



Estilo de vida, percepção de saúde e estado de saúde em estudantes universitários portugueses: influência da área de formação

Ana Paula Soares de Matos (*Universidade de Coimbra, Portugal*) e
Carlos Manuel de Sousa-Albuquerque¹ (*Instituto Politécnico de Viseu, Portugal*)

(Recibido 28 de diciembre 2004/ Received December 28, 2004)

(Aceptado 2 de febrero 2006 / Accepted February 2, 2006)

RESUMO. Na presente investigação avalia-se a influência da área de formação académica numa série de variáveis de saúde (estilo de vida, estado de saúde e percepção geral de saúde) através de um estudo *ex post facto* retrospectivo. Os participantes são 948 estudantes universitários portugueses (76.37% mulheres). A amostra é composta por dois grupos de estudantes: um grupo de estudantes que frequenta o curso de Enfermagem e um grupo de estudantes que frequenta outros cursos universitários não relacionados com a saúde (Português/Inglês, Administração, Gestão). Os resultados obtidos permitem concluir que os estudantes do curso de Enfermagem apresentam, na sua generalidade, valores mais elevados nos índices das variáveis estudadas e que o principal contributo para a discriminação dos dois grupos de estudantes é dado pelas dimensões da variável estilo de vida. O nosso estudo salienta a necessidade de serviços e intervenções de promoção da saúde e de estilos de vida saudáveis, destinados aos jovens que frequentam o ensino superior.

PALAVRAS CHAVE. Área de formação académica. Saúde. Estilo de vida. Estudantes. Estudo *ex post facto*.

ABSTRACT. In the present research we evaluate the influence of the academic area in a set of health variables (life style, health state and general perception of health)

¹ Correspondencia: Escola Superior de Saúde de Viseu. Instituto Politécnico de Viseu. Rua Dom João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º 102, 3500-843. Viseu (Portugal). E-Mail: calbuquerque@netvisao.pt

using a retrospective *ex post facto* design. Participants were 948 Portuguese university students (76.37% women). The sample was composed by two groups of students: a group of students from Nursing Schools and a group of students from other university courses not related to health (Portuguese/English, Administration and Management). The results obtained allow us to conclude that students from the Nursing Course present, in general, higher values in the variables studied and the main contribution for the discrimination between the two groups was given by the dimensions of the life style variable. Our study emphasises the need for services and interventions that promote health and healthy life styles aimed to the youth at university level.

KEYWORDS. Academic graduation area. Health. Life style. Students. *Ex post facto* study.

RESUMEN. En esta investigación se evalúa la influencia del área de formación académica sobre una serie de variables de la salud (estilo de vida, estado de salud y percepción general de salud) por medio de un estudio *ex post facto* retrospectivo. Los participantes son 948 estudiantes universitarios portugueses (76,37% mujeres). La muestra estaba formada por dos grupos de estudiantes: estudiantes de Enfermería y estudiantes de otros cursos universitarios no relacionados con salud (Portugués/Inglés, Administración y Gestión). Los resultados obtenidos permiten concluir que los estudiantes de Enfermería presentan, en su mayoría, valores más elevados en los índices de las variables estudiadas y que la principal contribución para la discriminación de los dos grupos de estudiantes viene dada por las dimensiones de la variable estilo de vida. Este estudio resalta la necesidad de servicios e intervenciones de promoción de la salud y de estilo de vida saludables dirigidos a los jóvenes que cursan Enseñanza Superior.

PALABRAS CLAVE. Área de formación académica. Salud. Estilo de vida. Estudiantes. Estudio *ex post facto*.

Introdução

Podemos dizer que a saúde é um estado, uma qualidade de vida e que é influenciada por múltiplos factores (físicos, mentais, sociais, ambientais, etc.). O estudo da saúde é um desafio: a saúde é um conceito dinâmico, difícil de definir e medir; e diversas profissões e disciplinas académicas participam neste campo de investigação e pretendem conseguir a promoção da saúde dos indivíduos e populações (Bennett e Murphy, 1999; Bowling, 1997; Furer, Konig-Zahn e Tax, 2001). O estilo de vida tem sido consensualmente percebido como relevante para a saúde e tem-se salientado a importância de fomentar padrões de comportamento individual mais favoráveis para prevenir doenças e promover a saúde (Pais e Cabral, 2003; Ribeiro, 2005). Os factores de estilo de vida (como dieta alimentar, exercício físico, fumar, consumir álcool e drogas, acidentes, comportamento sexual, etc.) são um todo integrado e afectam a probabilidade de se sofrer duma doença e também de sobreviver uma vez doente (Bennett e Murphy, 1999; Matos, Simões, Carvalhosa, Reis e Canha, 2000; McIntyre, Soares e Silva, 1997; Snel e Twisk, 2001). Contudo, todos nós, enquanto pessoas individuais e “profissionais de

saúde”, temos a percepção de que é difícil iniciar e manter bons hábitos de saúde. Devemos então tentar compreender melhor os determinantes (internos e externos) do comportamento de saúde, baseando-nos em teorias e investigações credíveis.

Actualmente existem vários modelos conceptuais, oriundos de diversas tradições teóricas, que nos podem ajudar nessa tarefa (Bandura, 1997; Gibbons e Gerrard, 1995; Gibbons, Gerrard, Blanton e Russell, 2003; Norman, Bennett, Smith e Murphy, 1998; Prochaska, DiClemente e Norcross, 1992; Rothman, 2000; Weinstein, 2003). Numa perspectiva psicológica, existem diversos modelos de mudança do comportamento, como os modelos comportamentalistas (salientando a importância de estímulos, respostas, contingências, reforços, condicionamento, contratos comportamentais, etc.), cognitivistas (com o seu enfoque nas atitudes, valores e crenças, etc.) e da aprendizagem social (realçando o determinismo recíproco, a auto-eficácia, a aprendizagem por observação, o modelamento, a auto-regulação, os processos motivacionais, o auto-reforço, etc.) que se têm revelado bastante prometedores, dando origem a intervenções ecléticas, flexíveis e versáteis, que combinam diversos componentes destas abordagens teóricas (Bennett e Murphy, 1999; White, 2001). Existem também diversos modelos de comportamentos de saúde que consideram as dimensões cognitiva, afectiva e comportamental e que se baseiam essencialmente nos significados que o indivíduo dá à saúde (salientando a importância de aspectos como conhecimentos, atitudes, valores, aptidões, crenças, etc.) (Belar e Park, 2001; Bennett e Murphy, 1999; Gerrard, Gibbons, Benthin e Hessling, 1996).

