

INTRODUÇÃO

O ingresso no Ensino Superior é particularmente exigente requerendo mudanças que tendem a exercer repercussões sobre a saúde. Hoje, mais do que nunca, a saúde é entendida como um valor supremo há uma ética da saúde, um direito à saúde que exigem avanços tecnológicos e medidas preventivas. Os hábitos de vida proporcionam a compreensão da articulação entre o condicionalismo social e a ação individual, particularmente, em grupos específicos. Segundo Torgal deve entender-se por hábitos de vida "(... } a forma como cada pessoa gere o seu próprio capital de saúde, através de opções individuais (...)" (1). A Organização Mundial de Saúde (2) afirma que "(...) ainda há muito que avançar para conseguir compreender as relações entre a saúde e os componentes dos hábitos de vida específicos. Colaboram desta ideia os autores (3,4) ao referirem que as preocupações com hábitos de vida salutogénicos e protetores em contraponto a situações que podem representar, de alguma forma, risco pessoal, sobretudo, se considerarmos que o lazer e o entretenimento, muito presente na vida académica dos estudantes, assumem um valor supremo nos critérios de estruturação das sociedades contemporâneas estando, muitas vezes, na origem de uma indústria lucrativa, com papel ativo na criação e modelagem de muitos dos hábitos de vida, do grupo etário em estudo(4).

OBJETIVOS

identificar hábitos de vida promotores de saúde e riscos em estudantes do Ensino Superior.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo descritivo-correlacional, tendo-se adotado uma estratégia metodológica de tipo extensivo, com recurso ao inquérito por questionário para recolha de dados. Recorreu-se a uma amostra estratificada, de 672 alunos, que integra 40,5% do sexo masculino e 59,5% do feminino.

RESULTADOS

A quase totalidade dos inquiridos (quadro1) ingere diariamente as duas principais refeições do dia, almoço e jantar, e mais de metade toma o pequeno-almoço. Porém são muitos os jovens que iniciam o dia escolar sem ingerirem esta refeição, essencialmente, por "falta de tempo". Os mais novos e do sexo feminino apresentaram maior pontuação média no nº de refeições diárias e maior valor percentual relativamente à ingestão do pequeno-almoço, com diferenças estatísticas altamente significativas ($p < 0,001$).

Variável	n°	N° de refeições		Pequeno – Almoço		p*
		Med (P25-P75) MO	p*	Não (n=269; 40%) n° (%)	Sim (n=403; 60%) n° (%)	
Idade						
19-22	446	4 (3-5) 351,21	0,004§	146(32,7%)	300(67,3%)	<0,001
23-29	226	4 (3-5) 307,48		123(54,4%)	103(45,6%)	
Sexo						
Masculino	272	4 (3-4) 294,20	<0,001§	142(52,2%)	130(47,8%)	<0,001
Feminino	400	4 (3-5) 365,27		127(31,8%)	273(68,3%)	
Escola						
ESSA	113	4 (4-5) 405,76	0,001£	29(25,7%)	84(74,3%)	0,001
ESTIG	263	4 (3-5) 315,00		128(48,7%)	135(51,3%)	
ESTIGM	80	4 (3-5) 323,70		32(40,0%)	48(60,0%)	
ESA	60	4 (3-5) 322,05		20(33,3%)	40(66,7%)	
ESE	156	4 (3-5) 334,70		60(38,5%)	96(61,5%)	
Retenção escolar						
Não	387	4 (3-5) 350,11	0,028§	129(33,3%)	258(66,7%)	<0,001
Sim	285	4 (3-5) 318,02		140(49,1%)	145(50,9%)	

§ Teste de Mann-Whitney. £ Kruskal-Wallis; * Independência do Qui-Quadrado

BIBLIOGRAFIA

RESULTADOS (CONT.)

No quadro 2 observam-se diferenças com significado estatístico ($p < 0,001$) quando comparamos 10 alimentos, com ingestão significativamente superior da carne, peixe e ovos ($M0=8,25$) e de leite e derivados ($M0=7,42$). É bastante baixa para o "fast-food" ($M0=2,61$).

