

ESTILO DE VIDA, PERCEÇÃO E ESTADO DE SAÚDE EM ESTUDANTES DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU: INFLUÊNCIA DA ÁREA DE FORMAÇÃO

CARLOS MANUEL DE SOUSA ALBUQUERQUE*

ANA PAULA SOARES DE MATOS**

1. INTRODUÇÃO

Recentemente, as ciências sociais e humanas têm dado um contributo importante para o estudo da saúde e do bem estar das populações.

Neste contexto pensa-se que uma das principais funções dos profissionais de saúde é ajudar a promover nas pessoas comportamentos saudáveis. Porém, muitos destes profissionais, quando sugerem que, por exemplo, não se beba em excesso, que se faça exercício físico ou que não se fume, etc., em pouco tempo se apercebem e interiorizam que os seus bem intencionados programas de intervenção não têm um resultado satisfatório, não se verificando, muitas vezes, mudanças significativas nos comportamentos dos indivíduos.

Assim, para que seja viável promover a aprendizagem de estilos de vida saudáveis não basta a boa vontade e o bom senso. É preciso muito mais. Há que compreender a dinâmica da saúde-doença nas pessoas. Há que conhecer quais os factores – *biológicos, sociais e psicológicos* – que acentuam a vulnerabilidade e como agir para reforçar a *resilience* individual.

2. OBJECTIVOS E CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

Dada a relevância actual de se efectuar uma abordagem multidisciplinar¹ do Estado de Saúde e uma vez que a Psicologia pode dar um contributo importante para a compreensão de alguns factores do vector pessoa envolvidos nos processos de

* Professor - Escola Superior de Enfermagem / Instituto Superior Politécnico de Viseu.

** Professora - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação / Universidade de Coimbra.

¹ Os modelos teóricos que procuram dar a conhecer relações de causalidade entre variáveis têm evoluído de modelos de um só factor, assentes numa causalidade linear, para modelos multifactoriais em que são ponderadas as influências de diversos factores, pertencentes a disciplinas científicas diferentes (como sejam: a pedagogia, a biologia, a psicologia, a sociologia, a farmacologia, etc.), na explicação de um dado resultado (Marlatt et al., 1988).

desenvolvimento, promoção e de manutenção da saúde, decidimos efectuar o estudo de algumas variáveis psicológicas (auto-conceito, *locus* de controlo e sentido interno de coerência) e de saúde (estilo de vida, estado de saúde e percepção geral de saúde) em estudantes do ensino superior. Neste artigo apresentamos somente os resultados que se referem à análise da influência da área de formação dos estudantes nas variáveis de saúde. Para tal, comparámos um grupo de alunos dum curso na área da saúde com um grupo de alunos que frequentam outros cursos que não estão relacionados com a saúde.

De acordo com o exposto, conceptualizámos um estudo transversal de comparação de grupos e procedemos a uma pesquisa que obedece a um desenho característico de um estudo não experimental (Pedhazur e Schmelkin,1991), também designado por estudo pós-facto (Kiess e Bloomquist,1985), estudo de observação passiva (Cook e Campbell,1979), ou estudo correlacional e de observação (Gil,1995), dado que no estudo não houve manipulação de variáveis independentes e com ele se pretendeu efectuar a descrição das características da amostra em estudo, bem como o estabelecimento de relações entre variáveis.

3. AMOSTRA

Para o presente estudo recorremos a uma amostra não probabilística por tipicidade dado se pretender um subgrupo que fosse “*típico em relação à população como um todo*” (Lakatos e Marconi,1996).

Um vez que, como referido, o objectivo principal da presente investigação era estudar a influência da área de formação na saúde dos inquiridos, foi constituído um grupo de estudantes, correspondente à frequência do Curso Superior de Enfermagem, isto é, com formação na área da saúde, e um grupo de controlo, constituído por estudantes provenientes de Cursos Superiores não relacionados com a Área da Saúde. Este grupo de controlo, que na investigação foi designado por Grupo de Estudantes de Outros Cursos, era constituído por estudantes provenientes dos Cursos de Português/Inglês, de Gestão e de Secretariado e Administração. Contudo, neste artigo, apenas iremos apresentar os resultados que se referem ao estudo da influência da área de formação nas variáveis de saúde em estudantes do Instituto Superior Politécnico de Viseu (n=193) que integraram a nossa amostra total (n=948).

Face ao exposto, estarão em análise neste trabalho dois grupos de estudantes do ISPV: um Grupo de Estudantes do Curso de Enfermagem (GECE), constituído por 91 indivíduos que incluiu Estudantes provenientes da Escola Superior de Enfermagem de Viseu (n=91), e um Grupo de Estudantes do Curso de Gestão (GECG), constituído por 102 estudantes cujo curso que frequentavam estava a ser leccionado na Escola Superior de Tecnologia de Viseu.