Estas perspectivas teóricas têm implicações gerais importantes. Estudar a temática da saúde e de alguns factores que se relacionam com a mesma, em estudantes de cursos na área da saúde, revela-se importante para percebermos melhor se esta formação académica influencia a saúde e como (por exemplo, através de variáveis como o estilo de vida e a percepção de saúde). Estaremos nós com a formação que damos (conhecimentos, capacidades, atitudes e crenças que eventualmente transmitimos e modelamos, numa forma mais ou menos persuasiva e eficaz) a contribuir para melhores comportamentos de saúde? Conseguiremos transmitir porque são benéficos determinados factores de estilo de vida, por exemplo, e também como implementá-los na prática? Converter-se-ão estes aspectos em acções efectivas que resultem numa melhor saúde nestes estudantes, mais tarde profissionais de saúde que tentarão contribuir para melhorar a saúde de outros? Será que a escola é, ela própria, promotora de comportamentos saudáveis? É neste contexto que se insere o presente estudo.

Conhecer os determinantes dos comportamentos e estilos de vida dos jovens, integrados nos sistemas educativos, é em nosso entender, condição necessária para poder intervir adequadamente em estratégias preventivas. A este propósito, será de salientar que nas duas últimas décadas se adquiriu uma vasta gama de conhecimentos sobre promoção da saúde e estratégias preventivas que é importante que continuem a ser aprofundados (DiClemente, Hansen e Ponton, 1996). A implementação de programas de promoção da saúde tem de ser informada por dados resultantes de investigações actuais e sensíveis não só às variações nas práticas de saúde ao longo do ciclo vital, mas também a factores socioeconómicos, regionais, culturais e de contexto formativo (Matos *et al.*, 2000; McIntyre *et al.*, 1997; Ribeiro, 2005; Steptoe e Wardle, 2001;

Sussman, Unger e Dent, 2004). Assim, no sentido de se poderem desenvolver esforços concertados e cientificamente validados de promoção de saúde, a investigação de factores relacionados com comportamentos de saúde e estilos de vida, efectuada em diversos países, torna-se essencial.

É precisamente neste contexto que se insere o objectivo do presente estudo, o de procurar analisar a relação entre a área de formação académica e determinadas variáveis de saúde (estilo de vida, percepção geral de saúde e estado de saúde), numa amostra de estudantes universitários portugueses. De acordo com o exposto, conceptualizámos um estudo transversal de comparação de grupos e procedemos a uma pesquisa que obedece a um desenho característico de um estudo não experimental (Pedhazur e Schmelkin, 1991), também designado por estudo *ex post facto* (Montero e León, 2005), estudo de observação passiva (Cook e Campbell, 1979) ou estudo correlacional e de observação (Gil, 1995), dado que no estudo não há manipulação de variáveis independentes e com ele se pretende efectuar a descrição das características da amostra em estudo, bem como o estabelecimento de relações entre variáveis. Este estudo é aqui apresentado segundo a estrutura proposta por Ramos-Alvarez e Catena (2004).

Método

Amostra

A amostra é constituída por dois grupos de estudantes universitários, que frequentam quatro licenciaturas do ensino universitário português, a saber: grupo de estudantes do curso de enfermagem - GECE (com formação na área da saúde) e grupo de estudantes de outros cursos - GEOC (cursos não relacionados com a área da saúde: Português/Inglês, Administração e Gestão). Participaram neste estudo 948 sujeitos, dos quais 621 (65.51%) frequentam o curso de enfermagem e 327 (34.49%) os cursos sem formação em saúde, como se pode constatar na Tabela 1. No conjunto dos dois grupos existe um predomínio claro do sexo feminino (76.37%) sobre o sexo masculino (23.63%), verificando-se também que esta amostra é essencialmente constituída por estudantes solteiros (97.78%), residentes em meio rural (53.48%), na faixa etária dos 18 aos 20 anos (41.77%) e que frequentam o 1º ano lectivo dos respectivos cursos superiores (57.60%). A média de idades é de 19.95 ($DP = 2.18$). No que se refere à classe social, a maioria dos indivíduos, segundo a classificação de Sedas Nunes (1970)² pertence à Camada IV -Inferior-Baixa- e apenas 4.85% da amostra se encontra na Camada I -Superior-. A análise comparativa entre grupos permite constatar a sua equivalência nas variáveis demográficas consideradas, com a excepção do sexo ($\chi^2_1 = 4.530$; $p = 0.043$). Assim, o GECE e GEOC são equivalentes nas variáveis: idade ($t = -0.812$; $p = 0.416$), estado civil ($\chi^2_1 = 0.340$, $p = 0.559$), ano lectivo ($\chi^2_1 = 0.331$, $p = 0.564$), área de residência ($\chi^2_1 = 0.666$, $p = 0.414$) e camada social ($\chi^2_3 = 1.057$, $p = 0.787$).

² Tendo por indicadores o grau de instrução e a profissão do chefe de família, Sedas Nunes classifica os indivíduos em quatro camadas sociais: Camada I - Superior; Camada II - Média; Camada III - Inferior-Alta; Camada IV - Inferior-Baixa (Sedas Nunes, 1970).

TABELA 1. Características gerais da amostra.

