
Comportamentos de saúde em estudantes que frequentam licenciaturas no âmbito das ciências da saúde¹

Maria do Rosário Dias*, Ana Cristina Costa**, Paula Manuel**, Ana Cristina Neves***, Manuel Geada****, João Miranda Justo****

Resumo

O objectivo deste estudo é averiguar em que medida se modificam os comportamentos de saúde de estudantes de licenciaturas no âmbito das ciências da saúde, à medida que progridem no plano de estudos das suas licenciaturas e aumenta a sua informação sobre promoção da saúde e prevenção da doença. A amostra estudada foi extraída da população constituída

da pelos estudantes das licenciaturas em ciências da saúde (I - Medicina Dentária, II - Engenharia Alimentar e Nutrição, III - Educação Física, Saúde e Desporto e, IV - Ciências Farmacêuticas) do Instituto Superior de Ciências da Saúde – Sul. Foi utilizado o questionário "Health and Behaviour Survey", sobre comportamentos de saúde, crenças de saúde e conhecimentos de saúde. A ausência de diferenças significativas entre os comportamentos registados em alunos que frequentam os 1º, 2º, 3º e 4º anos, leva-nos a questionar o processo de transmissão dos conteúdos de saúde face à resistência à mudança protagonizada pelos sujeitos envolvidos, bem como o possível impacto da informação que os sujeitos recebem, na aquisição de comportamentos salutogénicos. Os autores consideram, todavia, que a educação para a saúde não é uma aprendizagem que possa ser imposta, nem se esgota numa mera aquisição de conhecimentos, pelo que defendem a ideia de que o futuro da aprendizagem das ciências da saúde não poderá desenvolver-se sem que, em paralelo com os planos curriculares, sejam criados "programas activos" de promoção e educação para a saúde.

* Psicóloga e Professora Auxiliar do Instituto Superior de Ciências da Saúde – Sul

** Psicóloga e Monitora do Instituto Superior de Ciências da Saúde – Sul

*** Psicóloga e Assistente do Instituto Superior de Ciências da Saúde – Sul

**** Professor Auxiliar da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa

¹Esta investigação foi efectuada no âmbito da cadeira de Psicologia da Saúde, Licenciatura em Ciências Farmacêuticas, Instituto Superior de Ciências da Saúde – Sul.

Palavras-chave: *Comportamentos de saúde; Estudantes de Ciências da Saúde; Questionário Health and Behaviour Survey.*

INTRODUÇÃO

As principais causas de mortalidade e morbidade continuam actualmente a relacionar-se com doenças como sejam a doença oncológica, a doença cardíaca, as doenças infecciosas, a arteriosclerose, a cirrose e a diabetes, bem como algumas situações associadas a acidentes de viação e suicídio. Segundo alguns autores^(1,2,3), as doenças e as situações atrás referidas poderiam ser substancialmente reduzidas alterando certos hábitos (comportamentos) que se constituem como factores de risco. Embora sempre tenha existido algum conhecimento acerca da relação entre saúde e comportamento, foi apenas nas últimas décadas do século XX que ocorreu uma quantificação dessa relação, como corolário da partilha de saberes entre especialistas que estudam o comportamento e os que estudam a saúde⁽⁴⁾.

Neste contexto, um dos estudos mais famosos é conhecido por "Alameda County Study". Esta investigação pretendeu explicar não só os factores que estavam associados às doenças, mas também os que estavam associados à saúde. Neste registo, Belloc e Breslow⁽⁵⁾ sublinham a existência de uma relação entre comportamentos salutogénicos e o estado de saúde. Neste sentido, identificaram sete

comportamentos de saúde: 1) dormir 7 a 8 horas por dia; 2) tomar o pequeno-almoço quase todos os dias; 3) nunca, ou comer raramente entre as refeições; 4) manter o peso ideal para a altura sem grandes oscilações; 5) não fumar; 6) consumo moderado ou nulo de álcool e, 7) praticar exercício físico regularmente^(6,7).

Com base nestes sete "mandamentos da saúde", Wardle e Steptoe⁽⁸⁾ desenvolveram estudos específicos nesta área, utilizando amostras constituídas por estudantes universitários. Um aspecto relevante destes estudos prende-se com o facto de o instrumento "Health and Behaviour Survey", criado por aqueles autores, ter vindo a ser adaptado para populações de 21 países europeus⁽⁹⁾, incluindo Portugal⁽¹⁰⁾. Segundo Steptoe e colaboradores⁽¹¹⁾, existem três componentes capazes de influenciar a saúde: factores psicossociais, capacidade de adaptação *versus* confronto (*coping*) e apoio social. A articulação destes componentes poderá, segundo aqueles autores, influenciar quer as condições concomitantes a diversas patologias e à vulnerabilidade genética individual, quer a relação entre comportamentos, quer ainda a possibilidade de modificar os próprios comportamentos de saúde.

