



FICHA TÉCNICA

Publicação Periódica
com periodicidade
trimestral

Ano XI - nº 36
ISSN 1646-5067

Editor

António Freitas
antonio.freitas@ess.ips.pt

Coordenação Científica

Lucília Nunes
lucilia.nunes@ess.ips.pt

*Os artigos, aprovados
para esta edição são da
responsabilidade
exclusiva dos seus
autores.*

Abril-Junho 2017, nº 36

Percursos

Publicação do Departamento de Enfermagem
da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

Editorial	2
Causas da Interrupção Voluntária da Gravidez: uma revisão da Literatura Jéssica Pereira; Joana Pires; Laura Rodrigues, Maria Taquelim, Fernanda Marques; Ana Lúcia Ramos	3
Papel do enfermeiro na adesão ao rastreio do cancro do colo do útero Joana Branco, Tânia Costa, Marina Fernandes, Bárbara Narciso, Agostinho Vasco, Ana Lúcia Ramos, Fernanda Marques	10
Estilos de Vida dos Estudantes de Enfermagem André Godinho, Ariana Silva, Débora Angeja, Diana Carolino, Inês Tavares, Joana Vaz, Joana Graça, Olga Lutsiva, Patrícia Rodrigues, Patrícia Castro, Rafael Conduto, Sara Pina, Paula Leal, Anabela Marques	17
Influência de variáveis sociodemográficas nas vivências académicas dos estudantes do 1º ano de cursos de Saúde Ana Soares Bernardo, Ana Pedroso Barrozinho, Ana Patrícia Romeiro, Bruna Almeida Pereira, Catarina Felício Lopes, João Furtado de Freitas, Lara Soares Labego, Maria Miguel Figueiredo, Marisa Almeida Prata, Pedro Rafael Martins, Sara Lopes Saraiva, Tatiana Cipriano da Fonseca, Lucília Nunes	36



Editorial

Neste número, figuram quatro artigos - dois de revisão de literatura, dois de síntese de relatório de investigação -, resultantes de trabalhos de estudantes de Curso de Licenciatura. As problemáticas diferem substancialmente.

No artigo *Causas da Interrupção Voluntária da Gravidez: uma revisão da Literatura* apresenta-se uma revisão sobre as principais causas da Interrupção Voluntária da Gravidez em Portugal;

no artigo *Papel do enfermeiro na adesão ao rastreio do cancro do colo do útero* parte do aumento das doenças oncológicas na mulher cono um dos focos de atenção e investigação do enfermeiro, tanto pelo seu impacto na qualidade de vida, como nos indicadores de saúde e custos - a adesão das mulheres ao rastreio precoce do Cancro do Colo do Útero assume, assim, uma importância fulcral.

Seguidamente, o artigo *Estilos de Vida dos Estudantes de Enfermagem*, relativo a um projeto de investigação, debruça-se sobre um dos principais determinantes de saúde, numa etapa de grandes mudanças, alterações de hábitos e comportamentos, podendo ocorrer alteração do seu estilo de vida. Realizou-se um estudo com amostra de 176 estudantes dos 4 anos do Curso, com recurso ao questionário FANTASTICO, que avalia os EV através de 10 domínios (Família e Amigos, Atividade Física e Associativismo, Nutrição, Tabaco, Álcool e outras

drogas, Sono/Stresse, Trabalho/Tipo de personalidade, Introspeção, Comportamentos de Saúde e Sexual, e Outros Comportamentos).

Sucedese o artigo relativo ao estudo da *Influência de variáveis sociodemográficas nas vivências académicas dos estudantes do 1º ano de cursos de Saúde*, que visou identificar os fatores sociodemográficos que assumem um maior impacto ao nível das vivências académicas. Com uma amostra de 43 estudantes, os instrumentos utilizados foram Questionário de Caracterização da Amostra e o Questionário de Vivências Académicas – QVA (Almeida & Ferreira, 1997, 1999; Ferreira & Almeida, 1997).

Existem formas diferentes de reunir dados - podemos fazer recurso a revisões, sejam de literatura, sistemáticas, integrativas, scooping. Cada uma das formas tem processos diferentes e pode servir finalidades diversas.

Quanto aos artigos relativos a trabalhos de investigação, estabelecem-se como fundamentais os critérios de clareza nas técnicas e nos resultados bem como na análise e discussão dos resultados; esta clareza, próxima do um rigor metodológico, tanto permite replicar o estudo, se necessário, ou realizar sobre ele uma análise crítica.

Boas leituras!

Causas da Interrupção Voluntária da Gravidez: uma revisão da Literatura

Cause of Voluntary Interruption of Pregnancy: A Review of Literature

Jéssica Pereira*; Joana Pires*; Laura Rodrigues*, Maria Taquelim*, Fernanda Marques**; Ana Lúcia Ramos ***

* Estudante da Unidade Curricular Enfermagem VI Mulher e Saúde Reprodutiva do 3º ano do 15º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

** Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Doutora em Didática e Organização Educativa.

*** Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. Doutora em Enfermagem.

Resumo

A gravidez nem sempre é uma situação planeada pela mulher, ou pelo casal, sendo que, em dado momento as mulheres são quase como que obrigadas a tomar uma decisão que se divide entre prosseguir com a gravidez não desejada, ou interrompe-la. Independentemente da decisão tomada, os enfermeiros têm sempre um papel participativo nesta problemática, facultando toda a informação necessária para que a mulher tome a decisão mais acertada, para si, acompanhando-a em todos os processos que ocorrem durante a realização de uma IVG. O presente artigo consiste numa revisão da literatura sobre as principais causas da Interrupção Voluntária da Gravidez em Portugal, sob o olhar científico dos enfermeiros. Realiza-se uma breve contextualização da IVG, definindo o conceito e abordando a temática legislativa. São relatadas as causas abordadas pelos enfermeiros, autores dos quatro artigos consultados, bem como apresentada a incidência da IVG no nosso país com base na PorData e documentação da DGS. Realiza-se uma breve conclusão com levantamento das principais ideias retiradas, das fontes consultadas, e consequente análise e interpretação dos resultados, respondendo à problemática, concluindo-se que cada mulher é única e cada uma delas tem a sua opinião e motivos relativamente à IVG e à realização da mesma. As causas pelas quais as mulheres decidem interromper uma gravidez são causas subjacentes a si, à sua vida pessoal, profissional e ao seu quotidiano. Sendo a interrupção voluntária da gravidez aprovada, por lei, é da responsabilidade de cada mulher decidir o que quer fazer, tendo pleno conhecimento prévio das consequências que o mesmo poderá acarretar, sendo este último ponto da responsabilidade do enfermeiro no que se refere à

prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, relativamente à Saúde da Mulher e Reprodutiva.

Palavras-chave: Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG); Cuidados de Enfermagem; Enfermagem.

Abstract

Pregnancy is not always a situation planned by the woman, or the couple, and at some point women are almost as if forced to make a decision that divides between continuing with the unwanted pregnancy or interrupting it. Regardless of the decision taken, nurses always have a participative role in this problem, providing all the information necessary for the woman to make the right decision for herself, accompanying her in all the processes that occur during the performance of an IVG. The present article consists of a review of the literature on the main causes of Voluntary Interruption of Pregnancy in Portugal, under the scientific perspective of nurses. A brief contextualization of the IVG is made, defining the concept and approaching the legislative theme. The causes addressed by the nurses, authors of the four articles consulted, as well as the incidence of IVG in our country based on PorData and DGS documentation, are reported. A brief conclusion is made with a survey of the main ideas drawn from the sources consulted and consequent analysis and interpretation of the results, responding to the problem, concluding that each woman is unique and each of them has their opinion and motives regarding the IVG and to the realization thereof. The causes for which women decide to interrupt a pregnancy are underlying causes for themselves, their personal, professional life and their daily lives. Since it is the voluntary termination of pregnancy that is approved by law, it is the responsibility of each woman to decide what she wants to do, having full prior knowledge of the consequences that

this may entail, the latter being the responsibility of the nurse with regard to the provision of Quality nursing care in relation to Women's and Reproductive Health.

Introdução

A Interrupção voluntária da gravidez, ou aborto, como é frequentemente denominado, consiste na interrupção de uma gravidez com menos de 20 a 22 semanas de gestação. Contrariamente ao aborto espontâneo, onde a interrupção da gravidez é devida a um acidente ou causa natural, o aborto induzido (IVG) é realizado por vontade da mulher. Este, quando realizado dentro do prazo legal é autorizado, tratando-se de um procedimento médico, seguro, e com risco controlado para as mulheres (APF, 2016).

Até ao ano de 1984, o aborto induzido ou IVG era proibido em Portugal. Só daí em diante, e com a implementação da Lei nº6/84, seria permitida a realização da IVG em casos que colocassem a vida da progenitora em risco, casos de malformação do feto ou, ainda, casos de gravidez por violação. Em 1997 a legislação foi sujeita a uma alteração referente ao prazo para a interrupção da gravidez, tendo sido, este, alargado (APF, 2016). Assim, há cerca de quase 10 anos, em 2007, foi autorizada a realização da IVG a pedido da mulher, com a implementação da Lei nº16/2007, que aprova a realização da Interrupção Voluntária da Gravidez até as 10 semanas de gestação. (APD, 2016). Segundo Costa (2009), subjacente à IVG encontramos a Interrupção Medicamentosa da Gravidez e a Interrupção Cirúrgica da Gravidez.

A Interrupção Medicamentosa da Gravidez consiste na associação de dois fármacos, mifepristone + misoprostol, “cujo efeito é sobreponível ao de um

Key-words: Voluntary interruption of pregnancy (VIP); Nursing care; Nursing.

aborto espontâneo” . A principal vantagem deste método é evitar as complicações provenientes de uma intervenção cirúrgica, nomeadamente, complicações anestésicas, hemorragia, lacerações, etc. Por outro lado, a Interrupção Cirúrgica da Gravidez de está indicada para gravidezes superiores a 6 semanas gestação e consiste num procedimento cirúrgico de aspiração, por vácuo, do embrião, do útero. É considerado pela DGS, um método seguro e eficaz. (Costa, 2009). Segundo a mesma autora, as principais complicações de uma IVG são, hemorragia, dor, mal-estar geral acentuado, infeções e evacuações incompletas, sendo que, quando se realiza uma IVG cirúrgica, as complicações aumentam, podendo existir complicações anestésicas, lacerações cervicais e perfurações uterinas. Para além das complicações físicas, também são enunciadas consequências psicológicas, normalmente acompanhadas de tristeza, mágoa e angústia. A autora defende que quanto mais cedo a IVG for realizada, menores são os riscos para a progenitora.

Durante todo o processo da Interrupção da Gravidez, os enfermeiros devem ser detentores da capacidade de acolher, aconselhar, informar, prevenir e encaminhar a mulher durante todo o processo. (Costa, 2009)

Metodologia

O presente artigo de revisão de literatura incide sobre artigos editados entre 2007 e 2016. Começou-se então por definir os critérios de seleção da pesquisa pelo que a pesquisa incidiu principalmente nos fatores que levam as mulheres a realizar IVG e os cuidados

de enfermagem à mulher que realize este procedimento.

Procedemos à pesquisa em bases de dados como a EBSCO, Pubmed e Scielo, e em motores de busca, nomeadamente o Google Scholar. A base de dados Scielo e o motor de busca Google Scholar constituíram-se a grande fonte de referências, uma vez que foi nestes que conseguimos recolher a informação que cumpria os nossos critérios de seleção. Os documentos encontrados são na sua totalidade artigos científicos, trabalhos de conclusão de curso de licenciatura em enfermagem, uma tese de mestrado, um relatório da American Psychological Association e uma circular informativa do Ministério da Saúde.

Resultados/Discussão

As principais causas que levam as mulheres a recorrerem, frequentemente, à Interrupção Voluntária da Gravidez, ainda é um assunto que levanta algumas dúvidas na nossa sociedade, daí a necessidade de se realizar uma investigação sobre o mesmo, de forma a evitar ideias erradas e controversas. Na maioria das vezes, a interrupção voluntária da gravidez tem como principal motivo gravidezes indesejadas (Costa, 2009). Assim, a investigação da IVG e a comparação entre dados de diversas fontes permite ao enfermeiro atualizar o seu conhecimento e manter-se informado para que possa promover a inovação e a excelência no cuidado de enfermagem enquadrado na prevenção de gravidezes indesejadas. Neste caso, os enfermeiros como responsáveis pela prevenção de gravidezes indesejadas devem ser detentores de conhecimentos acerca dos principais fatores que levam as mulheres a realizar IVG promovendo assim

ensinos no que toca à saúde reprodutiva (Costa, 2009).

Segundo a mesma autora, a maioria das mulheres realiza IVG como consequência de uma gravidez indesejada (ocupando a maior percentagem) tanto por não querer ter mais filhos ou não querer filhos no momento, por imposição dos pais/família ou por problemas socioeconómicos. As gravidezes indesejadas resultaram de uma utilização desadequada de métodos contraceptivos ou utilização de métodos pouco fiáveis (exemplo do coito interrompido). Ainda segundo a mesma autora, quase a totalidade das mulheres referiu não ter pensado em outros métodos alternativos à IVG afirmando que, dada a possibilidade de voltar atrás, tomaria a mesma decisão tendo estas realizado IVG independentemente da situação profissional, fatores socioeconómicos (não problemáticos), habilitações literárias e proximidade de fontes de informação ou serviços. Outros motivos constituem-se como o desconhecimento de outros métodos alternativos à IVG (como a adoção), o facto de ser muito jovem na altura, a distância afetiva do casal e a falta de apoio emocional na gravidez (Costa, 2009).

Correia (2015) aponta para diversos motivos para a procura de IVG, relacionados com a utilização de métodos contraceptivos. Estes incluem a falta de conhecimento sobre planeamento familiar, o baixo nível de educação (que impede o reconhecimento dos ensinamentos que possam ser efetuados), falta de serviços de planeamento familiar ou falta de conhecimento sobre como os obter, baixo estatuto socioeconómico (que reduz o acesso aos serviços caso estes sejam pagos), resistência ao uso de contraceptivos (por motivos religiosos, por exemplo, entre outros),

incapacidade de utilizar o método contraceptivo corretamente, falha no próprio método e falta de adesão por parte do parceiro da mulher.

Estudos determinam que a funcionalidade familiar e o sistema de suporte social influenciam as atitudes da mulher face à IVG, ou seja, mulheres que apresentam disfuncionalidade familiar (que inclui famílias onde existe violência doméstica, por exemplo) ou que não possuam apoio social em relação à gravidez têm mais tendência a escolher proceder à IVG como resolução de gravidezes não planeadas que mulheres com uma família totalmente funcional ou totalmente satisfeitas com o suporte social. A baixa satisfação conjugal e o distanciamento do casal também contribuem para que a mulher escolha proceder à IVG (Fernandes, 2014).

A American Psychological Association (2008)

comprova a informação referida afirmando que as principais razões são a gravidez indesejada, incapacidade financeira, desejo de evitar única parentalidade, problemas na relação com o parceiro, ser demasiado jovem e imatura, coerção de segundos e presença de anomalias fetais que poderiam colocar em causa a saúde da mulher (Milanez et al, 2016).

De seguida apresentamos algumas estatísticas, nomeadamente em Portugal. Os dados estatísticos referenciados pela tabela 1 e pelo gráfico 1, extraídos da PORDATA Web Site (2016), abordam a incidência de interrupções voluntárias da gravidez nos hospitais de Portugal de 1999 a 2014.

De 1999 a 2009 cresceu exponencialmente o número de IVG em Portugal. O aumento foi de 17478 IVG no período de 10 anos.

Entre 2010 e 2012 o número diminui com menos 1510 casos de IVG. De 2012 para 2014 o número mantém-se em espiral recessiva, existindo menos 1116 casos de IVG. Segundo a PORDATA, este decréscimo é justificado pela licitude da IVG, surgindo uma diminuição normal da mesma, decorrente do período em causa.

A lei nº 16 de 17 de Abril de 2007 foi a pioneira na exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez.

Interrupções voluntárias da gravidez nos hospitais: total e por natureza institucional

Anos	Natureza institucional		
	Total	Oficial	Privado
1999	454	447	7
2000	576	571	5
2001	675	672	3
2002	828	825	3
2003	583	529	34
2004	710	699	11
2005	798	786	12
2006	1.215	1.203	12
2007	4.325	4.195	130
2008	13.541	13.222	319
2009	17.932	17.596	336
2010	17.261	17.078	183
2011	17.351	17.247	104
2012	15.751	15.647	104
2013	15.366	15.265	101
2014	Pro14.635	Pro14.509	Pro125

Fontes/Critérios: INE | DG3M3, PORDATA
Última atualização: 2015-12-02
Última atualização: 2015-12-02

(PORDATA, 2016)

Tabela 1. Interrupções voluntárias da gravidez nos hospitais em Portugal de 1999-2014

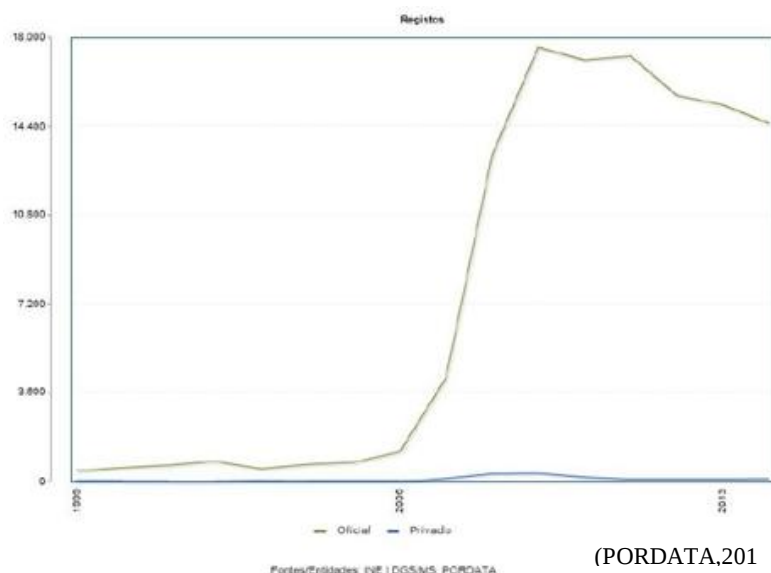


Gráfico 1. Interrupções voluntárias da gravidez nos hospitais em Portugal de 1999-2014

De acordo com os dados estatísticos (Tab2.), que omitem os últimos dois anos vigentes (2015 e 2016), demonstram que após a aprovação da lei que exclui a ilicitude da IVG, o número de IVG diminuiu, devido à licitude da mesma. Em 2015, realizaram-se 16454 interrupções da gravidez (IG). Destas, tal como em parcimónia com os anos anteriores, a IG por opção da mulher nas primeiras 10 semanas constituem cerca de 96,5% do total dos resultados apresentados. (Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez, DGS, 2015)

Através da tabela 2 a região de Lisboa e Vale-do-Tejo foi onde ocorreu mais interrupções da gravidez por opção da mulher. (Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez, DGS, 2015)

Após as estatísticas evidenciadas, é de extrema importância abordarmos a temática do papel do enfermeiro na IVG.

A IVG, para além das consequências físicas (uma vez que a IVG é um procedimento físico), acarreta também consequências psicológicas. A IVG é um evento traumático pois envolve um episódio de morte humana intencional (e especificamente de um filho, ainda que este não tenha nascido), a violação do instinto e responsabilidade parental que consiste no cuidado e proteção do feto e o fim dos laços maternos com o filho por nascer. Existem evidências que mulheres que interrompem a gravidez por vontade própria podem experienciar culpa, remorso, perda, pesar e depressão, podendo até desenvolver Síndrome Pós-Aborto, um problema mental mais sério que se caracteriza como uma vertente da Perturbação

Motivos	Regiões							Total	%
	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	Açores	Madeira		
Único meio de remover perigo de morte ou grave lesão p/ o corpo ou p/ a saúde física ou psíqu. da grávida		3	5		1			9	0,05%
Evitar perigo de morte ou grave e duradoura lesão para a saúde física ou psíquica da grávida	3	5	127					135	0,82%
Grave doença ou malformação congénita do nascituro	87	131	172		26	3	4	423	2,57%
Gravidez resultante de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual	2	4	7				1	14	0,09%
Por opção da mulher	3604	1635	9186	190	1073	1	184	15873	96,47%
Total	3696	1778	9497	190	1100	4	189	16454	100%

Tabela 2. Interrupção Voluntária da Gravidez por região

do Stress Pós-Traumático O estigma gerado pela sociedade, tanto com mulheres que realizam IVG como com os profissionais que as providenciam, também possibilita experiências negativas e consequentes implicações psicológicas. Estas implicações incluem défice cognitivo e funcional, abuso de substâncias, isolamento social, depressão e ansiedade (American Psychological Association, 2008). Correia (2015) destaca ainda que as consequências psicológicas podem ocorrer mesmo que a mulher não tenha qualquer ligação emocional à gravidez ou a padrões morais ou religiosos. O nascimento de uma criança indesejada pode acarretar maiores consequências psicológicas que uma IVG (Correia, 2015).

No momento de admissão no hospital para realizar IVG, a mulher procede, principalmente, a relatar queixas físicas esquecendo questões psicoemocionais. Tendo em conta a quantidade de implicações psicológicas que a IVG acarreta, o enfermeiro deve oferecer “um atendimento humanizado, adequado, direcionado, sem preconceitos, respeitoso e confiável para que esse obstáculo possa ser ultrapassado”, pelo que o autor refere o obstáculo como sendo a falta de expressão de sentimentos. A expressão de sentimentos visa facilitar a aceitação do luto e da sua vivência. (Correia, 2015).

A OMS (2003, citada por Correia, 2015) preconiza que o cuidado prestado à mulher que realize IVG deve incluir respeito, escuta ativa e o reconhecimento e aceitação dos direitos e escolhas da mulher. O enfermeiro deve também aconselhar a mulher a ser acompanhada, por uma pessoa à sua escolha, durante todo o processo tal como deve também promover o acompanhamento por uma assistente social e pela

psicologia. Contudo, o papel do enfermeiro, para além de incluir aspetos psicológicos, inclui também aspetos físicos, uma vez que a monitorização da sintomatologia na mulher que realize IVG deve ser sistemática (Correia, 2015).

Os cuidados à mulher que realize IVG dividem-se em três fases distintas: pré, durante e pós IVG. Na fase pré IVG, o enfermeiro procede à anamnese que inclui registo dos dados pessoais, antecedentes clínicos, determinação da idade gestacional (o que vai influenciar o método utilizado) e esclarecimento de dúvidas. Durante a IVG, o enfermeiro monitoriza o quadro clínico e os sinais e sintomas, orienta a mulher relativamente aos procedimentos e proporciona apoio.

Na fase pós IVG, o enfermeiro deve proporcionar recomendações que visem a recuperação da mulher, ou seja, ensinar a monitorizar sangramento, não praticar relações sexuais na primeira semana (a recomendação pode estender-se até à terceira semana) após a interrupção, evitar engravidar nos seguintes 4-6 meses, incentivar e explicar a importância do uso de método contraceptivo (relacionando com a necessidade de evitar engravidar) e incentivar o acompanhamento com o ginecologista e participação nas consultas de planeamento familiar (Correia, 2015).

O enfermeiro, para além de desempenhar um papel importante no apoio psicológico à mulher, desempenha também um papel importante no ensino à mulher no que toca aos contraceptivos. O enfermeiro deve discutir o método mais adequado com a pessoa para que exista uma maior adesão ao método contraceptivo, seja assim prevenida a gravidez indesejada e a, consequente, necessidade de nova IVG. O aconselhamento contraceptivo deve ocorrer na

consulta prévia de IVG, durante todo o processo de interrupção e na consulta de follow-up (Ministério da Saúde, 2011).

Conclusão

A IVG é um tema atual que, apesar da sua aprovação, continua a causar controvérsia na nossa sociedade. Quando há conhecimento da possível realização de uma IVG, são vários os juízos de valor formados sem anterior conhecimento das verdadeiras razões que levam as mulheres a tomar esta decisão. Assim, a abordagem deste tema deve ser feita de forma informada e bem fundamentada, com base em fontes fidedignas. Após a realização deste artigo e tendo em conta a problemática em estudo, podemos inferir que as causas que levam as mulheres a optar pela realização de uma IVG são, maioritariamente, influenciadas por fatores externos a si, como fatores socioeconómicos, familiares, culturais e relacionais. Para além destes, outras causas referidas pelas mulheres são, a gravidez indesejada, ser demasiado

jovem e imatura e a presença de anomalias fetais que poderiam colocar em causa a saúde da mulher e do próprio feto. A prestação de bons cuidados de enfermagem previne a reincidência de Interrupção Voluntária da Gravidez, uma vez que os ensinamentos acerca dos métodos contraceptivos e a escolha do método mais adequado para a mulher ou casal previnem gravidezes indesejadas, sendo esta última a causa mais frequente de IVG. No entanto, o enfermeiro necessita criar uma relação terapêutica para que esta transmissão de conhecimento seja facilitada, o que pode ser alcançado com a demonstração de empatia e preocupação sem emitir quaisquer juízos de valor. A escuta ativa permite o aumento da confiança da mulher no enfermeiro e a consequente expressão de sentimentos, constituindo-se então como uma importante ferramenta na prestação de apoio psicológico à mulher, outro grande componente do papel do enfermeiro junto da mulher que pense realizar ou realizou IVG.