	<i>Grupo</i>				<i>Total</i>				
	<i>GECE</i>		<i>GEOC</i>		<i>N = 948</i>				
	<i>n = 621</i>		<i>n = 327</i>						
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>			
Sexo									
Homens	133	21.42	91	27.83	224	23.63			
Mulheres	488	78.58	236	72.17	724	76.37			
Estado Civil									
Solteiro	609	98.04	318	97.25	927	97.78			
Casado	12	1.93	9	2.75	21	2.22			
Ano Lectivo									
1º Ano	353	56.84	193	59.02	546	57.60			
3º Ano	268	43.16	134	40.98	402	42.40			
Residência									
Rural	325	52.33	182	55.66	507	53.48			
Urbana	296	47.67	145	44.34	441	46.52			
Camada Social									
I	33	5.32	13	3.98	46	4.85			
II	157	25.28	83	25.38	240	25.32			
III	205	33.01	114	34.86	319	33.65			
IV	226	36.39	117	35.78	343	36.18			
Grupo etário									
16-18	29	4.67	14	4.28	43	4.54			
18-20	258	41.55	138	42.20	396	41.77			
20-22	241	38.81	114	34.86	355	37.45			
22-24	48	7.73	33	10.09	81	8.54			
24-26	25	4.03	17	5.20	42	4.43			
26-28	14	2.25	10	3.06	24	2.53			
28-30	5	0.80	1	0.31	6	0.63			
30-32	1	0.16	0	0.00	1	0.11			
	M	DP	Int	M	DP	Int	M	DP	Int
	19.91	2.18	17-30	20.03	2.16	16-28	19.95	2.18	16-30

A opção de se utilizar o GEOC (grupo de controlo), com as áreas de formação descritas, deve-se à tentativa de controlar a interferência da variável sexo enquanto variável demográfica. Assim, atendendo a que o Curso de Licenciatura em Enfermagem é maioritariamente frequentado por estudantes do sexo feminino (75 a 80%), então seria pertinente que também o grupo de controlo assim o fosse. Depois de um prévio contacto com algumas instituições escolares, foi-nos transmitida a informação que tal situação ocorria fundamentalmente nos cursos superiores de Gestão, Administração e Letras, daí a sua escolha. Julgamos ser importante salientar também o facto de ambos os grupos de estudantes frequentarem estabelecimentos de ensino localizados na mesma região geográfica.

Procedimentos

Os instrumentos de colheita de dados foram administrados nos tempos lectivos dos estudantes a quem propusemos participar no estudo; o tempo necessário ao seu

preenchimento foi cerca de 40 minutos. Antes da administração dos instrumentos foi explicitado o objectivo do estudo e o carácter voluntário e anónimo da participação, podendo os sujeitos preencher ou não os questionários, não devendo contudo escrever o nome em nenhuma das partes dos mesmos. Foi solicitado aos estudantes que colocassem os questionários num envelope que se encontrava numa mesa à saída da sala de aula, independentemente do facto de terem ou não respondido às questões colocadas. Apenas 3.1% dos sujeitos deixou o instrumento de colheita de dados em branco ou recusou-se a participar. Aos restantes foi-lhes garantida a confidencialidade das respostas dadas.

Instrumentos

- *Life-Style Assessment Questionnaire (LAQ)* (Hettler, 1982; versão adaptada para a população portuguesa por Ribeiro, 1993). Com a designação portuguesa de “O Meu Estilo de Vida” (OMEV), o inventário permite avaliar comportamentos de saúde e de risco. É composto por 27 itens (numa escala de Likert com 5 categorias de resposta) que se agrupam em dez factores, com raízes latentes superiores a 1, que explicam 64,20% da variância: o primeiro, caracteriza o cuidado com a alimentação - *Nutrição* (5 itens - e.g., “Tenho cuidado com o que como de modo a reduzir a ingestão de sal”); o segundo, a preocupação com o ambiente poluído *Poluição* (3 itens - e.g., “Evito estar em ambientes saturados de fumo de tabaco”); o terceiro, com o exercício - *Exercício* (3 itens - e.g., “Ando a pé ou de bicicleta diariamente”), o quarto, o cuidado com as relações sexuais - *Sexual* (3 itens - e.g., “Evito ter relações sexuais com pessoas que conheço mal”); o quinto, com a prevenção das doenças - *Prevenção* (3 itens - e.g., “Vou anualmente ao médico fazer um *checkup*”); o sexto, o cuidado com as drogas semi-legais - *Drogas* (2 itens - e.g., “Evito utilizar estimulantes mesmo em épocas de exames”); o sétimo, a preocupação com as bebidas alcoólicas - *Álcool* (2 itens - e.g., “Não bebo mais de uma bebida alcoólica por dia”); o oitavo, a preocupação com o tabaco e medicamentos - *Risco* (2 itens - e.g., “Evito tomar medicamentos sem serem receitados pelo médico”); o nono, os cuidados com o transporte automóvel - *Auto* (2 itens - e.g., “Quando guio, ou quando viajo nalgum veículo, gosto de me manter dentro dos limites de velocidade”); e o décimo, a protecção da saúde - *Protecção* (2 itens - e.g., “Durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado”). A análise de consistência interna para a versão portuguesa, revelou, para todos os factores, valores de *alpha* de Cronbach acima dos 0.60; e um coeficiente de Spearman-Brown de 0.74.
- *Escala de Estado de Saúde (EES)* (Albuquerque, 1999). Constituída por 19 itens (num formato tipo Likert com 5 categorias de resposta) permite avaliar dimensões de saúde física e psicológica. Numa amostra de 948 indivíduos portugueses, que serviu para a sua construção, o autor obteve elevados valores de consistência interna nos três factores que a integram, a saber: *Saúde física* - *alpha* = 0.78 (7 itens - e.g., “Por razões físicas não consigo fazer algumas coisas que desejaria fazer”); *Saúde psicológica* - *alpha* = 0.86 (6 itens - e.g., “Nas últimas quatro semanas senti-me tão deprimido que nada me animava”); e *Desempenho do*

papel, que avalia a interferência da saúde nas actividades diárias (escolares e não escolares) do sujeito, $\alpha = 0.85$ (6 itens - e.g., “Nas últimas quatro semanas diminuí o tempo gasto a estudar ou noutras actividades”). O valor do coeficiente de Spearman-Brown, para o total da escala, foi de 0.83.

