

Ficha Técnica

TÍTULO: COMPORTAMENTOS DE SAÚDE INFANTO-JUVENIS: REALIDADES E PERSPETIVAS

ORGANIZAÇÃO: CARLOS MANUEL DE SOUSA ALBUQUERQUE

CAPA: RUBEN CARVALHO

FOTOCOMPOSIÇÃO GRÁFICA: NUNO COSTA, RUBEN CARVALHO

EDITOR:

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
Rua D. João Crisóstomo Gomes Almeida, nº 102
3500-843 Viseu

Coordenação Editorial:

Anabela Maria Sousa Pereira
António José Eugénio de Oliveira
Carlos Manuel de Sousa Albuquerque
Filipe Jorge Gamboa Martins Nave
Isabel Maria Pereira Leal
João Carvalho Duarte
Jorge Bonito
Manuel Alves Rodrigues
Manuela Maria da Conceição Ferreira
Maria da Graça Ferreira Aparício Costa
Maria Madalena Jesus Cunha Nunes
Paula Alexandra de Andrade Batista Nelas
Vítor Daniel Ferreira Franco
Vítor Manuel Costa Pereira Rodrigues

ISBN: 978-989-96715-5-3

IMPRESSÃO: A. J. SÁ PINTO E FILHOS - ENCADERNADORES

TIRAGEM: 250 EXEMPLARES

MAIO - 2012



Apoios



As opiniões expressas nesta obra não traduzem, necessariamente, o pensamento do Editor e da Equipa Editorial, sendo da inteira responsabilidade dos seus autores. O Editor declina toda e qualquer responsabilidade pela utilização não autorizada de conteúdos ou imagens, por parte dos autores dos trabalhos aqui incluídos, que violem e deixam de observar os direitos de autor.

Comportamentos & saúde infanto-juvenis



realidades

e

perspetivas

O ESTUDANTE DO ENSINO SUPERIOR E A PROMOÇÃO DA SAÚDE: A IMPORTÂNCIA DO AUTOCONCEITO E DA SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL

STUDENT OF HIGHER EDUCATION AND HEALTH PROMOTION: SOCIAL THE IMPORTANCE OF SELF-CONCEPT AND SATISFACTION WITH SUPPORT

Helena Pimentel¹, Carlos Monteiro²

¹Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. hpimentel@ipb.pt

²Serviços de Ação Social do Instituto Politécnico de Bragança. carlosm@ipb.pt

RESUMO

O estudante do Ensino Superior desenvolve diferentes aspetos identitários e de socialização profissional que podem ser vividos de forma mais ou menos intensa. É durante este período que se adquirem competências essenciais à entrada no mundo laboral. Na perspetiva holística da saúde, adotada sobretudo a partir de Alma-Ata, este processo requer adaptações gratificantes e bem sucedidas para a tomada de decisões, escolhas e uma visão do mundo e da realidade com repercussões e ramificações ao longo da vida, da saúde e do bem-estar. Objetivo: avaliar o autoconceito e a satisfação com o suporte social em estudantes do ensino superior e sua relação com variáveis biológicas, sociodemográficas e académicas. Estudo correlacional numa amostra estratificada proporcional por curso e por escola com aplicação de inquérito de caracterização das variáveis independentes, inventário do autoconceito (de Vaz Serra) e escala de satisfação com o suporte social (de Pais Ribeiro), que integra 272 alunos do sexo masculino (40,5%) e 400 alunos do sexo feminino (59,5%), totalizando 672. Em termos de resultados observaram-se para todos os fatores e totalidade das duas escalas valores médios superiores aos valores médios teóricos que traduzem, em termos médios, satisfação com o suporte social e um auto conceito moderado a elevado. Igualmente, as correlações obtidas entre os fatores que constituem as duas escalas revelam-se estatisticamente significativas a 1%, entre eles e o total e fraca entre fatores. Verificaram-se significâncias estatísticas entre as duas escalas e as variáveis académicas e sem significância com as variáveis biológicas e sociodemográficas. Conclui-se pela necessidade de trabalhar e reforçar comportamentos autoprotectores devido às permanentes e inevitáveis alterações, decorrentes desta etapa evolutiva.

