



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E
SOCIAIS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO

SAÚDE E BEM-ESTAR NA TRANSIÇÃO PARA O ENSINO SUPERIOR: INFLUÊNCIA DOS ESTILOS DE VIDA NOS PROCESSOS DE ADAPTAÇÃO

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia, especialidade
de Psicologia da Saúde

SÓNIA ISABEL FARIA DE CARVALHO COSTA

FARO, 2008

**Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia
Área de Especialização em Psicologia da Saúde**

Realizada por Sónia Isabel Faria de Carvalho Costa sob orientação do Doutor José Carlos
Pestana dos Santos Cruz

6 de Março de 2008

Título

Saúde e Bem-Estar na Transição para o Ensino Superior: Influência dos Estilos de Vida nos
Processos de Adaptação

Júri

Presidente:

Doutor Saúl Neves de Jesus
*Professor Catedrático da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do
Algarve*

Vogais:

Doutor José Luís Pais-Ribeiro
*Professor Associado com Agregação da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da
Universidade do Porto*

Doutor José Carlos Pestana dos Santos Cruz
*Professor Auxiliar da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do
Algarve*

RESUMO

A presente investigação teve como objectivo determinar a influência das variáveis Estilos de Vida, Felicidade Subjectiva e Indicadores de Psicopatologia nos processos de transição e adaptação para o Ensino Superior em alunos de primeiro ano. Procurámos, para este efeito, entender em que medida as variáveis externas e secundárias influenciavam cada uma das variáveis em análise e perceber de que forma as variáveis independentes em estudo se relacionavam entre si. Concluiu-se que as variáveis externas *idade, género, estado civil, campus e curso* não apresentavam influência significativa nas variações da variável dependente, assim como a variável secundária *estatuto*. Ao contrário, a variável secundária *opção do curso*, revelou influenciar de forma estatisticamente significativa os níveis de adaptação académica. Concluiu-se, acima de tudo, que estilos de vida mais saudáveis, promovem melhores níveis de adaptação académica e que essa influência significativa está presente em todas as dimensões do QVA-r, que determinam uma avaliação mais positiva do bem-estar subjectivo e que, em contraponto, são responsáveis pela diminuição dos níveis de mal-estar psicológico, tal como ele é avaliado pelo Índice Geral de Sintomas do BSI. Provou-se ainda, que a avaliação subjectiva que os alunos fazem da sua felicidade varia em sentido contrário dos níveis dos indicadores de psicopatologia e que tanto níveis superiores de felicidade subjectiva como níveis inferiores de mal-estar psicológico contribuem para uma adaptação académica de qualidade. Este estudo permitiu também concluir que, em conjunto, as variáveis independentes consideradas explicam de forma muito significativa a variância da qualidade de adaptação académica, pelo que qualquer intervenção na área dos processos de transição/adaptação ao ensino superior, deve assumir os estilos de vida, a satisfação com a vida e o bem-estar psicológico, como domínios fundamentais, incontornáveis, na promoção da saúde e do sucesso académico no ensino superior português.

Palavras-chave: estilos de vida, felicidade subjectiva, indicadores de psicopatologia, adaptação ao ensino superior

TITLE OF THE THESIS: HEALTH AND WELL-BEING IN TRANSITION TO HIGH EDUCATION: INFLUENCE OF LIFE STYLES IN THE ADAPTATION PROCESS.

ABSTRACT

The present investigation had as its aim to determine the influence of the variables lifestyle, subjective happiness and indicators of psychopathology in the processes of transition and adaptation to the University in first year students. For this purpose, we tried understanding in what way the external and secondary variables influenced each of the analyzed variables, as well as understand the way the independent variables being studied related themselves. We concluded that the external variables *age*, *gender*, *marital status* and *course* hadn't a major influence on the dependent variable as well as the secondary variable *status*. On the contrary, the secondary variable *course option*, revealed to influence, in a significant statistical way, the levels of academic adaptation. We conclude, above all, that healthy lifestyles promote better levels of academic adaptation and that this significant influence is present in all dimensions of the QVA-r which determines a more positive evaluation of the subjective well-being and that, on the contrary, are responsible for the decreasing of the psychological well-being levels as it is evaluated by the General Symptoms Index of the BSI.

It was also proved that the subjective evaluation that students make of happiness varies in opposite sense to the levels of the psychopathological indicators and that the high levels of subjective happiness as well as the inferior levels of psychological disorder contribute to an

academic happiness of quality. This study also allowed us to conclude that, as a whole, the independent variables explain, in a very significant way, the variance of the quality of academic variation. Thus, any intervention in the area of the processes of transition/adaptation to the University must include the lifestyles, the life satisfaction and the psychological well-being as fundamental domains indispensable in the promotion of health and academic success in the Portuguese higher education.

Key-words: Lifestyles, subjective happiness, psychopathology, adaptation to the University.

AGRADECIMENTOS

Este espaço destina-se a manifestar a minha gratidão a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram com a sua ajuda para a realização desta dissertação, especialmente àqueles que estiveram do meu lado nos momentos mais difíceis e que com o seu apoio, compreensão e carinho me ajudaram a ultrapassá-los:

Aos anónimos 266 Participantes desta pesquisa que forneceram informações para que esta dissertação pudesse existir.

Aos Docentes que disponibilizaram parte do seu tempo lectivo para a aplicação dos instrumentos, condição essencial para a pesquisa poder ser realizada em contexto académico.

À Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve e à Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Beja, pela oportunidade de realização do Curso de Mestrado.

Aos Serviços de Acção Social do Instituto Politécnico de Beja, por garantirem a continuidade do trabalho que o Gabinete de Apoio Psico-Pedagógico (GAPP) tem

desenvolvido ao longo destes últimos sete anos e por reconhecerem e valorizarem o meu humilde contributo.

Ao Professor Pestana Cruz, meu querido orientador, por ser o maior incentivador desta dissertação, pela sua disponibilidade, orientação e pela amizade e carinho que demonstrou ter por mim durante este período de convivência.

Aos meus avós, cuja presença física e espiritual me acompanha, e à minha tia Paula, por me apoiarem de forma carinhosa em tudo o que faço.

Ao meu único irmão, João Carlos, pela amizade e cumplicidade.

Aos meus pais, Aucídio e Maria Júlia, que sempre confiaram em mim, pelo amor incondicional e acima de tudo, pelo ensinamento de que os sonhos que trazemos dentro de nós são sempre dignos e possíveis de serem realizados.

Ao António, meu verdadeiro e único amor, por todos os afectos positivos que inundam a nossa vida.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	14	
PARTE I - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL		
CAPÍTULO 1 - SAÚDE E BEM-ESTAR NA PERSPECTIVA DA PSICOLOGIA POSITIVA		19
Evolução do Conceito de Saúde, Promoção da Saúde e Educação para a Saúde, em Portugal e no Mundo.....	19	
Promoção da Educação para a Saúde nas Escolas e a Rede de Escolas Promotoras de Saúde...	26	
Promoção da Saúde no Ensino Superior	28	
Psicologia Positiva, Felicidade e Bem-Estar Subjectivo (BES).....	29	
CAPÍTULO 2 - SAÚDE E ESTILOS DE VIDA		
Estilos de Vida e Promoção da Saúde	41	

Estilos de Vida e Ciclos Vitais	49
CAPÍTULO 3 - TRANSIÇÃO E ADAPTAÇÃO NO ENSINO SUPERIOR	
Desafios inerentes ao Processo de Transição e Adaptação ao Ensino Superior	57
Transição/Adaptação ao Ensino Superior, Sucesso/Insucesso Académico, Saúde e Bem-Estar.....	61
PARTE II - ESTUDO DE CAMPO	
CAPTÍTULO 4 - CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS SOBRE A INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	
Tipo de estudo.....	67
Objectivos e Questões de Investigação	67
Hipóteses.....	68
Variáveis.....	70
Amostra.....	71
Características Gerais da Amostra.....	71
Procedimentos Formais e Éticos.....	72
Instrumentos de Medida: descrição e características psicométricas.....	72
Questionário de Dados Sócio-Demográficos.....	73
Questionário de Vivências Académicas – Versão Reduzida (QVA-r).....	73
Brief Symptom Inventory (BSI)	77
Escala de Felicidade Subjectiva	79
Questionário de Estilos de Vida no Ensino Superior (QEVES)	80
Tratamento Estatístico dos Dados.....	81
CAPÍTULO 5 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	
Estudo 1 – Análise das Características Psicométricas do QEVES.....	82
Estudo 2 – Análise Descritiva das Variáveis em Estudo e Teste das Hipóteses de Investigação	94
CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES	128
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	133
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização geral da amostra relativamente ao questionário sócio-demográfico	71
Tabela 2. Correlação de cada item com a nota global ($p = .000$)	87
Tabela 3. Coeficiente α de Cronbach para todos os itens = 0,810	88
Tabela 4. Correlação par/ímpar, Coeficiente de Spearman-Brown e Coeficiente Split-Half de Gutman	89
Tabela 5. Matriz de Correlação de Spearman	Anexo B
Tabela 6. Correlação teste/reteste	90
Tabela 7. Diferenças entre médias e desvio-padrão no confronto homens/mulheres e resultados do T Student	91
Tabela 8. Mínimo, máximo, média e desvio-padrão de cada item do QEVES	94
Tabela 9. Mínimo, máximo, média e desvio-padrão do QEVES	95
Tabela 10. Diferenças dos resultados ao QEVES em função da <i>idade</i> (Oneway Anova)	96
Tabela 11. Diferenças dos resultados ao QEVES em função do <i>género</i> (Teste T Student)	96
Tabela 12. Diferenças dos resultados ao QEVES em função do <i>campus</i> (Teste T Student)	97
Tabela 13. Diferenças dos resultados ao QEVES em função do <i>estado civil</i> (Teste Kruskal-Wallis)	97
Tabela 14. Diferenças dos resultados ao QEVES em função do <i>curso</i> frequentado (Teste Kruskal-Wallis)	98
Tabela 15. Diferenças dos resultados ao QEVES em função do <i>estatuto</i> (Teste T Student)	99

Tabela 16. Diferenças dos resultados ao QEVES em função da <i>opção do curso</i> (Teste Kruskal-Wallis)	99
Tabela 17. Mínimo, máximo, média e desvio-padrão da EFS	100
Tabela 18. Diferenças dos resultados totais à EFS em função da <i>idade</i> (Oneway Anova)	101
Tabela 19. Diferenças dos resultados à Escala de Felicidade Subjectiva em função do <i>género</i> (Teste T Student)	101
Tabela 20. Diferenças dos resultados à Escala de Felicidade Subjectiva em função do <i>campus</i> (Teste T Student)	102
Tabela 21. Comparação dos resultados totais à EFS em função do <i>estado civil</i> (Teste Kruskal-Wallis)	102
Tabela 22. Diferenças dos resultados à EFS em função do <i>curso</i> (Teste Kruskal-Wallis)	103
Tabela 23. Diferenças dos resultados à EFS em função do <i>estatuto</i> (Teste T Student)	103
Tabela 24. Diferenças nos resultados à EFS em função do grau de concordância entre o curso escolhido e o curso frequentado (<i>opção do curso</i>) (Teste Kruskal-Wallis)	104
Tabela 25. Mínimo, máximo, média e desvio-padrão do Índice Geral de Sintomas do BSI	104
Tabela 26. Influência da <i>idade</i> nos Indicadores de Psicopatologia (Oneway Anova)	105
Tabela 27. Diferenças dos níveis de psicopatologia em função do <i>género</i> (Teste T Student)	105
Tabela 28. Diferenças dos resultados ao indicador de psicopatologia (IGS), em função do <i>campus</i> (Teste T Student)	106
Tabela 29. Diferenças dos resultados ao IGS em função do <i>estado civil</i> dos participantes (Teste Kruskal-Wallis)	106
Tabela 30. Diferenças dos resultados ao IGS em função do <i>curso</i> (Teste Kruskal-Wallis)	106

Tabela 31. Diferenças nos níveis de psicopatologia em função do <i>estatuto</i> de estudante (Teste T Student)	107
Tabela 32. Diferenças nos resultados ao IGS em função do <i>grau de concordância entre o curso escolhido e o curso frequentado</i> (Teste Kruskal-Wallis)	107
Tabela 33. Mínimo, máximo, média e desvio-padrão do QVA-r	108
Tabela 34. Diferenças dos resultados ao QVA-r em função da <i>idade</i> (Teste Oneway Anova)	109
Tabela 35. Diferença dos resultados ao QVA-r, em função do <i>género</i> (Teste T de Student)	109
Tabela 36. Diferença dos resultados médios ao QVA-r, em função do <i>campus</i> (Teste T Student)	109
Tabela 37. Diferenças dos resultados ao total do QVA-r, em função do <i>estado civil</i> dos participantes (Teste Kruskal-Wallis)	110
Tabela 38. Diferenças dos resultados ao total do QVA-r, em função do <i>curso</i> frequentado pelos participantes (Teste Kruskal-Wallis)	111
Tabela 39. Diferenças dos resultados globais ao QVA-r, em função do <i>estatuto</i> de trabalhador estudante (Teste T Student)	112
Tabela 40. Diferenças dos resultados ao total do QVA-r em função da opção do <i>curso</i> (Teste Kruskal-Wallis)	113
Tabela 41. Resultados da Regressão Linear Simples entre os resultados ao QEVES (estilos de vida) e a QVA-r (qualidade de adaptação académica)	114
Tabela 42. Resultados da Regressão em Curva (<i>Curve estimation</i>) entre os resultados ao QEVES e a dimensão Pessoal do QVA-r	115
Tabela 43. Resultados da Regressão em Curva (<i>Curve estimation</i>) entre os resultados ao Questionário de Estilos de Vida e a dimensão Interpessoal do QVA-r	116

Tabela 44. Resultados da Regressão em Curva (<i>Curve estimation</i>) entre os resultados ao Questionário de Estilos de Vida e a dimensão Carreira do QVA-r	117
Tabela 45. Resultados da Regressão em Curva (<i>Curve estimation</i>) entre os resultados ao Questionário de Estilos de Vida e a dimensão Estudo do QVA-r	118
Tabela 46. Resultados da Regressão em Curva (<i>Curve estimation</i>) entre os resultados ao Questionário de Estilos de Vida e a dimensão Institucional do QVA-r	119
Tabela 47. Resultados da Regressão Linear Simples entre os resultados ao QEVES (estilos de vida) e os resultados totais à EFS (felicidade subjectiva)	120
Tabela 48. Resultados da Regressão Linear Simples entre os resultados ao QEVES (estilos de vida) e o BSI (índice geral de sintomas)	121
Tabela 49. Resultados da Regressão Linear Simples entre os resultados à EFS (felicidade subjectiva) e a QVA-r (qualidade de adaptação académica)	122
Tabela 50. Resultados da Regressão Linear Simples entre os resultados ao BSI (indicadores de psicopatologia) e a QVA-r (qualidade de adaptação académica)	123
Tabela 51. Resultados da Correlação de Pearson entre os resultados à EFS (felicidade subjectiva) e o BSI (índice geral de sintomas)	124
Tabela 52. Resultados da Correlação Parcial entre a EFS (felicidade subjectiva) e o QVA-r (qualidade de adaptação académica), controlando a influência do QEVES (estilos de vida)	125
Tabela 53. Resultados da Correlação Parcial entre o BSI (indicadores de psicopatologia) e o QVA-r (qualidade de adaptação académica), controlando a influência do QEVES (estilos de vida)	125
Tabela 54. Resultados da Correlação Parcial entre o QEVES (estilos de vida) e o QVA-r (qualidade de adaptação académica) controlando a influência do BSI (indicadores de psicopatologia)	126

Tabela 55. Resultados da Correlação Parcial entre o QEVES (estilos de vida) e o QVA-r (qualidade de adaptação acadêmica) controlando a influência da EFS (felicidade subjectiva)	126
Tabela 56. Resultados da Correlação Múltipla entre o QVA-r (qualidade da adaptação acadêmica), o QEVES (estilos de vida), EFS (felicidade subjectiva) e IGS (indicadores de psicopatologia)	127

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Dimensões do QVA-r (Almeida, Ferreira & Soares, 1999)	74
Quadro 2. Descrição dos 36 itens do QEVES	85

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Influência dos resultados ao QEVES na variação dos resultados à dimensão Pessoal do QVA-r	115
Gráfico 2. Influência dos estilos de vida nos resultados da dimensão Interpessoal do QVA-r	116
Gráfico 3. Influência dos estilos de vida nos resultados da dimensão Carreira do QVA-r	117
Gráfico 4. Influência dos estilos de vida nos resultados da dimensão Estudo do QVA-r	118
Gráfico 5. Influência dos estilos de vida nos resultados da dimensão Institucional do QVA-r	119

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Representação gráfica do modelo em estudo	70
Figura 2 – Representação gráfica do modelo em estudo com referência aos resultados obtidos	131

INTRODUÇÃO

A transição do ensino secundário para o ensino superior implica lidar com situações novas e, por vezes, adversas, que põem à prova recursos pessoais e do meio. O impacto de um contexto novo e mais exigente, que nem sempre corresponde ao esperado, exige ao estudante do ensino superior lidar com novos professores, conteúdos programáticos, métodos de ensino, ritmos de estudo e métodos de avaliação, bem como com a integração em novos grupos de pares, a vivência da intimidade e sexualidade e, por vezes o primeiro afastamento da família.

Naturalmente, todos estes desafios acabam por ter repercussões no desempenho académico do estudante, no seu bem-estar geral e em todo o processo de aprendizagem formal e informal (Almeida, Soares & Ferreira, 1999; Pereira, 2005, 2004, 1999).

Actualmente no nosso país, os serviços de apoio psicológico do ensino superior encontram-se congregados na Rede de Serviços de Apoio Psicológico do Ensino Superior (RESAPES), criada em Novembro de 2000 e constituída como Associação Profissional em Julho de 2004. A RESAPES-AP conta, neste momento, com cerca de 38 Gabinetes a funcionar a nível nacional, nos subsistemas universitário e politécnico, dos quais destacamos o Gabinete de Apoio Psico-Pedagógico (GAPP) do Instituto Politécnico de Beja (IPB) fundado em 2000, serviço onde desenvolvemos a nossa actividade profissional, e o Gabinete de Psicologia e de Apoio Psicopedagógico (GPAP) da Universidade do Algarve (UALG), por fazerem parte das duas instituições de ensino superior envolvidas no nosso estudo, por se encontrarem ambos inseridos nos Serviços de Acção Social das respectivas Instituições, e por à semelhança dos seus congéneres, existirem por iniciativa dos órgãos de gestão das respectivas instituições de Ensino Superior, debatendo-se com dificuldades de apoio institucional a nível

económico, logístico e de recursos humanos, apesar da evidente importância do trabalho que desenvolvem.

Estes serviços seguem os princípios e experiências do Fórum Européen d' Orientation Academic (FEDORA) que data desde 1988 e conta com a participação de todos os países da Comunidade Europeia, sendo a sua intervenção direccionada para os serviços de carreira e de apoio psicológico, do desenvolvimento pessoal e social, da personalidade, colocando uma aposta na prevenção de comportamentos de risco e promoção da saúde.

As problemáticas mais abordadas nestes gabinetes vão desde as políticas e procedimentos académicos, as competências e atitudes face ao estudo, as estratégias de gestão do tempo, o desenvolvimento de competências de comunicação e de relacionamento, o pluralismo cultural, a redução e gestão do *stress*, a exploração/reexploração vocacional e profissional, a preparação para a inserção no mercado de trabalho, o estabelecimento de objectivos de vida, a motivação, ao desenvolvimento pessoal e social, às questões relacionadas com a saúde e o bem-estar e aos problemas do foro psicopatológico.

A experiência dos técnicos que trabalham nos serviços de apoio psicológico portugueses, incluindo particularmente a nossa, sugere que as perturbações psicológicas graves entre os estudantes de Ensino Superior que procuram estes serviços têm crescido de forma preocupante nos últimos anos. Esta percepção é apoiada por um estudo levado a cabo no Reino Unido no âmbito da *Association for University and College Counselling* (AUUCS), uma divisão da *British Association for Counselling* (BAC), sintetizado no relatório "*Degrees of Disturbance: The New Agenda. The Impact of Increasing Levels of Psychological Disturbance amongs Students in Higher Education*" (Resapes, 2002), sobre o impacto do aumento dos distúrbios psicológicos na população dos estudantes do ensino superior. Segundo este relatório é consensualmente aceite a constatação que os problemas de saúde mental estão a aumentar entre os jovens, compreendendo doenças psiquiátricas, distúrbios do comportamento e

dificuldades psicológicas e sociais e o *National Survey of Counseling Center Directors de 2001* assinala que nos Estados Unidos, nos últimos dez anos, tem-se notado igualmente um aumento dos problemas psicológicos e psicopatologia grave nos estudantes universitários (O'Connor, 2001).

De uma forma geral, os estudantes que procuram estes serviços queixam-se de solidão e isolamento e mostram dificuldade no estabelecimento e manutenção de relações interpessoais (Rytke, Bauer, & Fredtoft, 1994), de problemas amorosos (Bell et al., 1994) razões às quais acrescem o sentir-se deprimido ou o ter perturbações do sono (Bell et al., 1994). A depressão é um problema muito comum entre a população universitária (Dias, 2006; Ponciano & Pereira, 2005), encontrando-se presente em muitos quadros clínicos graves. Da mesma forma, os problemas de aprendizagem, de atenção, concentração, gestão de tempo de estudo, bem como problemas de ansiedade (Bessa & Tavares, 2000), abuso de drogas ilícitas e álcool, desordens da alimentação e vitimização sexual também estão cada vez mais presentes nesta população (O'Connor, 2001).

Os Serviços de Apoio Psicológico Portugueses têm-se deparado, nos últimos anos, com um “aumento significativo no número de utentes, tanto adultos da comunidade como alunos da instituição académica”, como refere McIntyre (2005; p.127). Este aumento real das dificuldades psicológicas, traduzidas no pedido de ajuda e o aumento do número de serviços deste género justificam a facilidade de procura de consulta psicológica por parte dos jovens, associado a um menor estigma que actualmente rodeia os problemas de saúde mental.

Os técnicos que trabalham nestes serviços são peremptórios em dizer que se torna cada vez mais necessário que as autoridades institucionais reconheçam as implicações do alargamento do acesso ao Ensino Superior na prevalência dos problemas de saúde mental dos jovens e reconheçam a sua responsabilidade em desenvolver políticas que disponibilizem

recursos humanos e financeiros para dar resposta a estas novas necessidades dos serviços e da comunidade académica.

A importância e qualidade da intervenção destes serviços tem vindo a ser objecto de investigação empírica no nosso país, tendo os resultados revelado claramente os efeitos positivos da sua intervenção, quer ao nível da promoção do rendimento académico, quer ao nível da promoção do bem-estar psicológico e desenvolvimento pessoal dos estudantes, sendo possível afirmar que estes Serviços têm vindo a contribuir decisivamente para dar resposta às solicitações do Ministério da Educação, expressas no Despacho n.º 6659/99, no sentido de combater o insucesso escolar persistente.

No entanto, apesar do número considerável de estudos realizados com esta população, principalmente com alunos de primeiro ano e na maior parte ligados às questões da adaptação académica, não foi do nosso conhecimento a existência de nenhuma investigação científica que permitisse estabelecer relações entre os estilos de vida, o bem-estar subjectivo, os indicadores de psicopatologia e os processos de adaptação ao ensino superior.

Desta forma, pela escassez ou inexistência de trabalhos existentes sobre esta matéria e dada a constatação no terreno das necessidades dos alunos que transitam para o ensino superior, através também do contacto privilegiado com estes estudantes no âmbito das funções que desempenhamos no Gabinete de Apoio Psico-Pedagógico (GAPP) do Instituto Politécnico de Beja (IPB), cremos ser de enorme importância debruçarmo-nos sobre a influência dos estilos de vida, da felicidade subjectiva e do mal-estar psicológico na qualidade de adaptação ao ensino superior, cujos resultados esperamos permitirem contribuir para um melhor entendimento do aluno, das suas dificuldades e para uma maior adequação e concertação dos serviços de apoio psicológico portugueses, contribuindo também para corroborar a utilidade do trabalho por eles desenvolvido.

Considerámos, para esse efeito, a saúde do estudante que frequenta o Ensino Superior numa perspectiva holística, englobando, no que respeita aos seus estilos de vida, questões como a vivência da intimidade e da sexualidade, a condição física, os hábitos alimentares e de sono, o uso e abuso de substâncias lícitas e ilícitas, a realização de actividades sociais, culturais e recreativas, o auto-cuidado em saúde, a sensibilidade para o meio ambiente e para a segurança, entre outras, mas também aspectos relacionados com o bem-estar psicológico, os afectos positivos e negativos, tendo por base os princípios da Psicologia Positiva.

Nesta perspectiva, a presente investigação é composta por dois estudos complementares: *Estudo 1*- construção de um instrumento para avaliação dos estilos de vida dos estudantes do Ensino Superior (QEVES), adequado aos propósitos da nossa investigação, e *Estudo 2*- estudo empírico desenhado para responder às questões de investigação colocadas e testar as hipóteses formuladas.

A principal questão de investigação deste estudo foi a de compreender as relações de causalidade entre os estilos de vida, tal como foram medidos pelo QEVES, como variável independente e a qualidade de adaptação ao ensino superior.

Procurámos, também compreender em que medida as variáveis externas (*idade, género, estado civil, curso e campus*) e variáveis designadas por nós como secundárias (*grau de discordância entre o curso desejado e o curso efectivamente conseguido e ser ou não ser trabalhador-estudante*) influenciavam a qualidade da adaptação académica.

Paralelamente, procurámos perceber até que ponto a felicidade subjectiva e o mal-estar psicológico se correlacionavam entre si e de que forma, cada uma delas influenciava a qualidade de adaptação académica e procurámos ainda perceber em que medida os estilos de vida mais ou menos saudáveis se relacionavam com a avaliação subjectiva que os alunos fazem da sua felicidade e com o seu mal-estar psicológico.

O presente trabalho desenrola-se ao longo de 5 capítulos. Na *Introdução*, apresentar-se-á o trabalho, procurando mostrar a relevância científica do estudo e a sua originalidade, face a outros estudos com alunos de 1.º ano. Os primeiros 3 capítulos constituem o *Enquadramento Conceptual* onde será efectuada uma análise dos principais conceitos teóricos que norteiam este trabalho e serão inventariados estudos anteriores que lhe serviram de referência. No capítulo 4, designado de *Considerações Metodológicas sobre a Investigação Empírica*, serão abordadas as opções metodológicas, as principais questões que deram origem a este trabalho, as características dos participantes, as variáveis, as hipóteses e as características dos instrumentos de avaliação ou de medida. No capítulo 5, designado de *Apresentação e Discussão dos Resultados*, serão expostos e discutidos os resultados da presente investigação à luz dos propósitos do próprio estudo, mas também tendo em consideração os resultados de outros trabalhos semelhantes com populações idênticas ou correlacionadas. Finalmente, no capítulo 6, designado de *Conclusões e Implicações*, serão expostas as conclusões gerais resultantes do estudo, chamar-se-á a atenção às suas limitações e serão apresentadas algumas sugestões para a implementação de medidas práticas que possam contribuir para a promoção de estilos de vida saudáveis e de melhores níveis de satisfação com a vida e de bem-estar psicológico, nos alunos que frequentam o ensino superior, especialmente nos que frequentam o primeiro ano.

PARTE I _ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

CAPÍTULO 1 - SAÚDE E BEM-ESTAR NA PERSPECTIVA DA PSICOLOGIA POSITIVA

Procuraremos apresentar neste capítulo, a perspectiva evolutiva da definição de saúde, promoção e educação para a saúde nas últimas décadas e estabelecer relações entre a saúde e o bem-estar geral na perspectiva da Psicologia Positiva.

Evolução do Conceito de Saúde, Promoção da Saúde e Educação para a Saúde, em Portugal e no Mundo

O estudo da influência do comportamento humano na saúde é actualmente uma das áreas de investigação e intervenção mais promissoras em psicologia, que pretende dar resposta às necessidades das pessoas, responde às questões colocadas pelos técnicos e tem surtido enorme influência no enfoque e organização dos sistemas de saúde.

Nas últimas décadas foram várias as revoluções que se operaram na área da saúde, em Portugal e no Mundo.

A primeira revolução colocou o modelo biomédico no centro da polémica e questionou a chamada teoria do “germe” (a cada agente infeccioso corresponde um germe que é necessário controlar com base em diagnósticos, prescrições e/ou cirurgia) que esquecia a fenomenologia humana e a sua capacidade singular, de por si só, controlar ou prolongar a doença.

Em consequência das profundas alterações que se seguiram à Revolução Industrial, os países do Norte da Europa após terem ultrapassado cenários de fome, guerra e epidemias, iniciam medidas de saúde pública aquém da visão sustentada pela teoria do “germe”, incluindo uma “abordagem preventiva, recursos pessoais e ambientais na protecção e promoção da saúde, embora com novos desafios, devidos à crescente alteração dos padrões de mortalidade e morbidade cada vez mais da responsabilidade das pessoas, dos grupos e das comunidades”

(Matos, 2004; p.451). Deslocou-se então o foco da atenção do paradigma biomédico para um verdadeiro paradigma de saúde pública, que assumiu implicações fundamentais para a definição, intervenção e formação dos técnicos de saúde (Lacent, 1991).

A Conferência de Alma-Ata (OMS, 1978) pode ser entendida como a segunda revolução dos modelos de saúde e marca o início da adoção de um modelo holístico, preventivo e participativo, alertando os profissionais da área e os decisores políticos para a importância de uma abordagem pluridisciplinar, que considere a sua dimensão demográfica, política, técnico-científica e sócio-cultural.

Em Portugal, a reforma do sistema de saúde e da assistência, legislada em 1971, que incluiu o estabelecimento dos Centros de Saúde, foi concebida no espírito daquilo que, sete anos mais tarde, viria a ser declarado, em Alma Ata, como *cuidados de saúde primários*, e que apesar de uma implementação limitada, forneceu a base para o futuro Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Todas estas considerações foram, mais tarde, corroboradas pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1978) e pelo Relatório Richmond (1979), que reconhece que a maior taxa de doença e mortalidade prematura tem a ver com hábitos tabágicos, consumo de álcool e drogas e riscos de acidentes, nomeadamente motorizados e aponta que 50% das mortes prematuras têm a ver com doenças do aparelho respiratório e 20% com cancro, que associa potencialmente a estes comportamentos. Este facto leva Richmond a acusar a população de forçar a morte ao manter factores evitáveis tais como hábitos descuidados, poluição do ambiente e más condições sociais.

A constatação de que muitos aspectos da vida do quotidiano, das relações entre as pessoas e das pessoas com o ambiente são relevantes para a sua saúde, levou a que os decisores políticos reflectissem sobre as prioridades globais de intervenção e iniciassem um caminho na

área da promoção e protecção da saúde, marcado pela 1.^a Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Ottawa, no Canadá (1986).

O resultado concreto desta Conferência objectivou-se no assumir de compromissos que visavam, em primeira instância, a Promoção da Saúde entendida como um processo que habilita o indivíduo a aumentar e melhorar o seu controlo sobre a saúde, considerando-se importante de forma a alcançar um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou grupo estar apto a identificar e realizar as suas aspirações, satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio (Ottawa, 1986).

A Saúde é considerada, desta forma, um conceito positivo que enfatiza os recursos pessoais e sociais assim como as capacidades psicológicas.

Em consequência, a Promoção da Saúde deixa de ser uma responsabilidade exclusiva do sector da saúde pois exige estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar e envolve um vasto conjunto de factores que incluem adaptações ambientais e comportamentais conseguidas através de estratégias educacionais, motivacionais, organizacionais, económicas, reguladoras e tecnológicas, mantendo como foco a acção sobre as pessoas, os grupos e a população (Egger et al. 1999).

Estes conceitos trazem consigo a assunção de que a saúde é um processo (e não um estado) evolutivo, que se desenvolve qualitativamente ao longo do ciclo de vida definindo o ser humano, de acordo com Ford (1990), como um sistema auto-organizado e auto-construído, que inclui funções biológicas (estado dos órgãos, p.e.), de gestão (identificação de problemas, decisão, controlo), de manutenção (alimentação e bebida, p.e.) e excitatórias (atenção, emoção, motivação, p.e.) que só podem ser compreendidas no contexto das interacções entre o indivíduo e o seu meio ambiente físico, social e cultural.

A Carta de Ottawa considera pois fundamental capacitar as pessoas para aprenderem durante toda a vida, preparando-as para as suas diferentes etapas, sendo importante que a

promoção desta nova atitude tenha lugar na escola, em casa, no trabalho, nas organizações comunitárias.

A segunda Conferência Internacional da Promoção da Saúde, realizou-se dois anos depois, na Austrália, da qual resultou a publicação das Recomendações de Adelaide que têm por base o espírito de Alma-Ata e as considerações da Carta de Ottawa.

A Saúde é entendida como um direito humano fundamental e um sólido investimento social, considerando-se necessário adoptar estratégias e medidas políticas que invistam no melhoramento do estado da Saúde de todos os cidadãos, esbatendo ou anulando as injustiças sociais que estão na base das desigualdades a nível de saúde e reconhecendo simultaneamente a cultura de cada um, as minorias étnicas e a imigração.

Foram igualmente identificadas, nas recomendações de Adelaide quatro áreas prioritárias de acção: (1) o apoio à saúde da mulher, (2) a alimentação e nutrição, (3) o controlo do consumo de drogas lícitas, como o tabaco e álcool, e (4) a criação de ambientes sustentáveis, chamando-se a atenção para a necessidade de conservar os recursos através de estratégias ecológicas globais, regionais e locais.

Em Portugal surge, em 1990, a Lei de Bases da Saúde, Lei nº48/90 de 24 de Agosto, na qual é assumido o compromisso de que os cuidados de saúde passem a ser *tendencialmente gratuitos*, sendo os preços a praticar definidos de acordo com as condições económicas e sociais do cidadão, bem como permaneçam assegurados princípios e valores anteriormente defendidos, como o princípio da universalidade, da solidariedade e do direito à saúde.

Em 1991, realiza-se na cidade de Sundsvall, na Suécia, a terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que precedeu a Conferência Mundial sobre o Meio Ambiente (Rio de Janeiro - 1992), e que à semelhança das suas antecessoras, determinou igualmente a publicação de recomendações inscritas na Declaração de Sundsvall sobre os

Ambientes Sustentáveis para a Saúde, o que evidencia desde logo a importância atribuída nesta conferência ao Ambiente.

Esta terceira Conferência reconhece e atribui especial atenção ao Ambiente, defendendo que o caminho a seguir reside em fazer do ambiente – ambiente físico, social, económico e político – um ambiente sustentável para a saúde, e no entanto, de o considerar enquanto elemento interdependente e inseparável da Saúde.

Em finais de 1996, é lançado em Portugal um importante documento estratégico, sob o título *Saúde em Portugal - Uma Estratégia para o Virar do Século* que permite vislumbrar novas orientações políticas para a saúde, incluindo a reforma do sistema de saúde, assente em quatro grandes valores e princípios: (1) a mudança centrada no *cidadão* e nas *necessidades de saúde* da população; (2) a *protecção* e a *promoção da saúde* como móbil principal de toda a acção dos serviços de saúde, visando obter *ganhos em saúde*; (3) o *envolvimento* de todos os componentes do *sistema de saúde* (público, social e privado) na *acção comum* de protecção e promoção da saúde e (4) a *solidariedade* e *equidade* enquanto razões fundamentais para manter e aperfeiçoar o SNS, anteriormente criado em 1979.

Em 1997, decorre em Jacarta, a quarta Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, designada por *Novos paradigmas para uma Nova Era: Orientando a Promoção da Saúde pelo Século XXI adentro*, pioneira na inclusão do sector privado enquanto, também ele, promotor da saúde.

Na sequência desta Conferência, que se prendeu com a promoção da saúde no novo século, foram enunciados os novos desafios para a saúde no século XXI: (1) promover a responsabilidade social para com a saúde, tanto ao nível do sector público como do sector privado, (2) aumentar os investimentos para fomentar a saúde e qualidade de vida, (3) consolidar e expandir parcerias em prol da saúde, (4) aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo uma vez que a promoção da saúde efectua-se *pelo* e *com* o povo, e

não *sobre e para* o povo, o que implica educação, treino em liderança e em processos de tomada de decisão e acesso aos recursos, e por último (5) assegurar uma infra-estrutura para a promoção da saúde sendo a base organizacional as *Localidades para a Saúde*.

Em 1998, o Ministério da Saúde publica *Saúde em Portugal: Uma estratégia para o virar do século (1998-2002), Orientações para 1998*, documento no qual se estabelecem 23 objectivos prioritários relacionados com a saúde da população activa (factores de risco e factores de protecção), entre os quais o consumo do tabaco, consumo excessivo de álcool, consumo de drogas, vida activa, alimentação saudável e a gestão do stress; mas também problemas específicos de saúde física e mental que contribuem seguramente para o elevado nível de incapacidade temporária e permanente para o trabalho.

Ainda assim consideramos, apesar da realização destas Conferências, proferidas pela OMS e das recomendações que delas emanaram, que a Saúde não tem sido considerada a nível mundial e até este momento como uma prioridade, recaindo as principais preocupações políticas sobre a educação e o combate à pobreza, o que indisponibilizou a atribuição de elevados recursos financeiros à saúde, até que com a quinta Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada na Cidade do México em 2000, foi elaborada uma Declaração Ministerial, na qual os Estados se comprometeram a colocar a Saúde na primeira linha das preocupações políticas, a assegurarem a participação activa de todos os sectores, bem como apoiar a preparação de planos de acção, de redes de trabalho nacionais e internacionais que visem a Promoção da Saúde.

Nesta Declaração os decisores reconheceram, numa lógica de maior equidade: (1) a importância da saúde enquanto elemento essencial para a obtenção de um *aproveitamento positivo da vida*; (2) a promoção da saúde e do desenvolvimento como um *dever e responsabilidade de todos*; (3) uma *melhoria significativa da saúde em muitos países* resultantes dos esforços realizados pela sociedade no seu todo, embora reconheçam (4) a *persistência de*

muitos problemas de saúde e a reincidência de muitos outros, face aos quais é necessário encontrar soluções que visem o alcançar de situações mais equitativas em termos de saúde e de bem-estar e (5) a necessidade de abordar os determinantes sociais e de reforçar a colaboração existentes entre todos os sectores e níveis da sociedade.

Em 2002, a Organização Mundial de Saúde apresentou publicamente o relatório *Reduzindo riscos e promovendo uma vida saudável* (OMS, 2002) onde reforçou a importância da promoção dos comportamentos ligados à saúde e identificação/prevenção dos factores de risco, que identifica como: (1) sexo desprotegido, (2) consumo de tabaco, (3) consumo de álcool, (4) hipertensão, (5) utilização de água não potável e falta de saneamento básico e de higiene, (6) sub-alimentação, (7) obesidade, (8) hipercolesterolemia, (9) deficiência de ferro, (10) ingestão de fumo de combustíveis sólidos. Estes dez factores de risco contribuem para o risco da Saúde Global e são responsáveis por um terço das mortes no mundo, sendo paradoxalmente evitáveis. A estes poder-se-iam ainda acrescentar muitos outros factores como os acidentes, a violência, os abusos sexuais, o suicídio e outras agressões auto-inflingidas, o stresse e o insucesso escolar.

Actualmente, os maiores problemas de Saúde Pública associados a estes factores de risco são as doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, o cancro de pulmão e outras doenças crónicas do pulmão, a infecção pelo VIH/SIDA e os problemas de saúde mental. No entanto “apesar de se caminhar no sentido de um modelo ecológico da saúde, ainda existe um longo caminho a percorrer até ao reconhecimento que: (a) a promoção e protecção da saúde e a prevenção e tratamento da doença são partes diversas da mesma realidade, (2) a ausência de educação e de bem-estar económico são os principais factores de risco para a saúde, (3) o meio ambiente, rural ou urbano, tem fortes ressonâncias na saúde, (4) os indivíduos, a comunidade e os governos têm responsabilidades na saúde das populações” (Matos, 2004; p.454).