- *General Health Perception Battery (GHPB)* (Brook *et al.*, 1980; versão reconstruída e adaptada para a população portuguesa por Ribeiro, 1993). A *GHPB* permite avaliar a percepção geral de saúde. A versão portuguesa, com a designação de “A Minha Saúde” (AMS), é constituída por 18 itens (numa escala de Likert com 5 categorias de resposta) que se agrupam em quatro factores: *Percepção da saúde actual* (9 itens - e.g., “Sinto-me melhor agora do que em qualquer outro momento da minha vida”), *Percepção da saúde passada* (3 itens - e.g., “Já estive tão doente que pensei que ia morrer”), *Preocupação com a saúde* (4 itens - e.g., “Nunca fico preocupado com a minha saúde”); e *Atitude para com a ida ao médico* (2 itens - e.g., “Não gosto de ir ao médico”). Neste estudo a versão da escala revela uma boa consistência interna, quando se considera a totalidade dos itens ($\alpha = 0.80$), no respeitante aos factores, os valores da consistência interna são todavia substancialmente inferiores, salientando-se o factor percepção da saúde actual ($\alpha = 0.71$) com valores de α de Cronbach superiores aos factores Preocupação com a saúde ($\alpha = .69$), Percepção da saúde passada ($\alpha = 0.66$) e Atitude para com a ida ao médico ($\alpha = 0.65$).

Resultados

Para o tratamento estatístico utilizou-se o programa *STATISTICA 4.1* e foram aplicados os seguintes testes: análise de variância multivariada (MANOVA), para avaliar o efeito do género e da área de formação nos índices totais das variáveis de saúde em estudo; e análise da função discriminante (método *stepwise*), para efectuar o estudo multivariado das diferenças entre grupos e para examinar a forma como múltiplas variáveis discriminadoras ou predictoras se relacionam com a variável dependente.

Relação entre a área de formação e os índices totais das variáveis de saúde

Para o estudo desta relação realizámos uma MANOVA de 2×2 , sexo e área de formação sobre os três índices: Total Estilo de Vida (avaliado pelo inventário O Meu Estilo de Vida), Total Estado de Saúde (avaliado pela Escala de Estado de Saúde) e Total Percepção Geral de Saúde (avaliado pelo questionário A Minha Saúde). O sexo foi incluído nesta análise, como variável independente, já que num estudo prévio, aplicando o teste-*t* de Student para amostras independentes, chegámos à conclusão de que os dois sexos não diferiam significativamente quanto à percepção geral de saúde ($t = 1.77$; $p = 0.076$), mas existiam diferenças altamente significativas ao nível do estilo de vida ($t = -4.35$; $p < 0.001$) e ao nível do estado de saúde ($t = 5.46$; $p < 0.001$).

Os resultados da MANOVA (Tabela 2) revelam existir um efeito principal muito significativo da área de formação sobre os índices totais das variáveis de saúde em estudo (Lambda de Wilks $_{(3, 942)} = 0.962$; $p < 0.001$), como também um efeito muito

significativo da variável sexo (Lambda de Wilks $(3, 942) = 0.937$; $p < 0.001$) e um efeito significativo da interação sexo x área de formação (Lambda de Wilks $(3, 942) = 0.990$; $p = 0.028$).

A análise do efeito área de formação, sobre os índices globais de estilo de vida, estado de saúde e percepção geral de saúde revela que os dois grupos de estudantes (com formação e sem formação na área da saúde) apenas se diferenciam, e de forma muito significativa, no estilo de vida, $F_{(1, 944)} = 30.625$; $p < 0.001$). Atendendo ao valor médio por nós obtido, para o grupo de estudantes que frequenta o curso superior de Enfermagem ($M=100.45$) e ao valor médio apresentado pelo grupo de estudantes que frequenta os cursos superiores sem formação em saúde ($M=95.10$), podemos concluir que são os primeiros que evidenciam melhor estilo de vida.

TABELA 2. MANOVA do sexo e da área de formação sobre os índices de total estilo de vida, total estado de saúde e total percepção geral de saúde.

Sumário de todos o efeitos: 1. Sexo; 2. Área de Formação					
<i>Efeito</i>	<i>Lambda Wilks</i>	<i>R de Rao</i>	<i>G.L. 1</i>	<i>G.L. 2</i>	<i>p</i>
1	0.937	20.996	3	942	0.000
2	0.962	12.214	3	942	0.000
1 x 2	0.990	3.024	3	942	0.028
Efeito Principal: Sexo					
<i>Variáveis dependentes</i>		<i>Média Quadrática</i>	<i>Erro da Média Quadrática</i>	<i>F (1, 944)</i>	<i>p</i>
Total estilo de vida		2721.206	150.789	18.046	0.000
Total estado de saúde		4366.725	124.552	35.059	0.000
Total percepção de saúde		400.949	78.109	5.133	0.023
Efeito Principal: Área de Formação					
<i>Variáveis dependentes</i>		<i>Média Quadrática</i>	<i>Erro da Média Quadrática</i>	<i>F (1, 944)</i>	<i>p</i>
Total estilo de vida		4617.940	150.789	30.625	0.000
Total estado de saúde		7.061	124.552	0.056	0.811
Total percepção de saúde		205.938	78.109	2.636	0.104
Efeito de Interação: Sexo x Área de Formação					
<i>Variáveis dependentes</i>		<i>Média Quadrática</i>	<i>Erro da Média Quadrática</i>	<i>F (1, 944)</i>	<i>p</i>
Total estilo de vida		334.729	150.789	2.219	0.136
Total estado de saúde		676.388	124.552	5.430	0.019
Total percepção de saúde		177.478	78.109	2.272	0.132

A análise do efeito *sexo* revela que o grupo feminino de estudantes se diferencia significativamente do grupo masculino nos três índices estudados (Tabela 2). Aqui, os valores das médias por nós encontrados indicam que, no índice de estilo de vida, são

os homens a apresentar um valor médio ($M=95,72$) mais baixo ao apresentado pelas mulheres ($M=99,83$), pelo que estas evidenciam um estilo de vida significativamente melhor. No índice de estado de saúde os homens obtiveram um valor médio ($M=74,11$) superior ao apresentado pelas mulheres ($M=68,91$), pelo que se pode concluir que são os homens a evidenciar um estado de saúde significativamente superior. Situação idêntica é registada no índice de percepção geral de saúde, no qual é o grupo masculino a apresentar um valor médio ($M=62,40$) superior ao apresentado pelo grupo feminino ($M= 60,82$).

