

SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA NA TRANSIÇÃO PARA O ENSINO SUPERIOR

Andreia Martins Soares¹, Marco Pereira² & José Portocarrero Canavarro³

¹ Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal, Bolseira de Doutoramento (FCT - SFRH/BD/47228/2008); ² Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social da Universidade de Coimbra, Portugal, Bolseiro de Pós-doutoramento (FCT - SFRH/BPD/44435/2008); ³ Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal

RESUMO- A saúde e a qualidade de vida (QdV) são fatores cruciais no desenvolvimento económico, social e pessoal. Os comportamentos e as atitudes de saúde (CAS) que integram o estilo de vida da pessoa constituem um conjunto de variáveis que influenciam aqueles conceitos. As transições normativas do ciclo de vida que comportam mudanças ecológicas estruturais significativas, de que é exemplo a transição para o ensino superior, constituem factor de risco na adopção e manutenção de estilos de vida saudáveis. O presente estudo, realizado junto de uma amostra de 546 alunos do primeiro ano da Universidade de Coimbra, teve como objetivo avaliar o estilo de vida, o estado de saúde (física e psicológica) e a QdV dos primeiranistas, bem como as relações entre estas variáveis e a influência de alguns CAS no estado de saúde e na QdV dos estudantes. Ainda que a prevalência dos CAS tenha sofrido alterações com a transição, a maioria dos estudantes manteve um estilo de vida saudável, excepto ao nível do consumo de álcool e da prática de uma actividade física/desportiva. Estilos de vida mais saudáveis associaram-se a resultados mais elevados nos indicadores do estado de saúde e da QdV. Os resultados encontrados foram consistentes com a literatura e forneceram informações importantes para orientar a planificação de um projecto de intervenção promotor de saúde e de sucesso académico neste contexto específico.

Palavras-chave: Comportamentos/atitudes de saúde, ensino superior, estilo de vida, estado de saúde, qualidade de vida, transição.

HEALTH AND QUALITY OF LIFE IN THE TRANSITION TO HIGHER EDUCATION

ABSTRACT- Health and quality of life (QoL) are crucial factors in economic, social and personal development. Health behaviours and attitudes that integrate personal lifestyle are variables that influence those concepts. Lifetime normative transitions, which include significant ecological structural changes, as the transition to higher education, constitute a risk factor in the adoption and maintenance of healthy lifestyles. A sample of first-year students of the University of Coimbra ($N = 564$), was collected in order to study “students

¹ Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal. 19 Mornington Road, Norwich, Norfolk, NR2 3NA United Kingdom. Telef.: 00351 964357806.
email: andreiamsoares2@gmail.com

in transition” lifestyle, health condition and QoL, as well as the relation between these variables and the influence of some health behaviours/attitudes on health state and QoL. Although the prevalence of health behaviours/attitudes have changed with transition, most of the students have maintained a healthy lifestyle, except for alcohol consumption and physical/sports activity. Healthy lifestyles were associated with high scores in health condition and QoL. The results were consistent with the literature and provided important information for planning a health and academic success promotion intervention project in this specific context.

Key-Words: health state, health behaviours/attitudes, higher education, lifestyle, quality of life, transition.

Recebido em 9 de Dezembro de 2013/ Aceite em 20 de Março de 2014

(Estado de) Saúde, qualidade de vida e estilo de vida

A saúde é um direito humano fundamental (expresso na declaração resultante da Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários em Alma-Ata, em 1978) e um meio que permite alcançar bem-estar e felicidade individuais, por um lado, e desenvolvimento social e económico, por outro (World Health Organization [WHO], 2009).

Tal como tem sido definida pela agência oficial de coordenação no campo da saúde a nível internacional (Organização Mundial de Saúde [OMS]), a *saúde* é um conceito positivo, amplo (que se cruza com outros construtos, como a qualidade de vida, da qual não é sinónimo), multifactorial e multideterminado. Entendida como um estado dinâmico de bem-estar físico, mental, emocional, social e espiritual (outras dimensões, como a sexual ou a societal/ambiental, poderiam ser acrescentadas) e não somente ausência de doença (cf., e.g., Naidoo & Wills, 2009; Scriven, 2010), a saúde individual é determinada por factores individuais de natureza biológica (e.g., constituição genética, idade, género) e comportamental (e.g., respostas ao ambiente, estilo de vida), factores socioeconómicos (e.g., sistema de saúde, estatuto socioeconómico, cultura) e ambientais (e.g., poluição) (Davies & Macdowall, 2006). É, portanto, distinta de *qualidade de vida* (QdV), conceito que se refere à percepção do indivíduo da sua posição na vida como um todo (Michalos, 2004), i.e., “no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”, segundo a definição da OMS (WHOQOL Group, 1994, p. 28). De acordo com alguns autores (e.g., Fleck, 2008), os termos *estado de saúde* (entendido como o objecto da avaliação das medidas, mais subjectivas ou objectivas, do conceito holístico de saúde) e QdV são habitualmente utilizados com pouco rigor e de forma sobreposta, sobretudo no contexto do sistema de cuidados de saúde, onde a expressão *qualidade de vida relacionada com a saúde* se generalizou (Pais-Ribeiro, 2007). Porém, tem-se verificado algum consenso quanto à necessidade de reconhecer que, apesar de existirem pontos de interceção entre os dois, estes construtos são substancialmente diferentes (o segundo não só é um conceito muito mais abrangente do que o primeiro, como ainda incorpora o estado de saúde na sua avaliação) (Fleck, 2008; Pais-Ribeiro, 2007).

As políticas e as actividades actuais empreendidas para melhorar e proteger a saúde (e prevenir e tratar a doença), no âmbito da Promoção da Saúde (PrS) e da Educação para a

Saúde (EpS), de modo a incrementar a sua eficácia, procuram incluir todos os determinantes, particularmente os de natureza socioeconómica, que foram mais negligenciados até meados da década de 80, precipitando um problema de ordem ética conhecido por *victim-blaming*, designação dada ao efeito pernicioso que pode resultar da excessiva focalização nas mudanças de comportamento para estilos de vida mais saudáveis e que se traduz na “culpabilização” da vítima pelo seu estado de saúde (Carvalho, 2006; Davies & Macdowall, 2006). Cientes deste facto, no presente estudo a atenção é contudo focada nos determinantes comportamentais, mais controláveis pelo sujeito e, conseqüentemente, mais facilmente modificáveis.

Na acepção mais ampla do conceito, o *estilo de vida* tem sido definido como a forma como o indivíduo gere a sua vida, se relaciona consigo, com os outros e com o ambiente (Rapley, 2003). Os comportamentos e as atitudes relacionados com a saúde que fazem parte do estilo de vida encontram-se na literatura da especialidade agrupados em duas categorias (e.g., Adelman, 2005; Alwan, 1997; Cockerham, 2005; Ogden, 2004; Steptoe, 2000; Schwarzer & Luszczynska, 2006), que podem assumir designações diferentes, ainda que equivalentes: (a) comportamentos/atitudes positivos para a saúde (“imunogénicos”, “salutogénicos”, “saudáveis” ou “determinantes comportamentais positivos”) dos quais são exemplo: abstinência tabágica, nutrição adequada, prática regular de exercício físico, prevenção rodoviária, planeamento familiar e outros que visam proteger e otimizar o estado de saúde; (b) comportamentos/atitudes negativos para a saúde (ou “patogénicos”, “de risco” ou “determinantes comportamentais negativos”) como, por exemplo, o consumo excessivo de álcool, práticas sexuais não seguras, auto-medicação, má higiene do sono, entre todos os outros que se constituem prejudiciais ao estado de saúde.

Desde a divulgação dos resultados do célebre *Alameda County Study*, que expressaram, relativamente à saúde e de uma forma geral, uma associação positiva entre alguns dos comportamentos/atitudes positivos acima exemplificados e estado de saúde objectivo/percebido, bem-estar e longevidade (cf. Belloc & Breslow, 1972; Berkman & Breslow, 1983; Guralnik & Kaplan, 1989; todos cit. por Pais-Ribeiro, 2007), tem-se verificado um número crescente de investigações na Psicologia da Saúde e da Educação, impulsionadas também pelos contributos da Medicina Psicossomática e Comportamental (Ogden, 2004; Matos, 2007), com o objectivo de identificar e modificar a constelação de factores (biopsicossociais e ambientais) preditores dos comportamentos/atitudes relacionados com a saúde, aumentando assim a probabilidade de ajudar o indivíduo a adoptar ou a manter um estilo de vida mais saudável (Lucas & Lloyd, 2005).

Esta linha de investigação mais comportamental tem vindo a reconhecer a importância de abordagens mais desenvolvimentistas e ecológicas, na medida em que defende o estudo da já mencionada constelação de factores e intervenções no âmbito da PrS e da EpS à luz do desenvolvimento do indivíduo ao longo do seu ciclo de vida e dos vários cenários (e.g., escolar, familiar, laboral, de lazer) em que vai interagindo (Gaspar, Ribeiro, Matos, & Leal, 2008; Matos, 2007), com particular relevo para instituições de ensino, do nível pré-escolar ao superior (Precioso & Taveira, 2007), por diversos motivos. Por um lado, as modificações ecológicas estruturais implicadas nalgumas transições normativas (e.g., entrada no sistema de ensino, primeiro emprego, casamento) constituem factor de risco na adopção e manutenção de comportamentos saudáveis (Matos, 2005, 2007). Por outro, muitos dos

comportamentos/attitudes e hábitos relacionadas com a saúde (e.g., o consumo/a abstinência de tabaco ou de álcool, o uso de preservativo, o sedentarismo) aprendem-se e iniciam-se precocemente, tendendo a manter-se ao longo da vida e a exercer impacto a longo prazo na saúde e no bem-estar do indivíduo (Hancox, Milne, & Poulton, 2004). Acresce ainda o facto de, em etapas iniciais do ciclo de vida, alguns dos comportamentos/attitudes negativos (como o consumo de substâncias psicoactivas) serem percebidos como normativos, podendo reflectir um comportamento exploratório saudável e um processo de aprendizagem construtivo (Schwarzer & Luszczynska, 2006). Por fim, boa parte da vida de muitos jovens concretiza-se no espaço escolar e universitário (Ministério da Saúde/Direcção-Geral da Saúde [MS/DGS], 2004) e este pode constituir um cenário privilegiado na aquisição de conhecimentos e hábitos salutares, dada a receptividade de aprendizagem por parte dos alunos (Sanmarti, 1988, cit. por Precioso, 2004).

