em Saúde (DGS, 2015: 4).

Para a consecução desses desígnios o mesmo plano afirma que todas as intervenções em saúde devem assentar em quatro Eixos Estratégicos transversais: Cidadania em Saúde; Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde; Qualidade em Saúde; e, Políticas Saudáveis.

Em face do acima descrito foram desenvolvidas as seguintes atividades:

- Participação e comprometimento nos processos de tomada de decisão no âmbito da conceção, implementação e avaliação dos programas de saúde.
- Cooperação na coordenação dos diferentes Programas de Saúde que integram o Plano Nacional de Saúde.

- Identificação e monitorização dos resultados obtidos nos diferentes programas de saúde.
- Otimização a operacionalização dos diferentes Programas de Saúde, recorrendo à utilização de técnicas de intervenção comunitária.
- Introdução de elementos de aperfeiçoamento na implementação e monitorização dos programas de saúde.
- Colaboração na elaboração de protocolos entre os serviços de saúde e as diferentes instituições da comunidade.
- Consulta das orientações para a implementação dos diferentes Programas de Saúde.
- Otimização e maximização dos recursos necessários à consecução das diferentes atividades inerentes aos Programas de Saúde.
- Análise, interpretação E esclarecimento do impacto das intervenções com os diferentes atores implicados na execução dos Programas de Saúde.

Para tal, na UCC terá participação ativa nos seguintes programas:

- Núcleo de apoio às crianças e jovens em risco
- Preparação para a parentalidade
- Pontos de inclusão – prevenção do absentismo escolar e inclusão de jovens institucionalizados
- **PRESSE** – Educação Sexual em Ambiente Escolar;
- **PASSE**- Alimentação Saudável;
- **PELT** – Programa Escolas Livres de Tabaco;
- **PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL**- consumos, violência no namoro, bullying, relações interpessoais

1.1.5-Desenvolver atividades e participar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico tendo em mente a sedimentação desta competência específica

De acordo com a OE (2011a) a vigilância epidemiológica constitui um importante instrumento para análise, compreensão e explicação dos fenómenos de saúde-doença;

Considerando ainda que a vigilância epidemiológica constitui uma função essencial de qualquer serviço de saúde pública, pretendem desenvolver-se as seguintes atividades:

Conhecimento e participação na concepção de instrumentos de colheita de dados para a vigilância epidemiológica.

Colaboração na sistematização de indicadores necessários à elaboração do perfil epidemiológico de uma área geodemográfica.

Participação na monitorização dos fenómenos de saúde - doença de uma população com vista ao estabelecimento de uma evolução prognóstica.

Conhecimento os modelos conceptuais explicativos na vigilância epidemiológica.

Conhecimento e Participação na gestão de sistemas de vigilância epidemiológica.

Conhecimento dos processos inerentes à vigilância da saúde ambiental.

Utilização das evidências científicas para soluções inovadoras em problemas de saúde pública.

2. Atividades Desenvolvidas

Ao longo do estágio em Cuidados de Saúde Primários, foi possível prestar cuidados no âmbito desta prática especializada com competência científica, técnica e relacional, a pessoa e/ou comunidade.

Colaboramos em conjunto com outros alunos do Mestrado e licenciatura em Enfermagem na UCC e as enfermeiras do centro de saúde, onde são dinamizadas as consultas no âmbito do Planeamento Familiar, nomeadamente o apoio e esclarecimento de dúvidas no âmbito da vivência da sexualidade saudável, fornecimento de contraceptivos, realização de Diagnóstico Imunológico da Gravidez, encaminhamento para Interrupção Voluntária da Gravidez, encaminhamento para consultas de especialidade e outros recursos diferenciados. Esclarecimento e apoio no âmbito dos comportamentos de risco e na adoção de Estilos de Vida Saudáveis, como a prática de exercício físico e recursos da comunidade para jovens com adição de substâncias que conduzem a comportamentos de risco a nível sexual.

Este apoio é concedido todas as quintas-feiras, das 14h30 às 16h30, sendo que a população abrangida se refere a jovens até aos 30 anos, de toda a comunidade e também os jovens da comunidade educativa.