Reportando-nos agora à análise do efeito interação sexo \times área de formação sobre os índices em estudo, os seus resultados revelam existirem apenas diferenças significativas no índice global de estado de saúde, $F_{(1, 944)} = 5.430$; $p = 0.019$) (Tabela 2). A realização de testes *post-hoc* permitiu-nos localizar as diferenças neste índice. Assim, ao compararmos os quatro grupos (múltipla comparação) concluímos que as diferenças são significativas ($p < 0.05$): entre os homens ($M= 72.98$) e as mulheres ($M= 69.83$) que frequentam o curso de Enfermagem; entre os homens do curso de Enfermagem e as mulheres que frequentam os cursos superiores sem formação na área da saúde ($M= 67.99$); entre as mulheres que frequentam o curso de Enfermagem e os homens que frequentam os cursos superiores sem formação na área da saúde ($M= 75.24$); e ainda entre os homens e as mulheres dos cursos superiores sem formação na área da saúde.

Em suma, os resultados obtidos, no estudo da relação entre a área de formação académica e os índices globais das variáveis de saúde, sugerem que são os estudantes com formação na área da saúde (estudantes de Enfermagem) a apresentar valores significativamente mais elevados de estilo de vida, evidencia esta que não se constata ao nível do estado de saúde e percepção geral de saúde, onde não se verificam diferenças significativas. Em relação ao efeito da variável sexo, os resultados revelam que são as mulheres que apresentam melhor estilo de vida, ao contrário dos homens que apresentam melhor estado de saúde e melhor percepção geral de saúde. No contexto da interação sexo \times área de formação, só o índice global de estado de saúde se mostra relacionado com ela. Concretamente, são os homens que frequentam os cursos superiores sem formação na área da saúde que evidenciam o melhor estado de saúde, apresentando as mulheres desses mesmos cursos um estado de saúde menos favorável.

Relação entre a área de formação e os factores das variáveis de saúde

A análise de variância anteriormente efectuada, ao revelar as relações existentes entre os grupos de estudantes, pressupõe que estes se podem igualmente diferenciar nos mais diversos factores/dimensões das escalas que avaliam as variáveis de saúde (estilo de vida, percepção geral de saúde e estado de saúde). Assim, no sentido de se conhecer o conjunto dos factores que melhor discriminam o grupo de estudantes que frequentam o curso de Enfermagem do grupo de estudantes que frequentam os cursos superiores sem formação na área da saúde, foi utilizada uma análise da função discriminante. Porém, antes de efectuada a análise dos dados, confrontámo-nos com o problema da multicolinearidade existente entre os factores e os totais das escalas, notória através das elevadas correlações encontradas entre eles. Para contornar esta limitação optamos por utilizar como variáveis independentes, nos modelos discriminan-

tes, apenas as pontuações referentes aos factores das escalas que avaliam as variáveis de saúde.

Nas tabelas seguintes são apresentados os resultados das duas análises discriminantes levadas a efeito. Isto é, contrariamente ao preconizado aquando do estudo dos índices totais, foram efectuadas análises separadamente com os estudantes que frequentam os primeiros e terceiros anos dos cursos. Ou seja, efectuámos uma primeira análise com os estudantes do terceiro ano e uma outra com os do primeiro ano lectivo dos respectivos cursos. Neste sentido, pretendíamos investigar, por um lado, se os estudantes com e sem formação na área da saúde se diferenciavam ou não, entre si, quer no ano inicial quer no ano terminal do curso; e, por outro, se os factores das variáveis de saúde que os diferenciam no primeiro ano são eventualmente os mesmos que os diferenciam no terceiro ano.

Resultados da análise da função discriminante: estudantes do 3º ano do curso de Enfermagem versus estudantes do 3º ano dos cursos superiores sem formação em saúde

Ao analisarmos os resultados da análise da função discriminante (Tabela 3) constatamos que esta é estatisticamente significativa como um todo, $F_{(4, 397)} = 25.08$; $p < 0.001$), existindo diferenças multivariadas entres os dois grupos de estudantes (com *versus* sem formação na área da saúde). O valor Lambda de Wilks, que indica a potência discriminativa e a relevância da função, é de 0.798, o que corresponde a 20.20% da variância nos valores discriminantes explicada pela pertença ao grupo.

TABELA 3. Análise da Função Discriminante entre os grupos de astudantes a frequentar o 3º ano do curso de Enfermagem vs. 3º ano dos cursos sem formação na área da saúde.

<i>Variável</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Prevenção - OMEV	81.58	0.000
Saúde Física - EES	5.97	0.014
Drogas - OMEV	5.22	0.022
Nutrição - OMEV	4.71	0.030
Lambda de Wilks = 0.798 _(4, 397)		$F = 25.08$; $p = 0.000$

Relativamente à eficácia classificativa da função discriminante, avaliada através da matriz de classificação obtida (Tabela 4), constatamos que esta permite uma percentagem de 76.86% de acertos totais, ou seja, em 402 estudantes, 309 são classificados correctamente. Em relação aos dois grupos a eficiência classificativa mostra-se maior para o grupo de estudantes que frequenta o terceiro ano do curso de Enfermagem, com 86.94% de acertos correctos neste grupo, o que corresponde a 233 estudantes classificados correctamente contra 35 estudantes mal classificados. Para o grupo de estudantes que frequenta o terceiro ano dos cursos superiores não relacionados com a área da saúde, a eficiência classificativa é bastante menor, 56.72%, que corresponde a 76 estudantes classificados correctamente e 58 mal classificados.