Foram considerados critérios de exclusão dos grupos, o não preenchimento integral da bateria de questionários utilizada (n=5).

4. COLHEITA DE DADOS

A metodologia utilizada na recolha de dados foi idêntica nos dois grupos. A colheita de dados foi levada a cabo pelo autor do estudo. Os questionários foram passados em sala de aulas segundo as mesmas normas:

1. Pedido de colaboração voluntária; explicação da investigação em curso e esclarecimento sobre o anonimato e a confidencialidade das respostas.
2. Leitura das instruções que acompanhavam os questionários e esclarecimento sobre o modo de preenchimento dos mesmos.
3. Esclarecimento de dúvidas, sempre que necessário, sobre a forma de preenchimento ou o sentido das questões. O tempo total atribuído para o preenchimento dos questionários foi de cerca de 50 minutos

5. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Para medir as variáveis de saúde em estudo foram utilizados os instrumentos:

- a) Inventário “O Meu Estilo de Vida”, de Ribeiro, 1993 (**OMEV**);
- b) Escala de Estado de Saúde (**EES**), Albuquerque (1999);
- c) Questionário “A Minha Saúde”, de Ribeiro, 1993 (**AMS**).

5.1. “O MEU ESTILO DE VIDA”

O OMEV é um inventário de auto-resposta que tem como objectivo avaliar comportamentos de saúde e de risco². É composto por 27 itens, questionando 15 a frequência com que o indivíduo implementa determinadas acções, e 12 as atitudes para com determinadas acções³. O processo de reconstrução e adaptação à população portuguesa foi realizado por Ribeiro(1993), revelando uma análise factorial, com rotação ortogonal de tipo *varimax*, a existência de 10 factores, com raízes latentes superiores a 1, que explicam 64,20% da variância. O bloco de itens agrupado no factor um, caracteriza o “cuidado com a alimentação”- **NUTRIÇÃO**; no dois, a “pre ocupação com o ambiente poluído”- **POLUIÇÃO**; no três, com o “exercício”- **EXERCÍCIO**, no quarto, o “cuidado com as relações sexuais”- **SEXUAL**; no cinco, a “prevenção das doenças”- **PREVENÇÃO**; no seis, o “cuidado com as drogas semi-legais”- **DROGAS**; no sete, a “preocupação com as bebidas alcoólicas”- **ÁLCOOL**; no oito, a “preocupação com o tabaco e medicamentos”- **RISCO**; no nove, os “cuidados com o transporte automóvel”- **AUTO**; no dez, a “protecção da saúde”- **PROTECCÃO**.

5.2. ESCALA DE ESTADO DE SAÚDE - EES

Em virtude de um dos objectivos da nossa investigação implicar a auto-avaliação do Estado de Saúde, tivemos necessidade de construir uma escala para esse efeito (no prelo para publicação), já que não era do nosso conhecimento a existência de algum instrumento deste género, que permitisse, com especificidade, a medição da saúde de uma população constituída pelas faixas etárias do presente estudo (adolescentes e jovens universitários).

A Escala de Estado de Saúde é um instrumento de auto-resposta constituído por 19 questões, que se destina a avaliar o estado de saúde de um indivíduo.

Na amostra de 948 indivíduos que serviu para a sua construção obteve-se um coeficiente de *Spearman-Brown* de .932 e um índice *alpha de Cronbach* de .871. O

² Ribeiro (1993) refere que este inventário, propondo-se avaliar o comportamento e atitudes dos indivíduos em áreas que a investigação tem demonstrado estarem associadas à saúde, é por excelência um instrumento de avaliação dos comportamentos de saúde e de risco .

³ Da totalidade dos 27 itens, 24 foram adoptados do *Life-Style Assessment Questionnaire - LAQ* - de Hettler (1982). Contudo, houve necessidade de acrescentar 3 itens sobre atitudes sexuais que o LAQ não incluía, dado na época em que este último foi concebido, no início da década de 80, o comportamento sexual ainda não ter adquirido a importância social, com o impacto na saúde, que adquiriu depois (Ribeiro,1993).

valor da correlação teste-reteste foi de $r=0.787$, para 118 indivíduos, quando estes voltaram a responder à escala no intervalo de 3 semanas.

Uma análise factorial, com rotação ortogonal de tipo *varimax*, revelou a existência de 3 factores com raízes latentes superiores a 1, que explicam 55.35% da variância. Os dois primeiros são os mais significativos. O factor 1 - “**Saúde Psicológica**” - explica 30.95% da variância total e o factor 2 - “**Saúde Física**”, que é tradutor do estado funcional do indivíduo, explica 14.11% da variância. O factor 3 - “**Desempenho do Papel**” - contribui para 10.29% da variância total. As questões que o constituem avaliam a interferência da saúde nas actividades diárias (escolares e não escolares) do indivíduo.