Participação nas atividades e nas seções de educação para a saúde realizados no centro de saúde pelas Enfermeiras da UCC para comemorar o dia de alimentação, cozinha saudável para as grávidas do centro de saúde de Santa Maria. Segurança alimentar:

- Conservação de leite materno;
- Cuidados ao fazer compras;
- Cuidados no Armazenamento;
- Cuidados ao confeccionar;
- Organização do frigorífico.

De realçar também a participação de marcha para celebrar o dia Mundial da Diabetes, com o intuito de prevenção de estilo de vida sedentária nos idosos, realizados pelas enfermeiras de cuidados de saúde primários juntamente com os estudantes da licenciatura e mestrados em enfermagem comunitária.

Participação na sensibilização de crianças do pré-escolar, visando a lanche saudável, em conjunto com a nutricionista de centro de saúde de Santa Maria na escola Miguel Torga.

Foi feita uma feira dos lanches saudáveis, os pouco saudáveis e os não saudáveis, representados pelas carrinhas, com informação no âmbito dos comportamentos de risco (ao nível da alimentação saudável). Esta atividade foi realizada em conjunto com a responsável pela Saúde Escolar da respetiva escola, com a Enf.^a Ana Sofia e com o colega da licenciatura, tendo sido designada de “Lanche saudável”.

Participação nas sessões de educação para a Saúde Escolar, organizada pela orientadora Enf.^a Ana Sofia Coelho, semanalmente ou sempre que se justificasse, as quais assistimos e colaboramos na ministração de ensinamentos nos gabinetes de apoio ao aluno, esclarecendo dúvidas a crianças e jovens estudantes na adoção de comportamentos saudáveis, com o objetivo de promover a sua integração na comunidade escolar, procurando melhorar o seu quotidiano.

Elaboramos atividade para sensibilização e distribuição de panfletos no centro de saúde de Santa Maria para os utentes, alusivos à temática Sinalização do Dia Mundial da Luta contra a SIDA (4 de dezembro), juntamente com um colega de Mestrado, que incluiu não só a sensibilização para comportamentos de risco, mas também na adoção de Estilos de Vida Saudáveis, no que respeita a sexualidade (Anexo I).

Nesta atividade foi distribuído os cartazes, os panfletos, os preservativos femininos e masculinos e as fitas que representa o símbolo.

Para celebração o dia Mundial para a eliminação da violência contra mulher, participamos nas atividades realizado na escola de Miguel Torgas, com o objetivo de da violência contra as mulheres. Esta atividade foi realizada juntamente com os alunos que estavam a fazer o estágio na escola, foi feito a exposição de fotos relacionados a violências baseado no género, também tinha panfletos relacionado, realizamos jogos com palavra que definia os bons e maus comportamentos perante a violência.

De realçar também a realizações de atividades relacionadas com a saúde mental (Relação Interpessoal) e estilos de vida (Bebidas Alcoólicas, Alimentação Saudável e Atividade Física), colocamos o Placards na escola, visando a sensibilização da comunidade educativa num bom relacionamento interpessoal e na melhoria da qualidade de vida, adotando hábitos saudável.

No Dia Internacional dos Direitos das Crianças, foram realizados atividade no centro de saúde, onde foi feito um estendal com os direitos das crianças, nesta atividade foi

abordado as pessoas sobre o dia que escrevessem ou falassem quais são os direitos das crianças e distribuimos os panfletos relacionados.

Participamos nas seções de educação para saúde sobre o “Kiko e a Mão”, “aqui ninguém toca” para os alunos do pré-escolar. Nas mesmas semanas assistimos o teatro sobre o mesmo com os parceiros que fazem parte da saúde escolar.

Colaboração em conjunto com os estudantes estagiários, enf.^a Ana Sofia Coelho, e alguns professores no dia da foto dos lanches dos alunos do pré-escolar, com o propósito de ver se os alunos estão a trazer lanches saudáveis e fazer seções de educação para a saúde para os pais.

Participação na seção de educação para a saúde sobre vários temas dos estudantes de licenciatura que estava sobre a orientação da Enf.^a Ana Sofia, na escola, e no centro de saúde de Santa Maria.

Para a avaliação final tive que realizar duas seções de educação para a saúde uma sobre o consumo de álcool para alunos de 12º anos e outro sobre a alimentação saudável e exercício físico para alunos de 5º e 6º ano.