Referências

- American Psychological Association, Task Force on Mental Health and Abortion. (2008). Report of the Task Force on Mental Health and Abortion. Washington, DC: Author. Disponível em: <http://www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf>
- Associação para o Planeamento da Família (APF). (2016). Aborto e Interrupção da Gravidez. APF Web Site. Acedido em Novembro 28, 2016. Disponível em <http://www.apf.pt/aborto-e-interruptao-da-gravidez>
- Correia, C. (2015). Intervenções de Enfermagem aos casos de Interrupção Voluntária de Gravidez no Hospital Baptista de Sousa. Trabalho de conclusão de curso de licenciatura em enfermagem. Universidade do Mindelo, Escola Superior de Saúde
- Costa, A.M.M.A. (2009). Fatores que levam a Mulher a Interromper Voluntariamente a Gravidez: um estudo no Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, E.P.E. Universidade Fernando Pessoa – Escola Superior de Saúde, Porto. Disponível em: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1629/2/MONO_AnaCosta.pdf
- Direção Geral de Saúde. (2015). Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez – Dados de 2015 – Direção de
- Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde – Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva e Infantil. Disponível em: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/paginas-intermedias/profissionais/publicacoes-e-relatorios.aspx>
- Fernandes, B.F.A. (2014). Atitudes da Mulher Face à Interrupção Voluntária da Gravidez. Tese de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica II. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2557/1/FERNANDES,%20Bruno%20Filipe%20Almeida%20-%20DissertMestrado.pdf>
- Ministério da Saúde. (2011). Planeamento Familiar e Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) – Estratégias/Sugestões para uma boa prática. Disponível em: <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ver-STAGE/ARSNorte/Conte%3%BA dos/Not%3%ADcias/Planeamento%20Familiar%20e%20Interrup%3%A7%3%A3o%20Volunt%3%A1ria%20da%20Grav.pdf>
- PORDATA – Base de Dados de Portugal Contemporâneo. (2016). Interrupções voluntárias da gravidez nos hospitais em Portugal de 1999-2014. PORDATA Web Site. Acedido em Novembro 28, 2016. Disponível em <http://www.pordata.pt/Tema/Portugal/Popula%3%A7%3%A3>

Papel do enfermeiro na adesão ao rastreio do cancro do colo do útero

Role of the nurse on adherence to screening of cervical cancer

Joana Branco*, Tânia Costa*, Marina Fernandes*, Bárbara Narciso*, Agostinho Vasc*o, Ana Lúcia Ramos**, Fernanda Marques***

* Estudante da Unidade Curricular Enfermagem VI Mulher e Saúde Reprodutiva do 3º ano do 15º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

** Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. Doutora em Enfermagem.

*** Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Doutora em Didática e Organização Educativa.

Resumo

O aumento da literacia em saúde permitiu obter uma maior fonte de informação e adesão no despiste de várias doenças que afetam a saúde da mulher em todos os seus aspetos, e da saúde reprodutiva em particular. O aumento das doenças oncológicas na mulher é um dos focos de atenção e investigação do enfermeiro, tanto pelo seu impacto na qualidade de vida, como nos indicadores de saúde e custos. A adesão das mulheres ao rastreio precoce do Cancro do Colo do Útero assume, assim, uma importância fulcral. O presente artigo resulta de uma revisão da literatura publicada desde o ano de 2010 e tem por objetivo identificar quais os fatores da não adesão da mulher ao rastreio do Cancro do Colo do Útero e, face aos fatores identificados, esclarecer qual o papel, e possíveis intervenções, do enfermeiro a fim de aumentar os números de adesão.

Palavras-Chave: Cancro do Colo do Útero; Enfermagem; Enfermeiro; Prevenção secundária; Rastreio; Vigilância da Saúde da Mulher.

Introdução

O Cancro do Colo do Útero (CCU) é o segundo cancro mais comum em mulheres em todo o mundo¹. A taxa de mortalidade por CCU, entre os anos de 2006 e 2009, aumentou de 3,4 para 4,9 por cada cem mil mulheres, contudo no ano de 2010 verificou-se uma redução na taxa para 4,2². Todos os anos são diagnosticados cerca de mil novos casos de CCU em Portugal, sendo o país da Europa Ocidental com a

Abstract

The increase in health literacy has led to a greater source of information and adherence in the detection of various diseases that affect women's health in all its aspects and reproductive health in particular. The increase in oncological diseases in women is one of the nurses' concerns, both for their impact on quality of life, as well as on health and cost indicators. The adherence of women to the early screening of cervical cancer is thus of paramount importance. This article results from a review of the literature published since 2010 and aims to identify the factors of women's noncompliance with cervical cancer screening and, in view of the factors identified, clarify the role and possible Nurses in order to increase membership numbers.

Key Words: Cervical Cancer; Nurse; Nursing; Secondary prevention; Tracking; Women's Health Surveillance.

taxa de incidência mais elevada deste tipo de cancro. Contudo, nas últimas décadas o número de casos de CCU diagnosticados anualmente tem vindo a diminuir, sobretudo pela sensibilização da importância do rastreio³.

As células epiteliais do colo do útero são responsáveis pela constituição do epitélio que recobre o colo do útero. No seu estado normal, estas células crescem e dividem-se em novas células, que são formadas à medida que vão sendo necessárias: a este

processo dá-se o nome de regeneração celular. Quando as células do colo do útero envelhecem ou são danificadas morrem naturalmente, no entanto quando perdem este mecanismo de controlo e sofrem alterações no seu genoma (DNA) tornam-se células cancerígenas que, por não respeitarem as fronteiras do órgão, podem disseminar-se a outras partes do organismo, dando-se a metastização⁴.

São inúmeros os fatores de risco associados ao CCU, destacando-se a infeção por Vírus do Papiloma Humano (HPV), o tabagismo, a multiplicidade de parceiros sexuais, o uso de contraceptivos orais, a multiparidade, a baixa ingestão de vitaminas, a iniciação sexual precoce – antes dos dezoito anos de idade – e a coinfeção por agentes infecciosos^{5,6}.

Embora de etiologia desconhecida, sabe-se que cerca de 99,7% dos casos de CCU são causados pela infeção do HPV transmitido sexualmente pelo homem e que a progressão da infeção até CCU pode levar até trinta anos^{1,6}.

Todas as mulheres com vida sexual ativa, em pelo menos um momento das suas vidas, encontram-se infetadas pelo vírus do HPV sendo esta uma condição que se resolve espontaneamente sem causar sintomas ou doença. As lesões pré-cancerosas decorrentes da infeção por HPV advêm de uma infeção persistente por tipos específicos de HPV – nomeadamente os tipos 16 e 18¹.

Um dos sintomas mais frequentes de CCU invasivo é a hemorragia vaginal anormal, no entanto em mulheres não sexualmente ativas este pode permanecer assintomático⁶.

O CCU geralmente caracteriza-se como um tumor de crescimento lento e precedido de alterações celulares – displasia – em que as células mutadas

surgem no tecido do colo do útero. Expressando-se segundo vários tipos, a sua forma mais frequente é o carcinoma pavimentoso, pavimento-celular, epidermóide ou espinocelular. O adenocarcinoma e o carcinoma de pequenas células no colo do útero constituem-se como duas das formas mais raras⁴.

O teste de HPV, a vacinação contra o HPV e o rastreio formam a base necessária para reduzir o impacto global do cancro do colo do útero e a incidência de morbilidade e mortalidade causada pelo CCU^{7,8}.

Rastreio do cancro do colo do útero

A prevenção secundária do CCU encontra-se direcionada a mulheres com problemas de saúde e em risco de desenvolver complicações, ou agravamento do seu estado de saúde, e apresenta-se como um meio de detetar a infeção por HPV, em mulheres assintomáticas, direcionado para a deteção, diagnóstico e tratamento imediato de possíveis lesões pré-cancerosas e cancerosas nas células cervicais num estadio precoce, prevenindo o desenvolvimento de cancro^{6,7,8}.

A colpocitologia – ou exame de Papanicolau – surge como um método útil e eficaz de deteção precoce do CCU, rastreando as lesões curáveis com uma fiabilidade de 90% e com uma redução de 70% na incidência^{1,4,6}. O rastreio é imprescindível para detetar células anormais no colo uterino ou CCU em estágio inicial, e é normalmente realizado antes do exame pélvico que contribui para detetar problemas reprodutivo⁸.

A OMS recomenda que todas as mulheres entre os trinta e quarenta e nove anos de idade realizem o rastreio pelo menos uma vez na vida¹.

Em Portugal, é aconselhado às mulheres realizarem o seu primeiro rastreio no primeiro ano em que iniciam a vida sexual ou aos 20 anos de idade e futuramente de 3 em 3 anos até aos 39 anos e de 5 em 5 anos entre os 40 e 64 anos, caso os resultados de dois anos consecutivos forem normais. Após os 65 anos suspendem-se os rastreios exceto nos casos em que a mulher no passado não o realizou⁶.

Segundo a DGS, em Portugal, o rastreio de base populacional do CCU está implementado em todas as regiões de saúde, à exceção da região de Lisboa e Vale do Tejo, embora com diferentes coberturas geográficas consoante a região (consultar Tabela 1.

Características do Rastreio de CCU de Base Populacional)⁹.

De forma a garantir a precisão, a mulher não deve realizar o rastreio durante o período menstrual – podendo realizá-lo após cinco dias do término –, não deve tomar duche nem ter relações sexuais antes da sua realização e aconselha-se o não uso de cremes vaginais, hidratantes, lubrificantes ou medicamentos vaginais nas quarenta e oito horas antes do exame⁸.

Relativamente ao procedimento da colpocitologia, é colocado um espécule na vagina de modo a visualizar o colo uterino. De seguida, com uma espátula, recolhe-se uma amostra de células raspando a

superfície do colo do útero. A preparação das amostras pode ser feita através de citologia convencional – método menos preciso – ou citologia em meio líquido – método mais dispendioso, no entanto não deteta mais lesões pré-cancerígenas quando comparado com método convencional⁸.

Se não for feito o diagnóstico precoce, a lesão cresce para a zona profunda do colo e espalha-se localmente para órgãos vizinhos e depois à distância para outros órgãos, nomeadamente as cadeias de gânglios linfáticos⁴.

Mulheres em que o resultado do exame de rastreio foi positivo de CCU carecem de tratamento adequado e deverão se referenciadas para um hospital de referência (consultar Tabela 2. Hospitais de

Hospitais de Referência dos Casos Positivos do Rastreio Cancro Colo Útero

Casos Positivos	Instituição de Referência Casos Positivos	
ARS Norte	ULS Alto Minho	133
	CH Trás Montes Alto Douro	33
	ULS Nordeste - H Bragança	36
	CH S. João	97
	CH Entre Douro e Vouga - HSM Feira	103
	Total ARS Norte	402
ARS Centro	CHUC - HUC	250
	CHUC - CH Coimbra	62
	CH Tondela Viseu - H Viseu	361
	H Distrital Figueira Foz	59
	CH Cova Beira	46
	CH Leiria Pombal - H Leiria	271
	CH Baixo Vouga - Aveiro	317
	IPO Coimbra	474
	ULS Guarda	243
	Total ARS Centro	2.083
ARS Alentejo	Hospital Évora	105
	ULS Baixo Alentejo - H. Beja	60
	ULS Litoral Alentejano	66
	ULS Norte Alentejano - H. Portalegre	62
	Total ARS Alentejo	293
ARS Algarve	CH Algarve - H Faro	58
	CH Algarve - H Portimão	9
	Total ARS Algarve	67
Total Casos Positivos 2.848	Total de Referenciações	2.845

Referenciação dos Caos Positivos do Rastreio do CCU)^{1,9}.

Papel do enfermeiro na adesão

São inúmeras as razões pelas quais a mulher poderá fazer frente à realização do rastreio do CCU. A crença de ser saudável pela ausência de queixas ginecológicas, o medo e desconhecimento em relação ao CCU e à importância, procedimento e finalidade do rastreio, as dificuldades de acesso e o embaraço, vergonha e desconforto físico são algumas das razões apresentadas e que, em muitos casos, são a principal razão de uma falha no diagnóstico precoce⁵.

Em Portugal, entre 2009 e 2011 a discrepância entre o número de mulheres convidadas e rastreadas diminuiu voltando a aumentar entre os anos de 2011 e 2014 (consultar Gráfico 1. Evolução do número de mulheres convidadas e rastreadas entre 2009-2014)⁸.

A taxa de adesão ao rastreio do CCU na Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte constituiu-se como a maior (80%) em território continental, seguindo-se a ARS Alentejo (64%), ARS

Algarve (61%) e ARS Centro (45%). A taxa de adesão nacional é de 51%⁹.

Segundo a OMS, a prevenção do CCU deve ser de âmbito multidisciplinar compreendendo vários componentes-chave, sendo dois deles a educação da comunidade e a deteção precoce¹. O enfermeiro, enquanto elemento promotor da saúde na comunidade, tem um papel ativo a nível da prevenção secundária do CCU, contribuindo, assim, para a diminuição da morbilidade e mortalidade associada a esta doença^{10,11}.

Considerando que a educação em saúde representa uma estratégia eficaz na formação de comportamentos, que uma das razões pela qual a mulher evita o rastreio do CCU reside na falta de conhecimento e que o conhecimento sobre o CCU e a sua prevenção promovem a adesão à realização do rastreio, a educação da população surge como uma das estratégias base a adotar pelo enfermeiro^{5,11,12}.

A atividade educativa constitui-se uma estratégia

Características do Rastreio de Cancro Colo Útero de Base Populacional					
	ARS Norte	ARS Centro	ARSLVT	ARS Alentejo	ARS Algarve
Teste Rastreio	Citologia Meio	Citologia		Citologia Meio	Citologia Meio
	Líquido Teste	Convencional	-	Líquido Teste	Líquido Teste
	HPV	(Papanicolau)		HPV	HPV
População Alvo	Mulheres 25 e 60 anos	Mulheres 25 e 64 anos	-	Mulheres 25 e 65 anos	Mulheres 25 e 64 anos
Periodicidade	5 em 5 anos	3 em 3 anos	-	3 em 3 anos*	3 em 3 anos
Data de Início do Programa	2009	1990	-	2008	2010
Entidade executora Rastreio	ARS Norte	ARS Centro	-	ARS Alentejo	ARS Algarve

*após duas citologias consecutivas negativas. Fonte: ARS's

Tabela 1. Características do rastreio de CCU de base populacional. Fonte: DGS (2014, p.32).

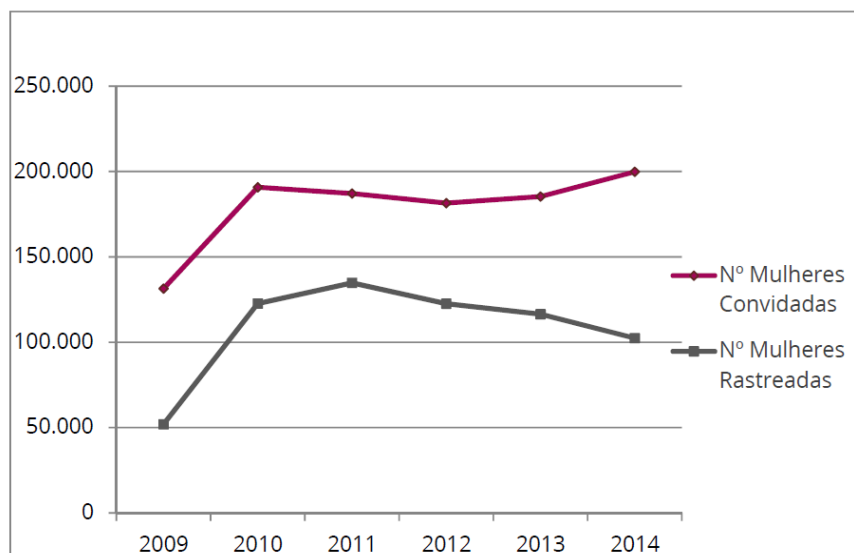


Gráfico 1. Evolução do número de mulheres convidadas e rastreadas entre 2009-2014. Fonte: DGS (2014, p.27).

eficaz para aumentar a adesão da mulher à que, geralmente, é bem aceite pela população feminina e é baixo custo para os serviços de saúde, podendo ser realizada em grupo ou individualmente através de visitas domiciliárias e/ou outros contextos¹².

Na divulgação de informação em saúde, uma das estratégias-chave reside na comunicação, potencializando o contato dos agentes de saúde com a população¹². Os folhetos educativos e as sessões de discussão revelam-se duas estratégias amplamente usadas. Os folhetos educativos apresentavam como vantagem o baixo custo e a adequada divulgação de informação em linguagem acessível, podendo ser ainda acoplados como reforço a uma metodologia, como por exemplo a uma sessão de discussão. Estas sessões são realizadas em pequenos grupos e visam abordar uma temática específica: neste caso, o rastreio do CCU¹³.

É relevante que a mulher seja informada sobre a importância, a finalidade e o procedimento do exame, que se sinta confortável e que desenvolva com o enfermeiro uma relação de confiança. Este, por sua

vez, deverá respeitar e demonstrar disponibilidade para esclarecer todas as dúvidas que possam surgir por parte da mulher ^{10,11,13}.

Segundo uma pesquisa realizada na Suécia, contactar telefonicamente as mulheres que se encontram há mais de dois anos sem realizar uma colposcopia aumenta a adesão das mulheres na realização do exame¹⁴.

Num estudo realizado na Turquia, com 2.500 mulheres, foram utilizadas

diversas intervenções de enfermagem – educação em saúde, folheto educativo, contato telefónico e visita domiciliária – com vista a determinar qual a intervenção que proporcionava uma maior adesão da mulher à realização da citologia. O contato telefónico revelou-se a intervenção mais eficaz para o aumento da adesão da mulher¹⁵.

A utilização da carta-convite apresenta-se, também, como uma estratégia que poderá aumentar a adesão da mulher ao rastreio¹⁶.

Considerando que o embaraço, a vergonha e a preocupação em saber qual o sexo do profissional de saúde envolvido no procedimento constituem-se como sentimentos que poderão emergir aquando a realização de uma colpocitologia é importante que o enfermeiro demonstre disponibilidade e respeito pela vontade da mulher caso seja solicitada a realização do exame por um profissional de saúde do sexo feminino ou a presença de um acompanhante ^{5,6}.

Segundo LU cit. SOARES, SILVA, a combinação de múltiplas estratégias revela-se mais eficaz do que a sua aplicação individual ¹².

É importante ressaltar que a implementação de uma intervenção, ou estratégia, não pressupõe, obrigatoriamente, uma consciencialização e uma mudança de comportamento na mulher pelo que o enfermeiro deverá avaliar todas as suas intervenções de forma a avaliar a sua eficácia e ajuizar sobre o plano de cuidados a (re)estruturar. É de extrema importância considerar as características específicas de cada localidade ou pessoa, consoante a estratégia a implementar, visando a adequação destas¹².

Conclusão

O CCU caracteriza-se pela existência de um tumor de crescimento lento em que ocorre a displasia das células do tecido do colo do útero. Atualmente verifica-se um aumento da literacia em saúde, o que permite que as mulheres estejam mais informadas sobre o processo de saúde-doença e adiram com mais frequência a rastreios. Porém, os resultados não são ainda satisfatórios. A colpocitologia é recomendada desde o primeiro ano da vida sexual da mulher até aos seus 65 anos de idade e é definida como um método eficaz na deteção precoce do CCU.

A não adesão a este rastreio associa-se a certos fatores que necessitam ser desmistificados, como a ideia de, pelo facto de uma mulher ser assintomática, pensar que é saudável; medo do procedimento por nunca o ter realizado e por não ter sido informada sobre este; desconhecimento relativamente à patologia e impacto na vida da mulher; vergonha; desconforto e dificuldades de acesso a instalações que realizem o rastreio.

O enfermeiro tem um papel ativo a nível da prevenção secundária do CCU, destacando-se na educação para a saúde, que capacita a mulher a decidir de forma informada e esclarecida sobre a realização do procedimento. Neste caso, a comunicação é o elemento-chave que determina a adesão ou não-adesão da mulher. São recursos os folhetos informativos e as sessões de discussão em pequeno grupo, ambos com linguagem acessível às diferentes faixas etárias. O respeito pela vontade expressa e a constante disponibilidade deverão, também, ser dois pontos presentes na abordagem à mulher.

REFERÊNCIAS

1. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) – Prevenção e controle de amplo alcance do câncer do colo do útero: um futuro mais saudável para meninas e mulheres: nota de orientação da OPAS/OMS [Em linha]. 2013. [Consult. 6 de novembro de 2016]. Disponível internet: <URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78128/8/9789275717479_por.pdf>. ISBN: 978-92-4-150514-7.
2. INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE) – Estatísticas no Feminino: Ser Mulher em Portugal [Em linha]. 2012. [Consult. 2 de novembro de 2016]. Disponível internet: <URL: https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=136477029&att_display=n&att_download=y>.
3. INSTITUTO CUF DE ONCOLOGIA – O Cancro do Colo do Útero [Em linha]. Página Web. [Consult. 20 de novembro de 2016]. Disponível internet: <URL: <https://www.saudecuf.pt/oncologia/o-cancro/cancro-do-colo-do-utero>>.
4. SOUSA, Alexandre – Cancro do Colo do Útero: Tendências e Estudos Recentes [Em linha]. Porto: Universidade Fernando Pessoa, Faculdade Ciências da Saúde, 2011. Monografia. [Consult. 10 de novembro de 2016]. Disponível internet: <URL: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2275/3/MONO_14067.pdf>.
5. RODRIGUES, Bruna et al – Educação em Saúde para a Prevenção do Câncer Cérvico-uterino. Revista Brasileira de Educação Médica [Em linha]. Vol. 36, n.º 1 (2012), p. 149-154. [Consult. 5 de novembro de 2016]. Disponível internet: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s1/v36n1s1a20.pdf>>.
6. MARQUES, Fernanda – Saúde da Mulher: Necessidades de formação contínua dos Enfermeiros do distrito de Setúbal e

- proposta de um plano formativo [Em linha]. Sevilha: Universidad de Sevilla, Facultad de Ciencias de la Educación, Departamento de Didáctica y Organización Educativa, 2015. Tese de Doutoramento. [Consult. 5 de novembro de 2016]. Disponível internet: <URL: https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/34808/TESE_FGC.pdf?sequence=1>.
7. CORREIRA, Ana – Prevenção do Cancro do Colo do Útero. Revista Portuguesa de Clínica Geral [Em linha]. (2011), p. 1-43. [Consult. 7 de novembro de 2016]. Disponível internet: <URL: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/61045/2/PREVEN%C3%83O%20DO%20CANCRO%20DO%20COLO%20DO%20TERO%20Ana%20Correia.pdf>>.
 8. MARTINS, Bruna – Os Rastreios e o Cancro [Em linha]. Porto: Universidade Fernanda Pessoa, Faculdade Ciências de Saúde, 2014. [Consult. 18 de novembro de 2016]. Disponível internet: <URL: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4414/1/PPG_19636.pdf>.
 9. DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE (DGS) – Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. Relatório [Em linha]. 2014. [Consult. 20 de novembro de 2016]. Disponível internet: <URL: <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/avaliacao-e-monitorizacao-dos-rastreios-oncologicos-organizados-de-base-populacional-de-portugal-continental-pdf.aspx>>.
 10. OLIVEIRA, Ana; RABAÇA, Filomena; DANTAS, Fernanda – A Continuidade de Cuidados de Enfermagem no Ambulatório [Em linha]. Unidade de Colposcopia, Histeroscopia e Laser do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca: 2010. Poster. [Consult. 5 de novembro de 2016]. Disponível internet: <URL: <http://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/560/1/poster%20jornadas%20hff.pdf>>.
 11. OLIVEIRA, Ana; FERREIRA, Filomena; LEÃO, Madalena – Intervenção do Enfermeiro ao nível Primário e Secundário [Em linha]. Consulta Externa - Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE – Unidade de Colposcopia e Laser (UCL): 2010. Poster. [Consult. 5 de novembro de 2016]. Disponível internet: <URL: <http://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/316/1/Poster%20PREVEN%C3%87AO%20CANCRO%20COLO%20UTERO.pdf>>.
 12. SOARES, Maurícia; SILVA, Sueli – Intervenções que favorecem a adesão ao exame de colpocitologia oncológica: revisão integrativa. Revista Brasileira de Enfermagem [Em linha]. Vol. 69, n.º 2 (2016), p. 404-414. [Consult. 5 de novembro de 2016]. Disponível internet: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n2/0034-7167-reben-69-02-0404.pdf>>.
 13. RIQUELME, Giselle; CONCHA, Ximena URRUTIA, María – Intervenciones educativas para la prevención del cáncer cervicouterino. Rev Chil Obstet Ginecol [Em linha]. Vol. 77, n.º 2 (2012), p. 111-115. [Consult. 8 de novembro de 2016]. Disponível internet: <URL: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v77n2/art06.pdf>>.
 14. BROBERG, Gudrun et al – Increasing participation in cervical cancer screening: Telephone contact with long-term non-attendees in Sweden. Results from RACOMIP, a randomized controlled trial. International Journal of Cancer [Em linha]. Vol. 133 (2013), p. 164-171. [Consult. 8 de novembro de 2016]. Disponível internet: <URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1002/ijc.27985/asset/ijc27985.pdf?v=1&t=iv9i8png&s=3c5ea3d72c74153c96d0fdab7e6a15f3bffb56d>>.
 15. GUVENC, Gulden; AKYUZ, Aygul; YENEN, Mufit – Effectiveness of Nursing Interventions to Increase Pap Smear Test Screening. Research in Nursing Health [Em linha]. Vol. 36 (2013), p. 146-157. [Consult. 8 de novembro de 2016]. Disponível internet: <URL: http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1002/nur.21526/asset/21526_ftp.pdf?v=1&t=iv9iv4c6&s=74a6016252e900a15b3a4fcd6c6e8b113214717a>.
 16. EVERETT, Thomas et al – Interventions targeted at women to encourage the uptake of cervical screening. Cochrane Database e Syst Rev. [Em linha]. N.º 5 (2014), p. 1-92. [Consult. 8 de novembro de 2016]. Disponível internet: <URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4163962/pdf/e-mss-57241.pdf>>.