Palavras-chave: promoção da saúde, ensino superior, satisfação com o suporte social; autoconceito.

ABSTRACT

The student of the Higher professional Education develops different aspects of identity and socialization that can be lived lives or less intense. It is during this period that acquire beginner's all-purpose symbolic instruction code skills you enter the working world. In holistic health, taken mainly from Soul-Act, this process requires adaptations rewarding and successful will be making decisions, choices and world view of reality and repercussions and ramifications throughout life, health and well-being. Objective: You assess the self-concept and satisfaction with social support students in to higher education and its relationship with biological variables, sociodemographic and academic. Correlational study in proportionate stratified sample by course and school survey with application of the characterization of the independent, self-concept inventory (Vaz Serra) and scale of satisfaction with social support (Pais Ribeiro), which includes 272 students male (40,5%) and 400 female students (59,5%), totaling 672. In terms of results were observed will be all the factors and total average values of the two scales to higher than the average theoretical translate, on average, satisfaction with social support and moderate you high self-concept. Also, the correlations obtained between the factors that constitute the two scales was statistically significant at 1%, between them and between full and weak factors. Statistical There were significances between the two scales and the academic and non-significant variables with biological and sociodemographic variables. It is concluded for the necessity to work and to strengthen behaviors auto-protectors due to the permanent and inevitable alterations, decurrent of this evaluative stage.

Keywords: health promotion; education; satisfaction with social support; self-concept.

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, face ao processo de uniformização que o mundo sofre, com mudanças rápidas que se verificam aos níveis demográfico, social, cultural, económico, dos fatores epidémicos e dos comportamentos e estilos de vida dos indivíduos, introduzem-se ameaças à saúde das populações, exigindo respostas urgentes e eficazes fazendo cada vez mais sentido falar-se de promoção e educação para a saúde (Dias, 2006). Assim sendo, é cada vez mais necessária uma educação permanente, dinâmica e estimulante que vise o desenvolvimento e a promoção de comportamentos responsáveis assente nos seguintes fundamentos:

- Crescente evidência, consciência e preocupação de que as causas mais importantes de morte e de doença parecem ser consequência do comportamento individual, do estilo de vida ou dos riscos para a saúde existentes no local de trabalho ou no meio ambiente: argumento humanista;
- A magnitude dos custos com a saúde e o papel que a prevenção pode assumir na contenção desses custos: argumento económico.

Em consequência, reconhece-se que a prevenção deve ser uma prioridade, e que através dela, podem conseguir-se melhorias significativas na saúde ainda não alcançadas. Efetivamente, a crescente importância do "caráter social" dos fatores relacionados com a saúde/doença, refletiu-se no desenvolvimento do conceito de promoção da saúde ao longo dos tempos. Nesse sentido a promoção da saúde vai resgatar, ainda que de forma distinta, as propostas dos higienistas do século XIX, como Villermé, na França; Chadwick, na Inglaterra e Virchow e Neumann, na Alemanha, para quem as causas das epidemias eram tanto sociais e económicas como físicas e os remédios para as

mesmas eram prosperidade, educação e liberdade (Terris, 1992). A promoção da saúde é um processo que permite incrementar o controlo sobre a saúde, mobilizando aspetos políticos e sociais que abarcam não só ações dirigidas diretamente no sentido de fortalecer as habilidades e capacidades dos indivíduos, como também modificar as condições sociais, ambientais e económicas, com o fim de atenuar o seu impacto na saúde pública e individual. Visa melhorar a capacidade do indivíduo para atuar e a capacidade dos grupos, organizações ou comunidades para agirem sobre os seus determinantes.

Sigerist foi um dos primeiros autores a proferir o termo, quando definiu as quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação. Para o autor, a saúde não depende primordialmente de fatores individuais. A saúde promove-se proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física, formas de lazer e descanso, com o esforço coordenado de políticos, sindicatos e empresas, educadores e profissionais de saúde (Nunes, 1992). Importantes Conferências Internacionais desenvolveram as bases conceituais e políticas da promoção da saúde: em Ottawa, Adelaide, Sundsvall, Jakarta, México e Banquecoque (Ministério da Saúde, 1986, 1988, 1991, 1997, 2000, 2005).