Geada et al.⁽¹⁰⁾ referem que os comportamentos saudáveis ou de risco tendem a ser cognitivamente congruentes com o estilo de vida individual. Assim, os estudantes que evidenciam comportamentos de risco, como sejam, conduzir ultrapassando a velocidade legalmente estabelecida

e/ou conduzir sob a influência do álcool, tendem a ter hábitos de saúde menos saudáveis (comer entre as refeições, não tomar o pequeno almoço). Por outro lado, o consumo de álcool aparece associado ao consumo do tabaco e ao de drogas leves. Este estudo também evidenciou diferenças de género, nas quais se observa que os estudantes do sexo masculino tendem a consumir maior quantidade de álcool do que os do sexo feminino e tendem a praticar mais exercício físico. Curiosamente, este estudo refere que os estudantes do sexo masculino são os que mais se preocupam com a dieta alimentar, contrariamente ao estudo efectuado por Wardle e colaboradores⁽¹²⁾, onde os estudantes do sexo feminino se apresentam como mais preocupados com o consumo de uma dieta saudável, tal como outros hábitos salutogénicos como a higiene dentária, a protecção face à exposição solar e a periodicidade das consultas médicas. Em ambos os estudos, no entanto, são as mulheres que mais frequentemente recorrem à auto-medicação^(10,12).

De facto, a saúde dos estudantes pode ser influenciada por factores de diversa ordem que requerem daqueles uma grande capacidade de adaptação, nomeadamente nos períodos de maior exigência no desempenho de actividades académicas. Com efeito, não poderíamos deixar de mencionar alguns estudos relevantes como, por exemplo, o de Conway e colaboradores⁽¹³⁾, onde se constatou que os estudantes universitários em época de exames, a fase considerada de

maior *stress*, aumentavam os consumos de tabaco⁽¹⁴⁾ e de café, diminuindo a ingestão de álcool. Este resultado parece estar relacionado com a plasticidade de respostas individuais que, segundo alguns estudos longitudinais^(15,16) confirmam o impacto do *stress* na aquisição de diferentes hábitos. Complementarmente, Halvorsen e Vassend⁽¹⁷⁾ demonstraram que, em época de exames, os estudantes universitários sofrem alterações muito marcadas no seu funcionamento imunológico.

Contudo, o *stress* não deverá ser considerado como o único factor determinante deste tipo de alterações. De facto, articula-se numa multiplicidade de outros aspectos da vida quotidiana, gerando uma influência multifactorial que pode de alguma forma ser relevante para a determinação e prática de hábitos menos adequados. Da diversidade existente, poderemos considerar a dimensão cultural e os factores sócio-demográficos como capazes de influenciar ou promover a frequência de alguns comportamentos críticos para o estado de saúde. Entre esses factores destaca-se, segundo Steptoe et al.⁽¹¹⁾, o apoio social, que parece ter impacto na redução do consumo de álcool. Segundo estes autores, os estudantes com apoio social elevado tendem a diminuir o consumo de álcool, enquanto que, os estudantes com baixo apoio social aumentam o mesmo tipo de consumo.

Tal como o comportamento em geral, os comportamentos de saúde poderão ser influenciados por atitudes, hábitos, valores, sentimentos,

crenças e, até mesmo, por modas, que caracterizam e definem o estilo de vida de cada pessoa, o qual é, em grande parte, responsável pelo sentimento de bem-estar bio-psico-social do indivíduo. Alguns destes conceitos, como sejam as atitudes, as crenças e as emoções, desempenham um papel central em certos modelos teóricos, tais como o modelo de crenças de saúde⁽¹⁸⁾, a teoria da acção racional⁽¹⁹⁾, a teoria da motivação protectora⁽²⁰⁾ e o modelo utilitário de expectativas subjectivas⁽²¹⁾. Da articulação entre os vários modelos referidos pode concluir-se que o comportamento específico de um indivíduo, e a sua intenção para o realizar, resultam de uma combinação de atitudes, de onde derivam as crenças de saúde^(8,22).