Em Portugal, no final de Junho de 2004, foi aprovado o actual Plano Nacional de Saúde para 2004-2010, que visa três grandes objectivos: (1) obter ganhos em saúde, aumentando o nível da saúde nas diferentes fases do ciclo de vida e reduzindo o peso da doença; (2) utilizar os instrumentos necessários, num contexto organizacional adequado, nomeadamente centrando a mudança no cidadão, capacitando o sistema de saúde para a inovação e reorientando o sistema prestador de cuidados (3) garantir os mecanismos adequados para a efectivação do Plano, através de uma cativação de recursos adequada, promovendo o diálogo intersectorial, adequando o quadro de referência legal e criando mecanismos de acompanhamento e actualização do Plano (DGS, 2004).

Em 2005, decorreu em Bangkok, a sexta e última Conferência Internacional de Promoção da Saúde, da qual resultou a *Carta de Bangkok para a Promoção da Saúde num Mundo Globalizado*.

Nesta Carta estabelece-se que as políticas e alianças destinadas a capacitar as comunidades e melhorar a saúde e a igualdade em matéria de saúde, devem ocupar um lugar central no desenvolvimento mundial e nacional.

A saúde continua a ser vista como um direito fundamental e reflecte um conceito positivo e integrador da saúde como factor determinante para a qualidade de vida, que inclui o bem-estar mental e espiritual (Carta de Bangkok, 2005).

Nesta Conferência, consideram-se como riscos para a saúde as desigualdades crescentes entre os países, entre as classes sociais de cada país, entre os géneros e as minorias étnicas; as novas formas de consumo e comunicação e as mudanças sociais, económicas, demográficas e ambientais neste mundo globalizado.

Ainda que ao longo das últimas décadas tenha sido possível colocar a Saúde no centro do desenvolvimento e das preocupações mundiais, estando contemplada como um dos principais objectivos para o progresso neste milénio, os participantes desta sexta Conferência

assumiram publicamente que muito ainda está por fazer, considerando de extrema importância o cumprimento de quatro compromissos-chave, que garantam que a promoção da saúde seja considerada como: (1) uma componente primordial da agenda para o desenvolvimento mundial, (2) uma responsabilidade essencial de todos os governos, (3) um objectivo fundamental das comunidades e da sociedade civil e por fim (4) um requisito para as boas práticas empresariais.

A promoção da saúde é hoje entendida como um ramo da Saúde Pública moderna, orientada para acções que abordam os principais factores determinantes para a saúde e o seu contributo para o desenvolvimento positivo de todas as pessoas sendo que 20 anos passados desde a adopção da Carta de Ottawa os seus valores, princípios básicos e estratégias propostas ainda permanecem,

“...however, there is still a need to reflect and assess progress and to examine challenges to promoting health in order to better understand the interplay between the context, differing between most communities and populations, and interventions that work properly and effectively” (OMS, 2005; p.7).

Promoção da Educação para a Saúde nas Escolas e a Rede de Escolas Promotoras de Saúde

O conceito de Promoção da Saúde inicialmente defendida pela Carta de Ottawa em 1986, reconhecia, como já referimos anteriormente, a importância dos determinantes culturais e sociais da saúde, dos estilos de vida saudáveis e dos meios organizacionais específicos: o meio urbano (as redes de “cidades saudáveis”), as escolas (as redes de “escolas promotoras de saúde”) e o local de trabalho (a promoção da saúde nas empresas).

A Escola ocupa um lugar central na ideia de saúde e desempenha um papel primordial no processo de aquisição de estilos de vida que a intervenção da saúde escolar, dirigida ao grupo específico das crianças e dos jovens escolarizados pode favorecer.

Na escola aprendemos a configurar as peças do conhecimento e do comportamento que irão permitir estabelecer relações de qualidade. Adquirimos, ou não, equipamento para compreender e contribuir para estilos de vida mais saudáveis, tanto no plano pessoal como ambiental (estradas, locais de trabalho, praias mais seguras), serviços de saúde mais sensíveis às necessidades dos cidadãos e melhor utilizados por estes (Sakellarides, 1999).

Em Portugal, a Saúde Escolar ao longo da sua história, iniciada em 1901 e mantida durante todo o século XX, tem estado sujeita a diversas reformas numa tentativa de a adequar às necessidades da escola e às preocupações de saúde emergentes.

Constituindo inicialmente uma responsabilidade partilhada entre os Ministros da Saúde e da Educação, a partir de 2002 a tutela da Saúde Escolar fica da responsabilidade do Ministério da Saúde, competindo aos Centros de Saúde a sua implementação no terreno.

No contexto europeu, a OMS estabeleceu em 1999, no documento *Health for all in the 21st century*, o conceito de Escola Promotora de Saúde (EPS), que define como aquela que inclui a educação para a saúde no currículo e possui actividades de saúde escolar, considerando-se ainda que assenta em três vertentes – currículo, ambiente e interacção escola/família/meio, que permitem capacitar os jovens para intervir na mudança e conduzem ao exercício pleno da cidadania.

Uma escola promotora de saúde é pois aquela que garante a todas as crianças e jovens que a frequentam a oportunidade de adquirirem competências pessoais e sociais que os habilitem a melhorar a gestão da sua saúde e a agir sobre os factores que a influenciam.

A meta 13 do documento *Health for all* prevê que, em 2015, 50% das crianças que frequentem o Jardim-de-Infância e 95% das que frequentem a escolaridade obrigatória e o ensino secundário, integrem estabelecimentos de educação e ensino promotores de saúde. Considera ainda o mesmo documento que todas as crianças devem ter direito a ser educadas numa escola promotora de saúde, que integre assuntos relacionados com a saúde através de

uma abordagem compreensiva, e que em consequência permita promover a saúde física, social e emocional dos alunos, funcionários, familiares e comunidade (OMS, 1999).

Por outro lado, a família constitui-se como um elemento preponderante na atenuação das fragilidades inerentes à doença, assim como a primeira escola da criança, tendo como principal objectivo a busca e a prática do bem-estar físico, psicológico, social, afectivo e moral. Desta forma, uma escola que se proponha promover a saúde, deve procurar a participação directa e activa dos pais e da comunidade, desde as decisões sobre o projecto até à sua execução e avaliação.

Da mesma forma, é também desejável que os estabelecimentos de educação e ensino olhem os alunos como agentes activos da mudança, cabendo aos técnicos de saúde e educação uma atitude permanente de *empowerment* que permita que o trabalho de promoção de saúde se baseie no que os alunos já sabem e no que são capazes de fazer.

A maior parte dos problemas de saúde e de comportamentos de risco, associados ao ambiente e aos estilos de vida, podem ser prevenidos ou significativamente reduzidos através de Programas de Saúde Escolar efectivos, sendo fundamental a integração da promoção da saúde no currículo.

O actual Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) aprovado a 7 de Junho de 2006, desenvolve-se prioritariamente na escola, em equipa, com respeito pela relação pedagógica privilegiada dos docentes e pelo envolvimento das famílias e da restante comunidade educativa, e visa contribuir para a promoção e protecção da saúde, o bem-estar e o sucesso educativo das crianças e dos jovens escolarizados (DGS, 2006).

Trata-se de um programa que pretende atingir quatro áreas prioritárias: (1) a saúde individual e colectiva, (2) a inclusão escolar, (3) o ambiente escolar, (4) e o reforço dos factores de protecção relacionados com os estilos de vida saudáveis.

Considera este programa que, no que concerne à promoção de estilos de vida saudáveis, devem ser consideradas áreas prioritárias como a saúde mental, a saúde oral, a alimentação saudável, a actividade física, a saúde ambiental, a promoção da segurança e prevenção de acidentes, a saúde sexual e reprodutiva e a educação para o consumo.

Promoção da Saúde no Ensino Superior

Ainda que o Programa Nacional de Saúde Escolar apenas contemple os Jardins-de-Infância, as escolas do Ensino Básico, do Ensino Secundário e as Escolas Profissionais, consideramos que os alunos que frequentam Instituições de Ensino Superior, público ou privado, também devem ser abrangidos por Programas de Promoção e Educação para a Saúde.

A própria Direcção-Geral da Saúde, afirma no actual Programa Nacional de Saúde Escolar, que a efectividade e sustentabilidade das intervenções de saúde escolar dependem da integração da promoção da saúde no currículo, sendo por este motivo importante que os factores determinantes para a saúde sejam abordados de forma transversal ao longo de toda a escolaridade.

No mesmo documento refere ainda a DGS, baseada num parecer de Marques, usar todos os seus mecanismos de influência junto das instituições de ensino superior, “com respeito pela liberdade de construção dos seus currículos, para a valorização da saúde escolar e da promoção da saúde, enquanto dimensão inevitável do desenvolvimento pessoal e social, da conceptualização da criança e do jovem como agentes activos da saúde e da importância da articulação com a educação, em sentido estrito” (2006; p.22).

Ao longo do ciclo de vida existem momentos de enorme importância para o desenvolvimento do indivíduo, sendo a entrada no ensino superior, de acordo com o PNS (2004), uma oportunidade para a realização de programas de educação para a saúde, acções de prevenção, rastreios de doenças e outras intervenções.

De acordo com este documento, os jovens portugueses tem vindo a apresentar um aumento de comportamentos de risco, com particular incidência no “sedentarismo, desequilíbrios nutricionais, condutas violentas, morbidade e mortalidade por acidentes, maternidade e paternidade precoces, comportamentos potencialmente aditivos, relacionados com o álcool, tabaco e drogas ilícitas” (DGS, 2004; p.30, vol II), que solicitam medidas preventivas e interventivas mais efectivas.

Psicologia Positiva, Felicidade e Bem-Estar Subjectivo (BES)

A Psicologia Positiva pode ser definida como “(...) o estudo científico das experiências e características individuais positivas e das instituições que facilitam o seu desenvolvimento” (Duckworth, Steen, Seligman, 2005, p.630). Para esta corrente de pensamento, a ciência psicológica tem vindo a esquecer ou negligenciar os aspectos “mais virtuosos” do ser humano e tem-se centrado numa prática historicamente orientada para a compreensão e tratamento de patologias.

Neste sentido, Seligman e outros autores, têm escrito nos últimos anos vários artigos que focalizam a necessidade de mudança do enfoque da Psicologia, considerando que o movimento da Psicologia Positiva é “uma tentativa de levar os psicólogos contemporâneos a adoptarem uma visão mais aberta e apreciativa dos potenciais, das motivações e das capacidades humanas” (Sheldon & King, 2001; p.216).

A Psicologia Positiva, pretende assim, que a ciência psicológica procure transformar temas humanos como a depressão, ansiedade, angústia e agressividade em novas possibilidades de compreensão de fenómenos psicológicos, como a felicidade, o optimismo, o altruísmo, esperança, alegria, satisfação, entre outros. Trata-se pois de uma nova Psicologia que almeja romper com o negativismo e reduccionismo de algumas tradições epistemológicas e que

determina que o funcionamento normal dos seres humanos não pode ser calculado puramente a partir de quadros de referência negativos e exclusivamente focados nos problemas.

No entanto, ainda que o movimento científico baptizado de Psicologia Positiva tenha surgido recentemente, já na década de 30, trabalhos pioneiros como o de Terman, Jung e Watson constituíram-se como iniciativas que devem ser reconhecidas e que não permitem que a Psicologia Positiva reclame para si o atributo da originalidade (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

De acordo com a Psicologia Positiva as *emoções positivas* são aquelas que favorecem a aproximação e conseqüentemente a convivência com o outro, enquanto que as *emoções negativas* fazem o contrário (Fredrickson, 2001). Numa perspectiva evolutiva, a existência de emoções negativas parece claramente ser justificada pela necessidade de adaptação a um ambiente hostil e por um instinto de auto-preservação, o que não explica as emoções positivas. Mas de acordo com estudos recentes, as emoções positivas também desempenham um papel relevante na adaptação dos humanos aos seus ambientes, mediante o alargamento do repertório de pensamentos e acções, a construção de recursos pessoais mais estáveis e persistentes e a transformação das pessoas numa espiral positiva de crescimento pessoal. O estado de espírito positivo desperta também a afectividade do outro, promovendo ambientes favoráveis, além de contribuir para o desenvolvimento da resiliência psicológica (Fredrickson, 2001).

A Psicologia Positiva congrega ainda o mérito de contribuir para uma metodologia preventiva, aspecto abandonado pela Psicologia Tradicional quase exclusivamente focada na doença, uma vez que o estudo das características humanas positivas permite à ciência aprender a prevenir doenças físicas e mentais e aos técnicos de saúde mental permite desenvolver qualidades que ajudem os indivíduos e as comunidades a, muito mais do que apenas resistir e sobreviver, a efectivamente florescer (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Seligman e Csikszentmihalyi (2000) consideram que a Psicologia Positiva se encontra apoiada sobre três pilares: 1) o estudo da emoção positiva; 2) o estudo dos traços ou qualidades positivas, principalmente forças, virtudes e habilidades; e 3) o estudo das chamadas instituições positivas, como a democracia, a família e a liberdade (que dão apoio às virtudes que, por sua vez, apoiam as emoções positivas).

Ao focarmos, neste estudo, aspectos como a felicidade, apoiamo-nos no primeiro pilar apontado por Seligman, muito embora reconheçamos a importância dos outros dois.

A concepção de felicidade esteve sempre associada, ao longo dos tempos, a dois tipos de premissas, uma de natureza extrínseca e outra de carácter intrínseco, que mutuamente se excluem: 1) a perspectiva de que a felicidade se encontra para lá de nós mesmos e que resulta de conquistas externas ou de elementos externos e 2) a perspectiva de que o indivíduo é fonte da sua felicidade, conferindo-lhe a ele a responsabilidade de trabalhar sobre si mesmo de forma a conquistar uma vida feliz.

A Psicologia Positiva, embora não negue a influência dos factores externos ao indivíduo, parte de uma concepção intrínseca de felicidade quando aborda a importância do Bem-Estar Subjectivo (BES).

O BES é uma dimensão positiva da Saúde, mais concretamente da Saúde Mental (Diener, Suh, & Oishi, 1997) e é uma área da Psicologia que tem crescido reconhecidamente nos últimos anos e que tem abarcado estudos com as mais variadas nomeações: felicidade, satisfação, estado de espírito, afecto positivo e também avaliação subjectiva da qualidade de vida.

No decurso da sua história e evolução o BES foi caracterizado como um conceito abrangente e conceptualmente difuso. Vários autores, ao longo da literatura científica, notaram que os termos do BES têm sido usados com pouco respeito pelas suas distinções conceptuais e operacionais (Andrews & Robinson, 1991; Campbell, Converse, & Rogers,

1976; George, 1981; Horley, 1984). Os investigadores de várias áreas de estudo reuniram os seus próprios termos e designações no estudo do BES, e os termos utilizados ainda que sejam transferíveis nem sempre são sinónimos (Andrews & Robinson, 1991). Não existe um consenso entre os estudiosos do assunto, o que dificulta a investigação do BES (DeNeve & Cooper, 1998; Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999). Muitos investigadores apelaram à necessidade de integração do conceito (Diener, 1984) e ainda defendem actualmente essa necessidade (Sirgy, 2002).

Apesar das discórdias teóricas relativas ao conceito de BES, actualmente a sua definição é unânime (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005). De uma forma geral, podemos dizer que se trata de um constructo que corresponde à avaliação, quer cognitiva, quer afectiva, que cada um de nós faz da sua própria vida (Diener, Lucas & Oishi, 2002). Neste sentido, trata-se de um conceito multidimensional que inclui: um diferencial positivo entre emoções positivas e negativas e elevados níveis de satisfação com a vida (Idem, 2002) e que se situa sempre na perspectiva do indivíduo, caracterizando-se como uma avaliação a longo termo, não apenas um estado temporário (Diener et al., 2003; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

Diener (1984) sugere que o BES apresenta necessariamente três características fundamentais que podem distingui-lo de outros conceitos: é subjectivo – o bem-estar reside dentro da experiência interna de cada indivíduo (Campbell, 1976); pressupõe a preponderância dos afectos positivos sobre os negativos; e inclui uma avaliação global da existência.

As principais teorias e modelos explicativos do bem-estar subjectivo vêm sendo historicamente apresentados em dois grandes blocos opostos denominados *bottom-up* (base-topo) versus *top-down* (topo-base). As principais teorias iniciais do BES, que assumiram a abordagem base-topo, preocuparam-se em provar como as variáveis demográficas prediziam o BES, considerando-o resultante do efeito cumulativo de experiências agradáveis ou felizes (Diener, Sandvik & Pavlov, 1991) e determinando, desta forma, o papel passivo do sujeito.

Os últimos trinta anos de pesquisa têm demonstrado que a variância do BES se deve mais às características pessoais, nomeadamente traços de personalidade, que a variáveis contextuais (Jesus, 2006), o que confirma as teorias topo-base.

Brief (1993), Diener (1996) e Feist (1995) estão entre os autores que têm proposto uma integração destas duas teorias em modelos causais bidireccionais do BES. Concluem que as circunstâncias objectivas da vida e as dimensões globais da personalidade afectam indirectamente o BES por meio dos seus efeitos na interpretação das circunstâncias de vida (Brief, 1993). Desta forma, o modelo causal bidireccional reforça que o BES pode ser tanto uma variável de estado quanto de traço, resultando de condições tanto disposicionais quanto ambientais.

Embora as pessoas realizem julgamentos sobre as suas vidas como um todo, o BES, baseado no Modelo Tripartido do Bem-Estar de McCullough, Heubner e Laughlin (2000), possui três variáveis interrelacionadas, mas independentes: satisfação com a vida (nível cognitivo), afectos positivos e afectos negativos (nível afectivo), sendo um conceito multidimensional (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

Porém Diener (1984, 2000) em conjunto com outros autores (Diener et al., 1999; 2003) tem apresentado um modelo da estrutura hierárquica do BES que inclui quatro componentes: 1) satisfação com a vida a nível global; 2) satisfação com áreas importantes da vida (p. ex. casamento, trabalho, saúde, tempos-livres, entre outros); 3) elevados níveis de emoções positivas (p. ex. alegria, contentamento ou amor) e 4) baixos níveis de emoções negativas (como a tristeza, a raiva e a preocupação). A diferença reside em considerar a satisfação com a vida em vários domínios como uma variável independente e não como parte da variável satisfação com a vida. Naturalmente que, se pretendermos obter uma medida geral como o BES tendemos a avaliar a satisfação com a vida a nível global.

Os diferentes componentes do BES apresentam uma boa correlação entre si “sugerindo a necessidade de um factor de ordem superior”, o BES (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005; p.211).

A satisfação com a vida resulta de uma avaliação cognitiva global que o sujeito realiza sobre a vida, analisando as condições e domínios da sua vida e concluindo se está satisfeito e em que grau.

Na satisfação com a vida as pessoas recorrem aos seus próprios critérios, salientam as áreas que são mais importantes e atribuem-lhes diferentes valorações até chegarem a um julgamento global, representativo de toda a sua vida (Diener et al., 2003; McCullough et al., 2000; Pavot & Diener, 1993). Apesar da satisfação com a vida poder sofrer a influência do estado de espírito do sujeito no momento da avaliação, entre outras influências, trata-se de uma variável que demonstra estabilidade temporal (Erlandsson, 2006; Heubner, 2004; Pavot & Diener, 1993), o que não significa necessariamente que se mostre insensível às mudanças nas condições de vida (Erlandsson, 2006).

De acordo com Pavot e Diener (1993) a satisfação com a vida congrega três componentes: um componente a longo termo, que resulta da personalidade e/ou das circunstâncias estáveis da vida; um componente a médio termo, devido a acontecimentos recorrentes ou esquemas cognitivos e finalmente um componente a curto prazo, que deriva do estado de espírito e das circunstâncias de vida momentâneas e relevantes.

Outra fonte de informação para o indivíduo sobre a sua satisfação com a vida são os padrões de comparação que este estabelece com outras pessoas, com o que já alcançou no passado ou deseja alcançar no futuro (Campbell et al., 1976; citados por Diener et al., 2003).

Outro componente do BES, ainda a nível cognitivo, é a avaliação que os indivíduos fazem sobre as diferentes áreas da sua vida e a sua importância centra-se no fornecimento de informação detalhada sobre domínios específicos da vida dos indivíduos (Diener et al., 2003).

Quanto aos componentes afectivos do BES, estes reflectem as avaliações que os indivíduos fazem sobre as suas condições de vida a nível afectivo (Diener et al., 2003). Uma das questões que mais tem sido discutida sobre os afectos prende-se com a sua dimensionalidade. Se bem que a maioria dos estudos realizados aponta para a existência de um modelo do afecto de dois factores (afectos positivos e negativos) independentes – modelo bidimensional (Bradburn, 1969; MacLeod & Moore, 2000; Potter, Zautra & Reich, 2000; Watson & Tellegen, 1985), outros estudos indicam um modelo unidimensional ou multidimensional (Crocker, 1997; Kilgore, 2000). Sem dúvida que um dos momentos mais importantes na área científica do BES, na procura de uma resposta para a estrutura e dimensão do conceito de afecto, ocorreu na década de 60, com a investigação de Bradburn (1969) que demonstrou que os afectos positivos e negativos são dimensões diferentes e separadas, o que significa que eliminar afectos negativos não promove, necessariamente, afectos positivos, o que é o mesmo que dizer que a remissão ou alívio do sofrimento não é condição *sine qua non* para a promoção do BES ou da felicidade humana.

Estudos recentes, como a investigação longitudinal levada a cabo por Susan Folkman em S. Francisco com parceiros de pacientes com Sida, que lhes prestavam todo o tipo de cuidados físicos e emocionais, confirma que “as vivências pessoais, mesmo as mais negativas ou intensamente stressantes dão lugar a cognições e emoções tanto de natureza negativa, como é de esperar, mas igualmente de natureza positiva e que essas emoções coexistem no tempo, parecendo sugerir que se trata de processos paralelos, só parcialmente sobreponíveis”(…). Os resultados obtidos “parecem validar a teoria de Watson e Tellegen (1985), revista por Averill (1997) que vêem os afectos positivos e negativos, não como pólos duma única dimensão, mas como parte dum sistema ortogonal” (Cruz, 2007; p.14).

Vimos anteriormente que as emoções, positivas e negativas, desempenham um papel fundamental no nosso reportório comportamental e que são essenciais aos processos de

adaptação e ajuste do organismo às circunstâncias de vida. Porém, as pessoas não adquirem elevados níveis de BES apenas por os seus afectos positivos serem preponderantes em relação aos seus afectos negativos. De facto, é necessário que exista uma relação dos afectos com os objectivos ou valores. Por este motivo, justifica-se que em algumas ocasiões se sacrifiquem afectos positivos a favor da realização de objectivos ou prossecução de valores, como por exemplo, os estudantes nas épocas de exames podem sacrificar momentos de divertimento e prazer para atingirem bons resultados académicos. Neste sentido, o papel da cognição é reforçado (Diener et al., 2003; Diener, Oishi & Lucas, 2003a).

Em função da relação que se estabelece entre os diferentes componentes, a nível cognitivo e afectivo, constitui-se o BES, que se traduz em felicidade quando o indivíduo está satisfeito com a sua vida e vivenciou mais afectos positivos que afectos negativos (Erlandsson, 2006; McCullough et al., 2000).

Naturalmente que o humor das pessoas, os seus afectos e julgamentos auto-avaliativos, mudam com a passagem do tempo, caracterizando o BES como um constructo multidimensional, mas também dinâmico, sensível às mudanças que ocorrem na vida dos indivíduos. Perante a vivência de algo muito significativo, como por exemplo o casamento ou o desemprego, verificam-se mudanças na satisfação com a vida (Clark et al., 2002; citados por Diener et al., 2003). Contudo, antes e após esses acontecimentos significativos o BES tende a situar-se perto dos níveis médios de satisfação do sujeito, o que significa que tal não implica a instabilidade temporal do fenómeno. De facto, o BES corresponde a uma avaliação global da vida dos sujeitos e é um constructo estável, que não se modifica profundamente em função das condições de vida, ainda que estas nele exerçam influência, porque a sua estabilidade temporal é explicada pelas disposições de personalidade estáveis que reflectem a tendência do indivíduo em reagir cognitiva e afectivamente às circunstâncias de vida (Diener, Lucas & Oishi, 2002).

A avaliação do BES, através de medidas de auto-informe, tem mostrado uma estabilidade temporal moderada a alta deste constructo. Até mesmo as medidas globais do BES que simplesmente perguntam quão satisfeitas ou felizes as pessoas estão, têm-se mostrado válidas. Estas medidas têm demonstrado propriedades psicométricas adequadas, bons índices de consistência interna, moderada estabilidade e sensibilidade apropriada a mudanças de circunstâncias de vida (Larsen, Diener & Emmons, 1985). Também os diferentes componentes do BES avaliados de forma independente, têm mostrado ser variáveis estáveis. De acordo com as pesquisas de Diener, Suh e Oishi (1997; citados por Albuquerque & Tróccoli, 2004) a satisfação com a vida, por exemplo, demonstra uma correlação de 0.58 ao longo de um período de quatro anos e a sua correlação permanece forte (0.52) quando os relatos informativos de satisfação com a vida (*o que os seus amigos e a sua família dizem sobre o seu BES?*) são substituídos na segunda testagem. Resultados semelhantes já tinham sido encontrados por Magnus e Diener (1991; citados por Diener et al., 2003). Aliás, diversos estudos (Ehrhardt et al., 2000; citados por Diener et al., 2003) confirmam que a satisfação com a vida apresenta uma boa estabilidade temporal.

Também os afectos positivos e negativos têm demonstrado estabilidade ao longo do tempo (Albuquerque & Tróccoli, 2004; Watson & Walker, 1996; citados por Diener et al., 2003).

O BES é um constructo que assume particular importância para a saúde do indivíduo (Diener et al., 2003; Jesus, 2006), sendo um conceito chave na Psicologia da Saúde (Jesus, 2006) e na Psicologia Positiva (Carr, 2004) como aliás já referimos anteriormente.

O BES é mais relevante em termos individuais já que os indivíduos felizes resolvem melhor os problemas, apresentam melhor performance no trabalho, desenvolvem relações sociais mais profundas, são mais resilientes ao stresse, demonstram melhor saúde física (Ostir, Markides, Black & Goodwin, 2000) e mental (Diener & Seligman, 2004). Várias investigações

têm demonstrado que o sucesso conduz à felicidade ou BES, mas uma investigação recente dirigida por Lyubomirsky, King e Diener (2005, p.846) comprovou que esta relação é bidireccional, na medida em que “as pessoas felizes expressam com mais frequência afectos positivos e características adaptativas específicas e desejáveis como competências de sociabilização, optimismo, energia, originalidade e altruísmo, atributos promotores de sucesso”. O BES prediz ainda a satisfação profissional, a produtividade (George & Brief, 1992; Hersey, 1932; Miner, 2001) e a satisfação marital (Rogers & May, 2003). Elevados níveis de BES também se correlacionam com baixa mortalidade (Fiscella & Franks, 1997, citados por Reed & Ones, 2005), maior longevidade (Danner, Snowdon & Friese, 2001; citados por Lyubomirsky, King & Diener, 2005), menor probabilidade de ataque cardíaco (Kubzansky, Sparrow, Vokonas, & Kawachi, 2001) e maior eficiência das funções do sistema imunitário (Cohen, Doyle, Turner, Alper, & Skoner, 2003).

Em suma, as pessoas com elevados níveis de BES para além de serem mais felizes, são mais saudáveis e funcionam de forma mais eficaz (Diener & Seligman, 2004; citados por Reed & Ones, 2005).

Diener e Diener (1996; citados por McCullough et al., 2000) consideram que elevados níveis de BES motivam os indivíduos para a exploração e adopção de estratégias de *coping* mais adaptativas, permitindo uma resposta mais rápida aos acontecimentos ameaçadores. Quando se verifica o inverso o sujeito fica mais exposto a consequências negativas, tanto a nível intrapessoal como a nível interpessoal (McCullough et al., 2000), estando mais susceptível de sofrer transtornos psicológicos e sociais, como depressão, suicídio e mau relacionamento interpessoal (Park, 2004).

O BES é tanto influenciado por factores internos como por factores externos ao indivíduo. Compton (2005; citado por Jesus, 2006) refere algumas das variáveis preditoras do BES: auto-estima positiva, percepção de controlo, optimismo, sentido de significado e

propósito na vida, extroversão e relações sociais positivas. Da mesma forma, Lucas et al. (1996; citados por Novo, 2003) salientam que a auto-estima está fortemente associada ao BES, embora este padrão não seja universal uma vez que essa relação é mais forte na cultura ocidental (Diener & Diener, 1995; citados por Novo, 2003). O auto-conceito também é preditor do BES (Gomes & Pais-Ribeiro, 2001), assim como o sentido de esperança (Gillham & Reivich, 2004), autonomia (Ryff & Singer, 1998) e percepção de competência (Stephan, Bilard, Ninot, & Delignières, 2003). A reactividade emocional e o processamento emocional da informação também influenciam o BES (Diener et al., 2003a; Marshall & Brown, 2006). Todavia, as características da personalidade e a cultura têm sido as variáveis mais estudadas e as que têm suscitado maior interesse junto dos investigadores do BES.

A personalidade está, como já vimos, muito relacionada com o BES (DeNeve, 1999; Diener et al., 2003a), sendo considerada como um dos seus preditores fundamentais (Jesus, 2006), conclusão obtida através dos inúmeros estudos realizados entre o BES e a personalidade, avaliada através do Modelo dos *Big Five*. Estes resultados mostraram que o neuroticismo apresenta uma correlação negativa com o BES (Diener & Lucas, 1999; citados por Erlandsson, 2006), sendo a relação entre os afectos negativos e o neuroticismo muito forte (Eid & Diener, 2003; citados por Erlandsson, 2006; Giacomoni, 2004). Por sua vez, a extroversão apresenta uma forte correlação positiva com o BES (Eid & Diener, 2003; citados por Erlandsson, 2006; Rusting & Larsen, 1997; citados por Erlandsson, 2006; Lu, 1995) assim como com os afectos positivos (Giacomoni, 2004), relações que se podem explicar pela tendência dos indivíduos extrovertidos para investirem numa melhor rede de suporte social (Carr, 2004). Quanto aos traços de personalidade, amabilidade e conscienciosidade, os estudos indicam uma pequena correlação positiva com o BES (Diener & Seligman, 2002, citados por Erlandsson, 2006). O neuroticismo e a extroversão revelam-se os melhores preditores dos níveis do BES (Diener et

al., 2003a; Erlandsson, 2006), aspecto que se pode dever ao facto de também serem os traços de personalidade mais estudados em relação a este constructo (DeNeve, 1999).

O BES é um constructo que também sofre influência cultural, embora a hereditariedade possa responder por cerca de 52% da variância do BES (Lykken & Tellegen, 1996). O sentido das experiências dos indivíduos é construído socialmente através de crenças, pressuposições e expectativas sobre o mundo (Smith & Bond, 1999). Como a cultura influencia a personalidade e a personalidade influencia a cultura, ambos os níveis de análise são fundamentais para o entendimento do BES. De acordo com Diener et al. (2003a) a cultura explica cerca de 10 a 15% da variância do BES, sendo que o nível médio de BES entre várias nações diverge, mesmo após se terem em consideração os factores económicos (Myers & Diener, 1995; citados por Erlandsson, 2006). Pessoas de países mais ricos, com maior liberdade e ênfase no individualismo, tendem a demonstrar maior BES (Diener, Diener & Diener, 1995), bem como satisfação em áreas específicas da vida como o casamento, mas por outro lado, as taxas de suicídio e de divórcio também são altas. Tal pode ser justificado pela menor intensidade de suporte social nas culturas individualistas. Desta forma, nas sociedades individualistas podem ser sentidos níveis mais extremos de BES enquanto que as culturas colectivistas podem ter uma estrutura mais segura, que produz menos pessoas muito felizes mas também menos isoladas e deprimidas.

Diener (2000; citado por Hubner, 2004) identificou, de igual modo a influência de factores culturais e sociais na satisfação com a vida. Desta forma, a cultura influencia o BES entre nações e dentro destas entre os diferentes grupos étnicos (Diener et al., 2003a). Como referem Diener et al. (2003a, p. 416):

“(...) there are multiple pathways to well-being and they are somewhat different across cultures, depending on internalized cultural values”.

Porém, apesar de existirem determinantes culturais do BES também existem determinantes universais, como o *locus* de controlo, necessidades fisiológicas e suporte social (Diener et al., 2003a). Estes autores sintetizam a importância destes determinantes da seguinte forma:

“(...) people all over the world most want to be happy by achieving the things they value” (p. 420).

Quanto às características demográficas, as pesquisas nas últimas três décadas tem demonstrado que todos os factores demográficos tomados em conjunto parecem não contar muito para a variância do BES (Diener et al., 2003a; Huebner, 2004; McCullough et al., 2000). Na verdade, variáveis como o sexo, a idade, o estado civil, a educação ou os recursos económicos parecem ter uma influência reduzida no BES (Novo, 2003). Campbell, Converse & Rodgers (1976), na extensa investigação que realizaram, concluíram que as variáveis sexo, idade, renda, raça, educação e estado civil, explicavam menos do que 20% da variância do BES. Argyle (1999) aponta o casamento, o emprego, o *status* ocupacional, o lazer, as “competências” de saúde e as habilidades sociais, como as variáveis externas com maior impacto no BES. Além do mais os efeitos são mais intensos em determinados grupos sociais, como por exemplo, a renda para o pobre, a religião para os idosos, por exemplo.

Quanto à eficácia das medidas de avaliação do constructo, ela depende da adequação aos objectivos do estudo (Pais-Ribeiro, 2004; citado por Galinha & Pais-Ribeiro, 2006). Importa pois referir, que para os objectivos deste estudo, considerámos os termos felicidade e bem-estar subjectivo como sinónimos, uma vez que não acreditamos que verdadeiramente exista felicidade sem ser subjectivamente percebida pelo indivíduo, e interessámo-nos em determinar a avaliação cognitiva que os alunos que frequentam o primeiro ano do Ensino Superior efectuam sobre a sua vida (satisfação com a vida) utilizando para esse efeito a Escala de Felicidade Subjectiva (Lyubomirsky & Lepper, 1999; traduzida por Bertoquini, V. & Pais-Ribeiro, L., 2004).

CAPÍTULO 2 - SAÚDE E ESTILOS DE VIDA

Este capítulo aborda a importância dos Estilos de Vida para a Saúde e para o BES à luz dos contributos da Psicologia da Saúde.

Estilos de Vida e Promoção da Saúde

A Psicologia da Saúde desenvolveu-se profundamente nos últimos vinte anos, interessando-se por todos os temas que, recorrendo aos conhecimentos da Psicologia, visam objectivos de Saúde, da promoção e da protecção da saúde à prevenção e tratamento das doenças.

Armstrong (1988; citado por Pais-Ribeiro, 2004, p.387) declarava que “enquanto no século XIX os profissionais de saúde se preocupavam com o meio ambiente enquanto elemento principal no aparecimento das doenças que estavam na origem de grandes epidemias como a tuberculose, em meados do século XX essa preocupação passou para o comportamento das pessoas enquanto elementos activos e responsáveis pelo processo adoecer ou ser saudável”.

É a partir da 2.^a Guerra Mundial, na sequência da publicação do estudo de Moris, Heady, Raffe, Roberts e Parks (citados por Pais-Ribeiro, 2004) sobre a relação entre a falta de actividade física no trabalho e a doença coronária e, mais tarde, da publicação do relatório de Lalonde, em 1974, que o comportamento humano assume enorme relevância na explicação das questões relacionadas com a saúde e com a doença.

Os estudos desenvolvidos desde então demonstram a relação existente entre comportamentos de saúde e os estados de saúde e facilitaram o desenvolvimento e aprofundamento do conceito de *Estilo de Vida*, de *Wellness* ou equivalente enquanto componente essencial na promoção da saúde e prevenção das doenças.

Como já vimos, a promoção da saúde é um processo que visa capacitar as pessoas de informações e conhecimentos sobre si, sobre as suas competências pessoais (genéticas, físicas e

psíquicas), que lhes permitam aumentar o seu potencial com vista a controlar mais eficazmente os determinantes da sua saúde, aumentando também a qualidade da sua vida.

Os comportamentos de saúde surgem frequentemente classificados como comportamentos positivos e negativos (Ogden, 1996). Um comportamento de saúde negativo ou comportamento de risco traduz-se em qualquer actividade praticada por indivíduos, com frequência ou intensidade tal, que conduza a um aumento de risco de doença ou acidente (Steptoe & Mardle, 1996). São exemplos de comportamentos de risco o tabagismo, uma alimentação rica em gorduras, ingestão de grandes quantidades de álcool, consumo de substâncias psicotrópicas ilegais ou fora de um contexto de vigilância médica, entre outros (Russel, 1986).

Um comportamento de saúde positivo ou comportamento de protecção (Matarazzo, 1984, citado por Ogden, 1996) é qualquer acção desenvolvida pelo indivíduo, qualquer que seja o seu estado de saúde real ou percebido, com o objectivo de promoção, protecção ou manutenção da saúde, quer esse comportamento seja ou não objectivamente eficiente para o fim (OMS, 1986).

O conceito de saúde positiva envolve, ainda, a capacidade de lidar com situações produtoras de stresse, a manutenção de um forte sistema de suporte social, integração na comunidade, moral elevada e satisfação de viver, bem-estar psicológico, e ainda bons níveis de saúde e aptidão física (Lamb et al., 1988; citados por Bowling, 1991).

O estudo dos comportamentos de risco e dos promotores da saúde, e os processos de afirmação de hábitos saudáveis e de extinção de comportamentos de risco, constituem um dos principais contributos da Psicologia da Saúde no âmbito da prevenção e da promoção da saúde (Martín, 1998; citado por Pacheco, 2005).

Actualmente sabemos que uma grande percentagem de doenças, sobretudo as crónicas, resultam de comportamentos inadequados para a saúde (Bennett, 2002; Doll & Peto, 1981;

Ogden, 1999), que as pessoas desempenham, em certa medida voluntariamente, ao longo da vida, e que o uso de drogas, a actividade sexual de alto risco e outros comportamentos potencialmente prejudiciais são importantes mediadores de processos de doença (Baum & Posluszny, 1999).

McQueen (1987, citado por Bennett & Murphy, 1999) refere inclusivamente quatro comportamentos que estão particularmente associados à doença – os “chamados quatro sagrados” – considerados como o abuso de tabaco, do álcool, a má nutrição e a falta de exercício físico.

Numa revisão de estudos realizada por Odgen (1996) foi examinada a relação entre os comportamentos de saúde e o estado de saúde. Foi possível verificar uma relação entre a prática de alguns comportamentos de saúde e um baixo nível de mortalidade, e consequente aumento de tempo de vida. Os comportamentos identificados incluíam tomar o pequeno-almoço todos os dias; comer raramente entre as refeições; ter ou estar próximo do peso recomendado; não fumar; não consumir álcool ou consumir moderadamente; e praticar actividade física regularmente.

Um estudo longitudinal, desenvolvido por Belloc e Breslow, em 1972 (citado por Matarazzo & Leckliter, 1988), identificou sete comportamentos altamente correlacionados com a subsequente saúde física e bem-estar do indivíduo: (1) sete ou oito horas diárias de sono; (2) tomar pequeno-almoço quase todos os dias; (3) nunca ou raramente comer entre as refeições; (4) dentro, ou próximo, do peso ajustado à altura; (5) nunca ter fumado cigarros; (6) consumo moderado ou ausência de consumo de álcool; (7) exercício físico regular. Ficou ainda demonstrado que, quanto menos destas rotinas positivas o indivíduo seguisse no ano de início do estudo, maior era o risco de vir a morrer nos quatro anos seguintes e, a prática diária dos sete aspectos referidos diminuía o risco de morte em quatro vezes, para os homens e, mais do dobro, para as mulheres.

Numa outra revisão de estudos realizada por Conner e Norman (1996) salienta-se o consumo de tabaco, o consumo de álcool, o não praticar actividade física, e uma má alimentação, como alguns dos precursores das doenças cardiovasculares e do cancro, que se constituem como a principal causa de morte nos países ocidentais.