Estilos de Vida dos Estudantes de Enfermagem

André Godinho*, Ariana Silva*, Débora Angeja*, Diana Carolino*, Inês Tavares*, Joana Vaz*, Joana Graça*, Olga Lutsiva*,
Patrícia Rodrigues*, Patrícia Castro*, Rafael Conduto*, Sara Pina*, Paula Leal **, Anabela Marques ***

* Estudante do 14º Curso de Licenciatura em Enfermagem, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

** Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Investigadora na UI&DE; Orientadora do Projeto de Investigação: paula.leal@ess.ips.pt

*** Professora ESTBarreiro, ESS e CIIAS do IPS; Coorientadora do Projeto de Investigação: anabela.marques@estbarreiro.ips.pt

RESUMO

Introdução: O Estilo de Vida é um dos principais determinantes dos problemas de saúde de uma população, predispondo a maiores situações de doenças crónicas, doença súbita e acidentes. Os estudantes do ensino superior encontram-se numa etapa de grandes mudanças, alterações de hábitos e comportamentos, podendo ocorrer alteração do seu estilo de vida. **Objetivo:** Determinar qual o Estilo de Vida (EV) dos Estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE). **Metodologia:** Realizou-se um estudo descritivo transversal. A amostra é de 176 estudantes dos 4 anos do CLE. Foi adaptado o questionário FANTASTICO, que avalia os EV através de 10 domínios (Família e Amigos, Atividade Física e Associativismo, Nutrição, Tabaco, Álcool e outras drogas, Sono/Stresse, Trabalho/Tipo de personalidade, Introspeção, Comportamentos de Saúde e Sexual, e Outros Comportamentos). Os dados foram analisados com recurso ao SPSS 22, através da estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** Identificámos que 21% dos estudantes integra a categoria de Estilo de Vida Regular. A grande maioria dos estudantes 78% integra as categorias Estilos de Vida Bom/Muito Bom e, 1% integra a categoria de EV Excelente. Não se obtiveram resultados relativamente à categoria de EV que precisa ser melhorado. O recurso à estatística inferencial permitiu verificar que não existem diferenças significativas no EV quando analisado segundo o Sexo e o Ano do CLE. Verificou-se ainda que não existe correlação entre o EV e a Idade dos estudantes. **Conclusões:** A partir dos dados deste estudo conseguimos apurar algumas características sobre o EV destes estudantes. No entanto, considera-se relevante realizar outros estudos adicionais para aumentar a compreensão das variáveis que influenciam os EV dos estudantes de Cursos de Enfermagem.

Palavras-Chave: Estilos de Vida; Estudantes de Enfermagem; Licenciatura; FANTASTICO

INTRODUÇÃO

Os Estilos de Vida são entendidos como um “conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, apreendidos através do processo de socialização e constantemente

ABSTRACT

Introduction: Lifestyle is one of the main determinants of the health problems of a population, predisposing to greater situations of chronic diseases, sudden illness and accidents. Higher education students are at a stage of major changes, changes in habits and behavior, and their lifestyle may change. **Aim:** To determine the Life Style (EV) of Nursing Undergraduate Students (CLE). **Methods:** A cross-sectional descriptive study was carried out. The sample is 176 students from the 4 years of CLE. It was adapted the FANTASTICO questionnaire, which evaluates the EV through 10 domains (Family and Friends, Physical Activity and Associativism, Nutrition, Tobacco, Alcohol and other drugs, Sleep / Stress, Work / Personality type, Introspection, Health and Sexual Behaviors, and Other Behaviors). Data were analyzed using SPSS 22, through descriptive and inferential statistics. **Results:** We identified that 21% of students belong to the Regular Lifestyle category. The vast majority of students are 78% in the Good / Very Good Lifestyles category, and 1% are in the Excellent EV category. No results were obtained for the EV category that needs to be improved. The use of inferential statistics allowed us to verify that there were no significant differences in EV when analyzed according to Sex and the Year of CLE. It was also verified that there is no correlation between the EV and the Student's age. **Conclusions:** From data of this study we were able to ascertain some characteristics about the EV of these students. However, it is considered relevant to carry out additional studies to increase the understanding of the variables influencing the VS of Nursing course students.

Keywords: Lifestyles; Nursing students; Graduation; FANTASTIC.

reinterpretados e testados ao longo do ciclo de vida em diferentes situações sociais” (DGS cit. por SILVA, BRITO, AMADO, 2014, p.1902). Estes assumem-se como fator preponderante na qualidade de vida e

manutenção de saúde no decurso do ciclo vital. SILVA, BRITO, AMADO (2014).

Sabe-se que o Estilo de Vida (EV) é um dos principais determinantes de saúde de uma população. Por este motivo, é essencial que as pessoas adotem um Estilo de Vida saudável (CHIUVE et al, 2008). No entanto, Portugal é um dos países europeus que se destaca pela incidência de patologias associadas a estilos de vida pouco saudáveis (SILVA, BRITO, AMADO, 2014; TAVARES, NUNES, 2007).

Neste sentido, colocam-se desafios para educar os cidadãos para a adoção de Estilos de Vida saudável, com particular ênfase nos jovens adultos, entre os 18 e os 25 anos, que se encontram numa fase das suas vidas de grandes mudanças e alterações de hábitos e comportamentos. Suscita-nos particular interesse, dentro deste grupo de população, conhecer os Estilos de Vida dos estudantes do ensino superior, por se encontrarem afastados do seu seio familiar, possuírem maior autonomia e poder de compra e, poderem passar a adotar estilos de vida bastante peculiares, no que respeita a hábitos de alimentação, exercício físico, consumos de álcool e drogas e comportamentos sexuais. (SILVA, BRITO, AMADO, 2014).

Da revisão da literatura realizada identificámos que existem estudos cujos resultados revelam que estudantes do Ensino Superior do sexo feminino apresentavam estilos de vida mais saudáveis mas maiores níveis de stress que os estudantes do sexo masculino (ANTUNES, 2015). Um outro estudo, realizado com alunos de licenciatura em Enfermagem de Coimbra, revelou que alguns comportamentos condicionavam o Estilo de Vida saudável, nomeadamente resultados referentes à opção de

resposta “às vezes, revelou que: 1) cerca de 63% dos estudantes refere “comer duas porções de verduras e três de frutas”; 2) cerca de 50% dos estudantes refere “dormir bem e sentir-se descansado” e, 3) relativamente ao consumo de drogas e substâncias psicoactivas cerca de 37% dos estudantes, referem que consomem às vezes, este tipo de substâncias (VIRGINIO, 2015). Um outro estudo realizado com estudantes do 1º ano de Mestrado, concluiu que existe um maior consumo de substâncias psicoativas por parte dos mesmos, destacando-se o álcool como a substância mais consumida (SILVA et al, 2015).

Em concordância com a literatura consultada, depreende-se que a entrada no ensino superior está associada a alterações no Estilo de Vida dos estudantes (alimentação, práticas desportivas, sono e repouso, consumo de substâncias psicoactivas, comportamento sexual), existindo variáveis que influenciam os seus Estilos de Vida. Assim, consideramos pertinente e importante definir o problema de investigação no âmbito da temática da avaliação do Estilo de Vida dos estudantes de ensino superior. Em particular, pretendemos avaliar o Estilo de Vida dos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem.

Recorrendo ao acrónimo PICO [P de população alvo (Estudantes dos 4 anos do Curso de Licenciatura em Enfermagem do IPS); I de Intervenção (avaliar os Estilos de Vida); C de Comparação (Estilos de Vida entre os estudantes dos 1º, 2º, 3º e 4º anos do Curso de Licenciatura em Enfermagem); O de Outcome/Resultados (os diferentes Estilos de Vida)] (SMITH, CRAIG, 2004), formulámos a seguinte questão de investigação: **“Quais os Estilos de Vida dos Estudantes dos 1º,**

2º, 3º e 4º anos do Curso de Licenciatura em Enfermagem?”

Perante a questão de investigação apresentada, definimos as seguintes subquestões de investigação:

- Que Estilo de Vida têm os estudantes dos quatro anos do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE) num Instituto Politécnico?
- Existirão alterações nos Estilos de Vida dos estudantes considerando a progressão ao longo dos anos no CLE?
- Existirão alterações nos Estilos de Vida dos estudantes considerando o sexo (F/M)?
- Existirão alterações nos Estilos de Vida dos estudantes relativamente à idade?

Em resposta à questão e sub-questões de investigação, definimos os seguintes objetivos:

- 1) Identificar os Estilos de Vida dos Estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem;
- 2) Identificar se existe alteração nos Estilos de Vida dos Estudantes tendo em conta a progressão ao longo dos anos no CLE;
- 3) Determinar se existe alteração nos Estilos de Vida dos Estudantes considerando o sexo;
- 4) Determinar se existe alteração nos Estilos de Vida dos Estudantes relativamente à idade.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Segundo a OMS, a pessoa não atinge o seu potencial máximo de saúde se não conseguir controlar as variáveis que determinam a sua saúde (KICKBUSCH et al, 2013).

Neste sentido, é necessário ter uma melhor perceção dos seus Estilos de Vida, de forma a identificar os comportamentos que são necessários readaptar para atingir um estilo de vida saudável.

Alguns estudos demonstram que as doenças não transmissíveis são os principais indicadores de doença, mortalidade, morbilidade e diminuição da qualidade de vida.

Muitas destas doenças não transmissíveis, estão associadas a hábitos e a comportamentos não salutareis, nomeadamente: tabagismo, alimentação inadequada, hábitos de sedentarismo e obesidade.

Estilos de Vida saudáveis como, não fumar, consumir álcool em moderada quantidade, realizar exercício físico, fazer uma alimentação variada ingerindo legumes e fruta e dormir bem, podem diminuir significativamente o risco de doença crónica e melhorar a qualidade de vida da pessoa a curto e longo prazo (CHIUVE et al, 2008). A OMS reforça ainda que este processo de aprendizagem e capacitação, traduz-se na melhoria da saúde das sociedades e desenvolvimento positivo destas mesmas (KICKBUSCH, WALT, MAAG, 2012). Este processo de capacitação deve decorrer das estratégias de Promoção da Saúde, através de intervenções planeadas e implementadas por técnicos de saúde. Destaque para os profissionais de Enfermagem que no âmbito das suas competências profissionais, capacidades, atitudes e valores, contribuem para a transmitir conhecimentos aos cidadãos, que os ajudam a tomar decisões relativamente ao seu plano de saúde (OE, 2012).

Numa perspectiva mais sistémica, os enfermeiros efectivamente contribuirão para a melhoria da saúde da sociedade, face aos objetivos de adoção de Estilos de Vida saudáveis, trabalhando com a unidade familiar através do processo de enfermagem.

A teórica de Enfermagem Nola Pender desenvolveu o Modelo Teórico da Promoção da Saúde, nos Estados Unidos da América. Esta autora apresenta uma definição de saúde positiva, abrangente e unificadora, que engloba a pessoa como um todo, incluindo o seu “estilo de vida, forças, resiliência, recursos, potenciais e capacidades” (SOUSA, 2014, p.28) Este Modelo Teórico da Promoção da Saúde surge como uma proposta para integrar a enfermagem na ciência do comportamento, identificando fatores que influenciam os comportamentos saudáveis, tendo por base as linhas orientadoras da Promoção da Saúde. Estas estão definidas como atividades voltadas para o desenvolvimento de recursos que mantêm e intensificam o bem-estar da pessoa (MORAIS, 2012).

Este bem-estar pode ser adquirido através de comportamentos dirigidos para objetivos, através do autocuidado e das relações com os outros (SOUSA, 2014), tendo alicerces na Enfermagem Holística, na Psicologia Social e na Teoria de Aprendizagem. (TOMEY, ALLIGOOD, 2004) Este modelo implementa e reavalia ações, que permitem a avaliação dos comportamentos que levam à promoção da saúde, pelo estudo de três pontos interrelacionais: características e experiências individuais, sentimento sobre o que se quer alcançar e comportamento de promoção de saúde desejável. (MORAIS, 2012).

Esta Teoria apresenta pressupostos que salientam o papel ativo da pessoa na gestão dos seus comportamentos. (TOMEY, ALLIGOOD, 2004). Estes são:

- “1. As pessoas procuram criar condições de vida através das quais possam exprimir o seu potencial de saúde humano único;

2. As pessoas têm a capacidade de autoconsciência reflexiva, incluindo a apreciação das suas próprias competências;
3. As pessoas valorizam o crescimento em direções entendidas como positivas e tentam atingir um equilíbrio pessoalmente aceitável entre mudança e estabilidade;
4. As pessoas procuram regular ativamente o seu próprio comportamento;
5. As pessoas em toda a sua complexidade bio-psico-social, interagem com o ambiente, transformando progressivamente o ambiente e sendo transformados ao longo do tempo;
6. Os profissionais de saúde constituem parte do ambiente interpessoal que exerce influência sobre as pessoas ao longo do seu ciclo vital;
7. A reconfiguração autoiniciada dos padrões interativos pessoa-ambiente é essencial à mudança de comportamento” (TOMEY, ALLIGOOD 2004, p.705-706).

O referido modelo enfatiza e tem como principal objectivo a Autoeficácia, ou seja, a capacidade pessoal de organizar e realizar um comportamento promotor de saúde quanto aos comportamentos de saúde e, postula que familiares, pares e prestadores de cuidados de saúde têm um papel fundamental de “influência interpessoal que pode aumentar ou diminuir o compromisso e a adoção de comportamentos de promoção de saúde” (TOMEY, ALLIGOOD, 2004, p.706). O mesmo, tem um âmbito de Médio Alcance, ou seja “é altamente generalizável às populações adultas”, dado que a investigação utilizada para criar o modelo baseou-se em amostras femininas, masculinas, de jovens, de idosos e de pessoas saudáveis e doentes” (TOMEY, ALLIGOOD, 2004, p.

708). Além disto as Teorias de Médio Alcance derivam de grandes teorias e definem estruturas mais focalizadas, tendo como função descrever, explicar ou prever fenómenos (MARTINS, 2012), sendo teorias mais direccionadas à prática de enfermagem (TOMEY, ALLIGOOD, 2004).

O Modelo de Promoção da Saúde assenta em alicerces filosóficos que implicam um olhar holístico perante a pessoa, podendo contudo “*estudar as suas partes integradas num todo*”, tendo em conta que o meio é alterado pelas pessoas indo de encontro às suas metas e necessidades (PENDER, 2011).

A escolha do Modelo de Nola Pender para quadro referencial deste estudo de investigação foi decidida com base nos seguintes argumentos: 1) ser um modelo com âmbito de médio alcance podendo ser dirigido a uma população específica, respeitando no âmbito desta investigação, este pressuposto, relativamente aos estudantes do curso de licenciatura em enfermagem; 2) o estudo é focado na avaliação de uma variável particular da Promoção da Saúde: os Estilos de Vida. Assim, sendo a autoeficácia um dos conceitos enfatizados no Modelo para aumentar a capacidade que cada pessoa tem de gerir os seus comportamentos em saúde, neste estudo, procurámos ir de encontro a esta perspetiva, possibilitando que cada elemento da amostra se situasse/autopercecionasse o seu nível de Estilo de Vida, facilitando uma informação em que o mesmo a pudesse conhecer/utilizar para tomar decisões quanto aos seus comportamentos de saúde; 3) num quadro referencial de Enfermagem quanto ao tema Promoção da Saúde de uma população específica, é um modelo que tem toda a legitimidade de poder ser utilizado, uma vez que as variáveis em estudo, são deste âmbito.

Como já foi referido, a variável em estudo são os estilos de vida dos estudantes dos quatro anos do CLE pelo que importa apresentarmos uma revisão da literatura sobre os Estilos de Vida (EV) e, em particular os estilos de vida de estudantes no ensino superior.

Em 1966, Kasl e Cobb (KASL e COBB cit. por ALMEIDA, 2013) definiam comportamento de saúde como um comportamento com o objetivo de evitar o aparecimento de uma doença, dando o exemplo da alimentação saudável, definição esta que estava muito centrada na doença e naquilo que os profissionais de saúde consideravam adequado. Já a definição apresentada posteriormente, em 1979, (HARRIS e GUTEN cit. por ALMEIDA (2013) aponta como objetivo do comportamento de saúde a proteção, promoção e manutenção da saúde, independentemente do estado de saúde da pessoa e se esse comportamento atinge ou não o fim desejado (ALMEIDA, 2013).

Atualmente, a OMS define comportamento de saúde como qualquer atividade empreendida por uma pessoa, independentemente do seu estado de saúde, com o propósito de promover, proteger ou manter a sua saúde, quer essa atividade seja objetivamente eficaz ou não para obter o fim pretendido (WHO, 1998). **Os comportamentos de saúde e os comportamentos de risco tendem a agregar-se de uma forma complexa, formando perfis, que recebem a denominação de Estilos de Vida** (WHO, 1998), em que a associação de vários fatores de risco, apresentados por uma pessoa ou população, constitui normalmente um perigo superior para a saúde (SILVA, BRITO, AMADO, 2014). Existem diferentes concepções teóricas sobre Estilos de Vida que decidimos apresentar. Estilos de Vida,

para OMS, são padrões de comportamento identificáveis que podem ter um efeito profundo na saúde da população e estão relacionados com diversos aspetos que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas (WHO, 1998).

Estilo de Vida para Sorokim (SOROKIM, 1947 cit. GONÇALVES, CARVALHO) é “tudo o que o individuo aprende a fazer para viver numa comunidade particular”, ou seja, para este autor o Estilo de Vida pressupõe a adaptação duma cultura particular para que a pessoa possa viver, agir e dominar o meio (GONÇALVES, CARVALHO, s.d., p.2). Neste seguimento, Durkheim (DURKHEIM, 1963 cit. GONÇALVES, CARVALHO) afirma que os Estilos de Vida são as “maneiras de agir, pensar e sentir”, englobando as dimensões da pessoa sociocultural, psicoafectiva e bio-comportamental (GONÇALVES, CARVALHO, s.d., p.2). Esta definição é corroborada por CLÉMENT (2004), que refere que são traves mestras da ação humana e da saúde, que têm por base sistemas de interação socio-ambiental, aspetos físicos, psíquicos, sociais, emocionais ou conotativos, ou seja, são o produto emergente da tríade: conhecimento, valores e práticas (CLÉMENT, 2004).

De forma mais simplificada ROCHER (1989) definiu EV como maneiras de viver. SEDHOUSE (1997) complementa, dizendo que são ainda um recurso da vida quotidiana com implicações no sucesso existencial, na integração social, na postura crítica, na atitude e no livre arbítrio (ROCHER, 1989; SEDHOUSE, 1997).

Em 1995, ENGEL et al, introduz o conceito AIO, em que os Estilos de Vida são “um modelo sumário

definido como padrões nos quais as pessoas vivem e gastam tempo e dinheiro. O estilo de vida reflete atividades (A), interesses (I) e opiniões (O) de uma pessoa. As pessoas usam modelos como estilos de vida para analisar eventos que acontecem em torno de si e para interpretar, conceptualizar e prever eventos, assim como para reconciliar seus valores com os eventos” (ENGEL et al, 1995, p. 292). Complementariamente, DIAS et al (2003) entendem os Estilos de Vida como o “fator que identifica a maneira como a pessoa vive, qual é o seu traço pessoal no agir, na prática das actividades no comportamento em geral (...), em que o estilo de vida reflecte o que as pessoas pesam de si mesmas e o que valorizam” (DIAS et al, 2003., p.68).

Neste sentido, segundo o Ministério da Saúde (2004) os Estilos de Vida consistem no “conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, apreendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados ao longo do ciclo de vida em diferentes situações sociais” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 1493), pois os gostos e as preferências de uma pessoa variam com o tempo, assim como os padrões de consumo (ENGEL, 1995, VALETTE-FLORENCE, 1988).

Um conceito abrangente que considera tanto a dimensão da qualidade de vida, quanto a dimensão da saúde, é o de MINAYO, HARTZ, BUSS (2000) cit. Por SILVA, BRITO, AMADO (2014) que referem que o estilo de vida é um dos fatores preponderantes para a manutenção, tanto da qualidade de vida quanto da saúde das pessoas, revelando que esta tríade (estilo de vida, qualidade de vida e saúde) está intimamente

associada ao bem-estar (SILVA, BRITO, AMADO, 2014).

Da revisão da literatura sobre o conceito de Estilos de Vida, ainda que apresentando diferentes perspectivas, depreende-se que **é a pessoa** o principal elemento na adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis, indo de encontro ao pensamento de que a responsabilidade individual é o epicentro da determinação dos estilos de vida (ALMEIDA, 2013). Conjectura-se alguma relação entre a constância de comportamentos de saúde positivos adotados pelas pessoas com manterem-se saudáveis, no entanto, mesmo tendo conhecimento dos benefícios que lhe estão adjacentes, nem sempre se verifica a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis (TAVARES, NUNES, 2007).

Este aspeto também é identificado por autores de estudos centrados nos Estilos de Vida de estudantes no ensino superior, em particular estudantes a frequentarem cursos da área científica de saúde. Por exemplo, um estudo realizado com uma amostra de 365 estudantes do curso de Medicina, com questionário realizado pela autora, revelou que nos primeiros dois anos predominam os comportamentos de risco associados a consumos excessivos de álcool e drogas, e que nos últimos dois anos os estudantes têm maior autoestima e optam por uma alimentação mais saudável, o que revela uma evolução positiva nos estilos de vida ao longo do percurso académico pelo curso de Medicina, mantendo fatores comuns aos quatro anos estudados: “sono, stress e vida social”, “consumo de tabaco” e “prática de atividade física” (FARIA, 2012).

Em oposição a este resultado, outro estudo sobre o Estilo de Vida realizado com uma amostra de 309

estudantes no ensino superior, com recurso à aplicação do questionário *Fantastic Lifestyle Assessment*, concluiu que a maioria dos estudantes do 1º ano (67,3%) tem um estilo de vida considerado muito bom, contrariando a ideia dos hábitos de risco nos estudantes do ensino superior. Verificou-se ainda que os domínios “nutrição” e “atividade física/associativismo” são aqueles com maior necessidade de mudança no comportamento, sendo os domínios “sono e stress”, “comportamentos de saúde sexual” e “introspeção” os melhor pontuados (VIRGÍNIO, 2015).

Em resumo, no âmbito da promoção da saúde, o estilo de vida refere-se ao modo de vida que cada pessoa adota com uma visão centrada na responsabilidade individual (ALMEIDA, 2013), em que o comportamento ou estilo de vida das pessoas parece ter um papel fundamental no seu estado de saúde, depreendendo-se segundo Lopes, que a mudança de comportamentos conduz à adoção de um estilo de vida saudável. (LOPES, 2002 cit. por BREVIDELLI, CIANCIARULLO (2001). Porém, de acordo com o Modelo de Promoção da Saúde de Pender, o conceito de Influências Situacionais também se torna imprescindível considerar, uma vez que se refere às percepções e conhecimentos pessoais específicos de determinada situação, que podem facilitar ou dificultar o comportamento, podendo ter uma influência direta ou indireta nos comportamentos de saúde. (MORAIS, 2012; TOMEY, ALLIGOOD, 2004).

METODOLOGIA

O Desenho do Estudo é constituído por diversos elementos: o meio, a seleção dos participantes, tamanho da amostra, o tipo de estudo, as estratégias

utilizadas para controlar as variáveis, os instrumentos de colheitas de dados e o tratamento de dados (FORTIN, 1999).