O enfermeiro deverá ser o agente que identifica, diagnostica e avalia as necessidades primárias do utente/cliente, colaborando nesse primeiro momento, para estabelecer uma relação empática para que os cuidados sejam prestados e aceites com o objetivo de promover a saúde e autonomia do utente.

4 - Nota final

Durante o percurso do estágio levei em conta os objetivos gerais e específicos facilita a realização de determinada ação. Neste âmbito esperamos que os objetivos, anteriormente delineados, guiem a nossa prática no sentido de os concretizar com sucesso.

Enquanto Estágio em contexto prático de trabalho, particularmente numa área diferente da que se exerce profissionalmente, foi bastante produtivo, pois permitiu enriquecer os saberes adquiridos e adquirir novos conhecimentos sobre a realidade dos Cuidados de Saúde Primários, particularmente na promoção da saúde e prevenção da doença dos indivíduos, família e comunidade em contexto de Centro de Saúde.

O trabalho com o indivíduo, família e comunidade é uma das vertentes dos Cuidados de Saúde Primários, sendo entendido como o pilar central do sistema de saúde, e temos consciência que só com um efetivo trabalho comunitário se conseguem encontrar soluções para os problemas da comunidade, das famílias e das pessoas.

Esta unidade curricular, de acordo com os pressupostos da Ordem dos Enfermeiros, tem como objetivo proporcionar a aquisição de competências do enfermeiro especialista como a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados; e as aprendizagens profissionais. Deste modo, o enfermeiro especialista deve demonstrar um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. Deve apresentar uma prática que respeita os direitos humanos, analisar e interpretar em situação específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para a pessoa.

Colaborar na conceção e concretização de projetos institucionais na área da qualidade e efetuar a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional. Reconhecer que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, avaliando a qualidade, e, partindo dos resultados, implementar programas de melhoria contínua.

Percebemos este estágio como um desafio para o nosso desempenho profissional, até hoje, tem sido desenvolvido a nível dos cuidados de saúde diferenciados, embora atualmente a nossa intervenção se conduza na capacitação do doente para estilos de vida mais saudável.

Durante este período foi possível constatar a abrangência do papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, que assenta nas competências de prevenção e de promoção de estilos de vida saudável.

Temos consciência das dificuldades que poderão, eventualmente, surgir, mas acreditamos que nada se constrói ou desenvolve sem esforço.

Referências Bibliográficas

- Cruz, M.F.F. (2011). *Educação para Saúde, Intervenção Comunitária aos três níveis de prevenção*. Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária. Lisboa.
- Direção Geral da Saúde (2005) Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Linhas de ação prioritárias para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários. Lisboa:MS-DGS
- Direção Geral de Saúde (2012). *Saúde Infantil e Juvenil – Programa-tipo de Atuação – Orientações Técnicas*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde:Revisão e Extensão para 2020*. Lisboa: DGS.Acedido a 7-08-2017, em: <http://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>.
- Direção Geral de Saúde (2017) Norma no-016/2016 *Programa Nacional de Vacinação.DGS*. Acedido a 18-08-201, em: <https://www.mgfamiliar.net/itemgenerico/pnv>
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. 3ª edição, Lisboa: Obras Avulsas.
- International Council of Nurses (2008). *Nursing Perspectives and Contribution to Primary Health Care*. Acedido a 25 de agosto, disponível em http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/free_publications/primary_health_care.pdf 2
- Loff, A. (1999). *Guia prática para a elaboração de currículos e relatórios de actividades*. 3ª Edição. Coimbra: Formasau.
- Ordem dos Enfermeiros (18 de fevereiro de 2011a). Regulamento n.º 128/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República*, 2.ª série (35), pp. 8667-8669.
- Ordem dos Enfermeiros. (18 de Fevereiro de 2011b). Regulamento n.º 126/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República* 2ª série (35), pp. 8660-8661.

