



**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

**MARCOS ANDRÉ ALMEIDA OLIVEIRA**

***A INFLUÊNCIA DO DESPORTO UNIVERSITÁRIO NA  
PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS***

**ARTIGO CIENTÍFICO**

**ÁREA CIENTÍFICA DE CLÍNICA GERAL**

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:  
PROFESSOR DOUTOR JOSÉ MANUEL SILVA  
DRª FÁTIMA BRANCO**

**MAIO 2014**

## ÍNDICE

ÍNDICE.....	1
RESUMO .....	2
ABSTRACT .....	4
INTRODUÇÃO.....	6
MATERIAIS E MÉTODOS.....	9
Tipo de estudo .....	9
Amostra .....	9
Instrumentos e Procedimentos.....	10
RESULTADOS .....	12
Caracterização sócio-demográfica da Amostra .....	12
Perfil Antropométrico.....	14
Caracterização dos Estilos de Vida .....	15
Desporto Universitário .....	24
Satisfação geral com a vida .....	26
DISCUSSÃO.....	27
CONCLUSÃO.....	33
AGRADECIMENTOS .....	35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	36

## RESUMO

**Introdução:** Os casos de sedentarismo no ensino superior são inúmeros, apresentando um grande decréscimo de exercício físico do ensino obrigatório para o ensino voluntário. O Desporto Universitário, como promotor de competições entre universidades, apresenta-se como uma oportunidade de exercício dentro desta comunidade. O objectivo deste estudo é avaliar o impacto do Desporto Universitário nos estilos de vida dos estudantes do ensino superior em Coimbra.

**Métodos:** Estudo descritivo-correlacional entre uma população de 107 atletas do Desporto Universitário, participantes nas secções desportivas da Associação Académica de Coimbra e de torneios universitários de basquetebol, andebol e futsal, e uma população comparativa de 179 não atletas dentro do Mestrado Integrado em Medicina da Universidade de Coimbra. Os dados foram recolhidos a partir de um questionário e foi colectada informação acerca dos consumos de tabaco, álcool, drogas ilícitas e hábitos alimentares, assim como a prática de desporto fora da universidade e, numa última instância, a satisfação geral com a vida. No final, foram realizadas análises descritivas juntamente com o teste Qui-quadrado e o teste ANOVA.

**Resultados:** As principais medidas de resultados neste estudo são o consumo de tabaco, álcool e hábitos alimentares. A frequência de fumadores dentro dos atletas é 17,8 % e dentro dos não atletas é 9,5 %, apresentando se como estatisticamente significativas as diferenças encontradas. No consumo de bebidas alcoólicas não foi encontrada relação estatisticamente significativa com a prática de Desporto Universitário, apresentando consumo em 76,6 % dos atletas e 80,4 % dos não atletas. O mesmo se passou com o consumo excessivo de bebidas, ocorrendo em 47 % dos atletas e 53,4 % dos não atletas. A análise estatística aos hábitos

alimentares revelou uma relação significativa com a prática de Desporto Universitário no que diz respeito a cereais e derivados, hortícolas, carnes, pescado e ovos, frutas, lacticínios e gorduras e óleos. Apresentando os praticantes com um consumo mais baixo de todos os alimentos, comparativamente aos não praticantes.

**Conclusão:** O Desporto Universitário continua a ser uma excelente opção para a prática desportiva dentro de estudantes no ensino superior, apesar de neste estudo não revelar benefícios nas alterações dos estilos de vida.

**PALAVRAS-CHAVES:**

Estilos de vida saudáveis; Desporto Universitário; Coimbra; Medicina; Promoção de saúde.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** There are numerous cases of sedentary lifestyle in college students, showing a great decrease of physical exercise from compulsory education to further education. The University Sports, as a promoter of the competition between universities, presents itself as an opportunity to practice physical exercise within this community. The aim of this study is to evaluate the lifestyle impact of University Sports on higher education students in Coimbra.

**Methods:** Descriptive-correlational study among a population of 107 University Sports athletes, participants in the Associação Académica de Coimbra's sports sections and in college tournaments of basketball, handball, and futsal, with a comparative population of 179 non-athletes within the Medical students of the University of Coimbra. The data was collected through a survey and it was gathered information about the consumption of tobacco, alcohol, illicit drugs and dietary habits, as well as sporting activities outside the university, and in a last instance, the overall life satisfaction. At the end, descriptive analysis and the chi-square test and ANOVA have been applied.

**Results:** The main outcome measures in this study are the use of tobacco, alcohol and eating habits. The frequency of smoking within the athletes is 17.8 % and within the non-athletes is 9.5 %, this differences are statistically significant. The consumption of alcoholic beverages has no statistically significant relationship with the practice of University Sports, with the consumption in 76.6% of athletes and 80.4 % in non-athletes. The same happened with the excessive consumption of alcohol, occurring in 47% of athletes and 53.4 % of non-athletes. The statistical analysis of the dietary habits revealed a significant relationship with the practice of University Sports in what concerns of cereals and derivatives, vegetables, meat,

fish and eggs, fruits, dairy products and fats and oils. The athletes presented a lower consumption of all the foods compared to non-athletes.

**Conclusion:** The University Sports continues to be an excellent option for sports practice within students in higher education, although this study did not reveal the benefits of lifestyle changes.

**KEYWORDS:**

Healthy lifestyles; Sports University; Coimbra; Medicine; Health promotion.

## INTRODUÇÃO

Quando falamos em estilos de vida saudáveis podemos definir como formas de vida baseadas em padrões identificáveis de comportamento determinados pela interação entre as características individuais e as condições sociais, económicas e ambientais, que contribuem para promover a saúde e evitar a doença. No seu estudo, classicamente são privilegiados o consumo de tabaco, consumo de álcool, hábitos alimentares e actividade física, assim como o consumo de drogas ilícitas.(1)

Se entre os consumos e hábitos alimentares a definição está implícita, já a actividade física (AF), segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), entende-se como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que requer dispêndio de energia. AF inclui exercício físico, assim como outras actividades que envolvem o movimento corporal e são feitas através de jogos, trabalho, actividades domésticas e recreativas. O termo AF nunca deve ser confundido com exercício físico (EF), que, sendo uma subcategoria da AF, é uma actividade planeada, estruturada, repetitiva e tem como objectivo a manutenção ou melhora da capacidade física. (2) O relacionamento da prática de actividade física com melhores estilos de vida e padrões de saúde são amplamente difundidos, de tal modo que AF regular, moderada a intensa – como andar, andar de bicicleta, ou participar em desportos – tem benefícios significativos para a saúde do indivíduo. Deste modo, maior AF foi associada a menor risco de todas as causas de mortalidade, nomeadamente, menor risco de desenvolver doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2, hipertensão arterial, obesidade, osteoporose e depressão(3).

Por outro lado, o sedentarismo, definido como falta de actividade física suficiente em indivíduo que gasta poucas calorias por semana com actividades ocupacionais(4), foi

identificado, pela OMS, como o quarto principal factor de risco para mortalidade global causando cerca de 3,2 milhões de mortes em todo o mundo. No entanto, apenas nos últimos 30 a 40 anos, foi confirmado que o baixo nível de atividade física é fator de risco para o desenvolvimento de doenças crónicas não-transmissíveis.

A diminuição do EF tem sido observado durante a transição entre a adolescência e a idade adulta, com um maior declínio a ocorrer com a entrada no ensino superior. Sendo que o EF diminui com a idade, diminuindo mais acentuadamente no final da adolescência (entre os 15-18 anos) e início da idade adulta (entre os 20-25 anos), momento crítico em que se fixam comportamentos de sedentarismo. Uma investigação realizada por Calfas, Sallis, Lovato e Campbell revelou que 47% dos estudantes norte-americanos diminuían os níveis de EF quando entravam na universidade e estudos recentes em universidades espanholas apontaram para um elevado sedentarismo da comunidade universitária. (5)

Em Portugal, o EF tem carácter obrigatório, pela frequência de aulas de educação física durante o período escolar obrigatório (4º ao 12º ano), e de uma forma geral, os estudantes universitários não parecem estar preparados para a transição entre EF imposto e o voluntário.(6) No entanto, a adopção de comportamentos protectores de saúde na infância, adolescência e idade adulta condiciona uma melhoria da qualidade de vida adulta e na velhice.(7)

Apresentando-se o percurso individual de saúde como inconstante, existem necessidades específicas e momentos particularmente importantes - Períodos Críticos - que, pela forma como decorrem, influenciam diretamente, de forma positiva ou negativa, as fases seguintes da vida. O médico de medicina geral e familiar (MGF), como um acompanhante de todas as fases da vida dos seus utentes, pode intervir nestes momentos - Janelas de

Oportunidade - promovendo e protegendo a saúde, o que pode ter elevada relevância a médio e a longo prazo. (8)

Neste sentido, o Desporto Universitário (DU), que é composto por um conjunto de práticas lúdicas, desportivas e de formação, sendo considerado uma actividade extra-curricular (9), aparece como uma oportunidade, por parte da MGF, de promover a prática desportiva e combater o sedentarismo no seio dos estudantes universitários.