5.3. “A MINHA SAÚDE”

O questionário “A Minha Saúde” é um instrumento de auto-resposta, constituída por 18 questões, que permite avaliar a Percepção Geral de Saúde. O processo de reconstrução e adaptação à população portuguesa foi efectuado por Ribeiro (1993) com uma amostra que abrangeu 609 estudantes saudáveis, sendo 53% do sexo feminino. Neste processo, uma análise factorial com rotação ortogonal de tipo *varimax* revelou a existência de 4 factores, a seguir discriminados, com raízes latentes superiores a 1, que explicam 51,70% da variância total:

factor 1 - “percepção da saúde actual” - **PSA**, explica 22.00% da variância total. É o mais importante de todos. As questões que o constituem revelam a forma como o indivíduo classifica a *sua percepção sobre a saúde que tem no momento* como, por exemplo, “sinto-me melhor agora do que em qualquer outro momento da minha vida”; **factor 2** - “percepção da saúde passada” - **PSP**, contribui para 11.70% da variância total. Traduz a *forma como o indivíduo se pronuncia sobre a saúde que teve* como, por exemplo, “nunca estive seriamente doente”; **factor 3** - “preocupação com a saúde” - **PS**, que inclui itens do tipo “pre ocupo-me mais com a minha saúde do que as outras pessoas com a sua”. Constitui o terceiro factor mais importante, pois explica 9.80% da variância total; **factor 4** - “atitude para com a ida ao médico” - **AIM**, que inclui itens do tipo “não gosto de ir ao médico”. Explica 8.00% da variância total.

6. TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Antes de efectuarmos a análise estatística propriamente dita, procedemos ao exame prévio dos dados, onde não se verificou a existência de desvios, em relação à normalidade, nas distribuições das variáveis estudadas, nem da linearidade das associações entre variáveis dependentes e independentes.

Análises estatísticas utilizadas

Para a descrição das características gerais dos grupos de estudantes e a comparação entre si em função das variáveis em estudo, utilizámos, dependendo da natureza das variáveis em causa, diferentes procedimentos estatísticos univariados:

- testes *t de Student* para amostras independentes; análises de variância simples (ANOVA_s); correlações de *Pearson*; e testes de Qui-quadrado de Pearson.

Para o estudo multivariado das diferenças entre grupos foram utilizadas análises multivariadas (MANOVA_s) e Análises da Função Discriminante.

Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizado o programa STATISTICA 4.1 for the PC (Award Software Inc., 1998).

7. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

No quadro 1, representativo das características gerais da amostra, poderemos observar que a mesma é constituída por 193 estudantes, 102 dos quais frequentam o Curso de Gestão e 91 o Curso de Enfermagem. No conjunto dos dois grupos existe um domínio claro do sexo feminino (63.21%) sobre o sexo masculino (36.79%), verificando-se também que esta amostra é essencialmente constituída por estudantes solteiros, residentes em meio rural, na faixa etária dos 20 aos 22 anos e que frequentam o 3º ano lectivo dos respectivos cursos superiores.

Relativamente ao grupo *Sócio-Económico*, verifica-se que as camadas sociais mais representativas são a III e a IV. Para esta estratificação utilizámos a classificação de Sedas Nunes (1970), que classifica os indivíduos em 4 Camadas Sociais, tendo em conta o grau de instrução e a profissão do chefe de família: Camada I – **Superior**; Camada II – **Média**; Camada III - **Inferior-Alta** e Camada IV - **Inferior-Baixa**.

A análise comparativa do Grupo de Estudantes do Curso de Enfermagem (com formação na área da saúde) *versus* Grupo de Estudantes do Curso de Gestão (sem formação na área da saúde) permite constatar a sua equivalência nas variáveis demográficas consideradas, com a exceção da área de residência e ano lectivo. Assim, o GECE e GECG são equivalentes:

Idade – o test t de Student não revelou diferenças estatísticas significativas ($t=.106$, $p=.916$); **Sexo** - ($\chi^2 =3.750$, $g.l.=1$, $p=.054$); **Estado Civil** - ($\chi^2 =0.105$, $g.l.=1$, $p=.745$); e **Camada Social** - ($\chi^2 =3.144$, $g.l.=3$, $p=.369$).

No que respeita à distribuição por área de residência constatamos que, embora seja predominante a residência rural em ambos os grupos, eles se diferenciam significativamente ($\chi^2 =8.128$, $g.l.=1$, $p=.004$).

Relativamente á frequência de Ano Lectivo, constatamos que os dois grupos de estudantes se diferenciam significativamente ($\chi^2 =8.978$, $g.l.=1$, $p=.002$). A maior parte dos estudantes do Curso de Gestão frequenta o 1º Ano, enquanto que a maior parte dos estudantes do Curso de Enfermagem frequenta o 3.º.