A promoção é pois um conceito mais amplo do que a prevenção da doença, na medida em que implica não só a proteção e a manutenção mas também a promoção do ótimo estado vital, físico, mental e social da pessoa e das comunidades (Salleras Sanmartí, 1985; Dias, et al., 2004). Uma componente básica na promoção da saúde é a educação. A educação para a saúde é, pois, uma estratégia da promoção da saúde. Frequentemente ambos os conceitos têm sido usados como sinónimos. Contudo, é necessário diferenciar a promoção da saúde como um conceito amplo, que inclui distintas estratégias de atuação e a educação para a saúde como um instrumento ou uma estratégia concreta dessa acção (Dias, et al., 2004). Diferentes contextos de vida, nomeadamente o contexto académico superior, podem aumentar a exposição dos jovens a exigências e riscos perante a saúde. Os riscos são inerentes à condição humana, mas Antonovsky (1984) defende o desenvolvimento dos fatores individuais que possam associar-se a uma minimização destes riscos, no sentido de os ultrapassar ou inclusive de os tornar úteis noutros domínios. A necessidade de ponderação dos riscos e dos fatores de proteção, isto é, dos atributos individuais, situacionais, ambientais e sociais que aumentam ou reduzem a probabilidade de ocorrência de um certo problema, ou doença, têm vindo a assumir importância. Há uma conceção sugerindo que, se um jovem possui fatores de proteção fortes, poderá resistir mais do que outros, na mesma situação, a apresentar condutas pouco saudáveis. Os fatores de proteção interna incluem o autocontrolo, enquanto os externos são assegurados, principalmente, pelo apoio social da família e da comunidade (Luthar, & Zigler, 1991).

Vaz Serra (1986) define autoconceito como o modo como o indivíduo se vê a si próprio, contribuindo de forma significativa na vida do quotidiano do sujeito. O autor divide o autoconceito em três áreas distintas: autoconceito psicológico que se refere ao modo como nos comporta e agimos; autoconceito físico que dá importância aos atributos físicos relativos ao corpo, à aparência e ao aspeto exterior; autoconceito social que faz referência às relações sociais que mantemos e que são significativas. Além destas características é formado no mínimo por três condições: a continuidade que lhe confere permanência, a discriminação que contribui para a diferenciação entre nós e os outros enquanto seres individuais, e por fim a biografia à qual atribuímos um determinado valor que nos ajuda a definir enquanto pessoas e a nossa trajetória de vida.

Em termos de suporte social, grosso modo, define-se como a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós (Sarason, Levine, Basham, & Sarason, 1983). A investigação tem demonstrado que os aspetos, componentes ou dimensões do suporte social têm impacto diferente consoante o grupo etário (Olsen, Iversen, & Sabroe, 1991). Os autores verificaram que os elementos mais importantes no fornecimento de suporte social dependiam do grupo etário, com o cônjuge a exercer maior influência no grupo 30-49 anos e a família no caso de jovens e idosos. Por sua vez, Vilhjalmsson (1994) verificou que nos jovens, a família, neste caso os pais, constituem a principal fonte de suporte. O mesmo padrão foi encontrado por Henly (1997). Um estudo com jovens que cruza várias medidas suscetíveis de avaliar diferentes dimensões de suporte social, fornecidas por vários agentes, confirma que, na população portuguesa a fonte de suporte social mais importante é a família (Pais Ribeiro, 1999). Além disso, há uma outra dimensão relacionada com os fatores de proteção, que é a experiência de vida. O jovem já leva cerca de duas décadas de experiência de vida, facto que deve ser considerado na avaliação da sua capacidade de adaptação de mais esta etapa evolutiva.