A percepção que o indivíduo tem da probabilidade de contrair uma doença, bem como da gravidade e das consequências de adoecer, despoleta comportamentos de saúde associados a um determinado estilo de vida⁽²³⁾. Todavia, o comportamento do indivíduo também está sujeito a inúmeras influências externas. Daí que seja algo limitada a responsabilidade para tomar decisões comportamentais em relação ao estilo de vida adoptado. Haverá, pois, que centrar todos os esforços na mudança do comportamento humano, apesar das mudanças deste tipo serem de uma grande complexidade, na medida em que não é suficiente informar acerca dos malefícios de determinados tipos de comportamento para que se verifique uma verdadeira mudança⁽²⁴⁾. A educação para a saúde tem um papel fun-

damental como componente principal da estratégia global da promoção da saúde⁽²⁵⁾. Esta pode ser feita através da modificação do estilo de vida, o que, directa ou indirectamente, implica lidar com variáveis psicológicas, tais como: motivação, avaliação das situações, expectativas pessoais, conhecimentos, tomada de decisões, comportamentos e hábitos^(23,26). Se pensarmos que nada disto é eficaz se não forem tidas em conta as características próprias do meio em que o sujeito vive, facilmente concluiremos pela dificuldade de concretizar este tipo de mudança.

As práticas de educação para a saúde devem dedicar-se cada vez menos ao carácter preventivo de doenças específicas, apostando cada vez mais na promoção de uma abordagem globalizante. Esta deve levar o indivíduo a adoptar um estilo de vida saudável, capaz de desempenhar um papel apreciável na redução do risco de contrair doenças, proporcionando a aderência aos sentimentos de bem-estar que acompanham esta mudança⁽²⁵⁾. Este tipo de educação pode facilitar o aumento da consciência da comunidade acerca do impacto negativo que alguns aspectos do ambiente têm na saúde e nas origens da doença, permitindo alcançar um nível adequado de autonomia, ou seja, facilitar as tomadas de decisão baseadas na informação, quer a nível individual, quer a nível comunitário⁽²⁵⁾. Neste âmbito interessa, não só, informar sobre o risco de contrair doenças, mas também saber até que ponto esse conteúdo informativo pode ser

percebido e utilizado pelos indivíduos, visto que o conhecimento não conduz, por si só, à adesão ou à prática de hábitos saudáveis, tornando-se necessário mudar primeiro as crenças e atitudes, como defendem alguns autores^(27,28).

Remetendo uma vez mais à contextualização e interiorização dos saberes adquiridos, uma lacuna básica sobrevive, ainda hoje, à formação acadêmica dos técnicos de saúde. Na realidade, de acordo com Ribeiro da Silva⁽²⁹⁾ a educação para a saúde é um "parente desfavorecido e maltratado" na configuração dos programas curriculares das múltiplas disciplinas relacionadas com a saúde. Raramente, a educação para a saúde é assumida como disciplina autónoma no âmbito dos cursos pré- e pós-graduados apesar de, paradoxalmente, se assumir como uma componente importante dos discursos académicos e políticos.

OBJECTIVOS DO ESTUDO

Sendo o campo dos comportamentos de saúde tão complexo, influenciado por variáveis tão numerosas e diversas, e caracterizado por uma notória dificuldade de mudança, achamos pertinente estudar, não só, a incidência de comportamentos de saúde na população em geral, mas também a organização dos comportamentos de saúde entre aqueles que num futuro próximo assumirão responsabilidades técnicas e científicas relevantes para a saúde da população

portuguesa. O mesmo será dizer, precisamos de estudar como se caracterizam e como se alteram os comportamentos de saúde entre os estudantes universitários de licenciaturas no âmbito da saúde. Pretendemos, portanto, averiguar em que medida a progressão dos alunos nos cursos de saúde se acompanha de uma evolução positiva dos seus comportamentos de saúde. De um ponto de vista global, a hipótese em causa é: à medida que os estudantes das ciências da saúde progredirem do primeiro para o último ano do curso, os comportamentos de saúde modificam-se para melhor.

METODOLOGIA

Sujeitos: participaram no estudo 359 estudantes de uma instituição de ensino superior universitário, frequentando quatro licenciaturas no âmbito das ciências da saúde (Medicina Dentária, n=100; Engenharia Alimentar e Nutrição, n=65; Ciências Farmacêuticas, n=100 e Educação Física, Saúde e Desporto, n=94). Entre estes estudantes, 156 eram do sexo masculino e 203 do sexo feminino, e as suas idades estavam compreendidas entre os 17 e os 41 anos (96,7% da amostra situa-se entre 17 e os 28 anos). A distribuição dos sujeitos por sexo e ano de curso foi a seguinte: sexo feminino - 39 (1º), 43 (2º), 45 (3º), 53 (4º), 14 (5º), 9 (6º) e, sexo masculino - 33 (1º), 46 (2º), 38 (3º), 25 (4º), 12 (5º), 2 (6º).

Variável independente: a fim de

averiguar se os estudantes de anos mais avançados tinham melhores comportamentos de saúde, escolhemos o ano de curso como variável independente. Foram apenas considerados os sujeitos dos quatro primeiros anos, dado o reduzido número de sujeitos que frequentavam os 5º e 6º anos.