Quadro 1 - Características Gerais da Amostra

	GRUPO				TOTAL	
	Estudantes do Curso de Gestão (n=102)		Estudantes do Curso Enfermagem (n=91)		(n=193)	
Sexo	n	%	n	%	n	%
Homens	44	43.14	27	29.67	71	36.79
Mulheres	58	56.86	64	70.33	122	63.21
Estado Civil						
Solteiro	99	97.06	89	97.80	188	97.41
Casado	3	2.94	2	2.20	5	2.59
Ano Lectivo						
1º Ano	59	57.84	33	36.26	92	47.67
3º Ano	43	42.16	58	63.74	101	52.33
Area de Residência						
Rural	72	70.59	46	50.55	118	61.14
Urbana	30	29.41	45	49.45	75	38.86
Camada Social						
I	2	1.96	3	3.30	5	2.59
II	35	34.31	21	23.08	56	29.02
III	33	32.35	33	36.26	66	34.20
IV	32	31.37	34	37.36	66	34.20
Idade						
Grupo etário						
16-18	5	4.90	4	4.40	9	4.66
18-20	36	35.29	26	28.57	62	32.12
	32	31.37	42	46.15		

20-22	18	17.65		8	8.79		74	38.34	
22-24	6	5.88		6	6.59		26	13.47	
24-26	4	3.92		3	3.30		12	6.22	
26-28	1	0.98		2	2.20		7	3.63	
28-30							3	1.55	
	M	Dp	Int	M	Dp	Int	M	Dp	Int
	20.40	2.41	16-28	20.43	2.52	17-29	20.42	2.46	16-29

8. RESULTADOS

1. ESTUDO DA RELAÇÃO ENTRE A ÁREA DE FORMAÇÃO DOS ESTUDANTES E AS VARIÁVEIS EM ESTUDO

O objectivo global deste estudo foi determinar em que medida a área de formação dos estudantes - *com e sem formação na área da saúde* – se relaciona com as variáveis de saúde - *estilo de vida, estado de saúde e percepção geral de saúde* - em estudo.

Como hipótese de trabalho, para este estudo, partimos do pressuposto que:

H₁ - Os estudantes que frequentam o Curso de Enfermagem diferenciam-se dos estudantes que frequentam o Curso de Gestão, ao nível do estilo de vida, do estado de saúde e da percepção geral de saúde.

1.1. ESTUDO DA RELAÇÃO ENTRE A ÁREA DE FORMAÇÃO E OS ÍNDICES DAS VARIÁVEIS DE SAÚDE

Começamos por comparar os dois grupos de estudantes (com e sem formação na área da saúde) nos índices de *Total Estilo de Vida*⁴, *Total Estado de Saúde*⁵ e *Total Percepção Geral de Saúde*⁶. Nesse sentido realizámos uma MANOVA, técnica estatística que permite aplicar o teste da análise da variância para mais do que uma variável dependente, considerando uma ou mais variáveis como factores. Estas variáveis dividem a população em grupos e usando esta técnica podemos testar a hipótese nula acerca do efeito das variáveis utilizadas como factores nas médias dos vários grupos da distribuição conjunta das variáveis dependentes (Almeida e Freire, 1997). Assim,

⁴ Avaliado pelo inventário "O Meu Estilo de Vida" - OMEV.

⁵ Avaliado pela escala "Estado de Saúde" - ES.

⁶ Avaliada pelo questionário "A Minha Saúde" - AMS.

podemos investigar o efeito da interacção dos vários factores assim como o efeito de cada um dos factores individualmente. No estudo aplicámos esta técnica tendo considerado como variáveis dependentes os índices de Total Estilo de Vida, Total Estado de Saúde e Total Percepção Geral de Saúde e como factores as variáveis sexo e área de formação. Realizámos portanto uma MANOVA $2 \times 2 \times 3^7$.

O sexo foi incluído nesta comparação, como variável independente, já que num estudo prévio, recorrendo ao *teste-t* de Student tínhamos concluído de que os dois sexos não diferiam significativamente quanto ao Estilo de Vida ($t = -1,07; p = .284$) e à Percepção Geral de Saúde ($t = 1,64; p = .101$) mas existiam diferenças altamente significativas ao nível do Estado de Saúde ($t = 4,87; p = .000$).

Os resultados (Quadro 2) revelam existir um efeito principal muito significativo da Área de Formação sobre os índices do *Estilo de Vida*, *Estado de Saúde* e *Percepção Geral de Saúde* (Lambda de Wilks (3;187) = .891, $p = .000$), como também um efeito muito significativo do Sexo (Lambda de Wilks (3;187) = .890, $p = .000$), não existindo contudo um efeito de interacção Sexo x Área de Formação (Lambda de Wilks (3;187) = .977, $p = .228$).