Entre as razões que estão por detrás da concepção do espaço universitário como um dos “*settings* prioritários” para as intervenções fomentadoras de “estilos de vida e padrões de comportamento que condicionem favoravelmente a saúde futura” (MS, 2004, p. 31) estão as mudanças (de natureza educativa, ecológica e desenvolvimental) subjacentes à entrada neste nível de ensino e o ajustamento do aluno às mesmas, que conduz a um novo estilo de vida: o de estudante do ensino superior (Pinheiro, 2004).

Estilo de vida, estado de saúde e qualidade de vida no ensino superior

Na literatura da especialidade, no espaço temporal de duas décadas, abundam estudos sobre a prevalência de comportamentos/attitudes (particularmente negativos; Adelman, 2005) relacionados com a saúde na população estudantil do ensino superior (ES), desenvolvidos quer pela procura de evidências para os preditores destes comportamentos (constitui exemplo paradigmático a investigação levada a cabo por Wardle e Steptoe desde 1989; outros exemplos são: Deshpande, Basil, & Basil, 2009; Patrick, Maggs, & Abar, 2007; Schwarzer & Luszczynska, 2008), quer pela análise da sua relação bidireccional com variáveis como a saúde/doença (e.g., Seabra, 2007; Steptoe, Peacey, & Wardle, 2006), a qualidade de vida (e.g., Osse, 2008; Vaez & Laflamme, 2003), o bem-estar (e.g., Geada, Justo, Santos, Steptoe, & Wardle, 1994; Grant, Wardle, & Steptoe, 2009), o stresse (e.g., Dusselier, Dunn, Wang, Shelley II, & Whalen, 2005; Loureiro, 2006) ou o (in)sucesso académico (e.g., DeBerard, Spielmans, & Julka, 2004; Elias, Azevedo, & Maia, 2009; Trockel, Barnes, & Egget, 2000).

Apesar dos jovens adultos do ES gozarem de um estado de saúde relativamente bom (Fletcher, Bryden, Schneider, Dawson, & Vandermeer, 2007; Steptoe & Wardle, 2001) e da sua maioria não apresentar comportamentos/attitudes de saúde negativos no seu estilo de vida - como constataram, p.e., Faria, Chamorro, Carvalho e Rocha (2004), numa amostra de 1017 universitários de Beja, relativamente ao consumo de substâncias psicoactivas - os organismos responsáveis pela saúde pública e os investigadores tendem a focar os seus esforços naquele tipo de comportamentos/attitudes da população jovem, devido às potenciais consequências severas para a saúde (doenças incapacitantes e morte) e o bem-estar e ao consumo de recursos individuais e comunitários a longo prazo que daí podem resultar (Adelman, 2005). Assim, a investigação disponível sobre a prevalência de comportamentos/attitudes de risco na

população em análise mostra que (1) há um número considerável de alunos que tem hábitos alimentares pouco salutareos (i.e., consumo excessivo de sal, gordura ou açúcar e deficitário de fibras e omissão da refeição de pequeno-almoço; Deshpande, Basil, & Basil, 2009; Martins, 2009); exhibe uma higiene do sono nociva (i.e., padrões de sono irregulares, dormir poucas horas; Gomes, Tavares, Pereira, & Azevedo, 2008; Lund, Reider, Whiting, & Prichard, 2010; Steptoe, Peacey, & Wardle, 2006); não pratica exercício físico regularmente (Bray & Born, 2006; Seabra, 2007); consome substâncias psicoactivas como álcool (destacando-se o padrão de consumo *heavy drinking* ou *binge-drinking*), tabaco ou drogas ilícitas (Agante, 2009; Dantzer, Wardle, Fuller, Pampalone, & Steptoe, 2006; Preto, 2003); tem práticas sexuais não protegidas (Oliveira, 2008; Randolph, Torres, Gore-Felton, Lloyd, & McGarvey, 2009); não monitoriza a saúde com regularidade e automedica-se (Fletcher et al., 2007; Ribeiro, Oliveira, Silva, Mendes, Almeida, & Silva, 2010); e que (2) estes comportamentos/atitudes tendem a ser cognitivamente congruentes com o estilo de vida individual (Geada et al., 1994). O que muitas vezes fica por esclarecer é se este reportório comportamental de risco para a saúde do aluno do ES reflecte a continuidade de um estilo de vida anterior à transição para aquele nível de ensino ou o início de um novo estilo de vida.

Como mencionado previamente, cada um dos comportamentos/atitudes relacionados com a saúde, à semelhança de outros comportamentos humanos, tem preditores de natureza biopsicossocial e ambiental (e.g., género, idade, estatuto socioeconómico, crenças, suporte social, estratégias de *coping*, estado de saúde, etc.) que, por economia de espaço, não serão detalhados (para revisão cf. Steptoe & Wardle, 2004). Não obstante, convém destacar o papel do processo de adaptação (ou das respostas do aluno às múltiplas mudanças) ao ES na aquisição de hábitos pouco salutareos: de acordo com alguns autores, a aquisição de comportamentos/atitudes negativos para a saúde como o consumo de substâncias psicoactivas ou o sono insuficiente (ao nível da duração ou da qualidade), podem resultar do stresse induzido pelas múltiplas mudanças (sobretudo pela responsabilidade e autonomia crescentes na vida pessoal e académica) e pelas épocas de avaliação de desempenho (funcionando aqueles como reguladores emocionais desadaptativos) (Dusselier et al., 2005; Steptoe, 2000), bem como da convivialidade com os pares com estilos de vida pouco saudáveis, da frequência de locais de lazer como cafés, bares e discotecas, da diminuição de controlo e influência da família (particularmente expressiva nos alunos deslocados) (Precioso, 2004) e da percepção de invulnerabilidade à doença por parte dos jovens (Fletcher et al., 2007).

Os estudos comprovam a existência de correlações positivas entre QdV e estado de saúde (de forma mais expressiva na saúde psicológica; Vaez & Laflamme, 2003) do estudante universitário e a existência de relações bidireccionais entre o estilo de vida do estudante e respectivos estado de saúde/doença e QdV durante a transição para o ES: de um modo geral, um estilo de vida saudável proporciona níveis mais elevados de saúde e de QdV, assim como a saúde e a QdV (em conjugação com a ausência de indutores de stresse) predizem o evitamento de comportamentos/atitudes de risco e a manifestação de comportamentos/atitudes positivos para a saúde do estudante (cf. Geada et al., 1994; Grant, Wardle, & Steptoe, 2009; Steptoe & Wardle, 2001; Vaez, Kristenson, & Laflamme, 2004). Em sentido contrário, os estilos de vida que acarretam mudanças sistemáticas ou erráticas de horários e actividades, segundo os dados da cronobiologia, são responsáveis pela dessincronização dos ritmos

biológicos, podendo originar degradação do estado de saúde física e mental (decorrente do aparecimento de patologias como a fadiga crónica, as perturbações de humor com irritabilidade, as perturbações gastrointestinais ou as perturbações do sono), acidentes ou redução de desempenho escolar (Silva, 2005).

O presente estudo resultou do interesse em contribuir para esta vasta e actual investigação sobre promoção da saúde (no contexto específico da transição para a universidade) e adaptação na transição para o ES (através da adopção e manutenção de um estilo de vida saudável) e teve por objectivo avaliar o estilo de vida (especificamente, a percepção das mudanças ocorridas e pretendidas em sete grupos de comportamentos/attitudes de saúde [CAS] e do impacto das mesmas no seu estado de saúde), o estado de saúde (física e psicológica) e a QdV dos primeiranistas, bem como as relações entre estas variáveis e a influência de alguns CAS relativos ao estilo de vida no estado de saúde e na QdV dos estudantes.

MÉTODO

Participantes

A amostra total do presente estudo foi composta por 546 participantes, alunos do 1º ano da Universidade de Coimbra (UC). Destes, 317 eram do sexo feminino (58%) e 229 eram do sexo masculino (42%). A média das idades do grupo situava-se nos 18,7 anos ($DP = 1,0$), havendo alunos com idades compreendidas entre os 17 e os 24 anos. A grande maioria era de nacionalidade portuguesa ($n = 524$; 96%), sendo o somatório das percentagens de alunos da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa ($n = 13$) e de outras nacionalidades ($n = 9$) igual a 4%, e proveniente do Centro ($n = 392$; 72%) e do Norte ($n = 113$; 21% do total de participantes), havendo ainda pequenas percentagens de primeiranistas oriundos de Lisboa, Algarve e Alentejo (18 alunos; 3% da amostra, quando as 3 unidades do Nível II da Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos são consideradas em conjunto), das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira ($n = 17$; 3%) e de outros países ($n = 6$; 1%). A totalidade da amostra era solteira e distribuía-se pelos níveis socioeconómicos (NSE) médio ($n = 245$; 45%), baixo ($n = 186$; 34%) e alto ($n = 115$; 21%), de acordo com a tipologia de Simões (1994). A distribuição da amostra, de acordo com as variáveis relacionadas com a entrada no ES, mostra que 515 alunos (94%) estavam matriculados pela primeira vez neste nível de ensino e que o ingresso implicou a mudança do local de residência de 391 alunos (72%). Relativamente à faculdade de pertença, os grupos de participantes de maiores dimensões estavam matriculados nas Faculdades de Psicologia e Ciências da Educação ($n = 132$; 24,2%) e de Ciências e Tecnologia ($n = 124$; 22,7%) e os grupos menores pertenciam à Faculdade de Letras ($n = 31$; 5,7%) e à Faculdade de Farmácia ($n = 34$; 6,2%), ao passo que os restantes participantes se distribuía de forma relativamente equitativa pelas faculdades da UC remanescentes. Por fim, cerca de 45% da amostra ($n = 244$) tinha pelo menos uma actividade extracurricular, destes 56% ($n = 136$) optou por uma actividade de natureza desportiva, 29% ($n = 70$) mantinha uma actividade cultural e 15% ($n = 36$) ocupava os seus tempos livres com uma actividade de natureza religiosa, havendo ainda pequenos grupos de alunos com actividades de outra natureza.