Isto é particularmente evidente quando se pensa nas principais causas de doença e incapacidade previstas para os próximos 25 anos (Murray & Lopes, 1997; citado por Teixeira et al., 2002), são a doença isquémica do coração, acidentes de viação, doenças cerebrovasculares, doença pulmonar obstrutiva crónica, tuberculose e infecção pelo VIH. Destaca-se, desta forma, a importância da promoção de estilos de vida saudáveis ou comportamentos de saúde como forma de aumentar as hipóteses de alcançar um bom estado de saúde.

Os dados de pesquisas epidemiológicas têm chamado a atenção para a importância de hábitos e para o estilo de vida (Pais-Ribeiro, 1998). Inclusivamente, algumas estimativas de causas de morte apontam que cerca de metade das mortes prematuras podem ser devidas a comportamentos inadequados ou ao estilo de vida, 20% a factores ambientais, 20% à biologia humana e 10% a cuidados de saúde inadequados (Pais-Ribeiro, 1998; Richmond, 1979). Soares (2005; citado por Pacheco, 2005) referindo números do Instituto Nacional de Estatística, assegurou que a primeira grande causa de morte em Portugal são as doenças cardiovasculares (39%), afirmando que estas doenças, são em grande medida, provocadas pelo estilo de vida.

É assim, possível argumentar que quase todas as actividades de um indivíduo têm impacto no seu estado de saúde, e por esse motivo o estudo dos comportamentos associados à saúde e os factores que os influenciam é essencial para o desenvolvimento de políticas de educação para a saúde, para a promoção da saúde e para programas de intervenção nos indivíduos e nas comunidades.

Desta forma na Psicologia da Saúde é necessária uma abordagem social e comunitária que permita compreender os comportamentos relacionados com a saúde em função de

contextos sociais e culturais, particularmente porque as oportunidades para fazer escolhas saudáveis nem sempre determinam que as escolhas sejam fáceis, uma vez que dependem em larga medida dos recursos materiais e sociais que o indivíduo dispõe, da informação que tem sobre a saúde, do seu nível de escolaridade e, até, da sua situação laboral (Hardey, 1998).

Brunh (1988), determina que os principais factores que podem influenciar os comportamentos de saúde podem ser agrupados em quatro categorias: (1) factores envolvimentoais, (2) culturais, (3) grupais e (4) pessoais. Os factores envolvimentoais estão relacionados, na maioria dos casos, com as políticas públicas e organizacionais e influenciam por um lado os comportamentos, atitudes e valores dos indivíduos relativos à saúde, e por outro, o tipo, a disponibilidade e acessibilidade dos serviços sociais e de saúde.

Os factores culturais estão associados aos valores inerentes à sociedade ou a determinados grupos sociais. Segundo Bruhn (1988), a saúde não é muito valorizada, sendo considerada um “bem” que pode ser “comprado” quando necessário. Na medida em que a saúde está aliada a um alto valor, a mudança de comportamentos não saudáveis torna-se muito difícil.

No que diz respeito aos factores grupais, Bruhn destaca a família e os grupos de pares como as principais fontes de influência a nível das atitudes e comportamentos relacionados com a saúde. Ao nível da família destaca-se entre outros aspectos, a relação entre o nível de educação dos pais e a sua preocupação com a aquisição de um estilo de vida saudável. Relativamente ao grupo de pares é destacada a pressão do grupo favorito na conformidade dos indivíduos relativamente à prática de alguns comportamentos de saúde negativos.

Por fim, os factores pessoais englobam, entre outros, as crenças relativas ao controlo pessoal e o conceito de *Hardiness*, que envolve três construtos, o empenho, a tendência para avaliar solicitações como desafios e não como ameaças, e o sentido de controlo sobre a sua própria vida (Kobasa, Maddi & Kahn, 1982; citados por Bruhn, 1988).

Ainda que saibamos que a saúde constitui um dos valores mais importantes, se não o mais valioso, para as pessoas no geral (Taylor, 1999), surpreendentemente, subsistem hábitos profundamente prejudiciais, como fumar ou ter um regime alimentar rico em gorduras (Ogden, 1999) colocando, desta forma, em risco a saúde e bem-estar.

Uma das questões principais, parece pois dizer respeito, aos factores subjacentes à não adesão aos comportamentos de saúde, considerados por vários autores como: (1) o papel dos modelos parentais e da aprendizagem por modelamento, já que, por volta dos onze anos, as crianças já adquiriram, por observação dos pais (Bennet & Murphy, 1999), uma base estável de crenças e de comportamentos de saúde, que tendem a converter-se em hábitos. Por exemplo, Taylor (1999) refere os dados obtidos por Leventhal e Cleary, que evidenciam que pais fumadores têm uma maior probabilidade de ter filhos que fumam, assim como os dados obtidos por Stunkard, que defende que pais obesos têm, com maior frequência, filhos obesos; (2) a falta de motivação para praticar bons hábitos de saúde, quer porque, no caso das crianças e jovens, a adopção precoce de comportamentos saudáveis não tem um efeito imediato para a sua saúde, uma vez que os indivíduos são geralmente saudáveis, quer porque o efeito negativo sobre o bem-estar resultante da adopção de comportamentos prejudiciais, como fumar, beber, ter uma vida sedentária, resulta de uma acção cumulativa, fazendo-se sentir mais tarde (Bennet & Murphy, 1999; Taylor, 1999); e finalmente, (3) o optimismo irrealista (Weinstein, 1983) dos indivíduos que, tendo por base um conjunto de crenças que lhes dão uma auto-percepção exagerada da capacidade para controlarem a sua saúde, estimam como pouco provável a possibilidade de virem a adoecer de uma doença grave, negligenciando, desta forma, a ameaça que os seus comportamentos possam ter sobre a mesma (Taylor, 1999).

Por outro lado, McQueen (1986; citado por Pais-Ribeiro, 1998), refere que as actividades rotineiras e habituais dispensam o processamento cognitivo complexo, sendo um hábito um padrão de acção caracterizado por automatismos, baixo nível de consciência, e

potencialmente independente de reforço, o que significa que estilos de vida prejudiciais como fumar, beber, ter uma vida sedentária, são comportamentos rotineiros, hábitos de vida, relativamente estáveis e previsíveis, que tendem a resistir à mudança.

A definição de Estilo de Vida tem evoluído ao longo dos anos, e ainda que alguns autores como Finotti (2004) e mais tarde Pacheco (2005) concordem em referir a pouca produção bibliográfica sobre este assunto, pelo menos de forma específica e sistematizada, tem-se verificado nos últimos anos um aumento do interesse e dedicação científica ao tema.

Inicialmente surgindo como tema de investigação em Sociologia e mais tarde no campo da Psicologia, os estilos de vida, são definidos por Sobel (1981) como um distintivo, ainda que reconhecível, modo de vida.

Em 1974, Lalonde, definiu este constructo como o conjunto de decisões individuais que afectam a vida do sujeito e sobre as quais tem algum controlo. Da mesma forma, Hettler (1982) considera o estilo de vida como processo activo através do qual o indivíduo se torna consciente e faz escolhas que conduzam a uma melhor existência, ou como um método integrado de acção visando maximizar as potencialidades do indivíduo no meio ambiente com que interage. Mas esta perspectiva individualista centrada no comportamento do indivíduo dá lugar a outras definições, mais complexas, que abordam os estilos de vida como um aglomerado de padrões comportamentais, intimamente relacionados, que dependem das condições económicas e sociais, da educação, da idade e de muitos outros factores (OMS, 1988). Os estilos de vida estão ligados aos valores, às motivações, às oportunidades e a questões específicas associadas a aspectos culturais, sociais e económicos (OMS, 1986). Não há um mas sim vários estilos de vida “saudáveis”, e a variedade estabelece-se em função do grupo onde o indivíduo está inserido e das suas próprias características pessoais, ou como diria Kotler (1997; citado por Finotti, 2004) é um retrato da pessoa por inteiro interagindo com o seu ambiente.

Dias et al. (2003; citados por Finotti, 2004) referem que o estilo de vida é o factor que identifica a maneira como a pessoa vive, qual é o seu traço pessoal no agir, na prática das actividades e no comportamento em geral. O estilo de vida reflecte o que as pessoas pensam de si mesmas e o que valorizam. Neste sentido, os estilos de vida são o resultado da multidimensionalidade dos indivíduos (Backett & Davison, 1995), sendo influenciados por diversos factores, como as opções disponíveis, as escolhas em função das normas pessoais, o auto-conceito, a personalidade, a qualidade de vida, entre outros.

A adopção de estilos de vida é um fenómeno sócio-cultural na medida em que os padrões comportamentais são resultantes dos valores e crenças do indivíduo e das oportunidades dos contextos sociais e económicos (Dean et al., 1995), mas é também um fenómeno grupal e pessoal.

Por outro lado, a personalidade, para autores como Engel et al. (1995) e Kotler (1997), enquanto conjunto de características de um sujeito que levam a respostas firmes e duradouras no seu ambiente, é considerada como um dos factores pessoais que mais influenciam a decisão do indivíduo no que respeita à adopção ou não de estilos de vida saudáveis.

Focando-se na trajectória de vida, para perceber porque é que alguns indivíduos se desenvolvem em direcção a ambientes promotores de saúde, enquanto outros fazem o percurso contrário, Friedman (2000; citado por Gonzalez & Pais-Ribeiro, 2004; p. 113) “relaciona estas diferenças inter-individuais com a predominância de diferentes dimensões de personalidade. Neste sentido, referiu o Terman Gifted Children Study, estudo longitudinal iniciado na segunda década do século XX com uma amostra maioritariamente constituída por pré-adolescentes, para afirmar que os participantes que foram assinalados como sendo mais populares e participativos (i.e., com elevados valores de Sociabilidade), tiveram menor longevidade que os seus colegas pouco sociáveis (Friedman et al., 1993; citados por Friedman et al., 2000), apresentando um risco superior de morte prematura na idade adulta e maior

propensão para crescerem como fumadores e consumidores de bebidas alcoólicas (Tucker et al., 1995; citados por Friedman, 2000)”.

Quanto à forma como os estilos de vida se relacionam com a qualidade de vida, importa referir que a qualidade de vida, para Rios e Fernández (1999; citados por Pacheco, 2005) está relacionada com a felicidade ou BES, sendo um conceito multidimensional associado à promoção da saúde, à prevenção da doença e à satisfação das necessidades humanas. Considerando a promoção da saúde como uma responsabilidade partilhada entre a sociedade civil e o indivíduo, a qualidade de vida depende da percepção por parte dos indivíduos de que (1) participam na gestão das suas vidas e da sua saúde, (2) as suas necessidades estão a ser satisfeitas e (3) não lhe estão a ser negadas oportunidades de alcançar felicidade e satisfação, não obstante o estado físico de saúde, ou condições sociais e económicas (Matos et al., 1996).

Mas, como já vimos, os estilos de vida, enquanto comportamento de risco ou de protecção, encontram-se intimamente relacionados com o estado de saúde dos indivíduos. Por exemplo, o consumo do tabaco, as dietas ricas em gorduras e o sedentarismo diminuem a esperança média de vida e a qualidade de vida, enquanto que o exercício físico ajuda a manter as capacidades funcionais dos indivíduos, mesmo em idades avançadas (Manton, 1989). Um estudo desenvolvido na Europa confirmou estes resultados, verificando que um estilo de vida saudável, caracterizado por não fumar, manter uma dieta saudável e praticar actividade física, reduz o risco de mortalidade e atrasa a deterioração da saúde em populações idosas (Haveman-Nies, Groot & Staveren, 2003).

Mas os estilos de vida são tão importantes para prevenir doenças como para lidar com elas. Sendo assim, a importância dos estilos de vida também se encontra reflectida nas doenças crónicas, como é o caso da diabetes e das doenças cardiovasculares, uma vez que intervindo nos estilos de vida destes pacientes, nomeadamente no regime alimentar (reduzindo a gordura)

e no exercício físico (tornando-o regular) (Clark, Hampson, Avery & Simpson, 2004; Elderen & Dusseldorp, 2001) estamos a contribuir para a saúde e qualidade de vida destes indivíduos.

Ainda que os estilos de vida tenham um grande impacto na saúde dos indivíduos, a sua influência não se resume à saúde física mas abarca também o BES.

Larson (1978; citado por Gonzalez & Pais-Ribeiro, 2004) afirma que a saúde tem uma grande influência no BES. Dzuka e Dalbert (2006) e Jesus (2006) confirmam esta asserção e sugerem que os estilos de vida têm impacto no BES, ainda que de forma indirecta, na medida em que ao contribuírem para a saúde física estão a contribuir para o BES.

Uma investigação recente, levada a cabo com estudantes da Universidade do Algarve (Ribeiro e Cruz, no prelo), permitiu concluir que os estilos de vida desempenham um papel relevante na explicação do BES, na medida em que revelam poder preditivo face à satisfação com a vida, aos afectos positivos e afectos negativos, o que significa dizer que a prática de um estilo de vida saudável aumenta os níveis de BES.

Estilos de Vida e Ciclos Vitais

A investigação tem demonstrado que desde muito cedo, as crianças conseguem aprender padrões comportamentais associados, quer à saúde, quer às doenças e torna evidente que muitos dos comportamentos relevantes para a saúde são iniciados na adolescência, como a actividade sexual, as escolhas alimentares, a escolha de exercício físico, o consumo de tóxicos e a condução de veículos. E são tais comportamentos que mais contribuem para a mortalidade e morbidade nesta fase do desenvolvimento (Parcel, Muraskin & Endert, 1988; citados por Silva & Afonso de Deus, 2005).

Por outro lado, considera-se que os comportamentos de saúde e estilos de vida na idade adulta são em larga escala o produto do desenvolvimento durante a adolescência (Jessor, 1982, citado por Wold, 1993), e ainda que para autores como Pais-Ribeiro (1998) os padrões

comportamentais relacionados com a saúde sejam de facto aprendidos muito cedo, a verdade é que se encontram profundamente associados à cultura, mudando devido a factores ligados ao desenvolvimento humano e à pressão cultural associada à idade.

Apesar desta evidência, vários têm sido os estudos desenvolvidos sobre os estilos de vida nos adolescentes, mas pouca tem sido a investigação direccionada para os jovens adultos.

O processo de transição da adolescência para a vida adulta é não raras vezes pautado pela transição do Ensino Secundário para o Ensino Superior, transição essa que acarreta como sabemos enormes desafios e fragilidades. Convém, pois analisar como os comportamentos de saúde se desenvolvem e modificam com a entrada para o Ensino Superior, tomando em consideração as influências oriundas dos principais contextos onde decorre o desenvolvimento destes jovens adultos, nomeadamente a instituição de Ensino Superior, a família e o grupo de pares.

A integração no ensino superior apresenta uma multiplicidade de novos desafios e problemáticas aos jovens estudantes, que nem sempre se encontram preparados para ultrapassar com êxito determinados obstáculos. Associado a uma fase desenvolvimental de ainda construção da personalidade e da autonomia, estes jovens adultos deparam-se com novas responsabilidades pessoais, sociais e académicas que implicam, muitas das vezes, a resolução de problemas no aqui e no agora. Por outro lado, é com a entrada no ensino superior que se verifica, na maior parte dos casos, um desenraizamento da família e dos amigos que lhes proporcionaram até então, estruturas de apoio, das quais agora se afastam. Este afastamento proporciona uma maior liberdade na ocupação dos tempos livres, assim como a integração num novo grupo de amigos. É o tempo das novas descobertas, que se traduzem, por exemplo, na possibilidade de saídas nocturnas mais frequentes e mais prolongadas. O contacto com a vida nocturna e a tensão provocada pela necessidade de adaptação a um novo contexto leva a

que muitos destes jovens tenham, nesta altura, a sua primeira experiência de consumo de drogas lícitas e/ou ilícitas.

De facto, ainda que o consumo de drogas ilícitas não constitua um fenómeno novo, a problemática do seu consumo no contexto do ensino superior tem sido pouco estudada.

Se bem que existem substâncias ilícitas consumidas regularmente no ensino superior, como é o caso da cannabis e do *ecstasy*, as drogas mais consumidas entre os estudantes são o álcool, especialmente durante as festas académicas, e o tabaco, verificando-se que os dois primeiros anos de frequência do curso, constituem, devido especialmente às tensões que derivam do processo de adaptação e à integração num novo grupo de amigos, um dos momentos para a iniciação tabágica. Prova do que acabámos de dizer são os resultados de algumas investigações como um estudo realizado por Precioso no final do ano lectivo 2001/2002, a 388 alunos do 1º ao 4º ano da Universidade do Minho, que revelou que, embora a maioria dos estudantes tenha começado a fumar no ensino básico e secundário, uma percentagem elevada de estudantes (cerca de 30%) começou a fumar na universidade, e um outro desenvolvido mais tarde na mesma Universidade (Precioso, 2004) e que chama a atenção para a prevalência de consumo do tabaco nas raparigas (34%) ser comparativamente superior à prevalência do consumo do tabaco nos rapazes (18%).

Também Faria, Carvalho, Chamorro e Rocha (2004), desenvolveram um estudo que envolveu 1017 estudantes do Instituto Politécnico de Beja (415 homens e 602 mulheres), e cujos resultados mostram que apesar da maioria da amostra (50,3%) referir nunca ter fumado, 25,4% fuma diariamente, 10 cigarros por dia (12,2%) ou entre 10-20 cigarros por dia (13%). No que diz respeito às razões para começar a fumar, a maioria dos alunos referiu a curiosidade (20.3%), como forma de gerir o stresse (10%), ou como resultante da influência dos amigos (9.6%).

Perante estes resultados, consideramos existir a necessidade de se desenvolverem programas preventivos mais eficazes no ensino básico e secundário, alargados ao Ensino Superior e de se investir também em programas de tratamento para os estudantes que já são dependentes do tabaco (Precioso, 2004).

Noutro estudo desenvolvido por Faria, Carvalho e Chamorro (2005), com uma amostra de 436 alunos a frequentar o Instituto Politécnico de Beja, o Instituto Superior de Serviço Social de Beja e o Instituto Superior de Psicologia Aplicada de Beja, verificou-se que a frequência de consumo habitual do tabaco (22,94%), assim como de consumo de café (35,23%), atingem, comparativamente a outras substâncias, como o álcool e a cannabis, valores mais elevados.

Para além disto, confirmou-se que em situações de stresse académico estes valores ainda aumentam mais, subida que não é acompanhada pelo consumo do álcool nem de outro tipo de substância.

De acordo com o estudo *Global Burden of Disease* (1996), financiado pela OMS e pelo Banco Mundial, o consumo de álcool representa uma ameaça para a vida e para a longevidade maior do que a relacionada com o tabaco (Ferreira & Lourenço, 2003).

O consumo excessivo de álcool e as suas consequências, são de acordo com a DGS (2004), um grave problema de saúde pública em Portugal, considerado como um dos maiores consumidores de álcool per capita do Mundo. O álcool está associado não só ao cancro, doença hepática crónica e cirrose hepática, como também à sinistralidade rodoviária, ao crime, e em geral, a todo o tipo de acidentes. Refere Brena (2003) que à medida que aumenta o consumo do álcool, aumentam consequências negativas em áreas da vida dos indivíduos como a amizade, as relações sociais, trabalho, estudo, oportunidades de emprego, felicidade e bem-estar.

No mesmo sentido, considera Carvalho (2003) que importa enfatizar que se considera que a utilização de quaisquer substâncias psicotrópicas por jovens tem consequências negativas a nível da estruturação da personalidade. No caso das bebidas alcoólicas, por regra, os consumos são descontinuados; isto é, não integram o padrão de dependência ou doença alcoólica mas o de consumo de risco ou abusivo, com consequências particularmente gravosas em termos de mortalidade e morbidade – acidentes de viação (em Portugal os mais graves verificam-se sobretudo aos fins-de-semana e envolvendo jovens adultos), comportamentos agressivos, patologias (graves) decorrentes de intoxicação alcoólica aguda (coma, hipoglicémia, hepatites, pancreatites e hemorragias digestivas agudas) e muito provável relação com a gravidez na adolescência (da qual temos a taxa mais elevada da UE).

Um ambicioso estudo desenvolvido por Comas, Aguinaga, Orizo, Espinosa e Ochaita (2003), sobre os estilos de vida dos jovens espanhóis urbanos entre os 15 e os 24 anos de idade, revelou que, tal como acontecia com o tabaco, a percentagem de sujeitos que afirmam beber álcool aumenta à medida que aumenta a idade. Da mesma forma confirma-se que a percentagem de rapazes consumidores de álcool é, de uma forma geral, superior do que a percentagem de raparigas. No entanto, importa referir que, quando o consumo é analisado tendo em conta o género e o dia da semana, as raparigas têm tendência a igualar ou mesmo suplantar os rapazes às sextas-feiras e aos sábados, para consumos moderados, o que significa que os jovens bebem fundamentalmente aos fins-de-semana, num contexto recreativo e que a prevalência do álcool nas raparigas está a aumentar, dados que são concordantes com resultados de outros estudos.

No que diz respeito ao consumo de álcool no ensino superior, num estudo desenvolvido por Faria, Carvalho e Chamorro (2004), já referido, concluiu que 60.1% dos alunos não consumiam álcool, e dos 39,6% que consumiam, a maioria fazia-o em dias de festa (48.6%), e os restantes aos fins-de-semana (15.1%). No que respeita à frequência do consumo, a

bebida mais procurada era a cerveja. Um outro estudo desenvolvido no ensino superior por Fuentes et. al. (1998, citados por Fuentes & Gómez, 2005), entre estudantes da Universidade de Barcelona, refere que apenas 6,9% do total da amostra (8,2% no 1.º ano e 5% no 5.º ano) referiu ser consumidor de bebidas alcoólicas, sendo o consumo mais frequente aos fins-de-semana em cerca de 47,8% para os rapazes e 36,2% para as raparigas, com resultados semelhantes entre o 1º e o 5º anos. Porém, focalizando a atenção no consumo de risco, constatou-se que 11,5% dos rapazes e 8,9% das raparigas ultrapassou o nível de segurança para um consumo semanal (280 gr/l e 168 gr/l, respectivamente), sem diferenças estatisticamente significativas. Entre os anos do curso, verificou-se uma maior percentagem de estudantes do 1.º ano (17%) que do 5.º ano (7%) a apresentarem um consumo de risco.

Ainda ao nível dos consumos, mas no que concerne às chamadas drogas ilícitas, uma investigação realizada por Galhardo, Marques e Cardoso (2004), desenvolvida com 518 indivíduos (182 rapazes e 336 raparigas) a frequentar cursos na Universidade e no Politécnico de Coimbra, mostrou que dos 263 (49,2%) estudantes que já tinham tido contacto com drogas, 183 (35,3%) consumiam cannabis, 7 anfetaminas (1,4%), 32 (4,8%) *ecstasy*, 8 (1,6%) LSD, 21 (4,1%) consumiam cogumelos mágicos, 9 (1,8%) cocaína e 3 (0,6%) heroína. A média de idades no primeiro contacto com drogas ilícitas oscila entre os 16,55 anos (DP=2,20) e os 19,17 anos (DP=2,04). Os estudantes fazem sobretudo uso das drogas em casa de amigos (31,4%), na sua própria casa e na companhia de amigos (27,1%) e em festas (18,6%), o que supõe, de acordo com as autoras, a utilização destas substâncias em contextos de recreação. De facto, quanto às razões que poderiam levar estes estudantes a consumir drogas ilícitas, das treze opções de resposta, 39,7% afirmaram concordar muito com a opção “Para se divertir”, o que está de acordo com o relatório do Observatório Europeu da Droga e da Toxicoddependência (OEDT, 2003), que considera que a maioria das pessoas que consome substâncias psicoactivas em locais

de diversão nocturna fá-lo por divertimento, existindo uma relação clara entre o consumo recreativo, a música e a vida nocturna.

Relativamente ao policonsumo, verifica-se que 57,1% dos inquiridos que respondeu consumir drogas ilícitas afirmou combinar estas drogas com álcool, enquanto os restantes (42,9%) consomem uma substância ilícita de cada vez.

Numa tentativa de avaliar a percepção de controlo que os estudantes que consomem consideram ter sobre o seu próprio consumo, as autoras verificaram que 90,4% dos estudantes que referiram consumir, quando confrontados com a natureza da sua relação com as substâncias, consideraram “Poder deixar de consumir quando quiser”, enquanto que dos 73 estudantes que responderam, 4 (5,5%) “Pensa em deixar de consumir, mas adia a decisão” e apenas 3 (4,1%) “já tentou deixar de consumir mas tem dificuldade em fazê-lo”.

Naturalmente que abordar o consumo das drogas no Ensino Superior, seja ao nível dos consumos, da prevenção ou do tratamento, implica considerar factores específicos associados a este contexto. De acordo com Fuentes e Gómez (2005) o Ensino Superior favorece a independência e a espontaneidade, dos seus alunos, que, de uma forma geral, principalmente nos primeiros anos de frequência do curso, não estão preparados para actuar de forma saudável perante a questão das drogas. Por outro lado, consumos como o álcool e o tabaco assumem-se como já vimos, como parte integrante da vida académica que estão presentes nas principais celebrações académicas, e não só, de uma forma disseminada. Da mesma forma, também outras drogas como a *cannabis*, cocaína ou drogas sintéticas, como o *ecstasy*, são consumidas por estes alunos, ainda que com menos frequência e em grupos mais restritos. Para além de todas estas desvantagens, o currículo académico continua a estar desenhado, em geral, para satisfazer necessidades académicas (teóricas e práticas), ainda que pareça começar a existir uma certa sensibilidade para a importância de se incluírem conteúdos sobre a educação e promoção para a saúde de uma forma geral, e sobre o fenómeno da droga em particular. De todas as

formas, ainda são poucos os planos de estudo que contemplam esta temática, e os que o fazem centram-se em aspectos demasiado genéricos.

Quanto às relações que se estabelecem entre o consumo de substâncias e os comportamentos sexuais de risco, um outro estudo conduzido com população universitária, (Zuckerman & Kuhlman, 2000; citados por Gonzalez & Pais-Ribeiro, 2004) mostrou que os comportamentos de consumo de álcool, tabaco, uso de droga e experiência sexual de risco estavam significativa e substancialmente intercorrelacionados entre si, em ambos os sexos, o que não foi considerado surpreendente, numa população universitária frequentadora de festas que envolvem muita bebida e/ou drogas, sendo também os locais em que os encontros sexuais se originam muitas vezes. Desta forma, os autores consideraram que os efeitos desinibidores do álcool e das drogas têm, provavelmente, um papel principal no envolvimento em comportamentos sexuais de risco. Por outro lado, o comportamento de jogo estava positivamente associado ao consumo de álcool e experiência sexual nos homens e, os hábitos de condução arriscada estavam positivamente associados apenas ao consumo de bebidas alcoólicas, em ambos os sexos, mostrando que esta pode ser função dos efeitos desinibidores do álcool.

Quanto à prática de actividade física, um outro estudo desenvolvido por Troyer, Ullrich, Yeater e Hopewell (1990; citados por Ángyán, Térczely, Mezey & Lelovics, 2003), teve como objectivo analisar os hábitos de actividade física e a condição física de alunos a frequentar o 2.º ano de medicina, uma vez que os autores consideraram que neste curso os estudantes possuíam conhecimentos sobre a importância da prática de exercício físico para a saúde. Os resultados mostraram, no entanto, a existência de um profundo antagonismo entre o nível de conhecimento sobre os benefícios da actividade física e a prática de actividade física, uma vez que mais de 50% dos alunos inquiridos não referiu praticar uma actividade física de forma significativa.

Quanto à alimentação saudável, todos sabemos, é consensualmente reconhecida como um dos principais factores na prevenção da doença e na promoção da saúde. Actualmente, as principais causas de morte no mundo, estão, de uma forma geral, associadas às doenças relacionadas com hábitos alimentares errados.

Segundo a OMS (2002), as doenças crónicas não transmissíveis (DCNT), tais como a doença cardiovascular, diabetes, cancro e doenças respiratórias são hoje as principais doenças que afectam a população mundial, sendo responsáveis por cerca de 60% da totalidade das mortes em todo o mundo. Esta situação actual reflecte uma alteração dramática dos hábitos alimentares e da actividade física em resultado da industrialização, urbanização, desenvolvimento económico e da globalização do mercado dos alimentos. Actualmente, outro dos problemas mais frequentemente relacionado com os estilos de vida é o excesso de peso. O excesso de peso severo ou obesidade é um factor de risco fundamental no desenvolvimento de muitas doenças crónicas como as doenças coronárias ou pulmonares, diabetes não insulino-dependente ou diabetes de tipo 2, hipertensão arterial e alguns tipos de cancro, assim como a morte prematura. Estudos científicos recentes, assim como dados das companhias de seguro de vida, indicam que os riscos para a saúde do excesso de gordura corporal estão associados a aumentos relativamente pequenos do peso corporal, e não apenas à obesidade caracterizada. Felizmente, tanto o excesso de peso como a obesidade são na sua grande maioria evitáveis por modificações adequadas do estilo de vida, especialmente ao nível da alimentação e prática de actividades físicas.

Estima-se que em Portugal existam cerca de 900 000 adultos obesos [índice de massa corporal (IMC = 30)] enquanto o número de pessoas com excesso de peso (IMC = 25) ascende a quase metade da população (Pereira et al., 2000; citado por Pereira & Mateus, 2003). Ainda de acordo com estes autores, é provável que ao longo dos próximos anos o problema venha a agravar-se, com consequências assinaláveis para os serviços de saúde e para a sociedade

portuguesa em geral, principalmente se não desenvolvermos programas de aconselhamento alimentar e prevenção da obesidade em crianças e jovens, uma vez que como comprovam estudos sobre a obesidade irreversível, como o estudo longitudinal de Freedman e Khan (citados por APN, 2006), que concluiu que 77% das crianças e jovens obesos entre os 2 e os 17 anos de idade permaneceram obesos durante a idade adulta (18-37 anos), não combater a obesidade nas crianças e jovens é correr o sério risco de ter adultos obesos.

Em suma, importa dizer que a adoção de estilos de vida saudáveis é uma tarefa para toda a vida, tornando-se por este motivo importante intervir em várias áreas e momentos da vida dos indivíduos, sendo a frequência de um curso superior e de todos os aspectos a ele associados, como já vimos, um desses momentos fundamentais.

CAPÍTULO 3 - TRANSIÇÃO E ADAPTAÇÃO NO ENSINO SUPERIOR

Procuraremos abordar neste capítulo, os desafios académicos e desenvolvimentais decorrentes do processo de transição e adaptação ao Ensino Superior, especialmente em alunos de primeiro ano e a forma como estes se relacionam com o sucesso académico, a saúde e o bem-estar.

Desafios inerentes ao Processo de Transição e Adaptação ao Ensino Superior

A determinação do momento no ciclo de vida em que termina a adolescência e inicia a idade adulta nunca foi claro nas sociedades ocidentais e actualmente, com o prolongamento do tempo de formação, dificuldades de emancipação profissional e financeira em relação ao agregado familiar e com tantas outras mudanças socioculturais numa sociedade que é tida por alguns como adolescêntica (Anatrella, 1991), a transição tornou-se mais complexa e morosa, dando lugar ao aparecimento de um novo período do desenvolvimento humano.

Este novo período, designado de jovem-adulto é particularmente vivenciado pelos alunos que frequentam o Ensino Superior, especialmente aqueles que se encontram a frequentar os primeiros anos, podendo constituir-se como elemento ameaçador ou momento gerador de mudança e de novas aquisições e reestruturações pessoais, com importante reflexo no desenvolvimento cognitivo e psicossocial.

Espaço de transição entre a família e o poder ficar só, entre os amigos de infância e a oportunidade de conhecer e fazer novos amigos, espaço feito de partidas e chegadas, de desafios que se colocam a vários níveis, reactivando anteriores conflitos e vulnerabilidades, mas abrindo também lugar para a sua elaboração e superação, a transição para o Ensino Superior assume-se como uma experiência única que coloca ao jovem-adulto expectativas, tarefas e desafios novos e complexos.

A par das mudanças desenvolvimentais operadas neste novo momento do ciclo de vida, o processo de transição do Ensino Secundário para o Ensino Superior confronta o estudante

com a resolução em simultâneo de um conjunto de tarefas que de acordo com vários autores (Almeida, Soares & Ferreira, 2000, Baker, McNeil & Siryk; 1985; Creamer, 1990; Evans, Forney & Dibritto, 1998; Gonçalves & Cruz, 1988; Gordan, 1995; Komives, Delworth & Woodard, 1996; Scwitzer, Ancis & Griffin, 1998; Upcraft & Gardner, 1989) se distribuem por quatro domínios principais: (1) *académico* (o ensino superior requer, face à especificidade dos sistemas de ensino e avaliação, novas competências de estudo e estratégias de aprendizagem e níveis mais elevados de organização e envolvimento por parte dos alunos); (2) *social* (a transição para o ensino superior promove o desenvolvimento de padrões de relacionamento interpessoal mais maduros na relação com a família, professores e colegas, pessoas do sexo oposto e figuras de autoridade); (3) *pessoal* (o percurso académico deve potenciar a aquisição de um auto e hetero conceitos positivos, a promoção de afectos positivos, o estabelecimento de um forte sentido de identidade, promoção de interesses pessoais e de estilos de vida saudáveis) e (4) *vocacional/institucional* (a experiência no meio académico requer o desenvolvimento de uma identidade vocacional, resultante, como diria Coimbra de Matos [1986:40], da “passagem de um mundo oferecido e imposto para um mundo escolhido e criado” constituindo-se como espaço de exploração ou reexploração de um projecto vocacional e profissional).

Estes domínios também se encontram expressos no modelo de desenvolvimento psicossocial de Chickering, que se baseia na assumpção de que cada estágio do desenvolvimento humano é definido pela emergência de vectores de desenvolvimento que “favorecem a individuação, a descoberta e o refinamento do modo único de ser” (Chickering & Reisser, 1993; p. 35) e que atingem a sua expressão máxima durante os anos de frequência do Ensino Superior. O sucesso da sua conclusão dependerá da confluência de factores psicológicos, biológicos e sociais, cabendo às Instituições proporcionar aos estudantes um ambiente estimulante, diversificado e desafiante, promotor de crescimento e desenvolvimento psicossocial (Chickering & Reisser, 1993; p. 41).

Os vectores referidos por Chickering são: 1) tornar-se competente (as dimensões são de ordem intelectual, física e interpessoal e o sentido de competência resulta de um sentimento de confiança que se constrói à medida que o aluno lida com os acontecimentos de vida, gere os seus problemas e obtém êxito na resolução das suas tarefas); 2) Gerir as emoções (depende dos objectivos pessoais, planos de futuro e aspirações do aluno exigindo processos reflexivos e interiores); 3) Desenvolver a autonomia em direcção à interdependência (engloba a independência emocional – redução da necessidade de afecto, segurança e aprovação por parte dos outros, especialmente dos pais; a independência instrumental – capacidade para conduzir actividades e resolver problemas de modo auto-orientado, sem precisar de apoio ou ajuda permanente; e o reconhecimento da interdependência – conduz ao desenvolvimento da autonomia e significa uma percepção mais clara das responsabilidades perante a própria vida); 4) Desenvolver as relações interpessoais (envolve a capacidade de tolerância e apreciação das diferenças individuais e a capacidade para a intimidade); 5) Desenvolver a identidade (depende da integração dos vectores anteriores e é considerada a principal tarefa do jovem-adulto); 6) Desenvolver um sentido de vida (capacidade crescente de estabelecer prioridades e formular planos de acção vocacionais, pessoais ou recreativos e interpessoais) e; 7) Desenvolver a integridade (engloba a humanização dos valores, a personalização dos valores e o desenvolvimento da congruência entre crenças e comportamentos).

Este período surge, assim, como uma experiência de transição desenvolvimental, que exige a resolução destas tarefas normativas da juventude e a construção de um estilo de vida e de um projecto para essa mesma vida e neste contexto, o Ensino Superior tem um papel central, diversificando as experiências sociais, culturais e intelectuais, ajudando os estudantes a ajuizar acerca do que é certo e errado numa situação particular, confrontando-os com conflitos, conduzindo-os a fazer escolhas difíceis, promovendo o uso da evidência e da experimentação.

A investigação tem sugerido que os desafios deste novo contexto educativo estão na base de várias dificuldades psicossociais que se reflectem na qualidade da adaptação, aprendizagem e desenvolvimento dos estudantes, especialmente do primeiro ano (Diniz, 2001, 2005; Ferreira & Ferreira, 2005; Pascarella & Terenzini, 1991; Santos & Almeida, 2000), aspecto que tem justificado que os alunos que frequentam o Ensino Superior em geral, e os que ingressaram pela primeira vez em particular, tenham sido assumidos como uma população-chave no estudo dos processos de transição/adaptação em contexto académico, tanto no plano internacional da investigação (Pascarella & Terenzini, 1980, 1991, 1992; Pascarella, Edison & Nora, 1996; Ting & Robinson, 1998; Tinto, 1987; Upcraft & Gardner, 1989; Wintre & Sugar, 2000) como mais recentemente no plano nacional (Almeida, Soares & Ferreira, 2000; Faria & Santos, 1998; Lencastre, Guerra, Lemos & Pereira, 2000; Martins, 1998; Pereira et al., 2004, 2005; Santos, 2001; Santos & Almeida, 2000; Soares, 1998; Tavares, Santiago & Lencastre, 1998, 1999; Tavares, Santiago, Taveira, Lencastre & Gonçalves, 2000). Os resultados destas investigações têm indicado que mais de metade dos estudantes que ingressam no Ensino Superior revelam dificuldades nesta transição (Leitão & Paixão, 1999), que as taxas de insucesso e abandono neste primeiro ano são elevadas (Broonen, Pireaux & Wlagraffe, 1994; Van Vracem & De Ketele, 1983), que a qualidade da integração/adaptação académica é a variável-chave na tomada de decisão dos estudantes em desistir ou permanecer na Instituição (Bean, 1985; Tinto, 1993), que a percepção do grau de integração/adaptação se encontra positivamente correlacionada com o sucesso académico objectivo (Tavares, Santiago, Taveira, Lencastre & Gonçalves, 2000) e que os níveis de psicopatologia nesta população têm aumentado drasticamente nos últimos anos (Stone & Archer, 1990), compreendendo doenças psiquiátricas, distúrbios do comportamento e dificuldades psicológicas e sociais, que podem ter efeitos seriamente perniciosos na capacidade de os estudantes prosseguirem os seus estudos adequadamente.

Tais constatações determinam que o primeiro ano de frequência no Ensino Superior seja conceptualizado como um período crítico, potencializador de crises e/ou desafios desenvolvimentais e como o factor determinante dos padrões de desenvolvimento estabelecidos pelos jovens ao longo do seu percurso académico (Almeida, Soares & Ferreira, 2000, Bastos, 1998; Bastos & Gonçalves, 1996; Heath, 1968; Pascarella & Terenzini, 1991) podendo inclusivamente influenciar negativamente a qualidade de inserção profissional dos recém-licenciados, assim como o envolvimento futuro em processos de aprendizagem ao longo da vida (Tavares et al., 1999) e provam que o processo de transição/adaptação ao Ensino Superior deve ser conceptualizado como complexo, multifactorial, preditor do rendimento académico, do desenvolvimento académico e psicossocial do aluno (Clarke, 1998), do seu sucesso académico, saúde e bem-estar.

Transição/Adaptação ao Ensino Superior, Sucesso/Insucesso Académico, Saúde e Bem-Estar

Como já vimos, se o processo de transição/adaptação ao Ensino Superior pressupõe desafios, nem sempre estes são geradores de mudança, podendo estar na origem de problemas de saúde e no bem-estar geral dos alunos, assim como pode ter repercussões no seu sucesso académico.

Entendemos saúde numa perspectiva holística, englobando questões como saúde mental e emocional, auto-cuidado em saúde, alimentação, sexualidade, condição física, uso e abuso de substâncias lícitas e ilícitas, controlo e gestão do stress e sensibilidade para o meio ambiente e para a segurança rodoviária (Dolgener & Hensley, 1998; Pereira, 2004; Pereira et al., 2006; Pais-Ribeiro, 2004).