Os diferentes estudos vêm abordando o impacto da transição e adaptação ao ensino superior, não apenas em termos de competências intelectuais e conhecimentos adquiridos, mas, particularmente, em termos da construção identitária. O início desta etapa formativa, para a maioria dos jovens coincide com a conquista da sua independência. Muitas mudanças ocorrem na vida do estudante que frequenta este nível de ensino, em particular, no primeiro ano. Estas mudanças, na maior parte dos casos, iniciam-se com a saída de casa dos pais (ainda que nem sempre) e com as exigências sociais de maior autonomia. Nesta fase transitória é imprescindível, portanto, que o jovem e a sua família sejam capazes de implementar estratégias de adaptação e reorganização, de forma a prevenir sentimentos de angústia, receio, ansiedade e descrença futura. Assim, parece claro que se queremos perceber a adaptação/ajustamento do jovem ao ensino superior é necessário ter em conta uma complexa interação de fatores motivacionais, sócio-relacionais e institucionais, juntamente com a autoperceção e a confiança nas competências pessoais para enfrentar as tarefas e as exigências académicas. Nesse sentido, definimos como objetivo: avaliar o autoconceito e a satisfação com o suporte social em estudantes do Ensino Superior e sua relação com variáveis biológicas, socioeconómicas, demográficas e académicas.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Estudo correlacional numa amostra estratificada proporcional por curso e por escola (5 escolas do Instituto Politécnico de Bragança) com aplicação de inquérito de caracterização das variáveis independentes, inventário do autoconceito (AC de Vaz Serra) e escala de satisfação com o suporte social (ESSS de Pais Ribeiro), que integra 272 alunos do sexo masculino (40,5%) e 400 alunos do sexo feminino (59,5%), totalizando 672, com idades entre os 19-29 anos. Definimos como critério de exclusão os estudantes com mais de 29 anos, tendo em conta o referencial teórico que caracteriza os limites cronológicos da juventude europeia (Machado, & Matias, 2006).

Em termos de caracterização da amostra 78% têm entre 19 e 23 anos com uma média de 21,85 anos; 60% são do sexo feminino, tendência verificada no ensino superior português (Grácio, 1997; Balsa, 2001; INE, 2002; Martins, Mauritti, & Costa, 2005; Amaral, Moreira, & Madelino, 2006) e também europeu (HIS, 2005). Os pais têm como escolaridade máxima a instrução primária com 41,4% para a mãe e 44,1% para o pai, seguida do 2.º ciclo (24,7%, para ambos). A formação de nível

superior é mais elevada mãe (10%, versus, 7%). Predomina a situação de doméstica (32,7%) na mãe, seguida de trabalhadora não qualificada (18,9%), no pai o grupo dos operários, (30,1%), seguido do pessoal dos serviços e vendedores (25,4%); 86,2% saíram de casa, vivendo maioritariamente em apartamentos com outros estudantes (75,3%) e em residências estudantis (13,3%); 40,9% revelam envolvimento em atividades extracurriculares. Os motivos mais apontados para estudar no Instituto Politécnico de Bragança foram: proximidade da zona de residência (32%), facilidade de entrada (28%) e prestígio da instituição/curso (18%).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Face aos aspetos referenciados e, ainda, porque as instituições de ensino superior deverão constituir-se como espaços privilegiados de treino de uma democracia cognitiva para incentivar jovens adultos a tomar decisões e a refletir sobre as suas consequências de forma autónoma, responsável e independente, apreender o que os jovens precisam para um desenvolvimento saudável e a envolvimento do meio para os ajudar, pode ser conseguido, através do conhecimento das vivências deste público-alvo. Relativamente ao autoconceito obtiveram-se os resultados de descrição apresentados no quadro 1. Observam-se valores de *Alpha de Conbrach* (avaliação da consistência interna) na ordem dos 70% na aceitação/rejeição social e autoeficácia que traduzem uma consistência aceitável. Nos fatores maturidade psicológica e impulsividade/atividade a consistência observada é superior a 50% mas inferior a 60%, o que revela fraca consistência. Contudo, optou-se por manter os fatores de acordo com os pressupostos do autor. Na globalidade da escala total do autoconceito, a consistência é considerada boa (84,2%). Para esta escala quanto maiores os *scores* obtidos em cada fator e também no total, mais elevado é o autoconceito. Observam-se para todos os fatores e totalidade da escala valores médios superiores aos valores médios teóricos o que demonstra autoconceito moderado a elevado em cada temática abordada.