Anexos I

Cronograma de estágio

| Objetivos específicos | Tempo | Meses (2017 e 2018) | |
|--|-------|---------------------|--|
| | | | |
| <i>Adquirir conhecimentos tendo em mente o estabelecimento, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.</i> | | | |
| <i>Adquirir conhecimentos e desenvolver atividades para a sedimentação da competência específica, contribuindo para o processo de capacitação de grupos e comunidades.</i> | | | |
| <i>Planear e realizar uma sessão de educação para a saúde, de acordo com o diagnóstico de necessidades das unidades funcionais, visando a capacitação dos indivíduos, grupos e comunidades.</i> | | | |
| <i>Adquirir conhecimentos e desenvolver atividades que permitam a sedimentação da competência “Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde</i> | | | |
| <i>Desenvolver atividades e participar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico tendo em mente a sedimentação desta competência específica.</i> | | | |

Anexo II - DIA MUNDIAL DA LUTA CONTRA A SIDA

(dia 4 de dezembro)

Fale sobre VIH - Faça o teste!



Sabia que:

- ▶ Em Portugal, cerca de metade das pessoas com infeção pelo VIH são diagnosticadas tarde.
- ▶ O diagnóstico tardio aumenta a morbilidade e risco de mortalidade da pessoa infetada e a probabilidade de transmissão da infeção a outras pessoas.
- ▶ Estima-se que 1 em cada 3 pessoas infetadas com o VIH desconhece que está infetada.
- ▶ Uma pessoa com a infeção pelo VIH pode permanecer sem sintomas ou sinais durante muitos anos.
- ▶ O diagnóstico precoce e tratamento a tempo permitem uma esperança e qualidade de vida semelhante à população geral.

A única forma de saber se está infetado com o VIH é através de um teste específico!

Faça o teste

O teste ao VIH:

- ▶ Pode ser feito nos Centros de Saúde, nos Centros de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH (CAD) ou em Centros Comunitários.
- ▶ É voluntário, gratuito e confidencial.

Para a realização do teste rápido para o VIH, basta uma gota de sangue do dedo ou saliva. O resultado é disponibilizado em 30 minutos ou menos.

Se o resultado for "não reativo" significa que não está infetado. Contudo, se tiver tido um comportamento de risco recente, pode ser necessário repetir o teste passado algumas semanas.

Se o resultado for "reativo" significa que pode estar infetado. Neste caso, deverá efetuar um teste confirmatório e ser referenciado para uma consulta de especialidade.

O tratamento está disponível na consulta hospitalar da especialidade e é gratuito!

Decidir fazer o teste do VIH/SIDA não é fácil, mas pode salvar a sua vida e a de outras pessoas.

O teste é um direito seu! Ninguém o pode obrigar a fazê-lo!

O resultado do teste é confidencial. É você quem decide com quem partilhar o resultado.

Saiba onde pode fazer o teste em:
www.prvihsida.dgs.pt
prvihsida@dgs.pt
Consulte o seu médico assistente

Não se deixe infectar pela dúvida



The poster is split into two vertical panels. The left panel shows a close-up of an older man and woman about to kiss. The right panel shows a close-up of a young man and woman about to kiss. The text is overlaid on these images.

Use preservativo em todas as relações sexuais

www.pnvihsida.dgs.pt
pnvihsida@dgs.pt

DGS
Direção-Geral da Saúde

Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA

Não se deixe infectar pela dúvida

A SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, é uma doença provocada pelo VIH – Virus da Imunodeficiência Humana, que ataca o sistema imunitário do organismo, destruindo a sua capacidade de defesa em relação a muitas doenças.

O VIH TRANSMITE-SE ATRAVÉS DE:

- Relações sexuais sem preservativo
- Seringas, agulhas ou material cortante com sangue infetado
- Mãe/viño durante a gravidez, parto ou amamentação.

O VIH NÃO SE TRANSMITE ATRAVÉS DE:

- Aperto de mão, abraços e beijos
- Partilha de pratos, talheres ou copos
- Roupa
- Conversas ou contactos sociais
- Tosse ou espirros
- Picada de insetos
- Uso de casas de banho

Use preservativo em todas as relações sexuais

Basta um comportamento de risco para se poder ficar infetado pelo VIH.

Profilaxia pós Exposição

O RISCO DE TRANSMISSÃO DO VIH É PARTICULARMENTE ELEVADO NAS PRIMEIRAS SEMANAS DE INFEÇÃO, OU SEJA, NA PRIMO-INFEÇÃO.

PPE

PODE IMPEDIR A INFEÇÃO PELO VIH.