Entendemos também sucesso académico numa perspectiva mais lata, como dependente não só de factores académicos mas também de factores não menos importantes como a competência sócio-relacional (adaptação e inserção no contexto académico, investimento

relacional e social) e factores de ordem biopsicológica (saúde física e psicológica, qualidade de vida e bem-estar e satisfação com a vida) (Lencastre, Guerra, Lemos & Pereira, 2000).

Começemos pelas questões relacionadas com a adaptação, saúde e o bem-estar. São muitas as referências na literatura ao mal-estar dos cidadãos das sociedades actuais civilizadas (Everly, 1989; Jesus, 1996, 1999; Jesus et al., 2000; Vaz Serra, 1999), agravadas pelo stresse sentido, instabilidade de vida profissional e problemas familiares, entre outros.

O aumento verificado nos últimos anos de doenças cardiovasculares, psicossomáticas e de perturbações psicológicas, como a ansiedade e depressão, na maioria das vezes associada a uma expressão somática, são exemplos de uma possível relação com os estilos de vida a que as pessoas estão submetidas. Da mesma forma, a adopção de estilos de vida de risco, como o abuso de álcool e outras drogas, parece ser utilizada como uma estratégia de coping desajustada (Costa & Leal, 2006), que tem subjacente em muitos casos, um sofrimento psicológico de carácter ansioso ou depressivo (Goleman, 1997; Légeron, 1993) decorrente das circunstâncias de vida actuais. De facto, a maioria dos problemas de saúde e de doença prendem-se com as exigências da sociedade actual onde a competitividade e a urgência temporal atribuem cada vez mais pressão aos indivíduos. Várias têm sido as investigações sobre stresse no trabalho, nos profissionais de saúde (McIntyre, 1994), nos profissionais que trabalham por turnos (Silva & Silvério, 1997), entre outros. Também os estudantes que frequentam o Ensino Superior estão sujeitos a vários tipos de stresse (Lencastre, Guerra, Lemos & Pereira, 2000) e se considerarmos a adaptação ao Ensino Superior como um processo gerador de stresse, como defendem Wintre e Sugar (2000), facilmente podemos assumir que ele se possa constituir, para os alunos menos resilientes, como fonte de solidão, desinteresse, e por vezes, de depressão (Cutrona, 1982; Pascarella & Terenzini, 1980; Ponciano & Pereira, 2005; Tinto, 1987; Tracey & Sedlacek, 1985) e responsável pela adopção de estilos de vida de risco.

Se bem que a qualidade da adaptação ao Ensino Superior dependa de questões relacionadas com a aprendizagem e o desempenho académico, ela também depende, em grande parte, das competências pessoais e sociais para a gestão dos relacionamentos interpessoais que, por sua vez, parecem estar relacionados com a adopção dos estilos de vida.

Por um lado, o clima institucional de competição e a pressão para que se atinjam bons resultados académicos faz aumentar o número de estudantes que experienciam o medo do fracasso, o sentimento de incompetência para usar o próprio potencial intelectual e a ansiedade perante situações de avaliação (Bell et al., 1994; Rytke et al., 1994), por outro lado, o relacionamento com os colegas representa uma das áreas de maior preocupação dos novos estudantes (Chickering & Reisser, 1993; Erickson, 1968). Se bem que a relação com os pares ajude a superar as dificuldades inerentes ao processo de transição que implica desinvestimento e dissolução de relações pré-ensino superior com a família e amigos, nem sempre experienciadas de forma positiva (Kenny, 1987a, 1987b, 1990; Kenny, & Donaldson, 1991), também é certo que o passar muito tempo a socializar com os colegas (Terenzini, Pascarella, & Blimling, 1996) pode contribuir para a aprendizagem de novos estilos de vida, muitas das vezes associados ao exagero do consumo de álcool e outras drogas que dão origem a vários problemas académicos e a riscos para a saúde (Prendersgast, 1994; Sands, Archer, Jr., & Puleo, 1998). De facto, os jovens, população na qual se incluem os estudantes que frequentam o Ensino Superior, constituem um grupo de risco, pela prevalência de desordens alimentares, ausência de actividade física, consumo de substâncias nocivas, com particular incidência para o álcool e na prevalência de acidentes (Pereira et al., 1999; 2006), estilos de vida que colocam em risco a preservação da saúde a longo prazo.

Quanto às relações entre o sucesso académico, a saúde e o bem-estar, importa referir um estudo realizado com alunos de primeiro ano da Universidade do Porto (N=494), incluído numa investigação mais abrangente que envolvia outras Universidades do país (Lencastre et al.,

2000). Este estudo encontrou uma correlação positiva entre o sucesso académico objectivo (entendido como percentagem de disciplinas com aprovação) e a percepção subjectiva de bem-estar (entendida como satisfação com a vida em geral) altamente significativa ($r = 0,158$, $p = 0,001$). As autoras mediram ainda a correlação entre a percepção do grau de adaptação à universidade e o sucesso académico objectivo ($r = 0,121$, $p = 0,007$), a satisfação com a vida ($r = 0,378$, $p = 0,000$) e com várias medidas subjectivas de sucesso no domínio sócio-relacional (satisfação com os colegas: $r = 0,345$, $p = 0,000$; satisfação com o ambiente social: $r = 0,363$, $p = 0,000$; satisfação com o ambiente geral de trabalho: $r = 0,354$, $p = 0,000$; e satisfação com o acolhimento: $r = 0,407$, $p = 0,000$). Para além destes resultados o estudo considerou importante contemplar a avaliação de problemas de atenção/concentração, ansiedade, depressão, mal-estar físico (dores de cabeça, cansaço, perturbações do sono e da alimentação, entre outros), comportamentos agressivos, abuso de álcool, abuso de fármacos e abuso de drogas ilícitas.

Os resultados obtidos levaram a concluir que nos cursos de maior sucesso, considerados como aqueles em que mais de 50% dos alunos obtiveram aprovação em mais de 50% das disciplinas, o problema mais presente é o mal-estar físico, enquanto que nos cursos de maior insucesso académico, considerados como aqueles em que mais de 50% dos alunos não foram aprovados em 50%, ou menos, das disciplinas, os problemas mais relevantes são baixos índices de atenção/concentração, comportamentos agressivos e abuso de álcool, de fármacos e de drogas ilícitas. No que respeita à ansiedade e depressão as frequências são semelhantes nos cursos de maior sucesso e insucesso, se bem que outros autores tenham obtido resultados que indicam que os estudantes com piores resultados escolares estão mais deprimidos, têm menor auto-estima e menor capacidade de se projectarem no futuro (Dias, 1996).

Importa pois referir a importância das transacções que se estabelecem, tendo por base as perspectivas mais transaccionais no estudo do desenvolvimento humano (Lowenthal &

Pierce, 1975; Neugarten, Moore & Lowe, 1965; Pearlin, 1982; Schlossberg, 1981, 1998), entre as características pessoais dos estudantes e as características ambientais do contexto organizacional e a forma como estas afectam a qualidade do desenvolvimento experienciado pelos estudantes. Do conjunto das teorias que abordam o papel do meio ambiente das Instituições de Ensino Superior na adaptação, desenvolvimento académico e psicossocial do estudante, merecem particular destaque as contribuições de alguns autores como Astin (1984, 1991, 1993) e Pascarella (1991, 1992).

Astin foi um dos primeiros autores a propor um modelo de impacto do Ensino Superior, designado de “teoria do envolvimento” que defende que “a aprendizagem e o desenvolvimento estão ligados a algo como viver no *campus* e frequentar o ensino superior a tempo inteiro, porque os estudantes tendem a investir mais tempo e mais energia física e psicológica na experiência educacional” (Astin, 1993; p.13-14). Desta forma, na perspectiva de Astin (1993) o resultado da aprendizagem é directamente proporcional à quantidade e qualidade do envolvimento do aluno, envolvimento que decorre do investimento de energia física e psicológica e que ocorre ao longo de um contínuo. Este envolvimento não se confina ao estudo e às actividades em contexto de sala de aula, mas antes resulta do investimento em actividades realizadas dentro e fora da sala de aula e por este motivo, Astin considera que um aluno altamente envolvido é aquele que despense muita energia a estudar, passa muito tempo no *campus*, participa activamente nas organizações estudantis e interage frequentemente com colegas e membros da instituição. Na sua opinião, a eficácia de qualquer política ou prática educacional está relacionada com a capacidade de aumentar o envolvimento dos alunos, sendo importante dar especial atenção ao “currículo implícito” que inclui “o processo de organização dos *curricula* de um curso, os métodos de ensino usados, o modo como se avaliam os alunos, o modo como se desenvolvem as actividades na instituição, a interacção entre os colegas no desempenho da profissão” (Astin, 1991; p.136).

Também Pascarella (1991) desenvolveu um modelo de impacto que parte das características estruturais da instituição e do envolvimento em geral. O que é decisivo e crucial no modelo deste autor não é tanto o que o Ensino Superior oferece e faz aos estudantes, mas o modo como os estudantes exploram os programas, as pessoas, as oportunidades e as experiências que as Instituições colocam à sua disposição.

Estes aspectos diferenciais, quer no domínio académico, quer no domínio biopsicossocial, apontam para a importância de uma adaptação bem sucedida ao Ensino Superior e para a influência desta variável no sucesso académico, saúde e bem-estar dos alunos.

No conjunto, todos estes factores (individuais, contextuais e desenvolvimentais), associados ao processo de transição/adaptação ao Ensino Superior e aos estilos de vida, assumem especial importância e influência na conquista do sucesso académico.

Normalmente, supõe-se que os alunos, dado o seu nível de desenvolvimento esperado, sejam capazes de gerir, por si próprios, os desafios com que se confrontam, e talvez por este motivo a promoção do desenvolvimento pessoal e social do aluno não apareça devidamente explicitada nos currículos e nas práticas das Instituições do Ensino Superior.

Alguns autores (Ting & Robinson, 1998) consideram mesmo o desenvolvimento pessoal dos estudantes como um indicador importante da sua adaptação académica, que implica o assumir responsabilidades pelos próprios actos, o lidar com a mudança, o desenvolver a autonomia, gerir o tempo e obter níveis adequados de auto-disciplina e a fazer face a situações indutoras de stresse (Santos, 2001).

Bastos (1993) defende que, numa instituição educativa, todos os agentes podem e devem criar condições para que seja possível a promoção e o desenvolvimento dos alunos. Desta forma, o ambiente académico deve conter um nível adequado tanto de desafio como de apoio aos estudantes (Conyne, 1987).

Pascarella e Terenzini (1992) sugerem às Instituições de Ensino Superior medidas para promover o bem-estar e o desenvolvimento dos estudantes que passam por propor o seu funcionamento em unidades de dimensões reduzidas que favoreçam a interacção social e a participação dos alunos em actividades extra-curriculares e em equipas desportivas. Estas sugestões baseiam-se no modelo proposto por Pascarella e assumem como principal objectivo criar espaços, dentro e fora da sala de aula, que sejam atractivos e que conduzam os estudantes a níveis elevados de interesse e satisfação.

Por outro lado, resultados das investigações realizadas com os alunos de primeiro ano, levam-nos a considerar que garantir um processo de transição e adaptação ao Ensino Superior de qualidade, assim como investir na promoção de estilos de vida saudáveis na população académica, cuja prevenção ou remediação passa pela mudança de atitudes e comportamentos, dependendo, além de factores pessoais e das suas interacções com o ambiente físico, social e cultural, da situação económico-financeira e das aprendizagens sociais (Tudor, 1996), permite intervir no combate a algumas das causas explicativas do insucesso académico (Auspaugh, Dinan, & Auspaugh, 1999; Conner e Norman, 1995; Morris & Schneider, 1991; Pereira, 2005; Pereira et al., 2006) e contribui para o bem-estar geral dos alunos.

Assim, qualquer intervenção promotora e facilitadora do processo de transição/adaptação, promotora de sucesso académico, saúde e bem-estar deve fomentar as competências académicas/vocacionais, relacionais, pessoais e a adopção de estilos de vida saudáveis e basear-se nos modelos de desenvolvimento psicossocial.

PARTE II _ESTUDO DE CAMPO

CAPTÍTULO 4 - CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS SOBRE A INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

A presente investigação é composta de dois estudos complementares: *Estudo 1-* Construção de um instrumento para avaliação dos estilos de vida dos estudantes do Ensino Superior e *Estudo 2-* Estudo empírico desenhado para responder às questões de investigação colocadas e testar as hipóteses formuladas.

Neste capítulo são abordadas as opções metodológicas, as principais questões que deram origem a este trabalho, as características dos participantes, as variáveis, as hipóteses e as características dos instrumentos de avaliação ou de medida dos estilos de vida, das vivências acadêmicas, sintomas psicopatológicos e da felicidade subjectiva.

Tipo de estudo

Estamos perante uma abordagem metodológica quantitativa (Tuckman, 2000; Pestana & Gageiro, 2001). Trata-se dum estudo empírico, de natureza exploratória, descritiva, transversal e correlacional, utilizando uma amostra composta por alunos a frequentar o 1.º ano do Ensino Superior, de ambos os sexos, como mais à frente se especifica.

Objectivos e Questões de Investigação

Uma grande percentagem dos alunos do ensino superior que solicitam apoio psicológico, fazem-no por questões que se prendem com problemas de adaptação ao contexto académico (Resapes, 2002).

A não existência, em nosso conhecimento, embora exista um número significativo de estudos sobre os processos de adaptação ao Ensino Superior, especialmente em alunos do

primeiro ano, de investigações que avaliem a influência das variáveis Estilos de Vida, Felicidade Subjectiva e Indicadores de Psicopatologia nesses processos de adaptação, sugeriu-nos a realização desta dissertação.

Procurámos, em primeiro lugar, compreender em que medida as variáveis externas (*idade, género, estado civil, curso e campus*) influenciavam a variável dependente qualidade da adaptação académica, na esperança de demonstrarmos a sua irrelevância em relação às variações dos resultados.

Procurámos ainda perceber até que ponto as variáveis designadas por nós como secundárias (*grau de discordância entre o curso desejado e o curso efectivamente conseguido e ser ou não ser trabalhador-estudante*) influenciavam a nossa variável dependente (qualidade da adaptação académica).

Todavia, a questão de investigação principal deste estudo foi a de compreender as relações de causalidade entre os estilos de vida, tal como foram medidos pelo QEVES, como variável independente, e a variância dos resultados a cada uma das dimensões e ao total do QVA-r (Questionário de Vivências Académicas reduzido).

Paralelamente, procurámos também perceber até que ponto as variáveis felicidade subjectiva e indicadores de psicopatologia (mal-estar psicológico) se correlacionavam entre si e de que forma, cada uma delas influenciava cada uma das dimensões do QVA-r.

Procurámos ainda perceber em que medida os estilos de vida mais ou menos saudáveis se relacionavam com a avaliação subjectiva que os alunos fazem da sua felicidade e com o seu mal-estar psicológico.

Hipóteses

As questões de investigação anteriormente enunciadas, foram formalizadas através das seguintes hipóteses:

H₁ – As variáveis sócio-demográficas (idade, género, estado civil, *Campus* e curso) não apresentam influência significativa nas variações da variável dependente: qualidade da adaptação académica.

H₂ – Os estudantes trabalhadores apresentam, de forma significativa, níveis de adaptação académica inferiores aos seus pares não trabalhadores.

H₃ – O grau de discordância entre o curso desejado e o curso efectivamente conseguido, influi negativamente na adaptação académica dos estudantes.

H₄ – Estilos de Vida mais saudáveis promovem, de forma significativa, melhores níveis de adaptação académica.

H_{4(a)} – Estilos de Vida mais saudáveis promovem, de forma significativa, melhores níveis de bem-estar físico e psicológico (dimensão Pessoal do QVA-r).

H_{4(b)} – Estilos de Vida mais saudáveis promovem, de forma significativa, melhores níveis de relacionamento interpessoal (dimensão Interpessoal do QVA-r).

H_{4(c)} – Estilos de Vida mais saudáveis promovem, de forma significativa, melhores níveis de adaptação ao curso, ao projecto vocacional e às perspectivas de carreira (dimensão Carreira do QVA-r).

H_{4(d)} – Estilos de Vida mais saudáveis promovem, de forma significativa, melhores níveis de competências de estudo, hábitos de trabalho, gestão do tempo e utilização de recursos de aprendizagem (dimensão Estudo do QVA-r).

H_{4(e)} – Estilos de Vida mais saudáveis promovem, de forma significativa, melhores níveis de interesse, satisfação, conhecimento e percepção da qualidade, relativos aos serviços e estruturas existentes na Instituição de Ensino Superior frequentada (dimensão Institucional do QVA-r).

H₅ – Estilos de Vida mais saudáveis determinam uma avaliação cognitiva mais positiva do bem-estar subjectivo.

H₆ – Estilos de Vida mais saudáveis diminuem os níveis de mal-estar psicológico, tal como ele é avaliado pelo Índice Geral de Sintomas do BSI.

H₇ – A avaliação subjectiva que os alunos fazem da sua felicidade varia em sentido contrário dos níveis dos indicadores de psicopatologia.

H₈ – Melhores níveis de felicidade subjectiva, induzem melhores níveis de adaptação académica.

H₉ – Níveis superiores de mal-estar psicológico, induzem níveis inferiores de adaptação académica.

H₁₀ – Em conjunto, as variáveis independentes consideradas neste estudo, isto é, estilos de vida, felicidade subjectiva e indicadores de psicopatologia (mal-estar psicológico), explicam de forma muito significativa a variância da qualidade da adaptação académica.

A forma como as hipóteses concorrem para dar resposta às questões de partida deste estudo, é melhor exemplificada através do modelo da figura 1, que a seguir se apresenta:

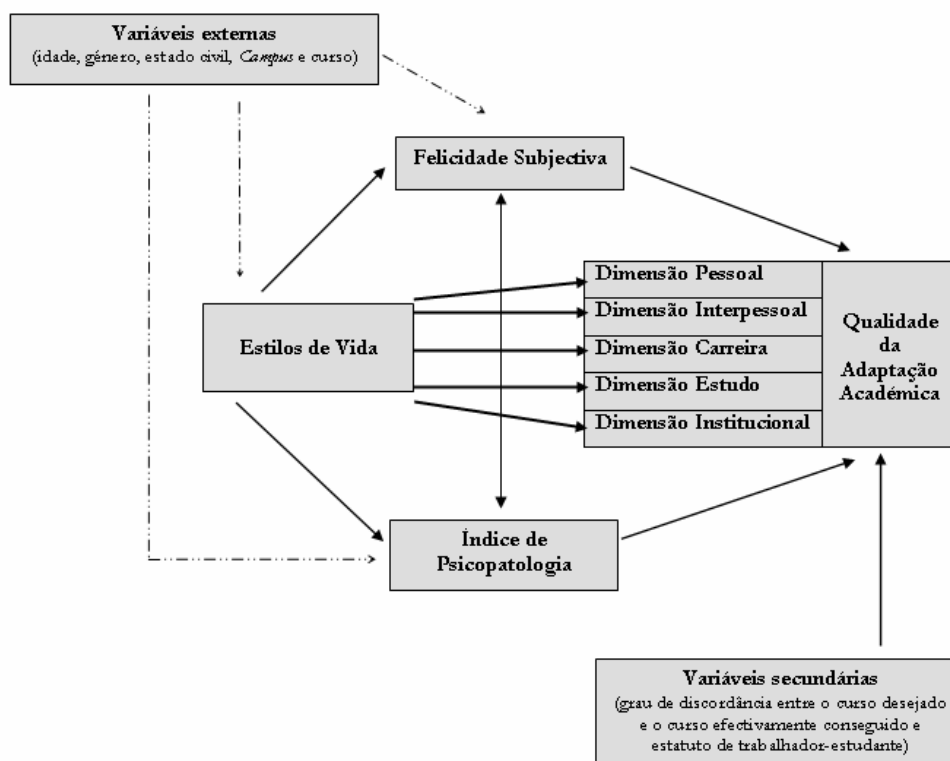


Figura 1 – Representação gráfica do modelo em estudo

Variáveis

Variáveis externas: idade, sexo, estado civil, *Campus* e curso.

Variáveis secundárias: estatuto e grau de discordância entre o curso desejado e o curso efectivamente conseguido (opção do curso).

Variáveis independentes: Estilos de Vida, Felicidade Subjectiva e Indicadores de Psicopatologia.

Variável dependente: Qualidade de Adaptação ao Ensino Superior

Amostra

Recorremos a uma amostra de conveniência composta por 266 estudantes, de ambos os sexos, a frequentar o 1.º ano de um número representativo de cursos do Instituto Politécnico de Beja e da Universidade do Algarve.

Características Gerais da Amostra

Tabela 1. Caracterização geral da amostra relativamente ao questionário sócio-demográfico

N = 266		
Idades: Média 21,59 (4,177); Min_18, Max_44		
<i>Variáveis</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
Género		
Feminino	158	59,4
Masculino	108	40,6
Campus		
Politécnico de Beja	187	70,3
Universidade do Algarve	79	29,7
Curso		
Engenharias	56	21,1
Ciências da Saúde	51	19,2
Ciências Sociais e Humanas	134	50,4

Ciências Biológicas	25	9,4
<hr/>		
<i>Estado Civil</i>		
Solteiro(a)	249	93,6
Casado(a)/União de facto	15	5,6
Divorciado(a)/Separado(a)	2	0,8
Estatuto		
Trabalhador-Estudante	34	12,8
Estudante	232	87,2
Opção do Curso		
1. ^a opção	186	69,9
2. ^a opção	42	15,8
3. ^a opção	21	7,9
4. ^a opção	7	2,6
5. ^a opção	9	3,4
6. ^a opção	1	0,4
<hr/>		

Com base na análise das variáveis socio-demográficas (externas e secundárias), concluímos que os participantes desta investigação se distribuía por cursos na área das Ciências Sociais e Humanas (50,4%), Engenharia (21,1%), Ciências da Saúde (19,2%), e Ciências Biológicas (9,4%), que frequentavam no Instituto Politécnico de Beja (70,3%) e na Universidade do Algarve (29,7%).

A amostra da presente investigação também se caracteriza por apresentar uma média de idades nova ($M = 21,59$, amplitude = 18-44, DP = 4,177), como podemos observar na tabela 1 e a distribuição etária revelou que 75,9% dos participantes tinham menos de 22 anos e que os restantes 24,1% tinham 23 ou mais anos de idade.

A amostra era ainda maioritariamente composta por estudantes do género feminino (59,4%), solteiros (93,6), sem estatuto de trabalhador-estudante (87,2%) a frequentar cursos que candidataram como primeira opção (69,9%).

Procedimentos Formais e Éticos

Com vista a garantir a viabilização do estudo foi dirigida aos Conselhos Directivos das Instituições de Ensino Superior abrangidas, uma carta de apresentação pormenorizada do âmbito e objectivos da presente investigação, solicitando autorização para a aplicação dos instrumentos de avaliação.

Os participantes da pesquisa tomaram conhecimento dos objectivos e condições gerais de realização desta pesquisa, através da assinatura do consentimento informado (Anexo A), cuja cópia foi oferecida. A recolha dos dados decorreu no ano lectivo de 2005/2006, nos meses de Maio e Junho, tendo a sua administração sido realizada de forma colectiva, em contexto de sala de aula, em tempos gentilmente cedidos pelos docentes. A cada estudante foi distribuída uma folha introdutória, na qual para além de uma breve apresentação da natureza e objectivo do estudo, se procurou motivar os estudantes para a investigação, realçando desde logo a importância da participação de cada aluno, traduzida no registo das suas opiniões em relação a um conjunto de afirmações, opiniões que se desejavam acima de tudo sinceras, não havendo, por isso, respostas certas ou erradas. Pretendeu-se reforçar o pressuposto de que a colaboração seria anónima, voluntária e confidencial, solicitando-se aos estudantes que respondessem a todos os itens e a todos os instrumentos de avaliação.

Instrumentos de Medida: descrição e características psicométricas

Questionário de dados sócio-demográficos

Construído pela autora com o objectivo de aceder aos dados sócio-demográficos dos sujeitos que integraram o estudo, era composto por questões destinadas a apurar a idade, o género, o estado civil, a instituição de ensino superior frequentada (*campus*), o curso, o estatuto e o grau de discordância entre o curso desejado e o curso efectivamente conseguido (opção do curso).

Questionário de Vivências Académicas – Versão Reduzida (QVA-r)

A versão definitiva do formato reduzido do QVA é constituída por 60 itens, distribuídos por cinco dimensões - pessoal, interpessoal, carreira, estudo e institucional – que foram privilegiadas por serem consideradas, na literatura e pelos autores, como “decisivas para a qualidade da adaptação académica dos estudantes” (Almeida, Ferreira & Soares, 1999; p.187). Assim, os autores seleccionaram os itens do QVA original que melhor saturavam nessas dimensões. O Quadro 1 sistematiza a informação relativa à estrutura dimensional do QVA-r e tipologia dos itens por dimensão, bem como os índices de consistência interna encontrados.

A dimensão *pessoal* inclui itens provenientes das subescalas de bem-estar psicológico, bem-estar físico, auto-confiança, autonomia e ansiedade face às situações de avaliação da versão longa do QVA. Esta conjugação de itens traduz-se numa dimensão dita mais pessoal e emocional da adaptação académica, formada por 13 itens associados às percepções pessoais de bem-estar e de autoestima, assim como outras facetas do *self* e da identidade do aluno.

Quadro 1. Dimensões do QVA-r (Almeida, Ferreira & Soares, 1999)

<i>DIMENSÃO</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>Itens</i>	<i>Alpha</i>
Pessoal	Inclui itens essencialmente associados ao <i>self</i> e às percepções de bem-estar, tanto físico como psicológico, por parte do estudante (itens 4; 9; 11; 13; 17; 21; 23; 26; 28; 39; 45; 52 e 55).	13	.87
Interpessoal	Inclui o relacionamento com os pares e o estabelecimento de relações mais íntimas, assim como aspectos relativos ao envolvimento em actividades extracurriculares (itens 1; 6; 19; 24; 27; 30; 33; 36; 38; 40; 42; 43 e 59).	13	.86
Carreira	<i>Inclui a adaptação ao curso, ao projecto vocacional e as perspectivas de carreira (itens 2; 5; 7; 8; 14; 18; 20; 22; 37; 51; 54; 56 e 60).</i>	13	.91
Estudo	Inclui as competências de estudo do aluno, os hábitos de trabalho, a gestão do tempo, a utilização da biblioteca e de outros recursos de aprendizagem (itens 10; 25; 29; 31; 32; 34; 35; 41; 44; 47; 49; 53 e 57).	13	.82
Institucional	Inclui o interesse pela instituição, o desejo de nela prosseguir os seus estudos, o conhecimento e a percepção da qualidade dos serviços e estruturas existentes (itens 3; 12; 15; 16; 46; 48; 50 e 58).	8	.71

O segundo factor reúne itens associados às relações com os pares, ao estabelecimento de relações de amizade e de intimidade e ao envolvimento em actividades extracurriculares de cariz eminentemente social e/ou associativo, sistematizados agora numa dimensão dita mais *interpessoal* da adaptação académica, a qual abarca 13 itens. Assim, e de acordo com Almeida, Ferreira & Soares (1999) “alguns itens prendem-se com o relacionamento interpessoal com amigos e colegas no quadro do próprio curso ou turma, enquanto outros têm mais a ver com o estabelecimento de relações íntimas e significativas” (p.192). Face aos conteúdos dos

seus itens, o terceiro factor procura avaliar, sobretudo, a adaptação ao curso e aos projectos de *carreira*. “Entendemos este terceiro factor como reflectindo uma dimensão da adaptação académica reportada ao curso, mas onde emerge claramente a carreira e o projecto vocacional dos estudantes inerentes ao próprio curso, e daí a designação escolhida de curso-carreira para esta dimensão” (Almeida, Ferreira & Soares, 1999, p.188). Formada por 13 itens, esta dimensão traduz a satisfação com a escolha do curso frequentado, as percepções de realização sócio-profissional com essa formação e a existência de um projecto vocacional relacionado com o curso.

O quarto factor abarca itens associados, sobretudo, aos métodos de *estudo* e à gestão do tempo. Os autores referem que apesar de, também aqui, encontrarmos itens relacionados com o curso, neste caso, os comportamentos avaliados reportam-se mais claramente às situações curriculares e de aprendizagem. Desta dimensão do QVA-r fazem parte 13 itens descritivos das competências e rotinas de estudo, da gestão do tempo, da utilização da biblioteca e de outros recursos de aprendizagem.

Por fim, o quinto factor integra um conjunto de itens mais directamente relacionados com a adaptação à instituição. Trata-se de uma dimensão *institucional* que reúne 8 itens associados “ao interesse do estudante pela instituição que frequenta, ao seu desejo de nela prosseguir os estudos ou ao conhecimento e percepção da qualidade dos serviços e estruturas que a instituição disponibiliza aos estudantes” (Almeida, Ferreira & Soares, 1999, p.195).

Todas as subescalas possuem itens positivos (cotados de 1 a 5) e negativos (cotados inversamente), sendo que a pontuação total pode variar de 60 a 300, de modo a que quanto maior for a pontuação em cada subescala mais positivas e satisfatórias

serão as vivências académicas em causa, ou seja, mais positivamente se pode concluir pela adaptação ou ajustamento do estudante ao novo contexto de ensino.

Uma análise dos valores de alfa de Cronbach das 5 dimensões do QVA-r permite-nos concluir que todas elas apresentam bons índices de consistência interna (quatro deles acima de .82), sendo o valor mais baixo de .71 para a dimensão institucional. Os resultados da análise factorial dos 60 itens do instrumento permitem-nos verificar que, “de um modo geral, os itens aparecem associados à respectiva dimensão, dando a esta a especificidade necessária a uma avaliação diferenciada dos cinco factores que se pretendeu estarem representados no QVA-r” (Almeida, Ferreira & Soares, 1999, p.197). Os cinco factores identificados explicam 41,7% da variância total.

Embora a generalidade dos estudos até agora realizados tenha incidido em alunos universitários dos primeiros anos de licenciatura, mais recentemente, têm sido desenvolvidas algumas investigações com alunos do ensino politécnico e com estudantes não exclusivamente primeiranistas (Machado & Almeida, 2000). Os vários estudos desenvolvidos quer com a versão integral, quer com a versão reduzida do Questionário de Vivências Académicas têm comprovado as boas qualidades psicométricas da escala, tanto em termos de validade como de fidelidade, apontando para correlações muito importantes com outros constructos de natureza psicológica, como sejam a auto-estima e a satisfação com a vida em geral.

Assim sendo, os vários estudos conduzidos com o QVA e o QVA-r já ultrapassaram a fase de construção e validação. Almeida, Ferreira & Soares (2003, p.119) referem que as duas versões “já se encontram bastante difundidas na investigação com estudantes do Ensino Superior, seja na análise da qualidade das

vivências académicas dos alunos, seja apreciando o impacto destas no rendimento, satisfação e desenvolvimento psicossocial dos estudantes”. Numa investigação recente desenvolvida por Seco et al. (2004) com estudantes do Instituto Politécnico de Leiria sobre a transição do Ensino Secundário para o Ensino Superior, as autoras confirmaram, com base na análise factorial em componentes principais seguida de rotação varimax, a estrutura de cinco factores obtida por Almeida, Ferreira e Soares (1999). Quanto à consistência interna, consideraram as dimensões *carreira*, *pessoal*, *institucional* e *estudo* com valores de alfa de .80 “muito adequados”, e para a dimensão *institucional*, com valor de alfa .77 “satisfatório”. Considerando que os factores encontrados “se revelam internamente consistentes, bem definidos pelos itens e logicamente congruentes com os referidos na literatura e encontrados noutros estudos de validação, o questionário parece apresentar características psicométricas que recomendam o seu uso como instrumento de investigação na área das vivências académicas adaptativas” (Seco et al., 2004, p. 53).

Brief Symptom Inventory (BSI)

Foi ainda utilizado o *Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Brief Symptom Inventory- BSI)*, desenvolvido por Derogatis em 1982 e validado para a população portuguesa por Canavarro (1999), com o objectivo de avaliar a sintomatologia psicopatológica dos estudantes.

Trata-se de um instrumento reduzido do Symptom Checklist (SCL-90-R), com 53 itens, de auto-resposta em que os sujeitos devem classificar o grau em que determinado sintoma os afectou durante a última semana. A escala é do tipo Likert,

em que a possibilidade de resposta vai desde *Nada* (1) a *Extremamente* (5), sendo que a pontuação total pode variar de 53 a 265.

O BSI foi desenvolvido para medir sintomas psicopatológicos que são avaliados em 9 dimensões de sintomatologia: somatização; obsessões-compulsões; sensibilidade interpessoal; depressão; ansiedade; hostilidade; ansiedade fóbica; ideação paranóide e psicoticismo. Ao mesmo tempo, o BSI permite ainda obter avaliações sumárias de perturbação emocional, através de 3 índices globais: Índice Geral de Sintomas (IGS) – corresponde à divisão entre a pontuação global obtida e o número total de respostas; Total de Sintomas Positivos (TSP) – calcula-se contando o número de itens que foram respondidos com um valor superior a zero e o Índice de Sintomas Positivos (ISP) – que se obtém dividindo a soma de todas as questões pelo Total de Sintomas Positivos e que, de acordo com Canavarro (1999) é o melhor discriminador entre indivíduos normais e aqueles que apresentam transtornos emocionais.

Todas as subescalas do BSI, excepto a subescala que avalia o psicoticismo, têm elevada validade de constructo (Derogatis & Cleary, 1977). Também os níveis de consistência interna para as nove escalas, com valores de alpha de .71 (Psicoticismo) e .85 (Depressão) e a sua estrutura factorial, avaliada na população em geral e em população clínica (que confirmam a estrutura dimensional subjacente à versão longa do SCL-90-R) são indicadores da unidade e consistência subjacentes (Canavarro, 1999; p.98).

Desta forma, as características psicométricas oferecem segurança para a aplicação do BSI que funciona como um bom indicador dos sintomas do foro psicopatológico, sendo igualmente um bom discriminador de saúde mental.

Para efeito da presente investigação, apenas utilizámos o Índice Geral de Sintomas, que é geralmente considerado um bom indicador dos níveis de patologia, tendo ainda em atenção que as várias dimensões clínicas do instrumento estão demasiado comprometidas com diagnósticos clínicos, não sendo o propósito desta investigação realizar alguma forma de estudo epidemiológico das perturbações clínicas, mas antes entender as relações de covariância entre o mal-estar psicológico e as outras variáveis em análise.

Escala de Felicidade Subjectiva

Como foi referido no enquadramento conceptual, o BES é um constructo multidimensional, composto por uma avaliação global da felicidade (componente cognitiva) e uma avaliação dos estados emocionais negativos e positivos (componente afectiva). A avaliação afectiva é mais influenciada por factores contextuais, enquanto que a avaliação cognitiva é mais estável ao longo do tempo. Do ponto de vista dos objectivos desta investigação interessava-nos mais a avaliação geral que os alunos faziam da sua felicidade, do que a avaliação dos seus estados emocionais actuais. Por essas razões e para não onerar o tempo necessário ao preenchimento dos instrumentos de avaliação, optámos por utilizar um único avaliador do BES, seleccionando naturalmente o indicador mais geral: a Escala de Felicidade Subjectiva. Esta Escala, originalmente designada de Subjective Happiness Scale (SHS), desenvolvida por Lyubomirsky (1999) e traduzida por Bertoquini e Pais-Ribeiro (2004), consiste numa escala de 4 itens que avaliam a componente cognitiva do BES, a satisfação com a vida. Dois dos itens pedem aos sujeitos para se caracterizar a si próprio, primeiro como caracterização absoluta e depois por comparação aos outros. Seguem-se então duas

questões relativamente a breves descrições de pessoas felizes e infelizes pedindo para o sujeito verificar em que medida se identifica com elas. Esta escala tem como ponto forte a sua brevidade, bem como a sua consistência interna que é de .77. De todos os itens, o item 4 revela-se o menos consistente de toda a escala, eventualmente pela sua formulação pela negativa (Bertoquini, 2007).

A resposta dos sujeitos é atribuída segundo uma escala de Likert de 1 a 7, sendo que a pontuação total pode variar entre 4 a 28, correspondendo de menos feliz a mais feliz com a vida.

Questionário de Estilos de Vida no Ensino Superior (QEVES)

Embora seja do nosso conhecimento a existência de outros instrumentos construídos com o objectivo de avaliar os Estilos de Vida das populações, como por exemplo o QACS (Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde) de Pais-Ribeiro (2004), nenhum deles nos pareceu adaptado ao objecto da nossa investigação e à especificidade da população que dela foi alvo. Neste sentido, tornou-se necessário construir um instrumento de raiz que nos possibilitasse obter informação sobre os Estilos de Vida dos alunos que frequentam o Ensino Superior e que abrangesse todos os indicadores de saúde considerados para este estudo. O *Questionário de Estilos de Vida no Ensino Superior*, na sua versão final é constituído por 36 itens que pretendem avaliar comportamentos de saúde e de risco¹ em jovens adultos a frequentar o Ensino Superior, compreendendo questões relativas aos quatro aspectos tradicionais dos estilos de vida (consumos de drogas lícitas e ilícitas, alimentação, exercício físico), mas também abrangendo outros domínios (comportamentos sexuais, hábitos de sono,

¹ O QEVES propõe-se avaliar o comportamento e atitudes dos indivíduos em áreas que a investigação tem demonstrado estarem associadas à saúde, é por excelência um instrumento de avaliação dos comportamentos de saúde e de risco.

gestão ocupacional, relacionamento interpessoal, comportamentos de segurança e auto-cuidado em saúde).

Trata-se de um instrumento unifactorial, de auto-resposta que utiliza uma *rating scale* de tipo-*likert* de 5 pontos (1=nunca; 2=raramente; 3=algumas vezes; 4=frequentemente e 5=sempre). A cotação faz-se através do somatório da pontuação em cada item. Os itens que se referem a estilos de vida não saudáveis (p. ex.: Acontece-me consumir drogas ilícitas) são cotados de forma inversa, como é o caso dos itens 3, 9, 10, 12, 14, 17, 18, 19, 26, e 32. Após o somatório de todos os itens obtém-se o valor total, que pode variar entre 36 e 180, sendo que quanto mais elevada for a pontuação mais saudáveis são os estilos de vida.

Apresentaremos, no capítulo seguinte, os resultados obtidos dos estudos psicométricos realizados com este instrumento.

Tratamento estatístico dos dados

Os dados obtidos foram tratados estatisticamente no programa SPSS (V. 14) para Windows.

Relativamente ao Estudo 1, foram cumpridos todos os passos do procedimento de construção de um instrumento de avaliação psicológica e efectuado o estudo de homogeneidade dos itens.

Foram utilizadas, em relação ao Estudo 2, estatísticas descritivas, correlacionais (Correlação de Pearson), estatísticas inferenciais (Regressão Linear Simples e Múltipla), testes paramétricos (T Student; ANOVA) e não paramétricos (Kruskal-Wallis).

CAPÍTULO 5 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Apresentaremos e discutiremos, neste capítulo, os resultados relativos ao *Estudo 1* (procedimentos de construção de um Questionário de Estilos de Vida no Ensino Superior) e *Estudo 2* (teste das hipóteses de investigação).

Estudo 1 – Análise das Características Psicométricas do QEVES

No âmbito do procedimento de construção do QEVES foi considerada a literatura na área e as reflexões de psicólogos ligados aos serviços de apoio psicológico no Ensino Superior, decidindo acerca da dimensionalidade do domínio de análise (constructo e população-alvo) e da abrangência dos indicadores para o representar (conteúdo e número de itens).

O cuidado tido com a validade de conteúdo do questionário (Haynes, Richard & Kubany, 1995) englobou a forma de resposta e a sequência de apresentação dos itens, bem como a elaboração das instruções a fornecer aos estudantes.

Com vista a apurar o grau de compreensibilidade dos itens que compõem o questionário, ao nível da formulação, significado dos itens e escala utilizada, foi aplicada uma primeira versão do instrumento a um grupo de estudantes do Ensino Superior.