O DU surgiu no século XIX na Inglaterra e foi introduzido nas universidades para melhor gerir o tempo livre dos estudantes das classes dominantes e ascendentes. Na sequência da realização de vários torneios foram surgindo interesses em formar uma associação do desporto universitário. Foi então que em 1949, constituiu-se oficialmente a International University Sports Federation (FISU), como instituição máxima do desporto universitário. Em Portugal, desde a 1930 que é praticado DU, um serviço integrado na Direcção de Serviços Universitários da Mocidade Portuguesa, mas só mais tarde, a 2 de março de 1990, foi criada oficialmente a actual Federação Académica do Desporto Universitário (FADU).

Com o presente estudo, pretende-se comparar a prática desportiva entre estudantes universitários decorrente do DU com os restantes estudantes do ensino superior, relacionando os seus estilos de vida, nomeadamente, hábitos alimentares, consumo de tabaco, de álcool e de drogas. Pretendendo, deste modo, encontrar uma relação que justifique uma maior promoção e apoio junto do DU, quer pelas universidades, quer pelo próprio clínico geral.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

### **Tipo de estudo**

Este estudo insere-se no domínio descritivo-correlacional, tendo sido realizado a alunos da Universidade de Coimbra em Janeiro de 2014.

### **Amostra**

A selecção da amostra foi realizada através da passagem do questionário nas diferentes secções desportivas da Associação Académica de Coimbra (remo, ténis, rugby, judo, badminton, natação e kickboxing) em 60 distribuídos, obteve-se o retorno de 56,7 % (n=34), apresentando-se os restantes questionários por devolver, por preencher ou invalidados por falta de respostas. Devido a este baixo retorno, optou-se por realizar uma amostragem por conveniência, ou seja, uma amostragem não probabilística formada pelos atletas que estiveram presentes e acessíveis nos dias dos torneios de Futsal, Andebol e Basquetebol. A amostra foi constituída por 107 atletas da Universidade de Coimbra (61,7 % sexo masculino, 38,3 % sexo feminino), de um total de aproximadamente 800 participantes, considerada pela European University Sports Association em 2011 e 2012 como sendo a melhor universidade do mundo em desporto universitário, com idades compreendidas entre 18 e 32 (média  $\pm$  desvio padrão = 21,88  $\pm$  2,65).

Para estudo comparativo, escolhi a população da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) por facilidade de acesso e digitalizei o questionário que coloquei em circulação através das redes sociais, correio electrónico e blogs das comissões de todos os anos do mestrado integrado em medicina (MIM). Foi usada uma amostra de 179 alunos da FMUC (34,1 % sexo masculino, 65,9 % sexo feminino), de um total de 1766, com idades compreendidas entre 18 e 32 anos (média  $\pm$  desvio padrão = 22,70  $\pm$  2,07).

## **Instrumentos e Procedimentos**

Procedeu-se à realização de um questionário, constituído por uma compilação de perguntas de um inquérito sobre “Motivações dos estudantes do ensino superior para a prática desportiva” realizado na Universidade do Porto (10), os quais foram devidamente validados, sendo o seu proprietário notificado e acordado com a sua utilização.

A parte inicial diz respeito às características sócio-demográficas: Idade, sexo, nacionalidade, altura e peso – calculando e escalando o Índice de Massa Corporal (IMC) – o curso que frequenta e a descrição da composição do agregado familiar, para posterior categorização pelo autor por tipo de família segundo Caniço(11).

Numa segunda parte, questionaram-se os estilos de vida começando pelos hábitos tabágicos, questionando o eventual consumo. Para categorização dos fumadores, foram usadas questões importadas de circulares normativas da Direcção Geral da Saúde (DGS)(12) de modo a calcular as Unidades Maço Ano (UMAs) consumidas.

Para o consumo de drogas ilícitas, foram inquiridos acerca do consumo de cannabis, cocaína, drunfos, anfetaminas, alucinogénios, snifados e inalados, ecstasy, heroína e outros opiáceos segundo a OMS (13), aos consumidores, foi questionada a frequência e idade com que iniciou o consumo.

Nos hábitos alcoólicos inicialmente questionou-se o seu consumo. Nas respostas afirmativas foram inquiridos quanto ao tipo de bebida ingeridas usualmente, sendo posteriormente categorizadas pelo autor em bebidas fermentadas, destiladas e fermentadas e destiladas(14), numa última instância, foi usado o teste AUDIT-C para identificar consumos excessivos (15,16).

Continuando para os hábitos alimentares, foi colocada uma tabela com os diferentes alimentos (cereais e derivados, hortícolas, frutas, lacticínios, carnes, pescado e ovos,

leguminosas e doces e pastelaria) (17) e 7 categorias de frequência de consumo. Foi igualmente questionado o consumo de água, sob a forma de copos/ dia e o número de refeições feitas, em média/ dia.

Foram questionados igualmente os hábitos desportivos onde se inquiriu se, fora da universidade, pratica ou praticava algum tipo de desporto dando 4 opções de escolha. De seguida perguntou-se qual(ais) eram o(s) desporto(s) que praticava regularmente e se estariam inseridos num clube, num ginásio/academia ou outro.

No que concerne ao DU, questionou-se todos os inquiridos acerca da sua participação, qual o desporto que pratica nesse âmbito e a sua frequência diária, usando 5 hipóteses, e horária, usando 8 hipóteses.

O questionário terminou com afirmações acerca da sua satisfação geral com a vida, no momento do preenchimento do questionário, às quais os inquiridos deviam selecionar uma de cinco opções, entre discordo totalmente e concordo totalmente.

No tratamento estatístico, os dados foram analisados usando o programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®), versão 20.0, sendo realizado o tratamento de estatística descritiva (frequência e percentagem) juntamente com o teste Qui-quadrado e o teste ANOVA. O nível de significância adoptado para a aceitação de diferenças estatisticamente significativas foi de 0,05.

## RESULTADOS

### Caracterização sócio-demográfica da Amostra

A caracterização da amostra visa analisar algumas dimensões que podem interferir na comparabilidade entre atletas e não atletas do DU.

Em relação ao **sexo**, dos duzentos e oitenta e seis indivíduos que compõem a amostra, 44,4 % são do sexo masculino e 55,6 % são do sexo feminino (Tabela 1).

Dentro dos atletas de DU apurou-se que 61,7 % da amostra são do sexo masculino e 38,3 % do sexo feminino. Os não atletas, 34,1 % são do sexo masculino e 65,9 % do sexo feminino.

Através do teste de Qui-quadrado ( $\chi^2$ ), verificou-se que o nível de significância é menor que 0,05, deste modo, há diferença estatisticamente significativa entre o sexo dos inquiridos sendo atleta ou não atleta de DU ( $\chi^2=20,670$ ;  $p=0,00$ ).

Os inquiridos têm **idades** compreendidas entre 18 e 32 anos, com uma média de 22,39 e um desvio padrão de 2,33 (Tabela 1).

Dentro do grupo de atletas de DU constatou-se que a média de idade é 21,88 com um desvio padrão de 2,65 e que os não atletas têm uma média de 22,70 com desvio padrão de 2,07.

Através do teste ANOVA ( $F=8,504$ ;  $p=0,004$ ) verificou-se haver diferença estatisticamente significativa na média de idade dos estudantes entre atletas e não atletas do DU.

Quando questionados acerca do **tipo de família**, 74,5 % afirmaram pertencer a uma família nuclear, 13,3 % pertencente a uma família mononuclear, 5,6 % numa família de prole extensa (numerosa), 5,2 % numa família unitária e 1 % compõem uma díade nuclear (Tabela 1).

Pelo teste de  $\chi^2$ , verificou-se que o nível de significância é maior que 0,05, deste modo, não há diferença estatisticamente significativa entre o tipo de família dos inquiridos sendo atleta ou não atleta de DU ( $\chi^2=4,617$ ;  $p=0,329$ ).