TEM DE SER INICIADA O MAIS RAPIDAMENTE POSSÍVEL, NAS PRIMEIRAS 72 HORAS, DEPOIS DE UMA RELAÇÃO SEXUAL SEM PRESERVATIVO OU SE O MESMO REBENTAR.

APENAS DISPONÍVEL NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO.

CONSISTE NA TOMA DE MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRAIS DURANTE 4 SEMANAS.

TEM EFEITOS SECUNDÁRIOS.

PODE NÃO FUNCIONAR.

PROFILAXIA
Tratamento para impedir uma infeção

PÓS
Depois

EXPOSIÇÃO
Uma situação na qual o VIH pode entrar no sangue

assim...

PPE
Tratamento para evitar a infeção pelo VIH após a exposição a este vírus

MAS, SE O VÍRUS JÁ ENTROU, NÃO É DEMASIADO TARDE? JÁ NÃO ESTAMOS INFETADOS?

Não. Mesmo depois de o vírus entrar no organismo demora algum tempo (algumas horas ou dias) até provocar infecção. Se atuarmos rapidamente, existe a possibilidade de impedir a infecção.

COMO É QUE A INFEÇÃO PODE SER EVITADA?

A toma de 2 ou 3 medicamentos todos os dias durante 4 semanas pode impedir que o VIH se instale permanentemente no nosso organismo. Atenção: a PPE não é como a pílula do dia seguinte, que só se toma uma vez; é uma medicação que tem de ser tomada durante um mês.

ENTÃO, SE FIZERMOS A PPE, NÃO FICAMOS INFETADOS PELO VIH?

Existem estudos que mostram que alguém que tome a PPE tem menor probabilidade de ficar infetado pelo VIH. Mas a PPE nem sempre funciona - algumas pessoas infetaram-se apesar de terem tomado a medicação antirretroviral. Pode não funcionar porque alguns medicamentos antirretrovirais não atuam contra alguns tipos de VIH. E é mais provável que não funcione se for tomada incorretamente e/ou tarde de mais.

QUANDO INICIAR?

Quanto mais cedo melhor (questão de horas). Quanto mais tempo passar, menor é a probabilidade de funcionar. Normalmente, depois de 3 dias, a PPE já não é administrada, porque existem estudos que mostram que é pouco provável que funcione.

OS MEDICAMENTOS DA PPE SÃO OS MESMOS QUE AS PESSOAS INFETADAS PELO VIH TOMAM?

Sim, é a mesma combinação de medicamentos.

PODEMOS CONSIDERAR A PPE COMO A CURA PARA O VIH?

Não há cura para a infeção pelo VIH. A PPE pode apenas impedir a infeção se for tomada logo depois da entrada do VIH no organismo, antes de o vírus se instalar permanentemente - nas primeiras 72 horas (3 dias). Quando o vírus se instala no organismo e a infeção se estabelece, os medicamentos antirretrovirais não conseguem remover o vírus. Isto porque o vírus já se alojou em partes do corpo onde os medicamentos não conseguem chegar. Assim, depois de o vírus infetar permanentemente o organismo, os medicamentos antirretrovirais podem apenas controlar a infeção, mas não podem removê-la.

A PPE TEM EFEITOS SECUNDÁRIOS?

Sim. Pode provocar diarreia, dores de cabeça, enjoos e vômitos. Devido aos efeitos secundários, algumas pessoas não conseguem trabalhar ou estudar, e por vezes não conseguem completar as 4 semanas de medicação.

ONDE TEMOS DE IR PARA RECEBER A PPE?

Ao serviço de urgência de um hospital público, o mais rapidamente possível, depois de uma relação sexual sem preservativo ou se o mesmo rebentou. O médico de família não pode prescrever a PPE.

A PPE É DADA EM TODOS OS CASOS?

Não. Os médicos têm indicadores para decidir se a PPE deve ser administrada ou não, dependendo de cada caso. O médico fará perguntas acerca do que aconteceu, do tipo de prática sexual envolvida, quando e com quem, e depois decide se a PPE está indicada ou não.

QUAIS AS PERGUNTAS QUE OS MÉDICOS FAZEM QUANDO ALGUÉM PEDE A PPE?