Para dar resposta à questão de investigação formulada, o presente trabalho de investigação decorreu em meio natural. A população é caracterizada pelos estudantes dos quatro anos de Licenciatura em Enfermagem, perfazendo uma população de 194 participantes.

Foi selecionada uma amostra acidental tendo em conta a acessibilidade dos investigadores à mesma e ao momento de recolha de dados, realizados num local e tempo determinados. Foram definidos como fatores de inclusão na amostra: 1) estar presente no momento da colheita de dados; 2) consentir voluntariamente participar na recolha de dados através do preenchimento do formulário de consentimento informado.

Os fatores de exclusão da amostra definidos foram: 1) ser autor do estudo; 2) não preencher o consentimento informado; 3) não preencher o questionário em outro momento ou local posterior ao tempo letivo de aula definido para cada ano do CLE.

Para a realização deste estudo, o Instrumento de Colheita de Dados elegido foi o questionário "FANTASTICO", adaptado do Questionário Estilo de Vida Fantástico (SILVA, BRITO, AMADO, 2014), o qual se encontra organizado em 3 partes:

- I – Caracterização sociodemográfica (referente ao ano do curso, sexo e idade);
- II – Avaliação do Estilo de Vida,
- III – Escala Fantástico.

Para avaliar o Estilo de Vida dos referidos estudantes (Parte II), adaptou-se o questionário "Estilos de Vida Fantástico" (SILVA, BRITO, AMADO,

2014), composto por 30 itens, dispostos numa escala de Likert de 3 pontos: 0 (Quase Nunca) a 2 (Quase Sempre). O valor mais elevado é indicador de comportamentos mais saudáveis.

Posteriormente, estes itens foram agrupados pelos 10 domínios distintos: Família e amigos (2 itens); Atividade Física e Associativismo (3 itens); Nutrição (3 itens); Tabaco (2 itens); Álcool e drogas (6 itens); Sono e Stress (3 itens); Tipo de Personalidade (3 itens); Introspeção (3 itens); Comportamento de Saúde e Sexualidade (3 itens) e Outros Comportamentos (2 itens).

Seis itens de quatro domínios, são cotados inversamente: "Sou membro de um grupo comunitário" (Atividade Física e Associativismo); "Sinto que ando acelerado e/ou atarefado" (Tipo de Personalidade); "Sinto-me aborrecido e/ou agressivo" (Tipo de Personalidade); "Sinto-me tenso e/ou oprimido" (Introspeção); "Sinto-me triste e/ou deprimido" (Introspeção); "Uso a internet e outros meios" (playstation e Wii) para jogar pelo menos 1 hora por dia" (Outros Comportamentos).

Por último, mediante a resposta dos inquiridos aos vários itens é possível obter o score final para o estilo de vida adotado por cada estudante, designado por Score FANTÁSTICO (parte III), numa escala de 0 a 120, onde:

- 0 – 46: **Estilo de vida precisa de ser melhorado;**
- 47 – 72: **Estilo de vida regular;**
- 73 – 84: **Estilo de vida bom;**
- 85 – 102: **Estilo de vida muito bom;**
- >102 : **Estilo de vida excelente.**

O questionário original foi validado para a população portuguesa, adaptado a jovens do ensino

superior, com um Alfa de Cronbach de 0,71, por SILVA, BRITO e AMADO (2014). Os valores de cada domínio são somados e multiplicados por dois. A soma de todos os domínios corresponde a um score final, entre 0 e 120 pontos, definido em intervalos por cinco categorias caracterizadora do estilo de vida, referidas anteriormente. O questionário adaptado para este estudo manteve os mesmos critérios para apurar o Score dos EV e, o mesmo foi validado e submetido a uma análise de confiabilidade tendo-se obtido um valor de Alfa de Cronbach de 0,69. Sendo o valor superior a 0,6 é possível considerar que o instrumento de colheita de dados é fiável para avaliação dos estilos de vida da população estudada (HILL, HILL, 2005).

Os dados foram registados em papel e depois inseridos no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22, onde se procedeu à validação e uniformização dos mesmos. A validação dos dados compreendeu os seguintes passos: 1) resolução de dúvidas aquando da introdução dos questionários no SPSS; 2) revisão manual de registos; 3) codificação; 4) identificação dos questionários com ausência de informação (*missing values*) resultante do preenchimento incompleto do questionário por parte dos participantes. Foram rejeitados 5 questionários, perfazendo a amostra final 176 questionários (N=176).

Seguidamente procedeu-se ao tratamento estatístico dos dados, com recurso a análise descritiva univariada e bivariada para a caracterização da amostra e, analisou-se a distribuição da mesma nos 10 domínios estabelecidos. Calculou-se ainda o coeficiente de correlação de Pearson para quantificar

o grau de correlação existente entre pares de variáveis. Compararam-se médias de amostras independentes pelos testes t-Student (duas amostras) e One-way ANOVA (três ou mais amostras). Quando os pressupostos do teste paramétrico t-Student não se verificaram usámos o teste de Mann-Whitney para comparar as funções de distribuições da variável, em estudo, medida em duas amostras independentes.

Foram realizadas todas as considerações éticas neste estudo. Foram respeitados os princípios éticos de Investigação, salvaguardados pela Comissão Especializada de Ética em Investigação. Igualmente, foram garantidos os direitos dos estudantes de decidirem a sua participação no estudo de forma livre e esclarecida, através da explicação do estudo e dos seus objetivos, e do formulário de consentimento informado; respeitados os direitos de equidade na participação e o direito à confidencialidade dos dados, pela garantia de anonimato; e assegurada a possibilidade, a todos os participantes, de terem acesso ao respetivo score final e classificação do seu Estilo de Vida (FORTIN, 1999).

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Apresentam-se os resultados, análise e discussão dos dados obtidos através da aplicação do Questionário FANTASTICO adaptado.

A amostra em estudo é composta por 176 estudantes, apresentando-se na tabela 1 os dados de caracterização da mesma. São do sexo feminino 81,3% e do sexo masculino 11,4%. Não identificaram o sexo no preenchimento do questionário 13 estudantes correspondendo a 7,3% da amostra em estudo. A média de idades dos estudantes é de 21

Tabela 1. Caracterização da amostra em estudo

Sexo (%)		Idade				Anos CLE (%)			
Feminino	Masculino	Média	D.P*	Mín.	Máx.	1º	2º	3º	4º
81,3	11,4	20,84	2,989	18	39	26,7	33,5	21	18,8

*D.P - Desvio-padrão

Tabela 2. Descrição dos valores médios, desvio padrão, intervalo de variação e nº itens por domínio

Domínio do Questionário		Média	D.P	Mín. - Máx.	Nº Itens
F.	Família e Amigos	3,6	0,7	0 - 4	2
A.	Atividade Física e Associativismo	2,9	1,3	0 - 6	3
N.	Nutrição	4,4	1,2	0 - 6	3
T.	Tabaco	2,7	1,4	0 - 4	2
Á.	Álcool e Drogas	6,6	2,2	0 - 12	6
S.	Sono e Stress	3,8	1,4	0 - 6	3
T.	Tipo de Personalidade	3,5	1,1	0 - 6	3
I.	Introspeção	4,2	1,3	0 - 6	3
C.	Comportamento Saúde e Sexual	4,9	0,9	0 - 6	3
O.	Outros Comportamentos	3,1	1,0	0 - 4	2

anos, correspondendo a idade mínima a 18 anos e a idade máxima a 39 anos.

Atendendo a que os domínios se encontram numa escala métrica, permitem o cálculo de alguns resultados descritivos tais como, a média e desvio padrão (tabela 2).

Na **tabela 3**, comparam-se os valores médios de cada domínio por ano de curso no CLE.

Apurámos que no **domínio Família e Amigos**, que avalia a percepção da relação familiar e de amizade dos participantes do estudo, por ano do CLE, todos apresentam pontuação média elevada, sendo os estudantes do 3º e 4º ano os que apresentam uma pontuação média ligeiramente superior (3,7) aos restantes anos. O **domínio da Atividade Física e Associativismo** avalia a percepção dos participantes do estudo, quanto à realização de atividade física e pertença a instituições de associativismo. Os resultados obtidos, identificam que os estudantes de todos dos anos do

CLE apresentam, em média, hábitos razoáveis neste domínio, verificando-se um ligeiro decréscimo nos 2º e 3º anos do CLE. O **domínio da Nutrição**, avalia a percepção dos hábitos alimentares dos participantes do estudo, revelando que os estudantes de todos os anos do

CLE apresentam bons hábitos nutricionais. O **domínio do Tabaco** avalia a percepção dos participantes do estudo, quanto aos hábitos tabágicos. É possível perceber que os estudantes do 1º ano do CLE apresentam um valor médio mais elevado que os estudantes dos restantes anos, verificando-se deterioração nos hábitos tabágicos à medida que os estudantes progridem nos anos do CLE. O **domínio Álcool e Drogas** avalia a percepção quanto aos hábitos de consumo destas substâncias pelos participantes do estudo. Constatamos que os estudantes do CLE apresentam uma discreta melhoria em termos de estilo de vida no que diz respeito aos hábitos de álcool e droga. No **Domínio Sono e Stresse**, que avalia a percepção dos participantes do estudo quanto ao descanso/cansaço, os estudantes dos 3º e 4º anos do CLE apresentam um valor médio mais elevado em comparação aos estudantes de 1º e 2º ano. A percepção dos participantes do estudo quanto ao

Tabela 3. Descrição dos valores médios por domínio e ano do CLE

Domínio do Questionário		Média				Mín. - Máx.
		1ºano	2ºano	3ºano	4ºano	
F.	Família e Amigos	3,6	3,6	3,7	3,7	0 - 4
A.	Atividade Física e Associativismo	3,1	2,9	2,9	3,0	0 - 6
N.	Nutrição	4,2	4,6	4,3	4,4	0 - 6
T.	Tabaco	3,1	2,8	2,7	2,2	0 - 4
Á.	Álcool e Drogas	7,2	6,6	6,3	6,3	0 - 12
S.	Sono e Stress	3,5	3,5	4,2	4,2	0 - 6
T.	Tipo de Personalidade	3,5	3,4	3,6	3,5	0 - 6
I.	Introspeção	4,3	4,0	4,2	4,3	0 - 6
C.	Comportamento Saúde e Sexual	4,7	4,8	4,9	4,9	0 - 6
O.	Outros Comportamentos	3,0	3,2	2,7	3,1	0 - 4

participantes do estudo, quanto a comportamentos de pedido de ajuda e utilização da internet ou outros dispositivos para jogar. Constatámos que estudantes de todos os anos do

domínio que avalia o **Tipo de Personalidade** mantêm-se praticamente constante pelos anos do curso. No **domínio Introspeção** a percepção dos participantes do estudo quanto à capacidade introspectiva, apresenta resultados similares em todos os anos do CLE, revelando um ligeiro decréscimo no 2º ano do curso. O **domínio de Comportamentos de Saúde e Sexualidade** é percebido pelos participantes do estudo com valores médios elevados e, aparentemente, ocorre uma ligeira evolução quando comparados os anos do CLE. Por último, o **domínio Outros Comportamentos** respeita à percepção dos

CLE apresentam valores médios similares em todos os anos.

Na **tabela 4.** comparam-se os valores médios de cada domínio segundo a variável Sexo dos participantes no estudo.

Assim, no **domínio Família e Amigos**, os estudantes de ambos os sexos apresentam bons scores quanto ao domínio familiar e de amizade. No entanto estudantes do sexo feminino apresentam uma pontuação média superior (3,7) em relação aos estudantes do sexo masculino (3,3).

No **domínio Atividade Física e Associativismo** os estudantes do sexo masculino apresentam em

Tabela 4. Descrição dos valores médios por domínio e sexo do estudante

Domínio do Questionário		Média		Min. - Máx.	Teste Mann Whitney	
		Feminino	Masculino		Est. U	p-value
F.	Família e Amigos	3,7	3,3	0 - 4	-	-
A.	Atividade Física e Associativismo	2,9	3,2	0 - 6	1301	0,504
N.	Nutrição	4,4	4,6	0 - 6	1301	0,499
T.	Tabaco	2,8	2,5	0 - 4	1205	0,232
Á.	Álcool e Drogas	6,8	5,2	0 - 12	810	0,002 *
S.	Sono e Stress	3,7	4,1	0 - 6	1238	0,320
T.	Tipo de Personalidade	3,6	3	0 - 6	1036	0,039 *
I.	Introspeção	4,2	4,3	0 - 6	1363	0,730
C.	Comportamento Saúde e Sexual	4,9	4,7	0 - 6	1221	0,268
O.	Outros Comportamentos	3,2	2,1	0 - 4	633	0,000 *

* significativo ao nível de significância de 5%.

média melhores hábitos de atividade física e associativismo (3,2) do que as estudantes do sexo feminino (2,9). Embora ambos tenham percepção de terem hábitos razoáveis de realização de atividade física.

No **domínio Nutrição** os estudantes do sexo masculino apresentam melhores hábitos alimentares (4,6) do que as estudantes do sexo feminino (4,4), embora ambos apresentem hábitos razoáveis.

No **domínio do Tabaco** os estudantes do sexo masculino apresentam piores hábitos (2,5) em relação aos estudantes do sexo feminino (2,8), embora ambos apresentem hábitos razoáveis.

O **domínio Álcool e Drogas** revela que os participantes do estudo do sexo masculino apresentam piores hábitos de consumos (5,2: piores hábitos) relativamente às estudantes do sexo feminino (6,8), apresentando uma diferença significativa entre ambos.

No **Domínio Sono e Stresse** os estudantes do sexo masculino apresentam melhores hábitos em relação ao sono e stress (4,1) do que as estudantes do sexo feminino (3,7), embora ambos apresentem

hábitos razoáveis. A percepção dos participantes do estudo quanto ao **domínio** que avalia o **Tipo de Personalidade** revela que os estudantes do sexo masculino apresentam piores resultados em relação ao tipo de personalidade (3,0), do que as estudantes do sexo feminino (3,6).

No **domínio Introspeção** a percepção dos participantes do estudo do sexo masculino (4,3) é sobreponível às estudantes do sexo feminino (4,2), apresentando ambos bons hábitos.

O **domínio de Comportamentos de Saúde e Sexualidade** é percepcionado pelos participantes do estudo de ambos os sexos, como tendo bons comportamentos. Estudantes do sexo masculino apresentam valores médios de 4,7 relativamente a estes comportamentos, enquanto estudantes do sexo feminino apresentam valores de 4,9.

O último domínio do questionário, o **domínio Outros Comportamentos** revela uma diferença significativa entre a pontuação dos estudantes do sexo masculino (2,1) e estudantes do sexo feminino (3,2), constatando-se que estudantes do sexo masculino

Tabela 4.2. Descrição dos valores médios por domínio e ano do CLE

Domínio do Questionário		Média		Min. - Máx.	Teste Mann Whitney	
		1ºano	4ºano		Est. U	p-value
F.	Família e Amigos	3,6	3,7	0 - 4	691,5	0,278
A.	Atividade Física e Associativismo	3,1	3,0	0 - 6	764,0	0,908
N.	Nutrição	4,2	4,4	0 - 6	664,0	0,259
T.	Tabaco	3,1	2,2	0 - 4	489,5	0,003 *
Á.	Álcool e Drogas	7,2	6,3	0 - 12	556,5	0,049 *
S.	Sono e Stress	3,5	4,2	0 - 6	588,0	0,062
T.	Tipo de Personalidade	3,5	3,5	0 - 6	745,5	0,759
I.	Introspeção	4,3	4,3	0 - 6	746,0	0,767
C.	Comportamento Saúde e Sexual	4,7	4,9	0 - 6	723,0	0,592
O						
.	Outros Comportamentos	3,0	3,1	0 - 4	758,0	0,856

* significativo ao nível de significância de 5%.

Tabela 5. Descrição dos valores dos Estilos de Vida por Ano do CLE

Anos CLE	(f)	(%)	Estilos de Vida							
			Regular		Bom		Mtº. Bom		Excelente	
			(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)
1º	47	26,7	5	10,6	21	44,7	21	44,7	0	0,0
2º	59	33,5	13	22,0	25	42,4	21	35,6	0	0,0
3º	37	21,0	6	16,2	18	48,6	12	32,4	1	2,7
4º	33	18,8	13	39,4	9	27,3	10	30,3	1	3,0
Total	176	100,0	37	21,0	73	41,0	64	36,0	2	1,0

apresentam piores valores nestes outros comportamentos.

Efetuar-se testes de hipóteses recorrendo ao teste não paramétrico Mann-Whitney e a partir destes testes podemos afirmar que **não se verificam diferenças significativas** nas funções de distribuição relativas à variável sexo, nos domínios Família e Amigos, Atividade Física e Associativismo, Nutrição, Tabaco, Sono e Stress, Introspecção e comportamento de Saúde e Sexual. Porém, **verificaram-se diferenças significativas** nos domínios **Álcool e Drogas, Tipo de Personalidade e Outros Comportamentos**.

Efetuar-se ainda testes de hipóteses recorrendo ao teste não paramétrico Mann-Whitney para verificar se existem diferenças significativas nos comportamentos dos estudantes do 1º e 4º anos.

A partir da inferência estatística realizada podemos afirmar que **não se verificam diferenças significativas** nas funções de distribuição relativas à variável anos do CLE: 1º ao 4º ano, nos domínios

Família e Amigos, Atividade Física e Associativismo, Nutrição, Sono e Stress, Tipo de Personalidade, Introspecção, Comportamento de Saúde

e Sexual e Outros Comportamentos. Porém, **verificaram-se diferenças significativas** nos domínios **Tabaco e Álcool e Drogas**. (Tabela 4.2) Após a análise individual de cada domínio podemos apresentar de uma forma geral os resultados da aplicação do questionário em estudo, segundo o **ano do CLE** e o **Sexo**, através do score FANTASTICO, o qual se encontra organizado nas cinco categorias, anteriormente referidas: 1) **Estilo de vida precisa de ser melhorado (0 – 46)**; 2) **Estilo de vida regular (47 – 72)**; 3) **Estilo de vida bom (73 – 84)**; 4) **Estilo de vida muito bom (85 – 102)** e 5) **Estilo de vida excelente (> 102)**.

Em resumo, quando analisamos o Score final de acordo com o **ano do CLE** (Tabela 5), verificamos que:

- Nenhum estudante apresenta scores inferiores a 46 pontos, que corresponderia à categoria do “Estilo de Vida que precisa ser melhorado”;
- Nenhum estudante do 1º ou 2º ano evidencia um estilo de vida na categoria “Excelente”;

Tabela 6. Descrição dos valores dos Estilos de Vida por Sexo

Sexo	(f)	(%)	Estilos de Vida							
			Regular		Bom		Mtº. Bom		Excelente	
			(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)
Fem.	143	87,7	30	21,0	59	41,3	54	37,8	0	0,0
Masc.	20	12,3	5	25,0	10	50,0	4	20,0	1	5,0
Total	163	100,0	35	20,0	69	42,3	58	35,6	1	1,00

- De uma forma geral, a maioria dos estudantes ao longo dos quatro anos de Licenciatura evidenciam um **Estilo de Vida Bom e Muito Bom (78%)**;
- No **1º ano de licenciatura** o maior número de estudantes apresenta um Estilo de Vida integrado nas categorias **Bom (44,7%) e Muito Bom (44,7%)**;
- Os estudantes dos 2º e 3º anos do CLE, apresentam um Estilo de Vida que situa-se, predominante, na categoria **Bom**, apresentando respectivamente **os valores 42,4% e 48,6%**;
- Constituem exceção os estudantes do **4º ano** que situam o seu **Estilo de Vida** na categoria **Regular (39,4%)** seguido de um **Estilo de Vida Muito Bom (30,3%)**;

Ao confrontarmos o Score final de acordo com a descrição dos valores dos Estilos de Vida por Sexo (Tabela 6) podemos observar que os estudantes de ambos os sexos apresentam um Estilo de Vida integrado na categoria **Bom** (41,3% do sexo feminino e 50% do sexo masculino).

Apresentamos seguidamente o resumo dos dados relativos à descrição dos Estilos de Vida dos participantes do estudo, pelos Anos do CLE e Sexo dos estudantes (Tabela 7):

DISCUSSÃO

Partimos do pressuposto de que o Estilo de Vida é um dos principais determinantes dos problemas de saúde das populações. Identificámos em diversos estudos que a população específica dos estudantes do ensino superior está sujeita a alterações no seu Estilo de Vida. Estas, podem acontecer por via da confluência de diversos fatores, dos quais a admissão neste nível de ensino, o confronto e processo de adaptação a um período de maiores mudanças, alterações de hábitos e comportamentos, poderão surgir como determinantes.

Emergiu a problemática sobre os Estilos de Vida de estudantes no ensino superior a frequentarem cursos de saúde, sendo ponto de partida para este estudo. Em particular, pretendemos identificar os Estilos de Vida de estudantes de um Curso de Licenciatura em Enfermagem. Inicialmente, partimos de um conjunto de sub-questões nucleares à questão de investigação que, após a apresentação dos resultados, temos condições para responder.

Em resposta à sub-questão de investigação sobre se existe alteração nos Estilos de Vida dos Estudantes considerando o Sexo, recorremos ao teste paramétrico t-Student, a partir do qual se verificou que não existem diferenças significativas entre o score final do EV do sexo feminino quando comparado com o score final do

Tabela 7. Descrição dos valores dos Estilos de Vida por Sexo e Ano do CLE

Anos CLE	EV. Regular		EV. Bom		EV. Mto. Bom		EV. Excelente	
	Fem. (%)	Masc. (%)	Fem. (%)	Masc. (%)	Fem. (%)	Masc. (%)	Fem. (%)	Masc. (%)
1º	12,8	0,0	8,7	40,0	38,5	60,0	0	0
2º	16,7	60,0	41,7	40,0	41,7	0,0	0	0
3º	19,2	14,3	46,2	71,4	34,6	14,3	0	0
4º	40,0	33,3	26,7	33,3	33,3	0,0	0	33,3
Total	21,0	25,0	41,3	50,0	37,8	20,0	0	5,0

EV do sexo masculino, ao nível de significância de 5% (p -value 0,37). Reunindo condições para afirmarmos que neste estudo, **não existem diferenças significativas** no score global **Estilos de Vida quando analisados segundo o Sexo**, porém em três domínios (Álcool e Drogas; Tipo de Personalidade e Outros comportamentos) do Estilo de Vida, ocorrem diferenças significativas entre os sexos, constatando-se que as estudantes do Sexo Feminino, apresentam valores superiores nestes itens relativamente aos estudantes do Sexo Masculino, depreendendo-se terem **melhor EV nestas dimensões**.

Num estudo de outro autor (BRANCO, 2010), tendo utilizado outro instrumento de colheita de dados (ICD - Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde: *O Meu Estilo de Vida*) e uma amostra de 331 estudantes (1º ano CLEs Escolas Superiores de Enfermagem do sul do país) propôs, igualmente, avaliar a influência do Sexo dos participantes no Estilo de Vida e detetou diferenças significativas em 3 dimensões. Os estudantes do sexo masculino apresentam um melhor estilo de vida na Dimensão Exercício Físico enquanto que os estudantes do sexo feminino se destacam com melhor pontuação na Dimensão "Auto-Cuidado", "Uso de Drogas e Similares" e "Atitudes e Comportamentos em Saúde" que os estudantes do Sexo Masculino. Estes resultados ainda que distintos, conferem alguma similaridade face aos tópicos das dimensões, permitem compreender que sendo o **EV** uma variável complexa, em algumas das suas subdimensões dos diferentes ICD, existem diferenças estatisticamente significativas entre estudantes do Sexo Feminino e Masculino.

Para além de ser importante a análise da influência

do Sexo no Estilo de Vida, também é de extrema relevância determinar se a progressão no Ano do CLE influencia o Score do Estilo de Vida assumido pelos Estudantes participantes no estudo. Para verificar se existem diferenças significativas do score EV entre os vários anos do CLE (1,2,3,4) recorremos à ANOVA, a partir da qual concluímos que não existem diferenças significativas nos scores finais do EV quando comparados nos vários anos do CLE (p -value 0,67). Ou seja, os resultados deste estudo, permitem afirmar que os **Estilos de Vida** dos estudantes **não sofrem influência no percurso dos quatro anos do Curso**. No entanto, identificámos que em dois subdomínios do EV (Tabaco; Álcool e Drogas) existem alterações significativas, de diminuição dos consumos ao longo dos quatro anos do Curso.

No estudo de FARIA (2012) também emergem aspetos do estilo de vida mais preocupantes nos estudantes mais novos, porém a autora também não identifica na globalidade, diferenças significativas entre os estudantes universitários do primeiro ano, e do último ano da licenciatura. Esta autora concluiu que o consumo de álcool assume diferenças estatisticamente significativas entre os anos do curso e os sexos, com os mais novos e os estudantes do sexo masculino a terem um padrão de consumo de maior risco (FARIA, 2012).