Os 70 itens que o compunham foram aleatoriamente organizados e depois de se ter verificado a inexistência de problemas de ancoragem na sequência gerada, o questionário foi aplicado a uma amostra de 65 estudantes de 1.º ano do Instituto Politécnico de Beja.

A recolha dos dados decorreu em sala de aula, dispensado os professores, para o efeito, a parte final do seu tempo lectivo. Os estudantes foram previamente

informados dos objectivos do estudo, sendo garantida a confidencialidade dos dados por eles fornecidos.

No estudo da homogeneidade dos itens, os autores defendem que estes devem *ser capazes de captar aspectos diversos do mesmo atributo*, isto é, deverão constituir um todo homogéneo (Streiner & Norman, p.44).

Neste sentido, o estudo da homogeneidade dos itens foi realizado através de:

- (1) Determinação do coeficiente de correlação de Pearson dos diferentes itens com a nota global (permite avaliar se cada item se define como um bom operante do constructo geral que pretende medir);
- (2) Determinação do Coeficiente Alpha (α) de Cronbach, tanto para a globalidade dos itens como para o conjunto da escala após irem sendo extraídos, um a um, os vários itens (permite exprimir, enquanto medida da consistência global da escala, o valor referente a *todos os itens*, mas também se constitui como forma de tratamento *individual* de cada item);
- (3) Determinação da correlação “Par/Impar” (permite conhecer se uma das metades da escala é tão consistente a medir o constructo como a outra metade) e do Coeficiente de Spearman-Brown (permite corrigir o valor da correlação “Par/Impar”, uma vez que tratando-se de uma correlação entre duas versões mais pequenas da mesma escala a sua verdadeira fiabilidade fica subestimada);
- (4) Determinação da matriz de correlação dos diversos itens (permite avaliar a consistência global da escala e a existência de dimensões gerais subjacentes);

- (5) Comprovação de que a escala possui uma boa estabilidade temporal (permite avaliar se a escala está a medir um *traço* e não um *estado*).

Correlações de Pearson das diferentes questões com a nota global

No intuito de se proceder à elaboração de um instrumento de avaliação psicológica, é fundamental, de acordo com Pestana e Gageiro (2001) e Hill e Hill (2002), que se realize a análise da correlação item-total sem o peso do item em causa, permitindo assim uma avaliação mais adequada da variável em estudo elevando conseqüentemente o rigor do instrumento de pesquisa. De acordo com Streiner e Norman (1989, p.46), aceita-se como norma que são bons todos os itens que se correlacionam acima de 0,20 com a nota global, quando esta não contém o item.

Desta forma, iniciou-se a depuração do QEVES composto pelos 70 itens, pela análise da distribuição dos resultados dos itens (valores máximos e mínimos, média e variância) e das correlações item-total, tendo sido excluídos todos os itens que apresentavam correlações negativas com o total ($r \leq .20$), prejudicando desta forma a homogeneidade do instrumento quando estão presentes.

Optou-se ainda, tendo por base as sugestões dos estudantes relativas à formulação dos itens e escala de medida utilizada, por excluir itens e alterar a forma de resposta de “totalmente em desacordo” (1) a “totalmente em acordo” (5) para uma

rating scale de tipo-*likert* de 5 pontos que avalia a frequência, variando de “nunca” (1) a “sempre” (5).

Como resultado final obteve-se um Questionário de Estilos de Vida no Ensino Superior, composto por 36 itens (Quadro 2).

Quadro 2. Descrição dos 36 itens do QEVES

<i>Item</i>	<i>Nunca</i>	<i>Raramente</i>	<i>Algumas vezes</i>	<i>Frequentemente</i>	<i>Sempre</i>
1. Como fruta pelo menos 1 vez por dia.	1	2	3	4	5
2. Tenho amigos com os quais posso partilhar as minhas experiências significativas.	1	2	3	4	5
3. Consumo álcool em excesso (1 ou mais vezes por semana).	1	2	3	4	5
4. Pratico uma actividade física exigente (p. ex., natação, aeróbica, jogging), pelo menos duas vezes por semana.	1	2	3	4	5
5. Quando conduzo respeito os limites de velocidade.	1	2	3	4	5
6. Como peixe pelo menos 4 vezes por semana.	1	2	3	4	5
7. Quando preciso de apoio tenho a quem recorrer.	1	2	3	4	5
8. Controlo a minha tensão arterial.	1	2	3	4	5

9.	Acontece-me consumir drogas ilícitas.	1	2	3	4	5
10.	Fumo mais de três cigarros por dia.	1	2	3	4	5
11.	Procuro manter uma vida sexual satisfatória.	1	2	3	4	5
12.	Gosto de correr riscos, mesmo que possam por em causa a minha segurança.	1	2	3	4	5
13.	Vou ao dentista pelo menos uma vez por ano.	1	2	3	4	5
14.	Deito-me tarde (depois da uma da manhã).	1	2	3	4	5
15.	Procuro manter-me física e psicologicamente saudável.	1	2	3	4	5
16.	Faço exercício físico diariamente (p. ex. andar a pé ou de bicicleta).	1	2	3	4	5
17.	Acontece-me guiar quando bebo álcool ou viajar com um condutor que bebeu álcool.	1	2	3	4	5
18.	Acontece-me passar muitas horas sem comer.	1	2	3	4	5
19.	Costumo mudar de parceiro sexual.	1	2	3	4	5

Quadro 2 (cont.). Descrição dos 36 itens do QEVES

<i>Item</i>	<i>Nunc a</i>	<i>Rarame nte</i>	<i>Algumas vezes</i>	<i>Frequenteme nte</i>	<i>Sempre</i>
20. Costuma ser assíduo(a) e pontual em relação às minhas actividades académicas	1	2	3	4	5
21. Procuro manter uma imagem corporal satisfatória.	1	2	3	4	5
22. Durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado(a).	1	2	3	4	5
23. Coloco o cinto de segurança quando viajo de carro.	1	2	3	4	5
24. Tomo, diariamente, o número de refeições recomendadas (pequeno	1	2	3	4	5

	almoço, almoço, lanche e jantar).					
25.	Mantenho as minhas vacinas em dia.	1	2	3	4	5
26.	Bebo mais do que dois cafés por dia.	1	2	3	4	5
27.	Ocupo mais de 3 horas por dia com a Internet.	1	2	3	4	5
28.	Levanto-me cedo (entre as 7 e as 9 horas da manhã).	1	2	3	4	5
29.	Como legumes pelo menos 1 vez por dia.	1	2	3	4	5
30.	Dedico à minha actividade escolar, incluindo aulas, 5 ou mais horas por dia.	1	2	3	4	5
31.	Como cereais pelo menos 1 vez por dia.	1	2	3	4	5
32.	Acontece-me manter mais do que um relacionamento sexual ao mesmo tempo.	1	2	3	4	5
33.	Procuro integrar-me na comunidade em que vivo.	1	2	3	4	5
34.	Como lacticínios (leite, iogurte, queijo) pelo menos 1 vez por dia.	1	2	3	4	5
35.	Vou ao médico, pelo menos uma vez no ano, para controlar o meu estado de saúde.	1	2	3	4	5
36.	Bebo 4/5 ou mais copos de água por dia.	1	2	3	4	5

A Tabela 2 mostra-nos as correlações obtidas entre cada questão e a nota global quando esta contém o próprio item ou quando este é excluído. Uma vez que quando a nota global contém o próprio item a correlação é *inflacionada*, as correlações mais relevantes são as que dizem respeito à correlação do item com a nota global quando esta não contém este item específico.

Tabela 2. Correlação de cada item com a nota global (p=.000)

<i>Item</i>	<i>Média da Escala se o Item fosse eliminado</i>	<i>Variância da Escala se o item fosse eliminado</i>	<i>Correlação Item-Total</i>	<i>Item</i>	<i>Média da Escala se o Item fosse eliminado</i>	<i>Variância da Escala se o item fosse eliminado</i>	<i>Correlação Item-Total</i>
1	131,54	151,728	0,498	19	130,99	158,041	0,269
2	131,09	160,683	0,192	20	131,40	156,951	0,390
3	131,16	154,627	0,415	21	131,83	159,583	0,237
4	132,85	158,576	0,147	22	131,92	159,149	0,265
5	131,15	159,557	0,220	23	130,35	162,909	0,246
6	132,41	156,038	0,347	24	131,24	153,225	0,475
7	131,05	159,862	0,228	25	130,41	162,605	0,211
8	132,97	155,962	0,329	26	131,12	156,496	0,279
9	130,54	157,978	0,365	27	131,56	158,723	0,213
10	131,22	151,567	0,306	28	131,38	153,467	0,393
11	131,30	159,811	0,179	29	131,83	154,898	0,379
12	131,20	158,988	0,296	30	131,52	159,013	0,230
13	131,55	157,615	0,228	31	131,97	157,924	0,222
14	132,41	154,302	0,415	32	130,55	160,988	0,232
15	131,53	158,499	0,311	33	131,22	158,964	0,255
16	131,96	156,425	0,277	34	130,62	161,119	0,245
17	130,82	156,951	0,364	35	132,18	157,786	0,299
18	131,85	159,600	0,275	36	131,45	158,045	0,239

Há excepção dos itens 2 (*Tenho amigos com os quais posso partilhar as minhas experiências significativas*), 4 (*Pratico uma actividade física exigente pelo menos duas vezes por semana*) e 11 (*Procuro manter uma vida sexual satisfatória*), que apresentam uma correlação item-total $\leq 0,20$, todos os itens revelam uma correlação positiva e altamente significativa com a nota global. Optou-se, todavia, por os manter em função de duas condições: 1) a sua eliminação diminuía o Alpha de Cronbach da Escala e 2) representavam uma fonte de informação qualitativa significativa para o constructo estilos de vida.

Determinação do Coeficiente Alpha (α) de Cronbach, tanto para a globalidade dos itens como para o conjunto da escala após irem sendo extraídos, um a um, os vários

itens

Apresentamos na Tabela 3, os valores do Coeficiente α de Cronbach, quer para a globalidade dos itens, quer quando o item é excluído. Embora não haja um critério decisivo para um coeficiente de fiabilidade, é desejável que o seu valor seja superior a 0,70. Um coeficiente de fiabilidade é uma medida da proporção da sobreposição da variância “verdadeira” e “observada”. Desta forma, um teste de fiabilidade de 0,70 significa que 30% da sua variância é residual e irrelevante (Hammond, 1995).

No caso presente, o α de Cronbach, para o conjunto dos itens é de 0,810, valor que confirma a boa consistência interna da escala (Hill & Hill, 2002; p.149).

Tabela 3. Coeficiente α de Cronbach para todos os itens = 0,810

<i>Item</i>	<i>Excluindo o item</i>	<i>Item</i>	<i>Excluindo o item</i>
1	0,789	19	0,798
2	0,800	20	0,794
3	0,793	21	0,799
4	0,805	22	0,798
5	0,800	23	0,800
6	0,795	24	0,790
7	0,799	25	0,800
8	0,796	26	0,798
9	0,795	27	0,800
10	0,798	28	0,793
11	0,801	29	0,794
12	0,797	30	0,799
13	0,800	31	0,800
14	0,792	32	0,799
15	0,797	33	0,798
16	0,798	34	0,799

17	0,795	35	0,797
18	0,798	36	0,799

Conforme se pode observar, quando algum dos itens é excluído o α de Cronbach desce sempre, o que significa que cada um dos itens seleccionados (incluído os itens 2, 4 e 11 que apresentam correlação item-total ≤ 0.20), quando está presente, contribui para melhorar a homogeneidade da escala, daí termos optado por manter estes três itens e porque, como já referimos, acrescentam informação relevante à escala.

Determinação da correlação “Par/Ímpar” e do Coeficiente de Spearman-Brown e do

Coeficiente de Guttman Split-Half

Na Tabela 4, apresentamos os valores da correlação par/ímpar, do Coeficiente de Spearman-Brown e do Coeficiente de Guttman Split-Half, o que demonstra que os itens estão adequadamente distribuídos ao longo do questionário.

Os resultados elevados reforçam a confirmação da boa consistência interna do instrumento de medida.

Tabela 4. Correlação par/ímpar, Coeficiente de Spearman-Brown e Coeficiente Split-Half de Gutman

Correlação par/ímpar = 0,781	$p=0,00$
Coeficiente de Spearman-Brown = 0,784	
Coeficiente de Guttman Split-Half = 0,781	

Determinação da matriz de correlação dos diversos itens

Apresentamos no Anexo B os resultados da matriz de correlações de Spearman obtidas para todas as questões do QEVES (Tabela 5). Conforme se pode comprovar o sentido da correlação é variável e não há nenhuma correlação que apresente um valor particularmente elevado, facto que significa não existirem itens redundantes.

Comprovação de que a escala possui uma boa estabilidade temporal

Os valores de teste/reteste representam uma forma de conhecer a consistência ao longo do tempo de uma dada escala. Neste caso, a escala é passada ao mesmo respondente (que é o próprio indivíduo) que se auto-avalia em duas ocasiões diferentes. Referem Streiner e Norman (1989, p.86) que se o intervalo de tempo é demasiado longo a situação pode ter mudado; se é demasiado curto os indivíduos podem lembrar-se da sua primeira resposta. Mencionam estes autores que o intervalo de tempo pode variar entre uma hora e um ano, dependendo o facto do assunto que está a ser estudado. De um modo usual, o tempo teste/reteste oscila entre 2 a 14 dias. Hammond (1995, p.204) refere, por sua vez, que o intervalo de teste/reteste pode variar entre alguns dias e alguns anos, mas que costuma ser, regra geral, a partir de um mês. Para os efeitos da presente investigação o teste/reteste foi completado por 65 indivíduos, com diferença de um mês entre as duas aplicações. Na Tabela 6 apresentamos os valores da correlação teste/reteste.

Os resultados demonstram a boa estabilidade temporal da escala, adequada para avaliar *traços* que caracterizam a maneira de ser de dado indivíduo.

Tabela 6. Correlação teste/reteste

$N = 65$	
----------	--

r (teste/reteste)	0,814
p	$\leq .001$

Procedemos ainda à análise de diferenças entre os sexos e à análise factorial.

No que refere à diferença entre os sexos, a fim de manter os itens homogêneos, de forma a não favorecerem a informação relacionada com diferenças de sexo, eliminámos todas aquelas questões que lhe foram sensíveis.

A tabela 7, a seguir apresentada, mostra-nos o resultado do teste t , aplicado aos diversos itens, tendo em conta os 108 homens e 158 mulheres da amostra.

Conforme se observa, atendendo aos valores de p , o QEVES discrimina os sexos de forma estatisticamente significativa nos itens 2, 3, 4, 6, 7, 9, 11, 12, 15, 19, 20, 21, 27 e 32 e no total do questionário.

Os valores médios das mulheres para todos os itens são quase sempre significativamente mais elevados do que os dos homens, resultados que revelam que as mulheres têm, em geral, estilos de vida mais saudáveis. Curiosamente, em relação ao item 4 “*Esforço-me por manter e desenvolver a minha rede de amigos*” e aos itens 15 “*Acontece-me guiar quando bebo álcool ou viajar com um condutor que bebeu álcool*” e 16 “*Costumo mudar de parceiro sexual*”, os rapazes apresentam uma tendência muito significativa para adoptar mais frequentemente comportamentos de busca de suporte social e de segurança, ao contrário do que é consensualmente aceite.

Tabela 7. Diferenças entre médias e desvio-padrão no confronto homens/mulheres e resultados do T Student

Item	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>Média</i>	<i>DP Mulheres</i>	t	p
	<i>Homens</i>	<i>Homens</i>	<i>Mulheres</i>			

1	3,54	1,131	3,75	1,015	1,580	0,115
2	3,87	0,968	4,28	0,830	3,736	0,000
3	3,75	1,128	4,24	0,848	4,044	0,000
4	2,78	1,518	2,07	1,302	-4,069	0,000
5	3,94	1,040	4,12	0,926	1,446	0,149
6	2,57	0,969	2,95	1,033	2,983	0,003
7	3,93	0,974	4,32	0,830	3,511	0,001
8	2,03	1,063	2,37	1,062	2,606	0,010
9	4,50	0,991	4,78	0,614	2,828	0,005
10	4,06	1,503	3,94	1,630	-0,602	0,547
11	3,60	1,135	4,11	1,013	3,806	0,000
12	3,81	0,908	4,14	0,761	3,154	0,002
13	3,52	1,148	3,75	1,235	1,566	0,119
14	2,63	1,019	2,91	1,018	2,215	0,028
15	3,90	0,842	3,53	0,835	-3,565	0,000
16	3,49	1,131	3,08	1,176	-2,869	0,004

Tabela 7 (cont.). Diferenças entre médias e desvio-padrão no confronto homens/mulheres e resultados do T Student

17	4,25	1,015	4,48	0,796	2,076	0,039
18	3,43	0,800	3,30	0,827	-1,199	0,232
19	3,94	1,035	4,41	0,958	3,802	0,000
20	3,56	0,890	3,97	0,777	4,010	0,000
21	3,62	0,924	3,20	0,880	-3,726	0,000
22	3,27	0,838	3,28	0,938	0,145	0,885
23	4,86	0,373	4,84	0,499	-0,343	0,732
24	3,93	1,011	3,99	0,990	0,492	0,623
25	4,69	0,603	4,86	0,523	2,392	0,017
26	3,92	1,254	4,20	1,081	1,984	0,048
27	3,29	1,200	3,89	0,981	4,509	0,000
28	3,78	1,130	3,85	1,161	0,534	0,593
29	3,31	1,098	3,42	1,024	0,900	0,369
30	3,52	1,046	3,80	0,982	2,215	0,028
31	3,13	1,161	3,30	1,204	1,176	0,241

32	4,42	0,887	4,82	0,585	4,430	0,000
33	3,97	0,922	3,99	0,968	0,181	0,857
34	4,51	0,717	4,63	0,682	1,350	0,178
35	2,83	1,000	3,15	0,918	2,680	0,008
36	3,74	0,980	3,76	1,191	0,135	0,893
	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>TOTAL</i>	<i>Homens</i> =131, 86	<i>Homens</i> =12,8 92	<i>Mulheres</i> =137,49	<i>Mulheres</i> =12,405	3,575	0,000**

** Muito Significativo

No que respeita à determinação das dimensões subjacentes ao QEVES, procedemos, de seguida, a uma análise factorial de componentes principais, seguida de uma rotação ortogonal do tipo varimax, com um eigenvalue ≥ 1 .

Este procedimento justifica-se dado que, conforme é sugerido por Hill e Hill “a análise factorial analisa as correlações entre itens para verificar se esses itens medem uma ou mais variáveis latentes” (2002, p.140). Desta forma, a análise factorial é regularmente usada na validação de instrumentos de avaliação psicológica (Jesus, 1996).

Para sabermos se a análise factorial poderia ser efectuada com condições mínimas de razoabilidade, começámos por efectuar os testes de esfericidade de Barlett (BTS) e o Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), tendo obtido os seguintes valores: KMO = 0,721; e um nível de significância (p) associado ao BTS = 0,000.

De acordo com autores como Kaiser e Rice (citados por Hill & Hill, 2002; p. 275), um valor de KMO inferior a 0,5, é inaceitável para fazer uma análise factorial, um valor igual ou maior do que 0,9 é “maravilhoso”, um valor de 0,8 é bom e um de 0,7 é razoável. Com base no resultado obtido, é portanto razoável efectuar uma análise factorial.

Quanto ao BTS, como o valor do Qui-quadrado é significativo, as correlações entre as variáveis são adequadas para fazer uma análise factorial.

Dos resultados obtidos, concluímos que o instrumento é unidimensional, uma vez que os itens que se correlacionavam mais fortemente com cada factor não apresentavam coerência lógica interna, sendo necessários 12 factores para explicar cerca de 61% da variância total da escala.

Estudo 2 – Apresentação e Discussão dos Resultados

Tal como foi referido anteriormente, apresentaremos de seguida, os resultados obtidos resultantes do teste das hipóteses. Procuraremos, seguir a mesma ordem por que foram apresentadas as hipóteses de investigação que nortearam esta dissertação, sem no entanto, deixarmos de fazer referência ao comportamento dos itens do QEVES, cujos resultados apresentamos na tabela seguinte (Tabela 8).

Tabela 8. Mínimo, máximo, média e desvio-padrão de cada item do QEVES

Item	N	Mín.	Max.	Méd.	DP	Item	N	Mín.	Max.	Méd.	DP
1	266	1	5	3,66	1,067	19	266	1	5	4,21	1,015
2	266	2	5	4,12	0,910	20	266	1	5	3,80	0,848
3	266	1	5	4,04	0,999	21	266	1	5	3,37	0,920
4	266	1	5	2,36	1,434	22	266	1	5	3,28	0,897
5	266	1	5	4,05	0,976	23	266	2	5	4,85	0,451
6	266	1	5	2,80	1,022	24	266	1	5	3,96	0,997
7	266	1	5	4,16	0,910	25	266	1	5	4,79	0,562
8	266	1	5	2,23	1,074	26	266	1	5	4,09	1,161
9	266	1	5	4,67	0,799	27	266	1	5	3,65	1,114
10	266	1	5	3,98	1,578	28	266	1	5	3,82	1,147
11	266	1	5	3,90	1,091	29	266	1	5	3,38	1,054
12	266	1	5	4,01	0,838	30	266	1	5	3,68	1,016
13	266	1	5	3,66	1,204	31	266	1	5	3,23	1,187
14	266	1	5	2,80	1,026	32	266	1	5	4,65	0,748
15	266	1	5	3,68	0,856	33	266	1	5	3,98	0,948
16	266	1	6	3,24	1,174	34	266	2	5	4,58	0,697
17	266	1	6	4,39	0,897	35	266	1	5	3,02	0,963
18	266	1	5	3,35	0,817	36	266	1	5	3,75	1,108

Como facilmente se observa, os itens que apresentam as médias mais elevadas, pela positiva e pela negativa, são respectivamente, o item 23 (*Coloco o cinto de*

segurança quando viajo de carro; M=4,85), item 25 (*Mantenho as minhas vacinas em dia*; M=4,79), item 9 (*Acontece-me consumir drogas ilícitas*; M=4,67), item 32 (*Acontece-me manter mais do que um relacionamento sexual ao mesmo tempo*; M=4,65), item 34 (*Como laticínios (leite, iogurte, queijo) pelo menos 1 vez por dia*; M=4,58), item 17 (*Acontece-me guiar quando bebo álcool ou viajar com um condutor que bebeu álcool*; M=4,39), item 19 (*Costumo mudar de parceiro sexual*; M=4,21), item 7 (*Quando preciso de apoio tenho a quem recorrer*; M=4,16), item 2 (*Tenho amigos com os quais posso partilhar as minhas experiências significativas*; M=4,12), item 26 (*Bebo mais do que dois cafés por dia*; M=4,09), item 5 (*Quando conduzo respeito os limites de velocidade*; M=4,05), item 3 (*Consumo álcool em excesso (1 ou mais vezes por semana)*; M=4,04) e item 12 (*Gosto de correr riscos, mesmo que possam por em causa a minha segurança*; M=4,01).

Em sentido contrário, os itens que apresentam as médias mais baixas, foram respectivamente, o item 8 (*Controlo a minha tensão arterial*; M=2,23), item 4 (*Pratico uma actividade física exigente (p. ex., natação, aeróbica, jogging), pelo menos duas vezes por semana*; M=2,36), item 6 (*Como peixe pelo menos 4 vezes por semana*; M=2,80) e o item 14 (*Deito-me tarde (depois da uma da manhã)*; M=2,80).

Apresentam-se, na Tabela 9, os resultados totais obtidos por este instrumento.

Tabela 9. Mínimo, máximo, média e desvio-padrão do QEVS

	N	Mínimo	Máximo	Média			DP
				M	F	Total	
QEVS_Total	266	100	169	131,86	137,49	135,20	12,882

Considerando que a pontuação do QEVES poderia variar entre 36 e 180, sendo os estilos de vida mais saudáveis consoante a pontuação fosse mais elevada, podemos considerar, tendo em atenção os resultados obtidos pela amostra ($M = 135,20$) que, globalmente, os estilos de vida dos alunos se caracterizam por ser saudáveis, ainda que demonstrando a existência de comportamentos nocivos para a saúde. É ainda, possível verificar, que as raparigas apresentam estilos de vida mais saudáveis do que os rapazes, como esperávamos, com excepção dos itens anteriormente referidos.

Importa referir que estes resultados foram replicados por Ribeiro (no prelo), numa amostra composta por 248 alunos da Universidade do Algarve, tendo a autora encontrado uma média total de 134,41 para um desvio-padrão de 11,189. Também nesta amostra a média das raparigas ($M = 135,41$) é superior à dos rapazes ($M = 132,87$).

Influência das Variáveis Externas nos Resultados ao QEVES da Amostra

Com o objectivo de analisar a possível influência das variáveis externas nos estilos de vida, optámos pela aplicação da ANOVA, no que respeita à variável idade, do teste T de Student para amostras independentes no que concerne às variáveis género e campus, e do Teste de Kruskal-Wallis para as variáveis estado civil e curso.

Tabela 10. Diferenças dos resultados ao QEVES em função da *idade* (Oneway Anova)

	<i>F</i>	<i>GL</i>	<i>Sig.</i>
Idade	0,045	1	0,833

Tal como esperávamos e de acordo com os resultados apresentados na Tabela 10, a variável idade não parece interferir de forma significativa com os Estilos de Vida.

É possível que a ausência de diferenças significativas em função das idades se deva à pouca variabilidade de idades da amostra.

Como vimos anteriormente, as raparigas têm estilos de vida mais saudáveis do que os rapazes porque apresentam valores médios mais elevados. Convém porém, determinar se essa diferença em função do género é ou não estatisticamente significativa.

Tabela 11. Diferenças dos resultados ao QEVES em função do género (Teste T Student)

<i>GÉNERO</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>GL</i>	<i>p</i>
Feminino (N=158)	137,49	12,405			
Masculino (N=108)	131,86	12,892	3,575	264	0,000**

** Muito Significativo

De acordo com os resultados da aplicação do teste T Student, cujos resultados por item se apresentaram no âmbito do *Estudo 1*, facilmente se verifica através da observação da Tabela 11, que os Estilos de Vida variam em função do sexo (em desfavor dos rapazes no caso da nossa amostra) e que essa diferença é muito significativa. Consideramos que a capacidade discriminante do instrumento se vê reforçada por estes resultados já que é conhecida a tendência, consistentemente encontrada na literatura, para as mulheres apresentarem estilos de vida mais saudáveis, o que está de acordo com a sua maior esperança de vida.

Tabela 12. Diferenças dos resultados ao QEVES em função do campus (Teste T Student)

<i>CAMPUS</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>GL</i>	<i>p</i>
IPB (N=187)	134,36	13,005	-1,651	264	0,100
UALG (N=79)	137,20	12,439			

Verifica-se uma ligeira tendência (tabela 12), estatisticamente não significativa, para os alunos de IP Beja revelarem estilos de vida menos saudáveis do que os seus pares da Universidade do Algarve.

Tabela 13. Diferenças dos resultados ao QEVES em função do *estado civil* (Teste Kruskal-Wallis)

<i>ESTADO CIVIL</i>	<i>Média</i>	<i>Qui- quadrado</i>	<i>GL</i>	<i>p</i>
Solteiro/a (N=249)	131,54	2,751	2	0,253
Casado/a; União de facto (N=15)	165,40			
Divorciado/a; Separado/a (N=2)	138,25			

No que concerne à variável estado civil, concluímos não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (Tabela 13), ainda que os indivíduos casados ou a viver em união de facto revelem estilos de vida mais saudáveis do que os divorciados/separados e do que os solteiros. É provável que estas diferenças assumissem significado estatístico se o número de estudantes casados fosse mais elevado, já que a média dos estudantes solteiros é claramente superior.

Tabela 14. Diferenças dos resultados ao QEVES em função do *curso* frequentado (Teste Kruskal-Wallis)

<i>CURSO</i>	<i>Média</i>	<i>Qui- quadrado</i>	<i>GL</i>	<i>p</i>
Engenharias (N=56)	136,51	8,063	3	0,045*

Ciências da Saúde (N=51)	136,94
Ciências Sociais e Humanas (N=134)	124,00
Ciências Biológicas (N=25)	170,64

* Significativo

Quanto à variável *curso*, verificámos, após a aplicação do Teste de Kruskal-Wallis, existirem diferenças significativas nos estilos de vida entre os alunos dos diferentes cursos (Tabela 14), sendo que os alunos que frequentam cursos nas áreas das Ciências Biológicas apresentam estilos de vida mais saudáveis, seguidos dos alunos das áreas das Ciências da Saúde e Engenharia, respectivamente. Os alunos que frequentam cursos nas áreas das Ciências Sociais e Humanas apresentam os piores resultados, revelando ter estilos de vida menos saudáveis do que os restantes colegas.

Uma possível explicação para estes resultados prende-se com o facto de os alunos que frequentam cursos na área das ciências biológicas receberem mais informação nesta área específica e estarem por isso mais alertados para a prática de estilos de vida saudáveis. Mais surpreendente é o relativamente fraco resultado obtido pelos alunos dos cursos de saúde, o que sugere que a informação relativa a esta área de promoção da saúde não é devidamente traduzida no curriculum. Esta constatação sugere também que o curriculum destes cursos privilegia mais a informação sobre os estados patológicos e menos as formas de prevenir a doença através da promoção de estilos de vida mais saudáveis.

Influência das Variáveis Secundárias nos Resultados ao QEVES da Amostra

Com o propósito de estudar a possível influência das variáveis, por nós consideradas como secundárias, nos estilos de vida, optamos pela aplicação do teste T de Student para amostras independentes no que concerne à variável *estatuto* e no que respeita à variável *opção do curso*, procedemos à execução do teste de Kruskal-Wallis.

Tabela 15. Diferenças dos resultados ao QEVES em função do *estatuto* (Teste T Student)

<i>ESTATUTO</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>GL</i>	<i>p</i>
Trabalhador-Estudante (N=34)	137,03	12,082	0,885	264	0,377
Estudante (N=232)	134,94	12,998			

Como podemos constatar, através da análise da Tabela 15, o estatuto parece não influenciar os estilos de vida dos alunos. Porém, ainda que as diferenças não sejam estatisticamente significativas, curiosamente, os alunos que estudam e que paralelamente têm uma ocupação profissional apresentam estilos de vida mais saudáveis do que os seus pares que não acumulam as exigências académicas com exigências profissionais.

Tabela 16. Diferenças dos resultados ao QEVES em função da *opção do curso* (Teste Kruskal-Wallis)

<i>OPÇÃO DO CURSO</i>	<i>Média</i>	<i>Qui-quadrado</i>	<i>GL</i>	<i>p</i>
1. ^a opção (N=186)	131,79	6,481	5	0,262
2. ^a opção (N=42)	145,49			
3. ^a opção (N=21)	105,81			
4. ^a opção (N=7)	168,93			
5. ^a opção (N=9)	155,50			

A variável *opção do curso*, i.e., o grau de discordância entre o curso desejado e o curso efectivamente conseguido, não influencia os estilos de vida (Tabela 16), até porque são os alunos que referiram frequentar o curso em que se candidataram em 4.^o lugar que apresentam uma média superior ao QEVES, seguidos dos alunos que frequentam cursos de 5.^a opção, de 2.^a opção, de 1.^a opção, e de 3.^a opção.

Não era esperada nenhuma variação dos resultados ao QEVES em função da variável em apreço, já que, só de forma muito indirecta ambas as variáveis se podem relacionar, mas também porque o número de alunos que não conseguiu entrar nos cursos escolhidos em primeira ou segunda opção é residual.

Tendo em atenção todas as análises estatísticas efectuadas entre as variáveis externas e secundárias e os resultados ao QEVES percebemos que alguns grupos de sujeitos tendem a apresentar estilos de vida mais saudáveis do que outros (mulheres, casados, estudantes das áreas biológicas), pelo menos tal como são medidos pelo instrumento que desenvolvemos, o que também reforça a convicção de que ele apresenta capacidades discriminantes adequadas a estes tipos de população e investigação.

Influência das Variáveis Externas nos Resultados à EFS da Amostra

Procederemos, no que respeita à interferência das variáveis externas (*idade, género, campus, estado civil e curso*), nos resultados à EFS, de igual forma como para o QEVES, sem, no entanto, deixarmos de referir os resultados globais obtidos pela nossa amostra a esta Escala de Felicidade Subjectiva (Tabela 17).

Tabela 17. Mínimo, máximo, média e desvio-padrão da EFS

	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Média</i>			<i>DP</i>
				M	F	Total	
EFS_Total	266	4	28	19,85	19,32	19,54	4,141

A pontuação média da Escala de Felicidade Subjectiva (EFS), que mede a avaliação cognitiva que o sujeito faz da satisfação com a vida, é de 19,54, ligeiramente abaixo da pontuação média de 24,23, encontrada por Ribeiro e Cruz (no prelo) e de 24,1, obtida por Neto (1999). No que se refere aos resultados de Ribeiro e Cruz, estas discrepâncias são surpreendentes, já que as populações envolvidas apresentavam características muito semelhantes à nossa (estudantes universitários).

Todavia, uma vez que o total da EFS varia entre 4 e 28, os dados obtidos confirmam, que de uma forma geral, os sujeitos em causa se encontram satisfeitos com a sua vida.

Tabela 18. Diferenças dos resultados totais à EFS em função da *idade* (Oneway Anova)

	<i>F</i>	<i>GL</i>	<i>Sig.</i>
IDADE	1,448	18	0,110

Como podemos verificar, com base nos resultados obtidos pela ANOVA (Tabela 18), a satisfação com a vida, medida através da EFS, não varia em função da idade dos participantes. Estes resultados contrariam os habitualmente encontrados na literatura da especialidade (Carr, 2004), mas são coerentes com as características da nossa amostra, que apresenta idades muito homogéneas, não havendo por isso lugar a grandes variações em função desta variável.

Tabela 19. Diferenças dos resultados à Escala de Felicidade Subjectiva em função do género (Teste T Student)

<i>GÉNERO</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>GL</i>	<i>p</i>
Feminino (N=158)	19,32	4,135	-1,023	264	0,307
Masculino (N=108)	19,85	4,149			

O mesmo sucede com as variáveis *género* e *campus*, uma vez que os resultados do teste T Student mostram não se verificar diferenças estatisticamente significativas entre alunos e alunas (Tabela 19), no que concerne à avaliação cognitiva que fazem da sua satisfação com a vida, nem entre estudantes da Universidade do Algarve e do Instituto Politécnico de Beja (Tabela 20).

Tabela 20. Diferenças dos resultados à Escala de Felicidade Subjectiva em função do campus (Teste T Student)

<i>CAMPUS</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>GL</i>	<i>p</i>
IPB (N=187)	19,68	4,143	0,890	264	0,374
UALG (N=79)	19,19	4,142			

Aliás, quando analisamos as médias entre os grupos para cada uma das variáveis, verificamos que as diferenças são, praticamente, inexistentes.

Tabela 21. Comparação dos resultados totais à EFS em função do estado civil (Teste Kruskal-Wallis)

<i>ESTADO CIVIL</i>	<i>Média</i>	<i>Qui- quadrado</i>	<i>GL</i>	<i>p</i>
Solteiro/a (N=249)	130,74	5,629	2	0,060

Casado/a; União de facto (N= 15)	168,67
Divorciado/a; Separado/a (N=2)	213,00

No que concerne à influência das variáveis estado civil e curso, verificamos não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, ainda que os indivíduos divorciados apresentem índices de felicidade subjectiva superiores aos casados e solteiros e os casados níveis de felicidade subjectiva superiores aos solteiros.

Estes resultados não reproduzem fielmente os encontrados na literatura da especialidade (Myers, 2000, citado por Carr, 2004) que sugerem, baseados num estudo com 35.024 casos, que as pessoas casadas apresentam níveis de felicidade subjectiva substancialmente superiores aos solteiros, aos divorciados e aos separados. No nosso estudo, o número de sujeitos separados (N=2) não permite tirar qualquer conclusão generalizável, apesar dos seus resultados serem superiores aos das outras condições. Mais uma vez, as características homogéneas da amostra não permitem diferenciar os sujeitos em função deste tipo de variáveis externas, com excepção, naturalmente, do sexo.

Os resultados expressos na Tabela 22 permitem comprovar que não existem variações significativas dos resultados totais à Escala de Felicidade Subjectiva em função do tipo de *curso* frequentado, embora os alunos que frequentam cursos nas áreas das Ciências Sociais e Humanas revelem melhores resultados na EFS, do que os colegas das Ciências da Saúde, Ciências Biológicas e Engenharias.

Tabela 22. Diferenças dos resultados à EFS em função do *curso* (Teste Kruskal-Wallis)

<i>CURSO</i>	<i>Média</i>	<i>Qui- quadrado</i>	<i>GL</i>	<i>p</i>
Engenharias (N=56)	129,10	0,547	3	0,909

Ciências da Saúde (N=51)	131,43
Ciências Sociais e Humanas (N=134)	136,87
Ciências Biológicas (N=25)	129,54

Influência das Variáveis Secundárias nos Resultados à EFS da Amostra

Como já vimos anteriormente, considerámos como variáveis secundárias o *estatuto* e a *opção do curso*, tendo aplicado o teste T Student para amostras independentes e Teste de Kruskal-Wallis, respectivamente, com vista à análise de possíveis diferenças entre os grupos.

Tabela 23. Diferenças dos resultados à EFS em função do *estatuto* (Teste T Student)

<i>ESTATUTO</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>GL</i>	<i>p</i>
Trabalhador-Estudante (N=34)	20,03	3,881	0,741	264	0,459
Estudante (N=232)	19,47	4,181			

A variável *estatuto* parece não ter influência na forma como os indivíduos percebem a sua felicidade (Tabela 23), da mesma forma que a variável *opção do curso* também não influi na avaliação cognitiva que os alunos fazem da sua satisfação com a vida (Tabela 24). Curiosamente, são os alunos que frequentam cursos de 4.^a opção que apresentam índices mais elevados de felicidade subjectiva, enquanto os colegas que referem frequentar o curso que colocaram como 1.^a opção apresentam resultados inferiores.

Tabela 24. Diferenças nos resultados à EFS em função do grau de concordância entre o curso escolhido e o curso frequentado (*opção do curso*) (Teste Kruskal-Wallis)

<i>OPÇÃO DO CURSO</i>	<i>Média</i>	<i>Qui-quadrado</i>	<i>GL</i>	<i>p</i>
1. ^a opção (N=186)	130,25			
2. ^a opção (N=42)	149,07			
3. ^a opção (N=21)	119,14			
4. ^a opção (N=7)	158,00	5,165	5	0,396
5. ^a opção (N=9)	151,61			
6. ^a opção (N=1)	51,50			

Influência das Variáveis Externas nos Resultados ao BSI da Amostra

Com o objectivo de analisar a possível influência das variáveis externas nos Indicadores de Psicopatologia, obtidos através do cálculo do Índice Geral de Sintomas, optámos, como sucedeu com as anteriores variáveis independentes, pela aplicação da ANOVA, no que respeita à variável idade, do teste T de Student para amostras independentes no que concerne às variáveis género e campus, e do Teste de Kruskal-Wallis para as variáveis estado civil e curso.

Apresentaremos, porém, de imediato os resultados globais obtidos pela nossa amostra ao BSI (Tabela 25).

Tabela 25. Mínimo, máximo, média e desvio-padrão do Índice Geral de Sintomas do BSI

	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Média</i>			<i>DP</i>
				M	F	Total	
BSI_IGS	266	0	4	0,79	1,05	0,94	0,658

A pontuação média do Índice Geral de Sintomas do BSI (M=0,94), indica que é consistente com investigações anteriores (Seabra & Cruz, 1991), sendo ligeiramente superior aos resultados obtidos por Canavarro [M = 0,835; DP = 0,480] (1999).

Tabela 26. Influência da *idade* nos Indicadores de Psicopatologia (Oneway Anova)

	<i>F</i>	<i>GL</i>	<i>Sig.</i>
IDADE	0,907	18	0,571

Os resultados ao IGS não variam, de forma significativa, em função da idade dos participantes, o que é compatível com o que foi anteriormente referido em relação a esta variável (idades muito homogêneas) (Tabela 26).