Material

Questionário “Estilo de vida, saúde e sucesso académico na transição para o ensino superior”: Este questionário de auto-relato, composto por 24 questões (do tipo aberto, fechado e semi-aberto), foi elaborado pelos autores com o objectivo de obter informações pertinentes para o estudo não fornecidas pelos outros instrumentos, nomeadamente:

1. Características sociodemográficas (sexo, idade, nacionalidade, proveniência, estado civil e NSE) e escolares/académicas do primeiranista (entre outras, primeira matrícula no ES, faculdade de pertença, mudança do local de residência com ingresso no ES e participação em actividades extracurriculares e sua natureza).

2. Caracterização (sobretudo em termos de frequência), em dois momentos diferentes (antes do ingresso e na UC), de sete grupos de CAS¹ do estilo de vida, nomeadamente: comportamento alimentar, padrão sono-vigília, padrão de actividades físicas/desportivas, consumo de substâncias psicoactivas (como álcool, nicotina, cafeína e drogas ilícitas), automedicação, comportamento sexual e monitorização da saúde. Estes foram ainda convertidos numa medida geral do estilo de vida (antes e depois do ingresso no ES), a partir da recodificação das respostas anteriores numa variável dicotómica do tipo comportamento ou atitude positivo (1 ponto) / negativo (0 pontos), seguida do somatório da pontuação.

De igual modo, a evolução de cada um dos CAS – i.e., o desenvolvimento (alteração/manutenção) dos CAS e o sentido desse desenvolvimento, tendo em conta o seu efeito (positivo/negativo) potencial na saúde do aluno – entre os dois momentos considerados, foi também avaliada. Concretamente, esta evolução foi aferida a partir da comparação das medidas actuais e retrospectivas dos CAS (e.g., “a duração do sono aumentou, diminuiu ou manteve-se com o ingresso no ES?”), sujeito a sujeito, e da recodificação posterior numa variável de quatro categorias – manutenção (de comportamento/atitude) negativa (para a saúde), alteração negativa, alteração positiva e manutenção positiva – tendo por base a literatura sobre CAS positivos (e.g., dormir 7-8 horas/dia) e negativos (e.g., fumar).

3. Percepção do estudante sobre o impacto das alterações anteriores no seu estado de saúde e seu desejo de mudar algum dos CAS reportados.

4. Medida subjectiva e global do estado global de saúde física e psicológica do sujeito.

“Versão em Português Europeu do Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref)” (Vaz Serra et al., 2006): Este instrumento genérico, multidimensional e de essência transcultural, permite uma avaliação subjectiva da qualidade de vida (e dos seus quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente), podendo ser utilizado em indivíduos saudáveis e não saudáveis da população portuguesa. É constituída por 26 questões, numa escala com cinco opções de resposta, sendo duas questões gerais, relativas à QdV geral e à percepção do estado de saúde, e as restantes 24 representam cada uma das 24 facetas que constituem a versão longa deste instrumento (WHOQOL-100). O alfa de Cronbach obtido no presente estudo foi de 0,89, para

¹ O conjunto de CAS seleccionado para incluir esta secção do questionário baseou-se em instrumentos da área, como a secção A da versão portuguesa do “European Health and Behaviour Survey” (Geada et al., 1994) ou o “Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde” (Pais - Ribeiro, 2004).

o conjunto das 26 perguntas do instrumento, e variou entre 0,66 (relações sociais) e 0,79 (físico), quando analisada a consistência interna dos seus quatro domínios.

Procedimento

De acordo com os objectivos deste estudo, a constituição da amostra foi orientada por alguns critérios de inclusão (técnica de amostragem não probabilística): alunos matriculado no primeiro ano de um curso de graduação da UC, que tivesse ingressado no ES há, no máximo, 22 meses atrás, com idade compreendida entre os 17 e os 25 anos e sem filhos. Cerca de 1/6 da população total em estudo (603 primeiranistas da UC) aceitou participar voluntariamente na investigação, ainda que 9% da amostra inicial (57 alunos) tenham sido excluídos, por terem apresentado protocolos inválidos.

Os participantes foram recrutados em contexto de sala de aula (depois de terminada a aula, em boa parte dos casos transversal a várias cursos da mesma faculdade, e antes de os alunos saírem da sala), em todas as faculdades da UC, durante o segundo semestre lectivo (entre os meses de Março e Maio de 2010). A recolha dos dados foi precedida do consentimento dos directores das faculdades participantes, assim como dos professores que cederam parte da aula, e dos alunos, aos quais foram apresentados o tema da investigação e os critérios de amostragem e garantidos o carácter voluntário da participação, o anonimato e a confidencialidade das respostas.

Para o tratamento estatístico dos dados utilizou-se a versão 20.0 do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). No âmbito da descrição dos dados da amostra (estatística descritiva), determinaram-se frequências simples (absolutas e relativas), medidas de tendência central (médias), de dispersão (desvios-padrão e mínimos/máximos) e de associação entre as diversas variáveis (coeficientes de correlação, como a alternativa não paramétrica ao produto-momento de Pearson, ρ (Rho) de Spearman, perante a violação dos pressupostos), tendo a interpretação da intensidade das associações obedecido aos critérios sugeridos por Pestana e Gageiro (2008). O teste de hipóteses sobre as diferenças entre as variáveis do estilo de vida do estudante (CAS isoladamente e medida geral) antes e depois do ingresso na universidade fez-se com recurso ao teste *t* de Student para amostras emparelhadas ou à sua alternativa não paramétrica (teste de Wilcoxon), dependendo da natureza da medida das variáveis. Por fim, na análise do efeito dos factores qualidade do sono e exercício físico no conjunto das variáveis dependentes *QdV* e *estado de saúde*, foi efectuada uma análise da variância multivariada (Manova).

RESULTADOS

Alterações no estilo de vida, impacto percebido no estado de saúde e desejo do primeiranista

Pela leitura do Quadro 1 percebe-se que, por um lado, em todos os CAS estudados se registaram variações entre as medidas relativas aos dois momentos e, por outro, estas variações (1) nem sempre representaram alterações de comportamento/atitude negativas para a saúde (como aconteceu para a maioria dos alunos na variável prática de exercício físico moderado e/ou vigoroso), dado que nas variáveis qualidade/diversidade nutricional e duração

do sono a diminuição observada nas medidas de tendência central se traduziu em alterações de comportamento/atitude positivas para a saúde para um número expressivo de pessoas (entre 33,2% e 48,0% da amostra), ou (2) não exprimem o grande número de alunos (entre 47,1% e 88,1% da amostra) que mantiveram um estilo de vida saudável na transição para o ES (sobretudo ao nível das 10 variáveis restantes).

Analisando cada uma das variáveis em particular, verifica-se que o número médio de refeições diárias (4) sofreu um ligeiro decréscimo, $t_{(545)}=5,66$, $p<0,01$, ainda que a maioria (76,4%) mantenha ou tenha alterado o seu número de refeições para um intervalo saudável (4-6). De forma semelhante, a qualidade/diversidade nutricional dos alimentos ingeridos também diminuiu de forma estatisticamente significativa, $Z= -12,86$, $p<0,001$, havendo uma grande percentagem de alunos (40,7%) que deixou de ter uma alimentação boa para se alimentarem de forma satisfatória ou fraca, apesar de que a grande maioria (86,8%) ter mantido ou alterado este comportamento de forma positiva para a saúde (i.e., com uma qualidade/diversidade boa ou, pelo menos, satisfatória para as suas necessidades nutricionais). A duração do sono diário e a sua qualidade parecem ter sido afectados no mesmo sentido: a transição para o ES implicou, para os alunos da amostra, uma redução de mais de 1h na duração média de descanso diário, $t_{(545)}=17,30$, $p<0,001$, e uma diminuição de qualidade (aproximadamente 37% dos alunos deixou de usufruir de um nível bom de qualidade) estatisticamente significativa, $Z= -13,05$, $p<0,001$, sem, no entanto, representarem comportamentos de risco para a saúde da maior parte dos jovens (mais de 61% continuou ou começou a dormir 7 a 8 horas por dia e 85% manteve ou passou a ter um sono qualitativamente bom ou, pelo menos, satisfatório para as suas necessidades). O padrão de actividades físicas/desportivas também sofreu uma quebra estatisticamente significativa, $Z= -13,12$, $p<0,001$, em termos da frequência/duração da prática com a transição – cerca de 38% da amostra transitou da categoria prática frequente para as restantes, particularmente para a categoria prática rara, que engrossou em 30,2% – e reuniu o maior número de respondentes (62,8%) na categoria alteração negativa que, adicionado ao efectivo (14,5%) da categoria manutenção negativa, perfazem um total de 77,3% de alunos que alteraram/mantiveram a frequência e a duração da sua prática de exercício físico moderado ou vigoroso para/em níveis insuficientes (i.e., rara ou ocasional).