Por último, pretende-se determinar se existe relação entre o Estilo de Vida de acordo com a Idade dos estudantes. Recorreu-se ao Coeficiente de Pearson, o qual permitiu quantificar a intensidade e a direção da correlação entre estas duas variáveis. Obtivemos o valor de $R_p = -0,041$. Com base neste resultado, verificamos que existe uma relação inversa com valor muito próximo de zero, o que evidencia uma

fraca correlação entre estas duas variáveis, podendo mesmo assumir-se que elas são independentes. Ou seja a **idade não influencia o EV**.

BRANCO (2010) também avalia a influência da idade dos participantes no seu estudo sobre Estilo de Vida e conclui que não existem relações estatisticamente significativas entre ambas as variáveis.

Como objectivo deste estudo pretendemos identificar os Estilos de Vida dos Estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem. A partir dos resultados obtidos, realizado com 176 estudantes de quatro anos do CLE, podemos afirmar na globalidade que, os estudantes participantes neste estudo, têm:

- Estilo de Vida precisa de ser melhorado: 0%
- Estilo de Vida regular: 21%
- Estilo de Vida bom: 42%
- Estilo de Vida muito bom: 36%
- Estilo de Vida excelente: 1%

Em resumo, identificámos que **21%** dos estudantes integra a categoria de estilo de vida **regular**. A grande maioria dos estudantes **78%** integra as categorias **Estilo de Vida bom/Muito Bom**, e **1%** dos estudantes integra a categoria **EV Excelente**. Não se obtiveram resultados relativamente à categoria do EV precisar ser melhorado.

Os resultados do estudo de SILVA, BRITO e AMADO (2014) aquando da tradução e adaptação do questionário *Fantastic Lifestyle Assessment* (com uma amostra de 707 estudantes com idades entre os 18 e 25 anos) revelaram igualmente que 0% de estudantes apresentou score inferior a 46 pontos. Relativamente ao score da categoria “Estilo de Vida Regular” obtiveram o resultado de 4,1% bastante

inferior ao resultado do nosso estudo. Na categoria de “EV Bom” obtiveram 13,3%; Na categoria “EV Muito Bom”: 61,4% e na Categoria “EV Excelente”: 21,2%. O estudo foi realizado com estudantes de 4 anos de licenciaturas em áreas da saúde, de duas escolas do Ensino Superior da Região Centro de Portugal, tendo obtido numa perspectiva global, melhores resultados que o nosso estudo, dado que **82,6% da amostra tem EV Muito Bom e Excelente**.

VIRGÍNIO (2015) tendo igualmente utilizado o questionário *Fantastic Lifestyle Assessment* para avaliar os estilos de vida dos estudantes de 1º ano da Licenciatura em Enfermagem, de uma Escola Superior de Enfermagem, da região centro do país (amostra com 309 estudantes), conclui que o **valor médio do EV** encontra-se dentro da categoria “**EV Muito bom**”. Este autor apresenta os seguintes resultados: **67,3%** da amostra situa-se num **EV Muito Bom**; Na categoria **bom: 15,2%**; na categoria **Excelente: 14,6%** e a categoria que menor percentagem de estudantes da amostra apresenta, é em **EV Regular: 2,9%**. Também, no estudo deste autor constatamos que a categoria “EV Regular” apresenta valores percentuais pouco expressivos, tal como no estudo de SILVA, BRITO e AMADO (2014), revelando o nosso estudo que 21% dos estudantes da amostra integram esta categoria. Algumas questões podemos considerar discutir a partir destes resultados e considerar aprofundar ou identificar em outro tipo de estudos. Por exemplo: que fatores identificariam os estudantes da nossa amostra que ajudassem os investigadores a compreender porque, comparativamente com resultados de outros estudos, se encontram numa grande percentagem na categoria EV regular? e, numa percentagem mínima

na categoria EV Excelente?; Será que estes estudantes estão maioritariamente deslocados dos seus núcleos familiares?; Será que seriam estes estudantes que revelariam maiores hábitos de consumo de substâncias?; será que seriam estes estudantes que se encontrariam em situações socio-económicas mais desfavorecidas/favorecidas?

CONCLUSÃO

A avaliação dos Estilos de Vida dos Estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem é relevante, tendo em conta que a literatura consultada refere que a entrada no ensino superior está associada a alterações no estilo de vida dos estudantes (alimentação, práticas desportivas, consumo de álcool e substâncias psicoativas). Por outro lado, SILVA, BRITO, AMADO (2014) afirmam que Portugal é um dos países europeus que se destaca pela incidência de patologias associadas a estilos de vida pouco saudáveis (SILVA, BRITO, AMADO, 2014).

Definimos a seguinte questão de investigação neste estudo: **“Quais os Estilos de Vida dos Estudantes dos 1º, 2º, 3º e 4º anos do Curso de Licenciatura em Enfermagem, de uma Escola Superior de Saúde?”**, para a qual obtivemos resultados que nos permitem afirmar que os Estilos de Vida dos Estudantes participantes no estudo integram maioritariamente a categoria de **“EV Bom: 42%”**, seguidos da categoria **“EV Muito Bom: 36%”**, surgindo posteriormente a categoria **“EV Regular: 21%”** e, por último, a categoria **“EV Excelente: 1%”**.

Em resposta à questão de investigação deste estudo, podemos afirmar que os participantes do estudo têm **Estilos de Vida: Bom a Muito Bom (78%)**. Pretendendo analisar a concretização dos

objetivos do estudo, podemos afirmar quanto ao primeiro objetivo de determinar os Estilos de Vida dos Estudantes do CLE, que o mesmo foi alcançado uma vez que concluímos que a maioria dos estudantes da amostra, ao longo dos quatro anos de Licenciatura apresenta um **Estilo de Vida “Bom”**.

Relativamente ao segundo objectivo do estudo determinar se existe alteração do Estilos de Vida dos Estudantes tendo em conta a progressão no CLE, apurámos resultados que nos permitem afirmar que **não ocorre alteração do EV** tendo em conta a progressão pelos anos do CLE.

O terceiro objetivo do estudo pretendeu determinar se existe alteração no Score dos estilos de vida dos Estudantes tendo em conta o Sexo. Identificámos que estudantes de ambos os sexos têm, em média, Estilos de Vida “Bom”: Sexo Feminino (41%); Sexo Masculino (50%), concluindo-se que o **Sexo não tem influência sobre os Estilos de Vida**.

É igualmente importante referir que no quarto objetivo: *Determinar se existe correlação entre o score dos estilos de vida dos Estudantes e a idade*, concluímos que não existe uma relação direta entre a Idade e os Estilos de Vida. Ou seja **a Idade não influência os Estilos de Vida dos Estudantes**.

Dado que os constituintes da amostra serão, no fim do curso, pessoas habilitadas ao exercício profissional de enfermeiro de cuidados gerais, consideramos que ter estilos de vida saudáveis é importante, não só para a saúde da pessoa em si, bem como o papel que essa pessoa terá no futuro, como disseminadora de conhecimentos e práticas promotoras de estilos de vida saudáveis.

Consideramos que seria proveitoso a existência de estudos que comprovassem a evolução da pessoa nos quatro anos da licenciatura, algo que só seria possível desenvolvendo um estudo longitudinal. Adicionalmente, como o EV aparenta não ser influenciado pelo conjunto de variáveis (sexo, idade e anos do CLE) do estudo, seria importante a realização de outros estudos neste âmbito para aumentar a compreensão sobre o tema, mais precisamente, sobre as variáveis que influenciam os EV dos estudantes dos cursos de enfermagem.

Para além disto, seria proveitoso que a Escola Superior de Saúde, ou o Instituto Politécnico onde foi realizado o estudo, desenvolvessem atividades promotoras de saúde, com o objetivo de influenciar o estilo de vida dos estudantes, de forma positiva.

REFERÊNCIAS

- FORTIN, Marie-Fabienne - **O Processo de Investigação: da conceção à realização**. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda., 1999. ISBN: 972-8383-10-X
- FORTIN, Marie-Fabienne; CÔTÉ, J; FILION, Françoise - **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN: 978-989-8075-18-5
- HILL, Andrew; HILL, Manuela - **Investigação por Questionário**. 2ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo, 2005. ISBN 972-618-273-5
- MARÔCO, João. - **Análise estatística com o SPSS Statistics**. 5ª Edição. Pero Pinheiro: Report Number, 2011. ISBN: 978-989-96763-2-9
- SMITH, R.; CRAIG, J. - **Prática Baseada na Evidência Manual para Enfermeiros**. Loures: Lusociência; 2004
- TOMEY, Ann M.; ALLIGOOD, Martha R. - **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem**. 5ª Edição. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-74-6
- ALMEIDA, Maria C. - **Motivação e Comportamentos de Saúde, Relação com a Qualidade de Vida em Adultos da Comunidade**. Tese de Doutoramento. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto [Em Linha]. (2013), pp. 1-226. [Consultado a 17 de abril de 2017]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/67672/2/30106.pdf>
- ANTUNES, Ana B. - **Estilos de vida, stresse, ansiedade, depressão e adaptação académica em alunos universitários de 1ºano**. Tese de Mestrado. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias: Escola de Psicologia e Ciências da Vida, 2ºCiclo em Psicologia Clínica e da Saúde [Em Linha] (2015), pp. 1-106. [Consultado a 23 outubro de 2016]. Disponível em: <http://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/7225>
- KICKBUSCH, Ilona; PELIKAN, Jorgen; APFEL, Franklin; TSOUROS, Agis - **Health Literacy: The Solid Facts**. World Health Organization. [Em Linha]. (2013), pp. 1-86 [Consultado a 25 de março de 2017]. Disponível em: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf
- KICKBUSCH, Ilona; WALT, Suzanne; MAAG, Daniela - **Navigating Health: The Role of Health Literacy**. Alliance for Health and the Future. [Em Linha]. (2012), pp. 1-24 [Consultado a 25 de março de 2017]. Disponível em: <http://eurohealth.ie/wp-content/uploads/2012/02/Navigating-Health.pdf>
- BRANCO, Nuno - **Estilos de Aprendizagem de Estudantes de Enfermagem do 1º Ciclo de Estudos - A influência da Família e dos Estilos de Vida na forma preferencial de aprender**. Tese de Mestrado. Universidade do Algarve: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. [Em linha] (2010), pp. 1-147. [Consultado a 17 de abril de 2017]. Disponível em: <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/2932/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Mestrado%20S%C3%A9rgio%20Branco.pdf>
- BREVIDELLI, Maria M; CIANCIARULLO, Tamara I. - **Aplicação do Modelo de Crença em Saúde na Prevenção dos Acidentes com Agulha**. Revista Saúde Pública. [Em Linha] Vol.35, n.º2 (2001), pp.193-201. [Consultado a 17 de abril de 2017]. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rsp/v35n2/4405.pdf
- CHIUVE, Stephanie E.; et. al. - **Primary Prevention of Stroke by Healthy Lifestyle**. American Heart Association. [Em Linha]. (2008). [Consultado a 30 de dezembro de 2016]. Disponível em <http://circ.ahajournals.org/content/118/9/947.short>
- CLÉMENT, P - **Science et idéologie : exemples en didactique et épistémologie de la biologie**. In Actes du Colloque Sciences, médias et société. ENS-LSH [Em Linha]. (2004), pp.53-69. [Consultado a 17 de abril de 2017]. Disponível em: <http://sciencesmedias.ens-lsh.fr>
- FARIA, Daniela L. - **Estudo Comparativo dos Estilos de Vida dos Estudantes de Medicina da Universidade da Beira Interior no Início e no Final do Curso**. Tese de Mestrado. Universidade da Beira Interior. [Em Linha] (2012), pp. 1-50. [Consultado a 3 de março de 2017]. Disponível em: <http://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/1197>
- FINOTTI, Marcelo A - **Estilos de Vida: Uma Contribuição ao Estudo da Segmentação de Mercado**. Tese de Mestrado.

- [Em Linha]. 2004, pp. 1-187. [Consultado a 17 de abril de 2017].
- GONÇALVES, Artur; CARVALHO, Graça S. – Diferenças de Estilos de Vida entre Populações Jovens de Meio Rural (Boticas) e de Meio Urbano (Braga). [Em Linha] (s.d.), pp. 1-15. [Consultado a 17 de abril de 2017]. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/6693>
- LOUREIRO, Liliana Almeida – Consumo de Substâncias Psicoativas e Estilos de Vida nos Estudantes do Ensino Superior. Tese de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra [Em linha] (2012). [Consultado a 19 de abril de 2017] Disponível em: <http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24204&code=688>
- MARTINS, Jaqueline S. - Proposição de uma Teoria de Enfermagem para o Processo de Interação em Ambientes Virtuais. Escola de Enfermagem Anna Nery. Tese de Doutorado. [Em Linha] (2012), pp.1-174. [Consultado a 26 de março de 2017]. Disponível em: <http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24204&code=688>
- MINISTÉRIO DA SAÚDE PORTUGUÊS – Plano Nacional de Saúde 2004- 2010: Mais saúde para todos: Orientações estratégicas. DGS. [Em Linha] vol. 2 (2004), pp. 1-127. [Consultado a 17 de abril de 2017]. Disponível em: <pns.dgs.pt/files/2015/08/Volume-2-Orientações-estratégicas.pdf>
- MORAIS, Carlos M.– Matrices conceptuais dos enfermeiros no cuidar da pessoa em situação crítica: uma abordagem fenomenológica da intencionalidade dos cuidados. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Tese de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. [Em linha] (2012), pp. 1-155. [Consultado a 24 março de 2017] Disponível em: <http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24204&code=688>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Ordem dos Enfermeiros. Divulgar. [Em linha]. (2012), pp.1-28 [Consultado a 24 de março de 2017] Disponível em: http://www.ordenenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf
- PENDER, Nola J. – The Health Promotion Model. University of Michigan. Manual. [Em linha] (2011), pp. 2-6. [Consultado a 18 de abril de 2017]. Disponível em: https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.4/2/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf
- REEVES, Mathew J.; RAFFERTY, Ann P. - Healthy Lifestyle Characteristics Among Adults in the United States, 2000. American Medical Association. [Em Linha]. Vol. 165, nº8 (2005), pp. 854-857. [Consultado a 30 de dezembro de 2016]. Disponível em <http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/486522>
- SILVA, Armando M.; BRITO, Irma; AMADO, João M. – Tradução, adaptação e validação do questionário Fantastic Lifestyle Assessment em estudantes do ensino superior. Revista Ciência & Saúde Coletiva [Em Linha]. vol. 19, nº 6, (2014), pp. 1901-1909. [Consultado a 12 de março de 2017]. Disponível em: <http://www.sicad.pt/PT/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Paginas/EstudosConcluidos.aspx?Url=BK/EstadisticaInvestigacao/EstudosConcluidos>
- SILVA, Pedro A.; et al – Consumos e Estilos de Vida no Ensino Superior: o caso dos estudantes da ULisboa-2012. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa: Observatório Permanente da Juventude. [Em Linha] (2015), pp. 1-179. [Consultado a 1 de março de 2017]. Disponível em: <http://www.sicad.pt/PT/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Paginas/EstudosConcluidos.aspx?Url=BK/EstadisticaInvestigacao/EstudosConcluidos>
- SOTO, Luisa et al - Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida. Pensamiento Psicológico. [Em Linha] vol. 5, núm. 12, (2009) pp. 71-87. [Consultado a 3 de abril de 2017]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80111899006> ISSN: 1657-8961
- SOUSA, Pedro – Efetividade de um programa E-Terapêutico para adolescentes com excesso de peso. Universidade de Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. [Em Linha] (2014) pp. 28-33. [Consultado a 12 de abril de 2017] Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/15608/1/ulsd069515_td_Pedro_Sousa.pdf
- TAVARES, João P.; NUNES, Lisa N. – Comportamentos de Saúde e de Evitamento do Risco em Operários Fabris. Revista Referência. [Em Linha], 2ª série, nº 5, (2007), pp.23-36. [Consultado a 25 de Fevereiro de 2017]. Disponível em: https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=6&codigo=
- VÍRGÍNIO, Ana Filipa – Estilos de Vida – Consumo de Substâncias Psicoativas dos “caloiros” de Enfermagem. Tese de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, em Enfermagem Comunitária [Em Linha] (2015), pp. 1-148. [Consultado a 18 abril 2017]. Disponível em: <http://web.esenfc.pt/?url=OsrgrYE6>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - The Ottawa Charter for Health Promotion. WHO: World Health Organization. [Em Linha]. (1986) [Consultado a 25 de novembro de 2016]. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - Health promotion glossary. Geneva. World Health Organization. [Em Linha] (1998), pp. 1-36. [Consultado a 17 de abril de 2017]. Disponível em: http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR_1998.pdf

Influência de Variáveis Sociodemográficas nas Vivências Académicas dos Estudantes do 1º Ano de Cursos de Saúde

Ana Barrozinho*; Ana Bernardo*; Ana Romeiro*; Bruna Pereira*; Catarina Lopes*; João Freitas*; Lara Labego*; Maria Figueiredo*; Marisa Prata*; Pedro Martins*; Sara Saraiva*; Tatiana Fonseca*; Lucília Nunes**

* Estudante do 14º Curso de Licenciatura em Enfermagem, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

** Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Orientadora do Projeto de Investigação

Resumo

O presente estudo teve como objetivo identificar os fatores sociodemográficos que assumem um maior impacto ao nível das vivências académicas. Neste sentido, este estudo caracteriza os estudantes do 1º ano de Cursos de Saúde em termos de variáveis sociodemográficas e analisa a sua adaptação em termos de vivências académicas. A investigação incidiu sobre uma amostra de 43 estudantes dos Cursos de Licenciatura em Enfermagem, Fisioterapia e Terapia da Fala. Os instrumentos utilizados foram um Questionário de Caracterização da Amostra e o Questionário de Vivências Académicas – QVA (Almeida & Ferreira, 1997, 1999; Ferreira & Almeida, 1997). Os resultados obtidos estão de acordo com a generalidade da revisão da literatura.

Palavras-chave: Vivências académicas; Ensino superior; Adaptação; Instrumentos de avaliação das vivências académicas.

Abstract

The present study aims to identify the sociodemographic factors that have a greater impact in the level of academic experiences. In this sense, this study characterizes the students of the 1st year of Health Courses in terms of sociodemographic variables and analyzes their adaptation in terms of academic experiences. The investigation focused on a sample of 43 students of the Nursing, Physical Therapy and Speech Therapy degree courses. The instruments used were a Sample Characterization Questionnaire and the Academic Experience Questionnaire - QVA (Almeida & Ferreira, 1997, 1999; Ferreira & Almeida, 1997). The results obtained are in line with what is observed in the general literature review, but it is an estimate of the sample of the 1st year students of the IPS health courses.

Keywords: Academic experiences; Higher education; Adaptation; Academic experiences evaluation tool.

Nota Introdutória

A entrada para o Ensino Superior é tida como um processo de transição, dado acarretar vários desafios e exigências, nomeadamente no ajustamento à instituição de ensino e ao curso, o decorrer das relações interpessoais que vão ser estabelecidas com os pares e professores, das exigências cognitivas e de estudo impostas, do grau de autonomia inerentes aos novos contextos de vida quotidiana, da saída de casa e consequentemente do afastamento dos amigos e familiares, das exigências pessoais ao nível da gestão

do tempo e dos aspetos económicos relacionados, das perspetivas de carreira e de compromissos vocacionais com as aprendizagens bem como de todas as oportunidades de formação e outros. Assim, o sucesso e a satisfação académica vão depender da forma como tais desafios e exigências são ultrapassados e vivenciados (Fernandes, 2014). O ingresso ao ensino superior exprime-se como um dos momentos mais marcantes na vida das pessoas que acedem a esse nível educacional. Dentro das variáveis estudadas nessa transição e adaptação académica,

destacam-se as expectativas dos estudantes que, são interpretadas como cognições, motivações e afetos com que os estudantes partem e investem no Ensino Superior. Definimos a seguinte **questão de investigação**: face ao processo complexo que é a adaptação do estudante ao ensino superior, quais os fatores que representam um maior impacto ao nível das vivências académicas dos estudantes do primeiro ano? Estabelecemos como objetivo identificar os fatores que assumem um maior impacto ao nível das vivências académicas, nos estudantes face aos fatores de stresse na adaptação às vivências académicas.

Enquadramento Teórico

Qualquer transição implica desafios e novas oportunidades que requerem, na maioria dos casos, mudanças e capacidades adaptativas nos padrões de comportamento, impondo ao indivíduo a mobilização dos recursos disponíveis, de modo a conseguir o melhor enquadramento possível entre si e as novas situações ou acontecimentos emergentes. Caso a transição seja bem resolvida, é previsto um desenvolvimento positivo do indivíduo; caso contrário é possível que as consequências do stresse e do fracasso sejam ressentidas de forma mais evidente no seu percurso. (Fernandes, 2014).

A transição para o Ensino Superior pode ser encarada como uma etapa com diferentes níveis de exigências. Ainda assim, representa, para a maioria dos estudantes, a realização e planeamento de um projeto de vida e de desenvolvimento pessoal. As expectativas que decorrem deste processo são elevadas, tanto por parte do estudante como das pessoas que para si são significativas. (Fernandes, 2014) (Guerreiro-Casavova & Polydoro, 2010).

Nesta etapa da vida do estudante, as vivências académicas assumem-se como determinantes para a construção da imagem de si próprio enquanto pessoa, habilitada e autónoma, com capacidade para realizar novas aprendizagens, aprender a lidar com o fracasso e a ser persistente (Cordeiro, 2013). Surge então o termo “autoconceito”, definido como a “perceção que um indivíduo tem de si próprio nas mais variadas facetas; sejam elas de natureza social, emocional, física ou académica” (Porta-Nova & Fleming, 2009, pág. 168) (Tietzen, 2010).

Relativamente às vivências académicas, estudos sugerem que o ano frequentado assume influência neste âmbito, sendo que os alunos do quarto ano possuem, de forma geral, melhores vivências académicas, bem-estar psicológico mais elevado e habitualmente uma perceção mais positiva das suas competências pessoais, contrariamente aos alunos do primeiro ano. Tietzen, 2010, refere ainda que o ano e curso frequentado influenciam os valores obtidos nas vivências académicas, bem estar psicológico e saúde mental. Deste modo é possível verificar que níveis de ansiedade durante o primeiro ano exprimem-se com maior intensidade, situação que pode incorrer ao insucesso e abandono escolar (Tietzen, 2010) (Soares et al, 2014).

O processo de adaptação pode ser facilitado pelas competências sociais dos estudantes - ainda que essas habilidades sociais não estejam completamente desenvolvidas, as exigências da vida académica terão uma repercussão positiva no que diz respeito ao seu desenvolvimento, quer no presente como estudante, como no futuro, enquanto profissional (Soares & Prette, 2015). Os comportamentos socialmente habilitados constituem respostas mais adaptativas às

situações académicas e situações emergentes, e se estes comportamentos forem fortalecidos ao longo do processo de adaptação, os impactos negativos que possam surgir ao longo deste processo serão mais facilmente relativizados e o rendimento académico do estudante traduzir-se-á como mais positivo (Soares & Prette, 2015). É perceptível que o processo de adaptação académica ocorre essencialmente no primeiro ano e caracteriza-se por ser um período crítico, mas fulcral para o sucesso, na satisfação com a vida de modo geral e no desenvolvimento do próprio. É neste período, que o estudante é confrontado com múltiplas e complexas tarefas e desafios particularmente exigentes, que requerem soluções que se traduzam de uma forma mais, ou menos, bem-sucedida. Tendo em consideração que o desenvolvimento psicossocial e o rendimento académico estão condicionados pela capacidade adaptativa ao ensino superior, torna-se importante compreender quais as variáveis pessoais e contextuais relacionadas com a qualidade na transição académica, promovendo de forma positiva o impacto das mesmas (Cordeiro, 2013).

O rendimento académico constitui um dos fatores potenciadores do sucesso ou insucesso académico. Araújo & Almeida, 2010, conduziram uma investigação com o intuito de explorar a influência de diversos fatores no rendimento dos estudantes tendo concluído que tanto a nota de candidatura, a deslocação para longe do meio familiar, o plano curricular do curso, a adaptação ao mesmo e à instituição, a participação em atividades extracurriculares, as metodologias de estudo, as relações interpessoais bem como os projetos de carreira e a satisfação com o curso e a instituição, estão todos relacionados de forma

significativa ao rendimento e aproveitamento académico (Cordeiro, 2013).

Numa fase inicial do percurso no Ensino Superior, o estudante depara-se com inúmeros fatores stressantes face às mudanças e aos desafios desse novo contexto educativo. Comparativamente ao Ensino Secundário, as atividades curriculares são menos sequenciadas e menos apoiadas num suporte de texto/manual, a flexibilidade dos horários, os professores são mais distantes e a construção de novas amizades baseiam-se de um conjunto bastante alargado e heterogéneo de colegas desconhecidos. Todos os desafios da transição e integração no percurso académico acarretam algumas exigências, exigindo níveis adequados de autonomia e maturidade dos estudantes de modo a facilitar a sua adaptação e sucesso ao longo deste percurso (Soares et al, 2014) (Carlotto et al, 2015).