Quadro 2 - MANOVA do Sexo e da Área de Formação sobre os Índices de Total Estilo de Vida, Total Estado de Saúde e Total Percepção Geral de Saúde

Sumário de todos o efeitos:					
1 – Sexo , 2 – Área de Formação					
Efeito	Lambda Wilks	R de Rao	G.L. 1	G.L. 2	p
1	0.890	7.689	3	187	.000
2	0.891	7.688	3	187	.000
1 x 2	0.977	1.453	3	187	.228
Efeito Principal: Sexo					
Variáveis Dependentes	Média Quadrática	Erro da Média Quadrática	F(g.l. 1,2)		p
Total Estilo de Vida	22.256	143.720	0.155		.694
Total Estado de Saúde	2463.062	117.812	20.906		.000
Total Percepção de Saúde	241.565	70.241	3.439		.065

⁷ Análise multivariada e multifactorial da variância.

Efeito Principal: Área de Formação				
Variáveis Dependentes	Média	Erro da Média	F(g.l. 1,2)	p
	Quadrática	Quadrática	1;189	
Total Estilo de Vida	172.592	143.720	12.014	.000
Total Estado de Saúde	245.650	117.812	2.085	.150
Total Percepção de Saúde	141.436	70.241	2.013	.157

A análise do *efeito Área de Formação* sobre os índices de Estilo de Vida, Estado de Saúde e Percepção Geral de Saúde revela que os dois grupos de estudantes, com formação e sem formação na área da saúde (Enfermagem *versus* Gestão), não diferem significativamente no Estado de Saúde ($F(1;189)=2.085$, $p=.150$) e na Percepção Geral de Saúde ($F(1;189)=2.013$, $p=.157$), mas diferenciam-se de forma muito significativa no Estilo de Vida ($F(1;189)=12.014$, $p=.000$). Atendendo ao valor médio obtido pelo grupo de estudantes que frequenta o Curso de Enfermagem ($\bar{x}=104.32$) e ao valor médio apresentado pelo grupo de estudantes que frequenta o Cursos de Gestão ($\bar{x}=97.99$) podemos concluir que são os primeiros que evidenciam melhor Estilo de Vida.

A análise do *efeito Sexo* (Quadro 2) sobre os índices de Estilo de Vida ($F(1;189)=0.155$, $p=.694$), Estado de Saúde ($F(1;189)=20.906$, $p=.000$) e Percepção Geral de Saúde ($F(1;189)=3.439$, $p=.165$) revela que o grupo feminino de estudantes se diferencia significativamente do grupo masculino apenas no índice de Estado de Saúde. Neste índice os Homens obtiveram um valor médio ($\bar{x}=76.09$) superior ao apresentado pelas Mulheres ($\bar{x}=68.53$) pelo que podemos concluir que os Homens evidenciam um Estado de Saúde significativamente superior às Mulheres.

Em *síntese*, os resultados permitem afirmar que os estudantes com formação na área da saúde (Estudantes de Enfermagem) evidenciam melhor Estilo de Vida que os Estudantes que frequentam o Curso de Gestão (sem formação na área da saúde), não existindo diferenças significativas ao nível do Estado de Saúde e Percepção Geral de Saúde.

Em relação ao sexo, os resultados revelam que são os Homens que apresentam melhor Estado de Saúde, não existindo diferenças significativas ao nível do Estilo de Vida e Percepção Geral de Saúde.

Neste contexto, estes resultados apoiam assim parcialmente a nossa hipótese da existência de diferenças ao nível das variáveis de saúde entre os estudantes com formação em saúde e os estudantes sem formação na área da saúde, já que apenas constatamos que a área de formação influencia de modo muito significativo a variável de saúde - Estilo de Vida. No entanto, este estudo, considerados que foram apenas os índices das Notas Globais relativas ao Estilo de Vida, Estado de Saúde e Percepção Geral de Saúde utilizados na análise, não nos permitiu identificar, como é óbvio, possíveis diferenças entre os estudantes com ou sem formação na área da saúde ao nível dos factores das escalas que foram utilizadas para avaliar as variáveis de saúde. De forma a encontrarmos resultados relativos a esta diferenciação, efectuámos o estudo que de seguida é apresentado. Contudo, antes de efectuada a análise dos dados, confrontámo-nos com o problema da multicolineariedade existente entre os totais das escalas e os seus factores, notória através das elevadas correlações encontradas entre eles. Para contornar esta limitação optámos por utilizar como variáveis independentes nos modelos discriminantes apenas as pontuações referentes aos factores das escalas que avaliam as variáveis de saúde.