**Tabela 1** - Variáveis de caracterização da amostra: Sexo, idade e tipo de família.

		<b>Atletas do DU (n = 107)</b>	<b>Não Atletas (n = 179)</b>	<b>Todos (n = 286)</b>
<b>Sexo</b>	<b>Masculino</b>	66	61	127
		61,7%	34,1 %	44,4 %
	<b>Feminino</b>	41	118	159
		38,3 %	65,9 %	55,6 %
		<b><math>\chi^2 = 20,670</math>   <math>p = 0,00</math></b>		
<b>Idade</b>	<b>Mínimo</b>	18	18	18
	<b>Máximo</b>	32	32	32
	<b>Média</b>	21,88	22,70	22,39
	<b>Desvio padrão</b>	2,66	2,07	2,33
		<b><math>F = 8,504</math>   <math>p = 0,004</math></b>		
<b>Tipo de família</b>	<b>Família nuclear</b>	76	138	214
		71,0 %	77,1 %	74,8 %
	<b>Família de prole extensa</b>	6	10	16
		5,6 %	5,6 %	5,6 %
	<b>Família monoparental</b>	17	21	38
		15,9 %	11,7 %	13,3 %
	<b>Família unitária</b>	8	7	15
		7,5 %	3,9 %	5,2 %
	<b>Díade nuclear</b>	0	3	3
		-	1,7 %	1 %
		<b><math>\chi^2 = 4,617</math>   <math>p = 0,329</math></b>		

Quanto à **nacionalidade**, 283 pessoas disseram ser portuguesas e apenas 3 pessoas disseram ser angolanos (n=2) e luso-descendente (n=1), ambos dentro da amostra de atletas de DU.

### Perfil Antropométrico

**Tabela 2** – Distribuição da amostra segundo IMC

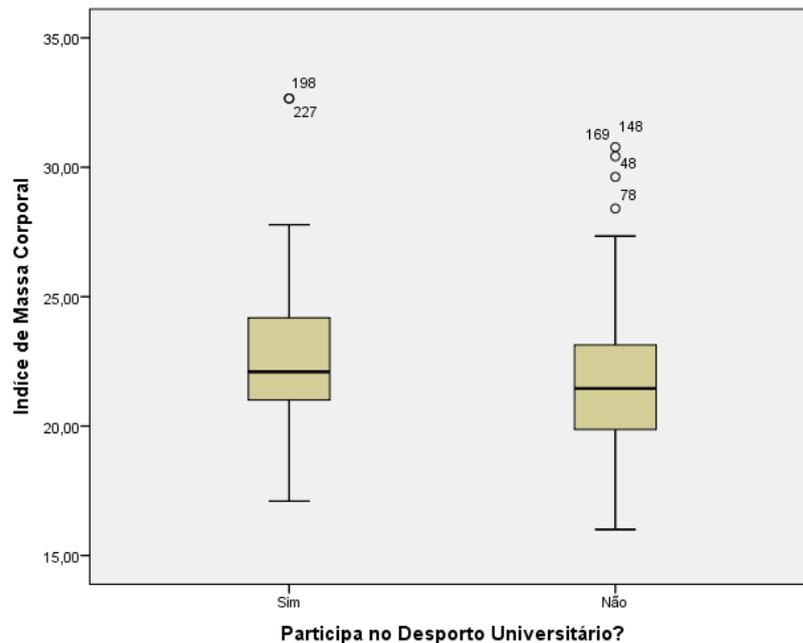
	<b>Atletas do DU (n = 107)</b>	<b>Não Atletas (n = 179)</b>	<b>Todos (n = 286)</b>
<b>Baixo peso</b>	4 3,7 %	16 8,9 %	20 7,0 %
<b>Peso ideal</b>	85 79,4 %	144 80,4 %	229 80,1 %
<b>Excesso de peso</b>	16 15,0 %	17 9,5 %	33 11,5 %
<b>Obesidade classe I</b>	2 1,9 %	2 1,1 %	4 1,4 %
<b>F = 10,618   p = 0,01</b>			

No que respeita ao **IMC** dos entrevistados, pela aplicação do cálculo(18) depreende-se que 7 % apresentam baixo peso (< 18,5), 80,1 % têm o peso ideal (18,5 a 24,9), 11,5 % revelam excesso de peso (25 a 29,9) e 1,4 % apresentam obesidade classe 1 (30 a 34,9) (Tabela 2). De notar que entre os inquiridos existem valores de IMC entre 16,00 e 32,66, com uma média de 22,06 e desvio padrão de 2,63.

No grupo dos atletas de DU, o IMC médio é 22,71 com um desvio padrão de 2,64 e no grupo dos não atletas, o IMC médio é 21,68 e o desvio padrão de 2,56 (Gráfico 1).

Através do teste estatístico ANOVA verificou-se que há diferença estatisticamente significativa na média do IMC dos estudantes inquiridos entre atleta ou não atleta de DU ( $F=10,618$ ,  $p=0,01$ ).

**Gráfico 1** - Distribuição da amostra em relação ao IMC.



## Caracterização dos Estilos de Vida

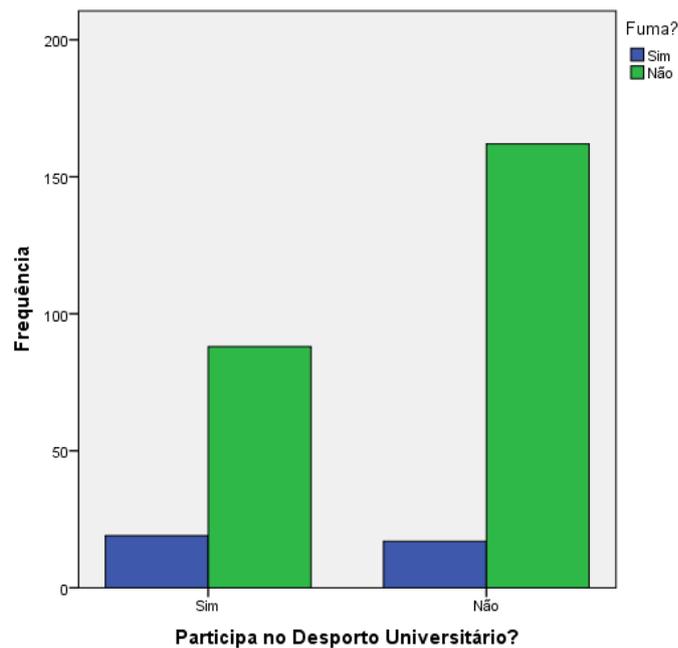
### CONSUMO DE TABACO

Quando questionados sobre o consumo de tabaco, 12,6 % dos duzentos e oitenta e seis inquiridos afirmaram fumar e 87,4 % referiram não o fazer (Tabela 3). A frequência de fumadores dentro dos atletas de DU é 17,8 % e dos não atletas é 9,5 % (Gráfico 2).

A utilização do teste  $\chi^2$  de independência permite afirmar que o consumo de tabaco é dependente da participação no DU ( $\chi^2=4,152$ ;  $p=0,042$ ).

Dentro dos fumadores, analisou-se a quantidade em UMAs de tabaco e foi possível depreender que os atletas têm uma média de 2,58 com um desvio padrão de 1,99 e os não atletas têm uma média de 1,46 com um desvio padrão de 1,34.

**Gráfico 2** - Distribuição percentual da incidência de fumadores no estudo pelos atletas de DU e não atletas.



## CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS

Dentro de duzentos e oitenta e seis inquiridos, 7,7 % responderam que consumiam drogas ilícitas (7,3 % cannabis e 0,3 % drunfos) os restantes 92,3 % referem não consumir (Tabela 3).

Devido ao baixo número de consumidores (<10 %), o teste de hipóteses não é significativo pelo que não se aplicou.