TABELA 4. Análise da função discriminante entre os grupos de estudantes a frequentar o 3º ano do curso de Enfermagem *vs.* estudantes a frequentar o 3º ano dos cursos sem formação na área da saúde: eficácia da classificação.

<i>Grupo observado</i>	<i>Estudantes Enfermagem</i>	<i>Grupo predito estudantes outros cursos</i>	<i>% classificação correcta</i>
Estudantes Enfermagem (<i>n</i> = 268)	233	35	86.94
Estudantes outros cursos (<i>n</i> = 134)	58	76	56.72
Total	291	111	76.86

A análise da importância relativa das dimensões de saúde para a diferenciação dos grupos, mostra que quatro dos factores contribuem significativamente para a diferenciação entre eles (Tabela 3). Assim, o primeiro e mais importante é o factor Prevenção do inventário O Meu Estilo de Vida, seguido do factor Saúde física da Escala Estado de Saúde; em terceiro lugar entrou o factor Drogas do inventário O Meu Estilo de Vida, seguido do factor Nutrição do mesmo inventário.

Recorrendo aos valores das médias destas variáveis discriminadoras, averiguamos em que sentido se expressam as diferenças entre os grupos (Tabela 5). Assim, constatamos que os estudantes que frequentam o terceiro ano do curso de Enfermagem se diferenciam, dos estudantes que frequentam o terceiro ano dos cursos sem formação na área da saúde, por evidenciarem valores mais elevados relativos aos factores Prevenção, Nutrição e Saúde física e valores menos elevados relativos ao factor drogas. Neste sentido, são os estudantes de enfermagem que: apresentam melhores comportamentos face à prevenção das doenças; melhores cuidados com a alimentação (correspondendo a comportamentos/attitudes mais positivas); classificam melhor a sua saúde física; e revelam menor cuidado com as drogas semi-legais (correspondendo a comportamentos menos cuidadosos do que os estudantes dos cursos sem formação na área da saúde). Saliente-se que nenhum dos factores que avaliam a percepção geral de saúde contribui para discriminar os dois grupos de estudantes.

TABELA 5. Médias e desvio padrões das variáveis de saúde nos grupos de estudantes a frequentar o 3º ano do curso de Enfermagem *vs.* 3º ano dos cursos sem formação na área da saúde.

<i>Grupos Variáveis</i>	<i>3º Ano Enfermagem</i>		<i>3º Ano outros cursos</i>	
	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>
Estilo de vida				
Prevenção	10.32	2.86	7.42	3.32
Drogas	9.14	1.80	9.40	1.36
Nutrição	15.93	4.54	13.88	4.89
Estado de Saúde				
Saúde física	30.83	3.46	29.88	4.03

Resultados da análise da função discriminante: estudantes do 1º ano do curso de Enfermagem versus estudantes do 1º ano dos cursos superiores sem formação em saúde

Com o mesmo objectivo da análise anterior e na tentativa de verificarmos se os estudantes já se diferenciam no primeiro ano, ao nível dos factores dos instrumentos que avaliam as variáveis de saúde em estudo, efectuámos de novo uma análise da função discriminante (método *stepwise*). Os resultados evidenciam que a função obtida é significativa, $F_{(8, 537)} = 11.61$; $p < 0.001$), com um valor de Lambda de Wilks de 0.852, o que corresponde a 14.80% da variância nos valores discriminantes explicada pela pertença ao grupo (Tabela 6).

TABELA 6. Análise da função discriminante entre os grupos de estudantes a frequentar o 1º ano do curso de Enfermagem vs. 1º ano dos cursos sem formação na área da saúde.

<i>Variável</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Álcool - OMEV	24.36	0.000
Atitude com ida ao médico - AMS	17.76	0.000
Saúde física - ES	9.93	0.001
Drogas - OMEV	9.70	0.001
Exercício - OMEV	7.95	0.004
Nutrição - OMEV	6.82	0.009
Auto - OMEV	6.14	0.013
Prevenção - OMEV	4.88	0.027
Lambda de Wilks = 0.852 _(8, 537)		$F = 11.61$; $p = 0.000$

A eficácia classificativa da Função Discriminante avaliada através da matriz de classificação obtida (Tabela 7), revela uma percentagem de 71.97% de acertos totais, ou seja, em 546 estudantes, 393 são classificados correctamente. Em relação aos dois grupos a eficiência classificativa mostra-se maior para o grupo de estudantes que frequenta o primeiro ano do curso de Enfermagem, com 88.95% de acertos correctos neste grupo, que corresponde a 314 estudantes classificados correctamente contra 39 estudantes mal classificados. Para o grupo de estudantes que frequentam o primeiro ano dos cursos sem formação na área da saúde, a eficiência classificativa é reduzida, 40.93%, o que corresponde a 114 estudantes mal classificados contra apenas 79 classificados correctamente.

TABELA 7. Análise da função discriminante dos grupos de estudantes a frequentar o 1º ano do curso de Enfermagem vs. estudantes a frequentar o 1º ano dos cursos sem formação na área da saúde: eficácia da classificação.