1.2. ESTUDO DA RELAÇÃO ENTRE A ÁREA DE FORMAÇÃO E OS FACTORES QUE AVALIAM O ESTILO DE VIDA, O ESTADO DE SAÚDE E A PERCEPÇÃO GERAL DE SAÚDE DOS ESTUDANTES

A análise anteriormente descrita permitiu estudar a relação do Total Estilo de Vida, do Total Estado de Saúde e do Total Percepção Geral de Saúde com os grupos de estudantes em estudo. Os resultados da análise efectuada revelaram que o estilo de vida, o estado de saúde e a percepção geral de saúde apresentam, como foi constatado, relações diferentes com os grupos de estudantes, sugerindo que estes se poderão diferenciar nos mais diversos factores avaliados por estas mesmas escalas. Isto é, estudadas que foram as notas globais, tratava-se agora de estudar a contribuição que cada um dos FACTORES poderão dar, quando utilizados conjuntamente, para predizer e classificar os estudantes que frequentam cursos com ou sem formação na área da saúde.

Com esse objectivo utilizámos os grupos de estudantes em estudo e realizámos Análises da Função Discriminante para identificar o conjunto dos factores do estilo de vida, do estado de saúde e da percepção geral de saúde que melhor poderiam predizer e diferenciar estes grupos. Contudo, é de referir que estas análises, contrariamente ao que aconteceu aquando do estudo das notas globais, foram efectuadas não com o total da

amostra no seu todo mas sim com duas sub-amostras resultantes dos grupos de estudantes que frequentavam os primeiros e terceiros anos dos cursos em estudo. Ou seja, realizámos uma primeira análise da função discriminante apenas com os estudantes que frequentavam os primeiros anos, e uma outra, com os estudantes que frequentavam os terceiros anos. A justificação de tal opção, deve-se essencialmente ao interesse pessoal que tínhamos em determinar, por um lado, se os estudantes com ou sem formação na área da saúde a diferenciarem-se no terceiro ano dos respectivos cursos se já se diferenciam no início dos mesmos (primeiro ano), e por outro, se as dimensões/factores que os diferenciam no terceiro, são eventualmente os mesmos que os diferenciam no primeiro ano.

1. Para a discriminação dos grupos de estudantes que frequentam os **primeiros anos dos cursos em estudo**, os resultados da análise da função discriminante (Quadro 3) mostraram que foi o conjunto dos factores “*álcool*” - do inventário O Meu Estilo de Vida - e “*atitude com a ida ao médico*” - do questionário que avalia Percepção Geral de Saúde que se mostraram especialmente importantes. Contribuindo ainda para o modelo discriminante apareceram também os factores “*saúde física*” – da escala Estado de Saúde e os factores “*poluição*” e “*exercício*” do inventário O Meu Estilo de Vida .

Quadro 3 - Análise da Função Discriminante Passo a Passo dos grupos de estudantes a frequentar o 1º ano do Curso de Enfermagem vs 1º ano do Cursos de Gestão do ISPV

Variável	F	p
Álcool - OMEV	19.21	.000
Atitude com ida ao médico - AMS	14.52	.000
Saúde física - ES	8.9	.003
Poluição - OMEV	5.78	.020
Exercício - OMEV	3.05	.046
Lambda de Wilks = .772	F= 12.07	
G.L.= 5;86	p= .000	

A comparação das médias destas variáveis que melhor discriminam os dois grupos (Quadro 4) permite-nos constatar que são os estudantes que frequentavam o primeiro ano do curso de Enfermagem que apresentam: a) maior “preocupação com as bebidas alcoólicas”, que se traduz por um menor consumo destas bebidas; b) melhor “opinião acerca da sua saúde física”; c) melhor “atitude com a ida ao médico”, correspondendo a uma atitude mais favorável; d) maior “preocupação com o ambiente

poluído”, e) menor “preocupação com o exercício”, correspondendo à prática de menos exercício físico.

Quadro 4 - Médias e desvio padrões das variáveis de saúde no grupo de estudantes a frequentar o 1º ano do curso de Enfermagem vs 1º ano do curso de Gestão do ISPV

VARIÁVEIS	GRUPOS		1º Ano Gestão	
	1º Ano Enfermagem		Média	Dp
<i>Estilo de vida</i>				
Álcool	9.30	1.66	7.86	2.41
Poluição	11.64	3.11	10.30	2.90
Exercício	7.87	2.04	8.99	2.12
<i>Estado de Saúde</i>				
Saúde física	31.18	4.04	29.49	4.32
<i>Percepção Geral de Saúde</i>				
Atitude com ida ao médico	7.93	2.48	6.67	2.64

2. Para a discriminação dos grupos de estudantes que frequentam **os terceiros anos dos respectivos cursos** (Quadro 5), foram os factores “*prevenção*” e “*drogas*” do inventário O Meu Estilo de que se mostraram especialmente importantes. Menos importantes, mas contribuindo ainda de modo significativo para o modelo discriminante, apareceu o factor “*saúde física*” da Escala de Estado de Saúde.