**Tabela 3** - Variáveis de caracterização dos estilos de vida: Tabaco, drogas e álcool.

	<b>Atletas do DU (n = 107)</b>	<b>Não Atletas (n = 179)</b>	<b>Todos (n = 286)</b>	
<b>Tabaco</b>	<b>Fumador</b>	19	17	36
		17,8 %	9,5 %	12,6%
	<b>Não fumador</b>	88	162	250
		82,2 %	90,5 %	87,4 %
<b><math>\chi^2 = 4,152; p = 0,042</math></b>				
<b>Drogas ilícitas</b>	<b>Não consumidor</b>	99	165	264
		92,5 %	92,2 %	92,3 %
	<b>Cannabis</b>	8	13	21
		7,5 %	7,3 %	7,3 %
	<b>Drunfos (sedativos)</b>	0	1	1
	-	0,6 %	0,3 %	
<b>Teste de hipóteses não aplicado</b>				
<b>Álcool</b>	<b>Sim</b>	82	144	226
		76,6 %	80,4 %	79 %
	<b>Não</b>	25	35	60
		23,4 %	19,6 %	21 %
<b><math>\chi^2 = 0,157; p = 0,692</math></b>				

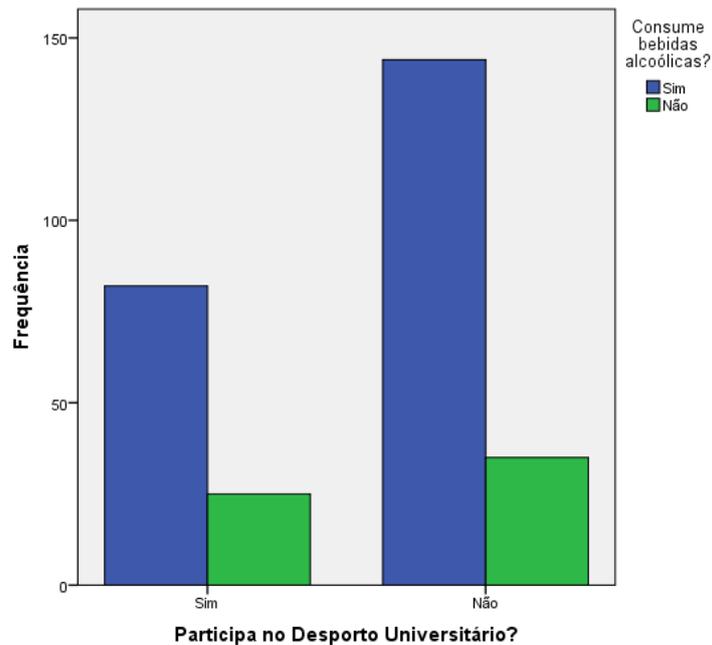
### CONSUMO DE ÁLCOOL

Inquiridos acerca da habitual ingestão de bebidas alcoólicas, 79 % afirmou consumir álcool e 21 % negou (Tabela 3).

No que concerne aos atletas de DU, 76,6 % referiu consumir bebidas alcoólicas enquanto os não atletas reportaram em 80,4 % dos seus questionários (Gráfico 3).

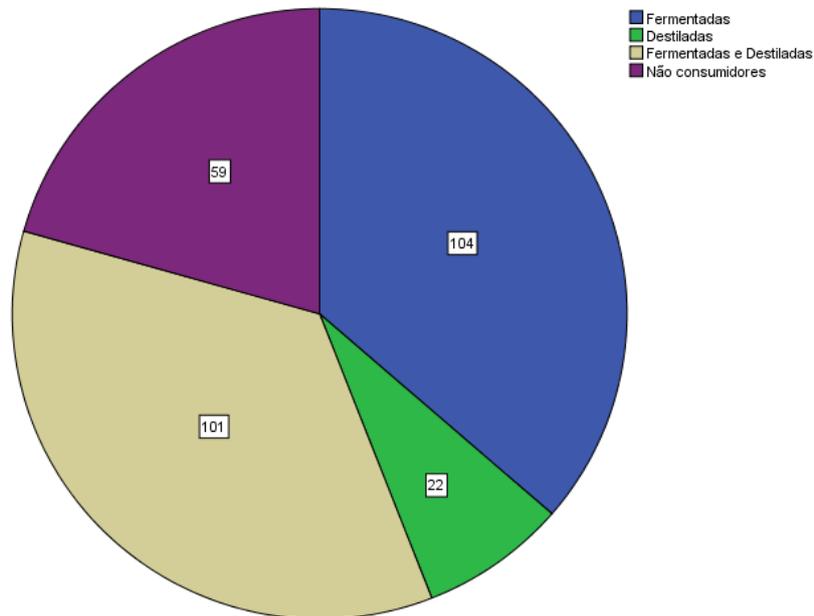
Para avaliar a dependência do consumo de bebidas alcoólicas com a participação no DU recorreu-se ao teste de  $\chi^2$  onde a análise estatística inferencial possibilita afirmar que o consumo de álcool é independente da prática de DU ( $\chi^2=0,157$ ;  $p=0,692$ ).

**Gráfico 3** - Distribuição do consumo de bebidas alcoólicas pelos praticantes de DU.



Os consumidores foram questionados quanto ao **tipo de bebidas** usualmente ingeridas, onde 45,8 % referiu bebidas fermentadas, 9,7 % apenas bebidas destiladas e 44,5 % afirmou ingerir ambos os tipos (Gráfico 4). Pelo teste de  $\chi^2$ , verificou-se a independência do tipo de bebida em relação à prática de DU ( $\chi^2=0,742$ ;  $p=0,690$ ).

**Gráfico 4** - Quantidade de consumidores de bebidas alcoólicas divididas pelo tipo de bebidas ingeridas.



No que respeita ao teste **AUDIT-C** a média  $4.79 (\pm 1,93)$  sugere um consumo perto do abusivo de bebidas alcoólicas, verificando-se o valor mais elevado em atletas de DU, com média de  $4,89 (\pm 2,16)$  e depois os não atletas com média de  $4,74 (\pm 1,78)$  (Tabela 4).

De notar que cerca de 50,2% ( $n=114$ ), do total da amostra, apresenta valores de AUDIT que sugerem consumo abusivo ( $\geq 5$ ), numa fracção de 47 % dos atletas de DU e 53,4 % dos não atletas.

O resultado do teste ANOVA mostra não existir diferença estatisticamente significativa nos valores do AUDIT-C dos atletas e não atletas, sendo então independentes ( $F=0,342$ ;  $p=0,559$ ).

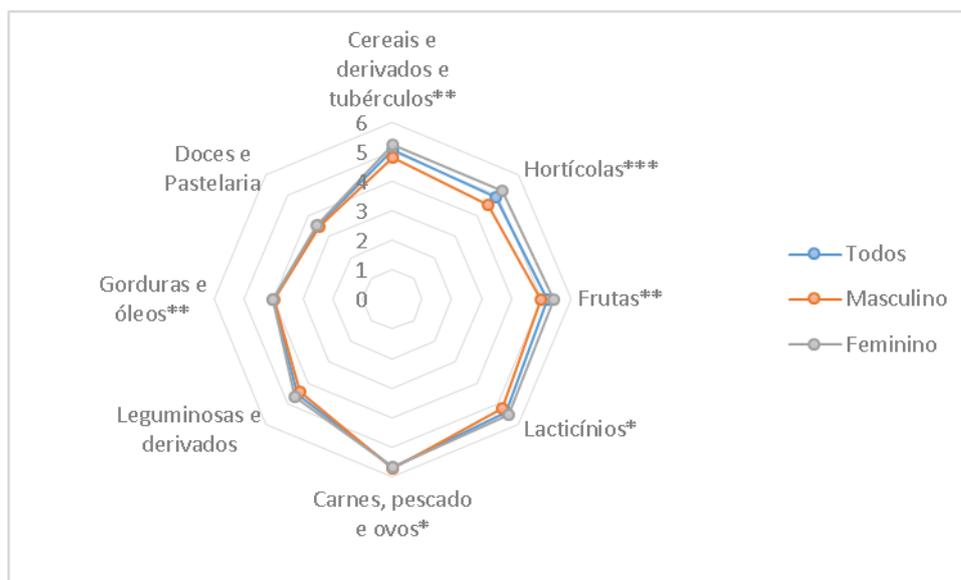
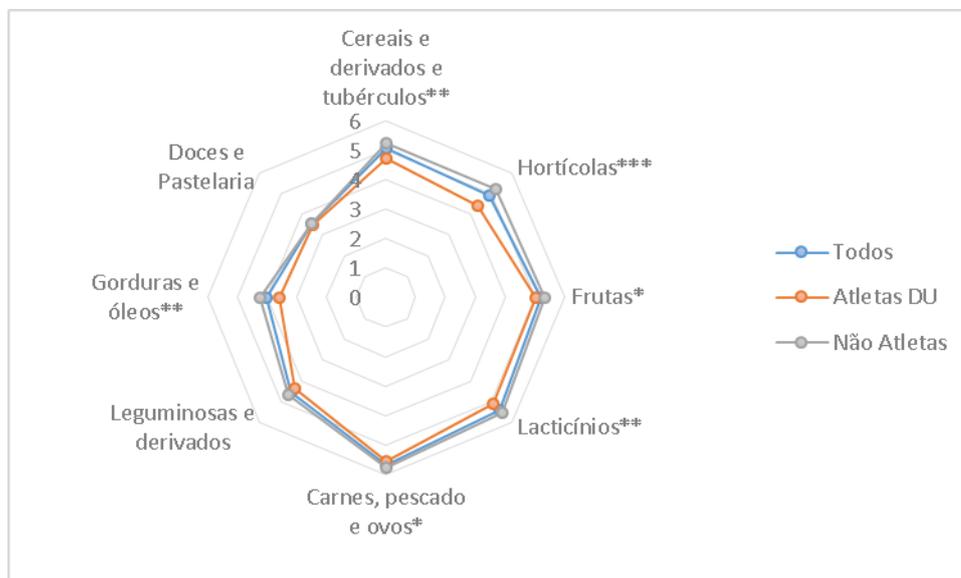
**Tabela 4 – Teste AUDIT-C.**