O stresse está igualmente associado ao grupo populacional que frequenta o Ensino Superior, sendo que se encontra diretamente relacionado com as vivências académicas. O stresse pode ainda ocorrer noutras consequências como a depressão, as perturbações do sono, o abuso de substâncias, os distúrbios alimentares, os comportamentos impulsivos e ainda o suicídio (Porta-Nova & Fleming, 2009). Por outro lado, no que se refere às vivências académicas, é notório que o envolvimento em atividades culturais e científicas, órgãos associativos ou institucionais permitem o desenvolvimento de inúmeras competências, ajustadas às exigências do mercado de trabalho (Fernandes, 2014) (Guerreiro-Casanova & Polydoro, 2011). Constata-se que a instituição de Ensino Superior se traduz como o principal cenário

onde decorre a etapa de transição para a vida adulta. (Fernandes, 2014).

Em suma, o processo de adaptação encontra-se concluído quando o estudante se constitui membro integrante da comunidade académica e partilha de valores comportamentais e atitudes normativas face os colegas e professores. O desenvolvimento do estudante é influenciado consoante o impacto da instituição mas também do esforço e do seu envolvimento no que se refere aos recursos disponibilizados e à rentabilização das experiências externas (Cordeiro, 2013).

Metodologia

Tendo em conta a questão de investigação e o objetivo, a população definida foram os estudantes do 1º ano das licenciaturas de uma Escola Superior de Saúde. Esta população constituiu-se com estudantes de ambos os sexos, com idade superior a 17 anos e que se encontravam a frequentar o 1º ano dos Cursos de Licenciatura em Enfermagem, Fisioterapia ou Terapia da Fala. Os critérios de inclusão estabelecidos foram: frequentar o 1º ano de uma das licenciaturas; ter idade superior ou igual a 18 anos; que consentissem participar no estudo.

Foram definidas as seguintes variáveis independentes: Idade; sexo; estatuto trabalhadorestudante; estar deslocado do local de residência familiar; satisfação com o curso/escola; como variável dependente, as vivências académicas.

Como instrumento de colheita de dados foi utilizado, um Questionário de Caracterização da Amostra e uma de autorrelato, nomeadamente, o Questionário de Vivências Académicas (QVA) versão integral.

O QVA é um instrumento de autorrelato que pretende avaliar o modo como os estudantes percecionam as suas experiências académicas na instituição de Ensino Superior frequentada e averiguar acerca da qualidade da sua adaptação ao contexto universitário.

Disponível em duas versões (integral – QVA; e reduzida - QVA-r). (Almeida, Soares, & Ferreira, 2003).

A versão integral do QVA é constituída por 170 itens distribuídos por 17 subescalas que visam avaliar as vivências dos alunos mais centradas em si próprios e no self, no curso e em aspetos de natureza mais contextual dada a instituição e contexto social. Deste modo, estas subescalas permitem avaliar os diferentes domínios, sendo eles: adaptação à instituição; relacionamento com os professores; métodos de estudo; envolvimento em atividades extracurriculares; relacionamento com os colegas; desenvolvimento da carreira; autonomia; perceção pessoal de competências cognitivas; bases de conhecimento para o curso; autoconfiança; relacionamento com a família; bem-estar psicológico; bem-estar físico; ansiedade na realização de exames; gestão do tempo; adaptação ao curso; gestão dos recursos económicos. (Almeida & Ferreira, 1999) (Almeida, Soares, & Ferreira, 2003).

No Questionário das Vivências Académicas, os itens são apresentados no formato Likert, que consiste num conjunto de perguntas, nas quais é pedido ao inquirido para manifestar o grau de concordância desde o discordo totalmente, até ao concordo totalmente, pelo que foi realizado o somatório das questões, integrando-as, em cada subescala, o que permitiu uma escala intervalar.

De salvaguardar, que foi tido em consideração a necessidade de inverter os itens formulados pela

negativa através da recodificação da pontuação, assim sendo, é possível constatar que a pontuação mais elevada que está presente numa subescala corresponde a uma frequência mais elevada dos comportamentos face às subescalas em estudo. (Cunha, 2007) (Tietzen, 2010).

O estudo teve parecer favorável de Comissão de Ética.

Para a aplicação dos questionários foi utilizada a plataforma de questionários online Survio. A colheita de decorreu entre fevereiro e março de 2017.

Tendo em conta o carácter dos dados e os objetivos do estudo foi utilizado como ferramenta o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0, de forma a permitir a obtenção de uma análise rigorosa dos dados obtidos com a implementação do projeto.

Os resultados foram analisados com base, numa primeira fase, na consistência interna utilizando o Alfa de Cronbach para testar a fiabilidade das subescalas que integram o QVA e posteriormente numa análise descritiva com incidência nas variáveis deste estudo e as 17 subescalas, reforçando, porém, que os dados obtidos não poderão ser considerados como absolutos, mas numa estimativa dos inquéritos analisados.

Analisando a amostra do estudo, esta revelou-se homogênea e reduzida para a apresentação de um estudo com evidência em teste de hipóteses. Assim, estando perante um estudo descritivo simples, não foram apresentadas hipóteses de estudo passíveis de serem testadas. O estudo apresenta uma amostra reduzida sendo que, apesar disso, a análise dos dados, nomeadamente no que diz respeito ao Alfa de Cronbach, revela que o nosso questionário QVA aplicado é altamente fiável enquanto instrumento de medida, e, logo, consistente internamente, o que nos sugere que estamos perante um menor erro de medida, por existir menor variabilidade de um mesmo item na nossa amostra.

Os resultados obtidos através das 17 subescalas do QVA apresentam valores de Alfa que variam entre 0,804 e 0,854, o que significa que as subescalas que o integram, apresentam uma consistência interna moderada a elevada.

Análise descritiva dos dados

Neste estudo participaram 43 estudantes do 1º ano de Cursos de Saúde, sendo 39 estudantes do sexo feminino e 4 estudantes do sexo masculino. Quanto aos cursos, 17 estudantes frequentam o 1º ano do

Crítérios de recomendação de Fiabilidade estimada pelo α de Cronbach (adaptado de Peterson, 1994)

Autor	Condição	α considerado aceitável
Davis, 1964, p. 24	Previsão individual	Acima de 0.75
	Previsão para grupos de 25-50 indivíduos	Acima de 0.5
Kaplan & Sacuzzo, 1982, p. 106	Investigação fundamental	0.7-0.8
	Investigação aplicada	0.95
Murphy & Davidsholder, 1988, p. 89	Fiabilidade inaceitável	<0.6
	Fiabilidade baixa	0.7
	Fiabilidade moderada a elevada	0.8-0.9
	Fiabilidade Elevada	>0.9
Nunnally, 1978, p. 245-246	Investigação preliminar	0.7
	Investigação fundamental	0.8
	Investigação aplicada	0.9-0.95

Curso de Licenciatura em Enfermagem, 11 estudantes frequentam o Curso de Licenciatura em Fisioterapia e 15 estudantes frequentam o Curso de Licenciatura em Terapia da Fala.

Da amostra, 40 estudantes possuem idades compreendidas entre os 18 e os 23 anos, 2 estudantes possuem idades compreendidas entre os 24 e os 29 anos e 1 estudante possui mais de 45 anos. Face ainda a outras variáveis que caracterizam a amostra, nomeadamente, em relação ao facto de se encontrarem apenas a estudar ou possuírem estatuto trabalhador estudante, 40 estudantes, correspondentes a 93% da amostra, encontram-se atualmente a estudar, 2 estudantes que correspondem a 4,7% da amostra estão a estudar e trabalhar em tempo parcial e 1 estudante, correspondente a 2,3% do total da amostra, encontra-se a estudar e trabalhar em tempo inteiro. No que respeita à deslocação do local de residência do agregado familiar, 32 estudantes vivem em tempo de aulas na residência do agregado familiar, o que corresponde a 74,4% dos participantes, e os restantes 11 estudantes encontram-se deslocados da mesma, fazendo corresponder a 25,6% da totalidade da amostra. Assim sendo, verificou-se que a maioria dos estudantes (74,4%) encontra-se a viver na residência do agregado familiar, estando a minoria dos participantes (25,6%) deslocados. Ainda no que concerne à caracterização da amostra foi possível constatar que 42 estudantes se encontram a realizar a sua primeira licenciatura, correspondendo a 93,3% dos participantes.

Relativamente à questão “Como se sente em relação à sua entrada no Instituto Politécnico, e mais concretamente na Escola Superior de Saúde?”, 30

estudantes sentem-se muito satisfeitos, correspondendo a 66,7% dos participantes, 12 estudantes encontram-se satisfeitos, o que corresponde a 26,7% dos participantes, e 1 estudante pondera mudar de instituição, correspondendo a 2,2% dos participantes. Posto isto, pode-se concluir que a maioria dos estudantes se sente muito satisfeito em relação à sua entrada na Escola.

No que concerne à opção do curso no acesso ao Ensino Superior, 32 estudantes responderam ter sido a 1ª opção, que corresponde a 71,1%, 6 estudantes responderam ter sido a 2ª opção, correspondendo a 13,3% dos participantes. Foi possível concluir que a maioria dos estudantes, incluídos na amostra, no acesso ao Ensino Superior, selecionaram como 1ª opção o curso que frequentam.

No mesmo sentido, respeitante à opção do estabelecimento de ensino, 32 estudantes responderam ter sido a 1ª opção, fazendo corresponder a 71,1% dos participantes, 9 estudantes afirmaram ter sido a 2ª opção, o que corresponde a 20% dos participantes.

Pode-se considerar que uma medida é fiável quando ao utilizar um instrumento de medida, os resultados demonstram-se serem iguais, em caso de ser aplicado a alvos estruturalmente idênticos. Dizemo-lo, porém, com maior ou menor grau de certeza pois toda a medida é passível de erro. Neste sentido, a fiabilidade refletida nos nossos dados representa uma estimativa, e não um “dado” concreto (Garcia-Marques & Maroco, 2006). A consistência interna estima a fiabilidade de um instrumento dado que, quanto menor for a variabilidade de um mesmo item numa amostra, menor será erro de medida associado (Garcia-Marques & Maroco, 2006). Deste

modo recorreu-se ao coeficiente de alfa de Cronbach de forma a analisar a consistência interna das subescalas do QVA.

Analisando o **alfa de Cronbach de cada subescala**, é possível verificar que em relação à subescala “Relacionamento com a Família” esta apresenta um valor para o Alfa de Cronbach de 0,830, representando uma fiabilidade moderada a elevada e equiparando-se aos valores obtidos aquando avaliada a consistência da subescala “Bem-Estar Psicológico”, “Bem-Estar Físico” e “Gestão de Tempo”, assumindo um valor de 0,832 e 0,834 respetivamente, tendo as duas últimas subescalas atingido o mesmo valor de alfa. Quanto à subescala “Autoconfiança” esta apresenta um valor inferior, de 0,813, contudo, continua a representar uma fiabilidade moderada a elevada. Em relação à subescala “Adaptação ao Curso”, valor do Alfa de Cronbach é de 0,810, indicando que a fiabilidade das afirmações referentes a esta subescala é moderada a elevada. O menor valor obtido do Alfa de Cronbach corresponde à subescala “Relacionamento com os Professores” assumindo o valor de 0,804 pelo que, as afirmações referentes a este são aquelas, cuja fiabilidade é menor, representando uma fiabilidade moderada. Face à subescala “Relacionamento com os Colegas” o valor do Alfa de Cronbach é de 0,814 traduzindo-se numa fiabilidade moderada a elevada. No que toca à subescala “Autonomia”, o valor do alfa é de 0,809, indicando-nos que a fiabilidade é moderada. No que concerne à subescala “Métodos de Estudo”, o valor do alfa é de 0,820, traduzindo-se numa fiabilidade moderada no estudo. Quanto às subescalas “Envolvimento em Atividades Extracurriculares”,

“Desenvolvimento da Carreira” e “Adaptação à Instituição”, alfa assume um valor de 0,816, traduzindo-se como na avaliação das subescalas anteriores, numa fiabilidade moderada a elevada. No que toca à subescala “Perceção das Competências”, Alfa é de 0,812 não alterando a fiabilidade anteriormente verificada. O mesmo se verifica também nas subescalas “Gestão dos Recursos Económicos”, “Realização de Exames” e “Base de Conhecimentos” que assumem valores do alfa de 0,854, 0,822 e 0,835, respetivamente.

Os resultados obtidos através das dezassete subescalas do QVA, apresentam valores de Alfa que variam entre 0,804 e 0,854 o que se pode traduzir que as dezassete subescalas apresentam uma consistência interna moderada a elevada.

Identificamos, quanto à variável “Sexo”, no que diz respeito à subescala “Relacionamento com a família” as estudantes do sexo feminino situaram as suas escolhas no valor médio de 3,63 ($\cong 4$) e os estudantes do sexo masculino no valor médio de 3,73 ($\cong 4$). Assim, independentemente do sexo, a maioria, nas afirmações acerca do relacionamento com a família estes estão bastante de acordo. Face ao desvio padrão para o sexo feminino, este indica que os valores obtidos se desviam do valor médio em 0,45, enquanto que no sexo masculino, o desvio padrão indica que os valores obtidos apresentam um desvio em relação ao valor médio de 0,25.

Face à subescala “Bem-estar psicológico” o sexo feminino situou as suas respostas no valor médio de 2,70 ($\cong 3$) e os estudantes do sexo masculino no valor médio de 2,65 ($\cong 3$), verificando a consonância entre ambos os sexos. Relativamente aos desvios padrão,

pode-se verificar que o sexo feminino apresenta um desvio do valor médio de 0,63 e, o sexo masculino, de 0,27. É notória assim a diferença de desvios padrão entre ambos sexos, pelo facto de o sexo masculino constituir poucos elementos e as suas respostas não divergirem muito, enquanto que, para o sexo feminino contribui para uma maior variabilidade de respostas. Quanto às afirmações referentes à subescala “Bem-estar físico” estas apresentam um valor médio de respostas, para o sexo feminino, de 2,42 ($\cong 2$) e, para o sexo masculino, de 2,13 ($\cong 2$). Desta forma, a maioria dos estudantes de ambos os sexos considera estar em desacordo com estas afirmações. As respostas das estudantes de sexo feminino desviam-se do valor médio em 0,57 enquanto que os estudantes do sexo masculino apresentam um desvio de 0,30, verificando-se discrepância entre valores do desvio padrão. No que toca a subescala “Autoconfiança”, averiguou-se que os estudantes do sexo feminino e do sexo masculino, apresentavam concordância em algumas afirmações, atingindo um valor médio de 3,23 ($\cong 3$) e de 3,16 ($\cong 3$), respetivamente. Deste modo, os desvios padrão apresentados na tabela, referem que as repostas às afirmações desta subescala do QVA entre estudantes do sexo feminino se desviam do valor médio em 0,38 enquanto que no sexo masculino, em 0,18. No que diz respeito à subescala “Gestão de tempo” as estudantes do sexo feminino pontuaram em média as afirmações com valor de 2,84 ($\cong 3$), enquanto que, o sexo masculino apresentou um valor médio de pontuação de 3,00, ou seja, ambos os sexos situaram as suas pontuações no número 3, significando que por existe concordância em algumas afirmações e noutras não. No que respeita aos respetivos desvios padrão, as

pontuações indicadas pelo sexo feminino se desviam do valor médio em 0,39, enquanto no sexo masculino, se desviam em 0,42. Neste caso, o desvio padrão do sexo feminino é inferior ao masculino, contrariamente às situações supracitadas, devido s pontuações dadas pelos quatro estudantes do sexo masculino diferirem mais entre si do que nas estudantes do sexo feminino. As afirmações referentes à subescala “Adaptação ao curso” pontuaram em média 3,63 ($\cong 4$), no sexo feminino, e 3,68 ($\cong 4$), nos estudantes do sexo masculino. Deste modo, ambos os sexos referem estar bastante de acordo com as afirmações respondidas nesta subescala, tendo sexo feminino desviado do seu valor médio em 0,46 e o sexo masculino em 0,20. Face à subescala “Relacionamento com os professores”, no que diz respeito as alunas do sexo feminino, estas situaram as suas respostas no valor médio de 3,35 ($\cong 3$), estando por vezes em acordo com as afirmações, tal como se verifica no sexo masculino, visto o valor médio ser de 3,48 ($\cong 3$). Os desvios padrão calculados para esta situação foram de 0,54, para o sexo feminino, e de 0,21, para o sexo masculino, havendo um maior desvio dos valores médios no sexo feminino do que no sexo masculino. Quanto à subescala “Relacionamento com os colegas” quer os estudantes do sexo feminino como do sexo masculino afirmaram estar bastante em acordo com as questões, sendo o valor médio calculado de 3,59 ($\cong 4$) e de 3,54 ($\cong 4$), respetivamente. Para o sexo feminino foi calculado um desvio do valor médio de 0,40 e, para o sexo masculino, os valores têm um desvio do valor médio de 0,20. Abordando a subescala “Autonomia”, tanto os estudantes do sexo feminino como do sexo masculino afirmaram estar parcialmente de acordo com a maioria das afirmações pertencentes a esta

subescala, demonstrando valores médios de pontuação de 3,13 ($\cong 3$) e de 3,12 ($\cong 3$), respetivamente. Nesta situação surge um desvio do valor médio de 0,45, para o sexo feminino, e de 0,15, para o sexo masculino. Assim, é possível afirmar que no sexo masculino há menor dispersão de valores de pontuação relativamente ao sexo feminino. Face as pontuações médias referentes às afirmações da subescala “Métodos de estudo” estas variam entre sexos. Para as estudantes do sexo feminino ganham uma pontuação média de 3,52 ($\cong 4$), significando que concordam bastante com a maioria das afirmações, para o sexo masculino o valor médio é de 3,41 ($\cong 3$), que significa que este grupo de estudantes concorda e discorda ao mesmo tempo, com algumas afirmações. Os desvios padrão referentes são de 0,35, para o sexo feminino, e de 0,27, para o sexo masculino. No que concerne à subescala “Envolvimento nas atividades extracurriculares”, o sexo feminino pontuou, em média, um valor de 2,68 ($\cong 3$) havendo concordância com algumas afirmações e outras não. Para os estudantes do sexo masculino foi calculado um valor médio de 2,80 ($\cong 3$). Quanto aos desvios padrão, temos um desvio do valor médio de 0,64, para o sexo feminino, e de 0,18, para o sexo masculino, verificando que no sexo feminino ocorre uma maior variedade de pontuações, comparativamente aos quatro elementos do sexo masculino. Para a subescala “Perceção das competências”, a pontuação média das afirmações referentes à mesma, corresponde um valor de 3,50 ($\cong 4$), para o sexo feminino, e de 3,38 ($\cong 3$), para o sexo masculino, significando que, para raparigas, na maioria das afirmações estão bastante em acordo, enquanto que, nos rapazes, estes estão maioritariamente em acordo e desacordo comum. Para

o sexo feminino verifica-se ainda um desvio do valor médio de 0,37 e, para o sexo masculino, um desvio de 0,14. Quanto a subescala “Gestão dos recursos económicos”, o sexo feminino pontuou, em média, 2,46 ($\cong 2$), traduzindo-se que estão bastante em desacordo com as afirmações apresentadas. No que toca o sexo masculino o valor médio atingido foi de 3,09 ($\cong 3$), estando estes elementos por vezes de acordo e noutras em desacordo com as afirmações. Já o desvio do valor médio, no sexo feminino, de 0,77 e de 0,84, para o sexo masculino, o que é sugestivo de uma grande dispersão da pontuação dada entre as questões. Para as afirmações pertencentes à subescala “Desenvolvimento da carreira”, temos como valores de pontuação médios de 3,94 ($\cong 4$), para o sexo feminino, e de 3,93 ($\cong 4$), para o sexo masculino. Verifica-se que ambos os grupos se encontram bastante de acordo com a maioria das afirmações. O sexo feminino, obtém assim um valor de desvio da média de 0,55 e, o sexo masculino, de 0,16. Analisando as pontuações das afirmações da subescala “Bases de conhecimento” estas diferem entre sexos, pois a média de pontuação dada, pelas estudantes do sexo feminino, é de 3,81 ($\cong 4$), que significa estarem bastante de acordo com a maioria das questões, enquanto que nos rapazes rapazes, a média de pontuações é de 3,32 ($\cong 3$), traduzindo-se num acordo e desacordo mútuo com a maioria das afirmações. Face ao desvio padrão este refere que ocorre um desvio do valor médio de 0,57, no sexo feminino, e de 0,18, no sexo masculino. Acerca da subescala “Adaptação à instituição”, as raparigas responderam à maioria das questões estando por vezes em acordo e noutras vezes em desacordo, uma vez que o valor médio calculado foi de 3,47 ($\cong 3$). Para

o sexo masculino estes demonstraram-se estar bastante de acordo com a maioria das questões, atingindo um valor médio de 3,52 ($\cong 4$). O desvio do valor médio para as raparigas foi de 0,40 e de 0,16 para os rapazes. Por fim, a subescala “Realização de exames” diz-nos que, independente dos sexos, a média de pontuação de ambos os grupos transmite informação de que, na maioria das questões, os estudantes estavam em concordância e também em discordância face as afirmações, sendo os valores médios de 3,04 ($\cong 3$), para o sexo feminino, e de 2,98 ($\cong 3$), para o sexo masculino. Ocorrem desvios do valor médio, no sexo feminino, de 0,36 e de 0,28, para o sexo masculino.

No que concerne à variável “Idade”,

surtem grupos etários compreendidos entre os 18 e os 23 anos, os 24 e os 29, os 30 e 35, 40 e 45, e mais de 45 anos, não tendo participantes com a idade compreendida entre os 30 a 45 anos. Como apenas existe um participante com mais de 45 anos, os resultados deste último não são relevantes na análise dos resultados.