Variáveis dependentes: como variáveis dependentes usámos os itens presentes na Secção A do questionário "Health and Behaviour Survey" ⁽⁸⁾, na sua versão portuguesa ⁽¹⁰⁾. Este questionário foi criado para investigar as atitudes, crenças e comportamentos de saúde em estudantes universitários europeus e na sua versão inicial consta, para além das perguntas relativas à descrição do indivíduo, de 3 secções: A – comportamentos de saúde, auto-avaliações e intenções de saúde, B – crenças de saúde e C – conhecimentos de saúde. São, os seguintes, os itens da secção A: 1) quantidade do consumo de tabaco; 2) intenção de reduzir o consumo de tabaco; 3) consumo de pequeno almoço; 4) média de refeições por dia; 5) ingestão de alimentos entre as refeições; 6) consumo de carne; 7) consumo de fruta; 8) administração de sal na comida já cozinhada; 9) evitar a ingestão de colesterol; 10) incrementar o consumo de fibras; 11) consumo de café; 12) média diária de consumo de café; 13) perder peso; 14) realização de dietas específicas para redução de peso; 15) auto-avaliação do peso; 16) média de horas de sono por dia; 17) auto-avaliação do nível de consumo de álcool; 18) número de dias de consumo nas

duas últimas semanas; 19) consumo médio nos dias de consumo de álcool; 20) desejo de reduzir o consumo de álcool; 21) realização de exercício físico nas duas últimas semanas, 22) quantas vezes praticou exercício físico nas duas últimas semanas; 23) desejo de aumentar a quantidade de exercício físico; 24) percursos a pé ou de bicicleta; 25) distância percorrida nesses percursos; 26) uso de protecção solar durante a exposição ao sol; 27) uso do cinto de segurança durante a condução automóvel ou quando se viaja no banco da frente; 28) condução automóvel sob o efeito de drogas; 29) respeito dos limites de velocidade; 30) condução sob o efeito do álcool; 31) medição da tensão arterial (TA); 32) intervalo de tempo entre a última medição da TA e o dia da aplicação do questionário; 33) frequência diária da higiene dentária; 34) realização de consultas de rotina ao dentista; 35) existência de médico ou de clínica a que se recorre em caso de necessidade; 36) em caso negativo, qual a razão; 37) problemas de saúde persistentes; 38) consulta médica durante o último mês; 39) tomar medicamentos prescritos, ou não, pelo médico, durante o último mês; 40) tempo que medeia entre a última realização do teste de Papanicolau e o dia de aplicação do questionário; 41) capacidade de realização do auto-exame da mama; 42) frequência anual do auto-exame da mama; 43) intervalo de tempo entre o último exame da mama realizado por um técnico de saúde e o dia da aplicação do questionário; 44) capacidade de realização

do auto-exame dos testículos e, 45) frequência anual do auto-exame dos testículos. Na secção B (Crenças de Saúde) o sujeito assinala, numa escala de 1 a 10, o grau de importância que atribui a determinados comportamentos de saúde. Finalmente, na secção C (Conhecimentos de Saúde) os indivíduos terão de assinalar, para um conjunto de doenças ou problemas de saúde, os factores que os podem influenciar (ex.: doença cardíaca – consumo de colesterol/fumar; cancro do pulmão – fumar; doença mental – hereditariedade; cancro da mama – tabaco/colesterol; tensão arterial elevada – consumo de sal).

PROCEDIMENTO

A recolha da amostra foi efectuada no Instituto Superior de Ciências da Saúde – Sul, no período de aulas compreendido entre os meses de Outubro a Dezembro, do ano lectivo de 1998/1999. O questionário foi aplicado durante as aulas, em todas as turmas onde foi possível obter colaboração no intervalo de tempo mencionado. O pedido de participação era acompanhado de um esclarecimento sobre a natureza do estudo, para além das informações necessárias para o seu preenchimento. Era também assegurada a confidencialidade e o anonimato. O questionário era distribuído pelo número de alunos presentes na sala de aula e recolhido após o seu auto-preenchimento.

RESULTADOS

De forma a testar a hipótese, e uma vez que no questionário usado os comportamentos de saúde estavam organizados em escalas ordinais, as diferenças foram testadas com recurso a testes não paramétricos: o teste de χ -quadrado e a análise de variância de Kruskal-Wallis. As testagens relativas aos resultados obtidos pelos sujeitos do sexo feminino são apresentadas no Quadro I, enquanto as testagens relativas aos resultados obtidos pelos sujeitos do sexo masculino são apresentadas no Quadro II.