Em sentido contrário, o consumo das substâncias psicoactivas analisadas aumentou com o ingresso no ES, sendo as variações nas medidas de tendência central estatisticamente significativas para todas as variáveis (consumo diário de álcool, $t_{(545)}= -10,41$, $p<0,001$; consumo mensal de álcool em excesso, $t_{(545)}= -11,16$, $p<0,001$; consumo diário de tabaco, $t_{(545)}= -5,67$, $p<0,001$; consumo diário de cafeína, $t_{(545)}= -10,85$, $p<0,001$), excepto para o consumo de drogas ilícitas. Relativamente às substâncias psicoactivas, verificou-se ainda que a maioria da amostra (excepto no consumo excessivo de álcool, no qual há apenas uma maioria relativa de 47,1%) preservou um padrão de consumo saudável: não consumia substâncias ilícitas (88,1%), tinha um consumo diário de álcool nulo ou moderado (i.e., até ao limite de 24g ou 16g de álcool por dia) (72,3%), não fumava (77,3%) e ingeria até 300g de cafeína por dia (54,6%). A auto-medicação aumentou igualmente de forma estatisticamente significativa aquando da transição para o ES, $Z= -4,42$, $p<0,001$, apesar desta variação não se ter traduzido numa mudança de comportamento/atitude negativa para a saúde de um grande número de alunos, dado que 77,9% dos respondentes alteraram (para) ou mantiveram uma

frequência da toma nula ou rara.

No que diz respeito ao comportamento sexual confirmou-se que o aumento da actividade sexual foi acompanhada pelo aumento da utilização de preservativo, $Z= -2,12$, $p=0,017$, no entanto, o padrão de utilização deste contraceptivo e, simultaneamente, meio de protecção contra as doenças sexualmente transmissíveis tendeu a manter-se para a grande maioria dos alunos (94,7%): os (66,1%) que exibiam um comportamento/atitude positivos para a saúde (ou seja, a utilização constante de preservativo ou a prática da abstinência) antes do ingresso no ES continuaram a fazê-lo, assim como os (28,6%) que manifestavam um comportamento/atitude de risco. Embora a frequência da monitorização da saúde tenha diminuído ($Z= -3,98$, $p<0,001$) com a transição, salienta-se novamente a constância no padrão comportamental/atitudinal para um número significativo de alunos (83,1%): os que já monitorizavam a sua saúde de forma frequente ou ocasional (57,5%) mantiveram essa frequência no novo contexto, bem como aqueles que o faziam de forma rara ou nula (25,6%).

Por fim, a diferença entre as médias da medida geral do estilo de vida antes e no ES mostrou-se estatisticamente significativa, $t_{(545)} = 16,58$, $p<0,001$, reflectindo uma diminuição no conjunto de comportamentos/attitudes salutareas com a transição. Em média, a amostra deixou de exibir aproximadamente um CAS positivo que fazia parte do seu reportório no ES.

Quadro 1.

Prevalência dos comportamentos/attitudes de saúde antes e no ensino superior e evolução do estilo de vida (N=546).

Estilo de vida (CAS e medida geral)	Prevalência dos CAS		Evolução do estilo de vida	
	Anterior	Actual		
	$M \pm DP$ (Min - Max) ou % (n)		$M \pm DP$ (Min - Max) ou % (n)	
<i>Comportamento alimentar</i>				
Nº refeições (principais e ligeiras) p/ dia	4,3 ± 0,8 (2 - 8)	4,1 ± 1,0 (2 - 12)	MN 5,9 (32) AP 11,7 (64)	AN 17,8 (97) MP 64,7 (353)
Qualidade/diversidade nutricional dos alimentos ingeridos	Fraca: 4,4 (24) Satisf: 24,9 (136) Boa: 70,7 (386)	Fraca: 13,2 (72) Satisf: 56,8 (310) Boa: 30,0 (164)	MN 3,5 (19) AP 48,0 (262)	AN 9,7 (53) MP 38,8 (212)
<i>Padrão sono-vigília</i>				
Nº de horas de sono p/ dia	8,1 ± 1,2 (2 - 13)	7,0 ± 1,2 (1 - 12)	MN 5,5 (30) AP 33,2 (181)	AN 33,0 (180) MP 28,4 (155)
Qualidade do sono	Fraca: 2,2 (12) Satisf: 29,9 (163) Boa: 67,9 (371)	Fraca: 15,0 (82) Satisf: 54,0 (295) Boa: 31,0 (169)	MN 1,8 (10) AP 34,8 (190)	AN 13,2 (72) MP 50,2 (274)
<i>Padrão de actividades físicas/desportivas</i>				
Frequência/duração da prática de exercício físico moderado e/ou vigoroso	Rara: 9,7 (53) Ocasn: 29,5 (161) Freqt: 60,8(332)	Rara: 39,9 (218) Ocasn: 37,4 (204) Freqt: 22,7 (124)	MN 14,5 (79) AP 11,0 (60)	AN 62,8 (343) MP 11,7 (64)

(continuação)

Quadro 1.

Prevalência dos comportamentos/attitudes de saúde antes e no ensino superior e evolução do estilo de vida (N=546) (continuação).

Estilo de vida (CAS e medida geral)	Prevalência dos CAS		Evolução do estilo de vida	
	Anterior	Actual		
	<i>M ± DP (Min - Max) ou % (n)</i>		<i>M ± DP (Min - Max) ou % (n)</i>	
<i>Consumo de substâncias psicoactivas</i>				
Frequência do consumo mensal de drogas ilícitas	Nunca: 88,3 (482) Rara: 7,5 (41) Ocas: 2,9 (16) Freq: 1,3 (7)	Nunca: 88,6 (484) Rara: 6,0 (33) Ocas: 3,3 (18) Freq: 2,0 (11)	MN 8,1 (44) AP 0,5 (3)	AN 3,3 (18) MP 88,1 (481)
Nº de bebidas com álcool p/ dia	0,3 ± 0,8 (0 - 5)	0,8 ± 1,4 (0 - 10)	MN 1,1 (6) AP 16,3 (89)	AN 10,3 (56) MP 72,3 (395)
Nº de dias p/ mês de consumo de álcool em excesso (+1 ou 2 UBP)	1,3 ± 2,5 (0 - 25)	2,6 ± 4,0 (0 - 25)	MN 14,3 (78) AP 1,5 (8)	AN 37,2 (203) MP 47,1 (257)
Nº de cigarros p/ dia	1,1 ± 3,0 (0 - 25)	1,7 ± 3,9 (0 - 25)	MN 6,8 (37) AP 0,5 (3)	AN 15,4 (84) MP 77,3 (422)
Nº de bebidas com cafeína p/dia	0,8 ± 1,0 (0 - 8)	1,3 ± 1,3 (0 - 7)	MN 2,4 (13) AP 30,8 (168)	AN 12,3 (67) MP 54,6 (298)
<i>Toma de medicamentos sem aconselhamento profissional</i>				
Frequência da automedicação p/ano	Nunca: 34,2 (187) Rara: 47,1 (257) Ocas: 16,1 (88) Freq: 2,6 (14)	Nunca: 33,9 (185) Rara: 44,0 (240) Ocas: 17,9 (98) Freq: 4,2 (23)	MN 16,7 (91) AP 1,3 (7)	AN 5,5 (30) MP 76,6 (418)
<i>Comportamento sexual</i>				
Frequência do uso de preservativo nas relações sexuais*	Abstin: 19,6 (107) Rara: 20,1 (110) Freq: 12,5 (68) Const: 47,8 (261)	Abstin: 19,2 (105) Rara: 19,2 (105) Freq: 12,3 (67) Const: 49,3 (269)	MN 28,6 (156) AP 2,4 (13)	AN 2,9 (16) MP 66,1 (361)
<i>Monitorização da saúde</i>				
Frequência com que monitoriza a saúde p/ ano	Nunca: 0,7 (4) Rara: 27,7 (151) Ocas: 46,7 (255) Freq: 24,9 (136)	Nunca: 0,5 (3) Rara: 34,4 (188) Ocas: 42,1 (230) Freq: 22,9 (125)	MN 25,6 (140) AP 7,5 (41)	AN 9,4 (51) MP 57,5 (314)
<i>Medida geral</i>	10,3 ± 1,6 (5 - 13)	9,1 ± 2,0 (0 - 13)	-1,1 ± 1,6 (3 - -7)	

* Para o estudo do sentido das alterações as respostas foram analisadas em função da existência/mudança de parceiro sexual.

** Acrónimos: CAS = comportamento/atitude de saúde; MN = manutenção (de comportamento/atitude) negativa (para a saúde), AN = alteração negativa, MP = manutenção positiva, AP = alteração positiva.

Quanto à auto-percepção do primeiranista relativamente ao impacto que a evolução do seu estilo de vida teve no seu estado de saúde, 56,4% ($n = 308$) admitiu que as mudanças de estilo de vida tiveram um impacto percebido negativo ($n = 249$; 45,6%) ou positivo ($n = 59$; 10,8%) no seu estado de saúde, face aos restantes 43,6% ($n = 238$) que negaram ter percepcionado qualquer impacto na sua saúde.