Quadro 1- Consistência interna e médias observadas na escala de autoconceito

<i>Fator</i>	<i>Nº de itens</i>	<i>Alpha de Conbrach</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Média Teórica</i>	<i>Média observada</i>	<i>Desvio Padrão</i>
<i>ARS</i>	5	0,753	6	25	15	18,363	2,989
<i>AE</i>	6	0,688	10	30	18	22,313	3,295
<i>MP</i>	4	0,504	5	20	12	15,240	2,178
<i>IA</i>	3	0,534	5	15	9	11,979	1,756
<i>Total AC</i>	20	0,842	38	98	60	75,789	8,533

ARS – Aceitação/Rejeição Social; AE – Auto-eficácia; MP – Maturidade Psicológica; IA – Impulsividade/Atividade.

Na escala de satisfação com o suporte social, consideraram-se os fatores descritos pelo autor e para os quais se obtiveram os resultados de descrição apresentados no quadro que se segue. Os valores de Alpha de Conbrach são superiores a 60% que traduzem uma consistência de modo geral aceitável. Para esta escala quanto maiores os *scores* obtidos em cada fator e também no total melhores os resultados de satisfação com a sua rede de suporte social. Observam-se para todos os fatores e totalidade da escala valores médios superiores aos valores médios teóricos que traduz em termos médios satisfação em cada temática abordada.

Quadro 2 - Consistência interna e médias observadas da satisfação com o suporte social

<i>Fator</i>	<i>Nº de itens</i>	<i>Alpha de Conbrach</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Média Teórica</i>	<i>Média Observada</i>	<i>Desvio Padrão</i>
SA	5	0,745	7	25	15	20,086	3,687
IN	4	0,582	4	20	12	15,380	3,329
SF	3	0,595	3	15	9	11,324	2,396
AS	3	0,636	3	15	9	9,098	3,016
Total ESSS	15	0,791	27	75	45	56,319	8,810

SA – Satisfação com Amizades; IN – Intimidade; SF – Satisfação com Família; AS – Atividades sociais.

O bem-estar e a saúde dos jovens devem ser integrados num contexto de aprendizagem para a vida adulta. As correlações obtidas entre os fatores que constituem a escala da satisfação com o suporte social revelam-se estatisticamente significativas a 1%, entre eles e o total. Os coeficientes obtidos evidenciam correlações moderadas a fortes entre fatores e total da escala e fraca entre fatores. Para a escala do autoconceito, todas as correlações obtidas entre os fatores e o total são estatisticamente significativas a 1%, à exceção da autoeficácia, maturidade psicológica, impulsividade/atividade em que as correlações são fracas entre si e com as atividades sociais.

Quadro 3 – Matriz de correlações entre os fatores e totalidade das duas escalas

<i>SA</i>	<i>IN</i>	<i>SF</i>	<i>AS</i>	<i>ARS</i>	<i>AE</i>	<i>MP</i>	<i>IA</i>	<i>Total ESSS</i>	<i>Total AC</i>	
1	0,52**	0,35**	0,29**	0,32**	0,24**	0,16**	0,13**	0,79**	0,31**	<i>SA</i>
	1	0,27**	0,37**	0,33**	0,26**	0,24**	0,12**	0,80**	0,35**	<i>IN</i>
		1	0,12**	0,20**	0,20**	0,11**	0,06	0,55**	0,22**	<i>SF</i>
			1	0,11**	0,06	0,03	0,05	0,62**	0,10*	<i>AS</i>
				1	0,46**	0,42**	0,50**	0,35**	0,80**	<i>ARS</i>
					1	0,44**	0,45**	0,27**	0,81**	<i>AE</i>
						1	0,39**	0,20**	0,70**	<i>MP</i>
							1	0,13**	0,70**	<i>IA</i>
								1	0,36**	<i>Total ESSS</i>

*Significância a 5%; **Significância a 1%

Quadro 4 – Médias obtidas na escala do autoconceito e da satisfação com o suporte social segundo o género