Tal com se pode apreciar no Quadro I, na amostra do sexo feminino apenas se encontram diferenças em quatro itens (1 - quantidade do consumo de tabaco; 17- auto-classificação do consumo de álcool; 34 - realização de consultas de rotina ao dentista e, 40- intervalo de tempo entre a última realização do teste de Papanicolau e o dia de aplicação do questionário). Contudo, observando pormenorizadamente os dados de cada ano, percebe-se que as diferenças encontradas nem sempre traduzem uma melhoria dos comportamentos de saúde simultânea à progressão no curso: a) no que respeita ao consumo de tabaco verifica-se uma ligeira diminuição do 1º para o 2º ano, enquanto que nos 3º e 4º anos se detecta um incremento tão intenso que coloca este consumo muito acima do observado no 1º ano; b) a percentagem de mulheres que não consomem álcool aumenta do 1º até ao 3º ano, mas no 4º ano diminui para

Quadro I - Testagem das diferenças entre os sujeitos dos 1º, 2º, 3º e 4º anos dos cursos de saúde, na amostra do sexo feminino

Comportamentos, auto-avaliações e intenções de saúde*	Teste de χ-quadrado		p	ANOVA de Kruskal-Wallis	
	χ-quadrado	g. l.		H	P
1	5,441486	3	0,1422	8,030863	0,0454
2	1,609724	3	0,6572	1,651160	0,6478
3	3,578192	3	0,3108	3,565131	0,3124
4	3,365314	3	0,3387	3,198384	0,3621
5	0,528152	3	0,9127	4,526886	0,2099
6	2,874741	3	0,4114	4,030835	0,2582
7	7,289877	3	0,0632	7,325342	0,0622
8	0,000000	3	1,000	2,758291	0,4304
9	0,000000	3	1,000	2,384751	0,4965
10	0,602702	3	0,8958	0,599342	0,8966
11	0,000000	3	1,000	2,866913	0,4126
12	2,449393	3	0,4845	0,818780	0,8450
15	0,414168	3	0,9373	5,478302	0,1400
16	1,072969	3	0,7836	0,148144	0,9855
17	10,11432	3	0,0176	6,453885	0,0915
18	0,685064	3	0,8767	1,409627	0,7033
19	0,390559	3	0,9422	0,219477	0,9744
20	0,000000	3	1,000	0,223709	0,9737
21	0,000000	3	1,000	4,803969	0,1867
22	3,972167	3	0,2645	2,166683	0,5385
23	2,722457	3	0,4364	2,705041	0,4394
26	1,235546	3	0,7445	1,170832	0,7600
27	2,160027	3	0,5399	2,148197	0,5422
29	2,421123	3	0,4897	2,102199	0,5515
30	1,947028	3	0,5835	2,130371	0,5458
31	5,154491	3	0,1609	5,125835	0,1628
32	1,139867	3	0,7675	1,514839	0,6789
33	4,531412	3	0,2095	4,532298	0,2094
34	11,96788	3	0,0075	11,90139	0,0077
35	3,054076	3	0,3834	3,037050	0,3860
37	0,000000	3	1,000	0,000000	1,000
38	0,000000	3	1,000	3,140599	0,3705
39 (a)	1,900817	3	0,5933	1,889874	0,5956
39 (b)	1,900358	3	0,5933	1,876622	0,5984
40	0,000000	3	1,000	9,896264	0,0195
41	5,683793	3	0,1281	5,651772	0,1299
42	0,596742	3	0,8972	1,601990	0,6589
43	0,000000	3	1,000	0,000000	1,000

* - Os comportamentos de saúde submetidos a testagem encontram-se identificados de acordo com a numeração utilizada na apresentação do questionário (metodologia).

(a) Presença vs. ausência de tratamentos no último mês.

(b) Tratamentos por indicação médica vs. tratamentos sem indicação médica.

um nível inferior ao inicial; c) no que se refere às consultas de rotina ao dentista, encontramos uma oscilação que começa no 1º ano, com 82% dos estudantes a realizarem um "check-up" anual, e termina no 4º ano com apenas 56,6% a terem esse cuidado e, d) o número de mulheres que nunca fez o exame de Papanicolau desce nitidamente entre o 1º e o 3º ano do curso, aumentando inesperadamente no 4º ano.

Também na amostra do sexo masculino (Quadro II), as diferenças significativas são em número reduzido: 7- consumo de fruta; 11- consumo de café; 15 - auto-avaliação do peso; 23- intenção de aumentar a quantidade de exercício físico; 27- uso do cinto de segurança e, 29- respeito dos limites de velocidade. No entanto, em algumas destas diferenças podemos encontrar uma evolução nitidamente positiva: a) o consumo diário de fruta é maior no grupo do 4º ano, embora a diferença esteja apenas próxima da significância ($p= 0,0529$); b) a intenção de aumentar a prática de exercício físico aumenta de frequência de ano para ano; e, c) o uso de cinto de segurança aumenta entre o 1º e o 3º ano, embora no 4º decresça para um valor que se situa entre os valores do 1º e do 2º ano. Quanto ao consumo de café, os dados apontam para um incremento entre o 1º e o 4º ano. Finalmente, no que diz respeito à auto-avaliação do peso, nota-se que a percentagem de indivíduos que se percepciona com peso excessivo diminui do 1º até ao 3º ano e no 4º ano aumenta para um nível superior ao inicial.