- Quem foram as pessoas envolvidas e se estão infetadas pelo VIH ou não.
- O tipo de prática sexual - ex: anal, vaginal, oral - e se houve ejaculação.

Antes de iniciar a PPE, tem de ser feito um teste de rastreio do VIH para verificar se a pessoa já está infetada. Este teste tem de ser repetido depois de terminada a PPE para verificar se resultou ou não.

E SE NÃO CONSEGUIR CHEGAR À URGÊNCIA DO HOSPITAL ANTES DAS 72 HORAS?

Normalmente, se já tiverem passado 72 horas, a PPE não será administrada. Por isso, é importante ir imediatamente ao serviço de urgência de um hospital.

SE TOMARMOS A PPE, PODEMOS DESENVOLVER RESISTÊNCIAS AOS MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRAIS, COM RISCO DESTES NÃO FUNCIONAREM SE FORMOS INFETADOS MAIS TARDE?

Não. É o vírus que se torna resistente aos medicamentos e não o organismo. Se a PPE funcionar, o vírus não ficará resistente porque é eliminado. Assim, se alguém for infetado com o VIH mais tarde e precisar de tomar os medicamentos antirretrovirais, não importa se tomou ou não a PPE no passado. Mas se a PPE não funcionar e ocorrer infeção, o vírus pode vir a desenvolver resistência a certos medicamentos, incluindo àqueles que foram usados na PPE.

SE ALGUÉM TOMAR A PPE, TORNA-SE IMUNE AO VIH DEPOIS DO TRATAMENTO?

Não. A PPE não dá imunidade ao VIH. Se alguém tomou a PPE e continuou ser negativo para o VIH, tem a mesma probabilidade de ficar infetado pelo VIH que uma pessoa que nunca tenha tomado a PPE.

AGORA QUE EXISTE A PPE, É ASSIM TÃO GRAVE NÃO USAR PRESERVATIVO?

- É o uso do preservativo continua a ser essencial, porque:
- É muito mais provável conseguir evitar a infeção pelo VIH com um preservativo do que com a PPE.
- Os preservativos não têm efeitos secundários como a PPE.
- Conseguir-se arranjar preservativos em todo o lado. Ter acesso à PPE pode ser difícil e por vezes impossível.
- Precisamos de preservativo apenas durante a relação sexual. A PPE tem de ser tomada durante 4 semanas.
- O uso do preservativo é controlado pela própria pessoa. No caso da PPE são os médicos que decidem e podem dizer que não.
- O preservativo protege contra as outras infeções sexualmente transmissíveis.

QUANTAS VEZES SE PODE TOMAR A PPE?

São os médicos que decidem quem deve tomar a PPE, e é pouco provável que estes medicamentos sejam dados à mesma pessoa repetidamente. Assim, alguém que tenha sexo desprotegido constantemente poderá receber aconselhamento para perceber a importância do uso do preservativo.

SE EU OU ALGUÉM COM QUEM EU TENHA TIDO SEXO TIVER UMA SITUAÇÃO DE RISCO, O QUE DEVO FAZER?

Ir imediatamente ao serviço de urgência de um hospital público.

Tratamento

Terapêutica anti-retrovírica

Não há ainda uma cura para a infeção pelo VIH e SIDA. Os tratamentos passam pela administração de uma terapêutica anti-retrovírica bastante eficaz.

Em Portugal, esta terapêutica é gratuita e de distribuição hospitalar, basta que as pessoas seropositivas sejam referenciadas junto dos serviços, sendo marcada uma primeira consulta médica.



**AVIDA
É MAIS FORTE
QUE A AIDS.**

Endereço da Empresa Principal
Linha de Endereço 2
Linha de Endereço 3

Tel: 219-235-401
Fax: 2891
Correio eletrónico:
alguem@examplo.com

Dia Mundial da luta contra VIH/SIDA

1 de dezembro



S.I.D.A. (Síndrome de ImunoDeficiência Adquirida)

V.I.H. (Vírus de ImunoDeficiência Humana)

O QUE é HIV/SIDA

A **SIDA** é uma doença viral que se caracteriza pela ausência de resposta imunitária. O termo é o acrónimo de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.



O **VIH** (Vírus de Imunodeficiência Humana) é o vírus que causa a doença conhecida como **SIDA**.