Apenas 201 alunos (36,8%) responderam afirmativamente à questão sobre o desejo de mudar algum dos CAS do seu actual estilo de vida. Entre as respostas afirmativas destacaram-se os 95 inquiridos (47,2%) que desejavam iniciar ou aumentar a prática de uma actividade

física ou desportiva (destes, 67 mencionaram esta actividade isoladamente e os restantes referiram esta actividade em conjugação com mudanças no comportamento alimentar e/ou no padrão de sono-vigília). Registaram-se ainda pretensões de aumentar a qualidade e/ou a duração do sono e a qualidade/diversidade nutricional dos alimentos ingeridos, diminuir o consumo de substâncias psicoactivas ou SPA (particularmente tabaco e álcool) ou fomentar o uso de preservativo e a monitorização da saúde (cf. Quadro 2).

Quadro 2.

Dados descritivos do desejo manifesto de mudança de comportamentos/attitudes de saúde do reportório actual.

Natureza da mudança manifestada	Amostra (n = 201)		
	n	%	% TOTAL
Início ou aumento da prática de uma actividade física/desportiva ⁽¹⁾	67	33,3	47,2
Em conjunto com outras mudanças: (2) (3)	28	13,9	
Aumentar a qualidade e/ou a duração do sono ⁽²⁾	35	17,4	28,3
Em conjunto com outras mudanças: (1) (3) (4)	22	10,9	
Aumentar a qualidade e/ou diversidade nutricional das refeições ⁽³⁾	18	9,0	23,4
Em conjunto com outras mudanças: (1) (2) (4) (6)	28	13,9	
Diminuir consumo de SPA (e.g., tabaco, álcool ou drogas ilícitas) ⁽⁴⁾	16	8,0	11,0
Em conjunto com outras mudanças: (2) (3)	6	3,0	
Aumentar o uso do preservativo nas interações sexuais ⁽⁵⁾	1	0,5	0,5
Em conjunto com outras mudanças:	0	0,0	
Aumentar a (auto e hetero) monitorização da saúde ⁽⁶⁾	0	0,0	0,5
Em conjunto com outras mudanças: (3)	1	0,5	
Múltiplos comportamentos/attitudes de saúde	42	20,9	-
Outras mudanças	22	10,9	-
TOTAL	201	100,0	-

Cruzando alguns dos dados anteriores, através de tabelas de contingência, foi possível verificar que dos 249 inquiridos que perceberam um impacto negativo no seu estado de saúde, apenas 138 (55,4% da subamostra de 249 alunos) responderam afirmativamente à questão sobre o desejo de mudar algum dos CAS do seu actual estilo de vida, tendo os maiores grupos de alunos seleccionado a prática de uma actividade física/desportiva (n = 66 ou 47,8% da subamostra de 138 alunos) e a qualidade e/ou da duração do sono (n = 43 ou 31,2% da subamostra de 138 alunos) como CAS a fomentar.

Estado de saúde, QdV e estilo de vida actual – estudo de associações

Relativamente aos resultados nos indicadores do estado de saúde e da QdV, as descritivas expostas no Quadro 3 mostram que a amostra teve, de uma forma geral, uma boa percepção do seu estado de saúde e valores mais elevados na dimensão mental do que na física. Também os valores médios da faceta geral e dos quatro domínios da QdV foram reveladores de uma boa percepção deste conceito, tendo o domínio das relações sociais obtido a pontuação média

mais elevada e o domínio ambiente alcançado a mais baixa.

Quadro 3

Dados descritivos das medidas do estado de saúde e da qualidade de vida

Variáveis	Domínios	% (n)	M ± DP (Min-Max)
Estado de saúde (N = 544)	Física	1=Mau 4,6 (25)	3,0 ± 1,0 (1-5)
		2=Razoável 26,1 (142)	
		3=Bom 41,0 (223)	
		4=Muito bom 22,8 (124)	
		5=Excelente 5,5 (30)	
Psicológica	1=Mau 5,0 (27)	3,3 ± 1,1 (1-5)	
	2=Razoável 18,0 (98)		
	3=Bom 30,5 (166)		
	4=Muito bom 31,4 (171)		
	5=Excelente 15,1 (82)		
Qualidade de vida (N = 535)	Faceta geral		72,6 ± 15,0 (25,0-100)
	Físico		71,6 ± 12,7 (25,0-100)
	Psicológico		71,5 ± 14,9 (8,3-100)
	Relações sociais		73,2 ± 16,7 (16,7-100)
	Ambiente		69,9 ± 12,1 (31,3-100)

O cálculo do coeficiente de Spearman possibilitou verificar associações estatisticamente significativas ($p < 0,001$) de intensidade variável entre fraca e moderada ($0,23 \leq \rho \leq 0,53$) entre a medida geral do estilo de vida no ES e os CAS que integravam este estilo de vida. Especificamente, a medida geral do estilo de vida variou (1) no mesmo sentido que a intensidade das variáveis quantidade e qualidade/diversidade nutricional das refeições ($\rho = 0,33$ e $\rho = 0,37$, respectivamente), duração e qualidade do sono ($\rho = 0,36$, para ambos) e prática de exercício físico ($\rho = 0,23$), da utilização de preservativo ($\rho = 0,25$) e da monitorização da saúde ($\rho = 0,34$); e (2) em sentido inverso da intensidade das variáveis consumo de substâncias psicoactivas (nomeadamente: álcool, $\rho = -0,25$; álcool em excesso, $\rho = -0,47$; tabaco, $\rho = -0,53$; cafeína, $\rho = -0,35$; drogas ilícitas, $\rho = -0,31$) e automedicação ($\rho = -0,31$).

A análise da associação entre a medida geral do estilo de vida no ES e os indicadores do estado de saúde e da QdV mostrou a existência de correlações positivas estatisticamente significativas ($p < 0,05$ e $p < 0,01$), ainda que de intensidade fraca ($0,09 \leq \rho \leq 0,33$; cf. Quadro 4).

Quadro 4.

Coefficientes de correlação entre os indicadores do estado de saúde e da qualidade de vida e o estilo de vida no ensino superior (medida geral e alguns comportamentos/attitudes de saúde)

Variáveis		Estado de saúde			Qualidade de vida			
		Física	Psicológica	Faceta Geral	Físico	Psicológico	Relações sociais	Ambiente
Estilo de vida actual	Medida geral	0,25**	0,23**	0,32**	0,33**	0,22**	0,09*	0,27**
	Qualidade do sono	0,23**	0,32**	0,30**	0,41**	0,29**	0,15**	0,29**
	Exercício físico	0,30**	0,09*	0,23**	0,13**	0,10*	0,07	0,16**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Sobressaíram, ainda, do conjunto das associações entre cada um dos CAS no ES e o estado de saúde e a QdV, as associações positivas entre estes indicadores e a qualidade do sono e a frequência/duração da prática de exercício físico moderado e/ou vigoroso no ES (cf. Quadro 4). Na primeira variável observaram-se as associações de magnitude mais elevadas ($0,15 \leq \rho \leq 0,41$) e estatisticamente significativas ($p < 0,01$) do grupo de CAS com os indicadores em causa, excepto com o estado de saúde física, cuja associação foi mais elevada e estatisticamente significativa com a frequência/duração da prática de exercício físico moderado e/ou vigoroso no ES ($\rho = 0,30$, $p < 0,01$).

Variabilidade do estado de saúde e da QdV em função da qualidade do sono e da prática de exercício físico

Face ao destaque que a qualidade do sono e a prática de exercício físico obtiveram, tornou-se pertinente avaliar a existência de diferenças no conjunto de variáveis estado de saúde e faceta geral de QdV entre grupos com comportamentos/attitudes negativos (CAS-) e positivos (CAS+), no que respeita aos padrões sono-vigília e de actividades físicas ou desportivas.

Os resultados dos testes multivariados evidenciaram efeitos univariados estatisticamente significativos da qualidade do sono [Lambda de Wilk's = 0,96, $F(3,528) = 7,60$, $p < 0,001$] e da prática de exercício físico [Lambda de Wilk's = 0,95, $F(3, 528) = 9,36$, $p < 0,001$], bem como a interacção igualmente significativa entre os dois factores [Lambda de Wilk's = 0,97, $F(3, 528) = 4,81$, $p = 0,003$].

Com base nos dados fornecidos pelo Quadro 5 é possível verificar a existência de um efeito univariado estatisticamente significativo da qualidade do sono na percepção do estado de saúde física e psicológica, bem como na percepção de QdV. De igual modo, em relação à prática de exercício físico também se observou um efeito univariado significativo nos mesmos indicadores. Globalmente, os alunos com CAS positivos, relativamente à qualidade do sono e à frequência/duração da prática de exercício físico moderado e/ou vigoroso, apresentaram melhores resultados na saúde física e psicológica e na QdV percebidas.

Quadro 5.

Estatísticas descritivas nos indicadores do estado de saúde e da qualidade de vida (faceta geral) em função da qualidade do sono e da prática de exercício físico (MANOVA)

	Prática de exercício físico		Qualidade do sono	Prática de ex. físico	Qualidade sono x Prática ex. físico
	CAS+ M (DP)	CAS- M (DP)	F	F	F
Estado de saúde física					
Qualidade do sono (CAS+)	3,40 (0,87)	2,95 (0,91)	7,27**	25,36***	2,39
Qualidade do sono (CAS-)	3,25 (1,02)	2,40 (0,98)			
Estado de saúde psicológica					
Qualidade do sono (CAS+)	3,43 (1,04)	3,46 (1,02)	15,32***	12,10**	13,82***
Qualidade do sono (CAS-)	3,40 (1,14)	2,35 (1,06)			
Qualidade de vida					
Qualidade do sono (CAS+)	77,81 (13,73)	72,88 (13,70)	17,78***	11,65**	0,98
Qualidade do sono (CAS-)	71,25 (19,49)	62,30 (17,60)			

** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

* Acrónimo: CAS (+/-) = comportamento/atitude de saúde (positivo/negativo)

Os resultados mostraram ainda a existência de um efeito de interacção entre a qualidade do sono e a prática de exercício físico na saúde psicológica (cf. Figura 1), comprovando que o grupo de alunos que manifestou CAS negativos na frequência/duração da prática de exercício físico moderado e/ou vigoroso reportou pior percepção do estado de saúde psicológica do que o grupo de comportamento/atitude opostos, excepto quando os mesmos expressaram uma qualidade do sono boa ou satisfatória (CAS positivo).