Tabela 27. Diferenças dos níveis de psicopatologia em função do *gênero* (Teste T Student)

<i>GÊNERO</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>GL</i>	<i>p</i>
Feminino (N=158)	1,05	0,638			
Masculino (N=108)	0,79	0,659	3,261	264	0,001**

** Muito Significativo

Já no que concerne à variável gênero, os resultados obtidos (Tabela 27) indicam existirem diferenças muito significativas entre os dois sexos, sendo que as mulheres apresentam resultados superiores aos homens. Estes resultados são compatíveis com os da quase totalidade dos estudos epidemiológicos, no que se refere à incidência de psicopatologia, com exceção de algumas perturbações específicas, como a esquizofrenia e o alcoolismo (Seabra & Cruz, 1991) e traduzem a tendência para as mulheres apresentarem níveis mais acentuados de mal estar psicológico, ou pelo menos para os expressarem de forma mais clara.

Tabela 28. Diferenças dos resultados ao indicador de psicopatologia (IGS), em função do *campus* (Teste T Student)

<i>CAMPUS</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>GL</i>	<i>p</i>
IPB (N=187)	0,91	0,600	-1,473	264	0,142
UALG (N=79)	1,04	0,774			

Como esperado, os níveis de mal-estar psicológico não diferem, de forma significativa em função da cidade em que os estudantes frequentam o ensino superior (Tabela 28).

Tabela 29. Diferenças dos resultados ao IGS em função do *estado civil* dos participantes (Teste Kruskal-Wallis)

<i>ESTADO CIVIL</i>	<i>Média</i>	<i>Qui- quadrado</i>	<i>GL</i>	<i>p</i>
Solteiro/a (N=249)	135,82	3,583	2	0,167
Casado/a; União de facto (N= 15)	100,63			
Divorciado/a; Separado/a (N=2)	90,75			

Tabela 30. Diferenças dos resultados ao IGS em função do *curso* (Teste Kruskal-Wallis)

<i>CURSO</i>	<i>Média</i>	<i>Qui- quadrado</i>	<i>GL</i>	<i>p</i>
Engenharias (N=56)	129,08	2,272	3	0,518
Ciências da Saúde (N=51)	144,21			
Ciências Sociais e Humanas (N=134)	128,98			
Ciências Biológicas (N=25)	145,78			

Da mesma forma, as variáveis *estado civil* e *curso* não influenciam os indicadores de psicopatologia (Tabelas 29 e 30, respectivamente), ainda que os solteiros apresentem índices mais elevados do que os casados/a viver em união de facto e do que os divorciados/separados e os alunos a frequentar cursos das Ciências Biológicas e das Ciências da Saúde apresentem médias superiores ao IGS do que os colegas das Engenharias e das Ciências Sociais e Humanas. Os resultados obtidos confirmam os obtidos pela maioria dos estudos epidemiológicos (Seabra & Cruz, 1991) e traduzem a tendência para, de um modo geral, o casamento funcionar como factor de protecção em relação a várias formas de mal-estar psicológico, muito embora alguns “maus” casamentos e os divórcios possam constituir uma fonte de elevado mal-estar. Todavia, como foi anteriormente referido, essa tendência não encontra expressão estatisticamente significativa no nosso estudo, devido ao número relativamente baixo de indivíduos casados e divorciados.

Influência das Variáveis Secundárias nos Resultados ao BSI da Amostra

Apresentamos, de seguida os resultados obtidos pelo teste T Student para amostras independentes e pelo Teste de Kruscal-Wallis, no que concerne à possível influência das variáveis secundárias *estatuto* e *opção do curso* nos Indicadores de Psicopatologia.

Tabela 31. Diferenças nos níveis de psicopatologia em função do *estatuto* (Teste T Student)

<i>ESTATUTO</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>GL</i>	<i>p</i>
Trabalhador-Estudante (N= 34)	0,78	0,627	-1,530	264	0,127

Estudante (N=232) 0,97 0,660

O estatuto dos alunos parece não influenciar os indicadores de psicopatologia (Tabela 31), ainda que os alunos que são trabalhador-estudante apresentem níveis inferiores de mal-estar psicológico do que os seus pares que não trabalham.

Tabela 32. Diferenças nos resultados ao IGS em função do grau de concordância entre o curso escolhido e o curso frequentado (Teste Kruskal-Wallis)

OPÇÃO DO CURSO	Média	Qui-quadrado	GL	p
1. ^a opção (N=186)	129,55			
2. ^a opção (N=42)	134,13			
3. ^a opção (N=21)	154,95			
4. ^a opção (N=7)	142,29	4,487	5	0,482
5. ^a opção (N=9)	142,78			
6. ^a opção (N=1)	246,00			

Tal como foi referido anteriormente, o escasso número de alunos que não conseguiu colocação nas primeiras duas opções do curso não permite tirar conclusões mais detalhadas sobre a influência desta variável nos indicadores de psicopatologia. Todavia, essa influência também não era esperada (Tabela 32).

Influência das Variáveis Externas nos Resultados ao QVA-r da Amostra

No sentido de procurarmos avaliar a hipotética influência das variáveis externas (*idade, género, campus, estado civil e curso*), sobre a qualidade de adaptação académica (H₁) avaliada pelo QVA-r, procedemos, da mesma forma que para o QEVES, EFS e BSI, à aplicação da ANOVA, teste T Student e Teste de Kruskal-Wallis.

Apresentamos, de seguida, os resultados globais obtidos pela nossa amostra a este Questionário de Vivências Académicas (Tabela 33).

Tabela 33. Mínimo, máximo, média e desvio-padrão do QVA-r

<i>DIMENSÕES</i>	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Média</i>			<i>DP</i>
				M	F	Total	
QVA_ Pessoal	266	15	64	45,91	41,57	43,33	9,277
QVA_ Interpessoal	266	16	105	47,03	47,63	47,38	9,068
QVA_ Carreira	266	17	65	48,44	48,72	48,61	8,997
QVA_ Estudo	266	25	65	41,44	43,61	42,73	6,492
QVA_ Institucional	266	11	82	28,75	28,98	28,89	6,087
QVA-Total	266	122	296	211,56	210,51	210,94	27,506

A pontuação média encontrada para as diferentes dimensões do QVA-r revela valores muito próximos dos encontrados por Seco, Casimiro, Pereira, Dias e Custódio (2004), no âmbito de uma investigação realizada com 1018 alunos do 1.º ano do Instituto Politécnico de Leiria.

Os resultados obtidos sugerem que, na generalidade, considerando que a pontuação total do QVA-r pode variar entre 60 a 300 pontos, os alunos avaliam as suas vivências académicas, nas dimensões – pessoal, interpessoal, carreira, estudo e institucional –, decisivas para a qualidade da adaptação académica, de forma muito positiva, o que significa que se sentem bem adaptados em relação às várias dimensões medidas por esta escala.

Tabela 34. Diferenças dos resultados ao QVA-r em função da *idade* (Teste Oneway Anova)

<i>F</i>	<i>GL</i>	<i>Sig.</i>
----------	-----------	-------------

IDADE	0,987	18	0,475
--------------	-------	----	-------

Podemos verificar, através dos resultados apresentados na Tabela 34, que a variável idade parece não influenciar a qualidade de adaptação ao ensino superior, aspecto que poderá ser explicado pela pouca variabilidade das idades dos estudantes que integraram a nossa amostra.

Tabela 35. Diferença dos resultados ao QVA-r, em função do *género* (Teste T de Student)

GÉNERO	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>GL</i>	<i>p</i>
Feminino (N=158)	210,51	28,771	-0,306	264	0,760
Masculino (N=108)	211,56	25,661			

Da mesma forma, a variável género não diferencia os resultados obtidos ao QVA-r (Tabela 35), sendo as médias entre os homens muito semelhantes às médias obtidas pelas mulheres. Estes resultados são concordantes com os obtidos por Seco, Casimiro, Pereira, Dias e Custódio (2004) que apenas encontraram diferenças estatisticamente significativas em algumas das dimensões do QVA-r, mas não no resultado global da escala.

Tabela 36. Diferença dos resultados médios ao QVA-r, em função do *campus* (Teste T de Student)

CAMPUS	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>GL</i>	<i>p</i>
IPB (N=187)	212,98	25,781	1,869	264	0,063
UALG (N=79)	206,11	30,854			

Os valores totais obtidos com a Escala QVA-r não diferem, de forma significativa, em função da instituição que os estudantes frequentam, muito embora as diferenças entre os *campus* se situem no limiar da significância (Tabela 36). Estes resultados estão de acordo com os obtidos por Seco e colaboradores (2004), que também não encontraram diferenças nos resultados globais a esta escala em função da Escola frequentada.

Todavia, estes autores encontraram diferenças significativas nos resultados a alguns factores da Escala.

Na nossa amostra essas diferenças também se mostraram muito significativas, em favor dos estudantes de Beja, na dimensão Interpessoal ($t=3,603$; $p=0,000$), mas não nas outras dimensões. Esta diferença, com peso estatístico muito significativo, sugere que as relações interpessoais são muito significativamente mais gratificantes no Instituto Politécnico de Beja, ou na cidade de Beja, do que no Algarve.

Observações ocasionais com sujeitos deslocados no Algarve e estudos anteriores (Cruz, 2003) sugerem que as pessoas deslocadas no Algarve, condição em que estão um número elevado de estudantes, experimentam significativas dificuldades de integração no tecido social algarvio e no estabelecimento de relações de intimidade com colegas ou iguais. Embora não seja o propósito deste estudo aprofundar a causa dessas dificuldades, que radicam possivelmente em causalidades históricas e culturais próprias da região, talvez se revelassem pertinentes mais estudos que contribuíssem para esclarecer esta questão.

Tabela 37. Diferenças dos resultados ao total do QVA-r, em função do *estado civil* dos participantes (Teste Kruskal-Wallis)

<i>ESTADO CIVIL</i>	<i>Média</i>	<i>Qui- quadrado</i>	<i>GL</i>	<i>p</i>
Solteiro/a (N=249)	131,06			
Casado/a; União de facto (N=15)	167,70	3,978	2	0,137
Divorciado/a; Separado/a (N=2)	181,00			

Tal como esperado, o estado civil não diferencia os participantes em relação aos seus resultados globais ao QVA-r (Tabela 37), devido, muito provavelmente, ao escasso número de participantes casados e divorciados, mas devemos assinalar que as médias obtidas pelos casados são bastante mais elevadas que as obtidas pelos solteiros. Quanto aos divorciados, das suas médias muito superiores, não podem ser tiradas ilações em função de se tratar de apenas dois participantes.

Tabela 38. Diferenças dos resultados ao total do QVA-r, em função do *curso* frequentado pelos participantes (Teste Kruskal-Wallis)

<i>CURSO</i>	<i>Média</i>	<i>Qui- quadrado</i>	<i>GL</i>	<i>p</i>
Engenharias (N=56)	121,42			
Ciências da Saúde (N=51)	130,35			
Ciências Sociais e Humanas (N=134)	144,19	6,452	3	0,092
Ciências Biológicas (N=25)	109,68			

Quanto aos resultados globais ao QVA-r em função do curso frequentado, as diferenças também não assumem significado estatístico, muito embora os estudantes que frequentam os cursos da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais sejam aqueles que obtêm resultados médios mais elevados, o que demonstra a sua relativa melhor adaptação académica.

Estes mesmos estudantes obtêm resultados médios superiores em todas as dimensões da Escala, com exceção da dimensão Instituição, em que são ultrapassados pelos estudantes que frequentam cursos da área biológica. Em relação às dimensões Interpessoal (Qui-quadrado 11,150; $p=0,011$); Carreira (Qui-quadrado 14,20; $p=0,003$), Estudo (Qui-quadrado 8,536; $p=0,036$) e Institucional (Qui-quadrado 10,309; $p=0,016$), as diferenças dos resultados dos estudantes dos vários cursos são significativas ou muito significativas, sempre em favor dos estudantes das Ciências Humanas e Sociais, com exceção, como se referiu, da dimensão Institucional.

Estes resultados sugerem que estes estudantes fazem uma avaliação mais satisfatória da sua adaptação académica em várias dimensões essenciais, mesmo na dimensão Carreira, apesar dos estudantes destes cursos encontrarem, tradicionalmente, mais dificuldades de colocação em relação à sua futura vida profissional.

O conjunto dos resultados que acabamos de explicar permite-nos responder à nossa primeira hipótese de investigação (H_1) de forma afirmativa, isto é, as variáveis externas não apresentam influência significativa na adaptação académica dos estudantes da nossa amostra, tal como ela é medida pela escala que seleccionámos. Esta conclusão deve obviamente ser considerada como parcial, em função das diferenças encontradas conforme os cursos frequentados em algumas dimensões da Escala QVA-r.

Influência das Variáveis Secundárias nos Resultados ao QVA-r da Amostra

Analisam-se de seguida as possíveis influências das variáveis secundárias *estatuto* e *opção do curso*, através dos resultados obtidos no teste T Student para amostras independentes e no Teste de Kruskal-Wallis, respectivamente.

Tabela 39. Diferenças dos resultados globais ao QVA-r, em função do *estatuto* de trabalhador estudante (Teste T Student)

<i>ESTATUTO</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>GL</i>	<i>p</i>
Trabalhador-Estudante (N=34)	216,29	23,059	1,216	264	0,225
Estudante (N=232)	210,16	28,056			

Procurando perceber se os estudantes trabalhadores apresentam, de forma significativa, níveis de adaptação académica inferiores aos seus pares não trabalhadores (H_2), aplicámos o Teste T de Student para amostras independentes, tendo obtido, como se pode observar na tabela 39, um nível de significância superior a 0,005, pelo que verificámos não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Desta forma, concluímos que, contra a nossa previsão, o estatuto dos alunos parece não influenciar a qualidade da adaptação ao ensino superior, para além de que a média do grupo *trabalhador-estudante* é superior à média do grupo *estudante*, e não ao contrário como supúnhamos.

Tabela 40. Diferenças dos resultados ao total do QVA-r em função da opção do *curso* (Teste Kruskal-Wallis)

<i>OPÇÃO DO CURSO</i>	<i>Média</i>	<i>Qui-quadrado</i>	<i>GL</i>	<i>p</i>
1. ^a opção (N=186)	138,64	13,497	5	0,019*
2. ^a opção (N=42)	142,15			

3. ^a opção (N=21)	85,83
4. ^a opção (N=7)	146,50
5. ^a opção (N=9)	100,89
6. ^a opção (N=1)	18,00

* Significativo

Com vista a perceber se o grau de discordância entre o curso desejado e o curso efectivamente conseguido, avaliado pela variável *opção do curso*, influi negativamente na adaptação académica dos estudantes, verificámos, como se pode observar através da Tabela 40, que a concordância entre o curso desejado e o curso efectivamente obtido, influencia de forma estatisticamente significativa, os níveis de adaptação académica, pelo que confirmamos a nossa Hipótese nº 3.

De facto, observou-se uma tendência esperada e estatisticamente significativa para que os alunos que conseguiram entrar nos cursos que escolheram em primeira ou segunda opção apresentassem melhores resultados no seu nível de adaptação académica. Estas diferenças são mais claras nas dimensões Interpessoal (Qui-quadrado 13,125; $p=0,022$), Carreira (Qui-quadrado 38,870; $p=0,000$) e Estudo (Qui-quadrado 15,355; $p=0,009$).

Estes resultados confirmam os de Seco e colaboradores (2004) que, à semelhança do *grau de opção da escola* concluíram que o *grau de opção do curso*, prediz a qualidade de adaptação ao ensino superior.

Influência da Variável Independente Estilos de Vida na Qualidade de Adaptação Académica

Procurando responder à questão se os estilos de vida influenciam a qualidade da adaptação académica (H_4), verifica-se através da tabela 41, que a referida variável independente determina fortemente a qualidade da adaptação académica.

Tabela 41. Resultados da Regressão Linear Simples entre os resultados ao QEVES (estilos de vida) e a QVA-r (qualidade de adaptação académica)

	<i>Soma quadrados</i>	<i>GL</i>	<i>Quadrado das médias</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Regressão	25816,97	1	25816,973	39,019	0,000**
Residual	174678,07	264	661,659		

** Muito Significativo

O facto de encontrarmos uma relação causal dos estilos de vida face à qualidade de adaptação académica, sugere que a vivência de estilos de vida mais saudáveis promove, de forma muito significativa, melhores níveis de adaptação académica e que explica a quase totalidade da variância desta última variável.

Numa análise mais fina, pretendíamos determinar se os Estilos de Vida mais saudáveis promovem, de forma significativa, melhores níveis de bem-estar físico e psicológico ($H_{4(a)}$), melhores níveis de relacionamento interpessoal ($H_{4(b)}$), melhores níveis de adaptação ao curso, ao projecto vocacional e às perspectivas de carreira ($H_{4(c)}$), melhores níveis de competências de estudo, hábitos de trabalho, gestão do tempo e utilização de recursos de aprendizagem ($H_{4(d)}$), e melhores níveis de interesse, satisfação, conhecimento e percepção da qualidade, relativos aos serviços e estruturas existentes na Instituição de Ensino Superior frequentada ($H_{4(e)}$).

Neste sentido, procedemos à aplicação de uma regressão em curva, tomando como variáveis dependentes as dimensões do QVA-r e, como variável independente o QEVES (Tabelas 42 e seguintes).

Tabela 42. Resultados da Regressão em Curva (*Curve estimation*) entre os resultados ao QEVES e a dimensão Pessoal do QVA-r

<i>Coefficientes não standardizados</i>	<i>Coefficientes standardizados</i>	<i>t</i>	<i>Sig.</i>
---------------------------------------------	-----------------------------------------	----------	-------------

	B	Erro padrão	Beta		
QEVES Total	0,176	0,043	0,245	4,103**	0,000
(Constante)	19,490	5,837		3,339**	0,001

Variável independente: QEVES Total; Variável Dependente: Dimensão Pessoal do QVA-r

** Muito Significativo * Significativo

A relação de dependência, muito significativa, entre os resultados totais ao QEVES e os resultados à dimensão Pessoal do QVA-r, mostram a forte influência dos estilos de vida saudáveis na promoção da percepção pessoal de bem-estar, de autoestima, e do sentimento de identidade dos alunos. É também perceptível nos resultados da regressão efectuada que os estilos de vida explicam a maior parte da variância dos resultados à dimensão Pessoal do QVA-r, muito embora a variância não explicada pelos estilos de vida tenha uma expressão muito significativa.

Estes resultados confirmam a nossa Hipótese $H_{4(a)}$, e esta relação positiva e muito significativa pode ser também observada no gráfico que se expõe de seguida.

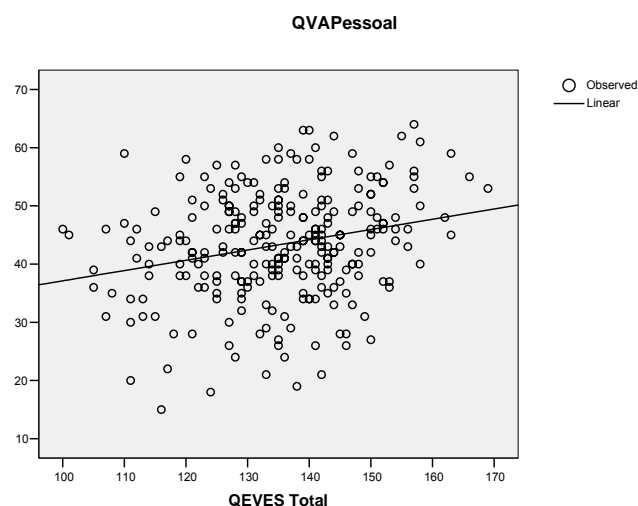


Gráfico 1. Influência dos resultados ao QEVES na variação dos resultados à dimensão Pessoal do QVA-r

Tabela 43. Resultados da Regressão em Curva (*Curve estimation*) entre os resultados ao Questionário de Estilos de Vida e a dimensão Interpessoal do QVA-r

	<i>Coefficientes não estandardizados</i>		<i>Coefficientes estandardizados</i>	<i>t</i>	<i>Sig.</i>
	B	Erro padrão	Beta		
QEVES Total	0,104	0,043	0,148	2,430*	0,016
(Constante)	33,304	5,819		5,723**	0,000

Variável independente: QEVES Total, variável dependente: Dimensão Interpessoal do QVA-r

** Muito Significativo * Significativo

A Tabela 43 mostra que a influência dos estilos de vida sobre a variável dependente dimensão Interpessoal do QVA-r é significativa, mas que a maior parte da variância dos resultados a esta dimensão do QVA-r é melhor explicada por outros factores não considerados nesta equação.

A relação positiva e significativa pode ser observada no Gráfico n° 2.

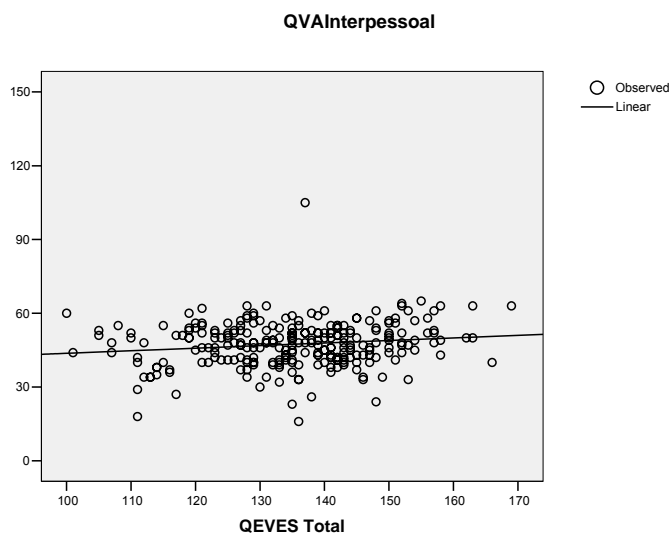


Gráfico 2. Influência dos estilos de vida nos resultados da dimensão Interpessoal do QVA-r

Estes resultados confirmam a nossa Hipótese $H_{4(b)}$ e mostram que a estilos de vida mais saudáveis correspondem melhores níveis de ajustamento interpessoal nos estudantes do ensino superior.

Tabela 44. Resultados da Regressão em Curva (*Curve estimation*) entre os resultados ao Questionário de Estilos de Vida e a dimensão Carreira do QVA-r

	Coeficientes não estandardizados		Coeficientes estandardizados	t	Sig.
	B	Erro padrão	Beta		
QEVES Total	0,106	0,042	0,152	2,501*	0,013
(Constante)	34,240	5,770		5,934**	0,000

Variável independente: QEVES Total, variável dependente: Dimensão Carreira do QVA-r

** Muito Significativo * Significativo

Como pode observar-se na Tabela 44, os estilos de vida mostraram ter também uma influência positiva e significativa no modo como os estudantes percebem a sua carreira académica, muito embora a maior parte da variância dos resultados a esta dimensão não seja explicada por esta variável.

Essa influência pode ser também observada graficamente no Gráfico n° 3.

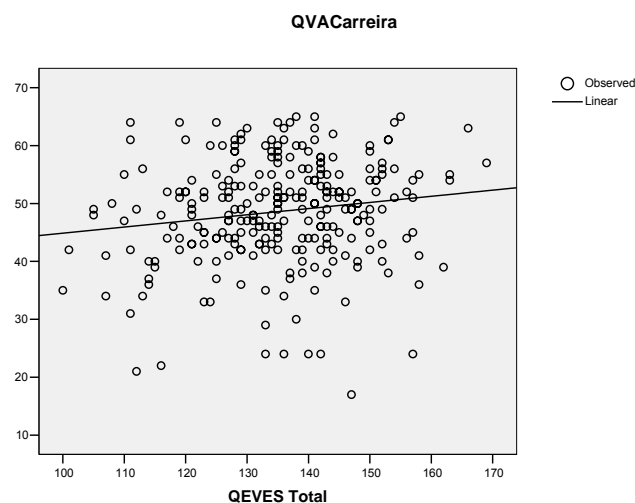


Gráfico 3. Influência dos estilos de vida nos resultados da dimensão Carreira do QVA-r

Estes resultados confirmam assim a nossa Hipótese de investigação H_{4(c)}.

Tabela 45. Resultados da Regressão em Curva (*Curve estimation*) entre os resultados ao Questionário de Estilos de Vida e a dimensão Estudo do QVA-r

	<i>Coefficientes não estandardizados</i>		<i>Coefficientes estandardizados</i>	<i>t</i>	<i>Sig.</i>
	B	Erro padrão	Beta		
QEVES Total	0,236	0,027	0,467	8,592**	0,000
(Constante)	10,880	3,724		2,921**	0,004

Variável independente: QEVES Total, variável dependente: dimensão Estudo do QVA-r

** Muito Significativo

Como pode ver-se na Tabela 45 os estilos de vida influenciam também, de forma positiva e muito significativa, os resultados dos estudantes à dimensão Estudo do QVA-r. Esta dimensão, como foi referido anteriormente reflecte os métodos de estudo e a gestão do tempo, em relação às situações curriculares de aprendizagem e tem por isso uma importância acrescida em relação ao sucesso académico dos estudantes.

Os resultados a esta dimensão são explicados, na sua maior parte, pelos estilos de vida dos estudantes, como pode ver-se pelas diferenças entre os valores de *t* do QEVES e dos outros factores não considerados nesta regressão.

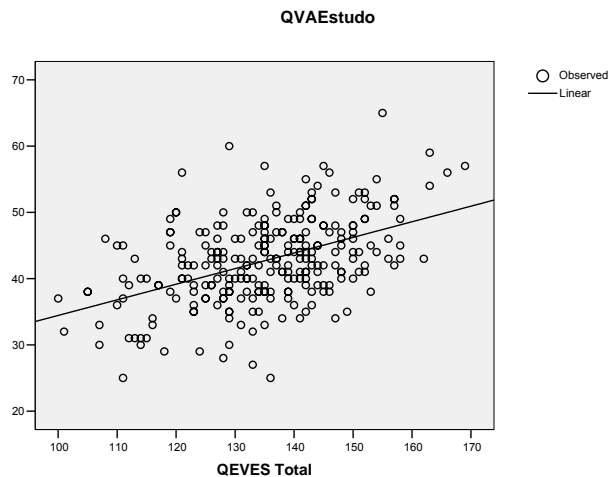


Gráfico 4. Influência dos estilos de vida nos resultados da dimensão Estudo do QVA-r

Estes resultados confirmam a nossa Hipótese de investigação $H_{4(d)}$ e demonstram a elevada importância da promoção de estilos de vida mais saudáveis também para aumentar os níveis de rendimento académico dos estudantes do ensino superior.

Tabela 46. Resultados da Regressão em Curva (*Curve estimation*) entre os resultados ao Questionário de Estilos de Vida e a dimensão Institucional do QVA-r

	<i>Coefficientes não estandardizados</i>		<i>Coefficientes estandardizados</i>	<i>t</i>	<i>Sig.</i>
	B	Erro padrão	Beta		
QEVES Total	0,144	0,028	0,305	5,195**	0,000
(Constante)	9,431	3,762		2,507*	0,013

Variável independente: QEVES Total, variável dependente: dimensão Institucional do QVA-r

** Muito Significativo * Significativo

A dimensão Institucional do QVA-r refere-se à avaliação que os estudantes fazem da qualidade da Instituição em que estão inseridos e o seu grau de adaptação à mesma. Como pode observar-se na Tabela 46, esta avaliação é tanto mais positiva

quanto mais saudáveis forem os estilos de vida adotados pelos estudantes do ensino superior.

Essa influência, positiva e muito significativa, é mais forte que a de outros factores não considerados nesta regressão e pode por isso ser considerada de primordial importância para a promoção duma boa integração na Instituição de Ensino frequentada pelos estudantes. Os resultados expostos confirmam também a nossa Hipótese $H_{4(e)}$.

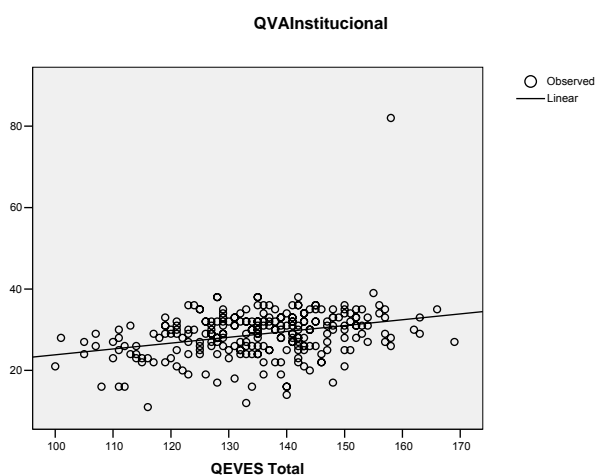


Gráfico 5. Influência dos estilos de vida nos resultados da dimensão Institucional do QVA-r

Influência da Variável Independente Estilos de Vida na Felicidade Subjectiva

A análise da Tabela 47, permite concluir que Estilos de Vida mais saudáveis determinam uma avaliação cognitiva mais positiva do bem-estar subjectivo (H_5), uma vez que têm uma influência muito significativa na variância da felicidade subjectiva, ainda que outras variáveis a expliquem também de forma significativa, mas menos marcada.

Tabela 47. Resultados da Regressão Linear Simples entre os resultados ao QEVES (estilos de vida) e os resultados totais à EFS (felicidade subjectiva)

F	t	GL	p
-----	-----	------	-----

QEVES	29,652*		0,000
	*	1	
Constante	2,248*		0,025

** Muito Significativo * Significativo

A influência dos estilos de vida nas variações do bem-estar e da felicidade subjectiva tem sido objecto de vários estudos (para uma resenha ver Carr, 2004). Park (2004), por exemplo, demonstrou que estilos de vida mais saudáveis que incluem interações privilegiadas com outros significativos, a prática regular de exercício físico hábitos de sono saudáveis e integração social mais ajustada, conduzem a maiores níveis de bem-estar subjectivo nos jovens e contribuem para o seu desenvolvimento pessoal de forma significativa.

Noutro estudo longitudinal recente Sheldon e Lyubomorsky (2006) demonstraram que os ganhos sustentados da felicidade subjectiva se devem mais às acções próprias que às circunstâncias de vida dos sujeitos e que esses ganhos são mais estáveis no tempo e menos sujeitos a variações conjunturais. Os estilos de vida, entendidos como formas de estar e de agir mais ou menos saudáveis são, tal como são medidos pelo nosso instrumento, modos de pensar e práticas activas de interacção com o ambiente e com o próprio e parecem por isso ter um efeito positivo e muito significativo sobre o bem-estar dos estudantes e sobre o modo como avaliam a sua vida.

Ao contrário das características de personalidade, embora também dependam delas, os estilos de vida são condições pessoais que podem ser alteradas de forma relativamente fácil, quer através da divulgação de informação pertinente, quer através de modelagem e são, em consequência, uma aposta prometedora em relação à

promoção estabilizada do bem-estar das populações em geral, mas dos mais jovens em particular.

*Influência da Variável Independente Estilos de Vida nos Indicadores de
Psicopatologia*

Da mesma forma, Estilos de Vida mais saudáveis diminuem os níveis de mal-estar psicológico, tal como ele é avaliado pelo Índice Geral de Sintomas do BSI (H₆), como se pode observar pela análise da tabela seguinte, já que os estilos de vida parecem ter um efeito significativo sobre a variância do índice geral de sintomas, se bem que parte desta variância é muito significativamente explicada por outras variáveis não contempladas neste modelo de análise.

Tabela 48. Resultados da Regressão Linear Simples entre os resultados ao QEVES (estilos de vida) e o BSI (índice geral de sintomas)

	<i>F</i>	<i>t</i>	<i>GL</i>	<i>p</i>
QEVES	9,646*		1	0,002
Constante		5,343**		0,000

** Muito Significativo * Significativo

Estes resultados são consistentes com os obtidos pelo escasso número de trabalhos anteriores produzidos no nosso país (Pacheco, 2006; Ribeiro & Cruz, no prelo) e demonstram que os estilos de vida saudáveis constituem mais uma forma relevante de protecção em relação ao desenvolvimento de psicopatologia e de mal-estar nas populações não clínicas. Confirmam também a nossa Hipótese 6, que postulava este efeito protector dos estilos de vida saudáveis em relação ao mal-estar psicológico dos estudantes.

Tendo em atenção todo o investimento actualmente promovido pela OMS na prevenção da Saúde Mental das populações, considerada como o objectivo prioritário das políticas de saúde europeias para o séc. XXI (OMS, 2006), estudos como aquele que realizámos oferecem um contributo activo para o desenho de políticas preventivas mais eficazes em relação a todo o tipo de mal-estar psicológico e de psicopatologia. Com efeito, de acordo com o relatório citado (OMS, 2006, p. xi do prefácio):

“La situation actuelle est une source de motivation pour nous tous face aux difficultés qui se présentent. L’amélioration de la santé mentale constitue un très important défi pour chaque pays de la Région dans la mesure où au moins un individu sur quatre souffre de problèmes de santé mentale à un moment de sa vie”.

Face à gravidade, por todos reconhecida, do crescimento da prevalência de doenças mentais nas últimas décadas novas, mais modernas e multidisciplinares formas de intervenção são requeridas, mas, acima de tudo, urge aumentar os esforços no sentido da prevenção deste tipo de problemas, o que parece ser a única maneira eficaz de obter ganhos sustentados e significativos nesta área.

Consideramos que os resultados que agora apresentamos contribuem, embora de forma modesta, para chamar a atenção para o reforço das políticas de prevenção ao nível das escolas, nomeadamente através da promoção de estilos de vida mais saudáveis entre as populações que as frequentam.

*Influência da Variável Independente Felicidade Subjectiva na Qualidade de
Adaptação Académica*

Este estudo procurou também perceber se a avaliação cognitiva que os alunos fazem da sua satisfação com a vida (felicidade subjectiva) influenciam a qualidade da adaptação académica, tendo-se verificado através dos resultados apresentados na tabela 49, que, no seu conjunto, os indicadores de felicidade subjectiva promovem, também de forma muito significativa, melhores níveis de adaptação académica. Estes resultados confirmam a Hipótese 8 da nossa investigação.

Tabela 49. Resultados da Regressão Linear Simples entre os resultados à EFS (felicidade subjectiva) e a QVA-r (qualidade de adaptação académica)

	<i>F</i>	<i>t</i>	<i>GL</i>	<i>p</i>
EFS	118,770**			0,000
Constante		20,449*	1	0,000

** Muito Significativo

Influência da Variável Independente Indicadores de Psicopatologia na Qualidade de Adaptação Académica

Da mesma maneira, também o mal-estar psicológico (indicadores de psicopatologia), obtido através do índice geral de sintomas do BSI, tem um efeito muito significativo sobre a variância da qualidade de adaptação académica (Tabela 50). Estes resultados confirmam a nossa Hipótese de investigação nº 9.

Tabela 50. Resultados da Regressão Linear Simples entre os resultados ao BSI (indicadores de psicopatologia) e a QVA-r (qualidade de adaptação académica)

	<i>F</i>	<i>t</i>	<i>GL</i>	<i>p</i>
BSI_IGS	104,263**			0,000
Constante		92,593	1	

** Muito Significativo

Inter-influência das Variáveis Felicidade Subjectiva e Indicadores de Psicopatologia

Por outro lado, interessava-nos verificar se a avaliação subjectiva que os alunos fazem da sua felicidade varia em sentido contrário dos níveis de psicopatologia, tendo concluído, como se pode observar através da tabela da análise da Tabela 51, que no seu conjunto, os indicadores de Felicidade Subjectiva se correlacionam negativamente e de forma muito significativa, os níveis de mal-estar psicológico dos estudantes.

Tabela 51. Resultados da Correlação de Pearson entre os resultados à EFS (felicidade subjectiva) e o BSI (índice geral de sintomas)

	<i>r</i>	<i>p</i>
EFS	-0,576**	0,000

** Muito Significativo

Este resultado esperado confirma a nossa Hipótese de investigação H₇ e permite concluir que a avaliação subjectiva de bem-estar varia no sentido contrário do aumento dos indicadores de psicopatologia.

Influência das Variáveis Independentes Felicidade Subjectiva e Indicadores de Psicopatologia na Qualidade de Adaptação Académica

Como já foi anteriormente referido, o presente estudo demonstrou que os estilos de vida determinam fortemente a qualidade de adaptação académica. Contudo,

também se observou que os estilos de vida são um forte preditor quer da satisfação com a vida (felicidade subjectiva), quer do mal-estar psicológico (indicadores de psicopatologia) e que estes por sua vez, também influem na qualidade de adaptação académica.

Neste sentido, é importante comprovar se controlando a influência da variável QEVES (estilos de vida), os níveis de felicidade subjectiva, continuam a relacionar-se de maneira significativa com os níveis de adaptação académica dos estudantes (Tabela 52).

Tabela 52. Resultados da Correlação Parcial entre a EFS (felicidade subjectiva) e o QVA-r (qualidade de adaptação académica), controlando a influência do QEVES (estilos de vida)

	<i>r</i>	<i>GL</i>	<i>p</i>
EFS	0,501**	263	0,000

** Muito Significativo

Como se verifica, mesmo controlando a influência dos estilos de vida, as variáveis felicidade subjectiva e adaptação académica continuam a correlacionar-se de forma positiva e muito significativa, o que confirma a nossa Hipótese 8.

Tabela 53. Resultados da Correlação Parcial entre o BSI (indicadores de psicopatologia) e o QVA-r (qualidade de adaptação académica), controlando a influência do QEVES (estilos de vida)

	<i>r</i>	<i>GL</i>	<i>p</i>
BSI_IGS	-0,507**	263	0,000

** Muito Significativo

Observamos ainda que, de igual modo, a qualidade da adaptação académica dos estudantes varia, de forma negativa e muito significativa, com os seus níveis de mal-estar psicológico, mesmo controlando a variável estilos de vida.

A correlação negativa observada comprova a nossa Hipótese de investigação número 9 e sugere que a níveis superiores de mal-estar psicológico correspondem níveis muito inferiores da qualidade da adaptação académica dos estudantes.

Estes resultados demonstram a necessidade da existência dos Gabinetes de Apoio Psicopedagógico nas Universidades Portuguesas, como forma de diminuir o sofrimento psicológico sentido por alguns estudantes, determinando assim o aumento do seus níveis de bem-estar, mas também a qualidade da sua adaptação académica.

Tabela 54. Resultados da Correlação Parcial entre o QEVES (estilos de vida) e o QVA-r (qualidade de adaptação académica) controlando a influência do BSI (indicadores de psicopatologia)

	<i>r</i>	<i>GL</i>	<i>p</i>
QEVES	0,311**	263	0,000

** Muito Significativo

Todavia, mesmo quando se controla a influência da variável psicopatologia, os estilos de vida continuam a ter uma relação positiva e muito significativa com a qualidade da adaptação académica dos estudantes, o que reforça a importância desta variável no modelo explicativo da qualidade da adaptação académica dos estudantes.

Tabela 55. Resultados da Correlação Parcial entre o QEVES (estilos de vida) e o QVA-r (qualidade de adaptação académica) controlando a influência da EFS (felicidade subjectiva)

	<i>r</i>	<i>GL</i>	<i>p</i>
--	----------	-----------	----------

QEVES	0,231**	263	0,000
-------	---------	-----	-------

** Muito Significativo

Da mesma forma, como pode comprovar-se na Tabela 55, a influência dos estilos de vida na qualidade da adaptação académica dos estudantes continua a ser muito significativa, mesmo quando se controla a influência da variável Felicidade Subjectiva.

Estes resultados significam que, muito embora múltiplos factores contribuam para a qualidade da adaptação dos estudantes que frequentam o ensino superior, os estilos de vida representam uma parte muito significativa desse modelo explicativo e têm de ser considerados em todas as políticas de promoção do sucesso académico no ensino superior português.