<i>Grupo observado</i>	<i>Estudantes Enfermagem</i>	<i>Grupo predito estudantes outros cursos</i>	<i>% classificação correcta</i>
Estudantes Enfermagem (<i>n</i> = 353)	314	39	88.95
Estudantes outros cursos (<i>n</i> = 193)	114	79	40.93
Total	428	118	71.97

Os vários passos seguidos pela análise (Tabela 6) mostram que das oito variáveis aceites pelo modelo, a primeira e mais importante é o factor Álcool do inventário O Meu Estilo de Vida. Em segundo lugar entrou o factor Atitude com a ida ao médico da escala A Minha Saúde (avalia a Percepção Geral de Saúde), seguida do factor Saúde física da Escala Estado de Saúde. Aparecem depois, ainda com valores de *p* significativos, cinco factores do inventário O Meu Estilo de Vida, respectivamente: Drogas, Exercício, Nutrição, Auto (cuidados com o transporte automóvel) e Prevenção. A comparação das médias destas variáveis, que melhor discriminam os dois grupos (Tabela 8), permite-nos constatar que são os estudantes que frequentam o primeiro ano do curso de enfermagem que apresentam: a) maior preocupação com as bebidas alcoólicas, que se traduz por um menor consumo destas bebidas; b) maior cuidado com as drogas semi-legais, correspondendo a comportamentos mais cuidados ou adequados na ingestão destas drogas; c) maior cuidado com a alimentação, correspondendo a comportamentos de saúde mais positivos; d) maiores cuidados com o transporte automóvel; e) melhor opinião acerca da sua saúde física; f) melhor atitude com a ida ao médico, correspondendo a uma atitude mais favorável; g) menor preocupação com o exercício, correspondendo à prática de menos exercício físico; e h) menores comportamentos inerentes à prevenção das doenças.

TABELA 8. Médias e desvio padrões das variáveis de saúde no grupo de estudantes a frequentar o 1º ano curso de Enfermagem vs. 1º ano dos cursos sem formação na área da saúde.

<i>Grupos</i> <i>Variáveis</i>	<i>1º Ano Enfermagem</i>		<i>1º Ano outros Cursos</i>	
	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>
Estilo de vida				
Álcool	8.90	1.93	7.97	2.39
Drogas	9.22	1.60	8.50	2.53
Exercício	7.85	2.87	8.38	2.84
Nutrição	15.08	4.56	13.58	4.58
Auto	8.89	1.37	8.05	1.11
Prevenção	8.63	3.29	8.73	2.98
Estado de Saúde				
Saúde física	30.16	3.94	28.84	4.86
Percepção Geral de Saúde				
Atitude com ida ao médico	7.27	2.42	6.28	2.70

Discussão

Como síntese final dos resultados expressos pelo nosso estudo, julgamos poder afirmar que são os estudantes de Enfermagem a apresentar, de uma forma geral, melhores índices nas variáveis de saúde. Por outro lado, constatamos que o principal contributo para a discriminação dos dois grupos de estudantes que estiveram em análise, quer no primeiro quer no terceiro ano dos respectivos cursos, é dado fundamentalmente pelos factores que avaliam o estilo de vida, seguido daqueles que avaliam o estado de saúde. Esta constatação parece estar de acordo com os resultados obtidos aquando do estudo da relação entre a área de formação e os totais das pontuações das variáveis de saúde, onde se observou que foi apenas sobre o índice global do estilo de vida que o efeito principal da área de formação se revelou significativo. Esta evidência pode, em nosso entender, dever-se ao facto dos estudantes do curso de Enfermagem, contrariamente aos estudantes que frequentam cursos superiores não relacionados com a área da saúde, receberem durante o período de duração do curso formação científica, especificamente direccionada para a vertente da promoção da saúde e de estilos de vida saudáveis. Os nossos resultados parecem ir ao encontro de dados referenciados na literatura (Matos *et al.*, 2000; McIntyre *et al.*, 1997; Ribeiro, 2005; Steptoe e Wardle, 2001), que identificam factores de ordem social, cultural, socioeconómica e outros como estando implicados nos resultados das mais diversas variáveis de saúde, como sejam o estilo de vida ou o próprio estado de saúde.

Num outro contexto, o presente estudo enfatiza o papel que deverá ser atribuído à escola enquanto instituição, também ela, promotora de saúde. A este propósito, entendemos que a escola deverá deixar de ser apenas o espaço de instrução e de socialização para ter que se ocupar também da educação em sentido amplo. Entre as diversas vertentes, a educação para a saúde deverá ocupar um papel determinante. Se considerarmos como

Djours (1996, em Matos *et al.*, 2000, p. 5) que, “a saúde é a capacidade de cada homem, mulher ou criança para criar e lutar pelo seu projecto de vida, pessoal e original, em direcção ao bem estar”, cabe sem dúvida aos sistemas educativos, perante o conhecimento rigoroso das características e dimensão dos problemas de saúde, condicionados pelos comportamentos, construir respostas preventivas que são parte integrante da formação global do cidadão. Os resultados da presente investigação parecem-nos importantes para todos os intervenientes nas áreas da saúde e educação (como por exemplo pais, professores, psicólogos e outros profissionais de saúde) e afiguram-se determinantes na alteração das práticas educativas neste início de milénio. De facto, o estudo alerta para o papel da escola, onde estes jovens passam grande parte do seu tempo, e para a necessidade de ao nível de escola se desenvolverem programas destinados a facilitar e promover nestes jovens escolhas pessoais relacionadas com comportamentos de saúde que, por um lado facilitem a adopção de estilos de vida saudáveis e por outro lado promovam estes comportamentos e estilos de vida saudáveis como um factor de prestígio na relação destes jovens com o seu mundo social.

Num outro âmbito, os dados encontrados, nesta amostra de jovens estudantes universitários, indicam algumas áreas chave de prevenção no contexto escolar, como o consumo de bebidas alcoólicas e uso de drogas semi-legais. A inversão deste cenário implica um esforço de prevenção multifacetado que envolva a instituição de ensino, a família e os prestadores de cuidados de saúde primários. Tal como afirmam McIntyre *et al.* (1997, p. 231), a implementação de “exames médicos e psicológicos mandatários em vários pontos do desenvolvimento da criança, desde a infância até ao jovem adulto, poderia facilitar uma monitorização mais eficaz da saúde física e psicológica, assim como uma prevenção mais eficaz de situações de risco”.