Quadro 5 - Análise da Função Discriminante Passo a Passo dos grupos de estudantes a frequentar o 3º ano do curso de Enfermagem vs 3º ano do cursos de Gestão do ISPV

Variável	F	p
Prevenção - OMEV	16.48	.000
Drogas - OMEV	11.54	.000
Saúde física - ES	5.66	.019
Lambda de Wilks = .724	F= 12.29	
G.L.= 3;97	p= .000	

Especificamente, e por comparação das médias destas variáveis nos grupos em estudo (Quadro 6), são os estudantes de Enfermagem que apresentam melhores comportamentos face à “prevenção das doenças”, e classificavam melhor a sua “saúde física” No entanto, revelavam maior “cuidado com as drogas semi-legais”,

correspondendo a comportamentos mais cuidadosos do que os estudantes do curso de Gestão.

Quadro 6 - Médias e desvio padrões das variáveis de saúde nos grupos de estudantes a frequentar o 3º ano do curso de Enfermagem vs 3º ano do curso de Gestão do ISPV.

GRUPOS VARIÁVEIS	3º Ano Enfermagem		3º Ano Gestão	
	Média	Dp	Média	Dp
<i>Estilo de vida</i>				
Prevenção	10.75	2.74	8.04	3.96
Drogas	9.77	1.84	8.98	1.39
<i>Estado de Saúde</i>				
Saúde física	30.76	3.16	29.18	3.03

9. DISCUSSÃO

Na sua globalidade os resultados apresentados parecem sugerir que as diferenças entre os estudantes do curso de Enfermagem e os estudantes do curso de Gestão (sem formação na área da saúde) se vai esbatendo à media que avançam nos respectivos cursos, e isto porque, no terceiro, os estudantes deixaram de se diferenciar em alguns dos factores presentes no primeiro, como sejam os factores “preocupação com as bebidas alcoólicas”, “atitude com a ida ao médico”, “exercício” e “preocupação com o ambiente poluído”, apesar de se diferenciarem em dois novos factores - “prevenção das doenças” e “cuidado com as drogas semi-legais”. Contudo, afirmamos que os estudantes do Curso de Enfermagem, genericamente, apresentam melhores índices nas variáveis de saúde em estudo.

Salientamos, que por não conhecermos estudos que avaliem estes aspectos não nos é possível comparar estes resultados com os obtidos noutras investigações. No entanto, a partir dos dados obtidos julgamos poder afirmar que o maior contributo para a discriminação de estudantes que frequentam cursos com ou sem formação académica na área da saúde é dado de uma forma muito significativa pelos factores que avaliam o Estilo de Vida, menos por aqueles que avaliam o Estado de Saúde e muito menos ainda por aqueles que avaliam a Percepção Geral de Saúde.

Há que ter no entanto em conta que o predomínio de mulheres em ambos os grupos de estudantes em estudo, pode ter influenciado os resultados das análises da função discriminante. Por outro lado, os dados obtidos na MANOVA sugerem que a importância relativa de algumas variáveis de saúde pode variar em função do sexo. O menor número de homens na nossa amostra constitui assim uma limitação aos resultados no nosso estudo exploratório e impõe alguns cuidados na interpretação dos mesmos. Assim, pensamos que para uma melhor compreensão dos mesmos se tornam necessários futuros estudos que incluam um maior número de homens.

Apesar destas limitações, reforçamos uma vez mais que os resultados do presente estudo apoiam a hipótese de que o Estilo de Vida (avaliado na nossa investigação por um inventário de comportamentos de saúde e de risco) é uma variável de saúde com elevada relevância na discriminação dos estudantes que frequentam os cursos superiores de Enfermagem *versus* estudantes que frequentam cursos superiores sem formação académica na área da saúde, no caso em estudo – Curso de Gestão. A interpretação destes resultados, e, dado que os estudantes de Enfermagem apresentam um melhor Estilo de Vida, leva-nos a considerar que tal facto se pode dever precisamente à especificidade da formação científica recebida antes e durante o período de duração do curso.

Pelas razões expostas, justifica-se a intervenção intencional ao longo de todo o percurso escolar, mesmo nos grupos de estudantes do ensino superior, visando a promoção da saúde. Tal intervenção constitui um investimento a curto, médio e longo prazo.

Como utilizar, então, os resultados da presente investigação para a intervenção?. Os resultados indicam que apesar da população ser “particularmente saudável” está submetida a pressões que são susceptíveis de influenciar a saúde. Ao mesmo tempo, a avaliação das mudanças que ocorrem durante o percurso escolar mostram que elas são significativas.