Tabela 56. Resultados da Correlação Múltipla entre o QVA-r (qualidade da adaptação académica), o QEVES (estilos de vida), EFS (felicidade subjectiva) e IGS (indicadores de psicopatologia)

	<i>Coeficientes não estandardizados</i>		<i>Coeficientes estandardizados</i>	<i>t</i>	<i>Sig.</i>
	B	Erro padrão	Beta		
QEVES _Total	0,428	0,107	0,201	4,019**	0,000
EFS_Total	2,073	0,398	0,312	5,203**	0,000
BSI_ÍGS	-13,155	2,420	-0,315	-5,436**	0,000
(Constante)	124,951	15,384		8,122**	0,000

Variável Dependente: QVA - r Total; Variáveis Independentes: QEVES Total, EFS Total e IGS

** Muito Significativo

Como podemos comprovar, através da análise dos resultados apresentados na Tabela 56, as três variáveis independentes consideradas neste estudo (estilos de vida,

felicidade subjectiva e indicadores de psicopatologia) explicam, no seu conjunto, de forma muito significativa a variância da qualidade da adaptação académica.

Das três variáveis a mais influente, de forma positiva, na qualidade da adaptação académica dos estudantes é a felicidade subjectiva, seguida dos estilos de vida. Os indicadores de psicopatologia, tal como eles são medidos pelo IGS, influenciam de forma também muito significativa os resultados aos QVA-r, mas no sentido contrário, como já vimos.

Com base nos resultados apresentados, confirma-se a nossa H_{10} e comprova-se o modelo teórico inicialmente proposto por nós para explicar a adaptação académica dos estudantes.

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES

Se reconhecermos que uma transição para o Ensino Superior, bem sucedida, conduzirá o indivíduo à construção de uma estrutura pessoal de adaptação e admitirmos a saúde e o bem-estar como preditores da adaptação ao contexto académico, do rendimento académico e do próprio desenvolvimento educativo e psicossocial do jovem durante o seu período de frequência no ensino superior e até posterior; facilmente compreendemos a importância de conhecer e caracterizar a realidade experienciada pelos alunos recém-ingressados no ensino superior.

Em traços gerais, a presente investigação, realizada com alunos a frequentar o primeiro ano da Universidade do Algarve e do Instituto Politécnico de Beja, teve como objectivos principais a construção de um Questionário de Estilos de Vida no Ensino Superior (QEVES), justificável pela especificidade do nosso estudo e da população de que dele foi alvo e a intenção em compreender as relações de causalidade entre os estilos de vida, tal como foram medidos pelo QEVES, como variável independente, e a variância dos resultados a cada uma das dimensões e ao total do QVA-r (Questionário de Vivências Académicas reduzido).

Paralelamente, procurámos também perceber até que ponto as variáveis felicidade subjectiva (satisfação com a vida) e indicadores de psicopatologia (mal-estar psicológico) se correlacionavam entre si e de que forma, cada uma delas influenciava a qualidade de adaptação académica, assim como entender em que medida os estilos de vida mais ou menos saudáveis se relacionavam com a avaliação subjectiva que os alunos fazem da sua felicidade e com o seu mal-estar psicológico.

Foi ainda nosso propósito conhecer em que medida as variáveis externas (*idade, género, estado civil, curso e campus*) e as variáveis designadas por nós como secundárias (*grau de discordância entre o curso desejado e o curso efectivamente conseguido e ser ou não ser trabalhador-estudante*) influenciavam a nossa variável dependente (qualidade da adaptação académica).

O conjunto de resultados que a nossa investigação apurou, permitiu-nos responder às hipóteses de investigação que colocámos inicialmente:

Hipótese 1 – As variáveis sócio-demográficas (*idade, género, estado civil, campus e curso*) não apresentam influência significativa nas variações da variável dependente qualidade da adaptação académica. Hipótese confirmada, ainda que deva ser uma conclusão

parcialmente considerada, em função das diferenças encontradas no que respeita ao curso frequentado em algumas das dimensões da Escala QVA-r.

Hipótese 2 – Os estudantes trabalhadores apresentam, de forma significativa, níveis de adaptação académica inferiores aos seus pares não trabalhadores. Hipótese não confirmada, uma vez que verificámos que o estatuto dos alunos não influencia significativamente a qualidade de adaptação académica, para além de a média do grupo *trabalhador-estudante* ser superior à média do aluno *estudante*, e não ao contrário como previmos.

Hipótese 3 – O grau de discordância entre o curso desejado e o curso efectivamente conseguido, influi negativamente na adaptação académica dos estudantes. Hipótese confirmada, sendo esta influência mais clara nas dimensões *Interpessoal*, *Carreira* e *Estudo*.

Hipótese 4 – Estilos de Vida mais saudáveis promovem, de forma significativa, melhores níveis de adaptação académica. Hipótese confirmada.

Hipótese 4(a) – Estilos de Vida mais saudáveis promovem, de forma significativa, melhores níveis de bem-estar físico e psicológico (dimensão Pessoal do QVA-r). Hipótese confirmada, sendo a relação de dependência muito significativa.

Hipótese 4(b) – Estilos de Vida mais saudáveis promovem, de forma significativa, melhores níveis de relacionamento interpessoal (dimensão Interpessoal do QVA-r). Hipótese confirmada, ainda que a maior parte da variância dos resultados a esta dimensão, seja melhor explicada por outros factores não considerados.

Hipótese 4(c) – Estilos de Vida mais saudáveis promovem, de forma significativa, melhores níveis de adaptação ao curso, ao projecto vocacional e às perspectivas de

carreira (dimensão Carreira do QVA-r). Hipótese confirmada, muito embora a maior parte da variância dos resultados a esta dimensão, não seja explicada por esta variável.

Hipótese 4(d) – Estilos de Vida mais saudáveis promovem, de forma significativa, melhores níveis de competências de estudo, hábitos de trabalho, gestão do tempo e utilização de recursos de aprendizagem (dimensão Estudo do QVA-r). Hipótese confirmada, sendo os estilos de vida os maiores responsáveis pela explicação dos resultados a esta dimensão, o que demonstra a enorme importância dos estilos de vida na promoção do rendimento académico.

Hipótese 4(e) – Estilos de Vida mais saudáveis promovem, de forma significativa, melhores níveis de interesse, satisfação, conhecimento e percepção da qualidade, relativos aos serviços e estruturas existentes na Instituição de Ensino Superior frequentada (dimensão Institucional do QVA-r). Hipótese confirmada, revelando uma relação de influência, positiva, muito significativa e a mais forte, comparativamente às restantes dimensões do QVA-r.

Hipótese 5 – Estilos de Vida mais saudáveis determinam uma avaliação cognitiva mais positiva do bem-estar subjectivo. Hipótese confirmada

Hipótese 6 – Estilos de Vida mais saudáveis diminuem os níveis de mal-estar psicológico, tal como ele é avaliado pelo Índice Geral de Sintomas do BSI. Hipótese confirmada

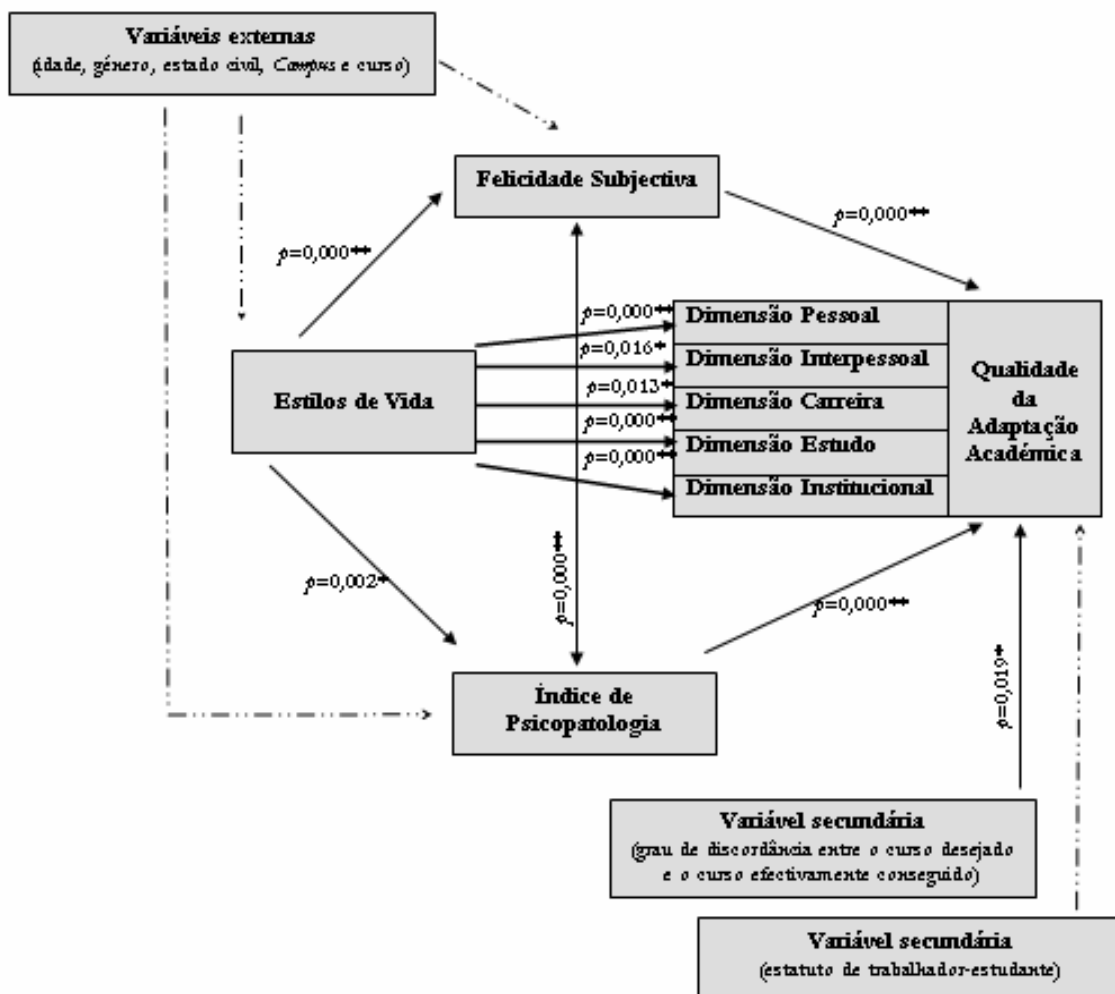
Hipótese 7 – A avaliação subjectiva que os alunos fazem da sua felicidade varia em sentido contrário dos níveis dos indicadores de psicopatologia. Hipótese confirmada

Hipótese 8 – Melhores níveis de felicidade subjectiva, induzem melhores níveis de adaptação académica. Hipótese confirmada

Hipótese 9 – Níveis superiores de mal-estar psicológico, induzem níveis inferiores de adaptação académica. Hipótese confirmada

Hipótese 10 – Em conjunto, as variáveis independentes consideradas neste estudo, isto é, estilos de vida, felicidade subjectiva e indicadores de psicopatologia (mal-estar psicológico), explicam de forma muito significativa a variância da qualidade da adaptação académica. Hipótese confirmada

Com vista a facilitarmos a leitura da natureza e grau das relações entre as variáveis em análise, procedemos a exemplificação do modelo da figura 2, que a seguir se apresenta:



Legenda: **Muito Significativo; * Significativo

Figura 2 – Representação gráfica do modelo em estudo com referência aos resultados de p

Os resultados obtidos permitem-nos concluir que os estilos de vida assumem um papel primordial na promoção de um processo de adaptação académica de qualidade, mediado pela influência positiva da felicidade subjectiva (satisfação com a vida) e negativa dos indicadores de psicopatologia.

Não podíamos deixar, no entanto, de referir algumas das limitações encontradas na nossa investigação, que se relacionam com: a) dimensão da amostra que, sendo relativamente pequena não nos permite tirar conclusões mais generalistas sobre os alunos de primeiro ano do ensino superior português; b) escassez de estudos que permitissem comparar os nossos resultados com os de outras populações semelhantes e c) ausência de recurso a outras formas de avaliação complementar dos problemas de saúde ou mal-estar psicológico dos alunos, como por exemplo, da procura dos serviços de saúde e dos serviços de apoio psicológico existentes na sua instituição.

Importa ainda referir que consideramos que, tratando-se o processo de adaptação ao ensino superior um processo contínuo, um estudo longitudinal teria sido mais adequado, permitindo-nos avaliar os alunos no momento de transição para o ensino superior (1.º ano), durante o seu percurso académico (anos intermédios) e no momento de transição para o mercado de trabalho (último ano), aspecto que deixamos desde já como sugestão para uma futura investigação.

Apesar das limitações apresentadas, os resultados que o nosso estudo nos permitiu recolher são concordantes com outros referenciados no enquadramento conceptual deste trabalho e legitimam e fortalecem o trabalho que tem sido desenvolvido pelos Gabinetes de Apoio Psicológico no Ensino Superior, quer no que concerne aos serviços de consulta que estes gabinetes disponibilizam à comunidade

discente, quer no que respeita às intervenções na área da educação/promoção para a saúde e prevenção de comportamentos de risco.

Parece ser uma constatação cada vez mais óbvia que as dificuldades na resolução das tarefas e desafios que se impõem aos alunos que frequentam o Ensino Superior são fonte de sofrimento psicológico. Mas, na verdade, se a transição para o Ensino Superior implica e é coexistente com uma série de mudanças na vida do estudante, cujo impacto depende, como já vimos, das suas características desenvolvimentais, também é verdade que dependerá por outro lado, das exigências e apoios dos novos contextos.

Neste sentido, as Instituições de Ensino Superior não se podem alhear das dificuldades sentidas pelos seus estudantes durante o seu percurso académico, e por este motivo em Portugal tem sido cada vez mais visível a preocupação com questões relativas à prestação de apoios de cariz psicológico e pedagógico aos estudantes do Ensino Superior. É cada vez mais uma evidência, com base na revisão da literatura, a necessidade que existe em criar e regulamentar centros de consulta psicológica que contribuam para a promoção da saúde e prevenção de comportamentos de risco e potenciem os processos de aprendizagem e de construção da carreira, contribuam para a adaptação académica, social e cultural do aluno, para a sua saúde e bem-estar.

Todavia, ainda que evidência da investigação nacional e estrangeira apoie a necessidade urgente de reflectir sobre o alargamento e regulamentação destes serviços nas instituições de Ensino Superior portuguesas, na verdade, os Serviços de Apoio Psicológico no Ensino Superior, embora já não constituam uma realidade recente em Portugal, imperativo de resposta às necessidades académicas e humanas dos estudantes portugueses, continuam a ver a sua eficácia e pleno desenvolvimento dificultados pela falta de enquadramento institucional e legal para o seu funcionamento (Resapes, 2002).

Neste sentido, consideramos que a Instituição de Ensino Superior que apoia e sustenta um serviço de apoio psicológico para os seus alunos, assume uma função de promoção da saúde e do bem-estar do estudante, condições essenciais aos processos de adaptação. Desta forma e perante o exposto, cabe às Instituições de Ensino Superior, através dos seus Serviços de Apoio Psicológico, disponibilizar serviços de consulta psicológica, mas também desenvolver programas de promoção e educação para a saúde enquanto processos de capacitação, participação e responsabilização dos indivíduos com vista a potenciar a sua percepção individual de competência, felicidade pessoal e valor próprio, quando a escolha é adoptar e manter estilos de vida saudáveis. Promover a saúde no ensino superior, deve assim ser tomar medidas no dia-a-dia, quer a nível individual, quer a nível colectivo, participadas, concretizáveis e que garantam que a adopção de estilos de vida saudáveis seja uma opção fácil, motivante e prestigiante do ponto de vista do reconhecimento social, bem como uma fonte de prazer e de felicidade pessoal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, A. S., & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjectivo. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 20 (2), 153-164.
- Almeida, L. S., Ferreira, J. G. & Soares, A. P. (2003). Questionário de Vivências Académicas (Q.V.A e Q.V.A.-r). In M. Gonçalves, M. Simões, L. Almeida & C. Machado (Coords). Avaliação Psicológica: Instrumentos Validados para a População Portuguesa. Coimbra: Quarteto, vol. 1, 114-130.
- Almeida, L. S., Soares, A. P., & Ferreira, J. A. (2000). Transição e adaptação à universidade: apresentação de um questionário de vivências académicas (QVA). Psicologia, 14 (2), 189-208.
- Almeida, L.S., Ferreira, J.A.G. & Soares, A.P.C. (1999). Adaptação, rendimento e desenvolvimento dos estudantes no ensino superior: Construção/validação do Questionário de Vivências Académicas. Relatórios de Investigação. Braga: Universidade do Minho, Centro de Estudos em Educação e Psicologia.
- Anatrella, T. (1991). Interminables Adolescences. Paris: Éd. Cesf/Ed. Cujas.
- Andrews, F. M., & Robinson, J. P. (1991). Measures of subjective well being. In J. P. Robinson, P. R. Shaver, & L. S. Wrightsman (Eds.), Measures of Personality and Social Psychological Attitudes (vol. 1, pp. 61-67). San Diego: Academic Press.
- Ángyán, L., Téczy, T. Mezey B., & Lelovics Z. (2003). Selected Physical Characteristics of Medical Students. Retirado a 4 de Maio de 2006 de World Wide Web: <http://www.med-ed-online.org>.
- Argyle, M. (1999). Causes and correlates of happiness. In. D. Kahnem; E. Diener e N. Schwarz (Eds.), Well-being: The foundations of hedonic psychology, pp. 354-373.
- Astin, A. (1984). Student involvement: A developmental theory for higher education. Journal of College Student Personnel, 25, 297-308.

- Astin, A. (1993). What matters in college? Four critical years revided. São Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Astin, A. W. (1991). The changing American college student: implications for educational policy and practice. Higher Education, 22, 129-143.
- Auspaugh, D., Dignan, M., & Auspaugh, S. (1999). Development health promotion programs. New York: W. C. Brown & Mc Graw-Hill.
- Backett, C.B. Y Davison, C. (1995): Lifecourse and Lifestyle: The Social, Cultural Location of Health Behaviours. Social Science and Medicine 40(5), p. 629-638.
- Baker, R., Mcneil, O., & Siryk, B. (1985). Expectations and reality in freshman adjustment to college. Journal of Counselling Psychology, 32, 94-103.
- Bastos, A. (1993). Desenvolvimento humano e intervenção psicológica em contexto educativo. Tese de mestrado não publicada. Braga: Universidade do Minho.
- Bastos, A., & Gonçalves, O. F. (1996). Intervenção psicológica no ensino superior: Construção, implementação e avaliação de um programa de desenvolvimento pessoal. Intervenção Psicológica: Teoria, Investigação e Prática, 1, 195-206.
- Bastos, R. G. (1998). Desenvolvimento pessoal e mudança em estudantes do ensino superior: Contributos da teoria, investigação e prática, Dissertação de Doutoramento. Braga: Universidade do Minho.
- Baum, A. & Posluszny, D.M. (1999). Health Psychology: mapping biobehavioral contributions to health and illness. Annual Reviews Psychology, 50:137-163.
- Bean, J. P. (1985). Interaction effects based on class level in a exploratory model f college student dropout syndrome. American Educational Research Journal, 22 (1), 35-64.
- Bell, E., Mcdevitt, C., Rott, G., & Valerio, P. (1994) (Eds.). Psychological counselling in Higher Education: A European overview. Napoli: La Città del Sole.
- Bell, E., Mcdevitt, C., Rott, G., & Valerio, P. (1994) (Eds.). Psychological counselling

in Higher Education: A European overview. Napoli: La Città del Sole.

Bennett, P. & Murphy, S. (1999). Psicologia e promoção da saúde. Lisboa: Climepsi.

Bennett, P. (2002). Promoção da Saúde. Introdução Clínica à Psicologia da Saúde. Lisboa: Climepsi.

Bessa, J. & Tavares, J. (2000). Níveis de ajustamento e auto-regulação académica em estudantes do 1.º ano (comum) de Ciências e Engenharias da Universidade de Aveiro. In J. Tavares & R.A. Santiago (Eds.). Ensino Superior: (In)sucesso Académico. Porto: Porto Editora.

Bowling, A. (1991). Measuring health: A review of quality of life measurement scales. Buckingham: Open University Press.

Bradburn, N. (1969). The structure of a psychological well-being. Chicago: Aldine.

Brena, J. (2003). Álcool e Saúde – Implicações para a Saúde Pública. In. M. I. Clímaco & L. M. Ramos (Coord.) (2003), Álcool, Tabaco e Jogo: do lazer aos consumos de risco. Coimbra, Quarteto Editora, 78-81.

Brief, A. P. (2003). Integrating bottom-up and top-down theories of Subjective Well-Being: the case of health. Journal of Personality and Social Psychology, 64 (4), 646-653.

Bronnen, J. P., Pireaux, J. P., & Walgraffe, R. (1994). Belgium In E. Bell, C. McDevitt, G. Rott & P. Valerio (Eds.), Psychological Counselling in Higher Education: An European overview (pp. 31-37). Napoli: La Città del Sole.

Bruhn, J.G. (1988). Life-style and health behaviour. In. D.S. Gochman (Ed.), Health behaviour: Emerging Research Perspectives (pp. 71-86). New York: Plenum Press.

Campbell, A. (1976). Subjective measure of well-being. American Psychologist, 31, 117-124.

Campbell, A., Converse, P. E., & Rogers, W. L. (1976). The Quality of American

Life: Perception, evaluations and satisfactions. New York: Russel Sage Foundations.

Canavarro, M. C. S. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos In Testes e Provas Psicológicas em Portugal (Vol.2), Mário R. Simões, Miguel M. Gonçalves e Leandro S. Almeida (Eds.). Braga: APPORT/SHO.

Carr, A. (2004). Positive Psychology: The science of happiness and human strengths. New-York: Brunner-Rutledge, 1-45.

Carvalho, A. (2003). Bebidas Alcoólicas – Problemas de Saúde Pública. In M. I. Clímaco & L. M. Ramos (Coord.) (2003), Álcool, Tabaco e Jogo: do lazer aos consumos de risco. Coimbra, Quarteto Editora, 137-168.

Chickering, A.W., & Reisser, L. (1993). Education and identity (2nd Ed.). São Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Clark, Hampson, Avery & Simpson, 2004. Effects of a tailored life-style self management intervention in patients with type II diabetes. British's Journal of Heath psychology, 9, 365-379.

Clarke, J. A. (1998). Student's Perceptions of Different Tertiary Environment In L., Almeida, A., Gonçalves, A., Salgueira, A. Soares & J. Machado (2002), Percursos e expectativas de estudantes universitários: Estudo com alunos do 1.º ano da Universidade do Minho. Actas do VI Congresso de Psicopedagogia.

Cohen, S; Doyle, W. J.; Turner, R. B.; Alper, C. M.; & Skoner, D. P. (2003). Emotional style and susceptibility to the common cold. Psychosomatic Medicine, 65, 652-657.

Comas, D. (Coord.); Aguinaga, J., Orizo, F. Espinosa, A. & Ochaita, E. (2003). Jóvenes y estilos de vida – valores y riesgos en los jóvenes urbanos. Madrid: Fundación de Ayuda contra la drogadicción (FAD), Ministerio de Trabalho y Assuntos Sociales – INJUVE.

- Conner, M. & Norman, P. (1996). The role of social cognition in health behaviours. In M. Conner & P. Norman (Eds.), Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models (pp. 1-22). Buckingham: Open University Press.
- Conner, M., & Norman, P. (1995). Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models. London: Open University Press.
- Conyne, R. (1987). Primary preventive counselling: Empowering people and systems. Muncie, Indiana: Accelerated Development Inc.
- Costa E. S., & Leal, I. P. (2006). Estratégias de coping em estudantes do Ensino Superior. Análise Psicológica, 2 (24), 189:199.
- Creamer, D.G. (1990). College student development: Theory and practice for the 1990's. Amer College Personnel.
- Crocker, P. (1997). A confirmatory factor analysis of the Positive Affect Negative Affect Schedule (PANAS) with a youth sport sample. Journal of Sport and Exercise Psychology, 19, 91-97.
- Cruz J. P. (2003). Modelo cognitivo da conduta suicida. Studia, 5, 193-230.
- Cruz, J. (2007). A mente e o corpo na Saúde Mental contemporânea. In Mirlene Sequeira, Saúl Jesus & Vera Oliveira (Eds.). Psicologia da Saúde: Teoria e Pesquisa. Cap. 9. S. Catarina (Brasil). Editora Metodista.
- Cutrona, C. E. (1982). Transition to College: Loneliness and the process of social adjustment. In L. Peplau & D. Perlman (Eds.). Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy (pp. 278-309). New York: Wiley-Interscience.
- Dean et al., 1995. Dean, K, Coloner, C. & Peres-Olhos (1995). Research on life-style and health: searching for meaning. Social Science and Medicine, 41,(6), 845-855.
- DeNeve, K. (1999). Happy as an extraverted clam? The role of personality for

- subjective well-being. Current Directions in Psychology Science, 8 (5), 141-144.
- DeNeve, K. M. & Cooper, H. (1998). The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. Psychological Bulletin, 124 (2), 197-229.
- Derogatis, L. R. & Cleary, P. A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. Journal of Clinical Psychology, 33, 981-989.
- Despacho n.º 6659/99, de 5 de Abril. Diário da República, II Série, n.º 79.
- Dias, G. F. (1996). Tarefas desenvolvimentais e bem-estar psicológico dos jovens. Dissertação de Doutoramento. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Dias, G. F. (2006). Aconselhamento psicológico a jovens do Ensino Superior: Uma abordagem psicodinâmica e desenvolvimentista. Análise Psicológica, 1 (24), 39-50.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. Psychological Bulletin, 95 (3), 542-575.
- Diener, E. (1996). Subjective well-being in cross-cultural perspective. In G. Hector (Ed.), Key issues in cross-cultural psychology: selected papers from the Twelfth International Congress of the International Association for Cross-Cultural Psychology. San Diego. Academic Press.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. American Psychologist, 55, 34-43.
- Diener, E., & Seligman, M. E. P. (2004). Beyond money: Toward an economy of well-being. Psychological Science in the Public Interest, 5 (1), 1-31.
- Diener, E., Suh, E. M., & Oishi, S. (1997). Recent Findings on Subjective Well-Being. University of Illinois. Retrieved June, 10, 2006, from <http://>

- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. Psychological Bulletin, *125*, 275-302.
- Diener, E.; Diener, M.; & Diener, C. (1995). Factors predicting the subjective well-being of nations. Journal of Personality and Social Psychology, *69*, 851-864.
- Diener, E.; Oishi, S.; & Lucas, E. R. (2003a). Personality, culture and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. Annual Review Psychology, *54*, 403-425.
- Diener, E.; Sandvik, E. & Pavot, W. (1991). Happiness is the frequency, not the intensity, of positive versus negative affect. In F. Strack, M. Argyle e N. Schwarz (Eds.), Subjective well-being (pp. 119-139). Oxford: Pergamon.
- Diener, E.; Scollon, N. C. & Lucas, E. R. (2003). The evolving concept of subjective well-being: the multifaceted nature of happiness. Advances in Cell Aging and Gerontology, *15*, 187-219.
- Diener, Lucas, & Oishi (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In C. R. Snyder & S. Lopez, S. org. Handbook of Positive Psychology. New York, Oxford, 63-73.
- Diniz, A. M. (2001). Crenças, escolha de carreira e integração universitária. Dissertação de doutoramento não publicada, Universidade do Minho, Braga.
- Diniz, A. M. (2005). A Universidade e os seus estudantes: Um enfoque Psicológico. Lisboa: ISPA.
- Direcção-Geral de Saúde (2004). Plano Nacional de Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde, Direcção Geral de Saúde.
- Direcção-Geral de Saúde (2006). Programa Nacional de Saúde Escolar. Lisboa: Ministério da Saúde, Direcção Geral de Saúde.
- Dolgener, F., & Hensley, L. (1998). *Personal wellness*. Iowa: Eddie Bowers Publisher,

Inc.

Doll, R., & Peto, R. (1981). The causes of Cancer. New York: Oxford University Press.

Duckworth, Steen & Seligman (2005). Positive Psychology in Clinical Practice. Annual Review Clinical Psychology, 1, 629-645.

Dzuka, J. & Dalbert, C. (2006). The belief in a just world's impact on subjective well-being in old age. Aging and Mental Health, 10, 439-444.

Egger, G., Spark, R., Lawson, J., & Donovan, R. (1999). Health promotion strategies and methods. Sydney: McGraw-Hill.

Elderen & Dusseldorp, 2001. Life-style effects of group health education for patients with coronary art disease. Psychology and health, 16, 327-341.

Engel, J. F., Blackwell, R. D. & Miniard, P. W. (1995). Comportamento de Consumidor. Rio de Janeiro, RJ: LTC – Livros Técnicos e Científicos S. A.

Erikson, E. H. (1968). Identity: Youth and crisis: New York: Norton.

Erlandsson, A. (2006). The differences in frequent and intense affect balance when measuring subjective well-being and personality. (Monografia de Licenciatura em Psicologia). Växjö Universitet: Institution of Social Sciences.

Evans, N. J., Fornely, D. S., & Dibritto, F. G. (1998). Student development in college: Theory, research and practice. São Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Everly, G. S. Jr. (1989). A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response. New York: Plenum Press.

Faria L., & Santos, N. L. (1998). Validação de uma escala de concepções pessoais de competência no contexto universitário. Actas do IV Congresso Galaico-Português de Psicopedagogia. Braga: Universidade do Minho.

Faria, M. C., Carvalho, S. & Chamorro, C. (2005). Saúde e Comportamentos Aditivos no Ensino Superior. In Actas do I.º Congresso Ibérico sobre a

Prevenção das Toxicodependências no Ensino Superior. Beja: Projecto Stopdrog@s.

- Faria, M. C., Chamorro, C., Carvalho, S. & Rocha, A. T. (2004). Auto-Cuidado em Saúde e Comportamentos Aditivos no Ensino Superior. In *A Psicologia da Saúde num Mundo em Mudança - Actas do 5.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: SPPS.
- Feist, G. F. (1995). Integrating top-down and bottom-up structural models of Subjective Well-Being: a longitudinal investigation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68 (1), 138-150.
- Ferreira, I. S., & Ferreira, J. A. (2005). As mudanças psicossociais no jovem adulto e a adaptação ao contexto do ensino superior. In *Actas do 2.º Congresso Hispano-Português de Psicologia*. Braga: Universidade do Minho.
- Ferreira, P. L. & Lourenço, O. (2003). Consumo de álcool em Portugal – Que informação disponível? In. M. I. Clímaco & L. M. Ramos (Coord.) (2003), *Álcool, Tabaco e Jogo: do lazer aos consumos de risco*. Coimbra, Quarteto Editora, 118-127.
- Finotti, M. A. (2004). *Estilos de Vida: Uma Contribuição ao Estudo da Segmentação de Mercado*. Dissertação de Mestrado, São Paulo, Universidade de São Paulo.
- Ford, D. (1990). Positive health and living systems framework. *American Psychologist*, 45 (8), 980-981.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-an-built theory of positive emotions. *American Psychologist*, 55, 218-226.
- Fuentes, A. V., & Gómez, J. I. A. (2005). Las drogas en la universidad: un fenómeno complejo. In Palomo, M. & Carreño, A. B. (Coord.), *Prevenção das Toxicodependências no Ensino Superior: uma experiência inovadora* (221-253).

Instituto Politécnico de Beja e Universidade de Huelva.

- Galhardo, A.; Marques, P.; & Cardoso, I. M. (2004). Descobre Outros Prazeres. Coimbra: Associação Académica de Coimbra.
- Galinha, I, & Pais-Ribeiro, J. L. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. Psicologia, Saúde & Doenças, 6 (2), 203-214.
- Galinha, I, & Pais-Ribeiro, J. L. (2006). A evolução das medidas de bem-estar In Saúde, Bem-Estar e Qualidade de Vida - Actas do 6.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Faro: SPPS.
- George, J. M., & Brief, A. P. (1992). Feeding good-doing good: A conceptual analysis of the mood at work-organizational spontaneity. Psychological Bulletin, 112, 310-329.
- George, L. K. (1981). Subjective Well-Being. Conceptual and Methodological Issues. Annual Review of Gerontology and Geriatrics, 2, 345-382.
- Giacomoni, C. H. (2004). Bem-estar subjectivo: em busca da qualidade de vida. Temas em Psicologia da SBP, 12 (1), 43-50.
- Gillham, J., & Reivich, K. (2004). Cultivating Optimism in Childhood and Adolescence. Annals, AAPSS, 591, 146-163.
- Goleman, D. (1997). Inteligência Emocional. Temas e Debates. SIG.
- Gomes, M. & Pais-Ribeiro, J. (2001). Relação entre o auto-conceito e bem-estar subjectivo em doentes cardíacos do sexo masculino sujeito a cirurgia de bypass aorto-coronário. Psicologia, Saúde & Doenças, 2 (1), 35-45.
- Gonçalves, O. F., & Cruz, J. F. (1988). A organização e implementação de serviços universitários de consulta psicológica e desenvolvimento humano. Revista Portuguesa de Educação, 1 (1), 127-145.
- Gonzalez, B. & Pais-Ribeiro, J. (2004). Comportamentos de saúde e dimensões da personalidade em jovens universitárias. Psicologia, Saúde & Doenças, 5 (1), 107-

- Gordan, V. N. (1995). The undecided college student: Na academic and career advising challenge (2.^a ed.). Springfield: Charles Thomas Publisher.
- Hammond, S. (1995). Using Psychometric Tests – Cap. 13, pp. 194-212 In Research Methods in Psychology, G. M. Breakwell, S. Hammond e Ch. Fife-Schaw (Eds.) – London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.
- Hardey, M. (1998). The social context of health. Buckingham: Open University Press.
- Haveman-Nies, A.; Groot, L.; Staveren, W. (2003). Dietary quality, lifestyle factors and healthy ageing in Europe: the SENECA study. Age and Ageing, 32 (4), 427-434.
- Heath, D. (1968). Growing up in college. São Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Hersey, R. B. (1932). Worker's emotions in shop and home. A study of individual workers from the psychological and physiological standpoint. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Hettler, B. (1982). Wellness promotion and risk reduction on university Campus. In M. M. Faber, & A. M. Reinhardt (Eds.), Promoting health through risk reduction (pp. 207-238). New York: Collier.
- Hill, M. M. & Hill, A. (2002). Investigação por questionário (2.^a ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Horley, J. (1984). Life Satisfaction, Happiness and Morale: Two problems with the use of Subjective Well being indicators. The Gerontologist, 24(2), 124-127.
- Huebner, S. E. (2004). Research on assessment of life satisfaction of children and adolescents. Social Indicators Research, 66, 3-33.
- Jesus, N.S. (2006). Bem-Estar em Psicologia da Saúde. In Leal, I. (Coord.), Perspectivas em Psicologia da Saúde (pp.81-87). Coimbra: Quarteto.
- Jesus, S. N. (1996). A motivação para a profissão docente. Contributo para a

clarificação de situações de mal-estar e para a fundamentação de estratégias de formação de professores. Aveiro: Estante Editora.

Jesus, S. N. (1999). Como prevenir e resolver o stress dos professores e a indisciplina dos alunos? Porto: ASA Editores II.

Jesus, S. N.; Almeida, H.; Pereira, A.; Salvador, M., & Costa, L. (2000). Factores de bem-estar e mal-estar em profissionais de educação e de saúde. Comunicação apresentada no I Congresso Hispano-Português de Psicologia (Santiago de Compostela).

Kenny, M. E. (1987a). The extent and function of parental attachment among first-year college students. Journal of Youth and Adolescence, 16 (1), 17-29.

Kenny, M. E. (1987b). Family ties and leaving home for college: Recent findings and implications. Journal of Youth and Adolescence, 28 (5), 438-442.

Kenny, M. E. (1990). College senior's perceptions of parental attachments: The value and stability of family ties. Journal of College Students Development, 31 (1), 39-46.

Kenny, M. E., & Donaldson, G. (1991). Contributions of parental attachment and family structure to the social and psychological functioning of first-year college students. Journal of Counselling Psychology, 38 (4), 479-486.

Killgore, W. (2000). Evidence for a third factor on the Positive and Negative Affect Schedule in a college student sample. Perceptual and Motor Skills, 90, 147-152.

Komines, S. R., Delworth, U., & Woodard, D. (1996). Student services: A handbook for the profession. São Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Kotler, P. (1997). Administração de Marketing: análise, planejamento, implementação e controle. São Paulo: Ed. Atlas.

Kubzansky, L. D.; Sparrow, D.; Vokonas, P.; & Kawachi, I. (2001). Is the glass empty or half full? A prospective study of optimism and pulmonary function in the

- Normative Aging Study. Annals of Behavioural Medicine, 24, 345-353.
- Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Information Canada.
- Lancet (1991). What's new in public health? Lancet Editorial, 337 (8), 1381-1383.
- Larsen, R. J.; Diener, E.; & Emmons, R. A. (1985). An evaluation of subjective well-being measures. Social Indicators Research, 17, 1-17.
- Légeron, P. (1993). Stratégies Comportementales et Cognitives dans la Gestion du Stress. L'Encéphale, XIX, 193-202.
- Leitão, L. M., & Paixão, M. P. (1999). Contributos para um modelo integrado de orientação escolar e profissional no ensino superior. Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, 1, 191-209.
- Lencastre, L., Guerra, M. P., Lemos, M. S., & Pereira, D. C. (2000). Adaptação dos alunos do 1.º ano das licenciaturas da faculdade de ciências da Universidade do Porto. In J. Tavares & R.A. Santiago (Eds.). Ensino Superior: (In)sucesso Académico. Porto: Porto Editora.
- Lowenthal, M. F., & Pierce, R. (1975). The pretransitional stance. In M.F. Lowenthal, M. Thurnher & D. Chiriboge (Eds.), Four stages of lives: A comparative study of men and women facing transitions. São Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Lu, L. (1995). The relationship between subjective well-being and psychosocial variables in Taiwan. The Journal of Social Psychology, 135 (3), 351-357.
- Lykken, D., & Tellegen, A. (1996). Happiness is a stochastic phenomenon. Psychological Science, 7, 186-189.
- Lyubomirski, S.; King, L.; & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success? Psychological Bulletin, 131 (6), 803-855.
- Machado, C. & Almeida, L.S. (2000). Vivências Académicas. Análise diferencial em estudantes dos 1.º e 4.º anos do ensino superior. In J. Tavares & R. Santiago

- (Orgs). Ensino Superior. (In)Sucesso Académico. Coleção CIDInE. Porto: Porto Editora, 133-145.
- MacLeond, K. A., & Moore, R. (2000). Positive thinking revisited: positive cognitions, well-being and mental health. Clinical Psychology and Psychotherapy, 7, 1-10.
- Manton, G. K. (1989). Life-Style risk factors. The Annals of the American Academy, 503, 72-88.
- Marshall, M. A., & Brown, J. D. (2006). Emotional reactions to achievement outcomes: Is it really best to expect the worst. Cognitions & Emotions, 20 (1), 43-63.
- Martins, F. (1998). A satisfação académica: Construção de uma escala. Actas do IV Congresso Galaico-Português de Psicopedagogia. Braga: Universidade do Minho.
- Matarazzo, J. D., & Leckliter, I. N. (1988). Behavioral health: The role of good and bad habits in health and iones. In S. Maes, C. D. Spielberger, P. B. Defares & I. G. Sraon (Eds.), Topics in health psychology (pp.3-19). New York: John Wiley & Sons, Ltd.
- Matos, A. C. (1986). O primeiro amor. Psicologia, 5 (1), 39-43.
- Matos, G. M. (2004). Psicologia da Saúde, saúde pública e saúde internacional. Análise Psicológica, 3 (22), 449-462.
- Matos, G. M., Simões, C., Canha L. & Fonseca, S. (1996). Saúde e Estilos de Vida nos Jovens Portugueses. Lisboa: Relatório HBSC/PPES.
- McCullough, G.; Huebner, S. E. & Laughlin, E. J. (2000). Live events, self-concept and adolescents positive subjective well-being. Psychology in the Schools, 37 (3), 281-290.
- McIntyre, T. (1994). *Stress e os profissionais de saúde. Os que tratam também sofrem*. Análise Psicológica, 17 (3), 513-527.