No que se refere à subescala “Relacionamento com a família”, os estudantes com as idades compreendidas entre 18-23 anos, situaram-se em média no valor 3,67 ($\cong 4$), o que estando bastante de acordo com as afirmações pertencentes a esta subescala. No que se refere ao desvio padrão, sabemos que os valores se desviam do valor médio 0,42, traduzindo-se que alguns estudantes nem sempre estão de acordo com as afirmações. Na mesma subescala, os estudantes cuja faixa etária se compreende entre os 24-29 anos, pontuaram uma média no valor 3,10 ($\cong 3$), o que nos diz que os

estudantes nem sempre estão de acordo com as respetivas afirmações. Já no que toca ao desvio padrão, sabemos que os valores se desviam do valor médio também em 0,42. Relativamente à subescala “Bem-Estar Psicológico”, os estudantes com as idades compreendidas entre 18-23 anos responderam ao questionário, pontuando um valor médio de 2,72 ($\cong 3$), traduzindo-se que por vezes estão de acordo com as afirmações e noutras não estão. Quanto ao desvio padrão, verificou-se que os valores se desviam do valor médio em 0,59. O grupo de estudantes com idades entre os 24-29 anos, apresentam uma média de 2,80 ($\cong 3$), indicando que nem sempre concordam com as afirmações do questionário. Apresentam um desvio padrão de 0,66. Face à subescala “Bem-Estar Físico”, os 40 estudantes com idades compreendidas entre os 18-23 anos, situaram-se num valor médio de 2,42 ($\cong 2$), sugerindo que estão bastante em desacordo com as respetivas afirmações. Referindo os 2 estudantes com idades compreendidas entre os 24-29 anos, podemos chegar à mesma conclusão, uma vez que as suas respostas se situam num valor médio de 2,31 ($\cong 2$). Relativamente ao desvio padrão, sabe-se que os valores se desviam do valor médio em 0,55, para o grupo com idades entre os 18-23 anos, e em 0,75, para os estudantes com idades entre os 24-29 anos. Analisando a subescala “Autoconfiança”, os estudantes entre os 18 aos 23 anos, pontuaram um valor médio de 3,23 ($\cong 3$), e aqueles com idades entre os 24-29 anos, apresentaram um valor médio de 3,25 ($\cong 3$), traduzindo que, ambos os grupos, nem sempre estão de acordo com as afirmações do questionário. Quanto ao desvio padrão, sabe-se que os valores se desviam do valor médio em 0,37, para o primeiro grupo e em 0,25 para o segundo. No que concerne a

subescala “Gestão de tempo”, os 40 estudantes com idades entre os 18-23 anos, situaram-se no valor médio de 2,84 ($\cong 3$) e os 2 estudantes cuja idade se encontra entre os 24-29 anos, situaram-se no valor médio de 3,13 ($\cong 3$) indicando que, ambos os grupos, nem sempre estão de acordo com as afirmações do questionário. No que toca ao desvio padrão, os valores desviam-se do valor médio em 0,39 para os primeiros e em 0,53 para os segundos. Abordando a subescala “Adaptação ao curso”, os estudantes com idades entre os 18-23 anos, obtiveram um valor médio de 3,63 ($\cong 4$) e os estudantes cuja idade se encontra entre os 24-29 anos obtiveram um valor médio de 3,53 ($\cong 4$), traduzindo-se que os mesmos consideram que as afirmações do QVA, face estas subescalas se verificam bastantes vezes. Quanto ao desvio padrão sabe-se que, para estudantes com idades entre os 18-23 anos, os valores se desviam do valor médio em 0,45, e para os estudantes com idades entre os 24-29 anos em 0,47. Chegando à subescala “Relacionamento com os Professores”, tanto os estudantes com idades compreendidas entre os 18-23 anos bem como os estudantes com idades compreendidas entre os 24-29 anos, pontuaram um valor médio de 3,36 ($\cong 3$), mostrando que, nem sempre estão de acordo com as afirmações do questionário relativas a esta subescala. No que concerne o desvio padrão, para estudantes com idades entre os 18-23 anos, os valores desviam-se do valor médio em 0,53, e para os estudantes com idades entre os 24-29 anos em 0,51. Relativamente à subescala “Relacionamento com os Colegas”, os estudantes com idades compreendidas entre os 18-23 anos, situaram-se no valor médio de 3,61 ($\cong 4$), o que significa que os mesmos consideram que as

afirmações do QVA. Os estudantes cuja idade se encontra entre os 24-29 anos, situaram-se no valor médio de 3,29 ($\cong 3$), o que nos indica que estes nem sempre estão de acordo com as respetivas afirmações. No que diz respeito ao desvio padrão, para estudantes com idades entre os 18-23 anos, os valores desviam-se do valor médio em 0,38, e para os estudantes com idades entre os 24-29 anos em 0,25. Na subescala “Autonomia”, sabemos que os estudantes com idades compreendidas entre os 18-23 anos se situaram num valor médio de 3,16 ($\cong 3$), e os estudantes com idades entre os 24-29 anos, se situaram num valor médio de 2,96 ($\cong 3$), o que nos sugere que, ambos os grupos etários, nem sempre estão de acordo com as afirmações do questionário relativas a esta subescala. Quanto ao desvio padrão, para estudantes com idades entre os 18-23 anos, os valores desviam-se do valor médio em 0,41 e para os estudantes com idades entre os 24-29 anos em 0,38. No que respeita à subescala “Métodos de Estudo”, sabemos que os estudantes com idades compreendidas entre os 18-23 anos se situaram num valor médio de 3,52 ($\cong 4$), o que significa que os mesmos consideram que as afirmações do QVA, relativamente a esta subescala se verificam bastantes vezes. Os estudantes com idades entre os 24-29 anos, situaram-se num valor médio de 3,23 ($\cong 3$), o que nos sugere que estes nem sempre estão de acordo com as respetivas afirmações. Quanto ao desvio padrão, para estudantes com idades compreendidas entre os 18-23 anos, os valores desviam-se do valor médio em 0,34 e para os estudantes com idades entre os 24-29 anos em 0,32. Na subescala “Envolvimento nas Atividades Extracurriculares”, os estudantes com idades compreendidas entre os 18-23 anos, situaram-se no

valor médio de 2,70 ($\cong 3$) e os estudantes com idades entre os 24-29 anos, situaram-se num valor médio de 2,80 ($\cong 3$) o que nos sugere que, ambos os grupos etários, nem sempre estão de acordo com as afirmações do questionário relativas a esta subescala. Quanto ao desvio padrão, para estudantes com idades entre os 18-23 anos, os valores desviavam-se do valor médio em 0,62 e para os estudantes com idades entre os 24-29 anos em 0,14. Relativamente à subescala “Perceção das Competências”, os estudantes com idades compreendidas entre os 18-23 anos, situaram-se no valor médio de 3,49 ($\cong 3$) e os estudantes com idades entre os 24-29 anos, situaram-se num valor médio de 3,29 ($\cong 3$), o que mostra que, ambos os grupos etários, nem sempre estão de acordo com as afirmações do questionário relativas a esta subescala. Quanto ao desvio padrão, para estudantes com idades entre os 18-23 anos, os valores desviavam-se do valor médio em 0,36 e para os estudantes com idades entre os 24-29 anos em 0,18. Na subescala “Gestão dos Recursos Económicos”, os estudantes com idades entre os 18-23 anos situaram-se no valor médio de 2,48 ($\cong 2$) o que significa que desacordam bastante com as mesmas ou estas verificam-se poucas vezes. Os estudantes com idades entre os 24-29 anos, situaram-se num valor médio de 3,31 ($\cong 3$), o que nos indica que estes nem sempre estão de acordo com as respetivas afirmações. Quanto ao desvio padrão, para estudantes com idades entre os 18-23 anos, os valores desviavam-se do valor médio em 0,76 e para os estudantes com idades entre os 24-29 anos em 1,33. Na subescala “Desenvolvimento da Carreira”, os estudantes pertencentes à faixa etária dos 18 aos 23 anos, situaram-se no valor médio de 3,94 ($\cong 4$), o que significa que os mesmos consideram que as

afirmações se verificam bastantes vezes. Os estudantes cuja idade se encontra entre os 24-29 anos, situaram-se no valor médio de 3,68 ($\cong 4$), o que nos sugere igualmente que os mesmos consideram que as afirmações se verificam bastantes vezes. No que se refere ao desvio padrão, os valores de 0,53 para os primeiros e 0,15 para os segundos. Na subescala “Bases de Conhecimento”, os estudantes com idades entre os 18-23 anos situaram-se no valor médio de 3,83 ($\cong 4$), o que significa que os mesmos consideram que as afirmações se verificam bastantes vezes. Os estudantes com idades entre os 24-29 anos, situaram-se no valor médio de 3,14 ($\cong 3$) o que significa que estes por vezes estão de acordo com as afirmações. Quanto ao desvio padrão, para estudantes com idades entre os 18-23 anos, o valor é de 0,54 e para os estudantes com idades entre os 24-29 anos em 0,00. Na subescala “Adaptação à Instituição”, os estudantes com idades entre os 18-23 anos situaram-se no valor médio de 3,46 ($\cong 3$) e os estudantes com idade entre os 24-29 anos, situaram-se no valor médio de 3,41 ($\cong 3$), o que sugere que, ambos os grupos, nem sempre estão de acordo com as afirmações do questionário. Quanto ao desvio padrão, para estudantes com idades entre os 18-23 anos, o valor do desvio padrão é 0,38 e para os estudantes com idades entre os 24-29 anos é 0,06. Relativamente à subescala “Realização de Exames”, tanto os estudantes com idades entre os 18-23 anos como os estudantes com idades entre os 24-29 anos, se situaram num valor médio de 3,04 ($\cong 3$), o que nos indica que, nem sempre estão de acordo com as afirmações do questionário relativas a esta subescala. Já no que se refere ao desvio padrão, para estudantes com idades entre os 18-23 anos, o valor é de 0,36 e

para os estudantes com idades entre os 24-29 é de 0,41 - o que sugere que a idade pode apresentar alguma influência.

Quanto à variável “Vive na residência do agregado familiar”:

na subescala de “Relacionamento com a Família”, do total de participantes que responderam ao QVA, os trinta e dois estudantes que vivem na residência do agregado familiar situaram-se no valor médio de 3,68 ($\cong 4$), o que nos fornece a informação de que, os estudantes estão bastante de acordo com as respetivas afirmações e, os onze estudantes que não vivem na residência do agregado familiar situaram-se no valor médio de 3,49 ($\cong 3$), o que significa que estes por vezes estão de acordo com as afirmações e por vezes em desacordo. No que se refere ao desvio padrão sabe-se que, para estudantes que vivem na residência do agregado familiar, o valor é de 0,35, enquanto para os estudantes que não vivem na residência do agregado familiar o valor é de 0,62. Na subescala de “Bem-estar Psicológico”, do total de participantes, os trinta e dois estudantes que vivem na residência do agregado familiar situaram-se no valor médio de 2,62 ($\cong 3$) e os onze estudantes que não vivem na residência do agregado familiar situaram-se no valor médio de 2,93 ($\cong 3$), o que significa que estes por vezes estão de acordo com as afirmações e noutras em desacordo. No que concerne ao desvio padrão, para os estudantes que vivem na residência do agregado familiar, o valor é de 0,58, enquanto para os estudantes que não vivem na residência do agregado familiar o valor do desvio padrão é de 0,63. Relativamente à subescala de “Bem-estar Físico”, do total de participantes, os trinta e dois estudantes que

vivem na residência do agregado familiar situaram-se no valor médio de 2,31 ($\cong 2$) o que indica que, os estudantes estão bastante em desacordo com as respetivas afirmações e, os onze estudantes que não vivem na residência do agregado familiar situaram-se no valor médio de 2,64 ($\cong 3$), o que significa que estes por vezes estão de acordo com as afirmações e noutras em desacordo. No que diz respeito ao desvio padrão sabe-se que, para estudantes que vivem na residência do agregado familiar, o valor do desvio padrão é 0,62, enquanto para os estudantes que não vivem na residência do agregado familiar o valor é menor, 0,23. No que se refere à subescala de “Autoconfiança”, do total de participantes que responderam ao QVA, os trinta e dois estudantes que vivem na residência do agregado familiar situaram-se no valor médio de 3,19 ($\cong 3$) e os onze estudantes que não vivem na residência do agregado familiar situaram-se no valor médio de 3,32 ($\cong 3$), o que significa que estes por vezes estão de acordo com as afirmações e noutras em desacordo. No que se refere ao desvio padrão, os estudantes que vivem na residência do agregado familiar, o valor é de 0,31, enquanto que, para os estudantes que não vivem na residência do agregado familiar, o valor é de 0,49. Relativamente à subescala de “Gestão de Tempo”, do total de participantes, os trinta e dois estudantes que vivem na residência do agregado familiar encontraram-se no valor médio de 2,84 ($\cong 3$) e os onze estudantes que não vivem na residência do agregado familiar situaram-se no valor médio de 2,89 ($\cong 3$), o que significa que estes por vezes estão de acordo com as afirmações e noutras em desacordo. No que diz respeito ao desvio padrão, para os estudantes que vivem na residência do agregado familiar, o valor é de

0,41, enquanto para os estudantes que não vivem na residência do agregado familiar o valor é de 0,35. No que diz respeito à subescala de “Adaptação ao Curso”, do total de participantes que responderam ao QVA, os trinta e dois estudantes que vivem na residência do agregado familiar dispuseram-se no valor médio de 3,65 ($\cong 4$) e os onze estudantes que não vivem na residência do agregado familiar situaram-se no valor médio de 3,59 ($\cong 4$), o que significa que os mesmos consideram que as afirmações se verificam bastantes vezes. Relativamente ao desvio padrão sabe-se que, para estudantes que vivem na residência do agregado familiar, o valor é de 0,43, enquanto que, para os estudantes que não vivem na residência do agregado familiar, o valor é de 0,49. Relativamente à subescala de “Relacionamento com os Professores”, do total de participantes que responderam ao QVA, os trinta e dois estudantes que vivem na residência do agregado familiar dispuseram-se no valor médio de 3,35 ($\cong 3$) e os onze estudantes que não vivem na residência do agregado familiar situaram-se no valor médio de 3,41 ($\cong 3$), o que significa que estes por vezes estão de acordo com as afirmações e noutras em desacordo. No que diz respeito ao desvio padrão, os estudantes que vivem na residência do agregado familiar, o valor é de 0,54, enquanto que, para os estudantes que não vivem na residência do agregado familiar, o valor é de 0,45. Na subescala de “Relacionamento com os Colegas”, do total de participantes, os trinta e dois estudantes que vivem na residência do agregado familiar situaram-se no valor médio de 3,55 ($\cong 4$) e os onze estudantes que não vivem na residência do agregado familiar dispuseram-se no valor médio de 3,66 ($\cong 4$), o que significa que os mesmos consideram que as afirmações se verificam bastantes vezes. No

que se refere ao desvio padrão, para os estudantes que vivem na residência do agregado familiar, o valor é de 0,37, enquanto que, para os estudantes que não vivem na residência do agregado familiar, o valor é de 0,43. No que diz respeito à subescala de “Autonomia”, os trinta e dois estudantes que vivem na residência do agregado familiar situaram-se no valor médio de 3,11 ($\cong 3$) e os onze estudantes que não vivem na residência do agregado familiar dispuseram-se no valor médio de 3,19 ($\cong 3$), o que significa que estes por vezes estão de acordo com as afirmações e noutras em desacordo. No que concerne ao valor do desvio padrão, este é semelhante nos estudantes que vivem na residência do agregado familiar e nos que não vivem. 0,44 e 0,40, respetivamente. Relativamente à subescala “Métodos de Estudo”, dos participantes, os trinta e dois que vivem na residência do agregado familiar situaram-se no valor médio de 3,51 ($\cong 4$) e os onze estudantes que não vivem na residência do agregado familiar situaram-se no valor médio de 3,50 ($\cong 4$), o que significa, que os mesmos consideram que as afirmações do QVA se verificam bastantes vezes. No que se concerne ao desvio padrão sabe-se que, para os estudantes que vivem na residência do agregado familiar, o valor é de 0,36, enquanto para os estudantes que não vivem na residência do agregado familiar o valor do desvio padrão é de 0,30. Relativamente à subescala de “Envolvimento nas Atividades Extracurriculares”, os trinta e dois participantes que vivem na residência do agregado familiar dispuseram-se no valor médio de 2,59 ($\cong 3$) e os onze estudantes que não vivem na residência do agregado familiar situaram-se no valor médio de 2,98 ($\cong 3$), o que significa que estes por vezes estão de acordo com as afirmações e noutras em desacordo.

No que se refere ao desvio padrão, para os estudantes que vivem na residência do agregado familiar, os valores se desviam do valor médio em 0,52, enquanto para os estudantes que não vivem na residência do agregado familiar o valor do desvio padrão é maior, 0,76. No que diz respeito à subescala de “Percepção das Competências”, do total de participantes, os trinta e dois estudantes que vivem na residência do agregado familiar situaram-se no valor médio de 3,47 ($\cong 3$), o que significa que estes por vezes estão de acordo com as afirmações e noutras em desacordo, e os onze estudantes que não vivem na residência do agregado familiar dispuseram-se no valor médio de 3,54 ($\cong 4$), o que significa que os mesmos consideram que as afirmações, desta subescala se verificam bastantes vezes. No que se refere ao desvio padrão, para os estudantes que vivem na residência do agregado familiar, o valor é de 0,33. Para os estudantes que não vivem na residência do agregado familiar, o valor do desvio padrão é de 0,44. Na subescala de “Gestão dos Recursos Económicos”, os trinta e dois estudantes que participaram e vivem na residência do agregado familiar dispuseram-se no valor médio de 2,32 ($\cong 2$), o que nos indica que, relativamente a esta subescala, estão bastante em desacordo com as respetivas afirmações, e, os onze estudantes que não vivem na residência do agregado familiar situaram-se no valor médio de 3,08 ($\cong 3$), o que significa que estes, por vezes estão de acordo com as afirmações e por vezes em desacordo. Relativamente ao valor do desvio padrão, este é semelhante nos estudantes que vivem e nos que não vivem na residência do agregado familiar sendo 0,72 e 0,70, respetivamente. Na subescala de “Desenvolvimento da Carreira”, do total de

participantes, os trinta e dois estudantes que vivem na residência do agregado familiar dispuseram-se no valor médio de 3,95 ($\cong 4$) e os onze estudantes que não vivem na residência do agregado familiar situaram-se no valor médio de 3,90 ($\cong 4$), o que significa que os mesmos consideram que as afirmações se verificam bastantes vezes. No que se refere ao desvio padrão sabe-se que, para estudantes que vivem na residência do agregado familiar, o valor é de 0,50, enquanto que, os estudantes que não vivem na residência do agregado familiar apresentam um valor maior de 0,62. Relativamente à subescala de “Base de Conhecimento”, dos participantes, os trinta e dois estudantes que vivem na residência do agregado familiar dispuseram-se no valor médio de 3,80 ($\cong 4$) e os onze estudantes que não vivem na residência do agregado familiar situaram-se no valor médio de 3,66 ($\cong 4$), o que significa que os mesmos consideram que, relativamente a esta subescala, as afirmações verificam-se bastantes vezes. No que diz respeito ao desvio padrão, para os estudantes que vivem na residência do agregado familiar, o valor é de 0,55, enquanto que, os estudantes que não vivem na residência do agregado familiar apresentam um valor de 0,62. Na subescala de “Adaptação à Instituição”, os trinta e dois estudantes que vivem na residência do agregado familiar dispuseram-se no valor médio de 3,48 ($\cong 3$) e os onze estudantes que não vivem na residência do agregado familiar situaram-se na média de 3,45 ($\cong 3$), o que significa que estes por vezes estão de acordo com as afirmações e noutras em desacordo. No que concerne ao desvio padrão sabe-se que para estudantes que vivem na residência do agregado familiar, o valor do desvio padrão é de 0,40, enquanto que, para os estudantes que não vivem na

residência do agregado familiar, o valor é de 0,33. Acerca da subescala de “Realização de Exames”, trinta e dois estudantes vivem na residência do agregado familiar e situaram-se no valor médio de 3,02 ($\cong 3$), e os onze estudantes que não vivem na residência do agregado familiar dispuseram-se no valor médio de 3,07 ($\cong 3$), o que significa que estes por vezes estão de acordo com as afirmações e noutras em desacordo. Relativamente ao desvio padrão sabe-se que, para os estudantes que vivem na residência do agregado familiar, o valor é de 0,31, enquanto que, para os estudantes que não vivem na residência do agregado familiar o valor é de 0,47.

Relativamente à variável “satisfação com o curso/escola”,

os estudantes tinham as seguintes opções de resposta: muito satisfeito, satisfeito, indiferente, pouco satisfeito e estou a pensar mudar.

Na subescala de “Relacionamento com a Família”, do total de participantes que responderam ao QVA, os trinta que escolheram a opção “muito satisfeito” dispuseram-se no valor médio de 3,67 ($\cong 4$) e, os doze que selecionaram a opção “satisfeito” situaram-se no valor médio de 3,59 ($\cong 4$), o que indica que, os estudantes estão bastante de acordo com as respetivas afirmações. No que se refere ao desvio padrão, para a opção “muito satisfeito”, o valor é de 0,45, enquanto que, para a opção “satisfeito” o desvio padrão é de 0,38. Nesta subescala nenhum participante se mostrou indiferente ou pouco satisfeito e apenas um participante manifestou a intenção de mudar de curso/escola. Na subescala de “Bem-estar Psicológico”, trinta que selecionaram a opção “muito satisfeito” e dispuseram-se no valor médio de 2,73

($\cong 3$), e os doze que selecionaram a opção “satisfeito” situaram-se no valor médio de 2,56 ($\cong 3$), o que demonstra que estes por vezes estão de acordo com as afirmações e noutras não estão. Os valores do desvio padrão para as duas opções acima referidas são de 0,63 e 0,50, respetivamente. Nesta subescala nenhum participante se mostrou indiferente ou pouco satisfeito e apenas um participante manifestou a intenção de mudar de curso/escola. Na subescala de “Bem-estar Físico”, trinta estudantes escolheram a opção “muito satisfeito” e doze optaram pela opção “satisfeito”, em que ambas as opções se situaram no valor médio de 2,38 ($\cong 2$), o indica que os estudantes que se encontram em bastante desacordo com as afirmações. No que concerne ao desvio padrão para a opção “muito satisfeito” o valor é de 0,55, enquanto que, para a opção “satisfeito”, o valor é menor, sendo 0,38. Relativamente a esta subescala, nenhum estudante se mostrou indiferente ou pouco satisfeito e apenas um participante manifestou a intenção em mudar de curso/escola. Na subescala de “Autoconfiança”, os trinta participantes que optaram pela opção “muito satisfeito” situaram-se no valor médio de 3,29 ($\cong 3$), e os doze que selecionaram a opção “satisfeito” dispuseram-se no valor médio de 3,05 ($\cong 3$), o que significa que estes, por vezes estão de acordo com as afirmações e noutras estão em desacordo. Os valores do desvio padrão para as duas escolhas acima referidas são de 0,40 e 0,18, respetivamente. Nesta subescala, nenhum estudante se mostrou indiferente ou pouco satisfeito e apenas um participante manifestou a intenção em mudar de curso/escola. Na subescala de “Gestão de Tempo”, dos participantes, trinta escolheram a opção “muito satisfeito” pelo que se dispuseram na média de 2,83

($\cong 3$), e os doze que selecionaram a opção “satisfeito” situaram-se no valor médio de 2,90 ($\cong 3$), o que significa que estes, por vezes estão de acordo com as afirmações e noutras em desacordo. Os valores do desvio padrão para as duas opções acima referidas são idênticos, sendo 0,40 e 0,39, respetivamente. No que concerne a esta subescala, nenhum estudante se mostrou indiferente ou pouco satisfeito e apenas um participante manifestou intenção de mudar de curso/escola. Na subescala de “Adaptação ao Curso”, trinta estudantes optaram pela opção “muito satisfeito” pelo que se obteve o valor médio de 3,75 ($\cong 4$), o que indica que os estudantes consideram que as afirmações do QVA desta subescala se verificam bastantes vezes. Porém, para a opção “satisfeito”, escolhida por doze participantes, o valor médio é de 3,42 ($\cong 3$), o que significa que estes por vezes estão de acordo com as afirmações e por vezes em desacordo. Os valores do desvio padrão para as duas opções são de 0,36 e 0,47, respetivamente. Relativamente a esta subescala, nenhum estudante se mostrou indiferente ou pouco satisfeito e, somente um participante manifestou a intenção de mudar de curso/escola. Na subescala de “Relacionamento com os professores”, dos participantes, trinta selecionaram a opção “muito satisfeito” dispuseram-se no valor médio de 3,49 ($\cong 3$), e os doze que escolheram a opção “satisfeito” situaram-se no valor médio de 3,11 ($\cong 3$), o que significa que estes por vezes estão de acordo com as afirmações e noutras em desacordo. No que se refere ao desvio padrão, para a opção “muito satisfeito”, o valor é de 0,53, enquanto que, para a opção “satisfeito”, o valor é de 0,36. Nesta subescala, nenhum estudante se mostrou indiferente ou pouco satisfeito e, apenas um participante

manifestou intenção de mudar de curso/escola. Na subescala de “Relacionamento com os colegas”, do total, trinta estudantes selecionaram a opção “muito satisfeito” pelo que se dispuseram no valor médio de 3,63 ($\cong 4$), o que indica que os mesmos consideram que as afirmações do QVA relativas a esta subescala se verificam bastantes vezes. Por sua vez, para a opção “satisfeito”, selecionada por doze participantes, o valor médio é de 3,49 ($\cong 3$), o que significa que estes por vezes estão de acordo com as afirmações e noutras em desacordo. Os valores do desvio padrão para as duas opções são de 0,42 e 0,26, respetivamente. Nesta subescala, nenhum estudante se mostrou indiferente ou pouco satisfeito e apenas um participante manifestou intenção de mudar de curso/escola. Na subescala de “Autonomia”, do total de participantes, os trinta estudantes que optaram pela opção “muito satisfeito” dispuseram-se no valor médio de 3,18 ($\cong 3$) e, os doze que selecionaram a opção “satisfeito” situaram-se no valor médio de 3,00, o que indica que os estudantes, relativamente a esta subescala, nem sempre estão de acordo com as respetivas afirmações. No que se refere ao desvio padrão, para a opção “muito satisfeito”, o valor é de 0,45 enquanto que, para a opção “satisfeito”, a diferença em relação à média é menor, sendo o desvio padrão 0,38. Na subescala de “Métodos de Estudo”, do total de participantes, os trinta que optaram pela opção “muito satisfeito” dispuseram-se no valor médio de 3,53 ($\cong 4$), o que nos sugere que os mesmos consideram que as afirmações se verificam bastantes vezes. Por sua vez, para a opção “satisfeito”, escolhida por doze participantes, o valor médio é de 3,47 ($\cong 3$), o que significa que estes por vezes estão de acordo com as afirmações e noutras não estão. Os

valores do desvio padrão para as duas opções acima referidas são de 0,35 e 0,32, respetivamente, o que indica que o seu desvio em relação ao valor médio é idêntico. Na subescala de “Envolvimento nas Atividades Extracurriculares”, dos quarenta e três participantes que responderam ao questionário aplicado, os que selecionaram a opção “muito satisfeito” dispuseram-se no valor médio de 2,74 ($\cong 3$), o que significa que estes nem sempre estão em concordância com as afirmações referentes a esta subescala, no que concerne à sua influência nas vivências académicas. Para a opção “satisfeito” o valor médio é de 2,64 ($\cong 3$), pelo que a conclusão a retirar é idêntica à acima referida. Em relação ao desvio padrão, a diferença dos valores obtidos para ambas as escolhas é de 0,02, isto é, para a opção “muito satisfeito” o desvio padrão é de 0,60 e para a opção “satisfeito” o desvio padrão é de 0,62. Na subescala “Perceção das Competências”, trinta dos participantes responderam com a opção “muito satisfeito”, sendo que o valor médio obtido foi de 3,54 ($\cong 4$), o que sugere que os mesmos estão bastante de acordo com as afirmações relativas a esta subescala, e sua influência sobre as vivências académicas. Ao invés do que consideram os participantes que selecionaram a opção “satisfeito”, cujo valor médio é de 3,40 ($\cong 3$) o que indica que, por vezes, consideram que as afirmações se verificam e outras não. No que se refere ao desvio padrão, para a opção “muito satisfeito” os valores desviam-se em média 0,36 e, para a opção “satisfeito”, o desvio padrão é menor, 0,30. A influência da subescala “Gestão dos Recursos Económicos” sugere que, para a opção “muito satisfeito” o valor médio é de 2,54 ($\cong 3$) o que significa que, para a maioria dos participantes no estudo, as afirmações por

vezes se verificam e noutras não. Para a opção “satisfeito” a média obtida é de 2,45 ($\cong 2$) o que mostra que, as afirmações referentes a esta subescala pouco se verificam. Os valores obtidos do desvio padrão são elevados, de 0,83 e 0,72, respetivamente, se comparados com o desvio padrão das restantes subescalas, o que indica que houve um maior desvio em relação à média e, portanto, maior discrepância nas respostas dadas pelos participantes. A influência da subescala “Desenvolvimento da Carreira” nas Vivências Académicas dos estudantes do 1º ano que participaram no estudo pôde ser analisada, para a opção “muito satisfeito” pela média obtida de 4,12 ($\cong 4$), o que sugere que existe uma elevada concordância com as afirmações referentes a esta subescala. Tal como se verifica para a opção “satisfeito”, cuja média é de 3,60 ($\cong 4$) pelo que, a conclusão é a análoga à anterior. No que diz respeito ao desvio padrão, para a opção “muito satisfeito” existe um desvio em relação ao valor médio de 0,40 e, para a opção “satisfeito”, o desvio é maior, sendo de 0,49. Na subescala “Bases de Conhecimento”, para a opção “muito satisfeito” o valor médio é de 3,82 ($\cong 4$) e para a preferência “satisfeito” o valor médio é de 3,70 ($\cong 4$) o que indica que, as afirmações desta subescala estão em consonância com as opiniões dos participantes. O desvio padrão para a opção “muito satisfeito” é de 0,52 e para a escolha “satisfeito” o desvio é de 0,66. Na subescala “Adaptação à Instituição”, dos participantes que expressaram a opinião “muito satisfeito”, o valor médio foi de 3,53 ($\cong 4$), logo os mesmos estão bastante de acordo com as afirmações do QVA. Enquanto que, para aqueles que selecionaram “satisfeito” o valor médio obtido foi de 3,38 ($\cong 3$) pelo que, consideram que nem sempre

as afirmações se verificam. No que se refere ao desvio padrão, para a opção “muito satisfeito” o valor é de 0,39, sendo que para a opção “satisfeito” é de 0,32. Por fim, relativamente à subescala “Realização de Exames”, o valor médio obtido para as duas opções selecionadas, foi muito próximo, sendo de 3,01 e 3,08 ($\cong 3$), respetivamente, ou seja, os participantes no estudo consideram que esta subescala por vezes tem influência nas vivências académicas e por vezes não. O valor do desvio padrão referente à opção “muito satisfeito” foi de 0,39 enquanto que para a opção “satisfeito” foi de 0,24. Nestas subescalas nenhum participante se mostrou indiferente ou pouco satisfeito, e, apenas um participante manifestou a intenção de mudar de curso/escola. Assim, para as restantes opções não existe desvio padrão.