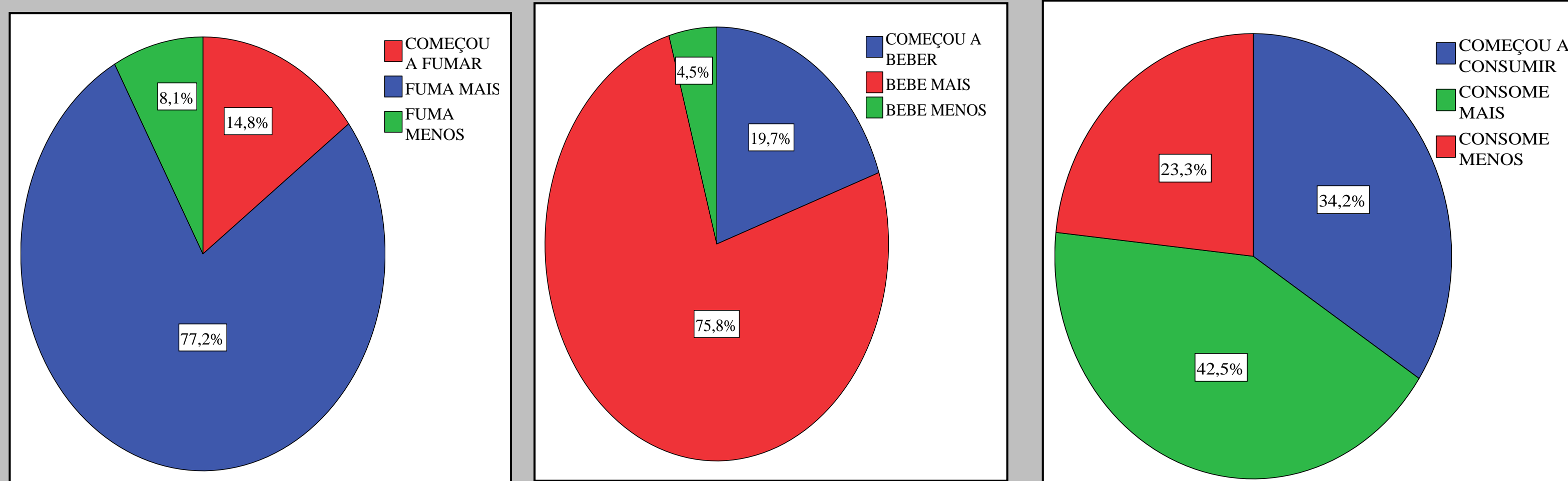
	Diária	2/3x/sem.	1x/sem.	Rara/nunca	MO	p**
Leite/derivados	407 (60,6%)	172 (25,6%)	38 (5,7%)	55 (8,2%)	7,42	<0,001
Fruta	295 (43,9%)	229 (34,1%)	87 (12,9%)	61 (9,1%)	6,66	
Vegetais	211 (31,4%)	315 (46,9%)	91 (13,5%)	55 (8,2%)	6,3	
Cereais	261 (38,8%)	194 (28,9%)	132 (19,6%)	85 (12,6%)	6,17	
Carne/peixe/ovos	496 (73,8%)	154 (22,9%)	14 (2,1%)	8 (1,2%)	8,25	
Batatas fritas	18 (2,7%)	186 (27,7%)	254 (37,8%)	214 (31,8%)	3,87	
Bolachas/bolos	101 (15,0%)	291 (43,3%)	189 (28,1%)	91 (13,5%)	5,4	
Refrigerantes	94 (14,0%)	200 (29,8%)	161 (24,0%)	217 (32,3%)	4,65	
Fast food	3 (0,4%)	43 (6,4%)	244 (36,3%)	382 (56,8%)	2,61	
Folhados	38 (5,7%)	143 (21,3%)	212 (31,5%)	279 (41,5%)	3,68	

**Teste de Friedman

O gráfico 1 revela que **77,2% fumam mais do que fumavam** após o ingresso no ES, aos quais acresce 14,8% que começaram a fumar. Apenas 8,1% reduziram o consumo. O gráfico 2 indica que a grande maioria **passou a beber mais (75,8%)** aos quais se somam 19,7% que começaram a beber. Somente, 4,5% bebem menos.

No que diz respeito ao **consumo de drogas ilícitas (gráfico 3) 42,5% passaram a consumir mais** aos e 34,2% que iniciam o consumo. De salientar que 23,3% referem ter reduzido o consumo.

Gráficos 1, 2 e 3. Consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas após ingresso no Ensino Superior (ES)



DISCUSSÃO/CONCLUSÕES

Este estudo teve como preocupação central conhecer alguns dos hábitos de vida e a sua influência no estado de saúde dos jovens do Ensino Superior. As diferenças observadas, do ponto de vista da inferência estatística, relativamente às variáveis idade, sexo, escola, retenção escolar e, em menor proporção, à proveniência e ao nível socioeconómico sugerem a necessidade de uma abordagem diferenciada, no sentido de implementar estratégias de promoção e de educação para a saúde, individualizadas e ajustadas a cada grupo. A necessidade de consolidar políticas institucionais que estabeleçam garantias de bem-estar, informação sobre escolhas alimentação saudável, conhecimento dos riscos inerentes aos consumos excessivos. Iniciar um consumo conhecendo os riscos para a saúde pode demonstrar um desafio compensador. No entanto, o consumo pode iniciar-se voluntariamente e acabar por ganhar um caráter compulsivo.

Nesse sentido e no que aos consumos diz respeito, demos importância às socializações que se vão construindo nos espaços formativos, como se expressam e que modificações ocorreram após o ingresso no ensino superior.

As principais alterações prendem-se com o aumento dos três tipos de consumos analisados, acrescidos dos que se iniciaram nessas práticas, pelo que **se conclui**, que numa fase em que muitos jovens que frequentam o Ensino Superior se afastam da família, num percurso de parcial autonomia, parece-nos importante investir em estratégias de intervenção que possam contrariar as alterações comportamentais verificadas. O que está em causa é apoiar, educar, proteger e prevenir eventuais repercussões negativas para a saúde causadas por desafios de carácter académico e de socialização pela enorme mobilização, aceitação e adesão estudantil.