	<b>Atletas do DU (n = 107)</b>	<b>Não Atletas (n = 179)</b>	<b>Todos (n = 286)</b>
<b>Mínimo</b>	1	2	1
<b>Máximo</b>	10	10	10
<b>Média</b>	4,89	4,74	4,79
<b>Desvio padrão</b>	2,16	1,78	1,97
<b>F = 0,342    p = 0,559</b>			

### HÁBITOS ALIMENTARES

No âmbito dos hábitos alimentares, categorizando por alimentos, no total da amostra conclui-se que o consumo de cereais e tubérculos é de 5,05 ( $\pm 1,45$ ), de hortícolas é 4,91 ( $\pm 1,33$ ), de frutas é 5,22 ( $\pm 1,11$ ), de laticínios e derivados é 5,38 ( $\pm 1,11$ ), de carnes, pescado e ovos é 5,70 ( $\pm 0,67$ ), de leguminosas é 4,55 ( $\pm 1,39$ ), de gorduras é 4,01 ( $\pm 1,39$ ) e de doces e pastelaria é 3,54 ( $\pm 1,33$ ) (Gráfico 5).

**Gráfico 5** - Hábitos alimentares por participação no DU e por género, em relação à amostra total, expresso de 0 (não consome) a 6 (consome diariamente). Nível de significância apresentado no teste ANOVA (\* p <0,05; \*\* p<0,01; \*\*\* p<0,001).



No que concerne ao **consumo diário de água**, no total da amostra, 16,1 % refere consumir menos de 3 copos de água por dia, 33,9 % afirma beber entre 3 a 5 copos e 50 % consome mais de 5 copos de água por dia.

Dentro dos atletas de DU, 14 % afirma beber menos de 3 copos por dia, 29,9 % refere beber entre 3 a 5 copos e 56,1 % bebe mais de 5 copos diários. Em relação aos não atletas,

17,3 % bebe menos de 3 copos por dia, 36,3 % entre 3 a 5 copos e 46,1 % mais de 5 copos diários.

Utilizando o teste  $\chi^2$  de independência, conclui-se que o consumo de água diário não tem relação com a participação no DU ( $\chi^2=2,526$ ;  $p=0,283$ ).

Foram igualmente inquiridos quanto ao **número de refeições diárias**, apresentando na generalidade uma média de 4,7 ( $\pm 1,07$ ) refeições diárias. Atletas de Du apresentaram uma média de 4,61 ( $\pm 1,25$ ) e os não atletas mostraram uma média de 4,75 ( $\pm 0,94$ ).

Utilizando o teste de ANOVA, depreende-se que não existe relação entre o número de refeições diárias e a participação no DU ( $F=1,261$ ;  $p=0,262$ ).

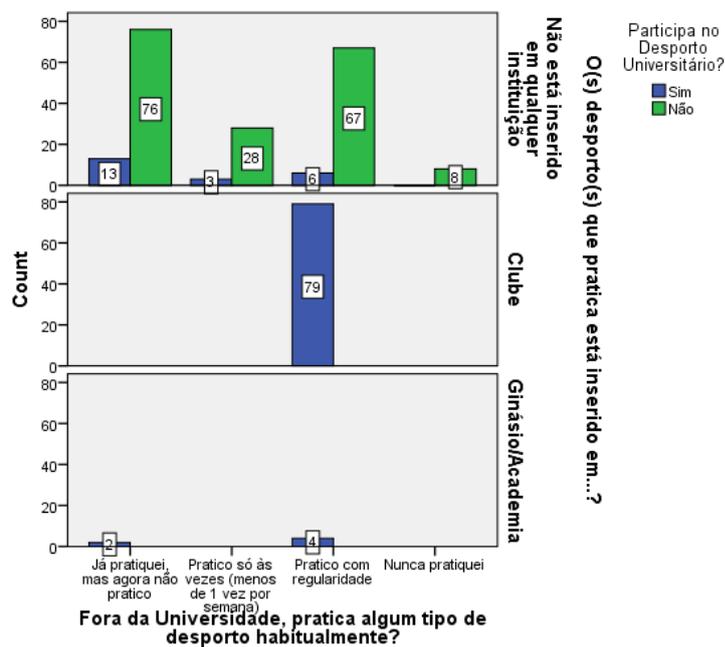
## HÁBITOS DESPORTIVOS

Inicialmente foi abordada a **prática desportiva fora da universidade** aos 286 inquiridos, tendo resultado em 31,8 % já praticaram mas agora não praticam, 10,8 % pratica só às vezes, 54,5 % pratica desporto com regularidade e 2,8 % nunca praticou. A prática regular de exercício fora da universidade é realizado por 83,2 % dos atletas do DU ( $n=89$ ) e 37,4 % dos não atletas ( $n=67$ ).

Pelo teste  $\chi^2$  de independência foi possível inferir que existe uma correlação estatística entre a prática desportiva fora da universidade e a prática de DU ( $\chi^2=52,958$ ;  $p=0,000$ ).

Dentro dos praticantes regulares ( $n=156$ ), questionou-se a sua **inserção em instituições**, dos quais, 46,8 % não estariam inseridos em quaisquer instituições, 50,6 % estariam inseridos num clube e os restantes 2,6 % num ginásio/academia (Gráfico 6).

**Gráfico 6 - Participação no DU relacionada com a prática de desporto fora da universidade e inserção numa instituição.**



Um valor de 88,8 % dos atletas do DU que praticam com regularidade está inserido num clube (n=79) e 4,5 % num ginásio/academia (n=4). O que quer dizer que 73,8 % da amostra de atletas de DU está inserida num clube.

## Desporto Universitário

Dentro da amostra de cento e sete participantes do DU, foram inquiridos em que modalidades participam (Tabela 5).

**Tabela 5** – Modalidades no Desporto Universitário.

	<b>Atletas de DU (n = 107)</b>	<b>Atletas de DU (%)</b>
<b>Andebol</b>	26	24,3
<b>Atletismo</b>	4	3,7
<b>Badminton</b>	4	3,7
<b>Basquetebol</b>	25	23,4
<b>Fisiculturismo</b>	1	0,9
<b>Futebol</b>	6	5,6
<b>Futsal</b>	15	14
<b>Judo</b>	6	5,6
<b>Natação</b>	3	2,8
<b>Remo</b>	3	2,8
<b>Rugby</b>	4	3,7
<b>Ténis</b>	5	4,7
<b>Voleibol</b>	5	4,7

Foram também questionados sobre frequência semanal e horária de treinos do DU, tendo como resultados 58,9 % (n=63) vão apenas a 1 ou menos treinos de DU por semana, participando menos ou igual a 2 horas por semana em 74,8 % (n=80) dos casos (Tabela 6).

Quando relacionado com a prática de desporto fora da universidade, nomeadamente com a frequência de uma instituição clubística, revelou que 81,0 % (n=51) dos que frequentam 1 ou menos treinos por semana, estão afiliados a um clube. Por outro lado, 63,6 %

(n=28) dos atletas que praticam com uma frequência superior a 2 ou mais dias por semana, revelam afiliação clubística.