- McIntyre, T. M. (2005). Serviço de Consulta Psicológica e de Desenvolvimento Humano do Departamento de Psicologia da Universidade do Minho – Relatório de Actividades de 2005. Braga: Universidade do Minho.
- Miner, A. G. (2001). Experience sampling events, moods, behaviours, and performance at work. Unpublished doctoral dissertation, University of Illinois, Urbana-Champaign.
- Ministério da Saúde (1996) - Uma estratégia para o virar do século. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (1998) - Saúde em Portugal: Uma estratégia para o virar do século (1998-2002). Orientações para 1998. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Morris, J., & Schneider, D. (1991). Health risk behaviours: A comparison of five campuses. College Student Journal, 26 (3), 390-397.
- Neto, F. (1999). Satisfação com a vida e características de personalidade. Psychologica, 22, 55-77.
- Neugarten, B. L., Moore, J. C., & Lowe, J. C. (1965). Age hours, age constrains and adult socialization. American Journal of Sociology, 70, 710-717.
- Novo, R. F. (2003). Para além da eudaimonia: o bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian, pp. 21-49.
- O'Connor, E. (2001). Students mental health: secondary, education no more. Monitor on Psychology, 32 (8), 44-47.
- OEDT (2003). A evolução do fenómeno da droga na União Europeia e na Noruega. Luxemburgo: Serviços das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.
- Ogden, J. (1996). Health psychology: A textbook. Buckingham: Open University Press.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- OMS (1978). Primary health care. Report of the International Conference of primary

health care. Alma-Ata:USSR; Geneve: WHO.

OMS (1986). Carta de Ottawa para a promoção da saúde. Versão portuguesa “Uma Conferência Internacional para a Promoção da Saúde com vista a uma nova Saúde Pública”, 17-21 Novembro, Ottawa, Canadá. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

OMS (1988). Priority research for health for all. Copenhagen: World Health Organization.

OMS (1999). Health 21. Health for all in the 21 st century. World Health Organization. Regional Office for Europe. Copenhagen. 1999.

OMS (2002). Education & Health in Partnership: a European Conference on linking education with the promotion of health in schools. Conference Report. Egmond aan Zee, 25-27 September 2002: WHO.

OMS (2002). Rapport sur la santé dans le monde “Réduire les risques et promouvoir une vie saine”. Genève : OMS.

OMS (2005). Global health promotion scaling up for 2015 – A brief review of major impacts and developments over the past 20 years and challenges for 2015. Secretariat Background Document for the 6th Global Conference on Health Promotion in Bangkok, Thailand 7-1 August 2005. Bangkok: WHO.

OMS Europe (2006). Relever les défis, trouver les solutions. Rapport de la conférence ministrielle européenne de l’OMS. Genève.

Ostir, G. V.; Markides, K. S.; Black, S. A.; & Goodwin, J. S. (2000). Emotional well-being predicts subsequent functional independence and survival. Journal of the American Geriatrics Society, 48, 473-478.

Pacheco, J. E. P. (2005). Burnout e Estilos de Vida em Profissionais de Saúde. Dissertação de Doutoramento, Faro, Universidade do Algarve.

Pais-Ribeiro, J. L. (1998). Psicologia e Saúde. Lisboa: ISPA.

- Pais-Ribeiro, J. L. (2004). Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças. Análise Psicológica, 2 (22), 387-397.
- Park, N. (2004). The role of subjective well-being in positive youth development. The Annals of American Academy, 591, 25-36.
- Park, N. (2004). The role of subjective well-being in positive youth development. Annals of American Academy, 591: 25-39
- Pascarella, E. T., & Terenzini, P. (1980). Predicting freshman persistence and voluntary dropout decisions from a theoretical model. Journal of Higher Education, 20, 1-6.
- Pascarella, E. T., & Terenzini, P. (1992). Designing colleges for greater learning. Planning for Higher Education, 20, 1-6.
- Pascarella, E., Edison, M., & Nora, A. (1996). Influences on student's openness to diversity and challenge in the first year of college. Journal of Higher Education, 67, 174-195.
- Pascarella, E. T., & Terenzini, P. (1991). How college affects students: Findings and insights from twenty years of research. São Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Pavot, W. & Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. Psychological Assessment, 5 (2), 164-172.
- Pearlin, L. I. (1982). Discontinuities in the study of aging. In. T.K. Haraven & K.J. Adams (Eds.). Aging and life course transactions: An interdisciplinary perspective. Nova Iorque: Guilford Press.
- Pereira, A M. S., Decq Motta, E., Vaz, A. L., Pinto, C., Bernardino, O., Melo, A. C., Ferreira, J., Rodrigues, M. J., Medeiros, A., & Lopes, P. N. (2006). Sucesso e desenvolvimento psicológico no Ensino Superior: Estratégias de Intervenção. Análise Psicológica, 1 (24), 51:59.

- Pereira, A. M. S. (1997). Helping students cope: Peer counselling in higher education. Hull: University of Hull (doctoral dissertation).
- Pereira, A. M. S. (2004). Novos labirintos do corpo e da mente: apoio na vivência académica. Comunicação apresentada no IV Fórum de Investigação e Intervenção Psico-Pedagógica no Ensino Superior – Saúde, Desporto e Cultura, Beja: Instituto Politécnico de Beja (21, Outubro).
- Pereira, A. M. S. (2005). Para obter sucesso na vida académica – Apoio dos estudantes pares. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Pereira, A. M. S. (2005). Para obter sucesso na vida académica – Apoio dos estudantes pares. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Pereira, A. M. S., Vaz, C., Patrício, M., Campos, M., & Pereira, R. (1999). Contribuição para o estudo do sucesso e insucesso na Universidade de Coimbra. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Pereira, J. & Mateus, C. (2003). Custos indirectos associados à obesidade em Portugal. Revista Portuguesa da Saúde Pública, 3, p.65-80.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2001). Análise de dados para ciências sociais – A complementaridade do SPSS. Lisboa: Edições Sílabo.
- Ponciano, E., & Pereira, A. M. S. (2005). Estudante: Vamos conhecer a depressão. Coimbra: SASUC Edições.
- Ponciano, E., & Pereira, A. M. S. (2005). Estudante: Vamos conhecer a depressão. Coimbra: SASUC Edições.
- Potter, P., Zautra, A., & Reich, J. (2000). Stressful events and information processing dispositions moderate the relationships between positive and negative affect: Implications for pain patients. Annals of Behavioural Medicine, 22, 191-198.
- Precioso, J. (2004). Quando e porquê começam os estudantes universitários a fumar: Implicações para a intervenção. Análise Psicológica, 3 (22), 499-506.

- Prendersgast, M. L. (1994). Substance use and abuse among college students: A review of recent literature. Journal of American College Health, 43 (3), 99-113.
- Reed, J. & Ones, S. D. (2005). The effect of acute aerobic exercise on positive activated affect: A meta-analysis. Psychology of Sport and Exercise. Retrieved September, 10, 2007, from <http://www.elsevier.com/locate/psychsport>.
- Resapes (2002). A situação dos serviços de aconselhamento psicológico no ensino superior em Portugal. Lisboa: FCT-UL.
- Ribeiro, A. & Cruz, J.P. (no prelo). Estilos de Vida e Bem-Estar Subjectivo. Universidade do Porto. Actas do 7.º Congresso de Psicologia da Saúde. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde.
- Richmond, J. (1979). Healthy people: The surgeon general's report on health promotion and disease prevention, (doc. 017001-0041602) USA Dept of Health. Education and welfare. Washington DC: US Gov Printing Office.
- Rogers, S. J., & May, D. C. (2003). Spill over between marital quality and job satisfaction: Long-term patterns and gender differences. Journal of Marriage and the Family, 65, 482-495.
- Russel, L. (1986). Is prevention better than cure? Washington: The Brooking Institute.
- Ryff, C.D. & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. Psychological Inquiry, 9, 1-28.
- Rytke, J., Bauer, M., & Fredtoft, T. (1994). Denmark. In E. Bell, C. Mcdevitt, G. Rott & P. Valerio (Eds.). Psychological counselling in Higher Education: An European overview (pp. 67-79). Napoli: La Città del Sole.
- Rytke, J., Bauer, M., & Fredtoft, T. (1994). Denmark. In E. Bell, C. MCDEVITT, G. ROTT & P. VALERIO (Eds.). Psychological counselling in Higher Education: An European overview (pp. 67-79). Napoli: La Città del Sole.

- Sakellarides, C. (1999). Rede Europeia e Portuguesa de Escolas Promotoras da Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Sands, T., Archer, Jr., & Puleo, S. (1998). Prevention of health-risk behaviours in college students: Evaluating seven variables. Journal of College Students Development, 39 (4), 331-342.
- Santos, L. (2001). Adaptação académica e rendimento escolar: Estudo com alunos universitários do 1.º ano. Braga: Universidade do Minho. Grupo de Missão para a Qualidade do Ensino/Aprendizagem.
- Santos, L., & Almeida, L. S. (2000). Vivências e rendimentos académicos: Estudo com alunos universitários do 1.º ano. In A.P. Soares, A. Osório, J.V. Capela, L.S. Almeida, R.M. Vasconcelos, S.M. Caíres (Orgs.), Transição para o Ensino Superior (pp. 99-110). Braga: Universidade do Minho, Conselho Académico.
- Schlossberg, N. K. (1981). A model for analyzing human adaptation to transition. The Counselling Psychologist, 9 (2), 2-18.
- Schlossberg, N. K. (1998). Schlossberg's transition theory. In N.J. Evans, D.S. Forney & F.G. Dibrutto (Eds.), Student development in college: theory, research and practice. São Francisco: Jossey-Bass Publishers and Adult Education Series.
- Scwitzer, A. M., Ancis, J. R., & Griffin, O. T. (1998). Validating a proposed model of african-american student's social adjustment. Journal of the First-Year Experience, 11, 1, 77-102.
- Seabra, D. & Cruz, J. P. (1991). Estudo da prevalência de sintomas depressivos na população do Algarve. Revista Nacional de Saúde Pública, 9(2), 29-35.
- Seco, G.M. S., Casimiro, M. S. M., Pereira, M. R., Dias, M. S. & Custódio, S. M. R. (2004). Para uma abordagem psicológica da transição do Ensino Secundário para o Ensino Superior: pontes e alçapões. Leiria: IPL.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction.

American Psychologist, 55, 5-14.

Sheldon, K. M., & King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. American Psychologist, 56 (3), 216-217.

Sheldon, K. M.; Lyubomorsky, S. (2006): Achieving Sustainable Gains In Happiness: Change Your Actions, Not Your Circumstances, Journal of Happiness Studies, 7, 55-86

Silva S. A. & Deus A. A. (2005). Comportamentos de consumo de haxixe e saúde mental em adolescentes: Estudo comparativo. Análise Psicológica, 2 (23), 151-172.

Silva, C.F., Silvério, J.M. (1997). Versão Portuguesa do “ Standard Shiftwork Índex: Resultados com Amostras Portuguesas de Enfermeiros. Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, (2), 233-240.

Sirgy, M. J. (2002). The Psychology of Quality of Life. Dordrecht. Kluwer Academic Publishers.

Smith, P. B., & Bond, M. H. (1999). Culture: the neglected concept. In P. B. Smith & M. H. Bond. Social psychology across cultures: Analysis and perspectives, (pp. 38-69). Boston: Allyn & Bacon.

Soares, A. P. (1998). Desenvolvimento vocacional de jovens adultos: A exploração, a indecisão e o ajustamento vocacional em estudantes universitários. Dissertação de Mestrado. Braga: Universidade do Minho.

Sobel, M. E. (1981). Life style and social structure. New York: Academic Press.

Stephan, Y.; Bilard, J.; Ninot, G. & Delignières, D. (2003). Repercussions of transition out of elite sport on subjective well-being: A one year study. Journal of Applied Sport Psychology, 15, 354-371.

Stephoe, A. & Wardle, J. (1996). The European health and behaviour survey: The development of an international study in health psychology. Psychology of

Health, 11, 49-73.

- Stone, G.L. & Archer, J. (1990). College and university counselling centers in the 1990's: Challenges and limits. The Counselling Psychologist, 18, 539-607.
- Streiner, D. L. & Norman, G.R. (1989). Health Measurement Scales (A Practical Guide to their Development and use). Oxford Medical Publications.
- Tavares, J. S., Santiago, R., & Lencastre, L. (1999). Insucesso no 1.º ano do Ensino Superior In Investigar e Formar em Educação - Actas do IV Congresso da Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação. Porto: SPCE, 107-128.
- Tavares, J., Santiago, R. A., Taveira, M. C., Lencastre, L., & Gonçalves, O. F. (2000). Factores de sucesso/insucesso no 1.º ano dos cursos da licenciatura em Ciências e Engenharia do ensino superior (Praxis XXI). In Actas do Seminário Transição para o Ensino Superior. Braga: Universidade do Minho, Conselho Académico.
- Tavares, J., Santiago, R., & Lencastre, L. (1998). Insucesso no primeiro ano do ensino superior: Um estudo no âmbito dos cursos de licenciatura em ciências e engenharia na Universidade de Aveiro. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Taylor, S. (1999). Health Psychology. New York: McGraw-Hill International Editions.
- Teixeira, J. & Correia, A. (2002). Fragilidade Social e Psicologia da Saúde. Análise Psicológica, 3, 359-365.
- Terenzini, P. T., Pascarella, E. T., & Blimling, G. S. (1996). Student's out-of-class experience and their influence on learning and cognitive development: A literature review. Journal of College Students Development, 37 (2), 149-162.
- Ting, S-M. R., & Robinson, T. L. (1998). First-year academic success: A prediction combining cognitive and psychosocial variables for caucasian and african american students. Journal of College Student Development, 39 (6), 599:610.
- Tinto, V. (1987). Leaving college: Rethinking the causes and cures of student attrition.

Chicago: University of Chicago Press.

Tinto, V. (1993). Leaving college: Rethinking the causes and cures of student attrition (2nd Ed.). Chicago: University of Chicago Press.

Tracey, T. J., & Sedlacek, W. E. (1985). The relationship of noncognitive variables to academic success: A longitudinal comparison by race. Journal of College Student Personnel, 26, 405:410

Tuckman, B. W. (2000). Manual de Investigação em Educação. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Tudor, K. (1996). Mental health promotion, paradigms and practice. London and New York: Routledge.

Upcraft, M., & Gardner, J. (1989). The freshman year experience: Helping students survive and succeed in college. São Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Van Vracem, J., & De Ketele, J. M. (1983). Factures de réussite et échec dans les premières candidatures à l'université de Louvain. Pédagogiques : Reveux de Pédagogie de L'Enseignement Supérieur, 3 (2), 106-117.

Vaz Serra, A. (1999). O Stress na Vida de Todos os Dias. Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. Psychological Bulletin, 98, 219-235.

Weinstein, N. (1983). Reducing unrealistic optimism illness susceptibility. Health Psychology, 2, 11-20.

Wintre, M. G., & Sugar, L. A. (2000). Relationships with parents, personality and the university transition In L. Santos (2001). Adaptação Académica e Rendimento Escolar. Estudo com alunos do 1.º ano. Grupo de Missão para a Qualidade do Ensino/Aprendizagem: Braga.

Wold, B. (1993). Health behaviour in school-aged children. A WHO cross-national survey. Resource package of questions 1993/94. Research Centre for Health Promotion, University of Bergen.

ANEXOS

ANEXO A

PEDIMOS A SUA COLABORAÇÃO PARA PARTICIPAR NUM ESTUDO NO ÂMBITO DA PSICOLOGIA DA SAÚDE, SOBRE ESTILOS DE VIDA, FELICIDADE SUBJECTIVA, MAL-ESTAR PSICOLÓGICO E ADAPTAÇÃO AO ENSINO SUPERIOR.

POR ESTE MOTIVO, PEDIMOS QUE PREENCHA OS SEGUINTE QUESTIONÁRIOS.

NÃO EXISTEM RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS. O MAIS IMPORTANTE É QUE RESPONDA A TODAS AS QUESTÕES O MAIS HONESTAMENTE POSSÍVEL, POIS AS SUAS RESPOSTAS NÃO TERÃO VALOR CIENTÍFICO SE NÃO REFLECTIREM A SUA REALIDADE INTERIOR.

TODAS AS RESPOSTAS SÃO ANÓNIMAS E CONFIDENCIAIS (NÃO SERÃO REVELADAS A NINGUÉM) E DESTINAM-SE EXCLUSIVAMENTE A FINS DE INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA.

LEIA AS INSTRUÇÕES COM CUIDADO E SE TIVER DÚVIDAS NÃO HESITE EM PERGUNTAR.

SE A QUALQUER MOMENTO SENTIR QUE PREFERE NÃO CONTINUAR A RESPONDER, É LIVRE DE DESISTIR E DE ENTREGAR O QUESTIONÁRIO SEM QUE HAJA QUALQUER SANÇÃO OU PREJUÍZO.

LOGO QUE TERMINAR, DEVOLVA O QUESTIONÁRIO.

AGRADECEMOS A SUA COLABORAÇÃO, ASSIM COMO A SUA DISPONIBILIDADE.

Dados Sócio-Demográficos:

INSTITUIÇÃO: IPB <input type="checkbox"/> UALG <input type="checkbox"/>	
ESCOLA/FACULDADE: _____	CURSO: _____
O MEU CURSO FOI A MINHA _____ OPÇÃO.	SEXO:
F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
IDADE: _____	ESTADO CIVIL:

QUESTIONÁRIO SOBRE ESTILOS DE VIDA NO ENSINO SUPERIOR (Q.E.V.E.S.)

Sónia F. de Carvalho¹ & J. Pestana Cruz²

¹Instituto Politécnico de Beja, ²Universidade do Algarve, 2006

Este questionário destina-se à realização de uma investigação sobre os Estilos de Vida dos estudantes que frequentam o Ensino Superior.

Os dados recolhidos são absolutamente confidenciais, respeitando o anonimato pelo que se solicita sinceridade e objectividade no preenchimento do referido questionário.

Em relação a cada uma das questões apresentadas, atenda à seguinte forma de responder: de acordo com a sua opinião ou sentimento, pontue a sua resposta, **com um círculo em torno do número que melhor reflecte a sua opinião, de acordo com a seguinte escala:**

- 1 - Nunca
- 2 - Raramente
- 3 - Algumas vezes
- 4 - Frequentemente
- 5 - Sempre

Antes de começar, certifique-se de que compreendeu o que se pretende e a forma de responder. Por favor, **responda a todas as questões.**

1.	Como fruta pelo menos 1 vez por dia.	1	2	3	4	5
2.	Tenho amigos com os quais posso partilhar as minhas experiências significativas.	1	2	3	4	5
3.	Consumo álcool em excesso (1 ou mais vezes por semana).	1	2	3	4	5
4.	Pratico uma actividade física exigente (p. ex., natação, aeróbica, jogging), pelo menos duas vezes por semana.	1	2	3	4	5
5.	Quando conduzo respeito os limites de velocidade.	1	2	3	4	5
6.	Como peixe pelo menos 4 vezes por semana.	1	2	3	4	5
7.	Quando preciso de apoio tenho a quem recorrer.	1	2	3	4	5
8.	Controlo a minha tensão arterial.	1	2	3	4	5
9.	Acontece-me consumir drogas ilícitas.	1	2	3	4	5
10.	Fumo mais de três cigarros por dia.	1	2	3	4	5
11.	Procuro manter uma vida sexual satisfatória.	1	2	3	4	5
12.	Gosto de correr riscos, mesmo que possam por	1	2	3	4	5

	em causa a minha segurança.					
--	-----------------------------	--	--	--	--	--

<p>1 - Nunca 2 - Raramente 3 - Algumas vezes 4 - Frequentemente 5 - Sempre</p>

13.	Vou ao dentista pelo menos uma vez por ano.	1	2	3	4	5
14.	Deito-me tarde (depois da uma da manhã).	1	2	3	4	5
15.	Procuo manter-me física e psicologicamente saudável.	1	2	3	4	5
16.	Faço exercício físico diariamente (p. ex. andar a pé ou de bicicleta).	1	2	3	4	5
17.	Acontece-me guiar quando bebo álcool ou viajar com um condutor que bebeu álcool.	1	2	3	4	5
18.	Acontece-me passar muitas horas sem comer.	1	2	3	4	5
19.	Costumo mudar de parceiro sexual.	1	2	3	4	5
20.	Costuma ser assíduo(a) e pontual em relação às minhas actividades académicas	1	2	3	4	5
21.	Procuo manter uma imagem corporal satisfatória.	1	2	3	4	5
22.	Durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado(a).	1	2	3	4	5
23.	Coloco o cinto de segurança quando viajo de carro.	1	2	3	4	5
24.	Tomo, diariamente, o número de refeições recomendadas (pequeno almoço, almoço, lanche e jantar).	1	2	3	4	5
25.	Mantenho as minhas vacinas em dia.	1	2	3	4	5
26.	Bebo mais do que dois cafés por dia.	1	2	3	4	5
27.	Ocupo mais de 3 horas por dia com a Internet.	1	2	3	4	5
28.	Levanto-me cedo (entre as 7 e as 9 horas da manhã).	1	2	3	4	5
29.	Como legumes pelo menos 1 vez por dia.	1	2	3	4	5
30.	Dedico à minha actividade escolar, incluindo aulas, 5 ou mais horas por dia.	1	2	3	4	5
31.	Como cereais pelo menos 1 vez por dia.	1	2	3	4	5

32.	Acontece-me manter mais do que um relacionamento sexual ao mesmo tempo.	1	2	3	4	5
-----	-------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---

<p>1 - Nunca 2 - Raramente 3 - Algumas vezes 4 - Frequentemente 5 - Sempre</p>

33.	Procuro integrar-me na comunidade em que vivo.	1	2	3	4	5
34.	Como laticínios (leite, iogurte, queijo) pelo menos 1 vez por dia.	1	2	3	4	5
35.	Vou ao médico, pelo menos uma vez no ano, para controlar o meu estado de saúde.	1	2	3	4	5
36.	Bebo 4/5 ou mais copos de água por dia.	1	2	3	4	5

Escala de Felicidade Subjectiva

(Traduzida por Bertoquini, V. & Pais Ribeiro, L., 2004)

Para cada uma das afirmações seguintes assinale o ponto da escala que pensa que melhor o/a descreve, preenchendo o círculo respectivo:

1. De uma forma geral considero-me

1	2	3	4	5	6	7
Uma Pessoa Não Muito Feliz						Uma Pessoa Muito Feliz

2. Comparado com os meus amigos considero-me

1	2	3	4	5	6	7
Menos Feliz						Mais Feliz

3. Algumas pessoas são, de uma forma geral, muito felizes. Elas apreciam a vida, independentemente do que se passa, aproveitando ao máximo. Em que medida esta caracterização o/a descreve?

1	2	3	4	5	6	7
Em Nada						Totalmente

4. Algumas pessoas não são, de uma forma geral, muito felizes. Apesar de não estarem deprimidas, elas nunca parecem tão felizes como poderiam estar. Em que medida esta caracterização o/a descreve?

QVA-r
Questionário de Vivências Académicas
 (versão reduzida)

Leandro S. Almeida; Joaquim Armando Ferreira & Ana Paula Soares
 Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, 2001

Este questionário pretende conhecer as suas opiniões e sentimentos em relação a diversas situações e vivências académicas. Algumas delas têm a ver com aspectos relacionados com a Escola que frequenta, outras com situações fora dela. No entanto, todas procuram abarcar as suas experiências quotidianas, enquanto estudante do Ensino Superior Politécnico.

Em relação a cada uma das questões apresentadas, atenda à seguinte forma de responder: de acordo com a sua opinião ou sentimento, pontue a sua resposta, **com um círculo em torno do número que melhor reflecte a sua opinião, de acordo com a seguinte escala:**

- 1 - Totalmente em desacordo
- 2 - Bastante em desacordo
- 3 - Algumas vezes de acordo e outras em desacordo
- 4 - Bastante em acordo
- 5 - Totalmente em acordo

Antes de começar, certifique-se de que compreendeu o que se pretende e a forma de responder. Por favor, **responda a todas as questões**, tendo em conta o seu percurso e actual situação académica.

1.	Faço amigos com facilidade na minha Escola.	1	2	3	4	5
2.	Acredito que posso concretizar os meus valores (prestígio, estabilidade, solidariedade...) na carreira que escolhi.	1	2	3	4	5
3.	Mesmo que pudesse não mudaria de Instituto Politécnico.	1	2	3	4	5
4.	Apresento oscilações de humor.	1	2	3	4	5
5.	Olhando para trás, consigo identificar as razões que	1	2	3	4	5

	me levaram a escolher este curso.					
6.	Dou comigo acompanhando pouco os colegas de turma.	1	2	3	4	5
7.	Escolhi bem o curso que estou a frequentar.	1	2	3	4	5
8.	Tenho boas competências para a área vocacional que escolhi.	1	2	3	4	5
9.	Sinto-me triste ou abatido/a.	1	2	3	4	5
10	Faço uma gestão eficaz do meu tempo.	1	2	3	4	5

1 - Totalmente em desacordo
2 - Bastante em desacordo
3 - Algumas vezes de acordo e outras em desacordo
4 - Bastante em acordo
5 - Totalmente em acordo

11	Sinto-me, ultimamente, desorientado/a e confuso/a.	1	2	3	4	5
12	Gosto da Escola que frequento.	1	2	3	4	5
13	Há situações em que me sinto a perder o controlo.	1	2	3	4	5
14	Sinto-me envolvido/a no curso que frequento.	1	2	3	4	5
15	Conheço bem os serviços existentes no meu Instituto Politécnico.	1	2	3	4	5
16	Gostaria de concluir o meu curso na Instituição que agora frequento.	1	2	3	4	5
17	Nos últimos tempos tornei-me mais pessimista.	1	2	3	4	5
18	O curso em que me encontro foi determinado sobretudo pelas notas de acesso.	1	2	3	4	5
19	Os meus colegas têm sido importantes no meu crescimento pessoal.	1	2	3	4	5
20	O meu percurso vocacional está a corresponder às minhas expectativas.	1	2	3	4	5

21	Sinto cansaço e sonolência durante o dia.	1	2	3	4	5
22	Julgo que o meu curso me permitirá realizar profissionalmente.	1	2	3	4	5
23	Sinto confiança em mim próprio/a.	1	2	3	4	5
24	Sinto que possuo um bom grupo de amigos na Escola.	1	2	3	4	5
25	Sinto-me em forma e com um bom ritmo de trabalho.	1	2	3	4	5
26	Sinto-me mais isolado/a dos outros de algum tempo para cá.	1	2	3	4	5
27	Tenho desenvolvido amizades satisfatórias com os meus colegas de curso.	1	2	3	4	5
28	Tenho momentos de angústia.	1	2	3	4	5
29	Utilizo a Biblioteca da minha Escola.	1	2	3	4	5
30	Torna-se difícil encontrar um colega que me ajude num problema pessoal.	1	2	3	4	5

1 - Totalmente em desacordo
2 - Bastante em desacordo
3 - Algumas vezes de acordo e outras em desacordo
4 - Bastante em acordo
5 - Totalmente em acordo

31	Não me consigo concentrar numa tarefa durante muito tempo.	1	2	3	4	5
32	Elaboro um plano das coisas a realizar diariamente.	1	2	3	4	5
33	Tenho relações de amizade próximas com colegas de ambos os sexos.	1	2	3	4	5
34	Consigo ter o trabalho escolar sempre em dia.	1	2	3	4	5
35	A minha incapacidade para gerir bem o tempo leva a que tenha más notas.	1	2	3	4	5

36	Quando conheço novos colegas, não sinto dificuldades em iniciar uma conversa.	1	2	3	4	5
37	Escolhi o curso que me parece mais de acordo com as minhas aptidões e capacidades.	1	2	3	4	5
38	Sou conhecido/a como uma pessoa amigável e simpática.	1	2	3	4	5
39	Penso em muitas coisas que me põem triste.	1	2	3	4	5
40	Procuo conviver com os meus colegas fora dos horários das aulas.	1	2	3	4	5
41	Sei estabelecer prioridades no que diz respeito à gestão do meu tempo.	1	2	3	4	5
42	Tomo a iniciativa de convidar os meus amigos para sair.	1	2	3	4	5
43	As minhas relações de amizade são cada vez mais estáveis, duradouras e independentes.	1	2	3	4	5
44	Consigo tirar bons apontamentos nas aulas.	1	2	3	4	5
45	Sinto-me fisicamente debilitado/a.	1	2	3	4	5
46	A instituição de ensino superior que frequento não me desperta interesse.	1	2	3	4	5
47	Consigo ser eficaz na minha preparação para os exames.	1	2	3	4	5
48	A Biblioteca da minha Escola está bem apetrechada.	1	2	3	4	5
49	Procuo sistematizar /organizar a informação dada nas aulas.	1	2	3	4	5

<p>1 - Totalmente em desacordo 2 - Bastante em desacordo 3 - Algumas vezes de acordo e outras em desacordo 4 - Bastante em acordo 5 - Totalmente em acordo</p>

50	Simpatizo com a cidade onde se situa a minha Escola.	1	2	3	4	5
----	------------------------------------------------------	---	---	---	---	---

51	Sinto-me desiludido/a com o meu curso. .	1	2	3	4	5
52	Tenho dificuldades em tomar decisões. .	1	2	3	4	5
53	Tenho boas competências de estudo. .	1	2	3	4	5
54	Os meus gostos pessoais foram decisivos na escolha do meu curso. .	1	2	3	4	5
55	Tenho-me sentido ansioso/a. .	1	2	3	4	5
56	Estou no curso com que sempre sonhei. .	1	2	3	4	5
57	Sou pontual na chegada às aulas. .	1	2	3	4	5
58	O meu Instituto Politécnico tem boas infra-estruturas. .	1	2	3	4	5
59	Não consigo estabelecer relações íntimas com colegas. .	1	2	3	4	5
60	Mesmo que pudesse não mudaria de curso. .	1	2	3	4	5

BSI – Brief Symptom Inventory

Em baixo encontra-se uma lista de problemas que, às vezes, as pessoas apresentam. Por favor, leia com atenção cada problema e indique, com um círculo em torno do número que melhor descreve EM QUE MEDIDA ESSE PROBLEMA O/A PERTURBOU OU ABORRECEU DURANTE OS PASSADOS 7 DIAS INCLUINDO HOJE, de acordo com a seguinte escala:

- 1 - Nada
- 2 - Um pouco
- 3 - Moderadamente
- 4 - Muito
- 5 - Extremamente

Antes de começar, certifique-se de que compreendeu o que se pretende e a forma de responder. Por favor, responda a todas as questões.

EM QUE MEDIDA FICOU PERTURBADO/A POR:						
1.	Nervosismo ou agitação interior.	1	2	3	4	5
2.	Sensações de tonturas ou desmaios.	1	2	3	4	5
3.	Ideia de que alguém pode controlar os seus pensamentos.	1	2	3	4	5
4.	Sentir que os outros são culpados da maior parte dos seus problemas.	1	2	3	4	5
5.	Dificuldade em lembrar-se das coisas.	1	2	3	4	5
6.	Sentir-se facilmente aborrecido/a ou irritado/a.	1	2	3	4	5
7.	Dores no coração ou no peito.	1	2	3	4	5
8.	Sentir medo em espaços abertos.	1	2	3	4	5
9.	Pensamentos de acabar com a vida.	1	2	3	4	5
10.	Sentir que não pode confiar na maior parte das pessoas.	1	2	3	4	5
11.	Pouco apetite.	1	2	3	4	5
12.	Assustar-se subitamente sem razão.	1	2	3	4	5

.						
13	Acesso de cólera/irritação que não consegue controlar.	1	2	3	4	5
14	Sentir-se sozinho/a	1	2	3	4	5

1 - Nada
2 - Um pouco
3 - Moderadamente
4 - Muito
5 - Extremamente

15	Sentir-se bloqueado/a ao tentar fazer as coisas.	1	2	3	4	5
16	Sentir-se só.	1	2	3	4	5
17	Sentir-se triste/melancólico/a.	1	2	3	4	5
18	Não sentir interesse nas coisas.	1	2	3	4	5
19	Sentir-se amedrontado/a.	1	2	3	4	5
20	Sentir-se facilmente ferido/a nos seus sentimentos.	1	2	3	4	5
21	Sentir que as pessoas não são amigáveis ou que não gostam de si.	1	2	3	4	5
22	Sentir-se inferior aos outros.	1	2	3	4	5
23	Náuseas ou indisposição de estômago.	1	2	3	4	5
24	Sentir que está a ser observado/a ou sentir que os outros estão a falar de si.	1	2	3	4	5
25	Dificuldades em adormecer.	1	2	3	4	5
26	Ter de verificar e tornar a verificar o que faz.	1	2	3	4	5

27	Dificuldade em tomar decisões.	1	2	3	4	5
28	Sentir medo de viajar de autocarro, metro ou comboio.	1	2	3	4	5
29	Dificuldade em respirar.	1	2	3	4	5
30	Arrepios frios ou quentes.	1	2	3	4	5
31	Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades porque eles o/a assustam.	1	2	3	4	5
32	Fazer-se um vazio no seu espírito.	1	2	3	4	5
33	Entorpecimento ou formigueiro em partes do corpo.	1	2	3	4	5
34	A ideia de que deveria de ser castigado/a pelos seus pecados.	1	2	3	4	5
35	Sentir-se sem esperança acerca do futuro.	1	2	3	4	5
36	Dificuldade de concentração.	1	2	3	4	5

1 - Nada
2 - Um pouco
3 - Moderadamente
4 - Muito
5 - Extremamente

37	Sentir fraqueza em várias partes do corpo.	1	2	3	4	5
38	Sentir-se tenso/a ou excitado/a.	1	2	3	4	5
39	Pensamentos de morte ou de morrer.	1	2	3	4	5
40	Sentir impulsos de bater/magoar ou provocar danos a alguém.	1	2	3	4	5

41	Ter impulsos/vontade de partir ou esmagar coisas.	1	2	3	4	5
42	Sentir-se muito consciente de si próprio/a na presença de outros.	1	2	3	4	5
43	Sentir-se pouco à vontade no meio da multidão ou muita gente.	1	2	3	4	5
44	Nunca sentir-se próximo/a de outra pessoa.	1	2	3	4	5
45	Acessos de terror e pânico.	1	2	3	4	5
46	Envolver-se em discussões frequentes.	1	2	3	4	5
47	Sentir-se nervoso/a quando o/a deixam sozinho/a.	1	2	3	4	5
48	Os outros não darem o apreço devido aquilo que faz.	1	2	3	4	5
49	Sentir-se tão inquieto/a que não consegue ficar parado/a.	1	2	3	4	5
50	Sentir-se sem valor.	1	2	3	4	5
51	Sentir que as pessoas se podem aproveitar de si se você permitir.	1	2	3	4	5
52	Sentimentos de culpa.	1	2	3	4	5
53	Ideias de que algo está mal no seu espírito.	1	2	3	4	5

Obrigado pela sua colaboração!

ANEXO B

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36					
1	1.000																																								
2	.052	1.000																																							
3	.272	-.068	1.000																																						
4	.235	.081	-.010	1.000																																					
5	.132	.023	.172	.017	1.000																																				
6	.352	.062	.171	.062	.116	1.000																																			
7	.051	.497	.030	.020	.098	.189	1.000																																		
8	.171	.057	.227	.061	.101	.243	-.003	1.000																																	
9	.185	.002	.447	-.076	.166	.014	.120	.157	1.000																																
10	.163	-.064	.388	.107	.133	.087	-.085	.129	.391	1.000																															
11	.075	.167	.146	-.040	-.020	.151	.141	.168	.097	-.014	1.000																														
12	.083	.009	.297	-.150	.189	.090	.078	.065	.348	.220	.096	1.000																													
13	.095	.167	-.057	.097	.140	.087	.156	.164	-.006	-.086	.176	-.031	1.000																												
14	.192	.005	.332	-.043	.044	.112	-.002	.122	.322	.222	.053	.274	-.032	1.000																											
15	.181	.252	-.055	.328	.024	.067	.095	.058	.040	.063	.148	-.023	.237	.080	1.000																										
16	.259	.009	.101	.457	.144	.067	-.054	.149	-.081	.183	-.011	-.086	.097	.035	.263	1.000																									
17	.134	.120	.327	-.070	.259	.082	.119	.114	.255	.228	.101	.227	.015	.315	.090	.071	1.000																								
18	.211	.005	.042	.095	-.045	.113	.077	.104	.153	.130	-.020	.117	.058	.158	.137	.083	.142	1.000																							
19	.182	-.039	.285	-.084	.050	.078	.061	.120	.205	.172	.149	.171	-.002	.122	-.046	.026	.236	.045	1.000																						
20	.180	.143	.192	.018	.176	.058	.276	.089	.274	.105	-.001	.172	.188	.227	.088	.053	.216	.097	.107	1.000																					
21	.156	.155	-.017	.302	-.067	.037	.087	.034	-.066	.027	.243	-.033	.235	.056	.546	.213	.026	.121	-.090	.052	1.000																				
22	.193	.034	.059	.005	.032	.193	.126	.077	.083	.051	.047	.108	.057	.262	.206	.118	.095	.231	-.066	.207	.226	1.000																			
23	.082	.006	.131	.066	.154	.089	.040	.034	.069	.076	.062	.223	.051	.195	.108	.098	.219	.042	.021	.148	.081	.029	1.000																		
24	.346	.017	.191	.112	.037	.307	.032	.142	.188	.163	.038	.113	.093	.306	.242	.150	.147	.317	.153	.165	.200	.273	.155	1.000																	
25	.009	.158	-.005	-.109	.046	.084	.116	.143	.123	.026	-.052	.083	.146	.228	.033	-.038	.130	.004	.058	.127	.033	.002	.100	.154	1.000																
26	.063	.019	.257	-.028	.080	.056	.062	.096	.247	.378	-.020	.186	-.033	.297	-.074	.079	.225	.151	.269	.209	-.041	.104	.011	.182	.137	1.000															
27	.255	.100	.145	.058	.120	.036	.022	.025	.159	-.104	.068	.181	-.040	.267	.050	-.009	.096	.146	.084	.237	.022	.080	.014	.131	-.021	.068	1.000														
28	.222	-.081	.270	.045	.058	.146	.002	.168	.223	.147	-.002	.257	.085	.399	.084	.164	.144	.087	.201	.297	.016	-.058	.204	.324	.177	.111	.167	1.000													
29	.496	.009	.143	.101	.052	.320	.087	.169	.083	.019	.062	.189	.105	.203	.156	.145	.053	.200	.101	.071	.058	.084	.040	.304	.081	-.024	.220	.246	1.000												
30	.079	.158	.139	-.039	.080	.072	.148	.078	.074	.103	.071	.012	.096	.094	.043	.062	.081	-.061	.084	.211	.029	-.011	.061	.025	.136	.167	.064	.208	.076	1.000											
31	.185	.027	.145	.088	.101	.070	.088	.082	.047	.189	-.014	.063	.138	.011	-.048	.132	.039	.035	.190	.069	.086	.052	.171	.164	.039	.046	-.032	.053	.147	.152	1.000										
32	.179	-.046	.302	-.219	.147	.016	.053	.167	.191	.168	.125	.173	.019	.139	-.093	-.028	.268	.034	.357	.069	-.152	.037	.035	-.007	.072	.200	.048	.091	.146	.154	.095	1.000									
33	.081	.330	-.015	.046	.025	.044	.213	.063	.048	-.010	.145	.052	.230	.067	.324	.000	.136	.143	.074	.142	.197	.134	.065	.139	.129	-.064	.024	.157	.123	.062	-.108	.120	1.000								
34	.219	.119	.014	.042	.047	.171	.129	.056	.017	.025	-.129	.141	.048	.149	.049	.006	-.010	.037	.075	.100	-.043	.049	.074	.286	.191	.106	.080	.199	.247	.062	.137	.110	.150	1.000							
35	.103	.148	.058	-.020	.011	.212	.112	.294	.054	.112	.110	.023	.280	.104	.123	.115	.047	.067	.003	.130	.118	.228	.051	.201	.134	.015	.007	.045	.151	.077	.134	.063	.124	.110	1.000						
36	.178	-.012	.037	.082	.008	.282	-.006	.172	.029	.015	.039	.039	.058	.088	.062	.160	.093	.156	.051	.108	.021	.089	.144	.176	.178	-.001	.078	.182	.112	.091	.004	-.031	.097	.123	.228	1.000					