COMO SE TRANSMITE

O HIV/SIDA pode ser transmitido pelo sangue, secreção vaginal, esperma e leite materna.

Assim transmite:

- Uso da mesma seringa ou agulha por mais de uma pessoa;
- Sexo vaginal e anal sem preservativo;
- Transusão de sangue contaminado;
- Instrumentos cortantes não esterilizados;
- Mãe infetada pode passar o vírus



Assim não transmite:

- Beijar no rosto;
- Sexo com preservativo;
- Aperto de mãos;
- Utilização da mesma toalha, copos, piscina, banheiro, lençóis e sabonetes;



SINAIS E SINTOMAS DA HIV/SIDA

O vírus não se manifesta da mesma forma em todas as pessoas. Entretanto os sintomas iniciais são semelhante:



Febre persistente, calafrios, dor de cabeça, dores musculares, manchas na pele, fraqueza emagrecimento, diarreia prolongada sem causas aparente, compromete o sistema imunológico da pessoa infectada, daí começa a surgir algumas doenças como: tuberculose, pneumonia, candidíase e alguns tipos de câncer.

PREVENÇÃO:

- Usar preservativo em todas as relações sexuais;
- Utilizar agulhas e seringas descartável, para reduzir o risco de contaminação;
- As gestantes devem fazer o teste de HIV/SIDA assim que iniciar o pré-natal.

Anexo III – Dia Internacional dos Direitos das Crianças



20 de novembro



Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

Anexo IV – Bebidas Alcoólicas (apresentação)

Bebidas alcoólicas



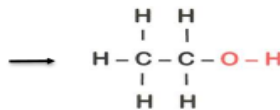
ULSNEO
Unidade de Cuidados na comunidade
Bragança

ipb INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

Bebidas alcoólicas

Segundo a DGS as bebidas alcoólicas são bebidas que, como o seu nome indica, contêm álcool etílico ou etanol na sua composição.

Formula química



As bebidas alcoólicas podem ser:



FERMENTADAS, que se obtêm por fermentação alcoólica dos sumos açucarados, pela ação das leveduras.



DESTILADAS, que resultam da destilação (por meio dum alambique) do álcool produzido no decurso da fermentação.

Unidade de Bebida Padrão

É a quantidade de álcool puro que existe em cada bebida.



A unidade de bebida padrão é a que contém cerca de **10 a 13g de álcool puro**.

Gradação alcoólica



Indica o volume de álcool puro em percentagem por cada bebida.

- ❖ A **Densidade do álcool** é de 0,79 g/ml (inferior à da água).
- ❖ Volume de bebida (ml) x percentagem de álcool por volume (%) x densidade do álcool (g/ml)4 .

Exemplo: uma cerveja com 330 ml com 6% de álcool equivale a $330 \times 0,06 \times 0,79 = 12$ g de álcool puro.

A quantidade de álcool puro existente em cada bebida depende da gradação alcoólica.

Quantidade de álcool em cada bebida

Cerveja 6% - Volume do copo 20cl = 12g de álcool puro

Vinho 12% - Volume do copo 10cl = 12g de álcool puro

Destilada 40% - Volume do copo 3cl = 12g de álcool puro

Shot 40% - Volume do copo 3cl = 12g de álcool puro



Embora as bebidas alcoólicas tenham diferentes gradações

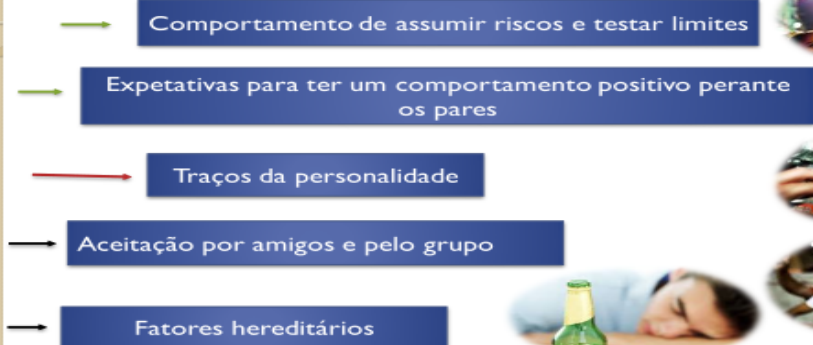


Os copos de diferentes volumes



Tem a mesma quantidade de álcool

O que leva ao Consumo de álcool?