Para finalizar gostaríamos de tecer algumas considerações sobre as limitações do estudo, começando pela constituição da amostra que nos merece alguns comentários. Se por um lado consideramos como aspecto positivo o número total de indivíduos que a constituem (que nos parece adequado para as análises efectuadas) e o facto de ter incluído um grupo de controlo (GEOC, que é equivalente na maioria das variáveis demográficas ao GECE), não podemos deixar de frisar a discrepância existente no número de indivíduos que constituem os dois grupos e ainda o facto de ambos serem constituídos maioritariamente por mulheres (embora este dado evidencie a proporção natural de homens/mulheres nestes cursos). O reduzido número de homens na nossa amostra constitui uma limitação à generalização dos resultados e impõe alguns cuidados na interpretação dos mesmos. Para além deste facto, este estudo apresenta outras limitações, nomeadamente: não devemos esquecer que se trata de um estudo retrospectivo, que apresenta as limitações inerentes a este tipo de estudos. E por fim, os resultados obtidos aconselham a realização de estudos, com metodologia do tipo longitudinal, que permitissem uma “avaliação contínua” dos resultados dos estudantes ao longo do tempo de duração dos cursos.

Estas constatações levam-nos a encarar os resultados obtidos como preliminares. Assim, pensamos que para uma melhor compreensão das relações existentes entre as variáveis em estudo se tornam necessárias futuras investigações longitudinais, com recurso a amostras mais equilibradas e que considerem a influência de outros factores.

Referências

- Albuquerque, C.M. (1999). *Características psicológicas associadas à saúde em estudantes do ensino superior*. Dissertação de Mestrado não publicada. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, Portugal.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Nova York: W.H. Freeman.
- Belar, C.D. e Park, T.L. (2001). Psychological assessment in the medical setting. En A. Vingerhoets (Ed.), *Assessment in Behavioral Medicine* (pp. 1-24). Nova York: Brunner-Routledge.
- Bennett, P. e Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bowling, A (1997). *Measuring Health. A review of quality of life measurement scales*. Buckingham: Open University Press.
- Brook, R., Ware, J., Davies-Averie, A., Stewart, A., Donald, C., Rogers, H., Williams, A. e Johnston, S. (1980). Overview of adults health status measures fielded in Rand's health insurance study. *Medical Care, supl. 17*.
- Cook, T.D. e Campbell, D. (1979). *Quasi experimentation: Design & analysis issues for field settings*. Chicago: Rand McNally.
- DiClemente, R., Hansen, W. e Ponton, L. (1996). Adolescents at risk: A generation in jeopardy. En R. DiClemente, W. Hansen e L. Ponton (Eds.), *Handbook of adolescent health risk behaviour* (pp. 1-5). Nova York: Plenum Press.
- Furer, J.P., Konig-Zahn, C. e Tax, B. (2001). Health status measurement. En A. Vingerhoets (Ed.), *Assessment in behavioral medicine* (pp. 329-352). Nova York: Brunner-Routledge.
- Gerrard, M., Gibbons, F.X., Benthin, A. e Hessling, R. (1996). The reciprocal nature of risk behaviors and cognitions: What you think shapes what you do and vice versa. *Health Psychology, 15*, 344-354.
- Gibbons, F.X. e Gerrard, M. (1995). Predicting young adults' health risk behaviour. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*, 505-517.
- Gibbons, F.X., Gerrard, M., Blanton, H. e Russell, D.W. (2003). Reasoned action and social reaction: Willingness and intention as independent predictors of health risk. En P. Salovey e A.J. Rothman (Eds.), *Social psychology of health* (pp. 78-94). Nova York: Psychology Press.
- Gil, A.C. (1995). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (4ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Hettler, B. (1982). Wellness promotion and risk reduction on university Campus. En M. M. Faber e A.M. Reinhardt (Eds.), *Promoting health through risk reduction* (pp. 99-134). Nova York: Collier MacMillan Publishers.
- Matos, M., Simões, C., Carvalhosa, S. F., Reis, C. e Canha, L. (2000). *A saúde dos adolescentes portugueses: Estudo nacional da rede europeia HBSC/OMS (1998)*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- McIntyre, T.M., Soares, V. e Silva, S. (1997). Hábitos de saúde e comportamentos de risco na adolescência: Implicações para a prevenção. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, 2*, 219-232.
- Montero, I. e León, O.G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 5*, 115-127.
- Norman, P., Bennett, P., Smith, C. e Murphy, S. (1998). Health locus of control and health behaviour. *Journal of Health Psychology, 3*, 171-180.
- Pais, M. e Cabral, V. (2003). *Estudo sobre comportamentos de risco*. Lisboa: Instituto Português da Juventude.
- Pedhazur, E.J. e Schmelkin, L. (1991). *Measurement, design and analysis: An integrated approach*. New Jersey, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.

- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. e Norcross, J.C (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviours. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Ramos-Álvarez, M. M. e Catena, A. (2004). Normas para la elaboración y revisión de artículos originales experimentales en Ciencias del Comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 173-189.
- Ribeiro, J.L. (1993). *Características psicológicas associadas à saúde em estudantes, jovens, da cidade do Porto*. Dissertação de Doutoramento não publicada. Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Ribeiro, J.L. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Rothman, A.J. (2000). Toward a theory-based analysis of behavioral maintenance. *Health Psychology*, 19, 64-69.
- Sedas Nunes, A. (1970). A composição social da população portuguesa. *Análise Social*, II, 331-381.
- Snel, J. e Twisk, J. (2001). Assessment of life style. En Vingerhoets (Ed.), *Assessment in Behavioral Medicine* (pp. 245-275). Nova York: Brunner-Routledge.
- Steptoe, A. e Wardle, J. (2001). Locus of control and health behaviour revisited: A multivariate analysis of young adults from 18 countries. *British Journal of Psychology*, 92, 659-672.
- Sussman, S., Unger, J.B. e Dent, C.W. (2004). Peer group self-identification among alternative high school youth: A predictor of their psychosocial functioning five years later. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 9-25.
- Weinstein, N. D. (2003). Testing four competing theories of health protective behavior. En P. Salovey e A.J. Rothman (Eds.), *Social psychology of health* (pp. 33-49). Nova York: Psychology Press.
- White, C.A. (2001). *Cognitive behaviour therapy for chronic medical problems*. Chichester: Wiley.