Quanto à variável “trabalhador-estudante”,

os estudantes subdividiram-se em grupos: os que estudam, os que estudam e trabalham a tempo parcial e os que estudam e trabalham a tempo inteiro.

Relativamente à subescala “Relacionamento com a família” os estudantes que se encontram a estudar escolheram, em média, uma pontuação para as afirmações que obteve um valor médio de 3,66 ($\cong 4$), que significa que este grupo de estudantes estava bastante de acordo com a maioria das afirmações. À semelhança deste, temos o grupo de estudantes que trabalha em tempo parcial, que atingiu um valor médio de 3,60 ($\cong 4$), ou seja, concordam bastante com a maioria das afirmações. O único estudante que trabalha e estuda a tempo inteiro situou a sua média de respostas no valor 2,80 ($\cong 3$), estando por vezes de acordo e noutras em desacordo com a maioria das afirmações. Quanto aos desvios padrão, os estudantes

que se encontram exclusivamente a estudar têm um valor de desvio do valor de 0,43, enquanto que os estudantes a trabalhar em tempo parcial apresentam um desvio do valor médio de 0,28. Nestas condições é possível verificar que o desvio padrão do primeiro grupo de estudantes é maior devido ao número de indivíduos a ele pertencente e à variedade de pontuações dadas às diversas afirmações. Acerca da subescala “Bem-estar psicológico”, grupo de estudantes que apenas estuda, pontuou as afirmações no valor médio de 2,71 ($\cong 3$), estando, na maioria das afirmações, por vezes em acordo e desacordo com as mesmas. O grupo de participantes que trabalha em tempo parcial, localizou-se no valor médio de 2,17 ($\cong 2$), que indica que estão em bastante desacordo com a maioria das afirmações referentes a esta subescala. O estudante que trabalha em tempo inteiro atingiu o valor médio de 3,27 ($\cong 3$), assim, tal como o grupo de estudantes que apenas estuda, na maioria das afirmações por vezes estava de acordo e noutras não. Os desvios padrão dos grupos que estuda e que estuda e trabalha a tempo parcial significam que as respostas se desviam do valor médio em 0,60 e em 0,24, respetivamente. No que concerne à subescala “Bem-estar físico”, dois dos grupos, nomeadamente o dos estudantes que apenas estuda e o dos estudantes que se encontram a trabalhar em tempo parcial, mencionou estar, maioritariamente, bastante em desacordo com as afirmações, sendo os valores médios de 2,41 ($\cong 2$) e de 1,97 ($\cong 2$). O estudante que trabalha em tempo inteiro obteve um valor médio de 2,83 ($\cong 3$), estando por vezes em concordância e discordância com as afirmações. Quanto aos desvios padrão referentes a esta escala, obteve-se um valor de 0,57, nos estudantes que apenas estudam, e de

0,27 nos estudantes a trabalhar a tempo parcial. No que à subescala “Autoconfiança” diz respeito, os estudantes que apenas estudam declararam, na maioria das vezes, que não concordavam nem discordavam com as afirmações, sendo o valor médio de 3,23 ($\cong 3$). À semelhança dos resultados do grupo anterior surgem os grupos de estudantes que trabalham em tempo parcial e a tempo inteiro, que atingiram valores médios de 3,18 ($\cong 3$) e de 3,07 ($\cong 3$), respetivamente. Nesta subescala obteve-se desvios do valor médio de 0,37, no grupo de estudantes que apenas estuda, e de 0,35, no grupo de estudantes que trabalha a tempo parcial. As afirmações referentes à subescala “Gestão de tempo” atingiram um valor médio de 2,84 ($\cong 3$) no grupo de estudantes que apenas estuda, de 3,13 ($\cong 3$), no grupo de estudantes que se encontra a trabalhar a tempo parcial, e de 2,75 ($\cong 3$), no grupo de estudantes que se encontra a trabalhar a tempo inteiro. Desta forma verificou-se que na maioria das afirmações os estudantes, nem concordam nem discordam. Acerca dos desvios padrão, o grupo de estudantes que apenas estuda atingiu um valor de 0,39, enquanto que, no grupo de estudantes que se encontra a trabalhar a tempo parcial, o desvio calculado foi de 0,53. O desvio padrão é superior no segundo grupo, o que indica uma maior dispersão das respostas dada às perguntas. Relativamente à subescala “Adaptação ao curso” o grupo de participantes que apenas estuda pontuou, em média, as afirmações com valor de 3,64 ($\cong 4$), tal como o grupo de estudantes que trabalha em tempo parcial, que obteve uma média de 3,73 ($\cong 4$), desta forma é perceptível que na maioria das vezes os estudantes estiveram bastante de acordo com as afirmações. O estudante que trabalha a tempo inteiro,

demonstrou nem sempre estar de acordo ou desacordo com as declarações, sendo o valor médio de 3,20 ($\cong 3$). Quanto aos desvios padrão, os estudantes que se encontram exclusivamente a estudar têm um valor de desvio padrão de 0,45, enquanto que, os estudantes a trabalhar em tempo parcial apresentam um valor de 0,19. No que diz respeito à subescala “Relacionamento com os professores”, os participantes que apenas se encontram a estudar atingiram um valor médio de pontuação de 3,39 ($\cong 3$), tal como os estudantes a trabalhar em tempo parcial, 3,14 ($\cong 3$), e o estudante que trabalha a tempo inteiro, com valor médio de 3,00 ($\cong 3$), desta forma é perceptível que os estudantes avaliaram em média as afirmações como discordando e concordando. Nesta subescala o desvio padrão toma o valor de 0,52 no grupo de estudantes que apenas estuda, e de 0,81 no grupo de estudantes que trabalha a tempo parcial. Nas afirmações referentes à subescala “Relacionamento com os colegas”, as pontuações preferidas pelo grupo de estudantes que apenas estuda atingiram um valor médio de 3,60 ($\cong 4$), que significa que estes estavam bastante em acordo com a maioria das questões. Os grupos de estudantes a trabalhar em tempo parcial e a trabalhar a tempo inteiro, atingiram valores médios de 3,38 ($\cong 3$) e 3,12 ($\cong 3$), respetivamente, não estando, na maioria das questões, nem em acordo nem em desacordo. Os desvios padrão dos grupos, que estuda e que estuda e trabalha a tempo parcial, significam que as respostas se desviavam do valor médio em 0,39 e em 0,12, respetivamente. Relativamente à subescala “Autonomia” os estudantes que exclusivamente se encontram a estudar pontuaram as afirmações no valor médio de 3,15 ($\cong 3$), os estudantes que

trabalham a tempo parcial colocaram as suas pontuações no valor médio de 2,85 ($\cong 3$), à semelhança dos grupos anteriores o estudante que se encontra a trabalhar a tempo inteiro atingiu um valor médio de 2,69 ($\cong 3$). Assim se consta que, a maioria dos estudantes respondeu nesta subescala nem estando em acordo nem em desacordo. Nesta subescala há desvios do valor médio de 0,42, no grupo de participantes que apenas estuda, e de 0,64, no grupo de estudantes que trabalha a tempo parcial. No que à subescala “Métodos de estudo” diz respeito os estudantes que não trabalham colocaram as suas respostas no valor médio de 3,54 ($\cong 4$), estando bastante de acordo com a maioria das afirmações. Os dois grupos restantes, de estudantes que trabalham em tempo parcial e os que trabalham em tempo inteiro, atingiram valores médios de pontuação de 2,86 ($\cong 3$) e de 3,45 ($\cong 3$), respetivamente, o que indica que na maioria das afirmações os estudantes nem sempre estavam de acordo nem em desacordo. Acerca dos desvios padrão, ocorre um desvio do valor médio em 0,32 no grupo de estudantes que apenas se encontram a estudar, e de 0,19 no grupo de estudantes que trabalha a tempo parcial. As respostas às afirmações acerca da subescala “Envolvimento nas atividades extracurriculares”, permitiu obter o valor médio de pontuação sendo de 2,71 ($\cong 3$), no caso dos estudantes que não trabalham, e de 2,70 ($\cong 3$), no caso do estudante que trabalha a tempo inteiro. Isto significa que estes estudantes estão na maioria das afirmações em acordo e desacordo mútuo. O grupo de estudantes que trabalha em tempo parcial atingiu valor médio de 2,35 ($\cong 2$), que indica que na maioria das vezes estes estão bastante em desacordo com a maioria das afirmações. Neste caso obtém-se um valor

de desvio padrão de 0,61 no grupo de estudantes que apenas estuda, e de 0,78, no grupo de estudantes que trabalha em tempo parcial. Sobre a subescala “Perceção das competências”, os indivíduos que apenas estudam pontuaram em média as afirmações no valor médio de 3,51 ($\cong 4$), estando bastante de acordo com a maioria das afirmações. Em contrapartida, os estudantes que trabalham a tempo parcial e inteiro, classificaram em média valores de 3,04 ($\cong 3$) e de 3,42 ($\cong 3$), respetivamente. Os desvios padrão calculados demonstraram um valor de 0,35 para os estudantes que se encontram exclusivamente a estudar, e de 0,18 para estudantes a trabalhar a tempo parcial. Relativamente à subescala “Gestão dos recursos económicos”, os estudantes que se encontram exclusivamente a estudar, atingiram valor médio de 2,50 ($\cong 3$) e, os estudantes que trabalham em tempo parcial, alcançaram um valor médio de 2,94 ($\cong 3$), isto significa que estes dois grupos não estavam de acordo nem em desacordo com a maioria das questões. O último grupo, do estudante que trabalha a tempo inteiro, atingiu um valor médio de 2,38 ($\cong 2$), significando que está em bastante desacordo com a maioria das afirmações. Nos desvios padrão o grupo de estudantes que apenas estuda atingiu um valor de desvio da média de 0,75, enquanto que, no grupo de estudantes que se encontra a trabalhar a tempo parcial, o desvio calculado foi de 1,86. O desvio padrão é muito superior no segundo grupo, o que sugere uma enorme dispersão na pontuação dada às afirmações, pelos elementos do grupo. No que diz respeito à subescala “Desenvolvimento da carreira” todos os estudantes situaram as suas escolhas no estando bastante de acordo. Assim sendo, os valores médios atingidos foram de 3,96 ($\cong 4$) para o grupo de

participantes que apenas estuda, de 3,68 ($\cong 4$) para o grupo de estudantes que trabalha a tempo parcial, e de 3,57 ($\cong 4$) para o estudante que trabalha a tempo inteiro. Acerca dos desvios padrão, obteve-se um desvio do valor médio em 0,53 no grupo de estudantes que apenas se encontram a estudar, e de 0,15 no grupo de estudantes que trabalha a tempo parcial. No que concerne à subescala “Bases de conhecimento”, os estudantes que apenas estudam situaram as suas afirmações como estando bastante de acordo, atingindo um valor médio de 3,81 ($\cong 4$). O grupo de estudantes a trabalhar a tempo parcial alcançou um valor médio de 3,29 ($\cong 3$) e o estudante que trabalha a tempo inteiro obteve um valor médio de 3,14 ($\cong 3$), o que significa que na maioria das afirmações estes estudantes por vezes estavam de acordo e noutras não. Obteve-se desvios do valor médio de 0,56 no grupo de estudantes que apenas estudam, e de 0,20 no grupo de estudantes a trabalhar a tempo parcial. As respostas às afirmações acerca da subescala “Adaptação à instituição”, permitiram concluir que o valor médio de pontuação é de 3,48 ($\cong 3$), no caso dos estudantes que não trabalham, de 3,45 ($\cong 3$) no grupo de estudantes que trabalha em tempo parcial, e de 3,27 ($\cong 3$) no caso do estudante que trabalha a tempo inteiro, isto significa que estes estudantes estão na maioria das afirmações em acordo e desacordo mútuo. Nesta subescala surgem, portanto, desvios padrão de 0,39, nos estudantes que não trabalham, e de 0,13, no grupo de estudantes que trabalha em tempo parcial. As afirmações referentes à subescala “Realização de exames” atingiram uma pontuação média de 3,04 ($\cong 3$) no grupo de estudantes que apenas estuda, de 3,04 ($\cong 3$) no grupo de estudantes que se encontra a trabalhar a tempo parcial, e de 2,75 ($\cong 3$) no grupo de

estudantes que se encontra a trabalhar a tempo inteiro. Desta forma verifica-se que na maioria das afirmações os estudantes, na generalidade, nem concordam nem discordam. Nesta situação ocorrem desvios dos valores médios de 0,36 nos estudantes que não trabalham, e de 0,41 no grupo de estudantes a trabalhar a tempo parcial.

Discussão dos Resultados

Foi definido para este estudo, o objetivo de identificar os fatores que alcançam um maior impacto ao nível das vivências académicas, nos estudantes face aos fatores de stresse na adaptação às vivências académicas.

Tendo por base, um Questionário que verifica em 17 subescalas, situações possíveis de serem vivenciadas pelos estudantes no decorrer da sua adaptação ao Ensino Superior, foi observado que existe uma preocupação mais acrescida do sexo feminino nas subescalas “Bem-estar físico” e “Desenvolvimento da carreira”, sendo que existe uma maior disparidade na subescala “Gestão de tempo”, possível de justificar pelo maior número de elementos do sexo feminino em relação ao sexo masculino, levando a um resultado nesta subescala inferior ao observado nos inquiridos do sexo masculino. Contudo, ambos se mostram envolvidos com o curso e com as atividades extracurriculares. No que concerne ao sexo masculino, o mesmo apresenta uma concordância superior nas questões relacionados com o relacionamento familiar e com a gestão dos recursos económicos, sendo que é importante ressaltar que todos os resultados obtidos se traduzem numa estimativa e numa descrição dos dados colhidos junto da amostra conseguida. O sexo feminino apresenta

uma maior satisfação ao nível do bem-estar físico enquanto no sexo masculino existe uma maior preocupação com a gestão dos recursos económicos.

Relativamente à idade dos participantes do estudo, a mesma revelou-se homogénea, situando-se a maioria na faixa etária dos 18-23 anos mas revelando, porém, similaridade nas respostas com os dois alunos situados entre os 24 e os 29 anos, e o aluno de 45 anos. Subescalas como a “Autoconfiança” surge com maior concordância entre os estudantes de uma faixa etária mais jovem, indo assim ao encontro de autores já supracitados, sobre o “idealismo” e “otimismo” na entrada num novo ciclo de estudos, apesar de também estar documentado, e mas que não foi possível auferir pela inexistência de alterações estatísticas significativas, que no primeiro ano os níveis de ansiedade se manifestam em maior intensidade. Relativamente às subescalas “Adaptação ao Curso” e “Adaptação à Instituição”, nesta variável da idade, não existe diferença significativa entre as faixas-etárias, sendo as respostas de acordo com as questões apresentadas.

Incidindo agora a observação na análise da variável “satisfação com o curso/escola”, somente 1 dos 43 estudantes, revelou interesse em mudar de curso/escola, sendo que, a maioria dos inquiridos (restantes 42), encontra-se satisfeito com a escolha feita no que concerne ao curso/escola.

Tendo ainda em linha de estudo a variável “Trabalhador-Estudante”, obteve-se que a maioria se encontra apenas a estudar, revelando resultados concordantes com as afirmações que integram o QVA, no entanto, os 3 estudantes que estudam e trabalham, independentemente do regime de contrato, revelam opiniões pouco similares com as questões

apresentadas nas subescalas “Realização de Exames”, “Gestão do Tempo” e “Envolvimento em atividades extracurriculares”, encontrando-se mais desviados em termos estatísticos dos outros estudantes, porém é significativa a concordância quando analisadas as subescalas “Gestão dos Recursos Económicos” e “Bem-Estar Psicológico” o que mostra um possível incremento do abandono e insucesso escolar (Tietzen, 2010) (Soares et al, 2014).

Atendendo à residência do estudante, a maioria dos inquiridos vive na residência do agregado familiar, sendo que na sua maioria as respostas mostraram uma concordância com as questões apresentadas nas subescalas “Adaptação ao Curso” e “Adaptação à Instituição”, estando, no entanto, na sua maioria, em desacordo ou pouco relacionados com as subescalas “Relacionamento com os colegas”, “Relacionamento com os Professores”, “Autonomia” e “Envolvimento nas Atividades Extracurriculares”.

Considerações Finais

Retomando o objetivo subjacente a este processo de investigação, considera-se que o questionário online se revelou a forma mais adequada de recolher os dados e que nos permitiu chegar aos Estudantes do 1º ano dos Cursos de Saúde por uma via formal, atual e simplificada.

Contudo de ressaltar que o estudo apresentou algumas limitações, nomeadamente no acesso a todos os estudantes, visto que foi obtida uma amostra de 43 participantes no tempo escalado para essa fase da investigação, estando ainda a investigação confinada àquilo que o Outro quer revelar, mesmo sob a forma de anonimato, pela influência dos conceitos sociais, visto ser do conhecimento dos inquiridos a base deste inquérito e a sua aplicação.

Revelou-se limitador o facto de, como é possível observar pelas respostas, que os inquiridos se situam na sua maioria na mesma faixa etária (18-23 anos) e que na sua maioria são do sexo feminino

Comparativamente ao enquadramento teórico que serviu toda a fase de investigação, é possível concluir, após análise e discussão dos dados, que, apesar de ser apresentado um estudo descritivo, é uma amostra estimada da globalidade dos casos e os resultados obtidos estão em consonância com os autores dos diversos estudos observados.

Bibliografia

1. Almeida, L., & Ferreira, J. (1997). Questionário de vivências Académicas (QVA). *Centro de Estudos em Educação e Psicologia*.
2. Almeida, L., Ferreira, J., & Soares, A. P. (2003). *Questionário de Vivências Académicas (Q.V.A. e Q.V.A.-r)*. Universidade do Minho & Universidade de Coimbra. Obtido em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/12104/1/QVA%2BQVA-r,%202003.pdf>
3. Almeida, L. S., Soares, A. C., & Ferreira, J. A. (2002). *Questionário de Vivências Académicas (QVA-r): avaliação do ajustamento dos estudantes universitários. Avaliação Psicológicas*, 2, 81-93. Obtido em http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v1n2/v1n2_a02.pdf
4. Carlotto, R., Teixeira, M., Dias, A. (2015). *Adaptação académica e coping em estudantes universitários*. Obtido em <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v20n3/2175-3563-pusf-20-03-00421.pdf>
5. Cordeiro, S. (2013). *Ajustamento psicológico e bem-estar de estudantes do ensino superior: Estudo de caso numa universidade privada*. Lisboa: Universidade Portucalense Infante D. Henrique. Obtido em <http://repositorio.uportu.pt/jspui/handle/11328/693>
6. Fernandes, S. (2014). *Ajustamento académico e suporte social: contributos para o bem-estar no ensino superior*. Lisboa: Universidade Portucalense Infante D. Henrique. Obtido em <http://repositorio.uportu.pt/jspui/handle/11328/884>
7. Fortin, M. F. (2003). *Processo de Investigação - Da concepção à Realização*. Lusociência
8. Fortin, Côté & Fillion (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-18-5.
9. Guerreiro-Casanova, D., Polydoro, S. (2015). *Autoeficácia e integração ao ensino superior: um estudo com estudantes do primeiro ano*. Obtido em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872011000100006
10. Guerreiro-Casanova, D., Polydoro, S. (2010). *Integração ao ensino superior: relações ao longo do primeiro ano de graduação. Psicologia Ensino & Formação*, 1(2), 85-96. Obtido em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-20612010000200008&lng=pt&lng=pt
11. Porta-Nova, R., Fleming, M. (2009). *Vivências académicas, competências pessoais e saúde mental em estudantes de ciências da saúde*. Obtido em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psi/v23n1/v23n1a08.pdf>
12. Soares, A., & Prette, Z. (2015). *Habilidades sociais e adaptação à universidade: Convergências e Divergências dos construtos*. Obtido em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v33n2/v33n2a01.pdf>
13. Soares, Adriana Benevides, Francischetto, Vanuza, Dutra, Betânia Marques, Miranda, Jacqueline Maia de, Nogueira, Cátia C. de C., Leme, Vanessa R., Araújo, Alexandra M., & Almeida, Leandro S.. (2014). *O impacto das expectativas na adaptação académica dos estudantes no Ensino Superior*. Psico-USF, 19(1), 49-60. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712014000100006>
14. Tietzen, A. (2010). *Vivências Académicas dos alunos do Ensino Superior*. Gambelas: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve. Obtido em https://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/2956?locale=pt_PT
15. Sousa H. (2012). *A prática baseada na evidência: uma metodologia fundamental para os alunos de Enfermagem*. Universidade Fernando Pessoa. Porto. [Em linha] [Consult. 16 novembro. 2016]. Disponível em WWW: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2790/3/T_18151.pdf
16. Festas C. (2013). *O enfermeiro na escola: um projeto de ensino-aprendizagem, de investigação e de serviço à comunidade*. Tese de Mestrado. Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências da Saúde. [Em linha] [Consult. 16 novembro. 2016]. Disponível em WWW: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/16961/1/Tese%20Constan%C3%A7a%20Festas.pdf>
17. Cunha, L. (2007). *Modelos Rasch e Escalas de Likert e Thurstone na medição de atitudes*. Universidade de Lisboa. Faculdade de Ciências. Mestrado em Probabilidades e Estatística. [Em linha] [Consult. 1 abril. 2017]. Disponível em WWW: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1229/1/18914_ULFC072532_TM.pdf