De uma forma geral, o grupo de estudantes com CAS positivo relativamente à qualidade de sono deteve valores acima da média nas variáveis consideradas [$M(\text{Saúde física}) = 3,05 > 2,98$; $M(\text{Saúde psicológica}) = 3,46 > 3,33$; $M(\text{QdV}) = 73,95 > 72,50$] enquanto que o grupo com CAS oposto (i.e., com uma qualidade do sono fraca), apresentava valores abaixo da média [$M(\text{Saúde física}) = 2,61 < 3,33$; $M(\text{Saúde psicológica}) = 2,35 < 3,33$; $M(\text{QdV}) = 64,48 < 72,50$]; de forma semelhante, o grupo praticante de uma actividade física/desportiva moderada ou vigorosa com uma frequência rara ou ocasional (CAS negativo) exibiu resultados abaixo da média nas mesmas variáveis [$M(\text{Saúde física}) = 2,87 < 2,98$; $M(\text{Saúde psicológica}) = 3,30 < 3,33$; $M(\text{QdV}) = 71,30 < 72,50$], ao passo que os primeiranistas praticantes frequentes dessa actividade (CAS positivo) evidenciaram resultados acima da média [$M(\text{Saúde física}) = 3,37 > 2,98$; $M(\text{Saúde psicológica}) = 3,42 > 3,33$; $M(\text{QdV}) = 76,69 > 72,50$].

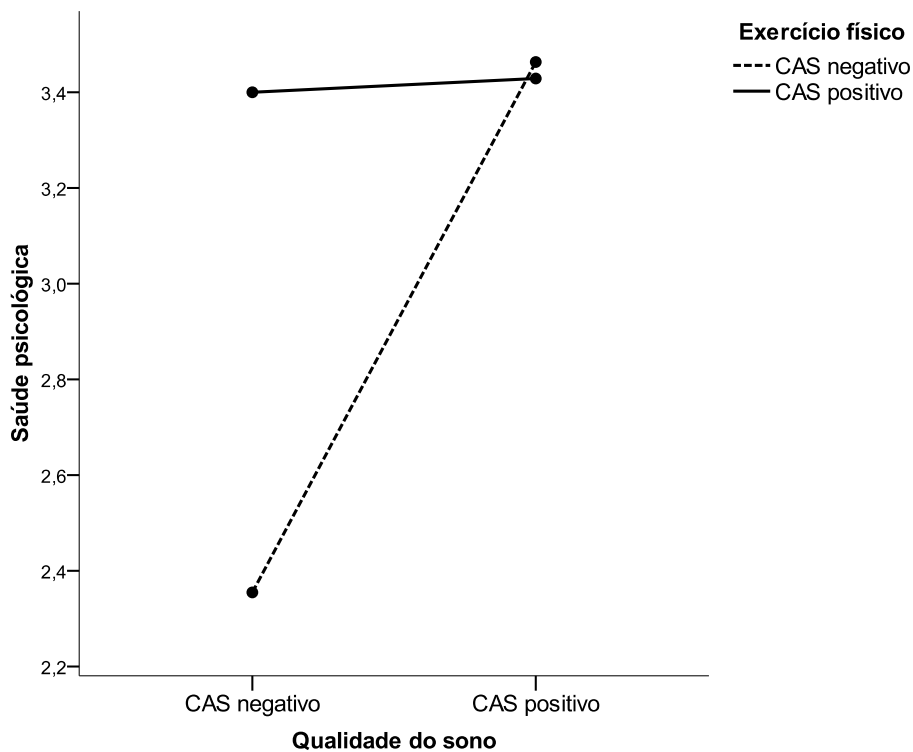


Figura 1. Efeitos de interação da qualidade do sono e da prática de exercício físico na saúde psicológica.

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados neste estudo sobre saúde e transição/adaptação ao ES, e que teve por objectivo avaliar o estilo de vida, o estado de saúde e a QdV dos primeiranistas, bem como as relações entre estas variáveis e a influência de alguns CAS na percepção do estado de saúde e da QdV dos estudantes, vão na sua maioria ao encontro da literatura revista.

Em primeiro lugar, a variação na prevalência dos CAS (entre os dois momentos considerados: antes e depois do ingresso no ES) permitiu comprovar que os comportamentos/attitudes que fazem parte do estilo de vida do sujeito tendem a mudar, constituindo estas alterações, e de acordo com Pinheiro (2004), exemplos de respostas de ajustamento às mudanças (de natureza ecológica, educativa e desenvolvimental) subjacentes à entrada neste nível de ensino. O decréscimo estatisticamente significativo verificado no valor médio da medida geral do estilo de vida, resultante da diminuição, também ela significativa, do valor médio ao nível do comportamento alimentar, do padrão sono-vigília, do padrão de actividades físicas/desportivas e da monitorização da saúde e dos aumentos significativos do consumo de substâncias psicoactivas (não verificado para o consumo de drogas ilícitas), da auto-medicação e do comportamento sexual protegido, deve ser cuidadosamente interpretado. Esta diminuição do valor da medida geral não reflecte o grande número de alunos que procedeu a alterações dentro de um intervalo considerado salutar (previamente determinado

pelos critérios dos autores e da literatura), como as apuradas nas variáveis qualidade/diversidade nutricional e duração do sono, ou que manteve CAS positivos ao nível de todas as outras variáveis, frequência/duração da prática de uma actividade física/desportiva. De facto, em consonância com os resultados de outras investigações nacionais que se dedicaram ao estudo do estilo de vida no ensino superior (e.g., Elias et al., 2009; Faria et al., 2004; Loureiro, 2006), a maioria dos primeiranistas da presente amostra não apresentava (nem manifestava, antes do ingresso no ES) a valência positiva (portanto salutar) nos grupos de CAS em análise, não obstante das valências negativas existirem no estilo de vida de muitos sujeitos. As excepções concretizaram-se ao nível do padrão de actividade física/desportiva, cuja frequência/duração da prática caiu, com a transição, para níveis insuficientes para quase 2/3 dos alunos (CAS negativo referido frequentemente na literatura - e.g., Bray & Born, 2006, Elias et al., 2009; Seabra, 2007), e do já esperado (face ao número crescente de estudos existentes sobre esta problemática, como por exemplo, Dantzer et al., 2006; Dusselier et al., 2005; Precioso, 2004; Steptoe, 2000) consumo excessivo de álcool, que granjeou mais de 1/3 da amostra com a transição.

Por sua vez, a variação diferenciada na prevalência dos CAS em análise mostrou que há CAS mais resistentes à mudança (como o número de refeições, o consumo mensal de drogas ilícitas ou o diário de álcool e de tabaco, a auto-medicação, a utilização de preservativo e a monitorização da saúde, relativamente aos quais entre 70,6% e 96,2% dos primeiranistas mantiveram um padrão comportamental/atitudinal negativo ou positivo no novo contexto) do que outros. O período em que decorreu esta avaliação (ao longo dos 3 primeiros meses do segundo semestre) pode constituir uma justificação plausível para esta aparente constância de padrão, sendo previsíveis resultados diferentes no final do segundo semestre, depois da segunda época de avaliação de desempenho e de um importante evento da praxe académica: a Queima das Fitas. Por um lado, os períodos de avaliação de desempenho, enquanto acontecimentos indutores de stresse, podem desencadear o aumento do consumo de substâncias psicoactivas (sobretudo da cafeína, do tabaco ou do álcool), que funcionariam como reguladores emocionais desadaptativos (Dusselier et al., 2005; Steptoe, 2000), e da auto-medicação (Ribeiro et al., 2010). Por outro, a Queima das Fitas é uma festa académica conhecida também pelo consumo abusivo de álcool e pela iniciação sexual de muitos universitários, como comprovaram os estudos de Agante (2009) ou de Oliveira (2008).

Pese embora a elevada percentagem (45,6% da amostra) de alunos que admitiu ter sentido um impacto negativo das mudanças de estilo de vida no seu estado de saúde, pouco mais de metade destes respondeu afirmativamente à questão sobre o desejo de mudar algum dos CAS reportados. Esta percentagem subiu ligeiramente (para 37%) quando se consideraram todos os jovens inquiridos. A discrepância percentual anterior pode ser compreendida à luz de algumas explicações: para os jovens-adultos (1) a degradação qualitativamente pequena do estado de saúde (69% da amostra reportou um estado de saúde física bom, muito bom ou excelente e 77% referiu o mesmo no que diz respeito à auto-percepção do estado de saúde psicológica) não justifica alterações profundas no estilo de vida (ao contrário da degradação acentuada provocada pela manifestação da doença e para a qual, no entender de Fletcher et al. (2007), há uma percepção de invulnerabilidade por parte dos jovens), (2) há ganhos (p.e., ao nível do sentimento de pertença ao grupo, com o consumo de substâncias psicoactivas ou com a

privação de sono exigida pela convivialidade nocturna com os pares - Agante, 2009; Precioso, 2004) nas mudanças de CAS que legitimam aquela degradação do estado de saúde e (3) a modificação de CAS negativos impõe muito mais do que a intenção de mudar e esta implica outros factores para lá da percepção de risco (como de resto explicam os modelos sociocognitivos; cf. Armitage & Conner, 2000).