Padrão do Consumo



Intoxicação aguda de álcool

- É causada pelo consumo rápido de uma grande quantidade de álcool.
- Depende da quantidade e qualidade da bebida alcoólica e da tolerância do indivíduo.
- Pode durar até 24h.

Sintomas da Intoxicação Aguda de álcool



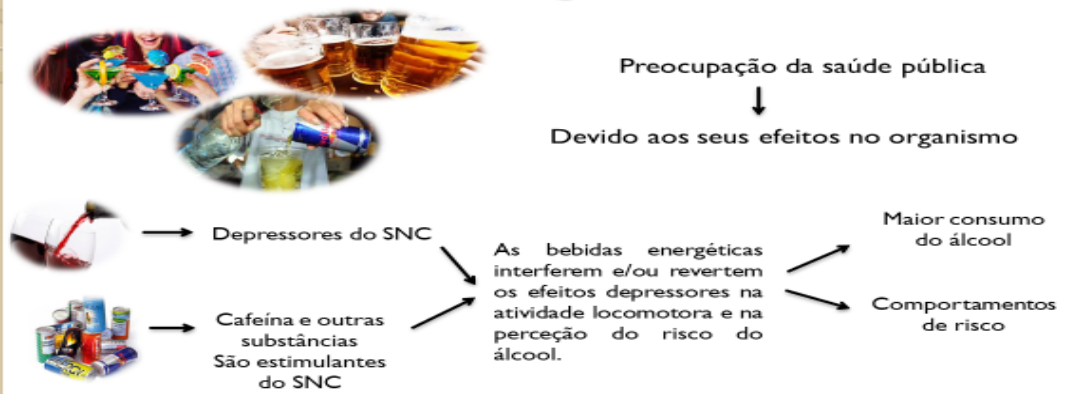
Consequências do consumo de álcool



Consequências médio e de longo prazo



Álcool e Bebidas Energéticas



Combinação de álcool e energéticas

- ❖ Sensação de tensão ou agitação;
- ❖ Ansiedade;
- ❖ Ataques de pânico;
- ❖ Aumento de frequência cardíaca;
- ❖ Palpitações cardíacas;
- ❖ Insónia;

Efeitos colaterais físicos e psicológicos



Algumas Recomendações

- Não consumir bebidas alcoólicas!!!!
- Não beber por pressão do grupo....
- Consumir com moderação;
- Não misturar bebidas alcoólicas;
- Não misturar álcool com bebidas energéticas;



Algumas Recomendações

- Acompanhe sempre o consumo do álcool com comida e também tome bebidas não alcoólicas, tais como água e sumos.



- Ingere água em intervalo regular.

Algumas Recomendações

- Verifique sempre se a garrafa encontra selada;
- Esteja atento(a) na preparação da sua bebida e não abandone o copo;
- Mantenha a mão sobre o copo;
- Não aceite bebidas de estranhos.



Algumas Recomendações

- Se beber não conduza e evite viajar com um condutor sob o efeito do álcool.
- Não se deitar após o consumo de álcool (Int. AGUDA) - VIGILÂNCIA!!!



Anexo IV – Viagens de Finalista 2018

Viagem de finalistas 2018



Outros Comportamentos

- Procure informações sobre o país que vão viajar, pois este pode ter leis diferentes do país de origem;
- Tenha comportamento saudável e responsável durante a viagem;



Outros Comportamentos

- Tenha atenção às instalações do hotel, às regras e rotinas estabelecidas.
- Respeite as regras estabelecidas pelos responsáveis ou líder do grupo;



Outros Comportamentos

- Tenta andar sempre em grupo;
- Evita zonas perigosas, em especial quando beber em demasia;
- Combina um ponto de encontro para o final da noite.



Recomendações

- Essas substâncias (álcool, drogas, bebidas energéticas,) podem colocar uma pessoa em risco e torná-la mais vulnerável a **COMPORTAMENTOS DE RISCO** .



**PESSOAS BEM
INFORMADAS FAZEM
MELHORES ESCOLHAS**

Ohrigada