<i>Escala</i>	<i>Nº de itens</i>	<i>Género</i>				<i>Teste t</i>	
		<i>Masculino</i>		<i>Feminino</i>		<i>ET</i>	<i>P</i>
		<i>M</i>	<i>d.p</i>	<i>M</i>	<i>d.p</i>		
<i>ESSS</i>	<i>SA</i>	20,029	3,757	20,125	3,642	-0,330	0,742
	<i>IN</i>	15,529	3,220	15,278	3,401	0,963	0,336
	<i>SF</i>	11,261	2,471	11,368	2,347	-0,565	0,572
	<i>AS</i>	9,320	2,965	8,948	3,044	1,573	0,116
	<i>Total</i>	56,456	9,122	56,225	8,603	0,333	0,739
<i>AC</i>	<i>ARS</i>	18,625	2,854	18,185	3,068	1,877	0,061
	<i>AE</i>	22,430	3,181	22,233	3,372	0,763	0,446
	<i>MP</i>	15,221	2,179	15,253	2,181	-0,186	0,852
	<i>IA</i>	11,996	1,730	11,968	1,776	0,209	0,835
	<i>Total</i>	76,151	8,371	75,543	8,643	0,907	0,365

Tendo em conta o género (quadro 4) verifica-se que as diferenças observadas não são estatisticamente significativas. No entanto, os rapazes apresentam valores médios de satisfação mais elevados em todos os fatores das duas escalas à exceção da satisfação com as amizades na escala da satisfação com o suporte social e da maturidade pedagógica na escala do autoconceito.

Em termos de participação em atividades extracurriculares os estudantes dos diversos cursos apresentam diferenças a um nível de significância de 5% estatisticamente significativas para o fator amizade e globalidade da escala de satisfação com o suporte social (quadro 5). Nesta escala em todos os fatores e globalidade a satisfação é maior nos alunos que desempenham atividades extracurriculares. Na escala do autoconceito, nenhuma das diferenças obtidas é estatisticamente significativa, mas os alunos envolvidos em atividades extracurriculares revelam valores médios de satisfação mais elevados em todos os fatores e globalidade da mesma, com exceção do fator maturidade psicológica.

Quadro 5 – Médias obtidas na escala do autoconceito e da satisfação com o suporte social segundo a participação em atividades extracurriculares

Escala	Itens/ totais	Atividades extracurriculares				Teste t	
		Não		Sim		ET	P
		M	d.p	M	d.p		
ESSS	SA	19,846	3,669	20,433	3,691	-2,032	0,043*
	IN	15,196	3,423	15,644	3,177	-1,715	0,087
	SF	11,277	2,439	11,393	2,336	-0,615	0,539
	AS	8,927	3,005	9,345	3,021	-1,771	0,077
	Total	55,753	8,815	57,135	8,756	-2,003	0,046*
AC	ARS	18,217	2,913	18,575	3,089	-1,528	0,127
	AE	22,214	3,436	22,455	3,082	-0,930	0,353
	MP	15,302	2,280	15,149	2,024	0,896	0,371
	IA	11,957	1,767	12,011	1,744	-0,390	0,697
	Total	75,622	8,675	76,029	8,333	-0,608	0,544

*Significância a 5%

Atendendo à variável escola (quadro 6) verifica-se que as diferenças observadas são a um nível de significância de 1% estatisticamente significativas para o fator atividades sociais da escala de satisfação com o suporte social e a 5% para os fatores maturidade psicológica e impulsividade/atividade da escala do autoconceito. Para estes fatores que apresentam diferenças estatisticamente significativas aplicou-se o teste de *Scheffé* (comparações múltiplas, amostras muito desequilibradas) de forma a determinar entre que escolas ocorrem as diferenças. Assim, verificou-se que tais diferenças para o fator atividades sociais da escala da satisfação com o suporte social ocorrem entre as escolas da saúde e agrária/agrária e tecnologia e gestão de Mirandela sendo os alunos da escola agrária os mais satisfeitos neste fator. Quanto à maturidade psicológica da escala do autoconceito verifica-se que a diferença é válida entre as escolas da saúde e agrária sendo os alunos da saúde os mais satisfeitos neste fator. Relativamente ao fator impulsividade/atividade a diferença é significativa entre as escolas de tecnologia e gestão de Mirandela e educação sendo os alunos da educação os que apresentam valores mais elevados. Os níveis de satisfação para os restantes fatores e globalidade das escalas em análise são relativamente próximos nas diferentes escolas do Instituto.