CONCLUSÕES

De acordo com os resultados obtidos, o aspecto mais saliente é a resistência à mudança observada nos comportamentos salutogénicos, nas auto-avaliações de saúde e nas intenções de modificação de comportamentos. Mais interessante é o facto de alguns dados apontarem para a existência de alterações de comportamentos de saúde nos primeiros anos do curso, que parecem diluir-se no 4º ano. Independentemente das explicações que possam existir para estes resultados, a realidade deste estudo sugere a ineficácia da aprendizagem das ciências da saúde na mudança de hábitos de saúde, ao longo da progressão do sujeito enquanto aluno de estudos universitários desta área. Tal ineficácia não é totalmente inesperada, uma vez que sabemos que as práticas relacionadas com a saúde não se prendem apenas com a aquisição de conhecimentos, mas também com outros aspectos vivenciais e comportamentais inerentes a uma multiplicidade de variáveis de índole pessoal, relacional e institucional que afectam a adaptação, o desenvolvimento psicossocial e a realização académica do estudante do ensino superior⁽³⁰⁾. Uma outra questão que emerge diz respeito aos futuros promotores de saúde (médicos dentistas, farmacêuticos, educadores físicos, nutricionistas) enquanto modelos de identificação relacional. A relação que se estabelece entre um técnico de saúde e um utente é extremamente complexa, na medida em que resulta

Quadro II - Testagem das diferenças entre os sujeitos dos 1º, 2º, 3º e 4º anos dos cursos de saúde, na amostra do sexo masculino

<i>Comportamentos, auto-avaliações e intenções de saúde*</i>	<i>Teste de χ-quadrado</i>			<i>ANOVA de Kruskal-Wallis</i>	
	<i>χ-quadrado</i>	<i>g. l.</i>	<i>p</i>	<i>H</i>	<i>P</i>
1	5,499182	3	0,1387	2,601158	0,4573
2	0,858053	3	0,8355	0,838977	0,8401
3	5,788398	3	0,1224	4,237498	0,2370
4	0,676617	3	0,8787	1,865379	0,6008
5	4,049054	3	0,2562	5,915020	0,1158
6	0,461847	3	0,9272	0,464736	0,9266
7	7,423028	3	0,0596	7,689799	0,0529
8	2,678418	3	0,4439	2,659563	0,4472
9	0,000000	3	1,000	4,724692	0,1931
10	0,000000	3	1,000	2,052760	0,5615
11	10,14353	3	0,0174	7,881366	0,0485
12	0,000000	3	1,000	3,028990	0,3872
15	8,093520	3	0,0441	5,924407	0,1154
16	3,596285	3	0,3085	6,647919	0,0840
17	1,528911	3	0,6756	1,729759	0,6303
18	1,246934	3	0,7418	5,935536	0,1148
19	2,436656	3	0,4869	4,224631	0,2382
20	0,000000	3	1,000	5,981479	0,1125
21	5,540586	3	0,1363	5,501338	0,1386
22	5,286074	3	0,1520	1,777459	0,6199
23	10,07102	3	0,0180	9,994116	0,0186
26	3,591964	3	0,3090	3,565393	0,3124
27	13,66361	3	0,0034	13,06261	0,0045
29	7,388288	3	0,0605	7,467336	0,0584
30	0,602150	3	0,8959	0,284867	0,9628
31	2,601890	3	0,4572	2,583550	0,4604
32	1,811511	3	0,6124	5,528080	0,1370
33	3,838138	3	0,2795	3,603500	0,3076
34	6,848532	3	0,0769	6,800308	0,0786
35	3,265952	3	0,3524	3,242998	0,3557
37	0,000000	3	1,000	0,000000	1,000
38	0,000000	3	1,000	0,305030	0,9591
39 (a)	0,000000	3	1,000	1,172149	0,7597
39 (b)	1,545090	3	0,6719	1,534039	0,6744
44	3,117574	3	0,3739	3,094981	0,3772
45	0,450238	3	0,9297	1,814033	0,6119

* - Os comportamentos de saúde submetidos a testagem encontram-se identificados de acordo com a numeração utilizada na apresentação do questionário (metodologia).

(a) Presença vs. ausência de tratamentos no último mês.