**Tabela 6** – Frequência semanal e horária de treinos do DU.

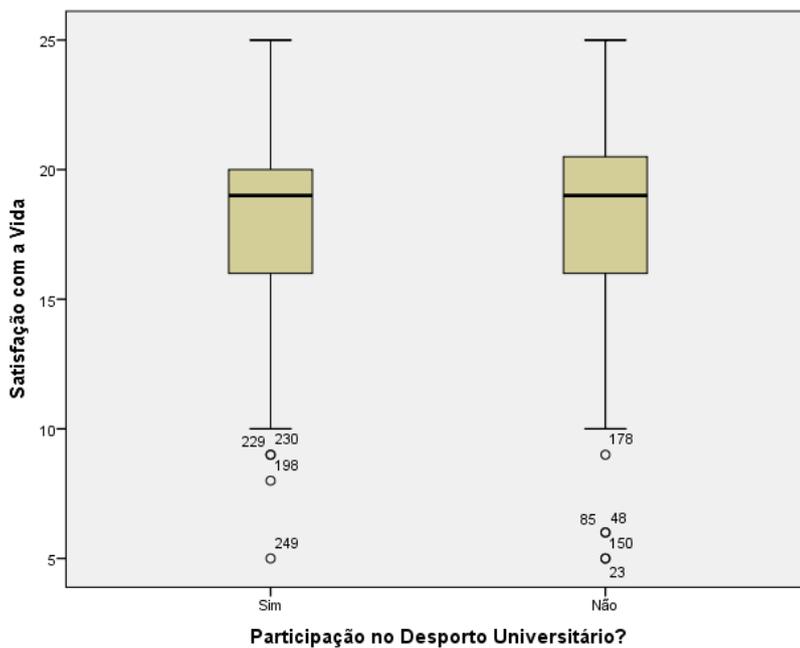
		<b>Atletas do DU (n = 107)</b>	<b>Atletas do DU (%)</b>	<b>Percentagem Cumulativa</b>
<b>Frequência Semanal de Treinos</b>	<b>Não treina</b>	7	6,5	6,5
	<b>Menos de uma vez por semana</b>	29	27,1	33,6
	<b>Uma vez por semana</b>	27	25,2	58,9
	<b>Duas a três vezes por semana</b>	32	29,9	88,8
	<b>Quatro a seis vezes por semana</b>	10	9,3	98,1
	<b>Todos os dias</b>	2	1,9	100,0
<b>Frequência Horária de Treinos</b>	<b>Não treina</b>	7	6,5	6,5
	<b>Menos de uma hora por semana</b>	29	27,1	33,6
	<b>Uma a duas horas por semana</b>	44	41,1	74,8
	<b>Três a cinco horas por semana</b>	11	10,3	85,0
	<b>Seis a oito horas por semana</b>	9	8,4	93,5
	<b>Nove a doze horas por semana</b>	4	3,7	97,2
	<b>Treze a quinze horas por semana</b>	2	1,9	99,1
	<b>Mais de quinze horas por semana</b>	1	0,9	100,0

## Satisfação geral com a vida

A associação de 5 perguntas permite escalar a satisfação de 5 (totalmente insatisfeito) a 25 (totalmente satisfeito). No âmbito geral, a média dos inquiridos é boa, de 18,21 ( $\pm 3,81$ ). Apresentando-se os não atletas, em média, mais satisfeitos ( $18,37 \pm 3,96$ ) que os atletas de DU ( $17,93 \pm 3,55$ ) (Gráfico 7).

Aplicando o teste de ANOVA, permitiu concluir que não existe uma relação entre a satisfação geral com a vida e a prática de DU, sendo independentes ( $F=0,931$ ;  $p=0,336$ ).

**Gráfico 7** - Distribuição da amostra em relação à satisfação com a vida.



## DISCUSSÃO

O actual estudo apresenta diversas limitações. Apresenta-se com uma amostra de reduzidas dimensões, restringindo-se apenas a alguns torneios e não atingindo a totalidade dos atletas de DU na Universidade de Coimbra (UC), por outro lado, o estudo comparativo foi feito com uma população de estudantes do MIM da FMUC, por si só, conhecedores dos estilos de vida saudáveis e malefícios da sua má prática. Idealmente, este estudo deveria ter abrangido vários torneios de todas as modalidades do DU, e comparado com alunos de todas as faculdades, apresentando-se uma amostra aleatória e representativa de toda a UC e não apenas do MIM da FMUC.

A colheita de informação foi feita através de um questionário constituído por respostas fechadas e respostas abertas, apelando à objectividade. Este apresentava-se longo, pelo que 43 % dos atletas recusaram-se a preencher ou pararam a meio, não sendo contabilizados para a amostra. Assim, se num momento inicial era para ser aleatorizado com a passagem por todas as secções desportivas da AAC, no final, necessitou-se, por conveniência, de inquirir em torneios de DU. O mesmo sucedeu com a amostra comparativa, num momento inicial o objectivo era aleatorizar a amostra na UC, mas devido à falta de fundos, de apoio e principalmente de tempo, optou-se por inquirir aqueles que revelaram uma maior facilidade de acesso.

As diferenças significativas encontradas no sexo e idade podem ter a ver com a não aleatorização da amostra, isto é, recolha de dados em torneios maioritariamente masculinos. Um estudo nas Universidades Brasileiras revela uma frequência no ensino superior de cerca de 60 % do sexo feminino(19), indo de encontro à frequência de 65,9 % de mulheres na amostra comparativa. A idade média de um estudante de medicina, com 6 anos de curso, é

superior à de um estudante de outra faculdade da UC, como de uma licenciatura (3 anos), ou mesmo de um mestrado integrado (4 ou 5 anos).

Pela composição do agregado familiar foi possível verificar que o tipo familiar mais frequente nas amostras obtidas é a família nuclear (74,8 %), de seguida a família monoparental (13,3 %), família numerosa (5,6 %), família unitária (5,3 %) e, por último, a díade nuclear (1 %). O teste estatístico do  $\chi^2$ , demonstrou a independência dos tipos de família em relação com prática de DU. Quando comparados à frequência dos tipos familiares em Portugal, pelos Censos de 2011, é possível afirmar que a ordem de frequência é semelhante, apresentando-se o casal com filhos (família nuclear) em primeiro lugar (35,2 %), seguido de casal sem filhos (díade nuclear - 23,8 %), pessoas a viverem sozinhas (família unitária – 20,4 %), família monoparental (9,0 %) e família numerosa (5,8 %)(20).

No presente estudo, constatou-se que, através do teste estatístico ANOVA, há diferença estatisticamente significativa na média do IMC dos estudantes inquiridos entre atleta ou não atleta de DU, na medida em que os atletas apresentam uma média superior ( $22,71 \pm 2,64$ ) aos não atletas ( $21,68 \pm 2,56$ ). No que concerne à sensibilidade do IMC, é de esperar que não seja uma avaliação muito fidedigna, pois este índice não permite distinguir a causa do excesso de peso, não se apresentando fiável nos atletas, assim como noutros casos (indivíduos com edemas ou ascite). No entanto, permite, de uma forma rápida e simples, dizer se um indivíduo apresenta baixo peso, peso normal ou excesso de peso, pelo que foi adoptado internacionalmente para caracterizar o estado nutricional(18).

Quanto à caracterização dos estilos de vida, a análise estatística, através do método do  $\chi^2$  demonstrou que o consumo de tabaco é dependente da participação no DU, em que 17,8 % (n=19) dos atletas de DU fumam e apenas 9,5 % (n=17) dos não praticantes fuma. Dentro do consumo do tabaco, os atletas apresentam uma maior carga tabágica ( $2,58 \pm 1,99$  UMA) em

comparação com os não atletas ( $1,46 \pm 1,34$  UMA). Resultados que são surpreendentes pelo facto de, teoricamente, espectarmos o contrário. Por um lado, um estudo realizado aos estudantes da Universidade de Brasília vem de encontro aos resultados gerais deste estudo, em que 14,3 % de todos os estudantes são fumadores(21). Pelo contrário, noutros estudos em que atletas universitários foram analisados, revelou que existe uma menor prevalência de fumadores (4 %) e que 25 % dos atletas prefere mascar tabaco(22) apresentando-se, o actual estudo, contraditório a outros realizados(23,24). No âmbito da população portuguesa residente em Portugal Continental, em 2006, 20,8% era fumadora(25).