Quadro 6 – Médias obtidas na escala do autoconceito e da satisfação com o suporte social segundo a escola

Escala	Itens	Escola										Teste Anova	
		ESSA		ESTiG		ESTiGM		ESA		ESSE		ET	p
		M	d.p	M	d.p	M	d.p	M	d.p	M	d.p		
ESSS	SA	20,03	3,49	20,03	3,85	20,06	3,58	20,80	3,42	19,97	3,72	0,63	0,64
	IN	15,52	3,31	15,26	3,32	15,48	3,30	15,60	3,29	15,33	3,41	0,23	0,92
	SF	11,54	2,11	11,45	2,31	11,35	2,56	11,52	2,59	10,87	2,53	1,96	0,10
	AS	8,56	2,85	9,25	3,09	8,42	3,03	10,32	2,78	9,13	2,95	4,69	0,00**
	Total	56,22	8,93	56,32	9,04	55,80	8,78	58,70	8,65	55,76	8,37	1,33	0,26
AC	ARS	18,36	3,05	18,35	2,96	18,11	2,91	17,87	3,10	18,72	2,99	1,12	0,34
	AE	22,09	3,03	22,11	3,41	22,46	3,19	22,90	3,54	22,50	3,24	1,01	0,40
	MP	15,65	1,91	15,10	2,21	15,26	2,12	14,68	2,09	15,38	2,32	2,46	0,04*
	IA	11,92	1,57	11,93	1,84	11,55	1,61	11,85	1,74	12,38	1,76	3,47	0,01*
	Total	75,88	7,97	75,31	8,90	75,20	7,69	75,18	9,35	77,06	8,39	1,25	0,29

*Significância a 5%; **Significância a 1%

4. CONCLUSÃO

Na presente investigação observaram-se valores médios superiores aos valores médios teóricos nas duas escalas aplicadas, o que demonstra uma percepção moderada a elevada em termos do auto conceito e de satisfação com o suporte social. As correlações entre os fatores que constituem as duas escalas revelam-se positivas e estatisticamente significativas. Os rapazes apresentam valores médios de satisfação mais elevados em todos os fatores das duas escalas à exceção da satisfação com as amizades na escala da satisfação com o suporte social e da maturidade pedagógica na escala do autoconceito. Estes resultados contrariam os obtidos noutros estudos⁽²⁷⁾ em que as raparigas apresentam médias mais elevadas relativamente ao suporte social disponível. A percepção da existência de suporte social tem sido referida como uma das variáveis que promove a adaptação pessoal e social dos indivíduos em situações de mudança e transição. Relativamente à maturidade psicológica os resultados obtidos vão de encontro a estudos de já desenvolvidos no nosso país⁽²⁸⁾, ao concluírem que os estudantes do 4º ano de enfermagem possuem valores de autoconceito superiores à média. Não se observaram correlações com significado estatístico com as variáveis: sexo, idade, pertença social, local de origem, saída de casa dos pais e insucesso escolar.

Na sociedade contemporânea o encaminhamento para a idade adulta efetua-se através de várias arenas sociais e o contexto formativo é uma dessas arenas. Ora, tendo em conta que os estudantes têm demonstrado comportamentos de algum risco para a saúde e para a vida, o ato de educar deve proporcionar vivências positivas e os fatores de proteção descritos, poderão facilitar a adoção de comportamentos saudáveis. Com efeito, é necessário considerar os vários desafios que a transição e a adaptação ao Ensino Superior desencadeiam e implementar ações que potenciem recursos desenvolvimentais, educativos, pessoais e institucionais. As instituições ao promoverem vivências académicas gratificantes, podem ajudar a adquirir hábitos de vida saudáveis, conducentes à saúde e ao sucesso global, desde o primeiro momento.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Amaral, A.; Moreira, R.; Madelino, F. (2006). *Acesso ao Ensino Superior, equidade e emprego*, Consultado em Dezembro, 2008, em <http://www.debatereducacao.pt/relatorio/files/CpV8.pdf>.