A escolha da prática de uma actividade física ou desportiva (do seu início ou do aumento da frequência/duração da sua prática), dentre todos os CAS estudados, pela maioria alunos que expressou intenção de mudar algum comportamento/atitude do seu estilo de vida actual não é surpreendente dada a grande percentagem de praticantes (77,3%) que alterou ou manteve a frequência/duração da sua prática para/em níveis insuficientes (i.e., rara ou ocasional) com o ingresso no ES e ao claro fenómeno social em que se converteu a procura crescente de programas de exercício físico. Para além das razões estéticas, de saúde e qualidade de vida ou de desempenho desportivo que alimentam esta procura (Gaspar, 2004), é provável que os estudantes reconheçam os benefícios da prática de exercício físico, na “promoção de estados afectivos e de humor (associados ao bem-estar psicológico), mas também na redução de estados negativos e emoções associadas frequentemente ao stress natural das transições, etapas e momentos mais difíceis do percurso universitário” (Cruz et al., 2008, p. 29).

As associações encontradas entre as variáveis estilo de vida (medida geral e CAS), estado de saúde (física e psicológica) e QdV, são consistentes com a literatura (e.g., Geada et al., 1994; Grant, Wardle, & Steptoe, 2009; Pais-Ribeiro, 2007; Silva, 2005; Steptoe & Wardle, 2001; Vaez, Kristenson, & Laflamme, 2004). Com efeito, (1) os primeiranistas com estilo de vida mais saudável eram aqueles que apresentam os valores mais elevados na quantidade e na qualidade/diversidade nutricional das refeições, na duração e qualidade do sono, na frequência da prática de exercício físico, na utilização de preservativo e na monitorização da saúde e os valores mais baixos no consumo de substâncias psicoactivas e na automedicação (verificando-se o inverso nos universitários com estilos de vida menos saudáveis); (2) um estilo de vida com mais comportamentos/atitudes de saúde positivos (i.e., com valores mais elevados na medida geral) originava percepções da QdV e do estado de saúde melhores, traduzindo-se tal facto em resultados mais elevados nestas variáveis; e (3) os indicadores de saúde e QdV dos alunos aumentavam com o aumento da prática de exercício físico (particularmente a percepção do estado de saúde física) e da qualidade do sono.

Por fim, o estudo da variabilidade do estado de saúde e da QdV do primeiranista, em função da sua qualidade do sono e da sua prática de exercício físico, permitiu averiguar que os indicadores de saúde e de QdV dos alunos com comportamentos/atitudes positivos eram superiores aos alunos com comportamentos/atitudes negativos (à semelhança de outros estudos como, por exemplo, de Bray & Born, 2006; Geada et al., 1994; Gomes et al., 2008; Silva, 2005; Steptoe & Wardle, 2001; Vaez & Laflamme, 2003). A excepção manifestou-se ao nível do estado de saúde psicológica dos alunos, para a qual a qualidade do sono se mostrou determinante, uma vez que o grupo de jovens que manifestou CAS negativos em relação à prática de uma actividade física/desportiva (i.e., grupo não praticante ou praticante ocasional/irregular destas actividades) procedeu a uma avaliação da percepção de saúde psicológica melhor do que o grupo de comportamento/atitude opostos, quando os mesmos

relataram uma qualidade do sono boa ou satisfatória (CAS positivos). A importância da qualidade do sono na saúde psicológica dos alunos tem sido sistematicamente confirmada (cf., por exemplo, Gomes et al., 2008, ou Lund et al., 2010), relegando para segundo plano o efeito de outros CAS do estilo de vida neste indicador de saúde.

Embora o presente estudo apresente algumas limitações metodológicas, como o viés de memória característico das medidas retrospectivas, o viés sistemático decorrente do desenho transversal ou a não representatividade da amostra que resulta da técnica de amostragem não probabilística, dele derivaram informações pertinentes que poderão ser úteis para a implementação de projectos de intervenção promotores de saúde e QdV e facilitadores da transição/adaptação ao ES. No seguimento das posições defendidas por autores como Gaspar e colaboradores (2008), Matos (2007) ou Precioso e Taveira (2007), acerca da importância de intervenções desenvolvimentistas e ecológicas no âmbito da PrS e da EpS, e das recomendações de Loureiro (2009), relativamente às competências necessárias para promover saúde, a planificação de um projecto de intervenção deverá ser precedida de uma revisão bibliográfica para identificação dos factores que influem na saúde e na QdV, do envolvimento da população-alvo na identificação das suas necessidades em saúde (sendo expectável encontrar variações nas prevalências dos CAS, induzidas pelo ingresso no ES, semelhantes às deste estudo e prevalências preocupantes de CAS negativos como o sedentarismo, o consumo abusivo de álcool ou a fraca qualidade do sono, devendo nesse caso assumir um lugar de destaque na intervenção) e no estabelecimento de prioridades (a este respeito é importante realçar que o presente estudo permitiu verificar que é possível encontrar estudantes mais motivados para alterar positivamente a frequência da prática de actividades físicas/desportivas do que outros CAS, como o consumo abusivo de álcool, que poderiam ter sido avaliados precocemente pelo investigador como prioritários), para que posteriormente se possam formular objectivos relevantes e mensuráveis, estabelecer parcerias adequadas dentro e fora do sector da saúde e envolver membros da comunidade no planeamento e na implementação de um projecto de intervenção consistente, sustentável e eficaz.

REFERÊNCIAS

- Adelmann, P. (2005). Social environmental factors and preteen health-related behaviors. *Journal of Adolescent Health, 36*, 36-47. doi: 10.1016/j.jadohealth.2003.07.027.
- Agante, D. (2009). *Comportamentos relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas durante as festas académicas nos estudantes do ensino superior* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Alwan, A. (1997). Noncommunicable diseases: A major challenge for public health in the region. *Eastern Mediterranean Health Journal, 3*, 6-16.
- Armitage, C., & Conner, M. (2000). Social cognition models and health behaviour: A structured review. *Psychology and Health, 15*, 173-189. doi: 10.1080/08870440008400299.

- Bray, S., & Born, H. (2006). Transition to university and vigorous physical activity: Implications for health and psychological well-being. *Journal of American College Health*, 52, 181-188. doi: 10.3200/JACH.52.4.181-188.
- Carvalho, G. (2006). A criação de ambientes favoráveis para a promoção de estilos de vida saudáveis. In B. Pereira & G. Carvalho (Coords.), *Atividade física, saúde e lazer: A infância e estilos de vida saudáveis* (pp. 19-37). Lisboa: LIDEL Edições Técnicas Lda.
- Carvalho, A. (2007). *Promoção da saúde: concepções, valores e práticas de estudantes de Enfermagem e de outros cursos do ensino superior* (tese de doutoramento não publicada). Escola de Psicologia da Universidade do Minho, Braga.
- Cockerham, W. C. (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of Health and Social Behavior*, 46, 51-67. doi: 10.1177/002214650504600105.
- Cruz, J., Gomes, A., Roriz, F., Parente, F., Amorim, P., Dias, B., & Paiva, P. (2008). Avaliação de dimensões psicológicas nos comportamentos de exercício e actividade física em estudantes universitários: Características psicométricas de medidas de atitudes e estados de humor associados à prática desportiva. In A. Noronha, C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, & V. Ramalho (Eds.), *Actas da XIII Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 24-31). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Dantzer, C., Wardle, J., Fuller, R., Pampalona, S., & Steptoe, A. (2006). International study of heavy drinking: Attitudes and sociodemographic factors in university students. *Journal of American College Health*, 55, 83-89. doi: 10.3200/JACH.55.2.83-90.
- Davies, M., & Macdowall, W. (2006). *Health Promotion theory*. London: Open University Press.
- DeBerard, M., Spielmans, G., & Julka, D. (2004). Predictors of academic achievement and retention among college. *College Student Journal*, 38, 66-80.
- Deshpande, S., Basil, M., & Basil, D. (2009). Factors influencing healthy eating habits among college students: An application of the Health Belief Model. *Health Marketing Quarterly*, 26, 145-164. doi: 10.1080/07359680802619834.
- Downie, R., Tannahill, C., & Tannahill, A. (2000). *Health promotion: Models and values* (2nd ed., pp. 9-75). Oxford: University Press.
- Dusselier, L., Dunn, B., Wang, Y., Shelley II, M., & Whalen, D. (2005). Personal, health, academic, and environmental predictors of stress for residence hall students. *Journal of American College Health*, 54, 15-24. doi: 10.3200/JACH.54.1.15-24.
- Elias, A., Azevedo, V., & Maia, A. (2009). Saúde e rendimento académico nos estudantes da Universidade do Minho: Percepção de áreas problemáticas. In C. Sequeira, I. L. Ribeiro, J. C. Carvalho, T. Martins & T. Rodrigues (Cords.), *Actas do Congresso Saúde e Qualidade de Vida* (pp. 292-302). Porto: Escola Superior de Enfermagem.
- Faria, M., Chamorro, C., Carvalho, S., & Rocha, A. (2004). Auto-cuidado em saúde e consumo de substâncias no ensino superior. In J. Ribeiro & I. Leal (Eds.), *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: A Psicologia da Saúde num Mundo em Mudança* (pp. 177-181). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fleck, M. (2008). *A avaliação de qualidade de vida: Guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed.