O consumo de drogas ilícitas pela amostragem foi significativamente baixo (7,6 %), pelo que uma análise mais aprofundada não iria inferir a maioria dos consumidores. Um estudo efectuado a 10 Universidades do Reino Unido revelaram um consumo maior de drogas pelos seus alunos, em que 20 % dos estudantes consomem canábis e 33 % reportou a experiência com outras drogas ilícitas(26), apresentando-se a actual amostra com valores inferiores. Tal facto pode ser explicado pela apresentação de uma amostra composta por estudantes da área da saúde e de atletas, que em estudos semelhantes, revelaram um baixo consumo de substâncias ilícitas(24,27).

Igualmente pela análise estatística com o teste  $\chi^2$ , possibilitou afirmar a independência do consumo de álcool, quando associado à participação no DU. O consumo ocorre em 76,6 % dos atletas do DU e 80,4 % dos não atletas. Um estudo realizado às Universidades dos estados de Jackson e Louisiana nos Estados Unidos da América (EUA) revelaram que existem diferenças mínimas no consumo de álcool entre os atletas e não atletas(28), indo de encontro à independência encontrada neste estudo. Por outro lado, no estudo acima exposto, referem a influência da participação no DU na escolha do tipo de bebida ingerido, contrapondo com a

independência verificada neste estudo. Esta grande percentagem de consumo deve-se a uma modelagem, pela imitação ou pela pressão social do comportamento de beber(29).

A análise estatística utilizando o teste AUDIT-C revelou que não existe correlação significativa entre a participação no DU e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, apresentando-se os atletas de DU com uma média de consumo ligeiramente superior ( $4,89 \pm 2,16$ ) à dos não participantes no DU ( $4,74 \pm 1,78$ ). Cerca de 47 % dos atletas apresentam um consumo abusivo ( $\geq 5$ ) enquanto ocorre em 53,4 % dos não atletas. Estas alterações vão de encontro aos estudos acima referidos, em que não existe relação significativa, apresentando-se os praticantes de DU menos abusivos nos seus consumos, que pode estar associado aos hábitos sociais esporádicos, festivos dos próprios torneios(30,31). Quando comparados estes dados com outros da Universidade de Aveiro, em que 15.3% da amostra apresentou um consumo nocivo(32), concluímos que no presente estudo, em Coimbra, existem mais comportamentos nocivos.

No que concerne aos hábitos alimentares, obteve-se relações significativamente estatísticas no consumo de carnes, pescado e ovos, de frutas, de cereais, derivados e tubérculos, de gorduras e óleos, de lacticínios e de hortícolas com a prática de DU. Estudos demonstraram uma diminuição nos consumos alimentares por parte dos atletas de DU, inferior ao aporte calórico necessário para os seus corpos(33), em que estes teriam uma pior alimentação. O que é expectável devido à preocupação com a aparência física dentro dos não praticantes, que necessitam de um maior controlo alimentar para obterem os mesmos resultados que os praticantes de DU. Vários são os estudos que revelam que o género influencia os hábitos alimentares, apresentando-se muitas vezes associado o sexo feminino a distúrbios alimentares(34,35).

Quanto ao consumo de água e ao número de refeições efectuadas, neste estudo, mostrou-se serem independentes da participação no DU, apresentando-se os atletas com uma média de 4,61 refeições diárias, em que 36,8 % faz menos de 5 refeições diárias, semelhante a um estudo realizado numa Universidade dos EUA que revelou um valor de 36 % (33).

Nos hábitos desportivos fora da faculdade, revelou uma correlação estatisticamente significativa entre a prática de DU e a prática de desporto fora da universidade. Com um valor de 81,3 % dos atletas do DU (n=87) e 37,4 % dos não atletas (n=67) a praticarem desporto regularmente fora da universidade. No relato da instituição em que se inserem, 75,6 % dos atletas de DU inserem-se num clube.

No tema central deste estudo, o DU entra com uma amostra de 107 participantes em que 79,4 % participa em desportos colectivos e 21,6 % em individuais. Uma análise da frequência revelou que a frequência é menor quando relacionada com a prática simultânea num clube. Facto que pode constituir um viés para a prática de DU. Isto é, por um lado, podem conciliar os treinos do DU com os treinos do clube, por outro, alguns atletas frequentam muito pouco os treinos do DU, apenas praticando no clube fora da universidade. Não foi realizada uma análise estatística aprofundada a estas variáveis devido à grande sincronia com a prática desportiva fora da Universidade, nomeadamente em clubes, que condiciona hábitos não inquiridos no questionário. Estudos semelhantes revelaram que as razões para a grande prática de desporto fora da universidade se devem à falta de locais apropriados para a prática na universidade (36).

Finalmente a satisfação geral com a vida, revelou não depender da prática de DU. Encontrando-se na generalidade da amostra, uma boa satisfação com a vida. Apresentando-se os não atletas, em média, mais satisfeitos ( $18,37 \pm 3,96$ ) que os atletas de DU ( $17,93 \pm 3,55$ ). Apesar disto, vários são os estudos que revelam um baixo índice de satisfação com a vida,

deteriorando-se ao longo do curso, associado a estudantes de medicina em universidades brasileiras(37,38).

## CONCLUSÃO

O sedentarismo dentro da comunidade universitária, isto é, a falta de exercício físico, é um problema comum nesta fase da vida, que pode ter repercussões no futuro. Tratando-se desta janela de oportunidade, a fase ideal para intervir naqueles que vão ser os hábitos futuros dos adultos quando envergarem no mercado de trabalho.

É de extrema importância reformular o pensamento dos jovens estudantes universitários para a prática regular de EF, se por um lado existem ginásios e o próprio estádio universitário aos quais podem recorrer, por outro têm acesso ao DU como actividade extracurricular caso queiram participar em competições. Como responsável pelos cuidados primários, reforçar estratégias de prevenção e promoção de saúde, cabe ao Médico de MGF promover o EF nesta fase de vida sedentária, tendo em vista as repercussões futuras a médio e longo prazo na qualidade de vida dos indivíduos.

A principal limitação deste estudo foi a utilização de uma população comparativa composta por estudantes de MIM, que pelo seu conhecimento, preocupam-se mais com a alimentação, consumos de tabaco e drogas. Impondo-se, com isto, um grande viés de conhecimento.

Apresentando-se quase metade da amostra com um consumo exagerado de bebidas alcoólicas e sendo vários os casos de alcoolismo dentro de estudantes, é fulcral um olhar atento pelo médico de família, que deve reunir todos os esforços para identificar e intervir, especialmente nesta população em fase de transição.

Serão necessários mais estudos nesta área de modo a verificar a eventual competência do DU, com apuramento do rigor metodológico, abrangendo um maior nível de possíveis variáveis de confusão, bem como a execução de estudos prospectivos, conducente à clarificação de uma

ideia e precisão da influência nos estilos de vida dos estudantes universitários e, nos futuros trabalhadores.

Independentemente dos resultados, a prática de exercício deve continuar a ser estimulada pelos profissionais de saúde, apresentando-se o DU com uma opção dentro de muitas outras para a prática de exercício físico regular.

## **AGRADECIMENTOS**

O espaço limitado desta secção de agradecimentos seguramente não me permite agradecer como devia a todas as pessoas que, directa ou indirectamente, me ajudaram a cumprir os meus objectivos e a realizar mais uma etapa da minha formação académica.

Desta forma, deixo apenas algumas palavras com um sentido e profundo sentimento de agradecimento.

À Dra. Fátima Branco, expresso o meu profundo agradecimento pela orientação científica, permanente disponibilidade e apoio imprescindível à realização deste trabalho.

Agradeço à minha mãe por me inculcar o gosto pela leitura, cujos frutos colhi ao longo destes anos e pelo carinho constante e ao meu pai, não só pela ajuda e apoio na realização deste trabalho, mas também por me inspirar todos os dias a dar o meu melhor e por acreditar em mim de forma incondicional.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Corte-Real N, Dias C, Corredeira R, Barreiros A, Bastos T, Fonseca AM. Prática desportiva de estudantes universitários: o caso da Universidade do Porto. *Rev Port Ciências do Desporto*. Faculdade de Desporto da Universidade do Porto;8(2):219–28.
2. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep*. 1985;100(2):126–31.
3. Sigmundová D, Chmelík F, Sigmund E, Feltlová D, Frömel K. Physical activity in the lifestyle of Czech university students: Meeting health recommendations. *Eur J Sport Sci*. Taylor & Francis; 2013 Jan;13(6):744–50.
4. Gaspar PJS. Efeitos do sedentarismo a nível cardiovascular: a importância da actividade física na manutenção da saúde [Internet]. 2009 [cited 2014 May 1]. Available from: <http://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/110>
5. Kwan MY, Cairney J, Faulkner GE, Pullenayegum EE. Physical activity and other health-risk behaviors during the transition into early adulthood: a longitudinal cohort study. *Am J Prev Med*. 2012 Jan;42(1):14–20.
6. Sallis JF, McKenzie TL, Beets MW, Beighle A, Erwin H, Lee S. Physical Education 's Role in Public Health : Steps Forward and Backward Over 20 Years and HOPE for the Future. 2012;(June):125–35.