- (2) Antonovsky, A. (1984). The sense of coherence as a determinant of health. In J. H. Matarazo; M. Miller (Eds.). Behavioural health: A handbook of enhancement and physical well-being (pp. 114-129). San Francisco: Jossey-Bass.
- (3) Balsa, C. (2001). *Perfil dos estudantes do Ensino Superior. Desigualdades e Diferenciação*. Lisboa: Edições Colibri.
- (4) Dias, M^a. R. et al (2004). Promoção da saúde: o renascimento de uma ideologia? *Análise Psicológica*, (3), XXII, Julho/Setembro, 449-462.
- (5) Dias, S. (2006). *Educação pelos pares: uma estratégia na promoção da saúde*. Universidade Nova de Lisboa: Instituto de Higiene e Medicina Tropical.
- (6) Grácio, S. (1997). *Dinâmicas da Escolarização e das Oportunidades Individuais*. Lisboa: Educa.
- (7) Henly, J. (1997). The complexity of support: the impact of family structure and provisional support on African American and white adolescent mothers' well-being. *American Journal of Community Psychology*, 25, 629-655.
- (8) HIS (2005), Eurostudent report 2005: social and economic conditions of student life in Europe 2005: Synopsis of indicators. Consultado em Junho, 2006, em <http://www.his.de/Abt2/Auslandsstudium/Eurostudent/index.htm>.
- (9) INE (2002). *Censos 2001: XIV Recenseamento Geral da População; IV Recenseamento Geral da Habitação*. Lisboa: INE.
- (10) Luthar, S. S.; Zigler, E. (1991). Vulnerability and competence: A review of research on resilience in childhood. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, (1), 6-22.
- (11) Machado, L. F.; Matias, A. R (2006). Jovens descendentes de imigrantes nas sociedades de acolhimento: linhas de identificação sociológica. *CIES e-Working Paper*, (13), 1-23.
- (12) Martins, S. da Cruz; Mauritti, R.; Costa, A. F. (2005). *Condições socioeconómicas dos Estudantes do Ensino Superior em Portugal*. Lisboa: DGES/MCTES.
- (13) Melo Cruz, C.; Pinto, J.; Almeida, M.; Aleluia, S. (2010). Ansiedade nos estudantes do ensino superior. Um estudo com estudantes do 4^o ano do curso de licenciatura em enfermagem da Escola Superior de Saúde de Viseu. *Revista Millenium*, 38/15, 223-242.
- (14) Ministério da Saúde (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde: Uma Conferência Internacional para a Promoção da Saúde com vista a uma nova Saúde Pública*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- (15) Ministério da Saúde (1988). *As Recomendações da Conferência de Adelaide – Políticas Favoráveis à Saúde*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- (16) Ministério da Saúde (1991). *3^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Declaração de Sundsvall sobre Ambientes Favoráveis à Saúde*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- (17) Ministério da Saúde (1997). *Declaração de Jakarta sobre a Promoção da Saúde no século XXI, 4^a Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, sob o lema: Novos actores para a nova Era - Adaptar a Promoção da Saúde ao século XXI*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- (18) Ministério da Saúde (2000). *5^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Declaração do México, sobre o lema: das ideias às acções*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.

- (19) Ministério da Saúde (2005). *6ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Declaração de Banguecoque sobre Promoção da saúde num contexto globalizado*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- (20) Nunes, E. D. (1992). Henry Ernest Sigerist pioneiro da história social da medicina e da sociologia médica. *Educ Med Salud*, Vol. 26, (1), 70-81.
- (21) Olsen, O., Iversen, L., & Sabroe, S. (1991). Age and the operationalization of social support. *Social Science and Medicine*, 32, (7), 767-771.
- (22) Pais Ribeiro, J. L. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3, (XVII), 547-558.
- (23) Salleras Sanmartí, L. (1985). *Educación Sanitaria. Principios Métodos y Aplicaciones*. Madrid: Díaz Santos.
- (24) Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B., & Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, (1), 127-139.
- (25) Seco, G.; Pereira, I.; Dias, I.; Casimiro, M. (2005). Para uma abordagem psicológica da transição do Ensino Secundário para o Ensino Superior: pontes e alçapões. *Revista Psicologia e Educação*. Vol. IV, (1), 7-21.
- (26) Terris, M. (1992). *Conceptos sobre Promoción de la Salud- Dualidades en la Teoría de la Salud Publica*. Washington: OPAS/OMS.
- (27) Vaz Serra, A. (1986). O Inventário Clínico do Auto-Conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7, (2), 67-84.
- (28) Vilhjalmsson, R. (1994). Effects of social support on self-assessed health in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 23, (4), 437-452.