A natureza e magnitude das mudanças que ocorrem durante este período da vida das pessoas, alertam para o currículo oculto que acompanha o percurso escolar a par do currículo manifesto. Para além de frequentar aulas, estudar e fazer exames, a parte visível do *iceberg*, há todo um conjunto de vivências que fazem parte da vida de estudante. É pois indiscutível que os “comportamentos de risco” no jovem não surgem desligados de um universo cultural e familiar favorecedor dos mesmos. Por exemplo o álcool, como o tabaco e outras drogas oferecidas aos estudantes pelo ambiente sócio-

cultural, constituem verdadeiras situações de risco. Por isso, toda a intervenção preventiva terá sempre de fazer caminho pelo envolvimento da família, dos pares e da comunidade.

Entre as diferentes estratégias preventivas dos comportamentos de risco e seus problemas, privilegiamos as que visam habilitar o adolescente/jovem de meios que o tornem activo e conscientemente constructor das suas próprias defesas, boas opções e saudáveis Estilos de Vida.

A escola é, obviamente, o “*espaço*” e o “*tempo*” de eleição para intervir nesse sentido; ela é um agente privilegiado e insubstituível no processo de formação e desenvolvimento individual e social. Por isso, pensamos que a sua intervenção tem de fazer um compreensivo caminho bem diferente do seguido antes, que utilizava uma pedagogia de temor, alheia aos interesses e valores dos jovens, e alicerçada na ciência e experiência vivida pelas gerações dos mais velhos. A escola deve ser um local promotor de saúde.

A prevenção na escola é, hoje, um desafio cada vez mais necessário e com maior oportunidade. “*Se as culturas são património herdado, elas também são património reinventado, consequência de uma reflexão crítica que se tornou interveniente*” (Praia,1991). Estimular valores, desenvolver atitudes, fornecer as “ferramentas” necessárias para a criação de respostas adequadas, são aspectos educativos do desenvolvimento pessoal e social que a escola protagoniza no “saber ser” de cada um. Isto passa por um ensino-aprendizagem que toma em consideração as necessidades do aluno, do grupo, da sociedade, numa verdadeira inter-acção *Escola-Família-Comunidade*.

Do exposto, somos levados a ressaltar sucintamente alguns aspectos que elegemos como recomendações finais: Deve a escola ser considerada o local de eleição para integrar a prevenção dos comportamentos de risco estudados na presente investigação; Devem privilegiar-se programas compreensivos de prevenção dos comportamentos de risco, numa Educação para a Saúde atenta à vertente pedagógica de um grupo (adolescentes/jovens) caracterizado pelo gosto de “correr-riscos”, de assumilos e de os gerir; Deve dar-se prioridade a programas educativos compreensivos, simples, concretos e bem adaptados às situações reais, e tendo por objectivo a construção de conceitos, de atitudes e de comportamentos saudáveis; Deve ressaltar-se o papel de uma escola dinâmica, participativa, bem integrada na realidade social em que se insere, e inter-actuando com os “elementos-chave” na educação e promoção da saúde da comunidade.

Neste contexto, opinamos que a escola, em todos os ciclos/etapas escolares, deverá preocupar-se com a organização de programas com conteúdos ligados aos comportamentos de risco, correcta e integralmente implementados, com o desenvolvimento de competências sociais, com o desenvolvimento da auto-estima dos seus alunos e com a utilização de metodologias activas e interactivas (espaços para reflexão e discussão sobre a problemática ligada aos comportamentos de risco; incentivação de dúvidas; incremento de uma participação responsável e de compromisso envolvendo estudantes/grupo/comunidade; etc.).

10. BIBLIOGRAFIA

Albuquerque, C.M.S. (1999) - *Características Psicológicas Associadas á Saúde em Estudantes do Ensino Superior*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Altos Estudos - Coimbra.

Cook, T.D., & Campbell, D. (1979). *Quasi experimentation: design & analysis issues for field settings*. Chicago: Rand McNally.

Gil, A.C. (1995). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (4rd ed., pp.19-103). São Paulo: Atlas.

Hettler, B. (1982). Wellness promotion and risk reduction on university Campus. In M. M. Faber & A.M. Reinhardt (Eds), *Promoting health through risk reduction* (pp.99-134). New York: Collier MacMillan Publishers.

Kiess, H.O., & Bloomquist, D.W. (1985). *Psychological research methods: a conceptual approach*. London: Allyn and Bacon.

Lakatos, E.M., & Marconi, M.A. (1996). *Metodologia Científica* (3 ed.). São Paulo: Atlas.

Marlatt, G.A., Baer, J.S., Donovan, D.M. & Kivlahan, D.R. (1988). Addictive Behaviors: Etiology and treatment. *Annual Reviews of Psychology*, 39, 223-252.

Pedhazur, E.J., & Schmelkin, L. (1991). *Measurement, design and analysis: an integrated approach*. New Jersey: Lawrence Earlbaum Associates.

Ribeiro, J.L. (1993). *Características de Saúde em Estudantes, Jovens, da Cidade do Porto*. Dissertação de Doutoramento. Universidade do Porto.