7. Buckworth J, Nigg C. Physical activity, exercise, and sedentary behavior in college students. *J Am Coll Health* [Internet]. 53(1):28–34. Available from:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15266727>
8. Loewenson R. Evaluating intersectoral processes for action on the social determinants of health: learning from key informants. [Internet]. Geneva; 2013. Available from:  
[http://www.who.int/social\\_determinants/publications/SDH5.pdf](http://www.who.int/social_determinants/publications/SDH5.pdf)
9. Colaço CP, Fleck LA. Estratégias do desporto universitário: um estudo de caso sobre o desporto em universidades portuguesas. *Rev Port Ciências do Desporto. Faculdade de Desporto da Universidade do Porto*;9(2):68–75.
10. Fernando M. Lemos, Nuno C. Real, Cláudia Dias AMF. O estudante no ensino superior: motivações para a prática desportiva? Available from:  
<http://www.altorendimiento.com/congresos/educacion-fisica/5417-o-estudante-no-ensino-superior-motivacoes-ou-opcoes-para-a-pratica-desportiva>
11. Caniço H, Bairrada P, Rodríguez E, Carvalho A. *Novos Tipos de Família. Plano de Cuidados* [Internet]. [cited 2014 Apr 30]. Available from:  
[http://books.google.pt/books/about/Novos\\_Tipos\\_de\\_Família\\_Plano\\_de\\_Cuidado.html?id=ZBkyoxUfE9MC&pgis=1](http://books.google.pt/books/about/Novos_Tipos_de_Família_Plano_de_Cuidado.html?id=ZBkyoxUfE9MC&pgis=1)
12. Portugal. Ministério da Saúde Direção-Geral da Saúde Circular Normativa 028/2011. 2013 p. 1–15.
13. WHO. *A Methodology for Student Drug-use Surveys* [Internet]. Available from:  
[http://whqlibdoc.who.int/offset/WHO\\_OFFSET\\_50.pdf](http://whqlibdoc.who.int/offset/WHO_OFFSET_50.pdf)

14. Mello MLM de. *Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal*. Direcção-Geral da Saúde, editor. Lisboa: Europress, Lda; 2001.
15. Team A. AUDIT - C. CSIP Networks; Available from:  
<http://www.alcohollearningcentre.org.uk/Topics/Browse/BriefAdvice/?parent=4444&child=4898>
16. Portugal. Ministério da Saúde Direcção-Geral da Saúde Circular Normativa 030/2012. 2012. p. 1–15.
17. Direcção-Geral da Saúde [Internet]. [cited 2014 April 4]. Available from:  
<http://www.dgs.pt/promocao-da-saude/educacao-para-a-saude/areas-de-intervencao/alimentacao.aspx>
18. Portugal. Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. Programa nacional de combate à obesidade. Direcção-Geral da Saúde, editor. Lisboa: Europress, Lda; 2005.
19. Guedes M de C. A presença feminina nos cursos universitários e nas pós-graduações: desconstruindo a ideia da universidade como espaço masculino. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* [Internet]. Casa de Oswaldo Cruz; 2008; 15:117–32. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702008000500006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702008000500006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
20. Instituto Nacional de Estatística. Statistics Portugal. *Famílias nos Censos 2011 : Diversidade e Mudança Como evoluíram as famílias em Portugal?* 2013;1–26. Available from: <http://www.statistics2013.org>

21. Andrade APA de, Bernardo ACC, Viegas CA de A, Ferreira DBL, Gomes TC, Sales MR. Prevalência e características do tabagismo em jovens da Universidade de Brasília. *J Bras Pneumol. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia*; 2006 Feb; 32(1):23–8.
22. Levenson-Gingiss P, Morrow JR, Dratt LM. Patterns of smokeless tobacco use among university athletes. *J Am Coll Health. Routledge*; 1989 Sep; 38(2):87–90. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/07448481.1989.9938421>
23. Sousa M de. Prevalência de uso de tabaco e bebida alcoólica em atletas-jovens brasileiros [Internet]. [cited 2014 April 14]. Available from: <http://repositorio.utad.pt/handle/10348/2384>
24. Yusko DA, Buckman JF, White HR, Pandina RJ. Alcohol, tobacco, illicit drugs, and performance enhancers: a comparison of use by college student athletes and nonathletes. *J Am Coll Health. Routledge*; 2008 Jan; 57(3):281–90. Available from: <http://dx.doi.org/10.3200/JACH.57.3.281-290>
25. Portugal. Direção Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde Plano Nacional de Saúde 2012-2016. 2013 p. 114.
26. Webb E, Ashton C, Kelly P, Kamali F. Alcohol and drug use in UK university students. *Lancet*. 1996 Oct; 348(9032):922–5.
27. Mesquita AMC, Bucarechi HA, Castel S, Andrade AG de. Estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade de Sao Paulo: uso de substâncias psicoativas em 1991. *Rev ABP-APAL.*; 17(2):47–54. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi->

bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang  
=p&nextAction=lnk&exprSearch=178086&indexSearch=ID

28. Overman SJ, Terry T. Alcohol use and attitudes: a comparison of college athletes and nonathletes. *J Drug Educ.* 1991 Jan; 21(2):107–17.
29. Wagner GA, Andrade AG de. Uso de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes universitários brasileiros. *Rev Psiquiatr Clínica. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo;* 2008; 35:48–54.
30. Mary E. Pritchard, BreeAnn Milligan, Jenna Elgin, Paul Rush and MS. Comparisons of Risky Health Behaviors between Male and Female College Athletes and Non-athletes. *Athletic Insight*; p. Volume 9, Issue 1. Available from:  
<http://www.athleticinsight.com/Vol9Iss1/HealthPDF.pdf>
31. Nelson TF, Wechsler H. Alcohol and college athletes. *Med Sci Sports Exerc.* 2001 Jan; 33(1):43–7.
32. Rocha AMR da. Álcool e substâncias psicoativas no estudante universitário [Internet]. Universidade de Aveiro; [cited 2014 April 26]. Available from:  
<https://ria.ua.pt/handle/10773/6358>
33. Shriver LH, Betts NM, Wollenberg G. Dietary intakes and eating habits of college athletes: are female college athletes following the current sports nutrition standards? *J Am Coll Health.* 2013 Jan; 61(1):10–6.
34. Engel SG, Johnson C, Powers PS, Crosby RD, Wonderlich SA, Wittrock DA, et al. Predictors of disordered eating in a sample of elite Division I college athletes. *Eat*

- Behav. 2003 Nov; 4(4):333–43. Available from:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S147101530300031X>
35. Johnson C, Crosby R, Engel S, Mitchell J, Powers P, Wittrock D, et al. Gender, ethnicity, self-esteem and disordered eating among college athletes. *Eat Behav.* 2004 May; 5(2):147–56. Available from:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471015304000091>
36. Azevedo JRC de. Um estudo de caso na Universidade Federal do Acre. Mestrado [Dissertação]. Faculdade de Desporto da Universidade do Porto; 2008. Available from:  
[repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/13780/2/2683.pdf](http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/13780/2/2683.pdf)
37. Paro HBM da S. Qualidade de vida relacionada à saúde dos estudantes do curso de medicina da Universidade Federal de Uberlândia. Mestrado [Dissertação]. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia; 2009. Available from:  
[http://www.webposgrad.propp.ufu.br/ppg/producao\\_anexos/022\\_DissertacaoHBMSP.pdf](http://www.webposgrad.propp.ufu.br/ppg/producao_anexos/022_DissertacaoHBMSP.pdf)
38. Alves JGB, Tenório M, Anjos AG dos, Figueroa JN. Qualidade de vida em estudantes de Medicina no início e final do curso: avaliação pelo Whoqol-bref. *Rev Bras Educ Med. Associação Brasileira de Educação Médica*; 2010 Mar; 34(1):91–6.