(b) Tratamentos por indicação médica vs. tratamentos sem indicação médica.

da intervenção conju-gada de múltiplos factores individuais, sociais e contextuais. Entre os individuais, são especialmente críticos os que reflectem a personalidade do utente e a sua identidade. Contudo, teremos que ponderar igualmente a influência dos factores individuais do técnico de saúde no exercício das suas práticas, não podendo descurar nem os aspectos da personalidade em causa, nem as mensagens não verbais que, continuamente, são processadas ao nível desta relação. A imagem clássica desta realidade é o técnico de saúde com hábitos tabágicos que, no seu quotidiano, recomenda aos seus utentes os benefícios da interrupção desse consumo. Para evitar antagonismos deste tipo, os técnicos de saúde terão de desenvolver a possibilidade de ler os comportamentos trocados no quadro relacional da sua actividade profissional. Quer dizer, se o técnico de saúde é um modelo de identificação para os seus utentes, então precisa de imaginar as consequências, na vida destes, do valor comunicacional das mensagens que lhes transmite. Assim procedendo, torna-se capaz de gerar alternativas válidas nessa comunicação e, usando--as, pode testar a sua sensibilidade face ao paciente e incrementar a sua eficácia profissional.

Os resultados do presente estudo sugerem que, actualmente, o formato de transmissão dos conteúdos de saúde é inoperante face à resistência à mudança dos comportamentos de saúde dos sujeitos envolvidos. Na verdade, a educação para a saúde não

é uma aprendizagem que possa ser imposta, nem se esgota numa mera aquisição de conhecimentos. Do nosso ponto de vista, deve igualmente orientar-se para a educação da personalidade, pelo que é necessário imaginar outros tipos de intervenção. Se o formato "aula – transmissão de conhecimentos" parece não ser suficiente, uma das questões a colocar é a do papel passivo que os modelos actuais reservam aos alunos que frequentam licenciaturas no âmbito das ciências da saúde. É provável que a resposta necessária consista numa participação mais activa dos estudantes enquanto criadores e implementadores de estratégias de alteração de comportamentos críticos de saúde, apelando à criação de programas e modalidades de implementação que não fiquem submetidas às restrições da organização formal dos planos curriculares. Se bem que este tipo de aprendizagem também deva constituir matéria prima de avaliação curricular dos estudantes, a dinâmica que aqui se propõe é fundamentalmente diferente da que enforma as cadeiras tradicionais. Embora ainda embrionária, supomos já que esta ideia apenas pode operacionalizar-se através de um rastreio periódico de comportamentos de saúde da população estudantil em que os referidos programas venham a ser implementados.

Temos consciência de que a implementação de actividades desta natureza requer adaptações institucionais muito específicas. No entanto, devemos defender que a aprendi-

zagem das ciências da saúde não pode desenvolver-se sem que, em paralelo com a inclusão de disciplinas de educação e promoção da saúde, sejam criados "programas activos" nos mesmos domínios. Pode pensar-se que o aspecto mais importante destes "programas activos" seja o processo de mudança mas, para que a mudança ocorra é necessário, em primeiro lugar, definir o que deve ser mudado. O mais provável é que a melhor escolha dos aspectos a mudar resulte dos dados a rastrear entre a população alvo.

Abstract

The main goal of the present study is to clarify if health behaviour of Health Sciences university students do change according to progression in their plan of studies, (i.e.) according to development of knowledge about health promotion and disease prevention. The sample used was gathered among the population of Health Sciences courses (I- Dentistry; II- Nutrition and food engineering; III- Physical education, health and sports; IV- Pharmaceutical sciences) of the "Instituto Superior de Ciências da Saúde- Sul". The questionnaire "Health and Behaviour Survey" was used, which is about health behaviour, health beliefs and health knowledge. The lack of significant differences among students of 1st, 2nd, 3rd and 4rd year of studies, leads us to discuss the health content transmission process in relation to resistance to change experienced by those subjects, as well as the possible impact of information received by subjects upon their acquisition of positive health behaviours. This way, the authors

consider that health education is not a kind of learning that can be superimposed, and does not achieve its goal just by acquiring knowledge. The article ends with the proposal that university courses on health sciences should not develop without creation of health promotion and health education "active programs".