- Fletcher, P., Bryden, P., Schneider, M., Dawson, & K., Vandermeer, A. (2007). Health issues and service utilization of university students: Experiences, practices & perceptions of students, staff and faculty. *College Student Journal*, 41, 482-493.
- Gaspar, P. (2004). *Efeitos do sedentarismo a nível cardiovascular: A importância da actividade física na manutenção da saúde* (trabalho académico). Instituto Politécnico de Leiria, Leiria.
- Gaspar, T., Ribeiro, J., Matos, M. G., & Leal, I. (2008). Promoção de qualidade de vida em crianças e adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9, 55-71.
- Geadá, M., Justo, J., Santos, S., Steptoe, A., & Wardle, J. (1994). Hábitos de saúde, comportamentos de risco e níveis de saúde física e psicológica em estudantes universitários. In T. McIntyre (Ed.), *Psicologia da saúde: Áreas de intervenção e perspectivas futuras* (pp. 157-175). Braga: APPORT.
- Gomes, A., Tavares, J., Pereira, A., & Azevedo, M. (2008, Fevereiro). *Sono no ensino superior: "diagnóstico" e intervenção*. In A. S. Pereira (Coord.), *Intervenção na saúde mental dos estudantes do ensino superior*. Simpósio apresentado no 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Porto.
- Grant, N., Wardle, J., & Steptoe, A. (2009). The relationship between life satisfaction and health behavior: A cross-cultural analysis of young adults. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16, 259-268. doi: 10.1007/s12529-009-9032-x.
- Hancox, R., Milne, B., & Poulton, R. (2004). Association between child and adolescent television viewing and adult health: A longitudinal birth cohort study. *The Lancet*, 364, 257-262. doi: 10.1016/S0140-6736(04)16675-0.
- Loureiro, E. (2006). *Estudo da relação entre o stress e os estilos de vida nos estudantes de Medicina* (Dissertação de mestrado), Escola de Psicologia da Universidade do Minho, Braga.
- Loureiro, I. (2009). Competências para promover a saúde. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 43(2), 81-103.
- Lucas, K., & Lloyd, B. (2005). *Health promotion: Evidence and experience*. London: SAGE Publications.
- Lund, H., Reider, B., Whiting, A., & Prichard, J. (2010). Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students. *Journal of Adolescent Health*, 46, 124-132. doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.06.016.
- Martins, M. (2005). A promoção da saúde: percursos e paradigma. *Revista de saúde Amato Lusitano*, 22, 42-46.
- Martins, M. (2009). *Food habits of portuguese university students* (trabalho de investigação). Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, Porto.
- Matos, M. G. (Ed.). (2005). *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola*. Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M. G. (2007). Psicologia da Saúde e Saúde Pública. In J. Teixeira (Org.), *Psicologia da Saúde: Contextos e áreas de intervenção* (pp. 43-70). Lisboa: Climepsi Editores.
- McIntyre, T., Soares, V., & Silva, S. (1997). Hábitos de saúde e comportamentos de risco na adolescência: Implicações para a prevenção. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 219-232.

- Michalos, A. C. (2004). Social indicators research and health-related quality of life research. *Social Indicators Research*, 65, 27-46. doi: 10.1023/A:1025592219390.
- Ministério da Saúde/Direcção Geral da Saúde [MS/DGS]. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos* (Vol. 2). Lisboa: Autor.
- Myers, J., & Mobley, A. (2004). Wellness of undergraduates: comparisons of traditional and nontraditional students. *Journal of College Counseling*, 7, 40-49. doi: 10.1002/j.2161-1882.2004.tb00258.x.
- Naidoo, J., & Wills, J. (2009). *Foundations for health promotion* (3rd ed.). London: Baillière Tindall Elsevier.
- Ogden, J. (2004). *Health Psychology* (3rd ed.). Buckingham: Open University Press.
- Oliveira, A. (2008). *Preservativo, SIDA e saúde pública: Factores que condicionam a adesão aos mecanismos de prevenção do VIH-SIDA*. Coimbra: Imprensa da Universidade.
- Osse, C. (2008). *Pródromos e qualidade de vida de jovens na moradia estudantil da Universidade de Brasília – UnB* (dissertação de mestrado não publicada), Universidade de Brasília, Brasília.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2004). Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças. *Análise Psicológica*, 22, 387-397.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2005). *O importante é a saúde: Estudo da adaptação de uma técnica de avaliação do estado de saúde – SF-36*. Lisboa: Fundação Merck.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde* (2^a ed.). Coimbra: Quarteto.
- Patrick, M., Maggs, J., & Abar, C. (2007). Reasons to have sex, personal goals, and sexual behavior during the transition to college. *Journal of Sex Research*, 44, 240-249. doi: 10.1080/00224490701443759.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. (5^a ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinheiro, M. R. (2004). O desenvolvimento da transição para o ensino superior: O princípio depois de um fim. *Aprender*, 29, 9-20.
- Precioso, J. (2004). Educação para a saúde na universidade: Um estudo realizado em alunos da Universidade do Minho. *Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias*, 2, 161-170. Retirado de <http://hdl.handle.net/1822/3986>
- Precioso, J., & Taveira, M. C. (2007). Psicologia e educação para a saúde em contexto escolar. In J. Teixeira (Org.), *Psicologia da Saúde: Contextos e áreas de intervenção* (pp. 71-100). Lisboa: Climepsi Editores.
- Preto, L. (2003). Padrões de consumo de substâncias psicoactivas em estudantes do ensino superior no distrito de Bragança: A influência dos factores psicossociais. *Revista Investigação em Enfermagem*, 7, 12-23.
- Randolph, M., Torres, H., Gore-Felton, C., Lloyd, B., & McGarvey, E. (2009). Alcohol use and sexual risk behavior among college students: Understanding gender and ethnic differences. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 35, 80-84. doi: 10.1080/00952990802585422.
- Rapley, M. (2003) *Quality of life research: A critical introduction*. London: SAGE Publications.

- Rayle, A., & Chung, K. (2008). Revisiting first-year college student's mattering: Social support, academic stress, and the mattering experience. *Journal of College Student Retention, 9*, 21-37.
- Reich, W., Harber, K., & Siegel, H. (2008). Self-structure and well-being in life transitions. *Self and Identity, 7*, 129-150. doi: 10.1080/15298860601119940.
- Ribeiro, A., Oliveira, A., Silva, H., Mendes, M., Almeida, M., & Silva, T. (2010). Prevalência da auto-medicação na população estudantil do Instituto Politécnico de Bragança. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 28*, 41-48.
- Schwarzer, R., & Luszczynska, A. (2006). Self-efficacy, adolescents' risk-taking behaviors, and health. In F. Pajares & T. Urdan (Eds.), *Self-efficacy beliefs of adolescents* (pp. 139-159). USA: Information Age Publishing.
- Schwarzer, R., & Luszczynska, A. (2008). How to overcome health-compromising behaviors: The Health Action Process Approach. *European Psychologist, 13*, 141-151. doi: 10.1027/1016-9040.13.2.141.
- Scriven, A. (2010). *Promoting health: A practical guide* (6th ed.). London: Baillière Tindall Elsevier.
- Seabra, A. (2007). *Queixas de saúde subjectivas e preocupações modernas de saúde: Um estudo comparativo entre alunos de diferentes licenciaturas* (Dissertação de mestrado). Escola de Psicologia da Universidade do Minho, Braga.
- Steptoe, A. (2000). Health behaviour and stress. In G. Fink (Ed.), *Encyclopedia of stress*, (Vol. 2, pp. 322-326). NY: Academic Press.
- Steptoe, A., Peacey, V., & Wardle, J. (2006). Sleep duration and health in young adults. *Archives of Internal Medicine, 166*, 1689-1692. doi: 10.1001/archinte.166.16.1689.
- Steptoe, A., Tsuda, A., Tanaka, Y., & Wardle, J. (2007). Depressive symptoms, socio-economic background, sense of control, and cultural factors in university students from 23 countries. *International Journal of Behavioral Medicine, 14*, 97-107. doi: 10.1007/BF03004175.
- Steptoe, A., & Wardle, J. (2001). Health behaviour, risk awareness and emotional well-being in students from Eastern Europe and Western Europe. *Social Science & Medicine, 53*, 1621-1630. doi: 10.1016/S0277-9536(00)00446-9.
- Steptoe, A., & Wardle, J. (2004). Health behaviour: prevalence and links with disease. In A. Kaptein, & J. Weinmen (Eds.), *Introduction to Health Psychology* (pp. 21-51). UK: Blackwell.
- Silva, C. (2005, Maio). Ritmos biológicos, saúde, bem-estar e rendimento no ensino superior. In A. S. Pereira & E. D. Motta (Eds.). Comunicação apresentada no *Congresso Nacional Acção Social e Aconselhamento Psicológico no Ensino Superior: Investigação e Intervenção*, SASUC, Coimbra.
- Simões, M. (1994). *Investigações no âmbito da aferição nacional do teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (M.P.C.R.)* (Dissertação de doutoramento não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Tavares, J., & Silva, I. (2001). *Sucesso académico no ensino superior*. In R. Sousa, E. Sousa,

- F. Lemos, & C. Januário (Orgs.), *III Simpósio – Pedagogia na Universidade* (pp. 55-67). Lisboa: Reitoria da Universidade Técnica de Lisboa.
- Trockel, M., Barnes, M., & Egget, D. (2000). Health-related variables and academic performance among first-year college students: Implications for sleep and other behaviors. *Journal of American College Health, 49*, 125-131. doi: 10.1080/07448480009596294.
- Vaez, M., Kristenson, M., & Laflamme, L. (2004). Perceived quality of life and self-rated health among first-year university students. *Social Indicators Research, 68*, 221-234. doi: 10.1023/B:SOCI.0000025594.76886.56.
- Vaez, M., & Laflamme, L.(2003). Health behaviors, self-rated health, and quality of life: A study among first-year Swedish university students. *Journal of American College Health, 51*, 156-162. doi: 10.1080/07448480309596344.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho,...Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica, 27*, 41-49.
- World Health Organization [WHO]. (2009). *Milestones in health promotion: Statements from global conferences*. Geneva: Author. Retrieved from <http://www.who.int/healthpromotion/en/>.
- WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health, 23*, 24-56.