Key-words: *Health Behaviour; Health Sciences Students; Health and Behavior Survey Questionnaire.*

BIBLIOGRAFIA

1. Ogden J. *Psicologia da saúde*, Lisboa, Climepsi, 1999.
2. McKeown T. *The role of medicine*, Oxford, Blackwell, 1979.
3. Marks D, Murray M, Evans B, Willig C. *Health Psychology. Theory, research and practice*, London, Sage Publications Ltd., 2000.
4. Matarazzo J, Weiss S, Herd J, Miller N, Weiss S. *Behavioral health: a handbook of health enhancement and disease prevention*, New York, John Wiley & Sons, 1984.
5. Belloc N, Breslow L. Relationship of physical health status and health practices. *Preventive Medicine* 1972; 1: 409-421.
6. Belloc N. Relationship of health practices and mortality. *Preventive Medicine* 1973; 2: 67-81.
7. Breslow L, Enstrom J. Persistence of health habits and their relationship to mortality. *Preventive Medicine* 1980; 9: 469-483.
8. Wardle J, Steptoe A. The European health and behaviour survey: rationale, methods and initial results from the United Kingdom. *Social Sciences Medicine* 1991; 33: 925-36.
9. Steptoe A, Wardle J, Fuller R, Holte A, Justo J, Sanderman R, Wichstrom L. Leisure-time physical exercise: prevalence, attitudinal correlates and behavioral correlates among young

- europeans from 21 countries. *Preventive Medicine* 1997; 26: 845-854.
10. Geada M, Justo J, Santos S, Steptoe A, Wardle J. Hábitos de saúde, comportamentos de risco e níveis de saúde física e psicológica em estudantes universitários. In McIntyre, T. (Editor) *Psicologia da saúde: áreas de intervenção e perspectivas futuras*, Braga, APPORT, 1994, pp. 157-175.
 11. Steptoe A, Wardle J, Pollard T, Canaan L, Davies G. Stress, social support and health – related behavior: a study of smoking, alcohol consumption and physical exercise. *Journal of Psychosomatic Research* 1996; 41(2): 171-180.
 12. Wardle J, Steptoe A, Bellisle F, Davou B, Reschke K, Lappalainen R. Healthy dietary practices among european students. *Health Psychology* 1997; 16(5): 443-450.
 13. Conway T, Vickers R, Ward H, Rahe R. Occupational stress and variation in cigarette, coffee and alcohol consumption. *Journal of Health and Social Behavior* 1981; 22: 155-165.
 14. West R, Lennox S. Function of cigarette smoking in relation to examinations. *Psychopharmacology* 1992; 108: 456-459.
 15. Catalano R, Dooley D, Wilson G, Hough R. Job loss and alcohol abuse: a test using data from the Epidemiologic Catchment Area Project. *Journal of Health and Social Behavior* 1993; 34: 215-225.
 16. McCann B, Warnick G, Knopp R. Changes in plasma lipids and dietary intake accompanying shifts in perceived workload and stress. *Psychosomatic Medicine* 1990; 52: 97-108.
 17. Halvorsen R, Vassend O. "Effects of examination stress on some cellular immunity functions". *Journal of Psychosomatic Research* 1987; 31(6): 693-701.
 18. Becker M. The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs* 1974; 2: 324-508.
 19. Ajzen I, Fishbein M. *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1980.
 20. Rogers R. Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitudes change: a revised theory of protection motivation, pp. 153-176. In Cacioppo, J.; Pettit, R. (Editores) *Social psychology: a source book*, New York, Guilford Press, 1983.
 21. Slovic P, Fischhoff B, Lichtenstein S. Behavioral decision theory perspectives on protective behavior. In Weinstein, N. (Editor) *Taking care: understanding and encouraging self-protective behavior*. Cambridge, Cambridge University Press, 1987.
 22. Kirscht J. Research related to the modification of health beliefs, pp.128-142 In Becker, M. (Editor) *The health belief model and personal health behavior*, New Jersey, Charles B. Black Inc., 1974.
 23. Ribeiro J. *Psicologia e Saúde*, Lisboa, ISPA, 1998.
 24. Ribeiro J. A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica* 1994; 12(2-3): 179-191.
 25. Tones K. *Promover a saúde: a contribuição da educação*, Lisboa, Divisão de Educação para a Saúde da D.G.C.S.P., Ministério da Saúde, 1988.
 26. Steptoe A, Wardle J. Cognitive predictors of health behaviour in contrasting regions of Europe. *British Journal of Clinical Psychology* 1992; 31: 485-502.
 27. Barbosa A. Educação para a saúde: determinação individual ou social?. *Revista Crítica de Ciências Sociais* 1987; 23: 169-184.
 28. Dias M. *A esmeralda perdida: a informação ao doente com cancro da mama*. Lisboa, ISPA, 1997.
 29. Ribeiro da Silva P. A educação para a saúde: do ensino universitário à prática profissional, pp. 81-86. In Dias, M. R.; Amorim, A.; (Editores) *Clinica*

- dentária integrada: contributos bio-psico-sociais*. Caparica, Egas Moniz Publicações, 2000.
30. Almeida L, Soares A, Ferreira J. (Editores) *Adaptação, rendimento e desenvolvimento dos estudantes no ensino superior: construção/validação do questionário de vivências académicas*. Braga, Centro de Estudos em Educação e Psicologia – Universidade do Minho, 1999.